

**Rede von Lothar Riebsamen MdB zur**  
**zweiten/dritten Lesung des MDK-Reformgesetzes**  
**– TOP 12 am 07.11.2019**

Sehr geehrte Frau Präsidentin / sehr geehrter Herr Präsident,  
sehr verehrte Kolleginnen und Kollegen,

**„zehntausende Klagen im Jahr von Krankenkassen gegen Kliniken wegen so genannter Falschabrechnungen“; „Krankenkassen lehnen massenhaft Leistungen ab“** – mit solchen oder ähnlichen Negativschlagzeilen geraten die Prüfungen des MDK – also des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen – insgesamt unter Beschuss. Und das schon seit Jahren.

Klar ist, dass im Kranken- und Pflegeversicherungssystem in unserem Land, der Markt nur eine eingeschränkte Rolle spielen kann, Qualität dagegen eine herausragende Rolle spielen muss, weil es eben um Patientinnen und Patienten – und um pflegebedürftige Menschen geht.

Es braucht aus diesem Grund eine Instanz auf die alle vertrauen können. Diejenigen die die Leistungen erbringen ebenso wie die diejenigen, die sie in Anspruch nehmen müssen und bezahlen.

Dieses Vertrauen hat gelitten und dies hat im Wesentlichen zwei Gründe:

1. Es handelt sich um den Medizinischen Dienst **der Krankenkassen**. Und zwar exklusiv der Krankenkassen, die natürlich ein Interesse haben – und zwar Geld zu sparen und dabei zu wenig auf die Notwendigkeit von Leistungen zu achten – zumindest wird dies unterstellt.

und

2. ist dies der Abrechnungswahnsinn zwischen den Krankenhäusern und der gesetzlichen Krankenversicherung.

Und genau an diesen zwei wichtigen Punkten setzt dieses neue MD-Reformgesetz an.

Es geht darum, Vertrauen wieder herzustellen!

Der Schlüssel dazu ist, den Medizinischen Dienst rechtlich auf eigene Beine zu stellen. Es soll sich eben nicht mehr um den medizinischen Dienst **der Krankenkassen** handeln, sondern es geht darum, eine unabhängige Instanz zu schaffen. Und dies gelingt mit diesem Gesetz.

Der zweite wichtige Punkt ist es, Ordnung hineinzubringen in die Prüfung der Krankenhausabrechnungen.

Es ist dabei festzustellen – und dies ist auch ein Ergebnis der öffentlichen Anhörung – dass es oft immer wieder dieselben Streitfragen zwischen Krankenhäusern und MDK sind, um die es geht.

Am häufigsten handelt es sich hierbei um die Frage, ob ein Fall überhaupt ins Krankenhaus gehört oder dieser nicht hätte ambulant behandelt werden können. Das Gesetz sieht an dieser Stelle vor, dass

sich Krankenhäuser und Krankenkassen zusammensetzen, um einen noch aussagefähigeren Katalog herzustellen, welche Leistungen ambulant und welche stationär zu erbringen sind. Dies alleine wird jedoch noch nicht reichen. Deswegen wird ein Schiedsausschuss gegründet, der sich mit allen grundsätzlichen Fragen beschäftigt, die immer wieder zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern offen sind. Mit dieser grundsätzlichen Befassung – von Verweildauer bis zur korrekten Kodierung – soll ein erheblicher Teil der Streitfragen ein für alle Mal geklärt werden.

Allein die schiere Menge der Prüfungen führt dazu, dass Ressourcen in den Krankenhäusern aber auch beim Medizinischen Dienst bis hin zu den Sozialgerichten in nicht mehr vertretbarer Weise gebunden werden. Deswegen kommt es darauf an, Prüfquoten zielgenauer festzulegen. Zielgenau heißt, dass diejenigen Krankenhäuser, die weniger auffällig sind, ab dem Jahr 2021 deutlich weniger geprüft werden, nämlich nur noch bis zu fünf Prozent der Fälle pro Quartal; bis zu einer Spannweite von 15 Prozent der Fälle in den Krankenhäusern, die besonders auffällig sind. Grundlage wird das Jahr 2020 sein, in dem pro Quartal bis zu 12,5 Prozent der Fälle geprüft werden können. Dies bedeutet unter dem Strich eine Reduzierung der Prüfquote bei größerer Zielgenauigkeit. Auch Verrechnungen bei umstrittenen Abrechnungen können nur noch dann vorgenommen werden, wenn der Fall rechtlich geklärt ist.

Ein wichtiger anderer Punkt der im Gesetz geregelt ist betrifft nicht den Medizinischen Dienst sondern es geht hierbei um eine Verbesserung gegenüber dem Pflegepersonalstärkungsgesetz. Dort haben wir geregelt, dass Krankenhäuser für pflegeentlastende Maßnahmen drei Prozent des Pflegebudgets zusätzlich einsetzen können, um die Pflege zu entlasten. Mit diesem Gesetz erhöhen wir diesen Betrag auf vier Prozent des Pflegebudgets. Gerade in einer Zeit, in der Pflegepersonal ein extrem knappes Gut ist, muss es darum gehen, Pflege zu entlasten und mehr Innovation und Effizienz zu generieren.

Auch hiermit macht das Gesetz einen wichtigen Schritt hin zu einer zukunftsfähigen Pflege in unseren Krankenhäusern.

Wir beschließen heute ein Gesetz, das nicht nur die Grundsätze der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung und der Leistungserbringer berührt, sondern wir beschließen ein Gesetz, das dieses System, das eines der besten in der Welt ist, noch besser macht. Aus diesem Grund danke ich Minister Spahn, aber auch allen Kolleginnen und Kollegen – auch der SPD-Fraktion – die konstruktiv an diesem Gesetz gearbeitet haben. **Es handelt sich um eine gute und beachtliche Weiterentwicklung für die Patientinnen und Patienten in unserem Land!**

**Danke**