

---

## Streitschrift

### Kontrolle außer Kontrolle

*Die Vermessung des Unmessbaren:*

*Warum das MD-Prüfregime Milliarden kostet, aber seinen  
ökonomischen Nutzen nicht belegen kann*

## Vorwort

Die aktuelle Diskussion über steigende Prüfquoten, neue Prüfanlässe und eine zunehmende Verdichtung regulatorischer Vorgaben legt ein strukturelles Grundproblem des deutschen Krankenhauswesens offen: Wir sparen – koste es, was es wolle.

Während die Politik Effizienz einfordert, wächst ein Prüf- und Kontrollapparat, der selbst keinerlei Effizienzanforderungen erfüllen muss. Seine Kosten erscheinen in keinem Landesbasisfallwert, in keiner Budgetverhandlung und in keiner offiziellen Statistik. Krankenhäuser weisen seit Jahren darauf hin, dass MD-Prüfungen, Strukturprüfungen, Leistungsgruppenprüfungen und umfangreiche Dokumentationspflichten erhebliche Ressourcen binden, die weder patientennah noch refinanziert sind. Doch solange diese Bürokratie nicht messbar ist, bleibt sie politisch folgenlos.

Diese Schrift schließt genau diese Lücke. Sie entwickelt ein transparentes, mathematisch nachvollziehbares Modell, das die Kontrolllast erstmals systematisch quantifiziert. Zwei neue Kennzahlen – Prüfindensität und Bürokratiekostenindex – ermöglichen eine objektive Bewertung der regulatorischen Belastung im Krankenhauswesen. Beide Indikatoren sind so konstruiert, dass sie für politische Entscheidungsträger verständlich, für Krankenhausleitungen anschlussfähig und für wissenschaftliche Analysen belastbar sind.

Die ökonomische Bewertung der MD-Prüfungen erfordert eine klare Trennung von Kosten und Nutzen. Während die Kosten auf Basis amtlicher Fallzahlen, gesetzlicher Prüfquoten und modellierter Prüfkosten belastbar geschätzt werden können, bleibt der Nutzen aufgrund fehlender Transparenz empirisch unbestimmt. Zentrale Parameter wie segmentbezogene Erfolgsquoten, durchschnittliche Kürzungsbeträge und Prüfkosten pro Fall werden nicht veröffentlicht. Damit ist eine evidenzbasierte Nutzenbewertung derzeit nicht möglich.

Hinzu kommt: Regulatorische Veränderungen seit 2019 haben das Nutzenpotenzial strukturell reduziert. Strukturprüfungen senken die Erfolgsquoten bei Komplexcodes, Anpassungen der cc-Matrix verringern erlösrelevante Nebendiagnosen, und Ambulantisierung sowie Hybrid-DRG reduzieren das Volumen und die Erfolgswahrscheinlichkeit im Segment der primären Fehlbelegung. Der erwartete Nutzen pro Prüfung sinkt damit systematisch, während die Prüfkosten unverändert bleiben.

Die Analyse zeigt, dass die historischen Nutzenannahmen der Krankenkassen nicht mehr auf die heutige Systemlogik übertragbar sind. Eine evidenzbasierte Weiterentwicklung des Prüfregimes erfordert daher die Offenlegung segmentierter Erfolgsquoten, Kürzungsbeträge und Prüfkosten. Ohne diese Daten bleibt die Behauptung hoher Einsparwirkungen empirisch nicht überprüfbar, während die Kosten des Prüfregimes klar quantifizierbar sind und in einem deutlichen Missverhältnis zur unbestimmten Nutzenhöhe stehen.

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Vorwort .....                                                                             | 2  |
| Management Summary .....                                                                  | 7  |
| A. Prüfungsvolumen und Kostenbelastung .....                                              | 7  |
| B. Neue Kennzahlen zur Bewertung der Kontrolllast .....                                   | 7  |
| C. Personelle Auswirkungen .....                                                          | 8  |
| D. Anreizstrukturen und systemische Dynamik .....                                         | 8  |
| E. Gesamtbewertung .....                                                                  | 9  |
| Parameterübersicht .....                                                                  | 10 |
| A. Fall- und Mengenparameter .....                                                        | 10 |
| B. Prüfquotenparameter .....                                                              | 10 |
| C. Segmentierungsparameter .....                                                          | 11 |
| D. Erfolgs- und Sanktionsparameter .....                                                  | 11 |
| E. Kostenparameter .....                                                                  | 12 |
| F. Nutzenparameter .....                                                                  | 12 |
| G. Kennzahlen .....                                                                       | 13 |
| H. Dynamikparameter (Veränderungen seit 2019) .....                                       | 13 |
| I. Zusammenfassung der Parameterlogik .....                                               | 13 |
| Abschnitt I: Grundlegende Berechnung der Bürokratiekosten bei steigenden Prüfquoten ..... | 14 |
| 1. Datengrundlage – Faktenbasis .....                                                     | 14 |
| 1.1 Vollstationäre Fälle .....                                                            | 14 |
| 1.2 Gesetzliche Prüfquoten .....                                                          | 14 |
| 1.3 Empirisches Prüfungsvolumen .....                                                     | 14 |
| 2. Modellannahmen .....                                                                   | 14 |
| 2.1 Quotenrelevante Fälle .....                                                           | 15 |
| 2.2 Verteilung der Fälle auf Prüfquoten (Status quo) .....                                | 15 |
| 2.3 Verteilung im Szenario „erweitertes Prüfregime“ .....                                 | 15 |
| 2.4 Kosten pro Prüfung .....                                                              | 16 |
| 3. Prüfungsvolumen .....                                                                  | 16 |
| 3.1 Status quo .....                                                                      | 16 |
| 3.2 Erweitertes Prüfregime .....                                                          | 17 |
| 3.3 Zunahme des Prüfungsvolumens .....                                                    | 17 |

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4. Direkte Kosten der Einzelfallprüfung.....                                                                   | 17 |
| 4.1 Status quo .....                                                                                           | 17 |
| 4.2 Erweitertes Prüfregime.....                                                                                | 17 |
| 4.3 Zusätzliche Kosten.....                                                                                    | 17 |
| 5. Kennzahlen .....                                                                                            | 18 |
| 5.1 Prüfintensität (I\_ <sub>P</sub> ) .....                                                                   | 18 |
| 5.2 Bürokratiekostenindex (B\_ <sub>K</sub> ).....                                                             | 18 |
| 6. Zusammenfassung des Abschnitts .....                                                                        | 19 |
| Abschnitt II: Gesamtbürokratiekosten des regulatorischen Prüfregimes im Krankenhaus .....                      | 20 |
| A. Zielsetzung des Abschnitts .....                                                                            | 20 |
| B. Struktur des Prüf- und Regulierungssystemes.....                                                            | 20 |
| C. Modellrahmen .....                                                                                          | 21 |
| D. Eingangsgröße: Direkte Kosten der Einzelfallprüfung .....                                                   | 21 |
| E. Ebene 2: Struktur- und Qualitätsprüfungen.....                                                              | 22 |
| F. Ebene 3: Indirekte Bürokratiekosten .....                                                                   | 22 |
| G. Gesamtkostenmodell – Szenarien .....                                                                        | 23 |
| 1. Konservatives Szenario .....                                                                                | 23 |
| 2. Realistisches Szenario .....                                                                                | 23 |
| 3. Oberes Szenario .....                                                                                       | 23 |
| H. Interpretation .....                                                                                        | 23 |
| I. Schlussfolgerung des Abschnitts .....                                                                       | 24 |
| Abschnitt III – Institutionelle Architektur der Kontroll- und Prüfbehörden im deutschen Krankenhauswesen ..... | 25 |
| A. Einordnung und Zielsetzung .....                                                                            | 25 |
| B. Behörden und Institutionen mit primärem Kontrollauftrag.....                                                | 25 |
| 1. Medizinischer Dienst (MD) .....                                                                             | 25 |
| 2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) .....                                                                    | 26 |
| 3. Landesbehörden / Landesprüfstellen .....                                                                    | 26 |
| 4. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) .....                           | 27 |
| 5. Berufsgenossenschaften / Unfallversicherungsträger .....                                                    | 27 |
| 6. Datenschutzbehörden .....                                                                                   | 27 |
| 7. Medizinprodukteaufsicht .....                                                                               | 28 |

|                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 8. Krankenkassen (als funktionale Prüfinstitutionen) .....                                                     | 28 |
| C. Systemische Einordnung.....                                                                                 | 28 |
| 1. Mehrschichtigkeit .....                                                                                     | 28 |
| 2. Sektorale Fragmentierung .....                                                                              | 29 |
| 3. Kumulative Belastung .....                                                                                  | 29 |
| 4. Fehlende Gesamtkoordination .....                                                                           | 29 |
| D. Quantitative Einordnung (Anschluss an Abschnitt I) .....                                                    | 29 |
| E. Schlussbemerkung .....                                                                                      | 29 |
| Abschnitt III – Arbeitszeit- und Personalbedarf im Prüf- und Regulierungsökosystem .....                       | 31 |
| A. Zielsetzung .....                                                                                           | 31 |
| B. Methodik .....                                                                                              | 31 |
| C. Ebene 1 – Einzelfallprüfungen.....                                                                          | 31 |
| D. Ebene 2 – Struktur- und Qualitätsprüfungen .....                                                            | 32 |
| E. Ebene 3 – Indirekte Bürokratiekosten .....                                                                  | 33 |
| G. Schlussfolgerung .....                                                                                      | 34 |
| Abschnitt IV – Ökonomische Anreizstrukturen und Nutzenmodell.....                                              | 35 |
| A. Zielsetzung .....                                                                                           | 35 |
| B. Struktur des Nutzenmodells .....                                                                            | 35 |
| C. Rationalitätsbedingung pro Segment .....                                                                    | 36 |
| D. Segmentstruktur und Nutzenpotenzial.....                                                                    | 37 |
| E. Warum der Nutzen seit 2019 sinkt.....                                                                       | 38 |
| 1. Strukturprüfungen (StrOPS).....                                                                             | 38 |
| 2. Anpassungen der cc-Matrix.....                                                                              | 38 |
| 3. Ambulantisierung und Hybrid-DRG.....                                                                        | 38 |
| Gesamtwirkung .....                                                                                            | 38 |
| F. Warum der Nettonutzen nicht bestimmbar ist.....                                                             | 39 |
| G. Systemische Konsequenz .....                                                                                | 39 |
| H. Schlussfolgerung des Abschnitts.....                                                                        | 39 |
| Abschnitt V – Ergänzende ökonomische Bewertung: Zeitlogik der PrüfVV und Restriktionen der DGfM-Zeitwerte..... | 41 |
| A. Zielsetzung .....                                                                                           | 41 |
| B. Die Zeitlogik der PrüfVV - selten „einfache“ Prüfungen.....                                                 | 41 |

---

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| C. Restriktionen der DGfM-Zeitwerte .....                         | 42 |
| D. Erhöhung der Prozesszeit durch unbestimmte Rechtsbegriffe..... | 43 |
| E. Prozessökonomische Konsequenz: Kostenanstieg.....              | 44 |
| F. PrüfVV als Effizienzgrenze des Systems .....                   | 44 |
| G. Gesamtbewertung.....                                           | 45 |

## Management Summary

Diese Analyse zeigt, dass das derzeitige Prüfregime im deutschen Krankenhauswesen ein strukturell unausgewogenes Verhältnis zwischen **klar quantifizierbaren Kosten** und einem **nicht bestimmbaren ökonomischen Nutzen** aufweist. Die Kosten lassen sich auf Basis amtlicher Fallzahlen, gesetzlicher Prüfquoten und transparenter Modellannahmen belastbar berechnen. Der Nutzen hingegen bleibt aufgrund fehlender Daten empirisch nicht überprüfbar.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Abrechnungsprüfung nicht als isolierter Prozess betrachtet werden kann. Sie ist Teil eines **mehrschichtigen Regulierungsökosystems**, das aus Einzelfallprüfungen, Strukturvorgaben, Qualitätsanforderungen, Dokumentationspflichten und technischen Nachweisen besteht. Diese Ebenen wirken nicht substitutiv, sondern **kumulativ**. Dadurch entsteht eine Gesamtbelastung, die weit über die sichtbaren MD-Prüfungen hinausgeht.

### A. Prüfvolumen und Kostenbelastung

Die Berechnungen zeigen, dass die effektive Prüfquote im Status quo bei rund **8,5 %** liegt und im erweiterten Prüfregime auf etwa **13 %** ansteigt. Dieser Anstieg führt zu einer Zunahme des Prüfvolumens um mehr als **50 %** und zu zusätzlichen direkten Bürokratiekosten von **190–320 Mio. € jährlich**.

Unter Einbeziehung der Struktur- und Qualitätsprüfungen sowie der indirekten Dokumentations- und Compliance-Aufwände ergibt sich ein Gesamtaufwand von **1,3–2,9 Mrd. € pro Jahr**. Diese Größenordnung entspricht einem **Schattenhaushalt**, der in den offiziellen Finanzstatistiken nicht sichtbar ist, aber die Versorgungskapazitäten der Krankenhäuser spürbar beeinflusst.

### B. Neue Kennzahlen zur Bewertung der Kontrolllast

Die neu eingeführten Kennzahlen – **Prüfintensität** und **Bürokratiekostenindex** – ermöglichen erstmals eine systematische Bewertung der Kontrolllast.

- Die **Prüfintensität** steigt im erweiterten Regime von **85 auf 130 Prüfungen je 1.000 quotenrelevante Fälle**.
- Der **Bürokratiekostenindex** steigt von **26–43 € auf 39–65 € pro Fall**.

Diese Kennzahlen sind anschlussfähig an gesundheitsökonomische und organisationssoziologische Forschung und bieten eine Grundlage für zukünftige empirische Untersuchungen. Sie machen sichtbar, dass die Kontrolllast nicht nur punktuell, sondern strukturell wirkt.

### C. Personelle Auswirkungen

Die Arbeitszeitdimension zeigt, dass die Abrechnungsprüfung nicht nur finanzielle, sondern erhebliche personelle Ressourcen bindet. Unter Berücksichtigung der Begleitverfahren nach PrüfVV ergibt sich ein systemweiter Personalbedarf von rund **3.800 FTE** im Status quo und etwa **5.800 FTE** im erweiterten Prüfregime.

Die Ausweitung der Prüfquote führt damit zu einem zusätzlichen Bedarf von rund **2.000 FTE**, der sich auf Krankenhäuser, den Medizinischen Dienst und die Krankenkassen verteilt. Diese Ergebnisse unterstreichen, dass das Prüfregime ein relevanter Faktor für die Arbeitsbelastung im Gesundheitswesen ist und die Verfügbarkeit von Personal für die direkte Patientenversorgung reduziert.

*In der demografischen Realität der kommenden zwei Jahrzehnte wiegt der Personalverbrauch des geplanten Prüfregimes besonders schwer. Die 5.800 Vollzeitäquivalente, die dann in Prüf-, Dokumentations- und Nachweisprozesse gebunden sind, entsprechen in der Praxis rund 7.000 bis 8.000 realen Personen, da der Teilzeitanteil im Gesundheitswesen stetig steigt.*

*Diese Beschäftigten fehlen dem Arbeitsmarkt – und damit der direkten Patientenversorgung – in einer Phase, in der die alternde Bevölkerung bis etwa 2046 zu einem deutlichen Anstieg stationärer Behandlungsbedarfe führen wird. Gleichzeitig sinkt das verfügbare Arbeitsvolumen pro Kopf durch höhere Teilzeitquoten, frühere Renteneintritte und steigende Belastungstoleranz gegenüber administrativen Tätigkeiten. Vor diesem Hintergrund ist es gesundheitspolitisch kaum vertretbar, mehrere tausend Fachkräfte dauerhaft in ein Prüf- und Kontrollregime zu binden, dessen Nutzen weder transparent noch empirisch belegt ist. Jede dieser Stellen fehlt an anderer Stelle im Versorgungssystem – und verschärft damit einen Engpass, der sich demografisch ohnehin zuspitzt.*

### D. Anreizstrukturen und systemische Dynamik

Die ökonomische Analyse der Anreizstrukturen zeigt, dass die vollständige Ausschöpfung der Prüfquoten durch Krankenkassen rational ist. Die potenziellen finanziellen Vorteile liegen bei den Kassen, während ein Großteil der Kosten von Krankenhäusern und dem MD getragen wird.

Da keine Budgetdeckelung für Prüfungen existiert und Diagnosekorrekturen RSA-relevant sein können, entsteht ein struktureller Anreiz zur **Maximierung des Prüfungsvolumens**. Diese Anreizlogik trägt wesentlich zur Ausweitung des Prüfregimes bei und erklärt, warum die Prüfquote in der Praxis regelmäßig ausgeschöpft wird.

## E. Gesamtbewertung

Insgesamt zeigt die Analyse:

- Das Prüf- und Regulierungsökosystem bindet erhebliche finanzielle und personelle Ressourcen.
- Die Kosten sind klar quantifizierbar und steigen mit jeder Ausweitung der Prüfquote.
- Der Nutzen ist aufgrund fehlender Transparenz nicht empirisch bestimmbar.
- Die regulatorischen Veränderungen seit 2019 reduzieren das Nutzenpotenzial systematisch.
- Die Anreizstrukturen fördern ein hohes Prüfvolumen, unabhängig vom tatsächlichen Nutzen.

Damit entsteht ein System, in dem **Kosten sicher sind, Nutzen aber unbestimmt bleibt**.

**Hinweis:** Die hier dargestellten Ergebnisse basieren auf konservativen Modellannahmen. Praxisanalysen zeigen, dass die reale Prüfquote und die daraus resultierenden Erlöswirkungen in vielen Häusern deutlich über den hier modellierten Werten liegen. Die tatsächliche Belastung des Systems dürfte daher eher am oberen Rand oder oberhalb der berechneten Spannen liegen.

## Parameterübersicht

Die folgenden Parameter bilden das Fundament des Berechnungsmodells. Sie strukturieren das Prüfreime in klar definierte Größen und ermöglichen eine transparente, nachvollziehbare Quantifizierung der Kontrolllast. Die Parameter sind in thematische Gruppen gegliedert, die jeweils eine eigene Funktion im Modell erfüllen.

### A. Fall- und Mengenparameter

Diese Parameter beschreiben die Ausgangsmenge der stationären Versorgung und definieren, welche Fälle überhaupt prüfbar sind.

- **F<sub>gesamt</sub>** Gesamtzahl aller vollstationären Behandlungsfälle pro Jahr. *Amtliche Größe (Destatis).*
- **$\alpha$**  Anteil der vollstationären Fälle, die grundsätzlich prüfbar sind. *Modellannahme, da nicht alle Fälle prüfbar sind (z. B. Geburten, bestimmte Pauschalen).*
- **F<sub>quot</sub>** Zahl der quotenrelevanten Fälle, also der Fälle, die in die Prüfquote einfließen. Formel:

$$F_{\text{quot}} = \alpha \cdot F_{\text{gesamt}}$$

- **N** Gesamtzahl aller eingeleiteten MD-Prüfungen pro Jahr.
- **N<sub>i</sub>** Zahl der Prüfungen in einem spezifischen Segment *i* (z. B. primäre Fehlbelegung, Beatmung, Komplexcodes).

### B. Prüfquotenparameter

Diese Parameter beschreiben die gesetzliche und tatsächliche Prüfquote sowie deren Verteilung über die Krankenhäuser.

- **q** Gesetzliche Prüfquote (5 %, 10 %, 15 %).
- **q<sub>eff</sub>** Effektive Prüfquote, berechnet als gewichtetes Mittel über die Häuserverteilung.
- **q<sub>gesamt</sub>** Gesamtprüfquote inklusive zusätzlicher Prüfpfade (z. B. Sonderprüfungen).
- **$\Delta q$**  Veränderung der Prüfquote durch Gesetzesänderungen oder neue Prüfpfade.
- **w<sub>5</sub>, w<sub>10</sub>, w<sub>15</sub>** Anteile der quotenrelevanten Fälle in Häusern mit 5 %, 10 % bzw. 15 % Prüfquote.

### C. Segmentierungsparameter

Die Abrechnungsprüfung besteht aus unterschiedlichen Segmenten, die sich in Erfolgswahrscheinlichkeit, Kürzungsbeträgen und Dokumentationsanforderungen unterscheiden. Diese Segmentierung ist notwendig, um den Nutzen realistisch abzubilden.

- $i$  Index der Prüfsegmente.

Typische Segmente:

- primäre Fehlbelegung
- sekundäre Fehlbelegung
- Beatmungstunden
- Komplexcodes
- Kodiereffekte
- Nebendiagnosen

Jedes Segment besitzt charakteristische Eigenschaften:

- typische Kürzungsbeträge
- Erfolgswahrscheinlichkeit
- Dokumentationsqualität
- Häufigkeit im Prüfvolumen

### D. Erfolgs- und Sanktionsparameter

Diese Parameter bestimmen den finanziellen Nutzen oder Schaden einer Prüfung.

- $p_i$  Erfolgsquote im Segment  $i$  (Anteil der Prüfungen mit Kürzung).
- $R_i$  Durchschnittlicher Kürzungsbetrag pro erfolgreicher Prüfung im Segment  $i$ .
- $S$  Sanktionsbetrag pro erfolgreicher Prüfung zugunsten der Krankenkassen.
- $S_{KH}$  Aufwandspauschale pro unberechtigter Prüfung zugunsten der Krankenhäuser.

## E. Kostenparameter

Diese Parameter bilden die Grundlage für die Berechnung der Bürokratiekosten.

- **K<sub>Pr</sub>** Durchschnittliche Gesamtkosten pro Prüfung (Krankenhaus + MD + Krankenkasse).
- **K<sub>ges</sub>** Gesamtkosten aller Prüfungen:

$$K_{\text{ges}} = N \cdot K_{\text{Pr}}$$

- **k<sub>Pr</sub>** Spannbreite der direkten Kosten pro Einzelfallprüfung (z. B. 300–500 €).
- **γ** Multiplikator für Struktur- und Qualitätsprüfungen (Anteil relativ zu den direkten Einzelfallprüfungskosten).
- **δ** Multiplikator für indirekte Bürokratiekosten (Dokumentation, IT, Audits, Schulungen).
- **K<sub>gesamt</sub>** Gesamtbürokratiekosten des Prüf- und Regulierungsökosystems:

$$K_{\text{gesamt}} = K_{\text{EF}} \cdot (1 + \gamma + \delta)$$

- **K<sub>EF</sub>** Direkte Kosten der Einzelfallprüfung im erweiterten Prüfregime.

## F. Nutzenparameter

Diese Parameter beschreiben den finanziellen Ertrag der Prüfungen.

- **B** (Bruttonutzen) Summe aller Kürzungen und Sanktionen abzüglich der Gegen-Sanktionen:

$$B = \sum_i N_i \cdot p_i \cdot R_i + \sum_i N_i \cdot p_i \cdot S - \sum_i N_i \cdot (1 - p_i) \cdot S_{\text{KH}}$$

- **N<sub>Netto</sub>** (Nettonutzen) Bruttonutzen minus Gesamtkosten:

$$N_{\text{Netto}} = B - K_{\text{ges}}$$

- **Grenznutzen** Veränderung des Nettonutzens bei Veränderung der Prüfquote.
- **Rationalitätsbedingung pro Segment** Eine Prüfung ist für die Krankenkasse nur dann rational, wenn:

$$p_i \cdot (R_i + S) - (1 - p_i) \cdot S_{\text{KH}} > K_{\text{Pr}}$$

## G. Kennzahlen

Diese Kennzahlen ermöglichen eine systematische Bewertung der Kontrolllast.

- **Prüfintensität ( $I\_P$ )** Prüfungen je 1.000 quotenrelevante Fälle:

$$I_P = \frac{N}{F_{\text{quot}}} \cdot 1000$$

- **Bürokratiekostenindex ( $B\_K$ )** Direkte Bürokratiekosten pro quotenrelevantem Fall:

$$B_K = \frac{K}{F_{\text{quot}}}$$

## H. Dynamikparameter (Veränderungen seit 2019)

Diese Parameter sind keine mathematischen Variablen, aber sie beeinflussen die Erfolgsquoten und Kürzungsbeträge strukturell.

- **Strukturprüfungen (OPS-bezogen)** → senken  $p\_i, R\_i, N\_i$
- **cc-Matrix-Anpassungen** → senken  $R\_i, p\_i$
- **Ambulantisierung / Hybrid-DRG** → senken  $N\_i, p\_i$

Gesamtwirkung:

$$E(\text{Nutzen}_i) = p_i \cdot R_i(\text{sinkend})$$

## I. Zusammenfassung der Parameterlogik

- Die **Kostenanalyse** nutzt primär:  $F\_gesamt, F\_quot, q, N, K\_Pr, K\_ges, \gamma, \delta, K\_gesamt, I\_P, B\_K$
- Die **Nutzenanalyse** nutzt primär:  $N\_i, p\_i, R\_i, S, S\_KH, B, N\_Netto, \text{Grenznutzen}$
- Die **Dynamik seit 2019** beeinflusst:  $p\_i, R\_i, N\_i$  und damit alle Nutzenparameter.

## Abschnitt I: Grundlegende Berechnung der Bürokratiekosten bei steigenden Prüfquoten

Dieser Abschnitt zeigt Schritt für Schritt, wie sich aus amtlichen Fallzahlen, gesetzlichen Prüfquoten und expliziten Modellannahmen ein konsistentes Bürokratiekostenmodell ableiten lässt. Die Herleitung erfolgt bewusst langsam und nachvollziehbar, damit auch Leser ohne mathematischen Hintergrund die Logik vollständig verstehen können.

### 1. Datengrundlage – Faktenbasis

Die Berechnung stützt sich ausschließlich auf öffentlich zugängliche, amtliche Größen. Dadurch wird sichergestellt, dass das Modell transparent, überprüfbar und politisch anschlussfähig bleibt.

#### 1.1 Vollstationäre Fälle

Laut Destatis gab es im Jahr 2022:

$F_{\text{gesamt}} \approx 16,8$  Mio. vollstationäre Fälle

Diese Zahl bildet die Ausgangsbasis für alle weiteren Berechnungen.

#### 1.2 Gesetzliche Prüfquoten

Die Prüfquoten sind gesetzlich festgelegt und betragen:

5 %,

10 %,

15 %.

Diese Quoten bestimmen, wie viele Fälle pro Krankenhaus maximal geprüft werden dürfen.

#### 1.3 Empirisches Prüfvolumen

Die GKV-Statistik zeigt seit Jahren ein stabiles Prüfvolumen von:

$N_{\text{Prüfungen}} \approx 1,0\text{--}1,2$  Mio. Prüfungen pro Jahr

Diese empirische Größe dient als Plausibilitätsanker für das Modell.

## 2. Modellannahmen

Da nicht alle relevanten Größen amtlich erhoben werden, sind einige Modellannahmen notwendig. Diese werden offen ausgewiesen und konservativ gewählt.

## 2.1 Quotenrelevante Fälle

Nicht alle stationären Fälle sind prüfbar. Aus den Erfahrungswerten der DGfM wird angenommen:

- $\alpha = 0,85$  (85 % der Fälle sind grundsätzlich prüfbar)

Damit ergibt sich:

$$F_{\text{quot}} = \alpha \cdot F_{\text{gesamt}}$$

Einsetzen der Werte:

$$F_{\text{quot}} = 0,85 \cdot 16,8 \text{ Mio.} \approx 14,3 \text{ Mio.}$$

Damit stehen **14,3 Mio. Fälle** für die Prüfquote zur Verfügung.

## 2.2 Verteilung der Fälle auf Prüfquoten (Status quo)

Da die GKV-Statistik nicht ausweist, wie viele Fälle in Häusern mit 5 %, 10 % oder 15 % Prüfquote liegen, wird eine realistische Verteilung angenommen:

- $w_5 = 0,50$
- $w_{10} = 0,30$
- $w_{15} = 0,20$

Die effektive Prüfquote ergibt sich als gewichtetes Mittel:

$$q_{\text{eff},0} = w_5 \cdot 0,05 + w_{10} \cdot 0,10 + w_{15} \cdot 0,15$$

Einsetzen:

$$q_{\text{eff},0} = 0,50 \cdot 0,05 + 0,30 \cdot 0,10 + 0,20 \cdot 0,15 = 0,085$$

Damit liegt die effektive Prüfquote im Status quo bei:

- **8,5 %**

Diese Quote ist konsistent mit den real beobachteten Prüfungsvolumina.

## 2.3 Verteilung im Szenario „erweitertes Prüfregime“

Durch die Anhebung der Schwellenwerte für unbeanstandete Rechnungen ist plausibel, dass mehr Häuser in höhere Prüfquoten rutschen.

Modellannahme:

- $w_5' = 0,20$
- $w_{10}' = 0,40$
- $w_{15}' = 0,40$

Damit ergibt sich:

$$q_{\text{eff},1} = 0,11 = 11\%$$

Zusätzliche Prüfpfade (z. B. Sonderprüfungen) werden konservativ mit **2 %** angesetzt:

$$q_{\text{gesamt},1} = 0,11 + 0,02 = 0,13 = 13\%$$

## 2.4 Kosten pro Prüfung

Da keine amtlichen Kostensätze existieren, wird eine konservative Spanne angenommen:

- **$k_{\text{Pr}} = 300\text{--}500 \text{ € pro Prüfung}$**

Diese Kosten umfassen:

- Aufwand der Krankenhäuser
- Aufwand des Medizinischen Dienstes
- Aufwand der Krankenkassen

*Praxisbezug:* Die hier verwendete Kostenspanne von 300–500 € pro Prüfung ist bewusst konservativ gewählt. Erfahrungsberichte aus der Praxis zeigen, dass die realen Prozesskosten insbesondere in Häusern mit hoher Prüfquote deutlich darüber liegen können. Eine aktuelle Analyse (Medcontroller, 2026) weist darauf hin, dass die tatsächlichen Aufwände pro Prüfung in vielen Fällen höher ausfallen, da die Komplexität der Begleitverfahren und die Zahl der Rückfragen zunimmt. Die hier angesetzte Spanne bildet daher eher die Untergrenze der realen Kosten ab.

## 3. Prüfvolumen

Das Prüfvolumen ergibt sich aus:

$$N = F_{\text{quot}} \cdot q$$

### 3.1 Status quo

$$N_0 = 14,3 \text{ Mio.} \cdot 0,085 \approx 1,22 \text{ Mio. Prüfungen/Jahr}$$

### 3.2 Erweitertes Prüfregime

$$N_1 = 14,3 \text{ Mio.} \cdot 0,13 \approx 1,86 \text{ Mio. Prüfungen/Jahr}$$

### 3.3 Zunahme des Prüfvolumens

$$\Delta N = N_1 - N_0 \approx 0,64 \text{ Mio.}$$

Das entspricht einer Steigerung um:

$$\frac{\Delta N}{N_0} \approx 52\%$$

*Praxisbezug:* Die modellierte Steigerung der Prüfquote auf 13 % ist konservativ. Eine aktuelle Auswertung (Medcontroller, 2026) zeigt, dass die Prüfquote in der betroffenen Häusergruppe sogar von 11,1 % auf 17,2 % steigt. Damit liegt die reale Belastung deutlich über der hier angesetzten Systemquote. Die Modellrechnung bildet somit eher das untere Ende der zu erwartenden Prüfintensität ab.

## 4. Direkte Kosten der Einzelfallprüfung

Die direkten Kosten ergeben sich aus:

$$K = N \cdot k_{pr}$$

### 4.1 Status quo

$$K_0 = 1,22 \text{ Mio.} \cdot (300\text{--}500\text{€}) = 0,37\text{--}0,61 \text{ Mrd. €}$$

### 4.2 Erweitertes Prüfregime

$$K_1 = 1,86 \text{ Mio.} \cdot (300\text{--}500\text{€}) = 0,56\text{--}0,93 \text{ Mrd. €}$$

### 4.3 Zusätzliche Kosten

$$\Delta K = K_1 - K_0 = 0,19\text{--}0,32 \text{ Mrd. €}$$

Damit entsteht allein durch die Ausweitung der Prüfquote ein zusätzlicher Bürokratieaufwand von:

- **190–320 Mio. € jährlich**

## 5. Kennzahlen

Diese Kennzahlen ermöglichen eine systematische Bewertung der Kontrolllast.

### 5.1 Prüflintensität ( $I_P$ )

Die Prüflintensität beschreibt, wie viele Prüfungen auf 1.000 quotenrelevante Fälle entfallen.

$$I_P = \frac{N}{F_{\text{quot}}} \cdot 1000$$

Status quo:

$$I_0 \approx 85$$

Erweitertes Regime:

$$I_1 \approx 130$$

### 5.2 Bürokratiekostenindex ( $B_K$ )

Der Bürokratiekostenindex beschreibt die direkten Kosten pro quotenrelevantem Fall.

$$B_K = \frac{K}{F_{\text{quot}}}$$

Status quo:

- **26–43 € pro Fall**

Erweitertes Regime:

- **39–65 € pro Fall**

*Praxisbezug:* Die hier berechneten Kennzahlen spiegeln eine konservative Modellwelt wider. Praxisanalysen zeigen, dass die Prüflintensität in einzelnen Häusergruppen deutlich über den modellierten Werten liegt. Dies bestätigt, dass die tatsächliche Kontrolllast in der Versorgungspraxis eher am oberen Rand oder oberhalb der hier dargestellten Spanne anzusiedeln ist.

## 6. Zusammenfassung des Abschnitts

Mit einem bewusst einfachen, transparenten und konservativen Modell lässt sich zeigen:

- Die **Prüfintensität** steigt im erweiterten Regime von **85** auf **130 Prüfungen je 1.000 Fälle**.
- Die **direkten Bürokratiekosten** steigen von **0,37–0,61 Mrd. €** auf **0,56–0,93 Mrd. €**.
- Der **zusätzliche Aufwand** beträgt **190–320 Mio. € jährlich**.
- Die Kennzahlen **Prüfintensität** und **Bürokratiekostenindex** machen die Kontrolllast erstmals quantifizierbar.

## Abschnitt II: Gesamtbürokratiekosten des regulatorischen Prüfregimes im Krankenhaus

Abschnitt II erweitert die Berechnung der direkten Bürokratiekosten der MD-Einzelfallprüfung um zwei zusätzliche Ebenen:

1. **Struktur- und Qualitätsprüfungen** sowie
2. **indirekte Bürokratiekosten**, die in keiner offiziellen Statistik erscheinen, aber erhebliche Ressourcen binden.

Ziel ist eine **vollständige, additive Kostenperspektive**, die den tatsächlichen Umfang des Prüf- und Regulierungsökosystems abbildet.

### A. Zielsetzung des Abschnitts

Die im Hauptteil berechneten Kosten  $K_0$  und  $K_1$  erfassen ausschließlich die **direkten Kosten der Einzelfallprüfung**. Sie unterschätzen die tatsächliche Bürokratielast systematisch, weil sie weder:

- Strukturprüfungen (StrOPS),
- Leistungsgruppenprüfungen (LOPS),
- G-BA-bezogene Qualitätsprüfungen,
- noch Dokumentations-, IT-, Schulungs- und Compliance-Aufwände

berücksichtigen.

Dieser Abschnitt ergänzt daher zwei zusätzliche Kostendimensionen:

1. Struktur- und Qualitätsprüfungen,
2. indirekte Bürokratiekosten.

Beide werden modellhaft, aber transparent quantifiziert.

### B. Struktur des Prüf- und Regulierungsökosystems

Das Prüfregime besteht aus drei Ebenen:

- **Ebene 1 – Direkte Prüfkosten**
  - MD-Einzelfallprüfungen nach § 275c SGB V (bereits im Hauptteil berechnet).
- **Ebene 2 – Struktur- und Qualitätsprüfungen**

- StrOPS (OPS-Strukturmerkmale),
- LOPS (Leistungsgruppenprüfungen),
- G-BA-Richtlinienprüfungen (Mindestmengen, QS-Verfahren).
- **Ebene 3 – Indirekte Bürokratiekosten**
  - Dokumentationspflichten,
  - Nachweise und Audits,
  - IT-Systeme und Schnittstellen,
  - Schulungen und Prozessanpassungen,
  - Zeitverluste bei ärztlichem und pflegerischem Personal.

Da nur Ebene 1 empirisch modellierbar ist, werden Ebene 2 und 3 über **Multiplikatoren** abgebildet.

## C. Modellrahmen

Die Gesamtkosten des Prüf- und Regulierungsökosystems werden definiert als:

$$K_{\text{gesamt}} = K_{\text{EF}} + K_{\text{Struktur}} + K_{\text{G-BA}} + K_{\text{indirekt}}$$

Da die Einzelgrößen nicht amtlich erhoben werden, werden sie über zwei Modellparameter abgebildet:

- $\gamma$ : Anteil der Struktur- und G-BA-Prüfkosten relativ zu den direkten Einzelfallprüfungskosten.
- $\delta$ : Anteil der indirekten Bürokratiekosten relativ zu den direkten Einzelfallprüfungskosten.

Damit ergibt sich:

$$K_{\text{gesamt}} = K_{\text{EF}} \cdot (1 + \gamma + \delta)$$

Diese additive Struktur vermeidet Doppelzählungen und ist konsistent mit internationalen Studien zu administrativen Lasten im Gesundheitswesen.

## D. Eingangsgröße: Direkte Kosten der Einzelfallprüfung

Aus Abschnitt 5 ergibt sich für das erweiterte Prüfregime:

- $K_{\text{EF}} = K_1 \in [0,56; 0,93]$  Mrd. €

---

Für die Modellrechnung wird ein mittlerer Wert verwendet:

$$EF_{\text{mittel}} \approx 0,75 \text{ Mrd. €}$$

## E. Ebene 2: Struktur- und Qualitätsprüfungen

Struktur- und Qualitätsprüfungen sind jährlich wiederkehrend, betreffen nahezu alle Leistungsbereiche und erzeugen erheblichen Dokumentations- und Nachweisaufwand.

Da keine amtlichen Kostensätze existieren, wird eine konservative Spannbreite angenommen:

- $\gamma \in [0,3; 0,7]$

Interpretation:

- $\gamma = 0,3$ : Struktur- und G-BA-Prüfungen verursachen 30 % der direkten EF-Kosten.
- $\gamma = 0,7$ : Sie verursachen 70 % der direkten EF-Kosten.

Diese Spannbreite ist konsistent mit internen Kalkulationen großer Krankenhausträger.

## F. Ebene 3: Indirekte Bürokratiekosten

Indirekte Kosten umfassen:

- Dokumentation,
- IT-Systeme,
- Schulungen,
- Prozessanpassungen,
- Zeitverluste in der Patientenversorgung.

Sie sind empirisch schwer zu erfassen, aber in der Praxis erheblich. Modellannahme:

- $\delta \in [0,5; 1,0]$

Interpretation:

- $\delta = 0,5$ : Indirekte Kosten entsprechen 50 % der direkten EF-Kosten.
- $\delta = 1,0$ : Indirekte Kosten entsprechen 100 % der direkten EF-Kosten.

Diese Werte sind konservativ im Vergleich zu internationalen Studien, die administrative Lasten im Gesundheitswesen häufig mit **15–25 % der Gesamtausgaben** beziffern.

## G. Gesamtkostenmodell – Szenarien

Setzt man die mittlere Eingangsgröße  $K_{EF, \text{mittel}} = 0,75$  Mrd. € ein, ergeben sich folgende Szenarien:

### 1. Konservatives Szenario

- $\gamma = 0,3, \delta = 0,5$

$$K_{\text{gesamt}} = 0,75 \cdot (1 + 0,3 + 0,5) = 0,75 \cdot 1,8 \approx 1,35 \text{ Mrd. €}$$

### 2. Realistisches Szenario

- $\gamma = 0,5, \delta = 0,8$

$$K_{\text{gesamt}} = 0,75 \cdot 2,3 \approx 1,73 \text{ Mrd. €}$$

### 3. Oberes Szenario

- $\gamma = 0,7, \delta = 1,0$

$$K_{\text{gesamt}} = 0,75 \cdot 2,7 \approx 2,03 \text{ Mrd. €}$$

Nutzt man zusätzlich die obere Spanne von  $K_{EF}$ , ergibt sich modellhaft eine Gesamtspanne von:

- $K_{\text{gesamt}} \in [1,3; 2,9] \text{ Mrd. €}$

## H. Interpretation

Das Abschnitt zeigt:

- Die direkten Kosten der Einzelfallprüfung bilden nur **20–50 %** der tatsächlichen Bürokratiekosten ab.
- Struktur- und Qualitätsprüfungen erzeugen eine zusätzliche, systematisch unterschätzte Belastung.
- Indirekte Kosten sind der größte Treiber, obwohl sie in keiner offiziellen Statistik erscheinen.
- Das Prüf- und Regulierungsökosystem bindet modellhaft **1,5–3,0 Mrd. € jährlich** – ein Betrag, der vollständig außerhalb der offiziellen Haushaltslogik liegt.

*Praxisbezug:* Die hier berechneten Kennzahlen spiegeln eine konservative Modellwelt wider. Praxisanalysen zeigen, dass die Prüfintensität in einzelnen Häusergruppen deutlich über den modellierten Werten liegt. Dies bestätigt, dass die tatsächliche Kontrolllast in der Versorgungspraxis eher am oberen Rand oder oberhalb der hier dargestellten Spanne anzusiedeln ist.

## I. Schlussfolgerung des Abschnitts

Die Betrachtung der Einzelfallprüfung allein unterschätzt die Bürokratiekosten erheblich. Erst durch die Einbeziehung von Struktur-, Qualitäts- sowie indirekten Dokumentations- und Compliance-Aufwänden wird sichtbar, dass das deutsche Prüfreime einen eigenständigen **Schat-tenhaushalt** bildet, der Milliardenbeträge bindet, ohne dass ein proportionaler Nutzen für die Versorgungsqualität nachgewiesen wäre.

## Abschnitt III – Institutionelle Architektur der Kontroll- und Prüfbehörden im deutschen Krankenhauswesen

Die bisherige Kostenanalyse zeigt die Größenordnung der Bürokratielast. Um zu verstehen, *warum* diese Last so hoch ist und *warum* sie stetig wächst, reicht der Blick auf die Einzelfallprüfung jedoch nicht aus. Sie ist nur ein Element in einem vielschichtigen Gefüge aus Prüf-, Dokumentations- und Nachweispflichten. Abschnitt III beschreibt daher die institutionelle Architektur dieses Gefüges und macht sichtbar, wie die Vielzahl der beteiligten Akteure die Gesamtbelastung strukturell verstärkt.

Ziel ist eine systematische Darstellung der beteiligten Akteure, ihrer Aufgaben und ihrer jeweiligen Beiträge zur regulatorischen Gesamtbelastung. Die Darstellung dient der analytischen Einordnung und zeigt, warum die Bürokratiekosten nicht allein durch die MD-Einzelfallprüfung bestimmt werden, sondern durch das Zusammenwirken vieler Institutionen.

### A. Einordnung und Zielsetzung

Das deutsche Krankenhauswesen ist durch ein dichtes Netz an Prüf-, Dokumentations- und Nachweispflichten geprägt. Diese Pflichten entstehen nicht aus einer einzigen Quelle, sondern aus einem **komplexen Geflecht von Institutionen**, die jeweils eigene gesetzliche oder selbstverwaltungsrechtliche Aufgaben erfüllen.

Die zentrale Erkenntnis dieses Abschnitts lautet:

**Die regulatorische Belastung entsteht nicht durch eine einzelne Behörde, sondern durch die kumulative Wirkung vieler spezialisierter Instanzen, deren Anforderungen sich addieren und selten substitutiv wirken.**

Um diese Struktur nachvollziehbar zu machen, werden die Institutionen nach ihrer primären Funktion geordnet.

### B. Behörden und Institutionen mit primärem Kontrollauftrag

#### 1. Medizinischer Dienst (MD)

##### Aufgabenbereiche:

- Einzelfallprüfungen nach § 275c SGB V
- Strukturprüfungen (StrOPS)
- Leistungsgruppenprüfungen (LOPS)

- Qualitätssichernde Prüfungen
- Begutachtungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

**Rolle im Prüfreime:** Der MD ist die zentrale Prüfinstitution für Abrechnungs- und Strukturfragen. Er führt sowohl fallbezogene als auch strukturelle Prüfungen durch und ist damit ein wesentlicher Treiber der direkten und indirekten Bürokratiekosten.

## 2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

### Aufgabenbereiche:

- Festlegung von Mindestmengen
- Definition von Qualitätsrichtlinien
- Vorgaben zu Struktur- und Prozessqualität
- Dokumentations- und Nachweispflichten im Rahmen der Qualitätssicherung

**Rolle im Prüfreime:** Der G-BA ist der zentrale Regelsetzer. Seine Richtlinien bilden die Grundlage für einen erheblichen Teil der Struktur- und Qualitätsprüfungen. Er erzeugt keine Prüfungen selbst, aber er definiert die Anforderungen, die andere Institutionen prüfen.

## 3. Landesbehörden / Landesprüfstellen

### Aufgabenbereiche:

- Krankenhausplanung
- Prüfung der Einhaltung landesrechtlicher Vorgaben
- Nachweise zu Struktur- und Leistungsmerkmalen
- Überwachung der Umsetzung von G-BA-Richtlinien auf Landesebene

**Rolle im Prüfreime:** Die Landesbehörden ergänzen das bundesrechtliche Prüfreime durch föderale Anforderungen. Sie erzeugen zusätzliche Nachweis- und Dokumentationspflichten, die je nach Bundesland variieren.

## 4. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)

### Aufgabenbereiche:

- Entwicklung und Durchführung von Qualitätssicherungsverfahren
- Datenabzüge und Plausibilitätsprüfungen
- Erstellung von Qualitätsberichten
- Methodische Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung

**Rolle im Prüfregime:** Das IQTIG ist die zentrale Datenschnittstelle der Qualitätssicherung. Es erzeugt umfangreiche Dokumentations- und Datenlieferpflichten für Krankenhäuser.

## 5. Berufsgenossenschaften / Unfallversicherungsträger

### Aufgabenbereiche:

- Qualitätssicherung in BG-Spezialkliniken
- Dokumentations- und Nachweispflichten bei Arbeitsunfällen
- Prüfungen im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung

**Rolle im Prüfregime:** Sie bilden ein eigenständiges Prüfsystem parallel zur GKV-Struktur, insbesondere für BG-spezifische Leistungen.

## 6. Datenschutzbehörden

### Aufgabenbereiche:

- Überwachung der DSGVO-Konformität
- Prüfung technischer und organisatorischer Maßnahmen
- Audits und Nachweispflichten im Bereich Datenschutz

**Rolle im Prüfregime:** Sie erzeugen zusätzliche Anforderungen an Dokumentation, IT-Sicherheit und Prozessgestaltung, die unabhängig von medizinischen Prüfungen bestehen.

## 7. Medizinprodukteaufsicht

### Aufgabenbereiche:

- Überwachung der Einhaltung des Medizinprodukterechts
- Vigilanzmeldungen
- Dokumentations- und Nachweispflichten
- Prüfungen im Rahmen der Marktüberwachung

**Rolle im Prüfregime:** Sie ergänzt das Prüfregime um technische und sicherheitsbezogene Anforderungen, die regelmäßig aktualisiert werden.

## 8. Krankenkassen (als funktionale Prüfinstitutionen)

### Aufgabenbereiche:

- Einleitung von Abrechnungsprüfungen
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen
- Datenanforderungen
- Prüfung der Abrechnungsqualität

**Rolle im Prüfregime:** Obwohl sie formal keine Behörden sind, erfüllen sie faktisch eine behördliche Prüf- und Kontrollfunktion. Sie initiieren den größten Teil der Einzelfallprüfungen und erzeugen damit einen wesentlichen Teil der direkten Bürokratiekosten.

## C. Systemische Einordnung

Die dargestellten Institutionen erzeugen gemeinsam ein dichtes Netz an Prüf-, Dokumentations- und Nachweispflichten. Charakteristisch für das deutsche System ist:

### 1. Mehrschichtigkeit

Bundesrecht, Landesrecht und Selbstverwaltung erzeugen parallele Anforderungen.

## 2. Sektorale Fragmentierung

Abrechnungsprüfung, Strukturprüfung, Qualitätssicherung, Datenschutz und Medizinprodukteaufsicht folgen jeweils eigenen Logiken.

## 3. Kumulative Belastung

Die Anforderungen addieren sich, da sie selten substitutiv wirken.

## 4. Fehlende Gesamtkoordination

Es existiert keine übergeordnete Instanz, die die Gesamtbelastung systematisch bewertet oder begrenzt.

Diese Struktur erklärt, warum die Bürokratiekosten nicht allein durch die MD-Einzelfallprüfung bestimmt werden, sondern durch das Zusammenwirken vieler Institutionen.

## D. Quantitative Einordnung (Anschluss an Abschnitt I)

Die in Abschnitt I berechneten erweiterten Bürokratiekosten ergeben sich aus der Summe der Belastungen, die durch die oben genannten Institutionen erzeugt werden.

Aus Abschnitt I:

- **Direkte Einzelfallprüfungskosten:**  $K_{EF} \in [0,56; 0,93]$  Mrd. €
- **Struktur- und Qualitätsprüfungen:**  $\gamma \in [0,3; 0,7]$
- **Indirekte Bürokratiekosten:**  $\delta \in [0,5; 1,0]$

Damit ergibt sich modellhaft:

- $K_{\text{gesamt}} \in [1,3; 2,9]$  Mrd. €

Diese Größenordnung ist konsistent mit der institutionellen Dichte des Systems.

## E. Schlussbemerkung

Die institutionelle Architektur des deutschen Krankenhauswesens ist durch eine hohe Zahl spezialisierter Prüf- und Kontrollinstanzen geprägt. Jede dieser Institutionen erfüllt eine spezifische Aufgabe, doch in ihrer Gesamtheit erzeugen sie ein **komplexes, kumulatives und unkoordiniertes Prüfregime**, das erhebliche Ressourcen bindet.

---

*Die hier dargestellte institutionelle Architektur umfasst ausschließlich die Prüf- und Kontrollinstanzen im engeren Sinne. Nicht berücksichtigt sind die umfangreichen Zuarbeiten der Krankenhäuser für gesetzliche Melde- und Nachweispflichten, die parallel zu den Prüfverfahren bestehen und zusätzliche erhebliche Ressourcen binden. Dazu zählen beispielsweise die Zuarbeiten für die Wirtschaftsprüfung (z.B. Pflegebudget) und Jahresabschlüsse und Wirtschaftspläne sowie die umfangreichen Datenlieferungen an das InEK (Kalkulationsdaten, § 21-Datensatz u. a.). Diese Pflichten erzeugen eine eigenständige, zusätzliche Bürokratielast, die in keinem der vorangegangenen Kostenblöcke enthalten ist und die Gesamtbelastung der Krankenhäuser weiter erhöht.*

Damit wird deutlich:

**Die Bürokratiekosten sind nicht das Ergebnis eines einzelnen Akteurs, sondern eines Systems, das in seiner Gesamtheit wirkt – und dessen Gesamtlast bislang nicht systematisch bewertet wurde.**

## Abschnitt III – Arbeitszeit- und Personalbedarf im Prüf- und Regulierungs- ökosystem

### A. Zielsetzung

Dieser Abschnitt quantifiziert den systemweiten Personalbedarf, der durch das Prüf- und Regulierungsökosystem entsteht. Er umfasst:

1. **Einzelfallprüfungen (Ebene 1)**
2. **Struktur- und Qualitätsprüfungen (Ebene 2)**
3. **Indirekte Bürokratiekosten (Ebene 3)**

Damit bildet Abschnitt III dieselbe Systemgrenze ab wie Abschnitt 3.

### B. Methodik

Die Berechnung erfolgt in drei Schritten:

1. **Zeitbedarf pro Prüfung / pro Strukturvorgang**
2. **Gesamtzeitbedarf pro Ebene**
3. **Umrechnung in FTE**

$$\text{FTE} = \frac{\text{Gesamtstunden}}{1.650}$$

### C. Ebene 1 – Einzelfallprüfungen

Die hier verwendeten Zeitansätze pro Einzelfallprüfung orientieren sich nicht nur an der reinen Befassungszeit, sondern an den im Medizincontrolling typischerweise beobachteten Gesamtprozesszeiten. Diese umfassen regelmäßig Mehrfachbefassungen infolge inhaltlicher Rückfragen, eine Erhöhung des Detaillierungsgrades durch umfangreiche Nachweispflichten bei unbestimmten Rechtsbegriffen sowie zusätzliche Abstimmungs- und Dokumentationsschritte, insbesondere bei Prüfungen zur primären Fehlbelegung, bei denen subjektive Einschätzungen zur akutstationären Behandlungsnotwendigkeit eine zentrale Rolle spielen. Die Erweiterung der Bandbreite bildet diese realen Prozessabläufe ab und führt zu einer realitätsnahen Arbeitszeitabschätzung.

- Zeitbedarf pro Prüfung: **2,1–3,4 Stunden**
- Prüfungsvolumen Status quo: **1,22 Mio.**

- Prüfungsvolumen erweitert: **1,86 Mio.**

#### Status quo

$$T_0 = 1,22 \text{ Mio.} \cdot (2,1-3,4) = 2,56-4,15 \text{ Mio. Std.}$$

$$\text{FTE}_0 = 1.550-2.515$$

#### Erweitertes Regime

$$T_1 = 1,86 \text{ Mio.} \cdot (2,1-3,4) = 3,91-6,32 \text{ Mio. Std.}$$

$$\text{FTE}_1 = 2.370-3.830$$

#### Differenz Ebene 1

$$\Delta \text{FTE}_1 = 820-1.315$$

### D. Ebene 2 – Struktur- und Qualitätsprüfungen

Diese Prüfungen umfassen:

- StrOPS
- LOPS
- Mindestmengen
- G-BA-QS-Verfahren
- Plausibilitätsprüfungen
- Datenlieferungen

#### Zeitbedarf pro Vorgang

Konservativ:

- **1,5–2,5 Stunden pro Struktur-/QS-Vorgang**

#### Volumen

Große Träger berichten:

- 0,5–1,0 Struktur-/QS-Vorgänge pro Bett und Jahr
- hochgerechnet auf das System: **1,0–1,5 Mio. Vorgänge/Jahr**

#### Status quo

$$T_{S0} = 1,0-1,5 \text{ Mio.} \cdot (1,5-2,5) = 1,5-3,75 \text{ Mio. Std.}$$

---

$$FTE_{S0} = 900-2.270$$

**Erweitertes Regime**

Ambulantisierung, Hybrid-DRG und neue Strukturvorgaben erhöhen das Volumen um ca. 20–30 %.

$$T_{S1} = 1,2-1,9 \text{ Mio.} \cdot (1,5-2,5) = 1,8-4,75 \text{ Mio. Std.}$$

$$FTE_{S1} = 1.090-2.880$$

**Differenz Ebene 2**

$$\Delta FTE_2 = 190-610$$

**E. Ebene 3 – Indirekte Bürokratiekosten**

Umfasst:

- Dokumentation
- IT-Systeme
- Audits
- Schulungen
- Prozessanpassungen
- interne Qualitätssicherung

**Status quo**

Erfahrungswerte großer Träger:

- **1,0–1,5 Mio. Stunden/Jahr**

$$FTE_{I0} = 600-900$$

**Erweitertes Regime**

Steigerung um 20–30 %:

$$FTE_{I1} = 720-1.170$$

**Differenz Ebene 3**

$$\Delta FTE_3 = 120-270$$

**F. Gesamtergebnis (alle Ebenen)**

---

**Status quo**

$$\begin{aligned} \text{FTE}_{\text{gesamt},0} &= \text{FTE}_0 + \text{FTE}_{S0} + \text{FTE}_{I0} \\ &= (1.550 - 2.515) + (900 - 2.270) + (600 - 900) \\ &= \boxed{3.050 - 5.685} \end{aligned}$$

→ gerundet und konservativ: **≈ 3.800 FTE** (wie in Abschnitt 3)

**Erweitertes Regime**

$$\begin{aligned} \text{FTE}_{\text{gesamt},1} &= \text{FTE}_1 + \text{FTE}_{S1} + \text{FTE}_{I1} \\ &= (2.370 - 3.830) + (1.090 - 2.880) + (720 - 1.170) \\ &= \boxed{4.180 - 7.880} \end{aligned}$$

→ gerundet und konservativ: **≈ 5.800 FTE** (wie in Abschnitt 3)

**Differenz gesamt**

$$\Delta \text{FTE}_{\text{gesamt}} = 5.800 - 3.800 = \boxed{\approx 2.000 \text{ FTE}}$$

## G. Schlussfolgerung

Abschnitt III ist jetzt vollständig konsistent mit Abschnitt 3:

- Status quo: **≈ 3.800 FTE**
- Erweitertes Regime: **≈ 5.800 FTE**
- $\Delta$ : **≈ 2.000 FTE**

## Abschnitt IV – Ökonomische Anreizstrukturen und Nutzenmodell

Dieser Abschnitt beschreibt die ökonomischen Anreizstrukturen des Prüffregimes und zeigt, wie sich der Nutzen der MD-Prüfungen modellhaft bestimmen lässt. Während Abschnitt I und III die Kosten- und Personalperspektive abbilden, analysiert Abschnitt IV die **Ertragsseite** und erklärt, warum der Nutzen der Prüfungen heute strukturell rückläufig ist.

### A. Zielsetzung

Das Nutzenmodell beantwortet drei zentrale Fragen:

1. **Unter welchen Bedingungen ist eine Prüfung für Krankenkassen wirtschaftlich sinnvoll?**
2. **Wie verändert sich der erwartete Nutzen durch regulatorische Entwicklungen seit 2019?**
3. **Warum ist eine empirische Nutzenbewertung derzeit nicht möglich?**

Die Analyse zeigt, dass die ökonomischen Anreize asymmetrisch verteilt sind: Krankenkassen profitieren potenziell von Kürzungen und Sanktionen, während Krankenhäuser und der MD einen Großteil der Kosten tragen. Diese Asymmetrie erklärt die systematische Ausschöpfung der Prüfquoten.

### B. Struktur des Nutzenmodells

Der Nutzen einer Prüfung ergibt sich aus drei Komponenten:

1. **Kürzungsbeträge**
2. **Sanktionsbeträge zugunsten der Kassen**
3. **Aufwandspauschalen zugunsten der Krankenhäuser**

Der Bruttonutzen lautet:

$$B = \sum_i N_i \cdot p_i \cdot R_i + \sum_i N_i \cdot p_i \cdot S - \sum_i N_i \cdot (1 - p_i) \cdot S_{KH}$$

mit:

- $N_i$ : Anzahl der Prüfungen im Segment  $i$
- $p_i$ : Erfolgsquote
- $R_i$ : Kürzungsbetrag

- $S$ : Sanktionsbetrag zugunsten der Kassen
- $S_{KH}$ : Aufwandspauschale zugunsten der Krankenhäuser

Der **Nettonutzen** ergibt sich aus:

$$N_{\text{Netto}} = B - K_{\text{ges}}$$

Damit ist klar:

**Eine Prüfung ist nur dann wirtschaftlich sinnvoll, wenn der erwartete Ertrag die Kosten übersteigt.**

### C. Rationalitätsbedingung pro Segment

Für jede einzelne Prüfung gilt die Bedingung:

$$p_i \cdot (R_i + S) - (1 - p_i) \cdot S_{KH} > K_{Pr}$$

Das bedeutet:

- Je höher die Erfolgsquote  $p_i$ ,
- je höher der Kürzungsbetrag  $R_i$ ,
- je höher die Sanktion  $S$ ,
- und je niedriger die Aufwandspauschale  $S_{KH}$ ,

desto eher lohnt sich eine Prüfung.

Diese Bedingung ist **entscheidend**, denn sie zeigt:

**Krankenkassen handeln rational, wenn sie die Prüfquote ausschöpfen – selbst dann, wenn der Nettonutzen systemweit negativ sein könnte.**

Warum?

- Die Kosten der Prüfung tragen überwiegend **Krankenhäuser** und der **MD**.
- Die potenziellen Erträge liegen bei den **Kassen**.
- Es gibt **keine Budgetdeckung** für Prüfungen.
- Diagnosekorrekturen können **RSA-relevant** sein.

Damit entsteht ein struktureller Anreiz zur **Maximierung des Prüfungsvolumens**.

*Praxisbezug:* Die empirischen Daten bestätigen diese Anreizlogik. Die Auswertung (Medcontroller, 2026) zeigt, dass die Kassen die erweiterten Prüfquoten nicht nur ausschöpfen, sondern

Seite | 36

systematisch nutzen. Der Anstieg der Prüfquote in der betroffenen Häusergruppe auf über 17 % verdeutlicht, dass die strukturellen Anreize zur Maximierung des Prüfvolumens in der Versorgungspraxis voll durchschlagen.

### *Hinweis zur Segmentlogik:*

Das Modell unterscheidet bewusst zwischen einer segmentunabhängigen Kostenstruktur und einer segmentabhängigen Nutzenstruktur.

**Die Kosten pro Prüfung** sind weitgehend homogen, da die Prozessschritte (Aktenanforderung, Prüfung, Stellungnahmen, Begleitverfahren) unabhängig vom Prüfsegment ähnlich sind. Die Kostenanalyse arbeitet daher mit **durchschnittlichen, segmentunabhängigen Kosten pro Prüfung**.

**Der Nutzen einer Prüfung** unterscheidet sich dagegen erheblich zwischen den Segmenten. Erfolgsquoten  $p_i$ , Kürzungsbeträge  $R_i$  und Prüfvolumina  $N_i$  variieren stark (z. B. primäre Fehlbelegung vs. Komplexcodes). Die Nutzenanalyse ist daher **segmentabhängig**, weil der erwartete finanzielle Ertrag einer Prüfung maßgeblich vom jeweiligen Prüfsegment bestimmt wird.

Diese zweistufige Segmentlogik stellt sicher, dass das Modell sowohl realistisch (nutzenbezogene Heterogenität) als auch robust (kostenbezogene Homogenität) bleibt.

## D. Segmentstruktur und Nutzenpotenzial

Die Prüfungen verteilen sich auf Segmente mit sehr unterschiedlichen Eigenschaften:

- primäre Fehlbelegung
- sekundäre Fehlbelegung
- Beatmungstunden
- Komplexcodes
- Nebendiagnosen
- Kodiereffekte

Jedes Segment besitzt:

- typische Erfolgsquoten
- typische Kürzungsbeträge
- typische Dokumentationsanforderungen
- unterschiedliche Häufigkeiten

Der **erwartete Nutzen pro Segment** ergibt sich aus:

$$E(\text{Nutzen}_i) = p_i \cdot R_i$$

Dieser Wert ist seit 2019 **strukturell rückläufig**.

## E. Warum der Nutzen seit 2019 sinkt

Drei regulatorische Entwicklungen haben das Nutzenpotenzial systematisch reduziert:

### 1. Strukturprüfungen (StrOPS)

Sie führen dazu, dass:

- Komplexcodes nur noch bei nachgewiesener Strukturqualität abrechenbar sind,
- die Erfolgsquoten  $p_i$  sinken,
- die Kürzungsbeträge  $R_i$  sinken,
- die Zahl der retaxierbaren Fälle  $N_i$  sinkt.

### 2. Anpassungen der cc-Matrix

Sie reduzieren:

- die Zahl erlösrelevanter Nebendiagnosen,
- die Erfolgsquoten  $p_i$ ,
- die Kürzungsbeträge  $R_i$ .

### 3. Ambulantisierung und Hybrid-DRG

Sie führen dazu, dass:

- „klare Fälle“ gar nicht mehr stationär abgerechnet werden,
- das Volumen der potenziell retaxierbaren Fälle sinkt,
- die Erfolgswahrscheinlichkeit  $p_i$  sinkt.

## Gesamtwirkung

$$E(\text{Nutzen}_i) = p_i \cdot R_i(\text{sinkend})$$

Damit sinkt der erwartete Nutzen pro Prüfung **systematisch**, während die Kosten pro Prüfung **konstant bleiben**.

## F. Warum der Nettonutzen nicht bestimmbar ist

Eine empirische Nutzenbewertung ist derzeit nicht möglich, weil zentrale Parameter **nicht veröffentlicht** werden:

- segmentbezogene Erfolgsquoten  $p_i$ ,
- durchschnittliche Kürzungsbeträge  $R_i$ ,
- Prüfkosten pro Fall  $K_{pr}$  aufgeschlüsselt nach KH/MD/KK,
- Verteilung der Prüfungen auf Segmente  $N_i$ .

Damit bleibt der Nettonutzen:

$$N_{\text{Netto}} = B - K_{\text{ges}}$$

**nicht empirisch überprüfbar.**

Die Kosten hingegen sind klar quantifizierbar (Abschnitt I und III).

## G. Systemische Konsequenz

Die Analyse zeigt:

- Die **Kosten** des Prüfregimes sind hoch und steigen weiter.
- Der **Nutzen** ist nicht bestimmbar und strukturell rückläufig.
- Die **Anreizstrukturen** fördern ein hohes Prüfvolumen, unabhängig vom tatsächlichen Nutzen.
- Die **Kostenlast** liegt überwiegend bei Krankenhäusern und MD.
- Die **Ertragschancen** liegen bei den Krankenkassen.

Damit entsteht ein **asymmetrisches System**, in dem:

**Prüfungen rational sind – aber nicht unbedingt sinnvoll.**

## H. Schlussfolgerung des Abschnitts

Abschnitt IV zeigt, dass das Prüfregime ökonomisch aus dem Gleichgewicht geraten ist. Die Anreizstrukturen fördern eine maximale Ausschöpfung der Prüfquoten, obwohl der erwartete

Nutzen pro Prüfung seit Jahren sinkt und der Nettonutzen mangels Daten nicht bestimmbar ist.

Damit wird deutlich:

**Ohne Transparenz über Erfolgsquoten, Kürzungsbeträge und Prüfkosten ist eine evidenzbasierte Weiterentwicklung des Prüfregimes nicht möglich.**

---

## Abschnitt V – Ergänzende ökonomische Bewertung: Zeitlogik der PrüfVV und Restriktionen der DGfM-Zeitwerte

Dieser Abschnitt vertieft die ökonomische Analyse des Prüfregimes, indem er die **Zeitlogik der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfVV)** und die **Restriktionen der DGfM-Zeitwerte** betrachtet. Beide Elemente bestimmen maßgeblich, wie viel Arbeitszeit im System gebunden wird und wie effizient oder ineffizient das Prüfregime operiert.

### A. Zielsetzung

Während Abschnitt III die Arbeitszeit quantitativ erfasst, zeigt Abschnitt V:

1. warum die tatsächliche Befassungszeit systematisch über den DGfM-Zeitwerten liegt,
2. wie die PrüfVV durch Fristen, Rückfragen und Eskalationsstufen Mehrfachbefassungen erzeugt,
3. warum die Prozesslogik selbst bei unveränderten Prüfquoten zu steigenden Personalbedarfen führt,
4. und warum die ökonomische Effizienz des Systems strukturell begrenzt ist.

Damit wird sichtbar, dass die Bürokratielast nicht nur aus der Anzahl der Prüfungen entsteht, sondern aus der **Art und Weise**, wie geprüft wird.

### B. Die Zeitlogik der PrüfVV - selten „einfache“ Prüfungen

Die PrüfVV definiert einen mehrstufigen Prozess mit festen Fristen, Rückmeldepflichten und Eskalationsmechanismen. Diese Struktur führt dazu, dass eine Prüfung **nicht linear**, sondern **iterativ** verläuft.

Typische Prozessschritte:

1. Fallauswahl durch die Kasse
2. Unterlagenanforderung
3. Übermittlung der Unterlagen durch das Krankenhaus
4. Erstprüfung durch den MD
5. Rückfragen an das Krankenhaus
6. Nachlieferung von Dokumenten
7. Zweitprüfung durch den MD

8. Gutachtenerstellung
9. Stellungnahme des Krankenhauses
10. Abschlussentscheidung der Kasse

Diese Prozesslogik erzeugt:

- Mehrfachbefassungen,
- Rückfragen,
- Nachlieferungen,
- Fristverlängerungen,
- erneute interne Abstimmungen,
- zusätzliche Dokumentationsschritte.

Damit wird klar:

Die PrüfVV erzeugt strukturell eine höhere Gesamtprozesszeit als die reine Befassungszeit vermuten lässt.

### C. Restriktionen der DGfM-Zeitwerte

Die DGfM-Zeitwerte bilden die reine inhaltliche Befassungszeit ab. Sie berücksichtigen jedoch nicht:

- Fristenmanagement
- IT-Prozesse,
- Dokumentenaufbereitung,
- interne Abstimmungen,
- Rückfragen des MD,
- Eskalationsstufen,
- Nachweispflichten bei unbestimmten Rechtsbegriffen,
- Diskussionen zur akutstationären Behandlungsnotwendigkeit,
- oder die Kommunikation mit der Kasse.

Damit gilt:

---

**DGfM-Zeitwerte sind notwendige, aber keine hinreichenden Parameter zur Abbildung der realen Prozesszeit.**

Die tatsächliche Gesamtprozesszeit liegt systematisch **über** den DGfM-Werten — und zwar nicht aus Ineffizienz, sondern aus **prozessualer Notwendigkeit**.

## D. Erhöhung der Prozesszeit durch unbestimmte Rechtsbegriffe

Besonders zeitintensiv sind Prüfungen, die auf **unbestimmten Rechtsbegriffen** beruhen, z. B.:

- „akutstationäre Behandlungsnotwendigkeit“
- „medizinische Erforderlichkeit“
- „ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich“
- „medizinisch geboten“

Diese Begriffe erfordern:

- subjektive Einschätzungen,
- detaillierte medizinische Begründungen,
- umfangreiche Nachweise,
- mehrere Rückfragen,
- höhere Detaillierungstiefe.

Gerade bei **primärer Fehlbelegung** entstehen dadurch:

- zusätzliche Dokumentationsschleifen,
- interne Abstimmungen zwischen Ärzten, Pflege, Kodierung und MedCo,
- erneute MD-Nachfragen,
- divergierende Interpretationen zwischen KH, MD und Kasse.

Das führt zu:

**überproportional hohen Gesamtprozesszeiten bei vergleichsweise geringen Kürzungsbeträgen.**

## E. Prozessökonomische Konsequenz: Kostenanstieg

Die Kombination aus:

- PrüfVV-Fristen,
- iterativen Rückfragen,
- unbestimmten Rechtsbegriffen,
- steigenden Nachweispflichten,
- und zunehmender Ambulantisierung

führt dazu, dass:

1. die Prozesszeit pro Prüfung steigt,
2. die Erfolgsquoten sinken,
3. die Kürzungsbeträge sinken,
4. die Kosten pro Prüfung konstant bleiben oder steigen,
5. der erwartete Nutzen pro Prüfung sinkt.

Damit entsteht ein systemischer Effekt:

**Die Grenzkosten einer zusätzlichen Prüfung steigen, während der Grenznutzen sinkt.**

## F. PrüfVV als Effizienzgrenze des Systems

Die PrüfVV ist nicht auf Effizienz optimiert, sondern auf:

- Rechtsklarheit,
- Nachvollziehbarkeit,
- Fristenkontrolle,
- und Verfahrenssicherheit.

Das führt zu einem inhärenten Zielkonflikt:

- Mehr Verfahrenssicherheit → mehr Prozessschritte → mehr Zeit → mehr Personal → mehr Kosten.

Solange die PrüfVV unverändert bleibt, gilt:

***Das System kann nicht effizienter werden, selbst wenn die Prüfquote konstant bliebe.***

Seite | 44

## G. Gesamtbewertung

Abschnitt V zeigt:

- Die Zeitlogik der PrüfVV erzeugt strukturell hohe Prozesszeiten.
- Die DGfM-Zeitwerte bilden nur einen Teil der Realität ab.
- Unbestimmte Rechtsbegriffe führen zu überproportionalen Mehrfachbefassungen.
- Die Gesamtprozesszeit pro Prüfung steigt systematisch.
- Der Grenznutzen sinkt, die Grenzkosten steigen.
- Das Prüfregime ist dadurch ökonomisch ineffizient, selbst bei unveränderten Prüfquoten.

Damit wird deutlich:

**Die Ineffizienz des Prüfregimes ist nicht primär ein Mengenproblem, sondern ein Strukturproblem.**

**Solange die Prozesslogik unverändert bleibt, erzeugt jede zusätzliche Prüfung überproportionale Kosten — bei sinkendem Nutzen.**

Heidelberg, 28. Mai 2026

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling

Ass. jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab, MBA

Dipl.-Kfm. (FH) Dirk Hohmann

PD Dr. med. habil. Nikolaus von Dercks

Dr. med. Frank Reddig

Jürgen Scheubach

Dr. med. Bettina Beinhauer

Dr. med. Ulf Dennler (MBA)

Guido Hartmann

Jonas Nickel

PD Dr. med. Claus Wolff-Menzler, M.A.