



Kontrollbürokratie als Kostenfalle

Eine Einordnung der GKV-Vorschläge aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling

Von Prof. Dr. Erika Raab

Die aktuellen Vorschläge der GKV zur Reform der Krankenhausabrechnung und der MD-Prüfverfahren werden mit dem Anspruch vorgelegt, erhebliche Einsparpotenziale zu heben und die Ausgabendynamik zu bremsen. Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) zeigt sich jedoch bei genauerer Betrachtung, dass die behaupteten Einsparungen auf einer ökonomisch verkürzten Logik beruhen, die zentrale Zusammenhänge des Versorgungssystems ausblendet. Die DGfM kommt zu der Einschätzung, dass die Einsparbehauptung weder empirisch belastbar noch theoretisch konsistent ist. Stattdessen droht eine erhebliche Ausweitung der Kontrollbürokratie, deren Opportunitätskosten in den Vorschlägen vollständig unberücksichtigt bleiben.

Die pauschale Zusammenführung aller Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen wird als Maßnahme präsentiert, um vermeintlich unnötige stationäre Leistungen zu reduzieren. Diese Annahme setzt jedoch voraus, dass Wiederaufnahmen primär ökonomisch motiviert seien. Die DGfM weist darauf hin, dass die Versorgungsrealität ein anderes Bild zeigt: Wiederaufnahmen entstehen häufig aus komplexen Krankheitsverläufen, multimorbiden Situationen oder strukturellen Versorgungslücken. Eine pauschale Regelung, die diese Komplexität ignoriert, erzeugt nicht nur Fehlanreize, sondern führt zu erheblichen zusätzlichen Prüf-

und Dokumentationsanforderungen. Die damit verbundenen administrativen Kosten werden in der GKV-Argumentation nicht bilanziert. Die Vorstellung, man könne durch pauschale Restriktionen Kosten sparen, ohne die Folgekosten der Kontrolle einzupreisen, ist aus Sicht der DGfM ökonomisch unhaltbar.

Die Forderung nach Abschaffung der quartalsweisen Prüfquoten folgt derselben Logik. Die GKV suggeriert, dass eine umfassendere Prüfung der Krankenhausabrechnungen zu einer höheren Abrechnungsqualität und damit zu Einsparungen führen würde. Die DGfM verweist jedoch auf grundlegende Erkenntnisse der Verwaltungs- und Organisationsforschung: Mehr Kontrolle führt nicht automatisch zu mehr Effizienz, sondern häufig zu einer Ausweitung der Kontrollstrukturen selbst. Die Literatur beschreibt dieses Phänomen als „Bürokratieverstärkungseffekt“. Ein System, das auf Misstrauen basiert, neigt dazu, sich selbst zu reproduzieren und immer neue Kontrollbedarfe zu generieren. Die Kosten dieser Kontrollspirale – zusätzliche Prüfprozesse, Personalaufwand, Rechtsstreitigkeiten, Verzögerungen – bleiben in der GKV-Argumentation systematisch ausgeblendet.

Besonders problematisch ist aus Sicht der DGfM der Vorschlag, den Prüfumfang des MD automatisch auf sämtliche abrechnungsrelevante Sachverhal-

te eines Falls auszudehnen. Eine solche Generalermächtigung mag aus Kassensicht attraktiv erscheinen, weil sie potenziell zusätzliche Rückforderungen ermöglicht. Doch sie erzeugt zugleich ein System unklarer Prüfgrenzen, das die Krankenhäuser zwingt, erhebliche Ressourcen in präventive Dokumentation, interne Qualitätssicherung und juristische Absicherung zu investieren. Diese Opportunitätskosten sind real, messbar und hoch. Sie gehen zulasten der Versorgung, werden aber in der GKV-Argumentation vollständig externalisiert. Die behauptete Kostenersparnis entsteht somit nur auf dem Papier – und nur, weil die Kosten der Kontrollbürokratie nicht bilanziert werden.

Auch die Einbeziehung der Vorhaltebudgets in den Prüfumfang wird als Beitrag zu finanzieller Transparenz dargestellt, folgt aber derselben verkürzten Logik. Vorhaltebudgets sind bewusst als strukturelle, nicht fallbezogene Finanzierungsinstrumente konzipiert. Ihre Überführung in MD-Prüfverfahren würde zwangsläufig neue Nachweispflichten und Interpretationsspielräume schaffen. Die damit verbundenen Transaktionskosten – ein zentraler Begriff der Institutionenökonomik – werden in den GKV-Vorschlägen nicht berücksichtigt. Aus Sicht der DGfM erzeugt ein System, das strukturelle Mittel fallbezogen prüft, zwangsläufig neue Bürokratie, ohne dass ein empirisch belegbarer Nutzen entsteht.

Die Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens und eines standardisierten NUB-Prüfverfahrens wird ebenfalls mit dem Argument der Qualitätssicherung und Kostendämpfung begründet. Doch auch hier zeigt die Forschung, dass zusätzliche Kontrollinstanzen häufig zu Doppelstrukturen, Prozessverzögerungen und erhöhtem administrativem Aufwand führen. Die Kosten dieser zusätzlichen Ebenen werden nicht bilanziert, obwohl sie in der Praxis erheblich sind. Die DGfM sieht in der GKV-Argumentation ein klassisches „Kostenverlagerungsparadox“: Einsparungen werden behauptet, weil man nur die direkten Effekte betrachtet, während die indirekten Kosten – insbesondere die Opportunitätskosten – systematisch ausgeblendet werden.

Die wiederholte Bezugnahme auf Digitalisierung als Effizienztreiber ändert an dieser strukturellen Problematik nichts. Digitalisierung kann nur dann Kosten senken, wenn sie Komplexität reduziert. Wenn jedoch gleichzeitig neue Prüfanlässe, neue Sanktionen

und neue Dokumentationspflichten geschaffen werden, führt Digitalisierung lediglich zu einer digitalen Reproduktion bestehender Bürokratie. Die Vorstellung, man könne ein ineffizientes System durch Digitalisierung effizient machen, ohne seine strukturelle Logik zu verändern, widerspricht allen empirischen Erkenntnissen der Verwaltungsinformatik. Die DGfM betont, dass Digitalisierung kein Ersatz für strukturelle Reformen ist.

Aus Sicht der DGfM ist daher nicht die Frage entscheidend, ob einzelne Maßnahmen theoretisch Einsparpotenzial besitzen, sondern ob das Gesamtsystem der Kontrollbürokratie effizient ist. Die vorliegenden Vorschläge lassen daran erhebliche Zweifel aufkommen. Sie folgen einer Logik der Kontrolle, nicht der Versorgung. Sie erzeugen neue Transaktionskosten, ohne die bestehenden zu reduzieren. Und sie behaupten Einsparungen, ohne die Opportunitätskosten zu berücksichtigen, die durch die Bindung von Personal, Zeit und Ressourcen entstehen.

Die Krankenhausversorgung befindet sich in einer Phase struktureller Belastung. In dieser Situation weitere Kontrollmechanismen einzuführen, ohne ihre gesamtwirtschaftlichen Kosten zu bilanzieren, ist aus Sicht der DGfM nicht nur analytisch unzureichend, sondern gesundheitspolitisch riskant. Eine nachhaltige Reform muss die Balance zwischen Kontrolle und Versorgung neu austarieren – und sie muss die Kosten der Bürokratie ebenso ernst nehmen wie die Kosten der Behandlung. ■



Prof. Dr. Erika Raab
Vorstandsvorsitzende Deutsche Gesellschaft
für Medizincontrolling e. V.

Jetzt buchen!

KU Stellenmarkt

Top-Positionen verdienen

Top-Sichtbarkeit

Eine Vakanz auf Managementebene ist mehr als eine offene Stelle – sie ist eine Weichenstellung für die Zukunft Ihres Hauses. Mit unserem Print- und Online-Stellenmarkt erreichen Sie erfahrene Führungskräfte im Krankenhaus, die genau wissen, was es bedeutet, Verantwortung zu tragen. Nutzen Sie den KU Stellenmarkt, dem das obere Management vertraut, und besetzen Sie Ihre Position erfolgreich.

Ihre Ansprechpartnerin:

Renate Partenfelder

Mediaberaterin

Tel. 09221 949395

r.partenfelder@mgo-fachverlage.de



stellenmarkt.ku-gesundheitsmanagement.de



KU
GESUNDHEITSMANAGEMENT