

# Die Rolle des MDK für die stationäre Kindermedizin in Bayern

heute und morgen

Dr. med. Max Peter Waser, stv. Geschäftsführer

Tätigkeitsfelder  
des MDK in der  
Kranken-  
versicherung

## Aufgaben des MDK

### Medizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Krankenversicherung

#### Begut- achtungen



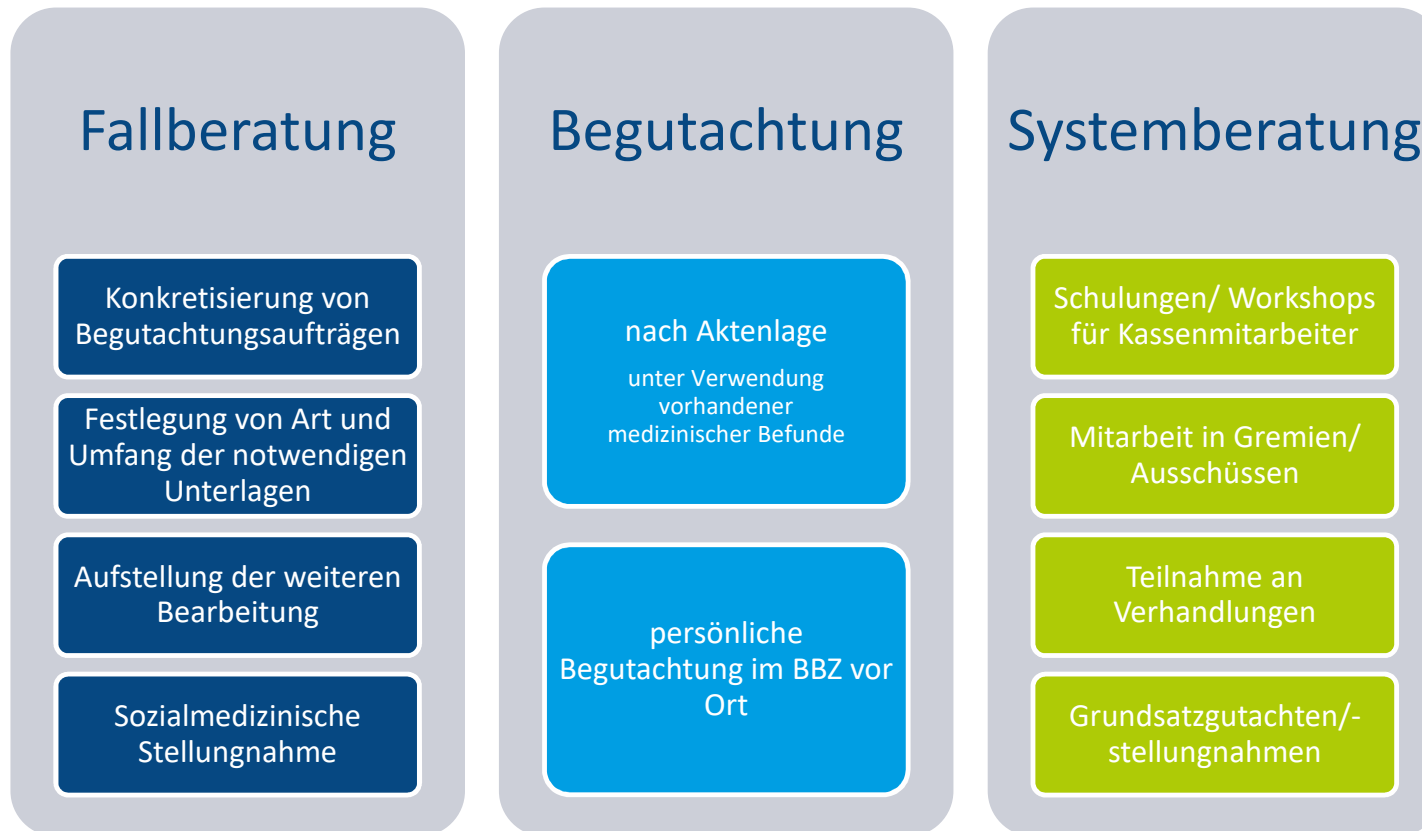
- Arbeitsunfähigkeit
- Prävention und Rehabilitation
- häusliche Krankenpflege
- Notwendigkeit und Dauer stationärer Krankenhausbehandlungen
- Kodierqualität im DRG- & PEPP-System
- Einsatz unkonventioneller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Heil- und Hilfsmittelversorgung
- ärztliche Behandlungsfehler
- zahnmedizinische und kieferorthopädische Versorgung

#### Berater in medizinischen Versorgungs- fragen



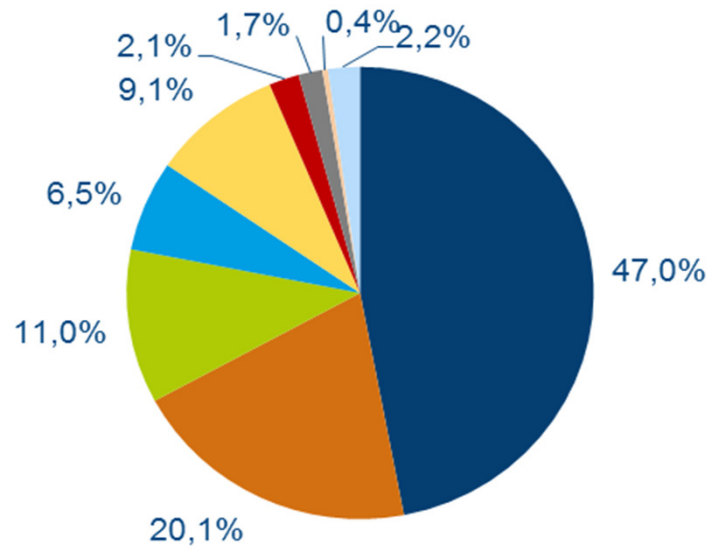
- gesundheitliche Versorgung der Versicherten
- Qualitätssicherung
- neue Behandlungsmethoden
- Krankenhausversorgung
- Konzeptbeurteilung von Versorgungsstrukturen
- Arzneimittelversorgung
- fachliche Unterstützung von Gremien der Selbstverwaltung

## Die „Produkte“ des MDK



## Tätigkeitsfelder des MDK Bayern

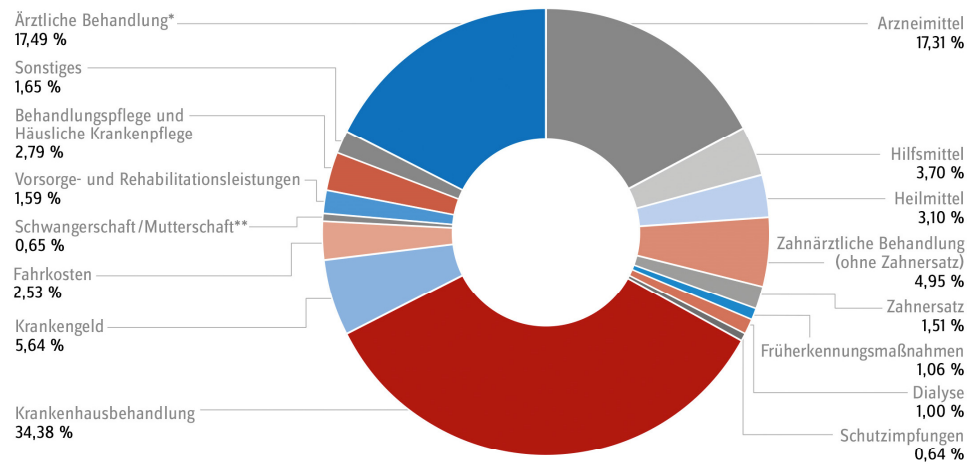
### Bearbeitete Aufträge 2018



Stationäre Leistungen	449.380
Arbeitsunfähigkeit	192.307
Leistungen zur Vorsorge und Rehabilitation	105.287
Hilfsmittel	61.860
Ambulante Leistungen	87.043
Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	19.987
Medizinrecht	15.844
Zahnmedizin	3.669
Sonstige Anlässe	21.049
<b>Gesamt</b>	<b>956.426</b>

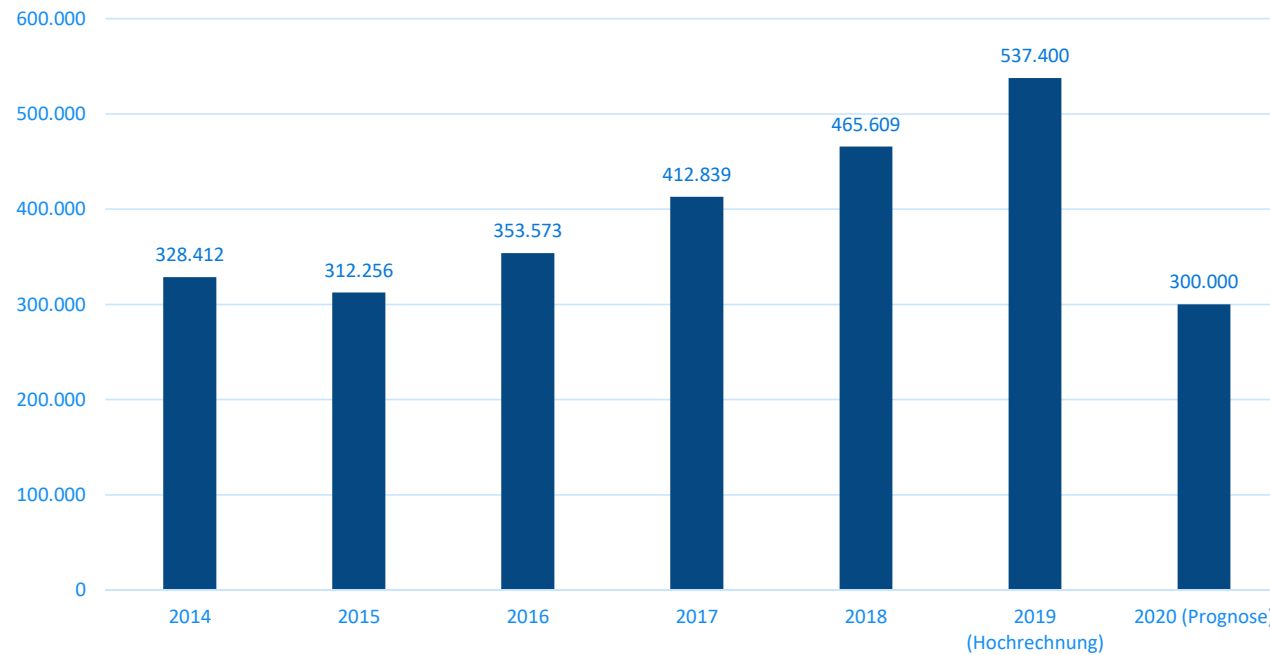
## Ausgaben der GKV

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2017 in Prozent



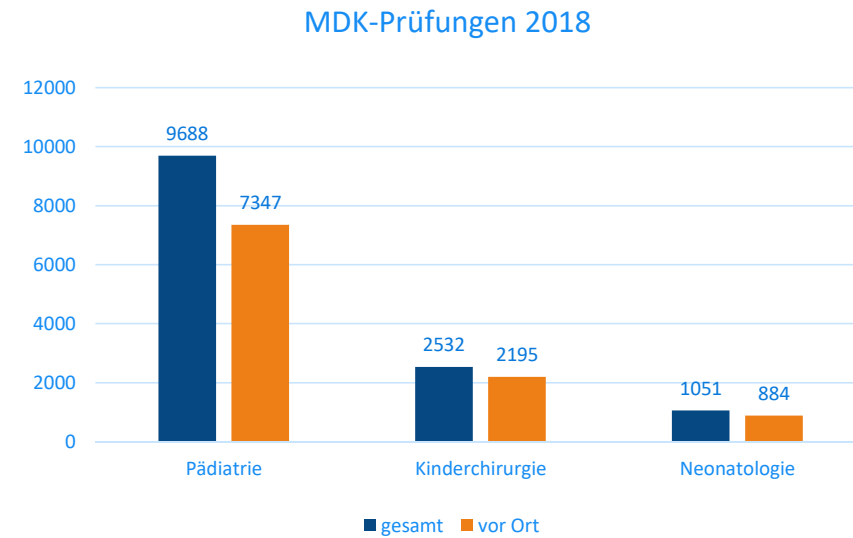
\* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.  
 \*\* ohne stationäre Entbindung  
 Summen können rundungsbedingt abweichen.  
 Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

## Auftragsentwicklung Krankenhaus Begutachtungsaufträge der Krankenkassen für den MDK Bayern



## MDK-Prüfungen in Bayerns Kinderkliniken

- überwiegend als Falldialog vor Ort
- unsere Erfahrungen: sehr konstruktive Zusammenarbeit
- wenig „offene Baustellen“





## **OPS 8-712.1 Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]**

### **Kodierempfehlung Nr. 563 der SEG 4**

- **Problem/Erläuterung:**

Bei einem Neugeborenen wird im Rahmen einer intensivmedizinischen Behandlung über 96 Stunden eine High-Flow-Nasenbrille angewandt. Sind die 96 Stunden als Beatmung im Sinne der DKR 1001 anzuerkennen?

- **Kodierempfehlung:**

Die Anwendung der High-Flow-Nasenbrille (HFNC/HHHFNC-System) ist keine Beatmung im Sinne der Definition der DKR 1001 (Maschinelle Beatmung). Diese setzt voraus, dass Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten.

- **B 1 KR 13/18 R (voraussichtlicher Termin 30.07.2019)**

- Vorinstanz: Bayerisches Landessozialgericht, L 5 KR 504/15, 13.03.2018

## P22.0 Atemnotsyndrom des Neugeborenen

### P28.5: Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen als Nebendiagnose

- eigenständiges medizinisches Problem, welches die Lunge bzw. den dort stattfindenden Gasaustausch betrifft.
- nach dem Verlauf ist eine Abgrenzung zum ANS erkennbar, z.B. erneute respiratorische Verschlechterung durch hinzugetretene Erkrankung (z.B. Sepsis, Pneumothorax)
- Diagnose: BGA bzw. transkutane O<sub>2</sub>-Messung mit deutlich pathologischen Werten; i. d. Regel Behandlung auf der Neugeborenen-Intensivstation.
- **Fazit:** P28.5 als eigenständiges Krankheitsbild kann nicht als ND kodiert werden, wenn nur unmittelbar postnatal eine Atemhilfe/Beatmung notwendig wird, die durch das ANS bedingt ist.

Reform des  
Medizinischen  
Dienstes

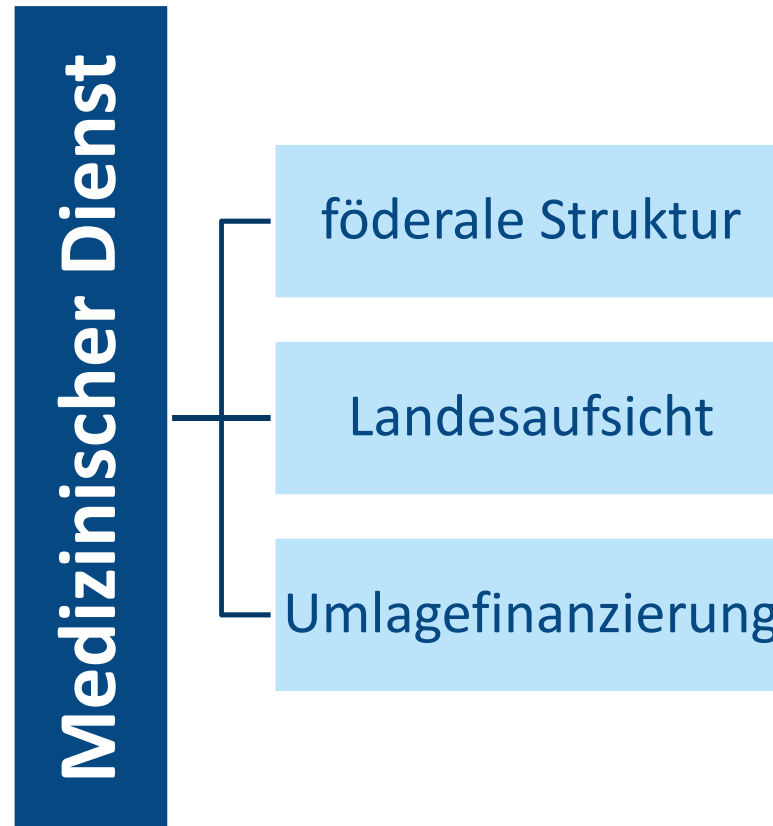
## aus dem Koalitionsvertrag der GroKo:

**„Wir werden die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung stärken, ihre Unabhängigkeit gewährleisten und für bundesweit einheitliche und verbindliche Regelungen bei ihrer Aufgabenwahrnehmung Sorge tragen.“**

**Referentenentwurf  
des Bundesministeriums für Gesundheit**

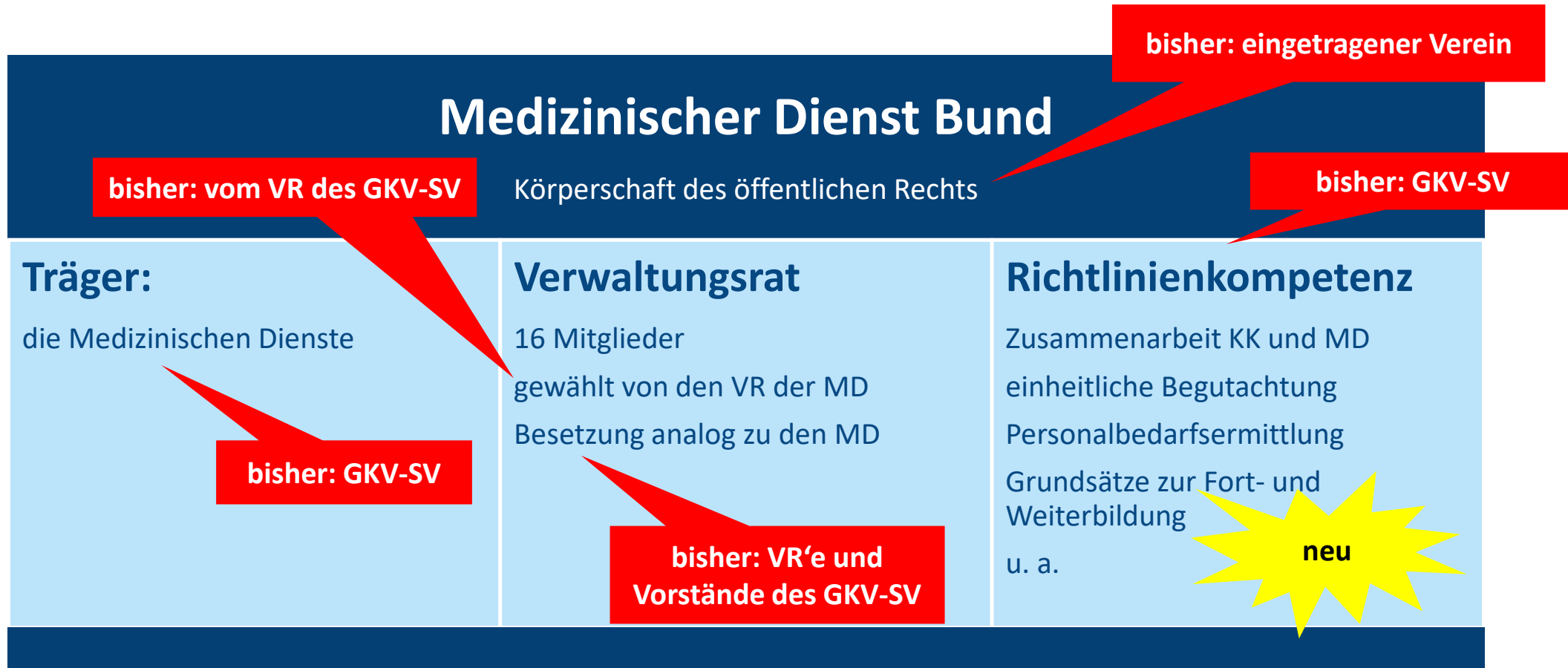
**Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen –  
MDK-Reformgesetz**

## Struktur der medizinischen Dienste was bleibt:



## Neustrukturierung der Medizinischen Dienste







Krankenhaus-  
rechnungs-  
prüfungen

Mitteilung **B u n d e s**  
rechnungshof 

an das  
Bundesministerium für Gesundheit  
und den GKV-Spitzenverband

über die Prüfung

der Krankenhausabrechnungen durch die Krankenkassen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Teil 3:

**Aufgaben der Medizinischen Dienste**

---

---

Das in der Prüfungsmitteilung dargestellte Prüfungsergebnis ist vorläufig, da das Ergebnis des kontradiktorischen Verfahrens noch nicht berücksichtigt ist. Eine Weitergabe an Dritte ist – außer zur dienstlichen Verwendung – nicht zulässig (§ 96 Abs. 4 BHO).

## Aus dem Bericht des Bundesrechnungshofes Bestandsaufnahme

KH-Abrechnungsprüfungen bleiben notwendig

- Beanstandungsquote kontinuierlich um 50%

und sind wirtschaftlich

- siehe Beispielrechnung 2016

trotzdem: extrem hoher Ressourcenaufwand

## Aus dem Bericht des Bundesrechnungshofes Wirtschaftlichkeit der Abrechnungsprüfung (Daten aus 2016)

<b>Strukturdaten</b>	
19,5 Mio. vollstationäre Krankenhausfälle	
73 Mrd. € Leistungsausgaben	
2 Mio. MDK-Gutachten	
<b>Nutzen</b>	
Rückzahlungen für überhöhte Abrechnungen (3% von 73 Mrd. €)	2,2 Mrd. €
sog. „Polizeieffekt“	nicht bezifferbar
<b>Aufwand</b>	
Verwaltungsausgaben der Krankenkassen	331,5 Mio. €
Begutachtung durch den MDK	150 Mio. €
300-€-Aufwandspauschale	300 Mio. €
Gesamt	781,5 Mio. €
<b>Ergebnis</b>	
Nutzen (= Rückzahlungen)	= 2,2 Mrd. €
Aufwand	- 0,8 Mrd. €
Ergebnis	= 1,4 Mrd. €

## Aus dem Bericht des Bundesrechnungshofes

### Feststellung zur MDK-Prüfung

#### **erheblicher Ressourcenverbrauch**

- steigende Auftragszahlen
- komplexere, aufwändigere Fragestellungen

#### **immer noch kein elektronischer Datenaustausch**

- bundeseinheitliche Empfehlung der Selbstverwaltung fehlt
- BMG ist gefordert

#### **Trend: zunehmend Begutachtung im Krankenhaus**

- positive Entwicklung
- sollte weiter gestärkt werden

#### **neue Prüfform: Strukturprüfung von Komplexcodes**

- verlässliche, transparente Rechtsgrundlage sinnvoll

## Eckpunkte für eine Neuausrichtung der Abrechnungsprüfung

**Abrechnungsprüfung ist kein Wettbewerbselement**

**Vollständige Aufdeckung ungerechtfertigter Ansprüche**

- dies bedarf einer bundesweit wirksamen Kontrolle

**Sanktionsbewehrung auf beiden Seiten**

- Anreiz für korrektes Abrechnungsverhalten der KH
- Verminderung des hohen Prüfaufwands

**Sicherstellung der Praktikabilität des DRG-Systems**

- Weiterentwicklung darf nicht zu überbordender Komplexität führen

## 3 Varianten für ein neues Prüfungsmodell

Ziel: einheitliches Prüfverfahren anstatt Einzelfallprüfung

**Gemeinsame Auffälligkeitsprüfung**

**Gemeinsame Stichprobenprüfung**

**Turnusmäßige Regelprüfung**

**Referentenentwurf  
des Bundesministeriums für Gesundheit**

**Entwurf eines Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen –  
MDK-Reformgesetz**



## Zielsetzung: Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Krankenhausabrechnungsprüfung

Stärkung der Anreize für korrekte Abrechnung

Reduktion strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen

Neuordnung der Strukturprüfungen

Vermeidung der Entstehung von unnötigen Prüffeldern

Ausbau ambulanter Behandlungsmöglichkeit im Krankenhaus

## Festlegung einer zulässigen Prüfquote quartalsbezogen je Krankenhaus und Krankenkasse

in 2020	ab 2021		
feste Quote	abhängig vom Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen		
	< 40%	40% – 60%	> 60%
bis 10%	bis 15%	bis 10%	bis 5%

## Aufschlag auf den Rückzahlungsbetrag bei Minderung des Rechnungsbetrages

abhängig vom Anteil korrekter Abrechnungen an allen geprüften Abrechnungen		
< 40%	40% – 60%	> 60%
50%	25%	0%

## weitere Maßnahmen

### Neuorganisation des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene

- erweiterter Kreis von Anrufungsberechtigten
- Fristvorgaben für Entscheidung
- ausdrückliche Benennung von zu klärenden Beratungsthemen
- Entscheidungen wirken nur prospektiv

### Reduzierung des Prüfumfangs zur primären Fehlbelegung

- Neufassung des Kataloges stationersetzender Eingriffe

### Neuregelung der Strukturprüfungen

- Durchführung in definierten Zeitabständen
- Beauftragung durch das Krankenhaus (MD oder andere Gutachterdienste)
- Abrechnung entsprechender Leistungen nur nach positiver Strukturprüfung

## weitere Maßnahmen

### stringentere Verfahrensregelungen

- Rechnungsstellung des Krankenhauses ist fallabschließend
- Abrechnungsprüfung durch MD ist fallabschließend
- MD-Gutachten ist für Kasse verbindlich

### keine Verrechnung strittiger Forderungen mit Vergütungsansprüchen

- vor Klageerhebung obligatorischer Falldialog zwischen Krankenkasse und Krankenhaus

## erste Einschätzungen

- Prüfaufwand für alle Beteiligten wird verringert
- Wettbewerbssituation für KK wird gemindert
- Strukturprüfungen auf gesicherter Grundlage
- abschließende Rechnungsstellung schafft Sicherheit

- Anreizwirkung für korrekte Abrechnung schwer beurteilbar
- Wirksamkeit des Schlichtungsausschusses bleibt abzuwarten
- Wirksamkeit erweiterter AOP-katalog bleibt abzuwarten

- Ziel einer durchgängig korrekten Abrechnung wird nicht erreicht
- Wettbewerbssituation für Krankenhäuser wohl unverändert
- Strukturprüfungen dürfen kein Wettbewerbsfeld sein!
- möglicher Negativanreiz für Falldialog KH/MDK
- Sozialgerichtsverfahren dürften häufiger werden