

Wer trägt die Verantwortung? Der Sicherstellungsauftrag im Gesundheitswesen zwischen Staats- und Selbstverwaltung

RA Christian Nobmann

Thesen

- Das Sozialstaatsprinzip gemäß Art. 20 Abs. 1 GG in Verbindung mit der Gewährleistung des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) begründet einen staatlichen Schutz- und Leistungsauftrag für das Gesundheitswesen. Dieser Auftrag konkretisiert sich für die gesetzlich Versicherten im Anspruch auf eine flächendeckende und wohnortnahe ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung. Die bedarfsgerechte ambulante und stationäre Versorgung ist unverzichtbarer Teil des Leistungsanspruchs und als besonders wichtiges Gemeinschaftsgut einzuordnen.
- Verfassungsrechtlich besteht keine umfassende Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Gesundheitswesen. Bei der Frage der Gesetzgebungskompetenz für die Ausgestaltung des Sicherstellungsauftrags ist dabei nach ambulanter und stationärer Versorgung zu differenzieren. Für die Bedarfsplanung und Zulassung als Instrumente der Sicherstellung der vertragsärztlichen und –zahnärztlichen Versorgung ergibt sich eine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG, da die Instrumente der Sicherstellung unmittelbar der Organisation der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung und damit der Sozialversicherung dienen. Von dieser Kompetenz hat der Bund über die Vorgaben in §§ 70 Abs. 1, 75, 99 ff. SGB V sowie durch den Erlass der Zulassungsverordnungen sektorbezogen aber auch durch sektorübergreifende Vorgaben Gebrauch gemacht.
- Weiterhin muss danach differenziert werden, in wessen Verantwortung die Umsetzung des Sicherstellungsauftrags erfolgt. Für die ambulante Versorgung wird der staatliche Sicherstellungsauftrag durch § 75 Abs. 1

SGB V auf die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Bundesvereinigungen und damit auf die Selbstverwaltungskörperschaften übertragen. Sie sind zentrale Akteure zur Gewährleistung der flächendeckenden vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Versorgung. Die Übertragung ist erfolgt, um eine größere Sachnähe und Flexibilität zu erreichen; sie bindet aber die Selbstverwaltungskörperschaften an die gesetzlichen Vorgaben, wodurch dem Wesentlichkeitsgebot Rechnung getragen wird.

- Auch die konkrete Ausgestaltung der Bedarfsplanung gem. §§ 99 ff. SGB V liegt in der gesetzlich zugewiesenen Zuständigkeit der Selbstverwaltungskörperschaften mittels Rechtssetzung des G-BA, durch Aufstellung der Bedarfspläne durch die K(Z)Ven und Entscheidungen der Landesausschüsse der (Zahn-)Ärzte und Krankenkassen.
- Die gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG bestehende Gesetzgebungskompetenz des Bundes entfaltet keine Sperrwirkung hinsichtlich landes- oder kommunalrechtlicher Mittel zur allgemeinen Förderung (zahn-)ärztlicher Niederlassungen, soweit sie nicht in Konkurrenz mit den bundesrechtlich determinierten Regelungen treten.
- Die Tatsache, dass der Bund von der Gesetzgebungskompetenz nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG hinsichtlich der Sicherstellung der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung Gebrauch gemacht hat, bindet den Bund jedoch dahingehend, dass Teilbereiche der Sicherstellung selbst nicht an die Länder „abgetreten“ werden können, es gilt hier der Grundsatz des „Ganz oder gar nicht“.
- Aktuelle Ideen aus dem politischen Raum, die Bundesländer generell in die Bedarfsplanung einzubeziehen, die Länderbeteiligung in den Zulassungsausschüssen über eine ausschlaggebende Stimme zu sichern oder die Bundesländer die Bedarfsplanung für die vertragszahnärztliche Versorgung selbst vornehmen zu lassen, begegnen deutlichen verfassungsrechtlichen Bedenken, da sie zu einer doppelt unzulässigen Mischverwaltung führen.