



©Andrii Yalansky- stock.adobe.com

Ablehnung als Standard?

Wie Krankenkassen die PrüfvV systematisch unterlaufen

Von Ramona Zoppik und Jürgen Scheubach

Die PrüfvV wurde eingeführt, um die Abrechnungsprüfung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu entbürokratisieren und zu standardisieren. Eine aktuelle Blitzlichtumfrage der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) zeigt jedoch: Zahlreiche Kliniken erleben eine zunehmende Umgehung des Verfahrens durch einzelne Krankenkassen. Rechnungen werden pauschal abgelehnt, Fristen ignoriert und Krankenhäuser sehen sich erneut in der Beweislast. Der Beitrag analysiert die Ergebnisse der Umfrage, beleuchtet regionale und kassenbezogene Auffälligkeiten und formuliert konkrete Forderungen der DGfM zum Schutz des Verfahrens.

Keywords: Medizincontrolling, Abrechnung, Dokumentation

Die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) wurde geschaffen, um das Prüfgeschehen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern auf eine verbindliche, gerechte und transparente Grundlage zu stellen. Doch eine Blitzlichtumfrage der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) unter mehr als 230 Kliniken zeigt: Einige Krankenkassen umgehen gezielt das formale Verfahren – und entziehen sich damit der Kontrolle durch den Medizinischen Dienst (MD). Die Folge: Krankenhäuser sehen sich erneut in der Bringschuld und

müssen ihre Vergütungsansprüche außerhalb des vorgesehenen Prüfprozesses durchsetzen.

Hintergrund: Die PrüfvV als Schutzraum – eigentlich

Mit der Reform der PrüfvV zum 1. Januar 2022 und ihrer Anpassung 2024 sollten Unsicherheiten und Machtsymmetrien im Prüfprozess behoben werden. Die PrüfvV regelt klar: Nur der MD darf auf Antrag der Krankenkasse medizinische Einzelfälle prüfen und dies nur innerhalb eng gesteckter Fristen. Ziel war es, eine Entlastung für Kliniken zu schaffen – und ein Stück Rechtsfrieden. Dieses Ziel droht zu scheitern.

Im Mai 2025 führte die DGfM eine bundesweite Blitzlichtabfrage durch. Die über 230 Rückmeldungen der Kliniken aus allen Bundesländern gaben einen qualitativ dichten Einblick in die gelebte Realität. Die Frage lautete: Welche Erfahrungen machen Krankenhäuser mit der PrüfvV – und wo wird sie gezielt umgangen?

Wenn Krankenkassen zu Ersatz-Prüfern werden

Rund 60 Prozent der Häuser berichten, dass Krankenkassen direkt Leis-

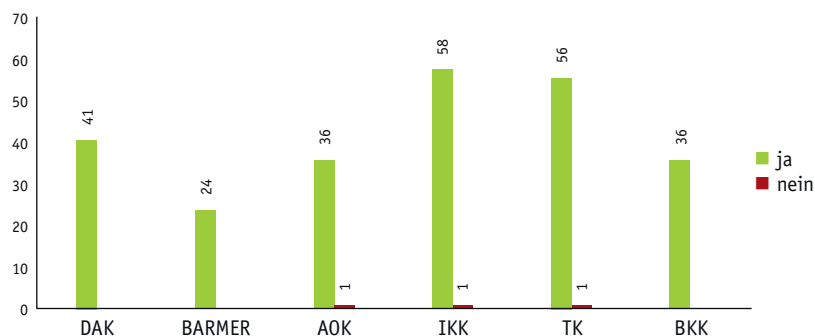
tungen absetzen – ohne einen MD-Prüfantrag zu stellen. Besonders häufig genannt wurden dabei IKK, TK und DAK. Es handelt sich nicht um Einzelfälle, die Krankenhäuser sprechen von systematisch wiederkehrendem Verhalten.

Eine Auswertung nach Krankenkassen zeigt die bundesweiten Probleme der Krankenhäuser mit den Krankenkassen im PrüfvV: Bei allen großen Kassen überwiegt der Anteil an Fällen mit Schwierigkeiten im Rahmen der PrüfvV. Am häufigsten betroffen sind IKK, TK und DAK, aber auch bei AOK und BKK fällt der Anteil problematischer Fälle hoch aus. Selbst bei geringeren Fallzahlen, etwa bei der Barmer, zeigt sich ein vergleichbares Muster. Das bestätigt den Eindruck: Die Umgehung der PrüfvV ist kein Einzelfall, sondern ein strukturelles Problem (►Tab.).

Taktiken zur Umgehung der PrüfvV

In vielen Rückmeldungen berichten Kliniken, dass Krankenkassen gezielt Wege suchen, um das vorgesehene Prüfverfahren zu umgehen. So werden Abrechnungen häufig direkt gekürzt – ohne, dass ein Antrag beim Medizinischen Dienst (MD) gestellt wird. Statt

Bundesweite Probleme mit PRÜfV



Tab.: Übersicht der Probleme mit der PrüfV

einer Einzelfallprüfung gibt es pauschale Ablehnungen, etwa mit der Begründung „keine medizinische Notwendigkeit“. Auch bei den Fristen halten sich manche Kassen nicht an die Regeln der PrüfV: Rückmeldungen kommen verspätet oder gar nicht. Dabei schreibt die PrüfV klare Fristen und Rückmeldepflichten vor.

Besonders problematisch ist, dass die Beweislast oft wieder bei den Krankenhäusern landet. Eigentlich soll der MD prüfen, ob eine Abrechnung korrekt ist. Doch viele Kliniken sehen sich gezwungen, ihre Leistungen direkt gegenüber der Krankenkasse zu rechtfertigen – außerhalb des dafür vorgesehenen Verfahrens.

Regionale Unterschiede und Rückmeldungen

Die meisten Rückmeldungen zur Blitzlichtumfrage kamen aus Baden-Württemberg, Hessen und Nordrhein-Westfalen. Diese Bundesländer waren am stärksten an der Umfrage beteiligt und liefern damit besonders viele Einblicke in die aktuelle Praxis. Auch aus weiteren Regionen wie Bayern, Sachsen und Rheinland-Pfalz gingen zahlreiche Antworten ein. Insgesamt ergibt sich dadurch ein breites Bild über alle Versorgungsregionen hinweg – mit regional unterschiedlichen Schwerpunkten in der Wahrnehmung und Dokumentation der Umgehungsstrategien.

Viele Kliniken dokumentieren inzwischen systematisch, welche Kasse welches Vorgehen zeigt. Einige antworten mit formellen Zurückweisungen, andere leiten rechtliche Schritte ein – vom Widerspruch bis zur Rückforderung.

Die PrüfV braucht Schutz

Wir sehen in diesen Entwicklungen einen strukturellen Missbrauch. Die Position ist klar: Die PrüfV ist keine Op-

tion, sondern ein verbindliches Verfahren. Ihre Missachtung durch Kassen muss sanktioniert werden – sonst droht die Rückkehr zur Willkürprüfung.

Ein aktuelles Urteil des Sozialgerichts Stuttgart (Az.: S 18 KR 59/24 vom 11.06.2025) zeigt eindrücklich, wie gravierend die Missachtung der PrüfV durch Krankenkassen sein kann – und welche Konsequenzen daraus entstehen. In dem Verfahren stellte das Diakonie-Klinikum Stuttgart eine Krankenhausrechnung über 3.752,22 Euro. Die DAK verweigerte die Zahlung mit der Begründung, die stationäre Behandlung sei nicht notwendig gewesen – ohne den Medizinischen Dienst (MD) einzuschalten. Das Gericht sah darin einen klaren Verstoß gegen die PrüfV: „Bei Zweifeln an der Notwendigkeit vollstationärer Behandlung [...] hätte [die Krankenkasse] ein Prüfverfahren einleiten müssen.“

Die Richter stellten fest: Die Klinik hatte die Abrechnung formal korrekt eingereicht und die medizinische Begründung ausreichend dokumentiert. Ein Streit über Details sei nicht Aufgabe zwischen Kasse und Krankenhaus, sondern nur Gegenstand eines MD-Verfahrens. Da die DAK kein Prüfverfahren beantragt hatte, musste sie zahlen – einschließlich Zinsen. Die Kosten des Rechtsstreits trägt die Kasse.

Relevanz für die Praxis

Das Urteil bestätigt, was viele Häuser täglich erleben: Krankenkassen betreiben faktisch eine Ersatzprüfung, obwohl die PrüfV dies ausdrücklich ausschließt. Das Sozialgericht stellt unmissverständlich klar: Wer kein Prüfverfahren einleitet, hat kein Recht, die Zahlung zu verweigern. Das Urteil ist kein Einzelfall – sondern ein Präzedenzfall für die Durchsetzung der PrüfV. Es zeigt: Wer den MD nicht einbindet, verliert vor Gericht – weil das Vorgehen rechtlich nicht haltbar ist.

Fazit: Die PrüfV darf nicht zur Fassade werden

Die PrüfV ist sinnvoll und notwendig, muss aber konsequent durchgesetzt werden. Die Umfrage zeigt, dass Krankenkassen das Verfahren oft umgehen, Rechnungen ohne individuelle Begründung ablehnen und Zahlungen ohne MD-Anfrage zurückhalten. So heißt es etwa: „Individuelle Begründungen werden nicht akzeptiert. Rechnungen werden nicht bezahlt, aber es wird keine Anfrage beim MD eingeleitet.“ Das führt zu hohem bürokratischem Aufwand und Frustration bei Kliniken. Während manche Häuser von einem problemlosen Ablauf berichten, ist die systematische Missachtung der PrüfV weit verbreitet. Die Selbstverwaltung muss dringend handeln, um die PrüfV verbindlich durchzusetzen und Missbrauch zu verhindern. ■



Ramona Zoppik

Studentin am Diakonie-Klinikum Stuttgart
Rosenbergstraße 38
70176 Stuttgart

Jürgen Scheubach

Mitglied des Vorstandes
der DGM
Leiter Medizincontrolling am
Diakonie-Klinikum Stuttgart