

Männer, L., Hartmann, B., Hofmann, J.: *Heuristische Entscheidungsmodelle in der kassenärztlichen Versorgung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1983. 240 Seiten, DM 58,-

Ziel des Buches ist die Darstellung der theoretischen, empirischen und verfahrensmäßigen Grundlagen zur Gestaltung des Honorierungssystems für ärztliche Leistungen in der kassenärztlichen Versorgung. Gegenstand der Untersuchung sind die Fragen: welche Kriterien muß ein Allokationsmechanismus erfüllen, damit eine effiziente kassenärztliche Versorgung gewährleistet wird, und wie können diese Kriterien bei sich rasch ändernden Rahmenbedingungen realisiert werden.

Die Untersuchung ist in drei Teile gegliedert. Im 1. Teil werden Stand und Entwicklung der Rahmenbedingungen der kassenärztlichen Versorgung dargestellt. Dazu gehört die Bedürfnisstruktur der Versicherten, die Behandlungsmöglichkeiten von Krankheiten, die Ausstattung der Arztpraxen mit Personal, Geräten, Gebäuden sowie Allokations- und Lenkungsregelungen in der „Gesetzlichen Krankenversicherung“ einschließlich ihrer Wirkungsmechanismen. Im 2. Teil wird untersucht, welchen Beitrag eine Gebührenordnung für ärztliche Behandlungen zu einer effizienten ambulanten Versorgung leisten kann und wie man möglicherweise eine Kosten minimierende Gebührenordnung gestalten könnte. Es wird gezeigt, daß Gewinnaufschläge auf die tatsächlichen Kosten einzelner Leistungen als eine der Ursachen für Fehlallokationen im kassenärztlichen Bereich angesehen werden können. Als Kriterien für fehlerhafte Gebührensätze werden – außer Gewinnbeiträge einzelner Leistungen – ein nicht angemessenes durchschnittliches Arzteinkommen sowie hohe Divergenzen zwischen den verschiedenen Facharztgruppen erkannt. Im 3. Teil werden Höhe und Divergenz der durchschnittlichen Facharztgruppeneinkommen sowie die Abweichung der minimalen Leistungskosten vom Preisniveau als Zielindikatoren in einem heuristischen rekursiven Modell zur Fortschreibung der Gebühren verwendet. Das Steuerungsproblem wird in eine kurz-, mittel- und langfristige Regelung zerlegt.

Die kurzfristige (jährliche) Fortschreibung soll durch Anpassung der Gebührenniveaus und der Gesamtausgaben an Datenänderungen dazu beitragen, daß unangemessene Durchschnittseinkommen vermieden oder im Zeitablauf reduziert werden. Dafür werden aus den Ausgaben über die kassenärztliche Versorgung Informationen zur Entwicklung der Zielindikatoren „durchschnittliches Bruttoeinkommen“ und „Divergenz der durchschnittlichen Facharztgruppeneinkommen“ gewonnen. Die Entwicklung dieser Zielindikatoren wird zusammen mit der Entwicklung von volkswirtschaftlich relevanten Daten in Faustregeln für eine kurzfristige Fortschreibung eingesetzt.

Das Ziel der mittelfristigen (vierjährigen) Fortschreibung ist der Ausgleich von Einkommensdivergenzen zwischen den einzelnen Facharztgruppen. Indikatoren sind die Preisniveaus facharzt-

gruppenspezifischer Leistungen. Ihre Höhen werden mit Hilfe eines linearen Gleichungssystems so festgelegt, daß unangemessene Einkommensdivergenzen beseitigt oder abgeschwächt werden.

Die langfristige Fortschreibung beruht auf der Kalkulation der tatsächlichen minimalen Stückkosten der ärztlichen Leistungen. Dafür wird vorgeschlagen, den bei der Produktion von ärztlichen Leistungen anfallenden Ressourcenverzehr in vier Komponenten zu zerlegen: Arbeitsleistungen der Ärzte, Arbeitsleistungen des Personals, die Betriebsmittel und die Leistungen der Kapitalgüter. Die Kalkulation erfolgt in zwei Stufen. Zunächst werden alle direkt zurechenbaren Kosten den einzelnen Leistungen zugeordnet. Die Umlegung der Gemeinkosten auf die Leistungen erfolgt proportional zu den direkt zurechenbaren Kosten. Damit soll sichergestellt werden, daß die von den Ärzten angestrebte Gewinnmaximierung auch eine kostenminimale Versorgung realisiert.

Die Verfasser überprüfen in einer weitgehend qualitativen Beurteilung die Plausibilität des vorgeschlagenen Finanzierungssystems. Das ist unbefriedigend. So hätte ein umfangreiches Modellexperiment mit Hilfe einer rechnergestützten Simulation die Qualität der Validitätsprüfung erheblich verbessert. Damit wäre auch eine dynamische Systembetrachtung möglich gewesen, um z. B. zeitabhängige Zustandsänderungen als Funktion von Stabilitätslagen und ihren Auslenkungstoleranzen stochastisch zu messen.

Eine grundlegende Annahme des vorgeschlagenen Finanzierungskonzeptes ist die Einschränkung, daß als Outputdefinition die Einzelleistung als geeignet betrachtet wird. Sie ist jedoch nur der Faktoreinsatz in das Endprodukt einer ärztlichen Versorgung. Ein Preissystem auf der Basis einer Einzelleistungshonorierung kann nur zu einer effizienten Einzelleistungserstellung führen, aber nicht zwingend auch zu einer effizienten ärztlichen Versorgung.

Ein Allokationsmechanismus für ärztliche Versorgung sollte als Outputeinheit die Gesundheit des Patienten als das eigentliche Produkt vorsehen. Dazu gibt es nicht nur umfangreiche Literatur, sondern auch praktische Versuche, die in den USA schon zu entsprechenden gesetzlichen Regelungen geführt haben. Nach einem im März 1983 vom US-Kongreß verabschiedeten Gesetz soll die Behandlung von Sozialpatienten mit Hilfe von Gebührensätzen berechnet werden, die sich an Diagnose-, Therapie- und Qualitätsmerkmalen des Behandlungsergebnisses orientieren. Das von den Verfassern vorgeschlagene Preisrecht für die kassenärztliche Versorgung berücksichtigt dagegen im wesentlichen nur den quantitativen Einsatz von Ressourcen und läßt die eigentlichen Merkmale einer medizinischen Behandlung, die Qualität des Versorgungsablaufes und die Veränderung des Gesundheitszustandes, unberücksichtigt.

K. Hansen, Universität Hamburg