



KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

DIE AMBULANTE VERSORGUNG IM WETTBEWERB ZWISCHEN KRANKENHÄUSERN UND VERTRAGSÄRZTEN – GLEICHES RECHT FÜR ALLE? ARGE MEDIZINRECHT, 24. HERBSTTAGUNG 20./21. SEPTEMBER 2024

DR. CHRISTOPH WEINRICH, RECHTSANWALT
LEITER DES STABSBEREICHS RECHT, KBV



1

Steuerungsprinzipien des Gesundheitswesens – „mixtum compositum“



Öffentliche Planung: Dominiert den stationären Sektor durch die Planung von Krankenhausstandorten



Kooperative Koordination: Dominiert den ambulanten Sektor, beruht auf Vereinbarungen, die Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Verbindlichkeit für ihre Mitglieder schließen.



Markt und Preismechanismus: Dominiert bei Arznei- und Hilfsmitteln sowie bei medizinische Geräten.

(vgl. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012)



ARGE MEDIZINRECHT, 24. HERBSTTAGUNG 2024
20./21. SEPTEMBER 2024

SEITE 2

2

BMG: Wettbewerb ist „wichtig“



„**Wettbewerb** im Gesundheitswesen **nützt** den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere **Wahlfreiheit** und am Ende eine **bessere Behandlung**. Wettbewerb im Gesundheitswesen ist also kein Selbstzweck, sondern der **Weg** zu einer **besseren medizinischen Qualität**, zu mehr **Effizienz** und zu **weniger Bürokratie**.

Um dies zu erreichen muss der **Wettbewerbsgedanke zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen**, zwischen den Krankenkassen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern – **insbesondere zu Ärzten und Krankenhäusern** – auch **künftig gestärkt werden**.“

Quelle:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/finanzierung/wettbewerb>



ARGE MEDIZINRECHT, 24. HERBSTTAGUNG 2024
20./21. SEPTEMBER 2024

SEITE 3

3

Was aber ist eigentlich Wettbewerb?

Wettbewerb ist ein antagonistisches Marktverhalten (der Marktteilnehmer setzt Aktionsparameter ein), bei dem sich mindestens zwei Anbieter (mit dem Ziel der Gewinnmaximierung) oder Nachfrager (mit dem Ziel der Nutzenmaximierung) gegenüberstehen und ihr jeweiliges Ziel zu Lasten des anderen durchzusetzen versuchen.

(Nach Arentzen/Hadeler, Gabler-Volkswirtschaftslexikon)

Folgende Funktionen kann Wettbewerb haben:

Steuerung, Verteilung, Allokation, Innovation, Anreiz, Anpassung



ARGE MEDIZINRECHT, 24. HERBSTTAGUNG 2024
20./21. SEPTEMBER 2024

SEITE 4

4

Die „Einführung eines Wettbewerbs“ der Sektoren – eine Historie

- 1992:** Gesundheitsstrukturgesetz: Ambulantes Operieren (BGBl. I 1992, 2266ff)
1999: GKV-Gesundheitsreformgesetz: Integrierte Versorgung (BGBl. I 1999, 2626ff)
2002: Fallpauschalengesetz: Einführung des DRG-Systems (BGBl. I 2002, 1412ff.)
2003: GKV Modernisierungsgesetz: ambulante Behandlung im Krankenhaus (später ASV; Förderung der Integrierten Versorgung, Einführung der MVZ (BGBl. I 2003, 2190ff.)
2009: Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, Portalpraxen (BGBl. I 2009, 534ff)
2011: GKV-VStG: Erweiterung der Ermächtigungsmöglichkeiten bei Unterversorgung, Kooperationsmöglichkeit KV/KH im Notdienst, Einführung der ASV (BGBl. I 2011, 2983ff)
2015: GKV-VSG: Ambulante Behandlungsmöglichkeit im KH bei Nichtvermittlung durch TSS; Erweiterung der Ermächtigungsmöglichkeiten für KH in der ambulanten Versorgung; Erleichterung der ASV bei onkologischen Erkrankungen; Ermächtigung für Universitätsambulanzen bei schweren oder sehr komplexen Erkrankungen (BGBl. I 2015, 1211ff)
2021: GVWG: Einführung eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens bei ambulanten Notfallleistungen im Krankenhaus (2023 wieder ausgesetzt) (BGBl. I 2021, 2754)
2022: Krankenhauspflegeentlastungsgesetz: Spezielle sektorengleiche Vergütung (BGBl. I 2022, 2749ff)
2023: PUEG: Erleichterung der ambulanten Notfallversorgung durch Krankenhäuser
2024: KHVVG?: Weitergehende Öffnung der Krankenhäuser?



5

Wo findet Wettbewerb heute statt? Eine normative Betrachtung

Öffnung ambulante Versorgung (für Krankenhäuser)

- § 39 (Teilstationäre Versorgung)
 § 95 Abs. 2 (MVZ)
 §§ 115ff. (Ermächtigungen)
 § 115a (Vor- und nachstationär)
 § 115b (AOP)
 § 116b (ASV)
 § 115d (stationsäquivalente Vers.)
 § 115e (Tagesstationäre Behandlung)
 § 115f (Spezielle Sektorengl. Vergütung)
 § 117 (Hochschulambulanzen)
 § 118 (Psychiatr. Institutsambulanzen)
 § 118a (Geriatr. Institutsambulanzen)
 § 119 (Sozialpädiatr. Zentren)
 § 119c (Medizinische Behandlungszentren)
 § 120 Abs. 2 SGB V (Kinder/Jugendamb.)
 § 137f (DMP)
 KHVVG?

Beiderseitige Öffnung

- § 140a (Besondere Versorgung)



Öffnung stationäre Versorgung (für Vertragsärzte)

- § 115 (Praxiskliniken)
 § 115a und b (Honorarärzte)
 § 121 (Belegärzte)



Fazit: Wettbewerb der Sektoren findet im Wesentlichen im ambulanten Rahmen statt, da es zu einer Ausweitung der ambulanten Leistungsberechtigten kommt.



6

Ein Blick hinter die Kulissen: Volumen des „Wettbewerbs“

Prozentualer Anteil der von Krankenhäusern erbrachten ambulanten im Verhältnis zu den von Vertragsärzten erbrachten Leistungen				
	Anzahl ambulante Fälle (2022)	Anteil	Anzahl ambulante Fälle (2018)	Anteil
Vertragsärzte	577.793.420	95%	566.032.819	95%
Krankenhäuser	32.988.196	5%	30.558.713	5%
Gesamt	610.781.616		596.591.532	

Quelle: Grunddaten der Krankenhäuser 2018, 2022 und vertragsärztliche Abrechnungsdaten 2018, 2022

Anmerkung: Von den ambulanten KH-Fällen, sind **10,8 Millionen ambulante Notfälle**

Verhältnis zwischen ambulanten und stationären Fällen eines Krankenhauses				
	2022		2018	
	Anzahl KH-Fälle	Anteil	Anzahl KH-Fälle	Anteil
stationär	17.204.072	34%	19.808.687	39%
ambulant	32.988.196	66%	30.558.713	61%
Gesamt	50.192.268		50.367.400	

Quelle: Grunddaten der Krankenhäuser, Statistisches Bundesamt 2018, 2022 (ambulant) und Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern, Statistisches Bundesamt 2018, 2022 (stationär)

Quelle für beide Auswertungen: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung



ARGE MEDIZINRECHT, 24. HERBSTTAGUNG 2024
20./21. SEPTEMBER 2024

SEITE 7

7

Gleiche Bedingungen? Vergütungssystem im ambulanten Bereich

- › **Die Vergütung vertragsärztlichen Leistungen erfolgt heute im Wesentlichen nach dem EBM** (Eingeführt 1977 durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz, zuvor gab es unterschiedlich aufgebaute Gebührenordnungen nach Kassenarten)
- › **Wesentlich** für den EBM ist seine **Steuerungsfunktion**
 - › **Keine Gebührenordnung sondern Ausgang**
 - › **Bewertungsverhältnis der Leistungen** zueinander
 - › Leistungsrechtliche Bestimmung der im Sachleistungsprinzip zu erbringenden Leistungen; **zentrales Instrument zur Gewährleistung des Sachleistungsprinzips**
 - › **Steuerung des vertragsärztlichen Leistungsverhaltens** (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2001 – B 6 KA 20/00 R –, BSGE 88, 126-138, SozR 3-2500 § 87 Nr. 29, SozR 3-5533 Nr. 345, Rn. 24)
 - › Nicht zuletzt hierauf beruht das **Grundkonzept des „weiten Gestaltungsspielraums“** des BA, so er sich auf seine Steuerungsfunktion berufen kann.



ARGE MEDIZINRECHT, 24. HERBSTTAGUNG 2024
20./21. SEPTEMBER 2024

SEITE 8

8

Im Gegensatz: Vergütungsregelungen ambulant tätige Krankenhäuser

TABELLE 1: Überblick über weitere ambulante Versorgungsformen (ohne selektivvertragliche Versorgungsformen)

Versorgungsform	Rechtsgrundlage
1. Im Rahmen des vertragsärztlichen Vergütungssystems (EBM) vergütete Leistungen	
Ambulantes Operieren	§ 115b SGB V
Geriatrische Institutsambulanzen	§ 118a SGB V
Ambulante Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte	§ 116 SGB V
Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung	§ 116a SGB V
Ambulante Behandlung nach § 116b alt SGB V	§ 116b alt SGB V
2. Auf Basis eigener Vergütungsregelungen vergütete Leistungen	
Spezialfachärztliche Versorgung	§ 116b SGB
Hochschulambulanzen	§ 117 SGB V
Psychiatrische Institutsambulanzen	§ 118 SGB V
Sozialpädiatrische Zentren	§ 119 SGB V
Pädiatrische Spezialambulanzen	§ 120 Abs. 1a SGB V
Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung	§ 119c SGB V
Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	§ 115a SGB V
Notfallambulanzen / Portalpraxen	§ 75 Abs. 1b SGB V
Disease-Management-Programme (DMP)	§ 137f SGB V
3. Auf Basis der Vergütungssysteme stationärer Versorgungsformen	
Teilstationäre Behandlung*	§ 39 SGB V
Ein-Tages-Fälle**	§ 39 SGB V
Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	§ 115d SGB V

* Hier handelt es sich formal nicht um eine ambulante Versorgungsform, jedoch ggf. um eine alternative Abrechnungsform für ambulant erbringbare Leistungen.
 ** Auch hier handelt es sich formal nicht um eine ambulante Versorgungsform.
 Quelle: eigene Darstellung

- › Hinzugekommen seither: 115f sowie 115e SGB V
- › Unterschiedliche Vergütungsnormen gehen mit **unterschiedlichen Vergütungssystemen und Normgebern** einher, die sich von der ambulanten Grundsystematik unterscheiden.

Quelle: Walendzik&Wasem, Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen, 2019

Trotz Vielzahl der Systeme: Begrenztes, dynamisches Volumen

Absolutes Vergütungsvolumen für von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen			
Kostenart	Konto KJ 1	GKV-Ausgaben 2022	GKV-Ausgaben 2018
Ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Krankenhäusern nach § 116b SGB	04030	305.032.626 €	240.840.200 €
Ärztliche Behandlung in Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V	04036	1.174.760.811 €	892.501.860 €
Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V)	04620	672.078.033 €	639.714.323 €
Behandlung in sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V	05430	308.007.178 €	248.172.432 €
Behandlung in medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V	05433	16.343.141 €	2.451.226 €
Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V	05440	775.217.304 €	667.712.893 €
Behandlung in geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a SGB V	05443	269.983 €	913 €
Gesamt		3.251.709.077 €	2.691.392.021 €
Quelle: KJ 1 2022			

Quelle: Auswertung ZI

Gleiche Bedingungen? Gibt es nicht

So Krankenhäuser ambulant tätig werden, werden sie als Krankenhäuser tätig

- › **Persönliche Leistungserbringung**
 - › Facharztstandard
 - › Facharztstatus
- › **Einsatz von Ärzten** (Genehmigungsregime im ambulanten Bereich z. B. bei Vertretung, Sicherstellungsassistenzen)
- › **Unterschiedliches Prüfregime**
- › **Unterschiedliche Qualitätsvorgaben**

Zwischenfazit

- › „**Wettbewerb**“ bedeutet in der Ausformung durch den Gesetzgeber bisher im Wesentlichen: **Öffnung der ambulanten Versorgung** für Krankenhäuser.
- › **Ambulantisierung** bedeutet im Wesentlichen eine **Ambulantisierung (stationärer) Leistungserbringer**, anstatt einer Verlagerung von Leistungen aus den Krankenhäusern heraus. Diese „Ambulantisierung“ führt zu einer Erhöhung der Fallzahlen am Krankenhaus selbst („Beschäftigungseffekt“). Die überwiegende Anzahl der Fälle (66%) ist mittlerweile ambulant.
- › **Eine Vielzahl von Normen erzeugt einen begrenzten (Versorgungs-)Effekt** für die ambulante Versorgung insgesamt – sowohl im Bereich der Fälle als auch im Hinblick auf das (Abrechnungs-)Volumen.
- › **Ambulantisierung erfolgt im Vergütungsbereich nicht konsequent**: Vergütungshoheit müsste im EBM liegen.

Und es geht weiter: PUEG und Entwurf des KHVVG

- › **PUEG:** Änderung von § 120 Abs. 3b: Erleichterung der Behandlung im Notfall
- › **KHVVG: Sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen, § 115g-E**
 - › **Ermächtigung** für die vertragsärztliche Versorgung bei Feststellung der drohenden Unterversorgung (§ 116a Abs. 2-E)
 - › **Dauerhafte (!) Ermächtigung zur hausärztlichen Versorgung**, sofern keine Zulassungsbeschränkung (§ 116a Abs. 3-E)
 - › **Finanzierung** sektorenübergreifender Versorgungseinrichtungen durch Mittel aus dem Transformationsfonds (§ 12 Abs. 1 KHG-E)

Beihilferechtliche Betrachtung: Ausgangspunkt

- › Sofern Krankenhäuser ambulant tätig werden, überschneidet sich das Angebot mit demjenigen ambulanter Leistungserbringer iSv. § 95 Abs. 1 SGB V. Konsequenz ist dann nicht, dass unterschiedliches Preisregime gilt.
- › **Die Bedingungen sind wegen der dualistischen Finanzierung in Teilen ungleich**
 - › Im stationären Bereich: Grundsätzlich duale Krankenhausvergütung (§ 4 KHG) PLUS ggf. Finanzierung aus Transformationsfonds
 - › Im ambulanten Bereich: Sämtliche Kosten sind aus den Erlösen aus dem EBM zu bestreiten.
 - Bsp. Für Kosten: Übernahmekosten (169.300 Euro Übernahmekosten für HÄ-Praxis); bei Neugründung 204.900 Euro für HA-Praxis) laufende Investitionskosten im hausärztlichen Bereich 10.500 Euro (Einzelpraxis)
 - (Quelle der Zahlen: ZI-Praxispanel, Jahresbericht 2022)
- › **Die Ungleichen Bedingungen werden durch Transformationsfonds verstärkt**

Aus Sicht der KBV beihilferechtlich problematisch (1)

- › **KH als Unternehmen anzusehen**, weil KH im Wettbewerb um Gesundheitsdienstleistungen stehen (vgl. Soltesz/Buchner unter Verweis auf Unionsrechtsprechung)
- › Der Beihilfecharakter kann auch nicht durch „**Markt Economy Operator Test**“ (MEOT) ausgeschlossen werden (str. so aber zu recht Soltesz/Buchner)
 - › Investitionskosten im ambulanten Bereich nicht lediglich Ausgleichsmaßnahme
 - › KHG-Förderung nicht als Gegenleistung konzipiert
- › Kein Ausschluss des Beihilfecharakters nach Altmark Trans-Grundsätzen (insb. kein Ausgleich, der nicht über die Kosten hinausgeht, die einem gut und durchschnittlich geführten Unternehmen entstehen)
- › Selektivität der Begünstigung gegeben (Art. 107 Abs. 1 AEUV)
- › Wettbewerbsverfälschung und Beeinträchtigung des zwischenstaatlichen Handels gegeben.

Aus Sicht der KBV beihilferechtlich problematisch (2)

- › **KH als Unternehmen anzusehen**, weil KH im Wettbewerb um Gesundheitsdienstleistungen stehen (vgl. Soltesz/Buchner unter Verweis auf Unionsrechtsprechung)
- › **Die Bedingungen sind wegen der dualistischen Finanzierung in faktisch ungleich**
 - › Im stationären Bereich: Grundsätzlich duale Krankenhausvergütung
 - › Im ambulanten Bereich: Sämtliche Kosten sind aus den Erlösen aus dem EBM zu bestreiten.
 - Bsp. Für Kosten: Übernahmekosten (169.300 Euro Übernahmekosten für HÄ-Praxis); bei Neugründung 204.900 Euro für HA-Praxis) laufende Investitionskosten im hausärztlichen Bereich 10.500 Euro (Einzelpraxis)
 - (Quelle der Zahlen: ZI-Praxispanel, Jahresbericht 2022)

Gleiches Recht für Alle?

- › Auch die jüngsten Entwicklungen zeigen: **Ambulanter und stationärer Sektor werden nach unterschiedlichen Rahmenbedingungen tätig.**
- › **Die zentralen Steuerungsparameter von stationär (hoheitlich-planerisch) und ambulant (kooperative Koordination) widersprechen sich.** Insbesondere auch am Steuerungspunkt Vergütung.
- › **Was als „Wettbewerb“ deklariert wird ist normativ eher als Ausprägung des Versagens der hoheitlich-planerischen Steuerungsintention** (Reduzierung von Krankenhäusern) zu sehen.

Zum Abschluss: Thesen für eine zielführende „Verzahnung“

- › **Die Regelungssystematik in der Vergütung muss der Grundsystematik des Sektors entsprechen**
– Tätigwerden nur im Regelungsregime des jeweiligen Sektors.
- › **Eine echte Verzahnung muss in beide Richtungen verlaufen** (Ermöglichung stationärer Leistungen auch für den ambulanten Bereich).
- › Anstelle einer Vielzahl von Normen und Regelungsregimen muss eine **einheitliche Betrachtung des jeweiligen Sektors** treten.

***Wir sind
für Sie nah.***

rettet-die-praxen.de

19

 KAPITELNAME

Überschrift 28 pt bold

Zwischenüberschrift 21 pt bold

Ich weiß, dass ich nie die Chance haben werde, im Stern zu erscheinen. Aber bin ich darum weniger wichtig? Aber ich bin gerne Text.

Zwischenüberschrift 21 pt bold

Ich bin Blindtext. Von Geburt an. Es hat lange gedauert, bis ich begriffen habe, was es bedeutet, ein blinder Text zu sein: Man macht keinen Sinn. (Ebenen sechs) 21 pt

Zwischenüberschrift 21 pt bold

Man wirkt hier und da aus dem Zusammenhang gerissen. Oft wird man gar nicht erst gelesen.

20

KAPITELNAME

Überschrift 28 pt bold

Zwischenüberschrift 21 pt bold

Ich bin Blindtext. Von Geburt an. Aber bin ich deshalb ein schlechter Text:

- › Aufzählung auf erster Ebene // Aber bin ich deshalb ein schlechter Text? 21 pt
- › Ich weiß, dass ich nie die Chance haben werde, im Stern zu erscheinen.

 ARGE MEDIZINRECHT, 24. HERBSTTAGUNG 2024
20./21. SEPTEMBER 2024

SEITE 4

21

Beispiel einfache Tabelle

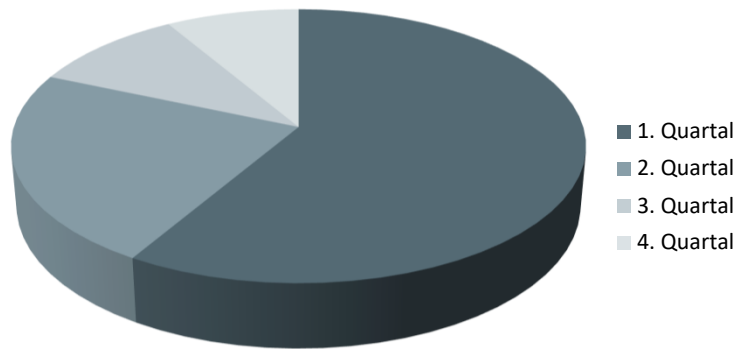
Überschrift		
Spaltenüberschrift 1	Spaltenüberschrift 2	Spaltenüberschrift 3

 ARGE MEDIZINRECHT, 24. HERBSTTAGUNG 2024
20./21. SEPTEMBER 2024

SEITE 4

22

Beispiel Tortendiagramm 1

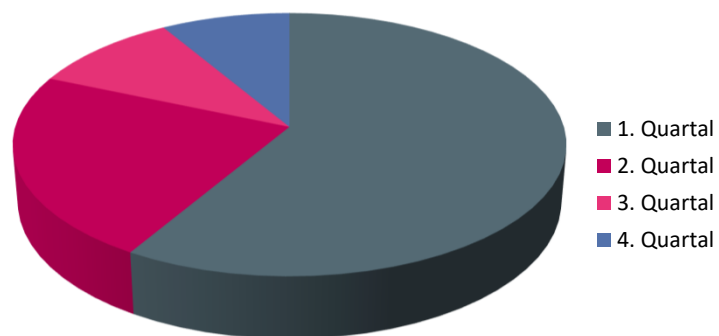


ARGE MEDIZINRECHT, 24. HERBSTTAGUNG 2024
20./21. SEPTEMBER 2024

SEITE 4

23

Beispiel Tortendiagramm 2

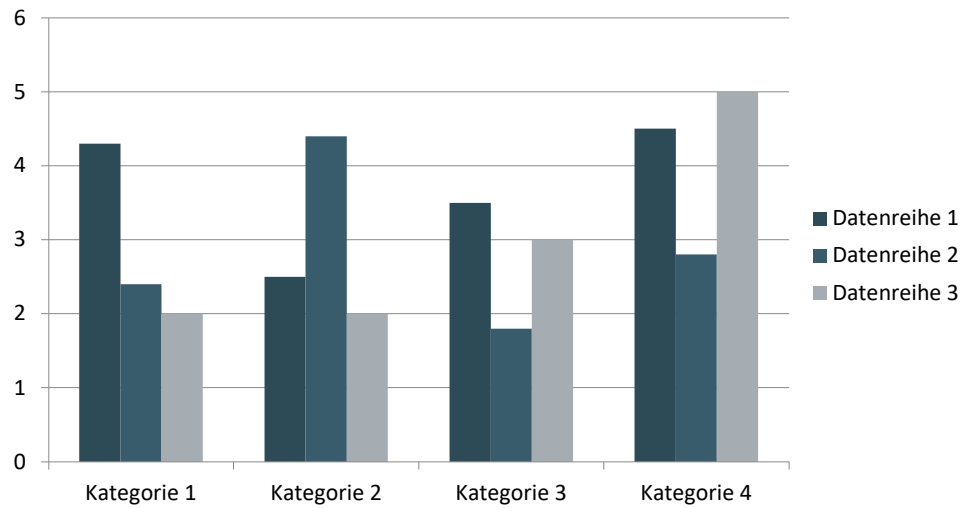


ARGE MEDIZINRECHT, 24. HERBSTTAGUNG 2024
20./21. SEPTEMBER 2024

SEITE 4

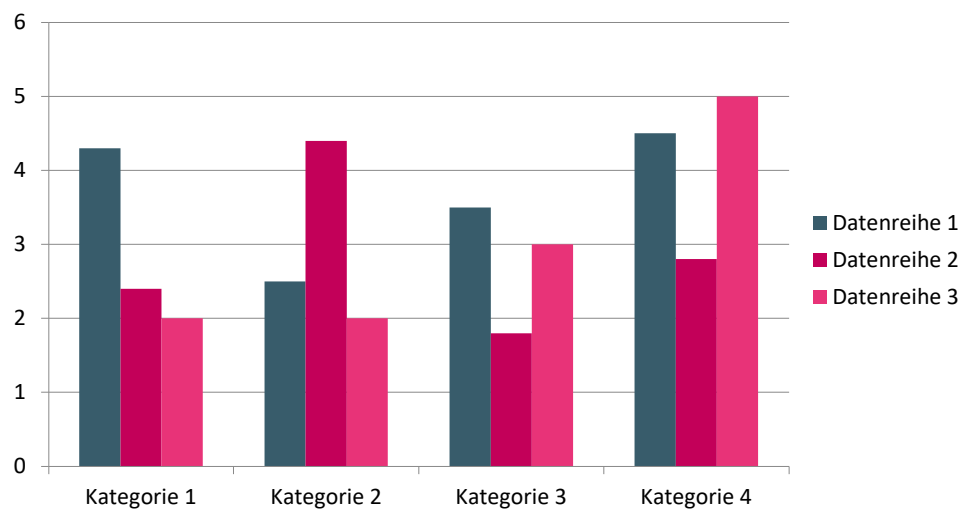
24

Beispiel Säulendiagramm 1



25

Beispiel Säulendiagramm 2



26

Beispiel Bildverwendung

- › Ich bin Blindtext. Von Geburt an. Es hat lange gedauert, bis ich begriffen habe, was es bedeutet, ein blinder Text zu sein: Man macht keinen Sinn.



Quelle: KBV



ARGE MEDIZINRECHT, 24. HERBSTTAGUNG 2024
20./21. SEPTEMBER 2024

SEITE 4