

Vom Prüfquotenmodell zum Risikokreislauf

Was Krankenhäuser ab 2027 strategisch verändern müssen

Von Andreas Wenke und Dominik Franz

Die Reform der Krankenhausabrechnungsprüfung wird häufig in Einzeländerungen zerlegt. Gerade darin liegt die Gefahr. Ab 2027 werden die Prüfquoten neu gestaffelt: Für viele Kliniken steigen sie deutlich, bei mindestens 90 Prozent unbeanstandeten Abrechnungen sinkt die Maximalquote auf 1 Prozent. Zugleich muss der Medizinische Dienst zusätzlich festgestellte abrechnungsrelevante Auffälligkeiten einbeziehen. Mit den höheren Aufschlägen entsteht ein System mit Multiplikator- und Rückkopplungseffekt. Prüfsteuerung wird damit zum wirtschaftlichen, personellen und organisatorischen Managementthema.

Keywords: *Abrechnung, Strategie, Medizincontrolling*

Das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz verändert im Zusammenhang mit MD-Prüfungen stationärer Abrechnungsfälle drei Stellschrauben gleichzeitig: die Staffelung der prüfbaren Schlussrechnungen, die Ausweitung der einzelnen Prüfung durch den MD und die finanziellen Folgen einer Rechnungsminderung. Jede Änderung wäre für sich beherrschbar. In ihrer Kombination vergrößern sie für viele Kliniken jedoch sowohl das Prüfvolumen als auch die Zahl möglicher Angriffspunkte je Fall erheblich. Eine zusätzliche Beanstandung kann wiederum die Unbeanstandetenquote verschlechtern und dadurch die Prüfquote des übernächsten Quartals erhöhen. Genau diese Rückkopplung macht die Neuregelung so gefährlich für die Kliniken.

Die Prüfquoten werden neu gestaffelt

Die quartalsbezogene Prüfquote richtet sich weiterhin nach dem Anteil der geprüften Schlussrechnungen ohne Minderung. Der GKV-Spitzenverband ermittelt sie anhand der Prüfergebnisse des vorvergangenen Quartals. Nach der vom Bundestag am 15. Oktober 2026 beschlossenen Anpassung gelten ab 1. Januar 2027 vier reguläre Stufen; neu ist die Entlastungsstufe von 1 Prozent ab 90 Prozent unbeanstandeten Abrechnungen (▶Abb. 1).

Aus einer möglichen Erweiterung wird ein gesetzlicher Auftrag

Der Prüfgegenstand war schon bisher keine verlässliche äußere Grenze. Die Prüfverfahrensvereinbarung stellt fest, dass die Prüfung nicht auf den mitgeteilten Prüfgegenstand beschränkt ist, und regelt die Erweiterung im laufenden Verfahren. Neu ist die gesetzliche Verpflichtung in § 17c Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz. Stellt der Medizinische Dienst im Rahmen einer Prüfung eine weitere abrechnungsrelevante Auffälligkeit fest, muss er sie einbeziehen, auch wenn sie nicht Anlass seiner Einschaltung war.

Das ist keine Ermächtigung zu einer voraussetzungslosen Vollaktenprüfung. Es verändert aber die praktische Risikofläche. Entscheidend ist nicht mehr nur, ob der ursprüngliche Prüfgegenstand verteidigt werden kann, sondern auch, welche weiteren Auffälligkeiten aus den im Verfahren sichtbaren Informationen hervorgehen. Wie die neue gesetzliche Pflicht mit den Anzeige- und Nachforderungsregeln der Prüfverfahrensvereinbarung verzahnt wird, ist verfahrenspraktisch aufmerksam zu beobachten. Das bedeutet auch, dass nicht in der initialen Prüfanzeige formulierte Prüfgegenstände vor dem Unterlagenversand durch die Klinik antizipiert werden müssen.

Der Aufschlag beginnt früher und steigt

Bis Ende 2026 fällt bei einer Unbeanstandetenquote unter 60 Prozent für jede geminderte Abrechnung ein Auf-

schlag von 400 Euro an. Ab 2027 liegt die Schwelle bei 80 Prozent und der Aufschlag bei 500 Euro. Parallel steigt die Aufwandspauschale, die die Krankenkasse bei einer Prüfung ohne Rechnungsminderung an das Krankenhaus zahlt, von 300 auf 500 Euro. Diese formale Symmetrie gleicht die Risiken nicht aus. Die Pauschale ersetzt weder den internen Prüfaufwand noch die Erlösverluste erfolgreicher Beanstandungen.

Für die Zuordnung einer geminderten Abrechnung zu einem Quartal ist bereits heute und auch ab 2027 die leistungsrechtliche Entscheidung der Krankenkasse maßgeblich. Kliniken müssen deshalb nicht nur Behandlungs-, Rechnungs- und Prüfdatum, sondern auch den Zeitpunkt der Kassenentscheidung belastbar auswerten.

Falldialog: Chance und Risiko

Das Gesetz gibt dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft bis zum 30. Juni 2027 nur den Auftrag zu prüfen, wie das Vorverfahren umfassender genutzt werden kann; eine neue Pflicht für Kliniken besteht noch nicht. Der strategische Hebel liegt dabei in der Quote. Nur vom Medizinischen Dienst geprüfte Schlussrechnungen gehen in die Unbeanstandetenquote ein. Akzeptiert die Klinik im Falldialog eine Kürzung, verliert sie Erlös, hält aber einen voraussichtlich negativen Prüffall aus der Quote heraus. Zudem fällt für den Falldialog kein Aufschlag an. Nahe 90, 80, 65 oder 50 Prozent kann ein begrenzter Einzelfallverlust deshalb den Sprung in die nächste Prüfquote verhindern: von 1 auf 5 Prozent, von 5 auf 20 Prozent, von 20 auf 40 Prozent oder in die zusätzliche Prüfbarkeit. An der 80-Prozent-Schwelle bleiben Rechnungsminderungen im betreffenden Quartal zudem aufschlagsfrei. Dagegen stehen mögliche unnötige Erlösverzichte und die ausbleibende fachliche oder gerichtliche Klärung. Der Falldialog ist daher keine pauschale Sparmaßnahme, sondern eine Schwellenentscheidung vor der Abwägung von Einzelfallerlös, Quoten-, Aufschlags- und Prozessfolgen.

Die Kombination erzeugt einen Risikokreislauf

Mehr prüfbare Rechnungen multipliziert mit mehr potenziellen Angriffspunkten je Prüfung führt zu mehr möglichen Minderungsentscheidungen. Sinkt dadurch die Unbeanstandetenquote, steigt die zulässige Prüfquote im übernächsten Quartal. Unter 80

Unbeanstandete Abrechnungen	bis 31.12.2026	ab 01.01.2027
90 % oder mehr	bis zu 5 %	bis zu 1 %
80 % oder mehr	bis zu 5 %	bis zu 5 %
65 % bis unter 80 %	bis zu 5 %	bis zu 20 %
60 % bis unter 65 %	bis zu 5 %	bis zu 40 %
50 % bis unter 60 %	bis zu 10 %	bis zu 40 %
40 % bis unter 50 %	bis zu 10 %	zusätzliche Prüfungen zulässig
20 % bis unter 40 %	bis zu 15 %	zusätzliche Prüfungen zulässig
unter 20 %	zusätzliche Prüfungen zulässig	zusätzliche Prüfungen zulässig

Abb. 1: Hinweis: Unter 50 Prozent unbeanstandeter Abrechnungen sind ab 2027 – wie bisher unter 20 Prozent – weitere Prüfungen über die reguläre Quote hinaus zulässig. Die 40-Prozent-Stufe ist dort deshalb keine absolute Obergrenze.

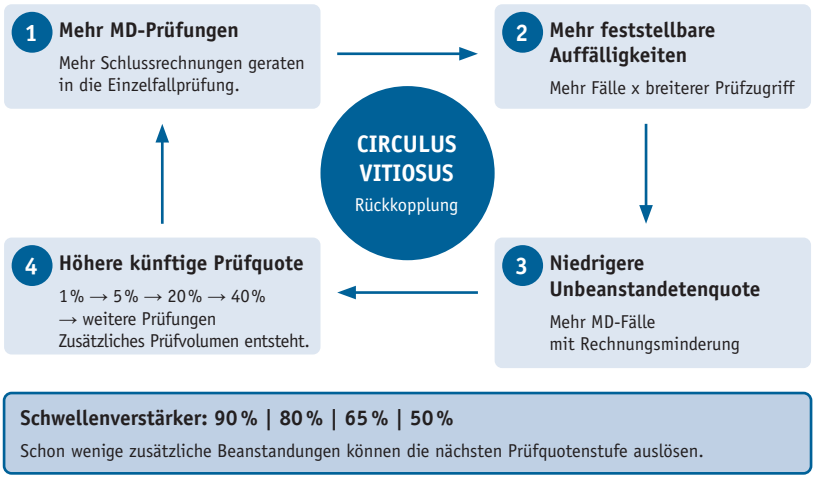


Abb. 2: Circulus vitiosus der MD-Prüfungen ab 2027

Prozent kommt zusätzlich der Aufschlag hinzu. Ob die Krankenkassen die zulässigen Quoten tatsächlich ausschöpfen, ist offen. Das Gesetz schafft dafür aber erheblich mehr Spielraum (▶Abb. 2). Ein Rechenbeispiel zeigt die Größenordnung (▶Abb. 3)

Das Erlösrisiko wird zum Personalproblem

Höhere Prüfquoten bedeuten nicht nur mehr Prüfanzeigen. Jede zusätzliche Prüfung löst eine Prozesskette aus. Fristen müssen überwacht, Akten und Daten gesichtet, Unterlagen zusammengestellt, medizinische und kodierfachliche Fragen bewertet und Ergebnisse wirtschaftlich eingeordnet werden. Bei einem Teil der Fälle folgen Bestreiten, Erörterungsverfahren und gegebenenfalls Klage. Selbst wenn die Anteile dieser Eskalationsstufen unverändert bleiben, steigt ihre absolute Zahl mit dem Prüfvolumen erheblich.

Diese Arbeit lässt sich nicht beliebig auf zusätzliches Verwaltungspersonal übertragen. Sie erfordert je nach Verfahrensstufe medizinische, kodierfachliche, abrechnungstechnische und rechtliche Kompetenz. Hinzu kommt eine rapide ansteigende Zeitbindung in den klinischen Bereichen. Operateure, behandelnde Ärzte und Pflegekräfte müssen Sachverhalte häufig Monate nach der Behandlung erläutern. Damit trifft die Reform nicht nur das Medizincontrolling, sondern bindet gerade das Personal, welches in den Kliniken ohnehin knapp ist.

Zusätzlicher Personalbedarf kann deshalb nicht pauschal, sondern muss pro Prozessstufe berechnet werden. Zusätzlich erwartete Prüfungen multipliziert mit der durchschnittlichen Bearbeitungszeit je Prüfung, ergänzt um den Zeitbedarf der voraussichtlichen Erörterungs- und Klagefälle, ergeben den tatsächlichen Bedarf an vielfach nicht realisierbarer Personalstärke. Die klinischen Rückfragen sind gesondert auszuweisen, da sie Personalbindung außerhalb des Medizincontrollings zur Folge haben. Ohne diese Kapazitätsplanung droht ein gefährlicher Rückkopplungseffekt. Mehr Verfahren treffen auf unveränderte Ressourcen, die Bearbeitungsqualität sinkt und zusätzliche vermeidbare Minderungen verschlechtern erneut die Unbeanstandetenquote.

BEISPIELRECHNUNG		
36.000 vollstationäre Fälle pro Jahr	**60 %** Unbeanstandeten-quote	**2.500 €** durchschnittliche Minderung
RECHENGRÖSSE	**BIS 2026**	**AB 2027**
Zulässige Prüfquote bei 60 % unbeanstandeten Abrechnungen	**5 %**	**40 %**
Ausschöpfung im Beispiel	100 %	75 %
Tatsächlich angenommene Prüfquote	5 %	30 %
PRÜFVOLUMEN		
MD-Prüfungen pro Jahr	**1.800**	**10.800**
davon mit Rechnungsminderung (40 %)	720	4.320
davon ohne Rechnungsminderung (60 %)	1.080	6.480
WIRTSCHAFTLICHE WIRKUNG		
Erlösminderungen	**1.800.000 €** 720 × 2.500 €	**10.800.000 €** 4.320 × 2.500 €
Aufschläge	**0 €** keine Aufschlagspflicht	**2.160.000 €** 4.320 × 500 €
abzüglich Aufwandspauschalen	**– 324.000 €** 1.080 × 300 €	**– 3.240.000 €** 6.480 × 500 €
Belastung vor internen Kosten	**1.476.000 €**	**9.720.000 €**
ZUSÄTZLICHE BELASTUNG IM SZENARIO **8,24 Mio. € pro Jahr**		

Keine Prognose, sondern eine vereinfachte Sensitivitätsrechnung. Die neue zulässige Prüfquote wird nur zu 75 % ausgeschöpft. Die tatsächliche Quotenermittlung erfolgt quartalsbezogen und zeitversetzt.
Personal-, Erörterungs-, Klage- und Finanzierungskosten sind nicht enthalten.

Abb. 3: Simulation möglicher Auswirkungen anhand eines fiktiven Beispiels

Strategische Umsetzung: sechs Aufgaben

1. Steuerungsfähige Datenbasis schaffen. Benötigt werden je Quartal mindestens Schlussrechnungen, eingeleitete und abgeschlossene Prüfungen, Ergebnis, Minderungsbetrag, Kassenentscheidung, Aufschlag und Aufwandspauschale. Offene Verfahren gehören in eine rollierende Schwellenprognose.
2. Nicht exakt auf einen Schwellenwert steuern. Die Grenzen bei 90, 80, 65 und 50 Prozent sind keine sinnvollen internen Zielwerte. Schon kleine Fallzahlen, verspätete Entscheidungen oder ein ungünstiger Ergebnismix können die nächste Prüfquotenstufe auslösen. Ein Sicherheitsabstand muss hausindividuell festgelegt werden.
3. Verlustursachen priorisieren. Verlorene Fälle sind nach Häufigkeit, Erlöswirkung und Schwellenrelevanz zu clustern. Ziel ist nicht, gleichzeitig jede Dokumentationslücke zu beseitigen, sondern wiederkehrende und wirtschaftlich bedeutsame Ursachen zuerst zu bearbeiten.
4. Dokumentation am Entstehungsort verbessern. Der Operateur dokumentiert das abrechnungsrelevante Operationsmerkmal, der behandelnde Arzt die medizinische Begründung, die Pflege den pflegerisch relevanten Sachverhalt. Das Medizincontrolling kann fehlende Primärinformationen Monate später nicht belastbar rekonstruieren.
5. Unterlagen prüfbezogen und vollständig versenden. Der Medizinische Dienst soll benötigte Unterlagen konkret benennen; das Krankenhaus ergänzt die für den konkreten Prüfauftrag erforderlichen Unterlagen. Daraus folgt weder bewusstes Zurückhalten noch reflexhafte Vollaktenübermittlung. Jeder Fall braucht eine fachlich begründete Versandentscheidung und eine Fristenkontrolle.
6. Fallstrategie, Kapazität und Verantwortung festlegen. Für Vorverfahren, Prüfung, Erörterung und Klage braucht es wirtschaftliche Entscheidungskriterien, klare Zuständigkeiten und eine am erwarteten Fallaufkommen bemessene Personalausstattung. Das Vorverfahren sollte gezielt für Fälle genutzt werden, in denen erwarteter Erlös, Quotenwirkung, Aufschlag und Prozesskosten zusammen betrachtet einen Vergleich rechtfertigen.

Vom Einzelfall zur Unternehmenssteuerung

Die neuen Regeln machen aus der bisherigen Prüfquote ein dynamisches Risikosystem. Die zentrale Kennzahl bleibt die Unbeanstandetenquote, doch sie lässt sich nicht allein im Medizincontrolling stabilisieren. Erforderlich sind gemeinsame Steuerung durch Geschäftsführung, Medizin, Pflege, Abrechnung, Medizincontrolling und Recht sowie eine Dokumentation, die den klinischen Sachverhalt dort vollständig abbildet, wo er entsteht. Das strategische Ziel lautet nicht, jeden Einzelfall um jeden Preis zu gewinnen. Es lautet, wiederkehrende Fehler mit hoher Erlös- und Schwellenwirkung zu vermeiden, die Quote mit Sicherheitsabstand zu stabilisieren und die knappen Fachressourcen auf die wirtschaftlich entscheidenden Fälle zu konzentrieren. ■



Andreas Wenke
Geschäftsführer Franz + Wenke GmbH
Mendelstr. 11
48149 Münster
a.wenke@dasgesundheitswesen.de

Prof. Dr. med. Dominik Franz
Geschäftsführer Franz + Wenke GmbH
Mendelstr. 11
48149 Münster