

## RECHENEXEMPEL

Zu dem Beitrag „Ambulantes Operieren: Ein Rechenexempel“ von Dr. med. Gerhard Aumann in Heft 11/1992:

### Eulen nach Athen getragen

Für alle Kollegen, die ambulant tätig sind, tragen Sie Eulen nach Athen. Ich bin auch ambulant chirurgisch tätig, und zwar in München.

Eines haben Sie vergessen anzugeben: Wieviel Prozent die Betriebsausgaben bei Ihnen ausmachen. Bei einem ambulant operativ tätigen Kollegen liegen Sie zwischen 60 bis 70 Prozent. Wenn Sie 70 Prozent von 500 DM, die Sie für eine Leistenbruchoperation erhalten, abziehen, bleiben rund 150 DM zu versteuernder Gewinn. Lohnt es sich denn wirklich für Sie, ambulant zu operieren? Sie tragen die Verantwortung für die Anästhesie, für die Operation, für die Nachbehandlung. Sie machen sich sogar am Op-Tag und am ersten Tag pop. auf den Weg und besuchen den Patienten!

Wissen Sie, daß in München das tageschirurgische Operieren an großen Kliniken von den Kassen damit belohnt wird, daß zum Beispiel

für einen Leistenbruch pauschal 2000 DM Sonderentgelt plus ein Tagessatz (bei Unikliniken bis zu 500 DM) bezahlt werden? Wenn Sie vor diesem Hintergrund die Honorierung des ambulanten Operierens betrachten, ergibt sich dort eindeutig, daß das ambulante Operieren durch niedergelassene Ärzte nicht erwünscht ist und – von Lippenbekenntnissen abgesehen – von allen Seiten boykottiert wird. Es ist auch verständlich, denn es ist das einzige wirksame Instrument, das den gebeutelten Krankenkassen helfen würde zu sparen – aber auf wessen Kosten? Natürlich nur der äußerst mächtigen Krankenhauslobby . . . Deshalb bitte ich Sie freundlichst, jedem Ihrer Patienten mitzuteilen, daß Sie eben für einen Leistenbruch zwar 500 DM sehen, Ihnen aber unter dem Strich nur 150 DM zu versteuerndes Einkommen, vor Abzug der Steuern, bleiben.

Ich werde meinem Sohn empfehlen, lieber Klempner zu werden mit einem Rundum-die-Uhr-Service. Da kann er wenigstens 150 DM pro Stunde verlangen!

PD Dr. Dr. med. Johann Bauer, Freischützstraße 55, W-8000 München 81

### Brüderliche Entgegnung

Dem Verfasser gilt großer Dank für seine buchhalterische Aufstellung chirurgischer Leistung, es gilt ihm großer Respekt für seinen Leistungswillen in der Facharztpraxis und ein gewisses Mitleid für den bescheidenen Lohn seiner Mühen.

Dem gegenüber stehen Tagessätze in der Klinik, die dem sparsamen Gesundheitspolitiker die Zornesröte ins Gesicht treiben mögen. Soll aber der Fleiß des einzelnen und sein Verzicht auf den gerechten Lohn Maßstab sein für die Kostendiskussion ambulant – stationär? . . . Ist der ambulant tätige Chirurg für eine Leistung, die jahrelange Ausbildung und eine

hohe Risikobereitschaft, Personal, Raum, Material und teure Einrichtung nötig macht, nicht mehr Geld wert als . . . etwa 250 DM (einschließlich Zuschlag) für die Herniotomie und etwa 45 DM für den zeitraubenden Hausbesuch . . . Aus dem Kommentar geht ein hoher Optimismus und damit wohl eine gewisse Verknennung der betriebswirtschaftlichen Seite seines chirurgischen Tuns sowie der physischen und psychischen Toleranz seiner Patienten hervor. Nicht jeder Patient ist für die ambulante Operation geeignet . . . Schließlich sei nicht vergessen, daß es zahlreiche intra- und postoperative Komplikationen gibt, die es angezeigt sein lassen, die nahtlose

Überwachung anzustreben, die es eben nur im Krankenhaus gibt.

Es wäre zu schön, wenn alle Operationen – wie vom Verfasser des Artikels hervorgehoben – „wie üblich mit komplikationslosem Verlauf und tadellosem Ergebnis“ verliefen.

Dr. med. Ulrich Aumann, St. Marienhospital, W-5983 Balve

### Investitionen werden nicht annähernd gedeckt

Vergessen hat Herr Aumann bei seinem „Rechenexempel“ allerdings, daß die erheblichen finanziellen Vorteile ambulant durchgeführter Operationen von den Nutznießern, nämlich den Krankenkassen, in keiner Weise weitergegeben werden.

Die Investitionen, die ich beziehungsweise die assoziierten, in meinem Zentrum operativ tätigen niedergelassenen Kollegen tätigen müssen, um unter Klinikbedingungen anästhesieren und operieren zu können, werden – von den laufenden Kosten ganz zu schweigen – nicht annähernd von den Gebühren gedeckt. Die Kostenerstattung in Form der Zuschläge für ambulantes Operieren kann als völlig unrealistisch bezeichnet werden, bleiben doch im Durchschnitt nach Teilung des Betrages zwischen Anästhesist und Operateur ganze 40 DM pro Eingriff, die laut Gebührenhandbuch „bei ambulanter Durchführung von Operationen die erforderliche Vor- und Nachsorge, einschließlich der Bereitstellung von Operations-einrichtungen“ vergütet sollen.

Außerdem sind diese Zuschläge bis auf die Einführung der Ziffer 83 seit 1981 unverändert geblieben; den im von mir geleiteten ambulanten „OP-Zentrum“ durchgeführten Cholezystektomien und Appendektomien läßt sich keine entsprechende Zuschlagsziffer zuordnen. Neuen Techniken, aufwendigeren

Methoden und nicht zuletzt gestiegenen Personal- und Sachkosten, die das ambulante Operieren auf der Kostenseite ausmachen, wird also überhaupt nicht Rechnung getragen.

Dr. med. Richard Humburg, Dalbergstraße 2a, W-6230 Frankfurt-Höchst

### Aus- und Weiterbildung nicht vergessen

Verglichen werden ambulante, einzeln berechnete Leistungen mit dem Regelpflegesatz des Krankenhauses, der auf einer Mischkalkulation basiert . . .

Bei Einzelkostenabrechnung im Krankenhaus würde in dem geschilderten Fall die Kostendifferenz ambulant/stationär zusammenschmelzen. Das Krankenhaus erfüllt aber noch eine weitere wichtige, nicht kostenneutrale Aufgabe: die Aus- und Weiterbildung, von der alle Ärztinnen und Ärzte einmal profitiert haben und auch in Zukunft profitieren müssen . . .

Es mag „unärztlich“ klingen, in diesem Zusammenhang Kosten zu erwähnen, Tatsache aber ist, daß zum Beispiel die Kosten für die Intensivbehandlung eines polytraumatisierten Patienten pro Tag mehr als das Zehnfache eines Regelpflegesatzes betragen und schnell ein Defizit im Krankenhausbudget verursachen können . . . Ob nicht eine modifizierte Einzelberechnung der im Krankenhaus erbrachten Leistungen für mehr Klarheit sorgen würde als die jetzt begonnene Einführung von Abteilungs-pflegesätzen innerhalb eines Krankenhauses?

Die Vollpauschalierung sollte Schwerstkranke pekuniär entlasten im Sinne einer Solidargemeinschaft der Patienten eines Krankenhauses, aber dieser soziale Ausgleich erfolgt ja auf der Basis der Mitgliedergemeinschaft der Krankenkassen.

Dr. med. Karl Heinrich Euler, Vogelsang 29, W-5650 Solingen 1