

Pressemitteilung

BWKG lehnt Ausweitung der MD-Prüfungen im Beitragssatzstabilisierungsgesetz kategorisch ab

Scheffold: Schon heute massive Fehlentwicklungen zu Lasten der Patienten und der Krankenhäuser

Ihre Ansprechpartnerin:
Annette Baumer
Referentin für
Presse und Politik
Telefon 0711 25777-45
Telefax 0711 25777-99
baumer@bwkg.de

Stuttgart, 02.07.2026

„Das Beitragssatzstabilisierungsgesetz sieht eine massive Ausweitung der MD-Prüfquoten vor. Damit soll eine ohnehin schon ungerechte und bürokratische Regelung noch weiter ausgebaut und den Krankenhäuser Geld entzogen werden. Statt wie versprochen Bürokratie abzubauen, tut die Bundesregierung genau das Gegenteil,“ macht der Vorstandsvorsitzende der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG), Heiner Scheffold, deutlich. Er bezieht sich dabei auf aktuelle Beispiele der Krankenhäuser in Baden-Württemberg zur tatsächlichen Prüfpraxis des Medizinischen Diensts (MD) und der Krankenkassen im Land (Anlage).

„Leider steht die Frage, ob die Patientinnen und Patienten gut behandelt wurden, nicht im Mittelpunkt von MD-Prüfungen. Der Fokus der Prüfungen liegt eindeutig auf möglichen Einsparungen zugunsten der Krankenkassen,“ macht Scheffold deutlich. Es werde immer wieder zu Unrecht behauptet, dass der Medizinische Dienst (MD) mit seinen Prüfungen vor allem unkorrekte Abrechnungen aufdecken würde. Tatsächlich stelle er aber die Entscheidungen der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus im Nachhinein und „am grünen Tisch“ infrage. Es sei unerträglich, dass den Krankenhäusern dabei immer wieder die Defizite in anderen Versorgungsbereichen zur Last gelegt werden. Wenn ein Mensch allein lebt, es keinen Kurzzeitpflegeplatz gibt, der ambulante Pflegedienst oder das Pflegeheim keine Kapazitäten frei haben oder die Reha-Klinik erst verspätet einen freien Platz hat, könne das Krankenhaus die Patientin oder den Patienten nicht einfach auf die Straße setzen.

„Die aus den Krankenhäusern im Land gesammelten Beispiele zeigen wie wenig Sinn die Prüfungen machen. So berichtet ein Krankenhaus von einem Fall, in dem ein alleinlebender, bettlägeriger Patient mit sehr starken Schmerzen nach Meinung des MD am Ostersonntag entlassen werden sollte. So etwas ist schlicht unmöglich.“, so Scheffold.

Er benennt folgende weitere Beispiele für fragwürdige MD-Prüfungen:

- Nach einer Entzugstherapie konnte ein Patient nur mit einem Tag Verzug in eine therapeutische Anschlusseinrichtung überweisen werden. Der MD wertete die um einen Tag verlängerte Krankenhausbehandlung, mit der ein Rückfall verhindert werden sollte, als Fehlbelegung.
- Der MD sah es nicht als erforderlich an, dass ein massiv adipöser Patient (Rollstuhlfahrer) mit zahlreichen Vor- und Begleiterkrankungen und Blutverdünnungsmitteln nach einem Eingriff zur engmaschigen Überwachung eine Nacht im Krankenhaus blieb. Diese Entscheidung hatte der behandelnde Arzt getroffen.

„Die Krankenhäuser berichteten uns auch von einer zunehmenden Anzahl offensichtlich unbegründeter Prüfungsanfragen, die darauf abzielen, vermeintliche Fehler zu finden und die Strafgebühr von 400 Euro zu kassieren. Mit der im Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgesehenen massiven Ausweitung der MD-Prüfungen soll offenbar erreicht werden, dass den Krankenhäusern weiteres Geld entzogen wird und sie nicht mehr für ihr patientenorientiertes Verhalten bezahlt werden. Das ist empörend!“, so Scheffold. Nicht zu vergessen sei, dass die Ausweitungen der MD-Prüfungen bei den Krankenhäusern, dem Medizinischen Dienst und den Krankenkassen zu einem massiven Bürokratieschub führen würde. „Wir rechnen damit, dass die Krankenhäuser in Baden-Württemberg mindestens 30 Millionen Euro in den Aufbau einer „Abwehr-Bürokratie“ investieren werden müssen, um sich gegen die zusätzlichen Anfragen zu wappnen“, so der BWKG-Vorstandsvorsitzende, der gleichzeitig auch Landrat des Alb-Donau-Kreises ist. Das Geld und das Personal fehle dann in der Versorgung.

Es wäre dringend notwendig, dass der Gesetzgeber die Abrechnungsprüfungen in die reale Versorgungswelt holt, so Scheffold. Die BWKG könne dazu jederzeit konkrete Vorschläge für Gesetzesänderungen zur Verfügung stellen.

Anlage: Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) in baden-württembergischen Krankenhäusern

Die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG) ist ein Zusammenschluss von 467 Trägern mit 184 Krankenhäusern, 135 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie 894 Pflegeeinrichtungen (davon 130 ambulante Pflegedienste und 68 Einrichtungen der Eingliederungshilfe), die über mehr als 138.000 Betten/Plätze sowie ambulante Behandlungskapazitäten verfügen. Die Einrichtungen beschäftigen mehr als 250.000 Mitarbeiter. Die BWKG wurde 1953 von den vier regionalen Krankenhausverbänden und –arbeitsgemeinschaften gegründet, die es damals auf dem Gebiet des heutigen Landes Baden-Württemberg gab. Sie steht Einrichtungen unabhängig von deren Rechtsform und Trägerstruktur offen. Die Mitgliedschaft ist freiwillig.

02.07.2026

Prüfungen des Medizinischen Dienstes (MD) in baden-württembergischen Krankenhäusern

I. Fallbeispiele für aktuelle Fehlentwicklungen in der Prüf-Praxis

1. Bewertung „vom grünen Tisch“ und kein realistischer Blick auf die tatsächliche Versorgungssituation

Stichwortartige Fallbeschreibung	MD-Prüfung
<p>Fall 1: Der Patient wurde an einem Ostersonntag ins Krankenhaus aufgenommen, nachdem er gestürzt war und sich dabei das Knie verletzt hatte. Das Knie war stark geschwollen und die Schmerzen so stark, dass er sich kaum bewegen konnte.</p> <p>Der Patient lebt allein und leidet infolge eines früheren schweren Schädel-Hirn-Traumas an einer bleibenden Hirnschädigung, die seine geistigen und körperlichen Fähigkeiten beeinträchtigt. Diese Vorgeschichte erschwerte die Behandlung und Pflege zusätzlich.</p> <p>Der Patient war zunächst weitgehend bettlägerig und auf vollständige Hilfe bei der Grundpflege angewiesen – er musste im Bett gewaschen werden und konnte die Toilette nicht selbstständig aufsuchen. Dies ist in den Pflegedokumentationen für den Zeitraum bis zum Dienstag nach Ostern lückenlos festgehalten.</p> <p>Trotz der Gabe von drei verschiedenen Schmerzmitteln – deren Dosierung im Verlauf erhöht wurde – waren die Schmerzen erst ab dem Dienstag nach Ostern auf ein erträgliches Maß reduziert.</p> <p>Um die Ursache der Knieschwellung und des Gelenkergusses (Flüssigkeitsansammlung im Kniegelenk) genau abzuklären, wurde eine MRT-Untersuchung des Knies durchgeführt.</p> <p>Durch gezielte physiotherapeutische Übungen wurde schrittweise versucht, den Patienten wieder auf die Beine zu bringen. Eine eigenständige Fortbewegung – wenn auch nur mit Unterarmgehstützen – war jedoch erst am Tag der Entlassung möglich.</p>	<p>Der Medizinische Dienst ist der Auffassung, dass der Patient bereits einen Tag nach der Aufnahme hätte entlassen werden können – vorausgesetzt, ein Knochenbruch oder eine andere schwerwiegende Verletzung wäre sicher ausgeschlossen worden. Die Schmerzbehandlung hätte seiner Meinung nach auch zu Hause mit Schmerztabletten fortgeführt werden können.</p> <p><i>Kommentar BWKG: Der Tag nach der Aufnahme war der Ostersonntag! Der Patient lebte allein und konnte – wie ausführlich dokumentiert war – noch nicht einmal selbstständig zur Toilette gehen. Außerdem hatte er an diesem Tag noch massive Schmerzen, die selbst unter stationären Bedingungen erst nach drei Tagen gelindert werden konnten. Es ist nahezu ausgeschlossen, am Ostersonntag „ab sofort“ eine ambulante pflegerische und schmerztherapeutische Betreuung zu finden. An diesem Beispiel wird deutlich, was es bedeutet, wenn der Medizinische Dienst und die Krankenkassen von einer „optimalen Versorgungssituation“ ausgehen, die nur in den seltensten Fällen gegeben ist.</i></p>

Stichwortartige Fallbeschreibung	MD-Prüfung
<p>Fall 2: Ein 24-jähriger Patient wurde von seinem Hausarzt direkt in die Notaufnahme eingewiesen. Er klagte seit dem Morgen über ein starkes Taubheitsgefühl der gesamten linken Körperhälfte sowie über heftige Kopfschmerzen. Am Vortag war er noch völlig beschwerdefrei gewesen.</p> <p>Eine MRT-Untersuchung des Gehirns zeigte eine auffällige Gewebeveränderung im Gehirn (Raumforderung), die weiterer Abklärung bedurfte.</p> <p>Eine Hirnstrommessung (EEG) zeigte typische Muster, die auf Epilepsie hinweisen.</p> <p>Nach Zusammenschau aller Befunde wurde der Schluss gezogen, dass die Gewebeveränderung im Gehirn für die epileptischen Aktivitäten verantwortlich ist.</p> <p>Es wurde umgehend eine Behandlung mit Medikamenten gegen epileptische Anfälle eingeleitet. Zusätzlich wurde Kontakt mit der Neurochirurgie eines Universitätsklinikums aufgenommen, um das weitere Vorgehen – insbesondere eine mögliche Operation – zu besprechen. Ein zeitnaher ambulanter Vorstellungstermin dort wurde vereinbart.</p>	<p>Eine ambulante Behandlung wäre möglich, zweckmäßig und ausreichend gewesen.</p>

Stichwortartige Fallbeschreibung	MD-Prüfung
<p>Fall 3: Ein Patient wurde am 22. Januar um 11 Uhr als Notfall aus einem anderen Krankenhaus zu uns verlegt. Er hatte zwei gleichzeitig auftretende, lebensbedrohliche Probleme:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Der künstlich angelegte Blutgefäßzugang, der für die regelmäßige Blutwäsche (Dialyse) genutzt wird (sog. Shunt), war plötzlich verschlossen und funktionierte nicht mehr. 2. Eine Blutgasanalyse zeigte einen extrem erhöhten Kaliumwert im Blut. Zu viel Kalium im Blut ist lebensbedrohlich, da es das Herz in seiner Funktion gefährden kann. <p>Vor der für den nächsten Tag geplanten Operation war eine Dialyse zwingend notwendig, um den gefährlichen Kaliumwert zu senken. Da der übliche Dialysezugang (Shunt) verschlossen war, wurde zunächst per Ultraschall geprüft, ob weiter oben im Gefäß noch ein nutzbarer Bereich vorhanden ist. Dies war der Fall, sodass die Dialyse über eine spezielle Punktions-technik an dieser Stelle mit angepassten, niedrigeren Durchflussmengen durchgeführt werden konnte, ohne dass ein zusätzlicher Notfallzugang gelegt werden musste.</p> <p>Die Dialyse hatte ausschließlich das Ziel, den Kaliumwert auf ein sicheres Niveau zu senken – was erfolgreich gelang: Der Wert normalisierte sich. Am 22. Januar kehrte der Patient um 19:45 Uhr von der Dialyse zurück.</p> <p>Am 23. Januar wurde der verschlossene Dialysezugang operativ wiederhergestellt. Am 24. Januar konnte der Patient entlassen werden.</p>	<p>Zur Durchführung der Behandlung wäre eine 1-tägige stationäre Krankenhausbehandlung medizinisch ausreichend gewesen.</p>

2. Situation von alleinstehenden Patienten wird nicht adäquat berücksichtigt

Stichwortartige Fallbeschreibung	MD-Prüfung
<p>Fall 4: Für den geplanten Eingriff sollte die Patientin ein Beruhigungs- und Schmerzmittel erhalten, das sie in einen dämmrigen, entspannten Zustand versetzt. Sie wäre dabei nicht vollständig narkotisiert, aber auch nicht vollständig wach gewesen.</p> <p>Da die Patientin allein lebt und nach dem Eingriff vorübergehend eingeschränkt und benommen sein kann, hat die Narkoseärztin bzw. der Narkosearzt entschieden, dass sie zur Sicherheit eine Nacht im Krankenhaus bleiben sollte. Eine Entlassung direkt nach dem Eingriff in eine leere Wohnung ohne Betreuung wäre medizinisch nicht vertretbar gewesen.</p>	<p>Es lässt sich nicht überprüfen, ob die Patientin wirklich alleinstehend war.</p> <p><i>Kommentar BWKG: Man fragt sich, was die Krankenhäuser in so einem Fall tun sollen, wenn die Aussage der behandelnden Ärzte bezweifelt wird? Einwohnermeldeamt kontaktieren zum „Beweis“?</i></p>

(siehe zu dieser Fallkategorie auch Fall 1)

3. MD und Krankenkassen unterstellen „optimale Versorgungssituation“ und „optimales Funktionieren sämtlicher Behörden“ – zu Lasten der Krankenhäuser

Stichwortartige Fallbeschreibung	MD-Prüfung
<p>Fall 5: Wenn Patientinnen und Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt nicht mehr selbstständig zu Hause leben können und eine professionelle Pflege benötigen, stellt das Krankenhaus eine Anfrage zur Klärung der weiteren Versorgung.</p> <p>Der Medizinische Dienst prüft in diesen Fällen jedoch ausschließlich, ob der stationäre Aufenthalt medizinisch notwendig war – nicht aber, ob die Verzögerungen bei der Entlassung organisatorische Gründe hatten.</p> <p>Viele dieser Patienten können ihre eigenen Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln und benötigen eine gesetzliche Betreuung, also eine rechtlich bevollmächtigte Person, die wichtige Entscheidungen für sie trifft. Bis eine solche Betreuung offiziell vom Amtsgericht eingerichtet ist, dauert es oft erhebliche Zeit, da eine richterliche Anhörung, ein psychologisches Gutachten und schließlich die offizielle Ernennung eines Betreuers organisiert werden müssen.</p> <p>Ohne einen rechtskräftigen Betreuungsbeschluss kann jedoch in der Regel kein Vertrag mit einem Pflegeheim abgeschlossen werden – die Entlassung ist damit blockiert, obwohl der Patient medizinisch längst entlassungsfähig wäre.</p> <p>Die Verzögerung entsteht also nicht durch das Krankenhaus, sondern durch die langen Bearbeitungszeiten beim Amtsgericht. Dennoch wird die verlängerte Verweildauer des Patienten im Krankenhaus bei der Abrechnung zulasten des Krankenhauses gekürzt, obwohl es diese Verzögerung weder verursacht hat noch beeinflussen kann.</p>	<p>Kürzung der Verweildauer bis zur letzten medizinischen Maßnahme/ Notwendigkeit</p> <p><i>Kommentar BWKG: Zum Teil sind das 40-50 Tage, an denen der Patient unstrittig versorgt wurde und ein Bett „blockiert“ hat und für die das Krankenhaus dann keinen Cent Vergütung erhält! Das verantwortliche Verhalten des Krankenhauses im Sinne des Patienten führt zu einem wirtschaftlichen Risiko für das Krankenhaus.</i></p>

4. Krankenhäuser werden dafür „bestraft“, dass sie „besondere“ Hochrisikopatienten behandeln

Stichwortartige Fallbeschreibung	MD-Prüfung
<p>Fall 6: Ein 69-jähriger Patient, rollstuhlpflichtig, massiv adipös (BMI größer 44), Zustand nach Unterschenkelamputation und metabolischem Syndrom mit Diabetes mellitus, Hyperlipidämie sowie COPD kam ins Krankenhaus, um eine sogenannte Cimino-Fistel anlegen zu lassen. Dabei handelt es sich um eine operativ hergestellte Verbindung zwischen einer Arterie und einer Vene am Arm, die als dauerhafter Zugang für eine spätere Dialyse benötigt wird. Der Patient litt an einem fortgeschrittenen Nierenversagen, das absehbar eine regelmäßige Dialyse erfordern würde.</p> <p>Der Patient nimmt dauerhaft ein blutverdünnendes Medikament (Marcumar). Dieses erhöht das Risiko von Nachblutungen nach einem Eingriff erheblich. Der behandelnde Gefäßchirurg entschied deshalb, den Eingriff unter stationären Bedingungen durchzuführen, damit der Patient nach der Operation engmaschig überwacht werden konnte.</p> <p>Der durchgeführte Eingriff steht grundsätzlich auf der Liste der Operationen, die ambulant – also ohne stationären Aufenthalt – durchgeführt und abgerechnet werden sollen. Da das Krankenhaus den Eingriff aus medizinischen Gründen dennoch stationär durchführte, ist es gesetzlich verpflichtet, der Krankenkasse bei der Rechnungsstellung eine schriftliche medizinische Begründung mitzuliefern – was das Krankenhaus auch ordnungsgemäß getan hat.</p> <p>Etwa eine Woche nach der Rechnungsstellung meldete sich die Krankenkasse und teilte mit, dass sie die eingereichte medizinische Begründung als nicht ausreichend betrachte. Sie bestand weiterhin darauf, dass der Eingriff ambulant hätte abgerechnet werden müssen.</p>	<p>MD entscheidet auf primäre Fehlbelegung (=Patient hätte ambulant behandelt werden können)</p>

5. Krankenhäuser werden dafür „bestraft“, dass sie im Sinne des Patienten handeln

Stichwortartige Fallbeschreibung	MD-Prüfung
<p>Fall 7: Ein Patient wurde planmäßig zur Behandlung seiner Alkoholabhängigkeit stationär aufgenommen. Das Ziel war ein medizinisch begleiteter und überwachter Alkoholentzug.</p> <p>Im Verlauf des Entzugs entwickelte der Patient deutliche körperliche Entzugserscheinungen – also Symptome, die typischerweise auftreten, wenn der Körper nach längerem, schwerem Alkoholkonsum plötzlich keinen Alkohol mehr bekommt. Diese können unter anderem Zittern, Schwitzen, erhöhten Puls und Blutdruck umfassen und müssen medizinisch engmaschig überwacht und behandelt werden. Nach Abschluss der eigentlichen Entzugsbehandlung am 21. Tag war geplant, den Patienten nahtlos in eine weiterführende Entwöhnungsbehandlung zu überführen – also in eine Einrichtung, die dabei hilft, dauerhaft abstinenz zu bleiben. Der vorgesehene Therapieplatz stand jedoch erst am darauffolgenden Tag zur Verfügung, eine sofortige Aufnahme war nicht möglich.</p> <p>Aus medizinischer Sicht war es daher notwendig und sinnvoll, den Patienten diesen einen zusätzlichen Tag im Krankenhaus zu behalten – und zwar aus zwei wichtigen Gründen: Zum einen hätte eine Entlassung ohne direkte Anschlussversorgung das Risiko eines sofortigen Rückfalls erheblich erhöht. Zum anderen wäre der bereits fest vereinbarte Therapieplatz in der Entwöhnungseinrichtung gefährdet gewesen, da solche Plätze oft schwer zu bekommen sind und nicht ohne Weiteres zu einem späteren Zeitpunkt besetzt werden können.</p>	<p>Behandlung wäre am letzten Tag ambulant möglich gewesen. Streitwert 352,90€</p> <p><i>Kommentar BWKG: Wegen 352 EUR wären der MD und die beauftragende Krankenkasse das Risiko eines Rückfalls eingegangen, der dann die dreiwöchige vorherige Behandlung zunichte gemacht hätte! Hier wird exemplarisch sehr gut deutlich, dass es bei MD-Prüfungen eben keine „gleich langen Spieße“ gibt. Die Krankenkasse und der MD argumentieren mit dem Wissen, dass alles gutgegangen ist, weil das Krankenhaus im Sinne des Patienten und der Sicherung des Behandlungserfolgs gehandelt hat. MD und Krankenkassen waren nicht in der Situation zu entscheiden, ob das Risiko, den Patienten tatsächlich nach Hause zu schicken, getragen werden kann oder nicht.</i></p>

Stichwortartige Fallbeschreibung	MD-Prüfung
<p>Fall 8: Ein schwer kranker Patient wurde über einen Zeitraum von 133 Tagen stationär behandelt. Er litt gleichzeitig an zwei sich gegenseitig verstärkenden Erkrankungen.</p> <p>Zum einen litt er an einer schweren psychischen Erkrankung (Psychose), die auf die üblichen Behandlungsversuche nicht angesprochen hatte.</p> <p>Außerdem litt er an einer Suchterkrankung, die dadurch entstanden war, dass er über lange Zeit versucht hatte, seine psychischen Beschwerden selbst mit Beruhigungsmitteln zu lindern – was letztlich zu einer Abhängigkeit geführt hatte.</p> <p>Die Kombination beider Erkrankungen machte die Behandlung außerordentlich komplex. Standardtherapien hatten bei diesem Patienten in der Vergangenheit nicht funktioniert. Das Behandlungsteam musste daher weit über die üblichen medizinischen Leitlinien hinausgehen und sehr aufwändige, individuell angepasste medikamentöse Behandlungsversuche unternehmen. Gleichzeitig wurde der Patient intensiv psychotherapeutisch begleitet und rund um die Uhr von geschultem Fachpersonal betreut.</p> <p>Trotz der enormen Schwierigkeiten konnte bis zum Entlassstermin ein Behandlungserfolg erzielt werden, der in den Jahren zuvor nie gelungen war:</p> <p>Die Lebensqualität des Patienten verbesserte sich spürbar. Gleichzeitig konnte die Dosis der abhängig machenden Beruhigungsmittel (Benzodiazepine), die der Patient einnahm, deutlich reduziert werden – ein wichtiger Schritt weg von der Suchterkrankung.</p>	<p>Der MD kam zu dem Ergebnis, dass die Behandlung nach 118 Tagen ambulant hätte weitergeführt werden können, obwohl aus der Dokumentation eindeutig hervorgeht, dass der Patient zu diesem Zeitpunkt zwingend den stützenden Rahmen der stationären Behandlung benötigte und alle Versuche der Belastungserprobungen gescheitert waren. Zudem waren weiterhin starke Anspannung und Suchtdruck dokumentiert.</p>

II. Weitere Fehlentwicklungen

Strategische Eingrenzung der Mitaufnahme von Begleitpersonen

Krankenhäuser beschreiben, dass vermehrt Fälle geprüft werden, bei denen für ein paar Tage eine medizinisch indizierte Begleitperson mitaufgenommen wurde, z. B. aufgrund hoch palliativer Situation, Todgeburt o. ä.

Es wird versucht, die Notwendigkeit der Begleitperson für nur einen Tag zu bestreiten. Das Krankenhaus hat dann eine Rechnungskürzung um 65 EUR (so viel wird für eine Begleitperson pro Tag abgerechnet) und muss dazu noch die pauschale Strafgebühr von 400 EUR bezahlen.

Versuch der Rechnungskürzung ohne Grund

Wir erhalten Rückmeldungen, dass in letzter Zeit die so genannten „Falldialoge“ deutlich zunehmen mit den plumpen Anfragen der Krankenkassen, ob man bei der Abrechnung nicht auf die letzten ein oder zwei Tage verzichten könnte. Dies oft ohne irgendeine sachliche Begründung, also nur zu dem Zweck, den Rechnungsbetrag zu mindern.