

## **MD-Prüfungen ab 2027: Deutlich höhere Prüfquoten und neue Risiken für Krankenhäuser**

Zum 1. Januar 2027 wird das System der MD-Abrechnungsprüfungen für Krankenhäuser spürbar verschärft. Krankenhäuser müssen sich auf erheblich höhere Prüfquoten, eine strengere Steuerung über die Beanstandungsquote und einen erweiterten Prüfzugriff des Medizinischen Dienstes einstellen.

Für Häuser mit auffälligen Abrechnungsergebnissen kann dies dazu führen, dass Krankenkassen faktisch **ohne quantitative Begrenzung** weitere MD-Prüfungen veranlassen können. Das Thema betrifft damit nicht allein das Medizincontrolling, sondern ist ein relevantes Erlös-, Liquiditäts- und Compliance-Risiko für Geschäftsführung, Ärztliche Direktion und Träger.

### **Kernaussage: Die Prüfquote entfällt nicht**

Entgegen einer teilweise verkürzten Darstellung wird die MD-Prüfquote ab 2027 nicht generell abgeschafft. § 275c SGB V behält ein quotengestütztes Prüfregime bei. Die Voraussetzungen für günstige Prüfquoten werden jedoch erheblich verschärft; zugleich steigen die zulässigen Prüfquoten in den Risikostufen deutlich an.

Ab 2027 soll folgende Staffelung gelten:

| <b>Anteil unbeanstandeter MD-Prüfungen</b> | <b>Zulässige MD-Prüfquote</b> |
|--------------------------------------------|-------------------------------|
| Mindestens 80%                             | Bis zu 5%                     |
| 65% bis unter 80%                          | Bis zu 20%                    |
| 50% bis unter 65%                          | Bis zu 40%                    |
| Unter 50%                                  | Keine reguläre Obergrenze     |

Die niedrigste Prüfquote von 5 Prozent bleibt damit nur erreichbar, wenn mindestens 80 Prozent der geprüften Abrechnungen ohne Rechnungsminderung abgeschlossen werden. Bereits bei einer Quote unter 80 Prozent kann die Prüfquote auf bis zu 20 Prozent steigen; bei einer Unbeanstandetenquote unter 65 Prozent sind bis zu 40 Prozent der Rechnungen prüfbar.

## **Wann drohen unbegrenzte MD-Prüfungen?**

Besonders kritisch ist die neue Schwelle von 50 Prozent: Liegt der Anteil unbeanstandeter MD-Prüfungen darunter, unterliegt das Krankenhaus keiner regulären quartalsbezogenen Begrenzung der Prüfquote mehr. Krankenkassen können dann weitere Prüfungen veranlassen, ohne an die ansonsten geltenden Mengengrenzungen gebunden zu sein.

Praktisch bedeutet dies: Führt mehr als jede zweite abgeschlossene MD-Prüfung zu einer Rechnungsminderung, kann das Krankenhaus in einen belastenden Prüfkreislauf geraten:

1. Rechnungsminderungen verschlechtern die Unbeanstandetenquote.
2. Eine schlechtere Unbeanstandetenquote erhöht die zulässige Prüfquote.
3. Eine höhere Prüfquote führt zu mehr MD-Prüfungen.
4. Mehr Prüfungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit weiterer Rechnungsminderungen und Folgebelastungen.

Die MD-Prüfung wird damit nicht mehr nur als Einzelfallthema relevant. Sie kann sich auf das künftige Prüfvolumen, die Personalbindung, die Durchsetzbarkeit von Erlösansprüchen und die Erlösplanung des Krankenhauses auswirken.

## **Erweiterter Prüfzugriff seit Juli 2026 – Risiko von Zufallsfunden steigt**

Eine zusätzliche Verschärfung gilt bereits seit dem 30. Juli 2026: Stellt der MD im Rahmen einer laufenden Prüfung weitere abrechnungsrelevante Auffälligkeiten fest, muss er diese in die Prüfung einbeziehen. Die Prüfung kann sich daher über den ursprünglich von der Krankenkasse benannten Anlass hinaus auf weitere abrechnungsrelevante Fragestellungen erstrecken.

Ein Beispiel: Eine ursprünglich wegen der Dauer einer vollstationären Behandlung eingeleitete Prüfung kann zusätzliche Fragen zu Hauptdiagnose, Nebendiagnosen, Prozeduren, Beatmungsstunden, Komplexbehandlungen oder zur medizinischen Erforderlichkeit der stationären Behandlung aufwerfen, soweit sich im Prüfungsverlauf hierfür relevante Auffälligkeiten ergeben.

Für Krankenhäuser steigt damit die Bedeutung einer vollständigen und widerspruchsfreien Dokumentation. Einzelne Dokumentationsdefizite können nicht nur die konkret angegriffene Abrechnungsposition betreffen, sondern Anlass für weitergehende Beanstandungen innerhalb desselben Prüfverfahrens werden.

## **Was Krankenhäuser jetzt tun sollten**

Krankenhäuser sollten ihre MD-Prozesse nicht erst mit Inkrafttreten der neuen Prüfquoten im Jahr 2027 überprüfen. Entscheidend sind insbesondere die Prüfergebnisse der vorangegangenen Quartale. Deshalb sollte bereits jetzt belastbar ermittelt werden, in welcher Prüfquotenstufe das Krankenhaus voraussichtlich starten wird.

Empfehlenswert sind vor allem folgende Maßnahmen:

### **Prüfquoten-Dashboard einrichten:**

Monatliche Auswertung der Unbeanstandetenquote nach Quartal, Krankenkasse, Fachabteilung, DRG, MD-Prüfanlass und Kürzungsthema.

### **Frühwarnsystem etablieren:**

Interne Warnschwellen deutlich oberhalb der gesetzlichen Grenzen von 80, 65 und 50 Prozent definieren.

### **Risikofälle vor Rechnungstellung prüfen:**

Besondere Aufmerksamkeit für Fälle mit hohem MD-Risiko, etwa Kurzlieger, ambulant-sensitive Leistungen, komplexe Prozeduren, intensivmedizinische Behandlungen, Beatmungsfälle und streitanfällige Nebendiagnosen.

### **Dokumentation stärken:**

Medizinische Erforderlichkeit, Aufnahmeanlass, Behandlungsverlauf, Ressourcenverbrauch, Entlassentscheidung und Kodiergrundlagen müssen zeitnah, vollständig und nachvollziehbar dokumentiert sein.

### **MD-Fallmanagement zentralisieren:**

Einheitlicher Eingang der Prüfanzeigen, verlässliche Fristenkontrolle, klare Zuständigkeiten und dokumentierte Unterlagenübermittlung sind unverzichtbar.

### **Erörterungsverfahren professionell führen:**

Tatsachen, Einwendungen und medizinische Argumente müssen frühzeitig vollständig aufbereitet werden. Im späteren Sozialgerichtsverfahren kann verspäteter Vortrag ausgeschlossen sein.

### **Kürzungsgründe systematisch auswerten:**

Jede Rechnungsminderung sollte in ein verbindliches Feedback an Medizincontrolling, Kodierung, Fachabteilung und Management überführt werden.

### **MD-Prüfungen als Governance-Thema**

Die Neuregelung macht deutlich: MD-Prüfungen sind künftig nicht nur Aufgabe der Kodierung oder des Medizincontrollings. Sie verlangen eine abgestimmte Steuerung durch Geschäftsführung, Ärztliche Direktion, Pflegedirektion, Erlösmanagement, Medizincontrolling und Rechtsabteilung.

Ein wirksames MD-Compliance-System sollte insbesondere regeln:

- Verantwortlichkeiten für Prüfanzeigen, Unterlagenversand und Fristen;
- Standards für die fallbezogene medizinische und kodierrechtliche Vorprüfung;
- Eskalationswege bei hochvolumigen oder grundsätzlichen Streitfällen;
- Analyse und Nachverfolgung wiederkehrender Kürzungsgründe;
- Steuerungsberichte für Geschäftsführung und Aufsichtsorgane;
- Kriterien für die außergerichtliche Bereinigung, das Erörterungsverfahren und die gerichtliche Durchsetzung.

Die wirtschaftliche Bedeutung eines einzelnen Prüffalls darf dabei nicht isoliert bewertet werden.

Ein Fall mit einer begrenzten Rechnungsminderung kann strategisch relevant sein, wenn er zur Verschlechterung der Unbeanstandetenquote beiträgt und dadurch künftig ein deutlich höheres Prüfvolumen auslöst.

### **Unser Beratungsangebot**

PPP Rechtsanwälte unterstützt Krankenhäuser, Krankenhausverbünde und Träger bei der rechtlichen und organisatorischen Vorbereitung auf die verschärften MD-Prüfungen ab 2027.

Unser Beratungsansatz umfasst insbesondere:

- Analyse der aktuellen und prognostischen MD-Prüfquoten;
- rechtliche Bewertung von Beanstandungs- und Kürzungsmustern;
- Prüfung der Voraussetzungen und Grenzen von MD-Prüfungen;

- Entwicklung eines MD-Prüfquoten- und Erlössicherungs-Konzepts;
- Gestaltung von Richtlinien, Rollenmodellen und Eskalationsprozessen;
- Begleitung einzelfallbezogener Erörterungsverfahren;
- Durchsetzung und Abwehr streitiger Vergütungsansprüche;
- Unterstützung bei der Implementierung eines praxistauglichen MD-Compliance-Systems.

Krankenhäuser sollten die verbleibende Zeit bis zum 1. Januar 2027 nutzen, um Prüfrisiken transparent zu machen, Dokumentations- und Abrechnungsprozesse zu stabilisieren und die eigene Quote aktiv zu steuern. Wer erst reagiert, wenn die 20-, 40- oder unbegrenzte Prüfzone erreicht ist, handelt regelmäßig zu spät.

*Hinweis: Diese Information gibt einen Überblick über die wesentlichen Änderungen und ersetzt keine Prüfung der konkreten Prüfquoten-, Abrechnungs- und Verfahrenssituation des einzelnen Krankenhauses.*

#### **Ansprechpartner:**

Matthias Wallhäuser  
Rechtsanwalt | Fachanwalt für Medizinrecht  
Certified Compliance Officer (Univ.)

Mitherausgeber der Zeitschrift "[Der Krankenhaus-JUSTITIAR](#)"

Verantwortlicher Schriftleiter des Fachdienstes Medizinrecht des Verlages C.H.Beck/beck-online

T + 49 02202/2516503

F + 49 02202/2516504

M + 49 0172/2663255

E [wallhaeuser@ppp-rae.de](mailto:wallhaeuser@ppp-rae.de)