



Erster Bericht der FinanzKommission Gesundheit

Auswirkungen auf das Medizincontrolling

Von Andreas Wenke und Prof. Dr. med. Dominik Franz

Am 30. März 2026 wurden die Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit. Der nachfolgende Beitrag befasst sich mit einer ersten Einordnung und den Auswirkungen auf die operativen Bereiche der Krankenhäuser.

Keywords: Gesundheitspolitik, Strategie, Medizincontrolling

Die Vorschläge der Finanzkommission Gesundheit, die am 30.03.2026 vorgestellt wurden, betreffen das Medizincontrolling in besonderer Weise. Während viele Maßnahmen auf systemischer Ebene diskutiert werden, konzentrieren sich ihre praktischen Auswirkungen auf genau jene Bereiche, die im Alltag der Häuser operativ getragen werden müssen. Dazu gehören insbesondere die Einzelfallprüfung, die Dokumentationssicherung, die Kodierung, die Abgrenzung medizinischer Zusammenhänge sowie die Abbildung innovativer Leistungen.

Die Kommission verfolgt dabei eine klare Logik. Durch eine Ausweitung

von Prüfungen, eine breitere Auslegung von Abrechnungsregeln und höhere Anforderungen an die Evidenz sollen zusätzliche Einsparpotenziale erschlossen werden. Für das Medizincontrolling wird dies eine deutliche Verschiebung der Arbeitslogik bedeuten. Die Abrechnung wird weniger planbar, während gleichzeitig die Anforderungen an Prüffestigkeit steigen.

Ausweitung der Prüfmechanismen und Wegfall der Prüfbegrenzung

Ein zentraler Ansatz ist die Abschaffung der bisherigen Prüfbegrenzungen. Prüfungen sollen sich künftig stärker an den tatsächlichen Prüfmöglichkeiten und -strategien orientieren. Gleichzeitig wird der Prüfauftrag des Medizinischen Dienstes ausgeweitet, sodass Auffälligkeiten nicht mehr isoliert, sondern zukünftig umfassender geprüft werden können. Systematisch bedeutet dies eine Abkehr von der mit dem MDK-Reformgesetz im Jahre 2020 eingeführten Begrenzungslogik. Prüfquoten und daran gekoppelte Sanktionsmechanismen sollten ursprünglich Prüfaufwand und wirtschaftliches Risiko in ein Gleichgewicht bringen. Mit

dem Wegfall der Prüfquoten entfällt diese Steuerungsgröße.

Strukturell entspricht dies einer Annäherung an die Situation vor dem MDK-Reformgesetz. Prüfungen werden offensichtlich wieder zu einer dauerhaften Begleiterscheinung der Abrechnung, mit deutlich geringerer Planbarkeit für die Kliniken. Unklar bleibt, wie mit den an die Prüfquote gekoppelten Strafzahlungen künftig umgegangen werden wird. Der Bericht trifft hierzu keine eindeutige Aussage. Damit entsteht eine zusätzliche Unsicherheit hinsichtlich des wirtschaftlichen Risikos.

Für das Medizincontrolling bedeutet dies eine grundlegende Veränderung der Arbeitsrealität. Die Zahl der Prüfungen wird steigen, gleichzeitig wird die Prüftiefe zunehmen. Fälle müssen nicht mehr punktuell, sondern als Gesamtfall verteidigungsfähig aufbereitet werden. Der Aufwand verschiebt sich von selektiver Fallbearbeitung hin zu kontinuierlichem Prüfmanagement. Dies bedeutet erhebliche finanzielle Risiken für die Kliniken und eine deutliche Zunahme der Bürokratie.

Dokumentation und Kodierung unter veränderten Prüfbedingungen

Die eigentliche Veränderung liegt nicht in höheren Anforderungen an sich, sondern in einer veränderten Prüfarchitektur. Mit dem Wegfall klarer Prüfgrenzen verliert der konkrete Prüfanlass seine steuernde Funktion. Die Vorbereitung eines Falls kann sich nicht mehr auf einzelne Aspekte (Prüfgründe) beschränken.

Ein Fall mit Verweildauerprüfung muss künftig gleichzeitig unter Kodier-, Prozedur- und Gesamtlogikaspekten bewertet werden, da nicht vorhersehbar ist, welche zusätzlichen Prüfungen durch den MD erfolgen werden. Damit entsteht die Notwendigkeit einer deutlich breiteren Vorabprüfung im Medizincontrolling. Die Differenzierung zwischen unauffälligen und prüfrelevanten Fällen verliert erheblich an Bedeutung. Stattdessen muss ein größerer Teil der Fälle frühzeitig auf potenzielle Prüfanfälligkeit analysiert werden. Prüffestigkeit wird zur flächendeckenden Anforderung.

Fallzusammenführung als wachsendes Abgrenzungsproblem

Die Kommission beabsichtigt, die Möglichkeiten zur Fallzusammenführung auszuweiten, um getrennte Abrechnungen im gleichen Krankheitskontext zu reduzieren. Die konkreten Kriterien bleiben jedoch offen. Wenn getrennte Aufenthalte häufiger als zusammenhängend bewertet werden, reicht die Betrachtung des Einzelfalls nicht mehr aus. Behandlungsverläufe müssen über mehrere Kontakte hinweg konsistent dokumentiert und argumentiert werden. Für das Medizincontrolling bedeutet dies eine wesentliche qualitative Veränderung. Der Aufwand steigt nicht nur durch mehr Prüfungen, sondern durch die Notwendigkeit, Fälle früher, umfassender und mit einem deutlich breiteren Risikoverständnis vorzubereiten.

Für das Medizincontrolling führt dies zu einer deutlichen Zunahme von Abgrenzungsfragen. Die Zahl der Fälle, in denen medizinische Zusammenhänge argumentativ bewertet werden müssen, wird steigen. Gleichzeitig nimmt die Prüfanfälligkeit dieser Entscheidungen zu. Die Abrechnung verschiebt sich damit weiter von klar regelbasierten Entscheidungen hin zu interpretationsabhängigen Einzelfallbewertungen. Der Aufwand liegt weniger in der Kodierung als in der medizinisch nachvollziehbaren Begründung von Trennungen oder Zusammenführungen.

NUB und Innovation unter verschärften Rahmenbedingungen

Die Kommission strebt eine stärkere Zentrenbindung innovativer Verfahren sowie eine engere Kopplung an klinische Studien an. Gleichzeitig sollen Kosten der Evidenzgenerierung stärker von der Industrie getragen werden. Damit verändert sich die bisherige Logik des NUB-Verfahrens. Innovationen werden weniger in der Breite des Versorgungssystems eingeführt, sondern stärker strukturell gebunden. Für Zentren steigt die Komplexität der Abrechnung, da Leistungen zunehmend in Studienkontexte eingebettet sind. Für Häuser außerhalb dieser Strukturen wird der Zugang zu NUB-Leistungen eingeschränkt, gleichzeitig entstehen zusätzliche Prüf- und Abgrenzungsfragen bei der Leistungserbringung außerhalb klassischer Zentrumskonstellationen.

Gleichzeitig entstehen neue Abgrenzungsanforderungen. Leistungen werden nicht mehr ausschließlich über DRG und Zusatzentgelte abgebildet, sondern teilweise über studienbezogene oder externe Finanzierungsstrukturen. Die klare Trennung zwischen regulärer Abrechnung und ergänzender Finanzierung wird unschärfer. Für das Medizincontrolling bedeutet dies einen deutlich erhöhten Abstimmungsaufwand sowie steigende Anforderungen an die rechtssichere Zuordnung von Leistungen. NUB entwickelt sich vom standardisierten Verfahren hin zu einem komplexen, fall- und strukturabhängigen Prozess.

Ausweitung des Prüfkontexts auf strukturelle Vergütungselemente

Die Kommission adressiert auch Vergütungsbestandteile, die nicht unmittelbar an einzelne Fälle gekoppelt sind. Hintergrund ist die zunehmende Bedeutung struktureller Finanzierungsanteile, insbesondere im Rahmen der Vorhaltevergütung. Diese zielt darauf ab, Leistungsstrukturen unabhängig von der Fallzahl zu finanzieren. Die Kommission empfiehlt, solche Vergütungsbestandteile stärker in Prüfmechanismen einzubeziehen. Damit erweitert sich der Prüfgegenstand von der Einzelfallebene auf die Organisationsebene.

Für das Medizincontrolling bedeutet dies eine neue Aufgabenqualität. Neben der fallbezogenen Abrechnung müssen künftig auch strukturelle Voraussetzungen, Leistungszuordnungen und deren wirtschaftliche Ableitung

prüft dargestellt werden. Fehler betreffen damit nicht mehr einzelne Fälle, sondern potenziell ganze Leistungsbereiche. Entsprechend steigen die wirtschaftlichen Risiken und der Abstimmungsbedarf mit Geschäftsführung und strategischer Planung.

Kumulative Effekte und organisatorische Konsequenzen

Die eigentliche Herausforderung liegt in der Kombination der Maßnahmen. Mehr Prüfungen, breitere Prüfaufträge, steigende Abgrenzungskomplexität und zusätzliche strukturelle Anforderungen wirken gleichzeitig. Dies führt zu einer deutlichen Zunahme des Arbeitsaufwands bei steigender Komplexität. Der Anteil reaktiver Tätigkeiten nimmt zu, während analytische und steuernde Aufgaben unter Druck geraten. Das Medizincontrolling verschiebt sich weiter in Richtung Absicherung und Verteidigung der Abrechnung. Gleichzeitig wächst die Bedeutung der internen Abstimmung mit den klinischen Bereichen erheblich.

Gesamtbewertung

Die Vorschläge der Kommission führen aus Sicht des Medizincontrollings zu einer strukturellen Verdichtung der Anforderungen. Die angestrebte Verbesserung von Kontrolle und Wirtschaftlichkeit geht mit einer deutlichen Ausweitung von Prüfaufwand, Abgrenzungskomplexität und Unsicherheit einher. Die zentrale Herausforderung wird darin bestehen, diese zusätzlichen Anforderungen unter den bestehenden Rahmenbedingungen zu bewältigen, ohne dass die Steuerungsfunktion des Medizincontrollings dauerhaft in den Hintergrund tritt. ■



Andreas Wenke

Geschäftsführer Franz + Wenke GmbH
Mendelstr. 11
48149 Münster
a.wenke@dasgesundheitswesen.de

Prof. Dr. med. Dominik Franz

Geschäftsführer Franz + Wenke GmbH
Mendelstr. 11
48149 Münster