



Kassennärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

***Überlegungen zu einer  
wettbewerbsorientierten Neustrukturierung  
der Versorgungsebenen***

Version 1.5

17. April 2008

## Vorbemerkungen

Sei dem Jahr 2000 gibt es Vertragswettbewerb auf der Leistungsträgerseite. Zwischenzeitlich gibt es 5.069 Integrationsverträge, 55 hausarztzentrierte Verträge und eine nicht bekannte Anzahl an Verträgen nach § 73 c SGB V. Hinzu kommen Disease-Management-Programme (DMP) und ebenfalls in der Anzahl nicht bekannte Modellvorhaben.

Neben diesem Vertragssystemwettbewerb gibt es zunehmend einen Wettbewerb der Organisationsstrukturen, der mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in Gang gebracht wurde: Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Praxismgemeinschaften, medizinische Versorgungszentren und zunehmend ambulant sich öffnende stationäre Einrichtungen konkurrieren um die beste Organisationsstruktur zur Versorgung der Versicherten in der Fläche und in Ballungsgebieten.

Wettbewerb gibt es aber auch zwischen den wirtschaftlich selbstständigen und angestellt tätigen Vertragsärzten und –psychotherapeuten.

Zudem kommt in den letzten Monaten eine Wettbewerbsdiskussion um die Erbringung ärztlicher Leistungen zwischen den Gesundheitsfachberufen und den ärztlichen Heilberufen in die Diskussion.

Die flächendeckende wohnortnahe ambulante haus- und fachärztliche „Rund-um-die-Uhr“-Versorgung mit freier Arztwahl und Sachleistungsprinzip ist somit vom Wettbewerb durchdrungen, ohne dass eine Wettbewerbsordnung erkennbar ist.

Mittelfristig wird diese fehlende Wettbewerbsordnung sich spürbar auf die Versorgung der Versicherten in Deutschland auswirken.

Zudem ist das derzeitige Wettbewerbsmodell nicht geeignet, den drohenden Mangel an Vertragsärzten in der wohnortnahen Versorgung und insbesondere in der hausärztlichen wohnortnahen Versorgung zu beheben. Wettbewerb ohne Wettbewerbsordnung wird das zentrale zukünftige gesellschaftliche Thema der demografischen Entwicklung, wonach im Jahre 2020 der Anteil der über 65-Jährigen gegenüber dem Jahr 2000 um 37 Prozent gestiegen sein wird, nicht lösen. Lebensältere weisen die höchsten Kontaktzahlen in der wohnortnahen Versorgung aus, sodass vorrangig die wohnortnahe Versorgung in der Zukunft gewährleistet sein muss. Um das heutige Niveau in der hausärztlichen Versorgung aufrecht zu erhalten, fehlen im Jahr 2020 19.000 Ärzte. Eine Wettbewerbsordnung muss eine Antwort darauf geben.

### Fazit:

Vor dem Hintergrund eines ebenfalls stattfindenden Wettbewerbs auf der Kostenträgerseite und dem unmittelbar drohenden Arztmangel insbesondere im wohnortnahen und hausärztlichen Versorgungsbereich wird ein Wettbewerb<sup>1</sup> ohne Wettbewerbsordnung keine befriedigende Antwort geben können.

<sup>1</sup> Nicht zu verwechseln mit dem Wettbewerb, der mit der freien Arztwahl verbunden ist. Den gibt es schon immer, er wird aber vom SGB V ignoriert.

## Ziele der Neustrukturierung

Die aktuelle starre Definition der Versorgungssektoren und Versorgungsebenen ist für den Wettbewerb nicht geeignet! Sie gibt keine hinreichende Hilfestellung bei der Lösung des Mangels an wohnortnah versorgenden Ärzten und wird damit das „Arztmangel- und Verteilungsphänomen“ nicht beheben.

Ohne eine gleichzeitige Neustrukturierung der Versorgungsebenen wird ein geordneter Wettbewerb nicht möglich, die Allokation medizinischer Ressourcen wird dem freien Markt überlassen. Deshalb wird versucht, unter Berücksichtigung der anstehenden Probleme in der medizinischen Versorgung der Wohnbevölkerung in Deutschland ein neues Versorgungsebenenkonzept einzubringen, das „wettbewerbs- und demografiefest“ ist.

Die Überwindung der Sektorengrenzen und Organisationsinteressen erfordert dabei eine offene in die Zukunft gerichtete Diskussion.

## Grundsätze der Neustrukturierung

Grundsätze der Neustrukturierung sind:

- Erhalt und Verbesserung der wohnortnahen Versorgung unter besonderer Beachtung des Facharztes für Allgemeinmedizin als Träger der hausärztlichen Versorgung
- Planungssicherheit für in der ambulanten Versorgung tätige Haus- und Fachärzte
- Neudefinition der Versorgungsebenen,
- Zuordnung der Wettbewerbsmöglichkeiten zu den Versorgungsebenen,
- Zuordnung der Leistungsträger zu den Versorgungsebenen,
- Zuordnung möglicher Organisationsstrukturen zu den Versorgungsebenen,
- Steuerung des Zugangs zu den Versorgungsebenen,
- Neudefinition der Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen,
- Europatauglichkeit der Versorgungsebenen

## Neuordnung der Versorgungsebenen

Entwurf - Version 1.5

Grundprinzipien dieser Neustrukturierung sind:

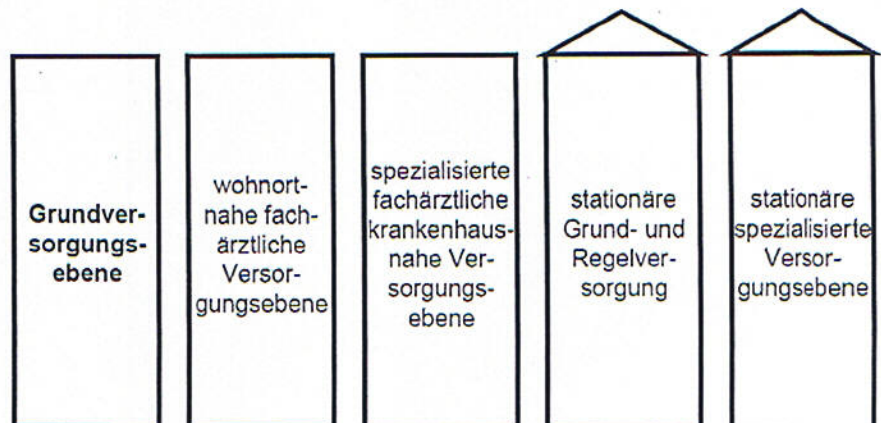
- je mehr die Versorgung der Versicherten Wohnortnähe und Flächendeckung erfordert, desto stärker müssen kollektivvertragliche Strukturen vorhanden sein,
- je krankenhaunäher und spezialisierter die Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ist, desto mehr Wettbewerb wird notwendig,
- es bleibt beim Erhalt der freien Arztwahl innerhalb einer Versorgungsebene, jedoch wird der Zugang zur nächsten Versorgungsebene gesteuert.

Die Neustrukturierung der Versorgungsebenen erfordert gesetzliche Änderungen, die auch maßgeblichen Einfluss auf die Aufgabenverteilung der gemeinsamen Selbstverwaltung sowohl auf Bundes- sowie auf Landesebene haben. Sie würden sich aber in das bestehende vierte Kapitel des SGB V einpassen lassen, ohne die Sicherstellung der Versorgung zu gefährden. Übergänge wären zu schaffen. **Eine kurzfristige Umsetzung ist aber nicht möglich, da erst die notwendigen gesetzlichen, untergesetzlichen und organisatorischen Voraussetzungen geschaffen werden müssen.**

### Die Versorgungsebenen im Überblick

Für die kurative ambulante und stationäre sowie die präventive ambulante Versorgung wird ein Modell mit fünf Versorgungsebenen vorgeschlagen:

- **Grundversorgungsebene**
- wohnortnahe fachärztliche Versorgungsebene
- spezialisierte fachärztliche krankenhaunähe Versorgungsebene
- stationäre Grund- und Regelversorgung
- stationäre spezialisierte Versorgung.



## Grundversorgungsebene

### ▪ Vertragsform

Die Vertragsform der Wahl in der Grundversorgungsebene ist der Kollektivvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung als obligatem Vertragspartner. Der Kollektivvertrag wird so ausgestaltet, dass der Versicherte innerhalb der Grundversorgungsebene die freie Arztwahl hat. Der Zugang zur nächsten Versorgungsebene kann im Kollektivvertrag nur auf Überweisung erfolgen, **Das heißt, dass der Zugang - außer im organisierten Notfalldienst - zu den fachärztlichen Versorgungsebenen durch den Grundversorger, zum Krankenhaus durch die fachärztliche Versorgungsebene erfolgt.**

Der Effizienzgewinn ergibt sich aus der Steuerung des Zugangs zur nächsten Versorgungsebene mittels Überweisung. Voraussetzung: die Krankenkassen haben diese Versorgung obligat jedem Versicherten anzubieten.

Optional tritt hinzu ein Vertragsmodell nach § 73 b „neu“ SGB V, das die Krankenkassen in Kombination mit einem Wahltarif anbieten müssen. Dieser Wahltarif sieht vor, dass der Zugang zur nächsten Versorgungsebene auch ohne Überweisung stattfinden kann. In diesem Wahltarif ist die Kassenärztliche Vereinigung ein optionaler Vertragspartner. Andere Vertragspartner können mit Krankenkassen für diesen Tarif kontrahieren.

Weiterhin tritt optional die Möglichkeit hinzu, für die Primärversorgung in Kombination mit der Versorgung in anderen Versorgungsebenen Integrationsverträge abzuschließen. Solche Verträge, die die Grundversorgungsebene mit einschließen, benötigen einen Populationsbezug. Die Kassenärztliche Vereinigung kann optionaler Vertragspartner sein.

**Jede Krankenkasse muss beide Vertragsmodelle anbieten. Die Wahlfreiheit des Versicherten ist zu garantieren. Integrationsverträge treten optional hinzu.**

Der Notfalldienst außerhalb der regulären Sprechstunden bzw. Öffnungszeiten wird obligat durch die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt. Hierin ist auch die Pflichtmitgliedschaft der Ärzte begründet.

### ▪ Zugang des Versicherten

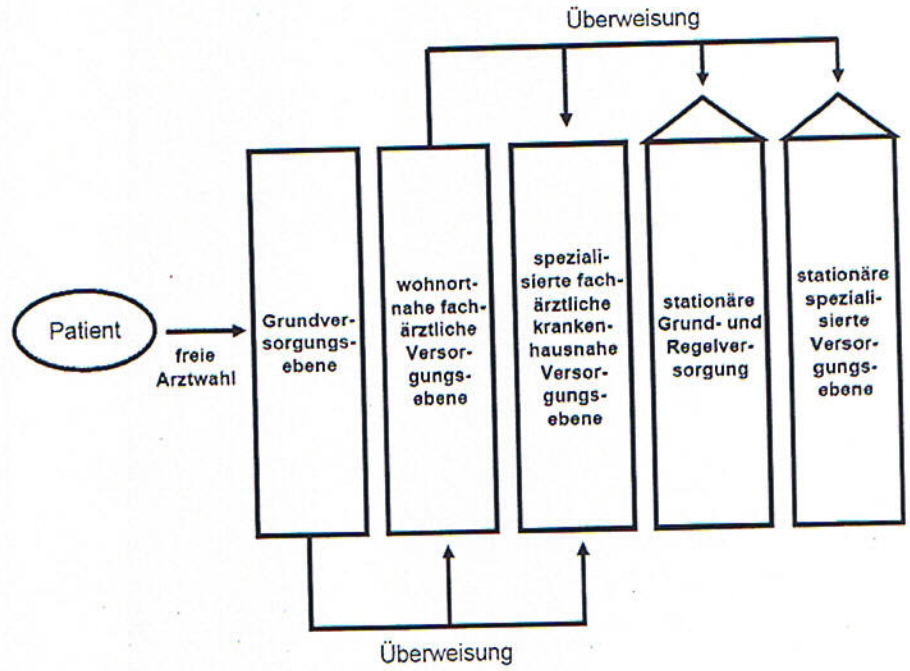
Im Kollektivvertrag kann der Zugang zu Ärzten der Grundversorgungsebene durch die Versicherten frei gewählt werden. Die Beibehaltung des Sachleistungsprinzips und der Zuzahlungsmodalitäten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) garantieren einen geordneten Zugang unter Beibehaltung der erforderlichen Mobilität im Bundesgebiet. Wohnortnähe, Flächendeckung und die „Rund-um-die-Uhr“-Charakteristik der ambulanten Versorgung bleiben unter Sicherstellungsverpflichtung des organisierten Notfalldienstes in der Hand eines Vertragspartners, der Kassenärztlichen Vereinigung.

Die Krankenkasse gibt für den Versicherten, der den Kollektivvertrag als Versorgungsform wählt, eine Gesundheitskarte aus, aus der diese Wahloption oder eine andere hervorgeht.

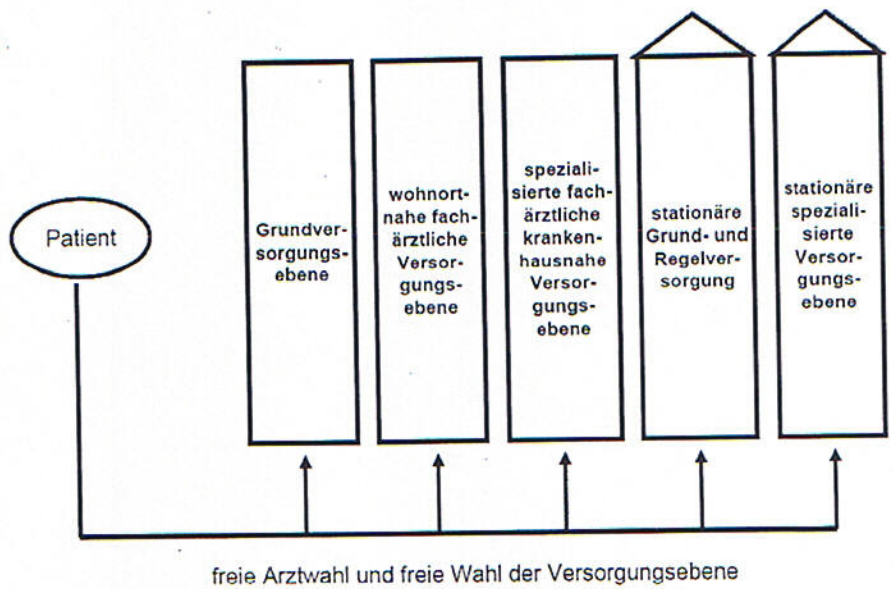
# Neuordnung der Versorgungsebenen

Entwurf - Version 1.5

## Patientensteuerung im Kollektivvertrag



## optionale Zusatztarife mit freier Arztwahl und freier Wahl der Versorgungsebene



### Exkurs 1:

Zum Zwecke einer effizienten Steuerung veranlasster Leistungen ist es notwendig, alle Vertragsärzte und –psychotherapeuten elektronisch untereinander und mit der Kassenärztlichen Vereinigung zu vernetzen. Dies garantiert die zeitnahe Bereitstellung von Informationen, die eine rationale Veranlassung garantieren. Die elektronische Fallakte wird auf Basis der Freiwilligkeit des Versicherten unmittelbar eingeführt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, sich untereinander zu vernetzen.

#### ▪ Teilnehmer auf Leistungsträgerseite, Zulassung, Bedarfsplanung

Teilnehmer der Grundversorgungsebene sind:

- Hausärzte gemäß § 73 SGB V (Fachärzte für Allgemeinmedizin, Kinderärzte, hausärztlich tätige Internisten)
- Fachärzte für Augenheilkunde
- Fachärzte für Frauenheilkunde
- **Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatische und Psychotherapeutische Medizin**
- in unterversorgten Gebieten: Fachärzte der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene mit Zusatzqualifikation „hausärztliches Versorgungsmanagement“
- Medizinische Fachangestellte und Gesundheitsfachberufe nur als Angestellte in Praxen und medizinischen Versorgungszentren (Partizipation an der ärztlichen Behandlung)
- **Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH)**

### Exkurs 2:

Träger der Grundversorgungsebene bleibt nach wie vor der Hausarzt gemäß § 73 SGB V, wobei als eigentlicher Träger der Facharzt für Allgemeinmedizin angestrebt werden muss. Darüber hinaus können – allerdings ausschließlich in unterversorgten Gebieten – per einmaliger Wahlentscheidung Fachärzte der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene, die eine entsprechende zusätzliche Qualifikation „Versorgungsmanagement“ erwerben (Änderung des Weiterbildungsrechtes erforderlich), an der Primärversorgung der Versicherten teilnehmen. Sie können dann, wenn sie an der Primärversorgung der Versicherten teilnehmen, nicht mehr an der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung teilnehmen.

Die Ärzte der Grundversorgungsebene nehmen immer am organisierten Notfalldienst teil.

## Neuordnung der Versorgungsebenen

Entwurf - Version 1.5

### Exkurs 3:

Mit einer Neuordnung der Versorgungsebenen muss gleichzeitig ein umfassendes Programm zur Förderung des Facharztes für Allgemeinmedizin initiiert werden, um die Steuerung innerhalb des Versorgungsmodells zukunftsfest zu halten. Zu diesem Programm unter anderem sollte gehören:

- Beibehaltung des Förderprogramms für Allgemeinmedizin mit einer Vergütungshöhe, die der Vergütung im Rahmen der Weiterbildung im stationären Bereich entspricht.
- Entwicklung von Weiterbildungsverbänden, die eine synchrone und reibungslose Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin garantieren.
- Änderung der Approbationsordnung mit umfassender Berücksichtigung des Tätigkeitsfeldes Hausarzt während des Medizinstudiums.
- Obligate Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Fakultäten.
- Gleichrangigkeit von Versorgungsforschung neben Grundlagenforschung in der Medizin.
- Stipendien bzw. Erlass von Studiengebühren für den Fall, dass sich ein künftiger Hausarzt entscheidet, in unterversorgten Gebieten tätig zu werden.
- Aufbau von Investitionsprogrammen im Sinne einer Mittelstandsförderung durch Bund, Länder und Kommunen für den Aufbau von Praxen in unterversorgten Regionen.
- Honoraranreize für die Förderung der hausärztlichen Tätigkeit.

### Exkurs 4:

Fachärzte der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene, die sich für die Grundversorgungsebene in unterversorgten Gebieten entscheiden, sind in Fragen der Abrechnung, Qualitätssicherung und des Patientenzugangs den Hausärzten gleichgestellt. Die Zusatzqualifikation „Versorgungsmanagement“ ist gegeben, wenn der Arzt nachweist, dass er

- bereits seit drei Jahren zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen war
- über 6 Monate internistische Weiterbildung verfügt
- 6 Monate in einer hausärztlichen Praxis tätig war.

*3 J. am organ. KV-Dienst teilge-  
nommen habe*

## Neuordnung der Versorgungsebenen

Entwurf - Version 1.5

### Exkurs 5:

Die Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH) stellt ein spezifisches Berufsbild der in der Praxis oder dem MVZ angestellten medizinischen Fachangestellten dar. Ihre Aufgaben sind:

- Individuelle Patienteninformation
- Strukturiertes Assessment
- Unterstützung des Case-Managements
- Medikamentenkontrolle
- Hausbesuchstätigkeit
- Unterstützung bei der palliativmedizinischen Betreuung

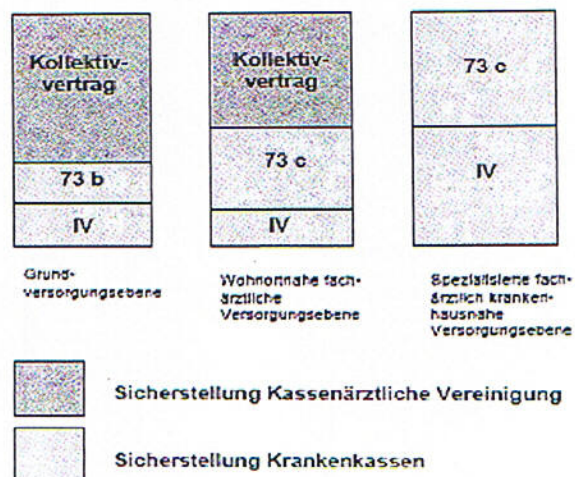
### Exkurs 6:

Der Sicherstellungsauftrag für die Arzneimittelsteuerung wird aufgeteilt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen behalten die verantwortliche Steuerung der Arzneimittelversorgung auf der Grundversorgungsebene und auf der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene, soweit die KV im Kollektivvertrag die wohnortnahe hausärztliche und fachärztliche Regelversorgung übernimmt.

Die Krankenkassen übernehmen ihrerseits die Verantwortung für die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung, soweit sie sowohl auf der Grundversorgungsebene als auch auf der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene eigenständige Vertragsoptionen (73 b, 73 c, IV) wählen. Ebenso wie für die spezialisierte fachärztliche krankenhaussnahe Versorgungsebene wird die Arzneimittelversorgung durch die Krankenkassen individuell vertraglich geregelt.

*Sicherstellungsauftrag Arzneimittelversorgung*



Im Rahmen der kollektivvertraglichen Gewährleistung der Arzneimittelversorgung liegt die primäre Verantwortung für die Arzneimittelverordnung bei den an der Grundversorgung teilnehmenden Ärzten.

Mit der Patientensteuerung durch Überweisung wird die Verantwortung für die Arzneimittelversorgung, die im Rahmen des Überweisungsauftrags erforderlich ist, auf die Ärzte der jeweils nächsten Versorgungsebene übertragen.

Die elektronische Vernetzung stellt sicher, dass überweisende Ärzte der Grundversorgungsebene oder der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene über Verordnungen der nächsten Versorgungsebene jeweils unmittelbar informiert sind.

Die Verantwortung für die Arzneimittelversorgung im Bereich der kollektivvertraglichen Versorgung wird vom teilnehmenden Vertragsarzt für die Indikationsstellung (Auswahl des Wirkstoffs) und die Auswahl der Verordnungsmenge übernommen. Die Verordnung wird grundsätzlich als Wirkstoffverordnung ausgestellt.

#### ▪ Organisationsstrukturen

In der Grundversorgungsebene wird es nach wie vor erforderlich sein, Einzel- und Gruppenpraxen vorzuhalten, da der unmittelbar bevorstehende Arztmangel größere Verbundsstrukturen nicht möglich macht, wenn die wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden soll. Medizinische Versorgungszentren werden – wenn überhaupt – in Ballungsgebieten Träger der Versorgungsebene. Sie sind allerdings ein geeignetes Instrument für die Sicherstellung des organisierten Notfalldienstes. In der Grundversorgungsebene wird die wirtschaftliche Selbstständigkeit vor der Tätigkeit als angestellter Arzt vorherrschen.

#### ▪ Qualitätssicherung, Qualitätsförderung

Die Qualitätssicherung und -förderung wird weiterhin Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung bleiben. Sie wird in verbindlichen Richtlinien und Vereinbarungen nach § 135 und § 136 SGB V geregelt. Ergänzend muss der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien indikationsspezifisch die Zusammenarbeit der Versorgungsebenen regeln. Dabei müssen diese Richtlinien eher den Charakter von Leitlinien haben als verbindliche Normen darstellen. Vorläufer hierzu, aber auch mögliche Grundlage einer Weiterentwicklung sind die Disease-Management-Programme (DMP). Die jetzige Vorgehensweise der Normgestaltung für einzelne Methoden, Verfahren bzw. Therapien sollte perspektivisch ersetzt werden durch ein Qualitätsmanagement als lernendes System analog zum stationären Bereich. Regionale Modellvorhaben zur Qualitätssicherung und -förderung sollten unterstützt werden.

## Neuordnung der Versorgungsebenen

Entwurf - Version 1.5

### ▪ Vergütung

Die Vergütung im Kollektivvertrag erfolgt gemäß § 87 SGB V, wobei der Vergütungsanteil für die Grundversorgungsebene separat definiert und weiterentwickelt wird.

Der Versicherte, der ohne Überweisung einen Arzt der nächsten Versorgungsebene aufsucht, wird zum „Kostenerstattungsfall“.

Im Wahltarif, der den freien Zugang zu allen Versorgungsebenen ermöglicht, können die Krankenkassen Tarife mit Sachleistung oder Kostenerstattung anbieten. Wahltarife mit Sachleistung, die von einer Kassenärztlichen Vereinigung als Vertragspartner abgewickelt werden, erfordern ebenfalls einen separaten Vergütungsanteil für die Grundversorgungsebene. Die Kassenärztliche Vereinigung kann für beide Möglichkeiten Vertragspartner sein. Dasselbe gilt auch für Integrationsverträge.

### Wohnortnahe fachärztliche Versorgungsebene

### ▪ Vertragsform

In der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene gibt es keine Vertragsform der Wahl. Vielmehr gibt es drei optionale Vertragsformen, die gleichrangig nebeneinander stehen. **Die jeweilige Kasse bzw. deren Verband muss unter diesen Vertragsformen für diese Ebene eine auswählen, mindestens für die Vertragsdauer von 2 Jahren.** In derselben Region kann es zur selben Zeit für die jeweilige Kasse also nur eine dieser Vertragsformen geben.

- Kollektivvertragliche Organisation der wohnortnahen fachärztlichen Regelversorgung mit der Kassenärztlichen Vereinigung als obligatem Vertragspartner
- Verträge gemäß § 73 c SGB V mit der Kassenärztlichen Vereinigung oder anderen Anbietern als Vertragspartner
- Integrationsverträge mit der Kassenärztlichen Vereinigung oder anderen Anbietern als Vertragspartner.

Die Krankenkasse wählt aus, welche Vertragsform für die Sicherstellung der wohnortnahen fachärztlichen Regelversorgungsebene am Besten geeignet ist.

Die Organisation des Notfalldienstes außerhalb der Sprechstunden- und Öffnungszeiten wird durch die Kassenärztlichen Vereinigungen eigenständig sichergestellt. **Deshalb sind Ärzte dieser Versorgungsebene auch Pflichtmitglieder der KV.**

~~Während der Sprechstundenzeiten wird durch die KV, verankert im Bundesmantelvertrag, ein Terminmanagement angeboten, das zu lange Wartezeiten verhindert.~~

*für alle Fachärzte →  
der Ebene 2*

25  
97

#### ▪ Zugang des Versicherten

Der Zugang des Versicherten zur wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene erfolgt im Kollektivvertrag nur auf Überweisung. Die Überweisung muss durch einen Arzt der Grundversorgungsebene erfolgen.

Liegt keine Überweisung vor, wird der Versicherte im Kollektivvertrag zum Kostenerstattungspatient.

Im Wahltarif mit freiem Zugang zu allen Versorgungsebenen kann die Behandlung in der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene auch ohne Überweisung erfolgen. Je nach Tarif erfolgt die Behandlung auf der Grundlage des Sachleistungs- oder Kostenerstattungsprinzips. Dasselbe gilt für Integrationsverträge.

#### ▪ Teilnehmer auf Leistungsträgerseite, Zulassung, Bedarfsplanung

Teilnehmer sind die Fachärzte, die nicht der Grundversorgungsebene oder **nicht generell der spezialisierten fachärztlichen krankenhaushnahen Ebene** angehören, sowie die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten<sup>2</sup>. Die Zulassung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung, die **(demografieadjustierte) Bedarfsplanung** wird zeitlich fortgeführt bis zum 31.12.2012 und dann durch eine **Versorgungsplanung abgelöst, die an der Morbidität der Versicherten in einer Region orientiert ist.**

Fachärzte dieser Versorgungsebene können fallbezogen auch Leistungen der spezialisierten fachärztlichen krankenhaushnahen Versorgungsebene erbringen. In diesem Fall gelten andere Vergütungsregelungen (siehe dort).

#### ▪ Organisationsstrukturen

In der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene wird stärker die Gruppenpraxis in den Vordergrund treten müssen. Daneben treten in Ballungsgebieten medizinische Versorgungszentren, während die Einzelpraxis in den Hintergrund tritt. Nach wie vor werden wirtschaftlich selbstständige Ärzte diese Versorgungsebene gegenüber den angestellten Ärzten dominieren.

#### ▪ Qualitätssicherung, Qualitätsförderung

Die Qualitätssicherung und -förderung der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene folgt dem Prinzip der Grundversorgungsebene.

<sup>2</sup> Über einen Direktzugang zu dieser Gruppe muss entschieden werden.

## Neuordnung der Versorgungsebenen

Entwurf - Version 1.5

### ▪ Vergütung

Die Vergütung im Kollektivvertrag und im Wahltarif mit Sachleistungsprinzip erfolgt gemäß § 87 SGB V. Im Übrigen gelten die Vergütungsregelungen der Grundversorgungsebene.

Wenn Ärzte dieser Versorgungsebene fallbezogen ausschließlich wohnortnah tätig sind, regelhaft am organisierten fachärztlichen Notdienst teilnehmen, ~~sich an das Terminmanagement der KV halten und~~ einen Online-Zugang zu der KV haben, erhalten sie für diesen Fall ein fachärztliche Strukturpauschale.

*K.o. - Katalog ~25-30 €*

### Spezialisierte fachärztliche krankenhausnahe Versorgungsebene

### ▪ Vertragsform

In der spezialisierten fachärztlichen krankenhausnahen Versorgungsebene gibt es für neu zugelassene Vertragsärzte keine Vertragsform der Wahl, noch die Möglichkeit kollektivvertraglicher Strukturen. Vielmehr können die Krankenkassen und die Ärzte zwischen § 73 c SGB V-Verträgen und Integrationsverträgen wählen, weshalb hier der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergeht. Die Kassenärztliche Vereinigung kann nur als optionaler Vertragspartner in einem der beiden Vertragsmuster auftreten.

Bereits zugelassene Vertragsärzte können, wenn sie ausschließlich der spezialisierten krankenhausnahen Versorgungsebene angehören, im Kollektivvertrag verbleiben, dürfen aber herausoptieren, wenn sie es wünschen.

### ▪ Zugang des Versicherten

Der Zugang des Versicherten erfolgt auf Überweisung durch den Arzt der Grundversorgungsebene und der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene. Der Zugang wird jedoch über den jeweiligen Vertrag geregelt.

Im Wahltarif gelten die gleichen Zugangsmodalitäten wie in der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene

### ▪ Teilnehmer auf Leistungsträgerseite, Zulassung, Bedarfsplanung

Teilnehmer sind einerseits Arztgruppen, wie z. B. die bereits jetzt ausschließlich auftragnehmenden Fachärzte, Humangenetiker, Molekularpathologen, etc.

Andererseits treten fallbezogen Fachärzte hinzu, die auch Leistungen eines

neu zu definierenden Kataloges nach 115 b „neu“ SGB V **erbringen**. Der Katalog umfasst die jetzigen Leistungen des § 115 b SGB V sowie Leistungen des Kataloges nach § 116 b SGB V und „entkrampft“ die derzeitigen intersektoralen Konflikte. Krankenkassen können somit zu diesen Leistungen entweder mit ambulant tätigen Ärzten oder stationären Einrichtungen kontrahieren. Die Kontrahierung erfolgt **nach den Regeln des stationären Bereichs** weiterhin gemeinsam und einheitlich. Eine Bedarfsplanung gibt es in der spezialisierten fachärztlich krankenhaushnahen Versorgungsebene nicht.

Die Zulassung der Leistungsträger erfolgt durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die in der spezialisierten fachärztlichen krankenhaushnahen Versorgungsebene zur „Netzagentur“ wird.

#### ▪ Organisationsstrukturen

In der spezialisierten fachärztlich krankenhaushnahen Versorgungsebene wird das medizinische Versorgungszentrum gegenüber der Gruppenpraxis vorrangig dominieren. Ebenso werden angestellte Ärzte gegenüber den selbstständigen Ärzten eher die spezialisierte fachärztlich krankenhaushnahe Versorgungsebene wahrnehmen.

#### ▪ Qualitätssicherung, Qualitätsförderung

Die Qualitätssicherung und -förderung erfolgt sektorübergreifend auf der Grundlage von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in Zusammenarbeit mit dem Institut für sektorübergreifende Qualitätssicherung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen fungieren in diesem Fall als Landesgeschäftsstellen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hierzu schließt der Gemeinsame Bundesausschuss Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen.

#### ▪ Vergütung

Die Vergütung erfolgt analog der stationären Vergütung. Hierzu wird gemeinsam von den Instituten der gemeinsamen Selbstverwaltung eine Gebührenordnung erarbeitet.

### Stationäre Grund - und Regelversorgung

Die Steuerung des Zugangs zur stationären Versorgung erfolgt im Kollektivvertrag grundsätzlich mittels Überweisung durch die Ärzte der fachärztlichen Versorgungsebene. In anderen Verträgen muss eine Regelung der Steuerung erfolgen. Zudem wird in einem 5-Jahreszeitraum der Übergang in ein Belegarztsystem gefordert mit konsequenter Umstellung auf monistische Finanzierung. Ebenso konsequent müssen alle Möglichkeiten des Vertragsarztrechtänderungsgesetzes genutzt werden. Die Möglichkeit des selektiven Kontrahierens für elektive Leistungen muss geschaffen werden.

Im Übrigen wird auf das Positionspapier, das anlässlich des Deutschen Ärztetages verabschiedet werden soll, verwiesen.

### Stationäre spezialisierte Versorgung

Hier wird auf das Positionspapier, das anlässlich des Deutschen Ärztetages verabschiedet werden soll, verwiesen.