

Modulare Vergütung für die sektorenübergreifende Versorgung

Bereits in der vergangenen Legislaturperiode hat der Gesetzgeber einen ersten Schritt unternommen, um die medizinische Versorgung über die Sektorengrenzen hinweg zu organisieren. Im Rahmen des MDK-Reformgesetzes beauftragte er die gemeinsame Selbstverwaltung, auf Grundlage eines Gutachtens den Katalog ambulant durchführbarer, sonstiger stationärsersetzender Eingriffe und stationärsersetzender Behandlungen (AOP-Katalog) anzupassen und zu erweitern sowie eine einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu vereinbaren.

Mittlerweile liegt das IGES-Gutachten als Grundlage für die Überarbeitung und Erweiterung des AOP-Katalogs vor. Das Gutachten empfiehlt eine substanzielle Weiterentwicklung der ambulant erbringbaren Leistungen und geht über eine bloße Anpassung hinaus. Im AOP-Gutachten werden 2.476 zusätzliche Leistungen für die Übernahme in den Katalog vorgeschlagen, das sind 86 Prozent mehr als bisher. Davon sind 1.482 Operationen, 546 Diagnostik, 276 nicht operative therapeutische Maßnahmen und 164 OPS* für bildgebende Diagnostik. Die Gutachter empfehlen eine stufenweise Erweiterung des AOP-Katalogs und eine Umsetzung im Sinne eines „lernenden Systems“. GKV-Spitzenverband, Kassenärztliche Vereinigung und Deutsche Krankenhausgesellschaft müssen nun gemeinsam vereinbaren, welche Leistungen in einem ersten Schritt neu in den AOP-Katalog aufgenommen werden.

*Operationen- und Prozedurenschlüssel

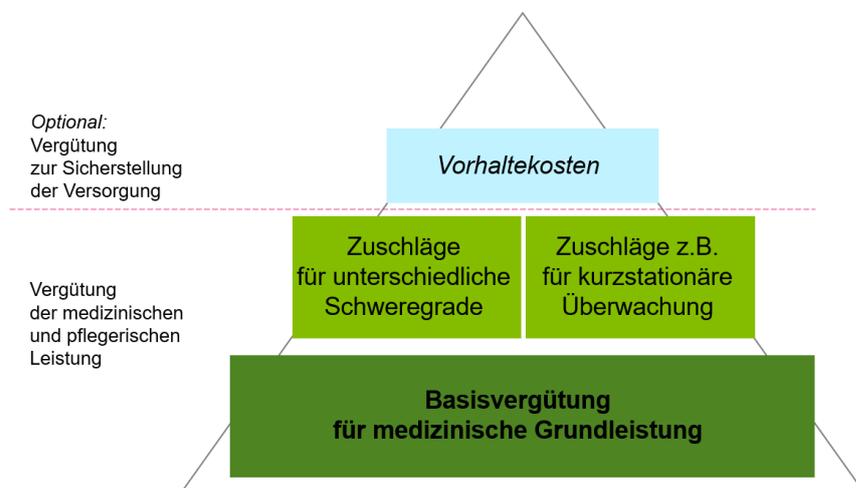
BARMER fordert modulares Vergütungssystem

Ein konkreter Vorschlag für eine sektorenübergreifende Vergütung steht noch aus. In ihrem Koalitionsvertrag haben die Ampel-Parteien sich darauf verständigt, eine sektorengleiche Vergütung umzusetzen, um die Ambulantisierung bislang „unnötig stationär erbrachter“ Leistungen zu fördern. Dabei ist die Rede von sogenannten „Hybrid-DRG“. Die BARMER schlägt hingegen ein modulares Vergütungssystem zur Abrechnung sektorenübergreifender Leistungen vor. Ärzte und Krankenhäuser sollen die gleiche Abrechnungsmöglichkeit bekommen, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung. Wichtig ist dabei, dass die Preise auf Basis valider Kostendaten kalkuliert werden, sie müssen sich an den tatsächlichen Kosten des vertragsärztlichen Bereichs auf der einen Seite und des Krankenhausbereichs auf der anderen Seite orientieren.

Zum Download

BARMER-Vorschlag für ein modulares Vergütungssystem

Modulares Vergütungssystem für sektorenübergreifende Leistungen



Das modulare Vergütungssystem besteht aus einer Basisvergütung für die jeweiligen medizinischen Leistungen, die durch weitere Vergütungsbestandteile ergänzt wird. Dies sind zum Beispiel Zuschläge für unterschiedliche Schweregrade der Behandlung oder eine kurzstationäre Beobachtung von Patientinnen und Patienten.

Ein weiteres Modul deckt die Vorhaltekosten ab: Dies ist wichtig für den Aufbau von neuen, sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen wie regionalen Versorgungszentren, bei denen die Finanzierung von Vorhaltekosten ein wichtiger Bestandteil zur finanziellen Sicherung der wohnortnahen Versorgung ist. Mit der Ausgestaltung der Vergütungshöhe können gezielte Anreize für die Ambulantisierung von Leistungen gesetzt werden. Orientiert an der Versorgungsstufe im akutstationären Bereich werden differenzierte Vorhaltekosten-Pauschalen errechnet.

➔ **Eine konsequente Ambulantisierung bislang stationär erbrachter Leistungen ist nicht nur aufgrund des medizinischen und technischen Fortschritts möglich, sie ist auch vor dem Hintergrund des Mangels an qualifiziertem Personal und begrenzter finanzieller Mittel geboten. Angesichts der schwierigen gesellschaftlichen und finanziellen Herausforderungen muss es gelingen, die knappen Ressourcen im Gesundheitswesen zum größtmöglichen Nutzen der Patientinnen und Patienten einzusetzen.**

Der aktualisierte AOP-Katalog wird eine wichtige Grundlage für die weitere Ambulantisierung bisher stationär erbrachter Leistungen sein. Der erweiterte AOP-Katalog kann auch wichtige Erkenntnisse für die Bestimmung sektorenübergreifender Leistungen und damit für die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung liefern.

Der im Koalitionsvertrag genannte Begriff einer "Hybrid-DRG" ist nicht eindeutig definiert und suggeriert einen Mixpreis aus ambulanter und stationärer Vergütung. Notwendig ist jedoch eine differenzierte Vergütung, die auf Basis valider Kostendaten kalkuliert wird. Dafür bietet sich ein modulares Vergütungssystem an.

Corona-Sonderregelungen in der Psychotherapie entfallen

Am 31.03.2022 ist die zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband vereinbarte pandemiebedingte Sonderregelung ausgelaufen, wonach sowohl psychotherapeutische Sprechstunden als auch die probatorischen Sitzungen per Video durchgeführt werden konnten. Darüber hinaus gilt nun auch wieder eine Begrenzung der Videosprechstunden bezogen auf die Behandlungsfälle pro Quartal. Diese Begrenzung war während der Corona-Sonderregelungen vollständig ausgesetzt worden.

Ziel dieser Regelungen war es, die psychotherapeutische Versorgung der Patientinnen und Patienten während der Pandemie trotz Kontaktbeschränkungen aufrechtzuerhalten und das Infektionsrisiko durch den persönlichen Kontakt in der Praxis zu reduzieren. Somit konnte die psychotherapeutische Behandlung von Beginn an und ohne Beschränkung im Umfang im Videosetting durchgeführt werden.

Regelungen für die psychotherapeutische Behandlung ab April 2022

Mit dem Auslaufen der Corona-Sonderregelungen seit April 2022 ist der persönliche Kontakt zwischen Patientin oder Patient und Therapeutin oder Therapeut am Beginn einer Psychotherapie wieder zwingend erforderlich. Auch die Durchführung von Psychotherapie im Videosetting wird im Umfang wieder begrenzt (auf zurzeit 30 Prozent der Behandlungsfälle).

Psychotherapeutische Leistungen dürfen erneut nur dann über Videokonferenzen erbracht werden, wenn zuvor ein persönlicher Erstkontakt mit der behandelnden Psychotherapeutin beziehungsweise dem behandelnden Psychotherapeuten erfolgt ist. Dazu gehören die psychotherapeutische Sprechstunde sowie die probatorischen Sitzungen. Psychotherapeuten und Patienten müssen sich grundsätzlich in örtlicher Nähe zueinander befinden. Ein Blick auf die Zahlen zeigt, dass die Videosprechstunde von BARMER-Versicherten während der Pandemie stark in Anspruch genommen wurde: Während im vierten Quartal 2019, also vor der Pandemie, lediglich zehn Versicherte eine Videosprechstunde im Rahmen einer Psychotherapie in Anspruch nahmen, lag die Anzahl der Versicherten im ersten Quartal 2020 bereits im fünfstelligen Bereich – Tendenz steigend.

➤ **Die Rückkehr zu den ursprünglichen Regelungen für die Psychotherapie konterkariert den flexiblen Einsatz der Videosprechstunde und das Vorhaben der Bundesregierung, telemedizinische Leistungen regelhaft zu ermöglichen.**

Um die Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten sicherzustellen und flächendeckend mehr Flexibilität bei der Inanspruchnahme von Therapieplätzen zu ermöglichen, ist es erforderlich, dass eine Psychotherapie auch künftig von Beginn an und ohne Beschränkung im Videosetting durchgeführt werden kann. Voraussetzung ist, dass Therapeuten im individuellen Fall keine Bedenken bezüglich der Behandlungssicherheit und -qualität haben und ihre Patienten entsprechend ihrer Sorgfaltspflichten aufklären. So kann deutschlandweit eine überregionale, patientenzentrierte Versorgung ohne örtliche Einschränkung ermöglicht werden.

Pandemiekosten-Erstattungsverordnung

01.04.2022

Inkrafttreten

11.03.2022

Zustimmung Bundesrat

23.02.2022

Referentenentwurf

Zum Download

Pandemiekosten-Erstattungsverordnung

* Verlängert mit der Dritten Verordnung zur Verlängerung von Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der pflegerischen Versorgung während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Pandemie

Pflegeversicherung erhält Pandemieausgleich für 2022

Die soziale Pflegeversicherung (SPV) erhält als Ausgleich für ihre pandemiebedingten Ausgaben einen ergänzenden Bundeszuschuss für das Jahr 2022. Am 01.04.2022 trat dazu die Verordnung zur Erstattung pandemiebedingter Kosten der sozialen Pflegeversicherung durch Bundesmittel (Pandemiekosten-Erstattungsverordnung) in Kraft.

In der Verordnung ist geregelt, dass der Bund dem Ausgleichsfonds der SPV im April 2022 finanzielle Mittel in Höhe von 1,2 Milliarden Euro zur Verfügung stellt. Laut Verordnungsbegründung sind Bundesmitteln für die SPV zur Liquiditätssicherung der Pflegekassen notwendig. Um den Beitragssatz zur SPV im Jahr 2022 konstant zu halten, seien aber im weiteren Jahresverlauf weitere Finanzierungsinstrumente erforderlich.

Der bis zum Jahresende 2022 befristete Pandemieausgleich wird unabhängig vom Bundeszuschuss in Höhe von einer Milliarde Euro pro Jahr gezahlt, den die SPV seit dem 01.01.2022 regelhaft erhält.

GKV-SV sieht höheren Finanzbedarf für die Pflegeversicherung

Für die Sicherung der pflegerischen Versorgung hat die Pflegeversicherung seit Beginn der Corona-Pandemie im Jahr 2020 umfassende Mittel in Milliardenhöhe bereitgestellt. Der Rettungsschirm für die Pflegeeinrichtungen wurde mehrmals verlängert und läuft nach aktueller Gesetzeslage* zum 30.06.2022 aus.

Der GKV-Spitzenverband sieht in diesem Zusammenhang jedoch einen weitaus höheren Finanzbedarf für die SPV. Er erwartet in seiner Stellungnahme zur Pandemiekosten-Erstattungsverordnung eine Gesamtmehrbelastung von 5,2 Milliarden Euro seit Beginn der

Pandemie. Diese setzt sich zusammen durch die 2020 und 2021 nicht refinanzierten, pandemiebedingten Mehrausgaben von ca. 3,6 Milliarden Euro und die für das laufende Jahr geschätzte weitere Belastung von 1,6 Milliarden Euro.

- **Der Bundeszuschuss zur sozialen Pflegeversicherung ist notwendig, er reicht für die Erstattung der Pandemiekosten aber bei Weitem nicht aus. Erhält die SPV im laufenden Jahr keine weiteren zusätzlichen Steuermittel, würde eine weitere Anhebung des Beitragssatzes zur Pflegeversicherung notwendig.**

[Zum Download](#)

Tabelle Gesetzgebung

Termine laufender Gesetzgebungsverfahren