Gesundheitspolitische Nachrichten aus der Hauptstadt
Berlin kompakt
Nr. 14 // 14. November 2019

Bundesregierung plant Entlastung für Betriebsrentner

Gesetz zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge

11.11.2019
Kabinettsentwurf

18.11.2019
Kabinettsbeschluss

01.01.2020
Inkrafttreten

Empfänger von Betriebsrenten sollen bei den Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung finanziell entlastet werden. Dazu wird ab 01.01.2020 ein Freibetrag in Höhe von 159,20 Euro festgesetzt, der jährlich dynamisiert wird. Darauf einigten sich die Partner der Großen Koalition im Koalitionsausschuss am 10.11.2019. Die Einigung kam nach einer mehrere Jahre andauernden Diskussion. Neben der Entlastung bei der betrieblichen Altersvorsorge hat der Koalitionsausschuss weitere Beschlüsse gefasst, darunter eine Einigung über die Einführung einer Grundrente.

Mittlerweile liegt ein Gesetzentwurf zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge vor, der bereits in der kommenden Woche im Bundeskabinett verabschiedet werden soll. Ziel der Neuregelung sei die Stärkung der betrieblichen Altersvorsorge, so der Gesetzentwurf.

Aktuell besteht eine Freigrenze für Krankenversicherungsbeiträge auf Leistungen der betrieblichen Altersversorgung. Wer Bezüge aus der betrieblichen Altersvorsorge unterhalb der Freigrenze erhält, muss erst ab Überschreiten dieser Grenze Beiträge zur Krankenversicherung auf die gesamten Einkünfte zahlen. Zukünftig gilt hingegen für Ruheständler, dass Beiträge generell erst auf Bezüge oberhalb des neuen Freibetrags von 159,20 Euro anfallen.

Die Bundesregierung rechnet damit, dass aufgrund der Neuregelung bis zu 60 Prozent der Betriebsrentner nur noch den halben Beitragssatz zahlen werden, weitere 40 Prozent würden spürbar entlastet. Die Mindereinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beziffert der Gesetzentwurf auf 1,2 Mrd. Euro jährlich, sie sollen in 2020 vollständig und von 2021 bis 2023 teilweise aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds kompensiert werden.

Mit dem Gesetz soll gleichzeitig die Mindestreserve des Gesundheitsfonds von 25 auf 20 Prozent der durchschnittlich auf einen Monat entfallenden Ausgaben des Gesundheitsfonds abgesenkt werden.

Zum Download
Kabinettsentwurf

Die Einführung eines Freibetrags für Krankenversicherungsbeiträge auf Leistungen der betrieblichen Altersvorsorge trägt zur finanziellen Entlastung von Rentnern bei. Die Krankenkassen werden durch die Neuregelung – vor allem nach Auslaufen der Kompensation aus der Liquiditätsreserve – mit erheblichen Mehrausgaben belastet. Im Hinblick auf konjunkturelle Risiken ist eine Reduzierung der Mindestreserve des Gesundheitsfonds von 25 auf 20 Prozent einer Monatsausgabe kritisch zu bewerten.

MDK-Reformgesetz vom Bundestag verabschiedet

Am 07.11.2019 hat der Deutsche Bundestag in 2./3. Lesung das „Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen" (MDK-Reformgesetz) verabschiedet. Mit dem Gesetzesvorhaben, das bereits zum 01.01.2020 in Kraft treten soll, wird der Medizinische Dienst der Krankenversicherung organisatorisch von den Krankenkassen gelöst und als unabhängige Körperschaft des öffentlichen Rechts ausgestaltet. Daneben wird die Prüfung von Krankenhausabrechnungen einheitlicher und transparenter gestaltet. Ziel ist dabei, strittige Kodier- und Abrechnungsfälle systematisch zu vermindern.

Kurz vor der abschließenden Lesung im Bundestag wurden noch zahlreiche Änderungen im Gesetz verankert. Die wichtigsten Regelungen im Einzelnen:

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

MDK-Reformgesetz

07.11.2019
2./3. Lesung Bundestag

29.11.2019
2. Durchgang Bundesrat

01.01.2020
Inkrafttreten

Prüfquote für Krankenhausabrechnungsprüfungen

Ab dem Jahr 2020 werden die Krankenhausabrechnungsprüfungen der Krankenkassen begrenzt, jedoch nicht in so großem Umfang wie zuvor im Gesetzentwurf geplant. Die bislang für das Jahr 2020 vorgesehene maximal zulässige Prüfquote wurde von 10 Prozent auf 12,5 Prozent erhöht. Es bleibt aber dabei, dass ab dem darauffolgenden Jahr krankenhausindividuelle Prüfquoten für die Krankenkassen eingeführt werden, welche sich an der Abrechnungsqualität der einzelnen Krankenhäuser orientieren sollen.
Daneben wird die Frist, innerhalb derer die Krankenkassen nach Eingang einer Rechnung entscheiden können, ob sie den Medizinischen Dienst mit einer Prüfung der Rechnung beauftragen, von drei auf vier Monate verlängert.

Dass die Prüfquote für das kommende Jahr im Gesetzgebungsverfahren moderat erhöht wurde, ist gut, reicht jedoch nicht aus. Die Begrenzung der Prüftätigkeit wird zu deutlichen finanziellen Einbußen bei den Krankenkassen führen.
Die Fristverlängerung für die Prüfungseinleitung ist sachgerecht und ermöglicht den Kassen nunmehr, alle im Quartal eingehenden Rechnungen komplett zu betrachten.

Zum Download
Beschlussempfehlung und Bericht

Sanktionen bei Falschabrechnungen für Krankenhäuser

Weitere Änderungen am Gesetz bewirken, dass für Krankenhäuser bereits ab dem Jahr 2020 eine Aufschlagszahlung in Höhe von zehn Prozent des Differenzbetrages, mindestens jedoch 300 Euro pro Fall fällig wird, wenn der Medizinische Dienst eine Abrechnung beanstandet. Bislang sind lediglich die Krankenkassen verpflichtet, eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten, wenn die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt.

Mit den Neuregelungen zu Aufschlagszahlungen werden Krankenhäuser erstmals für fehlerhafte Krankenhausabrechnungen sanktioniert. Damit wird in Zukunft ein deutlich stärkerer Anreiz für die Krankenhäuser als bisher gesetzt, korrekte Rechnungen zu stellen.

Neubesetzung der Verwaltungsräte der Medizinischen Dienste

In den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste (MD) werden künftig auch Vertreter der Patienten, der Pflegebedürftigen, der Verbraucher, der Ärzteschaft und der Pflegeberufe vertreten sein.
Das ursprünglich geplante Unvereinbarkeitsgebot, das die gleichzeitige Mitgliedschaft im Verwaltungsrat einer Kasse und eines MD ausschließen sollte, wurde aufgehoben. Stattdessen können in Zukunft nur Personen in den Verwaltungsrat eines Medizinischen Dienstes gewählt werden, die nicht mehr als ein anderes Ehrenamt in einem Verwaltungsrat, einer Vertreterversammlung oder einem sonstigen Selbstverwaltungsorgan eines Versicherungsträgers, eines Verbandes der Versicherungsträger oder eines anderen Medizinischen Dienstes innehaben.
Daneben wird die Amtszeit im Verwaltungsrat der MD auf maximal zwei Wahlperioden beschränkt. Hauptamtliche Mitarbeiter einer Krankenkasse sind nicht mehr wählbar. Für den Verwaltungsrat des MD Bund gelten die Regelungen analog, mit der Einschränkung, dass ein Mitglied des Verwaltungsrats des GKV-Spitzenverbands (GKV-SV) nicht gewählt werden darf.
Die Finanzierung der MD erfolgt auch weiterhin per Umlage durch die Krankenkassen. Die gesetzlichen Aufträge des MD bleiben weiterhin bestehen.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Eine grundlegende Neuorganisation der Verwaltungsräte der MD ist nicht erforderlich. Die Vertretung der Interessen der Patienten sowie der Versicherten sollte uneingeschränkt durch die in der Sozialwahl legitimierten Mitglieder der sozialen Selbstverwaltung fortgeführt werden. Es ist positiv, dass im Gesetzgebungsverfahren das Unvereinbarkeitsgebot gestrichen wurde. Die Einschränkungen für die Wählbarkeit stellen jedoch eine Herausforderung für die zukünftige Besetzung der Medizinischen Dienste dar.

Bundestag beschließt DVG

Digitale-Versorgung-Gesetz

07.11.2019
2./3. Lesung Bundestag

29.11.2019
2. Durchgang Bundesrat

01.01.2020
Inkrafttreten

Der Deutsche Bundestag hat am 07.11.2019 das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) in 2./3. Lesung verabschiedet. Die noch im Referentenentwurf geplanten Regelungen zur Ausgestaltung der elektronischen Patientenakte (ePA) wurden vom DVG abgetrennt und werden in ein weiteres Digitalgesetz aufgenommen. Ein „DVG II" könnte bereits in den nächsten Wochen im Bundeskabinett verabschiedet werden.

Pseudonymisierte Datenlieferung an Datensammelstelle

Nach der Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages (wir berichteten in Berlin kompakt Nr. 13/2019) hat das DVG auf der Zielgeraden noch einige Änderungen erfahren. Besonders in der Kritik stand die Regelung zur Lieferung von Versichertendaten an eine neue Datensammelstelle. Das DVG sieht dazu vor, dass die Daten aller gesetzlich Versicherten für Forschungszwecke zur Verfügung gestellt werden sollen. Dafür müssen die Krankenkassen in Zukunft die Abrechnungsdaten ihrer Versicherten an den GKV-Spitzenverband übersenden. Durch einen Änderungsantrag wurde nun geregelt, dass die Kosten- und Leistungsdaten der Versicherten zukünftig nur mit einem sogenannten Lieferpseudonym an die Datensammelstelle versendet werden dürfen. Die Pseudonymisierung erfolgt vor dem Versand der Daten durch die Krankenkassen selbst.

Zum Download
Beschlussempfehlung und Bericht

Besonders wichtig ist das Vertrauen der Versicherten in den Schutz ihrer personenbezogenen Informationen und die Gewähr der Datensicherheit. Daher ist die Pseudonymisierung der Daten vor dem Versand an die Datensammelstelle notwendig.

Veränderte Regelungen zum Einsatz digitaler Gesundheitsanwendungen

Mit weiteren Änderungsanträgen wurden die Regelungen zu den digitalen Gesundheitsanwendungen weiter konkretisiert und verändert. Danach sollen nicht nur Ärzte, sondern auch Psychotherapeuten digitale Gesundheitsanwendungen verordnen dürfen.
Den Krankenkassen wird vorgegeben, digitale Gesundheitsanwendungen für die Versicherten nur bei Nachweis einer entsprechenden medizinischen Indikation genehmigen zu dürfen.
Auch die geplante Regelung zur Vergütung digitaler Gesundheitsanwendungen im ersten Jahr nach Freigabe durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wurde verändert. Die Höhe der Vergütung wird nun davon abhängen, ob der Nachweis positiver Versorgungseffekte bereits von Anfang an oder erst innerhalb des ersten Jahres erbracht wird. Liegt noch kein Nachweis über die Versorgungseffekte für in der Erprobung befindliche digitale Gesundheitsanwendungen vor, sind Vergütungsabschläge vorgesehen.

Die Konkretisierungen über den Einsatz und die Vergütung digitaler Gesundheitsanwendungen sind nachvollziehbar. Als Anreiz für nutzenstiftende digitale Anwendungen sollten die Vergütungsabschläge bei nicht nachgewiesenen positiven Versorgungseffekten eine relevante Höhe haben.

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik

Länder setzen Akzente für eine sektorenübergreifende Versorgung

Auf Länderebene gibt es eine Vielzahl von Initiativen, die Sektoren in der Gesundheitsversorgung zu überwinden und die Kooperation der Gesundheitsberufe zu fördern. Zwei aktuelle Beispiele aus Baden-Württemberg und Brandenburg zeigen, welche Initiativen die Landesregierungen ergreifen, um die Versorgung in der Region neu auszurichten.

Förderung sektorenübergreifender Versorgungsformen in Brandenburg

Nach den Wahlen in Brandenburg setzen SPD, CDU und Bündnis 90/Die Grünen in ihrem Koalitionsvertrag vom 25.10.2019 auf eine stärkere Vernetzung in der Gesundheitsversorgung. So will die Koalition eine integrierte Versorgungsplanung für ambulante und stationäre Leistungen entwickeln und systematisch sektorenübergreifende Versorgungsformen fördern. Besonders in ländlichen Regionen soll eine starke Zusammenarbeit zwischen Hochschulen, Krankenhäusern und ambulanten Strukturen wie zum Beispiel Apotheken, Pflegediensten, Medizinern und Therapeuten entstehen.

Stärkere Vernetzung der Versorgung in Baden-Württemberg

Das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg hat gemeinsam mit Partnern des Gesundheitswesens im Land eine Zielvereinbarung getroffen, um die Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg „zukunftsfest" zu machen. Wesentliche Ziele der Initiative „Gesund in BW" sind die Etablierung einer schnittstellen- und bürokratieärmeren Gesundheitsversorgung sowie eine stärkere Vernetzung der Versorgungsstrukturen. In „Lokalen Gesundheitszentren" oder medizinischen Versorgungsverbünden sollen ärztliche und nichtärztliche Bereiche koordiniert werden. Patienten sollen eine umfassende Versorgung aus einer Hand erhalten, indem präventive, kurative, medizinisch-pflegerische und rehabilitative Bestandteile der Versorgung miteinander verbunden werden.
Die Unterzeichner des Papiers verständigten sich auf die Einrichtung einer Arbeitsgruppe mit dem Ziel, sektorenübergreifende Modellprojekte zu entwickeln und umzusetzen. Vom Bundesgesetzgeber wird dabei erwartet, die notwendigen Anpassungen vorzunehmen, die zu einer rechtskonformen Umsetzung von Modellprojekten notwendig sind. Die Arbeitsgruppe behält sich vor, eigene gesetzgeberische Vorschläge für die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung zu unterbreiten. Dabei geht es auch um die Finanzierung der Versorgung.

Die Initiativen in Brandenburg und Baden-Württemberg zur Erprobung sektorenübergreifender Versorgung auf regionaler Ebene ist ein wesentlicher Schritt zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Sie wird allerdings nur dann gelingen, wenn der Bundesgesetzgeber die Rahmenbedingungen dafür schafft, dass sowohl die Versorgungsplanung als auch die Leistungsvergütung über die Sektoren hinweg ermöglicht werden.

Termine Gesetzgebung

Zum Download
Tabelle Gesetzgebung

BARMER
Abteilung Politik, Ruth Rumke (V.i.S.d.P.)
politik@barmer.de, Tel. 030-23 00 22-012
www.barmer.de/politik