

Gesetzentwurf

des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung und Ergänzung von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung (Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts – GWKAR)

A. Zielsetzung

Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 (BVerfGE 11, 30), das die in der Reichsversicherungsordnung verankerte Zulassungsregelung nach Verhältniszahlen für verfassungswidrig erklärte, hat eine Entwicklung eingesetzt, die zunehmend zu einer ungleichmäßigen Verteilung der freipraktizierenden Ärzte und Zahnärzte führte. Dadurch sind Engpässe in örtlicher und fachlicher Hinsicht entstanden. Hinzu kommt, daß die Altersstruktur der Ärzteschaft eine Verschlechterung des bestehenden Versorgungsgrades befürchten läßt.

Neben dem Bemühen um Abbau des „numerus clausus“ bedarf das Problem auch kassenarztrechtlich einer Lösung.

B. Lösung

Das bestehende System des Kassenarztrechts hat sich grundsätzlich bewährt. Es bedarf jedoch einer systemadäquaten Weiterentwicklung, aufgrund derer es ermöglicht wird, künftig die kassenärztliche Versorgung in allen Gegenden gleichmäßig und ausreichend sicherzustellen.

Dazu sind u. a. folgende Änderungen und Ergänzungen des Kassenarztrechts geboten:

- Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen unter Einbeziehung aller angemessenen und geeigneten Maßnah-

men, insbesondere auch der finanziellen Förderung ärztlicher Niederlassungen,

- Verpflichtung der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zur Aufstellung eines Bedarfsplans im Einvernehmen mit den Krankenkassen,
- Beibehaltung des Grundsatzes der Zulassungsfreiheit mit der Maßgabe, daß die Ausschüsse der Ärzte und Krankenkassen (Landesausschüsse) das Recht erhalten, eine Zulassung nur im Rahmen des Bedarfsplans anzuordnen, nachdem alle anderen angemessenen und geeigneten Maßnahmen zur Erfüllung des Bedarfsplans erfolglos waren, und daß eine vor Studienbeginn etwa eingegangene Verpflichtung, sich in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet niederzulassen, berücksichtigt wird.

C. Alternativen

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts und zur Änderung der Krankenversicherung der Rentner (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz — KVVWG) (Drucksache 7/3336).

D. Kosten

Für Bund und Länder keine.

Als Folge der Konkretisierung des Sicherstellungsauftrags werden den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Mehraufwendungen entstehen, die sich vor Aufstellung der Bedarfspläne nicht ermitteln lassen.

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
I/4 (IV/3) — 811 03 — Ka 4/75

Bonn, den 7. März 1975

An den Präsidenten
des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich gemäß Artikel 76 Abs. 3 des Grundgesetzes den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung und Ergänzung von Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung (Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts — GWKAR) mit Begründung und Vorblatt (Anlage I), den der Bundesrat am 19. Dezember 1974 beim Deutschen Bundestag einzubringen beschlossen hat.

Die Stellungnahme der Bundesregierung (Anlage II) zu dem Gesetzentwurf des Bundesrates ist beigelegt.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Der Stellvertreter des Bundeskanzlers
Genscher

Anlage I

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung und Ergänzung von Vorschriften
des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung
(Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts — GWKAR)**

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

Artikel 1

Die Reichsversicherungsordnung wird wie folgt geändert:

1. § 368 Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt geändert:

Nach den Worten „Die Regelung erstreckt sich auf“ werden die Worte „die Aufstellung und Fortschreibung eines Bedarfsplans zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung (§ 368 Abs. 4 bis 8)“ eingefügt.

2. Nach § 368 Abs. 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Ist bei der Vergabe von Studienplätzen für das Studium der Medizin Studienbewerber, die sich zur späteren Niederlassung in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet verpflichten, eine besondere Studienplatzquote eingeräumt, so haben dieser besonderen Maßnahme zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung auch die für die Vergabe der Studienplätze zuständigen Stellen, die für die Erteilung der Approbation zuständigen Behörden und die an der Gewährung von Krankenhausbehandlung für die Versicherten und ihre Angehörigen teilnehmenden Krankenhäuser Rechnung zu tragen. Das Nähere regeln die Zulassungsordnungen.“

3. Der bisherige § 368 Abs. 2 wird Absatz 3.

4. In § 368 werden folgende Absätze 4 bis 8 eingefügt:

„(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Krankenkassen auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung aufzustellen; der Bedarfsplan ist jährlich fortzuschreiben.

(5) Der Bundesausschuß der Ärzte (Zahnärzte) und Krankenkassen (§ 368 o Abs. 1) erläßt die Richtlinien über den allgemeinen Inhalt und Umfang des Bedarfsplans nach Absatz 3.

(6) Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sind zu beachten.

(7) Kommt das Einvernehmen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen nicht zustande, kann einer der Beteiligten den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (§ 368 o Abs. 1) anrufen.

(8) Der Bedarfsplan und dessen Änderung sind in geeigneter Weise zu veröffentlichen.“

5. § 368 a wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird Absatz 1.

b) Absatz 3 wird Absatz 2; nach den Worten „Um die Zulassung für einen“ wird das Wort „ausgeschriebenen“ gestrichen.

c) Nach Absatz 2 werden folgende Absätze 3 bis 5 eingefügt:

„(3) Jeder Arzt, der die Zulassungsvoraussetzungen erfüllt, ist für den Kassenarztsitz zuzulassen, der den von ihm gewählten Niederlassungsort einschließt.

(4) Ärzte mit der Verpflichtung, sich in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet eines bestimmten Landes niederzulassen, können für den Zeitraum von acht Jahren seit der ersten Niederlassung nur für Kassenarztsitze in unterversorgten Gebieten im Geltungsbereich dieses Gesetzes zugelassen werden, falls die Besetzung dieser Kassenarztsitze mit anderen geeigneten und angemessenen Mitteln, insbesondere auch mit den in § 368 n Abs. 1 Satz 2 Buchstabe e, f und i genannten Mitteln innerhalb von sechs Monaten nicht möglich ist und der Bedarfsplan für das Land, in dem verpflichtungsgemäß die Niederlassung zu erfolgen hat, ein kassenärztlich unterversorgtes Gebiet aufweist.

(5) Ist nach Ausschöpfung aller sonstigen Möglichkeiten der Bedarfsplan auf Landesebene nicht erfüllt und stellt dies der Landesausschuß für eine oder mehrere Fachrichtungen fest, so kann auf seine Anordnung hin die Zulassung für eine sich daran anschließende Niederlassungszeit von höchstens fünf Jahren nur im Rahmen des Bedarfsplans erfolgen. Persönliche Belange von Ärzten sind nach Möglichkeit angemessen zu berücksichtigen.“

d) Die Absätze 4 bis 8 werden Absätze 6 bis 10.

6. § 368 c wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Nummer 9 und 10 erhalten folgende Fassung:

„9. Die Bestimmung und Ausschreibung der Kassenarztstellen nach Maßgabe des Bedarfsplans,

10. die Voraussetzungen für die Zulassung hinsichtlich der Vorbereitung bei einem freipraktizierenden Kassenarzt unter besonderer Berücksichtigung der Tätigkeit in einer anerkannten Landpraxis sowie der Eignung zur Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit.“

b) Absatz 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Die Zulassungsordnungen bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfange nach den Grundsätzen der Ausübung eines freien Berufs sowie der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung die Kassenärzte Assistenten und Vertreter in der kassenärztlichen Versorgung beschäftigen, die kassenärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben oder Sprechstunden außerhalb des Niederlassungsortes in einer Zweigpraxis abhalten können.“

c) Es werden folgende Absätze 4 und 5 angefügt:

„(4) Die Zulassungsordnungen regeln die Einhaltung der bei der Vergabe von Studienplätzen für das Studium der Medizin eingegangenen Verpflichtung, sich in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet eines bestimmten Landes niederzulassen. Sie müssen Bestimmungen enthalten über die Anhörung der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Vergabe der Studienplätze, über die Eintragung der Verpflichtung in die Approbationsurkunde, über die Befreiung von der Verpflichtung in Fällen besonderer Härte und über das Verbot, in Krankenhäusern verpflichtete Ärzte außerhalb der Weiterbildung für ein erstmals nach der Approbation gewähltes, durch Rechtsverordnung der Landesregierung bestimmtes Fachgebiet zu beschäftigen.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung unter Berücksichtigung des im Bedarfsplan für unterversorgte Gebiete ausgewiesenen Bedarfs an Ärzten der einzelnen Fachrichtungen die Fachgebiete im Sinne des Absatzes 4 Satz 2 zu bestimmen.“

7. § 368 n wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz eingefügt:

„Sie sind berechtigt und verpflichtet, hierfür alle Maßnahmen durchzuführen, die angemessen und geeignet sind, den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen, insbesondere eine gleichmäßige und ausreichende kassenärztliche Versorgung zu gewährleisten; hierzu gehören insbesondere

a) die örtliche Organisation eines Bereitschaftsdienstes,

b) die Bereitstellung von Vertretern und Assistenten,

c) die Regelung der Versorgung mit Hilfe von Ermächtigungen für nicht zugelassene oder nicht beteiligte Ärzte oder für Krankenhäuser oder Institute,

d) die Bewilligung von Zweigpraxen und Zweitsprechstunden,

e) die Gewährung von zeitlich befristeten Umsatzgarantien und zinslosen Honorarvorschüssen zur Erleichterung der Anlaufzeit bei Praxisgründungen,

f) die Gewährung von Vermittlung von zinslosen oder zinsgünstigen Darlehen und Gewährung von Zinszuschüssen zur Praxisgründung, Gründung von Praxisgemeinschaften, Ausstattung von Zweigpraxen und Einrichtung von Apparategemeinschaften,

g) die Übernahme der Kosten für die Errichtung und Unterhaltung von ärztlichen Bereitschaftsdienstzentralen und Gewährung einer Bereitschaftsdienstpauschale,

h) die Gewährung von Zuschüssen zur Beschäftigung von Vertretern und Assistenten in besonderen Fällen,

i) die Gewährung erhöhter Wegegelder für Landarztpraxen.“

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Die Kosten für die Maßnahmen zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung werden vorbehaltlich abweichender vertraglicher Regelungen als Verwaltungskosten aus der Gesamtvergütung bestritten.“

c) Die Absätze 2 bis 5 werden Absätze 3 bis 6.

Artikel 2

Der Bedarfsplan (§ 368 Abs. 4 bis 8 der Reichsversicherungsordnung) ist spätestens bis 1. Januar 1976 aufzustellen.

Artikel 3

Dieses Gesetz gilt nach Maßgabe des § 13 Abs. 1 des Dritten Überleitungsgesetzes vom 4. Januar 1952 (Bundesgesetzbl. I S. 1) auch im Land Berlin.

Artikel 4

Dieses Gesetz tritt am Tage nach seiner Verkündung in Kraft.

Begründung**Allgemeines**

Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 (BVerfGE 11, 30), das die in § 368 a Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung verankerte Zulassungssteuerung allein nach Verhältniszahlen für verfassungswidrig erklärte, wurden bestimmte Gegenden, insbesondere Ballungsräume und traditionelle Fremdenverkehrsgebiete, zunehmend das bevorzugte Ziel kassenärztlicher Niederlassungen. Diese Entwicklung, die am Beispiel der im Freistaat Bayern derzeit bestehenden Situation deutlich zum Ausdruck kommt (vgl. Anlagen 1 bis 7), hat vor allem in ländlichen Bereichen zu Engpässen und Schwierigkeiten mit graduell unterschiedlicher Intensität geführt. Die Auswirkungen der regional ungleichmäßigen Verteilung der Kassenärzte werden noch dadurch verschärft, daß gerade in unterversorgten Gebieten überdies in der Regel die Altersstruktur der Ärzteschaft ungünstig ist.

Dabei wird die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen kontinuierlich zunehmen. Das ist zum einen durch ein wachsendes Gesundheitsbewußtsein auch der ländlichen Bevölkerung bedingt, zum anderen durch die Einbeziehung weiterer Personengruppen in die gesetzliche Krankenversicherung sowie die Ausweitung des Leistungskatalogs insbesondere im Bereich der Gesundheitsvorsorge.

Die bisher schon durchgeführten Maßnahmen, vor allem die finanzielle Förderung kassenärztlicher Niederlassungen in unterversorgten Gebieten, haben zwar zu Teilerfolgen geführt, können aber eine endgültige Lösung des Problems auf lange Sicht nicht bringen. Dies kann nur durch eine Fortentwicklung des geltenden Kassenarztrechts gewährleistet werden.

Der Gesetzentwurf basiert auf den unverzichtbaren Prinzipien der freien Arztwahl und der freien Berufsausübung für Ärzte. Er verfolgt das Ziel, das geltende Kassenarztrecht systemadäquat so fortzuentwickeln, wie es die geänderten Verhältnisse erfordern.

Zu diesem Zweck sind

- der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen unter Einbeziehung aller angemessenen und geeigneten Maßnahmen, insbesondere auch der finanziellen Förderung zu konkretisieren,
- die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zur Aufstellung eines Bedarfsplans im Einvernehmen mit den Krankenkassen zu statuieren,
- unter Beibehaltung des Grundsatzes der Zulassungsfreiheit den Ausschüssen der Ärzte und Krankenkassen (Landesausschüsse) das Recht zu

verleihen, eine Zulassung nur im Rahmen des Bedarfsplans anzuordnen, nachdem alle anderen angemessenen und geeigneten Maßnahmen zur Erfüllung des Bedarfsplans erfolglos waren

und daneben

- die Vorschriften über die Vorbereitung auf die kassenärztliche Tätigkeit,
- die Vorschriften über die Beschäftigung von Vertretern und Assistenten,
- die Abhaltung von Sprechstunden in einer Zweigpraxis so auszugestalten, daß sie mehr als bisher in den Dienst der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung gestellt werden können.

Die Änderungen und Ergänzungen des Gesetzentwurfs betreffen die §§ 368 bis 368 q der Reichsversicherungsordnung. Demzufolge werden auch die Zulassungsordnung für Kassenärzte (ZO-Ärzte) vom 28. Mai 1957 (BGBl. I S. 572, ber. S. 608) sowie die Zulassungsordnung für Kassenzahnärzte (ZO-Zahnärzte) vom 28. Mai 1957 (BGBl. I S. 582) entsprechend zu ändern sein.

Einzelbegründung**Zu Artikel 1 Nr. 1**

Folge der Einfügung der neuen Absätze 4 bis 8 in § 368.

Zu Nummern 2 und 3 (§ 368 Abs. 2)

Die kassenärztliche Unterversorgung in ländlichen Gebieten und Stadtrandgebieten kann langfristig weitgehend beseitigt werden, wenn zum Studium der Medizin bevorzugt Studienbewerber zugelassen werden, die sich zur späteren Niederlassung als Arzt in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet verpflichten, und wenn die Einhaltung dieser Verpflichtung gewährleistet ist.

Die Möglichkeit der bevorzugten Zulassung zum Studium der Medizin soll durch entsprechende Änderung des Staatsvertrages über die Vergabe von Studienplätzen vom 20. Oktober 1972 geschaffen werden. Wie derzeit nach Artikel 11 Abs. 6 des Staatsvertrages die Länder von den zur Verfügung stehenden Studienplätzen vorab bis zu je zwei Prozent für aktive Sanitätsdienstsanwärter der Bundeswehr und für Bewerber für den öffentlichen Gesundheitsdienst vorbehalten sollen, so sollen künftig die Länder bis zu vier Prozent der vorhandenen Studienplätze für Bewerber vorbehalten können, die sich zur späteren Niederlassung als Arzt in einem

kassenärztlich unterversorgten Gebiet verpflichten. Die Verpflichtung soll für ein bestimmtes Land eingegangen werden können mit der Folge, daß die Verpflichtung erlischt, wenn dieses Land kein unterversorgtes Gebiet mehr aufweist, wohl aber andere Länder noch solche Gebiete haben. Die Gesundheitsministerkonferenz hat bei ihrer Sitzung am 3./4. Oktober beschlossen, die Kultusministerkonferenz zu bitten, die Einräumung einer besonderen Studienplatzquote für Studienbewerber, die sich später als Arzt in unterversorgtem Gebiet niederlassen wollen, zu prüfen.

Um die Einhaltung der bei der Zulassung zum Studium eingegangenen Verpflichtung sicherzustellen, müssen die Reichsversicherungsordnung und die Zulassungsordnungen geändert werden. Durch Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und durch Verbot der nicht der Weiterbildung zum Facharzt dienenden Beschäftigung in Krankenhäusern, die an der Gewährung von Krankenhausbehandlung für die Versicherten und ihre Angehörigen teilnehmen, kann gewährleistet werden, daß der Arzt seine eingegangene Verpflichtung erfüllt. Die Durchführung dieser Sicherungsmaßnahmen erfordert, daß die Approbationsbehörden die Verpflichtung zur Niederlassung in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet in die Approbationsurkunde eintragen.

Die vorgesehene Änderung des § 368 RVO soll die Verpflichtung der für die Vergabe der Studienplätze zuständigen Stellen, der Approbationsbehörden und der an der Gewährung von Krankenhausbehandlung für die Versicherten und ihre Angehörigen teilnehmenden Krankenhäuser zur erforderlichen Mitwirkung feststellen und entspricht damit der Intention des § 368 Abs. 1 RVO. Um den Gesetzestext des Kassenarztrechts der Reichsversicherungsordnung nicht übermäßig zu belasten, soll das Nähere über die Mitwirkung in den Zulassungsordnungen geregelt werden.

Zu Nummer 4 (§ 368 Abs. 4 bis 8)

Absatz 4

Ein Kernstück des Gesetzentwurfs ist die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, im Einvernehmen mit den Krankenkassen auf Landesebene einen Bedarfsplan zu erstellen. Diese Bedarfsplanung muß über Verhältniszahlen (Zahl der auf einen Kassenarzt entfallenden Versicherten) hinaus alle für den bestehenden und anzustrebenden Versorgungsgrad maßgebenden Faktoren angemessen berücksichtigen.

Der Absatz 4 schließt damit eine Lücke im bisherigen System des Kassenarztrechts. Durch die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bedarfsplanung wird erst die Voraussetzung für einen wirksamen Einsatz aller angemessenen und geeigneten Sicherstellungsmaßnahmen sowie für eine gleichmäßige und ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten geschaffen.

Daß der Bedarfsplan im Einvernehmen mit den Krankenkassen aufzustellen ist, ist eine Konsequenz aus § 368 Abs. 1 Satz 1. Ein Bedarfsplan hat auch

nur dann einen Sinn, wenn er das Ergebnis (möglicherweise) divergierender Auffassungen darstellt und so als optimale Lösung von allen Betroffenen akzeptiert wird.

Eine Bedarfsplanung kann ihren Zweck nur erreichen, wenn sie der Entwicklung laufend Rechnung trägt. Die Verpflichtung, den Bedarfsplan jährlich fortzuschreiben, bewirkt, daß jeweils nach Ablauf eines Jahres der neueste Planungs- und Entwicklungsstand in der zur Bekanntmachung geeigneten Form festgelegt wird.

Absatz 5

Das Nähere über Inhalt und Umfang des Bedarfsplans muß der Selbstverwaltung überlassen werden. Deshalb ist eine Richtlinienkompetenz des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für die Einzelausgestaltung notwendig. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wird auf Grund seiner Aufsichtsbefugnisse (§ 368 p Abs. 2) darüber zu wachen haben, daß diese Richtlinien den gegebenen Erfordernissen gerecht werden.

Absatz 6

Der Bereich der kassenärztlichen Versorgung ist Bestandteil der gesamten Lebensverhältnisse der Bevölkerung. Der Bedarfsplan kann daher keine isolierte Funktion erfüllen, sondern muß als Fachplan integrierende Bezüge zur Raumordnung und Landesplanung herstellen. Dies wird eine enge Zusammenarbeit mit den Landesplanungsbehörden erforderlich machen.

Absatz 7

Diese Regelung stellt sicher, daß die Bedarfsplanung nicht an Meinungsverschiedenheiten zwischen den Planungsbeteiligten ganz oder teilweise scheitert. Die Landesausschüsse der Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen sind auf Grund ihrer Besetzung (§ 368 o Abs. 2) die geeigneten Gremien im Selbstverwaltungsbereich, im Falle ihrer Anrufung die endgültige Bedarfsplanung festzulegen.

Absatz 8

Durch die Veröffentlichung wird der Bedeutung der Bedarfspläne für die Bevölkerung und vor allem für die interessierten Ärzte Rechnung getragen.

Die Bedarfspläne sind nicht nur nach ihrer erstmaligen Aufstellung zu publizieren. Veröffentlichungsbedürftig sind gleichermaßen alle Änderungen, also die jährlichen Fortschreibungen.

Zu Nummer 5 (§ 368 a)

Buchstabe a

Absatz 2 rückt an die Stelle des vom Bundesverfassungsgericht mit Urteil vom 23. März 1960 für verfassungswidrig erklärten Absatz 1.

Buchstabe b

Absatz 3 wird folgerichtig Absatz 2.

Das Wort „ausgeschriebenen“ stammt aus der Zeit des Verhältniszahlenprinzips; es ist daher zu streichen.

Buchstabe c

Die Regelungen korrespondieren eng mit den Vorschriften über den Fall der Einräumung besonderer Studienplatzquoten (§ 368 Abs. 2) und über den Bedarfsplan (§ 368 Abs. 4 bis 8).

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 (BVerfGE 11, 30) kann eine Beschränkung der Zulassungsfreiheit dann erfolgen,

„wenn sie durch besonders wichtige Interessen der Allgemeinheit gefordert wird, die anders nicht geschützt werden können“.

Diese gebotene Subsidiarität läßt sich nur auf der Grundlage des Bedarfsplans gewährleisten. Solange der Bedarfsplan nicht voll erfüllt ist und alle darin aufgezeigten angemessenen und geeigneten Sicherstellungsmaßnahmen versagen, verbleibt als „ultima ratio“ die Zulassung ausschließlich im Rahmen des Bedarfsplans. Um einerseits die zulassungsbeschränkende Wirkung dieser Vorschrift so wenig einschneidend wie möglich zu halten, andererseits aber den unbedingt erforderlichen Sicherstellungseffekt zu erzielen, muß die Zulassung im Rahmen des Bedarfsplans einen Niederlassungszeitraum von bis zu fünf Jahren umfassen.

Eine so konzipierte Zulassungsmodifizierung ist verfassungsrechtlich unbedenklich. Sie verfestigt den unverzichtbaren Grundsatz der Zulassungsfreiheit, indem sie ihn konsequent absichert und mithin auch in Krisensituationen funktionsfähig erhält.

Absatz 3 stellt die Zulassungsfreiheit als unverzichtbaren Grundsatz heraus.

Der neue Absatz 4 sieht die zeitlich auf acht Jahre befristete Beschränkung der Niederlassungsfreiheit für Ärzte vor, die sich bei der Zulassung zum Studium der Medizin verpflichtet haben, sich später als Arzt in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet eines bestimmten Landes niederzulassen. Obgleich die Verpflichtung für ein bestimmtes Land eingegangen ist, besteht die Beschränkung der Niederlassungsfreiheit für den gesamten Geltungsbereich der Reichsversicherungsordnung mit der Folge, daß sich der verpflichtete Arzt auch in einem anderen Land nur in einem unterversorgten Gebiet niederlassen kann. Der für ein bestimmtes Land verpflichtete Arzt kann aber seine Verpflichtung durch Niederlassung in einem unterversorgten Gebiet eines anderen Landes erfüllen. Weist der Bedarfsplan für das Land, für das die Verpflichtung eingegangen ist, kein unterversorgtes Gebiet mehr aus, ist der Arzt von seiner Verpflichtung frei mit der Folge, daß er sich auch in einem anderen Land mit einem unterversorgten Gebiet frei niederlassen kann. Die solchermaßen geregelte Beschränkung der Niederlassungsfreiheit verhindert einerseits, daß sich der Arzt seiner Verpflichtung durch Niederlassung in einem anderen Land entziehen kann, und ermöglicht andererseits, daß der Arzt nicht zur Niederlassung in einem anderen Land gezwungen wird. Letzteres wird vom Gebot der Verhältnismäßigkeit der Mittel ebenso gefordert, wie die zeitliche Befristung der Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und die Nachrangigkeit der Beschränkung der Niederlas-

sungsfreiheit hinter anderen geeigneten und angemessenen Mitteln zur Besetzung von Kassenarztsitzen in unterversorgten Gebieten. Die vorgesehene Beschränkung der Niederlassungsfreiheit ist als ein einem überragend wichtigen Gemeinschaftsgut, nämlich der Gesundheit der Versicherten und ihrer Angehörigen dienenden und dem Gebot der Verhältnismäßigkeit entsprechenden Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung mit Artikel 12 des Grundgesetzes vereinbar.

Absatz 5 statuiert eine Ausnahme von dem Grundsatz des Absatzes 3, die im überragenden Interesse der Allgemeinheit unabweisbar ist.

Für die in Absatz 5 normierte Berechtigung des Landesausschusses sind folgende Voraussetzungen erforderlich:

- der Bedarfsplan darf nicht voll erfüllt sein;
 - der Landesausschuß muß feststellen, daß die kassenärztliche Versorgung nicht auf andere Weise sichergestellt werden kann
- und
- anordnen, daß die Zulassung nur im Rahmen des Bedarfsplans erfolgen kann.

Demnach darf die Zulassungsmodifizierung nur als letztes Mittel der Sicherstellung zum Tragen kommen. Insoweit muß die Sozialbindung des Arztberufes gegenüber der Freiheit der Berufsausübung vorrangig sein. Diese „ultima-ratio“-Funktion wird verfestigt durch die in § 368 n Abs. 1 Satz 2 (neu) normierte Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Um die zulassungsbeschränkende Wirkung so wenig einschneidend wie möglich zu halten, ist sie auf einen Zeitraum von höchstens fünf Jahren begrenzt; die Frist beginnt ab dem Tag der Niederlassung, die auf die Zulassung im Rahmen des Bedarfsplans folgt, zu laufen.

Aus dem Grundsatz, freiheitsbeschneidende Maßnahmen auf das unbedingt erforderliche Mindestmaß zu beschränken, ist in Verbindung mit der in § 368 n Abs. 1 Satz 2 (neu) konkretisierten Sicherstellungsverpflichtungen zu folgern, daß die Niederlassungen der nach Maßgabe des Bedarfsplans zuzulassenden Ärzte u. a. finanziell angemessen zu fördern sind. Die finanzielle Förderung wird so von der ausschließlichen Sicherstellungsmaßnahme zur flankierenden Maßnahme. Dadurch kann zugleich die innere Bereitschaft der betroffenen Ärzte, die Notwendigkeit der Zulassungsbeschränkung zu akzeptieren, positiv beeinflusst werden.

Absatz 5 Satz 2 enthält eine Härteklausele. Zu den „persönlichen Belangen“ gehört z. B. Verwandtschaft in gerader Linie ersten und zweiten Grades mit einem niedergelassenen Arzt, dessen Praxis der Zulassungsbewerber übernehmen soll.

Zu Nummer 6 (§ 368 c)*Buchstabe a*

Nummer 9 ist der neuen Rechtslage angepaßt. Die Bestimmung und Ausschreibung der Kassenarztstel-

len hat sich nach den Feststellungen im Bedarfsplan zu richten. Demnach kommt der „Bestimmung und Ausschreibung der Kassenarztstellen“ nur im Falle des § 368 a Abs. 5 Satz 1 originäre Bedeutung zu. Im übrigen ist erst bei der Zulassung des Bewerbers ein Kassenarztsitz festzulegen, der den vom Arzt selbst gewählten Niederlassungsort einschließt; hierbei ist ebenfalls nach Maßgabe des Bedarfsplans zu verfahren.

Nummer 10 ist hinsichtlich der Vorbereitung auf die kassenärztliche Tätigkeit neu konzipiert. Hiernach kann nur noch eine Vorbereitung in der Praxis eines freipraktizierenden Kassenarztes verlangt werden. Die Dauer der Vorbereitung ist zu kürzen, wobei die Tätigkeit in einer anerkannten Landpraxis besonders berücksichtigt werden muß.

Buchstabe b

Gegenüber der vormaligen Fassung wird zusätzlich das Kriterium der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung aufgeführt, das durch einen engen Funktionszusammenhang mit den §§ 368 a Abs. 3 bis 5 und 368 n Abs. 1 Satz 2 geprägt ist. Hinzu kommt die bisher gesetzlich nicht geregelte Führung einer Zweigpraxis.

Unter diesem Sicherstellungsaspekt werden die Beschäftigung von Assistenten und Vertretern sowie die gemeinsame Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit zu erleichtern sein.

Die Abhaltung von Sprechstunden außerhalb des Niederlassungsortes in einer Zweigpraxis kann, insbesondere in Verbindung mit der Beschäftigung eines Assistenten, eine wirkungsvolle Sicherstellungsmaßnahme darstellen. Voraussetzungen und Umfang des Rechts zur Führung einer Zweigpraxis sind daher so zu gestalten, daß sie dieser Zielsetzung optimal gerecht werden.

Buchstabe c

Der vorgesehene Absatz 4 in § 368 c enthält die Verordnungsermächtigung zur Regelung der Einhaltung der bei der Vergabe von Studienplätzen für das Studium der Medizin eingegangenen Verpflichtung, sich in einem kassenärztlich unterversorgten Gebiet eines bestimmten Landes niederzulassen. Auf die Begründung zu Artikel 1 Nr. 2 wird Bezug genommen. Da die der Einhaltung der Verpflichtung dienende Beschränkung der Niederlassungsfreiheit in § 368 a Abs. 4 RVO geregelt werden soll, betrifft die Verordnungsermächtigung vor allem das Verbot der Beschäftigung verpflichteter Ärzte in Krankenhäusern. Die an der Gewährung von Krankenhausbehandlung für die Versicherten und ihre Angehörigen teilnehmenden Krankenhäuser sollen einen verpflichteten Arzt nur zur Weiterbildung für ein erstmals nach der Approbation gewähltes Fachgebiet der durch Rechtsverordnung der Landesregierung unter Berücksichtigung des Bedarfs in unterversorgten Gebieten bestimmten Fachgebiete beschäftigen dürfen. Ein derartiges Beschäftigungsverbot stellt zwar einen Eingriff in die Freiheit der Berufswahl dar, ist jedoch mit Artikel 12 des Grundgesetzes vereinbar, da es der Erhaltung der Gesundheit der Versicherten und ihrer Angehörigen

und damit der Erhaltung eines überragend wichtigen Gemeinschaftsgutes dient und da die eingegangene Verpflichtung als negative subjektive Zulassungsvoraussetzung zu qualifizieren ist. Das Beschäftigungsverbot kann nur dann praktiziert werden, wenn die Krankenhäuser durch die Approbationsurkunde Kenntnis von der Verpflichtung des Arztes erhalten können. Deshalb muß die Verordnungsermächtigung auch zu Regelungen über die Eintragung der Verpflichtung in die Approbationsurkunde ermächtigen. Sie muß endlich auch zu Regelungen über die Befreiung von der Verpflichtung ermächtigen, da die Einhaltung der Verpflichtung in Fällen besonderer Härte nicht verlangt werden kann.

Der vorgesehene Absatz 5 in § 368 c enthält die Verordnungsermächtigung zur Bestimmung der Fachgebiete, für die sich verpflichtete Ärzte in Krankenhäusern sollen weiterbilden dürfen. Die Festlegung der Fachgebiete bezweckt, daß sich die verpflichteten Ärzte nicht für Fachgebiete weiterbilden lassen können, für die in den kassenärztlich unterversorgten Gebieten kein Bedarf vorhanden ist.

Zu Nummer 7

Durch die Einfügung dieses Satzes wird der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen konkretisiert. Vorangestellt ist die umfassende Verpflichtung, alle angemessenen und geeigneten Sicherstellungsmaßnahmen durchzuführen, wobei das vordringliche Ziel darin besteht, eine gleichmäßige und ausreichende kassenärztliche Versorgung zu gewährleisten.

Die einzufügenden Sätze bringen sodann einen Katalog von Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrages sowie eine Regelung über die Tragung der Kosten für die Maßnahmen zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung. Die Aufzählung der wichtigsten angemessenen und geeigneten Maßnahmen ist nicht abschließend und soll ebenso wie die vorgesehene Regelung der Kostentragung die Verpflichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen klarstellen.

Insbesondere die verschiedenen Möglichkeiten der finanziellen Förderung kassenärztlicher Niederlassungen in nicht ausreichend versorgten Gebieten stellen damit Modalitäten der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags dar. Zum einen wird dadurch die Frage der zulässigen Mittelverwendung zweifelsfrei geklärt; zum anderen kommt die Verpflichtung, jede Möglichkeit der Sicherstellung der Kassenärztlichen Versorgung auszuschöpfen, deutlich zum Ausdruck.

Zu Artikel 2

Die Fristsetzung ist im Hinblick auf die Dringlichkeit der Bedarfsplanung geboten.

Zu Artikel 3

Die Vorschrift enthält die übliche Berlin-Klausel.

Anlage 1

Kassenarzt-Einwohner-Verhältnis nach KVB-Bezirksstellen

A = Allgemeinarzt

F = Facharzt

München Stadt und Land

A: 2 234 Einwohner

F: 1 331 Einwohner

A + F: 834 Einwohner

*Oberbayern (mit Ausnahme von
München Stadt und
Land)*

A: 1 978 Einwohner

F: 2 715 Einwohner

A + F: 1 144 Einwohner

Niederbayern

A: 2 232 Einwohner

F: 4 272 Einwohner

A + F: 1 466 Einwohner

Oberpfalz

A: 2 448 Einwohner

F: 3 881 Einwohner

A + F: 1 501 Einwohner

Oberfranken

A: 2 239 Einwohner

F: 3 291 Einwohner

A + F: 1 133 Einwohner

Mittelfranken

A: 2 522 Einwohner

F: 3 037 Einwohner

A + F: 1 378 Einwohner

Unterfranken

A: 2 217 Einwohner

F: 3 460 Einwohner

A + F: 1 351 Einwohner

Schwaben

A: 2 315 Einwohner

F: 2 662 Einwohner

A + F: 1 238 Einwohner

**Kassenzahnarzt-Einwohner-Verhältnis
nach KZVB-Bezirksstellen**

<i>München Stadt und Land</i>	<i>Oberbayern (mit Ausnahme von München Stadt und Land)</i>
1 415 Einwohner	2 052 Einwohner
<i>Niederbayern</i>	<i>Oberpfalz</i>
2 686 Einwohner	2 816 Einwohner
<i>Oberfranken</i>	<i>Mittelfranken</i>
2 546 Einwohner	2 185 Einwohner
<i>Unterfranken</i>	<i>Schwaben</i>
2 666 Einwohner	2 199 Einwohner

Anlage 3

**Kassenarzt-(Kassenzahnarzt-)Einwohner-Verhältnis
nach Planungsregionen***1. Kassenärzte*

Region 1	1 470	Region 7	1 343	Region 13	1 442
Region 2	1 295	Region 8	1 510	Region 14	884
Region 3	1 334	Region 9	1 347	Region 15	1 339
Region 4	1 342	Region 10	1 519	Region 16	1 017
Region 5	1 342	Region 11	1 486	Region 17	889
Region 6	1 493	Region 12	1 480	Region 18	1 044

2. Kassenzahnärzte

Region 1	2 873	Region 7	2 072	Region 13	2 593
Region 2	2 452	Region 8	2 653	Region 14	1 594
Region 3	2 782	Region 9	2 364	Region 15	2 495
Region 4	2 572	Region 10	2 595	Region 16	1 785
Region 5	2 569	Region 11	2 589	Region 17	1 666
Region 6	2 923	Region 12	2 821	Region 18	1 950

**Mehrbedarf an Kassenärzten und Kassenzahnärzten nach
Maßgabe des Kassenarzt-(Kassenzahnarzt-)Einwohner-
Verhältnisses im bayerischen Landesdurchschnitt**

1. Kassenärzte

Region 1	50	Region 6	82	Region 11	90
Region 2	31	Region 7	108	Region 12	94
Region 3	38	Region 8	66	Region 13	51
Region 4	52	Region 9	69	Region 15	36
Region 5	51	Region 10	60		

2. Kassenzahnärzte

Region 1	37	Region 6	59	Region 12	63
Region 2	26	Region 8	33	Region 13	27
Region 3	44	Region 9	30	Region 15	25
Region 4	42	Region 10	26		
Region 5	41	Region 11	43		

Anlage 5

**Altersstruktur der Kassenärzte und Kassenzahnärzte
nach KVB (KZVB)-Bezirksstellen**

1. Kassenärzte

Allgemeinärzte (= A) Fachärzte (= F)

Bayern

	A	F	A + F
Durchschnittsalter	55,0	50,4	52,9
60 Jahre und älter	32,7 ‰	19,9 ‰	26,9 ‰

München Stadt und Land

	A	F	A + F
Durchschnittsalter	57,2	49,9	52,7
60 Jahre und älter	28,5 ‰	20,0 ‰	22,9 ‰

Oberbayern

	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,3	49,1	52,2
60 Jahre und älter	34,1 ‰	18,3 ‰	27,2 ‰

Niederbayern

	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,7	50,6	52,3
60 Jahre und älter	34,0 ‰	18,1 ‰	28,5 ‰

Oberpfalz

	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,6	52,3	53,7
60 Jahre und älter	31,0 ‰	23,9 ‰	28,2 ‰

Oberfranken

	A	F	A + F
Durchschnittsalter	55,1	52,2	53,9
60 Jahre und älter	36,9 ‰	25,3 ‰	32,2 ‰

Mittelfranken

	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,9	50,7	53,1
60 Jahre und älter	33,2 ‰	21,5 ‰	27,8 ‰

Unterfranken

	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,5	51,1	53,2
60 Jahre und älter	33,5 ‰	20,5 ‰	28,5 ‰

Schwaben

	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,5	49,9	52,4
60 Jahre und älter	30,8 ‰	17,8 ‰	24,8 ‰

2. Kassenzahnärzte

Bayern

Durchschnittsalter	60 Jahre und älter
52,9	32,6 ‰

München Stadt und Land

Durchschnittsalter	60 Jahre und älter
51,7	27,6 ‰

Oberbayern

Durchschnittsalter	60 Jahre und älter
54,8	32,1 ‰

Niederbayern

Durchschnittsalter	60 Jahre und älter
54,4	34,0 ‰

Oberpfalz

Durchschnittsalter	60 Jahre und älter
53,8	35,2 ‰

Oberfranken

Durchschnittsalter	60 Jahre und älter
55,2	41,6 ‰

Mittelfranken

Durchschnittsalter	60 Jahre und älter
53,0	30,7 ‰

Unterfranken

Durchschnittsalter	60 Jahre und älter
53,1	35,1 ‰

Schwaben

Durchschnittsalter	60 Jahre und älter
52,8	31,8 ‰

Anlage 6

Altersstruktur der Kassenärzte und Kassenzahnärzte nach Planungsregionen

1. Kassenärzte

Allgemeinärzte (= A) Fachärzte (= F)

	Region 1		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	53,8	50,0	52,3
60 Jahre und älter	33,5 ‰	13,0 ‰	25,5 ‰

	Region 2		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,9	50,4	53,3
60 Jahre und älter	35,2 ‰	14,9 ‰	27,8 ‰

	Region 3		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,4	53,3	53,8
60 Jahre und älter	31,6 ‰	30,6 ‰	31,2 ‰

	Region 4		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,7	53,5	53,8
60 Jahre und älter	35,5 ‰	23,5 ‰	32,1 ‰

	Region 5		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	55,4	53,4	54,0
60 Jahre und älter	38,5 ‰	24,7 ‰	32,8 ‰

	Region 6		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,8	48,9	53,9
60 Jahre und älter	32,2 ‰	22,2 ‰	28,7 ‰

	Region 7		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,6	50,5	52,7
60 Jahre und älter	31,8 ‰	19,6 ‰	25,9 ‰

	Region 8		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	55,8	48,3	54,4
60 Jahre und älter	37,4 ‰	17,8 ‰	33,7 ‰

	Region 9		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,8	45,1	52,1
60 Jahre und älter	30,4 ‰	15,8 ‰	23,3 ‰

	Region 10		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	55,0	46,4	52,9
60 Jahre und älter	39,4 ‰	18,9 ‰	30,9 ‰

	Region 11		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,3	51,6	53,4
60 Jahre und älter	31,0 ‰	24,8 ‰	28,5 ‰

	Region 12		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,0	51,9	52,7
60 Jahre und älter	34,0 ‰	19,0 ‰	27,9 ‰

	Region 13		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	55,3	50,7	53,4
60 Jahre und älter	32,7 ‰	16,5 ‰	27,2 ‰

	Region 14		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	56,3	49,9	52,7
60 Jahre und älter	29,3 ‰	17,0 ‰	23,2 ‰

	Region 15		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,5	48,5	52,7
60 Jahre und älter	30,3 ‰	15,9 ‰	25,0 ‰

	Region 16		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	55,0	51,0	52,6
60 Jahre und älter	32,1 ‰	21,1 ‰	26,6 ‰

	Region 17		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	54,4	44,8	52,2
60 Jahre und älter	35,1 ‰	19,7 ‰	27,7 ‰

	Region 18		
	A	F	A + F
Durchschnittsalter	53,6	52,2	52,6
60 Jahre und älter	34,3 ‰	20,2 ‰	28,4 ‰

noch Anlage 6

2. Kassenzahnärzte

Region 1

Durchschnittsalter	52,6
60 Jahre und älter	30,9 %

Region 2

Durchschnittsalter	52,6
60 Jahre und älter	33,7 %

Region 3

Durchschnittsalter	53,7
60 Jahre und älter	40,1 %

Region 4

Durchschnittsalter	56,6
60 Jahre und älter	41,6 %

Region 5

Durchschnittsalter	53,7
60 Jahre und älter	36,5 %

Region 6

Durchschnittsalter	54,2
60 Jahre und älter	36,9 %

Region 7

Durchschnittsalter	52,7
60 Jahre und älter	29,2 %

Region 8

Durchschnittsalter	54,0
60 Jahre und älter	34,3 %

Region 9

Durchschnittsalter	53,3
60 Jahre und älter	30,8 %

Region 10

Durchschnittsalter	53,1
60 Jahre und älter	32,3 %

Region 11

Durchschnittsalter	53,4
60 Jahre und älter	33,8 %

Region 12

Durchschnittsalter	53,9
60 Jahre und älter	39,4 ‰

Region 13

Durchschnittsalter	55,2
60 Jahre und älter	39,5 ‰

Region 14

Durchschnittsalter	51,5
60 Jahre und älter	27,8 ‰

Region 15

Durchschnittsalter	52,4
60 Jahre und älter	33,5 ‰

Region 16

Durchschnittsalter	52,1
60 Jahre und älter	31,5 ‰

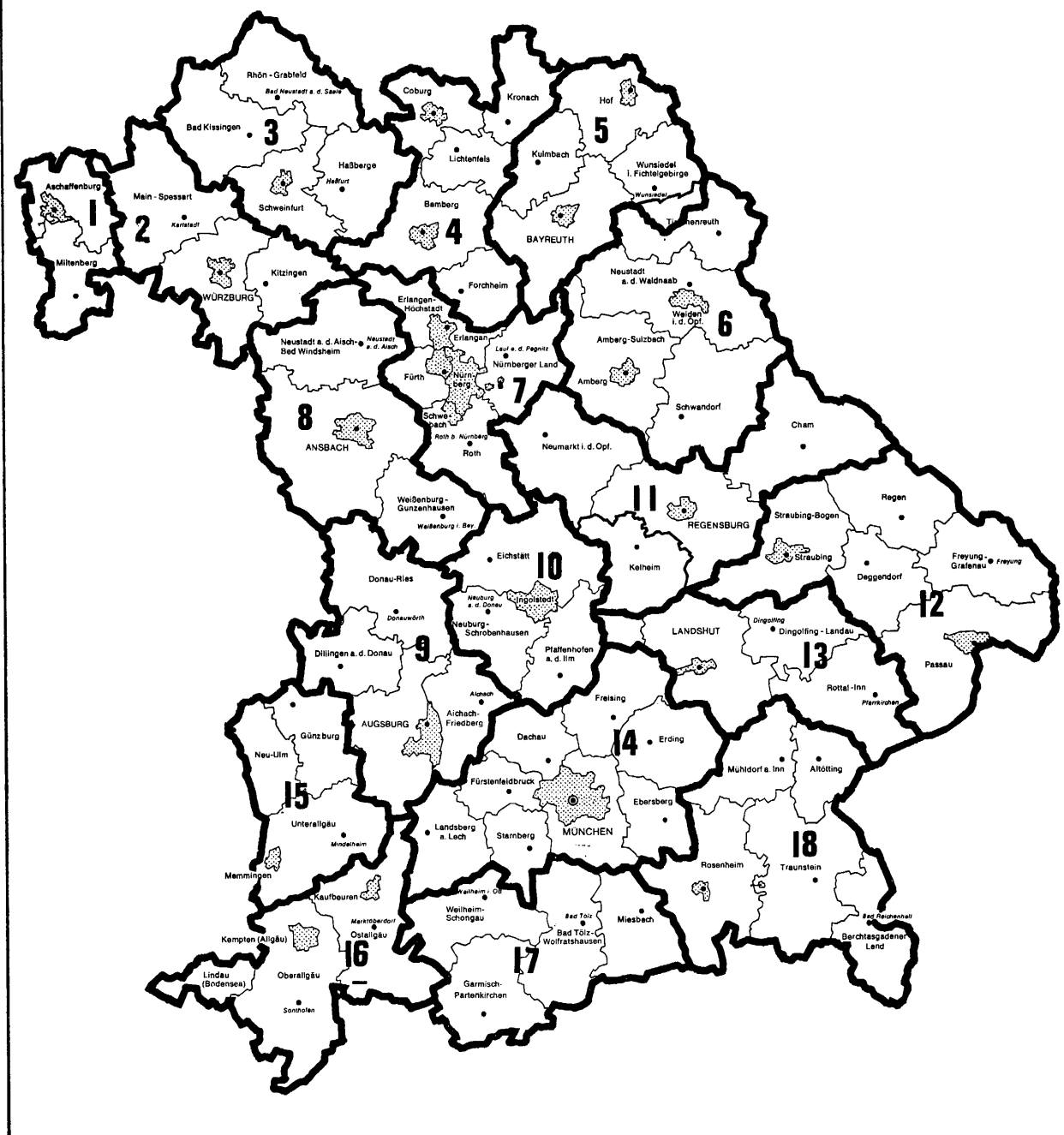
Region 17

Durchschnittsalter	53,9
60 Jahre und älter	34,1 ‰

Region 18

Durchschnittsalter	54,0
60 Jahre und älter	34,2 ‰

VO der Bayer. Staatsregierung v. 21.12.1972



Stellungnahme der Bundesregierung

Die Bundesregierung nimmt zu dem Gesetzentwurf des Bundesrates wie folgt Stellung:

Der Gesetzentwurf hat die Verbesserung der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung zum Ziel. Dieselbe Zielsetzung verfolgt der von der Bundesregierung vorgelegte Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts und zur Änderung der Krankenversicherung der Rentner (Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz — KVVWG)

(Drucksache 7/3336). Die Bundesregierung sieht daher davon ab, zu den Regelungsvorschlägen des Bundesrates im einzelnen Stellung zu nehmen, sondern verweist auf ihre Vorschläge. Sie hält die in ihrem Gesetzentwurf für die Probleme der kassenärztlichen Versorgung vorgeschlagenen Lösungen für umfassender und wirksamer sowie dem System der kassenärztlichen Versorgung angemessener, so daß dem Gesetzentwurf der Bundesregierung der Vorzug zu geben ist.