

01.01.2011 Politik

# Chirurgie am Limit

*J.-A. Rüggeberg*



## Erste Ergebnisse der Kosten-Struktur-Analyse Ambulante Chirurgie

Nach einem Jahr intensiver Auswertungsarbeit können wir heute erste zusammenfassende Ergebnisse der vom BDC in Auftrag gegebenen Kosten-Struktur-Analyse chirurgischer Praxen vorlegen. An dieser Stelle möchte ich allen Teilnehmern danken, die sich der zugegeben erheblichen Mühe im Ausfüllen unserer Fragebögen

unterzogen haben. Ohne deren aktive Mithilfe wären wir nicht in der Lage, heute hoch repräsentative und nicht anzweifelbare Daten herauszugeben, die für die zukünftige Bewertung chirurgischer Leistungen unverzichtbar sind.

Wie bekannt, plant die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Erfüllung der vom Gesetzgeber vorgegebenen Honorarreform eine Neubewertung der ambulanten Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Dazu ist das Zentralinstitut (ZI) beauftragt worden, entsprechende Daten zur Kostenkalkulation zu erheben. Die bisher gewonnenen Zahlen sind allesamt unzureichend. Dem BDC hingegen ist es gelungen, ein Vielfaches an Rückantworten zu erreichen als alle anderen Quellen bisher besitzen.

## Zentrale Ergebnisse Vergleich mit PBM CHIR bei Gesamtaufwand

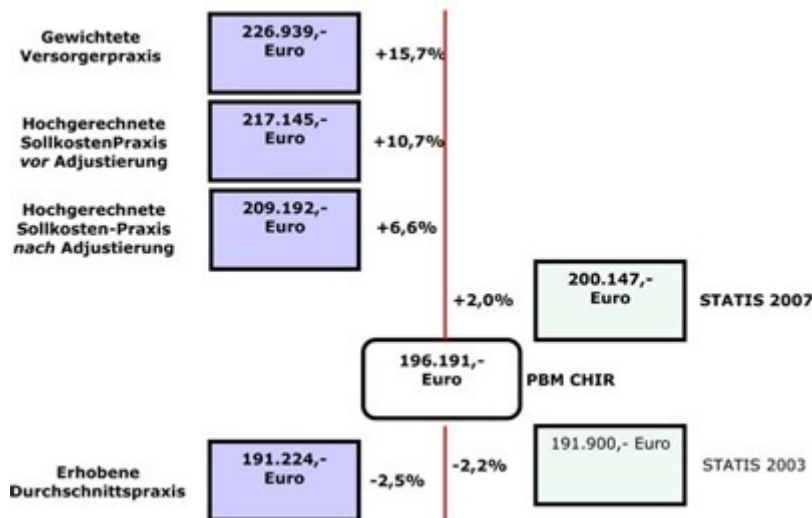


Abb. 1: Kosten chirurgischer Praxen

## Belastbare Daten

Konkret haben wir 303 Erfassungsbögen bekommen, von denen 297 auswertbar waren. Wir konnten damit in den 297 Praxen insgesamt 496 Praxisinhaber dokumentieren, das sind 14,38 % aller niedergelassenen Chirurgen. Für eine Soll-Repräsentativität wären 346 erforderlich gewesen. Damit sind die Daten des BDC hochrepräsentativ, seriös und belastbar als Grundlage für alle weiteren Diskussionen um Kosten und Erlöse der ambulanten chirurgischen Praxis.

	Vor Adjustierung	Nach Adjustierung		
		Praxisform	Abrechnungs- region	GKV-Umsatz- größenklasse
Übersicht zu Eckwerten				
Einnahmen (in €)	356.522	360.068	353.298	343.234
Aufwendungen (in €)	223.091	236.693	224.369	214.696
Errechneter Überschuss (in €)	133.432	123.375	128.929	128.538
Errechneter Kostensatz (in %)	62,57	65,7	63,51	62,55

Tab. 1: Einnahmen und Kosten

## Sechs der wichtigsten Aussagen

Das Datenmaterial erlaubt zahlreiche Aussagen, von denen heute nur die Wichtigsten dargestellt werden:

Erstens: Die tatsächlichen Kosten einer chirurgischen Praxis liegen je nach Kalkulationsmethodik zwischen 10 und 15 % über dem Kostenansatz der KBV und den Quellen des Statistischen Bundesamtes (STATIS). Das bedeutet eine Finanzspritze für die Krankenversicherungen durch die Niedergelassenen Chirurgen von durchschnittlich 20.000 Euro pro Jahr. In diesem Zusammenhang sei kurz auf die Methodik der Datenverarbeitung eingegangen. Die eingegangenen Bögen wurden primär auf Plausibilität geprüft und in erkennbaren Fällen von fehlerhaften Eingaben korrigiert (übrigens in beide Richtungen). Danach erfolgte eine mathematisch-statistisch korrekte Hochrechnung auf eine so genannte Sollkostenpraxis und von dort in zwei differenten Wegen eine Hochrechnung auf eine gewichtete

Versorgerpraxis bzw. auf eine nach Umsatzklassen gewichtete Sollkostenpraxis. Letztere Rechenart entspricht dem bisher verwendeten KBV-Kalkulationsmodell, die erste Variante ist eine von uns erarbeitete Weiterentwicklung, die basiert auf einem Mindestumsatz an Scheinen (Versorgungsnotwendige Praxis) und einer Abstufung von darunter liegenden Praxen.

Zweitens: Die Kosten für die Behandlung von Kassenpatienten übersteigen teilweise die Erlöse, damit entstehen Defizite, die über Privatpatienten und berufsgenossenschaftlich versicherte Unfallpatienten subventioniert werden. Auch hier profitieren die Krankenkassen.

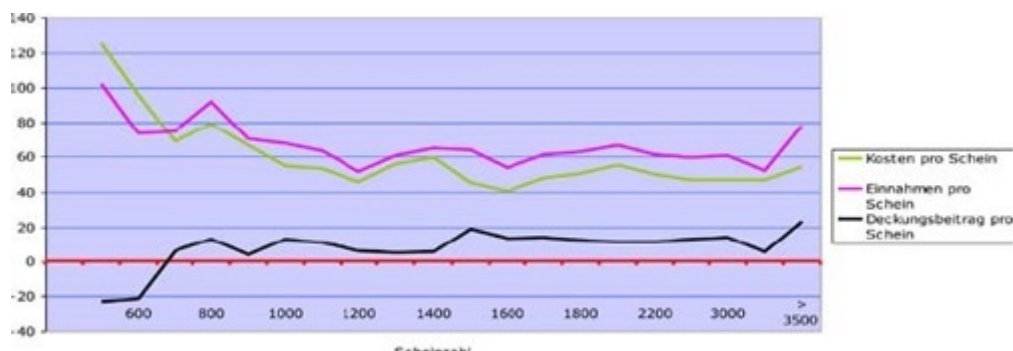


Abb. 2: Einnahme-Überschuss-Relation scheinzahlbezogen

Drittens: Würden alle Patienten nach den Bedingungen des EBM wie Kassenpatienten behandelt, bliebe den Chirurgen bei einer Wochenarbeitszeit von 52 Stunden ein Unternehmergewinn von deutlich unter 80.000 Euro, von dem dann Krankenversicherung, Rente, Tilgung, Steuern und Privatausgaben bestritten werden müssten. Das ist deutlich weniger, als ein Assistenzarzt in Weiterbildung am Krankenhaus verdient. Diese Aussage ergibt sich aus einem Rechenweg, bei dem die Privat- und BG-Einnahmen mit entsprechenden Faktoren auf das Niveau heruntergerechnet werden, dass bei gleicher Behandlung dem Erlös eines GKV-Patienten entspräche.

Viertens: Die zusätzlichen Gelder, die in den letzten Jahren in die Gesamtvergütung geflossen sind, reichen nicht einmal aus, die im gleichen Zeitraum entstandenen Mehr-Kosten für GKV-Patienten ausreichend zu decken. Die Behauptungen der Kassenvertreter zu angeblich massiven Einkommenssteigerungen der Ärzte erweisen sich als durchsichtige und rein zweckorientierte Märchen.

Personalstärke	2000	2003	2007	2008
Personen	6,9	6,1	6,2	5,4
VZÄ	4,8	4,3	4,3	3,9

Tab. 2: Personalentwicklung 2000-2008

Praxisform	Grundgesamtheit (Quelle: KBV)		Gesamt (BDC)	
	absolut	in %	absolut	in %
Einzelpraxis	1.885	56,22	134	31,78
Gemeinschaftspraxis	1.468	43,78	287	68,22
<b>Gesamt</b>	<b>3.353</b>	<b>100,00</b>	<b>421</b>	<b>100,00</b>

Tab. 3: Relation Einzel-, Gemeinschaftspraxis

Fünftens: Da unter den Bedingungen des Budgets eine Steigerung der Einnahmen nicht möglich ist, bleibt als einzige unternehmerische Ausweichstrategie die Reduktion betrieblicher Kosten. Das hat bereits zur Freisetzung von einer medizinischen Fachangestellten pro Arzt geführt, also zumindest in den chirurgischen Einheiten zu einem Verlust von

3.500 Arbeitsplätzen für zumeist junge Frauen am Beginn ihres Arbeitslebens. Weiter beweisen unsere Daten einen dramatischen Investitionsstau. Beides zusammen führt zu potentiellen Qualitätsverlusten in der Patientenversorgung. Die immer negierte Rationierung im Gesundheitswesen ist längst angekommen und zeigt sich auch in so genannten „weichen“ Parametern wie der immer geringeren Zuwendung und zeitlich limitierten Aufmerksamkeit gegenüber unseren Patienten als Folge des erzwungenen Personalmangels.

Sechstens: Die Niedergelassenen reagieren auf den Kostendruck mit zunehmenden kooperativen Zusammenschlüssen, um Ressourcen optimal auszulasten. Es zeigt sich aber dennoch, dass eine hohe Zahl behandelter Patienten keineswegs zu einem höheren Gewinn führt. Vielmehr sind ab einer gewissen Größe die Relationen zwischen Kosten und Umsatz gleich, Optimierungspotentiale sind nicht gegeben.



Abb. 3: Kosten scheinzahlbezogen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kosten stetig steigen, Einsparungen kaum noch weiter möglich sind und andererseits die Einnahmen weitgehend stagnieren. Im Ergebnis führt dies zu einem realen Einkommensverlust für die Ärzte in beträchtlicher Höhe. Leider spricht sich so etwas auch in der jungen Generation herum, deren Bereitschaft, einen solchen Beruf auszuüben dadurch nicht gefördert wird. Wer auch in Zukunft eine qualifizierte ambulante chirurgische Patientenversorgung haben möchte, muss jetzt umgehend die dafür notwendigen Voraussetzungen schaffen.

Wir werden wie zugesagt, alle Daten in aggregierter Form auf unsere Homepage einstellen. Dort sind schon jetzt die Unterlagen für die Pressekonferenz zum Thema mit zahlreichen weiteren Datentabellen eingestellt. Sobald wie möglich werden wir auch ein Tool entwickeln, mit dem jeder auf Basis unserer Grunddaten seine eigenen Praxisdaten mit denen der Umfrage vergleichen kann, um so im Falle von gravierenden Abweichungen vom Durchschnitt ggf. Konsequenzen ziehen zu können.

[Material zur Pressekonferenz finden Sie hier.](#)

Autor des Artikels



**Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg**

Vizepräsident des BDC

Referat Presse- & Öffentlichkeitsarbeit/Zuständigkeit PASSION

CHIRURGIE

Praxisverbund Chirurgie/Orthopädie/Unfallchirurgie Dres.

Rüggeberg, Grellmann, Henke

Zermatter Str. 21/23

28325 Bremen

[> kontaktieren](#)