

Abrechnungsreform

Kontrolle als Kostenfalle

Die Vorschläge zur Abrechnungsreform schaffen eine weitere Kontrollbürokratie, warnt die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM). Eine nachhaltige Reform sollte die Balance zwischen Kontrolle und Versorgung neu austarieren – und die Bürokratiekosten im Blick haben.

Von Prof. Erika Raab

Die aktuellen Vorschläge des Bundesgesundheitsministeriums und der GKV-Kommission zur Reform der Krankenhausabrechnung und der Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst (MD) werden mit dem Anspruch vorgelegt, erhebliche Einsparpotenziale zu heben und die Ausgaben- dynamik zu bremsen.

Wiederaufnahmen und Prüfquoten

Bei genauerer Betrachtung zeigt sich aber, dass die behaupteten Einsparungen auf einer ökonomisch verkürzten Logik beruhen, die zentrale Zusammenhänge des Versorgungssystems ausblendet. Aus Sicht der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) ist die Einsparbehauptung weder empirisch belastbar noch theoretisch konsistent. Vielmehr droht eine erhebliche Ausweitung der Kontrollbürokratie, deren Opportunitätskosten in den Vorschlägen vollständig unberücksichtigt bleiben.

Die pauschale Zusammenführung aller Wiederaufnahmen (Fallzusammenführung) 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 Versorgungsrealität zeigt ein anderes Bild: 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. Damit verbundene administrative Kosten werden in der GKV-Kommissions-Argumentation nicht bilanziert. Die Vorstellung, man könne durch pauschale Restriktionen Kosten sparen, ohne die Folgekosten der Kontrolle einzupreisen, ist ökonomisch unhaltbar.

Die Forderung nach Anpassung der quartalsweisen Prüfquoten folgt demselben Logik. Die GKV suggeriert, dass ei-

ne umfassendere Prüfung der Krankenhausabrechnungen zu einer höheren Abrechnungsqualität und damit zu Einsparungen führen würde. Diese Annahme ignoriert jedoch 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 – werden in der GKV-Argumentation systematisch ausgeblendet.



Ausweitung des Prüfumfangs droht

Besonders problematisch ist der Vorschlag, den Prüfumfang des MD automatisch auf sämtliche abrechnungsrelevanten Sachverhalte 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 von der GKV-Kommission als Beitrag zu finanzieller Transparenz dargestellt. Vorhaltebudgets sind aber 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 Insti-

tutionenökonomik – werden in den GKV-Vorschlägen nicht berücksichtigt. Ein System, das strukturelle Mittel fallbezogen prüft, erzeugt zwangsläufig neue Bürokratie, ohne dass ein empirisch belegbarer Nutzen entsteht.

Neue Nachweis- und Prüfpflichten

Auch die Einführung eines verpflichtenden Zweitmeinungsverfahrens und eines standardisierten Prüfverfahrens für die sogenannten neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) wird mit dem Argument der Qualitätssicherung und Kostendämpfung begründet. Doch auch hier zeigt die Forschung, dass zusätzliche Kontrollinstanzen häufig zu Doppelstrukturen, Prozessverzögerungen und erhöhtem administrativen Aufwand führen. Die Kosten dieser zusätzlichen Ebenen werden nicht bilanziert, obwohl sie in der Praxis erheblich sind. Die GKV-Argumentation folgt damit einem klassischen „Kostenverlagerungsparadoxon“: Einsparungen werden behauptet, weil man nur die direkten Effekte betrachtet, während die indirekten Kosten 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.

Kontrolle statt Versorgung

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 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

