

## Gesetzentwurf der Bundesregierung

### Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung

#### A. Zielsetzung

Das Gesetz soll es der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen ermöglichen, durch zeitlich befristete und arztgruppenbezogene Zugangsbeschränkungen in überversorgten Gebieten Wirtschaftlichkeit und Qualität der kassenärztlichen Versorgung auch bei einer ständig wachsenden Zahl von Kassenärzten zu sichern.

#### B. Lösung

Die Zielsetzung soll durch folgende Neuregelungen erreicht werden.

1. Die Selbstverwaltung kann für erheblich überversorgte Gebiete Zulassungsbeschränkungen anordnen, die zeitlich zu befristen sind und nur für einzelne Arztgruppen gelten. Ausnahmen sind bei Übernahme der Praxis eines ausscheidenden Kassenarztes oder bei Tätigwerden in einer Gemeinschaftspraxis vorgesehen.
2. Mindestens 50 v. H. aller kassenärztlichen Planungsbereiche (Stadt- und Landkreise) müssen für eine Niederlassung frei bleiben; in nicht überversorgten Gebieten kann die Niederlassung neuer Kassenärzte nicht beschränkt werden.
3. Die Kassenärztlichen Vereinigungen dürfen finanzielle Mittel einsetzen, um die Bereitschaft von Kassenärzten zu fördern, ihre Tätigkeit freiwillig aufzugeben.

**C. Alternativen**

keine

**D. Kosten**

Durch die Neuregelungen werden Bund, Länder und Gemeinden nicht mit zusätzlichen Kosten belastet.

Bundesrepublik Deutschland  
Der Bundeskanzler  
121 (311) — 811 00 — Ka 15/86

Bonn, den 9. Juni 1986

An den Herrn  
Präsidenten des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung mit Begründung und Vorblatt. Ich bitte, die Beschlußfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Die Vorlage ist dem Bundesrat am 16. Mai 1986 als besonders eilbedürftig gemäß Artikel 76 Abs. 2 Satz 3 des Grundgesetzes zugeleitet worden.

**Kohl**

## Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

### Artikel 1

#### Änderung der Reichsversicherungsordnung

Die Reichsversicherungsordnung, in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, zuletzt geändert durch ... (BGBl. I S...), wird wie folgt geändert:

1. In § 368 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:

„Dabei sollen Unterversorgung oder Überversorgung vermieden, ein ausgewogenes Verhältnis unter den an der Versorgung teilnehmenden Arztgruppen, insbesondere zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung, hergestellt sowie die Qualität der kassenärztlichen Versorgung gewährleistet werden.“

2. In § 368 c wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Die Zulassungsordnungen bestimmen nach Maßgabe des § 368 t auch das Nähere über das Verfahren bei der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen bei kassenärztlicher Überversorgung. Zur Vermeidung von unbilligen Härten haben sie Regelungen für Ausnahmen von Zulassungsbeschränkungen in Fällen vorzusehen, in denen

1. die Zulassung eines Kassenarztes durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis durch einen Nachfolger fortgeführt werden soll;
2. ein Arzt sich um die Zulassung mit der Maßgabe bewirbt, seine kassenärztliche Tätigkeit gemeinschaftlich mit einem in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Gebiet zugelassenen Kassenarzt auszuüben, solange die kassenärztliche Tätigkeit gemeinschaftlich ausgeübt wird.“

3. In § 368 n wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können auch den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Kassenarzt ab dem 62. Lebensjahr finanziell fördern.“

4. In § 368 p Abs. 7 Satz 1 wird nach dem Wort „haben“ folgender Halbsatz angefügt:

„; für die Feststellung des Bedarfs an ärztlicher Versorgung gelten § 368 t Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 und § 368 t Abs. 3.“

5. Nach § 368 s wird folgender § 368 t eingefügt:

#### „§ 368 t

(1) In Fällen kassenärztlicher Überversorgung können die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach den Vorschriften der Zulassungsordnungen und unter Berücksichtigung der Richtlinien der Landesausschüsse nach Absatz 2 Zulassungsbeschränkungen anordnen.

(2) Die Landesausschüsse beschließen in Richtlinien folgende Bestimmungen:

1. Einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der kassenärztlichen Versorgung,
2. Maßstäbe für eine kassenärztliche Überversorgung,
3. ergänzende Grundlagen, nach denen die Landesausschüsse eine Gefährdung der zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung aufgrund von Überversorgung im einzelnen zu bewerten haben,
4. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur.

Für die Richtlinien-Beschlüsse gelten § 368 o Abs. 7 und § 368 p Abs. 2 und 3.

(3) Die Verhältniszahlen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 sind erstmals auf der Grundlage des bundesdurchschnittlichen Versorgungsstandes vom 31. Dezember 1976 arztgruppenbezogen im Vergleich der Zahl der zugelassenen Kassenärzte zur Bevölkerung zu ermitteln; wenn in einer Arztgruppe bei der sich daraus ergebenden Verhältniszahl die Zahl der Kassenärzte für eine bedarfsgerechte Versorgung nicht ausreichen würde, ist eine bedarfsgerechte Verhältniszahl festzulegen. Die Verhältniszahlen sind längstens alle drei Jahre zu überprüfen.

(4) Die Maßstäbe nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 sind arztgruppenbezogen festzulegen. Sie haben insbesondere das Ausmaß des Überschreitens des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrads nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 zu bestimmen, das die Annahme von Überversorgung rechtfertigt. Überversorgung darf hierbei erst angenommen werden, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um wenigstens 80 vom Hundert überschritten ist. Die Maßstäbe für die Überversorgung sind ferner so festzulegen, daß für mindestens 50 vom Hundert der regionalen Planungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet arztgruppenbezogen eine Überversorgung nicht eintritt; diese Planungsbereiche müssen in ihrer Gesamtheit annähernd 50 vom Hundert der Bevölkerung um-

fassen. Die regionalen Planungsbereiche sollen den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Die Maßstäbe sind längstens alle drei Jahre zu überprüfen und der tatsächlichen Entwicklung anzupassen; Satz 4 gilt auch für die Anpassung.

(5) In den ergänzenden Bewertungsgrundlagen nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 sind einheitliche Verfahren festzulegen, mit deren Hilfe die Gefährdung der zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung aufgrund von Überversorgung mit Angaben zur Altersstruktur der Ärzte, des Patientenaufkommens (Fallzahlen) und des Behandlungsaufwands (Fallwerte) festgestellt werden kann.

(6) Auf Antrag der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen stellt der Landesauschuß fest, ob Überversorgung vorliegt (Absatz 4) und ob dadurch eine zweckmäßige und wirtschaftliche kassenärztliche Versorgung gefährdet ist (Absatz 5). In diesen Fällen kann der Landesauschuß Zulassungsbeschränkungen anordnen.

(7) Die Zulassungsbeschränkungen sind räumlich zu begrenzen. Sie können einen oder mehrere Planungsbereiche einer Kassenärztlichen Vereinigung umfassen. Sie sind arztgruppenbezogen anzuordnen.

(8) Die Zulassungsbeschränkungen sind zeitlich zu befristen; sie dürfen die Dauer von drei Jahren nicht überschreiten. Sie sind aufzuheben, wenn durch Veränderung der Maßstäbe nach Ab-

satz 2 Satz 1 Nr. 2 die Voraussetzungen für eine Überversorgung entfallen. Dauert nach Ablauf von drei Jahren auch nach Anpassung der Maßstäbe die Überversorgung an, so können die Zulassungsbeschränkungen verlängert werden; Satz 1 gilt auch für die Verlängerung.

(9) Bei Zulassungsbeschränkungen für Planungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin sind mindestens 50 vom Hundert der regionalen Planungsbereiche für Zulassungen offenzuhalten.“

6. In § 525c Abs. 3 Satz 1 werden das Wort „Unterversorgung“ durch die Worte „Unter- und Überversorgung“ ersetzt und nach der Verweisung „§ 368 p Abs. 5, 6 und 7“ die Verweisung „, § 368“ eingefügt.

## Artikel 2

### Berlin-Klausel

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes auch im Land Berlin.

## Artikel 3

### Inkrafttreten

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1987 in Kraft.

## Begründung

### I. Allgemeiner Teil

#### 1. Ziele des Gesetzentwurfs

Die ambulante kassenärztliche Versorgung hat einen überragenden Stellenwert für die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, in der über 90 v. H. der Bevölkerung Schutz im Krankheitsfalle erhalten. Sie sichert die primärärztliche und fachärztliche Versorgung der Bevölkerung und stellt eine zugleich effektive wie kostengünstige Versorgungsform dar.

Zur Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung gehört die Sicherstellung einer gleichmäßigen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen kassenärztlichen Versorgung.

Sicherung von Wirtschaftlichkeit und medizinischem Nutzen ist zur Begrenzung des Kostenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung und damit zur Erhaltung ihrer Finanzierbarkeit unerlässlich. Die finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ist besorgniserregend. Der durchschnittliche Beitragssatz ist von 11,44 v. H. Ende 1984 bis Anfang 1986 auf 12,15 v. H. gestiegen. Bei mehreren Kassen hat der Beitragssatz die 14 v. H.-Grenze überschritten. Das Beitragsaufkommen der Versichertengemeinschaft ist nicht beliebig vermehrbar. Weiterer Kostenanstieg gefährdet die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Selbstverwaltungskörperschaften in der gesetzlichen Krankenversicherung sind zu einer wirksamen Kostendämpfungspolitik nur in der Lage, wenn die gesetzlichen Rahmenbedingungen in bestimmten Bereichen verbessert werden. Dies gilt insbesondere für die Aufgabe, Wirtschaftlichkeit und Qualität der kassenärztlichen Versorgung auch bei steigenden Ärztezahlen zu sichern.

Der Gesetzentwurf zieht daraus die notwendigen Konsequenzen. Die vorgesehenen Neuregelungen sollen zur Erhaltung der Finanzierbarkeit und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung die Gleichmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung durch regional begrenzte, zeitlich befristete und arztgruppenbezogene Zulassungsbeschränkungen für überversorgte Gebiete sichern.

#### 2. Entwicklung der kassenärztlichen Versorgung

a) Bis zum Jahre 1960 hatte zur Sicherung einer gleichmäßigen ärztlichen Versorgung eine Regelung gegolten, die über ein starres System der Verteilung von Kassenarztsitzen nur einer von vornherein beschränkten Zahl von Ärzten den Zugang zur Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit gestattete (auf je 500 Mitglieder der Krankenkassen ein Arzt, auf je 900 Mitglieder

ein Zahnarzt). Diese Verhältniszahl-Regelung hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 23. März 1960 (BVerfGE 11, 30 ff. — „Kassenarzt-Urteil“) als mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit aus Artikel 12 Abs. 1 GG unvereinbar und für nichtig erklärt. Das Gericht sah in der Regelung, „die durch das Zusammenwirken der Elemente Verhältniszahl, Kassenarztsitz, Ausschreibung und Zulassung nur eines Kassenarztes auf einen Kassenarztsitz gekennzeichnet ist“, einen „tiefen Eingriff in die freie Berufsausübung der nicht zugelassenen Ärzte“; es sei nicht dargetan, daß vordringliche öffentliche Interessen, denen nicht auf andere Weise ausreichend Rechnung getragen werden könnte, gerade diese Regelung unumgänglich machten (a. a. O., S. 48).

Das Bundesverfassungsgericht ging dabei von der damaligen Zahl von ca. 41 700 freiberuflich tätigen Ärzten aus, von denen ca. 37 000 zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassen waren. Es vertrat die Auffassung, daß sich bei Freigabe der Kassenzulassung der Zugang um kaum mehr als 12 v. H. erhöhen würde. Dem jährlichen Zugang an Ärzten stehe der Bevölkerungszuwachs und damit die Zunahme der Kassenmitglieder und freien Patienten sowie das Ausscheiden zugelassener Ärzte gegenüber. Die tatsächliche Entwicklung verlief anders. Die Zahl der neu hinzutretenden Ärzte ist in den vergangenen 25 Jahren seit dem Urteil erheblich höher gestiegen, als das Gericht angenommen hatte; dagegen ist die Zahl der Kassenmitglieder zurückgegangen (vgl. Anlage 1).

- b) Als Folge der mit der Verfassungsgerichtsentscheidung verbundenen Freigabe der Arztsitzwahl der Kassenärzte kam es Mitte der 70er Jahre insbesondere in ländlichen Gebieten zu ärztlicher Unterversorgung. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz — KVWG) vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871) wurde den für die Sicherstellung verantwortlichen Körperschaften der Kassenärzte und Krankenkassen deshalb auf Bundes- und Landesebene ein Instrumentarium zur Verfügung gestellt, das neben der Einführung einer Bedarfsplanung als Orientierung über das Versorgungssystem auch die Möglichkeit vorsieht, bei drohender oder eingetretener ärztlicher Unterversorgung zugunsten unterversorgter Gebiete Zulassungssperren in anderen (ausreichend versorgten) Gebieten anzuordnen. Dadurch sollte ärztliche Unterversorgung vermieden werden. Heute treten Unterversorgungssituationen im allgemeinen nicht mehr auf.
- c) Inzwischen sind jedoch folgende Entwicklungen eingetreten:

— In Verdichtungsräumen läßt sich — gemessen an den für einen ausreichenden Versorgungsgrad notwendigen Verhältniszahlen — eine überhöhte Arztdichte (Übersversorgung) feststellen (vgl. Anlagen 2a und 2b).

— Die Versorgungsstruktur, d. h. das Verhältnis von allgemeinmedizinisch (hausärztlich) zu fachärztlich tätigen Ärzten, ist unausgewogen.

Das frühere Zulassungsrecht ging von einem Anteil der Fachärzte von einem Drittel an der Zahl der Kassenärzte aus. Aus gesundheitspolitischen Erfordernissen mag zwar zwischenzeitlich ein höherer Anteil an Fachärzten vertretbar sein; andererseits ist der heutige Anteil von 56,4 v. H. Fachärzten jedoch nach allgemeiner Auffassung überhöht und geht zu Lasten der primärärztlichen Versorgung. Es besteht eine unmittelbare Beziehung zwischen dem Anstieg der Fachärzte und ihrer Konzentration in Verdichtungsräumen. Die Unausgewogenheit dieser Versorgungsstruktur gefährdet ebenfalls die Wirtschaftlichkeit des ambulanten Versorgungssystems.

- d) Diese Entwicklung ist nicht nur vorübergehender Natur. Sie wird sich auch nicht von selbst regulieren. Im Gegenteil: Die Zahl der Versicherten nimmt ab, die Zahl der Kassenärzte steigt ständig. So ergibt sich aus einer Analyse der Ortskrankenkassen für die Entwicklung der kassenärztlichen Versorgung in der Zeit von 1980 bis 1984, daß die Zahl der Ärzte um ca. 9 v. H. gestiegen ist, während die Mitgliederzahl der Kassen um 1,9 v. H. abgenommen hat.

Im Jahre 1984 gab es in der Bundesrepublik Deutschland rd. 156 600 berufstätige Ärzte. Im Durchschnitt versorgt damit ein Arzt 402 Einwohner, eine Versorgungsdichte, die der Bundesrepublik Deutschland eine Spitzenstellung einräumt. Hochrechnungen schätzen auf der Grundlage von derzeit ca. 12 000 Medizin-Studierenden und einer gleich hohen Zahl von Approbationen bis zum Jahre 1990 die Zahl der berufstätigen Ärzte auf 177 000 und bis zum Jahre 2000 auf 216 000. Es gibt auch Schätzungen, die eine noch höhere Zahl annehmen.

Stellenausweitungen in dem neben der ambulanten Versorgung traditionell größten Tätigkeitsfeld des Arztes, dem Krankenhausbereich, sind in spürbarem Ausmaß auf absehbare Zeit nicht zu erwarten. Auch im öffentlichen Dienst ist nicht mit Stellenausweitungen zu rechnen. Auch wenn die hier derzeit noch offenen Stellen (rd. 1 000) demnächst besetzt werden dürften, kann sich daraus eine spürbare Entlastung beim Zugang von Ärzten in die ambulante Versorgung nicht ergeben.

Bedingt durch die steigende Zahl der Absolventen der ärztlichen Ausbildung und den Mangel an Arztstellen außerhalb der kassenärztlichen Versorgung wird sich daher der Trend zu einer steigenden Zahl von Niederlassungen als Kassenarzt verstärken. Im Jahre 1971 betrug die Zahl der in der gesetzlichen Krankenversiche-

rung tätigen Kassenärzte und Vertragsärzte noch 47 000. Sie stieg bis 1984 auf 62 200. Für das Jahr 1991 muß nach Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Zahl von rd. 77 000 erwartet werden. In diese Berechnungen ist die Möglichkeit noch nicht einbezogen, daß eine erhebliche Zahl an Ärzten für eine Kassenzulassung zusätzlich in Betracht kommt, weil sie wegen der Verengung des ärztlichen Arbeitsmarktes außerhalb der kassenärztlichen Versorgung keine anderen Beschäftigungsmöglichkeiten mehr finden. Festzuhalten bleibt ferner, daß die Nettozugänge der Kassenärzte seit 1980 jährlich zunehmen. Dies wird entsprechend der Altersstruktur weiter der Fall bleiben, da der Abgang älterer Ärzte abnimmt. So betragen die Nettozugänge im Jahre 1980 800, 1981 1 080, 1982 1 290, 1983 1 700 und 1984 2 050 Ärzte.

- e) Auch die Zahl der Studierenden der Zahnmedizin ist seit 1975 nicht unerheblich gestiegen. Trotz wesentlicher Verbesserungen der zahnärztlichen Versorgung gibt es aber nach wie vor regionale und fachliche Bereiche mit teilweise erheblichen Unterversorgungen. Es ist zu erwarten, daß mit einem weiteren Ansteigen der Zahl der Zahnärzte regional bestehende Versorgungslücken in der ambulanten zahnärztlichen Versorgung im Laufe der nächsten Jahre ausgeglichen werden können. Ferner wird die Zahnarztdichte in Städten, die bereits heute über ein ausreichendes Angebot an niedergelassenen Zahnärzten verfügen, weiter anwachsen. Deshalb sollen die Kassenzahnärzte vorsorglich in die Neuregelungen einbezogen werden, auch wenn sich das Problem der Übersversorgung hier zur Zeit noch nicht in vergleichbarer Schärfe wie im ärztlichen Bereich stellt.

- f) Die Entwicklung der Zahl der Kassenärzte verhält sich weder proportional zur Entwicklung der Zahl der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, noch haben Marktmechanismen zu einer finanziellen Entlastung der Krankenkassen bei den Kassenarzthonoraren geführt. Ärzte lassen sich auch nicht durch sinkende Patientenzahlen davon abhalten, sich in hoch- und übersorgten Gebieten niederzulassen. Denn auch bei sinkenden Patientenzahlen ermöglichen medizinische Dispositionsspielräume des Arztes Leistungsausweitungen und damit Einkommenskompensationen (vgl. Nummer 3b).

Übersversorgung konzentriert sich vor allem auf Ballungsgebiete. Den Statistiken zur ärztlichen Bedarfsplanung läßt sich entnehmen, daß — gemessen an den Bedarfsplanungskriterien der Bedarfsplanungs-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen — zwischen 40 und 60 v. H. der übersorgten Planungsbereiche in Regionen mit großen Verdichtungsräumen des Typs 1 „Kernstädte“ liegen.

### 3. Auswirkungen der Übersversorgung

- a) Durch die regionalen Übersversorgungungen ergeben sich erhebliche Gefahren für die Funktionsfähig-

keit der gesetzlichen Krankenversicherung und für eine sachgerechte kassenärztliche Versorgung. Dies gilt vor allem für Qualität, medizinischen Nutzen und Wirtschaftlichkeit der ambulanten kassenärztlichen Versorgung in überversorgten Gebieten.

Wenn mehr und mehr Ärzte sich insbesondere in Ballungsgebieten niederlassen, besteht die Gefahr, daß die Kassenärzte

- bei wachsendem Konkurrenzdruck die wirtschaftlichen Versorgungsweisen vernachlässigen,
- nicht notwendige Leistungen erbringen,
- über das medizinisch notwendige Maß hinausgehende Leistungen veranlassen

und dadurch insgesamt die Leistungsfähigkeit der ambulanten Versorgung schwächen.

Der Kassenarzt ist in der Lage, den Umfang seiner Leistungen weitgehend selbst zu bestimmen. Er bestimmt auch die Dauer der Behandlung (Wiederbestellungen, Überweisungen). Er veranlaßt sämtliche Sekundärleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung wie Arzneimittelverordnungen, Heilmittelverordnungen, Verordnung von Krankenhauspflege, Feststellung der Arbeitsunfähigkeit mit Auswirkungen auf die Lohnfortzahlung. Bei wachsendem Konkurrenzdruck besteht die Gefahr des allzu großzügigen Umgangs mit den zu veranlassenden Leistungen. Neben dem eigenen Honorarvolumen von ca. 19 Mrd. DM veranlassen die Kassenärzte allein für Arzneimittel- und Heilmittelverordnungen ein Ausgabenvolumen von ca. 22 Mrd. DM.

Die Krankenhauspflege, die zum größten Teil durch Verordnungen der Kassenärzte ausgelöst wird, hat ein Ausgabenvolumen von ca. 33 Mrd. DM. Jede durch wachsende Ärztezahlen ausgelöste Veränderung im Ordnungsverhalten der Kassenärzte hat daher Auswirkungen auf ein Ausgabenvolumen in Milliardenhöhe.

Gesundheitsökonomisch hat die von den Kassenärzten ausgelöste „angebotsinduzierte Nachfrage“ ihre Ursache in den Dispositionsspielräumen des Kassenarztes über eigene und veranlaßte Leistungen. Die Gefahren für die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung liegen auf der Hand. Die Sozialenquete aus dem Jahre 1966 hat diesen Sachverhalt wie folgt beschrieben:

„... Dem Arzt ist vom Gesetz aufgetragen, auch auf die „Wirtschaftlichkeit“ der Behandlung zu achten (§ 368 n, § 182 Abs. 2 RVO). Diese Anweisung kann ihn gelegentlich mit seinem ärztlichen Gewissen in Konflikt bringen (Problem der Regreßpflicht). Die entscheidende strukturelle Schwäche des „Marktes“ für ärztliche Leistungen besteht jedoch darin, daß der Arzt als „Anbieter“ nicht nur die Möglichkeit, sondern geradezu die Aufgabe hat, Art und Maß der „Nachfrage“ im wesentlichen selbst zu bestimmen. Er ist der Sachkundige und weiß besser als der Patient, was diesem frommt. Diese eigenartige und (auf) fast keinem anderen (wirkli-

chen) Markt anzutreffende Anbieterposition stellt fast übermenschlich hohe Ansprüche an die Selbstlosigkeit und moralische Widerstandskraft des Arztes; denn schließlich muß auch der Arzt leben und seine Familie ernähren. Kann man im Ernst von ihm verlangen, daß er mit Eifer darauf bedacht ist, sein Einkommen zu schmälern und seinen Berufserfolg in einem möglichst geringen Einkommen zu suchen? ...“

Das entspricht auch der Einschätzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Diese hat die Folgen der Beibehaltung des geltenden Zulassungsrechts in einer Stellungnahme aus dem Jahre 1984 wie folgt beschrieben:

„Eine Zunahme der Arztlzahl führt allein nicht zu einer Verbesserung der ärztlichen Versorgung, sondern kann wegen übermäßiger Konkurrenz zu einer Gefährdung der insbesondere in der gesetzlichen Krankenversicherung geforderten wirtschaftlichen Versorgung führen. Es ist nicht zu erwarten, daß in dieser Situation Mechanismen, wie sie in einer Marktwirtschaft greifen, die kassenärztliche Versorgung so regeln, daß sie den Anforderungen an eine wirtschaftliche ärztliche Versorgung gerecht werden. Eine übermäßige Konkurrenz kann in vielen Bereichen zu negativen Auswirkungen führen, z. B. bei der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit, der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln usw. Schon heute wird sichtbar, daß bei weiterer Zunahme der Zahl der Ärzte die Gefahr besteht, daß einzelne Ärzte versuchen, die eigene Praxis durch medizinisch-technische Geräte attraktiv zu machen. Um die Anschaffungskosten amortisieren zu können, muß das Leistungsvolumen gegebenenfalls gesteigert werden. Der zunehmende Wettbewerb der Ärzte untereinander kann im Extremfall auch dazu führen, daß notwendige Überweisungen unterbleiben oder erforderliche Krankenhauseinweisungen nicht vorgenommen werden.“

Eine Gefahr für die Qualität der ambulanten Versorgung muß auch darin gesehen werden, daß bei zunehmender Konkurrenz die Investitionskraft der freien Praxen geschwächt wird. Damit würde der wirtschaftliche Stellenwert der ambulanten kassenärztlichen Versorgung im Verhältnis zur kostenaufwendigen Krankenhausversorgung geschwächt. Sie könnte ihre Aufgabe, eine kostengünstige Versorgung sicherzustellen, nicht ausreichend erfüllen. Die Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Arztpraxen ist ein Gemeinwohlbelang. So hat auch das Bundesverfassungsgericht darauf hingewiesen, daß „an der Erhaltung und Förderung eines in seiner Existenz gesicherten Standes von Fachärzten ... ein allgemeines Interesse (besteht)“ (BVerfGE 16, 286, 300).

- b) Nach einer Analyse der Ortskrankenkassen (Wissenschaftliches Institut) (vgl. DOK 1984 S. 601 ff., 830 f.), die auf einer mehrjährigen Analyse der Fallzahlen, Fallwerte und Überweisun-



gen beruht, ist die Entwicklung der kassenärztlichen Versorgung in der Zeit von 1980 bis 1984 wie folgt zu kennzeichnen:

- Steigende Arztzahlen (+ 9 v. H.),
- Abnahme der Mitgliederzahl der Kassen (– 1,9 v. H.),
- Abnahme der Fallzahlen (Patienten) je Arzt (allerdings unterschiedliche Entwicklung bei Überweisungen) (– 9,2 v. H.),
- Anstieg des Leistungsvolumens (+ 19,9 v. H.); trotz der rückläufigen Fallzahlen je Arzt steigen die durchschnittlich angerechneten „Punktzahlen“ (+ 12 v. H.),
- die Ausweitung des Leistungsvolumens ist nicht auf das Versichertenverhalten zurückzuführen (Abnahme der Primäranspruchnahme!) (– 6 v. H.),
- die Entwicklung des Leistungsvolumens wird „wesentlich“ durch den Nettozuwachs an Ärzten beeinflusst.

Aus der Analyse der Ortskrankenkassen ergibt sich, daß durch den Zuwachs an Ärzten die Ausgaben generell steigen. Angesichts der bevorstehenden weiteren Niederlassungen ist mit einer Fortsetzung des Trends zu rechnen. Die Folgen sind

- höhere Ausgabenbelastung,
- Gefährdung der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall.

Insbesondere ist festzustellen:

Je höher die Versorgungsdichte, um so höher sind die Leistungsausgaben der Krankenkassen je Versicherten (Anlage 3).

Die Gesamtausgaben je Versicherten (ohne Zahnmedizin) im Jahre 1984 der AOK München (562 Einwohner je Kassenarzt) sind um 14,3 v. H. höher als die der AOK Mittelfranken (1 102 Einwohner je Kassenarzt) und um 20,6 v. H. höher als die der AOK Hof (1 194 Einwohner je Kassenarzt in Oberfranken). Vergleicht man die Ausgaben für ambulante Behandlung je Versicherten im Jahre 1984, so wird der Unterschied noch deutlicher:

Die Ausgaben der AOK München sind hier um 24,7 v. H. höher als die der AOK Mittelfranken und um 47,3 v. H. höher als die der AOK Hof.

Mehrere empirische Analysen mit Hilfe ökonomischer Methoden, die mit Querschnittsdaten aus dem Bereich der Ortskrankenkassen aus den Jahren 1978 bis 1982 arbeiten, zeigen für die Bundesrepublik Deutschland, daß Leistungsausgaben je Krankenschein signifikant mit der Arztdichte in den betreffenden Regionen korrelieren: Je größer die Arztdichte, desto höher ist der Fallwert. Ein „Grenzwert“ der Arztdichte, bei dessen Übersteigen der „Fallwert“ wieder rückläufig wird, konnte bisher in diesen Untersuchungen empirisch nicht nachgewiesen werden; auch ausländische Studien deuten nicht darauf hin, daß es einen solchen Grenzwert gibt.

In diesen Untersuchungen wird allerdings darauf hingewiesen, daß mit zunehmenden Ärzte-

zahlen auch Barrieren, die einer Inanspruchnahme entgegenstehen, abgebaut werden können. Solche Barrieren können sich etwa aus der räumlichen Entfernung der nächstgelegenen Praxis der gewünschten Fachrichtung oder aus den durchschnittlichen Wartezeiten ergeben.

- c) Auch der zunehmende Wettbewerbsdruck, der sich bei hoher Arztdichte ergibt, hat für die aufgezeigten Gefahren eines unwirtschaftlichen Arztverhaltens keine begrenzenden Wirkungen. Die Zunahme der Arztdichte wirkt aus folgenden Gründen ausgabensteigernd:

- Der Arzt kann — wie beschrieben — den Umfang der eigenen und veranlaßten Leistungen in einem bestimmten Umfang selbst festlegen.
- Ferner ist nicht jeder zusätzliche Arzt ein Konkurrent. Es kann sich auch um zusätzliche Spezialisten handeln, die ergänzende Leistungen erbringen und damit das Leistungsangebot durch Überweisungen ausweiten.

Auch die Qualität der ärztlichen Leistungen wird durch den Wettbewerbsdruck nicht erhöht. Häufig werden hier zusätzliche Leistungen erbracht, deren medizinische Notwendigkeit zweifelhaft erscheint („Polypragmasie“). Auch wird der Gesichtspunkt der „Patientenzufriedenheit“ zu einem Wettbewerbsparameter, der zu einer großzügigeren Verordnungsweise führt.

Damit gehen von einer Überversorgung ernsthafte Gefahren für die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung aus.

#### 4. Keine Gegensteuerung über Vergütungsregelungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Vergütungsregelungen und verstärkte Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind nicht geeignet, den aufgezeigten Gefahren wirksam zu begegnen:

- Begrenzungen der Kassenarzthonorare sind nicht geeignet, Umfang und Kosten der vom Kassenarzt veranlaßten Leistungen (rd. 80 v. H. der Ausgaben der Krankenkassen) zu beeinflussen.
- Wenn Behandlungspauschalen oder andere Pauschalierungsformen eingeführt werden, werden zwar die Ausgaben für ärztliche Leistungen begrenzt. Dann besteht aber die Gefahr eines Qualitätsverlustes und insbesondere eines Abschiebens für den Arzt aufwendiger Fälle in andere Leistungsbereiche (z. B. Überweisen ins Krankenhaus). Dies gefährdet aber gerade die Wirtschaftlichkeit, die durch das Gesetzesvorhaben verbessert werden soll.
- Auch eine Verschärfung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen stößt auf Grenzen. Das bisherige Verfahren ist eine an statistischen Größen und an den Durchschnittswerten der jeweiligen Fachgruppen orientierte Vergleichsprüfung. Bei einer generellen Ausweitung der Leistungen erhöhen sich auch die statistischen Durchschnitts-

werte; insoweit läuft die Prüfung leer. Im übrigen können angesichts der Millionenzahlen verordneter Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung Wirtschaftlichkeitsprüfungen nur in Stichproben durchgeführt werden.

### 5. Die vorgesehenen Neuregelungen

Um den aufgezeigten Gefahren vorzubeugen, muß die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung sichergestellt werden. Nur sie gewährleistet ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis der kassenärztlichen Versorgung und sichert langfristig die Leistungsfähigkeit des ambulanten Versorgungssystems. Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß das derzeit dafür am besten geeignete Mittel eine Entlastung ärztlich hochverdichteter Gebiete bei Neuzulassungen ist.

Deshalb schlägt sie regional begrenzte und zeitlich befristete Zugangsbeschränkungen für überversorgte Gebiete vor. In den übrigen Gebieten bleibt die weitere Niederlassung für Kassenärzte frei.

Diese eingeschränkte Lösung ist gegenüber der Alternative einer bedarfsorientierten Zulassung von Kassenärzten nach absoluten Verhältniszahlen das weniger belastende und damit das mildere Mittel. Ohne solche Maßnahmen zum gegenwärtigen Zeitpunkt könnten sich die Gefahren für die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung so zuspitzen, daß stärker belastende Maßnahmen wie absolute Zugangssperren unumgänglich würden.

Mit Ausnahmen von Zugangsbeschränkungen soll auch in hochversorgten Gebieten die gemeinschaftliche Berufsausübung gefördert werden; sie gewährleistet die Erhaltung und Steigerung der qualitativen Leistungsfähigkeit der kassenärztlichen Versorgung.

Damit werden neue Ärzte nicht generell von der kassenärztlichen Versorgung abgehalten. Sie können sich vielmehr in nicht überversorgten Gebieten niederlassen, wo sie ebenfalls Gesundheitsleistungen erbringen und dafür vergütet werden.

Wegen der Auswirkungen geht der Gesetzentwurf von folgender Prognose aus:

Der Trend — Anstieg der Pro-Kopf-Ausgaben — wird sich in den überversorgten Gebieten aufgrund der Zugangsbeschränkungen abschwächen.

In den übrigen Gebieten wird sich dieser Trend zwar verstärken. Es ist aber damit zu rechnen, daß der höhere Ausgabensockel der überversorgten Gebiete in den übrigen Gebieten erst nach einigen Jahren erreicht wird (Einholeffekt). Insofern wird die Krankenversicherung entlastet.

In den hochverdichteten Regionen der ärztlichen Versorgung nimmt der Grenznutzen der ärztlichen Versorgung ab, weil den von der Versichertengemeinschaft aufgewandten Mitteln nur noch ein begrenzter gesundheitlicher Nutzen gegenübersteht. Eine bessere Verteilung der Kassenärzte erfüllt deshalb die wichtige Funktion, Ärzte so lange wie

möglich auf Regionen zu verteilen, in denen der zusätzliche Grenznutzen eines weiteren Angebots ärztlicher Leistungserbringer mit der Befriedigung gesundheitspolitisch vertretbarer Nachfrage einhergeht. Die Verteilung lenkt Ärzte in Regionen, in denen der medizinische Nutzen vergleichsweise größer ist als in anderen Versorgungsgebieten. Auch dies verbessert die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung.

### 6. Geschütztes Gemeinschaftsgut: Funktionsfähigkeit der kassenärztlichen Versorgung

Die möglichen Anordnungen von Zulassungsbeschränkungen berühren das Grundrecht der Berufsfreiheit (Artikel 12 Abs. 1 GG). Die Möglichkeit, als Kassenarzt zur Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung am selbst gewählten Ort zugelassen zu werden, wird gemäß der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts von Artikel 12 Abs. 1 GG geschützt. Gesetzliche Einschränkungen dieser Zulassungsfreiheit sind aber verfassungsrechtlich zulässig, soweit sie zum Schutz wichtiger Gemeinwohlbelange geboten sind. Das ist hier der Fall (vgl. auch oben Ziffer 5).

Die Funktionsfähigkeit der kassenärztlichen Versorgung setzt eine gleichmäßige, bedarfsgerechte, sachgerechte und wirtschaftliche Versorgung voraus. Dabei geht es um schützenswerte Interessen von hohem Gemeinwohl. Denn das für die gesetzliche Krankenversicherung als Finanzierungsgrundlage notwendige Beitragsaufkommen der Versichertengemeinschaft muß — weil nicht beliebig vermehrbar — möglichst nutzbringend für die medizinische Versorgung der Versicherten eingesetzt werden. Die vorgesehenen Neuregelungen sind geeignet und erforderlich, durch eine ausgewogenere Verteilung der Kassenärzte Gefahren für die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung abzuwehren. Mildere Mittel, dieses Ziel zu erreichen, gibt es, wie oben unter Ziffer 4 dargelegt, nicht.

Die Regelungen sind für die betroffenen Ärzte auch zumutbar. Sie schränken, sofern es zu begrenzten Zulassungssperren kommt, die Möglichkeit der Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit lediglich an bestimmten Orten vorübergehend ein. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, daß erst die solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenversicherung den Kassenärzten eine selbständige Berufsausübung ermöglicht.

Wer seine Existenzsicherung in einem öffentlich-rechtlich ausgestalteten kassenärztlichen Versorgungssystem findet, muß auch die Einschränkungen hinnehmen, die die Funktionsfähigkeit dieses Systems sichern. Es liegt deshalb nicht zuletzt im Interesse der künftigen Kassenärzte, daß die gesetzliche Krankenversicherung funktionsfähig bleibt. Die damit für diese Ärzte verbundenen Vorteile überwiegen die Nachteile, die sich aus den vorgesehenen Einschränkungen bei der Wahl des Niederlassungsortes ergeben können.

## II. Besonderer Teil

Der Gesetzentwurf sieht im wesentlichen folgende Maßnahmen vor:

### — *Kassenärztliche Bedarfsplanung*

Die bereits bestehende kassenärztliche Bedarfsplanung wird verbessert. Es wird eine gesetzliche Ermächtigung für die Festlegung von Verhältniszahlen für eine bedarfsgerechte Versorgung und von Maßstäben für eine Überversorgung geschaffen. Dadurch wird auch die Transparenz der Versorgungsstruktur erhöht. Die Niederlassungsberatung kann effektiver gestaltet werden.

### — *Begrenzte und befristete Zulassungssperren bei Überversorgung*

Es wird die Möglichkeit vorgesehen, bei Überversorgung zeitlich befristete, regional begrenzte und arztgruppenbezogene Zulassungssperren anzuordnen. Die Maßstäbe für die Überversorgung sollen durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach näheren gesetzlichen Vorgaben festgelegt werden. Den konkreten Versorgungszustand und seine Folgen stellt der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach den durch Gesetz und die Richtlinien des Bundesausschusses getroffenen Vorgaben fest. Eine Schutzklausel — es müssen 50 v. H. der Planungsbereiche mit rd. 50 v. H. der Bevölkerung offenbleiben, stellt sicher, daß im Bundesgebiet eine genügend große Zahl von Planungsbereichen für eine Niederlassung als Kassenarzt offensteht. Damit sind generelle Zugangssperren ausgeschlossen. Die Niederlassungsfreiheit wird nur insoweit eingeschränkt, als die Wahl des Niederlassungsortes in bestimmten Fällen für bestimmte Gebiete nicht möglich ist.

### — *Ausnahmetatbestände*

Bei den Zugangsbeschränkungen werden Ausnahmen vorgesehen, um die wirtschaftliche Wertbarkeit der Praxis im Nachfolgefall zu erhalten. Ferner soll die Niederlassung in „Gemeinschaftspraxen“ möglich bleiben.

### — *Freiwilliger Verzicht auf die Kassenzulassung ab 62 Jahren*

Es wird klargestellt, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen berechtigt sind, den freiwilligen Verzicht von Kassenärzten auf die Kassenzulassung ab 62 Jahren finanziell zu fördern.

## Zu Artikel 1 (Reichsversicherungsordnung)

### Zu Nummer 1 (§ 368 RVO)

Die Ergänzung in Absatz 3 sieht vor, daß zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung auch Vorgaben für die Sicherung einer unter den Arztgruppen ausgewogenen Versorgungsstruktur gemacht werden. Hierbei geht es auch darum, eine qualifizierte und ausgewogene hausärztliche Versorgung sicherzustellen. Daraus ergeben sich Folgerungen

für die Bedarfsplanung nach § 368 Abs. 4 RVO, die den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen obliegt. Danach wird es notwendig, Angaben zum Versorgungsgrad und zur Versorgungsstruktur aufzunehmen.

### Zu Nummer 2 (§ 368 c RVO)

§ 368 c Abs. 3 enthält eine Verordnungsermächtigung für Zulassungsbeschränkungen zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten. Wegen der Erweiterung des Bedarfsplanungsinstrumentariums und der Möglichkeit, auch für überversorgte Gebiete Zulassungsbeschränkungen vorzusehen (vgl. Artikel 1 Nr. 4 — § 368 t RVO), wird mit dem neuen Absatz 4 eine weitere Verordnungsermächtigung geschaffen. Darin wird insbesondere eine Ermächtigung für Ausnahmeregelungen vorgesehen, die die wirtschaftliche Verwertungsfähigkeit der kassenärztlichen Praxis in für Neuzulassungen beschränkten Gebieten in begründeten Ausnahmen sicherstellen sollen, um Härtefälle zu vermeiden. Ebenso soll die Kassenzulassung zu gemeinschaftlicher Berufsausübung möglich bleiben.

### Zu Nummer 3 (§ 368 n RVO)

Der neue Absatz 9 stellt klar, daß der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch Maßnahmen zur finanziellen Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Kassenzulassung ab dem 62. Lebensjahr einschließt und dafür Finanzmittel der Kassenärztlichen Vereinigungen bereitgestellt werden dürfen. Damit soll die Kassenzulassung zur Bewältigung der mit der Arztlentwicklung verbundenen Probleme auf freiwilliger Basis beitragen können.

### Zu Nummer 4 (§ 368 p Abs. 7 RVO)

Die Vorschrift ist eine Folgeregelung zu Artikel 1 Nr. 5 (§ 368 t Abs. 2 Nr. 1, Abs. 3 RVO). Sie stellt klar, daß sowohl für die Maßnahmen bei Unterversorgung (vgl. § 368 p Abs. 7, § 368 r RVO) als auch für die — neu vorgesehenen — Maßnahmen bei Überversorgung von denselben Ausgangsgrundlagen bei der Bemessung des bedarfsgerechten Versorgungsgrades auszugehen ist.

### Zu Nummer 5 (§ 368 t RVO)

Die Vorschrift schafft die Voraussetzungen für die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung. Sie lehnt sich dem bereits im geltenden Recht für den Fall der Unterversorgung vorgesehenen Verfahren an (§ 368 r), sieht jedoch wegen der teilweise anderen Probleme dafür ein eigenes Verfahren vor, das dem verfassungsrechtlich verbürgten Niederlassungsrecht der Ärzte Rechnung trägt und im Hinblick auf die notwendigen Beschränkungen eine am Verhältnismäßigkeitsgrundsatz orientierte Einschränkung lediglich der Ortswahlfreiheit bei der Niederlassung bewirkt.

Auf Bundesebene werden durch Richtlinien-Beschlüsse der Bundesausschüsse allgemeine Vorgaben entwickelt; die konkrete Anordnung von Zulassungsbeschränkungen erfolgt auf Landesebene durch die zuständigen Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen (Absätze 2 und 6).

Die Neuregelungen in Absatz 2 weisen den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen die Aufgaben zu, durch Richtlinien-Beschlüsse die Vorgaben für die Bedarfsplanung und Überversorgungsfeststellungen zu treffen. Dabei geht es um Bestimmungen über den bedarfsgerechten Versorgungsgrad, Maßstäbe für die Feststellung und Bewertung von Überversorgung und Maßstäbe für eine ausgewogene Versorgungsstruktur bei der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung. Die Befugnisse der Bundesausschüsse werden durch näher konkretisierte gesetzliche Vorgaben genau umschrieben (Absätze 3 bis 5).

Die gesetzlichen Vorgaben für die Ermittlung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrads gehen davon aus, daß der gegenwärtige durchschnittliche Versorgungsstand in der Bundesrepublik Deutschland unter Gesichtspunkten des Bedarfs ausreichend ist. Zugrunde gelegt wird dafür die Ermittlungsmethode für die Verhältniszahlen, die aufgrund des KVWG und der Einführung der kassenärztlichen Bedarfsplanung von den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen im Jahre 1977 entwickelt worden sind und die sich in der Praxis bewährt haben. Spätestens nach Ablauf von drei Jahren hat der Bundesausschuß diese Verhältniszahl entsprechend den medizinischen Versorgungsbedürfnissen weiterzuentwickeln.

Auch die Vorgaben für die Ermittlung der Maßstäbe für die Überversorgung in Absatz 4 enthalten eine Typisierung. Zugleich wird sichergestellt, daß in der Bundesrepublik Deutschland mindestens 50 v. H. der Zulassungsbezirke arztgruppenbezogen für eine Niederlassung offenbleiben.

Die ergänzenden Bewertungsgrundlagen nach Absatz 5 stellen sicher, daß die — neben der Feststellung der Überversorgung zur Anordnung von Zulassungsbeschränkungen außerdem notwendige — Feststellung über eine Gefährdung der zweckmäßigen und wirtschaftlichen kassenärztlichen Versorgung nach sachgerechten und einheitlichen Kriterien erfolgt.

Die Absätze 6 bis 8 enthalten Regelungen über die Voraussetzungen, den räumlichen und zeitlichen Rahmen und das Verfahren der Anordnung der Zulassungsbeschränkungen durch die Landesaus-

schüsse. Dabei handelt es sich im wesentlichen um folgende Schritte:

- Feststellung des Landesausschusses, daß eine Überversorgung und eine Gefährdung der zweckmäßigen und wirtschaftlichen kassenärztlichen Versorgung vorliegen.
- Bei Vorliegen dieser beiden Voraussetzungen Möglichkeit der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen.
- Räumliche, zeitliche und arztgruppenbezogene Beschränkung der Anordnung.

Absatz 9 ist eine Schutzklausel bei Zulassungsbeschränkungen im Land Berlin.

Zu Nummer 6 (§ 525 c RVO)

Die Vorschrift ist eine Folgeregelung zu Artikel 1 Nr. 4 (§ 368 t RVO).

#### Zu Artikel 2

Die Vorschrift enthält die übliche Berlin-Klausel.

#### Zu Artikel 3

Die Vorschrift regelt das Inkrafttreten.

### III. Finanzielle Auswirkungen

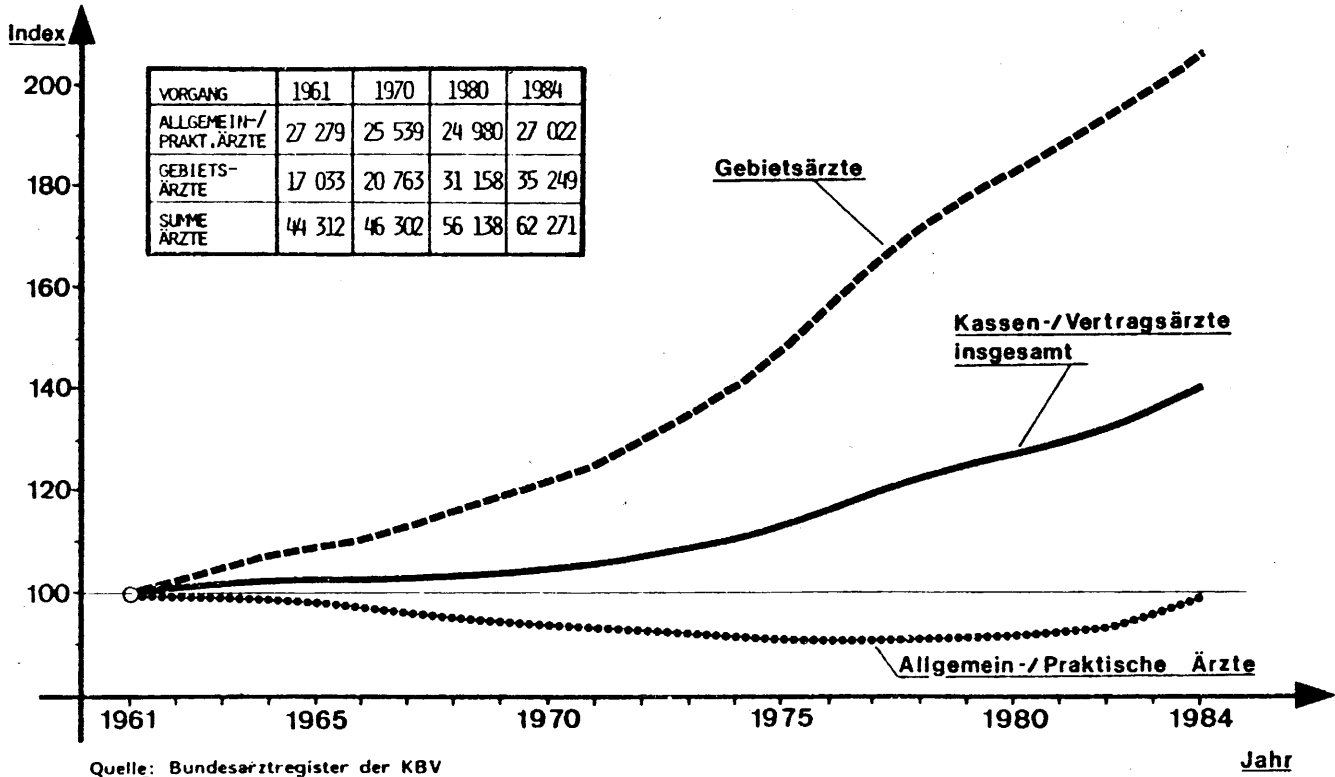
Bund, Länder und Gemeinden werden durch den Gesetzentwurf nicht belastet. Die Ausgaben der Krankenkassen sollen durch die Sicherung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung finanziell stabilisiert werden; eine Quantifizierung ist jedoch nicht möglich.

### IV. Preiswirkungsklausel

Die Neuregelung der kassenärztlichen Bedarfsplanung soll die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung verbessern. Im Einzelfall sind Mehrbelastungen für bisher unterversorgte Gebiete nicht völlig auszuschließen. Diese würden aber durch Einsparungen in überversorgten Gebieten kompensiert. Auswirkungen auf das Preisniveau — insbesondere das Niveau der Verbraucherpreise — sind nicht zu erwarten, wengleich sich die Be- und Entlastungen im Einzelfall nicht genau quantifizieren lassen.



**Entwicklung ausgewählter Arztgruppen seit 1961**



In der langfristigen Entwicklung der Zahl der Kassen-/Vertragsärzte hat sich in den letzten Jahren die Schere zwischen Gebietsärzten und Allgemein-/Praktischen Ärzten, wenngleich schwächer, geöffnet. Obwohl die Gebietsärzte nach wie vor höhere Zuwachsraten hatten, konnten die Allgemein-/Praktischen Ärzte 1983 und 1984 „an Boden“ gewinnen. Die dramatische Entwicklung der 70er Jahre konnte offensichtlich gebremst werden: So ging ihr Anteil 1983 und 1984 nur ein zehntel Prozentpunkt zurück (1970 bis 1980: 10 Prozentpunkte).

## Anlage 2a

## Zahl der Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad über 150%

KV	Pla- nungs- berei- che	Allg. Ärzte	Kin- der- ärzte	Int.	Frauen	Orth.	Chir.	Neu- rol.	Augen	HNO	Haut.	Radiol.	Urolo- gen
Schleswig-Holstein ....	5	0	0	1	2	1	5	3	0	1	1	0	1
Hamburg .....	34	7	25	27	24	26	20	27	24	19	23	25	24
Bremen .....	7	1	3	4	5	6	3	4	5	4	3	5	6
Niedersachsen .....	65	0	4	11	8	7	30	14	3	2	5	12	13
Westfalen-Lippe .....	27	0	4	12	6	6	23	4	1	1	2	9	10
Nordrhein .....	27	0	9	16	13	11	21	11	3	2	4	15	14
Hessen .....	58	4	5	16	10	18	24	19	11	4	12	16	14
Koblenz .....	20	0	3	4	5	2	17	6	0	2	2	6	6
Rheinhausen .....	4	0	3	1	1	2	2	2	1	0	1	3	2
Pfalz .....	15	1	4	5	6	6	12	5	3	1	2	3	7
Trier .....	6	0	2	1	0	0	5	1	0	0	0	1	1
Nordbaden .....	23	1	7	10	10	12	13	11	5	2	6	8	7
Südbaden .....	28	4	9	14	7	12	12	14	8	3	7	9	5
Nord-Württemberg .....	42	0	11	10	5	5	21	9	4	3	7	14	10
Süd-Württemberg .....	16	0	7	7	3	5	10	7	0	0	3	1	4
Bayern .....	71	5	7	23	13	19	24	12	6	6	5	14	22
Berlin .....	12	0	7	12	10	11	10	11	10	8	7	12	11
Saarland .....	6	0	1	2	1	1	5	3	0	0	0	0	0
Summe .....	466	23	111	176	129	150	257	163	84	58	90	153	157

Stand: 31. Dezember 1983

Zentralinstitut

## Zahl der Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad über 180%

KV	Pla- nungs- berei- che	Allg. Ärzte	Kin- der- ärzte	Int.	Frauen	Orth.	Chir.	Neu- rol.	Augen	HNO	Haut.	Radiol.	Urolo- gen
Schleswig-Holstein . . . .	5	0	0	1	0	1	2	1	0	0	0	0	0
Hamburg . . . . .	34	1	20	20	17	22	16	26	21	14	10	22	23
Bremen . . . . .	7	0	1	3	3	3	3	4	2	2	2	4	5
Niedersachsen . . . . .	65	0	1	5	3	6	26	11	0	1	5	12	12
Westfalen-Lippe . . . . .	27	0	0	6	2	2	13	2	0	0	2	4	5
Nordrhein . . . . .	27	0	3	14	3	5	11	7	1	0	3	9	7
Hessen . . . . .	58	0	2	8	6	5	17	12	2	2	6	10	9
Koblenz . . . . .	20	0	2	4	1	2	15	5	0	1	2	5	6
Rheinessen . . . . .	4	0	2	1	0	0	1	2	1	0	1	2	1
Pfalz . . . . .	15	0	1	1	1	4	10	2	0	0	0	3	3
Trier . . . . .	6	0	1	1	0	0	5	1	0	0	0	1	1
Nordbaden . . . . .	23	1	4	8	5	8	9	9	0	0	3	7	5
Südbaden . . . . .	28	0	7	11	4	11	12	14	6	3	3	9	5
Nord-Württemberg . . . . .	42	0	9	7	4	3	21	8	2	2	7	14	9
Süd-Württemberg . . . . .	16	0	5	4	2	4	9	7	0	0	3	1	4
Bayern . . . . .	71	0	3	13	4	10	20	8	3	4	3	11	20
Berlin . . . . .	21	0	2	12	5	10	8	10	7	5	4	12	10
Saarland . . . . .	6	0	0	1	0	0	5	2	0	0	0	0	0
Summe . . . . .	466	2	63	121	60	96	203	131	45	34	54	126	125

Stand: 31. Dezember 1983

Zentralinstitut

## Anlage 3

**Arztdichte**  
(Einwohner je Kassenarzt)

	1979	1984
München Stadt/Land .....	658	562
Mittelfranken .....	1 102	937
Oberfranken .....	1 194	1 013

**Leistungsausgaben je Versicherten**

Krankenkasse	Gesamtausgaben ohne Zahnmedizin			Ausgaben für ambulante ärztliche Versorgung			Ausgaben für sonstige (veranlaßte) Leistungen ohne Zahnmedizin		
	1979 DM	1982 DM	1984 DM	1979 DM	1982 DM	1984 DM	1979 DM	1982 DM	1984 DM
AOK München .....	1 879,82	2 243,57	2 519,97	386,70	463,95	515,29	1 439,12	1 779,62	2 004,68
AOK Mittelfranken .....	1 549,07	1 962,88	2 205,65	293,99	364,43	427,17	1 255,08	1 598,46	1 778,48
AOK Hof (Oberfranken)	1 389,82	1 711,71	2 021,44	244,04	294,98	349,73	1 145,78	1 416,73	1 671,71