

# Reformideen für die Krankenhausabrechnung

## Welche Änderungen sind im Rahmen des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz angedacht?

**Am 29. April 2026** wurde der Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz vorgelegt. Ziel des Gesetzes ist es, die **Beitragssätze** in den gesetzlichen Krankenkassen über die nächsten Jahre **stabil zu halten**. Konkret meint dies das **Senken von Ausgaben**.

In Bezug auf die Krankenhäuser sollen in diesem Zuge u.a. die Prüfquoten für Krankenhausabrechnungen verschärft und neue Kurzzeitfallpauschalen eingeführt werden.

Wir haben im Folgenden die für das Medizincontrolling wichtigsten Neuerungen kurz zusammengefasst.

### „Einfrieren“ des Pflegebudgets

Aufgrund der stark gestiegenen Pflegepersonalkosten in Krankenhäusern soll **das Wachstum des Pflegebudgets ab 2027 begrenzt** werden. Dazu wird festgeschrieben, dass das Budget des Vorjahres als Grundlage für das Pflegebudget des Folgejahres verwendet wird. Dieses darf **nicht stärker steigen als der Veränderungswert**.

Über diesen Mechanismus sollen die stetig wachsenden Ausgaben für Pflegekräfte in Krankenhäusern begrenzt werden. **Ausnahmen sind zugelassen**, wenn mehr Personal zur Erfüllung gesetzlicher Personalvorgaben, wie etwa der PpUGV, benötigt wird.

### Änderung der Prüfquoten gem. § 275c SGB V

**Ab dem 1. Januar 2027** sollen die quartalsbezogenen Prüfquoten angehoben und die Schwellenwerte neu festgesetzt werden.

Der Gesetzgeber sieht zwar, dass die Prüfquoten dazu geführt haben, dass der Prozess der **Abrechnungsprüfung in den letzten Jahren effektiver und effizienter** wurde. So sank die durchschnittliche bundesweite Prüfquote von ca. 17 % auf ca. 10 % aller Krankenhausfälle.<sup>1</sup> Laut Gesetzesentwurf ist jedoch immer noch **jede zweite geprüfte Rechnung zu beanstanden**.

Mit den **neuen Schwellenwerten und Prüfquoten** soll daher ein **stärkerer Anreiz zur regelkonformen Rechnungslegung** geschaffen werden.

---

<sup>1</sup> Alle Angaben entsprechend des gesetzgeberischen Kommentars des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz.

Angesichts der Erfahrungen der letzten Jahre scheint es zweifelhaft, ob auf diese Weise tatsächlich mehr Geld eingespart und die Versorgung effizienter ausgestaltet werden kann. Die zahlreichen Abrechnungsprüfungen und -streitereien – nicht zuletzt vor Gericht – haben in der Vergangenheit stets dazu geführt, dass der Prüfprozess immer mehr Arbeitszeit und somit Geld verschlungen hat.

***Folgende Prüfquoten und Schwellenwerte sind ab 2027 geplant:***

- **5 % Prüfquote**, wenn in einem Quartal 80 % oder mehr unbeanstandete Prüfungen vorliegen.
- **15 % Prüfquote**, wenn die Zahl der unbeanstandeten Prüfungen zwischen 60 % - 80 % liegt.
- **25 % Prüfquote**, wenn zwischen 40 % – 60 % der Abrechnungen korrekt sind.
- **Keine Beschränkung der Prüfquote**, wenn weniger als 40 % (z.Z. 20 %) der Abrechnungen unbeanstandet sind.

(Bislang gültige Prüfquoten: 5 % bei mind. 60 %, 10 % bei 40 bis zu 60 % und 15% bei 20 bis zu 40 %)

**Einführung neuer Kurzzeitpauschalen**

**Ab 2028 soll eine neue Abrechnungsform** stationäre Behandlungsfälle mit max. **zwei Übernachtungen bzw. drei Kalendertagen Aufenthalt** zur Kosteneinsparung beitragen. Neben den Hybrid-DRGs soll damit weiteres **Potenzial im Bereich Verweildauerkürzung und Ambulantisierung** ausgeschöpft werden. Das Ziel besteht darin, unnötige Ausgaben der Versichertengemeinschaft für primäre oder sekundäre Fehlbelegungen zu reduzieren. Die erste Evaluierung ist dabei für Ende 2030 angesetzt.

Als **Anreiz** soll in diesen Kurzzeitfallpauschalen **kein Abschlag bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer (uGVD)** vorgenommen werden. Die uGVD soll hier also vollständig entfallen. Gleichzeitig ist vorgesehen, dass sich die Höhe der Vergütung bei einer oder zwei Übernachtungen nicht verändert.

**Bis zum 31. Dezember 2016 – gemeint ist wohl aber 2026** – hat das InEK dazu ein **erstes praktikables Konzept für die Kalkulation** von Kurzzeitpauschalen vorzulegen. Von der Berechnung der neuen Kurzzeitpauschalen sind laut Entwurf **Leistungen ausgeschlossen, die im AOP-Katalog nach § 115b enthalten sind.**

Das wirft die Frage auf, ob mit „Leistung“ OPS-Kodes gemeint sind. Wenn ja, ist fraglich, welche Fälle in dieser neuen Vergütungsform überhaupt ankommen.

Denn **zahlreiche im AOP-Katalog enthaltene OPS-Kodes können als „Leistungen“ auch in einer Vielzahl von DRGs vorkommen – oft ohne Vergütungsrelevanz**. Ein automatischer Ausschluss aller damit verbundenen DRGs könnte der neuen Vergütungsform bereits vor deren Einführung den Wind aus den Segeln nehmen.

Es wäre vielleicht einfacher und unbürokratischer, die uGVD-Abschläge gezielt abzusenken oder aufzuheben, anstatt gleich eine neue Vergütungsform zu entwickeln. Dass die uGVD zu Beginn des DRG-Zeitalters etabliert wurde, um eine „blutige Entlassung“ zu verhindern, wird im Entwurf nicht erwähnt.

### **Eigenständige Ausweitung des Prüfauftrags durch den MD**

Der **MD soll zukünftig eigenständig den Prüfauftrag erweitern dürfen**, wenn im Rahmen einer Abrechnungsprüfung abrechnungsrelevante Auffälligkeiten bestehen. Dabei darf vom eigentlichen Prüfauftrag abgewichen werden. Es ist unerheblich, ob es sich dabei um Vor-Ort-Prüfungen oder schriftliche Verfahren handelt.

In Verbindung mit der Verschärfung der Prüfquoten wird dies in den kommenden Jahren zu einem erheblichen Prüfaufwand führen.

### **Ausweitung des Falldialogs**

Die Vertragsparteien der PrüfvV werden beauftragt, den **Falldialog zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zu intensivieren**, sodass mehr Falldialoge durchgeführt werden. Grund dafür ist die hohe Einigungsquote im Vorverfahren von ca. 85 % (im Jahr 2022), durch die aus Sicht des Gesetzgebers der Prüfaufwand für Krankenhäuser und Krankenkassen „*deutlich reduziert*“ werden soll.

Ob dieser Effekt bei einer Ausweitung der Prüfquoten sowie der eigenständigen Ausweitung des Prüfauftrags durch den Medizinischen Dienst in relevantem Maße eintreten wird, ist fraglich. Ein „verpflichtender“ Falldialog würde eher dazu führen, dass der Prüfaufwand weiter unnötig ansteigt.

Sollten diese geplanten Änderungen so im Gesetz umgesetzt werden, wird das zu deutlich **mehr Arbeit und Bürokratie bei der Dokumentation, Kodierung und Abrechnungsprüfung** führen.

Entsprechend werden auch die Anforderungen an Dokumentations- und Kodierqualität weiter steigen.