

## Preis- und Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem

# Fehlender Wettbewerb an den Sektorengrenzen: Politik- oder Systemversagen?

RECHTSANWALT GERHARD SCHULTE, MINISTERIALDIREKTOR A.D.



**S**o sehr die Verzahnung des ambulanten und des stationären Versorgungssektors zum gesundheitspolitischen Standardvokabular gehört, so wenig ist es in den vergangenen 20 Jahren gelungen, diesem Ziel näher zu kommen. Ein Blick in die Gesetzgebungshistorie seit 1989 macht deutlich, dass die Handlungsoptionen der Krankenhäuser schrittweise erweitert worden sind, ohne dass gleiche Wettbewerbsbedingungen für ambulant tätige Ärzte geschaffen worden wären. Am Beispiel der Praxis-kliniken lässt sich illustrieren, wie gesetzgeberische Ansätze durch bewusstes oder zufälliges Zusammenwirken der Beauftragten konterkariert worden sind. Auch die gleichermaßen zaghafte Anlage und zögerliche Umsetzung der ambulanten spezialfachärztlichen Entwicklung lässt den Schluss zu, dass es sich beim fehlenden Wettbewerb an der Sektorengrenze um eine Kombination aus Politik- und Systemversagen handelt.

### I. Ausgangslage

Das Bekenntnis zu „ambulant vor stationär“ oder „die Überwindung der Sektorengrenzen ambulant / stationär“ gehören zum gesundheitspolitischen Vokabular der Entscheidungsträger in Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung. Nach vielen Jahren der Wiederholung sei die Frage erlaubt: Warum veranlassen diese Glaubenssätze die Entscheidungsträger zu wenig, ihren Bekenntnissen zum Durchbruch zu verhelfen, oder warum versuchen sie sogar, eine Entwicklung zu mehr Wettbewerb an den Sektorengrenzen zu verhindern? Einem ehrlichen Bekenntnis zu den historisch gewachsenen Sektorengrenzen in Deutschland und ihren vielleicht möglichen Vorzügen wäre einfacher zu begegnen, als die Scheingefechte weiterzuführen.

Zum Stand der Diskussion einige Schlaglichter aus den vergangenen Monaten:

- „Die Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich ist unausweichlich. ... es ist alles in Bewegung. ... Wir werden das nicht politisch forcieren. Das ist eine Frage der Entwicklung.“ Gesundheitspolitische(r) Sprecher(in) einer Bundestagsfraktion;
- „Anachronistischer Luxus, behindert den medizinischen Fortschritt.“ Vorstand einer Universitätsklinikums;
- Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung veranstaltete im Dezember 2015 einen Kongress zum Thema „Wege zur Überwindung der Sektorengrenzen“. Dort war ein Beitrag „Aufgaben der Versorgungsforschung im Prozess der Überwindung sektoraler Grenzen“ zu hören, der voraussetzt, dass es einen solchen Prozess aktuell gäbe und dass Versorgungsforschung erforderlich oder hilfreich sei, um der allseits geteilten

Erkenntnis zum Durchbruch zu verhelfen. Der sich anschließende Beitrag „Wer hat die besten Chancen auf Mittelzuteilung aus dem Innovationsfonds?“ legt wohl nahe, dass die Mittel für die Versorgungsforschung aus dem Innovationsfonds kommen könnten. Beides – Versorgungsforschung und Innovationfonds – ist für die Überwindung der Sektorengrenzen entbehrlich. Man müsste schlicht wollen und handeln.

Nur am Rande sei angemerkt, dass es für Privatpatienten keine institutionellen Hindernisse an den Sektorengrenzen gibt. Sie können sich zum Beispiel von Krankenhausärzten nach einem stationären Aufenthalt ambulant weiterbehandeln oder von Vertragsärzten in Praxiskliniken operieren und stationär betreuen lassen.

Im Kontext der Diskussion über Wettbewerb an den Sektorengrenzen wird häufig die sogenannte doppelte Facharztschiene als eine Ursache für die deutsche Fehlentwicklung genannt. Das ist weniger ein Problem als vielmehr ein Vorteil. Denn fachärztliche Behandlung ist unbestritten im ambulanten und stationären Bereich erforderlich. Die Kritiker der doppelten Facharztschiene wollen die fachärztliche Behandlung überwiegend ins Krankenhaus verlagern und versprechen sich davon wohl Effizienzvorteile. Die Auseinandersetzung über eine angemessene Vergütung der Notfallambulanzen in Krankenhäusern zeigt jedoch deutlich, dass Krankenhausärzte gar nicht in der Lage sind, zu ambulanten Preisen auch nur kostendeckend zu arbeiten. Ein Wettbewerbshindernis ist allerdings, dass Fachärzte beider Sektoren nicht das tun können, was sie gelernt haben und was Patienten von ihnen erwarten.

Der Fortschritt in der Medizin ermöglicht seit vielen Jahren immer mehr ambulante Behandlungen, die auch in

aller Regel kostengünstiger sind als die zuvor notwendige stationäre Versorgung. Gleichwohl sind die Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 1992 und 2013 für stationäre Einrichtungen von 37,1 auf 39,1 Prozent der Gesamtausgaben gestiegen und die für ambulante ärztliche Leistungen in diesem Zeitraum von 24,9 auf 21,0 Prozent gesunken. Auch wenn man alle Ausgaben der ambulanten Versorgung einschließlich der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel betrachtet, haben diese sich von 54,2 auf 52,0 Prozent der Gesamtausgaben verringert (siehe Abbildung 1).

In der Diskussion zur Überwindung der ja nicht aufgezwungenen, sondern selbst geschaffenen Sektorengrenzen werden die gesundheitspolitischen Ziele häufig nicht klar benannt:

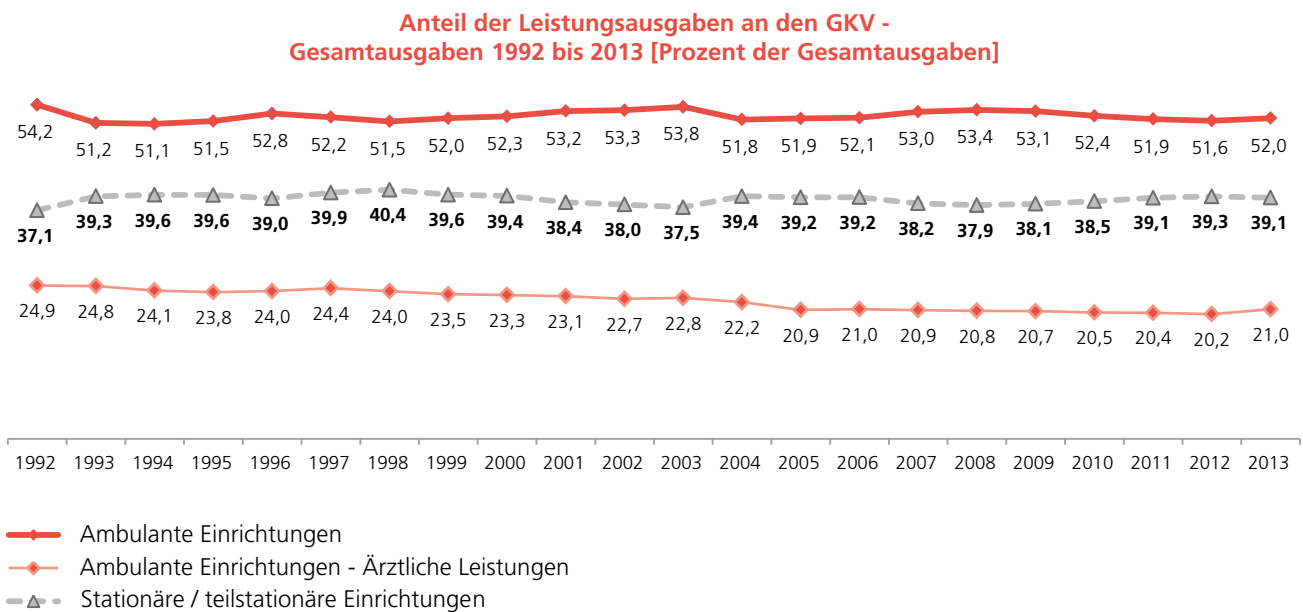
- Geht es um die Verbesserung der Übergänge von der stationären zur ambulanten Versorgung und umgekehrt?
- Um die bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung?
- Um sektorübergreifende oder
- um sektorunabhängige Versorgung?

Und um wessen Nutzen geht es? Den der Ärzte, der Krankenhausträger, der gesetzlichen oder privaten Krankenkassen oder um den der Patienten?

## II. Die Gesetzgebung zur Sektorengrenze seit Inkrafttreten des SGB V am 1. Januar 1989

Bei Inkrafttreten des SGB V Anfang 1989 gab es nur wenige Möglichkeiten sektorenübergreifender Versorgung. Hervorzuheben ist insbesondere der Paragraph 115, der es

## Ausgabenanteile – 20 Jahre ohne Veränderung



Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheitsausgabenrechnung, Datenabzug 08. Oktober 2015



**Abbildung 1: Die Zahl der ambulanten Behandlungen hat in der Vergangenheit stark zugenommen. Dennoch ist der Ausgabenanteil für stationäre Einrichtungen seit 1993 auf 39,1 Prozent gestiegen, der für ambulante ärztliche Leistungen ist von fast 25 auf 21 Prozent gesunken.**

niedergelassenen Vertragsärzten ermöglicht, als Belegarzt im Krankenhaus arbeiten zu können oder Versicherte in Praxiskliniken, die in Trägerschaft von Vertragsärzten stehen, ambulant und stationär zu versorgen. Das Belegarztwesen ist in den letzten Jahren weitgehend ausgehöhlt worden, da viele Krankenhäuser dazu übergegangen sind, niedergelassene Ärzte als Honorarärzte und somit wie Angestellte des Krankenhauses einzusetzen.

Hierzu hat auch eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) beigetragen, die die Privatliquidation von krankenhaushausfremden Ärzten neben den Fallpauschalen zurecht ausgeschlossen hat. Über den Werdegang der Praxiskliniken wird im Folgenden noch berichtet. Die Ermächtigung von Krankenhausärzten zur ambulanten Versorgung bei regionaler Unterversorgung gemäß Paragraph 116 und die Einrichtung von Hochschulambulanzen zu Ausbildungszwecken gemäß Paragraph 117 sowie die psychiatrischen Institutsambulanzen zu Behandlung schwerer Erkrankungen gemäß Paragraph 118 sind sinnvolle Ergänzungen der ambulanten Versorgung, aber nicht wettbewerbsrelevant.

Im Jahre 1990 wurde die Durchführung künstlicher Befruchtungen auch Krankenhäusern ermöglicht (Paragraph

121 a), was durchaus wettbewerbsrelevant, aber nur von geringer Bedeutung ist. Dagegen sind durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 mit der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus (Paragraph 115 a) und dem ambulanten Operieren im Krankenhaus (Paragraph 115 b) die Handlungsmöglichkeiten des Krankenhauses beträchtlich erweitert worden. Im Jahre 2002 wurde die Fortsetzung der Arzneimitteltherapie durch Krankenhäuser (Paragraph 115 c) und 2003 die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (Paragraph 116 a) ermöglicht, was als wettbewerbsneutral einzuordnen ist.

Im Jahre 2009 hat der Bundesgesetzgeber versucht, die Behandlung in Praxiskliniken zu fördern (Paragraph 122), was bisher als gescheitert betrachtet werden kann. Mit der Neufassung des Paragraphen 116 b im Jahre 2011 zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung ist ein interessantes Wettbewerbsfeld für Vertragsärzte und Krankenhäuser eröffnet worden, das einer näheren Betrachtung wert ist. Im Jahre 2012 sind geriatrische Institutsambulanzen zur ambulanten Versorgung zugelassen worden (Paragraph 118 a), und 2015 wurde das Krankenhausentlass-Management mit erweiterten Handlungsmöglichkeiten für Krankenhäu-

ser neu geregelt (Paragraf 39 Abs. 1a). Schließlich werden mit dem Krankenhausstrukturgesetz 2016 die Kassenärztlichen Vereinigungen veranlasst, Portalpraxen an Kliniken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung während der sprechstundenfreien Zeiten einzurichten und überwiegend zu finanzieren. Die Umsetzung der Portalpraxen und deren Auswirkung bleibt abzuwarten.

Von besonderem Interesse für den Wettbewerb an den Sektorengrenzen ist die Neufassung der gesetzlichen Grundlage für die integrierte Versorgung durch das GKV-Versorgungstärkungsgesetz 2015. Der Gesetzgeber hat offensichtlich realisiert, dass der Integrationsansatz durch Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragspartner weitgehend gescheitert ist. Die Rahmenbedingungen waren unattraktiv, die Einflussmöglichkeiten der Aufsichtsbehörden abschreckend, die geforderte Flächendeckung unrealistisch und die finanziellen Risiken der Krankenkassen nach Ende der Anschubfinanzierung zu hoch.

Der neue Paragraf 140 a hat die Gestaltungsmöglichkeiten vereinheitlicht und transparenter gemacht, sowie den Einfluss der Aufsicht begrenzt. Im Absatz 3, Satz 2 wird eine interessante Gestaltungsmöglichkeit angeboten: „Die Partner des Vertrages über eine besondere Versorgung .... können sich .... darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist.“

Auch wenn laut Begründung eines Änderungsantrages des Gesundheitsausschusses des Bundestages hierdurch den Krankenhäusern eine ambulante Behandlung auf vertraglicher Ebene ermöglicht werden sollte und nicht etwa den Vertragsärzten zum Beispiel kurzstationäre Behandlungen in Praxiskliniken, so ist jedenfalls dem Grunde nach die strikte Begrenzung auf den zugewiesenen Sektor für beide Versorgungsebenen durchbrochen.

Die Gesetzgebungshistorie lässt folgende Bewertung zu:

- Im Wesentlichen sind die Handlungsoptionen der Krankenhäuser erweitert worden. Unter dem Einfluss der Bundesländer als Sachwalter der Krankenhäuser verspricht sich der Gesetzgeber offensichtlich mehr von der Ausweitung der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenhäuser als von einem fairen Wettbewerb mit gleich langen Spießen.
- Nur zum geringen Teil sind die gesetzlichen Neuregelungen wettbewerbsrelevant.

- Bei wettbewerbsrelevanten Sachverhalten mangelt es an der Bereitschaft der Vertragspartner, davon in angemessener Weise Gebrauch zu machen.

### III. Der Hindernislauf von Praxiskliniken und ambulanter spezialfachärztlicher Versorgung

Zwei Gestaltungsmöglichkeiten an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung, die am ehesten dem Anspruch der Überwindung der Sektorengrenze gerecht werden könnten, haben eine bemerkenswerte Geschichte.

Seit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 soll durch dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten die Behandlung in Einrichtungen gefördert werden, in denen Versicherte durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Paragraf 115 Abs. 2 Satz 1, Ziffer 1 SBG V). In diesen Praxiskliniken betreut ein Facharzt seine Patienten über den gesamten Therapieverlauf von Diagnose bis zur Schmerztherapie. Die Infektionsgefahr ist in Praxiskliniken deutlich geringer als in Krankenhäusern. Gleichwohl ist es zu keinen Vertragsschlüssen gekommen.

Dem Gesetzgeber war die Schwierigkeit beim Zustandekommen dreiseitiger Verträge wohl bewusst. Er hat deshalb für den Fall des Nichtzustandekommens eine Entscheidung auf Antrag einer der drei Vertragspartner durch die Landesschiedsstelle vorgesehen. In keinem Bundesland wurde ein entsprechender Antrag gestellt, auch nicht von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die die Interessen der Vertragsärzte in Praxiskliniken zu vertreten hätten. Für diesen Fall sollten nach der Gesetzeslage die Inhalte durch Rechtsverordnung der Landesregierung bis zum 31. Dezember 1990 bestimmt werden. In keinem Bundesland ist es zu einer Rechtsverordnung gekommen.

Der Bundesregierung hat in einem Gesetzentwurf vom 22. November 1995 einen neuen Anlauf gesucht und eine stationäre Versorgung von bis zu vier Tagen und maximal vier Betten je Vertragsarzt in Praxiskliniken ermöglichen wollen. Aufgeschreckt durch den Gesetzentwurf kommen 1996 blitzartig dreiseitige Verträge zustande, die in wenigen Sätzen den Gesetzeswortlaut wiedergeben und darüber hinaus nur feststellen, dass bei der Einrichtung von Praxiskliniken die Vorgaben der Landeskrankenhausplanung zu berücksichtigen sind.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung ist im Bundesrat gescheitert und, wie von den Vertragsparteien be-

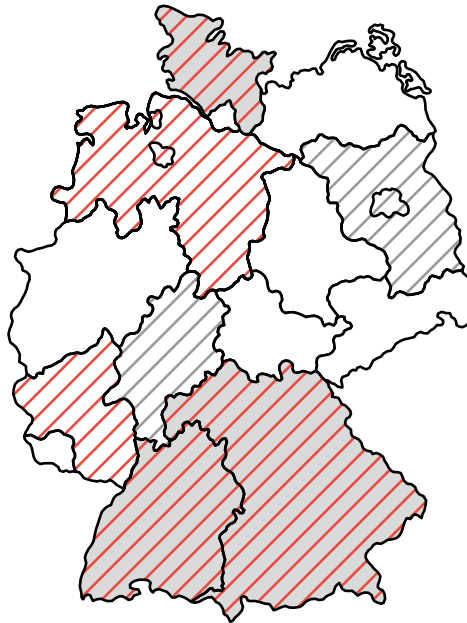
## Exkurs: Was macht ein Krankenhaus aus?

### Anteil Krankenhäuser ohne Computertomographen / Intensivbetten [%]

(Datenbasis: 1.392 Plankrankenhäuser, 2012)

#### Kein Computertomograph: 481 Krankenhäuser (35 %)

Schleswig-Holstein: 56%
Bremen: 42%
Niedersachsen: 42%
Rheinland-Pfalz: 38%
Baden-Württemberg: 43%
Bayern: 42%



#### Keine Intensivbetten: 257 Krankenhäuser (18 %)

Schleswig-Holstein: 42%
Berlin: 23 %
Brandenburg: 27 %
Hessen: 24 %
Baden-Württemberg: 25 %
Bayern: 26 %

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 6.1.1.; 2012



**Abbildung 2: Von bundesweit 1392 Plankrankenhäusern haben im Jahr 2012 257 keine Intensivbetten und 481 keinen Computertomografen vorgehalten. Die Bedeutung dieser Häuser für die stationäre Versorgung ist vor diesem Hintergrund kritisch zu diskutieren.**

absichtigt, ist es in keinem Bundesland zur Aufnahme einer Praxisklinik in den Krankenhausplan gekommen.

Durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz 2009 ist die Behandlung in Praxiskliniken (Paragraf 122 SGB V) einen Schritt weitergekommen. Der GKV-Spitzenverband und der Verband der Praxiskliniken sollen danach einen Katalog von in Praxiskliniken ambulant und stationär durchführbaren Behandlungen und Maßnahmen zur Sicherung der Qualität vereinbaren. Drei Monate nach Inkrafttreten des Paragrafen 122 fordert der Bundesrat in einem anderen Gesetzgebungsverfahren die Aufhebung des Paragrafen 122, was die Bundesregierung zurückweist. GKV-Spitzenverband und Deutsche Praxisklinik nehmen 2010 die geforderten Gespräche auf. Sie werden vom GKV-Spitzenverband 2011 abgebrochen, wobei unausgesprochen die Sorge entscheidend war, dass es den Krankenhäusern bei einer Verlagerung

bestimmter Operationen in Praxiskliniken gelingt, die Betten anderweitig zu füllen.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) ist der interessanteste Ansatz der jüngsten Zeit zu einer wettbewerblichen und ebenenübergreifenden Struktur. Sie stellt eine neue intrasektorale Schnittstelle innerhalb des ambulanten Sektors dar. Zwar ist bedauerlicherweise die Vereinheitlichung des Wettbewerbsrahmens auf ein schmales Feld von nur einem Prozent des Ausgabenvolumens der ambulanten ärztlichen Versorgung begrenzt, aber einheitliche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen sowie einheitliche Vergütung ohne Bedarfsplanung und ohne Mengenbegrenzung sind ein mutiger Schritt in die richtige Richtung. Die Umsetzung ist trotz redlicher Bemühungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu langsam, da hoch komplex. Nach vier Jahren sind lediglich 40 Anzeigen bei den erweiterten Landesausschüssen eingegangen und 28

Berechtigungen zur ASV-Teilnahme ausgesprochen (Stand Ende November 2015). Die diagnosebezogene Gebührenordnung in Euro steht noch aus. Die vorgesehene Kalkulation auf betriebswirtschaftlicher Grundlage und unter Berücksichtigung der spezifischen Investitionsbedingungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser sind der richtige Weg. Das Handlungsfeld für ASV müsste zeitnah erweitert und die Umsetzung erheblich beschleunigt werden, wenn man nicht Jahrzehnte zu warten bereit ist.

Conclusio: Eine Reihe von Initiativen für verbesserte Übergänge oder eine Verzahnung von ambulanten und stationären Strukturen sind mehr oder weniger gescheitert. Gerade überzeugende gesetzgeberische Ansätze werden

- entweder durch bewusstes und gewolltes Zusammenwirken der Beauftragten verhindert,
- oder vom Gesetzgeber so zaghaft, kompliziert und eingegrenzt angelegt, dass sie bestenfalls als Modellvorhaben taugen.

Beim fehlenden Wettbewerb an den Sektorengrenzen haben wir es mit einer partiellen Kombination von Politik- und Systemversagen zu tun. Verantwortliche in Bund und Ländern blockieren sich gegenseitig. Die Vertreter von Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften fühlen sich recht wohl im bestehenden System.

#### IV. Perspektiven

Wie könnte eine am Patienteninteresse ausgerichtete Versorgungsstruktur aussehen? Dazu zunächst ein Blick auf die aktuelle Krankenhausstruktur in Deutschland. Im Jahr 2010 betrug die Verweildauer von circa 40 Prozent aller Krankenhausfälle höchstens drei Tage (SVR-Gesundheit 2012). Wenngleich sicher nicht sämtliche dieser sieben Millionen Patienten hätten ambulant behandelt werden können, zeigen die kontinuierlich sinkende Verweildauer, die Zunahme von Kurzliegern und die vielen Stundenfälle das erhebliche Potenzial ambulanter Leistungserbringung. Wenn von 1392 Plankrankenhäusern 257 keine Intensivbetten und 481 keinen Computertomografen haben, stellt sich ohnehin die Frage, ob wir diese Krankenhäuser brauchen (siehe Abbildung 2).

Stattdessen brauchen wir leistungsfähige kleinere Einrichtungen aus einer Kombination von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Praxiskliniken. MVZ können zur Zeit nicht das leisten, was der Name zu versprechen

scheint. Sie sind normaler Teil der ambulanten Versorgung mit der Möglichkeit, angestellte Ärzte zu beschäftigen. Mit den erweiterten Funktionen der Praxisklinik, auch kurzstationär zu behandeln, könnten lokale Gesundheitszentren entstehen, die insbesondere in ländlichen Regionen eine wohnortnahe Versorgung ohne naheliegendes Krankenhaus sicherstellen können.

Gesundheitspolitisches Ziel muss eine sektorübergreifende – oder besser – eine sektorunabhängige Versorgungsstruktur sein. Der ordnungspolitische Rahmen für diese Struktur wäre:

- Gleiche Vergütung für ärztliche und pflegerische Leistungen (analog der ASV),
- Investitionsförderung über Preise,
- Gleiche Kriterien für die Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- Gemeinsame Bedarfsplanung ambulant/stationär,
- Sektorübergreifende Qualitätsmessung- und -sicherung,
- Wirtschaftlichkeitsprüfung auf gleicher rechtlicher Grundlage und
- Sicherstellungsauftrag in gemeinsamer Verantwortung der Vertragspartner.

Das Konzept ist anspruchsvoll, aber zu schaffen.

E-Mail-Kontakt:  
schulte.ag@t-online.de

#### RA GERHARD SCHULTE

*Studium der Rechtswissenschaft und Politischen Wissenschaft in Münster, Köln und Freiburg im Breisgau; 1. und 2. juristische Staatsprüfung in Freiburg. Von 1985 bis 1990 war Schulte Leiter der Gruppe Sozial- und Gesellschaftspolitik im Bundeskanzleramt.*

*Von 1991 bis 1995 leitete er die Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung und Arzneimittel im Bundesministerium für Gesundheit. Von 1996 bis 2007 war er Vorstandsvorsitzender des BKK Landesverbandes Bayern.*

