

Unternehmensdelinquenz im Gesundheitssystem

Zu Abrechnungsverstößen bei der stationären Versorgung

Ralf Kölbel

Gliederung

1. Einleitung
2. Formen und Merkmale korporativer Abrechnungsdelinquenz
3. Daten und Indikatoren
4. Ein Erklärungsmodell
5. Erste Befunde: „Das Risiko liegt gefühlt irgendwo bei Null.“
 - 5.1 Kontrollvarianten
 - 5.2 Primat der Konfliktlösung
 - 5.3 Kontrollwirkungsausfall
6. Resümee

1. Einleitung

Corporate Crime – sich als Unternehmenskriminalität ausdrückend in einem „illegal act potentially punishable by criminal sanctions and committed to advance the interests of the corporate organization“¹ – gilt als zentrale (teilweise gar als die „eigentliche“) Erscheinungsform von Wirtschaftskriminalität. Dabei geht es nicht nur um formelle „Verbrechen“, sondern angesichts der funktionalen Äquivalenz verschiedener Sanktionsformen oft auch um untechnische Kriminalität i.S. irgendeiner staatlichen Sanktionierbarkeit. Kennzeichnend ist jedoch, dass die Normverletzung aus der Organisation heraus begangen wird – d.h. dass das fragliche Verhalten von den Mitgliedern des Unternehmens in erster Linie zu dessen Nutzen (statt zum persönlichen Eigenvorteil) erfolgt und dass es sich allein durch die Organisationsmitgliedschaft der Akteure erklärt. Ungeachtet der allgemeinen Anerkennung dieses Konzeptes ist die Unternehmenskriminalität bislang allerdings in weit geringerem Maße als (große Teile) der konventionellen Kriminalität erforscht worden.² Vor jenem Hintergrund widmet sich dieser Beitrag den sog. Ab-

1 Cullen, F./Maakestad, W./Cavender, G., *Corporate Crime under Attack*, 2. Aufl. 2006, S. 9; näher dazu Slapper, G./Tombs, S., *Corporate Crime*, 1999, S. 16 ff.

2 Forschungsüberblick bei Yeager, P., *Understanding corporate lawbreaking*, in: Pontell, H./Geis, G. (Hrsg.): *Intern. Hdb. of White-Collar and Corporate Crime*, 2007, S. 25 ff.;

rechnungsmanipulationen von Krankenhäusern, um eine charakteristische Form von Unternehmensdelinquenz im Kontext medizinischer Dienstleistungen zu analysieren.³ Hierbei beruht die Wahl dieses speziellen, kriminologisch kaum bearbeiteten Feldes⁴ auf dessen forschungspraktischer Eignung: Da sich in diesem Bereich einige wichtige Rahmenfaktoren aktuell drastisch ändern (Ökonomisierung der stationären medizinischen Versorgung, Umgestaltung des Vergütungsreglements, Neuausrichtung der Kontrollstrukturen), lassen sich relevante Strukturen dort gleichsam „in der Entstehung“ betrachten – was Aufschluss für phänomenübergreifende Aussagen verspricht.

2. Formen und Merkmale korporativer Abrechnungsdelinquenz

Wird ein gesetzlich Versicherter stationär behandelt, steht der behandelnden Klinik eine Vergütung von Seiten der jeweiligen Krankenkasse zu (§ 109 IV 2 und 3 SGB V). Das Gesetz legt hierbei fest, dass die medizinischen Maßnahmen wirtschaftlich sein müssen (§§ 12 I, 70 I SGB V) – und es normiert die Details der Vergütung. Abgerechnet werden danach ganze Leistungskomplexe (statt stationärer Einzelmaßnahmen), wobei dies seit 2003 nicht mehr durch tages-, sondern erkrankungsbezogene Pauschalen geschieht („Diagnosis Related Groups“ bzw. „DRGs“)⁵. Die komplizierte, fallkonkrete Pauschalen-Bestimmung erfolgt automatisiert anhand einiger zentraler Parameter (z.B. Diagnosen, Prozeduren, Komplikationen usw.), die die Mitarbeiter des Krankenhauses⁶ dafür kodiert in eine Software einbringen müssen.⁷

für eine einschlägige deutsche Untersuchung vgl. *Boers, K./Nelles, U./Theile, H.* (Hrsg.), *Wirtschaftskriminalität und die Privatisierung der DDR-Betriebe*, 2010 (i. E.).

- 3 Außer Betracht bleiben also sowohl die Delikte anderer korporativer Akteure (z.B. Pharmaunternehmen) wie auch anderweitige Delikte von Kliniken, bspw. korruptionsnahes Verhalten wie die Zahlung von Provisionen an einweisende Ärzte (sog. „fee-splitting“, dazu *Green, G.*, *Occupational Crime*, 2. Aufl. 1997, S. 200 f.; *Kölbel, R.*, *Die Einweiservergütung – eine neue Form von Unternehmensdelinquenz im Gesundheitssystem?*, In: *wistra* 2009, S. 129 ff.).
- 4 Am ehesten ist die Abrechnungsdelinquenz von Individual-Leistungserbringern untersucht worden. Vgl. dazu *Gehl, G.* (Hrsg.): *Tatort Gesundheitsmarkt*, 2007 sowie *Homann, D.*, *Betrug in der gesetzlichen Krankenversicherung*, 2009.
- 5 Vgl. § 17b KHG i.V.m. dem KHEntgG. Näher *Lüngen, M./Lauterbach, K.*, *DRG in deutschen Krankenhäusern*, 2003.
- 6 Die Kliniken verteilen die Zuständigkeit ganz unterschiedlich zwischen Ärzten und „medizinischen Kodierern“ bzw. „Dokumentationsassistenten“ oder „Medizincontrollern“; näher *Rapp, B.*, *Praxiswissen DRG*, 2008, S. 18 ff.

Nach Vorlage der DRG und der verschlüsselten Daten löst die Kasse sodann die festgelegte Vergütung aus.

Als manipulativ muss in diesem Zusammenhang eine Abrechnung gelten, die den Abrechnungsregeln nicht nur widerspricht, sondern durch die Mitarbeiter der Klinik bewusst irregulär gestaltet wird – zuweilen, aber nicht notwendig verbunden mit unterstützenden administrativen oder medizinischen Aktivitäten (Anpassung der ärztlichen Dokumentation, strategische Diagnosen usw.). Abrechnungsmanipulationen stellen folglich einen Sonderfall im breiten Spektrum der Falschabrechnungsformen dar. Sie sind insbesondere nicht in eins zu setzen mit:

- versehentlichen Abrechnungsmängeln (i.S.v. nicht-intentionalen Fehlleistungen zu Gunsten oder zu Lasten des Krankenhauses);
- dem sog. Erlösoptimieren, bei dem das Vergütungspotenzial eines Falles extensiv, aber unter Wahrung des rechtlichen Rahmens „ausgereizt“ wird (i.S. gezielten Ausschöpfens von Kategorisierungsspielräumen und diagnostisch-therapeutischen Uneindeutigkeiten);
- sowie Wertungsdifferenzen bei grenzwertiger Kodierbarkeit (i.S.v. offenen, noch nicht verbindlich geklärten Beurteilungs- und Handhabungsdivergenzen).

Ungeachtet der abrechnungspraktisch fließenden Übergänge zwischen diesen Fehlerfällen können doch einige klare Manipulationstypen ausgemacht werden.⁸ Danach zielt ein erster Typ auf die Anhebung der abrechenbaren Fallzahl. Möglich ist dies nicht nur durch die Geltendmachung unnötiger stationärer Aufenthalte, die eigentlich weder zulässig noch vergütungsfähig wären („primäre Fehlbelegungen“), sondern ebenso durch die Abrechnung einer (Gesamt-)Behandlung, die zur Erlössteigerung vorab in zwei getrennte Fälle aufgeteilt wurde (durch taktische Zwischenentlassungen u.ä. Formen von medizinisch nicht indiziertem „Fallsplitting“). Dagegen geht es in den

7 Lediglich für einige Sonderkonstellationen (z.B. ambulante Maßnahmen, bestimmte Medikationen, Verbrauchsmaterialien) sind abweichende Modalitäten vorgesehen.

8 Diese (auf die wichtigsten Manipulationsformen beschränkte) Typenbildung basiert auf dem Fallmaterial einer Bielefelder Studie, die v.a. mit offenen leitfadenorientierten Experteninterviews arbeitet. Diese werden geführt mit (ehemaligen) Kodiermitarbeitern von Kliniken, MDK-Gutachtern sowie Kassenmitarbeitern, die mit der Rechnungsprüfung und Fehlverhaltensermittlung betraut sind. Die bislang vorliegenden Zwischenergebnisse beruhen auf explorativen Erhebungen im Kassen- und kriminalpolizeilichen Bereich und den ersten 15 Interviews (v.a. mit leitenden Mitarbeitern der größten Orts- und Ersatzkassen, die zusammen ca. 2/3 der Gesetzlichen Krankenversicherung abdecken).

Konstellationen des Typs II um eine Anhebung der Fallschwere. Hier werden die Falldaten (v.a. Erkrankungen und Leistungen) derart realitätsabweichend kodiert, dass dies eine höhere Vergütung auslöst, als es der Fall tatsächlich rechtfertigen würde (bspw. durch sog. Upcoding⁹). Bei den übrigen Manipulationsformen handelt es sich schließlich um die Abrechnung fiktiver Maßnahmen (Typ III), von unberechtigt oder unnötig erbrachten Leistungen (Typ IV) oder um die Geltendmachung einzelner Behandlungsbausteine, die an sich in der Fallpauschale enthalten sind (Typ V).

All diese intendierten Falschabrechnungen – die de jure (!) durchweg zur Strafbarkeit des Abrechnungspersonals führen (§ 263 StGB)¹⁰ – haben für die Klinik irgendeinen Nutzen. Oftmals liegt er in einem wirtschaftlichen Vorteil (weil Abrechnungs- und Behandlungswirklichkeit sich so unterscheiden, dass das Haus eine überhöhte Vergütung erhält). Da sich ein solcher illegitimer Mehrerlös in der Regel in niedrigen 4-stelligen oder noch geringeren Euro-Bereichen bewegt, ist er für das Krankenhaus freilich meist erst bei seriellem Vorgehen wirtschaftlich interessant. Allerdings sind für die Häuser daneben (oder alternativ) auch eine Reihe von „weichen“ Manipulationsvorteilen von Belang – sei es die Anhebung der Betten- oder Geräteauslastung, die Sicherung einer bedrohten oder reputationsförderlichen Abteilung oder auch einfach nur der Nutzen bei Marketing und Kundenpflege.¹¹

9 Gemeint ist das realitätsabweichende Einkodieren zusätzlicher Nebendiagnosen oder Behandlungsprozeduren oder das gezielte Vertauschen von Haupt- und Nebendiagnosen. Hiermit vergleichbar sind jene Fälle, die man im Feld als „schlambulant“ bezeichnet, d.h. das taktische Changieren zwischen ambulanten und stationären Abrechnungsposten, um – unabhängig von der tatsächlichen Behandlung – die jeweils höherwertige Vergütungsvariante in Anschlag zu bringen.

10 Näher Kölbel, R.: Abrechnungsbetrug im Krankenhaus, in: Neue Zeitschrift für Strafrecht 2009, S. 312, 314 f.

11 So verhält es sich etwa beim nicht selten erfolgenden „Wunschkaiserschnitt“ (hierzu Lutz, U./Kolip, P., Die GEK-Kaiserschnittstudie, 2006). Da diese Entbindung allein auf Bitten der Schwangeren (ohne medizinische Notwendigkeit) erfolgt, muss sie gegenüber den Kostenträgern wie eine vaginale Geburt abgerechnet werden. Macht die Klinik aber kurzerhand den teureren Fall eines (angeblich) indizierten Kaiserschnitts geltend (= Manipulationstyp IV), werden ihr einmal ihre operativ bedingten Mehrausgaben (längere Liegezeit sowie der größere apparative und medikamentöse Aufwand) ausgeglichen. Darüber hinaus bringt die Schnittentbindung aber auch organisatorische Vorteile (kürzere Dauer, Planbarkeit des Termins, geringerer Personaleinsatz). Und obendrein zählt die Bereitschaft, eine Wunschsectio (auf Kosten der Kassen) vorzunehmen, zu den kundenorientierten (Service-)Angeboten, mit denen sich die Klinik im Wettbewerb mit anderen Häusern zu behaupten versucht.

3. Daten und Indikatoren

In ausländischen Gesundheitssystemen, die bei der stationären medizinischen Versorgung schon seit langem eine vergleichbare DRG-Vergütung praktizieren, hat man das Manipulationsverhalten von Krankenhäusern zuweilen bereits untersucht. Dies betrifft namentlich die USA. Dort vergüten private Gesellschaften sowie v.a. die öffentlichen Krankenversicherungen (Medicare, Medicaid) zumindest einen Teil ihrer Leistungen auf DRG-Basis. In diesem Umfeld wurde in einigen Studien, die Klinikabrechnungen einer nachträglichen Überprüfung unterzogen hatten (Krankenakten-Review mit Rekodierung), ein recht hoher Anteil von Abrechnungen mit entgeltrelevanten Kodierfehlern aufgezeigt (durchschnittlich ca. 18 %).¹² Da solche Fehler überwiegend zu Lasten der Kostenträger gingen, sieht man darin unter anderem auch einen Ausdruck von beträchtlichen Manipulationspotenzialen.¹³ Diese Deutung wird durch Kodierer-Surveys gestützt, in denen nahezu die Hälfte des befragten Personals angab, von ihrem Management zu grenzwertig erlösmaximierender Kodierung angehalten zu werden.¹⁴ Außerdem zeigten Studien, die die Entwicklung der Kodierpraxis innerhalb bestimmter Krankheits- und Maßnahmegruppen beobachtet hatten, eine Zunahme gerade der komplexeren Diagnosevarianten („DRG-Creep“), für die es außer den Mehrvergütungsanreizen keine erlösunabhängige Erklärung (einen realen Fallschwereanstieg o.ä.) gab¹⁵.

Gemessen an dieser Forschungslage ist die Frage, ob und in welchem Maße die Einführung des DRG-Systems auch in Deutschland durch korporative

-
- 12 Stellvertretend *Psathy, B./Boineau, R./Kuller, L./Luepker, R.*: The potential costs of upcoding for hearth failure in the United States, in: *Amer. J. Cardiology* 84, 1999, S. 108 f. sowie die Überblicksarbeiten von *Waterstraat, F./Barlow, J./Newman, F.*: Diagnostic coding quality and its impact on healthcare reimbursement, in: *J. AMRA* 61, 1990, S. 52 ff. sowie v.a. *Lüngen, M./Lauterbach, K.*, Fn. 5, S. 109 ff.
- 13 Zur Forschungslage vgl. *Becker, D./Kessler, D./McClellan, M.*, Detecting medicare abuse, in: *J. Health Economics* 24, 2005, S. 189, 192 ff.; *Jesilow P.*, Policing healthcare at the dawn of the new millennium, in: *Pontell, H./Geis, G.*, Fn. 2, S. 576 ff.; vgl. auch *Vandenburgh, H.*, Feeding frenzy, 1999; *Sparrow, M.*, License to steal, 2. Aufl. 2000; *Gosfield, A.*, Medicare and Medicaid Fraud and Abuse, 2008, S. 27 ff.
- 14 Vgl. *Lorenze, D./Spink, A.*, Regional variation in medical systems data: Influences on upcoding, in: *J. Medical Systems* 26, 2002, S. 369 ff.
- 15 Vgl. etwa *Baker, S./Kronenfeld, J.*, Medicaid prospective payment: Case-mix increase, in: *Health Care Financing Review* 12, 1990, S. 63 ff.; *Silverman, E./Skinner, J.*, Medicare upcoding and hospital ownership, in: *J. Health Economics* 23, 2004, S. 369 ff. sowie für Schweden ebenso *Serden, L./Lindqvist, R./Rosén, M.*, Have DRG-based prospective payment systems influenced the number of secondary diagnoses in health care administrative data?, in: *Health Policy* 65, 2003, S. 101 ff.

Abrechnungskriminalität begleitet wurde und wird, vollkommen ungeklärt. Von der herkömmlichen Kriminalstatistik werden die fraglichen Sachverhalte gar nicht erfasst, weil – aus noch zu zeigenden Gründen (unten 5.2.) – die Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden nahezu ausnahmslos unterbleibt.¹⁶ Etwas aussagekräftiger sind indes einige gesundheitsökonomische Analysen der Krankenhaus-Daten. Beispielweise bildet die amtliche DRG-Abrechnungstatistik ebenso wie die kassenspezifische Auswertung ausgewählter Abrechnungsbereiche ein modifiziertes Kodierverhalten der Kliniken ab, das eindeutig durch die DRG-Einführung ausgelöst wurde: Namentlich eine zunehmende Mitkodierung von entgeltsteigernden Faktoren (Nebendiagnosen, Prozeduren und Komplikationen) – freilich ohne dass auf dieser Datenebene feststellbar wäre, ob sich darin eine erlösmaximierende Verschlüsselungspraxis niederschlägt oder nur die zunehmende Vermeidung der früheren (ursprünglich vergütungsirrelevanten) Fehler.¹⁷ Relativ eindeutig auf zumindest grenzwertige Vergütungsziele zurückzuführen ist indes die Verteilung der geltend gemachten DRG innerhalb einiger Diagnose- und Behandlungsgruppen, wo das Abrechnungsverhalten – wie in den Diagrammen 1 – 2b demonstriert – ganz offensichtlich auf das Erreichen entgeltsteigernder Schwellwerte ausgerichtet ist.

16 Abfragen bei den Staatsanwälten/innen und LKA-Abteilungen, die auf Delikte im Gesundheitssystem spezialisiert sind, ergaben kaum einschlägige Fälle. Selbst bei den kasseninternen Einheiten zur Fehlverhaltensbekämpfung (§ 197a SGB V) fallen entsprechende Ermittlungen gegen Krankenhäuser entweder gar nicht oder nur sehr selten an (in den großen Kassen seit DRG-Einführung maximal 30 – 50 Verfahren). Vor diesem Hintergrund versucht die Bielefelder Studie durch Kooperation mit den genannten Institutionen die Akten aus möglichst allen strafrechtlichen Ermittlungsverfahren, die seit 2003 im (weiteren) Abrechnungskontext stationärer Leistungen geführt wurden, für eine qualitative Analyse zu erfassen. Nach dem gegenwärtigen Stand ist insofern mit max. 20 – 30 Verfahren zu rechnen.

17 So ausdrücklich: *Statistisches Bundesamt*, Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik für 2007, 2009, S. 5; zu den Kassendaten vgl. *Friedrich, J./Günster, C.*, Determinanten der Casemixentwicklung in Deutschland während der Einführung von DRGs (2002 bis 2004), in: *Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H.* (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2005*, 2005, S. 153 ff.; *Heller, G./Schmidt, S.*, Wodurch ist die Veränderung der geburts-hilflichen Diagnosehäufigkeiten in der Krankenhausdiagnosestatistik zu erklären?, in: a.a.O., S. 297 ff.; *Repschläger, U.*, Entwicklungen und Ausgabenfaktoren im Krankenhausbereich, in: *Rau, F./Roeder, N./Hensen, P.* (Hrsg.), *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland*, 2009, S. 358, 364 f.

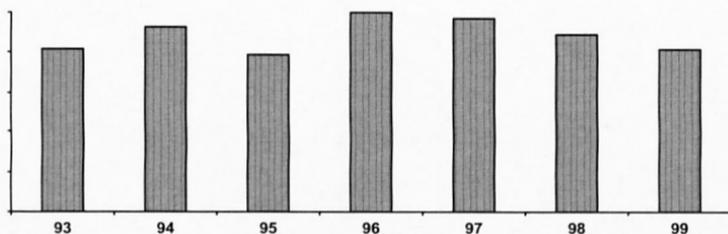


Diagramm 1: Verteilung Beatmungsstunden um erlösrelevanten Schwellwert 96 h¹⁸

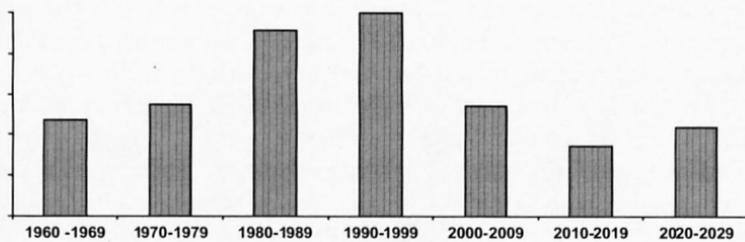


Diagramm 2a: Verteilung Neugeborenen-Aufnahmegewicht um erlösrelevanten Schwellwert 2000 g¹⁹

- 18 Die DRG-basierte Vergütung von Beatmungsstunden steigt um eine deutliche Stufe bei einer Beatmungsdauer von > 95 Stunden. Nach den hier vorliegenden Auswertungen, die die Verteilung aller im ersten Halbjahr 2009 bundesweit bei den AOKen abgerechneten Fälle in Relativ-Anteilen wiedergeben, zeigen die Beatmungsmaßnahmen eine deutliche Orientierung an diesem Schwellwert, während die knapp darunter liegende Beatmungsdauer mit überzufälliger Deutlichkeit seltener ist. – Zur Verfügung gestellt wurden mir die Daten freundlicherweise von Herrn Jörg Friedrich (WlDO Berlin).
- 19 Die DRG-basierte Vergütung der Neugeborenenversorgung steigt um eine deutliche Stufe bei Unterschreitung festgelegter Aufnahmegewicht-Schwellwerte (bspw. < 2000 g. bzw. < 1500 g). Nach den hier vorliegenden Auswertungen, die die Verteilung aller im ersten Halbjahr 2009 bundesweit bei den AOKen abgerechneten Fälle in Relativ-Anteilen wiedergeben, zeigen die Diagramme 2a und 2b für die geltend gemachten Behandlungen eine überzufällige Häufung des Aufnahmegewichtes an diesem Wert, während das knapp darüber liegende Gewicht mit überzufälliger Deutlichkeit seltener ist. – Zur Verfügung gestellt wurden mir die Daten freundlicherweise von Herrn Jörg Friedrich (WlDO Berlin).

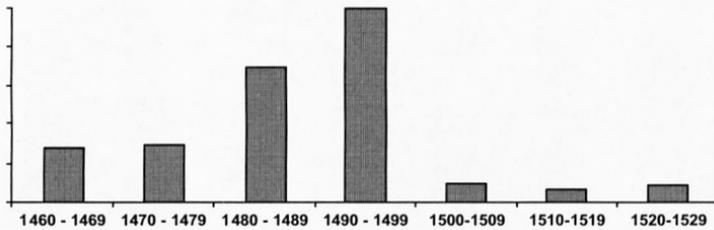


Diagramm 2b: Verteilung Neugeborenen-Aufnahmegewicht um erlösrelevanten Schwellwert 1500 g

Aufschlussreich sind daneben auch die Auswertungen tatsächlich erfolgter Abrechnungskontrollen. So hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) innerhalb der regulären Überprüfung einzelner Klinik-Abrechnungen (§ 275 V SGB V) – die im kassenübergreifenden Durchschnitt bei etwas über 10 % aller stationären Vergütungen stattfindet²⁰ – in den vergangenen Jahren beständig relativ große Abrechnungsanteile als überhöht reklamiert, im Durchschnitt knapp 40 % (unten *Tabelle 1*).²¹ Die kriminologische Aussagekraft dieser Angaben ist freilich gering, schon weil bei ihnen die Korrektheit der nachträglichen MDK-Einschätzung unterstellt werden muss. Außerdem sind die Prüfgegenstände hier stark vorselektiert, da sich der MDK allein mit jenen Abrechnungen befasst, die von den Krankenkassen als auffällig eingestuft und ihm (wegen eines Entgeltkürzungs-Potenzials) zur Kontrolle zugeführt wurden (näher unten 5.1.). Festgehalten werden kann deshalb nur, dass die Kontroll-Seite einen etwa 3- bis 5-prozentigen Anteil der Abrechnungsgesamtheit (unwiderrspochen) als Falschabrechnung deklariert. Darüber hinaus sind aber in dem gewaltigen, 90 %-igen Fallbestand, mit dem sich der MDK gar nicht befasst, mit hoher Wahrscheinlichkeit noch zusätzliche Fehler enthalten.²² Dies belegen die gelegentlich erfolgenden Verfahren nach § 17c KHG, in denen man gerade aus jenen Abrechnungen,

20 Vgl. zu dieser Prüfrate bspw. *Blum, K./Offermanns, M./Perner, P.*, Krankenhaus Barometer. Umfrage 2008, 2008, S. S. 23; *Thieme, M.*, Krankenkassen mit ungebrochener Prüfungslust, in: *KU Gesundheitsmanagement* 2008, S. 48, 49.

21 Diese Aussage bezieht sich freilich nur auf die wenigen MDK, die ihre Prüfdaten auswerten und auch publizieren. Zu sehr ähnlichen Ergebnissen gelangen allerdings Klinik-Befragungen, denen zufolge der MDK insg. 36 - 39,4 % der ihm vorgelegten Abrechnungen als überhöht reklamiert (vgl. *Blum, K./Offermanns, M./Perner, P.*, a.a.O., S. 28; *Thieme, M.*, a.a.O.).

22 Diese Falschabrechnungen werden von den Kassen entweder nicht entdeckt oder nicht moniert oder „im Dialog mit den Klinken“ korrigiert (unten 5.1.).

die zunächst unauffällig geblieben und keiner Prüfung nach § 275 V SGB V unterzogen worden waren, Stichproben bildet und diese sodann systematisch mit den Falldokumentationen vergleicht. Auch hierbei werden nach den insofern zugänglichen Daten bei erheblichen Abrechnungsanteilen immer wieder entgeltwirksame Fehler zu Lasten der Kassen belegt (unten *Tabelle 2*).²³

Tabelle 1: Fehleranteile in den Abrechnungen nach MDK-Prüfung gemäß § 275 V SGB V²⁴

<i>Region/Periode</i>	<i>Fehler zu Gunsten der Kasse in %</i>	<i>Fehler zu Gunsten der Klinik in %</i>
Nordbaden 2003 ²⁵	8	44
Baden-Württemberg 2005 ²⁶	4,6**	33,9**
Westfalen-Lippe 2005 ²⁷	5,3**	39,3**
Nordrhein 2005 ²⁸	5,1**	36,3**
Rheinland-Pfalz 2004 – 2006; speziell 2004/2005 ²⁹	6,1* 6,8*/5,9*	31,1* 31,3*/31,4*
Hessen 2003/04/05 ³⁰	7,9/4,6/3,5	32,2/42,7/38,3

23 Die Daten in Tabelle 2 sind allerdings weder vergleichbar noch verallgemeinerungsfähig, da eine Prüfung nach § 17c KHG stets für jeweils singuläre Sachverhalte (einzelne Abteilungen, ausgewählte Diagnosen, Prozeduren usw.) erfolgt.

24 Mit * gekennzeichnete Daten in Tab. 1 sind Angaben zu reinen Kodierfehlern (bei ** ist dies wahrscheinlich, aber der Arbeit nicht klar zu entnehmen). Ansonsten sind auch Falschabrechnungen wegen Fehlbelegung eingeschlossen.

25 Rutz, S., Die Einführung von Diagnosis Related Groups in Deutschland, 2006, S. 336 ff.

26 Dirschedl, P./Funk, R./Heine, U./Mohrman, M., DRG-Prüfergebnisse im Ländervergleich: MDK Baden-Württemberg und MDK Westfalen-Lippe, in: Gesundheitswesen 69, 2007, S. 141 ff., vgl. auch die – nicht zwischen den Raten der Entgeltunterschreitung und – überhöhung zusammenfassenden – Beanstandungsraten von 45,5 % (2004), 38,4 % (2005), 43,1 % (2006) und 44,7 % (2007) bei Dirschedl, P., Krankenhausleistungen auf dem Prüfstand, in: Rau, F./Roeder, N./Hensen, P. (Hrsg.), Fn. 17, S. 348 ff.

27 Dirschedl, P./Funk, R./Heine, U./Mohrman, M., a.a.O.

28 Schäfer, R./Buszello, H., Kassen ziehen Nutzen aus DRG-Auswertung des MDK Nordrhein, in: MDK-Forum 2006, S. 7 ff.

29 Kuls, G., Fn. 38, a.a.O.; dies./Weibler-Villalobos, U., Fn. 38, a.a.O.

30 Oestreicher, B./v. Essen, J./Fender, H./Hübner, M./v. Mittelstaedt, G., Drei Jahre Begutachtung der Kodierqualität durch den MDK in Hessen, in: MDK-Forum 2006, 10 ff.

Tabelle 2: Fehleranteile in MDK-Stichprobenprüfungen gemäß oder in Anlehnung an § 17c II KHG

Region/Periode	Ergebnisse
Hessen, 2003 ³¹	bei 3 (kleineren) Stichproben insg. 32,4 % DRG-Fehler zu Lasten der Kasse
Baden-Württemberg, 2004 - 2007 ³²	bei 13 Stichproben (verschiedener Größe) zu Lasten der Kassen zwischen 13,1 und 32,4 % Fehler und um 5,36 % überhöhte Abrechnungsbeträge (Schwerpunkt: falsch kodierte Abrechnungen)
Hessen, bis 2006 ³³	bei 2 (größeren) Stichproben insg. 4,97 % der Abrechnungen zu Gunsten und 7,47 % zu Lasten der Kassen falsch
unbenannte Region, bis 2005 ³⁴	bei einer größeren Stichprobe insg. 29 % mit DRG-relevanten Fehlern (nicht aufgeschlüsselt, zu wessen Gunsten)
Hessen, 2002 ³⁵	bei einer mittelgroßen Stichprobe insg. 35 % DRG-relevante Fehler
Rheinland-Pfalz, 2005/2006 ³⁶	bei 25 Stichproben (verschiedener Größe) zwischen 0 und 50 % Fehler (je nach Fehlerart) und überhöhte DRG-Werte zu Lasten der Kassen von durchschnittlich 2,2 bzw. 2,0 %

Nun beziehen sich die MDK-Prüfdaten nur auf Falschabrechnungen im weiten Sinne (oben 2.). In welchem Maße es täuschungsneutrale Gründe für die Abrechnungsfehler gibt – oder ob und wie oft den festgestellten Fehlern umgekehrt eine entsprechende Übervorteilungsabsicht zugrunde lag –, geht hie-

-
- 31 Schnabel, M./Geks, J./Schunk, T./Mann, D./Gerdes, B./Schaeg, M., MDK-Überprüfungen zur Dokumentations- und DRG-Kodierqualität, in: Krankenhaus, 2004, S. 630 ff.
- 32 Dirschedl, P./Mohrmann, M., Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG: Methodik, praktische Erfahrungen und Ergebnisse in Baden-Württemberg, in: Klauber, J./Robra, B.-P./Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007, 2007, S. 195 ff.
- 33 v. Essen, J./Hübner, M./v. Mittelstaedt, G., Die Stichprobenprüfung nach § 17c KHG – Erfahrungsbericht aus Krankenhäusern der Maximalversorgung in Hessen, in: Gesundheitswesen 69, 2007, S. 137 ff.
- 34 Holzwarth, F./Kuypers, H., Kodierqualität immer noch ein Problem, in: Krankenhaus-Umschau 2005, S. 678 ff.
- 35 Klaus, B./Ritter, A./Große Hülsewiesche, H./Beyrle, B./Euler, H.-U./Fender, H./Hübner, M./v. Mittelstaedt, G., Untersuchung zur Qualität der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren, in: Gesundheitswesen 67, 2005, S. 9 ff.
- 36 Modrack, M./Weibler-Villalobos, U., Stichprobenprüfungen sind wichtiges Prüfinstrument, in: MDK-Forum 2007, S. 12 f.

raus nicht hervor.³⁷ Dennoch lässt sich das MDK-Material als Hinweis auf die Existenz einer relevanten (derzeit nur nicht quantifizierbaren) Manipulationspraxis lesen, weil es hierfür noch eine Reihe weiterer, „weicher“ Indikatoren gibt:

- So ist ein Lerneffekt i.S. einer zunehmenden Abrechnungskonformität, der angesichts der mehrjährigen Etablierung des DRG-Verfahrens zwischenzeitlich eintreten müsste, in den MDK-Prüfdaten nicht feststellbar. Obendrein werden von den MDK nicht nur deutliche Unterschiede in der Fehlerbelastung verschiedener Krankenhäuser, sondern sogar richtiggehend abrechnungsauffällige Kliniken ausgemacht.³⁸
- Die Existenz des Phänomens wird schließlich durch Feldstudien zur Krankenhausärztlichen Berufswelt ebenso dokumentiert³⁹ wie durch eine einschlägige professionsinterne Debatte⁴⁰. Demgemäß sprachen auch die Kas- sen- und MDK-Mitarbeiter in den Interviews, die im Rahmen der vorliegenden Studie bislang geführt wurden, zwar nur selten von systematischem oder strategischem Manipulieren (vereinzelt sogar nur von „Unstimmigkeiten“), doch dominierte eindeutig die Ansicht: „Wer hinschaut, wird fündig“.

4. Ein Erklärungsmodell

Der gesamten neueren Forschung zum „Corporate Crime“ liegt eine organisationssoziologische Schwerpunktverlagerung zugrunde. Anders als im Bereich personaler Delikte, in dem man gewöhnlich nach einer psychologisch

37 In Kooperation mit dem MDK Baden-Württemberg nimmt deshalb die Bielefelder Studie derzeit in den Prüfdaten eine Sonderauswertung für ausgewählte „Manipulationskandidaten“ vor (d.h. für Abrechnungsfehler, die nach medizinischer und abrechnungstechnischer Erfahrung nur mit einer Täuschungsabsicht erklärt werden können).

38 Dazu v.a. *Kuls, G.*, MDK-Erfahrung: Auf beiden Seiten wächst der bürokratische Aufwand, in: *KrankenhausUmschau* 2008, S. 51 ff.; *dies./Weibler-Villalobos, U.*, DRG-Kodierqualität in Krankenhäusern hat sich nicht verbessert, in: *Die BKK* 2006, S. 592 ff.

39 Vgl. die Ärzte-/Controller-Interviews bei *Klinke, S.*, Ordnungspolitischer Wandel im stationären Sektor, 2008, S. 178, 220 f., 226 ff.; aufschlussreich auch *Vogd, W.*, Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität, 2004, S. 178 ff.; 183 Fn. 52; *ders.*, Die Organisation Krankenhaus im Wandel, 2006, S. 111.

40 Kennzeichnend v.a. *Roeder, N./Rochell, B./Juhra, C./Irps, S./Glocker, S./Fiori, W./Hensen, P.*: Die DRG-Abrechnung muss MDK-sicher sein, in: *f&w* 2002, S. 14 ff.; *Roeder, N./Fiori, W./Loskamp, N./Bunzemeier, H./Juhra, C./Hensen, P./Rochell, B.*: Strategische Kodierung – Schlüssel zum DRG-Erfolg?, in: *Krankenhaus* 2003, S. 780 ff.

und/oder soziologisch angelegten Deutung für das Verhalten individueller Akteure sucht, geht es nunmehr um das Handeln von Organisationsmitgliedern, das sich primär durch die Organisationseinbindung erklärt. In den Vordergrund rücken die Binnenstruktur des Unternehmens (hier: des Krankenhauses) und deren besondere soziale Kontextuierung (wobei die Theorielage zu den Deutungsdetails aber noch offen erscheint). Das hiesige Vorhaben stützt sich insofern zunächst auf ein Konzept, das die allgemeine Straintheorie auf korporative Akteure überträgt⁴¹, um dieses sodann in ein Mehrebenenmodell einzubinden, welches die relevanten kriminogenen Faktoren auf verschiedenen Problemschichten lokalisiert⁴². Rechtswidrige Aktivitäten der Krankenhäuser lassen sich hiernach als Transaktionsformen interpretieren, deren Wahrscheinlichkeit in ökonomischen Drucksituationen steigt, insbesondere bei zugleich vorhandenen Tatgelegenheiten und dem Fehlen von alternativen Bewältigungs-Mechanismen. Die konkrete Ausprägung von strain, opportunity und coping-Potenzial werden dabei von Gegebenheiten auf den System-, Organisations- und Personenebenen bestimmt:

Auf der Systemebene generiert ein neuartiger Ökonomisierungszwang strain-bildende Prozesse. Angesichts der Wettbewerbslage sehen sich die Kliniken mit einem massiven Kostendruck konfrontiert.⁴³ Es werden Rentabilität und andere unternehmerische Ziele bestimmend. Sind Gewinne, Marktpositionen usw. mit dem gegebenen Leistungsspektrum/-umfang eines Hauses nicht realisierbar („blockage of economic goals“) oder bestehen gar ökonomische Schwierigkeiten („threat of economic problems“), wird die Klinik zu innovativen Reaktionen gedrängt (kosten- und ertragsorientiertes Behandlungsverhalten, Ablaufeffektivierung, Spezialisierung, Renommeebildung, Leistungsausbau usw.). Falls sich solche „conventional coping resources“ aber als unzureichend erweisen⁴⁴, steigt die Wahrscheinlichkeit,

41 Vgl. *Agnew, R./Piquero, N./Cullen, F.*, General strain theory and white-collar crime, in: *Simpson, S./Weisburd, D.* (Hrsg.): *The Criminology of White-Collar Crime*, 2009, S. 35 ff.; ergänzend *Vaughan, D.*, Controlling Unlawful Organizational Behavior, 1983, S. 54 ff.; *Passas, N.*, Anomie and corporate deviance, in: *Contemporary Crisis*, 14, 1990, S. 157 ff.; *Slapper, G./Tombs, S.*, Fn. 1, S. 131 ff.

42 Zu einer ähnlichen Ebenenbildung vgl. *Gobert, J./Punch, M.*, *Rethinking Corporate Crime*, 2003, S. 14 ff.

43 Zur Ökonomisierung des Gesundheitssystems vgl. *Bauer, U.*, Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit, in: *APuZ* 8-9/2006, S. 17 ff.; speziell für den stationären Bereich bspw. *Vera, A.*: Die „Industrialisierung“ des Krankenhauswesens durch DRG-Fallpauschalen – eine interdisziplinäre Analyse, in: *Gesundheitswesen* 71, 2009, S. e10 ff.

44 Auch hierfür können die Gründe auf der Systemebene liegen – bspw. dort, wo es die Regulierungslage erschwert, dass sich betriebswirtschaftliche Anstrengungen in Über-

dass sich die Innovationen auf die Einnahmeseite konzentrieren und dort in Gestalt von (Abrechnungs-)Devianz niederschlagen. Begünstigt wird dies durch eine manipulationsförderliche Tatgelegenheitsstruktur, die die Systemebene ebenfalls konstituiert. Das geltende Vergütungsverfahren, das von Ambiguitäten gekennzeichnet ist und zahlreiche Erlösmaximierungs-Spielräume aufweist („program vulnerability“), bietet nämlich Missbrauchsoptionen, die allein durch Kontrollen eingrenzbar wären. Da die Prüfpraxis der Kassen aus organisationsstrukturellen Gründen jedoch beträchtliche Lücken belässt und Manipulationen völlig sanktionsfrei bleiben (unten 5.), öffnet sich ein breites deliktisches Möglichkeitsfeld.

Strain-theoretisch ist zu erwarten, dass etliche Krankenhäuser auf die genannten Umfeldbedingungen – d.h. den strikten Erlöserzielungszwang, die Schwierigkeiten legaler Gewinnsteigerung und die Manipulationsgelegenheiten – mit einer irregulären Abrechnungspraxis reagieren. In welchen Kliniken sich der „extra-organizational strain“ tatsächlich in dieser Weise realisiert, hängt dann allerdings von den jeweiligen Binnengegebenheiten auf der Organisationsebene ab. Besonders hoch sind die Risiken dort, wo die abrechnungsbeteiligten Unternehmenseinheiten auch einem „intra-organizational strain“ ausgesetzt sind.⁴⁵ Dies ist in Konstellationen der Fall, in denen – beeinflusst von den jeweiligen Gewinninteressen des Krankenhausträgers⁴⁶ und von der mikropolitischen Machtverteilung zwischen Ärzteschaft und Hausmanagement – rigorose Leistungsziele bestehen, die angesichts der konkret vorhandenen Realisierungsmittel (d.h. der Erlöspotenziale des Fallbestandes) kaum einlösbar sind. Bleibt der Leistungsvollzug dann unterreguliert (durch die Abwesenheit von kulturellen Korrektiven und internen Kontrollen), drängt dies die betroffenen Abteilungen hin zu irregulärer Einnahmeoptimierung.⁴⁷ Ausdruck dessen ist hier, dass nicht nur die techni-

schüssen niederschlagen. So sind bspw. Kliniken angesichts ihres Versorgungsauftrages nicht selten gezwungen, auch unrentable Abteilungen zu unterhalten.

- 45 Dazu *Simpson, S./Koper, C.*, The changing of the guard: Top management characteristics, organizational strain, and antitrust offending, in: *Journal of Quantitative Criminology* 13, 1997, S. 373 ff.; *Faßauer, G./Schirmer, F.*, Moderne Leistungssteuerung und Anomie, in: *Soziale Welt* 57 (2006), S. 351 ff.
- 46 Jedenfalls in den USA tritt Upcoding in den Abrechnungen unternehmerisch geführter Kliniken deutlich häufiger auf als in „non-profit“-Häusern (vgl. *Silverman, E./Skinner, J.*, Fn. 15, a.a.O.; *Steinbusch, P./Oostenbrink, J./Zuurbier, J./Schaepkens, F.*: The risk of upcoding in casemix systems: A comparative study, in: *Health Policy* 81, 2007, S. 289, 294 m.w.N.).
- 47 Möglicherweise reagieren die Abrechnungs- und Controlling-Abteilungen infolge ihrer primär ökonomischen Handlungslogik auf diesen Druck eher als ärztliches Personal, das sich immer noch in erster Linie an medizinischen Aspekten orientiert.

schen Voraussetzungen geschaffen werden (Bereitstellung einer Abrechnungssoftware, die programmgemäß Maximierungsvorschläge generiert; gezielte Schulung und Auswahl der Mitarbeiter), sondern dass sich die Abrechnungs- und Kodierteams auch darauf festlegt sehen, in der Fallbehandlung ein wirtschaftliches Primat umzusetzen (v.a. durch ein entsprechendes Erwartungsklima, die Weisung zur Erlösmaximierung oder eine Bindung der Gehälter an den Abrechnungserfolg⁴⁸). Da sich das Management allerdings individuell bereit finden muss, manipulationsförderliche Strukturen zu implementieren, sind schließlich auf der personalen Ebene auch begünstigende Persönlichkeitsmerkmale von Belang.⁴⁹ Dies betrifft ebenso die Eigenschaften des Kodierpersonals, das ganz verschieden auf Druck, Vorgaben und Anreize ansprechen und eine unterschiedliche Angewöhnungs- und Neutralisierungsneigung zeigen kann.⁵⁰

48 Tatsächlich fanden sich in den Aktenanalysen (Fn. 16) vereinzelt Hinweise auf eingebürgerte Usancen und auch Anordnungen. Anhaltspunkte für „Erfolgsprämien“ gibt es bislang dagegen nicht. Gleichwohl wird von Dienstverträgen der Chefärzte berichtet, die Mindestfallzahlen von lukrativen Fallarten festlegen oder „die Anzahl der für die Kostenträger erfolgreichen Anfragen in ein leistungsorientiertes Vergütungselement integrieren“ (*Rapp, B.*, Fn. 6, S. 175). Auch lässt sich die hausinterne Mittelzuweisung an den Abrechnungserfolg der Abteilungen knüpfen (a.a.O., S. 89 ff.).

49 Zu dieser Frage existieren bislang keine Befunde. Erste, noch sehr vage unternehmenskriminologische Anhaltspunkte bei *Blickle, G./Schlegel, A./Fassbender, P./Klein, U.*, Some Personality Correlates of Business White-Collar Crime, in: *Applied Psychology* 55, 2006, S. 220 ff.

50 Die Untersuchung stieß z.B. auf die geradezu sportive Haltung: „Hochrechnen gegen Rausprüfen“. Daneben ist eine Reihe weiterer, spezifisch verbandsbezogener Neutralisierungen zu erwarten: die Notlage des Hauses; die Erfolgswänge der Abteilung; die Gefährdung des Arbeitsplatzes; die bei der Leitung liegende Verantwortlichkeit; die Annahme, selbst nur ein „austauschbares Rad im Getriebe“ zu sein; die Unsinnigkeit von Regeln (Hinweise hierauf bei *Vogd, W.*, Fn. 39, a.a.O.).

5. Erste Befunde: „Das Risiko liegt gefühlt irgendwo bei Null.“

Nach der hiesigen Konzeption ist für das Manipulationsproblem auch die Kontrollrealität von Bedeutung.⁵¹ Insofern liegt zunächst einmal auf der Hand, dass sich aus Falschabrechnungen an sich noch keine vollendeten Tatsachen ergeben. Da sämtliche Abrechnungen der Kliniken von den Kassen zu prüfen sind, ist der Überzahlungseffekt prinzipiell korrigierbar. Das ist allerdings nur im Verlauf des normalen Abrechnungsprozesses möglich.⁵² Sofern die Prüfteams der Kassen bei der Durchsicht massenhafter Rechnungen – 2008 fielen bundesweit knapp 18 Millionen stationäre Fälle an – die Manipulationen nicht herauszufiltern und zu identifizieren vermögen, sofern sie diese übersehen oder jedenfalls nicht erfolgreich monieren, gehen die Täuschungsfälle zwangsläufig in das Dunkelfeld ein. Die dahingehende Prüfwirklichkeit erschließt sich nun freilich nicht (allein) durch die rechtliche Rahmung. Bestimmend ist deren Handhabung, die wiederum abhängt von Organisationsfaktoren auf Seiten der Kassen. Dazu liegen erste Zwischenergebnisse der Interviews vor.

5.1. Kontrollvarianten

Die Kontrollen der Kassen verlaufen ausgesprochen uneinheitlich, sowohl in den Verfahrensdetails als auch (und wichtiger noch) im Hinblick auf die Kontrollphilosophie. Zunächst einmal setzt der Abrechnungsvorgang aber überall damit ein, dass die Kliniken den Kassen für jeden einzelnen Fall die DRGs nebst den maßgeblichen Parametern zuleiten (§ 301 I, II SGB V). Überwiegend erfolgt bereits auf dieser Grundlage routinemäßig die Vergütungsfreigabe. Eine echte Kontrolle wird nur ausgelöst, wenn sich für die Kassenprüfer bei der ersten software-gestützten Stimmigkeitskontrolle ein Plausibilitätszweifel ergibt. Daran können sich verschiedene Schritte anschließen.

- „Interventionen“: Nachfragen und Einwände gegenüber der Klinik; Aushandeln einer Vergütungslösung (nicht selten im Paket mehrerer Fälle);

51 Vgl. oben in 4. sowie bei *Steinbusch, P./Oostenbrink, J./Zurbier, J./Schaepkens, F.* (Fn. 46), a.a.O.

52 Die Daten und Unterlagen werden keiner anderweitigen Kontrolle unterzogen – mit Ausnahme der Stichprobenprüfungen nach § 17c KHG, die jedoch ohne praktische Relevanz bleiben (oben Fn. 23).

- Vorberatungen mit dem MDK: Auswahl jener Fehlerverdachts-Fälle, die ein realistisches Erlösenkungspotenzial aufweisen;
- Einschaltung des MDK: Einleitung des semi-formellen Verfahrens nach § 275 SGB V.

Wird die Abrechnung dem MDK übergeben, prüft dieser (je nach Auftrag) z.B. die Notwendigkeit und Dauer der stationären Maßnahme, die Kodierung, die Berechtigung geltend gemachter Zusatzentgelte usw., wobei dies, wie oben bereits erwähnt, immerhin bei etwa jedem 10. Krankenhausfall geschieht. Hinter einer solchen Durchschnittsquote verbirgt sich jedoch ein erhebliches Gefälle zwischen den verschiedenen Kassen. Ob bspw. eine Vorberatung stattfindet, hängt von Ressourcen und der lokalen Beziehungsqualität ab.⁵³ Den MDK überhaupt zu bemühen, ist keinesfalls selbstverständlich. Während einige Kassen vorwiegend „im Gespräch“ mit dem Krankenhaus eine einvernehmliche Lösung suchen, leiten andere Kostenträger dem MDK so gut wie alle ernsthaften Fehlerkandidaten zu. Dies hängt nicht nur von der eigenen Prüf- und Durchsetzungsmacht ab, sondern eher von der generellen Kontroll-Politik. Maßgeblich ist offenbar, ob man der Abrechnungskultur der Häuser mit Skepsis begegnet oder einen Vertrauensvorschuss gewährt. Insofern sind klare Zusammenhänge erkennbar: Umso gravierender sich das Manipulationsphänomen in den Darstellungen einer Kasse gestaltet, desto rigoroser ist die Kontrollphilosophie und desto strikter die Kontrollpraxis. Freilich handelt es sich hierbei stets um Spielarten einer Ausgleichspolitik. Sie betreffen Maß und Intensität und Quantität der MDK-Einbeziehung, mit denen aber allein der Formalisierungs- und Konfrontationsgrad des Verhandlungsverhaltens variiert – ohne dass irgendwo ein hierarchisch-festlegender („polizeilicher“) Kontrollstil aufträte.⁵⁴

5.2. Primat der Konfliktlösung

Diesem Konsens-Paradigma gemäß bleiben Manipulationsfälle im außerstrafrechtlichen Raum. Entsprechende Anlässe werden schon gar nicht als solche erkannt und empfunden, d.h. aufgedeckte Abrechnungsfehler werden in keiner Weise auf ihre Strafrechtswertigkeit hin gedacht. Dies dürfte damit

⁵³ Das Verhältnis zwischen Kassen und MDK ist oft alles andere als konfliktfrei. Nicht selten entsprechen z.B. die Bearbeitungszeiten und –ergebnisse des MDK („Bearbeitungsstau“ und „Abwiegeln“) nicht den Kassenvorstellungen.

⁵⁴ Dazu fehlte es den Kassen auch an der rechtlichen Macht. Bezeichnenderweise gehen sie dort, wo das Krankenhaus auf seiner monierten Abrechnung beharrt (sog. „Widersprüche“), meist zu Nachverhandlungen über.

zusammenhängen, dass man den Abrechnungsakteur als amorphe, entpersonalisierte Einheit („die Klinik“) wahrnimmt.⁵⁵ Vor allem aber fehlt es für eine solche Deutung bereits am Interesse. Den Sachbearbeitern ist allein daran gelegen, die Ausgaben ihrer Kasse zu senken und für eine stationäre Behandlung nur das Notwendige zu zahlen. Führt der Abrechnungsverstoß zu einer Vergütungskorrektur, ist dieses Kontrollziel erreicht. Ob der Fehlerfall aus einem Betrugsakt hervorging, ist aus jener Warte dagegen eine anderweitige Frage, die man gar nicht erst stellt. Manipulationsverhalten wird deshalb nicht als potenzielle Straftat gedacht, sondern gilt – im Wege eines „downlabeling“ – selbst in kontrollfreudigen Kassen nur als Anlass einer Entgeltabsenkung. Selbst aber dann, wenn man im Prüfteam einen entdeckten Fehlerfall tatsächlich als einen potenziellen Betrug reflektiert, sprechen viele Gründe dafür, dies als unmaßgebliche Privatmeinung auf sich beruhen zu lassen und Eskalationen zu meiden. Denn, wie es in einem unserer Interviews hieß: „Unter Krankenhausleuten geht man nicht so miteinander um.“. Den Vorfall zu dramatisieren und zu melden,

- schadet nämlich der Realisierung des fraglichen Entgeltabzugs, weil ein Strafverfahren, dessen Verlauf, Dauer und Ausgang sich von außen nicht einschätzen und beeinflussen lassen, die Fallabwicklung blockierte;
- schadet den Dauerbeziehungen zur Klinik, die man für die Gewährleistung der örtlichen Behandlungssicherheit braucht;
- und schadet dem Wettbewerbsinteresse, um dessentwegen man die Prüfergebnisse lieber bilateral gegenüber der Klinik verwertet, aber nicht mit den Konkurrentenkassen teilt.

5.3. Kontrollwirkungsausfall

Obwohl man im Prüfgeschäft des Alltags auf Abrechnungsmanipulationen problemlösungs- statt sanktionsorientiert reagiert und demgemäß in der Handlungslogik der Kassenakteure kein Raum für eine Strafrechtsoption ist⁵⁶, könnte anstelle der vollständig ausbleibenden Strafverfolgung doch

⁵⁵ Es kommt sicher nicht von ungefähr, dass sich in den wenigen einschlägigen Strafverfahren (Fn. 16) innerhalb der kollektiven Struktur einer Klinik stets eine individualisierbare Person fand (Chefarzt, Belegarzt usw.), die für den vorgeworfenen Sachverhalt zentral war und gegen die sich in der Regel auch die Erstanzeige richtete.

⁵⁶ Damit zeigen die Kassen einen ähnlich selektiven Strafrechtsgebrauch wie beinahe alle Unternehmen im Falle deliktischer Schädigung: Man benutzt Strafrecht rein instrumentell – d.h. nur, wenn es (was hier nicht der Fall ist) der Schadensminimierung o.ä. Interessen dient (hierzu m.w.N. etwa *Bussmann, K.-D.*, Business Ethics und Wirtschafts-

wenigstens das Kassenprüfverfahren eine gewisse Aufdeckungs- und Kontrollwirkung erzielen. Angesichts der oben erwähnten Rechenkorrekturraten liegt dies keineswegs fern. Allerdings ist unklar, ob die Kassen eine solche Prüffrequenz auf Dauer durchhalten können, zumal inzwischen bei ihnen zu Gunsten der Klinik für jede beanstandungslos endende Einzelfallprüfung eine erhebliche Gebühr fällig wird (§ 275 I c SGB V).⁵⁷ Ohnehin ist bereits das bestehende Prüfsystem in seiner Detektionsfähigkeit stark eingeschränkt. In der Selbstwahrnehmung der Kassen hat dies folgende Gründe:

- Der enge „Datenkranz“, den die Klinik bei der Abrechnung mitteilen muss, bedingt die Unauffälligkeit vieler Manipulationen;
- Die organisatorische Zergliederung der Rechnungsprüfung bei verschiedenen Leistungsbereichen (ambulant/stationär) erschwert die Entdeckung von Manipulationsformen, die gerade auf den Entgelt differenzen und Kombinationsmöglichkeiten dieser verschiedenen Maßnahmearten beruhen;
- Die Leistungsfähigkeit der Prüf-Software bei der „Muster-Erkennung“ hält mit den Innovationen, die die Kodier-Software der Kliniken bei der Entwicklung von Optimiervorschlägen entwickelt, nur teilweise mit.

Besondere Bedeutung gewinnt hierbei freilich eine ökonomische Logik, der die Abrechnungskontrolle gehorcht: Selbst jene Kassen, die auf ein striktes Prüfregime setzen, müssen ihren Aufwand dosieren. In der Regel (wenn auch in unterschiedlich ausgeprägtem Maße) kommen deshalb Nutzenkalküle zum Tragen. Dies äußert sich nicht nur in der Behandlung von entdeckten Fehlerkandidaten (informelle Grenzwerte für die Einschaltung des MDK), sondern schon in früheren Prüfphasen, wo man die Kontrollintensität selektiv gemäß diverser „Aufgreifkriterien“ verteilt.⁵⁸ In unrentablen Feldern, in denen sich wenig „herausprüfen“ lässt, ist die Prüfanstrengung gering. Dagegen liegen die Kontrollschwerpunkte v.a. in jenen Abrechnungsbereichen, die die besten Fehlerentdeckungs- und Fehlernachweischancen

strafrecht. In MschrKrim 86, 2003, S. 89, 93 f.; Kölbel, R., Wirtschaftskriminalität und unternehmensinterne Strafrechtsdurchsetzung, in: MschrKrim 91, 2008, S 22, 29.

57 Die 2008 eingeführte Gebühr – nach dem KHRG mittlerweile angehoben auf 300,- € – soll den prüfbedingten Aufwand der Klinik ausgleichen. In welchem Maße sich die Kassen in ihrem Prüfverhalten hiervon beeinflussen („abschrecken“) lassen, hängt nach unseren Interview-Eindrücken von der jeweiligen Kontrollphilosophie ab. Meist ist es eine Kalkulationsgröße in der Nutzenabwägung (zu dieser sogleich).

58 Für ein elaboriertes Berechnungsmodell der Prüfungs-Effizienz vgl. Schönfelder, T./Klewer, J.: Verfahren zur Erkennung von DRG-Upcoding, in: HeilberufeSCIENCE 2008, S. 6 ff.

bieten (was erklärt, weshalb man inzwischen Fehlbelegungen häufiger als Upcoding prüft⁵⁹).

Letztlich sind solche Prüflücken für die Leistungsfähigkeit des gängigen Kontrollverfahrens allerdings nur bedingt relevant. Dessen Überwachungseffekte leiden mindestens ebenso darunter, dass die reguläre Fallprüfung nach § 275 SGB V keine Sanktionsformen kennt: Die Aufdeckung einer Unregelmäßigkeit hat lediglich zur Folge, dass die Kasse die Vergütung gemäß dem MDK-Votum auf das rechtmäßige Maß reduziert. Das Krankenhaus erhält also immer noch den rechtmäßigen Preis (d.h. das Entgelt der eigentlich angezeigten bzw. der tatsächlich erbrachten Leistung), und zwar ohne zusätzliche Abzüge oder sonstige Strafen. So gesehen kann es schwerlich verwundern, dass sich das Sanktionsrisiko in der Kodierer-Wahrnehmung, so eine Aussage aus den Interviews, „gefühlte irgendwo bei Null“ bewegt.

6. Resümee

Nimmt man die Merkmale der Kontrollwirklichkeit zusammen – so das kassenspezifisch differierende, aber übergreifend stark selektive Prüfverhalten, das zudem für die entdeckten Abrechnungsfehler weder strafrechtliche noch sonstige Sanktionen auslöst – zeigt sich darin eben jene Manipulationsanfälligkeit des Vergütungssystems, die sich als deliktstförderliche Tatgelegenheitsstruktur ausnimmt und so als Rahmenfaktor im hier vorgeschlagenen Deutungsmodell fungiert. Eine derartige Sichtweise, die mit Devianzbegriffen und Devianzbedingungen operiert, ist in den bisherigen (rare) Diskussionen zum Abrechnungsproblem freilich überhaupt nicht zu finden. Jener Diskurs wird allein in gesundheitsökonomischen Kategorien geführt, ganz unabhängig von Normgeltungs-, Gleichheits- oder gar Gerechtigkeitsfragen. Soweit man dabei überhaupt einen Anlass zur Nachsteuerung sieht, zielt diese nicht darauf, illegitime Erlöse zu unterbinden, sondern deren Kostenfolge durch eine geringfügige Absenkung der regulären DRG-Preise vorsorglich zu vermeiden.⁶⁰ Auf die Abrechnungskontrolle durch Kassen und MDK will man dabei zuweilen sogar gänzlich verzichten.⁶¹ Aus einer krimi-

59 Vgl. zu diesem Trend nur *Rapp, B.*, Fn. 6, S. 168; *Thieme, M.*, Fn. 20, S. 49, 51.

60 In diesem Sinne *Lüngen, M./Lauterbach, K.*, Fn. 5, sowie jetzt auch § 10 III Nr. 4 KHEntgG, wo genau diese Sozialisierung von Upcoding-Effekten vorgesehen ist.

61 Dafür *Fiori, W./Brüning, K./Bunzemeier, H./Roeder, N.*, Codierqualität in den Krankenhäusern. Unberechtigte Vorwürfe, in: *Deutsches Ärzteblatt* 106, 2009, S. A1596 f.; vgl. dagegen zum einen die Berechnungen zu den Systemkosten von Falschabrechnun-

nologischen Warte könnte es freilich kaum verwundern, wenn gerade diese eindeutig „managerielle Regulierungslogik“, die allgemeinen Thematisierungs- und Wahrnehmungsweisen im Feld prägen und so zur Problemreproduktion nicht wenig beitragen würde.

gen, die sich seit 2004 auf mind. 1,9 Milliarden € summiert haben sollen (vgl. *Schönfelder, T./Balázs, S./Klewer, J.*, Kosten aufgrund von DRG-Upcoding durch die Einführung der Diagnosis Related Groups in Deutschland, in: *HeilberufeScience 2009*, S. 77 ff.) sowie die enforcement-bedingte Steigerbarkeit der Abrechnungskonformität bei *Becker, D./Kessler, D./McClellan, M.*, Fn. 13.