

## BRIEFE AN DIE REDAKTION

### „SONSTIGE HILFEN“

Der Verfasser plädiert für eine exakte Erfassung der „sonstigen Hilfen“ im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch:

#### **Abrechnungsprobleme**

Die Menge der Leistungen im Rahmen der sonstigen Hilfen, davon besonders die Schwangerschaftsunterbrechungen, haben eine stark steigende Tendenz. Diese Leistungen sind und werden auch in der Zukunft aus den Honorarvereinbarungen herausgenommen und gesondert erstattet. Leider läßt sich bisher nicht feststellen, was alles an Leistungen im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch anfällt, folglich können diese „sonstigen Hilfen“ auch nicht in der gesamten Breite aus den Honorarabrechnungen herausgenommen werden. Auch bei sorgfältiger Bezeichnung (was leider nicht immer der Fall ist) der entsprechenden Leistungen in der Abrechnung werden nur die direkten sonstigen Hilfeleistungen festgehalten. Die indirekten laufen unbemerkt in der Gesamtabrechnung.

Beispiel: Bei ambulanten Schwangerschaftsunterbrechungen wurde sehr oft Blut zur Bestimmung von Blutgruppe und Rh-Faktor an eine Blutuntersuchungsstelle zugeschickt. Diese rechnet die Leistung schon nicht als „sonstige Hilfe“ ab. Ebenso wird eine konsiliare Untersuchung von Internisten oder praktischen Ärzten im Rahmen der Narkoseuntersuchung bei Schwangerschaftsunterbrechungen nicht als sonstige Hilfe-Leistung gesondert abgerechnet. Genauso ist es bei einer histologischen Untersuchung des eingeschickten Materials bei einer Schwangerschaftsunterbrechung.

Was für finanzielle Nachteile für die gesamte Ärzteschaft daraus resultieren, brauche ich nicht zu schildern. Nicht anders ist es auch mit den Medikamentenkosten. Rezepte und Praxisbedarf im Rahmen der sonstigen Hilfen wurde bis jetzt nach mei-

nen Kenntnissen überhaupt nicht aus den gesamten Medikamentenkosten herausgenommen. Was zum Beispiel eine Schwangerschaftsunterbrechung an Medikamenten kostet, kann man nur schätzen, wenn man die Preise für Antibiotika, Uterotonika, Anästhetika, Anti-D-Prophylaxe (1 Amp. Rhesogam 200 kostet ca. 100,- DM) usw. zusammenrechnet. Meiner Meinung nach wäre es die einfachste Lösung, die sonstigen Hilfen genauso wie die Vorsorge- und Früherkennungsleistungen auf Sonderkrankenscheinen abzurechnen und Überweisungen, Rezepte und Praxisbedarf auch auf Sonderformularen auszuweisen. Vielleicht finden die in Abrechnungsfragen erfahrenen KBV-Funktionäre noch andere, bessere Lösungen. Mein Brief soll nur als Aufforderung zur Initiative der Funktionäre dienen. Es ist höchste Zeit, ein Eigentor für die Ärzteschaft, für die Abrechnung der sonstigen Hilfen zu verhindern. Im übrigen: Die enorme Steigerung der Zahl der Schwangerschaftsabbrüche ist auch ein Grund für die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen.

Dr. med. Georg Kolar  
Facharzt für Frauenkrankheiten  
und Geburtshilfe  
Rheinische Straße 22  
4600 Dortmund

### AMBULANTE OPERATIONEN

Die Berechnungen über erzielbare Kostenentlastungen bei ambulanten Operationen (DEUTSCHES ÄRZTEBLATT Heft 29/1979, Seite 1915 ff.) werden durch Kostenberechnungen eines Lesers bestätigt, der ebenfalls seit Jahren ambulant operiert. Der Verfasser des Leserbriefes, Inhaber und Chefarzt einer chirurgischen Privatklinik in Heilbronn, ergänzt seine Ausführungen mit der Forderung, ambulante Operationen durch eine entsprechende Honorierung zu dotieren und verstärkt Modelle zu erproben, die ambulantes Operieren in größerem Umfang als bisher ermöglichen:

#### **Zusätzliche Gebührensätze**

In seiner Stellungnahme zur Problematik des ambulanten Operierens kritisiert Hoehle die Behauptung von Gesundheitspolitikern, nach denen

ambulante Operationen „kostenaufwendig und nicht zur Entlastung beitragend sein würden“, solange der Bettenüberhang nicht beseitigt ist. Seine Ansicht, daß es sich dabei um eine Falschorientierung handelt, kann an Hand von Kostenberechnungen bestätigt werden, die zusammen mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Heilbronn durchgeführt wurden.

Der Untersuchung sind 70 Fälle (Kinderhernien, Phimosen bei Kindern und gutartige Mammatumoren) zugrunde gelegt worden, wobei die Kosten beim operierenden Arzt, beim Hausarzt sowie alle Verordnungs-kosten durch die Kasse erfaßt wurden. Danach betragen die Fallkosten etwa ein Zehntel des Betrages, der bei stationärer Behandlung gleichartiger Fälle (berechnet nach Durchschnittswerten der Verweildauer und der Pflegesätze) anfällt, nämlich bei Hernien 211,44 DM statt 2096,28 DM, bei den Phimosen 116,44 DM statt 1490,69 DM und bei den Mammatumoren 137,00 DM statt 1793,48 DM. Erheblich Ersparnisse errechnen sich selbst dann, wenn durch die ambulante Operation ein Bett leer bleibt und dafür Fixkosten in Höhe von 75 Prozent des Pflegesatzes bezahlt werden müssen. Die Kostendifferenz zwischen dem leeren und dem belegten Bett beträgt bei Kinderhernien 524,00 DM, bei den Phimosen 373,00 DM und bei den Mammatumoren 448,00 DM, liegt also in allen Fällen erheblich über dem Betrag, den die Kassen für die ambulante Behandlung aufwenden müssen.

► Bei dieser Situation sollte es möglich sein, der Forderung nach einer zusätzlichen Gebührensätze für die von Dr. Hoehle in einem Stichwortkatalog angeführten Eingriffe nachzukommen. Eine solche zusätzliche Vergütung ist zur Deckung der hohen Nebenkosten dringend notwendig.

So müssen nach eigenen Berechnungen für die ambulante Operation einer Kinderhernie unter Krankenhausbedingungen mindestens 199 DM angesetzt werden, abzüglich der

## BELEGARZTWESEN

Zu den Meldungen in Heft 31/1979, Seite 1991: „Eine Lanze für das Belegarztsystem“, in der von einer Äußerung des FDP-Politikers Hansheinrich Schmidt (Kempten) zur Schließung des St.-Nikolaus-Hospitals, Wallerfangen/Saar, berichtet wurde. Nach Schmidt sei diese 113-Betten-Belegklinik zu Recht aus dem Bedarfsplan 1978 gestrichen worden, weil weder eine doppelte Facharztbesetzung noch ein durchgehender Bereitschaftsdienst gewährleistet sei.

### „Schützenhilfe für die Parteikollegin“

Die 113-Betten-Belegklinik war bereits in den ersten Krankenhausbedarfsplan des Saarlandes nicht aufgenommen worden. Sie konnte demnach 1978 auch nicht aus dem Bedarfsplan des Saarlandes herausgestrichen werden. 1972 war bereits ein Belegarztmodell mit durchgehendem Bereitschaftsdienst entwickelt.

Das gesundheitspolitische Programm der FDP (1976) und das „Blaue Papier“ der deutschen Ärzteschaft (1974) hat zu dieser Zeit noch gar keine präzise Vorstellung vom Belegarztsystem entwickelt.

Es ist also nicht die Rede davon, daß das St.-Nikolaus-Hospital Wallerfangen deswegen 1978 aus dem Bedarfsplan des Saarlandes gestrichen wurde, weil es nicht in ein Konzept paßt oder bestimmte Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

Die Äußerung von Herrn Hansheinrich Schmidt (Kempten) kann als Schützenhilfe für die Parteikollegin Frau Dr. Scheurlen, Gesundheitsministerin des Saarlandes, verstanden werden, die versucht, mit allen Mitteln die Nichtaufnahme der Klinik in den Krankenhausbedarfsplan des Saarlandes nachträglich zu rechtfertigen.

Pastor A. Franziskus  
Villeroy de Galhau  
W. Hettinger, Bürgermeister  
Dr. E. Müller  
St.-Nikolaus-Hospital  
6634 Wallerfangen 1

Arztkosten, berechnet nach dem Zeitaufwand, der nach Tarif bezahlt, bei der Operation beteiligten Ärzte 124 DM. Dieser Betrag dürfte den Kosten entsprechen, die in der freien Praxis anfallen, und deckt sich annähernd mit den von Dr. Kurt Hoehle geschätzten Nebenkosten für eine in der Praxis durchgeführte Operation mittlerer Größe.

Ob allerdings durch ambulante Operationen Ersparnisse in Höhe der vom Verfasser aufgestellten Überschlagsrechnung möglich sind, muß – zumindest unter den gegenwärtigen Verhältnissen – bezweifelt werden, weil sie grundsätzliche Umstellungen in der derzeit üblichen Patientenversorgung und Kenntnisse über die stationär behandelten Patienten voraussetzen, die leider nicht in Sicht sind.

Wenn *fünf Milliarden* unter den angegebenen Bedingungen eingespart werden sollen (pro operativ tätigen niedergelassenen Arzt 500 Eingriffe mit einer Ersparnis von insgesamt einer Million), so müßten 5000 Ärzte die Möglichkeit haben, unter Krankenhausbedingungen 2,5 Millionen, d. h. rund ein Viertel der 1977 in Akutkrankenhäusern stationär behandelten Patienten ambulant zu operieren.

Seit Jahren wird die Wirtschaftlichkeit des Belegarztsystems zwar von Ärzte-, Krankenhaus- und Kassenvertretern herausgestellt und im Krankenhausbericht der Bundesregierung (1977) bestätigt, gleichzeitig werden aber die Arbeitsmöglichkeiten von Belegärzten laufend und konsequent reduziert. Bei dieser Situation ist es ohne ein massives – und nicht zu erwartendes – Eingreifen politischer Stellen nicht vorstellbar, daß Krankenhäuser niedergelassenen Ärzten die vom Verfasser geforderte „ambulante Operationsfallversorgung auf Krankenhausboden“ zugestehen.

► Dies dürfte nur durch eigene Initiativen zu erreichen sein. Praxiskliniken, Beleggruppenpraxen und Kliniken für primärärztliche Versorgung (Modellvorschlag des NAV) wären entsprechende Modelle.

Da es trotz inzwischen jahrzehntelanger Forderungen keine verwertbaren Statistiken gibt, denen zu entnehmen ist, unter welchen Diagnosen Patienten stationär aufgenommen werden, ob sie konservativ oder operativ behandelt werden, kann zudem auch nicht annähernd abgeschätzt werden, wie viele davon ambulant operiert werden könnten. Aber selbst wenn nur bei einem Teil der erwarteten 2,5 Millionen Patienten die medizinischen Voraussetzungen für eine ambulante Operation gegeben wären, so müßten die Möglichkeiten dafür geschaffen werden. Nicht nur weil dies erwiesenermaßen billiger ist, sondern auch weil ein unnötiger Krankenhausaufenthalt in vielen Fällen, und nicht nur für Kleinkinder, eine vermeidbare Belastung darstellt.

Dr. med. Kurt K. Fritz  
Chirurgische Privatklinik  
Pestalozzistraße 19–21  
7100 Heilbronn

## KRANKENHAUS

Zu dem Aufsatz von Hermann Weber „Führungskräfte in Kliniken brauchen eine Spezialausbildung“ in Heft 32/1979:

### Verwaltungslaufbahn

Im angelsächsischen Raum findet sich neben der von Herrn Weber geforderten Zusatzausbildung von Verwaltungskräften auch noch die Möglichkeit, daß umgekehrt Ärzte eine Zusatzausbildung in Krankenhausökonomie und -verwaltung durchlaufen, so daß die Krankenhaus-Verwaltungsdirektoren auch von ärztlicher Seite her kommen können. Im Hinblick auf die zukünftige große Zahl jüngerer Ärzte wäre es durchaus denkbar, daß auch für Ärzte in Deutschland eine entsprechende Verwaltungslaufbahn geschaffen wird. So haben die norwegischen Krankenhäuser neben dem Verwaltungsleiter einen verwaltenden Chefarzt.

Prof. Dr. med. H.-J. Maurer  
Landhausstraße 25  
6900 Heidelberg