

Redaktion:
Haedenkampstraße 5
5000 Köln 41 (Lindenthal)
Telefon: (02 21) 40 04-1
Fernschreiber: 8 882 308 daeb d
Verlag und Anzeigenabteilung:
Dieselstraße 2, Postfach 40 04 40
5000 Köln 40 (Lövenich)
Telefon: (0 22 34) 70 11-1
Fernschreiber: 8 89 168 daev d

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Ärztliche Mitteilungen

Herausgeber: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung

Bedarfsplanung mit überholter Zielsetzung?

Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen bis Mitte nächsten Jahres auf der Basis der Daten vom 31. Dezember 1977 einen ersten Bedarfsplan aufstellen. Grundlage sind die jetzt fertiggestellten Richtlinien.

Das am 1. Januar 1977 in Kraft getretene Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz, die erste Änderung zur Zulassungsordnung und die neuen Bedarfsplanungs-Richtlinien (Ärzte) haben alle eine Stoßrichtung: Sie beabsichtigen, eine drohende örtliche Unterversorgung zu verhindern, ihr entgegenzuwirken oder eine bereits eingetretene Unterversorgung der Bevölkerung mit ärztlichen Leistungen zu beseitigen. Diese drei Grundlagen der Bedarfsplanung für die kassenärztliche Versorgung bringen zwar einheitliche Parameter, so daß dadurch die Bedarfsplanung im gesamten Bundesgebiet nach übereinstimmenden Kriterien weitgehend gewährleistet ist, doch liegen die Überlegungen, die zu einer gesetzlichen Regelung geführt haben, schon zwei Jahre zurück. Damals stellte sich die kassenärztliche Versorgung noch in einem ganz anderen Licht dar. Es gab Regionen, in denen eine ausreichende und gleichmäßige kassenärztliche Versorgung gefährdet zu sein schien, und das Reservoir der Ärzte, die sich um dringlich zu besetzende Kassenarztsitze bewerben konnten, schien überschaubar und zum Teil auch nicht ausreichend zu sein. Diese Situation hat sich inzwischen sehr schnell geändert. Diskutiert wird heute nicht mehr die „drohende ärztliche Unterversorgung“, sondern eher die Frage, wie der abzusehende „Ärzteberg“ sinnvoll in die Planungen einbezogen und abgebaut werden kann.

Diskutiert wird daher heute eher das Problem einer „Überversorgung“, zumindest in einigen Facharztgruppen. Die Hochrechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln, haben eindringlich auf den zu erwartenden Ärzteüberschuß aufmerksam gemacht, der die Kassenärzteschaft vor schwierige Probleme stellen wird.

Dennoch stellen die Regelungen des Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetzes, der ersten Änderung der Zulassungsordnung, die am 1. Juli dieses Jahres in Kraft getreten ist, und der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, die in Kürze veröffentlicht werden sollen, Vorschriften dar, nach denen sich die Bedarfsplanung in der kassenärztlichen Versorgung

„Bedarfsplanung“

bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und im Einvernehmen mit den Krankenkassen ausrichten muß. Der Bundesausschuß hat die naturgemäß weiten Rahmenvorschriften von Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz und Zulassungsordnung in detaillierten und umfangreichen Bedarfsplanungs-Richtlinien gefaßt. In den „Planungsblättern“ wurde eine ins einzelne gehende Bestandsaufnahme („Ist-Daten“) der kassenärztlichen Versorgung (zu einem bestimmten Stichtag und für einen Planungsbereich) vorgenommen.

Wichtige Aufschlüsse für Planungen

Selbst wenn der Bundesausschuß alle Maßnahmen, die zu einer ausreichenden und gleichmäßigen kassenärztlichen Versorgung führen sollen, auf die Unterversorgung ausgerichtet hat und das Problem einer sogenannten Überversorgung außer acht läßt, ist die umfangreiche Arbeit, die durch die Richtlinien des Bundesausschusses auf die Kassenärztlichen Vereinigungen und auf die Krankenkassen zukommt, schon deswegen nützlich, weil nach *einheitlichen Parametern* eine statistische Darstellung der kassenärztlichen Versorgung für die einzelnen Planungsbereiche vorgenommen wird. Daraus ergeben sich wichtige Aufschlüsse für die Weiterentwicklung und Bedarfsplanung in diesem Bereich.

Bedarfsplanung in der ärztlichen Versorgung ist zwar nichts Neues – sie hat es bei den Kassenärztlichen Vereinigungen in irgendeiner Form schon immer gegeben. Neu ist jedoch die erklärte Absicht, einheitliche, objektivierbare Kriterien zu finden und anzuwenden. Der Bundesausschuß hat ein akribisches, in sich geschlossenes System entwickelt, das jedoch so elastisch ist, daß es in Zukunft bei besseren und verfeinerten Erkenntnissen weiterentwickelt werden kann.

Schwierig bei der Erarbeitung der Richtlinien war die Definition des Bedarfs. Trotz umfangreicher Untersuchungen ist es nicht gelungen, eine wissenschaftlich begründbare Aussage darüber zu machen, wann der Bedarf an ärztlicher Versorgung zu einem bestimmten Zeitpunkt und in einer bestimmten Situation gedeckt ist. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen ging davon aus, daß der Bedarf aufgrund der Gesamtzahl der in der Bundesrepublik Deutschland berufstätigen Kassenärzte gedeckt sei. Eine Umsetzung dieser Überlegung in die Praxis bedeutet, daß der Bedarf beziehungsweise die Antwort auf die Frage nach der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung in einem Planungsbereich so zu erfolgen hat, daß zunächst einmal rein rechnerisch geprüft wird, wie das Verhältnis der Zahl der Ärzte zur Zahl der zu versorgenden Bevölkerung ist. Der Bundesausschuß hat hierzu ein „Grobraster“ entwickelt, das Inhalt der Planungsrichtlinien geworden ist und wie folgt aussieht:

Facharztgruppe	Bevölkerungszahl
Augenarzt	24 500
Chirurg	47 500
Frauenarzt	16 000
Hautarzt	41 000
HNO-Arzt	30 000
Internist	10 000
Kinderarzt	25 000
Nervenarzt	50 000
Orthopäde	37 000
Röntgenologe	60 000
Urologe	66 000

Verhältniszahlen als „Grobraster“

Diese „Schlüsselzahlen“ wurden durch einfache Division ermittelt: Die Gesamtzahl der Bevölkerung in der Bundesrepublik von etwa 61,8 Millionen wurde dividiert durch die Anzahl der Kassenärzte in der jeweiligen Fachrichtung. Dabei ist diese Rechnung nur in einigen wenigen Fällen durch Auf- und Abrundungen verändert wor-

den. Man kann über die hier gefundenen Verhältniszahlen streiten. Sie werden auch in bestimmten Abständen vom Bundesausschuß überprüft werden müssen. Bei aller Kritik an dieser Berechnung ist festzustellen, daß es zur Zeit keinen *anderen* und *besseren* Einstieg in die Bedarfsplanung gibt. Zudem sind alle anderen zur Verfügung stehenden Verhältniszahlen *noch problematischer*. Die Verhältniszahlen in einem Planungsbereich sind keineswegs alleinige Grundlage für die Bedarfsplanung. Nach Anwendung dieser Zahlen findet erst die detaillierte Prüfung vor Ort statt.

Bei der Ermittlung der effektiven Ist-Daten und in der kurz- und mittelfristigen Planung müssen umfangreiche quantitative und qualitative Daten der Orts- und Arztstrukturen hinzugezogen werden. Erst wenn eine solche Prüfung aller Daten erfolgt ist und dann die an der Bedarfsplanung Beteiligten zur Überzeugung kommen, daß eine Gegenüberstellung der bereinigten Ist-Daten und der Soll-Zahlen eine drohende Unterversorgung beziehungsweise eine eingetretene Unterversorgung vermuten lassen, sollen die Beteiligten oder einer der Beteiligten den zuständigen Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen auf diese Situation aufmerksam machen.

Es ist dann Aufgabe des Landesausschusses, die Richtigkeit dieser Vermutung festzustellen und dann den Kassenärztlichen Vereinigungen eine angemessene Frist einzuräumen, um die drohende Unterversorgung abzuwenden beziehungsweise die eingetretene Unterversorgung zu beseitigen.

► Erst in einem zweiten Akt, und zwar dann, wenn innerhalb der Frist die Unterversorgung nicht beseitigt werden konnte, kann der Landesausschuß Zulassungssperren in von der Unterversorgung nicht betroffenen Planungsbereichen entweder *für alle* Kassenärzte oder *für bestimmte Facharztgruppen* aussprechen.

► Der Landesausschuß hat dann nach einem halben Jahr zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Unterversorgung weiterhin vorliegen. Ist dies nicht der Fall, so ist die Zulassungssperre *aufzuheben* und diese Aufhebung auch öffentlich bekanntzugeben.

Ein zweiter Problemkreis, mit dem sich der Bundesausschuß bei Erarbeitung der Bedarfsplanungs-Richtlinien zu befassen hatte, war die Frage nach der ausreichenden ärztlichen Grundversorgung. Die Statistiken weisen für die vorausgegangenen Jahre regelmäßig eine Abnahme der Zahl der Allgemeinärzte auf. Der hier eingetretene Engpaß wird noch deutlicher, wenn man neben der Zahl der kassenärztlich tätigen Allgemeinärzte auch deren Altersgruppierungen berücksichtigt. Danach ist zu erwarten, daß die Zahl der Allgemeinärzte in naher Zukunft noch weiter abnimmt. Daraus ergibt sich, daß die Verhältniszahl, die der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen ermittelt hat (ein Allgemeinarzt auf 2400 Einwohner), bereits heute einen fühlbaren Mangel an Allgemeinärzten ausweist.

Trotz vielfacher Bemühungen der Selbstverwaltungsgremien der Kassenärzte ist es bisher nicht gelungen, die Zahl derjenigen Ärzte, die eine Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin durchführen, deutlich zu erhöhen. Daß diese Bemühungen noch verstärkt werden müssen, darüber sind sich alle einig. Es erscheint jedoch völlig ausgeschlossen, Prognosen anzustellen, wann dieser Mangel behoben werden kann. Der Bundesausschuß war gezwungen, dieses Problem schon heute zu lösen. Hier wurde nach dem sogenannten schleswig-holsteinischen Modell vorgegangen, indem bestimmte Fachärzte in die ärztliche Grundversorgung einbezogen wurden. Eine anteilmäßige Einbeziehung bestimmter Facharztgruppen in die allgemeinärztliche Versorgung erscheint gerechtfertigt durch die Untersuchung der

Einzelleistungsabrechnung dieser Facharztgruppen, aus der sich ergibt, daß diese Facharztgruppen in größerem Umfang Leistungen abrechnen, die sonst überwiegend von Allgemeinärzten erbracht werden. Ergebnisse dieser Abrechnungsuntersuchungen haben so ihren Niederschlag in den Richtlinien des Bundesausschusses gefunden, wonach die Leistungsanteile, mit denen einige Facharztgruppen in der allgemeinärztlichen Versorgung Anrechnung finden, sich wie folgt darstellen:

Praktische Ärzte/ Allgemeinärzte	1,00
Kinderärzte	0,60
Internisten	0,60
Frauenärzte	0,40
Orthopäden	0,30
Chirurgen	0,25
Nervenärzte	0,20

ZITAT

Supermediziner?

„... Die moderne Medizin mit hochwirksamen Arzneimitteln und anderen Therapieformen ist viel zu kompliziert, als daß ein politischer Senator gleichsam als selbsternannter ‚Supermediziner‘ oder ‚Oberapotheker‘ Entscheidungen darüber treffen könnte, welche Arzneimittel in Apotheken geführt oder den Patienten verordnet werden. . . Wer diese Tatsache für ‚unverantwortlich‘ hält, gibt zu erkennen, daß er Gesetzmäßigkeiten der Natur entweder nicht kennt oder verneint oder vielleicht sogar glaubt, sie in einem missionarischen Sendungsbewußtsein überwinden zu können. . .“

Dr. med. Karsten Vilmar,
Präsident der Ärztekammer
Bremen und Vizepräsident
der Bundesärztekammer, im
„Weser-Kurier“

Sicherlich handelt es sich hierbei um eine Hilfskonstruktion, und es muß das Ziel sein, die allgemeinärztliche Versorgung in absehbarer Zukunft wieder allein von Allgemeinärzten sicherzustellen.

Diese Hilfskonstruktion hat jedoch auch eine vertretbare Grundlage in der Praxis, wenn auch die Anrechnungszahlen der einzelnen Facharztgruppen turnusmäßig überprüft werden müssen.

Verschiedene Planungsbereiche

Die hier gefundene Lösung des Bundesausschusses stellt sich nunmehr wie folgt dar:

► Ergibt sich in einem untersten Planungsbereich, also dem Planungsbereich für die allgemeinärztliche Versorgung, daß aufgrund der Zahl der Allgemeinärzte und der Einwohner sowie unter Berücksichtigung der in den Planungsblättern festgehaltenen Daten vor Ort, die Verhältniszahl von 1:2400 mit den der dort praktizierenden Allgemeinärzte nicht erreicht wird, so können die Beteiligten eine Hilfsrechnung anwenden unter Einbeziehung der in diesem Planungsbereich arbeitenden Fachärzte, soweit diese anteilmäßig Leistungen der ärztlichen Grundversorgung erbringen.

Die so gefundene Ist-Zahl ist dann mit einer neuen Soll-Zahl ins Verhältnis zu setzen. Diese ergibt sich aus der Einwohnerzahl der Bundesrepublik dividiert durch die Zahl der im Bundesgebiet praktizierenden Allgemeinärzte und Fachärzte, soweit ihre Facharztgruppe in dem entsprechenden Planungsbereich zu finden ist; wobei die Zahl der Fachärzte mit den vorstehenden Leistungsanteilen multipliziert wird.

Die erste Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der umfangreichen Arbeiten, die jetzt durch die Richtlinien auf sie zukommen, ist die Aufstellung von

„Bedarfsplanung“

Planungsbereichen im Einvernehmen mit den Krankenkassen. Der Bundesausschuß hat sich hier nur für den fachärztlichen Bereich festgelegt, indem er in den Richtlinien festschreibt, daß Planungsbereiche für die fachärztliche Versorgung in der Regel die Kreise eventuell mit Einbeziehung der kreisfreien Städte sein sollen. Nicht festgelegt hat sich der Bundesausschuß bei der Aufstellung der Planungsbereiche für die allgemeinärztliche Versorgung. Hier ist in den Richtlinien nur festgestellt, daß sich diese Planungsbereiche an den kommunalpolitischen Grenzen orientieren sollen. Darüber hinaus sind die Planungsbereiche so festzulegen, daß die dort praktizierenden Fachärzte in zumutbarer Entfernung zur Verfügung stehen.

Erfahrungen abwarten

Erste Erfahrungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über Gespräche mit den Krankenkassen zur Festlegung der Planungsbereiche sind nicht sehr ermutigend. Die vielfachen, zum Teil recht wirklichkeitsfremden Vorstellungen, die hier entwickelt werden, mögen dafür sprechen, daß der Bundesausschuß sich in dieser Frage hätte konkreter äußern sollen. Dennoch sollte man auch hier erst einmal die Erfahrungen abwarten, weil bürgernahe kassenärztliche Versorgung sich in der Gemeinde beziehungsweise im Kreis vollzieht. Festlegungen vom „grünen Tisch“ werden den Erfordernissen der Patienten selten gerecht.

Grünes Licht vom Bundesarbeitsminister

Der Bundesarbeitsminister hat dem Bundesausschuß mitgeteilt, daß er gegen die „Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte“ keine Einwendungen erheben wird, weil er sie als Einstieg in einen neuen Regelungsbereich ansieht. Er geht davon aus, daß der Bundesausschuß die Beratungen über die

Richtliniengestaltung fortführt. Dabei sollen Fragen der Ermittlung der Meßzahlen aufgrund des tatsächlichen Angebots oder einer eigenständigen Definition des Begriffs Bedarf, Fragen einer einfachen und durchsichtigen Methode der Anrechnung, Bewertung und Beurteilung der Teilnahme von einzelnen Ärzten und Arztgruppen an der kassenärztlichen Versorgung, Fragen der Unterscheidung von Bestimmungsfaktoren für die Soll-Situation der Versorgung sowie Fragen der Planung im Zusammenhang mit dem Not- und Bereitschaftsdienst im Bundesausschuß erörtert werden.

Das Institut für Gesundheits-System-Forschung in Kiel (Leitung: Prof. Dr. med. Fritz Beske) hat den Ansatz für die Bedarfsplanung des Bundesausschusses wissenschaftlich begutachtet. Es kommt dabei zu dem Ergebnis, daß man „die Bedarfsplanung so durchführen kann“. Das Institut hat aber auch Ansätze für eine Weiterentwicklung dieser Bedarfsplanungs-Richtlinien bereits gegeben (das Gutachten ist jetzt in der Schriftenreihe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, Köln, erschienen).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen bis Mitte des nächsten Jahres auf der Basis der Daten vom 31. Dezember 1977 den ersten Bedarfsplan aufstellen. Die innerhalb dieses Plans für die nächsten zehn Jahre in Stufen von jeweils fünf Jahren vorzunehmenden Hochrechnungen würden erstmals vertretbare Anhaltswerte für den Bedarf an Kassenärzten für eine mittelfristige Planungszeit ergeben. Daß dies mit umfangreichen statistischen Erhebungen verbunden ist, muß in Kauf genommen werden. Selbst bei einer Zielsetzung, die heute nicht mehr die einmal gegebene Aktualität zu haben scheint, bringt die Einheitlichkeit in der Bedarfsplanung Vorteile für die Erfüllung des gesetzlichen Sicherstellungsauftrages und letztlich für die Patienten. Hanns-J. Wirzbach/DÄ

NACHRICHTEN

Neufassung der Bundesärzteordnung

Die seit dem 21. August 1977 geltende Fassung der Bundesärzteordnung ist im Bundesgesetzblatt Teil I 1977, Nr. 67, Seite 1885 ff., am 20. Oktober 1977 bekanntgemacht worden. Das Gesetz war in seiner ursprünglichen Fassung am 1. Januar 1962 in Kraft getreten. Die Änderungen aus den Jahren 1975 und 1977 sind in dem Wortlaut der Neufassung berücksichtigt, der auf den Seiten 2815 bis 2820 des vorliegenden Heftes veröffentlicht ist. Br/BÄK

Bewertungsausschuß hat sich konstituiert

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Bundesverbände der Krankenkassen haben nach Maßgabe des „Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes“ (§ 368 i RVO) einen „Bewertungsausschuß“ gebildet, der einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen erarbeiten und weiterentwickeln soll. Dem Ausschuß, der am 25. Oktober in Köln erstmals zusammentrat, gehören je sieben Mitglieder von Seiten der Ärzteschaft und der Krankenkassen an.

Bei der ersten Beratung bestand Einigkeit darüber, die Arbeiten an der neuen Gliederung und Bewertung der ärztlichen Grundleistungen beschleunigt fortzusetzen.

Zur Zeit läuft ein repräsentativer Feldversuch eines neuen Grundleistungsschemas, dessen Ergebnisse ausgewertet und abgewartet werden sollten. Wegen der schwierigen Materie, so befürchtet der Ausschuß, kann wahrscheinlich der vom Gesetzgeber vorgesehene Termin zur Erstellung eines neuen einheitlichen Maßstabes, nämlich der 1. Juli 1978, nicht eingehalten werden. Der Bewertungsmaßstab sollte gegebenenfalls später in Kraft treten. MI/DÄ