

Ralf Kölbel (Hrsg.)

# Abrechnungsverstöße in der stationären medizinischen Versorgung

Medizinische, ökonomische  
und juristische Perspektiven

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**



Ralf Kölbel (Hrsg.)

# Abrechnungsverstöße in der stationären medizinischen Versorgung

Medizinische, ökonomische  
und juristische Perspektiven

Verlag W. Kohlhammer

### **Wichtiger Hinweis**

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2014

Alle Rechte vorbehalten

© 2014 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-023865-7

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einführung – Überblick und kriminologische Einordnung</b> . . . . .	<b>9</b>
	<i>Ralf Köbel</i>	
1.1	Untersuchungsgegenstand und Forschungsbedarf . . . . .	9
1.2	Methodische Vorgehensweise der Untersuchung . . . . .	11
1.3	Absichten und Anlage des Bandes . . . . .	13
1.4	Einordnung in kriminologische Kategorien: Corporate Crime . . . . .	14
1.5	Einige allgemeine Beobachtungen und Befunde . . . . .	17
1.6	Interpretationsversuch . . . . .	20
	<b>I Rahmenbedingungen</b> . . . . .	<b>27</b>
<b>1</b>	<b>Der juristische Kontext: Das Recht der Leistungsabrechnung und des Prüfverfahrens im DRG-System</b> . . . . .	<b>29</b>
	<i>Oliver Ricken</i>	
1.1	Rechtsbeziehungen bei der Leistungsabrechnung von Krankenhausleistungen . . . . .	29
1.2	Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses . . . . .	31
1.3	Fälligkeit und Verjährung von Krankenhausforderungen . . . . .	33
1.4	Inhalt der Abrechnung . . . . .	35
1.5	Überprüfung von Krankenhausabrechnungen . . . . .	41
1.6	Fazit . . . . .	50
<b>2</b>	<b>Der ökonomische Kontext: Die Finanzierung des Krankenhauses unter DRG-Bedingungen</b> . . . . .	<b>51</b>
	<i>Peter Merguet</i>	
2.1	Einleitung . . . . .	51
2.2	Das DRG-System zwingt Krankenhäuser zur Effizienzsteigerung . . . . .	51
2.3	Die Aufzehrung von Effizienzgewinnen ist dem System implizit . . . . .	55
2.4	Das DRG-System zwingt Krankenhäuser zur »Flucht in die Menge . . . . .	56

2.5	Die Effizienzsteigerung kann Effektivität und Qualität steigern, geht aber auch mit Belastungen für Personal und Patienten einher . . . .	58
2.6	Das DRG-System setzt Fehlanreize bei der medizinischen Versorgung . . .	59
2.7	Ökonomische Überlegungen beeinflussen das medizinische Handeln . . .	61
2.8	Die Verweildauerdiskussion erlebt eine zunächst unerwartete Renaissance . . . . .	62
2.9	Die Komplexität des Systems macht eine »richtige« Fallkodierung trotz eines hohen Aufwandes unmöglich . . . . .	64
2.10	Fehlerhafte Abrechnungen treffen Kostenträger und Krankenhäuser gleichermaßen . . . . .	66

**II Abrechnungsverstöße – Befunde, Analysen, Perspektiven . . . . . 69**

**1 Beobachtungen und (kriminologische) Deutung . . . . . 71**  
*Ralf Kölbl und Torge Sulkiewicz*

1.1	Schwierigkeiten bei der Feststellung von Abrechnungsfehlern und Manipulationen . . . . .	71
1.2	Befunde zur Fehlerverbreitung . . . . .	79
1.3	Manipulationsindikatoren . . . . .	82
1.4	Insbesondere: Unberechtigte Überleistungen und deren Abrechnung . . .	90
1.5	Fehler- und manipulationsförderliche Situationsdeutungen . . . . .	94

**2 Fehlerfeststellungen des MDK als Manipulationshinweis? . . . . . 107**  
*Peter Dirschedl und Beate Waibel*

2.1	Einleitung . . . . .	107
2.2	Definitionen: Abrechnungsfehler oder fehlender Leistungs-/ Vergütungsanspruch? . . . . .	108
2.3	Häufigkeit fehlerhafter Abrechnungen . . . . .	110
2.4	Hinweise auf Manipulationen: Beispiele aus der Begutachtungspraxis . .	111
2.5	Fazit . . . . .	116

**3 Statement: Ökonomisierung und ärztliche Freiheit . . . . . 117**  
*Hans-Friedrich Kienzle*

**4 Regresse gegen Krankenhausabrechnungen . . . . . 125**  
*Christoph Bobrowski*

4.1	Einleitung . . . . .	125
4.2	Hintergrund . . . . .	125
4.3	Kodierung von Diagnosen und Prozeduren . . . . .	128
4.4	Leistungserbringung nicht zu Lasten der GKV . . . . .	131

4.5	Leitlinien und Evidence Based Medicine . . . . .	144
4.6	Proaktives Handeln der Kostenträger . . . . .	145
4.7	Zusammenfassung . . . . .	149
<b>III Kontroll- und Definitionsprozesse . . . . .</b>		<b>151</b>
<b>1</b>	<b>Prüf- und Entscheidungsverhalten der Kassen . . . . .</b>	<b>153</b>
	<i>Torge Sulkiewicz</i>	
1.1	Zum Begriff des »Abrechnungsfehlers« . . . . .	153
1.2	Die empirische Befundlage zum Prüfverhalten . . . . .	154
1.3	Zwischenbilanz . . . . .	169
1.4	Die Rolle der Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen . . . . .	170
<b>2</b>	<b>Zur strafrechtlichen (Ir-)Relevanz von Abrechnungsverstößen . . . . .</b>	<b>175</b>
	<i>Ralf Kölbl</i>	
2.1	Die »theoretische« Einordnung: Eine strafrechtliche Bewertung der Manipulationsformen . . . . .	175
2.2	»Sperrigkeit« der Materie für das Strafrecht . . . . .	181
2.3	Implementierungsbarrieren . . . . .	187
2.4	Fazit und Ausblick . . . . .	194
<b>Literatur . . . . .</b>		<b>196</b>
<b>Stichwortverzeichnis . . . . .</b>		<b>209</b>
<b>Verzeichnis der Autoren . . . . .</b>		<b>212</b>



# 1 Einführung – Überblick und kriminologische Einordnung

*Ralf Kölbel*

## 1.1 Untersuchungsgegenstand und Forschungsbedarf

Der vorliegende Band versammelt sowohl Beiträge, die auf Grundlage einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanzierten und an der Universität Bielefeld durchgeführten Untersuchung entstanden sind, als auch eine Reihe ergänzender Aufsätze. Thematisch sind die Texte allesamt – direkt oder jedenfalls mittelbar – auf die Problemstellung der besagten Studie bezogen. Diese widmet sich vor einem wirtschaftskriminologischen Hintergrund der korporativen Devianz im Gesundheitssystem und konzentriert sich dabei auf einen spezifischen Ausschnitt. Ihren Gegenstand bildet die Akteursgruppe der Krankenhäuser (während andere unternehmerische Leistungserbringer oder Krankenkassen nicht berücksichtigt werden). Ferner geht es allein um die von Kliniken ausgehenden Fehler und Manipulationen im Kontext der Leistungsabrechnung, nicht aber um anderes normwidriges Agieren (etwa korruptionsnahes Verhalten, arzneimittelrechtliche und transplantationsrechtliche Verstöße). Dies alles ist schließlich auf das Feld der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beschränkt (so dass die Besonderheiten bei selbst zahlenden und privat versicherten Patienten außer Acht bleiben).

An einer solchen Untersuchung besteht gleich mehrfach Bedarf: Der Umstand, dass 2011 allein innerhalb der deutschen GKV (mit ca. 70 Mio. Versicherten) für Krankenhausbehandlungen ca. 60 Mrd. Euro (2006: knapp 50 Mrd. Euro) ausgegeben wurden (GKV 2012, S. 13), belegt die enorme volkswirtschaftliche Bedeutung dieses gesellschaftlichen Sektors. Zudem wurden mit dem Jahr 2003 die rechtlichen Grundlagen und mit ihnen die zentrale Logik des Entgeltsystems in einer sehr weitreichenden Weise reformiert. Die dadurch ausgelösten Wirkungen werden seither durchaus erforscht, dies allerdings allein aus einer gesundheitsökonomischen und medizinischen sowie mit Abstrichen auch medizinsoziologischen Warte. Forschungen, die daneben dezidiert nach regelwidrigem Wirtschaftsverhalten fragen, fehlen dagegen völlig – ganz so, als ob es dafür keine Notwendigkeit gäbe. Mehr noch: Die spezifischen Fragestellungen der bislang

unbeachtet gebliebenen Kriminologie werden nach den Erfahrungen, die bei der Projektdurchführung gewonnen wurden, von nicht wenigen Systemakteuren nicht nur als neu, sondern als unangenehm oder befremdlich empfunden. Tatsächlich sind sie im gesundheitswissenschaftlichen Spektrum aber weder abwegig noch überflüssig, sondern stellen dort vielmehr eine ganz klare Bereicherung dar, weil sie die fraglichen Phänomene als sozial abweichendes Verhalten und nicht länger nur als ökonomisches Problem thematisieren.

Insofern zeigen denn auch die Erfahrungen ausländischer Gesundheitssysteme, die vergleichbare Krankenhausvergütungsstrukturen eingeführt haben, dass Devianz im Abrechnungsbereich als ein gesellschaftlich relevanter und untersuchungsbedürftiger Gegenstand gelten muss. Dies betrifft beispielsweise Verstöße in Form fehlerhafter Leistungskodierung (sog. Upcoding), deren Verbreitung in den USA am besten analysiert worden ist: »There is substantial evidence that upcoding in U.S. hospitals is common« (Jesilow 2012, S. 34). In Kodierer-Surveys berichtet nahezu die Hälfte des befragten Personals davon, dass ihr Management sie zu grenzwertig erlösmaximierender Kodierung anhält (Lorence und Spink 2002). Ferner haben zahlreiche Studien, in denen Klinikabrechnungen einer nachträglichen Prüfung unterzogen wurden (Krankenakten-Review mit Rekodierung), einen hohen Abrechnungsanteil mit entgeltrelevanten Verschlüsselungsfehlern festgestellt (vgl. die Literaturanalyse von Lungen und Lauterbach 2001, S. 1450 f.). Da solche Fehler überwiegend zu Lasten der Kostenträger gehen (in klarer Form etwa bei Psaty et al. 1999), werden sie nicht nur auf einfache Irrtümer zurückgeführt, sondern auch auf Erlösmaximierung und ein erhebliches Manipulationspotenzial (Vandenburg 1999; Jesilow 2007; Friedrichs 2009, S. 79 f.; Gosfield 2012, § 1:9). Dies – auch in Deutschland – zu erforschen, ist die originäre Aufgabe der Kriminologie.

Für entsprechende Fragestellungen und Analysen zeichnet sich hierzulande inzwischen auch ein rechtspolitisches Verwertungspotenzial ab. Das geltende Krankenhausvergütungssystem, das ganz wesentlich auf diagnosegestützten Pauschalen beruht, hat sich nämlich in Deutschland gleichermaßen als fehleranfällig erwiesen. Damit geht die Befürchtung einher, dass aus der GKV unberechtigte Entgelte in einem jährlichen Milliardenvolumen an die Leistungserbringer fließen könnten (vgl. etwa die Kalkulationen bei Schönfelder et al. 2009; Bundesrechnungshof 2009). Das Bundessozialgericht sieht die Gefahr, »dass Krankenhäuser den Krankenkassen gegenüber ohne eigenes finanzielles Risiko unter Verstoß gegen ihre gesetzlichen Übermittlungspflichten aus § 301 SGB V fehlerhaft abrechnen könnten« (BSGE 106, 214, Rn 21). Bundesversicherungsamt (2010) und Bundesrechnungshof (2009) drängen die Kassen, weitere Kostensenkungspotenziale durch eine intensiviertere Abrechnungsprüfung zu erschließen. Die darauf zielenden Instrumente für die Abrechnungskontrolle auszubauen, ist daher nicht nur eine Forderung der Kostenträger (GKV 2011), sondern wird seit geraumer Zeit wiederholt auch im parlamentarischen Raum diskutiert.<sup>1</sup> Selbst

---

<sup>1</sup> Dies betrifft etwa die – vom Gesundheitsausschuss des Bundestages abgelehnte (BT-Drucks. 17/9587 v. 9.5.2012) – Forderung der SPD-Fraktion, Formen der »spürbaren Ahndung« bei Falschabrechnungen von Kliniken einzuführen (BT-Drucks. 17/3685 v.

das Bundesgesundheitsministerium, das zunächst keinen Problemdruck erkennen mochte (Bundesministerium für Gesundheit 2011), wartete unlängst mit einem Konzeptionspapier auf, das eine Verdichtung der Abrechnungskontrolle erwägt.<sup>2</sup> Einschlägige empirische Daten und Analysen durch eine auch kriminologische Forschung kämen solchen Debatten ganz offensichtlich zugute.

Ein Bedarf an Studien der hier vorgestellten Art besteht allerdings nicht nur von Seiten des Gesundheitssystems (seiner Untersuchung und Fortentwicklung), sondern auch von Seiten der Kriminologie: Wirtschaftsdelinquenz ist im Vergleich zur klassischen Kriminalität *unterforscht*, insbesondere mit Blick auf korporative Devianz. Das betrifft empirisches Wissen wie theoretische Konzeptionen und gilt für die deutsche Kriminologie noch viel mehr als im angelsächsischen Raum (vgl. nur Boers 2010). Insofern tut es aus dieser disziplinären Warte ebenfalls Not, die kriminologische Vermessung wichtiger ökonomischer Felder – wie das der Gesundheitswirtschaft – zu intensivieren.

## 1.2 Methodische Vorgehensweise der Untersuchung

Gleichwohl ist das Ziel des Projektes (und dieses Bandes) eher bescheiden: Es geht nicht schon darum, die skizzierten Fehlstellen zu füllen, sondern um erste, teilweise auch exemplarische Schritte, um die kriminologische Perspektive auf das besagte Untersuchungsfeld überhaupt zu etablieren und eine erste Phänomenerfassung zu unternehmen. Der durchaus explorative Charakter erklärt sich auch damit, dass Abrechnungsverstöße im stationären Bereich der empirischen Forschung nur unter erheblichem Aufwand zugänglich sind und ein daran angepasstes, zuverlässiges Methodeninventar hierfür erst noch entwickelt werden muss. Dabei bestehen all jene Hürden und Methodenprobleme, die die wirtschaftskriminologische Forschung generell in typischer Weise erschweren: Die wichtigsten traditionellen Instrumente der Kriminologie stehen hier nämlich nicht zur Verfügung. So sind im fraglichen Feld nicht allein die amtlichen Kriminalstatistiken wegen der nur partiellen Strafrechtswertigkeit illegalen Unternehmensverhaltens und der eminenten Verfolgungslücken ohne Aussagewert (Slapper und Tombs 1999, S. 54 ff.), sondern auch quantitative Dunkelfeldforschungen meist aussichtslos. Das Zustandekommen statistisch auswertungsfähiger

---

10.11.2010). Zu den einschlägigen Ausschussanhörungen vgl. etwa die Berichte unter <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/47833> und <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49682> und [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/?sid=808925](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/?sid=808925) (Zugriff am 28.1.2013).

<sup>2</sup> Sog. Formulierungshilfe v. 15.3.2012 bzgl. Neufassung der §§ 17 b, 17 c KHG, 112, 275 SGB V ([www.mydrg.de/forum/index.php?page=Attachment&attachmentID=72&ch=eca38a7095ed4800e88fec51c726cef56b3104ce](http://www.mydrg.de/forum/index.php?page=Attachment&attachmentID=72&ch=eca38a7095ed4800e88fec51c726cef56b3104ce) – Zugriff am 28.1.2013). Näher hierzu Kölbl und Sulkiewicz 2012b. Zu den aktuellsten Vorhaben der Bundesregierung jetzt <http://m.aerzteblatt.de/news/54494.htm> (Zugriff am 10.6.2013).

ger Stichproben scheitert daran, dass in der Wirtschaft erfahrungsgemäß nicht genügend Bereitschaft für Interviews zur selbstberichteten Delinquenz mobilisiert werden kann (Slapper und Tombs a. a. O., S. 107 f.), während Opferinterviews wegen der Viktimisierungsdiffusität vieler Unternehmensdelikte von vornherein kaum weiter führen (a. a. O., S. 56 f.). Nicht von Ungefähr überwiegen in der Wirtschaftskriminologie daher qualitative Studien, die Einzelereignisse, Deliktskategorien oder Wirtschaftsbranchen untersuchen (Überblick a. a. O., S. 41 ff.).

Einen solchen fallanalytischen Weg, der im Übrigen auch bei (Abrechnungs-) Delikten in Kliniken bereits erprobt worden ist (vgl. Vandenburg 1999), hat daher das im vorliegenden Band vorgestellte Projekt ebenfalls beschritten, wobei es sich einer Methode bedient, auf die sich auch viele andere unternehmenskriminologische Arbeiten stützen: Es wurden offene, nicht-standardisierte, wenngleich leitfadensorientierte Interviews durchgeführt und mit den Mitteln der qualitativen Sozialforschung ausgewertet (zur Vorgehensweise vgl. Froschauer und Lueger 2003; Friese 2012). Die Interviews entsprachen in ihrer Anzahl dem, was mit den Projektressourcen zu bewältigen war. Befragt wurde dabei eine solche Mischung aus unterschiedlichen Systemakteuren, dass dies die Erfassung der maßgeblichen Erfahrungshintergründe und verschiedenen Blickwinkel versprach: neun (teilweise ehemalige) Krankenhausärzte, fünf (teilweise ehemalige) Controller bzw. Abrechnungsmitarbeiter an Kliniken, sechs Kassenprüfsachbearbeiter, zwei Mitarbeiter von Fehlverhaltensermittlungsstellen (§ 197a SGB V) der Kassen und eine Justiziarin einer Klinik.

Diese jeweils mehrstündig geführten, sodann transkribierten und textanalytisch ausgewerteten Interviews bilden den empirischen Kern der Untersuchung, den allerdings eine Reihe weiterer Bausteine flankiert:<sup>3</sup>

- So entstand bei Vorbereitung und Durchführung des Projekts ein Kontaktnetzwerk, das alle relevanten (sowie uns bekannten und zugänglichen) Institutionen einschließt: alle vorhandenen Schwerpunktstaatsanwaltschaften für das Gesundheitssystem, einige spezialisierte Einzelstaatsanwälte, alle spezialisierten Ermittlungsgruppen der Landespolizeien sowie die Fehlverhaltensermittlungsstellen der wichtigsten Krankenkassen. Mit den Mitarbeitern all dieser Einrichtungen wurden jeweils zahlreiche Vor- und Ergänzungsgespräche geführt.
- Außerdem wurden diese Institutionen zu Beginn und im letzten Drittel des Projekts in eine Verfahrensabfrage einbezogen. Im Hinblick auf die Spezialisierung der Institutionen versprach dies eine relativ vollständige Übersicht über jene stattgefundenen und stattfindenden Ermittlungsverfahren, die in einer Beziehung zur DRG-Abrechnung stehen (und deren Analyse einen gewissen Aufschluss über die Strukturen besonders schwerwiegender Abrech-

---

<sup>3</sup> Die Verschiedenartigkeit des Materials ermöglicht quantitative Auswertungen neben den im Mittelpunkt stehenden qualitativen Analysen, führt zu einander ergänzenden Befunden und erlaubt eine Arbeitsweise, die im Sinne einer Daten- und Methodentriangulation zu reichhaltigeren und valideren Beobachtungen führt.

nungsverstöße sowie über charakteristische Strafverfolgungsverläufe verspricht). Mitgeteilt wurden uns 53 Verfahren, bei denen auch Akteneinsicht beantragt wurde. Nach Bereinigung mehrfach registrierter Sachen und abzüglich der abgelehnten Fälle gingen 24 Verfahren in die nähere Prüfung ein. Hiervon bezog sich ein Teil auf andere Sachverhalte. In den verbleibenden 17 Verfahren wurde eine eingehende Aktenanalyse (zur Methodik: Hermann 1988) durchgeführt, um Hinweise auf Fall-, Aufdeckungs- und Ermittlungsstrukturen zu erhalten.

- Schließlich konnten wir insgesamt fünf Krankenkassen dafür gewinnen, uns Teile ihrer Abrechnungsstatistik zur Verfügung zu stellen (zur kriminologischen Verwertbarkeit und Nutzung derartiger »nonpublic agency records« vgl. Maxfield und Babbie 2008, S. 326 ff.). Dies geschah jeweils in dem Maße, in dem sich die betreffenden Kostenträger hierzu mit Blick auf kompetitive und datenschutzrechtliche Erwägungen sowie die ohnehin begrenzte kriminologische Ergiebigkeit des Materials in der Lage sahen. Je nach Kasse hat uns dies ermöglicht, entweder die Daten selbst statistisch auszuwerten oder nach unseren Vorgaben durch den Kostenträger auswerten zu lassen oder jedenfalls vorhandene kassenseitige Berechnungen zu nutzen. Aus Wettbewerbsgründen werden die betreffenden Kassen in diesem Band anonymisiert bezeichnet (»Kasse A bis E«). Sie geben in Art und Größe aber die kassentypischen Strukturen in Deutschland wieder und weisen auch hinsichtlich ihrer Mitgliederzusammensetzung keine Besonderheiten auf.<sup>4</sup> Eine ähnliche Kooperation war schließlich mit dem MDK Baden-Württemberg möglich, der in Abstimmung mit uns und im Hinblick auf die Forschungsfragen des Projekts eine Detailauswertung (sog. Schwerstfehlerauswertung) seiner Prüf- und Gutachtenstatistik vorgenommen hat.

### 1.3 Absichten und Anlage des Bandes

Dass dieser Band neben Aufsätzen von Kölbel und Sulkiewicz, die jeweils über verschiedene, ausgewählte Projektergebnisse berichten, noch eine Reihe weiterer Beiträge enthält, erklärt sich mit einer doppelten Absicht: Einmal werden dem Leser auf diese Weise umfangreichere Informationen geboten – nämlich auch solche, die in der Studie nicht im Mittelpunkt standen und daher auch nicht erschlossen wurden. Vor allem aber soll dies dem Umstand gerecht werden, dass unter den beteiligten Akteuren vor Ort (also nicht etwa nur unter Verbandsvertretern etc.) die Einschätzungen des Abrechnungssystems kontrovers, die Erfahrungshintergründe hinsichtlich der Prüfverfahren gegensätzlich und die Bewertungen von Abrechnungsfehlern grundverschieden sind – wobei die Wahrnehmung

<sup>4</sup> Unter ihnen befinden sich Ersatz-, Betriebs- und Ortskrankenkassen. Es handelt sich um einen großen, einen kleinen und drei mittelgroße Kostenträger.

keineswegs nur durch die jeweilige Zugehörigkeit zur Leistungserbringer- oder Kostenträgerseite geprägt wird. Um diese Deutungsheterogenität und Perspektivenvielfalt nicht zu überdecken, muss sie zunächst einmal zum Gegenstand der sozialwissenschaftlichen Beobachtung gemacht werden. Darüber hinaus aber – und eine solche Absicht liegt dem vorliegenden Band zugrunde – kann man sie auch direkt sprechen lassen. Deshalb sind hier neben den Projektberichten einige Beiträge versammelt, die ganz unterschiedliche Blickwinkel repräsentieren: die des Krankenhauscontrollings (Bobrowski) und Klinikmanagements (Merguet), des Vergütungsrechts (Ricken), der krankenhausärztlichen Akteure (Kienzle) und der Abrechnungsprüfung (Dirschedl und Waibel). Dass die Texte dabei nicht eigens auf die Projektberichte von Kölbel und Sulkiewicz abgestimmt sein können, sondern jeweils selbstständigen Charakter haben, versteht sich bei einer solchen editorischen Konzeption von selbst.

Auf den vorliegenden Einleitungstext, der im Anschluss noch eine kriminologische Einordnung und Erklärung von Abrechnungsverstößen im stationären Bereich unternehmen wird, folgen also zunächst zwei Beiträge, die den äußeren Rahmen der Abrechnungspraxis erläutern. Dargestellt werden die juristischen Grundlagen (Ricken) sowie die ökonomischen Bedingungen, unter denen die Krankenhausführung einen rentablen Betrieb gewährleisten muss (Merguet). Daran schließt sich eine knappe Darstellung der wesentlichen Untersuchungsergebnisse zur Ausprägung von Abrechnungsdevianz an (Kölbel und Sulkiewicz). Ergänzt wird diese empirische Bestandsaufnahme durch drei Beiträge, die das Phänomen aus der Warte des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse beschreiben und bewerten (Dirschedl und Waibel), die Problematik der ökonomisch »infiltrierten« medizinischen Handlungslogik auf der Basis der ärztlichen Berufserfahrung vertiefen (Kienzle) und die Logik der Rechnungsstellung aus der spezifischen Warte des Medizincontrollings erörtern (Bobrowski). Der abschließende Teil des Bandes widmet sich der sozialen Kontrolle von Abrechnungsdevianz. Diskutiert werden dort einige Teile der Studie, die sich auf die kassenseitige Praxis der Abrechnungsprüfung (Sulkiewicz) und speziell den Umgang mit deliktswertigen Fehlerfällen (Kölbel) beziehen.

## **1.4 Einordnung in kriminologische Kategorien: Corporate Crime**

### **1.4.1 Grundlagen**

Die kriminologische Forschung diskutiert jene Form von sozialer Devianz, die für Abrechnungsverstöße von Krankenhäusern prinzipiell einschlägig ist, unter der Bezeichnung »Unternehmensdelinquenz« oder »Corporate Crime«. Hierin wird übereinstimmend eine wichtige Ausprägung von Wirtschaftskriminalität

gesehen, bisweilen sogar deren maßgebliche Erscheinungsform (zu dieser Frage etwa Boers 2010, S. 19 ff.). Gekennzeichnet sind Unternehmensdelikte durch eine rechtswidrige, potenziell sanktionierbare Aktivitätsform, die in spezifischer Weise aus einem Unternehmen heraus und in dessen Interesse erfolgt:

- Die fraglichen Transaktionen sind illegal und können irgendeine sanktionierende Reaktion des Staates nach sich ziehen (gerichtet gegen das Unternehmen oder verantwortliche Mitarbeiter). Ob es sich bei der Sanktion um eine echte Kriminalstrafe, eine Verwaltungsstrafe (Geldbuße), einen spezifischen (Straf-) Schadensersatz oder eine anderweitige Nachteilsform handelt, mit der gezielt auf einen vorherigen Rechtsverstoß geantwortet wird, gilt üblicherweise als sekundär (Slapper und Tombs 1999, S. 16 f.; Gobert und Punch 2003, S. 11 f.; Yeager 2007, S. 26; Croall 2007, S. 13 f.; skeptisch aber z. B. Boers 2010, S. 24). Dafür spricht nicht nur die funktionale Äquivalenz all dieser Sanktionsvarianten, die allesamt eine »Übelszufügung« darstellen und so potenziell eine Steuerungswirkung entfalten, sondern auch die Zufälligkeit ihrer legislatorischen Wahl. Wie die Sanktion in den verschiedenen Rechtsordnungen gestaltet und organisiert wird, hängt von Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten, rechtskulturellen Traditionen, sachgebietlichen Strukturen, dem politischen Einfluss der Wirtschaft sowie zahllosen anderen Fragen ab, die mit der Qualität des betreffenden Verhaltens nichts zu tun haben müssen und sich daher nicht eignen, den Phänomenbereich (also die Reichweite des kriminologisch zu untersuchenden Gegenstands) zu definieren. Die Kategorie des Corporate Crimes bedient sich terminologisch deswegen eines untechnischen Verbrechensbegriffs und meint in der Sache letztlich jede »Gesetzwidrigkeit« (was analytische Binnendifferenzierungen natürlich nicht ausschließt).
- Um Aktivitäten des Unternehmens – »crimes committed by and on behalf of corporations« (Croall 2007, S. 160) – handelt es sich, wenn die betreffenden Normverstöße aus ihm heraus begangen werden und somit in der sozialen Interaktion nicht primär den konkret handelnden Individuen zugeordnet werden, sondern der betreffenden Organisation. Dass der Vorgang aus den regelmäßigen Geschäftsabläufen hervorgeht oder durch Repräsentanten ausgelöst wird, ist eine hierfür typische Spielart. Das wesentliche – bzw. eigentliche (Boers 2010, S. 18 f.) – Kriterium liegt aber darin, dass das fragliche Verhalten der Unternehmensmitglieder allein durch deren Unternehmenszugehörigkeit erklärt wird, insbesondere weil es in erster Linie (wenn auch nicht unbedingt ausschließlich) zum Verbandsnutzen erfolgt (Yeager 2007, S. 26).

Mit der so ausgefüllten Bestimmung bezeichnet der Begriff des Corporate Crime eine theoretisch-konzeptionelle Schwerpunktverlagerung, mit der die Wirtschaftskriminologie einem besonderen Untersuchungsobjekt gerecht zu werden versucht: Liegt der klassische Gegenstand der ätiologischen Kriminologie bei konkreten Deliktsaktivitäten individueller Akteure, für deren personale Entwicklung (oder Situationshandhabung) man eine psychologisch oder soziologisch angelegte Erklärung sucht, geht es nunmehr um das Handeln von Organisationsmitgliedern, das ganz dezidiert durch die Organisationseinbindung

beeinflusst ist – d. h. aus anderen Zusammenhängen entsteht und andere Delinquenzformen hervorbringt als »außerhalb« des Verbands. In den Vordergrund rücken folglich die Struktur des Unternehmens und dessen besondere soziale Kontextuierung.<sup>5</sup>

### 1.4.2 Abrechnungsfehler als Unternehmensdelikt

Falschabrechnungen einer Klinik können dem Bereich des Corporate Crime zu heuristischen Zwecken in toto zugeordnet werden (Kölbel 2010b, S. 221 f.). Sie stehen – obwohl durch das individuelle Abrechnungspersonal hervorgerufen – mit den wirtschaftlichen Aktivitäten des Hauses in Zusammenhang, erfolgen vor allen 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 sich jedenfalls vor dem Hintergrund der Mitarbeiterhaltung ergeben, dem Unternehmen wirtschaftlich zu dienen. Besonderheiten weist der vorliegende Gegenstand lediglich insofern auf, als er anders als die meisten Corporate Crimes nicht in abgeschlossenen Einzelereignissen besteht, sondern aus einer Vielzahl kleiner, für sich genommen wirtschaftlich auch oft eher unerheblicher Normverstöße, die systematischen Charakter haben können (im Sinne einer kontinuierlich realisierten Tatserie) oder sich einfach nur als mehr oder weniger lange/dichte Kette unabgestimmter Abrechnungsfehler darstellen.

Dass die Fälle, in denen dies strafrechtlich verfolgt wird, beinahe zu vernachlässigen sind (► **Kap. 2, Teil III**), und auch die Konstellationen, in denen dies jedenfalls möglich wäre, nur einen Ausschnitt der überwiegend nicht-intentionalen Falschabrechnungsgesamtheit bilden (► **Kap. 1, Teil II**), ist für die kriminologische Einordnung ohne Belang. Gemäß dem hier herangezogenen weiten Deliktsbegriff (► **Kap. 1.4.1**) kommt es lediglich auf die Regelwidrigkeit der Abrechnungen an (und allenfalls noch darauf, dass das Entgelt daher gekürzt werden kann). Deshalb bezieht sich das hiesige kriminologische Interesse auf das gesamte Fehlerspektrum, wenngleich es hierbei in Analyse und Bewertung zwischen den verschiedenen Fehlerqualitäten zu differenzieren gilt (► **Kap. 1, Teil II**). Für das Verständnis der Abrechnungsdevianz ist durch diese Kategorisierung aber zunächst einmal noch wenig gewonnen. Unternehmenskriminalität wurde ungeachtet ihrer generellen konzeptionellen Anerkennung bislang in weit geringerem Maße als große Teile der konventionellen Kriminalität erforscht (für einen Überblick über die empirische Forschungslage vgl. Yeager 2007, S. 27 ff.; Friedrichs 2009, S. 228 ff.; Boers 2010, S. 28 ff.). Auch hat sich in der kriminologischen

---

<sup>5</sup> Auch wenn ein Krankenhaus allein durch seine Mitarbeiter (deliktisch) agieren kann, wäre es verfehlt, primär auf deren Persönlichkeitsmerkmale, Sozialisationshintergründe, Lebensumstände usw. abzustellen. Die zentrale Analyseeinheit ist vielmehr die Organisation, die nicht als die Summe des Mitgliederhandelns verstanden werden kann, sondern etwas Anderes (Eigenwertiges) darstellt, und die unter den spezifischen Kontextbedingungen des Wirtschaftssystems operiert (zu den kriminologischen Besonderheiten zuletzt wieder nachdrücklich Singelstein 2012).

Diskussion noch keine Betrachtungsweise herausgebildet, die die Corporate-Crime-Theorie dominiert (vgl. die Überblicksdarstellung bei Slapper und Tombs 1999, S. 110 ff., S. 131 ff.) und die sich hier übertragen oder jedenfalls direkt fruchtbar machen ließe. Es herrscht eine eher gegenstandsbezogene Sichtweise vor. Deshalb bezieht sich auch das unten vorgeschlagene Konzept (► **Kap. 1.6 der Einführung**) – ungeachtet seiner prinzipiellen Generalisierbarkeit – vorwiegend auf die Beobachtungen in einem spezifischen Feld.

## 1.5 Einige allgemeine Beobachtungen und Befunde

Krankenhäuser wirtschaften unter den Bedingungen einer weggefallenen Existenzgarantie, einer nur bedingt zufriedenstellenden 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 gesteigert (► **Kap. 2, Teil I**). Die Einführung eines Leistungsvergütungssystems, das auf diagnosebezogenen Entgelten beruht (zum Überblick ► **Kap. 1, Teil I**), hat die Veränderungen des ökonomischen Rahmens ganz wesentlich befeuert. Freilich versucht dieses sog. »G-DRG-System«, trotz des Prinzips der Entgeltpauschalierung auch die Leistungsgerechtigkeit jedes individuellen Fallpreises zumindest einigermaßen sicherzustellen. Dies hat zu einer Strukturkomplexität geführt (Vielzahl von diagnostischen Gruppen, Berücksichtigung von Nebendiagnosen, Prozeduren, Zusatzentgelten, teilweise auch der Behandlungsdauer usw.), durch die nicht nur die Risiken von Abrechnungsfehlern wachsen, sondern auch die Möglichkeiten (der Leistungserbringer und Kostenträger), die Einzelfallabrechnung interessengemäß zu gestalten. Das Verfahren der Abrechnungsprüfung trägt dazu bei.

An sich liegt dem DRG-Vergütungs- und Abrechnungssystem die unausgesprochene (Funktions-)Annahme zugrunde, dass sich erstens für jede Krankenhausleistung anhand vorgegebener Kategorisierungskriterien prinzipiell ein objektiver Preis feststellen lässt und dass zweitens von den beteiligten Akteuren anzunehmen ist, dass sie diese fallkonkreten Preise leistungsentsprechend bestimmen bzw. diese Abrechnung interessenneutral überprüfen: Mit der Realität haben jene Prämissen aber wenig gemein. Durch diagnostisch-therapeutische Uneindeutigkeiten, insbesondere aber durch die Kategorisierungsspielräume des DRG-Systems bleiben die Fallpreise nämlich 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 die bilaterale 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 auch eine Notwendigkeit ist (► Kap. 4, Teil II). Die Vornahme und Abrechnung medizinischer Überleistungen (zu entsprechenden hausinternen Erwartungsstrukturen ► Kap. 3, Teil II) reiht sich hier ein. All dies geht aber nicht selten über die Grenze des Zulässigen auch hinaus (► Kap. 1, Teil II). 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 Rechnungs Korrektur 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 bilateralen Preisaushandlungsgeschehens.

Funktional gesehen stellt die Fallprüfung für die Kassen daher eine Rabattierungsstrategie dar, die Kostensenkungen generiert. Steuerungsziele, etwa die Anhebung der Abrechnungskonformität, Wirtschaftlichkeit oder Behandlungsqualität in den geprüften Häusern, treten hierbei in den Hintergrund.<sup>6</sup> Das Kontrollverhalten der Kassen hat weder einen objektiv-neutralen noch einen polizeiähnlichen bzw. regulierungsbehördlichen Charakter, sondern ist ausschließlich an den eigen-institutionellen ökonomischen Interessen orientiert. Dies hat eine Reihe von Auswirkungen zur Folge: Dass die Kasse in der Abrechnungsvielzahl konsequent nach Anknüpfungspunkten für die Legitimierung von Preisreduktionen sucht, wird von den Krankenhäusern nicht selten als unfair erlebt, insbesondere wenn die an sich korrekte Rechnung für eine sachgerecht erbrachte Leistung aus formalistischen Gründen gekürzt und das Vorleistungsrisiko der Klinik so ausgenutzt wird. Und in der Tat ist den Kostenträgern bei der Abrechnungsprüfung nicht an einer Fehlerrückmeldung und -korrektur als solcher gelegen (etwa zum Zwecke der Gerechtigkeit, der Disziplinierung usw.), sondern

---

<sup>6</sup> Dies zeigt sich etwa bei der – die Fallprüfung inzwischen beinahe dominierenden – Prüfung der Überschreitung der unteren Grenzverweildauer (uGVD): Ursprünglich wurde die uGVD eingeführt, weil diagnosebezogenen Pauschalen der Anreiz innewohnt, Patienten möglichst früh zu entlassen und so einen fallbezogenen Erlösüberschuss zu erzielen. Um dem damit einhergehenden Risiko von Komplikationen und Wiederaufnahmen entgegenzuwirken, erhält das Krankenhaus erst bei einer Minderdauer der Behandlung die volle Pauschale, wohingegen diese bei Nichterreichen um diverse Abschläge reduziert wird. Mit Blick auf den an der uGVD einsetzenden Erlössprung ergibt sich nun aber für die Kassen ein Kostensenkungsmotiv. Daher operieren sie in der Prüfung von Fällen durchschnittlicher Dauer oft mit dem Argument, das Erreichen der uGVD sei medizinisch nicht erforderlich (d. h. die Behandlung sei dichter möglich oder die prä-interventionelle Aufnahme bzw. die postinterventionelle Behandlung sei entbehrlich) gewesen. Sie nutzen die uGVD also als Rabattierungshebel, der sich wegen vielfach gegebener Anknüpfungspunkte auch oft einsetzen lässt. Entlässt die Klinik den Patienten bspw. wegen möglicher Nachblutungen einen Tag später, wird die Notwendigkeit dieser Vorsichtsmaßnahme bei Ausbleiben der Komplikationen ex post widerlegt. In solchen Fällen die Rechnung zu kürzen, ist aus Kassensicht rational, stellt aber eine klare Umfunktionalisierung dar.

ganz ausschließlich daran, mit einem vernünftigen Aufwand einen relevanten »Retaxierungsertrag« zu erwirtschaften (zu den dafür aufschlussreichen Prüfkalkülen der Prüfteams ► **Kap. 1, Teil III**). An der normativen Einordnung festgestellter Abrechnungsverstöße (Nachlässigkeit, Handhabungsdivergenz, ggf. Manipulation) oder gar an deren Verfolgung als ein Delikt (etwa mit Blick auf eine Betrugsstrafbarkeit) besteht deshalb überhaupt kein Interesse (► **Kap. 2, Teil III**). Die Kasse agiert bei Abrechnungsprüfung im Ganzen gesehen jedenfalls nicht als eine Kontrollinstitution (dazu, dass aber auch diese oftmals in einem kooperativ-konzilienten, aushandlungsorientierten Stil auf non-konforme Unternehmen einwirken, etwa Gobert und Punch 2003, S. 283 ff.). Vielmehr handeln sie in der Rolle eines (geschädigten) Vertragspartners der Kliniken, der im Rahmen der Zwangskontrahierung eigene kontradiktorische Belange verfolgt (»Gegenspieler«).<sup>7</sup>

Was als Abrechnungsverstöße/-devianz bekannt, abgearbeitet und öffentlich diskutiert wird (sog. Fehlerhellfeld), ist deswegen nicht nur dadurch geprägt, was die Kassen angesichts ihres Informationsnachteils aufdecken können (und was eben nicht), sondern es hängt auch von ihren Rabattierungsinteressen und -strategien ab. Für die Abrechnungsfehlerrealität hat die Zählung der formell korrigierten Klinikabrechnungen (§ 275 SGB V) so allenfalls schwachen indiziellen Gehalt (► **Kap. 1, Teil III**). Wird dieser kritisch gewürdigt und um weitere vorhandene Einzelhinweise ergänzt (► **Kap. 2, Teil II**, ► **Kap. 1, Teil II**), ist aber immerhin eine vage und vorläufige Prävalenzeinschätzung möglich: Abrechnungsfehler stellen ein großflächiges, wenn auch nicht exakt quantifizierbares Phänomen dar. Intentionale Abrechnungsdevianz erscheint dagegen eher als Einsprengsel in einem ansonsten regelkonformen Krankenhausbetrieb, das mit von Haus zu Haus variierender Größe und Häufigkeit auftritt (wobei es hinsichtlich der Intentionalitätsausprägung allerdings viele Spielarten und Übergangsformen gibt). Ausgegangen werden muss von durchaus abrechnungsauffälligen Häusern, wobei selbst dort eine systematisch betriebene Abrechnungsdevianz nicht gesichert ist.

<sup>7</sup> Aufschlussreich für den Charakter als Preisaushandlungsvorgang, der von ökonomischen Prämissen geprägt ist und bei dem die Beteiligten die eigenen Vorteilschancen im gegebenen Handlungsrahmen taktisch gezielt nutzen, ist auch der von Meeßen und Rothkopf (2011, S. 41 f.) berichtete Umgang mit der Aufwandspauschale, die fällig wird, wenn die Überprüfung der Rechnung nicht zu deren Reduzierung führt (§ 275 Abs. 1c SGB V): Nachdem manche Krankenhäuser gezielt entgeltunerhebliche Implausibilitäten in ihre Abrechnungen integriert hatten, um eine erfolglose Prüfung samt Pauschale zu provozieren, wurde durch das BSG (22.6. 2010 – B 1 KR 1/10 R, GesR 2010, 668) festgelegt, dass die Kasse auch bei vergütungsirrelevanten Fehlkodierungen keine Aufwandspauschale an das Haus zahlen muss (weil die Klinik durch den Fehler hier immerhin den Prüfanlass gegeben hat). Einige Kostenträger reagierten hierauf wiederum damit, vermehrt Nebendiagnosen trotz ihrer von vornherein klaren Entgeltunerheblichkeit zu prüfen, um sich durch eine dortige Fehlerfeststellung gegen die Aufwandspauschale (unabhängig vom Erfolg des eigentlichen Prüfanliegens) abzusichern.

## 1.6 Interpretationsversuch

Aus kriminologischer Warte besteht ein Interesse an der Phänomenerklärung insbesondere mit Blick auf die nachlässigkeitsbedingten und intentional begangenen Abrechnungsfehler.<sup>8</sup> Deshalb wurden im Verlauf der Studie auch solche Handlungsbedingungen und -logiken der Krankenhausakteure beobachtet, die in diesem Sinne zum kriminologischen Verständnis der Abrechnungsverstöße beitragen könnten (► **Kap. 1.5, Teil II**). Dabei geht es noch nicht um eine Theorieüberprüfung im engeren Sinne, wohl aber um eine erste empirische Unterlegung eines generellen Konzepts. In diesem Zusammenhang wird hier die allgemeine kriminologische Strain-Theory von Robert Agnew auf korporative Akteure bezogen (zu dieser Übertragung bereits Agnew et al. 2009; ebenso für verwandte anomietheoretische Ansätze Vaughan 1983, S. 54 ff.; Passas 1990; Keane 1993; zuletzt Robinson und Murphy 2009; Wang und Holtfreter 2012; zusammenfassend Singelstein 2012, S. 56 f.) und dabei zu einem Mehrebenenmodell erweitert, welches die relevanten Faktoren auf verschiedenen Problemschichten lokalisiert (insofern ähnlich Gobert und Punch 2003, S. 14 ff.). Rechtswidrige Aktivitäten der Krankenhäuser lassen sich hiernach als Transaktionsformen verstehen, deren Wahrscheinlichkeit in unternehmensintern »umgelegten«, ökonomischen Drucksituationen steigt, insbesondere bei zugleich vorhandenen Tatgelegenheiten und der Abwesenheit alternativer Bewältigungsmechanismen. Dabei wird die Ausprägung und Wirkung von »Strain«, »Opportunity« und Coping-Fähigkeit« von Gegebenheiten auf den System-, Organisations- und Interaktionsebenen bestimmt (vgl. auch Kölbel 2010b, S. 231 ff.):

### 1.6.1 Rahmenebene

Auf der Rahmenebene ist zunächst einmal der bereits erwähnte Ökonomisierungsprozess von Belang, der den Krankenhäusern durch die politisch-rechtlich durchgesetzte Umgestaltung des Gesundheitssystems abverlangt wird. Veränderte Bedingungen der Krankenhausfinanzierung drängen die Kliniken in eine neuartige Wettbewerbslage und konfrontieren sie mit einem rigiden Wirtschaftlichkeitszwang. Die Häuser sind daher einem Kostensenkungs- und Einnahmeerhöhungsdruck ausgesetzt, der sich deutlich massiver als die früher vorhandenen Ressourcenkonflikte ausnimmt. Teilweise werden für sie unternehmerische Zielstellungen relevant, insofern von ihnen kostendeckendes oder gar profitables Arbeiten erwartet wird (► **Kap. 2, Teil I**). Da die Möglichkeiten der Leistungsausweitung und der Leistungspreisanhebung durch die politisch-rechtliche Regulierung des Marktes stark limitiert sind, kann dem auf der Einnahmeseite vorwiegend nur mit indirekten Maßnahmen entsprochen werden (bspw. Spe-

---

<sup>8</sup> Dementsprechend beziehen sich die folgenden Überlegungen nicht auf unvermeidbare Kodierfehler und unvermeidbare Fehlbelegungskonstellationen, die als Überforderungserscheinungen in diesem Band durch Merguet (► **Kap. 2, Teil I**) beschrieben werden.

zialisierung, Qualitätssicherung und Renommeebildung). Anpassungen auf der Kostenseite (Rationalisierungen) sind ab einem bestimmten Punkt ausgeschöpft<sup>9</sup> und werden dann durch die dynamische Betriebskostenentwicklung wieder aufgezehrt. Probleme insbesondere für öffentliche Häuser entstehen ferner aus der Begrenzung der staatlichen Investitionsfinanzierung, die wiederum die Möglichkeiten der Effektivierung und Leistungsentwicklung limitiert (► Kap. 2, Teil I, ► Kap. 1, Teil II).

Vor diesem Hintergrund ist es leicht möglich, dass angestrebte Entwicklungen (Rentabilität, Gewinne, Marktpositionen usw.) mit den betriebswirtschaftlichen Mitteln einer Klinik nicht realisierbar sind (»Blockage of economic goals«) oder das Haus gar in wirtschaftliche Turbulenzen gerät (»Threat of economic problems«). Durch diese Divergenz von ökonomischen Zielen und Realisierungsmöglichkeiten entsteht »Strain«, insofern das Krankenhaus zu weiteren innovativen Reaktionen gedrängt wird. So mag es insbesondere bemüht sein, sämtliche Reserven konsequent zu erschließen, etwa durch eine weiter kostenorientierte Personalplanung, ein strenges Forderungs- und Widerspruchsmanagement oder ein noch strikter aufwands- und ertragsorientiertes Behandlungsverhalten (standardisierte Behandlungsabläufe; zur streng ökonomischen OP-Planung Kudlich und Schulte-Sasse 2011, S. 243 f.). Falls sich aber auch solche »conventional coping resources« als unzureichend erweisen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Lösungssuche auf die Einnahmeseite konzentriert und dort nach neuartigen Wegen sucht – sich also auch in Gestalt einer »offensiven« Abrechnungspraxis niederschlägt. Das Unternehmen entwickelt dann innovative Zielerreichungsformen i.S. einer »concomitant utilization of legitimate (i.e., legal) and illegitimate (i.e., illegal) means« (Robinson und Murphy 2009, S. 3).

Begünstigt wird dies durch eine Tatgelegenheitsstruktur (allgemein zur Verbindung von Strain und Opportunity vgl. McKendall und Wagner 1997, S. 626 f.; Wang und Holtfreter 2012, S. 156 f.), die hierfür förderliche Bedingungen setzt: Leistungsrecht und Vergütungsverfahren sind von Ambiguitäten gekennzeichnet<sup>10</sup> und weisen daher – mit Blick auf zumindest vordergründige und vorübergehende Vorteilsaussichten – zahlreiche Erlösmaximierungs-Spielräume auf. Aus dieser »Program Vulnerability«<sup>11</sup> ergeben sich sowohl Fehlermöglichkeiten wie auch Missbrauchsoptionen, die allein durch Kontrollen eingrenzbar sind. Da die Prüfpraxis der Kassen de facto aus rechtlichen und organisationsstruk-

<sup>9</sup> Nicht selten werden sie auch von außen erschwert. So kann eine öffentliche Klinik bspw. aus lokalpolitischen Gründen mit Blick auf ihren Versorgungsauftrag durch ihren Träger an der Schließung einer defizitären Abteilung gehindert werden (etwa eine öffentlich gewünschte, aber unterausgelastete Geburtsstation oder eine nicht rentabel organisierbare Notfallstation).

<sup>10</sup> So resultiert allein schon aus der Berücksichtigungsfähigkeit von Nebendiagnosen und Komplikationen eine strukturelle Kriterienunschärfe, weil sie die Fallparameter dadurch prinzipiell variieren lassen (vgl. Steinbusch et al. 2007, S. 294 f.).

<sup>11</sup> D. h. »multiple opportunities within the benefit programs for individuals, groups, or organizations to take unintended or illegal advantage of the system« (Vaughan 1983, XII). Allgemein zur Bedeutung politisch-rechtlich begründeter, betrugsfreundlicher Marktstrukturen für Corporate Crime etwa Tillman 2009.