

28.11.86

AS

Gesetzesbeschluß
des Deutschen Bundestages

Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung

Der Deutsche Bundestag hat in seiner 247. Sitzung am 14. November 1986 aufgrund der Beschlußempfehlung und des Berichts des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung (11. Ausschuß) - Drucksache 10/6444 - den von der Bundesregierung eingebrachten

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der
kassenärztlichen Bedarfsplanung
- Drucksachen 10/5630, 10/5886 -

in der nachstehenden Fassung angenommen:

Fristablauf: 19.12.86

Erster Durchgang: Drs. 232/86

Gesetz 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 die Anpassung der Verhältniszahlen für den allgemeinen Versorgungsgrad sowie 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 Bundesausschüsse nach Absatz 2 Zulassungsbeschränkungen anordnen.

(2) Die Bundesausschüsse 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 nach dem bundeseinheitlichen Versorgungsstand vom 31. Dezember 1980 arztgruppenbezogen im Verhältnis der Zahl der zugelassenen Kassenärzte zur Bevölkerung zu ermitteln.

(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 50 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 umfassen. 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 Landesausschuß fest, ob Überversorgung vorliegt (Absatz 4) und ob dadurch eine zweckmäßige und wirtschaftliche kassenärztliche Versorgung gefährdet ist (Absatz 5). In diesen Fällen kann der Landesausschuß 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 Absatz 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 „§ 368p Abs. 5, 6 und 7“ die Verweisung „§ 368t“ 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.

17.12.86

Antrag

der Länder Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Saarland

zum

Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung

- Punkt 28 der 572. Sitzung des Bundesrates am 19. Dezember 1986 -

Der Bundesrat möge beschließen:

Der Bundesrat stimmt dem Gesetz nicht zu.

Begründung:

Auch unter Berücksichtigung der vorgenommenen Änderungen wird das Gesetz nach Auffassung des Bundesrates den erklärten Zielen der beabsichtigten Neuregelung, zur Erhaltung der Finanzierbarkeit und Funktionsfähigkeit der sozialen Krankenversicherung die Gleichmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung zu sichern, nicht gerecht.

Es ist nicht ersichtlich, welche Erkenntnisse die Aussage begründen sollen, das Gesetz trage zum Erhalt der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung bei. Davon abgesehen, daß die Probleme des Kostenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung umfassendere Ursachen haben und demzufolge mit umfassenderen Maßnahmen angegangen werden müssen, ist eher zu erwarten, daß eine Verwirklichung dieses Gesetzes zu einem weiteren Anstieg der Kassenausgaben für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung beiträgt.

Aber auch zur Erzielung einer ausgewogenen kassenärztlichen Versorgung reicht das Gesetz nicht aus. Vielmehr ist ein gesundheitspolitisch aufeinander abgestimmtes und umfassendes Konzept erforderlich. Dabei sind die folgenden Ziele zu verfolgen:

1. Vor einer Regelung über Zulassungsbeschränkungen, zumindest aber im Zusammenhang damit, bedarf es zur Bewältigung der drohenden Arztschwemme einer Änderung des Vergütungssystems für ärztliche Leistungen. Hierzu gehört insbesondere die verbindliche gesetzliche Festlegung, daß für die Erbringung ärztlicher Leistungen in überversorgten Gebieten eine Honorardeckelung vorgenommen wird. Mit solchen Maßnahmen der Vergütungsstruktur kann eine gleichmäßigere Niederlassungsverteilung wirkungsvoller erreicht werden als mit den durch das Gesetz bestimmten Instrumenten.

Darüber hinaus führt das Gesetz in seiner Tendenz dort, wo das Instrument der Zulassungssperre eingesetzt wird, zur Absicherung des erreichten Status quo der in diesen Bezirken tätigen Kassenärzte. Ziel müßte es hingegen sein, für eine kostenneutrale Eingliederung des ärztlichen Nachwuchses zu sorgen. Das gegenwärtig hohe ärztliche Einkommensniveau bietet hierfür nach wie vor genügend Spielraum.

2. Genauso wichtig wie Veränderungen des Vergütungssystems sind verbindliche Regelungen, die eine stärkere Förderung der Allgemeinmedizin sichern. Nur auf diese Weise kann der kostentreibenden Spezialisierung der ärztlichen Tätigkeit, die sich in der zunehmenden Zahl von Fachärzten ausdrückt, begegnet werden. Insbesondere über geeignete Weiterbildungsmaßnahmen muß die verstärkte Förderung und Qualifizierung der Allgemeinärzte erreicht werden.
3. Zwar spricht das Gesetz das Problem der Altersgrenze für kassenärztliche Tätigkeit an, regelt es jedoch unzureichend. Die Möglichkeit der finanziellen Förderung eines freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Kassenarzt ab dem 62. Lebensjahr wird in erheblichem Umfange Mitnahmeeffekte bei den Ärzten bewirken, die aus anderen Gründen ohnehin ihre ärztliche Tätigkeit früher aufgeben oder einschränken wollten. Es kommt also darauf an, im Hinblick auf die steigenden Arztzahlen eine

verbindliche Altersgrenze für kassenärztliche Tätigkeit mit dem 65. Lebensjahr zu regeln. Zwar ist der Kassenarzt auf der einen Seite freiberuflich tätig, andererseits vollzieht sich der Hauptteil seines Berufs jedoch in einem öffentlich-rechtlich ausgestalteten Versorgungssystem mit den entsprechenden Sicherungen. Auf diesem Hintergrund erscheinen verbindliche, zeitliche Regelungen im Sinne einer Altersgrenze für die kassenärztliche Tätigkeit vertretbar.

Unter Zugrundelegung der aufgeführten Bedenken gegen das Gesetz fordert der Bundesrat die Bundesregierung auf, zur Bewältigung der sich aus den zunehmend steigenden Arztzahlen ergebenden Probleme gleich zu Beginn der neuen Legislaturperiode ein umfassendes und in sich stimmiges gesundheits- und sozialpolitisches Konzept vorzulegen.

Bundesrat

-1-B
Drucksache

578/86

(Beschluß)

19.12.86

Beschluß

des Bundesrates

zum

Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung

Der Bundesrat hat in seiner 572. Sitzung am 19. Dezember 1986 beschlossen, dem vom Deutschen Bundestag am 14. November 1986 verabschiedeten Gesetz gemäß Artikel 84 Abs. 1 des Grundgesetzes zuzustimmen.