

Speyerer Schriften zu Gesundheitspolitik und Gesundheitsrecht

Herausgegeben von Rainer Pitschas

3

Rainer Pitschas (Hrsg.)

**Die Gesundheitsreform 2007
als Herausforderung an Beruf
und Status der Vertragszahnärzte**



PETER LANG

Internationaler Verlag der Wissenschaften

Vorwort

Vom 29.10.-31.10.2007 fand an der Deutschen Hochschule für Verwaltungswissenschaften Speyer in Zusammenarbeit mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung die Auftaktveranstaltung für eine Reihe von künftigen gesundheitspolitischen und -rechtlichen Tagungen statt, die den Auswirkungen des anhaltenden Systemwechsels im deutschen Gesundheitswesen auf die Vertragszahnärzteschaft nachgehen wollen. Am Beginn der geplanten Tagungsreihe stand die Vergewisserung über die rechtlichen Gehalte der sog. Gesundheitsreform 2007. Diese werden sich in ihrer Langzeitperspektive zwar erst nach und nach offenbaren. Doch darf schon derzeit von einer nachhaltigen Systemveränderung unseres Gesundheitswesens die Rede sein. Sie ist in erster Linie das Ergebnis eines bewussten und konzentrierten Wandels der Systemstrukturen durch das Gesundheitsmodernisierungs-Gesetz (GMG), das Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄG) und das GKV-Wettbewerbsstärkungs-Gesetz (GKV-WSG).

Für die (Zahn-)Ärzteschaft war es von besonderer Bedeutung, die Änderungen im *Vertragsrecht* kritisch zu beleuchten, die Liberalisierung des *Berufsrechts* zu analysieren und ferner zu problematisieren, wie der Gesetzgeber die zukünftige Rolle der privaten Krankenversicherung im Wettbewerb unter und mit den ärztlichen Leistungserbringern ausgestaltet. Rechtsvergleichende und verfassungsrechtliche Überlegungen rundeten das Themenspektrum der ersten Tagung ab. Die einzelnen Referate dazu werden im Folgenden abgedruckt. Sie dürften die aktuelle gesundheitspolitische und -rechtliche Diskussion überaus befruchten.

Der Herausgeber, dem neben einem eigenen Vortrag die Vorbereitung und die Moderation des Speyerer Zahnärztesymposiums oblag, dankt den Verantwortlichen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung für tatkräftige Mitwirkung und finanzielle Förderung auch der Drucklegung dieses Bandes sehr herzlich. Für die Unterstützung bei der Gestaltung der Tagung und bei ihrer Durchführung sei meiner Assistentin, Frau Ass. iur. Katrin Schoppa, und meiner Sekretärin, Frau Michaela Busche, ebenso herzlich gedankt.

Speyer, im April 2009

Rainer Pitschas

Erste Erfahrungen mit der Gesundheitsreform im Jahre 2007

Von Ulrich Orlowski*

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
sehr geehrter Herr Fedderwitz,
sehr geehrter Herr Prof. Pitschas,

vielen Dank für die Einladung. Ich muss ganz offen sagen, Herr Fedderwitz, als Sie mich angerufen haben und mich gefragt haben, ob ich heute Nachmittag diesen Part hier übernehmen wollte, hatte ich mir eigentlich gedacht: „Zahnärzte und Umsetzung des GKV-WSG – was ist da eigentlich?“ Soviel kann das doch im Grunde gar nicht sein, weil mir spontan nicht eingefallen ist, was im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung der entscheidende Punkt für eine erste Bilanz des GKV-WSG sein könnte.

1. VÄG 2007 und GKV-WSG 2007

Wenn man aber etwas näher überlegt, kommt man doch zu einigen Punkten, die auch von Herrn Prof. Pitschas angesprochen worden sind. Zunächst die Frage des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes 2007 und dabei die Themen der angestellten Zahnärzte, der Teilzulassung, die Frage weiterer Praxisorte, der Zweigpraxis und die Frage der überörtlichen und örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. Ein anderer Punkt, der damit eng zusammenhängt, ist der Wegfall der Bedarfszulassung für Zahnärzte ab den 1. April 2007. Ein übriges Ergebnis der Beratung des WSG ist die Erweiterung des Sicherstellungsauftrags der KZVen und KZBV für PKV-Versicherte im modifizierten Standardtarif bzw. ab 2009 im Basistarif und – im Gegenzug – die Einschränkung für GKV-Versicherte bei besonderen Versorgungsformen auf der Grundlage von Einzelverträgen. Das ist, was mir in der Gesamtschau GKV-WSG zu dem Thema „Vertragszahnärzte“ eingefallen ist. Ansonsten war mein Eindruck eigentlich immer der, meine sehr verehrten Damen und Herren, dass es den Zahnärzten – ob zu Recht oder zu Un-

* Redigerter Vortragstext – es gilt das gesprochene Wort.

recht – immer gelungen ist, in dieser ganzen Konstellation „GKV-WSG“ weitgehend außen vor zu bleiben.

2. Kernelemente des WSG

Was ist der Rahmen für dasjenige, was dieses GKV-WSG darstellt? Was sind die Kernelemente, die das WSG beinhaltet?

Zunächst ist der Versicherungsschutz für alle diejenigen zu nennen, die ihn verloren hatten bzw. überhaupt nicht versichert waren. In der GKV gilt dies seit dem 1. April 2007 und bis zum September 2007 sehen wir rund 50.000 neue Versicherungsverhältnisse in der GKV auf der Grundlage dieser Neuregelung begründet. In der PKV haben wir ab 1. Juli 2007 ein Beitrittsrecht von Nichtversicherten zum modifizierten Standardtarif, und diese Beitrittsoption hat nach Angaben der PKV bisher zur Begründung von neuen Versicherungsverhältnissen von rund 2.400 Personen geführt.

Der zweite Punkt sind die punktuellen Verbesserungen im Leistungsrecht, im Leistungsrahmen bzw. der Ausbau der Leistungsgestaltung. Die zweite Grundbotschaft des GKV-WSG lautet also: keine Anhebung von Zuzahlungen, keine Ausgrenzungen von Leistungen, sondern punktuelle Verbesserungen im Leistungsrecht. Ich habe ein paar Dinge beispielhaft zusammengestellt, die in der Bilanz nach einem halben Jahr genannt werden müssten. Zunächst ist die Neufassung des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Chroniker-Richtlinien, also der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Einführung der Palliativ-Care-Teams, zu nennen; ebenso ist im Bereich der Tarifgestaltung (§ 53 SGB V) – neben der im AOK-Bereich weitgehend flächendeckenden Einführung der Selbstbehalttarife – seit Inkrafttreten das Problem der Tarife für Kostenerstattung mit der Abgrenzung „Zwei-Bett-Zimmer“ und „Chefarztbehandlung“ bedeutsam; insbesondere ist dies eine Grenzziehung zwischen der GKV und der PKV.

Wichtig ist nach meiner Auffassung das Herzstück des GKV-WSG: die „Neuordnung der Finanzierung durch die Fondsstruktur ab 2009“. Was ist diese Fondsstruktur? Es ist ein einheitlicher staatlich geregelter Beitragssatz ab 2009. D. h. in 2008 werden wir von Seiten der Bundesregierung, von Seiten des BMG, den einheitlichen staatlichen Beitragssatz durch Rechtsverordnung festlegen, der ab 2009 in der GKV gelten wird. Er dürfte ab 2009 die Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenkassen ausmachen. Was aus diesem Fonds zu den Krankenkassen herauskommt, ist der zweite zentrale Punkt: Es wird eine einheitliche risikoadjustierte Zuweisung aus dem Fonds an die Krankenkassen auf der Grundlage der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs – im Sinne eines

morbiditysbezogenen Risikostrukturausgleichs – geben. Die Krankenkassen, die mit diesen einheitlichen Zuzahlungen nicht dazu in der Lage sein werden, ihre Ausgaben zu finanzieren, werden entweder Zusatzbeiträge erheben müssen bzw. diejenigen Krankenkassen, die dann nicht so viel Geld brauchen, werden entsprechende Prämien ausschütten können.

Zentrale Vermittlungsstelle für die Organisation auf Bundesebene ist hierbei der Spitzenverband Bund. Dieser Verband ist gegründet und die Vorstände sind gewählt; der entscheidende Punkt wird der Aufgabenübergang von den bisherigen Verbänden auf diesen neuen Spitzenverband zum 1. August 2008 sein. Parallel dazu wird ab Anfang 2009 die gesetzliche Umwandlung der Altverbände zu sog. Gesellschaften des bürgerlichen Rechtes stattfinden. Wir werden neben der Fondsstruktur auch eine Umstrukturierung der Verbände auf Bundesebene bekommen. Damit komme ich zu einem weiteren Punkt: der „Weiterentwicklung der Leistungserbringerbeziehung“. Aktuell ist gerade die Honorarreform der Ärzte von Bedeutung, ein Punkt, der auch für Sie von Relevanz sein sollte, nämlich die Einräumung weiterer vertraglicher Gestaltungsfreiheit im Bereich der Vertragsärzte bzw. im Bereich der Vertragszahnärzte.

3. Herausforderungen an Beruf und Status von Vertragsärzten

Zusammengefasst: Betroffen sind die Versicherungspflicht, punktuelle Verbesserungen im Leistungsbereich, Fondsstruktur, Organisation und entsprechende Veränderungen im Bereich der Leistungserbringerbeziehungen mit der Honorarreform für die Vertragsärzte bzw. mit der Weiterentwicklung der vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten der Vertragsärzte, insbesondere auch der Vertragszahnärzte. Zur Umsetzung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes durch die Vertragszahnärzteschaft möchte ich Folgendes bemerken: Wie sind durch dieses Programm die Herausforderungen an Beruf und Status der Vertragsärzte bewältigt worden, die sich aus diesem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz für die Vertragszahnärzte gestellt haben? Ich möchte das anhand von drei Punkten einmal kurz durchdeklinieren:

Gibt es etwas Vergleichbares zu den Medizinischen Versorgungszentren (MVZs), die im Bereich der vertragsärztlichen Entwicklung deutlich an Boden gewinnen, im Bereich der Vertragszahnärzte? Grundsätzlich – so nehme ich es wahr – eher weniger, und zwar deswegen, weil Vertragszahnärzte, wenn sie untereinander in einem MVZ kooperieren, nicht fachübergreifend sind. MVZs haben im Bereich der Zahnärzte oder im generellen Bereich dieser Umstrukturierung nicht die Bedeutung, die ihnen im Bereich der Vertragsärzte zukommt. Entsprechende Versuche, die wir von Seiten des Ministeriums unternommen haben, derartige Dinge auch im Bereich der Zahnärzteschaft zuzulassen, sind

nicht Gesetz geworden und konnten im parlamentarischen Prozess nicht durchgesetzt werden. Somit lautet die erste Botschaft zu dem Punkt „Zahnärzte-MVZ“, soweit ich das richtig beurteile, dass im Bereich der Zahnärzte die Struktur der Medizinischen Versorgungszentren keine größere Relevanz hat, wenn man von einigen Einzelfällen mal absieht.

Wie sind die Möglichkeiten von Zahnärzten zu beurteilen, Zahnärztinnen oder Zahnärzte künftig auf der Grundlage des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz anzustellen? Welche Optionen bietet das Vertragsrechtsänderungsgesetz für die Zahnärzte und für die Vertragszahnärzte in diesem Bereich? Das VAG sieht vor, dass Vertragszahnärzte, wenn sie mit angestelltem Personal arbeiten wollen, dieses zahlenmäßig unbegrenzt im Rahmen der Bedarfsplanung tun können. Doch gibt es hier eine wichtige Veränderung: im Bereich der Vertragsärzteschaft ist die vertragszahnärztliche Bedarfsplanung ab den 1. April 2007 als Zulassungssperre, die den Zugang von Vertragsärzten, aber insbesondere auch den Zugang von angestellten Vertragszahnärzten in der vertragszahnärztlichen Versorgung regelt, entfallen. Umgesetzt wurde diese gesetzliche Regelung durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 14. August 2007. Im Bereich der angestellten Ärzte gibt es zunächst die zahlenmäßig unbegrenzte Option, Vertragszahnärzte anzustellen. Eine Begrenzung durch die Bedarfsplanung gibt es im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ebenfalls nicht mehr. Warum hat das GKV-WSG die vertragszahnärztliche Bedarfsplanung als Zulassungssperre aufgegeben? Schauen wir uns die Wirkung der Bedarfsplanung an: Wir haben keine Verteilungswirkung zugunsten von unversorgten Regionen und wir haben andererseits auch keine Verteilungswirkung, die sich in einem wesentlichen Abbau der Überversorgung in Ballungsräumen niederschlagen würde. Allenfalls kann man nach meiner Auffassung als Argument für diese Bedarfsplanung auch bei Vertragsärzten einbringen, dass ohne eine solche als Zulassungssperre die Konzentration von Zahnärzten bzw. Ärzten in Ballungsraum-Regionen noch stärker wäre. Als Konsequenz ist jedenfalls im Bereich der Vertragszahnärzte die Bedarfsplanung als Zulassungssperre ab 1. April 2007 dieses Jahres entfallen.

Das VAG erlaubt demnach die Niederlassung beliebig vieler Zahnärzte – allerdings im Rahmen des Zulassungsrechts. Doch was bedeutet dieser Zusatz „im Rahmen des Zulassungsrechts“? Die wichtigste Unterscheidung ist: auch Leistungen angestellter Zahnärzte und Zahnärztinnen werden dem Vertragszahnarzt als persönliche Leistung zugerechnet; so regelt das auch der Bundesmantelvertrag-Zahnärzte. Wichtig und der „Dreh- und Angelpunkt“ dieser gesamten Diskussion ist die persönliche Leitung der Praxis. Das Zulassungsrecht und das Vertragsarztrecht geben vor, dass der Vertragszahnarzt als Freiberufler naturgemäß seine Praxis persönlich leiten muss und zwar auch dann, wenn er mit an-

gestellten Zahnärzten bzw. Zahnärztinnen arbeitet. Aber: Wie wird das konkretisiert? Das Gesetz, das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bzw. die Vertragsarzt-zulassungsverordnung, haben den Bundesmantelvertragspartnern-Zahnärzte die Kompetenz eingeräumt, einheitliche Regelungen über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Ärzte unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Vertragsarztes/Zahnarztes (§ 32b Abs. 1 Satz 2 Zulassungsverordnung Ärzte bzw. Zahnärzte – ZVO-Ä-Z) zu treffen. Die konkrete Ausgestaltung wird von der Zulassungsverordnung Ärzte bzw. Zahnärzte in die Hand der Bundesmantelvertragspartner gegeben. Daraus ist der Bundesmantelvertrag-Zahnärzte (BMV-Z), gültig ab dem 1. Juli 2007, entstanden. Die Bundesmantelvertragspartner-Zahnärzte haben vereinbart, dass der Zahnarzt zwei Vollzeitzahnärzte bzw. vier halbtagsbeschäftigte Zahnärzte anstellen kann.

Eine Ausnahmeregelung gilt für Zahnärzte, die bei einer höheren Anzahl angestellter Zahnärzte gleichwohl die persönliche Leitung ihrer Praxis darlegen können. Eine dahingehende Ausnahmeregelung kennt der Bundesmantelvertrag-Zahnärzte nicht. Darüber hinaus gibt es keine weiteren Optionen; es ist unerheblich, was der Freiberufler „Zahnarzt“ macht. Die Bundesmantelvertragspartner-Ärzte haben das anders geregelt. Dort besteht die Grundsatzregelung, dass drei ganztagsbeschäftigte Ärzte bzw. vier halbtagsbeschäftigte Ärzte angestellt werden können. Als Grundsatz im Bereich der überwiegend technisch-medizinischen Leistungen gilt Folgendes: vier ganztags- bzw. acht halbtagsbeschäftigte Ärzte, in der Regel drei ganztags-, vier halbtags- oder vier ganztags- bzw. acht halbtagsbeschäftigte Ärzte. Der strukturelle Unterschied ist, dass die Bundesmantelvertragspartner-Ärzte auch den Nachweis der persönlichen Leitung der Praxis gegenüber dem Zulassungsausschuss zugelassen haben, wenn der Zahnarzt mehr als drei, vier oder fünf Ärzte beschäftigt. Grundstruktur im Bereich der Vertragsärzte ist also, dass bei einer bestimmten Anzahl – sagen wir drei oder vier angestellten Ärzten – davon ausgegangen wird, dass die persönliche Leitung der Praxis immer gegeben ist. Es ist dem Arzt aber nicht verwehrt, im Zulassungsverfahren den Nachweis zu erbringen, dass er auch mit fünf oder sechs Ärzten oder mit zwölf halbtagsbeschäftigten Ärzten seine Vertragsarztpraxis noch persönlich leitet, wenn es ihm gelingt, den Zulassungsausschuss – als das dafür maßgebliche Gremium – davon zu überzeugen. Dreh- und Angelpunkt ist wiederum die persönliche Leitung. Als Fazit kann gesagt werden: Dieser Bundesmantelvertrag bzw. die Bundesmantelvertragspartner würden Zahnärzten verbieten, bspw. drei Zahnärzte in ihrer Praxis anzustellen und zwar deswegen, weil sie der Auffassung sind, dass derjenige, der drei oder auch vier Zahnärzte beschäftigt, seine Praxis nicht mehr persönlich im Sinne des Zulassungsrechtes leitet. Andere Wertungen zu diesem Merkmal der persönlichen Leitung der Praxis gelten bei den Vertragsärzten.

Strukturell wichtig ist hierbei jedoch die Frage der Ausnahmeregelung. Eine andere Auffassung von persönlicher Leitung oder von Arbeitseinheiten gilt auch für Krankenhäuser mit Krankenhausabteilungen. Niemand käme in diesem Bereich der Krankenhauspolitik auf die Idee, dass jemand, der mehr als drei Ärzte oder zahnärztliche Beschäftigte beschäftigt, nicht mehr dazu in der Lage wäre, diese Arbeit als einheitliche Versorgung persönlich zu leiten. Im Bereich der Vertragszahnärzteschaft gilt ein sehr exklusiver Begriff der persönlichen Leitung einer zahnärztlichen Praxis. Im Rahmen eines auch juristischen Symposiums kann man natürlich die Frage stellen, ob ein derartiges bundesmantelvertragliches Anstellungsverbot verfassungsrechtlich haltbar ist. Muss ein Zahnarzt, der drei Zahnärzte anstellen will, sich in der Tat sagen lassen: „Tut mir leid, Herr Fedderwitz und Herr von Stackelberg akzeptieren nur zwei; anders geht's nicht, so ist die Rechtlage“?

Auch für den Bereich der Zweigpraxen gibt es dieselbe Diskussion um das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Vertragsärzte und Vertragszahnärzte können auf der Grundlage des VÄG Tätigkeiten an weiteren Orten in sog. Zweigpraxen ausüben, wenn damit eine Verbesserung der medizinischen Versorgung am Ort der Zweigpraxis einhergeht und wenn durch diese (vertragsärztliche oder vertragszahnärztliche) Tätigkeit an diesem weiteren Ort die Versorgung am Praxissitz nicht beeinträchtigt wird. Zusätzlich wird die Sache noch verkompliziert, indem dieser Vertragszahnarzt oder der Vertragsarzt, der an einem weiteren Ort tätig sein will, speziell zu diesem Zweck mit angestellten Ärzten arbeiten kann – und zwar mit angestellten Ärzten sowohl am Praxissitz, die dann vom Praxissitz aus wiederum an dem weiteren Ort tätig sind, oder mit Vertragsärzten bzw. Vertragszahnärzten, die speziell für diese Tätigkeit an diesem weiteren Ort eingestellt worden sind. Wichtig ist hier wiederum: die Begrenzung, die im Bereich der Vertragsärzte zu Problemen führt – die Bedarfsplanung – gilt nicht im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung. Grundsätzlich ist nach dem VÄG also die Bildung mehrer bspw. drei oder vier Zweigpraxen mit mehreren Angestellten am Praxisort und am Ort der Zweigpraxis möglich. Das ist die Struktur, die das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vorgibt.

Eine Folgefrage ist dann: Was entsteht daraus auf der Grundlage der bundesmantelvertraglichen Regelungen – hier im Bundesmantelvertrag-Zahnärzte? Zunächst ist die sog. „Eindrittel-Regel“ zu nennen: Die Tätigkeit des Zahnarztes bzw. auch der angestellten Zahnärzte muss immer zu einem Drittel am Praxissitz erfolgen. Sodann ist die sog. „Überwiegensregel“ bedeutsam: Die Tätigkeit der Zahnärzte am Praxisort muss die Tätigkeit oder die Tätigkeiten an den anderen Orten immer überwiegen; es besteht das durchaus sinnvolle Bestreben, dass das, was am Praxissitz passiert, der Tätigkeitsschwerpunkt des Vertragszahnarztes sein muss. Auch hier gilt das Anstellungsverbot von mehr als zwei ganztags-

bzw. vier halbtagsbeschäftigte Zahnärzten. Der Vertragszahnarzt, der Tätigkeiten an weiteren Praxisorten organisieren will, kann das wiederum nur in dem Rahmen, den ihm das enge Anstellungsverbot der Bundesmantelvertragspartner-Zahnärzte einräumt.

Die Tätigkeit in Zweigpraxen – an weiteren Praxisorten – und die Möglichkeit, Vertragszahnärzte anzustellen, führt nach meiner Auffassung zu zwei juristischen Fragenkreisen, die ich kurz anreißen möchte.

Zunächst ist der Fragenkreis „Verhältnis Berufsrecht/Sozialrecht“ zu beleuchten. Das Berufsrecht, das Kammerrecht, geht im Grundsatz dem Sozialrecht vor. Im Berufsrecht gibt es keine Begrenzung der Zahl der angestellten Ärzte bzw. der angestellten Zahnärzte. Das Kammerrecht kennt, soweit ich es in Erinnerung habe, keine Regelung, die dem Vertragszahnarzt die Anstellung nur zweier Zahnärzte erlaubt, aber das Kammerrecht in den meisten Berufsordnungen enthält eine Regelung dahingehend, dass die Tätigkeit der Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte nur an zwei weiteren Orten ermöglicht wird; Zweigpraxen sind berufsrechtlich also nur an zwei weiteren Praxisorten möglich.

Dies führt zu einer ersten rechtlichen Frage, die auch im parlamentarischen Verfahren des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes eine Rolle gespielt hat: Ob und inwieweit kann der Sozialgesetzgeber von diesen berufsrechtlichen Vorgaben abweichen? Das VÄG geht davon aus, dass die mögliche Zahl der Zweigpraxen nicht begrenzt ist. Wie stehen diese beiden rechtlichen Regelungskreise zueinander? Damit verbindet sich eine sehr verzweigte verfassungsrechtlich-kompetenzrechtliche Diskussion. Ich möchte von Seiten des Ministeriums die These formulieren, die nach meiner Auffassung in diesem Bereich handlungsleitend ist: Ich gehe davon aus, dass der Sozialgesetzgeber kompetenzrechtlich nach dem Grundgesetz vom Berufsrecht abweichen kann und zwar deswegen, weil der Kompetenz zur Regelung des Sozialversicherungsrechts auch die Kompetenz zur Regelung des Leistungserbringerrechts (Art. 74 Nr. 12 GG) zugeordnet wird. Zur Kompetenz, das Leistungserbringerrecht zu regeln, gehört auch die Kompetenz, die Teilnahmeform zu regeln. Dies ist sicherlich eine gewagte These, aber gleichwohl wollte ich sie hier formulieren. Ich würde sagen, „Kassenarztrecht heißt auch Regelung der Teilnahmeform“. Wenn man ein Negativbeispiel nehmen möchte: § 140 Abs. 2 SGB V ist eine Regelung, die besagt, dass es nicht möglich ist, weitere Eigeneinrichtungen zuzulassen. Dies ist auch eine klare Regelung von Teilnahmeformen. Ich persönlich würde sagen, dass die Frage, wie viele angestellte Ärzte ein Zahnarzt oder ein Vertragsarzt beschäftigen kann, auch eine Frage der Teilnahme am System der kassenärztlichen Versorgung ist.

Wie gesagt, die zentrale Frage ist: Muss ein Zahnarzt es hinnehmen, dass die Bundesmantelvertragspartner-Zahnärzte ihm verbieten, in seiner Praxis drei, vier oder „x“ Zahnärzte anzustellen, so viele, wie er für den konkreten Bedarf

seiner Praxis für erforderlich hält? Das ist die Grundfrage, die man stellen muss. Auf diese Grundfrage gibt es eine juristische Antwort. Zunächst haben wir keine berufsrechtliche Begrenzung der Zahl der angestellten Zahnärzte oder Ärzte. Zum Zweiten: Wir haben auch keine gesetzliche Begrenzung im SGB V bzw. im Zulassungsrecht, wie ich gerade dargelegt habe. Die persönliche Leistungserbringung selbst ist auch nirgendwo vorgegeben, weder im Kammerecht noch im Kassenarztrecht. Was vorgegeben ist – und das zu Recht –, ist die Frage der persönlichen Leitung der Praxis. Man muss also fragen: Inwieweit kann über diese persönliche Leitung der Praxis die Berufsausübungsfreiheit der Zahnärzte eingeschränkt werden?

Ausgangspunkt für die Antwort auf diese Frage ist die grundrechtlich geschützte Berufsausübungsfreiheit des Zahnarztes. Der Zahnarzt kann grundsätzliche selbst – wie jeder Freiberufler – im Rahmen der Bedürfnisse seiner Praxis darüber entscheiden, wie viele Ärzte er anstellen möchte und wie viele Zweigpraxen er einrichten möchte. Es ist seine originäre Angelegenheit, die er als Freiberufler im Rahmen seiner Praxisführung für sich selbst entscheiden muss. Diese Freiheit wird ihm durch das Grundgesetz garantiert. Einschränkungen dieser Freiheit gibt es nur durch oder aufgrund eines Gesetzes. Eine solche Einschränkung liegt in der Zulassungsverordnung Ärzte bzw. Zahnärzte und gibt den Bundesmantelvertragspartnern die Kompetenz, diese Frage zu regeln. Derartige Regelungskompetenzen haben immer ihre Grenzen im Rahmen des Grundrechtes, das eingeschränkt werden soll; die Bundesmantelvertragspartner-Zahnärzte können also nicht beliebig die vertragszahnärztliche Berufsausübungsfreiheit gestalten; es bestehen bestimmte grundrechtliche Grenzen. Weiterhin bin ich der Auffassung – und auch das ist kontrovers –, dass die allgemeine Kompetenz, die den Bundesmantelvertragspartnern zugeordnet worden ist, den Inhalt der Gesamtverträge zu regeln, nicht ausreicht, um einen grundrechtsrelevanten Bereich zu gestalten, weshalb man in der Tat eine spezielle Ermächtigungsgrundlage braucht, um zu derartigen Anstellungsverboten zu kommen. Die Ermächtigungsgrundlage des § 32b Abs. 1 Satz 2 Zulassungsverordnung Ärzte bzw. Zahnärzte (ZVO-Ä-Z) stellt zwar einheitliche Regeln über den zahlenmäßigen Umfang der Beschäftigung angestellter Zahnärzte unter Berücksichtigung der Versorgungspflicht des anstellenden Vertragszahnarztes auf. Sie ist die Kompetenz für den Bundesmantelvertrag-Zahnärzte, das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit der Zahnärzte zu gestalten – aber wie gesagt nicht schrankenlos. Ein derartiger Grundrechtseingriff muss im Übrigen geeignet sein, um ein bestimmtes Ziel zu realisieren. Er muss zum Zweiten erforderlich sein, um dieses Ziel zu erreichen und er muss zum Dritten im engeren Sinne verhältnismäßig sein. Die Regelung der Bundesmantelvertragspartner-Zahnärzte in diesem Bereich ist also dann legitim, wenn sie a) geeignet ist, b) erforderlich ist und c) verhältnismäßig ist, um ein bestimmtes Ziel zu realisieren.

Was ist dieses Ziel? Was ist die mögliche Legitimation für die Begrenzung der Berufsausübungsfreiheit der Zahnärzte. Wenn man die Ermächtigungsgrundlage betrachtet, kann es sich im Grunde eigentlich nur um die Versorgungspflicht des anstellenden Zahnarztes handeln. Wenn der Zahnarzt die Versorgungspflicht entweder selbst oder durch angestellte Zahnärzte nicht mehr wahrnehmen kann, d. h. wenn er das Merkmal der persönlichen Leistungserbringung nicht mehr erfüllt, ist nach meiner Auffassung ein derartiges Anstellungsverbot auf der Grundlage der von mir zitierten Ermächtigungsgrundlage legitimiert. Damit kommt man zum Ergebnis und muss sich fragen: Ist es ausnahmslos gerecht fertigt, bei mehr als zwei Vollzeitangestellten Zahnärzten die Auffassung zu vertreten, dass das vertraglich bzw. vertragsrechtlich nicht möglich sei – auch wenn der Zahnarzt nachweist, dass er mit bestimmten Vorkehrungen durchaus in der Lage ist, die Praxis persönlich zu leiten.

Das Anstellungsverbot, das im Bereich der Bundesmantelvertragspartner-Zahnärzte vereinbart worden ist, ist nach meiner Auffassung also verfassungswidrig und zwar deswegen, weil es anders als im Bereich der Vertragsärzte keine Öffnungsklausel enthält. Die Aussage der Bundesmantelvertragspartner-Zahnärzte, das Merkmal der persönlichen Leitung sei ausnahmslos nur erfüllt, wenn nicht mehr als zwei Zahnärzte angestellt werden, bedarf nach meiner Auffassung einer Begründung. Eine solche Begründung ist, glaube ich, schwer bzw. nicht im Rahmen der Berufsfreiheit abzuleiten. Wenn man sich fragt, wie dennoch eine solche Regelung zustande kommt, dann muss man legitimer Weise nach den Interessen fragen, die von den Vertragsparteien damit realisiert werden. Wie ist also die Interessenlage der Bundesmantelvertragspartner? Die klare Botschaft von Seiten der Spaltenverbände lautet: Das zentrale Bestreben der Bundesmantelvertragspartner auf Kassenseite wird es sein zu verhindern, dass neue zahnärztliche bzw. ärztliche Leistungserbringer in das System hineinkommen. Im Interesse der Krankenkassen auf Bundesebene liegt es nämlich, die Folgen zu begrenzen, die sich aus der Aufhebung der Bedarfsplanung für die Vertragszahnärzte ergeben. Dies ist im Grunde relativ offensichtlich und aus der gegebenen Interessenlage auch durchaus nachzuvollziehen. Im Interesse der KZBV, würde ich mutmaßen, liegt es ebenso, die Folgen der Aufhebung der Bedarfsplanung zu begrenzen und die tradierte Struktur der vertragszahnärztlichen Einzelpraxis zu erhalten. Man kann somit durchaus zu dem Ergebnis kommen, dass im Bereich der Vertragszahnärzteschaft die Herausforderungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetz für den tradierten Status der zahnärztlichen Praxis gemeistert worden sind. Doch lässt sich dieses Ergebnis verschieden bewerten: Die Reduktion führt naturgemäß zu der Frage: Ist das ein Vorgang, der für die Aufsicht des BMG relevant ist? Ich meine, dass diese Regelung für sich selbst spricht. Ich gehe davon aus, dass Vertragszahnärzte, die im Rahmen ihrer Berufsausübungsweise mit derartigen Dingen konfrontiert werden, sicherlich ent-

sprechende Rechtsbehelfe ergreifen werden. Das heißt: das, was im Bereich der Vertragszahnärzte unter der Überschrift „Freiberuflichkeit“ organisiert worden ist, kann vom BMG durchaus toleriert werden.

4. Umsetzung des GKV-WSG

Bevor ich zum Schluss komme möchte ich noch zwei Punkte aus dem Bereich der Umsetzung des GKV-WSG ansprechen. Denn das, was ich zur Umsetzung des GKV-WSG im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfplanung gesagt habe, hängt im Wesentlichen mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz zusammen.

Ein erster Punkt ist die Erweiterung des Sicherstellungsauftrags für die PKV-Versicherten im modifizierten Standardtarif ab dem 1. Juli 2007. Wie anfangs gesagt, gab es bis zum Herbst dieses Jahres rund 2.400 neue Versicherungsverhältnisse in den modifizierten PKV-Standard-Tarifen. Es existiert ein Beitrittsrecht hierzu ohne Risikoprüfung und ohne Leistungsausschluss auch über den 31. Dezember 2007 hinaus. Der gesetzliche Gebührensatz ist der 2,0-fache GOZ; abweichende Vergütungsvereinbarungen können von den KZVen bzw. von der KZBV mit dem PKV-Verband mit Wirkung für die PKV-Unternehmen sowie im Einvernehmen mit den Beihilfeträgern geschlossen werden. Strukturell – und das finde ich interessant – haben wir hier, anders als bei der bisherigen Diskussion, eine Erweiterung der Sicherstellungsfunktion – eine Einbeziehung der Versicherten im Standardtarif in das kollektivvertragliche Modell. Eigentliche Bedeutung bekommt dieses Modell ab 2009 mit der Einführung des Basistaufs.

Die gegenteilige Entwicklung – zweiter Punkt – läuft mit der „Einschränkung des Sicherstellungsauftrags durch besondere Versorgungsaufträge (§ 73c)“. Einmal ist damit – wieder bezogen auf die Vertragszahnärzteschaft – die Frage verbunden, ob es Sinn macht, Einzelverträge mit Zahnärzten bzw. zahnärztlichen Gruppierungen zu schließen, wenn man die kleinteilige Praxisstruktur im Bereich der zahnärztlichen Versorgung bedenkt. Diese Situation scheint nicht geeignet, um zu derartigen Vertragsmodellen zu kommen. Es bleibt hier zu überlegen, ob die KZVen – bzw. die KZBV für die KZVen – für Vertragszahnärzte über den § 73c in derartige Vertragsmodelle einsteigen sollen. Eine der interessanten Fragen wäre dann, ob man die Versorgungsaufträge additiv oder substitutiv – indem man die kollektivvertragliche Versorgung ersetzt – vereinbart; eine Frage, die sicherlich auch für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung eine gewisse Relevanz hat. In dem Kontext ist es wichtig, dass – anders als die Vertragspartner es wohl überwiegend gewohnt sind – sich die Funktion der Sonderverträge der §§ 140a, 73b bzw. 73c ab 2009 in der Fondsstruktur verändern werden, weil die Krankenkassen ab 2009 einheitliche risiko-

adjustierte Zuweisungen aus den Fonds erhalten. Das Interesse der Krankenkassen geht ausschließlich und zu Recht dahin, Verträge abzuschließen, mit denen Effizienz, Qualität bzw. Service-Vorteile für die Krankenkassen generiert werden können. D. h.: das, was ab 2009 Sonderverträge – Verträge nach § 73 c – sein werden, wird etwas anderes sein, als das, was wir teilweise in diesem Bereich bisher gesehen haben.

5. Zusammenfassung

Ich fasse zusammen: Die Strukturziele des GKV-WSG werden unsererseits konsequent umgesetzt. Das, was ich für den Bereich der Vertragszahnärzte bei der Umsetzung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes wahrgenommen habe, empfinde ich im Grunde als strukturkonservativ. Und drittens: Das, was Einzelverträge sein werden, sowohl im Bereich der generellen vertragsärztlichen Versorgung als auch im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, wird sich strukturell auf der Grundlage dieser neuen Fondsstruktur zugunsten von Effizienz und Qualität verändern – und zwar so, wie wir es teilweise bisher in den Einzelverträgen erlebt haben.

Damit bin ich am Ende meiner Überlegungen und bedanke mich bei Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.