

## **Sektorentrennung als Zukunftsmodell? Rückblick und Ausblick**

Dr. Benjamin Reuter, KBV

### **I. Historische Entwicklung der Sektorentrennung**

1. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die ärztliche Behandlung stark durch die Person des Arztes geprägt. Das persönliche Arzt-Patienten-Verhältnis stand im Vordergrund. Daher sollte erster Ansprechpartner für den Patienten immer ein freier, selbstständiger Arzt sein.
2. Die organisierte Ärzteschaft hatte politischen/gesellschaftlichen Einfluss (Ärztestreiks). Politik hat hierauf mit Regulierungsrahmen reagiert, der ein angemessenes Einkommen der Kassenärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung sicherte (Gesamtvergütung und Bedarfsplanung).
3. Nichtärztliche Leistungserbringer konnte nur nach einer Verordnung durch den Arzt an der Behandlung beteiligt werden (Arztmonopol).
4. Krankenhäuser waren als nicht-ärztlich getragene Einrichtung auf stationäre Behandlung beschränkt. Träger von Krankenhäuser war regelmäßig der Staat bzw. die Kirche.
5. Für Krankenhäuser bestand in den frühen Jahren der gesetzlichen Krankenversicherung kein einheitlicher Regulierungsrahmen. Die Vergütung wurde durch Einzelverträge mit den Krankenkassen geregelt. Es gab für Krankenhäuser weder eine einheitliche Bedarfsplanung noch bestanden einheitliche Vergütungsgrundsätze.
6. Ab den 1960er und 70er Jahren verschiebt sich der politische Fokus auf die Krankenhäuser. Krankenhäuser werden als Bestandteil der Daseinsfürsorge durch staatliche Finanzmittel zusätzlich gefördert (duale Krankenhausfinanzierung ab KHG 1972).

### **II. Status quo der Sektorentrennung**

1. Heute können sowohl Krankenhäuser über MVZs als auch Vertragsärzte ambulante Leistungen gleichberechtigt erbringen. Sektorentrennung im klassischen Sinne existiert nicht mehr.
2. Zudem wurde mit der ASV ein Bereich geschaffen, in dem spezialfachärztliche Leistungen sowohl von Krankenhäusern als auch von Vertragsärzten gleichberechtigt erbracht werden können.

### III. Ausblick

3. Deutschland ist bei Ambulantisierung Schlusslicht. Finanzielle Rahmenbedingungen für die Erbringung von ambulantiserten Leistungen sind weder für Vertragsärzte noch Krankenhäuser attraktiv.
4. Der politische Fokus auf Krankenhäuser führte bislang zu einer Stärkung der stationären und zu einer Vernachlässigung der ambulanten Versorgung. Eine „Regierungskommission Vertragsärzte“ fehlt bislang.
5. Die Krankenhausplanung muss Veränderungen in der Leistungserbringung/Ambulantisierung berücksichtigen. Die Versorgungsplanung von ambulanten und ambulantiserten Leistungen muss weiterhin einheitlich erfolgen.
6. Aktuelle Tendenzen, einen exklusiven ambulanten Bereich für Krankenhäuser zu schaffen, werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sehr kritisch gesehen (neue Sektorentrennung mit umgekehrten Vorzeichen).
7. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert, gleiche Wettbewerbsbedingungen für Vertragsärzten und Krankenhäusern in der ambulanten Versorgung zu schaffen. Die staatliche Investitionsförderung von stationären Krankenhäuser muss zu einer sektorenübergreifenden Förderung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen ausgebaut werden.