



# Regulatorische Verdichtung und administrative Last

## Die strukturelle Überforderung des Medizincontrollings im Rahmen der Krankenhausreform

Von Prof. Dr. Erika Raab

**D**ie Einführung der Leistungsgruppen markiert einen tiefgreifenden Systemwechsel. Sie operationalisieren Qualitäts- und Strukturvorgaben, die sich aus LOPS, StrOPS, GBA-Richtlinien und weiteren normativen Ebenen speisen. Diese Vorgaben sind nicht nur medizinisch anspruchsvoll, sondern erzeugen eine neue Form der administrativen Komplexität: Die Leistungsgruppen transformieren das Medizincontrolling von einer primär retrospektiven Kodier- und Abrechnungsinstanz zu einer prospektiven Strukturprüf- und Nachweisinstanz. Damit verschiebt sich der Schwerpunkt von der Abbildung erbrachter Leistungen hin zur permanenten Validierung struktureller Voraussetzungen. Diese Verschiebung ist nicht trivial. Sie führt zu einer erheblichen Ausweitung der Dokumentations- und Nachweispflichten, die in ihrer Tiefe und Frequenz weit über das hinausgehen, was bisherige regulatorische Instrumente erforderten.

Die Leistungsgruppen verlangen eine kontinuierliche Überwachung von Personalqualifikationen, Dienstplänen,

Geräteverfügbarkeiten, Prozessabläufen und interdisziplinären Kooperationsstrukturen. Diese Informationen müssen nicht nur vorgehalten, sondern fortlaufend aktualisiert, plausibilisiert und gegenüber Behörden und Prüfinstanzen nachgewiesen werden. Die Reform erzeugt damit eine Form der „strukturellen Dauerprüfung“, die nicht nur zeitintensiv, sondern auch hochgradig fehleranfällig ist. Die Anforderungen sind so granular, dass sie in vielen Häusern nur mit erheblichem organisatorischem Aufwand oder gar nicht erfüllbar sind. Das Medizincontrolling wird damit zu einem zentralen Knotenpunkt eines Systems, das sich zunehmend durch regulatorische Übersteuerung auszeichnet.

Parallel dazu werden die Prüfquoten des Medizinischen Dienstes ausgeweitet. Die Prüfungen erstrecken sich nicht mehr nur auf die Abrechnung, sondern zunehmend auf die strukturellen Voraussetzungen der Leistungserbringung. Die Prüftiefe nimmt zu, die Prüfverfahren werden komplexer und die Sanktionstatbestände erweitern sich. Für das Medizincontrolling

*Die gegenwärtige Krankenhausreform wird politisch als umfassende Modernisierung des stationären Sektors präsentiert. Sie soll Transparenz schaffen, Qualität sichern und Fehlanreize reduzieren. Aus einer analytischwissenschaftlichen Perspektive zeigt sich jedoch ein Reformdesign, das durch eine außergewöhnlich hohe regulatorische Dichte, eine rapide Ausweitung administrativer Anforderungen und eine strukturelle Entkopplung von Vorgaben und Ressourcen geprägt ist. Besonders deutlich wird dies im Bereich des Medizincontrollings, das im Zentrum der Umsetzung steht und zugleich am stärksten von den inhärenten Widersprüchen der Reformarchitektur betroffen ist. Die Reform erzeugt ein System, das hohe normative Ansprüche formuliert, aber keine realistische Umsetzungsperspektive bietet – und damit das Medizincontrolling in eine strukturelle Überlastungssituation zwingt.*

**Keywords:** Medizincontrolling, Strategie, Dokumentation

bedeutet dies eine erhebliche Intensivierung der externen Kontrolle, die zusätzliche Ressourcen bindet und die operative Arbeit weiter erschwert. Die Prüfverfahren entwickeln sich zu einem eigenständigen Risikofaktor, der ►

die ohnehin knappen Ressourcen zusätzlich belastet und die interne Steuerungsfähigkeit der Krankenhäuser beeinträchtigt.

### Anhebung der Prüfquote

Die geplante Anhebung der Prüfquoten stellt eine weitere erhebliche Verschärfung der administrativen Belastung dar und trifft das Medizincontrolling in einem Moment maximaler struktureller Beanspruchung. Der Referentenentwurf sieht vor, die Schwellenwerte für unbeanstandete Abrechnungen deutlich anzuheben und die Prüfquoten entsprechend zu erhöhen. Während bislang bereits ein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von 40 bis 60 Prozent zu einer Prüfquote von zehn Prozent führte, soll derselbe Bereich künftig mit 25 Prozent geprüft werden. Erst ein Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von mindestens 80 Prozent würde die Prüfquote auf fünf Prozent begrenzen. Damit wird ein erheblicher Teil der Krankenhäuser in deutlich höhere Prüfquoten rutschen, ohne dass hierfür zusätzliche Ressourcen oder strukturelle Entlastungen vorgesehen sind.

Diese Ausweitung der Prüfquoten ist nicht lediglich eine technische Anpassung, sondern ein systemischer Eingriff mit weitreichenden Folgen. Sie erhöht die Prüfintensität in einem Ausmaß, das die vorhandenen Kapazitäten des Medizincontrollings übersteigt. Die Prüfquote wird damit zu einem zentralen Treiber administrativer Last, der die ohnehin knappen Ressourcen weiter bindet und die Opportunitätskosten der Bürokratie nochmals erhöht. Jede zusätzliche Prüfung bedeutet nicht nur einen potenziellen Erlösverlust, sondern auch einen erheblichen Aufwand für Dokumentation, Kommunikation, Nachweisführung und Widerspruchmanagement. Die Reform unterschätzt damit fundamental, dass Prüfquoten nicht nur Kontrollinstrumente sind, sondern erhebliche Transaktionskosten erzeugen, die in keinem Finanzierungselement der Reform berücksichtigt werden. Die DGfM muss daher klar adressieren, dass die Anhebung der Prüfquoten – insbesondere die Verschiebung der mittleren Kategorie von zehn auf 25 Prozent – eine administrative Belastung darstellt, die in keinem Verhältnis zu den vorhandenen Ressourcen steht und die Funktionsfähigkeit des Medizincontrollings strukturell gefährdet.

Diese regulatorische Expansion erzeugt Bürokratiekosten, die in der politischen

Debatte kaum sichtbar sind. Sie erscheinen in keiner Finanzierungslogik, obwohl sie erhebliche Opportunitätskosten verursachen. Jede Stunde, die das Medizincontrolling mit der Erfüllung regulatorischer Anforderungen verbringt, fehlt für die Analyse klinischer Prozesse, die Optimierung von Abläufen oder die Unterstützung der medizinischen Fachbereiche. Diese Opportunitätskosten sind nicht nur betriebswirtschaftlich relevant, sondern wirken sich auch auf die interne Steuerungsfähigkeit der Krankenhäuser aus. Die Reform unterschätzt damit systematisch die indirekten Kosten administrativer Lasten. In der ökonomischen Theorie werden solche Effekte als „verdeckte Transaktionskosten“ beschrieben – Kosten, die nicht explizit ausgewiesen werden, aber die Effizienz eines Systems erheblich beeinträchtigen.

### Fehlende Finanzierung der Strukturvorgaben

Hinzu kommt die fehlende finanzielle Unterlegung der Strukturvorgaben. Das Vorhaltebudget basiert überwiegend auf einer Umverteilung innerhalb des bestehenden Systems und bildet die tatsächlichen Fixkosten vieler Häuser nicht ab. Die Tarifsteigerungen werden nicht vollständig refinanziert, obwohl sie einen erheblichen Anteil der Kostenentwicklung ausmachen. Die PpUGV definiert Mindestbesetzungen, die auf dem Arbeitsmarkt kaum realisierbar sind und deren Finanzierung im Vorhaltebudget nicht vorgesehen ist. Das Medizincontrolling muss somit Strukturen nachweisen, deren Finanzierung nicht gesichert ist – ein systemischer Widerspruch, der die Umsetzung erheblich erschwert. Die Reform erzeugt damit eine strukturelle Asymmetrie zwischen normativen Anforderungen und ökonomischen Realitäten.

### Überkomplexität der Reform

Die Überkomplexität der Reform zeigt sich auch in der Vielzahl paralleler Prozesse. Die Krankenhäuser müssen gleichzeitig Leistungsgruppen implementieren, Vorhaltebudgets kalkulieren, Transformationspläne erstellen, PpUGV-Vorgaben erfüllen und GBA-Richtlinien umsetzen. Die Fristen sind eng, die Vorgaben ändern sich laufend und viele Details sind noch nicht abschließend geregelt. Das Medizincontrolling muss in diesem Umfeld Entscheidungen treffen, die weitreichende Konsequenzen haben, obwohl die rechtlichen Grundlagen teilweise noch unklar sind. Diese Unsicherheit ist nicht nur administrativ belastend, son-

dern auch steuerungstheoretisch problematisch. Sie führt zu einer Situation, in der Entscheidungen unter Bedingungen regulatorischer Volatilität getroffen werden müssen – ein Zustand, der in der Organisationsforschung als besonders risikobehaftet gilt.

Aus einer akademischen Perspektive lässt sich die Reform als Beispiel für eine „regulatorische Übersteuerung“ interpretieren: Die Politik versucht, Qualität durch immer detailliertere Vorgaben zu sichern, ohne die Ressourcen bereitzustellen, die für deren Umsetzung notwendig wären. Das Ergebnis ist ein System, das hohe Anforderungen stellt, aber keine realistische Umsetzungsperspektive bietet. Das Medizincontrolling wird damit zum zentralen Akteur in einem System, das an seiner eigenen Komplexität zu scheitern droht. Die Reform erzeugt eine administrative Last, die nicht nur ineffizient ist, sondern auch die Funktionsfähigkeit des Systems insgesamt beeinträchtigt.

Eine nachhaltige Reform müsste die regulatorische Dichte reduzieren, die Bürokratiekosten systematisch berücksichtigen und die Strukturvorgaben realistisch finanzieren. Solange dies nicht geschieht, bleibt die Reform ein Beispiel für eine politisch ambitionierte, aber administrativ überfordernde Systemtransformation, deren Umsetzung an den Grenzen des Leistbaren scheitert. Das Medizincontrolling wird damit zum Brennpunkt eines Systems, das dringend einer Entlastung bedarf – nicht, weil es an Kompetenz mangelt, sondern weil die Reformarchitektur selbst die Grenzen des Machbaren überschreitet. ■

**Prof. Dr. Erika Raab**

Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für  
Medizincontrolling e. V.  
erika.raab@medizincontroller.de