



1 • 2020

## JENS SPAHN – EINE HALBZEITBILANZ

## Jens Spahn – eine Halbzeitbilanz



- 4** **Editorial**  
**Dr. Jutta Visarius, Dr. Albrecht Kloepper**  
Herausgeber



- 6** **Wir brauchen bald wieder Kontinuität!**  
**Johannes Bauernfeind**  
Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg



- 11** **Warum es Gesundheitsminister Spahn seinen Kritikern nicht immer leicht macht**  
**Dr. Monika Schliffke**  
Vorstandsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein



- 16** **Gutes angestoßen, vieles liegt nun in den Händen des G-BA**  
**Dr. Dietrich Munz**  
Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)



- 21** **Zwei Jahre Reformpolitik, zwei Monate Krisenmanagement**  
**Friedemann Schmidt**  
Präsident der ABDA



- 25** **Viele Reformen – viel dahinter?**  
**Thomas Bublitz**  
Hauptgeschäftsführer des BDPK



- 30** **Spahns Halbzeitbilanz: Quantität vor Versorgungsqualität**  
**Dr. Kai Joachimsen**  
Hauptgeschäftsführer des BPI



- 34** **Gesundheitsminister Spahn – eine Bilanz aus MedTech-Sicht in 8 Punkten**  
**Dr. Marc-Pierre Möll**  
Geschäftsführer des BVMed e.V.



- 39** **Sektorengrenzen aufbrechen – Ärztlich intersektorale Leistungen sind die Antwort!**  
**Lars F. Lindemann**  
Hauptgeschäftsführer des SpiFa e.V.



- 46** **Zweite Halbzeit fürs digitale Gesundheitswesen**  
**Sebastian Zilch**  
Geschäftsführer des bvitg e.V.



- 50** **Vom Zustand einer patientenzentrierten Hilfsmittelpolitik**  
**Oda Hagemeyer**  
Geschäftsführerin eurocom e.V.



- 55** **Zukunft braucht Ungeduld, braucht Tatendrang**  
**Dr. Clemens Kuhne**  
Leiter Politik und Patientenbelange MSD Deutschland

**Impressum**

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Halbzeitbilanz ... welche Halbzeitbilanz? Die Corona-Krise reißt uns aus unserem bisherigen Alltag und rückt das Leben „vorher“ in weite Ferne. Im Grunde ist aber genau jetzt der richtige Zeitpunkt, rückblickend das bisherige Wirken des aktuellen Gesundheitsministers zu betrachten und Erwartungen für den Rest der laufenden Legislaturperiode zu formulieren – auch wenn die Beiträge dieses Heftes und dieses Editorial erkennen lassen, dass es aktuell nicht einfach ist, sich in die Zeit „vor Corona“ zurückzudenken.

Gleichwohl, auch die Zeit „nach Corona“ wird zu meistern sein, und niemand möge davon ausgehen, es sei nun nichts mehr wie zuvor. Im Gegenteil: Herausforderungen für unser Gesundheitssystem und die Schwächen dieses Systems werden durch die Corona-Krise wie unter einer Lupe sichtbar. Sobald der Minister und das Ministerium den Krisenmodus wieder verlassen können, werden also die Fragen von Digitalisierung, sektorenübergreifender Versorgung, der Zukunft der Gesundheitsfachberufe und vieles mehr beantwortet werden müssen. Und ein Thema wird dabei im Brennpunkt stehen, dem nicht zufällig bereits das letzte Heft des iX-Forum gewidmet war, nämlich die Frage nach Sicherheitsreserven, der Finanzierung von Vorhaltekosten und der Verteilung von Entscheidungskompetenzen in Krisenzeiten. Folglich trotzdem und gerade jetzt eine Halbzeitbilanz zu Jens Spahn!

Von niemandem, auch nicht in dieser Ausgabe wird bezweifelt, dass in der Geschichte der Bundesrepublik kaum jemals ein fleißigerer Gesundheitsminister gearbeitet hat als Jens Spahn. Zusätzlich hat der vergleichsweise junge Münsterländer den Vorteil, dass er als fundierter Systemkenner am Tag 1 seiner Ministertätigkeit mit Umsetzungsschritten beginnen konnte (die er – nachweisbar – über weite Strecken bereits vorgedacht hatte). Dazu kommen fundierte Erfahrungen mit den wichtigsten Protagonisten innerhalb und außerhalb der Gesundheitspolitik, die Jens Spahn in die Lage versetzten, innerhalb kürzester Zeit ein

Team aus Getreuen, System-Insidern und systemfremden „Treibern“ zusammenzustellen. Dies ist in der Geschichte des Bundesgesundheitsministeriums ebenfalls ohne Vergleich. Der gegenwärtige Ausstoß an Gesetzen und das Management in der Coronakrise sind ohne die profunde Systemkenntnis des Ministers, ohne seine Netzwerke innerhalb und außerhalb der Gesundheitspolitik und sein BMG-Team mit Sachkunde und Einsatzbereitschaft nicht vorstellbar. Dies sind gute Voraussetzungen, um in vielen Bereichen der Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens die entscheidenden, notwendigen Impulse zu bieten.

Aber der Teufel steckt – wie so oft – im Detail. Nahezu jedes Gesetz aus dem Ministerium enthält Digitalisierungsanteile. Wie ist unter diesen Umständen eine dennoch in sich konsistente Digitalisierungsstrategie zu erwarten? Drohen nicht Widersprüche zwischen einzelnen Gesetzesteilen, die mühsam wieder eingefangen werden müssen? Ist es ein Vorteil, wenn in jedem Gesetz grundsätzlich alles geregelt werden kann, nur weil es gerade auf der Tagesordnung steht oder weil die entsprechenden Textbausteine im BMG just in time fertig geworden zu sein scheinen?

Tatsächlich häufen sich die Podiumsdiskussionen, in denen nicht einmal Abgeordnete aus dem Gesundheitsausschuss noch präzise zu sagen wissen, in welchem Gesetz welches Detail geregelt wurde. Der Gesetzesname – Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) oder Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) – bezeichnet dann nur noch die anfängliche Leitintention des ursprünglichen Vorhabens. Was am Ende noch alles in diesen Koffer gestopft wurde, scheint dem Fleiß des Hauses und manchmal wohl auch kurzfristigen Eingebungen des Ministers überlassen zu bleiben.

Besonders gut lässt sich am Gesetz mit dem ursprünglichen Namen „Faire-Kassenwahl-Gesetz“ verdeutlichen, dass Gesetzentwürfe à la Spahn teilweise schon die Intention eines Deals in sich tragen. Dass eine bundesweite Öffnung aller Kassen nicht einmal die Ressortabstimmung überleben würde, war Kennern der Materie auch außerhalb des Ministeriums von Beginn an klar. Wozu dann dieses

Vorgehen? Wahrscheinlich, um den Beteiligten zu zeigen, wo der Hammer hängt und um „irgendetwas“ im Gesetzgebungsprozess aushandeln zu können. Am Ende widmet sich das Gesetz dem „Fairen Kassenwettbewerb“ und damit der längst fälligen Überarbeitung des Morbi-RSA, aber die bundesweite Öffnung und eine irgendwie „faire Kassenwahl“ wurden gestrichen. Jeder der Beteiligten hat dennoch die Chance, in seinem jeweiligen Lager einen bedeutenden Teilsieg verkünden zu können. Macht diese „Basar-Gesetzgebung“ den Gesetzgebungsprozess selbst seriöser? Für uns eine offene Frage.

Ähnlich kritisch muss man den Umgang Jens Spahns mit der Selbstverwaltung betrachten. Die Schüsse auf die traditionellen Institutionen der selbstverwalteten Systemstrukturen fallen mit unschöner Regelmäßigkeit und durchziehen explizit oder implizit nahezu jedes Gesetz. Die kontinuierliche Stärkung des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat beinahe eine obere Bundesbehörde entstehen lassen, die – vor allem im Bereich Digitalisierung – mit weitreichenden Kompetenzen in die konkrete Leistungsgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung hineinregieren kann. Dazu gesellen sich eine weitgehende „Verstaatlichung“ der gematik, Eingriffe in die Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Stundenvorgaben für Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung, etc. Einem Minister etwas

linkerer Provenienz wäre deshalb „Staatsmedizin“ in ohrenbetäubender Lautstärke entgegengerufen worden. Jens Spahn ficht das nicht an, und den z.T. betulichen Akteuren der Selbstverwaltung gelingt es kaum, der sachkundigen Vitalität des Ministers mit notwendiger Entschlossenheit, konkretem Handeln und unwiderlegbaren Argumenten entgegenzutreten. Dies mag sich positiv auf Jens Spahns Ruf als „Macher“ auswirken, aber was hat diese Verlagerung der gesundheitspolitischen Gestaltungsmacht für langfristige Folgen?

Die Autoren des vorliegenden Heftes beschreiben aus ihren unterschiedlichen Blickwinkeln häufig ähnliche Ergebnisse. Der Fleiß des Ministers ist unbestreitbar – aber wird aus den vielen angerissenen Themen und aufgegrabenen Baustellen ein schlüssiges Gesamtkonzept? Jens Spahn wird sich mit hoher Wahrscheinlichkeit gegen eine weitere Legislaturperiode als Gesundheitsminister entscheiden und seine Amtszeit begann durch eine zähe Koalitionsfindung verspätet. Verzögert die Corona-Unterbrechung den Gang der „normalen“ Gesetzgebung erheblich, könnte es für den Minister schwer werden, sein Halbzeitwerk zu einem Gesamtkunstwerk zu vollenden. Einiges deutet in die richtige Richtung, aber die einzelnen Fäden sollten nicht offen liegen bleiben. Wir jedenfalls kennen zurzeit keinen Spahn-Nachfolger, der dessen work in progress mit Erfolg zu Ende führen könnte.

*Wir wünschen anregende Lektüre und vor allem: Bleiben Sie gesund!*



**Dr. Jutta Visarius**



**Dr. Albrecht Klopfer**

# Sektorengrenzen aufbrechen – Ärztlich intersektorale Leistungen sind die Antwort!

## Lars F. Lindemann

Hauptgeschäftsführer des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa)




---

*Der medizinische Fortschritt macht es möglich, immer mehr ärztliche Leistungen sind sowohl stationär als auch ambulant erbringbar. Dadurch verwischt die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung immer stärker. Die Zukunft der meisten Fachärzte, die mehr als die Grundversorgung anbieten, wird genau an dieser Schnittstelle liegen. Diese grundlegende Umgestaltung steht bislang noch aus und liegt damit auf der Soll-Seite einer Halbzeitbilanz des Gesundheitsministers. Doch wer wird sich übergreifend um die Belange dieser Fachärzte kümmern? Die KV? Die Kammern? Das KV-System hat Veränderungen eine Absage erteilt, man sei nur für die ambulant tätigen Ärzte zuständig. Die Kammern sind meist zu stark dominiert seitens des Marburger Bundes, der nur einen Blickwinkel aus Sicht der stationären Versorgung einnimmt, noch dazu „nur“ als Gewerkschaft. Es ist Zeit für neue Wege, um die Sektorengrenze aufzuknacken!*

---





## Konzept für eine Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen

### Ausgangslage

Die Medizin und die Versorgung kranker Menschen sind in 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 Vorschlag beseitigt, wobei

mit der Verschlinkung 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

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.

1. 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.

2. 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.



3. 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.

4. 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.
5. 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.
6. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung muss bei der vertragsärztlichen Versorgung bereinigt werden.
7. In der intersektoralen Vergütung können für die ambulante Leistungserbringung, wie auch bisher geregelt, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel den Krankenkassen gesondert in Rechnung gestellt werden.
8. 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:

- Alle Leistungen, die bisher für die Krankheitsversorgung in den §§ 115, 115a, 115b, 115c, 115d, 116a, 116b, 118, 118a, 119c, 120, 121, 122 geregelt sind.
- 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 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 Kranken-

hausplanung 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.

Das „Corona“ derzeit allen Akteuren im Gesundheitswesen eine mittel- bis langfristige Planung nicht unbedingt erleichtert, ist allen Beteiligten und im besonderen Maße den ambulant und stationär tätigen Fachärzten klar. Wenn wir aber über die Corona-Krise hinausdenken wollen, dann liegt in der Verschränkung der ambulanten und der stationären Versorgung das entscheidende Aufgabenfeld, um die fleißige Halbzeitbilanz Jens Spahns in eine wirklich erfolgreiche und grundlegend systemerneuernde Gesamtbilanz zu verwandeln.

