



Stellungnahme der DGfM zur geplanten Anhebung der MD-Prüfquoten und den administrativen Auswirkungen der Krankenhausreform

Von Prof. Dr. Erika Raab

Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) nimmt mit großer fachlicher Sorge die im Rahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes vorgesehenen Anpassungen der MD-Prüfquoten sowie die zunehmende regulatorische Verdichtung im Zuge der Krankenhausreform zur Kenntnis. Die Reform verfolgt das Ziel, Qualität und Transparenz zu stärken. In ihrer gegenwärtigen Ausgestaltung führt sie jedoch zu einer erheblichen Ausweitung administrativer Lasten, die weder finanziell hinterlegt noch organisatorisch realisierbar sind. Das Medizincontrolling wird damit in eine strukturelle Überforderungssituation gedrängt, die die Funktionsfähigkeit der internen Steuerungsprozesse gefährdet.

Die geplante Anhebung der Prüfquoten stellt einen substantiellen Eingriff in die Arbeitsrealität der Krankenhäuser dar. Nach den vorliegenden Plänen sollen die Schwellenwerte für unbeanstandete Abrechnungen ab dem 1. Januar 2027 deutlich verschärft werden. Während bislang 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 ab einem Anteil unbeanstandeter Abrechnungen von mindestens 80 Prozent würde die Prüfquote auf fünf Prozent begrenzt. Für zahlreiche Krankenhäuser bedeutet dies eine faktische Verdopplung oder Verzweieinhalbfachung der Prüfquote – ohne jede flankierende Entlastung.

Diese Ausweitung der Prüfquoten ist nicht lediglich eine technische Anpassung,

sondern ein systemischer Eingriff mit weitreichenden Folgen für das Medizincontrolling. Die Prüfquote fungiert als zentraler Treiber administrativer Last. Jede zusätzliche Prüfung bindet erhebliche personelle und zeitliche Ressourcen, die in keinem Finanzierungselement der Reform berücksichtigt werden. Die DGfM weist ausdrücklich darauf hin, dass die hierdurch entstehenden Bürokratiekosten als Opportunitätskosten wirken: Jede Stunde, die für die Bearbeitung zusätzlicher Prüfungen, die Erstellung strukturbezogener Nachweise oder die Vorbereitung von MD-Verfahren aufgewendet wird, fehlt für die Analyse klinischer Prozesse, die Optimierung medizinischer Abläufe oder die Unterstützung der Leistungserbringer. Diese indirekten Kosten sind real, substantiell und wachsend, werden jedoch im politischen Diskurs systematisch ausgeblendet.

Die Krankenhausreform verschärft diese Problematik zusätzlich, indem sie das Medizincontrolling in die Überkomplexität zwingt. Mit der Einführung der Leistungsgruppen, der Umsetzung der LOPS und StrOPS sowie der verschärften G-BA-Vorgaben verschiebt sich der Schwerpunkt des Medizincontrollings von der retrospektiven Abbildung erbrachter Leistungen hin zur prospektiven Validierung struktureller Voraussetzungen. Das Medizincontrolling wird damit zu einer permanenten Strukturprüf- und Nachweisinstanz, die eine Vielzahl granularer Anforderungen fortlaufend dokumentieren, aktualisieren und plausibilisieren muss. Diese Form der „strukturellen Dauerprüfung“ erzeugt eine administrative Komplexität, die in

ihrer Tiefe und Frequenz weit über das hinausgeht, was bisherige regulatorische Instrumente erforderten.

Die Reform verkennt dabei die grundlegende Asymmetrie zwischen normativen Anforderungen und ökonomischen Realitäten. 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.

Aus einer wissenschaftlich analytischen 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. Die Ausweitung der Prüfquoten verstärkt diese Überlastung weiter und verschiebt das Gleichgewicht zwischen medizinischer Leistungserbringung und administrativer Kontrolle in eine Richtung, die weder effizient noch sachgerecht ist.

Die DGfM fordert daher eine klare Korrektur der geplanten Prüfquotenanhebung. Eine Verdopplung oder Verzehnfachung der Prüfquote in zentralen Bereichen ist weder fachlich begründbar noch organisatorisch umsetzbar. Die DGfM erwartet, dass die Politik die Auswirkungen dieser Maßnahme auf das Medizincontrolling, die internen Prozesse der Krankenhäuser und die administrativen Transaktionskosten ernsthaft berücksichtigt und die geplanten Anpassungen entsprechend überarbeitet. Eine Reform, die regulatorische Anforderungen massiv ausweitet, ohne die damit verbundenen Bürokratiekosten zu berücksichtigen, ist nicht nachhaltig und gefährdet die Funktionsfähigkeit des Systems.

Die DGfM bekräftigt ihre Bereitschaft, den Reformprozess konstruktiv zu begleiten. Voraussetzung hierfür ist jedoch eine Reformarchitektur, die die Rolle des Medizincontrollings realistisch berücksichtigt, regulatorische Dichte reduziert und die administrativen Lasten angemessen finanziert. Nur unter diesen Bedingungen kann die Reform ihr Ziel erreichen, Qualität und Transparenz zu stärken, ohne die internen Steuerungsstrukturen der Krankenhäuser zu überlasten. ■



Prof. Dr. Erika Raab
Vorstandsvorsitzende der DGfM

KU Fachbeirat



Prof. Dr. med. Andreas Becker
Institut Prof. Dr. Becker, Rösrath



Dipl. Kfm. Jens Bussmann
Generalsekretär Verband der
Universitätsklinika Deutschlands e.V. (VUD)



Dr. med. York Dhein
CEO
VITREA Holding Deutschland GmbH



Xaver Frauenknecht MBA
Berater im Gesundheitswesen



Stefan Günther, M.A.
Mitglied des Vorstands der Fachgruppe
psychiatrischer Einrichtungen im VKD
Referent des Direktors Wirtschaft und
Finanzen und Leiter Controlling bei den
Medizinischen Einrichtungen des Bezirks
Oberpfalz



Dr. med. Erwin Horndasch
Leiter Medizincontrolling
Kreisklinik Roth



Heinz Kölking
Unternehmensberatung
Gesundheitswirtschaft



Dr. Nicolas Krämer
Vorstandsvorsitzender
der HC&S AG



Dr. Thomas Krössin MBA
Professur für Gesundheitsmanagement
iU Internationale Hochschule



Prof. Dr. Julia Oswald
Professorin für Betriebswirtschaftslehre,
insbes. Krankenhausfinanzierung und
-management, Fakultät Wirtschafts- und
Sozialwissenschaften Hochschule Osnabrück



Prof. Dr. Volker Pentter
Partner BDO AG
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft



Prof. Dr. Erika Raab
Geschäftsführerin Kreisklinik Groß-Gerau
Vorstandsvorsitzende DGfM e.V.



Andrea Schmidt-Rumposch
Pflegedirektorin / Vorstand
Universitätsmedizin Essen (ÄÖR)



Dr. med. Dr. jur. Martin Siebert
Geschäftsführender Gesellschafter
medAurel GmbH – Gesellschaft für
Gesundheitsmanagement



Dr. Christian Stoffers
Geschäftsführer Diakonie
Soziale Dienste gGmbH Siegen



Dipl. Kfm. Kai Westphal
Geschäftsführer Kaiser-Klinik Bonn,
Geschäftsführer Herzpark Mönchengladbach,
Geschäftsführer Aataalklinik Bad Wünnenberg