

Kostenaufteilung in OP-Zentren

Niedergelassene Chirurgen wenden sich häufig an den Vorstand des BNC, weil sie Tipps für die optimale Kostenaufteilung in ambulanten Operationszentren benötigen. BNC-Präsident Dr. Dieter Haack rät, die anfallenden Gesamtkosten auf einen Operationsraum und eine Zeiteinheit herunterzurechnen und entsprechend aufzuteilen.

Auf die Frage nach der optimalen Kostenaufteilung zwischen mehreren Betreibern eines ambulanten Operationszentrums kann es grundsätzlich keine allgemein gültige Antwort geben. Schließlich beeinflussen die Verhältnisse und Strukturen vor Ort sowie die regionalen Regularien die Zusammenarbeit zwischen Anästhesisten und Chirurgen.

Um einige Variationen aufzugreifen: Es gibt Operateure, die eigene Operationszentren betreiben und bei denen die Anästhesisten als Gast die Narkosen durchführen. Die umgekehrte Konstellation ist ebenfalls häufig: Operateure gehen in von Anästhesisten geführte Zentren, um dort zu operieren. Weitere Alternativen sind herumfahrende Anästhesisten, die die Praxen verschiedener operierender Kollegen aufsuchen, genauso wie es vermehrt Operateure gibt, die die Infrastruktur eines Krankenhauses in Anspruch nehmen.

Drei Säulen: Betriebskosten, Gewinn und Rücklagen

Auch innerhalb dieser aufgeführten Variationen gibt es wieder verschiedene Spielarten bei der Nutzung der Infrastruktur: Manche Operateure und Anästhesisten bringen ihre eigenen Geräte und ihr eigenes Personal mit, andere nutzen die Infrastruktur der Operationseinrichtung komplett. In Abhängigkeit der Nutzungsart gilt es also, jeweils individuelle Lösungen zu finden.

Grundsätzlich gilt für alle Operationseinrichtungen, unabhängig wer sie leitet oder zur Verfügung stellt, dass Betriebskosten anfallen, die in irgendeiner Form aufgeteilt werden müssen, da sich ansonsten die Einrichtung nicht trägt. Darüber hinaus will natürlich jeder Beteiligte durch gerade die Benutzung dieser Operati-

onseinrichtung sein Geld verdienen. Neben Betriebskosten und unternehmerischem Gewinn muss man Rücklagen einplanen, mit denen Neuananschaffungen oder die Instandhaltung der technischen Infrastruktur finanziert werden.

Berechnungen der KBV helfen bei der Verhandlung

In vielen Gesprächen hat sich eine prinzipielle Grundberechnung als sinnvoll erwiesen: Die anfallenden Gesamtkosten einer Operationseinrichtung werden parallel auf einen Operationsraum und eine Zeiteinheit (zum Beispiel eine Stunde) heruntergerechnet. Diesen Operationsraum-Zeit-Kostensatz legen die Beteiligten auf die jeweiligen Nutzer der Operationseinheit (Operateur und Anästhesist) um. Der Umlagefaktor wird individuell festgelegt, da es aus den verschiedenen oben bereits aufgeführten Gründen unterschiedliche Formen der Inanspruchnahme geben kann.

Wenn die Verhandlungspartner sich nicht ohne Weiteres einig werden, können die Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zum neuen EBM helfen: Die KBV war seinerzeit von einem Stundenfaktor

für die ärztliche Tätigkeit von rund 47 Euro pro Stunde ausgegangen. Die übrige Geldmenge in den OPS-Prozeduren für eine OP-Stunde wurde für die technischen Leistungen angesetzt.

Das heißt: Je mehr Gerätschaften und differenzierte Instrumente benötigt werden, desto höher wurde die technische Leistung berechnet. Das führte dazu, dass technisch aufwändigere Leistungen, wie zum Beispiel endoskopische Leistungen, im neuen EBM bei gleicher Schnitt-Naht-Zeit für eine Stunde eine höhere Punktzahl erhalten, während Anästhesisten bei allen operativen Eingriffen jeweils die gleiche Punktmenge erhalten. Die Operateure erhalten außerdem noch einen Zuschlag als Kostenersatz bei arthroskopischen Eingriffen (4075off.).

Die Empfehlungen und die Beratung eines Berufsverbandes können hierbei helfen – ersetzen aber nicht individuelle Vereinbarungen, da viele örtliche Variablen berücksichtigt werden müssen.

Dr. Dieter Haack, BNC-Präsident,
Eierstr. 46,
70199 Stuttgart,
Tel.: 07 11/60 17 600,
Fax.: 07 11/60 17 60 29,
HAACK-KERBER@t-online.de

