

Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht am 13.11.2014 in Berlin

„Aktuelle Probleme der Bedarfsplanung“

Vortrag „Niederlassung ohne Bedarfsplanung“

RA Christian Nobmann, KZBV

Thesen:

- I. Die Sicherung einer i.S.d. § 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V bedarfsgerechten (zahn)ärztlichen Versorgung bedarf nicht zwingend einer Regulierung durch Zulassungsbeschränkung.
- II. Die Beschränkung der Niederlassung von Ärzten als Rechtsfolge einer Überversorgung stellt einen Eingriff in die durch Art. 12 GG geschützte Berufsausübungsfreiheit dar. Dieser Eingriff bedarf der Begründung. Das BVerfG entnimmt diese aus der Notwendigkeit der finanziellen Stabilität des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung als Gemeinwohlbelang. Dieser vom BVerfG in ständiger Rechtsprechung verwandte - aber nicht näher erläuterte - Ansatz ist kritisch zu diskutieren.
- III. Spezifika der vertragszahnärztlichen Versorgung führen dazu, dass Zulassungssperren weder sachlich geboten, noch im Lichte der durch Art. 12 GG geschützten Berufsausübungsfreiheit verfassungsrechtlich zulässig wären. Es war daher zwingend, dass der Gesetzgeber die Möglichkeit der Zulassungsbeschränkungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung mit dem GKV-WSG zum 01.04.2007 aufgehoben hat. Der Rechtszu-

stand vor Aufhebung der Möglichkeit der Zulassungsbeschränkung bei Überversorgung ist als verfassungswidrig zu bewerten.

IV. Diese unter III. zugrundegelegten Spezifika der vertragszahnärztlichen Versorgung lassen sich wie folgt kategorisieren:

- Das Leistungsfeld weist eine weitestgehend homogene Struktur auf.
- Die Versorgung ist ganz überwiegend ambulant ausgerichtet. Es bestehen nahezu keine Berührungspunkte zu anderen Sektoren im alltäglichen Versorgungsgeschehen. Eine Ausnahme bilden MKG-Chirurgen, die als doppeltapprobierte Ärzte auch dem vertragsärztlichen Leistungsgeschehen zuzurechnen sind. Gleichwohl greift auch für diesen Leistungsbereich die Sperrwirkung des § 103 Abs. 8 SGB V.
- Die Gefahr „angebotsinduzierter“ zahnärztlicher Leistungen zu Lasten der GKV besteht nicht in der gleichen Weise wie in der ärztlichen Versorgung. Die Wertung des BSG hierzu (vgl. Urteil vom 18.12.1996, Az. 6 RKa 73/96) ist kritisch zu hinterfragen. In Teilen des vertragszahnärztlichen Leistungsgeschehens ist dazu der Kostenanteil der GKV durch Festzuschüsse (bei Zahnersatz gem. § 55 Abs. 1 SGB V) fixiert oder durch Eigenanteile des Versicherten (bei kieferorthopädischer Behandlung gem. § 29 Abs. 2 SGB V) limitiert. Das Risiko der Kostenausweitung wird hierdurch deutlich begrenzt.
- Weitere Leistungsbereiche, wie die Verordnung von Heilmitteln und anderen veranlassten Leistungen spielen eine höchst untergeordnete Rolle.
- Regelungen zur Punktwertdegression gem. § 85 Abs. 4b-f SGB V dämpfen das Kostenrisiko für die GKV weiter ab; diese Regelung unterläuft jedoch andernorts gesetzlich vorgegebene bedarfsplanungsrechtliche Sicherungsmechanismen.

V. Eine vollständige Loslösung der vertragszahnärztlichen Versorgung von der Planung im Sinne einer „Niederlassung ohne Bedarfsplanung“ ist aufgrund des Sicherstellungsauftrages allein für Fälle möglicher (aber bislang kaum existenter) Unterversorgung nicht notwendig. Die i.S.d. § 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V bedarfsgerechte vertragszahnärztlichen Versorgung wird daher durch mehrere Instrumente gesichert:

- Feststellung des Versorgungsgrades anhand der vom G-BA nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V festgesetzten Verhältniszahlen für die jeweiligen Planungsbereiche,
- Möglichkeit der Abweichung zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten gem. § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V,
- Prüfung drohender oder bestehender Unterversorgung durch den jeweiligen Landesausschuss gem. § 100 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 6 BedPI-RL ZÄ, ggf. Maßnahmen nach §§ 15, 16 Zahnärzte-ZV,
- Möglichkeit der Förderung der vertragszahnärztlichen Versorgung durch die jeweiligen KZVen gem. § 105 SGB V u.a. durch Sicherstellungszuschläge nach Abs. 1 Satz 1 2. HS in unterversorgten Gebieten (nahezu ohne Relevanz, da es bislang nur in einem einzigen Fall die Feststellung einer Unterversorgung gegeben hat und solche Feststellungen auch in Zukunft nicht zu erwarten sind). Grundsätzlich wird der Sinn dieser Regelung jedoch durch die Punktwertdegression gem. § 85 Abs. 4b-f SGB V konterkariert. Mindestens für Gebiete, in denen eine Unterversorgung festgestellt wurde oder droht, ist die Degressionsregelung daher als kontraproduktiv zu bewerten und aufzuheben.
- Perspektivisch: Umsetzung der Kriterien des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V in der BedPI-RL ZÄ als Rechtsgrundlage für weitere Maßnahmen nach § 105 SGB V.