

**Statement von Dr. Ulf Sengebusch,
Geschäftsführer des MDK Sachsen,
zur Pressekonferenz
Medizinische Dienste stellen Leistungsbilanz 2018 vor
11. April 2019**

- Es gilt das gesprochene Wort -

Anrede,

der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hat vielfältige Beratungs- und Begutachtungsaufgaben in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Im Auftrag der Krankenkassen erstellte der MDK im vergangenen Jahr bundesweit rund 5,7 Millionen sozialmedizinische Stellungnahmen und Gutachten für die gesetzliche Krankenversicherung sowie rund 2,5 Millionen für die Pflegeversicherung. Im Folgenden möchte ich Ihnen das Leistungsspektrum im Bereich Krankenversicherung erläutern. Herr Dr. Pick wird Ihnen anschließend die Bilanz für den Bereich Pflegeversicherung darstellen.

Anders als bei der Pflegeversicherung, bei der jeder Versicherte, der Leistungen der Pflegekasse beantragt, mindestens einmal mit dem MDK persönlich in Kontakt kommt, wird der MDK für die Krankenversicherung nur dann tätig, wenn die Krankenkasse den medizinischen Sachverstand des MDK anfordert. Die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter geben dann für den Einzelfall eine sozialmedizinische Empfehlung an die Krankenkasse ab.

Versicherte sollen Leistungen nach objektiven medizinischen Kriterien erhalten

Im Vordergrund der MDK-Begutachtung steht die Frage, ob eine Leistung der Krankenkasse – wie zum Beispiel eine Rehabilitationsmaßnahme, ein Hilfsmittel oder die Zahlung des Krankengeldes bei Arbeitsunfähigkeit – aus medizinischen Gründen erforderlich und daher von der Solidargemeinschaft zu tragen ist. Vereinfacht gesagt, prüft der MDK, ob der richtige Patient zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit den richtigen Mitteln behandelt wird. Damit stellt der MDK sicher, dass die Leistungen nach objektiven medizinischen Kriterien allen Versicherten zu gleichen Bedingungen zugutekommen.

Die Zahlen im Überblick: Über 1,1 Millionen Mal beantworteten die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter Fragen zur Arbeitsunfähigkeit, über 600.000 Mal Fragen zu Vorsorge und Rehabilitation und über 300.000 Mal Fragen zur medizinischen Notwendigkeit eines Hilfsmittels – das Spektrum reicht von Blutzuckermessgeräten über Rollstühle und Prothesen bis hin zu hochtechnologischen Hilfen. So begutachten unsere Fachärzte zum Beispiel, ob ein Roboterarm sozialmedizinisch zu empfehlen ist. Mit Hilfe eines Roboterarms können Patienten, die in ihren Armen stark eingeschränkt sind, in die Lage versetzt werden, selbstständig zu essen und zu trinken. Ein Roboterarm kostet etwa 50.000

Euro – der MDK hat der Krankenkasse empfohlen, dieses Hilfsmittel zu genehmigen. Der MDK wird von den Krankenkassen auch beauftragt, wenn im Einzelfall die medizinische Notwendigkeit von orthopädischen Schuhen zu prüfen ist. Orthopädische Schuhe werden von den Patienten meistens über viele Jahre benötigt. Mit der Hilfsmittelberatung leistet der MDK einen Beitrag zu einer sinnvollen und notwendigen Versorgung der Versicherten.

Knapp 340.000 Mal nahmen die Gutachter zu ambulanten Leistungen Stellung – beispielsweise zur Behandlungspflege. Dazu gehören das An- und Ablegen von Kompressionsstrümpfen, die Wundversorgung und die Medikamentengabe.

Im Bereich der Krankenhausleistungen hat der MDK im vergangenen Jahr über drei Millionen Einzelfälle bearbeitet. Dabei ging es überwiegend um die Überprüfung der Abrechnungen, die die Krankenhäuser den Krankenkassen in Rechnung stellen. Die Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, Patientinnen und Patienten nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens, aber auch unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu behandeln. Die Krankenkassen stehen ihrerseits in der Pflicht, auffällige Rechnungen vom MDK prüfen zu lassen. Im vergangenen Jahr hat der MDK bundesweit knapp 2,6 Millionen Gutachten zu den Krankenhausabrechnungen erstellt.

Die MDK-Gutachter prüfen dabei auf den Einzelfall bezogen, ob eine stationäre Behandlung oder die Länge des Aufenthalts im Krankenhaus medizinisch notwendig war. Und sie prüfen, ob die Kodierung der gestellten Diagnosen und der erbrachten Leistungen korrekt erfolgt ist. Zur Klarstellung sei angemerkt, dass der MDK sich die Fälle stets im Nachhinein anschaut – also erst dann, wenn der Patient bereits seine Therapie erhalten hat und aus dem Krankenhaus entlassen worden ist.

Ein typisches Beispiel für eine unnötige stationäre Versorgung will ich Ihnen gerne geben: Ein Rheumapatient wird stationär aufgenommen. Es bestehen keine Begleiterkrankungen. Während des zweitägigen Aufenthalts wird ein MRT der Wirbelsäule gemacht. Danach wird der Patient entlassen. Der MDK wird beauftragt, zu prüfen ob der stationäre Aufenthalt notwendig war. Ergebnis: Die MRT-Untersuchung hätte auch ambulant erfolgen können. Eine stationäre Behandlung war nicht notwendig.

Anreize für korrekte Abrechnungen im Krankenhaus schaffen

Zwischen 2014 und 2018 ist die Anzahl der Abrechnungsprüfungen von rund 1,9 Millionen auf 2,6 Millionen angewachsen. Tendenz weiter steigend. Die Medizinischen Dienste haben darauf kontinuierlich mit Personalsteigerungen reagiert. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat der MDK bundesweit in den vergangenen fünf Jahren 109 neue Stellen für ärztliche Gutachterinnen und Gutachter sowie über 200 für zusätzliche unterstützende Kodierkräfte geschaffen.

Bei den Prüfungen stellen wir fest, dass mehr als jede zweite geprüfte Abrechnung falsch ist. Daher beauftragen die Krankenkassen beim MDK immer mehr Abrechnungsprüfungen – auch wenn sie im Falle einer korrekten Rechnung dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zahlen müssen. Unter dem Strich ist klar, dass mehr Prüfungen auch zu mehr Rückerstattungen zugunsten der Krankenversicherung führen.

Es sind Fehlanreize, die dazu führen, dass die Krankenhäuser nicht korrekt abrechnen und der MDK immer mehr Fälle zu prüfen hat. Bei einer überhöhten Rechnung geht das Krankenhaus lediglich das Risiko ein, dass die Rechnung auf den sachlich korrekten Betrag gekürzt wird. Das ist so, als würde man beim Schwarzfahren in der U-Bahn erwischt und müsste dann nur den Ticketpreis von 2,50 Euro bezahlen. Ein solcher Fehlanreiz führt nicht zu mehr verkauften Fahrscheinen, sondern lediglich zu mehr Kontrollen. Bezogen auf die Entwicklung der Krankenhausabrechnungsprüfungen bedeutet das eine zunehmend erlösorientierte Gestaltung der Abrechnungen auf der einen Seite und eine Ausweitung und Intensivierung der Prüfungen auf der anderen Seite.

Das Fallpauschalen-System mag kompliziert sein, aber es kann nicht der Hauptgrund für diese Situation sein. Nach weit über zehn Jahren Erfahrung mit dem DRG-System ist vielmehr davon auszugehen, dass sich einige Anbieter durch erlösorientiertes Up- und Falschcoding Vorteile verschaffen. Das geht zu Lasten der korrekt abrechnenden Häuser, zu Lasten der Solidargemeinschaft und zu Lasten der Patientenversorgung insgesamt. Leistungen, die ambulant erbracht werden können, sollten ambulant erbracht werden und medizinisch nicht notwendige Verweildauern im Krankenhaus vermieden werden.

Um die Dynamik der Abrechnungsprüfungen zu durchbrechen, ist die Politik gefordert. Fehlanreize, die zu Lasten der Patienten gehen und die unnötig hohe Ressourcen verbrauchen, sind zu beseitigen. Es kann nicht sein, dass auf beiden Seiten immer mehr ärztliche Fachkräfte und Kodierkräfte eingesetzt werden: auf Seiten der Leistungserbringer für fragwürdiges Up-Coding und auf Seiten des MDK, um falsche Rechnungen korrigieren zu lassen. Daher fordern die Medizinischen Dienste, dass der Gesetzgeber Anreize für korrektes Abrechnen schafft. Damit würde die Anzahl der Prüfungen reduziert, ein sinnvoller Ressourceneinsatz ermöglicht und die Patientenversorgung verbessert.

Personalverstärkung bei den Medizinischen Diensten

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der MDK vielfältige Begutachtungs- und Prüfaufgaben für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung wahrnimmt. In der sozialmedizinischen Begutachtung wachsen die Aufgaben. Vor diesem Hintergrund haben die MDK in den vergangenen Jahren ihr Personal verstärkt. So ist die Zahl der vom MDK beschäftigten Gutachter insgesamt von 4.630 im Jahr 2014 auf inzwischen 5.713 Gutachter angestiegen.