

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen empfiehlt:

Konzeption der „Bedarfsplanung“ problemgerecht überarbeiten!

Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinien für Kassenärzte

Der „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ hat die Bedarfsplanungs-Richtlinien für Kassenärzte überarbeitet. Die Änderungen mögen minimal erscheinen. Bedeutsam ist aber auch, was nach eingehender Erörterung (noch) unverändert blieb: In einer Entschließung wurde klar herausgestellt, daß das Instrumentarium derzeitiger „Bedarfsplanung“ nicht ausreicht, in Zukunft eine gleichmäßige und bedarfsgerechte patientennahe Versorgung zu erzielen. Empfohlen wurde daher eine entsprechende Überarbeitung der bisherigen Konzeption der „Bedarfsplanung“ für Kassenärzte.

Die Meßzahlen (Arzt:Einwohner) sowie die Anrechnungsanteile für bestimmte Gebietsarztgruppen bei der Ermittlung des Bedarfs an Allgemein-/praktischen Ärzten blieben unberührt. Nur der Leistungsanteil des Kinderarztes für die allgemeinärztliche Versorgung ist von bisher 0,60 auf nunmehr 0,30 reduziert worden; Begründung: Kinderärzte werden an manchen Orten noch benötigt und sollen deshalb für die *allgemeinärztliche* Versorgung in geringem Umfang zur Verfügung stehen.

Darüber hinaus sind die Fallgruppen in den Planungsblättern verkleinert worden; dies auf Wunsch der Krankenkassen, die grundsätzlich der Meinung sind, für jeden Arzt sollte im Planungsblatt eine exakte Fallzahl ausgewiesen werden. Das ist von den Ärzten im Bundesausschuß immer wieder abgelehnt worden mit der Begründung, hierdurch würden datenschutzwürdige Interessen des einzelnen Kassenarztes verletzt.

Die Planungsblätter sind für die Niederlassungsberatung der Kassenärztlichen Vereinigung insoweit informativer geworden, als die Liste der Praxisbesonderheiten, die bisher hier schon auszuweisen waren, nunmehr ergänzt wird durch medizinisch-technisches Großgerät.

Zunehmende Problematik sogenannter „Übersversorgung“ zwingt zum Handeln

Zwar blieb die Struktur der bisherigen Bedarfsplanung erhalten, also auch die ursprünglich im Jahre 1977 vom Gesetzgeber festgelegte Zielsetzung einer Feststellung und Beseitigung von „*Unterversorgung*“; daß aber diese Zielsetzung bei weitem nicht mehr die vorrangige Problematik in der Bedarfsplanung der kassenärztlichen Versorgung darstellt, hat sich im Laufe der Jahre immer deutlicher ergeben.

Das heißt nun nicht, es gäbe keine Gebiete mehr, in denen Ärzte fehlten. Gegen solch eine Auffassung sprechen die Ausschreibungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über dringend zu besetzende Kassenarztsitze, aber auch besonders deutlich die Sperrung von bestimmten Gebietsarztgruppen für die Niederlassung in einigen Bereichen Bayerns. Auch hört man immer wieder einmal die Klage, insbesondere von Kommunalpolitikern, daß ein Arztsitz – beispielsweise – für einen Kinder- oder Augenarzt in einem ländlichen Bereich schwer zu besetzen sei. Dies ist jedoch nicht ein Problem der Zahl der überhaupt für die kassenärztliche Versorgung zur Verfü-

gung stehenden Ärzte, sondern die Folge einer Rechtsprechung, die im Jahre 1960 eine totale Niederlassungsfreiheit für Kassenärzte eingeführt hat, wodurch es zu einer Konzentration von Gebiets-(Fach-)Ärzten besonders in den Stadtstaaten, aber auch in anderen größeren Städten wie München, Heidelberg, Düsseldorf – um nur einige zu nennen – gekommen ist.

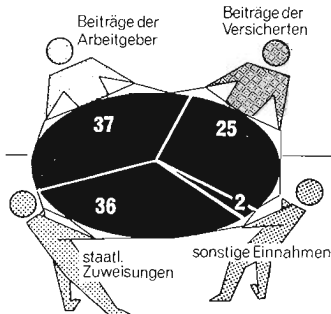
Die Statistiken der Bedarfsplanung zeigen, daß es neben überproportional gut mit Ärzten versorgten Bereichen auch solche gibt, bei denen der Weg zum Arzt länger ist. Die Krankenkassen nennen die überproportional gute Versorgung von Kassenärzten „*Übersversorgung*“ und haben bei den Beratungen im Bundesausschuß zur Änderung der „Bedarfsplanungs-Richtlinien/Ärzte“ die Forderung aufgestellt, neben „*Unterversorgung*“ auch den Begriff der „*Übersversorgung*“ in die kassenärztliche Bedarfsplanung einzuführen, diesen zu definieren und entsprechende Folgerungen festzulegen, wenn *Übersversorgung* eintrete. Hierzu fehlt aber in der Reichsversicherungsordnung wie auch in der Zulassungsordnung, wo der Rahmen für die Bedarfsplanungs-Richtlinien des Bundesausschusses – also des zuständigen Selbstverwaltungsgremiums der Kassenärzte und Krankenkassen – festgelegt ist, die rechtliche Grundlage.

Ziel: flächendeckend gleichmäßige, bedarfsgerechte kassenärztliche Versorgung

Indes werden die Probleme, die sich aus der zunehmenden Arztdichte ergeben, auch von Kassenarztseite sehr deutlich gesehen.

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat im Mai dieses Jahres in Kassel in einer Resolution festgestellt, daß überproportionale Arztdichte in Ballungsgebieten im allgemeinen und im Hinblick auf be-

Wer finanziert das soziale Netz?



Die sozialen Leistungen – dazu gehören Renten, Kindergeld, Arbeitgeberleistungen, Sozialhilfe, Sozialleistungen für Beamte und Angestellte im öffentlichen Dienst sowie die Leistungen der Krankenversicherungen und der Bundesanstalt für Arbeit – werden zu 37 Prozent aus Arbeitgeberbeiträgen finanziert. 36 Prozent der Einnahmen stammen aus öffentlichen Mitteln, d. h. aus Steuergeldern. Ein Viertel der Leistungen finanzieren die Versicherten selbst, und zwei Prozent des Sozialbudgets stammen aus sonstigen Einnahmen; dazu gehören insbesondere die Zinseinnahmen der Sozialversicherungsträger
Condor

stimmte Arztgruppen nicht der gesetzlich geforderten Grundordnung einer flächendeckend gleichmäßigen und bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung entspricht. Ärzte- und Krankenkassenvertreter im Bundesausschuß haben daher nun gemeinsam über die jetzt beschlossene Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinien hinaus eine Empfehlung zur Überarbeitung der Konzeption der kassenärztlichen Bedarfsplanung abgegeben.

In dieser Empfehlung wird festgestellt, daß das vorhandene Instrumentarium nicht ausreicht, um eine gleichmäßige und bedarfsgerechte Versorgung zu garantieren. Es wird vorgeschlagen, die Möglichkeiten auszubauen, Zulassungsbeschränkungen zur Ge-

währleistung einer gleichmäßigen Versorgung für einzelne Bereiche aussprechen zu können. Um dieses Ziel zu erreichen sollten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen bei der Auswertung der Ergebnisse der kassenärztlichen Bedarfsplanung entsprechende Vorstellungen entwickeln.

Damit hat der Bundesausschuß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Empfehlung gegeben, Überlegungen darüber anzustellen, wie verhindert werden kann, daß neu hinzukommende Kassenärzte sich dort niederlassen, wo die kassenärztliche Versorgung schon überproportional gut gewährleistet ist.

Wenn entsprechende Vorstellungen entwickelt worden sind, wird der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen prüfen, inwieweit die vorgeschlagene Erweiterung des Instrumentariums in die Regelungskompetenz des Bundesausschusses selbst fällt oder ob die vorgeschlagenen Änderungen in die Reichsversicherungsordnung (Bundesgesetz) bzw. in die Zulassungsordnung (Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates) aufgenommen werden müßten.

Der Bundesausschuß ist der Meinung, daß sich die Probleme der ungleichmäßigen Verteilung von Kassenärzten, insbesondere der zu erwartenden überhöhten Zahl von Ärzten, die in der kassenärztlichen Versorgung tätig werden wollen, nicht allein im Rahmen der Bedarfsplanung regeln lassen. In der Empfehlung wird daher ausdrücklich festgestellt, daß die Ursache der Problematik im System der ärztlichen Aus- und Weiterbildung liegt und damit der Gesetzgeber aufgerufen ist, die Regelungen des Zugangs zum Medizinstudium sowie Struktur und Organisation des Medizinstudiums im Hinblick auf den Praxisbezug zu überprüfen.
Hanns Wirzbach

Richterspruch: Zwitter-Stellung der Heilpraktiker

Die Heilpraktiker zählen nicht zu den Angehörigen der Freien Berufe im engeren und im klassischen Sinne. Der Beruf eines Heilpraktikers ist auch nicht im Sinne der Gewerbeordnung und anderer Rechtsvorschriften als Gewerbe einzuordnen, weil seine Tätigkeit nicht in der Erbringung materieller Leistungen besteht, die vom „Gewinnstreben geformt wird“, wie es die einschlägige Rechtsprechung und Legaldefinition bei gewerblicher Berufsausübung als maßgeblich unterstellt.

Die Heilpraktiker erbringen vielmehr eine „ideelle und persönliche Dienstleistung in selbständiger Existenz bei einer Arbeit in einer wirtschaftlichen Einheit“.

Der Beruf der Heilpraktiker ist demnach legaldefinitiv zwischen den Freien Berufen und den Gewerbetreibenden angesiedelt; er nimmt mithin eine Zwischenbeziehungsweise Zwitterstellung im Gesamt der dienstleistungsbringenden Berufe ein.

Mit dieser rechtlichen Standortbestimmung und Abgrenzung zwischen Heilpraktikern und Freien Berufen begründet die 9. Zivilkammer des Landgerichts Bonn die am 25. Juli 1983 verkündete Entscheidung, wonach der Bundesverband der Freien Berufe e. V. (BFB), Bonn-Bad Godesberg, nicht verpflichtet ist, die Deutsche Heilpraktiker e. V., Düsseldorf-Nord, als ordentliches (korporatives) Mitglied neben anderen Bundesverbänden und Organisationen der Freien Berufen (u. a. der Ärzte, Zahnärzte und Apotheker) aufzunehmen (vgl. DEUTSCHES ÄRZTEBLATT, Heft 32/1983, Nachrichtenteil).

Der Urteilstenor und die jetzt vorliegende 20seitige Begründung des abgewiesenen Antrags der Heilpraktiker folgt weitgehend der