



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

zum

Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und
unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz

Stand: 22.5.2019

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeiner Teil	3
2. Kommentierung des Gesetzes	7
• Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.....	7
Zu Artikel 1 Nr. 2 § 109 (Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern).....	7
Zu Artikel 1 Nr. 9 § 275c neu (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)	8
Zu Artikel 1 Nr. 9 § 275d neu (Prüfung von Strukturmerkmalen) ...	10
• Artikel 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes	11
Zu Artikel 2 Nr. 2 § 18b neu (Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen)	11

1. Allgemeiner Teil

Der vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 2. Mai 2019 veröffentlichte Referentenentwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen (MDK-Reformgesetz) beinhaltet zwei wesentliche Regelungsschwerpunkte. Zum einen soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) unabhängiger von den Kranken- und Pflegekassen werden. Zum anderen wird das Thema Abrechnungsprüfungen im Krankenhaus aufgegriffen und neu geregelt. Nachfolgend nimmt der vdek zum Referentenentwurf Stellung.

Reform der Medizinischen Dienste

Der vdek lehnt die gravierende Neuorganisation der MDK-Gemeinschaft und die damit verbundenen Eingriffe in die Soziale Selbstverwaltung ab. Geplant ist, aus den bisher bestehenden unabhängigen 15 MDK Medizinische Dienste (MD) in der vereinheitlichten Rechtsform von Körperschaften des öffentlichen Rechts (KdÖR) zu machen. Zusätzlich sollen die bisherigen Organisationsstrukturen verändert werden. So soll die Besetzung der Verwaltungsräte als maßgebliche Entscheidungsgremien der MD völlig neu geregelt werden. Künftig ist vorgesehen, dass auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen und der Verbraucher sowie der Ärzteschaft und der Pflegeberufe im Verwaltungsrat vertreten sein sollen. Gewählte Mitglieder eines Verwaltungsrats einer Krankenkasse oder deren Verbände sowie hauptamtlich bei einer Krankenkasse oder deren Verbänden Beschäftigte, dürfen nicht mehr in den Verwaltungsrat eines MD gewählt werden. Dabei gilt eine zwölfmonatige Karenzzeit. Die Reorganisation soll nach maximal einem Jahr abgeschlossen sein.

Die Verwaltungsratsmitglieder der MD sollen von den aufsichtführenden Ländern auf Vorschlag benannt werden. Die Benennung von Verwaltungsratsmitgliedern aus der Selbstverwaltung der GKV durch die zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder wird vom vdek abgelehnt. Die Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten durch die in der Sozialwahl legitimierten Mitglieder der Sozialen Selbstverwaltung hat sich bewährt.

Die Neuorganisation der MD stellt neben den geplanten Regelungen des Faire-Kassenwahl Gesetzes (GKV-FKG) zur Besetzung des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) einen weiteren Eingriff in die Rechte der demokratisch legitimierten Sozialen Selbstverwaltung dar. Zukünftig zögen Vertreter der Leistungserbringer – Pflegeberufe und Ärzte – mit Sitz und Stimme in die Verwaltungsräte ein. Damit wird die gewählte Vertretung der Krankenkassen im MD nachhaltig geschwächt und eine unabhängige Entscheidungsfindung erschwert. Denn Entscheidungen über die Gestaltung von Richtlinien zu Inhalten der gutachterlichen Prüfungen können zukünftig durch Partikularinteressen der Leistungserbringer der Pflege und der Ärzteschaft geprägt werden. Es bedarf jedoch keiner Aufwertung von berufsständischen Interessen oder nicht demokratisch legitimierten Betroffenenvertretern in den Verwaltungsräten. Die geplante Neubesetzung steht dem gesetzlichen Ziel des Medizinischen Dienstes als fachlich unabhängige Beratungs- und Begutachtungsinstitution zur Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung entgegen.

Trotz der massiven Umbaupläne soll sich an der Finanzierung der MD nichts ändern. Weiterhin sollen allein die Kranken- und Pflegekassen die MD über Umlagen finanzieren. Die Mittelbereitstellung für den MD Bund erfolgt über dessen Mitglieder und damit mittelbar ebenfalls durch die Kranken- und Pflegekassen. Trotz einer vorgesehenen Sperrminorität bei Haushaltsfragen haben die Vertreter der Krankenkassen bei den Entscheidungen zur Mittelverwendung etc. keine eigene Stimmenmehrheit. Der vdek lehnt dies kategorisch ab. Entscheidungen zu Lasten Dritter dürfen nicht ermöglicht werden.

Aus Sicht der Ersatzkassen setzt das BMG mit der MDK-Reform den Kurs der Zerschlagung der Sozialen Selbstverwaltung weiter fort. Die geplanten Neuregelungen sollen dabei eine stärkere Unabhängigkeit im Geschäft der MD suggerieren. Die demokratisch gewählten Vertreterinnen und Vertreter der Sozialen Selbstverwaltung werden künftig keine entscheidungsbildenden Mehrheiten in den Verwaltungsräten der MD haben, obwohl die Krankenkassen weiterhin durch Umlage die MD vollständig finanzieren sollen.

Krankenhausabrechnungsprüfung

Die Krankenhausabrechnungsprüfung soll neu strukturiert werden. Dies soll zur systematischen Reduktion strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen führen. Vorgehen ist, dass auch die neuen MD die Abrechnungen der Krankenhäuser für die Krankenkassen prüfen. Führt die Prüfung durch den MD nicht zur Minderung des Rechnungsbetrags, muss die Krankenkasse dem Krankenhaus auch weiterhin eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zahlen. Die Beibehaltung der Aufwandspauschale wird vom vdek abgelehnt. Die Aufwandspauschale sollte in der Vergangenheit eine steuernde Wirkung auf die Anzahl der MDK-Prüfungen entfalten. Dies ist durch die Einführung von festen Prüfquoten obsolet. Sie setzt darüber hinaus Anreize zur korrekten Rechnungslegung beim Krankenhaus.

Die Prüfergebnisse der MD sollen für die Krankenkassen zukünftig bindende Wirkung haben. Damit wird den Kassen die Möglichkeit, in der medizinischen Beurteilung im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens vom MD abzuweichen, genommen. Die abschließende leistungsrechtliche Beurteilung in Anerkennung aller vorliegenden Informationen durch die Krankenkasse entfällt. Diese Einschränkung lehnt der vdek ab.

Weiter ist beabsichtigt, die Effizienz und die Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung zu verbessern, indem Anreize für eine korrekte Abrechnung gesetzt werden. Die Abrechnungsqualität eines Krankenhauses soll zukünftig den Umfang der maximal zulässigen Prüfungen durch die Krankenkassen bestimmen. Zuvor ist allerdings vorgesehen, im Jahr 2020 eine zulässige quartalsbezogene Prüfquote von maximal zehn Prozent je Krankenhaus festzuschreiben. Der Umfang der von den Krankenkassen beauftragten MD-Prüfungen hängt in diesem Fall gerade nicht von der Abrechnungsqualität ab, sondern bedeutet eine ungerechtfertigte pauschale Begrenzung der Prüfungen. Gegenwärtig werden ca. 17 Prozent der Krankenhausabrechnungen überprüft, wobei krankenhausesindividuell starke Unterschiede zu verzeichnen sind. Der vdek bewertet die Begrenzung der Prüfquoten als zu gering und daher kritisch. Der GKV entstehen so voraussichtlich Mehrkosten von einer Milliarde

Euro im Jahr 2020. Durch die Regelung wird zudem ein Anreiz zur falschen Rechnungslegung gesetzt, die dann aufgrund der Prüfobergrenzen von den Krankenkassen nicht identifiziert und korrigiert werden kann. Dies birgt ein hohes Kostenrisiko für die Krankenkassen. Aus Sicht des vdek wäre eine gesetzlich festgelegte Prüfquote in Höhe von 15 Prozent angemessen. Darüber hinaus sollte für Einzelfälle die Möglichkeit höherer Prüfquoten geschaffen werden. Wenn offensichtliche Hinweise auf eine Falschabrechnung vorliegen, können die zuständigen Landesaufsichten auf Antrag einer Krankenkasse über eine erhöhte Prüfquote entscheiden. Die Prüfkriterien sollten dabei bundeseinheitlichen Kriterien folgen.

- **vgl. hierzu Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 275c SGB V neu)**

Ab dem Jahr 2021 soll die Höhe der quartalsbezogenen Prüfquote vom Anteil der korrekten Abrechnungen eines Krankenhauses abhängen. Bei einem Anteil korrekter Rechnungen über 60 Prozent soll die Prüfquote nur noch fünf Prozent betragen. Umgekehrt soll ein hoher Anteil falscher Abrechnungen zu einer höheren Prüfquote führen. Zusätzlich soll eine schlechte Abrechnungsqualität zukünftig zu finanziellen Konsequenzen für ein Krankenhaus führen. Dazu ist ein krankenhausespezifisches Scoringverfahren vorgesehen. Die Einführung des Scoringverfahrens setzt grundsätzlich einen Anreiz für eine korrekte Rechnungslegung. Die vorgesehene Veröffentlichung macht das Abrechnungsverhalten zudem transparent. Das Verfahren sollte jedoch nach drei Jahren auf seine Zielstellung hin überprüft werden.

Die technische Umsetzung des Scoringverfahrens führt jedoch zu zeitlichen Verzögerungen und stellt die Prozesse der Krankenhausabrechnungsprüfung vor besondere Herausforderungen. Ziel ist, eine qualitativ verbesserte Auswahl der zu prüfenden Fälle. Die Krankenkassen müssen die Auswahl im Rahmen einer Quartalsbeurteilung der abgerechneten Krankenhausesfälle treffen. Erst zum Ende eines Quartals kann dies sachgerecht und zielgerichtet erfolgen. Die Einleitung einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst innerhalb einer Sechs-Wochen-Frist macht die Auswahl allerdings unmöglich. Die Ersatzkassen fordern daher mit Nachdruck, die Frist auf drei Monate zu verlängern.

- **vgl. hierzu Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 275c SGB V neu)**

Zukünftig soll eine Aufrechnung mit Rückforderungen der Krankenkassen gegen Vergütungsansprüche der Krankenhäuser unzulässig sein. Die mit der Prüfverfahrensvereinbarung bundesweit vorgesehene Möglichkeit soll nunmehr entfallen. Aufrechnungen haben aber bereits in der Vergangenheit zu einer Reduzierung von Klageverfahren geführt. Deshalb sollten zumindest Aufrechnungen bei den Krankenhausabrechnungen möglich sein, bei denen die Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu einer Beanstandung geführt haben.

- **vgl. hierzu Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 2**

Der Entwurf sieht außerdem vor, dass immer wieder auftretende strittige Kodier- und Abrechnungsfragen systematisch reduziert werden sollen. Ein von den Spitzenverbänden auf Bundesebene (GKV-SV, DKG, KBV) in Auftrag zu gebendes Gutachten soll die Möglichkeiten zu ambulant durchführbaren Operationen, stationersetzenden Eingriffen und Behandlungen untersuchen. Die Ergebnisse sollen Grundlage für eine Aktualisierung des Katalogs zu ambulant durchführbaren Operationen, sonstigen stationersetzenden Eingriffe und stationersetzenden Behandlungen inklusive einer einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte sein (§ 115b SGB V). Der neue 115b-Katalog soll von Abrechnungsprüfungen durch den MD abgeschlossen werden. Die Ersatzkassen bewerten die Aktualisierung des Katalogs nach § 115b SGB V positiv.

- **vgl. hierzu Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 275c SGB V neu)**

Statt einer Vielzahl von Strukturprüfungen im Einzelfall, soll zukünftig die Erfüllung von Strukturvoraussetzungen der Leistungserbringung in einer Strukturprüfung gebündelt werden. Einzelfallprüfungen durch kollektive Prüfungen des Medizinischen Dienstes zu ersetzen, entspricht einer Forderung der Ersatzkassen. Das Instrument gesetzlich verbindlicher Strukturprüfungen wird daher ausdrücklich begrüßt. Es ist aber nicht nachvollziehbar, weshalb Krankenhäuser die Möglichkeit erhalten sollen, andere Gutachterdienste als den Medizinischen Dienst beauftragen zu können. Dies führt zu Auftragsgutachten, deren Ergebnisse absehbar sind und nur zu Gegengutachten durch die Krankenkassen führen. Es käme zu einer Verlagerung von Klageverfahren der Sozialgerichte zu den Verwaltungsgerichten. Vor Ort ist bereits jetzt wahrnehmbar, dass Krankenhausverbände eigene Gutachterdienste gründen wollen, um diese später zu beauftragen. Hier ist dringender Korrekturbedarf gegeben. Ein unabhängiger Medizinischer Dienst muss die alleinige Prüfkompetenz im Rahmen der gesetzlich vorgesehenen Strukturprüfungen innehaben.

- **vgl. hierzu Kommentierung zu Artikel 1 Nr. 9 (§ 275d SGB V neu)**

Ebenfalls neu geregelt wird der Schlichtungsausschuss Bund zur Klärung strittiger Kodierfragen. Dieser soll aufgewertet und verbindlicher eingebunden werden. Die Neustrukturierung wird vom vdek unterstützt. Allerdings sollte die Expertise der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ sowie der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling regelhaft eingebunden und der Schlichtungsausschuss über die strittig festgestellten Kodierempfehlungen entscheiden. Zudem sollte der Schlichtungsausschuss im Sinne einer reibungslosen und konfliktfreien Umsetzung des Gesetzes Konkretisierungen für unbestimmte Regelungen vornehmen.

- **Vgl. hierzu Kommentierung zu Artikel 2 Nr. 2**

2. Kommentierung des Gesetzes

Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Zu Artikel 1 Nr. 2

§ 109 (Abschluss von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern)

Beabsichtigte Neureglung

Die Regelung hebt die durch die Prüfverfahrensvereinbarung bundesweit geltende Möglichkeit der Aufrechnung von Forderungen auf.

Bewertung

Die Regelung ist abzulehnen. Krankenkassen zahlen heute Krankenhausrechnungen zunächst ungeprüft, um die Liquidität der Krankenhäuser zu sichern. In diesem Kontext stellen Aufrechnungen sicher, dass überzahlte Vergütungen ausgeglichen werden. Aufrechnungen sind somit ein bürokratiearmer Weg, Ansprüche der Krankenkassen gegenüber Krankenhäusern geltend zu machen. Damit werden Klageverfahren vermieden. Als Kompromissvorschlag ist denkbar, dass Aufrechnungen nur möglich sind, wenn durch ein MD-Gutachten eine fehlerhafte Abrechnung bestätigt wurde.

Änderungsvorschlag

Die Regelung ist zu streichen. Alternativ ist in § 109 Absatz 6 folgender Satz 3 anzufügen:

„Abweichend hiervon, können Aufrechnungen nach Satz 1 durchgeführt werden, wenn der Medizinische Dienst in einem Gutachten eine fehlerhafte Abrechnung festgestellt hat.“

Zu Artikel 1 Nr. 9

§ 275c neu (Durchführung und Umfang von Prüfungen bei Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst)

Beabsichtigte Neureglung

Der neue § 275c ersetzt die alte Regelung des § 275 Absatz 1c. Die Aufwandspauschale, die die Krankenkassen den Krankenhäusern in Höhe von 300 Euro für den Fall zu zahlen haben, dass der Rechnungsbetrag nicht vermindert wird, bleibt bestehen. Ab 2020 dürfen Krankenkassen nur noch zehn Prozent der Krankenhausrechnung eines Quartals durch den MD prüfen lassen. Ab 2021 wird die Prüfquote nach der Qualität der Rechnungslegung der Krankenhäuser in drei Gruppen differenziert. Der GKV-SV hat hierzu notwendige Auswertungen zu erstellen. Ferner müssen die Krankenhäuser der mittleren und schlechten Gruppe der Rechnungslegung Sanktionszahlungen leisten. Die Vereinbarung pauschaler Abschläge auf Krankenhausrechnungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern wird untersagt.

Bewertung

Die Beibehaltung der Aufwandspauschale wird abgelehnt. Die in der Vergangenheit angedachte steuernde Wirkung auf die Anzahl der MDK-Prüfungen, ist durch die Einführung von festen Prüfquoten obsolet. Mittlerweile sehen Krankenhäuser die von den Krankenkassen zu zahlende Aufwandspauschale als feste Einnahmequelle und richten ihre Rechnungsstellung dahingehend aus. Die Aufwandspauschale ist inzwischen zu einem Instrument degeneriert, mit dem Krankenhäuser Zusatzeinnahmen erzielen. Auf Krankenseite setzt sie keine Anreize zur korrekten Abrechnung, sondern eher für das Gegenteil. Daher ist die Aufwandspauschale zu streichen.

Die vorgesehene Prüfquote in Höhe von zehn Prozent liegt weit unter dem Status Quo von ca. 17 Prozent geprüfter Abrechnungen. Diese drastische Reduzierung der Prüfquote wird den Fehlanreiz unkorrekter Rechnungslegung verstärken und zu beitragsrelevanten Ausgabensteigerungen führen. Eine gesetzlich festgelegte Prüfquote in Höhe von 15 Prozent wäre angemessener. Die Prüfquote sollte nach drei Jahren im Hinblick auf die Wirkungen der neuen Instrumente, wie dem Schlichtungsausschuss Bund, dem Scoringverfahren mit Sanktionsregelungen für Krankenhäuser und den erweiterten Katalog ambulant erbringbarer Leistungen und den verbindlichen Strukturprüfungen evaluiert werden. Darüber hinaus sollte für Einzelfälle die Möglichkeit höherer Prüfquoten geschaffen werden. Wenn offensichtliche Hinweise auf eine Falschabrechnung vorliegen, müssen diese Fälle auch weiterhin unabhängig von Prüfquoten nachprüfbar sein.

Die Etablierung eines Scoringverfahrens, das die Krankenhäuser in drei Gruppen nach der Qualität der Rechnungslegung differenziert wird ausdrücklich begrüßt. Hier wird ein Anreiz zu der ersehnten besseren Rechnungslegung durch die Krankenhäuser erreicht. Begrüßenswert ist, dass die Ergebnisse des Scoringverfahrens veröffentlicht werden sollen. Dies schafft Transparenz über das Geschäft der Krankenhausabrechnung und trägt zur Versachlichung bei.

Die technische Umsetzung des Scoringverfahrens führt jedoch zu zeitlichen Verzögerungen und stellt die Prozesse der Krankenhausabrechnungsprüfung vor besondere Herausforderungen. Die Krankenkassen müssen die Auswahl im Rahmen einer

Quartalsbetrachtung der abgerechneten Krankenhaufälle treffen. Erst zum Ende eines Quartals kann dies sachgerecht und zielgerichtet erfolgen. Die Einleitung einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst innerhalb einer Sechs-Wochen-Frist macht die Auswahl allerdings unmöglich. Die Frist sollte daher auf drei Monate verlängert werden.

Bedauerlich ist auch, dass nicht alle Krankenhäuser im Falle einer Falschabrechnung einen gestaffelten Sanktionsbetrag zahlen müssen. Diese Regelung ist auch deshalb unverständlich, weil die Aufwandspauschale für die Krankenkassen erhalten bleibt.

Der Gesetzgeber greift mit der Regelung in Absatz 7 die Empfehlungen des Bundesrechnungshofes und des Bundesversicherungsamts auf. Für die Ermittlung der Qualitätseinteilung fehlt die Angabe des Bezugszeitraumes. Zur Ermittlung der in Absatz 4 genannten Prüfergebnisse, sind die Fristen der Prüfverfahrensvereinbarung zu berücksichtigen.

Änderungsvorschlag

In § 275c Absatz 1 Satz 1 werden die Worte „sechs Wochen“ durch die Worte „drei Monate“ ersetzt.

§ 275c Absatz 1 Satz 2 wird gestrichen.

In Absatz 2 wird die Zahl „10“ durch die Zahl „15“ ersetzt.

In Absatz 3 wird folgender Buchstabe a) eingefügt:

„a) 10 Prozent im Falle des Absatzes 2 Satz 3 Nummer 1.“

Die Buchstaben a) und b) werden die Buchstaben b) und c). Das Komma im neuen Buchstaben c) wird durch einen Punkt ersetzt.

Folgender Absatz 8 wird angefügt:

(8) „Der Spitzenverband Bund vergibt ein Gutachten zur Feststellung der Wirkungen der neuen gesetzlichen Regelungen, wie dem Scoringverfahren und der Sanktionsregelungen der Krankenhäuser, den erweiterten Katalog ambulant erbringbarer Leistungen sowie des Schlichtungsausschusses Bund auf die Prüfnotwendigkeit der Krankenkassen bis zum 31.12.2022. Die Ergebnisse sind bis zum 31.12.2023 zu veröffentlichen.“

Zu Artikel 1 Nr. 9
§ 275d neu (Prüfung von Strukturmerkmalen)

Beabsichtigte Neureglung

Die Regelung sieht vor, dass Strukturmerkmale, die sich aus dem Diagnose- und Prozedurenschlüssel des DIMDI ergeben, verbindlich im Rahmen von Strukturprüfungen überprüft werden können. Liegen die Strukturvoraussetzungen nicht vor, dürfen entsprechende Leistungen weder vereinbart noch abgerechnet werden. Die Strukturprüfungen erfolgen durch den MD. Das Krankenhaus kann für die Begutachtung einen anderen Gutachterdienst beauftragen.

Bewertung

Die Regelung wird ausdrücklich begrüßt. Hier werden Einzelfallprüfungen durch kollektive Strukturprüfungen ersetzt. Die überfällige fehlende verbindliche Rechtsgrundlage hierfür wird mit der Regelung geschaffen.

Es ist nicht nachzuvollziehen, weshalb der MD nicht die alleinige Gutachterkompetenz der Strukturprüfungen erhält. Die Beauftragung anderer Gutachterdienste führt nur zu Gegengutachten und ist streitbefangen. Die Regelung führt zu einer Verschiebung von Klagen an den Sozialgerichten zu den Verwaltungsgerichten.

Änderungsvorschlag

In Absatz 1 Satz 1 und Satz 3 werden die Worte „*oder durch einen anderen Gutachterdienst*“ gestrichen

In Absatz 2 werden die Worte „*oder von dem anderen Gutachterdienst*“ gestrichen.

Absatz 5 ist Satz 2 wird gestrichen.

Artikel 2 Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Zu Artikel 2 Nr. 2

§ 18b neu (Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodierfragen)

Beabsichtigte Neureglung

Der Schlichtungsausschuss Bund soll zur Klärung strittiger Kodierfragen aufgewertet und verbindlicher eingebunden werden. Einmalig sollen die von der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ sowie von der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling strittig festgestellten Kodierempfehlungen entschieden werden.

Bewertung

Die Regelungen sind zu begrüßen. Der Schlichtungsausschuss sollte jedoch regelmäßig von der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ sowie von der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling über die strittig festgestellten Kodierempfehlungen entscheiden.

Zudem sollte der Schlichtungsausschuss im Sinne einer reibungslosen und konfliktfreien Umsetzung des Gesetzes Konkretisierungen für unbestimmte Regelungen vornehmen müssen.

Änderungsvorschlag

In Absatz 5 Satz 1 wird nach dem Wort „entscheidet“ das Wort „jährlich“ eingefügt und die Zahl „2020“ durch die Worte „eines Jahres“ ersetzt.

Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 6 angefügt:

„Der Schlichtungsausschuss Bund definiert den Begriff der „korrekten Abrechnungen“ zur Ermittlung der Prüfquote im Sinne des § 275c SGB V. Ferner legt er bundesweite Kriterien für die Prüfung der Anzeige einer erhöhten Prüfquote gemäß § 275c Absatz 2 Satz 4 SGB V und Anforderungskriterien für die fallbezogene Erörterung gemäß § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG fest.“

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 - 0

Fax: 030/2 69 31 - 2900

Politik@vdek.com