

Pressegespräch

Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Freitag, 16. Oktober 2026, 9.30 Uhr,
AOK-Standort Nürnberg

Begrüßung

Statements

Dr. Irmgard **Stippler**, Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern

Torsten **Haase**, Leitender Oberstaatsanwalt und Leiter der Bayerischen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG)

Nina **Siegert**, Bereichsleiterin Fehlverhaltensbekämpfung bei der AOK Bayern

Dr. Daniel **Hader**, Oberstaatsanwalt und Pressesprecher der Bayerischen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG)

Frank **Firsching**, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrats der AOK Bayern

Moderierte Fragerunde

Pressemappe:

- Presseinformation
- Statement Dr. Irmgard Stippler
- Statement + Präsentation Torsten Haase
- Statement + Präsentation Nina Siegert
- Statement Dr. Daniel Hader
- Statement Frank Firsching

Pressemitteilung

Fehlverhalten im Gesundheitswesen noch gezielter bekämpfen

- **Pressekonferenz der AOK Bayern und der Bayerischen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG)**
- **AOK Bayern: 4.278 Hinweise in zwei Jahren**
- **ZKG: Mehr als 3.000 Ermittlungsverfahren seit 2020**

Nürnberg, 16. Oktober 2026

Fehlverhalten im Gesundheitswesen zeigt sich häufig nicht in einer einzelnen auffälligen Rechnung. Systematische Muster werden vielfach erst sichtbar, wenn Informationen zusammengeführt und über längere Zeit ausgewertet werden. Die AOK Bayern setzt sich daher dafür ein, die Bekämpfung von Fehlverhalten noch gezielter und digitaler aufzustellen – ohne die große Mehrheit der regelkonform arbeitenden Leistungserbringer mit zusätzlicher Bürokratie zu belasten. Bayerns größte Krankenkasse sprach sich bei einer Pressekonferenz mit der Bayerischen Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) in Nürnberg am 16. Oktober für effektivere Kontrollmöglichkeiten aus.

Die Zahlen zeigen die Dimension: 2024 und 2025 gingen bei der AOK Bayern 4.278 Hinweise auf mögliches Fehlverhalten ein. Das sind durchschnittlich rund neun Hinweise pro Arbeitstag. 4.052 Fälle wurden verfolgt. Dabei wurde in der Kranken- und Pflegeversicherung ein Gesamtschaden von 24,64 Millionen Euro festgestellt. Forderungen in Höhe von 12,28 Millionen Euro konnten gesichert werden. Die meisten Fälle und größten Schäden entfielen auf Pflegeversicherung, Arzneimittel und Heilmittel.

„Mir ist wichtig zu betonen: Wir stellen niemanden unter Generalverdacht. Wir setzen stattdessen auf eine Fehlverhaltensbekämpfung mit Augenmaß“, sagte die Vorstandsvorsitzende der AOK Bayern, Dr. Irmgard Stippler, in Nürnberg.

Fehlverhaltensbekämpfung müsse dort ansetzen, wo konkrete Anhaltspunkte für systematisches Fehlverhalten bestehen – gezielt statt pauschal und konsequent statt mit Generalverdacht.

ZKG: Mehr als 3.000 Ermittlungsverfahren seit 2020

Torsten Haase, Leiter der ZKG, sagte: „Jeder erschlichene Euro fehlt Patienten, Pflegebedürftigen und den vielen ehrlichen Leistungserbringern. Deshalb ist Betrugsbekämpfung auch ein Beitrag zur finanziellen Stabilität unseres Gesundheitssystems und sie stärkt das Sicherheitsgefühl der Bevölkerung.“

Mehr als 3.000 Ermittlungsverfahren verzeichnete die ZKG seit Gründung im Jahr 2020. „Das Risiko entdeckt zu werden, wird von vielen Tätern als gering eingeschätzt. Zu oft treffen wir auf Kontrollsysteme, die bürokratisch, personalintensiv oder leicht zu umgehen sind.“ Haase forderte daher effektivere Kontrollmöglichkeiten und konsequentes Vorgehen gegen schwarze Schafe: „Das Geld soll dorthin zurückfließen, wo es hingehört – in die Versorgung der Versicherten.“

KI: Auffälligkeiten früher erkennen

Eine zentrale Chance, um Fehlverhalten gezielter zu bekämpfen, sieht die AOK Bayern in der verstärkten Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) und moderner Datenanalyse. Große Datenmengen können damit schneller auf wiederkehrende Abrechnungsmuster, ungewöhnliche Häufungen und Auffälligkeiten über verschiedene Leistungsbereiche hinweg untersucht werden.

„KI ersetzt keine fachliche Prüfung und entscheidet nicht über Betrug. Sie kann aber dabei unterstützen, Auffälligkeiten früher zu erkennen und Prüffressourcen gezielter einzusetzen“, sagte Frank Firsching, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrats. Dafür braucht es aus Sicht der AOK Bayern Rechtssicherheit: „Es muss klar geregelt sein, welche Daten unter welchen Voraussetzungen genutzt, ausgewertet und miteinander verknüpft werden dürfen“, betonte Firsching. Datenschutz und eine wirksame Fehlverhaltensbekämpfung seien kein Widerspruch – entscheidend sei ein klarer Rechtsrahmen.

Daten zusammenführen, Hinweise nutzen

Auch beim Datenaustausch sieht die AOK Bayern Handlungsbedarf. Relevante Informationen liegen häufig bei unterschiedlichen Stellen. Was isoliert betrachtet nur eine einzelne Auffälligkeit ist, kann im Zusammenspiel mit anderen Erkenntnissen ein systematisches Muster ergeben.

Deshalb brauche es bessere Möglichkeiten für einen zielgerichteten und rechtssicheren Datenaustausch zwischen den beteiligten Stellen.

Unverzichtbar bleiben zudem Hinweisgeber. Beschäftigte, Versicherte und andere Beteiligte können Auffälligkeiten wahrnehmen, die aus Daten allein nicht erkennbar sind. Sichere und vertrauliche Meldewege sollen deshalb gewährleisten, dass solche Hinweise aufgenommen, geprüft und mit weiteren Erkenntnissen abgeglichen werden können.

Pflege vereinfachen – Transparenz erhöhen

Besonders relevant ist dies für die Pflege. Komplexe Strukturen und umfangreiche Dokumentationsanforderungen belasten Pflegekräfte und Einrichtungen und können zugleich die Nachvollziehbarkeit erbrachter Leistungen erschweren.

Die AOK Bayern fordert deshalb einfachere und flexiblere Strukturen in der Pflege, um Bürokratie abzubauen und Transparenz zu erhöhen. Dies bedeute jedoch nicht weniger Kontrolle. Im Gegenteil: Klarere und transparentere Strukturen könnten sowohl die Beschäftigten entlasten als auch die Fehlverhaltensbekämpfung erleichtern. Ein Beispiel: Die flächendeckende Umsetzung der digitalen Abrechnung in der Pflege. Um Betrugern auf die Spur zu kommen, müssten Rechnungen, Dienstpläne und Leistungsverzeichnisse immer noch oftmals einzeln per Hand kontrolliert werden.

Zentrale Handlungsfelder:

1. Einfachere und flexiblere Strukturen in der Pflege, um Bürokratie abzubauen und Transparenz zu erhöhen, verknüpft mit gezielten Kontrollmöglichkeiten
2. KI rechtssicher nutzen, um Auffälligkeiten früher zu erkennen, insbesondere für die Zusammenarbeit der Krankenkassen untereinander
3. Datenaustausch verbessern und Informationen gezielt zusammenführen

Bei der gemeinsamen Pressekonferenz von AOK Bayern und Bayerischer Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) steht damit im Mittelpunkt: Die Solidargemeinschaft soll wirksam geschützt werden, ohne die regelkonform arbeitende Mehrheit unter Generalverdacht zu stellen. Früher erkennen. Gezielter prüfen. Konsequenter handeln.

Statement

Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Pressegespräch

16. Oktober 2026

AOK-Standort Nürnberg

Dr. Irmgard Stippler

Vorstandsvorsitzende

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

Es gilt das gesprochene Wort!

Ein solidarisches Gesundheitssystem lebt vom Vertrauen. Vom Vertrauen der Menschen, dass ihre Beiträge dort ankommen, wo sie gebraucht werden. Und vom Vertrauen darauf, dass die Leistungen, die über die Solidargemeinschaft finanziert werden, tatsächlich den Menschen zugutekommen. Dieses Vertrauen zu schützen, ist eine zentrale Aufgabe der AOK Bayern.

Dazu gehört auch, Fehlverhalten im Gesundheitswesen konsequent zu bekämpfen. Denn dort, wo Leistungen bewusst falsch abgerechnet, manipuliert oder systematisch missbraucht werden, entsteht ein Schaden – für die Solidargemeinschaft und damit letztlich für alle Versicherten.

Kein Generalverdacht

Dabei ist mir eines besonders wichtig: Wir stellen niemanden unter Generalverdacht. Die große Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte, der Pflegekräfte, der Apotheken, der Heilmittelerbringer und aller anderen Akteure im Gesundheitswesen arbeitet jeden Tag verantwortungsvoll und regelkonform. Für diese große Mehrheit gilt unser Vertrauen und unsere Wertschätzung.

Unsere Aufgabe ist es, genau hinzuschauen, wenn es konkrete Anhaltspunkte für Fehlverhalten gibt. Uns interessieren dabei ausschließlich die schwarzen Schafe – diejenigen, die unser Gesundheitssystem organisiert und systematisch ausnutzen.

Gezielt statt pauschal

Deshalb setzen wir auf eine Fehlverhaltensbekämpfung mit Augenmaß. Wir wollen dort konsequent sein, wo sich Muster zeigen: bei wiederkehrenden Auffälligkeiten, bei systematischen Abrechnungsmanipulationen oder bei Strukturen, die erkennbar darauf ausgerichtet sind, sich unrechtmäßig aus den Mitteln der Solidargemeinschaft zu bedienen.

Eine gute Fehlverhaltensbekämpfung zeichnet sich dadurch aus, dass sie mit möglichst guten Instrumenten dort ansetzt, wo tatsächlich ein begründeter Verdacht auf systematisches Fehlverhalten besteht.

Hinweisgebende sind unverzichtbar

Ein besonders wichtiger Baustein dabei sind Menschen, die Fehlverhalten erkennen und den Mut haben, darauf hinzuweisen. Hinweisgebende kommen häufig direkt aus dem System. Sie kennen Abläufe, Strukturen und Besonderheiten aus eigener Erfahrung. Deshalb können sie auf Fehlentwicklungen aufmerksam machen, die von außen nur schwer zu erkennen wären.

Die AOK Bayern setzt seit Jahren mit Erfolg auf ein anonymes Hinweisgebersystem. Welche wichtige Rolle solche anonymen Hinweise bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen spielen, wird deutlich bei dem Fallbeispiel, das Frau Siegert Ihnen vorstellen wird.

KI eröffnet neue Möglichkeiten

Gleichzeitig stehen wir vor der Chance, die Möglichkeiten moderner Datenanalyse und Künstlicher Intelligenz stärker zu nutzen. Gerade bei systematischem Fehlverhalten können sich Auffälligkeiten in großen Datenmengen zeigen, die für den Menschen allein nur schwer erkennbar sind.

KI kann dabei helfen, wiederkehrende Unregelmäßigkeiten zu identifizieren, Zusammenhänge sichtbar zu machen und mögliche Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen. Das kann unsere Arbeit deutlich zielgerichteter machen.

Aber – und auch das ist mir wichtig – KI ersetzt nicht den Menschen. Ein Algorithmus kann eine Auffälligkeit erkennen. Er kann aber nicht abschließend beurteilen, ob tatsächlich Fehlverhalten vorliegt. Dafür braucht es weiterhin menschliche Erfahrung, fachliche Bewertung und letztlich auch die notwendige juristische Einordnung.

Deshalb gilt für uns: Der Einsatz von KI muss verhältnismäßig, rechtssicher und verantwortungsvoll erfolgen. Wir wollen keine automatisierte Verdachtskultur. Wir wollen intelligente Werkzeuge, die uns dabei unterstützen, genauer hinzusehen – und zwar dort, wo es sinnvoll und begründet ist.

Schutz der Solidargemeinschaft

Am Ende geht es um einen einfachen Grundsatz: Die Beiträge unserer Versicherten sind die Grundlage dafür, dass Menschen bestmögliche medizinische Versorgung erhalten, wenn sie diese benötigen. Jeder Euro, der durch systematisches Fehlverhalten verloren geht, fehlt in dieser Solidargemeinschaft.

Deshalb müssen wir gegen diejenigen vorgehen, die dieses Vertrauen missbrauchen. Aber ebenso wichtig ist: Wir müssen dies mit Augenmaß tun. Konsequenz gegenüber den schwarzen Schafen. Fair gegenüber der großen Mehrheit. Dafür steht die AOK Bayern. Und dafür wollen wir auch in Zukunft die Zusammenarbeit der beteiligten Stellen verbessern, moderne Technologien verantwortungsvoll nutzen und gemeinsam dafür sorgen, dass unser solidarisches Gesundheitssystem geschützt bleibt.

Statement Leitender Oberstaatsanwalt Haase anlässlich des Mediengesprächs „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“

am 16. Oktober 2026 in Nürnberg

Sehr geehrte Frau **Dr. Stippler**,
sehr geehrte Frau **Siegert**,
sehr geehrter Herr **Firsching**,
sehr geehrte Damen und Herren,
auch von meiner Seite ein **herzliches Willkommen**.

I. Einleitung

538 Milliarden Euro wurden im Jahr 2024 im deutschen Gesundheitswesen ausgegeben. Dort, wo enorme Geldströme auf komplizierte Abrechnungsstrukturen und lückenhafte Kontrollen treffen, entsteht ein attraktives Betätigungsfeld für Betrüger. Die Erfahrungen während der Corona-Pandemie bestätigen dies eindrucksvoll. Die zentrale Erkenntnis aus mehr als 3.000 Ermittlungsverfahren der ZKG lautet: **Abrechnungsbetrug ist häufig erschreckend einfach**. Wer die Schwächen kennt, kann Kontrollmechanismen umgehen. Genau darüber müssen wir heute sprechen.

II. Hauptteil

1. Betrug lohnt sich dort, wo Kontrollen fehlen

Der Betrug ist nicht die Ursache der finanziellen Probleme des Gesundheitswesens. Demografischer Wandel, Fachkräftemangel und steigende Behandlungskosten wiegen schwerer. Dennoch sprechen wir über **erhebliche Schäden, die nach allgemeinen Schätzungen jährlich im Milliardenbereich** liegen. Aktuell führen zwei Wissenschaftler im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes eine **umfassende Dunkelfeldstudie** zum tatsächlichen Ausmaß des Schadens durch.

Jeder erschlichene Euro fehlt Patienten, Pflegebedürftigen und den vielen ehrlichen Leistungserbringern. Gleichzeitig steigen die Krankenkassenbeiträge. Deshalb ist Betrugsbekämpfung auch ein **Beitrag zur finanziellen Stabilität** unseres Gesundheitssystems und sie **stärkt das Sicherheitsgefühl der Bevölkerung**.

Unsere Verfahren zeigen immer wieder dasselbe Muster: Gerade im **Bereich der Pflege** begegnet uns häufig eine **bandenmäßig organisierte Begehungsweise. Aber:** Die Täter benötigen häufig keine ausgefeilten kriminellen Strukturen. Oft genügen einfach **fingierte Leistungen, manipulierte Dokumentationen** oder **bewusst falsche Abrechnungen**. Besonders problematisch aus Sicht der Strafverfolgungsbehörden ist, dass **Kassenpatienten keine Rechnung erhalten**

und deshalb vielfach keine Möglichkeit haben, fehlerhafte oder erfundene Leistungen zu erkennen. Die **elektronische Patientenakte** steckt noch in den Kinderschuhen. Die weitere Entwicklung bleibt also abzuwarten. Auch sonst muss sich der einzelne **Patient um die Bezahlung der Leistungen** für seine Gesundheit – abgesehen von den Beiträgen – nicht kümmern. Die Abrechnung erfolgt unmittelbar zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung. Dem **Patienten fehlt damit der Anreiz**, genau hinzuschauen.

2. Was wir sehen: 2.662 Verfahren und wenig effektive Kontrollen

Die ZKG führte bislang **2.662 Verfahren gegen bekannte und 593 Verfahren gegen unbekannte Personen**. Betroffen sind nahezu alle Bereiche des Gesundheitswesens:

- **knapp 30 Prozent** der Verfahren richten sich gegen **Ärzte**,
- **knapp 20 Prozent** gegen **Pflegedienste**,
- **13 Prozent** gegen **Betreiber von Corona-Testzentren** und
- **10 Prozent** gegen **Physiotherapeuten**.

Der Rest verteilt sich unter anderem auf Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Sanitätshäuser.

Was uns dabei **immer wieder auffällt**: Das Risiko entdeckt zu werden, wird von vielen Tätern als gering eingeschätzt. Zu oft treffen wir auf **Kontrollsysteme, die bürokratisch, personalintensiv oder leicht zu umgehen** sind. Nur ein Beispiel ist, dass Regelprüfungen des Medizinischen Dienstes **zwei Werktage vorher angekündigt** werden müssen. Darauf stellen sich betrügerische Pflegedienste ein. Ein Kontrollsystem, das kriminelle Machenschaften wirksam aufdecken kann, etwa wie bei **Bekämpfung der Schwarzarbeit** nach dem SchwarzArbG, **gibt es für das ebenso kostenintensive Gesundheitswesen nicht.**

Gleichzeitig zeigt die **Herkunft der Anzeigen**, wie wichtig wirksame Kontrollen sind. Die meisten Verfahren gehen auf Hinweise der **AOK Bayern** und der **Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns** zurück. Wo genau hingesehen wird, werden Verdachtsfälle erkannt und können auch weiterverfolgt werden.

Die **Ergebnisse** unserer Arbeit sprechen für sich:

- Die Verfahren führten dazu, dass sich insgesamt **393 Personen vor Gericht** verantworten mussten.
- Teilweise verhängten die Gerichte dabei **langjährige Freiheitsstrafen** [einmal 6 Jahre, einmal 5 Jahre 9 Monate, zweimal 5 Jahre 6 Monate].

- Darüber hinaus haben Gerichte in von der ZKG geführten Verfahren die **Einziehung von Wertersatz insgesamt mehr als 24 Millionen Euro** angeordnet. Das heißt: Die **Tatbeute wird den Tätern wieder weggenommen.**
- Hinzukommen **freiwillige Rückzahlungen** der Beschuldigten unter dem Eindruck der Verfahren in beachtlicher Höhe. Die Beschuldigten zahlen im Gesundheitswesen deutlich mehr zurück als Täter in anderen Deliktsbereichen.

3. Was wirkt: **Spezialisierung, Zusammenarbeit, Konsequenz**

Die Zentralstelle wurde im Jahre 2020 gegründet, weil sich die von den Kassen wie der AOK Bayern angezeigten **Sachverhalte als überaus komplex und umfangreich** darstellten, dass eine **Bündelung der Ressourcen und des Wissens** erforderlich war. In diesem Zusammenhang möchte ich mich insbesondere bei der AOK Bayern bedanken, die diesen **Spezialisierungsprozess bei der Justiz unterstützt und konstruktiv begleitet** haben.

Die wichtigste Lehre aus über fünf Jahren ZKG lautet: Betrug im Gesundheitswesen lässt sich nur mit **Spezialisierung** wirksam bekämpfen.

Unsere **15 Staatsanwälte**, **zwei IT-Forensiker** und **fünf Abrechnungs- und Buchhaltungsfachkräfte** sowie unsere **sechs Servicekräfte** arbeiten eng zusammen. Durch diese **interdisziplinäre Zusammenarbeit** können wir **komplexe Abrechnungssysteme des Sozialrechts** verstehen, **digitale Beweise** auswerten und **Verfahren schneller** zum Abschluss bringen. Das ist der **Schlüssel zum Erfolg**.

Das erarbeitete Spezialwissen erlaubt es uns, mit **Fingerspitzengefühl und Augenmaß**, aber auch noch **präziser** gegen Betrug vorzugehen.

Ebenso wichtig ist die **Zusammenarbeit** mit den **Krankenkassen**, insbesondere der AOK Bayern, der **Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns** sowie mit den Dienststellen der **Bayerischen Polizei**. Jede gute Verdachtsmeldung erhöht das Entdeckungsrisiko für Täter.

Und Konsequenz gehört ebenfalls dazu. Wer sich auf Kosten der Solidargemeinschaft bereichert, muss mit **Untersuchungshaft, Vermögensabschöpfung** und empfindlichen **Strafen** rechnen. Unser **Ziel** ist klar: Das **Geld soll dorthin zurückfließen, wo es hingehört** – in die Versorgung der Versicherten.

III. Schluss

Sehr geehrte Damen und Herren,

Lassen Sie mich mit einer einfachen Botschaft schließen:

Das eigentliche Problem ist nicht die Raffinesse der Täter. **Das eigentliche Problem ist, dass Betrug im Gesundheitswesen weiterhin zu einfach möglich ist.** Dagegen wird trotz der hohen Schäden zu wenig getan. Wo wirksame Kontrollen fehlen, entstehen Gelegenheiten. Wo genau hingesehen wird, wird Betrug entdeckt.

Die große Mehrheit der Menschen im Gesundheitswesen arbeitet ehrlich und mit hohem Einsatz. **Gerade deshalb dürfen wir nicht zulassen, dass einige wenige das Vertrauen in das System beschädigen.**

Wer ehrlich arbeitet, darf nicht für die Uehrlichen bezahlen.
Und die Beitragszahler erst recht nicht.

Vielen Dank!



ZKG: einige Kennzahlen

- Die ZKG führte bislang
- 2.662 Verfahren gegen bekannte Personen
- 593 Verfahren gegen unbekannte Personen
- knapp 30 Prozent der Verfahren richten sich gegen Ärzte,
- knapp 20 Prozent gegen Pflegedienste,
- 13 Prozent gegen Betreiber von Corona-Testzentren und
- 10 Prozent gegen Physiotherapeuten.



ZKG: Ergebnisse

- Die Verfahren führten dazu, dass sich insgesamt 393 Personen vor Gericht verantworten mussten.
- Teilweise verhängten die Gerichte dabei langjährige Freiheitsstrafen
- Darüber hinaus haben Gerichte in von der ZKG geführten Verfahren die Einziehung von Wertersatz insgesamt mehr als 24 Millionen Euro angeordnet. Das heißt: Die Tatbeute wird den Tätern wieder weggenommen.
- Hinzukommen freiwillige Rückzahlungen der Beschuldigten unter dem Eindruck der Verfahren in beachtlicher Höhe. Die Beschuldigten zahlen im Gesundheitswesen deutlich mehr zurück als Täter in anderen Deliktsbereichen.



ZKG: Personal

- 15 Staatsanwältinnen und Staatsanwälte,
- zwei IT-Forensiker
- fünf Abrechnungs- und Buchhaltungsfachkräfte sowie
- sechs Servicekräfte
- interdisziplinäre Zusammenarbeit

Statement

Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Pressegespräch

16. Oktober 2026

AOK-Standort Nürnberg

Nina Siegert

Bereichsleiterin Fehlverhaltensbekämpfung

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

Es gilt das gesprochene Wort!

Fehlverhalten beginnt für uns häufig nicht mit einem Beweis, sondern mit einer Auffälligkeit. Unsere Aufgabe bei der AOK Bayern ist es, aus solchen ersten Anhaltspunkten belastbare Erkenntnisse zu gewinnen: Hinweise aufnehmen, Sachverhalte prüfen, Informationen zusammenführen und – wenn sich ein Verdacht erhärtet – die notwendigen Schritte einleiten.

Dabei verbinden wir Fachexpertise aus den einzelnen Leistungsbereichen mit einer zentralen Steuerung und Bewertung durch die Fehlverhaltensstelle. Das ist entscheidend, denn Fehlverhalten lässt sich nicht immer allein anhand einer Rechnung erkennen. Was zunächst plausibel erscheint, kann sich im Zusammenhang mit weiteren Informationen als auffällig erweisen.

Um es klar und deutlich zu sagen: In der Fehlverhaltensbekämpfung bei der AOK Bayern schöpfen wir alle Möglichkeiten aus, die uns der Gesetzgeber zur Verfügung stellt. Wir gehen jedem Hinweis auf mögliches Fehlverhalten im Gesundheitswesen nach, prüfen gründlich und arbeiten die Schäden – teils auch über Jahre – konsequent auf.

Uns ist bewusst, dass es darüber hinaus ein sogenanntes Dunkelfeld gibt. Wir unternehmen aber alles, was in unserer Macht steht, um Fehlverhalten zu bekämpfen. Was gesetzgeberisch zu einer besseren Bekämpfung noch nötig wäre – darauf wird Herr Firsching im Detail eingehen.

Von der Meldung zur Ermittlung

Hinweise erreichen uns auf unterschiedlichen Wegen: per Post, über unsere Hotline, per E-Mail, über das Meldeformular der AOK Bayern oder über unser anonymes Hinweisgebersystem Vispato.

Die Zugangsmöglichkeiten sind bewusst niedrigschwellig. Hinweisgeber können sich auf Wunsch vollständig anonym an uns wenden. Auch Hinweise, die bei anderen Krankenkassen, beim GKV-Spitzenverband oder bei Ermittlungsbehörden eingehen, können ihren Weg zu uns finden.

Nach Eingang wird jeder Hinweis zunächst gesichtet und plausibilisiert. Je nach Sachverhalt übernehmen die Fachexperten des jeweiligen Leistungsbereichs die weitere Prüfung. Dabei geht es zunächst um einfache Fragen: Gibt es Auffälligkeiten? Sind Abrechnungen nachvollziehbar? Passen Leistungen, Verordnungen und Dokumentationen zusammen? Wenn sich daraus ein Verdacht ergibt, gehen wir tiefer.

Weitere Daten werden ausgewertet, Unterlagen geprüft, Abläufe nachvollzogen und Erkenntnisse zusammengeführt. Die Ergebnisse laufen bei der Fehlverhaltensstelle zentral zusammen und werden dort straf- und sozialrechtlich bewertet. Aus einer Auffälligkeit muss ein belastbarer Sachverhalt werden.

Ein Fall aus der ambulanten Pflege

Wie dieser Prozess konkret aussehen kann, zeigt ein Fall aus der ambulanten Pflege. Ausgangspunkt waren Auffälligkeiten bei einem Pflegedienst. Unter anderem fielen ungewöhnlich hohe Abrechnungsmengen bei bestimmten Leistungen der häuslichen Krankenpflege auf. Auch bei den dokumentierten Handzeichen zeigten sich Auffälligkeiten. Das allein war noch kein Nachweis für Betrug. Die Abrechnungen und Leistungsnachweise wirkten zunächst plausibel.

Deshalb haben unsere Experten die Versorgung über bestimmte Zeiträume genauer betrachtet, Profile erstellt und versucht, die dokumentierten Touren anhand der vorhandenen Unterlagen nachzuvollziehen. Im weiteren Verlauf kamen externe Hinweise hinzu. Unter anderem wurde anonym auf sogenannte „Fake-Touren“ hingewiesen. Damit verdichteten sich die Anhaltspunkte. Der entscheidende Punkt: Keine einzelne Information hat den Fall aufgeklärt. Erst das Zusammenspiel verschiedener Auffälligkeiten, fachlicher Prüfungen und Hinweise ergab ein Bild, das eine weitergehende Ermittlung rechtfertigte.

Von der Prüfung zur Staatsanwaltschaft

Im Februar 2024 unterrichtete die AOK Bayern schließlich die Staatsanwaltschaft. Der weitere Verlauf zeigte, dass Leistungen abgerechnet worden waren, die tatsächlich nicht erbracht wurden. Teilweise waren Leistungen nicht notwendig oder wurden durch Angehörige erbracht. Zudem wurden Dienst- und Tourenpläne so angepasst, dass sie zur dokumentierten Leistungserbringung passten.

Damit wurde auch deutlich, warum der Sachverhalt bei einer isolierten Betrachtung von Rechnungen und Leistungsnachweisen nicht ohne weiteres erkennbar war.

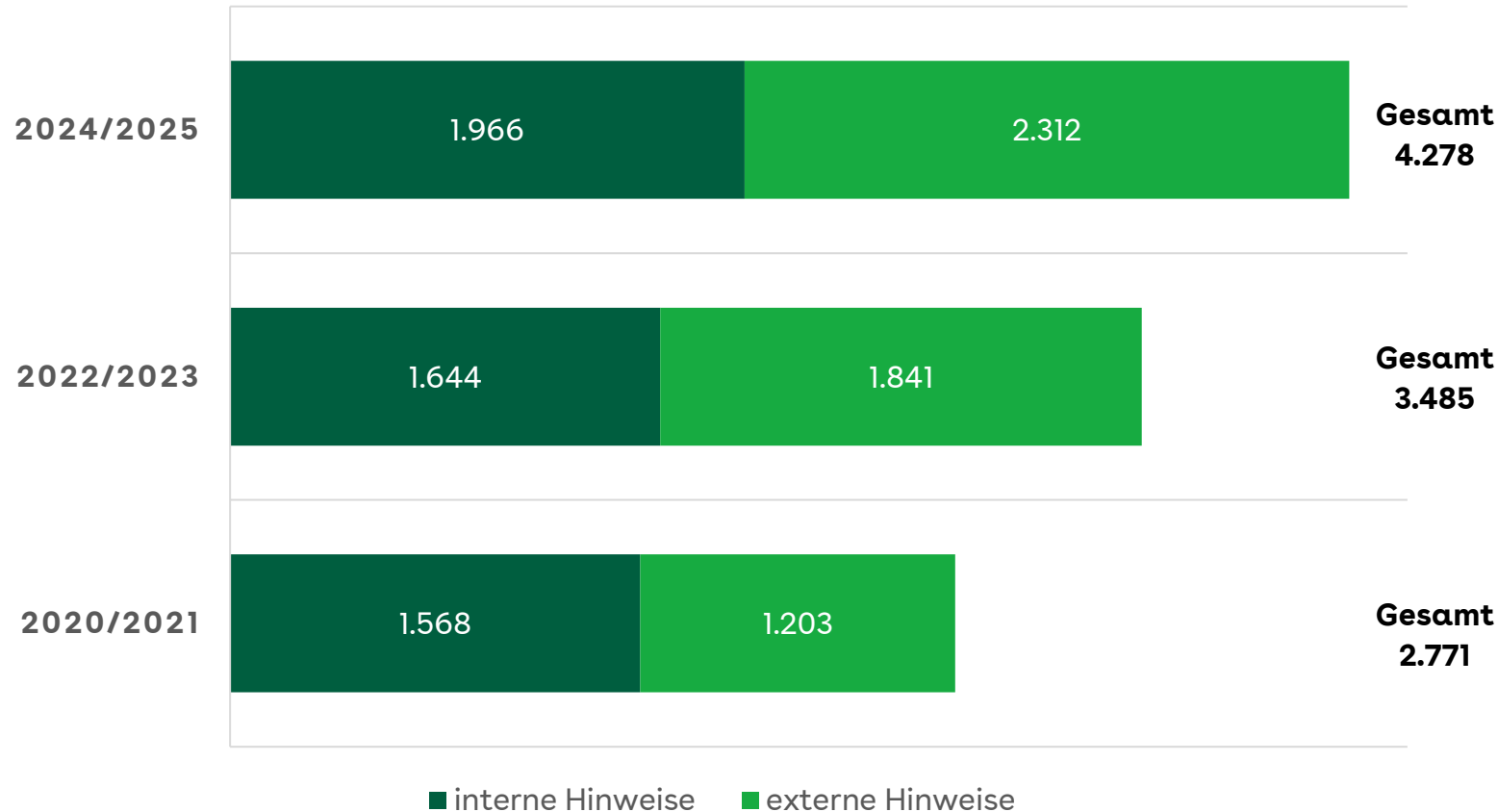
Die AOK Bayern unterstützte die Ermittlungsbehörden im weiteren Verfahren mit Unterlagen und fachlicher Expertise. Weitere Hinweise wurden unmittelbar weitergegeben. Mehrere Mitarbeitende der AOK Bayern wurden später als Zeuginnen und Zeugen in der Hauptverhandlung gehört.

Die Dimension unserer Arbeit zeigen auch die Zahlen:

In den Jahren 2024 und 2025 haben uns 4.278 Hinweise erreicht. Das sind durchschnittlich rund neun Hinweise pro Arbeitstag. Im gleichen Zeitraum wurden 4.052 Fälle verfolgt. Dabei haben wir für die AOK Bayern in der Kranken- und Pflegeversicherung einen festgestellten Gesamtschaden von 24,64 Millionen Euro ermittelt und Forderungen in Höhe von 12,28 Millionen Euro gesichert.

Die meisten Fälle und die größten Schäden liegen in den Bereichen Pflegeversicherung, Arzneimittel und Heilmittel.

Hinweise auf mögliches Fehlverhalten nehmen weiter zu 2024/2025 gingen insgesamt 4.278 Hinweise ein



4.278 Hinweise insgesamt
Ca. 9 neue Hinweise
pro Arbeitstag!
+23 % gegenüber 2022/2023
54% externe Hinweise,
46% interne Hinweise

Top 5 Leistungsbereiche nach entstandenem Schaden

Arzneimittel

5,19 Mio. €

Heilmittel

5,03 Mio. €

**Ärztliche
Leistungen**

4,25 Mio. €

**Pflegeversicherung
(SGB XI)**

3,81 Mio. €

**Häusliche
Krankenpflege**

3,22 Mio. €

Entstandener Schaden gesamt:

24,64 Mio. €

Die Summe der „**Top fünf Bereiche**“
beträgt rund **87 %** des gesamten
entstandenen Schadens.

Statement Oberstaatsanwalt Dr. Hader anlässlich des Mediengesprächs „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“

am 16. Oktober 2026 in Nürnberg

Sehr geehrte Frau **Dr. Stippler**,
sehr geehrte Frau **Siegert**,
sehr geehrter Herr **Firsching**,
sehr geehrte Damen und Herren,
auch von meiner Seite ein **herzliches Willkommen**.

Ich darf anknüpfen an die Ausführungen von Frau Siegert und Ihnen zwei Fälle vorstellen, die die Arbeit der ZKG **veranschaulichen** sollen.

Der von Ihnen eben erwähnte Fall zeigt auf hervorragende Weise, welche Erfolge durch eine **enge Zusammenarbeit** der Fehlverhaltensstelle der AOK Bayern mit der ZKG erreicht werden können.

Nachdem die ZKG von der AOK Bayern im Februar 2024 über den Sachverhalt unterrichtet worden ist, wurde im März 2024 die Kriminalpolizei in Nürnberg mit den weiteren Ermittlungen beauftragt. Während des **umfangreichen Ermittlungsverfahrens** wurden im Mai 2024 sowie im April 2025

mehrere Durchsuchungsbeschlüsse vollzogen und umfangreiches Beweismaterial sichergestellt. Zwei der Beschuldigten befanden sich mehrere Monate und **Untersuchungshaft**, weil die Gefahr von Verdunkelungshandlungen bestand.

Im September 2025 erhob ZKG eine **Anklage** zum Landgericht Nürnberg-Fürth gegen insgesamt fünf Personen. Die Hauptverhandlung fand von Dezember 2025 bis März 2026 statt.

Die Hauptangeklagten wurden vom Landgericht Nürnberg-Fürth wegen des gewerbsmäßigen Bandenbetrugs in 53 tateinheitlichen Fällen, davon in 31 Fällen jeweils in Tateinheit mit gewerbs- und bandenmäßigem Computerbetrug schuldig gesprochen und zu einer **Bewährungsstrafe von zwei Jahren** verurteilt.

Das Gericht sah es als erwiesen an, dass die Angeklagten, welche Inhaber bzw. Mitarbeiter eines in Nürnberg ansässigen ambulanten Pflegedienstes waren, verschiedenen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen - insbesondere der AOK Bayern - über ein Abrechnungsunternehmen **nicht erbrachte Leistungen** der häuslichen Krankenpflege sowie nicht erbrachte ambulante Pflegeleistungen in Rechnung gestellt haben. So entstand ein **Schaden von insgesamt 430.000 €**.

Hierfür wurden von den Angeklagten insbesondere unzutreffende Leistungsnachweise sowie fingierte Touren- und Dienstpläne erstellt, welche tatsächlich nicht erbrachte

Leistungen auswiesen. Das Urteil ist zwischenzeitlich **rechtskräftig**.

Die moderate Strafe ist um einen dadurch begründet, dass die Angeklagten in der Hauptverhandlung sehr frühzeitig ein **Geständnis** abgelegt haben.

Ganz maßgeblich zugunsten der Angeklagten konnte das Gericht aber auch berücksichtigen, dass diese mit der AOK Bayern die **Rückzahlung des Schadens** in Höhe von über **305.000 €** vereinbart haben und diese Zahlungen tatsächlich auch geleistet worden sind.

In einem **zweiten Fall** wurde die ZKG im September 2024 durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) informiert, dass der Verdacht besteht, dass ein in Niederbayern ansässiger Poolarzt - also ein Arzt, der nur Bereitschaftsdienste leistet - für seine Tätigkeit gegenüber der KVB nicht ordnungsgemäß abgerechnet haben soll.

Gleichzeitig wurden seitens der KVB umfangreiche Abrechnungsunterlagen des Arztes übersandt. In Zusammenarbeit zwischen der sachleitenden Staatsanwältin und der zuständigen Abrechnungsfachkraft der ZKG wurden dann – auch unter Einbeziehung eines IT-Forensikers - die von der KVB übermittelten, umfangreichen Datensätze **akribisch abgeglichen und ausgewertet**.

Ergebnis dieser Auswertung war insbesondere, dass der Arzt in **über 6000 Fällen** Hausbesuche abgerechnet hat, obwohl er die Patienten gar nicht persönlich aufgesucht hatte. Durch die Abrechnung der nicht erbrachten Leistungen ist der KVB ein Schaden in Höhe von **über 1,4 Millionen €** entstanden.

Der Arzt wurde vom Landgericht Nürnberg-Fürth im Februar 2026 unter anderem wegen Betrugs in 13 Fällen zu einer **Gesamtfreiheitsstrafe von sechs Jahren** verurteilt und die Einziehung von Wertersatz in Höhe von 1.487.961,47 € angeordnet worden.

Der Bundesgerichtshof hat die hiergegen eingelegte Revision jüngst mit Beschluss vom 30.09.2026 als unbegründet verworfen. Das Urteil ist damit **rechtskräftig**.

Deutlich werden an diesen Beispielen **mehrere Dinge**:

1. Ohne die enge – interdisziplinäre - Zusammenarbeit von Staatsanwälten, Abrechnungsfachkräften und IT-Forensikern wäre eine effektive Strafverfolgung im Gesundheitsbereich nicht möglich. Dies ist der Grundstein der erfolgreichen Arbeit der ZKG.
2. Es ist wichtig, dass die Krankenkassen wie auch die KVB genau hinschauen und den Verdacht strafbaren Verhaltens der ZKG mitteilen. Nur so können Ermittlungen

aufgenommen und etwaige Straftäter zur Verantwortung gezogen werden.

3. Zudem wird deutlich, dass unter dem Eindruck des Strafverfahrens häufig Schadenswiedergutmachung betrieben wird und so erhebliche Beträge wieder an die Versichertengemeinschaft zurückfließen können.

Die ZKG ist für ihre Arbeit aber auch auf **Hinweise von Dritten** auf strafbares Verhalten angewiesen, zum Beispiel durch Mitarbeiter von Pflegediensten oder Mitarbeiter von im Gesundheitsbereich tätigen Firmen.

Hierfür hat die ZKG ein **internetbasiertes anonymes Hinweisgebersystem** implementiert, welches über die Homepage der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg erreichbar ist.

Über das Hinweissystem kann **anonym** ein Betrugsverdacht gemeldet werden. Jeder eingehende Hinweis wird durch einen Staatsanwalt oder eine Staatsanwältin der ZKG tagesaktuell auf seine Werthaltigkeit geprüft.

Die Staatsanwälte der ZKG können ferner durch Rückfragen an den Hinweisgeber überprüfen, ob der Hinweis **Substanz** hat, ohne den Hinweisgeber identifizieren zu können. Auf diese Art und Weise wurden schon eine Vielzahl von Ermittlungsverfahren

eingeleitet. Es stellt einen **wichtigen Baustein unserer Arbeit** dar.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Statement

Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Pressegespräch

16. Oktober 2026

AOK-Standort Nürnberg

Frank Firsching

Vorsitzender des Verwaltungsrates

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

Es gilt das gesprochene Wort!

Die Solidargemeinschaft ist stark, weil Millionen Menschen ihren Beitrag leisten. Als Verwaltungsrat der AOK Bayern tragen wir die Verantwortung, darauf zu achten, dass die Beiträge von Versicherten und Arbeitgebern gesetzeskonform und wirtschaftlich eingesetzt werden. Die gesetzlichen Krankenkassen sind den Beitragszahlenden dabei treuhänderisch verpflichtet. Genau deshalb darf sich niemand auf Kosten der Solidargemeinschaft bereichern. Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist mehr als eine Frage falscher Abrechnungen. Es ist eine Frage der Fairness – gegenüber Versicherten und Arbeitgebern und gegenüber allen, die jeden Tag ehrlich und verantwortungsvoll arbeiten.

Die praktische Erfahrung zeigt allerdings: Fehlverhalten ist nicht immer auf den ersten Blick erkennbar. Rechnungen können plausibel sein, Dokumentationen vollständig wirken. Einzelne Auffälligkeiten reichen häufig noch nicht aus. Erst wenn Informationen zusammengeführt und über längere Zeit betrachtet werden, können systematische Muster sichtbar werden.

Das stellt uns vor eine doppelte Herausforderung: Wir müssen Fehlverhalten wirksamer erkennen – und gleichzeitig vermeiden, dass die große Mehrheit der regelkonform arbeitenden Leistungserbringer durch immer mehr Bürokratie belastet wird. Gerade die Pflege zeigt, wie eng beide Fragen miteinander verbunden sind.

Pflege vereinfachen – Transparenz erhöhen

In der Pflege treffen komplexe Strukturen, unterschiedliche Leistungsarten und umfangreiche Dokumentationsanforderungen aufeinander. Das macht den Alltag für Pflegekräfte und Einrichtungen anspruchsvoll. Gleichzeitig kann es die Nachvollziehbarkeit der tatsächlich erbrachten Leistungen erschweren. Deshalb brauchen wir einfachere und flexiblere Strukturen in der Pflege.

Weniger Bürokratie bedeutet dabei nicht weniger Kontrolle. Im Gegenteil: Je einfacher und transparenter Leistungen organisiert sind, desto leichter können auch Unregelmäßigkeiten erkannt werden. Die Vereinfachung der Pflege durch mehr Transparenz ist deshalb auch ein Beitrag zu einer wirksameren Fehlverhaltensbekämpfung.

Gleichzeitig brauchen wir in der Pflege gezielte Kontrollmöglichkeiten im Verdachtsfall. Dazu gehören etwa unangekündigte Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) und die Careproof GmbH als Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung – unabhängig von der Qualitätsprüfung.

Damit allein ist die Herausforderung allerdings nicht gelöst. Denn selbst wenn Leistungen klarer strukturiert sind, bleiben große Datenmengen und komplexe

Zusammenhänge, die Menschen mit herkömmlichen Prüfverfahren nur begrenzt und mit hohem Zeitaufwand analysieren können. Genau hier eröffnen digitale Technologien neue Möglichkeiten.

Künstliche Intelligenz: Auffälligkeiten früher erkennen

Künstliche Intelligenz kann genau derartige große Datenmengen analysieren und Zusammenhänge erkennen, die mit herkömmlichen Methoden nur schwer oder mit erheblichem Zeitaufwand sichtbar werden. Gerade bei systematischem Fehlverhalten kann das entscheidend sein. Wiederkehrende Abrechnungsmuster, ungewöhnliche Häufungen oder Auffälligkeiten über verschiedene Leistungsbereiche hinweg können durch KI frühzeitig erkannt werden.

KI ersetzt dabei keine fachliche Prüfung und entscheidet nicht über Betrug. Sie kann aber helfen, früher die richtigen Fragen zu stellen und Prüfressourcen gezielter einzusetzen. Damit KI dieses Potenzial tatsächlich entfalten kann, reicht es jedoch nicht, entsprechende technische Systeme zur Verfügung zu stellen. Entscheidend ist auch, ob die notwendigen Informationen überhaupt rechtssicher genutzt und miteinander in Beziehung gesetzt werden dürfen.

Deshalb ist die Frage der KI untrennbar mit der Frage der Rechtssicherheit verbunden. Wir brauchen einen klaren Rechtsrahmen dafür, welche Daten unter welchen Voraussetzungen genutzt und ausgewertet werden dürfen und wie die Rechte der Versicherten und Leistungserbringer geschützt werden. Dies gilt insbesondere für die effektive Zusammenarbeit der Krankenkassen untereinander.

Datenschutz und effektive Fehlverhaltensbekämpfung sind dabei kein Widerspruch. Beides muss zusammen gedacht werden.

Datenaustausch: Aus einzelnen Hinweisen ein Gesamtbild machen

Rechtssicherheit ist aber nicht nur für den Einsatz von KI entscheidend. Sie ist auch Voraussetzung dafür, dass vorhandene Informationen dort zusammengeführt werden können, wo dies für die Fehlverhaltensbekämpfung notwendig ist. Denn relevante Informationen liegen heute häufig bei unterschiedlichen Stellen. Krankenkassen und andere Sozialleistungsträger wie Rentenversicherung oder Bundesagentur für Arbeit verfügen jeweils über einzelne Erkenntnisse.

Was an einer Stelle wie eine einzelne Auffälligkeit aussieht, kann im Zusammenspiel mit anderen Informationen ein Muster ergeben. Deshalb brauchen wir bessere Möglichkeiten für einen zielgerichteten und rechtssicheren Datenaustausch über die Sozialleistungsträger hinweg.

Und genau an diesem Punkt stellt sich eine grundsätzliche Frage: Was ist mit all den Fällen, von denen wir bisher vielleicht nichts mitbekommen haben?

Dunkelfeld: Was wir nicht sehen, können wir nicht bekämpfen

Wir kennen nur die Fälle, die gemeldet oder entdeckt werden. Daneben gibt es zwangsläufig ein Dunkelfeld – Fälle, bei denen Auffälligkeiten nicht erkannt werden oder Schäden zunächst gar nicht bekannt sind.

Die gesetzliche Krankenversicherung und ihre Selbstverwaltung haben sich über viele Jahre hinweg für eine solche Untersuchung eingesetzt. Da entsprechende Initiativen von Bundesgesundheits- und Bundesjustizministerium bislang ausgeblieben sind, haben der GKV-Spitzenverband und die soziale Selbstverwaltung 2025 beschlossen, eine Dunkelfeldstudie aus eigenen Mitteln auf den Weg zu bringen.

Wir müssen wissen, in welchen Bereichen Fehlverhalten besonders häufig vorkommt, welche Strukturen es begünstigen, welche Formen besonders schwer erkennbar sind und mit welchen Instrumenten wir sie am wirksamsten aufdecken können. Nur wer das tatsächliche Ausmaß des Problems kennt, kann die richtigen politischen und praktischen Schlussfolgerungen ziehen.

Wir begrüßen es daher außerordentlich, dass die von der gesetzlichen Krankenversicherung und ihrer Selbstverwaltung initiierte wissenschaftliche Untersuchung nun durchgeführt wird. Die Ergebnisse der Studie werden dazu beitragen, Prävention und Fehlverhaltensbekämpfung künftig noch gezielter auszurichten.

Politischer Handlungsbedarf

Aus dieser Verantwortung heraus setzen wir uns auch politisch dafür ein, die Instrumente der Fehlverhaltensbekämpfung weiterzuentwickeln und bestehende Handlungsspielräume zu erweitern. Dazu gehört aus Sicht des Verwaltungsrats auch die Ausweitung der Befugnisse der Krankenkassen bei Abrechnungsprüfungen gegenüber allen Leistungserbringenden.

Die im Bericht beschriebenen Erfahrungen zeigen zugleich: Entscheidend sind nicht immer neue Kontrollen, sondern bessere Voraussetzungen für eine gezielte und wirksame Fehlverhaltensbekämpfung.

Dazu gehören:

1. einfachere und flexiblere Strukturen in der Pflege, um Bürokratie abzubauen und Transparenz zu erhöhen, verknüpft mit gezielten Kontrollmöglichkeiten
2. Rechtssicherheit für den Einsatz von KI, damit Auffälligkeiten früher erkannt werden können, insbesondere für die Zusammenarbeit der Krankenkassen untereinander

3. ein zielgerichteter und rechtssicherer Datenaustausch, damit relevante Informationen zusammengeführt werden können.

Diese Maßnahmen stehen nicht nebeneinander. Sie greifen ineinander. Dabei muss eines immer gelten: Wir schützen die Solidargemeinschaft, indem wir gezielt gegen die schwarzen Schafe vorgehen – nicht indem wir die große Mehrheit der verantwortungsvoll Handelnden unter Generalverdacht stellen. Deshalb brauchen wir keine neuen Instrumente um ihrer selbst willen. Wir brauchen präzisere, intelligentere und rechtssichere Möglichkeiten, um dort genauer hinzusehen, wo tatsächlich Auffälligkeiten bestehen.

Unser Ziel ist klar: Früher erkennen. Gezielter prüfen. Konsequenter handeln. Und dabei diejenigen entlasten, die jeden Tag zuverlässig und verantwortungsvoll für unsere Versicherten arbeiten.