

The background of the entire page is a photograph of a surgeon in an operating room. The surgeon is wearing a blue surgical cap, glasses, and a blue surgical mask. He is looking down, and his face is illuminated by three surgical lamps attached to his glasses. The lighting is focused on his face, with the rest of the room being dimly lit.

## Konzept

---

Struktur und Vergütung  
ärztlich intersektoraler  
Leistungen

---

# Ausgangslage

Die Medizin und damit die Versorgung kranker Menschen sind einem ständigen Wandel durch Fortschritt und Innovation unterlegen. Der medizinische Fortschritt hat es möglich gemacht, immer mehr Behandlungen sowohl ambulant, als auch stationär zu erbringen, sodass die Sektorengrenze nicht mehr eindeutig definiert werden kann.

Nach dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung ist deshalb eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingerichtet worden, die sich mit der Neuordnung der Sektorengrenze ambulant/stationär beschäftigt. Das dort erstellte Arbeitspapier der Länder ist Grundlage der Diskussion im SpiFa. Die Analyse des Arbeitspapiers verknüpft mit den Erfahrungen aus dreiseitigen Verträgen, insbesondere aus § 115b, den Institutsregelungen sowie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung geben Anlass, einen Vorschlag für die zukünftige Struktur und Vergütung intersektoraler Leistungen zu erstellen:

- Die gesetzlichen, strukturellen und bürokratischen Hürden werden mit dem untenstehenden Vorschlag beseitigt, wobei mit der Verschlan-  
kung des vierten Abschnittes des vierten Kapitels des SGB V eine Verbesserung der Patientenversorgung einhergeht.
- Die Einhaltung der Struktur- und Qualitätsanforderungen vorausgesetzt, ist die Augenhöhe zwischen qualifizierten niedergelassenen Fachärzten und Krankenhäusern gewahrt.
- Eine durch Versorgungsbedarfe charakterisierte gemeinsame Planungssteuerung garantiert die Sicherstellung mit intersektoralen Leistungen.

Das Konzept versteht sich als zielführende Ergänzung des Eckpunktepapiers, indem es insbesondere die fehlenden Regelungen zur Vergütung, Qualität und Zulassung betont.



# Eckpunkte

1. Mit Hilfe der §§ 115 bis 122 im SGB V sollte bisher die Sektorengrenze ambulant/stationär durchlässiger gemacht werden. Aus verschiedenen Gründen sind all diese Vorgaben mehr oder weniger gescheitert. Es wird der Versuch unternommen, diese Regelungen unter § 115 neu mit der Überschrift „Intersektorale Leistungen“ zusammenzufassen.

**Eine intersektorale Leistung wird definiert, wenn sie seither nach den §§ 115, 115 a, 115 b, 115 c, 115 d, 116, 116 a, 116 b, 118, 118 a, 119 c, 120, 121 und 122 abgewickelt wurde.**

Zusätzlich sollen alle Krankheiten, die im G-DRG-System mit einer mittleren Verweildauer von weniger als vier Krankenhaustagen aufgeführt sind, auch alternativ intersektoral erbracht werden können. Die Leistung wird auf eine Behandlungsdauer von 4 Wochen entsprechend der DRG-Regelung begrenzt.

2. Das Prinzip ambulant vor stationär wird konsequent dadurch umgesetzt, dass die Erkrankungen zunächst grundsätzlich ambulant behandelt werden müssen. Eine stationäre Behandlung erfordert eine medizinische Begründung entsprechend der allgemeinen Tatbestände, wie sie aus dem jetzigen Katalog nach § 115b bekannt sind. Überprüft wird der Vorgang vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

3. Entsprechend der seitherigen stationären Behandlung gilt für die intersektorale Leistung der Verbotsvorbehalt. Damit wird gesichert, dass die Verschiebung von stationär nach ambulant wegen fehlender Abrechnungsziffern im EBM nicht behindert wird.

4. Der Katalog wird vom G-BA ständig überprüft und bei Bedarf erweitert; dies gilt auch für die Umsetzung und Qualitätsvorgaben aus der stationären Versorgungsebene. Der Katalog wird über Erkrankungen entsprechend dem DRG-System und nicht über Leistungen definiert.

5. Der Krankheitsbezug der intersektoralen Leistung macht es erforderlich, dass mehrere Fachgebiete zusammenarbeiten. Zugelassene

Kooperationen sind deshalb eine Voraussetzung zur Erbringung intersektoraler Leistungen. Dabei ist an Praxisnetze, an Berufsausübungsgemeinschaften mit einer gemeinsamen Betriebsstätte, an Medizinische Versorgungszentren, Praxiskliniken und seitherige Belegabteilungen gedacht. Eine vertragliche Regelung zur Kooperation mit stationären Einrichtungen ist als „back up“ erforderlich. Die Vergütung erfolgt entsprechend dem DRG-System an die Leistungserbringer, die die Verteilung des Honorars untereinander regeln müssen.

6. Die Vergütung übernimmt unmittelbar die Krankenkasse an den Leistungserbringer. Sie wird zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach einer einheitlichen Kalkulationssystematik vereinbart. In der Übergangsphase bis zur endgültigen Vergütungsregelung wird die intersektorale Leistungserbringung mit 90 % und bei belegärztlicher Leistungserbringung mit 95 % der seitherigen G-DRG der Hauptabteilung vergütet.

7. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung muss bei der vertragsärztlichen Versorgung bereinigt werden.

8. In der intersektoralen Vergütung können für die ambulante Leistungserbringung, wie auch bisher geregelt, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel den Krankenkassen gesondert in Rechnung gestellt werden.

9. Der Landesausschuss prüft gemäß § 90 SGB V und legt fest, ob gemäß § 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie von den Verhältniszahlen mit Begründung im Sinne des § 12 Absatz 3 Ärzte-ZV abgewichen werden muss, wenn und soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung mit intersektoralen Leistungen notwendig ist. Das Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden für die Krankenhausplanung ist notwendig, um den Landesbettenbedarfsplan entsprechend anzupassen. Intersektorale Leistungen werden der Versorgungsebene der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet.

# Gesetzlicher Rahmen

## Unsere Forderungen:

### 1. Neubenennung und Neuordnung des vierten Kapitels, vierter Abschnitt des SGB V:

Vierter Abschnitt: Beziehungen zu Krankenhäusern und Vertragsärzten, Intersektorale Leistungen, Integrierte Notfallzentren.

2. Streichen der §§ 115, 115a, 115b, 115c, 115d, 116, 116a, 116b, 118, 118a, 119c, 120, 121, 122. (Streichung erfolgt ab dem Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens von Ziffer 3. (§ 115 neu).

### 3. Neufassung des § 115.

## § 115 - Intersektorale Leistungen

(1) Die intersektorale fachärztliche Versorgung umfasst die ambulant oder belegärztlich erbringbare Behandlung und Diagnostik von Krankheiten, die nur bei Vorliegen allgemeiner Tatbestände stationär erbracht werden können. Hierzu gehören nach Maßgabe von Absatz 3 insbesondere:

1. Alle Leistungen, die bisher für die Krankheitsversorgung in den §§ 115, 115a, 115b, 115c, 115d, 116a, 116b, 118, 118a, 119c, 120, 121, 122 geregelt sind und
2. Alle Krankheiten, die im G-DRG - System eine mittlere Verweildauer von weniger als 4 Krankenhaustagen haben,

wenn die Behandlung für diese Erkrankung mit diesen Leistungen innerhalb von vier Wochen voraussichtlich erfolgreich abgeschlossen ist.

Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen eine vollstationäre Durchführung der in der Regel intersektoral durchzuführenden Leistungen erforderlich ist, sind der Anlage 2 zu den gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c Absatz 4 Satz 9 KHG (mit Ausnahme des Kriteriums C) zu entnehmen. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der intersektoralen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(2) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und nach § 108 zugelassene Krankenhäuser sind berechtigt, intersektorale Leistungen nach Absatz 1 zu erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllen. Hierzu bedarf es einer Mitteilung an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss (§ 96).

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt ergänzend nach In-Kraft-Treten in einer Richtlinie bis zum [Datum zu ergänzen] das Nähere zur Versorgung nach Absatz 1. Er konkretisiert die Erkrankungen für Absatz 1, Nr. 1. und 2. nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen und bestimmt den Behandlungsumfang innerhalb der genannten Behandlungsdauer von vier Wochen. In der Richtlinie sind die Qualitätsvoraussetzungen nach § 135 Absatz 2 sowie die Richtlinien und Beschlüsse nach § 92 Absatz 1 Satz 2 und den §§ 136 bis 136b zu berücksichtigen. Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt den Katalog nach Absatz 1 auf Antrag eines Unparteiischen nach § 91 Absatz 2 Satz 1, einer Trägerorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses oder der für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter



Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen nach § 140f. Zudem hat der Gemeinsame Bundesausschuss für die Versorgung nach Absatz 1 in der Richtlinie nach Satz 1 eine Regelung zu treffen, dass an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer intersektorale Leistungen nur in einem anerkannten Praxisnetz gemäß § 87 Absatz 4, in einer geeigneten (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft mit einer gemeinsamen Betriebsstätte, in einem medizinischen Versorgungszentrum, Praxisklinik gemäß § 122 oder in einer Belegabteilung erbringen können. Des Weiteren hat er Regelungen zu Vereinbarungen zu treffen, die eine Kooperation zwischen den beteiligten Leistungserbringern nach Absatz 2 vorsehen. Das Krankenhaus kann für die intersektorale (auch belegärztliche) Leistungserbringung auch ausdrücklich niedergelassene Vertragsärzte beauftragen. Der Landesausschuss gemäß § 90 prüft und legt fest, ob gemäß § 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie von den Verhältniszahlen mit Begründung im Sinne des § 12 Absatz 3 Ärzte-ZV abgewichen werden muss, wenn und soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung mit intersektoralen Leistungen notwendig ist. Das Einvernehmen mit den zuständigen Landesbehörden für die Krankenhausplanung ist notwendig, um den Landesbettenbedarfsplan entsprechend anzupassen. Intersektorale Leistungen werden der Versorgungsebene der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet.

(4) Intersektorale Leistungen werden unmittelbar von der Krankenkasse an das Krankenhaus nach § 108, an das Praxisnetz, die Praxisklinik, das Medizinische Versorgungszentrum oder an die gemeinsame Betriebsstätte vergütet. Bis zu einer weiteren endgültigen Vereinbarung zur Vergütung werden für die intersektorale Leistungserbringung 90 von 100, in Form der belegärztlichen Leistungserbringung 95 von 100 der zutreffenden Vergütungshöhe der entsprechenden gültigen G-DRG für Hauptabteilungen vergütet. Für die weitere Vereinbarung zur Vergütung intersektoraler Leistungen vereinbaren der Spitzenverband *Bund der Krankenkassen*, die *Deutsche Krankenhausgesellschaft* und die *Kassenärztliche Bundesvereinigung* gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweiligen verbindlichen Einführungszeitpunkte.

Kommt eine Vereinbarung nach Satz 3 ganz oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das sektorenübergreifende Schiedsgremium nach § 89a innerhalb von drei Monaten festgesetzt. Die Prüfung der Abrechnung und der Wirtschaftlichkeit erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung beauftragen können; ihnen sind die für die Prüfungen erforderlichen Belege und Berechtigungsdaten auf Verlangen vorzulegen. Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend. Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie über die erforderlichen Vordrucke wird von den Vertragsparteien vereinbart. Die Prüfung der Qualität erfolgt durch die jeweiligen Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ergänzt hierzu die Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 i. V. m. § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87a Absatz 3 um die intersektoralen Leistungen, die innerhalb des

Zeitraumes nach Absatz 1 erbracht werden, zu bereinigen. In den Vereinbarungen zur Bereinigung ist auch über notwendige Korrekturverfahren zu entscheiden.

(5) Die intersektorale Versorgung nach Absatz 1 schließt die Verordnung von Leistungen nach § 73 Absatz 2 Nummer 5 bis 14 ein. Die Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 gelten entsprechend. Die Vereinbarungen über Vordrucke und Nachweise nach § 87 Absatz 1 Satz 2 sowie die Richtlinien nach § 75 Absatz 7 gelten entsprechend, soweit sie Regelungen zur Verordnung von Leistungen nach Satz 1 betreffen.

Verordnungen im Rahmen der Versorgung nach Absatz 1 sind auf den Vordrucken gesondert zu kennzeichnen. Leistungserbringer nach Absatz 2 erhalten ein Kennzeichen nach § 293 Absatz 1 und Absatz 4 Satz 2 Nummer 1, das eine eindeutige Zuordnung im Rahmen der Abrechnung nach den §§ 300 und 302 ermöglicht, und tragen dieses auf die Vordrucke auf. Das Nähere zu Form und Zuweisung der Kennzeichen nach den Sätzen 4 und 5, zur Bereitstellung der Vordrucke sowie zur Auftragung der Kennzeichen auf die Vordrucke ist in der Vereinbarung nach Absatz 4 zu regeln.





## Über uns:

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa) ist als Facharztverband ein Dachverband, in dessen Rahmen sich die angeschlossenen Berufsverbände über die Anliegen der Fachärzte austauschen und gemeinsam die Interessenwahrnehmung organisieren.

Der SpiFa e.V. repräsentiert mit seinen 32 Mitgliedsverbänden über 160.000 Fachärzte in Klinik und Praxis. Damit ist er Deutschlands größter Facharztdachverband.

Ziel des SpiFa ist die Darstellung und Vertretung der übergeordneten Interessen der Fachärzte in Klinik und Praxis, sowie deren politische Durchsetzung auf Bundes- und auch auf Landesebene ebenso wie die Darstellung in der Öffentlichkeit. Er bündelt die fachärztlichen Interessen und vertritt diese gegenüber Politik, Selbstverwaltung und anderen freien ärztlichen Verbänden.

**Alle Infos auf [www.spifa.de](http://www.spifa.de)**

**WIR REDEN  
WEITER**

**auf dem SpiFa-Fachärztetag,  
2.-3. April 2020, Berlin**

**[www.facharztetag.de](http://www.facharztetag.de)**

### Impressum

#### Herausgeber

Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)

#### Ehrenpräsident

Dr. med. Andreas Köhler

#### Vorstand

Dr. med. Dirk Heinrich (Vorsitzender)

Dr. med. Axel Schroeder

Dr. med. Christian Albring

Dr. med. Hans-Friedrich Spies

Dr. med. Helmut Weinhart

#### Hauptgeschäftsführer

RA Lars F. Lindemann

#### Hauptstadtbüro

Robert-Koch-Platz 9

10115 Berlin

T +49 (0)30 40 00 96 31

F +49 (0)30 40 00 96 32

[info@spifa.de](mailto:info@spifa.de)

[www.spifa.de](http://www.spifa.de)

Twitter: [Spifa\\_Presse](#)

#### Vereinsregister

AG Charlottenburg

VR 29131 B

#### Produktion:

Laserline Berlin

Scheringstraße 1, 13355 Berlin

#### Bildrechte:

Bild 1: Photo by JC Gellidon on Unsplash, Bild 2: Photo by Martha Dominguez de Gouveia on Unsplash, Bild 3: Photo by Martha Dominguez de Gouveia on Unsplash, Bild 4: Adobe Stock Standard Lizenz, Bild 5: Photo by Piron Guillaume on Unsplash.

#### Stand:

12.12.2019, 1. Auflage

#### Hinweis zur Nutzung dieser Publikation:

Diese Publikation ist ein Informationsangebot des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa). Die Publikation ist kostenlos erhältlich und nicht zum Verkauf bestimmt.