

## Simulationsmodell für die ambulante ärztliche Versorgung

Für die Vorbereitung politischer Entscheidungen wird es zunehmend wichtiger, die voraussichtlichen Auswirkungen von Entwicklungen zu quantifizieren. Insbesondere die Dynamik in der Arztlageentwicklung zeigte die Notwendigkeit, die strukturellen Veränderungen in der Zusammensetzung der Gesamtärzteschaft nach fachlichen und regionalen Gesichtspunkten für einen Prognosezeitraum zu simulieren, um die möglichen Auswirkungen auf Fallzahlentwicklung, Auslastung der Praxis und kassenärztliche Gesamtvergütung zu berechnen.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI), Köln, entwickelt dazu in Zusammenarbeit mit Professor Dr. Fritz Krückeberg, Institutsdirektor bei der Gesellschaft für Mathematik und Datenverarbeitung in Birlinghoven bei Bonn, ein DV-Modell, das sowohl unter angebotsinduzierten als auch unter nachfrageinduzierten Gesichtspunkten die Honorarentwicklung in ihrer volkswirtschaftlichen Dimension, als Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und in ihrer betriebswirtschaftlichen Dimension, als Einkommen des Arztes, simuliert. Das Simulationsmodell ist „dialogfähig“ aufgebaut und in vier Module unterteilt.

Ein „Arztmodul“ geht von der Zahl der approbierten Ärzte unter variablen einzugebenden Annahmen aus und simuliert die Verteilung auf die verschiedenen Tätigkeitsbereiche und Fachgruppen im Prognosezeitraum. Die Folgen der „Ärztenschwemme“ lassen sich auf diese Weise quantifizieren. Das „Nachfragemodul“ simuliert die Nachfrage der Bevölkerung nach medizinisch-ambulanten Leistungen in Abhängigkeit von den Altersgruppen der Bevölkerung. Strukturelle Veränderungen im

Bevölkerungsaufbau, insbesondere durch den Geburtenrückgang, sind dabei berechenbar. Ein angebotsinduziertes Modul dagegen berechnet unter Zugrundelegung arztgruppentypischer Leistungsprofile und einer variierbaren Krankenscheinanzahl die Auswirkungen auf Auslastung der Arztpraxis in Abhängigkeit von Nachfrage- und Angebotsveränderungen. Ein viertes Modul nimmt die Zusammenführung der drei Module vor und berechnet bei unterschiedlichen Annahmen über Fallzahl, Fallwert die kassenärztliche Gesamtvergütung.

Die programmtechnische Entwicklung des „Arztmoduls“ ist in dialogfähiger Form abgeschlossen. Der Abschluß der Programmierarbeiten bei den anderen Modulen wird in Kürze folgen. Die Grundkonzeption der ZI-Simulationsmodells ist den Kassenärztlichen Vereinigungen im Herbst 1985 vorgestellt worden. Br

## Erheblich mehr Disziplinarverfahren

Vorstand und Verwaltung der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe haben ihre Anstrengungen, Manipulationen von kassenärztlichen Abrechnungen und Fehlabrechnungen aufzudecken, in den letzten beiden Jahren erheblich verstärkt. Die Prüfungsgremien der KV Westfalen-Lippe haben festgestellt, daß der prozentuale Anteil von Abrechnungsmanipulationen, Betrügereien, Irrtümern und Fehllösungen von Gebührenordnungspositionen nicht höher ist als in anderen KV-Bereichen. Allerdings: 80 Prozent aller westfälischen Ärzte (zur Zeit rechnen 8186 Ärzte mit der KV ab) haben offenbar Probleme mit der Anwendung der Gebührenordnungen und der kassenärztlichen Abrechnung, bestätigte Prüfärztin Dr. med. Monika Silberbach bei einem Presseseminar in Dortmund. Immer wieder komme es vor, daß eine Beratung und ein Besuch an einem Tag gleichzeitig ohne Be-

gründung abgerechnet werden. Dies ist aber nur in Ausnahmen zulässig. Auch sei festgestellt worden, daß Ärzte irrtümlich eine Vorsorgeleistung zusammen mit einer kurativen Leistung abrechneten.

Zwischen 1983 und 1985 wurden insgesamt 39 „Schlichtungsverfahren“ nach dem Arzt-Ersatzkassen-Vertrag durchgeführt. Die durchschnittliche Schlichtungssumme, die der Arzt an die KV zurückzahlen mußte, betrug 31 000 DM. Wegen Verletzung kassenärztlicher Pflichten wurden 1981/82 insgesamt 33mal Verwarnungen, Bußgelder oder – im Höchstfall – Zulassungssperren ausgesprochen. Von 1983 bis März 1985 wurden – auch unter dem Eindruck von Ermittlungen im Raum Bochum – 163 Verfahren durchgeführt. Bei den rund 400 Ärzten, die vor zwei Jahren in den AOK-Computern wegen vermuteter Fehlabrechnungen hängen geblieben sind, sind in 21 Fällen staatsanwaltschaftliche Ermittlungen eingeleitet worden. Zur Anklage wegen Betrugs hat es jedoch in allen Fällen nicht gereicht. In der ganz überwiegenden Zahl der Fälle handelt es sich um Versehen (auch um fehlerhafte Eingaben beim Computer der AOK Dortmund) ohne strafrechtliche Relevanz. 32 Berufsgerichtsverfahren sind eingeleitet worden, davon acht Fälle inzwischen abgeschlossen worden. In 17 Fällen erfolgte ein Ermittlungersuchen seitens der Staatsanwaltschaft.

Seit dem ersten Quartal 1985 läuft im Bereich der KV-WL ein computergesteuertes Transparenzmodell, das die Leistungen eines Arztes an einem Tag („Tagesprofile“) ausdrückt und überprüft. Nach einem „geheimgehaltenen“ Raster können die Prüforgane der KV Kontrollen und Falschabrechnungen ermitteln und ahnden. 60 solcher Profile wurden bisher veranlaßt, abgeschlossen sind 37, davon wurden 17 an die Staatsanwaltschaft weitergeleitet. 20 Ärzte erhielten ein Disziplinarverfahren. HC