



Erfahrungen aus dem Medizincontrolling mit den LOPS-Prüfungen

Eine analytische Betrachtung der praktischen Umsetzung

Von Prof. Dr. Erika Raab

Mit der Einführung der LOPS-Richtlinie nach § 275a SGB V wurde ein Prüfregime etabliert, das Leistungsgruppen- und OPS-Strukturprüfungen in einem digitalen Verfahren zusammenführt. Die Zielsetzung – Transparenz, Vergleichbarkeit und eine Reduktion von Doppelprüfungen – findet breite Zustimmung. Die praktischen Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Umsetzung derzeit weit hinter diesen Ansprüchen zurückbleibt. Die Rückmeldungen aus den Krankenhäusern verdeutlichen ein konsistentes Muster organisatorischer, technischer und administrativer Belastungen, die das Verfahren erheblich erschweren. Der folgende Beitrag fasst die Erfahrungen aus dem Medizincontrolling systematisch zusammen und ordnet sie in die Zielsetzung der Richtlinie ein. Die exemplarischen Rückmeldungen zeigen typische Problemfelder, die bundesweit auftreten und die Funktionsfähigkeit des Prüfregimes maßgeblich beeinflussen.

Keywords: Medizincontrolling, Gesundheitspolitik, Strategie

Die organisatorische Umsetzung der LOPS-Prüfungen ist für viele Einrichtungen mit erheblichen Herausforderungen verbunden. Besonders häufig wird die fehlende Transparenz über den Prüfstart kritisiert. Mehrfach wurden Anforderungen im MD-Portal eingestellt, ohne dass die Häuser aktiv informiert wurden. Zwischen Veröffentlichung und zufälliger Entdeckung lagen teilweise mehrere Tage – ein gravierender Zeitverlust angesichts der engen Fristen.

Zudem erfordert die Zusammenstellung der Unterlagen eine intensive Abstimmung zwischen Medizincontrolling, ärztlicher Leitung, Personalabteilung, Qualitätsmanagement und kaufmännischem Controlling. Die parallele Durchführung weiterer Prüfverfahren – etwa nach G-BA-Richtlinien oder im Rahmen der StrOPS – verstärkt diesen Aufwand. Die Vielzahl beteiligter Bereiche erhöht das Risiko widersprüchlicher Informationen und erschwert eine effiziente interne

Steuerung. Gleichzeitig zeigen einzelne MD-Standorte, dass ein reibungsloser Ablauf möglich ist. Dort wurden strukturierte Terminabsprachen, angemessene Vorlaufzeiten und eine konstruktive Kommunikation berichtet. Diese positiven Beispiele verdeutlichen, dass die Schwierigkeiten weniger im Konzept der Richtlinie liegen, sondern in der heterogenen Umsetzung.

Dokumentations- und Nachweisanforderungen

Ein zentrales Problemfeld sind die umfangreichen und häufig redundanten Nachweisanforderungen. Trotz der Zusage, bereits vorliegende Unterlagen aus früheren OPS-Prüfungen nicht erneut anfordern zu müssen, berichten viele Häuser von mehrfachen Anforderungen identischer Dokumente. Besonders betroffen sind Dienstpläne, Facharzturkunden, Qualifikationsnachweise und organisatorische Strukturen. In ei-

nem Fall mussten für 15 Leistungsgruppen über 1.000 Dokumente hochgeladen werden – ein Aufwand, der dem Anspruch eines „aufwandsarmen“ Verfahrens widerspricht. Hinzu kommt die fehlende Übereinstimmung zwischen den im Portal abgefragten Unterlagen und den Anforderungen der Anlagen 4 und 5. Mehrfach wurden Unterlagen verlangt, die über die normativen Vorgaben hinausgehen. Dies führt zu Rechtsunsicherheiten und erschwert die Vorbereitung erheblich.

Technische Probleme verstärken die Belastung. Die Strukturdatentabelle, die eine standardisierte Datenerfassung ermöglichen sollte, funktionierte teilweise nicht oder bot nicht genügend Platz. In mehreren Einrichtungen mussten ergänzende Tabellen erstellt werden, die wiederum nicht immer berücksichtigt wurden. Die Digitalisierung führt damit nicht zu einer Entlastung, sondern verlagert den analogen Aufwand in digitale Formate, ohne ihn zu reduzieren.

Schnittstellenprobleme

Obwohl die Richtlinie eine durchgängig digitale Prüfung vorsieht, zeigen die Erfahrungen, dass Medienbrüche und technische Störungen weiterhin verbreitet sind. In mehreren Fällen lagen dem MD Unterlagen, die über GERDA übermittelt wurden, nicht vor und mussten erneut eingereicht werden. Auch das LE-Portal zeigte Übermittlungsfehler, unklare Statusanzeigen und fehlende Transparenz über den Bearbeitungsstand. In einigen Fällen wurden Dokumente im MD intern falsch zugeordnet oder gingen vollständig verloren. Diese Probleme beeinträchtigen nicht nur die Effizienz, sondern erhöhen das Risiko formaler Fehler. Die Qualität der Schnittstellen variiert zudem stark zwischen den MD-Standorten, was zu einer uneinheitlichen Prüfpraxis führt und die Vergleichbarkeit der Verfahren untergräbt.

Bürokratische Belastungen

Die LOPS-Prüfungen führen in ihrer aktuellen Ausgestaltung zu einer erheblichen Bürokratisierung. Der Aufwand entsteht nicht nur durch die Menge der Unterlagen, sondern durch deren wiederholte Zusammenstellung, interne Abstimmung und mehrfache Übermittlung. Dies bindet erhebliche personelle Ressourcen in Medizincontrolling, Qualitätsmanagement und Personalabteilung.

Viele Häuser sehen keinen proportionalen Erkenntnisgewinn. Die intendierte „Once-Only-Logik“ ist in der Praxis nicht umgesetzt. Stattdessen bestehen parallele Prüfregime, die identische Sachverhalte mehrfach abfragen. Diese Entwicklung steht im Widerspruch zu den politischen Zielen einer Entbürokratisierung und führt zu einer Verschiebung von Ressourcen in administrative Tätigkeiten.

Unklarheiten und Widersprüche in bestehenden Regelungen

Die Rückmeldungen zeigen zahlreiche Unklarheiten und Widersprüche zwischen normativen Vorgaben und praktischer Umsetzung. Mehrfach wurden Unterlagen angefordert, die über die in den Anlagen 4 und 5 definierten Inhalte hinausgehen. Dies führt zu Rechtsunsicherheiten und erschwert die Vorbereitung. Besonders problematisch sind rückwirkende Anforderungen. In einigen Fällen wurden Kriterien erst kurz vor oder während des laufenden Prüfverfahrens geändert, obwohl der Prüfzeitraum bereits feststand. Diese betreffen insbesondere die Anforderungen an die Verfügbarkeit von Personal. Eine rückwirkende Anwendung neuer Kriterien ist faktisch nicht erfüllbar.

Hinzu kommt eine gravierende Regelungslücke im Bereich der OPS-Prüfungen. Die gesetzliche Vorgabe, dass Krankenhäuser bei erstmaliger Abrechnung eines OPS-Kodes drei Monate lang Leistungen ohne Vergütung erbringen müssen, bevor die Strukturprüfung beantragt werden kann, führt zu einer Finanzierungslücke. Eine rückwirkende Vergütung wäre aus Sicht der Praxis zwingend erforderlich.

Verbesserungspotenziale aus Sicht der Praxis

Die Rückmeldungen zeigen klare Ansatzpunkte für Verbesserungen. Ein zentraler Punkt ist die verbindliche Anerkennung bereits vorgelegter Unterlagen. Einmal eingereichte und weiterhin gültige Nachweise sollten für weitere Leistungsgruppen anerkannt werden, um redundante Anforderungen zu vermeiden. Zudem besteht ein dringender Bedarf an einer stabilen technischen Infrastruktur. Digitale Systeme müssen zuverlässig funktionieren, klare Statusanzeigen bieten und eine transparente Kommunikation ermöglichen. Die Strukturdatentabelle sollte so gestaltet sein, dass sie den tatsächlichen Anforderungen entspricht.

Eine Harmonisierung der Prüfverfahren ist ebenfalls notwendig. Die parallele Durchführung verschiedener Prüfregime führt zu redundanten Anforderungen und erhöht den administrativen Aufwand. Eine bessere Verzahnung mit G-BA- und IQTIG-Verfahren wäre ein wichtiger Schritt zur Entlastung der Krankenhäuser. Schließlich wird ein stärkerer persönlicher Austausch zwischen Krankenhäusern und dem MD als hilfreich angesehen. Eine rein dokumentenbasierte Prüfung wird der Komplexität vieler Sachverhalte nicht gerecht und führt häufig zu unnötigen Nachforderungen.

Fazit

Die LOPS-Richtlinie verfolgt das Ziel, Strukturprüfungen zu vereinheitlichen und zu digitalisieren. Die praktischen Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Umsetzung derzeit weit hinter diesem Anspruch zurückbleibt. Die Prüfverfahren sind organisatorisch anspruchsvoll, technisch störanfällig und administrativ belastend. Gleichzeitig zeigen positive Beispiele einzelner MD-Standorte, dass konstruktive Zusammenarbeit möglich ist.

Die LOPS-Richtlinie kann ein wirksames Instrument zur Sicherung der Strukturqualität sein – jedoch nur, wenn sie konsequent digitalisiert, harmonisiert und praxistauglich ausgestaltet wird. Die Erfahrungen aus der Praxis liefern dafür eine klare Grundlage. Eine Weiterentwicklung der Richtlinie sollte sich an den realen Abläufen orientieren und die Belastungen der Einrichtungen ernst nehmen, um eine effiziente, transparente und qualitätsorientierte Strukturprüfung zu ermöglichen. ■

Prof. Dr. Erika Raab

Vorstandsvorsitzende der DGfM
Erika.Raab@medizincontroller.de