

HANDOUT ZUM ONLINE-SEMINAR

Mehr Prüfung, neue Regeln: Was sich 2027 und 2028 für Kliniken ändert

Prüfquoten nach § 275c SGB V, Prüfverfahren (PrüfvV) und Fallzusammenführung

Überblick

- | | | |
|-----------|---|-------|
| 01 | Einordnung: Gesetz, Neuerungen und Ausgangslage | 8 min |
| 02 | Prüfquoten nach § 275c SGB V: alt gegen neu | 9 min |
| 03 | Prüfverfahren und PrüfvV | 3 min |
| 04 | Fallzusammenführung ab 2028 | 5 min |
| 05 | Handlungsfelder und MD-Management der PlanOrg | 5 min |

Dieses Handout fasst die Inhalte des Online-Seminars vom 29.09.2026 zusammen und ergänzt sie um Quellenangaben zum Nachlesen.

Vom Referentenentwurf zum Gesetz

Quellen: BMG, Bundesrat Drs. 411/26, BGBl. I 2026 Nr. 228

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG) hat den vollständigen Gesetzgebungsweg durchlaufen: Referentenentwurf am 16.04.2026, Kabinettsbeschluss am 29.04.2026, erste Lesung im Bundestag am 12.06.2026, Beschluss durch Bundestag und Bundesrat am 10.07.2026, Verkündung am 29.07.2026 im Bundesgesetzblatt (BGBl. I Nr. 228) und Inkrafttreten am 30.07.2026.

Für Kliniken wirkt das Gesetz in mehreren Stufen: Der erweiterte MD-Prüfauftrag gilt bereits seit dem 30.07.2026. Bis 31.12.2026 muss das InEK sein Konzept für die Kurzzeitfallpauschalen vorlegen. Die neuen Prüfquoten und Pauschalen greifen ab 01.01.2027. Die Ausnahmen zur Fallzusammenführung müssen bis 31.03.2027 feststehen. Zum 01.01.2028 treten schließlich die neue Fallzusammenführung und die Kurzzeitfallpauschalen in Kraft.

Der erweiterte Prüfauftrag des MD

BStabG, § 275c SGB V; MD Bund Stellungnahme; MD Nord, Meldung 04/2026

Seit dem 30.07.2026 gilt ein erweiterter Prüfauftrag für den Medizinischen Dienst. Er berücksichtigt abrechnungsrelevante Auffälligkeiten unabhängig vom ursprünglich beauftragten Prüfgegenstand und darf davon abweichen.

Die Erweiterung gilt sowohl im schriftlichen Verfahren als auch bei der Begehung vor Ort. Beide Verfahren lassen sich in einer einzigen Prüfung kombinieren.

Erhebliche Verstöße meldet der MD künftig an Dritte, etwa an die zuständigen Gesundheitsbehörden.

Folge für die Praxis: Jede Prüfung kann den gesamten Fall erfassen, nicht mehr nur die ursprüngliche Fragestellung der Kasse. MD Nord beziffert das damit verbundene Einsparpotenzial auf rund 460 Mio. Euro jährlich.

Kurzzeitfallpauschalen im Überblick

§ 17b Abs. 2a KHG i. d. F. BStabG; Kaysers Consilium 05/2026; DKG-Stellungnahme

Ab 2028 entsteht mit der Kurzzeitfallpauschale eine eigene Vergütungskategorie für kurze stationäre Fälle mit ein oder zwei Übernachtungen, die zwischen dem AOP-Katalog, der Hybrid-DRG und der regulären Fallpauschale (DRG) liegt.

Ein oder zwei Übernachtungen werden künftig gleich vergütet. Bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer entfällt der Abschlag. Leistungen aus dem AOP-Katalog nach § 115b SGB V sind ausgeschlossen.

Zeitplan: Das InEK-Konzept muss bis 31.12.2026 vorliegen, die Abrechnung startet 2028, eine erste Evaluierung ist bis Ende 2030 vorgesehen.

Warum der Gesetzgeber nachschärft

Quellen: MD Bund, Stellungnahme 2026; GKV-Spitzenverband Quartalsstatistik via f&w; BARMER Versorgungskompass, Ärzteblatt 14.09.2026

Die Beanstandungsquote des MD liegt seit dem MDK-Reformgesetz konstant bei rund 50 Prozent. Der Gesetzgeber will daher stärkere Anreize für eine regelkonforme Abrechnung setzen.

Die Finanzkommission Gesundheit hatte sogar empfohlen, die Prüfquoten ganz abzuschaffen. Die DKG hält die nun beschlossene Anhebung für sachlich unbegründet und bürokratisch.

Im ersten Quartal 2026 erreichten nur 656 Häuser (40,7 %) die günstigste 5%-Stufe. Die Top-3-Prüfgründe primäre Fehlbelegung, sekundäre Fehlbelegung und Kodierung haben sich über die Jahre nicht verändert. Nach BARMER-Daten wäre 2025 jeder fünfte vollstationäre Fall grundsätzlich ambulant versorgbar gewesen, das entspricht rund 3,5 Mio. Fällen.

KENNZAHLEN

~50 %

der geprüften Fälle beanstandet (MD Bund)

41,5 %

der Häuser $\geq$ 60 % unbeanstandet,
Q4/2025

12,8 %

der Häuser $<$ 40 % unbeanstandet,
Q4/2025

Das bisherige System (2022 bis 2026)

§ 275c Abs. 1 bis 3 SGB V i. d. F. bis 31.12.2026; KHVVG

Bis Ende 2026 gilt: Die Aufwandspauschale beträgt 300 Euro je Prüfung, wenn diese nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt (§ 275c Abs. 1).

Der Aufschlag bei beanstandeten Abrechnungen hat sich mehrfach verändert: 2022 bis November 2024 lag er bei 25 bzw. 50 Prozent der Differenz, mindestens jedoch 300 Euro. Seit dem 12.12.2024 gilt durch das KHVVG ein Pauschalbetrag von 400 Euro.

Die Prüfquote gilt quartalsbezogen je Krankenhaus. Maßgeblich ist stets das Ergebnis des vorvorherigen Quartals.

Das neue System und seine Wirkung

§ 275c SGB V i. d. F. BStabG (BGBl. I 2026 Nr. 228), Ausschussfassung vom 10.07.2026

Die Aufwandspauschale steigt von 300 auf 500 Euro je Prüfung ohne Minderung. Der Aufschlag steigt von 400 auf 500 Euro, die Schwelle dafür wandert von unter 60 Prozent auf unter 80 Prozent unbeanstandet.

Kernbotschaft: Die günstigste 5-%-Prüfquote erreicht künftig nur noch, wer mindestens 80 Prozent unbeanstandet bleibt. Bisher genügten 60 Prozent.

Die Verschärfung trifft vor allem die bisherige 60-Prozent-Gruppe: Häuser mit 65 bis unter 80 Prozent unbeanstandeter Abrechnungen sehen ihre maximale Prüfquote von 5 auf 20 Prozent steigen (Faktor 4), Häuser mit 60 bis unter 65 Prozent von 5 auf 40 Prozent (Faktor 8). Unterhalb von 50 Prozent unbeanstandeter Abrechnungen ist die Prüfung künftig unbegrenzt möglich.

MAX. PRÜFQUOTE

≥ 80 %

5 % bleibt 5 % (×1)

65-80 %

5 % werden 20 % (×4)

< 50 %

unbegrenzte Prüfung möglich

Was die Verschärfung konkret bedeutet

Annahmen: 5.000 Rechnungen/Quartal, Quote voll genutzt, 38 % beanstandet

Beispielhaus mit 62 Prozent unbeanstandeten Abrechnungen: Bei voller Ausschöpfung der neuen Quote kommen zu den eigentlichen Rechnungsminderungen zusätzlich rund 1.750 zusätzliche Fälle im MD-Management hinzu. Die Quote ist dabei eine Obergrenze, ob die Kassen sie tatsächlich ausschöpfen, bleibt offen.

Entscheidend ist der zeitliche Bezug: Maßgeblich für die künftige Prüfquote ist stets das Ergebnis des vorvorherigen Quartals. Das dritte Quartal 2026 (Juli bis September) bestimmt damit bereits die Prüfquote für das erste Quartal 2027. Das vierte Quartal 2026 bestimmt die Quote für Q2/2027, das erste Quartal 2027 die Quote für Q3/2027.

Prüfungen, die jetzt laufen oder abgeschlossen werden, entscheiden also schon nach den neuen, höheren Schwellen über die eigene Einstufung im kommenden Jahr.

PrüfvV: Rahmen und Änderungen

§ 275c Abs. 1 SGB V; § 17c Abs. 2, 2a, 2b KHG; PrüfvV 2022; BStabG; DKG-Stellungnahme 18.06.2026

Der bestehende Rahmen der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) bleibt in seinen Grundzügen erhalten: Einleitung der Prüfung spätestens 4 Monate nach Rechnungseingang, freiwilliger Falldialog im Vorverfahren, Unterlagenübermittlung an den MD innerhalb von 8 Wochen ausschließlich elektronisch, danach grundsätzlich kein Recht mehr auf Rechnungskorrektur. Nach der leistungsrechtlichen Entscheidung der Kasse bleiben 6 Wochen für Einwände und insgesamt 12 Wochen für die Erörterung als Voraussetzung einer Klage.

Neu hinzu kommt der bereits seit 30.07.2026 geltende erweiterte Prüfauftrag des MD, der zusätzlich festgestellte Auffälligkeiten einbezieht, auch außerhalb des ursprünglichen Prüfanlasses.

Die PrüfvV-Partner (GKV-Spitzenverband und DKG) erhalten den Auftrag, Vorverfahren und Falldialog auszubauen, da die Einigungsquote dort bei rund 85 Prozent liegt. Der MD Bund wird stärker an der Weiterentwicklung beteiligt, bleibt aber nicht Vertragspartei. Offen ist noch, wie Prüfanzeige, Prüfgegenstand, Pauschalen und Fristen an die neue Rechtslage angepasst werden.

Heutige Regeln und Neuregelung ab 2028

§§ 2, 3 FPV (jeweils gültige Fassung); §§ 8, 9 KHEntgG i. d. F. BStabG, Änderungsantrag Nr. 8

Heute regeln die §§ 2 und 3 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) die Fallzusammenführung: Wiederaufnahme innerhalb der oberen Grenzverweildauer in dieselbe Basis-DRG (§ 2 Abs. 1), Wiederaufnahme binnen 30 Kalendertagen in dieselbe MDC mit Wechsel von medizinischer bzw. anderer in operative Partition (§ 2 Abs. 2), Wiederaufnahme wegen einer vom Krankenhaus verantworteten Komplikation (§ 2 Abs. 3) sowie Rückverlegung binnen 30 Tagen in dasselbe Krankenhaus (§ 3 Abs. 3). Gemeinsam gilt: Der Fristbeginn läuft ab dem ersten Aufenthalt, es zählt nur dasselbe Krankenhaus, Ausnahmen sind im Fallpauschalen-Katalog gekennzeichnet.

Ab 01.01.2028 wird die Fallzusammenführung in den §§ 8 und 9 KHEntgG neu geregelt. Mehrere zentrale Fragen sind dazu laut Gesetzgebungsverfahren noch offen: Wer rechnet bei einem Wechsel des Krankenhauses ab, wie wird der Erlös aufgeteilt, welche Fälle nimmt der künftige Ausnahmekatalog aus, wie verhalten sich die bisherigen FPV-Regeln zur neuen Norm, und darf die Rechnung erst nach Ablauf von 30 Tagen gestellt werden. Diese Punkte sollten Kliniken bis zur Klärung eng beobachten.

Was Kliniken jetzt tun sollten

PlanOrg MD-Management, Stand September 2026

Sechs Handlungsfelder ergeben sich unmittelbar aus dem neuen Recht:

1. Quote steuern: Unbeanstandetenquote je Quartal und Kasse überwachen, Frühwarnung bei Unterschreiten von 85 Prozent.
2. Ursachen analysieren: Beanstandungen nach Grund und DRG auswerten, Austausch des Medizincontrollings mit Ärzten und Pflege, etwa per fallbegleitender Kodierung.
3. Dokumentation stärken: Kodier- und Dokumentationsqualität direkt an der Quelle verbessern.
4. MD-Management proaktiv statt retrospektiv ausrichten: Prüf- gegen Korrekturgründe, Top-10-Fachabteilungen mit Dissens, Top-10-Kostenträger.
5. Falldialog nutzen: Vorverfahren aktiv führen, Erörterungen konsequent vorbereiten.
6. 2028 simulieren: Wiederaufnahmen der eigenen Daten nach 30 Kalendertagen bzw. MDC schon jetzt durchrechnen.

Unser MD-Management im Überblick

PlanOrg MD-Management, Stand September 2026

Standard-Berichtswesen:

MD-Prüfquoten: ein Bericht für GKV, ein Bericht für PKV, BG und Selbstzahler, jeweils gegen die aktuellen Prüfaufträge und die Zahlen des GKV-Spitzenverbands.

MD-Statistik: monetäre Darstellung vor dem MD-Verfahren gegen nach dem MD-Verfahren.

MD-Prozesskennzahlen: Prüf- gegen Korrekturgründe, Dissens gegen Konsens, auf Kostenträger- und Fallebene.

IN UMSETZUNG

POM-Quote

Prüfung ohne Minderung

Top 10

Kostenträger nach Prüfvolumen und Ergebnis

Top 10

Fachabteilungen nach Dissensfällen



**Für Rückfragen stehe ich Ihnen
gern zur Verfügung.**

Kathrin Bode | k.bode@planorg.de | Mobil 0160 94410573

Nächstes Online-Seminar: BI.primeboard - Launch & Live-Demo

Mi., 07.10.2026, 10:30-11:30 Uhr | MS Teams | Jetzt anmelden über Microsoft Teams Events

bi-healthcare.de | sales@planorg.de | 03641 / 563640

Ein Produkt der PlanOrg-Gruppe | planorg.de