

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



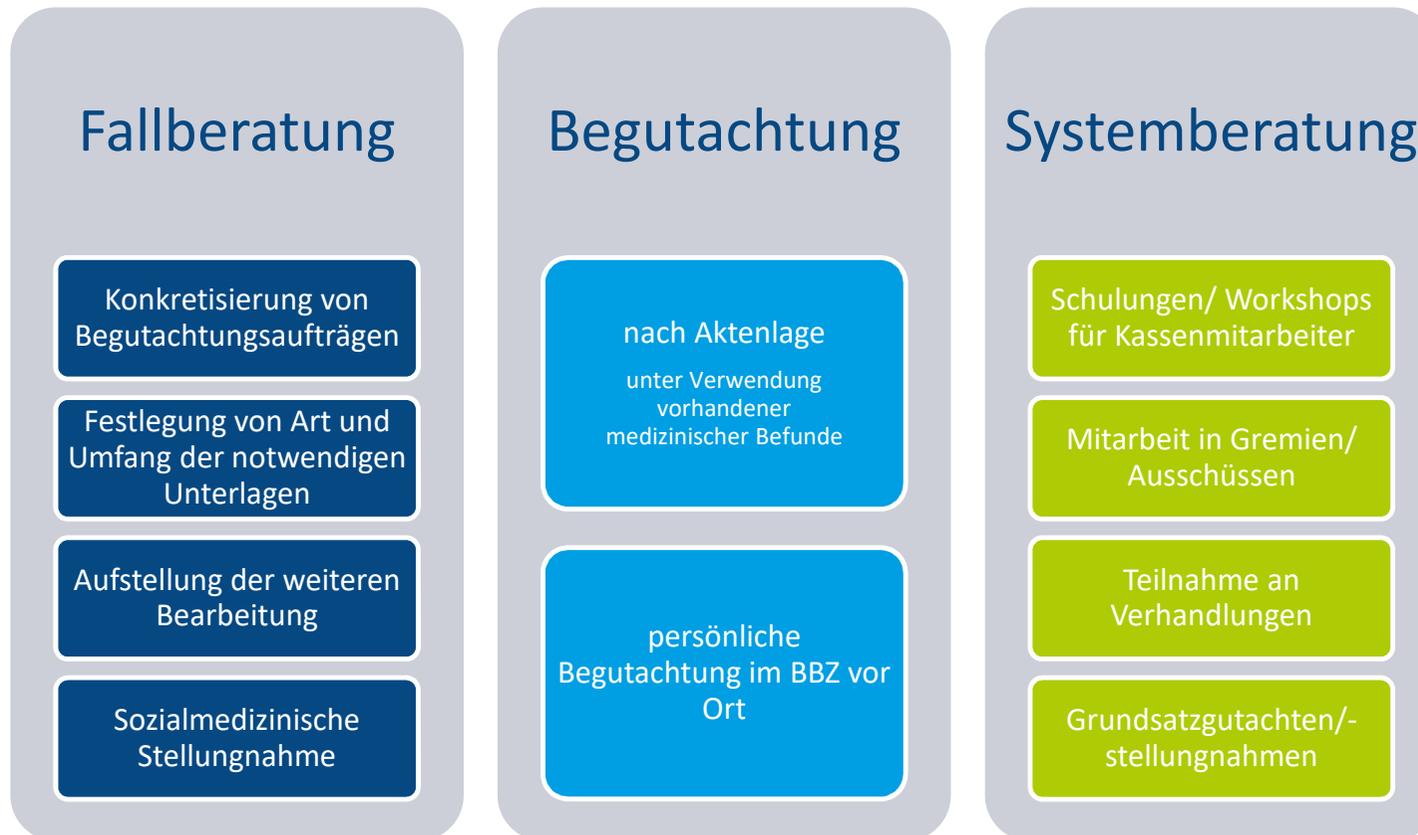
- Arbeitsunfähigkeit
- Prävention und Rehabilitation
- häusliche Krankenpflege
- Notwendigkeit und Dauer stationärer Krankenhausbehandlungen
- Kodierqualität im DRG- & PEPP-System
- Einsatz unkonventioneller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- Heil- und Hilfsmittelversorgung
- ärztliche Behandlungsfehler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

Berater in medizinischen Versorgungs- fragen



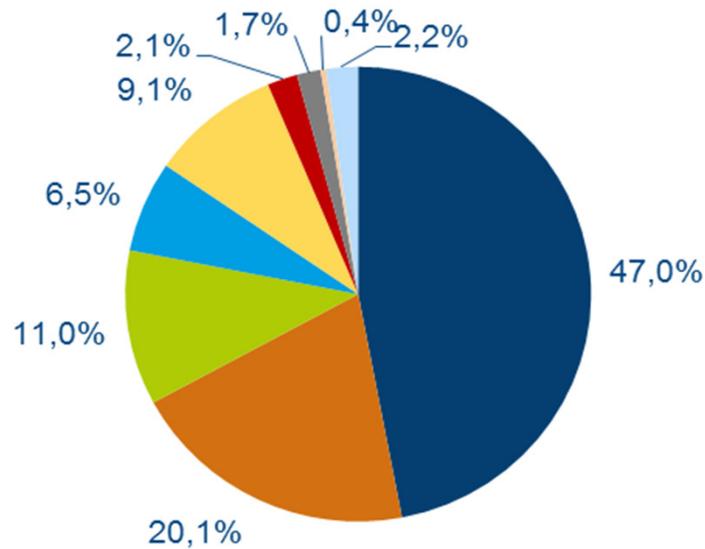
- gesundheitliche Versorgung der Versicherten
- Qualitätssicherung
- neue Behandlungsmethoden
- Krankenhausversorgung
- Konzeptbeurteilung von Versorgungsstrukturen
- Arzneimittelversorgung
- fachliche Unterstützung von Gremien der Selbstverwaltung

Die „Produkte“ des MDK



Tätigkeitsfelder des MDK Bayern

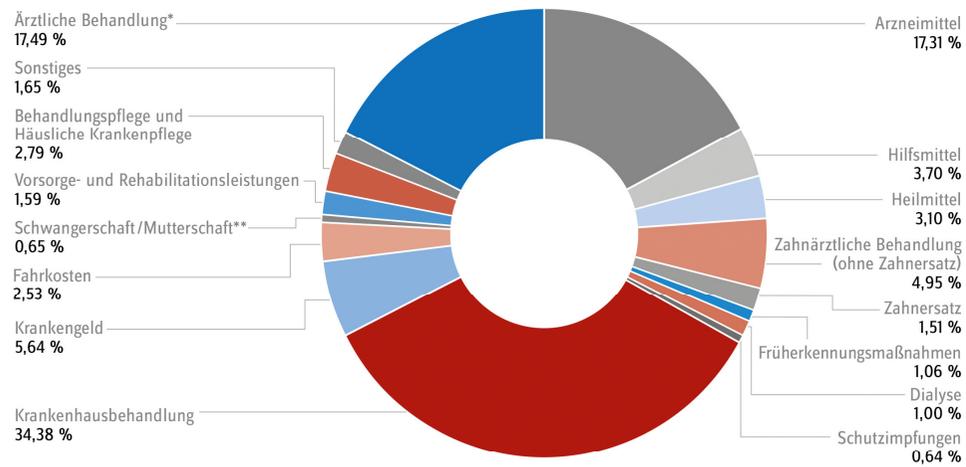
Bearbeitete Aufträge 2018



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
Gesamt	956.426

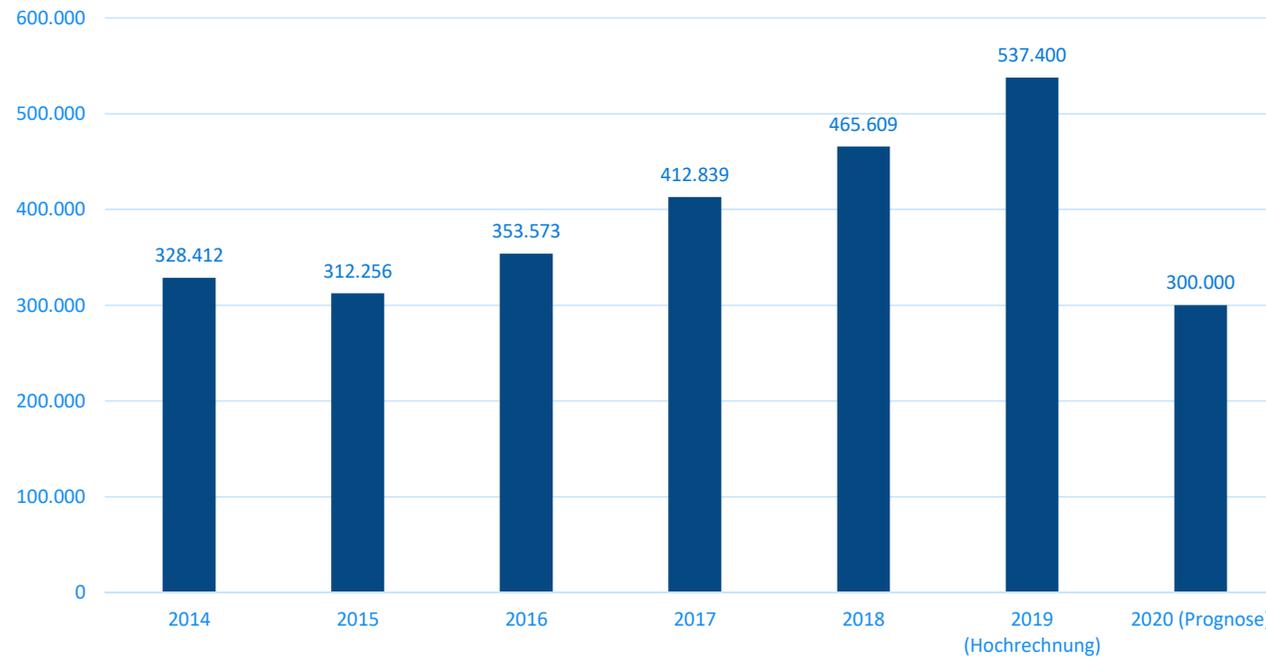
Ausgaben der GKV

Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2017 in Prozent



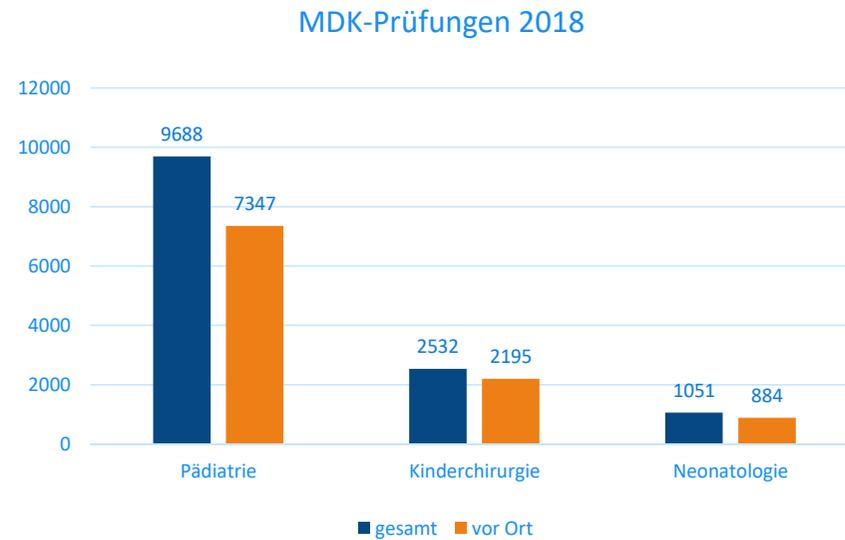
* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.
 ** ohne stationäre Entbindung
 Summen können rundungsbedingt abweichen.
 Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1

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 O₂-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

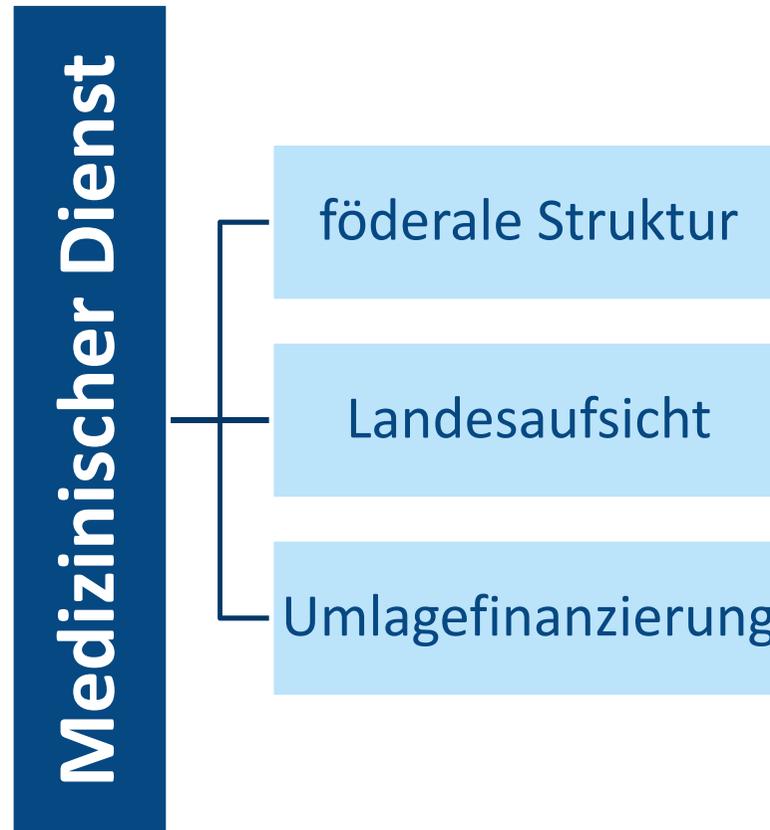
aus dem Koalitionsvertrag der GroKo:

„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)

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