

Autor: Prof. Dr. Ralf Kölbel
Dokumenttyp: Aufsatz
Quelle: 
C.F.Müller GmbH, Heidelberg
Fundstelle: medstra 2015, 4-10
Zitiervorschlag: Kölbel, medstra 2015, 4-10

Abrechnungsverstöße im Krankenhaus - ein kriminologischer Forschungsbericht

Prof. Dr. Ralf Kölbel, München¹

Der folgende Beitrag informiert über die Befunde einer Studie, die einer spezifischen Form von korporativer Devianz im Gesundheitssystem gewidmet war: den Fehlern und Manipulationen im Kontext der Abrechnung stationärer Leistungen (im Rahmen der GKV). Er fasst einige wesentliche Ergebnisse und deren Interpretation zusammen und formuliert erste Folgerungen. Strafrechtlich relevante, echt-manipulative Abrechnungsverstöße machen danach nur einen kleinen, aber doch relevanten Teil eines volkswirtschaftlich erheblichen, in seinen Umrissen und seiner Qualität allerdings diffusen Gesamtaufkommens an Abrechnungsfehlern aus. Dies steht in einem Zusammenhang mit systemisch-ökonomischen Rahmenbedingungen, innerorganisatorischen Prozessen, rechtlich konstituierten Gelegenheitsstrukturen, individuellen Neutralisierungsneigungen und einer „strafrechtsfreien“ Probleminterpretation durch die Akteure im Feld. Konformitätseffekte lassen sich am ehesten durch veränderte Kontrollstrategien der Kassen und eine Umgestaltung von Vergütungsregeln und -verfahren erwarten.

I. Gegenstand und Ausrichtung der Untersuchung

An einer kriminologischen Untersuchung², die sich mit Abrechnungsverstößen gerade im Bereich der Krankenhäuser befasst, bestand und besteht ersichtlich Bedarf: Für den Bereich der Krankenhausbehandlung - einem gesellschaftlichen Sektor von nicht nur medizinischer, sondern erheblicher volkswirtschaftlicher Bedeutung - wurden mit dem Jahr 2003 die rechtlichen Grundlagen des Entgeltsystems in einer sehr weitreichenden Weise reformiert. Die dadurch ausgelösten Wirkungen werden zwar intensiv untersucht, dies aber vorwiegend aus einer gesundheitsökonomischen und medizinischen Warte. Erfahrungen ausländischer Gesundheitssysteme, die vergleichbare Krankenhausvergütungsstrukturen eingeführt haben, zeigen allerdings, dass in diesen Abrechnungsbereichen auch deviantes Verhalten zu beobachten ist - ein Befund, der Anlass zu (kriminologischen) Forschungen gibt, die gezielt nach regelwidrigem Wirtschaftsverhalten fragen.

Dies betrifft beispielsweise Verstöße in Form fehlerhafter Leistungskodierung (sog. Upcoding), deren Verbreitung in den USA bislang am besten analysiert worden ist: „There is substantial evidence that upcoding in U.S. hospitals is common“.³ In Kodierer-Surveys berichtet nahezu die Hälfte des befragten Personals davon, dass ihr Management sie

zu grenzwertig erlösmaximierender Kodierung anhält.⁴ Ferner haben zahlreiche Studien, in denen Klinikabrechnungen einer nachträglichen Prüfung unterzogen wurden (Krankenakten-Review mit Rekodierung), einen hohen Abrechnungsanteil mit entgeltrelevanten Verschlüsselungsfehlern festgestellt.⁵ Da solche Fehler überwiegend zu Lasten der Kostenträger gehen,⁶ werden sie nicht nur auf einfache Irrtümer zurückgeführt, sondern auch auf Erlösmaximierung und ein erhebliches Manipulationspotential.⁷ Inzwischen kommen auch in Deutschland immer wieder Befürchtungen auf, dass aus der GKV unberechtigte Entgelte in einem jährlichen Milliardenvolumen an die Leistungserbringer fließen könnten.⁸ Daher drängen das Bundesversicherungsamt und der Bundesrechnungshof die Kassen, die Abrechnungsprüfung zu intensivieren.⁹

In methodischer Hinsicht war die Untersuchung allerdings mit genau jenen Hürden und Problemen konfrontiert, die die wirtschaftskriminologische Forschung generell in typischer Weise erschweren: die Unergiebigkeit von Kriminalstatistiken und die Undurchführbarkeit von mathematisch auswertungsfähigen Täter- oder Opferbefragungen.¹⁰ Daher wurde ein Zugang mit den Mitteln der qualitativen Sozialforschung gewählt, der im Übrigen auch bei (Abrechnungs-)Delikten in Kliniken bereits erprobt worden ist:¹¹ Das zentrale Untersuchungselement stellten offene, leitfadenorientierte Interviews dar (mit Krankenhausärzten, Abrechnungsmitarbeitern an Kliniken, Kassenprüfsachbearbeitern und anderen, mit dem Feld vertrauten Personen). Ergänzendes Material ergab sich aus Analysen von Ermittlungsakten sowie der Nutzung von Abrechnungsdaten einiger Kostenträger und der Prüf- und Gutachtenstatistik des MDK Baden-Württemberg.

II. Corporate Crime, Fehler- und Manipulationsbegriff

1. Grundlegende Einordnung

Die kriminologische Forschung diskutiert jene Form von sozialer Devianz, die aus Unternehmen bzw. Organisationen hervorgehen, als „Corporate Crime“.¹² Maßgeblich für ein solches Unternehmensdelikt ist dabei die Illegalität der Aktivität, die irgendeine sanktionierende Reaktion des Staates nach sich ziehen kann. Ob es dabei um eine echte Kriminalstrafe, eine Verwaltungsstrafe, einen spezifischen (Straf-)Schadensersatz oder eine anderweitige Nachteilsform geht, gilt üblicherweise als sekundär.¹³ Um Aktivitäten des Unternehmens („crimes committed by and on behalf of corporations“¹⁴) handelt es sich, wenn die betreffenden Normverstöße aus ihm heraus begangen werden und allein durch die Unternehmenszugehörigkeit der handelnden Unternehmensmitglieder erklärbar sind, insbesondere weil sie in erster Linie (wenn auch nicht unbedingt allein) zum Verbandsnutzen erfolgen¹⁵.

Falschabrechnungen einer Klinik weisen all diese Eigenschaften auf.¹⁶ Sie stehen - obwohl durch das individuelle Abrechnungspersonal hervorgerufen - mit den wirtschaftlichen Aktivitäten des Hauses in Zusammenhang, erfolgen auf dessen „Rechnung“ und sind der Einrichtung eben deshalb „zurechenbar“. Das gilt insbesondere, weil sie sich im Kontext von Erlössteigerungsbemühungen des Krankenhauses ereignen und typischerweise in dessen Interesse liegen (oder jedenfalls in dieser Absicht erfolgen). Besonderheiten bestehen bei Falschabrechnungen lediglich insofern, als sie regelmäßig nicht als abgeschlossene Einzelereignisse auftreten, sondern als eine (unkoordinierte oder systematisch abgestimmte) Vielzahl kleinerer, für sich genommen wirtschaftlich auch oft unerheblicher Normverstöße. Mit Blick auf den weiten kriminologischen Begriff des Corporate Crime ist es für die Einordnung schließlich unerheblich, dass die Fälle, in denen ein Abrechnungsverstoß strafrechtlich verfolgt wird, beinahe zu vernachlässigen sind, und dass auch die Konstellationen, in denen dies jedenfalls möglich

wäre, nur einen Ausschnitt der überwiegend nicht-intentionalen Fehlergesamtheit bilden (unten III.b). Allerdings macht dies gewisse Klarstellungen notwendig:

2.Unterbestimmte Kennzeichen von Falschabrechnungen

Das Entgelt, das dem Krankenhaus für eine erbrachte Behandlung zusteht und das es beim jeweiligen Kostenträger geltend machen darf, ist pauschaliert, wobei die jeweils einschlägige Pauschale anhand einiger zentraler Parameter (z.B. Diagnosen, Prozeduren, Komplikationen usw.) zu ermitteln ist.¹⁷ Dies geschieht durch das Abrechnungspersonal der Kliniken, die den Kassen daraufhin das Ergebnis nebst einigen grundlegenden Falldaten zuleiten. Diese Abrechnung ist fehlerhaft, wenn sie gemessen an den Abrechnungsvorschriften entweder von der Behandlungsrealität abweicht (in meist vergütungssteigernder Weise) oder aber (mit leistungsentsprechenden Angaben) eine nicht bzw. nicht vollständig entgeltfähige Maßnahme geltend macht. Nachweisen lassen sich insofern einige wiederkehrende Konstellationstypen: die Abrechnung einer angehobenen Fallzahl oder -schwere sowie die Abrechnung nicht oder irregulär erbrachter oder nicht eigenständig abrechenbarer Leistungen.¹⁸

In der Lebenswirklichkeit ist die Fehlerhaftigkeit einer Abrechnung bisweilen aber uneindeutig. Dass die Kassen die Abrechnung nach ihrer Überprüfung als korrekt oder irregulär einstufen, fungiert insofern bestenfalls als vorläufiges Indiz. Einerseits lassen die Kostenträger nämlich zahlreiche Abrechnungen, die eigentlich Ansatzpunkte für Korrekturen aufweisen, gleichsam passieren (unten III.1.); andererseits

- 5 -

Kölbel, medstra 2015, 4-10

- 6 -

können unzulängliche Prüfverfahren aber auch zu unberechtigten Fehlerfeststellungen führen. Ferner besteht Anlass, an einer durchgehenden, objektiven Fehlerbestimmbarkeit überhaupt zu zweifeln. Nicht von ungefähr haben Studien, die die Abrechnung bzw. Kodierung identischer Fälle durch verschiedene Personen verglichen haben, erhebliche Abweichungen festgestellt.¹⁹ Da „in der medizinischen Klassifikation vielfach Übergänge oder Alternativen existieren, die zugunsten eigener Anschauungen genutzt werden können“,²⁰ sind nämlich mitunter (!) durchaus mehrere Kodierungen bzw. Falleinordnungen begründbar.²¹ In manchen (!) anderen Konstellationen schwimmt wiederum die Grenze zwischen indizierten (= vergütungsfähigen) und nicht indizierten (= nicht abrechenbaren) Leistungen, da diagnostisch-therapeutische Unschärfen zu einer unterschiedlichen Beurteilung des medizinisch Notwendigen führen.²²

Angesichts dieser Probleme wird hier ein „pragmatischer Fehlerbegriff“ zugrunde gelegt, mit dem auch die Abrechnungswirklichkeit operiert: Eine Abrechnung ist immer, aber auch nur dann fehlerhaft, wenn sie entsprechend moniert und dies von der Klinik hingenommen wird (sei es inner- oder außerhalb der Prüfprozedur, nach oder ohne Widerspruch oder gar erst nach einem gerichtlichen Verfahren). Auf die objektive Fehlerqualität kommt es so gesehen nicht an. Ungeachtet dessen kann aber durchaus nach einem Dunkelfeld von Abrechnungen gefragt werden, deren Fehlerhaftigkeit gegenseitig anerkennungsfähig wäre, bei denen dies aber ausgeblieben ist (unten III.1.).

3.Insbesondere: Die Manipulationswertigkeit

Bei der Feststellung einer manipulativen Abrechnung ergeben sich noch größere Bestimmbarkeitsprobleme. Abrechnungsfehler können auf durchaus unverfängliche Weise entstehen (technische Probleme der Abrechnungssoftware; unbeabsichtigte Ungenauigkeiten in der medizinischen Dokumentation; nicht-intentionale Fehlleistungen beim Kodieren; sog. Erlösoptimieren unter der Annahme, das Vergütungspotenzial eines Falles noch unter Wahrung des rechtlichen Vertretbarkeits-Rahmens „auszureizen“). Eine Manipulation stellt daher einen Sonderfall unter den Fehlerformen dar, bei dem die Abrechnung durch die Mitarbeiter der Klinik bewusst irregulär gestaltet wird. Eine entsprechende Intention kann den betreffenden Personen allerdings immer nur auf Grundlage bestimmter Hinweise zugeschrieben werden - etwa wegen der eindeutigen Fehlerqualität oder wegen eines aufschlussreichen Abgleichs mit der Falldokumentation der Klinik oder wegen deren Verfälschung (vgl. auch unten III.2.).

Zu berücksichtigen ist obendrein die Arbeitsteilung innerhalb der Kliniken, in denen die Kodierung und Rechnungsstellung zu großen Teilen nicht durch das medizinische Personal erfolgt, weshalb das Fehlerwissen nicht bei allen Beteiligten vorliegen muss.²³ Dies betrifft namentlich Fälle, bei denen die stationäre Behandlung insgesamt oder in Teilen nicht indiziert oder unwirtschaftlich ist, dann aber gleichwohl als reguläre, therapeutisch angezeigte Maßnahme abgerechnet wird. Hier kann sowohl bei der Behandlung, der folgenden medizinischen Dokumentation wie bei der abschließenden abrechnungstechnischen Kodierung das Wissen um die fehlende oder eingeschränkte Vergütungsfähigkeit personal jeweils vorliegen oder fehlen.²⁴

4. Relevanz der Betrugs-kategorie?

Da eine Fehlerintention einem Betrugsvorsatz mit Drittbereicherungsabsicht (zugunsten der eigenen Klinik) regelhaft gleichkommt und da dann meist unproblematisch auch die objektiven Merkmale des § 263 StGB feststellbar sind²⁵, liegt aus einer Außenwarte bei Manipulationen oftmals auch strafbares Verhalten vor. Sowohl die Betrugs- als auch die Manipulationskategorie war jedoch während des Untersuchungszeitraums in den Sichtweisen im Feld überhaupt nicht präsent. Von „Übervorteilung“, „bewusster Täuschung“ oder gar „Betrug“ zu sprechen, ist aus einer lebensweltlichen Perspektive etwas vollkommen Fremdes - und dies nicht nur hinsichtlich der generellen Praxis, sondern selbst mit Bezug auf Abrechnungsverstöße, die ex post und / oder von außen fallkonkret als eindeutig feststellbar und unzweifelhaft intentional erscheinen. Dies gilt sowohl für die Abrechnerseite, die das eigene Handeln eigentlich stets als „irgendwie gerechtfertigt“ (unten IV.) oder jedenfalls nicht als unrecht empfindet,²⁶ bemerkenswerterweise aber auch bei den Prüfern der Kasse. Wie auch immer diese die fraglichen Abrechnungsfälle wahrnehmen (als willkommenen Kürzungsanlass oder lästiges Ärgernis, als Unstimmigkeit, dreiste Preistreiberei oder als im Grunde nachvollziehbares Geschäftsgebaren): eine „deliktische“ Interpretation liegt in ihrem Alltagsvollzug jedenfalls vollkommen fern.²⁷

Weil bereits die Prüfebene auch offensichtlich manipulative Falschabrechnungen nicht als solche auffasst („downlabeling“), kommt es innerhalb der Kassen zu keiner besonderen Bearbeitung (Beweissammlung usw.) und keiner Weitergabe

- 6 -

Kölbel, medstra 2015, 4-10

- 7 -

der Informationen an die Staatsanwaltschaft. Darin liegt der Hauptgrund für die außergewöhnliche Seltenheit von Ermittlungsverfahren im hier untersuchten Bereich.²⁸ Beim Falschabrechnungsphäno-

men entsteht, obwohl es („objektiv“) durchaus strafbare Anteile enthält, hierdurch ein erstaunliches Implementierungsdefizit des Strafrechts.

III. Prävalenzdaten

1. Befunde zur Fehlerhäufigkeit

Legt man den Untersuchungszeitpunkt zugrunde, leiten die Kostenträger bei ca. 10 - 12 % aller Abrechnungen ein formelles Prüfverfahren ein (d.h. eine Begutachtung der Abrechnung durch den MDK)²⁹ und beanstanden hiervon dann schließlich ca. 40 - 50 % als fehlerhaft (mit Kürzung des abgerechneten Entgeltes).³⁰ Für die gesamte Fehlerverbreitung sind die Daten aber wenig aussagekräftig. Da sich die 40 - 50%ige Fehlerfeststellungsquote lediglich auf jene Abrechnungen bezieht, die dem MDK durch die Prüfer der Kassen vorgelegt wurden, werden hierdurch zur Fehlerhäufigkeit im Dunkelfeld (d.h. bei den nicht begutachteten Abrechnungen) keine Aussagen gemacht. Insofern ist auch keine Hochrechnung möglich, weil die Prüfgegenstände des MDK stark vorselektiert sind und es sich dabei um „Rechnungskürzungskandidaten“ handelt - d.h. um solche Abrechnungen, die die Kassenmitarbeiter vorweg als auffällig und potenziell überhöht eingestuft haben (nicht selten nach sog. „Vorberatung“ durch den MDK).

Dies bedeutet aber nicht, dass der übrige, ca. 90%ige Fallbestand fehlerfrei ist und sich die Fehlergesamtheit somit auf ca. 5 % der Abrechnungsgesamtheit beläuft.³¹ Eine nähere Betrachtung der Entscheidungsschritte in den Prüfteams der Kassen macht vielmehr sichtbar, dass die Kassen nicht unerhebliche Abrechnungsanteile außerhalb des formellen MDK-Verfahrens - von den Kliniken unwidersprochen - nach unten korrigieren (Tab. 1). Das Fehlerhellfeld ist also größer und nicht auf die MDK-Korrekturen beschränkt.

Tab. 1: Fehlerfeststellungsformen (in %) bei drei Kassen (errechnet anhand der jeweiligen Abrechnungsdaten)

	Kasse A (2009)	Kasse B (2011)	Kasse C (2011)
Direkte Rückforderung durch Prüfer	1,7	3,9	0
Rückforderung nach Fallbesprechung mit Klinik	0,8	1,1	2,5
MDK-Prüfung			
davon:	7	8,9	7,3
Rückforderung	3,7	4,1	4,1

Dass aber darüber hinaus noch zahlreiche weitere Fehler auftreten und lediglich unbemerkt im Dunkelfeld bleiben, beruht einmal darauf, dass die Prüfer bestimmte Falschabrechnungen anhand der ihnen vorliegenden Fallinformationen gar nicht entdecken können. Hinzu kommt, dass sie bestimmte „Fehlerkandidaten“ ganz bewusst unmoniert lassen. Namentlich dort, wo der Fehlerhaftigkeitsnachweis erfahrungsgemäß schwierig oder ungewiss ist, wo das Entgeltkürzungspotenzial eher gering erscheint oder wo einfach der Arbeitsanfall insgesamt steigt, kommt es zu entsprechenden Selektionsentscheidungen (sowohl bei der Gestaltung der „Auffälligkeits“-Filter der Prüfsoftware als auch bei der

händigen Rechnungsprüfung durch die Sachbearbeiter).³² Die fraglichen Falschabrechnungen bleiben dann entweder im „Graufeld“ (d.h. sie fallen den Prüfern auf, werden aber nicht abschließend bearbeitet und korrigiert) oder sie „laufen durch“.³³

Dabei erfolgt diese Fehlerselektion regional und institutionell sehr variabel. Die Unterschiede in Art, Umfang und Organisation der Prüfung,³⁴ in den Vorgehensweisen (Gestaltung der Prüfsoftware, Durchführung von bilateralen Verhandlungen mit den Leistungserbringern bzw. informellen Vorbereitungen mit dem MDK) sowie in den Prüfpolitiken und der Durchsetzungsfähigkeit der Kostenträger wirken sich auf die jeweiligen Fehlerfeststellungsraten aus.³⁵

2.Manipulationsindikatoren

Wenn nun schon hinsichtlich des Fehleraufkommens ausschließlich ein „relevantes Ob“ sicher belegt ist, während sich jede Quantifizierung verbietet, lässt sich der Teil unter den Falschabrechnungen, der als Abrechnungsmanipulation gelten kann, ebenso wenig beziffern. Selbst eine Schätzung wird nachdrücklich erschwert, weil Manipulationen ungeachtet ihrer potenziellen Strafrechtswertigkeit bei der Prüfung als ganz normale Fehler aufgegriffen und behandelt werden.³⁶ Dessen ungeachtet ist nachweisbar, dass von Krankenhäusern

- 7 -

Kölbel, medstra 2015, 4-10

- 8 -

nicht nur manipulationsnahe, sondern auch klar intentionale Falschabrechnungen ausgehen (wenngleich sie fast immer folgenlos - d.h. als Manipulation unbearbeitet, unmoniert, unthematisiert und oft sogar unentdeckt - bleiben). Dass sie sich mit einer gewissen Häufigkeit ereignen, lässt sich nicht nur anhand der Projektinterviews zeigen.³⁷ Zu den weiteren Indikatoren³⁸ zählt auch der Nachweis von hochgradig auffälligen Häusern und von sog. Schwerstfehlerkonstellationen:

- Eine Sonderauswertung der Daten von Kasse A (für ein ausgewähltes Flächenbundesland) ergab für die 10 Kliniken mit der höchsten Korrekturhäufigkeit einen Anteil der abgesenkten an den eingereichten Abrechnungen von 11,55 % gegenüber 5,29 % im landesweiten Durchschnitt 2010.³⁹ Sechs dieser 10 Häuser standen in privater Trägerschaft. Da dieser Status in der Regel mit einer besonders professionalisierten Administration einhergeht, weist diese Mehrbelastung eher auf eine fehlerakzeptierende Erlössteigerungsstrategie als auf eine geringe Abrechnungskompetenz hin.
- In einer gemeinsam mit dem MDK Baden-Württemberg durchgeführten Sonderauswertung konnte das wiederkehrende Auftreten solcher Falschabrechnungen belegt werden, die zu erheblichen Erlösvorteilen der Kliniken führen und dabei so eindeutig fehlerhaft sind, dass bei ihnen lebensnah betrachtet nur ein intentionaler Entstehungshintergrund vorliegen kann („Schwerstfehler“). Entfiel durch Veränderungen in den Vergütungsregelungen deren entgeltsteigernde Wirkung, wurden diese Fälle deutlich seltener.⁴⁰ Nachweisen ließen sich im Übrigen auch Konstellationen, in denen die medizinische Dokumentation regelrecht verfälscht worden war, um eine überhöhte Abrechnung zu begründen.⁴¹

3.Besonderheiten bei der Abrechnung unberechtigter Überleistungen

Ein eigenständiges Fehler- und Manipulationsfeld stellen sog. Überleistungen dar. Dem liegen in der Regel solche Behandlungsformen zugrunde, die für die Klinik wirtschaftlich interessant sind (meist wegen einer attraktiven Vergütung, teilweise auch mit Blick auf die Geräteauslastung oder eine Leistungsmengenausweitung) - und die deshalb auch durchgeführt werden, obwohl die Indikation grenzwertig ist oder die fallkonkrete Notwendigkeit sogar fehlt. Ganz ähnlich gelagert sind Konstellationen, in denen die stationäre Behandlung hätte abgekürzt oder durch ambulante Maßnahmen ersetzt werden können. All diese Bereiche werden anhaltend diskutiert, da sich die Anhaltspunkte für eine Fallmengen Zunahme und einen Anstieg vieler stationärer Behandlungsformen mehren, die sich nicht durch Morbidität oder medizinische Gesichtspunkte erklären lassen.⁴²

Diese Prozesse nehmen sich nicht nur (wie in der gesundheitsökonomischen Lesart) als gewichtige „Kostentreiber“ aus, sondern sind zugleich mit Abrechnungsverstößen verbunden, da in den fraglichen Fällen stets eine nicht indizierte Maßnahme als medizinisch angezeigt und abrechenbar geltend gemacht wird. Von einer solchen Praxis, deren Irregularität den Akteuren in diffuser Weise durchaus bewusst zu sein scheint, wird in den Interviews immer wieder berichtet.⁴³ Um die Problematik an einem Beispiel zusätzlich zu substantiieren, wurden in der Studie auch Kassendaten zu Beatmungsfällen analysiert. Dabei zeigte sich, dass Beatmungsstunden auffällig oft in einer Anzahl abgerechnet werden, mit der ein Preissprung einhergeht (d.h. die geltend gemachte Anzahl von Beatmungsstunden liegt knapp über einem entgelterhöhenden Schwellwert), wohingegen Fälle, die den Preissprung verfehlen (d.h. knapp schwellwertunterschreitende Beatmungszeiten) auffällig selten geltend gemacht werden.⁴⁴ Dass zu dieser Verteilung durchaus auch eine „künstliche“ erlösorientierte Ausdehnung von Beatmungszeiten beiträgt, wird durch die Projektinterviews angezeigt.⁴⁵

- 8 -

Kölbel, medstra 2015, 4-10

- 9 -

IV. Probleminterpretation

Das Mosaik aus Indikatoren und Eindrücken, die in der Studie gesammelt wurden, weist auf eine spezifische Grundausrichtung des Alltagsbetriebs in Kliniken hin, nämlich auf ein für Mehrleistungen prinzipiell offenes Behandlungsverhalten und eine auf Erlösoptimierung ausgelegte Abrechnungspraxis. Abrechnungsdevianz entsteht auf dieser Grundlage gewissermaßen unorganisiert - indem die generelle „Offensivorientierung“ auf Abteilungsebene schließlich einzelne manipulativ angelegte Praktiken hervorbringt und (neben etlichen Intentionalitätszwischenformen) zahlreiche nicht-beabsichtigte Fehler provoziert. Solche „einfachen“ Abrechnungsfehler stellen also ein großflächiges, wenn auch nicht exakt quantifizierbares Phänomen dar, während gezielte Abrechnungsverstöße darin eher als Einsprengsel erscheinen - allerdings mit von Haus zu Haus variierender Häufigkeit auftretend.

Dass das problematische Abrechnungsverhalten dabei im Kontext ökonomischer Prozesse und wirtschaftlicher Zwänge entsteht, legt die Bezugnahme auf eine strain-theoretische Modellbildung nahe.⁴⁶ Hiernach steigt, begünstigt durch die prüfsystembedingte Gelegenheitsstruktur, die Wahrscheinlichkeit von Abrechnungsverstößen, wenn die ökonomischen Ziele/Notwendigkeiten eines Krankenhauses⁴⁷ und dessen Realisierungsmöglichkeiten differieren und sich diese Spannung auch nicht durch legale betriebswirtschaftliche Maßnahmen („conventional coping resources“) beseitigen lässt. Dies gilt vor allem für jene Häuser, in denen der Ökonomisierungsdruck besonders massiv nach innen weiter-

gegeben wird und auf den einzelnen Abteilungen lastet.⁴⁸ Die dort tätigen Mitarbeiter weichen dann bei fehlender regulärer Bewältigungsmöglichkeit - gleichsam dezentral und unorganisiert (also nur selten infolge von top-down-Direktiven) - auf jeweils eigene deviante Verfahrensweisen aus.

Die hierfür erforderliche Mitarbeiterbereitschaft bildet sich in der Alltags- und Abrechnungspraxis heraus, da die innerorganisatorischen Prozesse und die Interaktionserfahrung charakteristische Handlungsrationalitäten entstehen lassen. Diese erlauben es den Akteuren, den Handlungen und Handlungsbedingungen einen Sinn beizumessen, durch den fehlerhaftes und manipulatives Abrechnungsverhalten als notwendig, vernünftig und angemessen erscheint. Im Hinblick hierauf waren mehrere Deutungslinien rekonstruierbar:

- Im Zuge des grundlegenden Ökonomisierungsprozesses verändern sich die Rahmenbedingungen dergestalt, dass nicht nur das Krankenhaus und dessen Leitung, sondern dank der organisatorischen Integration letztlich alle Mitarbeiter in ihren Handlungen dezidiert ökonomischen Erwägungen gehorchen - bei Abrechnungsfragen wie auch bei der Behandlung, wo dies zu Spannungen zwischen medizinischen Imperativen und der Rentabilitäts-Priorität führt.⁴⁹ Dass die Wirtschaftlichkeitslogik auch einer individuellen Handlungsdevise entspricht, verdankt sich dem Commitment der Klinikmitarbeiter, von denen sich offenbar nicht wenige mit ihrem Haus identifizieren und sich dessen Belange zu eigen machen: sowohl dessen Bedrängnis⁵⁰ als auch die darauf fußende Erlösausrichtung.⁵¹ Aus dieser Haltung erwächst die Bereitschaft, im Behandlungsbereich auf Mengenausweitung und Ausschöpfung des Fallbestands hinzuarbeiten (auch an den Grenzen des Wirtschaftlichkeitsgebots oszillierend) und im Abrechnungsbereich das mögliche Erlöspotenzial maximal auszuschöpfen (auch unter äußerster Strapazierung des Vergütungsrechts).⁵² Dass privat geführte Kliniken nach den Projektdaten weniger abrechnungskonform sind,⁵³ weist dabei im Übrigen darauf hin, dass gerade eine besondere Rigorosität bei einer wirtschaftlichen Betriebsführung ein „offensives“ Vorgehen auf der Einnahmenseite auslösen kann.⁵⁴
- Strukturelle Schwächen des Vergütungssystems werden von den Klinikmitarbeitern reflektiert und in Haltungen umgelegt, wonach die Nutzung von erkannten (Fehl-)Anreizen zugunsten des eigenen Hauses legitim ist (unabhängig von einer übergeordneten Sinnhaftigkeit) und umgekehrt die als ungerecht empfundenen Aspekte notfalls auch einmal korrigiert werden können.⁵⁵ Die offensichtliche Lückenhaftigkeit der Abrechnungsprüfung (oben III.1.) sowie die Sanktionslosigkeit festgestellter Abrechnungsfehler (die nach geltendem Recht nur eine Rechnungskürzung zur Folge haben) ermutigt dabei zusätzlich,

- 9 -

Kölbel, medstra 2015, 4-10

- 10 -

es auf Grenzüberschreitungen einmal „ankommen zu lassen“.⁵⁶

- Schließlich entwickeln sich deliktsbegünstigende Haltungen auch vor dem Hintergrund dauerhafter Interaktionsbeziehungen zu anderen Akteuren. So ruft insbesondere das wahrnehmbare Kontrollverhalten der Kassenprüfer und MDK-Gutachter eine typische Reaktanz bei den Kodiermitarbeitern hervor, etwa weil diese die Rechnungskorrektur nicht selten als lebensfremd oder gar schikanös

empfinden, so dass man sich hiergegen zur Wehr setzen muss.⁵⁷ Bei den ärztlichen Mitarbeitern steht dagegen eher im Vordergrund, sich bestimmten Bedürfnissen und Wünschen der Patienten unabhängig von ihrer Entgeltfähigkeit nicht permanent entziehen zu können (sei es mit Blick auf den Wettbewerb, auf soziale oder medizinische Aspekte).⁵⁸

V.Resümee: Anwendungsbezogene Implikationen der Studie

Abrechnungsverstöße und -konflikte sind letztlich im Vergütungssystem angelegt: Durch diagnostisch-therapeutische Uneindeutigkeiten, insbesondere aber durch die Kategorisierungsspielräume des Fallpauschalen-Systems bleiben die Fallpreise unterbestimmt, was sie zu einem tauglichen Gegenstand von Aushandlungsprozessen macht. Das Abrechnungs- und Prüfungsgeschehen bietet ungeachtet seiner Massenhaftigkeit und partiellen Standardisierung das Forum, in dem genau eine solche Auseinandersetzung um die jeweils konkret gültige Fallvergütung verläuft. Auf der einen Seite optimieren und maximieren die Krankenhäuser im Zuge der Rechnungsstellung das Erlöspotenzial ihrer Fälle, was aus ihrer Warte, d.h. unter ihren ökonomischen Bedingungen nahezu eine Notwendigkeit ist (einschließlich der Vornahme und Abrechnung medizinischer Überleistungen). All dies geht aber nicht selten über die Grenze des Zulässigen auch hinaus. Dabei kommen den Kliniken zwei strukturelle Vorteile zugute: dass nämlich die Kassen die Abrechnungen der Kliniken prüfen müssen, ohne die Fallrealität zu kennen, und dass sie im Falle der Rechnungskorrektur keine Sanktionsmöglichkeiten haben. Andererseits müssen die Krankenhäuser mit ihrer Behandlung in Vorleistung treten, was es den (ebenfalls unter Wirtschaftlichkeitsdruck stehenden) Kassen im Gegenzug erleichtert, Fallpreisreduzierungen durch eine systematische und in die Breite gehende Abrechnungsfehlersuche durchzusetzen. „Hochrechnen“ und „Runterprüfen“ sind somit die Modi des Preisaushandlungsgeschehens.

Angesichts des enormen Aufwandes dieser Prozesse (bei dem es sich letztlich „nur“ um einen Mittelverteilungs-Konflikt innerhalb eines Systems handelt), ist eine beidseitige „Abrüstung“ wünschenswert: Im Sinne einer rechtspolitisch derzeit allgemein präferierten Strategie wären insofern die Kliniken zu stimulieren, auf eine verstärkte innerorganisatorische Selbstkontrolle („Health-Care-Compliance“) zu setzen. Aus der Warte der hier zusammengefassten Befunde muss es insofern um Vorkehrungen gehen, die die kassen- und systembedingten Kontrolldefizite kompensieren und auch in einem durch und durch ökonomisierten Binnenbetrieb eines Krankenhauses dessen Untereinheiten an der Wahrnehmung normativ nicht vorgesehener Erlösoptionen hindern.⁵⁹ Und mit Blick auf die Kassen, für die die Fallprüfung funktional eine Rabattierungsstrategie darstellt und Kostensenkungen generiert, ist kritisch anzumerken, dass hierbei Steuerungsziele (etwa die Anhebung der Abrechnungskonformität, Wirtschaftlichkeit oder Behandlungsqualität in den geprüften Häusern) völlig in den Hintergrund treten. Aus einer übergeordneten Warte ist dieser Orientierung an den eigen-institutionellen ökonomischen Interessen hingegen ein Kontrollverhalten vorzuziehen, das sich auf die wirklich bedenklichen Überversorgungs- und Abrechnungsfehlerformen konzentriert.

Schließlich müssen Abrechnungsfehler nach den hiesigen Beobachtungen vor dem Hintergrund einer ökonomisch grundierten Handlungsrationaltät der Krankenhausmitarbeiter gesehen werden, die auf konkrete Fehlanreize des Vergütungssystems anspricht und Tatgelegenheitsstrukturen des Überprüfungsverfahrens wahrnimmt. Während die konkrete Identifizierung der systemischen Fehlsteuerungsimpulse eine gesundheitsökonomische Aufgabe ist, fallen die Tatgelegenheiten in das Ressort der Kriminologie. Aus deren Perspektive bildet die derzeit bestehende Kombination von lückenhafter Abrechnungskontrolle und folgenloser Fehlerfeststellung ein Problem. Von daher liegt eine solche Umgestaltung der rechtlichen Prüfungsprozeduren nahe, dass hiernach die Kontrolldichte mit der Mehr- und Minderauffälligkeit variiert, was die Entdeckungsrisiken somit bei „schwierigen Häusern“ gezielt erhöht.⁶⁰ Demgegenüber erscheint eine strafrechtsgetragene Problemeindämmung weder durchführbar noch besonders vielversprechend. Allerdings hätte eine Reduzierung des oben (II.3.) angesproche-

nen Implementierungsdefizites vermutlich eine unterstützende Wirkung: Lösten Kassen in den durchaus auftretenden, eindeutigen Betrugsfällen (vgl. etwa oben III.2. zur Datenverfälschung und anderen Schwerstfehlerkonstellationen) häufiger als bislang auch einmal strafprozessuale Ermittlungen aus, würde damit nicht nur das bisherige Ungleichgewicht in der Verfolgungspraxis ausgeglichen (die gegenüber anderen Akteursgruppen im Gesundheitssystem ja durchaus rigoros ist), sondern auch Druck auf die selbstregulativen Prozesse der Kliniken ausgeübt.

Fußnoten

- 1) Inhaber des Lehrstuhls für Strafrecht und Kriminologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.
- 2) Die von der DFG finanzierte Untersuchung wurde 2010 - 2013 durchgeführt. Für eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse vgl. *Kölbel* (Hrsg.), *Abrechnungsverstöße in der stationären medizinischen Versorgung* (2014).
- 3) *Jesilow* *International Criminal Justice Review* 22 (2012), 24 (34).
- 4) *Lorence/Spink* *Journal of Medical Systems* 26 (2002), 369.
- 5) Vgl. die Literaturanalyse von *Lüngen/Lauterbach* *DMW* 126 (2001), 1449 (1450 f.).
- 6) In klarer Form etwa bei *Psaty/Boineau/Kuller/Luepker* *American Journal of Cardiology* 84 (1999), 108.
- 7) *Vandenburg*, *Feeding Frenzy* (1999); *Jesilow* in: *Pontell/Geis* (Hrsg.), *International Handbook of White-Collar and Corporate Crime* (2007), 571; *Gosfield*, *Medicare and Medicaid Fraud and Abuse* (2012), § 1:9.
- 8) Vgl. etwa die Kalkulationen bei *Schönfelder/Balázs/Klewer* *HeilberufeScience* 2009, 77; *Bundesrechnungshof*, Mitteilung an das Bundesministerium für Gesundheit und den GKV-Spitzenverband über die Prüfung von Krankenhausabrechnungen durch die gesetzlichen Krankenkassen, 2009.
- 9) *Bundesversicherungsamt* Tätigkeitsbericht 2010, 2011; *Bundesrechnungshof* (Fn. 7).
- 10) Vgl. *Slapper/Tombs*, *Corporate Crime* (1999), 54 ff., 107 f.
- 11) Vgl. *Vandenburg* (Fn. 6).
- 12) Hierzu und zum Forschungsstand näher *Kölbel* in: *FS Schünemann* (2014), 775 ff.
- 13) Vgl. *Slapper/Tombs* (Fn. 9), 16 f.; *Croall*, *Understanding White Collar Crime* (2007), 13 f.; *Yeager* in: *Pontell/Geis* (Fn. 6), 25 (26). Dafür spricht nicht nur die funktionale Äquivalenz all dieser Sanktionsvarianten, sondern auch die Zufälligkeit ihrer legislatorischen Wahl.
- 14) Vgl. *Croall* (Fn. 12), 160; *Braithwaite*, *Corporate Crime in the Pharmaceutical Industry* (1984), S. 6.
- 15) Stellvertretend *Yeager* (Fn. 12), 26; *Croall* (Fn. 12), 102 ff.
- 16) *Kölbel* in: *Bannenberg/Jehle* (Hrsg.): *Wirtschaftskriminalität* (2010), 221 (221 f.).
- 17)

- Vgl. für einen Überblick *Degener-Hencke* in *Huster/Kaltenborn* (Hrsg.): *Krankenhausrecht* (2010), § 5/95 ff.; *Ricken* in: *Kölbel* (Fn. 1), 29 (31 ff.).
- 18) Nähere Beschreibung anhand von Interviewmaterial bei *Kölbel/Sulkiewicz* in: *Kölbel* (Fn. 1), 71 ff.
 - 19) Speziell für MDK-Gutachter *Huber/Brambrink/Funk/Rieger* *Gesundheitswesen* 74 (2012), 645; für andere Personengruppen *Stausberg/Lehmann/Kaczmarek* *Krankenhaus* 2005, 657; *Stausberg* *Bundesgesundheitsblatt* 50 (2007), 1039 (1043).
 - 20) *Lauterbach/Lüngen*, *DRG-Fallpauschalen: eine Einführung* (2000), 65.
 - 21) *Stausberg* (Fn. 18), 1043; vgl. ferner *Schneider/Reich* *HRRS* 2012, 267 (269 f.).
 - 22) Vgl. z.B. *Fiori/Bunzemeier/Brüning/Helling/Roeder* *Krankenhaus* 2010, 17 (20 f.); *BDO Wirtschaftsprüfungsgesellschaft*, *Gutachten zum Abrechnungsverhalten deutscher Krankenhäuser sowie zu den Aufwendungen der Krankenhäuser aufgrund des Abrechnungsverfahrens* (2011), 51 f.
 - 23) Zur zwischen Arzt und Kodierer hausspezifisch ausgestalteten Arbeitsteilung bei Dokumentation, Kodierung und Rechnungsstellung z.B. *Rapp*, *Praxiswissen DRG*, 2. Aufl. (2010), 21 ff.; *BDO* (Fn. 21), 18 ff., 27; *Franz/Helling/Bunzemeier/Heumann/Roeder* *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 16 (2011), 363.
 - 24) *Ärztin, früher an Klinik* (36): „Das geht, die Akte geht ja dann mit dem, was im Computer drin ist, erfasst ist, geht es ja dann an den Controller und an die Kodierfachkraft. Und was dann da am Ende bei rauskommt und ob man richtig kodiert hat oder ob man viel vergessen hat, diese Rückmeldung kriegt man als Doktor gar nicht.“
 - 25) Gewisse Subsumtionsprobleme ergeben sich teilweise beim Irrtums- und Schadensmerkmal, ohne aber der insgesamt eher unproblematischen Anwendbarkeit von § 263 StGB entgegenzustehen. Eingehend zu den Konstellationen und Voraussetzungen des Abrechnungsbetrugs im stationären Bereich *Kölbe/NSZ* 2009, 312.
 - 26) *Ärztin, früher an Klinik* (26): „Ach ja, deshalb ist es, ich weiß nicht, ob überhaupt da ja ein Unrechtsbewusstsein ist oder ist da eins da? Das bin ich mich schon die ganze Zeit, seit man jetzt überhaupt das am überlegen ist, dieses Unrechtsbewusstsein überhaupt da, wo ja auch überhaupt gewiss da sein müsste, rein theoretisch. Aber ich sag ja, wenn Sie dann in der Schulung sitzen und gesagt kriegen, wenn Sie das und das hinschreiben, wieso sollen Sie denn das als Unrecht ansehen?“
 - 27) *Sachbearbeiter einer Kasse* (53): „Und so ist es mit der DRG-Abrechnung auch, es wird eigentlich als sportliches Bagatelldelikt gesehen, möglichst viel rauszuholen, man hat nicht den Eindruck, dass man ne Körperschaft damit schadet, nein einer bestimmten Körperschaft schadet, das ist so diffus.“ - *Ärztin, ehemals Klinik* (28): „(...) und ähm, ich denke das ist auch nicht schlimm, weil weder das Krankenhaus macht das ja aus, aus zum Selbstzweck noch, die Krankenkasse macht es zum Selbstzweck, sondern die bezwecken ja beide, dass, dass sie halt da das Geld haben, wo sie es wirklich brauchen, ne. Und insofern ist es letztlich auch, wenn die sich kabbeln doch, doch zum Besten dieses und aller anderen Patienten, ne.“
 - 28) Zu den (hier nicht näher darstellbaren) Studienergebnissen, die sich darauf und auf weitere Gründe des „Strafrechtsausfalls“ beziehen (Komplexität der Abrechnungsmaterie, Beweis-

- schwierigkeiten usw.), vgl. im Einzelnen *Kölbel* in: ders. (Fn. 1), 175 ff.; ferner *ders.* in: Lindemann/Ratzel (Hrsg.) Brennpunkte des Wirtschaftsstrafrechts im Gesundheitswesen (2010), 37. Im Übrigen mehren sich die Hinweise (Aussagen von Staatsanwaltschaften und Fehlverhaltensermittlungsstellen der Kassen), dass das strafprozessual erfasste Fallaufkommen in jüngster Zeit etwas steigt.
- 29) Zu den eher rahmenartigen Vorgaben an das Prüfverfahren vgl. *Ricken* (Fn. 16), 43 ff.; gewisse Änderungen werden 2015 mit der „Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG“ wirksam.
- 30) Die Daten beruhen auf zahlreichen Auswertungen der Abrechnungsdaten und auf regelmäßigen Befragungen von Krankenhäusern (zu den Nachweisen *Kölbel/Sulkiewicz*, Fn. 17, 79 f.), können also trotz gewisser methodischer Probleme (dazu a.a.O.) als gesichert gelten. Allerdings handelt es sich um Angaben zum kassenübergreifenden Durchschnitt. Die Einschaltung des MDK und die sich dann ergebende Fehlerfeststellungsquote variiert zwischen den Kassen stark (*Kölbel/Sulkiewicz* Gesundheit und Pflege, 2012, 126, 129; vgl. auch die differierenden Werte in Tab. 1).
- 31) So aber *BDO* (Fn. 22), 49; *Helling/Fiori/Bunzemeier/Siam/Roeder* Arzt und Krankenhaus 2011, 54 (55). Hiergegen spricht bereits, dass die ursprünglich von § 17c KHG vorgesehenen Stichprobenprüfungen (= anhand der Falldokumentation erfolgende, nachträgliche Überprüfung festgelegter Abrechnungen, auf die ohne eine MDK-Begutachtung gezahlt worden war) regelmäßig weitere Fehler identifiziert haben (Zusammenstellung entsprechender, publizierter Daten bei *Kölbel/Waibel/Dirschedl/Sulkiewicz* GesundheitsRecht 2011, 129, 132).
- 32) *Sachbearbeiter einer Kasse* (50): „(...) wie sehen die Konstellationen aus, muss ich da noch irgendwo im Feintuning was machen, dass auch solche Fälle dann hochkommen und ja dann werden diese Fälle halt zur Prüfung angezeigt, aber auch immer mit diesem Aspekt, ist es jetzt wirklich eine lohnende Änderung oder ist es jetzt wirklich nur ne drei- vierhundert Euro Sache, wo das Risiko immer fifty-fifty dann steht und ich sage halt auch da soll der Mitarbeiter, weil der, weil wir auch ein begrenztes Kontingent haben, dann doch lieber einen Kodierungsfall anpacken, der unterm Strich mehr bringt. Dadurch bleibt natürlich was auf der Strecke unter Umständen, ne.“
- 33) *Kölbel/Sulkiewicz* (Fn. 29), 128 f.
- 34) *Bundesrechnungshof* (Fn. 7), 11 ff.
- 35) Am Rande: Diese Unterschiede decken sich mit der Wahrnehmung der Kliniken, wonach die Anfrage- und Begutachtungshäufigkeit kassenspezifisch sei. So besonders klar *Linz* Krankenhaus 2009, 1182, 1185 f.; vgl. ferner z.B. *Fürstenberg/Laschat/Zich/Klein/Gierling/Molting/Schmidt*, G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG: Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2011), 464 f.
- 36) Auch hier hat es mit der Rechnungskürzung sein Bewenden. Zum „Downlabeling“ durch die Kassenprüfer oben in und bei Fn. 26 und in Fn. 27.
- 37) *Ärztin, früher an Klinik* (36): „Das ist auch ganz wichtig, dass man sagt: ‚Auch das ist schon Betrug. Auch die zwei Stunden, die der länger am Beatmungsgerät bleibt, ist Betrug. Auch diese

Punktion oder dieser Schnitt ist Betrug. Kalium, was man zwar gesehen aber nie gegeben hat, ist Betrug.“

- 38) Ein Indikator für intentionales Upcoding ist auch die Häufigkeitsverteilung bestimmter Behandlungsfälle, die allein durch Erlöseffekte erklärbar sind. An der Harnwegsinfektion und akuten Zystitis wurde z.B. eine eindeutige Zunahme der Mitkodierung vergütungsrelevanter Nebendiagnosen gezeigt, wobei unmittelbar nach Wegfall der Mehrerlöswirkung die Mitkodierung stark zurück ging (vgl. *RWI, Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen* [2012], 33 f.). Ähnlich aufschlussreich ist die Verteilung der abgerechneten Geburtsgewichte bei Frühgeburten. Hier werden auffällig viele Fälle geltend gemacht, bei denen das Gewicht knapp unter einem Grenzwert liegt, dessen Überschreitung zu einem deutlich niedrigeren Erlös führt - und zugleich werden auffällig wenig Fälle mit einem schwellwertübersteigendem Gewicht abgerechnet (Darstellung der Daten bei *Kölbel u.a.*, Fn. 30, 133; *Kölbel/Sulkiewicz*, Fn. 17, 85 f.). Diese Verteilung bestand solange nicht, wie das Geburtsgewicht kostenneutral war; sie trat erst mit Einführung der vergütungsrelevanten Schwellwerte auf (dazu eindrucksvoll *Abler/Verde/Stannigel/Mayatepek/Hoehn Archives of Disease in Childhood* 96, 2011, F186).
- 39) Weitere empirische Nachweise für die Existenz hochauffällig abrechnender Krankenhäuser bei *Kölbel/Sulkiewicz*, Fn. 17, 83.
- 40) Näher *Kölbel u.a.* (Fn. 30), 134 ff.
- 41) *Dirschedl/Waibel* in: *Kölbel* (Fn. 1), 107 (112 ff.).
- 42) Dazu m.N. zu einer Vielzahl an Untersuchungen *Kölbel/Sulkiewicz* (Fn. 17), 91 f.; zur Problematik seither ebenfalls wieder *Schreyögg/Bäumli/Krämer/Dette/Busse/Geissler*, Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG (2014); *Reifferscheid/Pomorin/Wasem*, Mittelknappheit im Gesundheitswesen (2014) (i.E.)
- 43) *Ärztin, früher an Klinik (26)*: „Äh, was zum Beispiel auch ist, wie wann stelle ich die Indikation zu so einer Bandscheibenoperation? Also jetzt mal im Wirbelsäulen-, also Lendenwirbelsäulenbereich. Es gibt viele, die haben einen riesigen Bandscheibenvorfall in der Diagnostik, MRT, also Kernspintomografie und ähm naja, die Schmerzen gehen so einigermaßen. Sie kriegen ihren Termin so in 6 Wochen zur stationären Aufnahme, kommen wieder, sagen ‚mir geht’s jetzt hervorragend‘, man macht ein CT oder ein MRT nochmal und sieht überhaupt nichts oder sagt ‚Gut, ist ein bisschen kleiner geworden, wenn Sie beschwerdefrei sind, gehen Sie nach Hause‘ oder man sagt halt eben ‚Wir operieren Sie trotzdem‘.“
- 44) Zu den Daten vgl. *Kölbel* (Fn. 15), 227; *Kölbel/Sulkiewicz* (Fn. 17), 94; skeptisch *Biermann/Geissler*, Beatmungsfälle und Beatmungsdauer in deutschen Krankenhäusern (2014), 54.
- 45) *Ärztin, früher an Klinik (36)*: „Wobei es den Kollegen zum Teil eben schon klar ist, weil sie auf die Frage ‚warum ist der jetzt noch nicht extubiert?‘ dann schon antworten ‚weil wir noch so-und-so-viele Stunden brauchen, um in das nächste Intervall zu rutschen‘. Also sie wissen, sie kennen diese Regeln und wissen, dass sie, wenn sie im nächsten Intervall sind, für das Krankenhaus mehr Geld abrechnen können.“ - *Ärztin, früher an Klinik (53)*: „Da war bei uns damals, wie ich da mit dem Medizincontrolling angefangen hab, war ne riesen Debatte, wie diese Trigger, also diese Beatmungsstunden-Trigger größer vierundzwanzig, größer neunundneunzig so diese, ja und das war das Interessante, dass dann auf den Intensivstationen plötzlich, ich war ja, also die wussten, ich mache es, ich, ich mach die Kodierung, dass die Schwester oder Pfleger kam und sagt, du, der ist jetzt genau zweiundzwanzig Stunden und zehn Minuten, ich könn-

te den jetzt extubieren, soll ich den ne Stunde länger dran, dann haben wie die vierundzwanzig Stunden, ne, dann können wir es rechnen (...).“

- 46) Grundlegend *Agnew/Piquero/Cullen* in: *Simpson/Weisburd* (Hrsg.), *The Criminology of White-Collar Crime* (2009), 35; zum Folgenden näher *Kölbel* in: ders. (Fn. 1), 20 ff.; ders. (Fn. 11), 783 ff.
- 47) Krankenhäuser wirtschaften unter den Bedingungen einer weggefallenen Existenzgarantie, einer kaum zufrieden stellenden Investitionsfinanzierung und einer Betriebskostenfinanzierung, die auf den Prinzipien der pauschalierten Leistungsvergütung (statt der Kostenerstattung) beruht. Der hiervon ausgehende Druck, die Effizienz, Spezialisierung und Ausweitung von Leistungen beständig zu steigern, wird durch die Anbieterkonkurrenz und die Betriebskostenentwicklung aufrechterhalten und stetig erhöht (näher *Merguet* in: *Kölbel*, Fn. 1, 51).
- 48) Näher *Simpson/Koper* *Journal of Quantitative Criminology* 13 (1997), 373; *Faßauer/Schirmer* *Soziale Welt* 57 (2006), 351.
- 49) Dazu mit Interviewausschnitten *Kölbel/Sulkiewicz* (Fn. 17), 95 ff.
- 50) *Arzt, früher Klinik (29)*: „Sie werden kaum ein Haus finden, wo die Mitarbeiterschaft von dem Gefühl getragen ist: Unser Haus läuft gut und es geht und prima. Also selbst, ich habe ja in einem Haus gearbeitet, was sehr erfolgreich war, aber selbst da hat die Geschäftsführung großes Interesse daran gehabt, Angst und Schrecken zu verbreiten. Insofern mache ich das aus meiner Motivation, ich will meinen Arbeitsplatz erhalten.“
- 51) *Ärztin, früher Klinik (36)*: „Man identifiziert sich mit dem Haus. So würde ich das interpretieren, ja. Mit dem Haus oder zumindest mit der Abteilung, in der man angestellt ist, ja.“- *MDK-Sachbearbeiterin, früher Kodiererin in Klinik (10)*: „Es ist in der Regel schon so, dass die Codierleute sich mit ihren Abteilungen und ihren Häusern sehr identifizieren. Und sagen: Das ist mein Haus, dem bin ich zugeordnet und da will ich möglichst viel rausholen (...).“
- 52) *Medizincontroller (99)*: „Die Kodierer wiederum haben das natürlich sofort ganz genau mitgekriegt, wer Ahnung hatte und wer nicht, und haben sich von ihrem Selbstverständnis her als jemand verstanden, der die Kodierrichtlinien umsetzt und der alles rausholt, was rauszuholen ist (...) Im Verhältnis zu den Ärzten haben wir diejenigen gehabt, die es nihilistisch durchgewinkt haben, wir haben diejenigen gehabt, die versucht haben, das Thema zu verstehen und dann bei den Kodierkräften nachgefragt haben und wir haben diejenigen gehabt, die dann durchaus öfter mal versucht haben zu sagen, da kann man doch noch mehr rausholen, typischerweise.“
- 53) Und zwar nicht nur bei den hochauffälligen Häusern (oben in und bei Fn. 38), sondern generell: Kasse A realisierte bspw. 2010 bei den frei gemeinnützigen Trägern eine Rechnerkürzung in 4,57 % der Fälle, bei den öffentlichen Trägern in 4,62 % und bei den privaten Trägern in 5,28 %.
- 54) Gleichsinnige internationale Befunde bei *Jenkins/Braithwaite* *Crime, Law and Social Change* 20 (1993), 221; *Silverman/Skinner* *Journal of Health Economics* 23 (2004), 369; *Dafny* *American Economic Review* 2005, 1525; *Berta/Callea/Martini/Vittadini* *Economic Modelling* 27 (2010), 812; *Vittadini/Berta/Martini/Callea* *Empirical Economics* 42 (2012), 563.
- 55) *Sachbearbeiter einer Krankenkasse (50)*: „Aber, wie gesagt, das steht und fällt ja halt auch mit der InEK-Kalkulation (...) und wenn das nicht vernünftig abgebildet ist, dann müssen die dagegen angehen und sagen halt, ihr werft uns immer vor wir machen es für die Kaiserschnitte, es

liegt aber daran, dass wir rechnerisch im Minus fahren mit den vaginalen Entbindungen, dann muss da irgendwo angesetzt werden, dass bei der Kalkulation irgendwas nicht richtig ist.“

- 56) *MDK-Sachbearbeiterin, früher Kodiererin in Klinik (10)*: „Das war oft ja so, wir MD, wir Kodierleute wussten dann, dass darf eigentlich nicht sein. Dann sind wir auf Station, dann war die Antwort: ach das ist doch die nette Dame, das lassen wir so. Die darf einfach einen Tag länger bleiben. (...) Ja jetzt warten wir halt mal ab, ob wir überhaupt eine MDK-Anfrage kommt und dann sieht man ja dann weiter.“ Und an anderer Stelle: „Einmal habe ich gehört, wie eine gesagt hat: Ich probier's jetzt einfach. Wir haben so wenig Geld für unsere Abteilung. Ich probier's jetzt dem dem Code ob ich durchkomme und ob wir das kriegen. Wenn ich nicht durchkomme, O.K.“.- *Ärztin, früher an Klinik (38)*: „Dann war es Blasenentzündung. Und es wird tatsächlich so gemacht und wir haben das auch selber gemacht, wie die Frau XY, wir haben auch getestet, wir probieren es jetzt. Wir nehmen jetzt Zystitis...“
- 57) *Medizincontroller (21)*: „Dann haben wir einen Patienten, den fand ich auch sehr schön, 90 Jahre, stürzt am 19.12. und man stellt fest, der hat Hirnmetastasen und ein Bronchialkarzinom und das hat vorher keiner festgestellt. Dann kriegt der noch Durchfall und wird dann irgendwie entlassen und es wird dann gefragt, hätte der nicht schneller entlassen werden können. Und dann sagt der also, der Gutachter, erst am 27.12. erfolgte das Aufklärungsgespräch mit dem Versicherten und seinem Enkel ... also mit anderen Worten, man hätte dem 90jährigen am 24.12. eröffnen müssen, hör mal, du hast Lungenkrebs und wir müssen, ja, wir müssen jetzt, sag mal.“ Und an anderer Stelle: „(...) der MDK versucht, versucht uns kleine zu machen, der will uns die Butter vom Brot stehlen, und die versuchen uns alles wegzunehmen, dann versuchen wir das Möglichste rauszuholen. Kampfansage, ganz klar.“
- 58) *Ärztin, früher an Klinik (53)*: „Also, was mir halt oft auffällt, wenn man dann so multimorbide Patienten hat, die eigentlich dann angemeldet werden im Pflegeheim und häuslich nicht versorgt sind, zum Beispiel. Und dann zieht sich dieser, diese Verlegung in dieses Pflegeheim oder auch in die Reha-Maßnahme oder was auch immer, zieht sich raus und irgendwo ist die Klinik dann, sitzt die dann da und weiß eigentlich, dass es ne medizinische Begründung läge eigentlich nicht vor, aber wohin mit dem Opa, mit der Oma?“
- 59) Um die hierfür typischerweise bedeutsamen, organisationseigenen Schwachstellen und die daher am besten geeigneten Maßnahmen empirisch fundiert benennen zu können, bedarf es indes weiterer Studien.
- 60) Näher *Kölbel/Sulkiewicz* (Fn. 29), 130 f.

Der Zeitschriftenbeitrag wird von folgenden Dokumenten zitiert

Sonstiges

Rönnau/Wegner, 3. Kapitel Korruption im Gesundheitswesen

Rönnau/Wegner, A. Grundlagen