

Statement von Emil Penkov

Chief Fraud Detection Officer der KKH

Meine Damen und Herren,

herzlich willkommen bei unserer diesjährigen Pressekonferenz zum Thema „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“.

Zunächst möchten wir Ihnen einige Eckdaten zu unserer Arbeit und den Ergebnissen der Fehlverhaltensbekämpfung der KKH aus dem Jahr 2025 vorstellen, bevor wir auf unseren besonderen Themenschwerpunkt unserer diesjährigen Fachtagung eingehen.

Zahlen, Daten, Fakten aus 2025

605 Hinweise haben wir 2025 erhalten. (Folie 2) Die meisten Hinweise entfallen auf Nordrhein-Westfalen (165), Bayern (76) und Thüringen (55). Schlusslichter waren diesmal das Saarland und Bremen mit jeweils nur 7 Neufällen. Zum Ende des Jahres waren insgesamt über 1.800 Fälle in Bearbeitung.

Wir mussten wiederum einen sehr hohen Schaden von gut 2,6 Mio. Euro verzeichnen. (Folie 3) Hiervon entfallen allein auf die Bereiche Arzneimittel und Pflege jeweils über 800.000 Euro, wobei die Arzneimittel mit 875.615 Euro an erster Stelle stehen. Damit decken diese beiden Bereiche fast Zweidrittel des Gesamtschadens ab. Mit gut 381.000 Euro schließen die Fahrkosten an dritter Stelle an. Der Anstieg in diesem Bereich ist umso bemerkenswerter, als dass hierauf lediglich 3,06 Prozent der jährlichen Leistungsausgaben aller Kassen entfallen. Zugleich konnten wir aber eine Dreiviertelmillion Euro für die Versichertengemeinschaft zurückholen.

(Folie 4) Spitzenreiter bleiben die ambulanten Pflegedienste mit 395, gefolgt von Physiotherapeuten mit 65 und an dritter Stelle Apotheken mit 25 Auffälligkeiten an der Zahl.

Strafrechtliche Relevanz

(Folie 5) Bei den strafrechtlich relevanten Anfangsverdachten steht seitjeher die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen ganz oben, in 2025 mit 215 Fällen. Dem folgt der Einsatz unqualifizierten oder nicht ausreichend qualifizierten Personals mit 192 Fällen.

Ergebnisse der von der KKH beauftragten forsa-Umfrage 2026

Die von uns in Auftrag gegebene, Ende Juli 2026 durchgeführte forsa-Umfrage hatte das Ziel, sowohl die Sensibilität der Bevölkerung für dieses Thema als auch deren mittelbare oder unmittelbare Betroffenheit zu ermitteln.

(Folie 6) Eine deutliche Mehrheit von 65 Prozent gab an, das Gesundheitswesen für sehr anfällig oder jedenfalls anfällig für Betrugsdelikte zu halten.

(Folie 7) Auf die Frage, ob die Probanden schon einmal in ihrem persönlichen Umfeld Betrug im Gesundheitswesen wahrgenommen haben, bejahten dies 67 Prozent.

Hierunter fiel mit 36 Prozent die Frage nach einer unzureichenden Versorgung von Pflegebedürftigen, zum Beispiel durch nicht ausreichend qualifizierte Pflegekräfte.

Vielen Befragten sind unzulässige Zuweisungspraktiken bekannt, wie die Überweisung von Fachärzten in ein bestimmtes Krankenhaus, die Vermittlung von HNO-Ärzten an bestimmte Hörakustiker oder auch die direkte Abgabe von Hilfsmitteln in der Arztpraxis, wodurch jeweils die freie Wahl der Versicherten seines Wunsch-Leistungserbringers eingeschränkt wird.

Die vorgenannten Ergebnisse zeigen eine ausgeprägte Wahrnehmung in der breiten Öffentlichkeit zu Betrug und Korruption im Gesundheitswesen. Dass die Versicherten ihre Beobachtungen bestimmten Stellen, wie etwa die Fehlverhaltensstellen der Kassen, melden können – auch anonym, zum Beispiel auf Hinweisgeber-Portalen –, ist hingegen lediglich 26 Prozent der Befragten bekannt (Folie 8).

Hinweis: Der 2-Jahres-Bericht des Vorstandes zur Arbeit der Fehlverhaltensstelle bei der KKH wird auf unserer Internetseite veröffentlicht. Hierbei sei erwähnt, dass uns in den Jahren 2024/2025 bundesweit mit mehr als acht Millionen Euro durch Betrugsdelikte der bislang höchste Schaden im Zweijahresturnus entstanden ist.

11. Fachtagung „Betrug im Gesundheitswesen“ am 30. September / 1. Oktober 2026

Die diesjährige Fachtagung steht im Zeichen der Digitalisierung und des technologischen Wandels. Neben aktuellen Betrugsphänomenen und Korruptionskonstellationen aus Sicht der Justiz, Staatsanwaltschaft und Anwaltschaft am ersten Tag der Veranstaltung richtet sich der Fokus am zweiten Tag auf neue Ermittlungsansätze. Diese ergeben sich aus gezielten Analysen der Kassendaten mittels KI-Modellen, um Auffälligkeiten in den Leistungs- und Abrechnungsdaten zu erkennen, die auf ein Fehlverhalten hindeuten könnten. Auf diese Weise sollen viel verstärkter proaktiv und präventiv Falschabrechnungen festgestellt werden. Nicht nur Betrugsfälle und -sachverhalte, sondern auch bestimmte Betrugsmuster, bandenmäßige Erscheinungsformen und Korruptionskonstellationen wollen wir gezielt aufdecken. Und das so frühzeitig wie möglich – am besten bereits im Vorfeld, um Schäden zu verhindern und für eine optimale Versorgungsqualität zu sorgen.

Unsere an die Pressekonferenz direkt anschließende Fachtagung behandelt folgende Themen:

- Rechtliche und tatsächliche Herausforderungen bei der Verfolgung von Korruption im Gesundheitswesen
- Aktuelle höchstrichterliche Rechtsprechung im Sozial- und Strafrecht
- Materielles Gesundheitsrecht beim Abrechnungsbetrug

- KI-unterstützte Betrugserkennung in den Leistungsbereichen Arzneimittel und Fahrkosten
- Best Practises zur Verwertbarkeit von KI-unterstützten Ergebnissen im Strafverfahren
- Perspektiven der kooperativen KI-basierten Fehlverhaltensbekämpfung in der GKV

Als besonderes Highlight freuen wir uns ganz besonders auf die Vorstellung der vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebenen Dunkelfeldstudie zum Ausmaß von Fehlverhalten im deutschen Gesundheitssystem. Alle Experten sind sich einig, dass es ein Dunkelfeld zu Betrug und Korruption im Gesundheitswesen gibt, welches ein Vielfaches von dem uns bekannten Ausmaß entsprechen dürfte. Zum ersten Mal wird nun der Versuch unternommen, sich dem Thema auf wissenschaftlicher Grundlage zu nähern. Laut einer internationalen Studie – ohne Gesundheitsdaten aus Deutschland – gehen circa fünf bis sechs Prozent der jährlichen Gesundheitsausgaben auf Fraud, sprich auf Betrug und Korruption zurück. Übertragen auf unsere nationalen Leistungsausgaben letzten Jahres mit über 400 Mrd. Euro würde dies einem Betrag von wenigstens 20 Mrd. Euro entsprechen, der zweckwidrig verwendet wurde und für die optimale Versorgung der Versicherten gefehlt hat.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!