

THEMEN DER ZEIT:

Daten für die gesundheitspolitische Planung

Probleme der Zulassung ausländischer Ärzte in der Bundesrepublik

Gesundheits-Vorsorge und Kranken-Versorgung in historischer Sicht

WORLD MEDICAL JOURNAL:

Die vierte Weltkonferenz über ärztliche Ausbildung

BLICK ÜBER DIE GRENZEN:

Ein Arzt reitet zum Pamir

FEUILLETON:

Laudatio für einen Erfolglösen

REISE:

Im Leihwohnwagen durch Afrikas Süden

WIRTSCHAFT:

Durch Vermögensübertragung Erbschaftsteuer sparen

AUTO:

VW Passat: italienisch verschönert

Daten für die gesundheitspolitische Planung

Ergebnisse einer Strukturanalyse der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

Der bereits im August vorigen Jahres erschienene „Bericht zur Struktur der kassenärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein“ stellt in erster Linie eine Arbeitsunterlage für die Zulassungsinstanzen und für den bei der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein bestehenden Sicherstellungsausschuß dar. Darüber hinaus informiert der Bericht standespolitisch und politisch interessierte Kreise. Einer breiteren Öffentlichkeit soll eine in Vorbereitung befindliche zweite Auflage des Berichtes zugänglich gemacht werden.

(Lesen Sie dazu auch die Berichte über die Strukturanalysen der KV Niedersachsen im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT, Heft 6/1973, Seite 349 ff., und die Ergebnisse der Analyse der KV Saarland im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT, Heft 13/1973, Seite 841 ff.)

Der Bericht ist in vier Teile gegliedert; er bringt auf 83 Seiten statistische Daten, grafische Darstellungen und erläuternde Texte. Die einzelnen Teile befassen sich mit folgenden Themen:

▷ Struktur der Ärzteschaft

▷ Primärärztliche Versorgung durch praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin

▷ Fachärztliche Versorgung

▷ Struktur der Praxen.

Die den ersten Teilen zugrunde liegenden Daten standen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein unmittelbar zur Verfügung; die Daten für den vierten Teil sind durch gesonderte statistische Erhebungen Ende 1971 und Anfang 1972 gewonnen worden.

An der kassenärztlichen Versorgung nahmen in Schleswig-Holstein im Jahr 1971 nahezu 2100 Ärzte teil. Davon waren 1850 voll zugelassene Kassenärzte, 108 an der kassenärztlichen Versorgung beteiligte Ärzte und 132 zur Durchführung bestimmter Leistungen ermächtigte Ärzte. Von der zuletzt genannten Gruppe sind 99 Ärzte speziell zur Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen ermächtigt. Von den 1850 voll zugelassenen Kassenärzten waren 1066 Allgemeinärzte und 784 Fachärzte. Das Durchschnittsalter der Allgemeinärzte lag im Berichtszeitraum bei 56 Jahren, das Durchschnittsalter der Fachärzte bei 52 Jahren. Bei den Allgemeinärzten fällt die zahlenmäßig stärkste Gruppe mit 22,6 Prozent auf die Jahrgangsklasse der von 1911 bis 1915 geborenen Ärzte. Bei den Fachärzten findet sich die stärkste Gruppe mit 19,9 Prozent der Jahrgangsklasse der von 1921 bis 1925 geborenen. Der Anteil der weiblichen Ärzte ist auf alle Jahrgangsklassen ziemlich gleichmäßig verteilt. Von den voll zugelassenen Kassenärzten waren insgesamt 257 Ärztinnen. ▷

Kreisfreie Städte haben höhere Arztdichte

Die Arztdichte im Verhältnis zur Bevölkerung war in den kreisfreien Städten naturgemäß am größten; hier entfielen auf einen Kassenarzt 1011 Einwohner. In den ländlichen Randkreisen des Großraumes Hamburg war die Kassenarztdichte hingegen am geringsten; hier entfielen 1566 Einwohner auf einen Arzt. Die Ursache für die geringere Arztdichte in den Hamburger Randkreisen hängt mit der dichteren Besetzung des Großraumes Hamburg mit Fachärzten zusammen. Im Landesdurchschnitt mußten von einem Kassenarzt insgesamt 1348 Einwohner versorgt werden.

Der zweite Teil der Analyse bringt eine Darstellung der ärztlichen Versorgung der 16 schleswig-holsteinischen Landkreise durch Allgemeinärzte. Zur Zeit gibt es in Schleswig-Holstein 295 Kassenarztsitze einschließlich der vier kreisfreien Städte Flensburg, Kiel, Lübeck und Neumünster. Der Raumordnungsplan für das Land Schleswig-Holstein hingegen sieht insgesamt 118 zentrale Orte vor, die in Oberzentren, Mittelzentren, Unterzentren, ländliche Zentralorte sowie Stadtrandkerne I. und II. Ordnung gegliedert sind. Von den 118 zentralen Orten sind 112 bereits jetzt Arztsitze. Die restlichen sechs zentralen Orte sollten künftig Arztsitze werden. Darüber hinaus sind 80 Arztsitze, die nicht zentrale Orte sind, für die primärärztliche Versorgung unentbehrlich; sie müssen daher auch in Zukunft besetzt bleiben und gegebenenfalls gefördert werden. Diese Überlegung geht davon aus, daß der Radius eines optimalen Versorgungsbereiches nicht größer als 7,5 Kilometer sein sollte.

Befriedigende Verteilung der Facharztsitze

Die im dritten Teil des Berichtes untersuchte fachärztliche Versorgung des Landes Schleswig-Hol-

stein erfolgt zum größten Teil überregional. Das bedeutet nicht, daß die Fachärzte in den größeren Städten konzentriert seien; Kinderärzte, Fachärzte für innere Krankheiten, aber auch Frauenärzte, HNO-Ärzte und Augenärzte praktizieren in Orten bis hinunter zu 10 000 Einwohnern. Das ergibt sich auch daraus, daß von den insgesamt an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden 925 Fachärzten weniger als die Hälfte, nämlich 429 Ärzte, in den kreisfreien Städten des Landes ihre Tätigkeit ausüben. In den ländlichen Randkreisen des Großraumes Hamburg praktizieren 249 Fachärzte, in den Westküstenkreisen 130 und in den Ostküstenkreisen 117 Fachärzte.

Von den männlichen Fachärzten bilden die Internisten mit 26,9 Prozent die größte Gruppe; bei den weiblichen Fachärzten sind es die Kinderärztinnen mit einem Anteil von 31,5 Prozent. Sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Fachärzten nehmen die Gynäkologen mit 12,6 Prozent bzw. 20 Prozent die zweite Stelle ein.

Über Einrichtung und Ausstattung ihrer Praxis sind sämtliche 1890 in freier Praxis niedergelassene Ärzte befragt worden. 1334 Ärzte haben sich an der Umfrage beteiligt; das sind 70,6 Prozent. Die Beteiligungsquote ist bei Allgemeinärzten und bei Fachärzten praktisch gleich; sie belief sich bei den Allgemeinärzten auf 70,7 und bei den Fachärzten auf 70,4 Prozent. Auch regional ergaben sich kaum unterschiedliche Beteiligungsquoten. Bezogen auf die einzelnen Kreise, schwanken sie zwischen 65,6 und 73,8 Prozent. Über die Struktur der Praxen informiert der letzte Teil der Analyse.

Mehr als die Hälfte aller Fachärzte und fast ein Fünftel aller Allgemeinärzte verfügen über eine Röntgeneinrichtung. 45,2 Prozent der Allgemeinärzte betreiben darüber hinaus einen Elektrokardiographen. Elektrophysikalische Geräte sind

in einer noch weit größeren Zahl von Fach- und Allgemeinpraxen vorhanden. Ein großes Labor betreiben 29 Prozent sowohl der Fachärzte als auch der Allgemeinärzte. 45 Prozent der Fachärzte und zwei Drittel der Allgemeinärzte verfügen über ein kleines Labor. Bei der Bewertung dieser Daten ist zu beachten, daß bestimmte Arztgruppen bestimmte Einrichtungen für ihren Tätigkeitsbereich nicht benötigen. Ein Nervenarzt braucht keine Röntgeneinrichtung und ein Radiologe kein Praxislabor.

Die differenzierte Aufschlüsselung für die Allgemeinärzte zeigt, daß die Praxisausrüstung in den Landpraxen naturgemäß reichhaltiger ist als in den Stadtpraxen. Die geringere Facharztdichte in den schleswig-holsteinischen Landkreisen wird also durch die bessere apparative Ausstattung der ländlichen Allgemeinpraxen ausgeglichen.

Die Zahl der nichtärztlichen Mitarbeiter in den Praxen beträgt bei Fachärzten 3,1 und bei Allgemeinärzten 1,9. Bei den einzelnen Fachgruppen schwankt die Zahl der nichtärztlichen Mitarbeiter zwischen 2,0 (Hautärzte) und 5,8 (Orthopäden).

Der durchschnittliche wöchentliche Zeitaufwand für Sprechstundentätigkeit beträgt bei Allgemeinärzten 32,2 Wochenstunden und bei Fachärzten 38,6 Wochenstunden. Je weniger eine Praxis besuchintensiv ist, um so länger ist die Sprechstundentätigkeit. Bei den besuchintensiven Gruppen der Allgemeinärzte und der Kinderärzte ergibt sich aus dem Anteil der Besuchsleistungen an den Gesamtleistungen, daß diese etwa mit einem Drittel zu veranschlagen sind. Das bedeutet, daß die Sprechstundenzeiten dieser beiden Gruppen um rund 50 Prozent aufzustocken sind. Für die Allgemeinärzte ergibt sich dann eine Gesamtzeit von 48,3 Stunden in der Woche und für Kinderärzte eine solche von 44,6 Wochenstunden. ▷

Erfolgreiches Bestellsystem

Das Bestellsystem ist von 47,7 Prozent der Fachärzte und von 36,2 Prozent der Allgemeinärzte eingeführt. Von den Facharztgruppen bilden die Gynäkologen mit 64,2 Prozent die stärkste Gruppe. Auto-Sprechfunkanlagen zur Optimierung der Besuchstätigkeit werden von rund 100 Allgemeinärzten betrieben.

Der Aufwand für ärztliche Fortbildung beläuft sich bei Fachärzten auf 11,2 und bei Allgemeinärzten auf 10,5 Werktagen pro Jahr. Hier haben die Augenärzte die höchste Quote mit 12,7 Werktagen. Bei diesen Zahlen sind ausschließlich mehrtägige Fortbildungsveranstaltungen berücksichtigt; die reichhaltig angebotenen und wahrgenommenen sporadischen Fortbildungsabende sind in die Erfassung nicht einbezogen worden.

Der Bericht enthält auch eine summarische Übersicht über besondere Diagnostik- und Therapieverfahren, die die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein inzwischen in einem besonderen Verzeichnis zusammengestellt hat. Die Liste umfaßt insgesamt 24 besondere Verfahren; 445 Ärzte sind in der Liste namentlich genannt.

Die Strukturanalyse der KV Schleswig-Holstein vermittelt einen Überblick über den Umfang der von Allgemein- und Fachärzten im Jahre 1971 erbrachten Leistungen!

Auf 7,4 Millionen RVO- und Ersatzkassen-Krankenscheinen wurden insgesamt mehr als 44 Millionen Leistungen abgerechnet. Davon waren allein 3,4 Millionen Besuche in der Wohnung des Kranken. Insbesondere durch diese Zahl wird die Leistungsfähigkeit des derzeitigen Arztsystems deutlich. Für jedes andere System, das sich zur Durchführung der ärztlichen Versorgung nicht einer niedergelassenen Ärzteschaft bediente, wäre eine derart umfangreiche Besuchstätigkeit völlig undenkbar.

Aus den Schlußbemerkungen ergibt sich, daß der vorgelegte Bericht zur Struktur der kassenärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Der Bericht müsse notwendigerweise deshalb lückenhaft bleiben, weil beispielsweise belegärztliche Tätigkeit in Krankenhäusern und die stationäre Behandlung in Privatkliniken, die Teil des Sicherstellungsauftrages sind, keine Erwähnung gefunden hätten. Diese Teilgebiete der ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte mögen das Bild, das durch diese Analyse gezeichnet ist, ergänzen. Entscheidend beeinflussen können sie es nicht.

Dieser erste Bericht gibt eine Darstellung des Ist-Zustandes. An Hand vorliegender und noch zu erarbeitender Kriterien ist der Soll-Zustand zu errechnen, um danach diejenigen Maßnahmen wirkungsvoll und zielbewußt einsetzen zu können, die die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein in den letzten vier Jahren beschlossen hat.

Diese Maßnahmen sind geeignet, Ärzte, die ohne unterstützende Maßnahmen am Krankenhaus verbleiben würden, für eine Niederlassung zu interessieren. Das gilt besonders für die ländlichen Bereiche, die nach den Vorstellungen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zukünftig überwiegend von zentralen Orten aus ärztlich versorgt werden sollten. Gefördert werden dabei Gemeinschafts- und Gruppenpraxen, in denen moderne Formen ärztlicher Berufsausübung praktizierbar sind.

Berthold Schüttrumpf
2360 Bad Segeberg
Bismarckallee 1-3
Ärztehaus

Kompetenzenwirrwarr im bayerischen Krankenhauswesen

Große Sorgen bereitet dem bayerischen Landesgesundheitsrat die Durchführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und des neuen Bundespflegesatzrechtes. Wie in keinem anderen Bundesland wird der Vollzug des Gesetzes dadurch erschwert, daß die Kompetenzen in Bayern auf vier verschiedene Ministerien verteilt sind und dadurch zwangsläufig bei den betroffenen Stellen Unsicherheiten sowie auch zeitliche Verzögerungen bei der Durchführung der hierfür notwendigen Maßnahmen auftreten können.

In einer offiziellen Erklärung fordert der Vorsitzende des Landesgesundheitsrates, Dr med. Rudolf Soenning, daß die Zuständigkeiten in einem Ministerium, und zwar im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, konzentriert werden sollten. Außerdem wird der jetzige Personalbestand bei den zuständigen Behörden für ungenügend erachtet. Man fürchtet, daß er mit den umfangreichen neuen Aufgaben nicht termingemäß fertig wird.

An den Bayerischen Landtag appellierte der Landesgesundheitsrat, im Doppelhaushalt 1973/74 so viele Mittel für die Förderung von Krankenhausausbaumaßnahmen bereitzustellen, daß ohne weitere Belastung der Kommunen zumindest das durchschnittliche Bauvolumen der letzten Jahre nicht vermindert wird. Notfalls sollte ein Teil der Haushaltsmittel nicht nur für Zuschüsse, sondern auch für Schuldendienstbeihilfen eingesetzt werden können. Mit allem Nachdruck setzt sich der Landesgesundheitsrat dafür ein, daß die Krankenhausträger für Ausbildungsstätten und für Wohnheime des Krankenpflegepersonals die erforderliche staatliche Förderung außerhalb des Krankenhausfinanzierungsgesetzes erhalten. HC