

Kommentar
Bedarfsplanung als spezifisches Regulierungsrecht
Symposium am 12. und 13. September 2011
in Frankfurt a. M.
Rechtsanwältin Barbara Berner
Kassenärztliche Bundesvereinigung

Beschäftigt man sich mit der Bedarfsplanung sollte man den Blick in die Historie richten. Nachdem das Bundesverfassungsgericht im Jahr 1960 § 368a Abs. 1 Satz 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) i. d. F. v. 17. August 1955 (wonach in der Regel je 500 Kassenmitglieder nur ein Arzt als Kassenarzt zuzulassen war) für nichtig erklärt hatte, war die Bedarfszulassung kein Mittel mehr, um der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung entgegen zu steuern. Erst durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 ist die Zulassung aufgrund von Verhältniszahlen wieder eingeführt worden. Dies wurde begründet mit einem grundlegenden Wandel der Verhältnisse seit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, der in der unvorhergesehenen starken Zunahme der Zahl der Vertragsärzte liegt. Nach Meinung des Gesetzgebers besteht zwischen der Anzahl der zugelassenen Ärzte und der Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ein enger Zusammenhang. Diese Begründung zur Einführung von Bedarfsplanungsregelungen im Hinblick auf die Finanzierbarkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung hat bis zum Bundesverfassungsgericht (Beschluss v. 27.04.2001, Az.: 1 BvR 1282/99) gehalten. Bei der Abwägung zwischen dem Grundrecht des Arztes nach Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz (GG) und den Gemeinwohlbelangen haben das Bundessozialgericht und das Bundesverfassungsgericht die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung als höherrangiges Rechtsgut eingestuft, das Zulassungsbeschränkungen rechtfertigt. Gleichwohl ist bei Veränderungen des Bedarfsplanungssystems das Grundrecht der Freiheit der Berufswahl als Kontrollmaßstab heranzuziehen. Die Prüfung der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit vertragsärztlicher Bedarfsplanung muss bezogen auf konkrete Planungsinstrumente und Ziele durchgeführt werden. Wollte man mit dem Gesundheitsstrukturgesetz der steigenden Überversorgung entgegenwirken, steht bei den heutigen Reformüberlegungen die ausreichende Versorgung der Versicherten in allen Regionen und das Problem eines Ärztemangels im Vordergrund. Daraus ergibt sich aus Sicht der KBV ein Perspektivwechsel, der lautet:

„Nicht das Fernhalten von Ärzten zum ‚Schutz‘ der Ausgaben ist mehr die Aufgabe, sondern der Versorgungsbedarf der Patienten definiert den Versorgungsstand an Ärzten“.

Die Frage, ob es überhaupt noch Vorschriften bedarf, die die Zulassung steuern oder ob nicht Bedarfsplanung, zumindest aus Sicht des einzelnen Arztes, als überflüssige Regulierungsinstrument anzusehen ist, beantwortet sich aus dem vorgenannten Ziel einer Versorgungsplanung. Um dem Sicherstellungsauftrag gerecht zu werden, müssen Regelungen vorgegeben werden, die es der Selbstverwaltung erlauben, eine intelligente Versorgungsplanung neu zu gestalten. Ansonsten ist zu befürchten, dass sich die bestehende Unterversorgung in vielen Gebieten verfestigen würde. Eine Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit ausreichenden ärztlichen Leistungen wäre nicht mehr zu gewährleisten.

Das Versorgungsstrukturgesetz hat daher die Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung als ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen beschrieben. Nach dem Gesetzentwurf, Stand August 2011 sind folgende Regelungsvorschläge zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung vorgesehen :

- Flexibilisierung der regionalen Planungsbereiche,
- Berücksichtigung von Demographie bei der Anpassung der Verhältniszahlen,
- Einbeziehung von an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Krankenhausärzten in die Bedarfsplanung,
- Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassung,
- Stärkung der Einwirkungsmöglichkeiten der Länder unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten,
- Rechtsaufsicht über den Länderausschuss,
- sektorübergreifendes Gremium auf Landesebene,
- Förderung des Verzichts auf Zulassung in überversorgten Gebieten und weitere zulassungsrelevante Regelungen (z. B. Befristung von Zulassungen),
- Anpassung der gesetzlichen Vorgaben zur Auswahl des Praxisnachfolgers,
- Anpassung der Regelungen zur Verlegung eines Vertragsarztsitzes.

Zuzustimmen ist der These von Herrn PD Claudio Franzius, dass die geplante Flexibilisierung der Bedarfsplanung um den Preis einer Verkomplizierung der Organisationslandschaft erfolgen wird, wenn der Gesetzentwurf so in Kraft tritt. Zwar ist zu begrüßen, dass die Planungsbereiche künftig so festgelegt werden sollen, dass sie eine flächendeckende Versorgung sicherstellen. Die Kompetenz der Ausgestaltung soll in den Gemeinsamen Bundesaus-

schluss verlagert werden, von dessen Richtlinien abgewichen werden kann, um regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Dies erfolgt zu Lasten rechtssicherer bundeseinheitlicher Vorgaben und damit letztlich zu Rechtsunsicherheiten. Ob diesen Problemen die Schaffung einer sektorenübergreifenden Regulierungsbehörde auf Landesebene als Lösung entgegengesetzt werden kann, erscheint fraglich. Wenn Rahmenbedingungen transparent definiert werden, kann Befürchtungen entgegengetreten werden, dass die Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung als „Fremdlinge im öffentlichen Recht“ ihrer Aufgabe zur Sicherstellung der ausreichenden ärztlichen Versorgung der Bevölkerung nicht gerecht werden. Eine Versorgungsplanung der Zukunft wird daher eine Neugliederung der Planungsbereiche anhand anerkannter Raumordnungsvorgaben unter Berücksichtigung der Besonderheiten der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereiche und eventueller Neugliederung der Arztgruppen im Hinblick auf die tatsächliche Ausrichtung ihrer Tätigkeit durchführen müssen. Hierzu bedarf es keiner neuen Organisationsformen. Auch Zweifel an der demokratischen Legitimation der bekannten Einrichtungen im Gesundheitswesen sind hier nicht mehr angebracht.