

Christof Mandry

## Gibt es strukturelle Korruption im deutschen Gesundheitswesen?

### Eine sozialetische Untersuchung am Beispiel der Einflussnahme von Krankenkassen auf den Risikostrukturausgleich

#### *Zusammenfassung*

Das deutsche Gesundheitswesen setzt erhebliche Finanzmittel ein, um für alle Versicherten eine hochwertige und allgemein zugängliche Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die Komplexität des Gesundheitssystems hat jedoch eine Intransparenz zur Folge, die mannigfaltige Gelegenheiten für Manipulation und Korruption bietet. Der Beitrag untersucht, ob der Begriff der Korruption dazu geeignet ist, bestimmte institutionelle und strukturelle Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen zu analysieren und der ethischen Bewertung zuzuführen. Dies wird am Beispiel der Maßnahmen diskutiert, mit denen Krankenkassen den Risikostrukturausgleich zu ihren Gunsten beeinflussen. Das Ziel ist einerseits, einen sozialetisch relevanten Korruptionsbegriff zu erarbeiten, andererseits zu erörtern, ob das Gesundheitswesen in Deutschland von struktureller Korruption betroffen ist.

#### *Abstract*

The German health system uses considerable financial resources to ensure high-quality and generally accessible health care for all insured persons. However, the complexity of the health care system results in a lack of transparency, which offers many opportunities for manipulation and corruption. The paper examines whether the concept of corruption is suitable for analyzing certain institutionally and structurally undesirable developments in the health care system, and to what extent these can be ethically assessed on its basis. This is discussed using the example of activities with which health insurance companies influence risk structure compensation in their favour. The aim is, on the one hand, to develop a social-ethically relevant concept of corruption and, on the other hand, to discuss whether the German health care system is affected by structural corruption.

## 1 Einleitung

Das Gesundheitswesen ist mit über 374 Mrd. Euro Umsatz pro Jahr (2017) einer der bedeutendsten Wirtschaftszweige in Deutschland. 70% der Gesundheitsausgaben werden durch die sozialen Sicherungssysteme

finanziert, wobei allein die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) rund 212 Mrd. Euro ausmachen.<sup>1</sup> Dem deutschen Gesundheitswesen wird aber – bei all seiner Leistungsfähigkeit – nicht nur eine Reihe von Fehlallokationen<sup>2</sup> vorgeworfen, sondern auch erhebliche Intransparenz attestiert, aus der erhöhte Betrugs- und Korruptionsanfälligkeit resultiert. Eine Reihe von Skandalen sind durch die Presse gegangen, wie etwa die Manipulation von Wartelisten für Organtransplantationen, gefälschte Implantate, manipulierte pharmazeutische Wirksamkeitsstudien oder Abrechnungsbetrügereien. Transparency International (2008) zufolge sind diese nicht auf das Fehlverhalten Einzelner zurückzuführen, sondern „strukturell“ in der Organisationsweise des deutschen Gesundheitswesens angelegt. Im Folgenden soll daher diskutiert werden, ob und inwiefern das deutsche Gesundheitswesen sich durch „strukturelle Korruption“ auszeichnet. Im Rahmen dieses Beitrags kann freilich nicht die gesamte Bandbreite korruptiven Verhaltens im Gesundheitsbereich thematisiert werden. Etliche Sachverhalte, wie die Einflussnahme der Pharmaindustrie auf wissenschaftliche Studien und auf das Verschreibungsverhalten von Ärzten, sind hinlänglich bekannt und wissenschaftlich gut untersucht (vgl. etwa Kliche 2011; Kubiciel/Hoven 2016; Koch/Lieb 2017; Lieb/Koch 2017; Li u. a. 2018; ethisch: Haker 2014). Daher sollen hier nicht die Pharmaunternehmen, sondern die Krankenkassen als Urheber korruptiver Praktiken in den Blick genommen werden: 2016 hatte der Vorstandsvorsitzende der Techniker Krankenkasse in einem Interview öffentlich gemacht, dass die Krankenkassen systematisch niedergelassene Ärzte dazu anhalten, Patienten auf dem Papier als schwerwiegender erkrankt einzustufen, als sie es sind, um mehr Geld aus dem Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen zu erhalten (vgl. FAS 2016). Handelt es sich dabei um ein Phänomen „struktureller Korruption“? Der Beitrag hat zum Ziel, die analytische und normative Relevanz des Begriffs „strukturelle Korruption“ für die christliche Sozialethik zu diskutieren. Ist der Korruptionsbegriff auf Institutionengeflechte anwendbar und somit geeignet, auch die spezifischen Dysfunktionalitäten moderner

1 Vgl. <<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Ausgabentraeger.html>>, abgerufen 25. 06. 2018.

2 Der SVR Gesundheit hat bereits in seinem Jahresgutachten 2000/2001 „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ bemängelt, online unter <[http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2000–2001/Kurzfae-01.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000–2001/Kurzfae-01.pdf)>, abgerufen 23. 02. 2018.

komplexer Systeme zu analysieren und sie für eine sozialetische Bewertung aufzuschließen? Dies wird am Gesundheitswesen vorgenommen, weil es über eine besonders komplexe Institutionen- und Akteursvielfalt verfügt und zugleich der politisch-ökonomische Regelungsanspruch stärker ausgeprägt ist als in anderen Wirtschaftsbereichen. Der Fokus liegt auf der sozialetischen Analyse und damit dem normativen Aspekt von Systemfunktionalität im Gesundheitswesen sowie der sozialetischen Begriffsklärung, jedoch nicht auf der normativen Herleitung von konkreten Reformmaßnahmen. Das Vorgehen gliedert sich in die folgenden Schritte: Zunächst (1) ist zu klären, was in sozialetischer Perspektive unter Korruption zu verstehen ist und worin institutionelle und strukturelle Dimensionen von Korruption bestehen können. Weil Korruption ein weites Feld mit einer großen Vielfalt an Phänomenen ist, wird bereits hier der Fokus auf das Gesundheitswesen gerichtet. Anschließend (2) wird die erwähnte Manipulation des Risikostrukturausgleichs zwischen den Krankenkassen untersucht. Inwiefern handelt es sich dabei um ein rationales Akteursverhalten und wodurch wird es strukturell begünstigt? Der letzte Abschnitt (3) fasst die Ergebnisse zusammen, ob es sich dabei um „strukturelle Korruption“ handelt und inwiefern diese Kategorie sinnvoll auf das deutsche Gesundheitswesen angewandt wird.

## 2 Korruption

Worin Korruption besteht, wird entlang einer großen Bandbreite von historischen und sozialen Erscheinungsformen und je nach disziplinärem Erkenntnisinteresse unterschiedlich definiert (vgl. Graeff/Grieger 2012; Grüne/Slanička 2010). Für unseren Zusammenhang genügt es, zwischen einer engeren, strafrechtlichen Definition, die auf die Tatbestände der Bestechung und der Bestechlichkeit abhebt, und einer weiteren, sozialwissenschaftlichen Konzeption zu unterscheiden.

### 2.1 Bestechung und Bestechlichkeit: der strafrechtliche Korruptionsbegriff

Die 2016 mit dem „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ neu ins Strafrecht eingeführten Paragraphen 299a und 299b StGB lehnen sich an den Bestechungstatbestand § 299 StGB an und

stellen bestechliches Handeln von Angehörigen der Heilberufe unter Strafe. Denn während die Bestechung bzw. Bestechlichkeit von Amts- und Klinikärzten bereits strafrechtlich abgedeckt waren, hatte der BGH 2012 in Bezug auf niedergelassene Ärzte eine Gesetzeslücke festgestellt. Die Zahlungen von sog. Kick-backs durch eine Pharmavertreterin an niedergelassene Ärzte, mit denen deren Verschreibungen des Medikaments der Pharmavertreterin anstelle von Konkurrenzprodukten belohnt wurden, waren, so der BGH, nicht strafbar, weil die Ärzte weder als öffentliche Amtsträger noch als Beauftragte der Krankenkassen (zu deren Lasten die Mehrkosten aus den Verschreibungen gingen) zu gelten hatten. Seit der Gesetzesänderung machen sich nun auch niedergelassene Ärzte<sup>3</sup> strafbar, wenn sie im Zusammenhang mit der Verordnung von Medikamenten oder sonstigen medizinischen Produkten oder für die Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial Vorteile fordern, annehmen oder sich versprechen lassen. Das Gesetz hebt damit auf die beiden Elemente der Vorteilsnahme und der Unrechtsvereinbarung ab und präzisiert diese für den medizinischen Kontext (vgl. Kubiciel 2016, 74–76). Die Tatbestandsdefinition ist eng und erfasst nur die direkte, individuelle Vorteilsgewährung – gewissermaßen das unrechtmäßige „Tauschgeschäft“, bei dem materielle oder immaterielle Vorteile im Gegenzug für bestimmte erwünschte Handlungen gewährt werden – und durch die es zu einer unfairen Bevorzugung im Wettbewerb kommt. Damit konzentriert sich das Gesetz auf die Verhinderung des unlauteren Wettbewerbs, der mit Bestechung unzweifelhaft gegeben ist, aber bezieht sich nicht auf das Schutzgut der ärztlichen Unabhängigkeit und auf das Patientenwohl, dem diese verpflichtet ist. Diese Engführung, die die Tätigkeit der Heilberufe als geschäftliches Handeln wie jedes andere einzustufen scheint, aber nicht auf das besondere Vertrauensverhältnis abhebt, das zwischen Arzt und Patient besteht, sowie auf die Gemeinwohlverpflichtung ärztlichen Handelns – konkret in der Verpflichtung der ärztlichen Unabhängigkeit auf das Patientenwohl (vgl. Klemperer 2016, 27 f.; Deutscher Ethikrat 2016) –,

3 Das Gesetz umfasst alle Angehörigen der Heilberufe, für die eine staatlich geregelte Ausbildung nötig ist, also nicht nur Ärzte, sondern etwa auch Logopäden, Physiotherapeuten und Krankenpfleger, nicht jedoch Apotheker (vgl. Dannecker/Schröder 2016, 65 f.). Hauptsächlichste Bedeutung dürfte es jedoch für Ärzte haben, denen bei geringer Kontrolle quasi ein Alleinstellungsmerkmal bei der Entscheidung über kostenrelevante Gesundheitsleistungen zukommt (vgl. Klemperer 2016, 36 f.; Kölbel u. a. 2016, 204 f.).

ist viel kritisiert worden (vgl. Dannecker/Schröder 2016; Koch/Lieb 2017, 198 f.). Die Tatbestandsbeschreibung der §§ 299a/b StGB nimmt außerdem mit dem direkten Pharmamarketing nur einen kleiner Ausschnitt korruptiven Verhaltens im Gesundheitswesen in den Blick. Die direkte Beeinflussung von Ärzten durch Pharma-Außendienstler, die bei ihren Praxisbesuchen „Goodies“ hinterlassen, befindet sich aus betriebswirtschaftlichen Gründen in den letzten Jahren ohnehin auf dem Rückzug (vgl. Kölbel 2018, 13 f.). Andere, strafrechtlich nicht erfasste, weil indirektere Methoden der Einflussnahme, wie die großflächige „Landschaftspflege“ durch die Pharmaindustrie, das Bezahlen von Ärzten für „Anwendungsbeobachtungen“<sup>4</sup> und das einseitige, aber mit wissenschaftlichem Anstrich versehene „Infomarketing“, sind hingegen weiterhin bedeutend oder wurden sogar ausgebaut. Ziel dieser mehr oder weniger subtilen Strategien ist dabei stets, dass bei Aufrechterhalten eines Unabhängigkeitsscheins die eigenen Produkte als „Mittel der Wahl“ erscheinen.<sup>5</sup> Dieses Korruptionsgeschehen geht über ein simples „Tauschgeschäft“ erheblich hinaus und muss im Zusammenhang mit legalen Handlungsweisen, in der Einbettung in Unternehmenstrategien und im Kontext der Verflechtung zwischen Industrie, medizinischer Versorgung, Kostenträgern, Wissenschaft und öffentlichen Stellen analysiert werden. Dazu bedarf es eines erweiterten Korruptionsbegriffs, der korruptive Phänomene im Gesundheitswesen gerade hinsichtlich der institutionellen und strukturellen Dimension erfasst.

## 2.2 Der sozialwissenschaftliche Zugang zu Korruption

Breiter angelegte, sozialwissenschaftliche Zugänge zur Korruption beziehen die überindividuellen Umstände und Voraussetzungen, die sozialen Muster sowie die Einbettung in gesellschaftlich-normative Framings mit

- 4 Anwendungsbeobachtungen sind sog. nicht-interventionelle Studien, die niedergelassene Ärzte im Auftrag von Pharmaunternehmen mit bereits zugelassenen Arzneimitteln durchführen. Ziel ist es, aus der konkreten Verordnungserfahrung Erkenntnisse etwa hinsichtlich der Verträglichkeit von Medikamenten im breiten Einsatz zu gewinnen. Kritisiert werden v. a. die geringe wissenschaftliche Qualität vieler Anwendungsbeobachtungen (vgl. Dietrich 2013) und die Gefährdung der ärztlichen Unabhängigkeit durch die dafür erhaltenen Entgelte.
- 5 Vgl. zu diesen Praktiken ausführlicher Kölbel 2018; Kölbel u. a. 2016; dort jeweils auch Hinweise auf empirische Studien zur Wirkung dieser Beeinflussungsaktivitäten.

ein und erfassen so korruptive Phänomene über die notwendigerweise enggefaste (straf-)rechtliche Definition hinaus (vgl. Kölbl u. a. 2016, 194). Eine solche Erweiterung spricht bereits aus der eingängigen Definition von Transparency International: „Korruption ist Missbrauch anvertrauter Macht zum privaten Nutzen oder Vorteil“ (Transparency International 2016, 3). Korruption wird hier nicht rechtlich, sondern sozial definiert, nämlich durch den Bezug auf soziale Rollenzuschreibungen und Rollenerwartungen. Korruption liegt dann vor, wenn eine mittels einer sozialen Rolle oder Funktion eingeräumte Entscheidungsbefugnis („Macht“) nicht im Sinne dieser Machtzuschreibung, sondern zu einem privaten Vorteil ausgeübt wird.

Die für Korruption charakteristische Kluft zwischen einer normativ grundierten Verhaltenserwartung und dem tatsächlich, aber häufig unerkant davon abweichenden Verhalten wird sozialwissenschaftlich mit Hilfe des Prinzipal-Agent-Klient-Modells expliziert (vgl. zum Folgenden Graeff 2010; sowie Kölbl u. a. 2016). Wesentlich ist dabei das Verhältnis zwischen Prinzipal und Agent, das als einvernehmlicher Vertrag konzipiert wird: Ein Prinzipal (Arbeitgeber, Dienstherr, die Öffentlichkeit) setzt einen Agenten (Arzt, Krankenkasse) zu einem bestimmten Zweck ein, den dieser Agent im Rahmen des Auftrags selbstbestimmt gegenüber den Klienten ausübt. Durch Anreize und Sanktionen wird das Vertrags- oder Beauftragungsverhältnis zwischen Prinzipal und Agent so gestaltet, dass der Agent seine Tätigkeit möglichst verabredungsaffin – also zum verabredeten Zweck – ausübt. Dieses Modell setzt offenkundig einen grundsätzlichen Interessenkonflikt als gegeben voraus, der zwischen der Beauftragung, dem „öffentlichen Zweck“ des Agenten, und seiner privaten Rolle mit ihren privaten Interessen besteht.<sup>6</sup> In diesem grundsätzlichen Interessenkonflikt ist das Risiko angelegt, dass es zu korruptivem Verhalten kommt (vgl. Weißkircher u. a. 2017; Lieb/Koch 2017). Eine weitere Voraussetzung besteht darin, dass dem Agenten bei der Aufgabenerfüllung ein Handlungsspielraum zugestanden werden muss und er häufig über einen Informationsvorsprung verfügt. Das Modell ist folglich auf die Compliance des Agenten angewiesen, weil Kontrolle zwar möglich, aber einerseits aufwendig ist, andererseits am notwendigen Ermessens- und Handlungsspielraum des Agenten auch an Grenzen

6 „Conflicts of interest (COI) are defined as a set of circumstances that creates a risk of professional judgment concerning a primary interest being unduly influenced by a secondary interest.“ (Weißkircher u. a. 2017, 1)

stößt. Korruption entsteht diesem Modell zufolge dadurch, dass der Agent aufgrund seiner Beauftragung Leistungen vergibt bzw. Entscheidungen über Leistungen fällt, die nicht im Sinne der Beauftragung sind, sondern in seinem privaten Interesse oder zum Vorteil Dritter getroffen werden. Korruption führt damit zu einer verdeckten Schädigung des Prinzipals und in der Regel auch des Klienten. Worin besteht nun ein möglicherweise korruptives Verhalten von Krankenkassen?

Da es auf Seite der Krankenkassen in der Regel nicht um die private Bereicherung von Entscheidungsträgern geht, ist zunächst noch auf die Begriffe der institutionellen bzw. strukturellen Korruption einzugehen. Mit ihnen wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es sich – anders als bei simpel gelagerter Bestechung und Bestechlichkeit – bei der von Organisationen verursachten Korruption eben nicht um individuelle Handlungen, sondern wesentlich um Bestandteile einer Organisationsstrategie handelt.

### 2.3 Institutionelle und strukturelle Korruption

Die Konzepte der institutionellen bzw. strukturellen Korruption heben zunächst auf den höheren Organisationsgrad ab, der das korruptive Verhalten von Organisationsvertretern auszeichnet. Die sog. situative Korruption nach dem Modell der einfachen Bestechung ist eher spontan oder zumindest nur wenig geplant, gelegenheitsbezogen und spielt sich im Wesentlichen zwischen Individuen ab. Als Kennzeichen von *struktureller* Korruption benennt Braasch (2010, 369), dass die Handlungen geplant und auf Wiederholung angelegt sind, dass sie längerfristige Beziehungen zwischen Akteuren betreffen, die einander bekannt sind und die über einen längeren Zeitraum miteinander kooperieren, und dass häufig eine Mehrzahl von Akteuren einbezogen sind. Strukturelle Korruption kennzeichnet die Beziehungen der Akteure in nicht nur nebensächlicher Weise, und sowohl auf Geber- als auch auf Nehmerseite sind die Akteure miteinander organisatorisch verbunden. Im Gesundheitswesen, wo sich auf der Geberseite überwiegend Unternehmen bzw. Organisationen, auf der Nehmerseite mit niedergelassenen Ärzten hingegen viele Einzelpersonen befinden, nimmt korruptives Verhalten vor allem bei den Gebern *institutionelle* Züge an. Damit ist gemeint, dass korruptive Praktiken – sowohl im Pharmavertrieb, als auch (wie zu zeigen sein wird) bei den Krankenkassen – Bestandteil der Unternehmensstrategie sind und daher der strategischen

und operativen Planung, der Mitarbeiterschulung, der kommunikativen Begleitung etc. zu ihrer Durchführung bedürfen. Die Zielgruppen der Korruption müssen u. U. längerfristig „angefüttert“ werden, es müssen geeignete Tools – bis in die IT von Abrechnungssystemen hinein – entwickelt werden, eine kreative Compliance (häufig in Zusammenarbeit mit externen gesundheitsökonomischen und -rechtlichen Beratungsdienstleistern) muss die legalen Spielräume maximal auszudehnen versuchen und es muss schließlich der Erfolg der Maßnahmen kontrolliert werden. (Vgl. Köbel u. a. 2016, 214 f.) Institutionelle Korruption beschränkt sich im Gesundheitswesen nicht auf einzelne Unternehmen oder Unternehmensgruppen (wie etwa *Big Pharma*), sondern durchzieht viele Bereiche und Akteursebenen. Institutionelle Korruption bedarf unternehmensintern der Kooperation und Abstimmung zwischen verschiedenen Unternehmensbereichen und zusätzlich der Vernetzung mit externen Beratern und Dienstleistern, sowie schließlich der Akzeptanz bei einer entsprechend eingestellten Nehmerseite, um zu funktionieren – es ist ein rationales, auf Effizienz getrimmtes Vorgehen. Köbel u. a. (2016, 220 f.; vgl. Gray 2013, 536 f.) definieren institutionelle Korruption daher als „Einflussnahme auf Entscheidungsträger, die typischerweise auf erlaubten Mitteln (also gerade nicht auf direkter Bestechung) beruht und die – eben weil sie mit Blick auf strukturelle (Anreiz-)Bedingungen sinnvoll und funktionslogisch ist – durch die fraglichen Organisationen ‚vernünftigerweise‘ erfolgt (d. h. im alltäglichen Agieren der Organisationspraxis normalisiert werden kann)“. Lessig (2013, 553) spricht von institutioneller Korruption „when there is a systemic and strategic influence which is legal, or even currently ethical, that undermines the institution’s effectiveness by diverting it from its purpose or weakening its ability to achieve its purpose, including, to the extent relevant to its purpose, weakening either the public’s trust in that institution or the institution’s inherent trustworthiness“. <sup>7</sup> Aus beiden Definitionen lassen sich die folgenden sechs Bestandteile institutioneller bzw. struktureller Korruption gewinnen:

*Strategische Bedeutung:* Die korruptiven Praktiken sind Bestandteil der Markt- bzw. Wettbewerbsteilnahme der Organisation und ein Element im Ensemble ihrer Erfolgsstrategien.

7 Lessigs Kennzeichnung der Mittel der Einflussnahme als „currently ethical“ bezieht sich auf das zu einem gegebenen Zeitpunkt akzeptierte Standes- bzw. Professionsethos, das dann aufgrund ethischer Überlegungen zu überdenken und zu verändern ist.



*Systemische Integration:* Die korruptiven Praktiken sind komplex und bedürfen zu ihrem Funktionieren der Einbettung in die Organisation und evtl. der Zuarbeit durch externe Dienstleister; sie werden nicht nur isoliert von einem Organisationsteil (etwa dem Außendienst) vorgenommen.

*Legalität:* Die korruptiven Praktiken sind legal oder bewegen sich in einem Graubereich, der häufig durch entsprechende Rechtsberatung ausgedehnt wird. Sie nutzen Gesetzeslücken aus und/oder basieren auf der Intransparenz oder Vagheit der Rechtslage – die sich u. U. der gezielten Lobbyarbeit im Normierungsprozess verdankt. Trotz Legalität sind die Akteure bemüht die korruptiven Praktiken vor öffentlicher Einsichtnahme zu verbergen, weil sonst ihre Dysfunktionalität und Illegitimität den Ruf nach Sanktionen oder Neuregelung hervorrufen würde.

*Normalisierung:* Als Teil einer rationalen Unternehmensstrategie werden die korruptiven Praktiken von den beteiligten Akteuren entproblematisiert, normalisiert oder gerechtfertigt, indem sie als „marktüblich“, „wettbewerbsnotwendig“ oder als Reaktion auf Regulierungsdefizite dargestellt werden (vgl. Kölbl u. a. 2016, 203). Die normative Neutralisierung macht sie mit dem Selbstbild der beteiligten Akteure vereinbar, die sie ihrer Wahrnehmung nach nicht zum eigenen Vorteil, sondern zu dem ihrer Organisation oder sogar der Klienten einsetzen (vgl. Stark 2011).

*Rationalität:* Aus Perspektive der Akteure sind die korruptiven Praktiken rational, da sie im Sinne des Unternehmensziels vorteilhaft und effizient sind, während es sich aus Sicht des Prinzipals um ein dysfunktionales bzw. deviantes Vorziehen des Sekundärinteresses vor das Primärziel handelt. Um eine erwünschte Ausrichtung des rationalen und effizienten Akteuragierens zu erreichen, müssen die Rahmenbedingungen durch geeignete Sanktionen und/oder das Anpassen von Erfolgsfaktoren so verändert werden, dass mit korruptiven Handlungsweisen keine Vorteile mehr zu erzielen sind.

*Gemeinwohlverstoß:* Da es sich bei korruptiven Praktiken nicht um individuell-deviantes Verhalten handelt, sondern um ein systematisches Vorordnen von partikularen Sekundärinteressen, ist aus sozialem ethischer Sicht in ihnen eine Verletzung des Gemeinwohls zu erkennen. Schließlich verdanken die Institutionen im Gesundheitswesen ihre Stellung dem öffentlichen Prinzipal-Agent-Übereinkommen, das diesem System regulatorisch zugrunde liegt. Die Legitimität des öffentlich verantworteten Gesundheitswesens beruht insgesamt darauf, dass ein ethisch hochstehender Zweck, nämlich die Gesundheitsversorgung des Einzelnen sowie der Bevölkerung insgesamt, auf dem höchstmöglichen Niveau in

gerechter und effizienter Weise realisiert wird. Das Gemeinwohlinteresse bezieht sich folglich nicht allein auf den Zweck des Gesundheitswesens, sondern auch auf seine Organisation, die in Orientierung an grundlegenden öffentlichen Prinzipien „wohlgeordnet“ sein muss.<sup>8</sup> Die Verbreitung korruptiver Praktiken ist ein Anzeichen dafür, dass diese Wohlordnung gestört ist und Regulierungsbedarf besteht.

Am Ende dieser Begriffsklärung ist noch auf die Kennzeichnung von Korruption als „institutionell“ oder „strukturell“ einzugehen, was in der Literatur oftmals gleich oder ohne deutliche Abgrenzung verwendet wird. In der Tat werden damit nicht unterschiedliche Phänomene von Korruption, sondern eher verschiedene Aspekte benannt, die man folgender Maßen aufeinander beziehen kann: *Institutionelle* Korruption hebt den Sachverhalt hervor, dass solche Praktiken in das Handeln einer Institution (Unternehmen, Körperschaft, Behörde) integriert sind. Es handelt sich um institutionalisierte Praktiken, die als rational geplantes, strategisch eingesetztes Vorgehen Bestandteil des institutionellen Handelns und die in das normative Selbstbild der Institutionen eingebettet sind. *Strukturelle* Korruption unterstreicht hingegen die systemische Dimension, die korruptive Praktiken durch ihre weite Verbreitung in einem gesellschaftlichen Teilbereich wie dem Gesundheitswesen insgesamt einnehmen. Korruption ist strukturell, sofern sie von einer Vielzahl von unterschiedlichen Akteuren auf vielen Ebenen im Gesundheitswesen als normalisierte Praktik ausgeübt wird, sie also sowohl die Beziehungen zwischen Einzelpersonen (niedergelassenen Ärzten) und Wirtschaftsunternehmen (Pharmaindustrie), als auch zwischen öffentlichen Körperschaften (Zulassungsbehörden), Krankenkassen und Regulierungsinstitutionen (etwa für Behandlungs-, Vergabe- oder Evaluierungsrichtlinien) in nicht nur punktueller Weise betrifft (vgl. Braasch 2010, 369; Transparency International 2016, 2).

8 Zur Idee der „wohlgeordneten Gesellschaft“ vgl. Rawls 2003, 105–109, der sie durch die allgemeine und öffentliche Anerkennung von vernünftigen obersten Grundsätzen von Recht und Moral definiert, die in den gesellschaftlichen Strukturen und Institutionen auch tatsächlich verankert sind. Diese Überlegungen sind sachlich mit der Gemeinwohl-Idee der christlichen Sozialethik übereinstimmend, die oberste moralische Grundsätze wie die Menschenrechte (vgl. PT 36; GS 26; 73 f.) mit der Vorstellung der Gesellschaft als sach- und menschengerechter Kooperationsordnung verbindet, die verantwortlich zu gestalten ist. Hier kommt es vor allem auf den Gedanken an, dass strukturelle Korruption nicht nur systemisch-dysfunktional, sondern auch sozialethisch falsch ist.

Kurz gesagt: Wenn institutionelle Korruption weit verbreitet ist und die Mehrzahl der Akteursgruppen erfasst, nimmt sie strukturelle Züge an. Mehr noch als institutionelle ist strukturelle Korruption durch das systematische Unterlaufen der Prinzipalerwartungen auf Rollenkonformität gekennzeichnet und kann bei öffentlichem Bekanntwerden zu Vertrauensverlust gegenüber beteiligten Institutionen bzw. zum Akzeptanzverlust für das öffentlich kontrollierte und verantwortete Gesundheitswesen führen.

### 3 Krankenkassen als Akteure korruptiver Praktiken

In der Regel sind Krankenkassen nicht als Urheber, sondern als Opfer von Korruption oder Betrug im Blick. Abrechnungsbetrügereien oder das Beeinflussen des ärztlichen Verschreibungsverhaltens führen zu Mehrausgaben bei den Krankenkassen. Daher sind sie in der Regel auch am Aufdecken bzw. Vermeiden von Irregularitäten interessiert. Erst das eingangs erwähnte Interview des Vorstandsvorsitzenden der Techniker-Krankenkasse hat einer breiteren Öffentlichkeit bewusst gemacht, dass Krankenkassen selbst als Urheber korruptiver Handlungen in Frage kommen. Wie bei vielen anderen korruptionsanfälligen Akteuren im Gesundheitswesen geht es auch hier darum, dass Krankenkassen sich durch spezifische Manipulationen Wettbewerbsvorteile verschaffen wollen, die nicht im Sinne ihrer Beauftragung durch den Prinzipal (letztlich die gesamte Öffentlichkeit) sind. Obwohl die Krankenkassen im System der GKV nicht profitorientiert agieren, stehen sie dennoch in einer spezifischen Wettbewerbssituation. Dieser Wettbewerb soll seiner Anlage (Primärinteresse) nach die effiziente Versorgung der Versicherten mit qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen bewirken; korruptive Aktionen seitens der Kassen sind darin zu erkennen, wo sie Spielräume der Wettbewerbssituation zu ihrem partikularen Vorteil ausnutzen, sie also ihr Sekundärinteresse (Verbesserung ihrer Marktposition) dem Primärinteresse vorziehen. Dabei geht es wesentlich um die Selektion von Risiken bzw. den Ausgleich von Risikostrukturen. Zum Verständnis ist es notwendig, auf die Charakteristika des Kassenwettbewerbs und die Rolle des Risikostrukturausgleichs in der GKV einzugehen, bevor die Frage aufgenommen wird, ob das „Upcoding“ seitens der Kassen als institutionelle Korruption zu gelten hat.

### 3.1 Kassenwettbewerb und Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich (RSA) wurde 1992 als Voraussetzung für den gesundheitspolitisch gewollten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen in das System der GKV eingeführt (vgl. zum Folgenden Reiners 2006; Rosenbrock/Gerlinger 2014, 411–418; Knieps/Reiners 2015, 102–120). Zentrales Element dieser Reform war die Einführung der freien Kassenwahl. Der Wettbewerb zwischen den Kassen sollte sowohl zu einer effizienteren Mittelverwendung führen als auch die Qualität der Versorgung verbessern. Denn die Versicherten würden, so die Idee, jene Kassen mit günstigeren Beitragssätzen und attraktiveren Versorgungsprogrammen wählen. Daher wurden u. a. (ab 2002) Anreize für Kassen eingeführt, Disease Management Programme (DMP) für chronisch erkrankte Versicherte aufzubauen. Die Freigabe des Wettbewerbs um Versicherte – der im Wesentlichen über die Beitragshöhe ausgetragen wurde – flankiert der neu eingeführte Risikostrukturausgleich. Dabei handelt es sich um einen Umverteilungsmechanismus zwischen den Krankenkassenarten, der die unterschiedlichen finanziellen Risiken ausgleicht, die aus der jeweiligen Zusammensetzung der Versicherten resultieren. Der RSA berücksichtigte ursprünglich nur allgemeine, ein- und ausgabenrelevante Charakteristiken der Versicherten, wie Einkommen, Alter, Geschlecht, Familienversicherungsquote sowie Beziehen oder Nicht-Beziehen einer Erwerbsminderungsrente. Auf der Grundlage einer Durchschnittskalkulation wird für jede Kasse berechnet, ob sie in Abhängigkeit von ihrer Versichertenzusammensetzung eine Über- oder Unterdeckung von Einnahmen und Ausgaben aufweist. Liegt ihr Beitragsaufkommen über den Ausgaben, muss sie Zahlungen an den RSA leisten, liegt es unter den Ausgaben, erhält sie Zahlungen aus dem RSA. Weil die Erstattungen aufgrund einer Durchschnittskalkulation erfolgen, erhalten die Kassen keinen vollen Ausgleich ihrer Mehrausgaben, sondern müssen diesen über Beitragserhöhungen bzw. Zusatzbeiträge von ihren Versicherten ausgleichen lassen. Überschüsse kann eine Kasse hingegen als Beitragssenkung an ihre Mitglieder weitergeben. Der RSA gleicht also die unterschiedlichen Wettbewerbspositionen zwischen den Kassen aus, die sich aus dem Risikoprofil ihrer Versicherten ergeben, aber enthält gleichzeitig einen finanziellen Anreiz, die Ausgaben durch effizienten Mitteleinsatz – vor allem bei den Verwaltungskosten – zu senken.

Im Licht des Prinzipal-Agent-Modells ist der RSA vor dem Hintergrund der Solidar- und Effizienzziele des Prinzipals (Gesetzgeber bzw. Regulierungsinstanzen des Gesundheitswesens) zu sehen, der zwischen den Kassen (Agenten) einen fairen Wettbewerb über attraktive Beitragssätze und gute Leistungen zugunsten der Versicherten als Klienten etablieren und zugleich adverse Selektion durch die Kassen verhindern will. Es zeigte sich nämlich in der weiteren Entwicklung, dass die Möglichkeiten der Kassen zu Eingriffen auf der Kostenseite vergleichsweise gering sind und sich im Wesentlichen auf die Verwaltungskosten, auf die Krankheitsprävention und auf geschickte Verhandlungen mit Leistungserbringern (wofür größere Marktmacht von Vorteil ist) beschränken (vgl. Wende 2017, 817). Den bedeutendsten Kostenfaktor stellt das gegebene Risikopotenzial der Versicherten dar, Behandlungskosten zu verursachen. Entsprechend attraktiv ist es für die Kassen, ihre Wettbewerbssituation dadurch zu verbessern, dass sie einen Versichertenpool mit günstigem Risikoprofil aufbauen: jung, gesund, hohes Einkommen, hoher Bildungsabschluss, geringe Anzahl an beitragsfrei mitversicherten Familienmitgliedern und mit einem geringeren Risiko für teure und chronische Erkrankungen (vgl. Höppner u. a. 2006; Göppfarth 2007). Da der RSA ursprünglich nur allgemeine Risikofaktoren berücksichtigte, aber nicht das Risiko „Krankheit“, und zudem die standardisierten Leistungsausgaben der Kassen nur zu etwa 92 % ausglich, verschob sich der Wettbewerb auf die Risikoselektion: Die Kassen bemühten sich, „gute Risiken“ anzuziehen und „schlechte Risiken“ loszuwerden. Diese im Sinne des Prinzipal-Agent-Modells adverse Selektion ist in drei Hinsichten nachteilig für die GKV (vgl. Wende 2017, 817): Erstens verschiebt sich der Wettbewerb auf die Risikoselektion, hinter der die Anreize zur Verwaltungs- und Versorgungsqualität zurückstehen. Es kommt zu einer Stärkung der Kassen mit einer ohnehin günstigen Versichertenstruktur und zur Gefahr der Monopolbildung. Zweitens sinken die Anreize für die Versorgung chronisch Kranker, weil solche Versorgungsstrukturen die aus Kassensicht „falschen Risiken“ anziehen und ihre Wettbewerbsposition schwächen würden. Drittens stehen jene finanziellen Mittel, die für die Risikoselektion aufgewandt werden, nicht für die Krankenversorgung zur Verfügung, sie gehen also für die eigentliche Zielsetzung des Gesundheitswesens verloren.

### 3.2 Manipulationsmöglichkeiten im Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich

Um diese Anreize für Risikoselektion zu beseitigen, wurde der RSA reformiert und berücksichtigt seit 2009 zusätzlich bestimmte Krankheitsmerkmale bei den Versicherten. Im sogenannten „morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich“ (M-RSA, in der Literatur auch Morbi-RSA) erhalten die Krankenkassen nun neben einer Grundpauschale je Versicherten weitere, risikoadjustierte Zu- bzw. Abschläge, die sich (wie bisher) aus Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsrentenbezug berechnen und die außerdem (erstmalig) Zuschläge für aktuell 80 ausgewählte, kostenträchtige Krankheiten einbeziehen.<sup>9</sup> Der im Einzelnen recht komplizierte Mechanismus differenziert die Krankheitsdiagnosen zusätzlich in Schweregrade und gewichtet sie durch einen aus Kosten und Häufigkeit (Prävalenz) gewonnenen Faktor, er ist zudem prospektiv ausgerichtet, d. h. die finanziellen Zuwendungen orientieren sich an den Kosten des jeweiligen Vorjahres. Damit werden jene Mehrkostenrisiken ausgeglichen, die den Kassen aus der Behandlung ihrer Versicherten mit diesen Krankheiten entstehen; Kassen mit einem „ungünstigen Risiko-profil“ ihrer Versicherten erhalten also höhere Zuweisungen aus dem M-RSA (vgl. Göppfarth 2016, 10–12). Da die Transfers aus dem M-RSA weiterhin auf dem Niveau pauschalisierter Beträge erfolgen, bleiben Anreize für Ausgabeneinsparungen bei den Kassen bestehen, der Wettbewerb wird also nicht zum Erliegen gebracht. Dem M-RSA gelingt eine auch im internationalen Vergleich (vgl. Buchner/Schillo 2016) sehr weitgehende und zielgenaue Berücksichtigung des tatsächlichen Risiko-profils der Kassen und kann einer Risikoselektionsstrategie der Kassen weitgehend entgegenwirken.<sup>10</sup> Die größere Zielgenauigkeit durch

- 9 Außerdem gibt es standardisierte Programmzuschläge für DMP sowie einen Zuschlag für Verwaltungskosten; Kinder werden mit einem einheitlichen Betrag berücksichtigt. Die Mittel werden durch den 2009 ebenfalls neu eingerichteten Gesundheitsfonds verteilt. Die Beschränkung auf eine Gruppe ausgewählter Krankheiten ist das Ergebnis eines politischen Kompromisses, da die Komplettberücksichtigung aller Krankheiten sich nicht durchsetzen ließ. Der Gesetzgeber hat eine Menge von 50–80 Krankheiten festgelegt und es dem Bundesversicherungsamt (BVA) überlassen, Anzahl und Auswahl der Krankheiten festzulegen. Das BVA bzw. dessen Wiss. Beirat ist auch mit der weiteren Begutachtung des M-RSA beauftragt.
- 10 Gänzlich ist Risikoselektion allerdings nicht ausgeschlossen, da es systemisch weiterhin zur Unter- und Überdeckung bei bestimmten Diagnosen kommt.

Einbeziehen von Morbiditätsdaten geht allerdings mit einer gestiegenen Manipulationsanfälligkeit einher, da der M-RSA sich nun nicht mehr nur auf leicht überprüfbare und damit manipulationsresistente Daten wie Alter, Geschlecht und Bezug bzw. Nichtbezug einer Erwerbsminderungsrente stützt, sondern auch auf die ärztlichen Diagnosestellungen. Jene Diagnosen, die in den M-RSA eingehen, sind daher das Ziel von Krankenkassen, die ihre Zuweisungen aus dem M-RSA erhöhen wollen, indem sie niedergelassene Vertragsärzte zu sog. Upcoding bei den Diagnosen bewegen.

### 3.3 Upcoding – eine korruptive Praxis?

Es sollte nicht übersehen werden, dass Upcoding, das systematische Hochstufen von Diagnosen, eine verbreitete Praxis im Gesundheitswesen darstellt. Upcoding ist als Problem bereits aus dem stationären Bereich bekannt und eng mit der Einführung eines leistungsorientierten, pauschalisierten Vergütungssystems verbunden. Ziel ist auch hier das Steigern der Wirtschaftlichkeit, d. h. die Kostenbegrenzung durch Markt- und Wettbewerbsmechanismen. Dazu wurde die Leistungsvergütung bis 2010 schrittweise auf Fallpauschalen umgestellt, so genannte Diagnosis Related Groups (DRG), für die die Krankenhäuser einheitliche, an Durchschnittswerten orientierte Pauschalvergütungen erhalten. Die Zuordnung der individuellen Behandlungsfälle zu einer der rund 1200 DRGs erfolgt auf der Grundlage von Kodierrichtlinien im Krankenhaus, wobei auch Schweregrade und Komplikationen berücksichtigt werden. So soll die Vergleichbarkeit der Diagnosen erreicht werden, die über einheitliche Pauschalen abgerechnet werden. Liegen die konkreten Behandlungskosten eines Krankenhauses über dem Pauschalwert, muss es einen Verlust verbuchen, kann es den Fall günstiger behandeln, macht es einen Gewinn. Aus diesem Mechanismus ergibt sich also ein Anreiz zur Effizienzsteigerung, etwa indem Krankenhäuser sich spezialisieren, um so bestimmte Behandlungen wirtschaftlicher und

Ebenso lohnt es sich offenbar für Kassen, nur bzw. schwerpunktmäßig regional tätig zu sein (regionale Risikoselektion; vgl. Wende 2017). Eine weitere Feinjustierung des M-RSA wird daher in Bezug auf einen Regionalfaktor, die Einbeziehung sämtlicher Krankheiten sowie weitere Faktoren diskutiert (vgl. Göppfarth 2016, 12–14; Häckl/Kossack 2017).

letztlich auch qualitativ besser anbieten zu können. Dass es dadurch zur Konzentration im stationären Bereich kommt und unprofitable Häuser geschlossen werden müssen, liegt auf der Linie dieses Vergütungssystems. Mit den starken Anreizen zu mehr Wirtschaftlichkeit sind Vorteile, aber auch bestimmte Steuerungsprobleme<sup>11</sup> verbunden, auf die hier nicht näher eingegangen wird. Hier geht es um den Umstand, dass es für das Krankenhaus rational erscheinen kann, seine Einnahmesituation durch das Vergeben finanziell attraktiverer DRGs zu verbessern, als medizinisch gerechtfertigt ist. Lüngen/Lauterbach (2000, 852) definieren Upcoding in diesem Kontext als das „systematische und bewusste Höherstufen des Casemixes eines Krankenhauses mit dem Ziel, die auf pauschalierenden DRGs basierenden Erlöse zu steigern“. Schätzungen nehmen für die Jahre 2004–2009 Mehrkosten durch Upcoding von ca. 1,9 bis 3,24 Mrd. Euro an (Schönfelder u. a. 2009), die den Krankenkassen und damit den Versicherten ohne Zusatznutzen entstanden sind. Upcoding ist selbstverständlich illegal, findet aber häufig gewissermaßen „unter dem Radar“ der rechtlichen Kontrolle statt, weil es schwer nachzuweisen ist.<sup>12</sup>

### 3.4 Upcoding-Strategien der Kassen im ambulanten Bereich

Dem Gesundheitswesen ist Upcoding also nicht fremd. Die Krankenkassen, zu deren Lasten das Upcoding im stationären Bereich geht, wenden es im ambulanten Bereich selbst an, um das Risikoprofil ihrer Versicherten auf dem Papier zu verschlechtern und sich so mehr Zuwendungen aus dem M-RSA zu sichern. Die eingesetzten Manipulationsstrategien, ihre Voraussetzungen und Konsequenzen sollen im Folgenden dargestellt werden. Zunächst ist festzuhalten, dass eine Upcoding-willige Kasse das Risikoprofil der Versicherten nicht selbst verändern kann, da eine

11 Etwa die Anreize zur Mengenausweitung profitabler Operationen und zur Patientenselektion; außerdem können Kostenvorteile durch Senken der Qualität oder durch Abbau von Pflegepersonal erzielt werden. Vgl. dazu etwa Rosenbrock/Gerlinger 2014, 240–242; Noll/Wolf 2017.

12 Die Kontrolle obliegt dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Das Problem besteht darin, aus der Datenanalyse auffällige Veränderungen herauszufiltern, die sich nicht durch andere Effekte erklären lassen. Das Ausmaß des Upcoding im stationären Bereich ist daher stark umstritten, vgl. Domurath 2012; für eine Fallstudie vgl. Jürges/Köberlein 2013; einen Überblick über die internationale Diskussion geben Bauder u. a. 2017.



Diagnosestellung nur von Ärzten vorgenommen werden kann. Für den M-RSA zählen ja, wie oben dargestellt, die Kodierungen von 80 ausgewählten Krankheiten, die aufgrund der ärztlichen Diagnosestellung an den Gesundheitsfonds gemeldet werden und dann mit einem bestimmten Gewichtungsschlüssel in die Zuwendungen des M-RSA eingerechnet werden. Diese Diagnose-Kodierung findet entweder bei einer stationären Behandlung im Krankenhaus statt oder ambulant bei niedergelassenen Vertragsärzten. Im ambulanten Bereich muss eine Diagnosestellung mindestens in zwei Quartalen eines Jahres erfolgen (M2Q-Kriterium), um für den M-RSA relevant zu sein. Einbezogen werden außerdem nur gesicherte Diagnosen, keine Verdachts- oder Ausschlussdiagnosen. Für Upcoding ist es also notwendig, dass eine Kasse auf das Kodierverhalten der niedergelassenen Vertragsärzte Einfluss nimmt. Beeinflussen kann sie das Kodierverhalten zum einen generell, indem sie die Ärzte zu lückenlosem und vollständigem Kodieren anhält („Rightcoding“); zum anderen in spezieller Weise, indem sie darauf einwirkt, dass bestimmte Diagnosen höher kodiert werden oder Verdachts- in gesicherte Diagnosen umcodiert werden („Upcoding“).

In diesem Kontext ist festzuhalten, dass Kassen und Vertragsärzte unterschiedliche Interessenlagen haben, was das vollständige und korrekte Kodieren betrifft (vgl. Dietzel u. a. 2017, 10 f.). Der Dokumentationsaufwand für Ärzte ist nämlich zum einen relativ hoch, weil die Kodierungssystematik sehr ausgefeilt ist. Zum anderen haben sie keinen monetären Anreiz, sich mit der Dokumentation große Mühe zu geben, weil ihre eigene Honorierung nicht daran geknüpft ist, sondern von der Dokumentation von EBM-Ziffern abhängt.<sup>13</sup> Die Kassen bemühen sich folglich, die für ihre Finanzierung zentrale Dokumentationslage zu verbessern, indem sie den Ärzten finanzielle Anreize zur Dokumentation der M-RSA-relevanten Kodierungen bieten. Höhere Dokumentationsqualität ist in der Regel dann gegeben, wenn die Patienten in besonderen Versorgungsprogrammen wie DMPs eingeschrieben sind. Diese und andere strukturierte Versorgungsformen sind für die Kassen auch deshalb interessant, weil die dort behandelten Krankheiten eine hohe Übereinstimmung mit den 80 Krankheiten des M-RSA haben. Problematisch wird dies dann, wenn diese Versorgungsprogramme

13 EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab. Zur Vergütung im ambulanten Bereich, der sich von der Krankenhausvergütung unterscheidet, vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, 191–193; 197 f.

vorwiegend der Steigerung der Kodierungsdokumentation dienen und die Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität in den Hintergrund tritt (vgl. Monopolkommission 2017, 33) – sowohl Kassen als auch beteiligte Ärzte gewichten dann ihre Sekundärinteressen an der Einnahmensteigerung höher als das ihnen übertragene Primärziel, nämlich die gute Gesundheitsversorgung.

Besondere Bedeutung haben dabei sog. „Betreuungsstrukturverträge“ (BSV), die Kassen mit Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) abschließen und mit denen Ärzte auch außerhalb der ambulanten Gesamtvergütung remuneriert werden können.<sup>14</sup> Diese BSV haben den Verdacht erweckt, dass sie vorrangig der Sicherstellung von attraktiven Kodierungen und der Erhöhung ihrer Anzahl dienen; sie gaben auch Anlass zu Betrugsvorwürfen, wo Kassen offenbar Um- und Höherkodierungen zu ihren Gunsten vereinbarten, ohne dass diese durch entsprechende Diagnosen gedeckt waren (vgl. Monopolkommission 2017, 33 f.). Auch die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V bietet Gelegenheit zur Einflussnahme durch die Kassen. HZV soll einer besseren Koordination der Patientenversorgung dienen, indem die Lotsenfunktion von Hausärzten gestärkt wird. Manipulationsanfällig ist insbesondere die Chronikerpauschale, da der Nachweis einer chronischen Erkrankung über eine entsprechende Kodierung erfolgt und HZV-Verträge auf genau jene Erkrankungen abgestellt werden können, die M-RSA-relevant sind (vgl. Dietzel u. a. 2017, 13). Tatsächlich hat eine umfangreiche Untersuchung des Berliner IGES-Instituts an allen öffentlich zugänglichen BSV und HZV erbracht, dass sie offenbar „M-RSA-optimiert“ konstruiert sind: Nicht nur decken sich die in ihnen erfassten Diagnosen weitgehend mit denen des M-RSA, sie konzentrieren sich auch auf jene, die besonders hohe Ausgleichszahlungen nach sich ziehen. Sobald die Auswahl der Krankheiten für den M-RSA verändert wurde, wurden auch die Verträge entsprechend angepasst (vgl. Dietzel u. a. 2017, 16–28). Es ist also kaum von der Hand zu weisen, dass sie ausschließlich oder vorwiegend zur Beeinflussung der Risikostruktur der Kassen aufgelegt wurden und ihre Position im

14 Der Begriff Betreuungsstrukturverträge fasst verschiedene Rechtsformen zusammen, in denen die Behandlung definierter Krankheiten zusätzlich vergütet werden kann: §§ 73a, 73c, 83 (Anlagen zum Gesamtvertrag nach § 83) und 140a SGB V. Die besonders missbrauchsträchtige Möglichkeit nach § 83 ist 2017 durch das HHVG abgeschafft worden; vgl. Hermann 2017, 11 f.

RSA verbessern sollen. Dafür haben die Kassen hohe Zahlungen an die beteiligten Ärzte geleistet: Die Studie des IGES-Instituts schätzt die Ausgaben für die „Incentivierung“ der Diagnosestellung auf jährlich 290,7 Mio. Euro (vgl. Dietzel u. a. 2017, 30).

Das Abschließen von BSV und HZV-Verträgen, auf deren Basis die erwünschten Kodierungen remuneriert werden, sind nur die Voraussetzung für die tatsächliche Beeinflussung der Diagnosestellungen. Damit diese im Sinne der Kassen erfolgreich ist, müssen sie noch weiterhin aktiv werden, um die Ärzte zum effektiven Umsetzen der Verträge zu bewegen (vgl. Dietzel u. a. 2017, 33). Die Untersuchungen des IGES-Instituts haben eine ganze Reihe von Maßnahmen zutage gefördert, mit denen die Kassen auf die Ärzte einwirken. Diese umfassen insbesondere die „Beratung“ der Praxen bei der Kodierung, das Zurverfügungstellen und Installieren von Kodiersoftware, die entsprechende Kodiervorschläge enthält, sowie die Kontaktaufnahme mit Versicherten, um diese zum Praxisbesuch (im Sinne des M2Q-Kriteriums) zu bewegen (vgl. Dietzel u. a. 2017, 7). Die laufende Beratung der Ärzte durch Kodierberater im Außendienst sowie die Entwicklung, Installation und Wartung der Software verursacht den Kassen zusätzliche Kosten, die zu den oben genannten Vergütungskosten für die Ärzte hinzugerechnet werden müssen. Insgesamt handelt es sich um nicht unbeträchtliche Investitionen, die sich zudem erst mit Zeitverzug amortisieren, da der M-RSA ja prospektiv aufgebaut ist. Ein solches Vorgehen werden sich folglich vor allem jene Kassen leisten können, die über entsprechende finanzielle Reserven verfügen und die zudem eine höhere regionale Marktdurchdringung haben, ab der erst eine ausreichende Anzahl an Versicherten gegeben ist, um attraktive BSV abschließen zu können. Man wird also davon ausgehen können, dass diese Beeinflussungspraktiken auch Auswirkungen auf die Wettbewerbssituation haben und die Position von finanzstarken und regional dominanten Kassen verstärken (vgl. Dietzel u. a. 2017, 33; Monopolkommission 2017, 34 f.).

Die Strategie der Kassen wird schließlich durch zwei weitere Faktoren begünstigt. Anders als im stationären Bereich gibt es für den ambulanten Bereich keine verbindlichen Kodierrichtlinien, so dass noch größere Ermessensspielräume bzw. geringere Kontrollmöglichkeiten bestehen (vgl. Baas/Möws 2017; Göppfarth 2016, 12; Häckl/Kossack 2017, 32 f.). Ein Gegenchecken von Diagnosestellung und Verschreibungen, was eine Plausibilitätsprüfung zuließe, wird zwar diskutiert, aber bislang nicht eingeführt; es funktioniert zudem nicht bei allen Diagnosen. Außerdem

gibt es keine einheitliche Aufsicht über die Kassen, die BSV genehmigen: Bundesweit agierende Kassen werden vom BVA überwacht, regionale Kassen (d. h. solche, die in nicht mehr als drei Bundesländern aktiv sind) von den Gesundheitsministerien der Länder. Es hat sich gezeigt, dass BVA und Landesaufsichtsbehörden nicht dieselben Standards anlegen; bei den Landesaufsichten scheint eine Bereitschaft vorhanden zu sein, die „eigenen“ Kassen im Wettbewerb zu schützen (vgl. Dietzel u. a. 2017, 10; Häckl/Kossack 2017, 33; Wille/Thüsing 2017, 2 f.).

Seit dem öffentlichen Bekanntwerden der Manipulationen hat der Gesetzgeber reagiert und mit dem Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) seit April 2017 die Möglichkeiten zur Einflussnahme durch die Kassen eingeschränkt. Insbesondere wurden die BSV auf der Grundlage des § 83 SGB V abgeschafft. Verboten wurden das zusätzliche Vergüten von Diagnosestellungen in Gesamt- und Selektivverträgen, die nachträgliche Diagnoseüberprüfung im Zuge von Wirtschaftlichkeitsprüfungen sowie die Kodierberatung (auch die mittelbare durch Kodiersoftware) durch die Kassen. Wie wirksam diese Regelungen sein werden, bleibt abzuwarten. Einer Umfrage unter Allgemeinärzten zufolge wurden immer noch 18,2 % der befragten Ärzte in den beiden ersten Quartalen 2017 von den Kassen zu ihrer Diagnosestellung beraten (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2017). Dietzel u. a. (2017, 34) halten aus praktischen Gründen vor allem die Kontrolle der eingesetzten Praxis-Software für wichtig, aber auch für schwierig, da eine große Vielfalt an Software im Umlauf ist und den Aufsichtsbehörden evtl. unter Berufung auf das Betriebsgeheimnis deren Code nicht zur Verfügung gestellt wird. Sie erwarten außerdem ein Ausweichen der Manipulationsanstrengungen auf die HZV (vgl. Dietzel u. a. 2017, 34).

### 3.5 Bewertung

Im Licht der oben eingeführten sechs Bestandteile korruptiver Praktiken ist die Feststellung gerechtfertigt, dass es sich bei den geschilderten Kassenpraktiken um institutionelle Korruption handelt. Das Einflussnehmen auf ärztliche Diagnosestellungen mit dem Ziel, höhere Leistungen aus dem M-RSA zu erhalten, hat für die Kassen erhebliche *strategische* Bedeutung. Die Besserstellung im RSA-System verbessert die Wettbewerbsposition erheblich. Die manipulative Optimierung der Risikostruktur des eigenen Versichertenkollektivs ist insbesondere für

finanzstarke Kassen eine effiziente Strategie im Wettbewerb mit den anderen Kassen – effizienter als der systemkonforme Wettbewerb über schlanke Verwaltung und qualitativ hochwertige Präventions- oder Versorgungsprogramme. Die geschilderten Praktiken sind *systemisch integriert*, d. h. elementarer Bestandteil der Kassenaktivität – strategisch geplante, sorgfältig konstruierte und rational kalkulierte Vorgänge, die nur durch vertikale und horizontale interne Zusammenarbeit sowie ggf. die Einbeziehung externer Berater oder Dienstleister erfolgreich durchzuführen sind. Sie befinden sich im Graubereich der *Legalität*. Einige Sachverhalte wie bewusst falsche Diagnosestellungen sind sicherlich als Betrugshandlungen und damit als illegal einzustufen, andere sind eher als Strapazieren von Bewertungs- und Ermessensspielräumen einzuschätzen und befinden sich im Kontext fehlender Richtlinien und laxer Aufsicht im Graubereich der Legalität, andere wiederum nutzen aus, dass keine Regulierung gegen kreatives Lückenfinden immun ist. Insgesamt ist bei den Kassen das Bewusstsein vorhanden, dass es sich um ein illegitimes Tun handelt, das vor der Öffentlichkeit zu verbergen und unter dem Aufmerksamkeitsradar der Aufsichtsbehörden zu halten ist. Das Öffentlichwerden der systematischen Kodier-Manipulation hat 2016 ja auch entsprechende Empörung hervorgerufen. Gleichwohl sind die korruptiven Praktiken innerhalb der Kassen *normalisiert*. Sie gelten (bzw. galten bis zur Entdeckung) als „branchenüblich“, „so machen es die anderen auch“ und als eine zwar trick- aber auch erfolgreiche Strategie, sich in einem kompetitiven Umfeld zu behaupten. Aus Kassensicht stellt es sich als eine *rationale* Strategie dar, die unter gegebenen Umständen mit effizientem Mitteleinsatz das institutionelle Ziel – Einkommen sichern bzw. steigern und Marktposition behaupten bzw. ausbauen – zu erreichen erlaubt. Aus der sozialetischen *Gemeinwohl*-Perspektive müssen die Manipulation der Diagnosestellungen und die Ausnutzung des M-RSA klar als gemeinwohlwidrig und sozialetisch falsch bewertet werden. Die Zielsetzung der wettbewerblich organisierten Gesundheitsversorgung wird ins Gegenteil verkehrt, wenn die Sekundärinteressen der Akteure (Einkommenserwirtschaftung der Kassen und Ärzte) die Überhand gewinnen über die Primärziele (effiziente Versorgung der Bevölkerung und jedes einzelnen Patienten mit qualitativ hochstehenden Gesundheitsdienstleistungen). Deutlich wird dies insbesondere an den korruptiv eingesetzten BSV und dem Ausnutzen der HZV, die eigentlich der strukturieren Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen bzw. der besseren Versorgungssteuerung

zwischen Fach- und Hausärzten dienen sollen. Die von den Kassen aufgewendeten erheblichen Mittel (für Ärztevergütung, Praxisbetreuung und EDV-Dienstleistungen) kommen gerade nicht oder nicht vorrangig der medizinischen Qualitätsverbesserung zugute, sondern fließen ohne Zusatznutzen für die Patienten in die Taschen der beteiligten Ärzte und in die Bilanzen der Kassen. Das Geschäftsmodell „Upcoding“ tritt gewissermaßen an die Stelle des Geschäftsmodells „Patientenversorgung“ (vgl. Göppfarth 2016, 12) – unter gezieltem Aufrechterhalten des gegenteiligen Anscheins in der Öffentlichkeit. Schließlich ist der Kodierwettbewerb zwischen den Kassen letztlich kontraproduktiv, denn wenn alle Kassen Upcoding betreiben, heben sich die Effekte für die Akteure der Tendenz nach auf, allerdings unter Kostennachteilen für das Gesamtsystem (vgl. Monopolkommission 2017, 34). Als institutionelle Korruption untergräbt das Upcoding das Vertrauen in die Akteure und ins Gesundheitswesen insgesamt. Für Gegenmaßnahmen ist aus Gemeinwohlperspektive zunächst die Regulierung anzupassen, damit die Möglichkeiten zur Manipulation besser unterbunden werden bzw. die Wettbewerbsanreize so gesetzt werden, dass sich systemkonformes Handeln eher lohnt als systemwidriges.<sup>15</sup> Auch die Kassenaufsicht ist einheitlicher zu gestalten, damit föderale Effekte sich nicht ungünstig auswirken.<sup>16</sup> Die Versicherungsgemeinschaft bzw. die Allgemeinheit hat jedoch auch ein moralisches Anrecht darauf, dass das Vertrauen, das sie auf die Institutionen des öffentlichen Gesundheitssystems überträgt und das sowohl dieses System als auch die einzelnen Akteure zum sinnvollen Funktionieren benötigen, nicht systematisch enttäuscht wird. Insofern ist die hier festgestellte Korruption nicht nur eine Regulierungsaufgabe für den Gesetzgeber, sondern auch eine Sache des Ethos und der Selbstkontrolle der Akteure im Gesundheitswesen bzw. ihrer Standes- und öffentlichen Organisationen.

15 Hier sind eine Menge Vorschläge in der Diskussion, die über das HHVG hinausgehen und z. B. eine Komplettberücksichtigung aller Krankheiten oder eine andere Gewichtung der Krankheiten im M-RSA fordern; vgl. etwa die Diskussion in G+S Gesundheits- und Sozialpolitik 2016, 70 (4/5). Eine sozialetische Auseinandersetzung mit diesen Vorschlägen hätte zu berücksichtigen, dass die Diskussion größtenteils von Kassenvertretern geführt wird.

16 Zu den verfassungsrechtlichen Möglichkeiten, aber auch den Schwierigkeiten einer einheitlicheren Kassenaufsicht vgl. Wille/Thüsing 2017.

#### 4 Ergebnis: Zeichnet sich im Gesundheitswesen strukturelle Korruption ab?

Die Untersuchung hat sich zunächst mit dem Begriff der Korruption befasst und konnte klären, inwiefern ein sozialwissenschaftlich grundlegendes Korruptionsverständnis analytisch zielführend auf korruptive Praktiken im Gesundheitswesen angewandt wird und die institutionellen und strukturellen Dimensionen der Korruption erfasst. Das dargelegte Korruptionskonzept ist auch sozialetisch-normativ geeignet, insofern es die Primärziele des Prinzipal-Agent-Ansatzes mit den Gemeinwohlzielen des öffentlich verantworteten Gesundheitswesens unterlegen kann. Dadurch ist der erweiterte Korruptionsbegriff in der Lage, ethisch sensible Scharnierstellen im Komplex systemischer Dysfunktionalitäten im Gesundheitswesen zu identifizieren und einer spezifischen ethischen Bewertung zugänglich zu machen. Das gilt etwa für das öffentliche Vertrauen in Institutionen, das konstitutiv ist für ihr Bestehen und Funktionieren und das von Korruption systematisch getäuscht wird. Deutlich wurde der öffentliche Charakter dieses Vertrauens, das keineswegs mit einer privaten Zuschreibung zwischen Marktteilnehmern gleichzusetzen ist. Anschließend konnte gezeigt werden, inwiefern Einflussnahmen seitens der Krankenkassen auf ärztliche Diagnosestellungen mit dem Ziel der Vorteilnahme im Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen als institutionelle Korruption bewertet werden können.

Als ein weiteres, übergreifendes Ergebnis der Untersuchung kann festgestellt werden, dass diese korruptiven Praktiken im Gesundheitswesen in ein korruptives Umfeld eingebettet sind, aus dem sie keineswegs herausstechen. Das Gesundheitswesen ist durch korruptive Aktivitäten von Pharmaunternehmen, in der klinischen Forschung, in der stationären wie der ambulanten Gesundheitsversorgung durchzogen, an der vielfältige Akteursgruppen beteiligt sind. Daher scheint es gerechtfertigt, von Anzeichen struktureller Korruption im deutschen Gesundheitswesen zu sprechen. Sie lässt sich nicht als das Werk einzelner schwarzer Schafe oder als punktuelle Fehlentwicklungen abtun, sondern muss als eine ethisch falsche Systemeigenschaft bezeichnet werden. Der strukturelle Charakter legt es nahe, eine Abhilfe nicht allein von Einzelmaßnahmen wie dem klugen Nachsteuern beim M-RSA oder dem Verbot besonders korruptionsanfälliger Leistungsformen zu erwarten. Erforderlich ist es vielmehr, die auf mehrere Ebenen und zwischen vielfältigen Akteursgruppen etablierten Zusammenhänge anzugehen, um die Korruptivität bei ihren Voraussetzungen zu bekämpfen.

Des Weiteren macht die Untersuchung anschaulich, wie komplex das Gesundheitswesen ist und wie groß die Herausforderung ist, Zielgenauigkeit durch gesundheitsökonomische Steuerung und Manipulationsanfälligkeit aufgrund von Intransparenz in ein vertretbares Verhältnis zu setzen.<sup>17</sup> Als weitere Problematik erscheint die Einsicht, dass ökonomische Steuerungsmaßnahmen viel leichter auf den sparsamen Mitteleinsatz einwirken als die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern können – obwohl beides zu den erklärten Zielen der Gesundheitspolitik gehört. Gerade Modelle, die wie BSV und HZV zur Verbesserung der Versorgung aufgelegt wurden, konnten für partikulare Ziele eingesetzt werden, ohne dass damit entsprechende Qualitätsfortschritte verbunden gewesen wären. Nun ist kein Steuerungssystem gegen Missbrauch völlig immun; auch ist die Ausgleichsmechanik des RSA sicherlich leichter anzupassen als das Verhalten einer Akteursvielfalt zu steuern ist. Gleichwohl lässt sich nicht gänzlich ausschließen, dass die persistente Manipulationsanfälligkeit des RSA auch dem Sachverhalt geschuldet ist, dass davon viele unterschiedliche Akteure profitieren und dass diese politisch sehr gut organisiert sind. Damit ein gemeinwohlförderlicher Wettbewerb im Gesundheitswesen stattfindet, der letztlich einem solidarischen Ziel dient, nämlich einer für alle finanzierbaren, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung, ist ständiges Monitoring und Nachjustieren erforderlich. Da die Orte und Ebenen der Einflussnahme erheblich sind, ist das Gesundheitswesen schließlich zugleich einer der Orte, an dem das Vertrauen in das demokratische und sozial-freiheitliche System insgesamt auf dem Spiel steht. Die Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen hat daher auch eine zutiefst politische Dimension und bedarf nicht nur einer unabhängigen Politik, sondern auch einer aufmerksamen und kritischen Öffentlichkeit.

## Literatur

Baas, Jens; Möws, Volker (2017): „Jede Ergänzung des RSA (sollte) sicher vor Manipulationen sein“. Zum Kodierwettbewerb der Krankenkassen. In: Recht und Politik im Gesundheitswesen 23 (1), 3–9.

17 So konnte etwa die *Zielgenauigkeit* des RSA seit seiner Errichtung 1992 sukzessive verbessert werden – was auf seine *Manipulationsanfälligkeit* gerade nicht zutrifft (vgl. Häckl/Kossack 2017, 33).



- Bauder, Richard; Khoshgofaar, Taghi; Seliya, Naeem** (2017): A survey on the state of healthcare upcoding fraud analysis and detection. In: *Health Services Outcomes Research Methodology* 17 (1), 31–55.
- Braasch, Matthias** (2010): „(Wirtschafts-)Korruption“: Kriminologische Annäherungen an einen unscharfen Begriff. In: Grüne, Niels; Slanička, Simona (Hg.): *Korruption. Historische Annäherungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 361–384.
- Buchner, Florian; Schillo, Sonja** (2016): RSA-Systeme im internationalen Vergleich. In: *G+S Gesundheits- und Sozialpolitik* 70 (4/5), 54–60.
- Dannecker, Gerhard; Schröder, Thomas** (2016): Zu den neuen §§ 299a, 299b StGB – auch ihren Risiken und Nebenwirkungen. In: Kubiciel, Michael; Hoven, Elisa (Hg.): *Korruption im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos, 43–68.
- Deutscher Ethikrat** (2016): *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus: Stellungnahme*. Berlin: Deutscher Ethikrat.
- Deutsches Ärzteblatt** (2017): Codierung: Krankenkassen beeinflussen weiterhin Diagnosen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 46/2017 vom 17. 11. 2017, A-2124, online unter <https://www.aerzteblatt.de/archiv/194656/Codierung-Krankenkassen-beeinflussen-weiterhin-Diagnosen>, erstellt 17. 11. 2017/abgerufen 02. 03. 2018.
- Dietrich, Eva S.** (2013): Die meisten deutschen Anwendungsbeobachtungen sind zur Generierung wissenschaftlich valider Erkenntnisse nicht geeignet. In: *Pharmacoeconomics German Research Articles* 7, 3–14.
- Dietzel, Jean; Neumann, Karsten; Stibbe, Holger** (2017): *Versorgungsverträge und die Vergütung von Diagnosen im ambulanten Sektor: Zusammenhänge mit dem Morbi-RSA*. Berlin: IGES-Institut.
- Domurath, Burkhard** (2012): Wie manipulierbar sind DRGs? (I). In: *Das Krankenhaus* 12, 1298–1306.
- FAS** (2016): „Wir Krankenkassen schummeln ständig“: Ein Interview mit Jens Baas. In: *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* vom 09. 10. 2016, online unter <http://www.faz.net/aktuell/finanzen/meine-finanzen/versichern-und-schuetzen/interview-mit-jens-baas-chef-der-techniker-krankenkasse-14472241.html>, erstellt 09. 10. 2017/abgerufen 22. 02. 2018.
- Klemperer, David** (2016): Wem dient die Medizin wirklich? Interessen, Zielkonflikte und Patientenwohl in der Klinik. In: Frewer, Andreas; Bergemann, Lutz; Jäger, Christian (Hg.): *Interessen und Gewissen. Moralische Zielkonflikte in der Medizin (Jahrbuch Ethik in der Klinik, 9)*. Würzburg: Königshausen & Neumann, 27–50.
- Göppfarth, Dirk** (2007): Theorie und Praxis des Risikostrukturausgleichs. In: *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik* 227, 485–501.
- Göppfarth, Dirk** (2016): Morbi-RSA: Ziele, Methode und Weiterentwicklung. In: *G+S Gesundheits- und Sozialpolitik* 70 (4/5), 8–14.
- Graeff, Peter** (2010): Prinzipal-Agent-Klient-Modelle als Zugangsmöglichkeit zur Korruptionsforschung. In: Grüne, Niels; Slanička, Simona (Hg.): *Korruption: Historische Annäherungen an eine Grundfigur politischer Kommunikation*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 55–75.

- Graeff, Peter; Grieger, Jürgen (Hg.)** (2012): Was ist Korruption? Begriffe, Grundlagen und Perspektiven gesellschaftswissenschaftlicher Korruptionsforschung. Baden-Baden: Nomos.
- Gray, Garry C.** (2013): Insider Accounts of Institutional Corruption: Examining the Social Organization of Unethical Behaviour. In: *The British Journal of Criminology* 53 (4), 533–551.
- Grüne, Niels; Slanička, Simona (Hg.)** (2010): Korruption: Historische Annäherungen an eine Grundfigur politischer Kommunikation. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Häckl, Dennis; Kossack, Nils** (2017): Status quo vadis? Kritische Anmerkungen zur Zusammenfassung des „Sondergutachtens zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs“. In: *G+S Gesundheits- und Sozialpolitik* 71 (6), 29–35.
- Haker, Hille** (2014): Strukturelle Korruption der Gesundheitsinstitutionen. In: *Concilium (D)* 50, 497–506.
- Hermann, Christopher** (2017): Perspektiven des Risikostrukturausgleichs für eine bessere Versorgung der Versicherten. In: *G+S Gesundheits- und Sozialpolitik* 71 (3/4), 9–15.
- Höppner, Karin; Greß, Stefan; Rothgang, Heinz; Wasem, Jürgen** (2006): Instrumente der Risikoselektion: Theorie und Empirie. In: Göppfarth, Dirk; Gress, Stefan; Jacobs, Klaus; Wasem, Jürgen (Hg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006: Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit*. St. Augustin: Asgard, 119–144.
- Jürges, Hendrik; Köberlein, Juliane** (2013): First do no harm, then do not cheat: DRG upcoding in German Neonatology. CESifo Working Paper No. 4341, online unter [https://www.econstor.eu/bitstream/10419/79640/1/cesifo\\_wp4341.pdf](https://www.econstor.eu/bitstream/10419/79640/1/cesifo_wp4341.pdf), abgerufen 28.02.2018.
- Kliche, Thomas** (2011): Von Selbstvermarktung zu Korporativer Korruption: Risikolagen anwendungsorientierter Forschung im Zeitalter der Drittmittelabhängigkeit: Das Beispiel Gesundheitswesen. In: Kliche, Thomas; Thiel, Stephanie (Hg.): *Korruption: Forschungsstand, Prävention, Probleme*. Lengerich u. a.: Pabst, 265–305.
- Knieps, Franz; Reiners, Hartmut** (2015): *Gesundheitsreformen in Deutschland: Geschichte, Intentionen, Kontroversen*. Bern: Huber.
- Koch, Cora; Lieb, Klaus** (2017): Korruption im Gesundheitswesen. In: *PSYCHup2date* 11, 197–201.
- Kölbel, Ralf** (2018): Compliance und institutionelle Korruption im Pharmavertrieb. In: *Gesundheitsrecht* 17, 11–16.
- Kölbel, Ralf; Herold, Nico; Lubner, Saskia Marieke** (2016): Institutionelle Korruption im Pharmavertrieb. In: Kubiciel, Michael; Hoven, Elisa (Hg.): *Korruption im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos, 193–222.
- Kubiciel, Michael** (2016): Legitimation und Interpretation der §§ 299a, 299b StGB. In: Kubiciel, Michael; Hoven, Elisa (Hg.): *Korruption im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos, 69–88.
- Kubiciel, Michael; Hoven, Elisa (Hg.)** (2016): *Korruption im Gesundheitswesen*. Baden-Baden: Nomos.
- Lessig, Lawrence** (2013): „Institutional Corruption“ Defined. In: *Journal of Law, Medicine and Ethics* 41 (3), 553–555.

- Li, Qiang; An, Lian; Xu, Jing; Balamoun-Lutz, Mina** (2018): Corruption costs lives: evidence from a cross-country study. In: *European Journal of Health Economy* 19, 153–165.
- Lieb, Klaus; Koch, Cora** (2017): Auch zu Weihnachten keine Geschenke! Über den Einfluss von Zuwendungen der pharmazeutischen Industrie auf das ärztliche Verschreibungsverhalten. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 142, 1949–1953.
- Lüngen, Markus; Lauterbach, Karl W.** (2000): Upcoding: eine Gefahr für den Einsatz von Diagnosis Related Groups (DRG). In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 125 (28/29), 852–856.
- Monopolkommission** (2017): Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem: Sondergutachten 75. Bonn, online unter [http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/sg75\\_volltext.pdf](http://www.monopolkommission.de/images/PDF/SG/sg75_volltext.pdf), abgerufen 28.02.2018.
- Noll, Bernd; Wolf, Sascha** (2017): Hält die Krankenhaus-Regulierung ethischen Kriterien stand? In: *G+S Gesundheits- und Sozialpolitik* 71 (2), 9–15.
- Rawls, John** (2003): *Politischer Liberalismus*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Reiners, Hartmut** (2006): Der „Lahnstein-Mythos“: Die schwere Geburt des RSA. In: Göppfarth, Dirk; Gress, Stefan; Jacobs, Klaus; Wasem, Jürgen (Hg.): *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2006: Zehn Jahre Kassenwahlfreiheit*. St. Augustin: Asgard, 13–34.
- Rosenbrock, Rolf; Gerlinger, Thomas** (2014): *Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung*. 3. vollst. überarb. Aufl. Bern: Huber.
- Schönfelder, Tonio; Balazs, Silvia; Klewer, Jörg** (2009): Kosten aufgrund von DRG-Upcoding durch die Einführung der Diagnosis Related Groups in Deutschland. In: *HeilberufeSCIENCE* 2 (3), 77–81.
- Stark, Carsten** (2011): Moralische Korruption: Warum Korruption auch ohne korrupte Akteure funktioniert. In: Kliche, Thomas; Thiel, Stephanie (Hg.): *Korruption. Forschungsstand, Prävention, Probleme*. Lengerich u. a.: Pabst, 197–216.
- Transparency International** (2008): *Transparenzmängel, Betrug und Korruption im Gesundheitswesen: Kontrolle und Prävention als gesellschaftliche Aufgabe*. Grundsatzpapier von Transparency Deutschland. Stand Juli 2008, 5. Aufl., online unter [https://www.transparency.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/2008/Gesundheitspapier\\_Stand\\_2008\\_Auflage\\_5\\_08-08-18.pdf](https://www.transparency.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/2008/Gesundheitspapier_Stand_2008_Auflage_5_08-08-18.pdf), erstellt 08.08.2008/abgerufen 22.02.2018.
- Transparency International** (2016): *Korruption im deutschen Gesundheitswesen: Risiken-Erscheinungsformen-Bekämpfung*. Ein persönlicher Beitrag von Wolfgang Wodarg, online unter [https://www.transparency.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/2016/16-04-19-Persoenlicher\\_Beitrag\\_Korruption\\_im\\_Gesundheitswesen-Wodarg.pdf](https://www.transparency.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/2016/16-04-19-Persoenlicher_Beitrag_Korruption_im_Gesundheitswesen-Wodarg.pdf), erstellt 19.04.2016/abgerufen 24.02.2018.
- Wende, Danny** (2017): Anreize für regionale Risikoselektion unter dem Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. In: *Gesundheitswesen* 79, 816–820.
- Weißkircher, Janosch; Koch, Cora; Dreimüller, Nadine; Lieb, Klaus** (2017): Conflicts of interest in medicine: A systematic review of published and scientifically evaluated curricula. In: *GMS Journal for Medical Education* 34 (3), 1–20, online unter [doi: 10.3205/zma001114](https://doi.org/10.3205/zma001114), erstellt 15.08.2017/abgerufen 04.03.2018.

Wille, Eberhard; Thüsing, Gregor (2017): Fairer Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung: Wege zur Steigerung von Wettbewerbsneutralität und Effizienz in der Kassenaufsicht. In: Beiträge zur Gesellschaftspolitik 2017 (5), 1–7.

## Kirchliche Dokumente

PT – Johannes XXIII. (1963): Enzyklika *Pacem in terris*. In: Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmer-Bewegung (KAB) (Hg.) (2007): Texte zur katholischen Soziallehre: die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente. 9. Aufl. Köln: Ketteler, 241–290.

GS – Zweites Vatikanisches Konzil (1965): Pastorale Konstitution *Gaudium et Spes*. In: Rahner, Karl; Vorgrimler, Herbert (Hg.) (2008): Kleines Konzilskompendium: sämtliche Texte des Zweiten Vatikanischen Konzils. 35. Aufl. Freiburg i.Br.: Herder, 449–552.

## Über den Autor

*Christof Mandry*, Dr. theol., Professor für Moralthologie/Sozialethik am Fachbereich Katholische Theologie der Goethe-Universität Frankfurt a. M. E-Mail: [mandry@em.uni-frankfurt.de](mailto:mandry@em.uni-frankfurt.de).