



KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

# SEKTORENTRENNUNG ALS ZUKUNFTSMODELL - RÜCKBLICK UND AUSBLICK - HERBSTSYMPOSIUM 8. NOVEMBER 2022 DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR KASSENARZTRECHT

DR. BENJAMIN REUTER  
KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG



# Sektorentrennung?

- › Kassenärztlicher Sektor darf nur ambulante Leistungen erbringen; Krankenhäuser nur stationäre Leistungen
- › Der ambulante Sektor und der stationäre Sektor werden komplett unabhängig voneinander geplant und verwaltet.

# Historische Entwicklung

- › Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung 1883:
- › **Ärztliche Versorgung**

## § 6 des Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter

Als Krankenunterstützung ist zu gewähren:

1. vom Beginn der Krankheit ab **freie ärztliche Behandlung**, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel;

# Historische Entwicklung

## › Krankenhaus Versorgung

### § 7 des Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter

An Stelle der in §. 6 vorgeschriebenen Leistungen kann **freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause** gewährt werden, und zwar:

1. für diejenigen, welche verheirathet oder Glieder einer Familie sind, mit ihrer Zustimmung, oder unabhängig von derselben, wenn die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann,
2. für sonstige Erkrankte unbedingt.

# Historische Entwicklung

- › Bereits im Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter von 1883 ist damit angelegt, dass ärztliche Behandlung nur durch freiberufliche bzw. selbstständige Ärzte erfolgen kann.
- › Erster Ansprechpartner für den Patienten war daher immer ein freier, selbstständiger Arzt.
- › Damit scheiden Krankenhäuser mit einem staatlichen oder kirchlichen Träger als Erbringer von ärztlichen Leistungen aus.
- › Nur wenn eine stationäre Versorgung (also ein Bett) erforderlich ist, werden Krankenhäuser auf der Grundlage einer ärztlichen Verordnung tätig.

# Historische Entwicklung Kassenarztrecht

- › 1883: Einzelverträge; Ärzte sind gegenüber Krankenkassen unterlegen
- › 1911: Erlass der Reichsversicherungsordnung (RVO); Regelung bleiben weitgehend bestehen
- › 1913: Berliner Abkommen: . Die im Leipziger Verband (heute Hartmannbund) organisierten Kassenärzte schlossen mit den großen Krankenkassenverbänden eine Vereinbarung zur ärztlichen Versorgung und lösten damit die bis dahin üblichen Einzelverträge ab.
- › 1923: Berliner Abkommen wurde durch die Rechtsverordnung über Ärzte und Krankenkassen mit weitgehend gleichem Inhalt 1923 ersetzt.
- › 1931: KV-System mit **Gesamtvergütung** und **Bedarfsplanung** wird durch Rechtsverordnung festgeschrieben.

## 5. Teil der Verordnung des Reichspräsidenten von 1931

### › § 2:

› „Für die Dienste der Ärzte – mit Einschluss der Sachleistungen und Wegegebühren – gewährt die Krankenkassen eine **Gesamtvergütung, deren Höhe sich nach dem durchschnittlichen Jahresbedarf** für ein Kassenmitglied bestimmt (Kopfpauschale). Dabei sind neben den allgemeinen Erfahrungsgrundsätzen die besonderen Umstände bei einer Kasse, die wirtschaftlichen Notwendigkeiten und die jeweiligen Anforderungen im Grundlohn zu berücksichtigen.“

### › § 7:

› „(1) Die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit erfolgt für örtliche Bezirke (Zulassungsbezirke).

› (2) Für die kassenärztliche Versorgung der Versicherten und ihren Angehörigen werden so viel Ärzte zugelassen, **dass auf je 600 Versicherte im Zulassungsbezirk ein Arzt trifft**. [...] Sind in einem Zulassungsbezirke mehr Ärzte zugelassen, als der Verhältniszahl im Satz 1 entspricht, so darf bis zur Erreichung dieser Zahl nur jede dritte freiwerdende Stelle besetzt werden.“

# Historische Entwicklung Kassenarztrecht

Politische Diskussion in den 50er Jahren:

- › „Alleinige Aufgabe des Krankenhauses ist die Durchführung stationärer Behandlungen. Die Tendenz der Krankenhäuser, Ambulatorien einzurichten, erinnert stark an das Muster der Sowjetzone. **Ambulatorien werden dem Vertrauensverhältnis Arzt-Patient nicht gerecht.** Wenn die Kassenärzte den Fortschritten der Medizin ohne größere Einrichtungen nicht nachkommen können, dann ist der Verband der kassenärztlichen Vereinigungen gern bereit, auf genossenschaftlicher Basis Kredite für die Einrichtung differential-diagnostischer Institut zu gewähren **und damit die Konkurrenz der Krankenhäuser kaputt zu machen.**“
- › (Zitat Präsident Deutscher Ärztetag Dr. Haedenkamp 23.09.1950)



# Historische Entwicklung Kassenarztrecht

- › 1955: Gesetz über Kassenarztrecht
- › KV-System wird weitergeführt. Leitende Krankenhausärzte können nur bei einem zusätzlichen Bedarf in die Versorgung einbezogen werden (Ermächtigungen).
- › § 368a Abs. 8 RVO:
- › „Die angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte und Leiter selbstständiger Fachabteilungen) sind vom Zulassungsausschuss auf ihren Antrag hin für die Dauer ihrer Tätigkeit an dem Krankenhause an der kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung durch Kassenärzte zu beteiligen, sofern eine Beteiligung notwendig ist, um eine ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.“

# Historische Entwicklung Krankenhaus

- › 1883: Einzelverträge (oftmals nicht kostendeckende)
- › 1911: Einzelverträge (oftmals nicht kostendeckend)
- › 1913: Einzelverträge (oftmals nicht kostendeckend)
- › 1923: Einzelverträge (oftmals nicht kostendeckend)
- › 1931: Einzelverträge (oftmals nicht kostendeckend)
- › 1936: Preisstoppverordnung. Rechtsverordnung mit Verbot von Preiserhöhungen gilt auch für Krankenhäuser

# Historische Entwicklung Krankenhaus

- › 1969: Krankenhaus-Enquete
- › Bundesregierung legt einen Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten vor (die sog. Krankenhaus-Enquete)
- › Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen ist **öffentliche Aufgabe der Daseinsvorsorge** ist. Die ständigen Defizite hätten bereits zu einer erheblichen Überalterung der Krankenhäuser geführt. Eine Neuordnung der Krankenhäuser sei erforderlich.
  
- › 1972: Krankenhausfinanzierungsgesetz
- › Grundsatzentscheidung aus, dass die Finanzierung der Vorhaltung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe ist.
- › Duales Finanzierungssystem: Die öffentliche Hand (Bund, Länder, Gemeinde) übernimmt die Investitionskosten der Krankenhäuser. Die laufenden Betriebs- und Behandlungskosten werden von den Patienten und ihren Kostenträgern über die Pflegesätze finanziert.

# Historische Entwicklung Krankenhaus

- › **Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972**
- › Selbstkostendeckungsprinzip (§ 4 I 2 KHG 1972): Investitionsförderung und Pflegesätze müssen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses decken.
- › Krankenhauspläne: Länder stellen die Krankenhausbedarfspläne auf und entscheiden über die Aufnahme der Krankenhäuser in die Bedarfspläne. Die Länder vergeben auch die Investitionsmittel.
- › Pflegesatzverfahren: Die Pflegesätze werden nach vorherigen Einigungsverhandlungen zwischen dem Krankenhausträger und den betroffenen Sozialleistungsträgern von der zuständigen Landesbehörde festgesetzt (§ 18 KHG 1972).

## Resümee historische Entwicklung

- › Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war ärztliche Behandlung stark durch die Person des Arztes geprägt. Das persönliche Arzt-Patienten-Verhältnis stand im Vordergrund.
- › Organisierte Ärzteschaft hatte politischen/gesellschaftlichen Einfluss (Ärztestreiks). Politik hat hierauf mit Regulierungsrahmen reagiert, der angemessenes Einkommen in der gesetzlichen Krankenversicherung sichert (Gesamtvergütung und Bedarfsplanung).
- › Nichtärztliche Leistungserbringer konnte nur nach einer Verordnung durch den Arzt an der Behandlung beteiligt werden (Arztmonopol). Krankenhäuser waren auf stationäre Behandlung beschränkt. Keine einheitliche Bedarfsplanung und Vergütung für Krankenhäuser.
- › Ab den 60er und 70er Jahren verschiebt sich der Fokus auf die Krankenhäuser. Krankenhäuser werden als Bestandteil der Daseinsfürsorge durch staatliche Finanzmittel zusätzlich gefördert. Staatliche Krankenhausplanung wird eingeführt.

# Paradigmen für Sektorentrennung

- › Ärztliche Versorgung am ärztlichen Berufsstand ausgerichtet.
- › Einfluss von staatlichen Einrichtungen und Investoren ist dem „Arzt-Patienten-Verhältnis“ unzutraglich.
- › Medizinische Versorgung durch selbstständige und freie Ärzte.
- › Ärztliche Versorgung wird grundsätzlich allein durch die Beiträge der Versicherten finanziert und trägt sich aufgrund dieser Finanzierung.
- › Andere Leistungserbringer wurden nur nachgelagert in die Versorgung eingebunden.
- › Keine Trägervielfalt in der ärztlichen Versorgung.

# Status quo der Sektorentrennung

- › Paradigmen für Sektorentrennung verlieren zunehmend an Bedeutung.
- › Trägervielfalt auch in der kassenärztlichen Versorgung.
- › Durch Technisierung und Gerätemedizin zunehmende Zentrumsbildung (Krankenhaus oder große Gemeinschaftspraxen)
- › Krankenhaus als Bestandteil der Daseinsvorsorge (staatlicher Bereich) von der Politik gefördert.
- › Finanzierung der Krankenhäuser im Gegensatz zur kassenärztlichen Versorgung nicht allein durch Beiträge der Versicherten, sondern durch staatliche Zuschüsse.

## Status Quo: Gleiche Wettbewerbsbedingungen

- › Heute können sowohl Krankenhäuser über MVZs als auch Vertragsärzte ambulante Leistungen gleichberechtigt erbringen.
- › Mit der ASV wurden ein Bereich geschaffen, in dem spezialfachärztliche Leistungen sowohl von Krankenhäusern als auch Vertragsärzten gleichberechtigt und ohne Verbot mit Erlaubnisvorbehalt erbracht werden können.
- › Sektorentrennung im Hinblick auf die Leistungserbringung existiert faktisch nicht mehr. Unterschiedliche Träger können ambulante Leistungen erbringen. Sektorentrennung für stationäre Leistungen?
- › Aber: Planung des stationären und ambulanten Sektors weiterhin komplett voneinander getrennt.



# Oder Sektorentrennung mit umgedrehten Vorzeichen?

- › Ärztliche Versorgung an staatlichen Strukturen ausrichten?
- › Einfluss von ärztlichen Verbänden und Organisationen zurückdrängen?
- › Versorgung primär durch staatliche Einrichtungen?
- › Möglichst große Trägervielfalt und Kapitalinvestoren in der Versorgung?

# Folgen der derzeitigen Gesundheitspolitik

- › Bei Ambulantisierung ist Deutschland Schlusslicht.
- › Fokus auf Krankenhäuser führt zur Stärkung der stationären Versorgung und Vernachlässigung des ambulanten Sektors.
- › Rahmenbedingungen für ambulante Leistungen sind nicht attraktiv.
- › Im AOP und in der ASV gilt der EBM, für geräte- und einrichtungsintensive ambulante Leistungen nicht immer kostendeckend.
- › Beispiel Hernien OP: EBM 1100,00 Euro, DRG: 2340,00 Euro. Krankenhäuser entscheiden sich regelhaft für stationäre Leistungserbringung

## Aktuelle Reformansätze



# Aktuelle Reformansätze

- › Regierungskommission Krankenhaus:
- › Die Regierungskommission Krankenhaus hat am 27. September 2022 Empfehlungen zur Einführung einer neuen Behandlungsform „Tagesbehandlung“ veröffentlicht. Danach soll den Krankenhäusern gestattet werden, im Einvernehmen mit den Patientinnen und Patienten geeignete, bisher vollstationär erbrachte Behandlungen als sog. Tagesbehandlungen durchzuführen.
- › Die Tagesbehandlungen sollen bei mehr als sechsstündiger Behandlung als DRG abgerechnet werden, die um die nicht angefallenen „Hotelkosten“ pauschal gemindert werden.
- › Welche Behandlungen sind das?

# Aktuelle Reformansätze

- › BMG-Papier vom 23. Oktober 2022:
- › Aufnahme der Tagesbehandlung in die Definition der Krankenhausbehandlung und sachgerechte Einordnung in die Systematik vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, ambulant (§ 39 Absatz 1 SGB V)
- Da die Tagesbehandlung, die an die Stelle einer vollstationären Behandlung treten soll, inhaltsgleich mit teilstationärer Behandlung ist, wird bei der Einordnung in die bestehenden Behandlungsformen sichergestellt, dass nicht künftig anstelle teilstationärer Behandlungen die besser vergütete Tagesbehandlung erbracht wird.
- An der Neufassung des AOP-Katalogs wird festgehalten und entsprechend Verdrängungseffekte vermieden, diese Leistungen als Tagesbehandlung zu erbringen. Auch bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) werden Verdrängungseffekte ausgeschlossen und Maßnahmen zur Mengensteuerung geprüft.

# DKG-Positionspapier 2022

- › **Etablierung klinisch-ambulanter Leistungen**
- › „[...] Um die Einführung von Hybrid-DRGs und die Etablierung **klinisch-ambulanter Leistungen** möglichst zeitnah auf den Weg bringen zu können, bietet es sich an, den Katalog klinisch-ambulanter Leistungen zunächst auf eine überschaubare Zahl von Leistungen zu begrenzen und den Katalog dann regelmäßig weiterzuentwickeln. [...] Klinisch-ambulante Leistungen setzen in der Regel die Ausstattung und den multiprofessionellen Hintergrund eines Krankenhauses voraus (s. o.). **Definitionsgemäß fallen sie daher nicht in den aktuellen „Zuständigkeitsbereich“ der Vertragsärztinnen und -ärzte.**“
- › Um den sektorenübergreifenden Versorgungsansatz zu stärken und die schon heute knappen ärztlichen Ressourcen bestmöglich zu nutzen, sollte es den Krankenhäusern jedoch ermöglicht werden, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf kooperativer Basis in die klinisch-ambulante Versorgung einzubinden.

## KBV-Positionen

- › Ambulante Medizin und Praxen in Deutschland im weltweiten Vergleich sehr gut ausgestattet. Potentiale müssen besser genutzt werden. Abwracken der klassischen ambulanten Strukturen würde zu erheblichen Mehrkosten führen.
- › Fokus auf ambulanter Medizin setzt Fokus auf vertragsärztliche Versorgung voraus.
- › Krankenhausplanung muss veränderte Leistungserbringung/Ambulantisierung berücksichtigen. Die Versorgungsplanung von ambulanten bzw. ambulantiserten Leistungen muss weiterhin einheitlich erfolgen.
- › Aktuellen Tendenzen, einen exklusiven ambulanten Bereich für Krankenhäuser zu schaffen, werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sehr kritisch gesehen (neue Sektorentrennung mit umgekehrten Vorzeichen).

## KBV-Positionen

- › Gleiche Wettbewerbsbedingungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser bei ambulantiserten Leistungen. Staatliche Investitionsförderung von Krankenhäusern muss zu einer sektorenübergreifenden Förderung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen ausgebaut werden.
- › Wo bleibt die „Regierungskommission Vertragsärzte“?



VIELEN DANK!

