Ambulante Chirurgie/ Stationersetzende Leistungen

Sicht des niedergelassenen Arztes

Im vorliegenden Beitrag wird auf das Thema „Ambulante Chirurgie – stationersetzende Leistungen – Anspruch und Wirklichkeit“ sowohl aus Sicht des niedergelassenen Unfallchirurgen als auch des Berufsverbandes der niedergelassenen Chirurgen Deutschlands (BNC) eingegangen, und zwar weniger auf die medizinischen Aspekte des ambulanten Operierens, sondern vielmehr auf die politischen und berufspolitischen Hintergründe.

Aktuelle Situation

Gesetzliche Grundlagen

Ambulantes Operieren am Krankenhaus wird nach § 115b SGB (Sozialgesetzbuch) V durchgeführt.

Ambulante Operationen bei Niedergelassenen, werden nun, weil der § 115b zum Ende des Jahres 2008 gekündigt wurde, nach dem EBM (einheitlicher Bewertungsmaßstab) Kapitel 31 durchgeführt. Dazu gehören:

- präoperative Leistungen,
- operative Leistungen (Kap. 31.2),
- postoperative Überwachung (Kap. 31.3),
- postoperative Nachbehandlung durch Operateur/Hausarzt und
- ambulante Anästhesien (Kap. 31.5).

Neu im SGB V ist der § 122, der die Praxis-klinik mit Vorhalt von Betten für kurzstationäre Behandlungen definiert.

Ambulante Operationen – Kosten-Erlös-Situation

Bereits Seehofer hatte als Gesundheitsminister Ende der 1990er Jahre die Forderung und die Förderung des ambulanten Operierens artikuliert. In der Folge wurden von den niedergelassenen Ärzten meist eigene Strukturen mit eigenständiger Finanzierung aufgebaut. Dies bedeutet aber auch, dass ambulantes Operieren ein Teil und Grundlage der Existenz dieser Ärzte ist.

Einkünfte für Chirurgen im GKV-Bereich bestehen aus folgenden Anteilen:

- Regelleistungsvolumen (RLV), in Baden-Württemberg derzeit 24 EUR,
- plus Zuschlag für Röntgenleistung, für Unfallchirurgen 7,20 EUR, zusammen also 31,20 EUR.

RLV ist diejenige Menge an Geld, die die Krankenkassen für die Grundversorgung ihres Patienten für 3 Monate zur Verfügung stellen, das entspricht 8 EUR/Monat für die Versorgung eines Patienten. Dabei sollten laut KBV (kassenärztliche Bundesvereinigung)

- RLV plus Röntgenpauschale 40%,
- Prävention 12% und
- Einzelleistungen wie ambulantes Operieren 48%

des GKV-Umsatzes der niedergelassenen Unfallchirurgen generieren.

Die niedergelassenen Ärzte erleben in den letzten Jahren eine deutliche Zu-

nahme der ambulanten Operationen am Krankenhaus und ein Eindringen von großen Krankenhausketten (Helios, Sana, Rhönkliniken usw.) in den ambulanten Markt, gegen das sie, wegen der Finanzkraft der dahinter stehenden Organisationen, keine Konkurrenzchance haben. Dazu mussten und müssen die betreffenden Einrichtungen neue Infrastrukturen aufbauen. Neue MVZ (medizinisches Versorgungszentrum) wurden und werden an Krankenhäusern eröffnet als „Staubsauger“ für stationäre Patienten. Es ist zu vermuten, dass zahlreiche Krankenhäuser den Einstieg ins ambulante Operieren nur aus Marketinggründen vorgenommen haben. Finanziell ist dieses bei einer Vergütung mit einem Orientierungswert von 3,5 Cent anstatt von 5,11 Cent schon lange nicht mehr lukrativ, sondern betriebswirtschaftlich völlig indiskutabel, insbesondere in dem wesentlich kostenintensiveren Bereich eines Krankenhauses. Die genannten Organisationen verfügen jedoch über eine duale Finanzierung, während niedergelassene Unfallchirurgen sämtliche Investitionen aus eigener Tasche finanzieren müssen. Sie können somit die unwirtschaftlichen ambulanten Operationen durch eine Quersubventionierung aus dem stationären Bereich finanziell bewältigen.

Die finanzielle Situation niedergelassener Operateure im Kassensystem ist in **Tab. 1** dargestellt, Begleitleistungen, wie Sonographie, Duplexsonographie usw. wurden in 2008 extrabudgetär mit et-

Tab. 1 Finanzielle Situation niedergelassener Operateure im GKV-System

Jahr	Vergütung [Cent]	
	2008	2009 ^a
Baden-Württemberg		
Allgemeiner Punktwert	4,15	3,501
Punktwert operative Kassenleistung ^b	4,9	(4,04) 4,7
Bundesweit		
Allgemeines Operieren	2,9–5,0	(4,04) 3,6

^aIn Klammern steht der richtige Punktwert, dahinter ohne Klammer der hochkalkulierte Punktwert aufgrund der Anpassung der Punktzahlen der Gebührenordnungspositionen von 2008 zu 2009 um 15,45%.

^bOperative Kassenleistungen sind Operationen, die als besonders förderungswürdig eingestuft wurden und einen etwas besseren Punktwert generieren.

wa 4,0 Cent vergütet und sind jetzt im Regelleistungsvolumen mit entsprechender Mengenbegrenzung enthalten, die Bezahlung erfolgt nun zu 3,5 Cent. Rechnet man alle Faktoren zusammen, bedeutet dies einen Einbruch zwischen 5% und 30% der Vergütung.

Die Finanzierung im GOÄ- (Gebührenordnung für Ärzte) und UV-GOÄ-Bereich (UV: Unfallversicherung), die für alle ambulanten Operationen, ob sie durch niedergelassene Ärzte oder im Krankenhaus durchgeführt werden, gültig ist, weist folgende Charakteristika auf:

- Die GOÄ ist über 20 Jahre alt.
- Der GOÄ liegt keine betriebswirtschaftliche Kalkulation zugrunde.
- Die Gebührenordnungspositionen (GOP) haben nicht mit der operativ-technischen Entwicklung (Schulterarthroskopie, Knochenchirurgie) Schritt gehalten.
- Bei der UV-GOÄ bestehen die gleichen Bedingungen, wie für die GOÄ angeführt, mit der Ausnahme der gelegentlichen Anpassung von Sachkosten, Zuschlägen und einzelnen GOP.
- Sowohl bei der GOÄ als auch der UV-GOÄ besteht eine deutliche Abhängigkeit von der Finanzlage des Staates oder des jeweiligen Trägers.

Die betriebswirtschaftliche Kalkulation EBM 2000 wurde auf der Basis 5,11 Cent durchgeführt und ergab eine definierte Punktzahl. Der „break even point“ für ambulante Operationen bezüglich der Vergütung ärztlicher Leistungen liegt nach unseren Berechnungen bei 4,4 Cent. Dies ergibt sich aus dem EBM sowie der jeweiligen Gebührenordnungsposition, in dem technische (TL) und ärztliche Leistung (AL) definiert sind, die in so genann-

ten STABS-Berechnungen (STABS: Standardbewertungsmaßstab) ermittelt wurden.

TL (Kosten für die jeweilige Leistung). Die TL stellt eine Konstante dar – mit steigender Tendenz (z. B. Fixkosten wie Miete, Personal, Strom, Material usw.).

AL (Vergütung). Es handelt sich um eine Variable (Rest der Vergütung).

Nach unseren Berechnungen bedeutet eine Vergütung von 4,4 Cent ein Arztgehalt von o EUR. Unter 4,4 Cent ist keine Kostendeckung mehr gegeben, der Arzt muss also zur Durchführung der Operation Geld einschießen, um die Kosten zu finanzieren!

Als zweites Problem ergibt sich, dass alle perioperativen Leistungen mit Ausnahme von Röntgenuntersuchungen in das RLV (Regelleistungsvolumen) verlagert wurden. Dieses liegt derzeit bei etwa 24,00 EUR, also wie oben beschrieben, bei 8 EUR/Monat. Der Erstkontakt des Patienten mit dem Arzt ergibt nach der GOP 07211 für Chirurgen 630 Punkte, also 22,06 EUR, was bedeutet, dass nach dem Erstkontakt praktisch keine Vergütung mehr für weitere Behandlungen übrig bleibt, weil das RLV so gut wie aufgebraucht ist.

Diskrepanz zwischen politischen Zusagen und realer Situation

Versprochen war bei Durchführung einer Operation, gleichgültig ob durch niedergelassene Ärzte oder im Krankenhaus, gleiches Geld für gleiche Leistung. Aber Krankenhäuser sind, wie oben angeführt, im Gegensatz zu der monistischen Finanzierung in Praxen niedergelas-

sener Ärzte dual finanziert, was bedeutet, dass, obwohl alle, die ambulante Operationen durchführen, von der massiven betriebswirtschaftlichen Unterdeckung der Leistungen betroffen sind, die Krankenhäuser diese durch die Möglichkeit der Quersubventionierung aus dem stationären Bereich besser auffangen können. Zudem besteht im niedergelassenen Bereich immer Facharztstandard, womit sich die Antwort auf die Frage der Erfahrung und der Routine bei in der Praxis zunehmender Spezialisierung der Kollegen beinahe von allein beantwortet.

Resümee

Ambulantes Operieren:

- ist kostengünstiger als eine stationäre Behandlung,
- ist von mindestens gleich hoher Qualität wie im stationären Bereich und
- wird im niedergelassenen Bereich immer auf Facharztstandard durchgeführt.

Bezüglich des Outcomes nach ambulanten Operationen sind folgende Vorteile anzuführen:

- geringere Infektionsrate,
- schnellere Arbeitsfähigkeit,
- geringer Medikamentenverbrauch und
- hohe Zufriedenheit des Patienten – nach zahlreichen Befragungen knapp unter 100%.

Die Anforderungen und die Voraussetzungen nach ambulanten Operationen sind in Krankenhäusern und Operationszentren erfüllt.

Bezüglich der Kostendeckung ergibt sich folgende Problematik:

- Die Vergütung liegt weit unter dem betriebswirtschaftlich berechneten Niveau von 2000 (5,11 Cent).
- In den letzten 10 Jahren kam es zu erheblichen Kostensteigerungen, diese lagen allein in den letzten 2 Jahren laut Apobank über 5%.
- GOÄ und UV-GOÄ spiegeln das Leistungsgeschehen in Bezug auf heutige Techniken nicht wider und weisen ebenso wie der EBM eine massive Unterdeckung auf.

- Wenn die Politik eine Förderung des ambulanten Operierens einfordert und verspricht, zeigt die Realität jedoch eine starke Behinderung des ambulanten Operierens durch massive Unterfinanzierung.

Forderungen

Wir fordern von Politik, Kassen, Unfallversicherungsträgern und KBV:

Die Entwicklung des ambulanten Operierens ist eine Erfolgsgeschichte in der operativen Medizin. Wir alle, die wir ambulant operieren, bieten: Strukturqualität – Prozessqualität – Ergebnisqualität. Dafür fordern wir eine gerechte, betriebswirtschaftliche Bezahlung für unsere fachärztlichen Leistungen.

Die politische Konsequenz kann nur sein:

- Eine Verlagerung von stationären Operationen in den ambulanten Bereich und damit auch eine Reduktion stationärer Behandlungen wird nur gelingen, wenn eine gleiche Bezahlung für ambulant und stationär durchgeführte Operationen erfolgt, weil dann kein Grund mehr besteht, außer aus medizinischen und sozialen Gründen, einen Patienten stationär aufzunehmen.
- Deshalb fordern wir eine identische DRG-basierte (DRG: „diagnosis related groups“) Bezahlung für gleiche Operationen im ambulanten und stationären Bereich.

Korrespondenzadresse

Dr. D. Haack

Berufsverband niedergelassener Chirurgen (BNC) Deutschland,
Wulfsdorfer Weg 7, 22359 Hamburg
Haack-kerber@t-online.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Zusammenfassung · Abstract

Trauma Berufskrankh 2010 · 12[Suppl 3]:259–261 DOI 10.1007/s10039-009-1563-5
© Springer-Verlag 2009

D. Haack

Ambulante Chirurgie/Stationersetzende Leistungen. Sicht des niedergelassenen Arztes

Zusammenfassung

Ambulantes Operieren ist bei mindestens gleich hoher Qualität kostengünstiger als eine stationäre Behandlung und wird im niedergelassenen Bereich immer auf Facharztstandard durchgeführt. Es geht mit einer geringeren Infektionsrate, schnellerer Arbeitsfähigkeit, geringerem Medikamentenverbrauch und hoher Zufriedenheit der Patienten einher. Leider ist nach der derzeit möglichen Abrechnung keine Kostendeckung zu erreichen. Zudem stellen Krankenhäuser und Operationszentren, die die Kosten durch Querfinanzierung decken können, eine massive Konkurrenz für die niedergelassenen Ärzte dar. Eine Verlagerung von stationären

Operationen in den ambulanten Bereich wird nur gelingen, wenn ambulant und stationär durchgeführte Operationen gleich bezahlt werden, weil dann kein Grund mehr besteht, außer aus medizinischen und sozialen Gründen, einen Patienten stationär aufzunehmen. Deshalb ist eine identische DRG-basierte (DRG: „diagnosis related groups“) Vergütung für gleiche Operationen im ambulanten und stationären Bereich zu fordern.

Schlüsselwörter

Ambulantes Operieren · Outcome · Abrechnung · Querfinanzierung · DRG-basierte Vergütung

Outpatient surgery/substitution of inpatient services. Viewpoint of the physician in private practice

Abstract

Outpatient surgery offers at least the same high quality as inpatient management but is more economical and always conforms to specialist standards when performed in private practice. It is associated with a lower infection rate, earlier return to work, lower medication use, and a high level of patient satisfaction. Unfortunately, cost-effectiveness cannot be achieved with the invoice system that is currently possible. Furthermore, hospitals and surgical centers, which are able to cover their costs by cross-financing, represent enormous competition for physicians in

private practice. Shifting surgical procedures from in- to outpatient services will only be successful when both are paid on a equal basis since then there will no longer be any reason to admit a patient to hospital except on medical and social grounds. Thus, identical DRG-based reimbursement for the same operations performed in out- and inpatient settings should be insisted on.

Keywords

Outpatient surgery · Outcome · Invoicing · Cross-financing · DRG-based reimbursement