



©Zee (generiert mit KI) - stock.adobe.com

Das MD-Prüfverfahren im Stationären Versorgungsbereich

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit – Welchen Einfluss hat das Prüfverfahren auf die Abrechnungsqualität?

Von Katharina Cramer von Laue

Die gesetzlichen Krankenversicherungen verzeichnen 2024 ein Defizit von 6,2 Milliarden Euro, ihre Rücklagen lagen unter der gesetzlichen Mindestreserve. Der größte Ausgabenposten im Gesundheitswesen entfällt auf den Krankenhaussektor. Die Leistungsausgaben für Krankenhausbehandlungen beliefen sich 2024 auf über 100 Milliarden Euro. Das entspricht rund einem Drittel aller Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

Vor diesem Hintergrund steht die Qualität der Krankenhausabrechnungen im Fokus. Bei Auffälligkeiten sind Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst zu veranlassen. 2023 wurden durch das Prüfverfahren Forderungen in Höhe von rund einer Milliarde Euro korrigiert. Aus Sicht der Krankenhäuser ist der Prüfprozess zeitaufwendig, kostenintensiv und mit administrativem Aufwand verbunden. Mit dem KHVVG, das im Dezember

2024 in Kraft trat, wird das Prüfsystem in mehreren Schritten verändert. Ab 2027 soll die bisherige risikobasierte Einzelfallprüfung durch eine strukturierte Stichprobenprüfung ersetzt werden. Zudem führt das Gesetz mit der LOPS-Richtlinie neue Prüfverfahren für Leistungsgruppen und OPS-Strukturmerkmale ein.

Beanstandungsquote seit Jahren konstant

Die zentrale Kennzahl zur Bewertung der Prüfwirkung ist die Beanstandungsquote der geprüften Abrechnungen. Seit Einführung des DRG-Systems liegt diese in den begutachteten Fällen konstant bei rund 50 Prozent. Diese Zahl ist methodisch einzuordnen: Krankenkassen setzten regelwerkgestützte Software zur gezielten Vorselektion auffälliger Fälle ein, wodurch die Prüfstichprobe einem systematischen Selektionseffekt unterliegt. Die Fehlerquote in der Stichprobe fällt dadurch höher aus als im gesamten

Das Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes (MD) ist seit über zwei Jahrzehnten ein zentrales Instrument der Abrechnungskontrolle im deutschen DRG-System. Die vorliegenden Daten zeigen, dass das Verfahren einen kurzfristigen Korrekturbeitrag in geprüften Einzelfällen leistet. Eine systemische Verbesserung der Abrechnungsqualität im Gesamtbestand lässt sich daraus bislang nicht ableiten. Die Beanstandungsquote liegt seit Jahrzehnten konstant bei rund 50 Prozent, die Zahl gut abrechnender Krankenhäuser ist zuletzt gesunken. Mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) stehen weitere Änderungen des Prüfsystems bevor, unter anderem die Einführung von Leistungsgruppenprüfungen und die für 2027 geplante Umstellung auf eine Stichprobenprüfung. Digitalisierung und KI-gestützte Kodierunterstützung werden von Krankenkassen, Krankenhäusern und Medizinischem Dienst gleichermaßen als Ansatzpunkt zur Entlastung genannt.

Keywords: Kodierung, MD, Abrechnung

Abrechnungsgeschehen. Eine Aussage über die tatsächliche Fehlerquote aller Krankenhausabrechnungen lässt sich aus diesen Daten nicht ableiten.

Ein kriminologisches Gutachten für den AOK-Bundesverband kommt zu dem Ergebnis, dass Abrechnungsfehler häufiger zugunsten als zulasten der Krankenhäuser ausgehen. Ein Teil der Beanstandungen resultiert zudem aus unterschiedlichen Interpretationen der ICD- und OPS-Kodierregeln zwischen Krankenhaus und Prüfinstanz und nicht aus intendierten Fehlabbildungen. Die Komplexität der Kodierregeln stellt damit eine strukturelle Fehlerquelle dar, die durch die Prüfung allein nicht behoben wird.

Mit dem MDK-Reformgesetz 2020 wurde eine gestaffelte Prüfquote eingeführt, womit die Prüfintensität an

ten beziffert die jährlichen Betriebskosten des Prüfsystems auf insgesamt rund 800 Millionen Euro. Rund 330 Millionen Euro entfallen auf die Krankenkassen, kalkuliert mit durchschnittlich 17 Euro Verwaltungskosten je geprüftem Fall. Rund 200 Millionen Euro entfallen auf den Medizinischen Dienst, kalkuliert mit einer halben Gutachtenstunde à 75 Euro je Fall. Die verbleibenden rund 260 Millionen Euro entfallen auf die Krankenhäuser für die interne Prüfvorbereitung.

Die Rückzahlungsquote, also der Anteil der Rückforderungen am geprüften Abrechnungsvolumen, variiert bundesweit zwischen 1,3 und 3,4 Prozent. Im Jahr 2018 lag sie bei 3,7 Prozent, was einem Rückforderungsvolumen von 2,8 Milliarden Euro entsprach. Von den geprüften Rechnungen waren zu diesem Zeitpunkt 48

Pandemie eingeführte verkürzte Zahlungsziel von fünf Tagen gilt bis heute weiter.

Administrativer Aufwand für Dokumentation

Eine bundesweite Erhebung unter 225 Allgemeinkrankenhäusern und 98 psychiatrischen Fachkliniken quantifiziert den Umfang der Dokumentationsstätigkeit. Ärzte wenden im Durchschnitt 2,9 Stunden täglich, somit circa 36 Prozent ihrer Arbeitszeit, für Dokumentationsaufgaben auf, Pflegekräfte 2,7 Stunden. Als besonders zeitintensiv werden die Bearbeitung von MD-Anfragen sowie die Erstellung prüfkonformer Dokumentation genannt. 99 Prozent der befragten Häuser bewerten den Dokumentationsaufwand als problematisch, die Hälfte der Häuser rechnet mit Fachkräfteverlust infolge der Bürokratie.

Die Erhebung beziffert auch ein rechnerisches Entlastungspotenzial. Eine Reduktion des Dokumentationsaufwands um eine Stunde pro Vollkraft pro Tag würde rund 20.650 ärztliche und 42.870 pflegerische Vollzeitkräfte für die unmittelbare Patientenversorgung freisetzen, ohne zusätzlichen Stellenaufbau.

„Eine bundesweite Erhebung unter 225 Allgemeinkrankenhäusern und 98 psychiatrischen Fachkliniken quantifiziert den Umfang der Dokumentationsstätigkeit. Ärzte wenden im Durchschnitt 2,9 Stunden täglich, somit circa 36 Prozent ihrer Arbeitszeit, für Dokumentationsaufgaben auf, Pflegekräfte 2,7 Stunden.“

die individuelle Abrechnungsqualität gekoppelt wird. Krankenhäuser mit mindestens 60 Prozent unbeanstandeten Rechnungen im vorvergangenen Quartal gelten als gut abrechnend und unterliegen einer Prüfquote von fünf Prozent; bei einem Anteil zwischen 40 und 60 Prozent liegt die Prüfquote bei zehn Prozent, darunter bei 15 Prozent. Die verfügbaren Quartalsstatistiken zeigen bei diesem Indikator zuletzt eine gegenläufige Entwicklung. Der Anteil der Krankenhäuser mit der niedrigsten Prüfquote von fünf Prozent sank von 44,9 Prozent im vierten Quartal 2024 auf 41,2 Prozent im ersten Quartal 2025. Der Anteil der Häuser in der höchsten Prüfquote stieg im gleichen Zeitraum von 10 auf 12,4 Prozent. Zusätzlich zeigen sich regionale Unterschiede. Im dritten Quartal 2024 variierte die durchschnittliche Prüfquote zwischen den Bundesländern um bis zu 2,7 Prozentpunkte, wobei die zugrundeliegenden Ursachen bislang nicht abschließend untersucht sind.

Kosten und Nutzen des Prüfsystems

Den erzielten Rückforderungen stehen Systemkosten gegenüber. Ein Gutach-

Prozent beanstandet und 52 unbeanstandet. 2023 beliefen sich die bundesweiten Rückzahlungen auf über eine Milliarde Euro. Werden Systemkosten und Rückforderungsvolumen gegenübergestellt, verbleibt ein Nettovorteil von rund 200 Millionen Euro für das Gesamtsystem, der sich seit 2018 verringert hat, während die Betriebskosten im Zeitverlauf strukturell konstant geblieben sind.

Durch die Bearbeitungsdauer der Prüfverfahren besteht eine strukturelle Liquiditätsbelastung. Die mediane Debitorenlaufzeit steigt durch MD-Begutachtungsaufträge auf über 51 Tage, bei rund einem Viertel der Häuser auf über zwei Monate. Eine Untersuchung beziffert die durchschnittliche Forderungsreichweite deutscher Krankenhäuser auf rund 47 Tage. Das an Forderungen gebundene Working Capital macht im Durchschnitt 15 bis 20 Prozent des Gesamtumsatzes eines Krankenhauses aus, kurzfristige Forderungen allein rund 19 Prozent der Bilanzsumme. 2023 erhielten 42 Prozent der Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel von ihren Trägern, um Liquiditäts- oder Insolvenzrisiken zu begrenzen. Das während der Corona-

Änderungen durch das KHVVG

Mit dem KHVVG wird das Prüfsystem in mehreren Punkten angepasst. Die neue Leistungsgruppenprüfung nach § 275a SGB V legt Qualitätskriterien für die künftigen Leistungsgruppenplanung fest. Die im Mai 2025 in Kraft getretene LOPS-Richtlinie fasst diese neue Prüfung mit den bestehenden OPS-Strukturmerkmalprüfungen zusammen und verlängert die Gültigkeitsdauer der entsprechenden Bescheinigungen von zwei auf drei Jahre.

Die ab 2027 geplante Umstellung von der risikobasierten Einzelfallprüfung auf eine strukturierte Stichprobenprüfung wird von den beteiligten Akteuren unterschiedlich bewertet. Der GKV-Spitzenverband rechnet mit dem Verlust der bisherigen Treffsicherheit bei der Fallauswahl sowie einer jährlichen Mehrbelastung der Beitragszahlenden von mindestens 500 Millionen Euro. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft verweist auf den zusätzlichen bürokratischen Aufwand einer Systemumstellung. Ein vergleichbares Stichprobenverfahren bestand bereits zwischen 2007 und 2013 und wurde wegen Ineffizienz wieder abgeschafft. Ein Konzept für die Ausgestaltung der

neuen Stichprobenprüfung lag zu dem Zeitpunkt der Analyse noch nicht öffentlich vor.

Digitalisierung und KI-gestützte Kodierunterstützung

In einem Punkt stimmen Krankenkassen, Krankenhäuser und Medizinischer Dienst überein: Digitalisierung und KI-gestützte Kodierunterstützung werden von allen Seiten als möglicher Ansatzpunkt zur Reduzierung von Prüfaufwand und Bürokratie genannt. Entsprechende Systeme können medizinische Dokumentation automatisiert auswerten und Kodiervorschläge vor der Rechnungsstellung unterbreiten. Dieser Ansatz setzt an der Kodierung selbst an, bevor eine Abrechnung überhaupt geprüft wird, während das bestehende Verfahren erst nachträglich korrigiert.

Für den deutschen Kontext liegen bislang wenige empirische Wirksamkeitsnachweise zu solchen Systemen vor. Auch die technischen Voraussetzungen sind unterschiedlich weit entwickelt. Zwischen Krankenhausinformationssystemen, dem MD-Portal und

den Systemen der Krankenkassen bestehen noch nicht durchgängig einheitliche Schnittstellen. Rund 92 Prozent der deutschen Krankenhäuser befinden sich aktuell auf den unteren Stufen gängiger Reifegradmodelle für digitale Prozesse.

Zusammenfassung

Das MD-Prüfverfahren leistet einen kurzfristigen Korrekturbeitrag in den geprüften Einzelfällen, ohne dass sich daraus eine systemische Verbesserung der Abrechnungsqualität im Gesamtbestand ableiten lässt. Die seit über zwei Jahrzehnten konstante Beanstandungsquote von rund 50 Prozent sowie die zuletzt sinkende Zahl gut abrechnender Krankenhäuser trotz bestehender Anreizsysteme verweisen auf die Grenzen des reaktiven Verfahrens.

Die KHVVG-Reformen verändern den Prüfaufwand kurzfristig, insbesondere durch die neuen Leistungsgruppenprüfungen. Die für 2027 geplante Stichprobenprüfung ist mit Entlastungspotenzial ebenso wie mit offenen methodischen Fragen verbunden. Di-

gitalisierung und KI-gestützte Kodierunterstützung werden von allen beteiligten Akteuren als Ansatzpunkt genannt, um den Prüfaufwand und Kodierfehler an der Quelle zu adressieren, auch wenn belastbare Wirksamkeitsdaten für den deutschen Kontext bislang noch aufzubauen sind. ■

Literatur bei der Verfasserin



Katharina Cramer von Laue, M.Sc.
Krankenhausmanagement, Controlling und
Projektmanagement
Gießen
katharina.laue@t-online.de

Aktuelles aus der Branche mit dem KU Newsletter



Abonnieren Sie den Newsletter der KU Gesundheitsmanagement und lesen Sie, was das Krankenhausmanagement bewegt.

Einmal wöchentlich erhalten Sie ein Update zu:

- ✓ Meldungen aus den Krankenhäusern
- ✓ Personalien
- ✓ Expertenstimmen zu relevanten Managementthemen

Jetzt anmelden!



ku-gesundheitsmanagement.de/
newsletter

Foto: © Thawatchai Images - stock.adobe.com

KU
GESUNDHEITSMANAGEMENT