Anhang 2: Experteninterview 1

Welche Operationen werden bei Ihnen ambulant durchgeführt (die 5-10 häufigsten/wichtigsten)

Wir haben hier verschiedene Fachgebiete, die Neurochirurgie, wir haben Augen, wir haben HNO, wir haben Orthopädie, wir haben Gynäkologie, wir haben Urologie und wir haben Venenchirurgie. Das sind unsere Hauptfachgebiete. Die wichtigsten Eingriffe sind: Bandscheibenoperationen, Spinalkanalstenose für die Neurochirurgie. Kataraktchirurgie für die Augen. Für die HNO Adenotomien und Nasen-OPs. Für die Orthopädie Arthroskopien Knie und Kreuzbänder und Schultern. Für die Gynäkologie Schlüssellochchirurgie Uterus, Eileiter, was dazugehört und Hysteroskopien. Für die Urologie Blasen-OPs und Prostata-OPs, dann die Venenchirurgie, da ist klar, dass sind nur die Venen. Das ist ungefähr das, was unser Spektrum angeht.

Wie ist in etwa das Verhältnis von ambulanten zu stationären Eingriffen?

Im Moment 55% ambulant und 45% stationär.

Wie ist die Entwicklung in diesem Bereich? Welche Operationsform gewinnt an Fallzahlen?

Es werden mehr ambulante Eingriffe insgesamt derzeit, weil die Politik und die Krankenkassen möglichst keine stationären Eingriffe wollen. Es geht also mehr ins ambulante.

Welches sind die entscheidenden Unterschiede bei der Durchführung zwischen stationären und ambulanten Operationen? Wie unterscheiden sich die Abläufe?

Die einen gehen vom Aufwachraum nach Hause und die anderen gehen auf Station. Bei den Abläufen selbst gibt es keinen Unterschied. Der Unterschied ist einfach, dass die stationären Eingriffe meist komplexer sind, die kann man nicht ambulant machen. Eine Bandscheiben-OP ist natürlich was anderes als eine kleine Adenotomie bei kleinen Kindern. Die Größe bzw. Dauer ist bei den stationären in der Regel einfach länger und komplexer, der Eingriff ist schon größer. Die Abläufe selbst sind gleich, die einen können sich im Zimmer umziehen, die anderen in der Umkleide. Die einen liegen in den Betten im Aufwachraum und gehen dann auf Station, die anderen liegen auf den Liegen, ziehen sich dann um und gehen nach Hause. Ablauftechnisch gibt es da sonst keinen großen Unterschied.

Ein großer Kostenpunkt bei stationären Eingriffen sind die Stationskosten, wieviel Prozent der durchschnittlichen Stationskosten fallen bei ambulanten Operationen noch an (mit Vor- und Nachversorgung o. Ä.) [Schätzung]?

Da fällt Garnichts mehr an. Im Prinzip ist es so, dass im niedergelassenen Bereich der Patient in die Praxis geht zum Arzt, sagen wir mal zum HNO Arzt, und dann hinterher geht er zum Anästhesisten und das ist bei beiden gleich. Dann kommt es zur Operation, da geht der eine auf Station und der andere ins Wartezimmer, dann werden sie abgeholt, kommen in den OP werden operiert, dann gehen beide in den Aufwachraum und wenn der eine heimgeht, geht der andere auf Station und da fallen dann die Stationskosten an, Auch die Sterilisationskosten sind gleich. Es gibt da keine Kosten, die man irgendwie auf die stationäre Schiene schieben könnte.

Welche Kostenpunkte entstehen bei ambulanten Eingriffen, die es bei stationären Eingriffen evtl. nicht gibt?

Da ist immer die Frage, wer der Kostenträger ist, z.B. bei Taxikosten. Wenn die ambulant sind, dann wird gelegentlich, wenn die keine Begleitung haben oder ähnliches, dann zahlt die Krankenkasse den Krankentransport. Bei stationären, die ein paar Tage da sind, ist das eher selten. Die ambulanten Patienten bekommen ein Rezept hinterher mit, da gibt es auch keine zusätzlichen Kosten. Ansonsten gibt es da nichts. Ambulante Eingriffe sind einfach viel billiger und da gibt es nichts, was die teurer macht.

Welche Betreiber bieten die meisten OP-Kapazitäten an? (Krankenhäuser, OP-Zentren,…?)

Keine Ahnung. Es kommt darauf an, was Sie unter ambulant verstehen, wenn ich die Zahnärzte nehme, das ist auch eine ambulante Einheit. Dann gibt es viele kleine Operateure, die Ihre OPs zur Verfügung stellen, die Krankenhäuser könnten viel ambulant machen. Näher kann ich es nicht sagen. Bisher war es so, dass die niedergelassenen wesentlich mehr operieren, jetzt kommen so langsam die Krankenhäuser nach, weil sie müssen.

Wie stark ist die Konkurrenzsituation dieser Anbieter untereinander? (Preispolitik; Angebote…)/Wie ist das Verhältnis der Anbieter untereinander?

Je nach dem, wen Sie fragen, ist das natürlich sehr unterschiedlich. Die Konkurrenzsituation ist schon stark, das ist aber je nach Stadt bzw. Gebiet unterschiedlich. In einigen Städten gibt es nur ein OP-Zentrum und in anderen z.B. fünf oder sechs, auch mit stationärem Anteil, da ist die Konkurrenzsituation wesentlich größer. Das ist total unterschiedlich. Die Preispolitik macht natürlich was aus, die Krankenhäuser subventionieren ihre ambulanten OPs teilweise durch die stationären

Einnahmen, was ein ungerechter Wettbewerbsvorteil ist. Die können anderen Operateuren die Säle günstig zur Verfügung stellen, in der Hoffnung, dass die stationären Patienten dann bei ihnen liegenbleiben, über die sie dann Gewinne machen. Das kann ein rein ambulantes OP-Zentrum nicht, weil die müssen aus den Einnahmen von Kasse und Privat ihr Zentrum am Leben erhalten und das ist bei den Preisen fast nicht möglich. Es sind schon einige Pleite gegangen, weil von dem gesetzlichen Betrag lässt sich das kaum finanzieren. Wenn man nicht genug Privatpatienten hat, ist es eh aus. Dann gibt es natürlich solche, die mit „Dumpingpreisen" rangehen, um wenigstens etwas zu ihrem Deckungsbeitrag beizusteuern und da ist dann die Konkurrenz schon groß, weil die Operateure natürlich ganz gerne dort hingehen, wo es am billigsten ist. Bei gleichen Leistungen, z.B. reine Anästhesie betriebenen Räumen, geht der Operateur eher dorthin, wo es am billigsten ist.

Wie hoch ist die durchschnittliche Auslastung der OP-Kapazitäten ohne die Vermietungen?/mit den Vermietungen?

Die Auslastung liegt etwa bei 75%, wobei wir externe Operateure weniger haben, daher kann ich das jetzt nicht trennen. Kommt auch immer darauf an, im Sommer ist es weniger, im Winter ist es mehr, weil die Leute sich natürlich nicht im Urlaub operieren lassen.

Welches sind die wichtigsten/größten Kosten bei der Durchführung einer OP? (Welches sind die Kosten des gesamten überlassenen OP-Raums während einer OP?)

Wir verteilen alle anfallenden Kosten über eine Kostengemeinschaft, es gibt andere, die sich das auf gewisse Weise quersubventionieren, beispielsweise die Materialkosten trägt die Praxis, die wird nicht dem OP zugeordnet, oder Personal wird z.B. aus der Praxis mitgenommen und geht somit nicht in die OP-Kostenrechnung mit ein, das sind so Dinge, die die ganze Sache falsch macht. Daher ist es ganz schwierig, realistische Kosten zu bekommen. Bei den realen Kosten, wenn ich alles nehme, wären das Miete, Material (von Kleidung, über sonstiges Material), die normalen Mietnebenkosten wie Heizung usw. und natürlich die Personalkosten. Wichtig ist auch, ob die „Steri" ausgelagert ist oder ob es eine interne ist, das macht einen Unterschied. Bei den Mietkosten kommt es darauf an, ist der OP vollständig, also als „fertiger" OP vermietet oder hatte man einen Rohbau, bei dem man selber die Einrichtung gezahlt hat, das macht gewaltige Unterschiede in den Mietkosten. Der eine hat höhere Investitionskosten, der andere weniger, das macht den Vergleich schwieriger. Bei uns sind die großen Kosten die Mietkosten, da wir große Flächen haben und die Personalkosten. Die Stromkosten sind auch noch gigantisch.

Nach welchen Kriterien/Maßstäben wird derzeit die Miethöhe der OP-Kapazitäten errechnet? Welche Kosten werden hierbei herangezogen?

Wir packen alle Kosten, die wir erfassen können, in einen Topf, dann teilen wir die durch die Anästhesie-Minuten. Im Endeffekt teilen wir die Fixkosten, die wir definiert haben, nach den Slots, wo jeder seinen Teil dazu beiträgt und die variablen Kosten werden dann auf die Anzahl der OPs umgelagert. Man muss unterscheiden, ob in einem Zeitraum nur einmal operiert wird und somit Putzen und Kleidung etc. nur einmal anfällt, oder ob im gleichen Zeitraum mehrmals operiert wird. Wir haben einen gemeinsamen OP und müssen die Kosten tragen, da kann man nicht groß verhandeln, am Ende sind aber die Mieten so hoch, wie die Operateure bereit sind zu bezahlen. Man kann immer davon ausgehen, dass wenn ich Fremdmieter reinnehme, dass das nicht kostendeckend ist, das ist meistens nur ein Deckungsbeitrag, den ich dazu habe, aber nicht unbedingt kostendeckend. Das ist auch eine Frage, wie sich der Markt darstellt, das ist eben in Großstädten schwieriger als woanders. Sonst kann ich Ihnen dazu garnichtmehr viel sagen. In unserem OP-Zentrum werden die Kosten halt einfach geteilt und Fremdmieter, die von außen kommen, die verhandeln halt. Unter einem bestimmten Preis wird halt nicht angenommen, also ich brauche zumindest die variablen Kosten raus und noch ein bisschen was zu den Fixkosten.

Welches sind die gängigsten Mietformen? (z.B. Miete pro OP-Art; Miete pro OP-Minute; Miete für feste Zeitslots…usw.)

Die gehen entweder nach Minute, dann gibt es welche, da kann man Slots mieten, also entweder den Vormittag oder den Nachmittag. Dann kommt es darauf an, ob es der Operateur ist oder der Anästhesist, wie das aufgeteilt wird, ist total unterschiedlich. In den Krankenhäusern ist es so, dass man teilweise einfach pro Patient einen Mietpreis bezahlt, um das ganze möglichst einfach zu gestalten, manche Krankenhäuser machen es nach Stunde. Das sind so die häufigsten Formen, die ich kenne.

Warum werden OP-Räume vermietet? Welche Motivation gibt es neben dem wirtschaftlichen Aspekt für Einrichtungen, OP-Kapazitäten zu vermieten?

Krankenhäuser wollen natürlich eine „win-win-Situation“, wenn die ambulanten Patienten bei denen sind und es gut fanden, dann gehen sie dort auch zum stationären hin oder die haben einen Deal mit dem Operateur, wenn du das nicht ambulant machen kannst, dann schickst du die zu mir, d.h. Zuweiserbindung ist ein wichtiger Punkt und Patienten abzugreifen, die stationär operiert werden müssen. Und sonst, wie ich schon gesagt hatte, den Deckungsbeitrag zu erhöhen.

Welchen Einfluss hat die Motivation der Vermietung auf die Höhe/Art der Miete?

Krankenhäuser vermieten billig, sehr billig zum Teil, um zusätzliche Patienten für sich zu akquirieren, das ist die Subvention, aus dem stationären Bereich, die wettbewerbsverzerrend ist.

Welche Mietform sehen Sie als die sinnvollste/praktikabelste an?

Das kommt darauf an, welches System ich fahre, ist es ein privat geführtes OP-Zentrum, bin ich allein als Anästhesist zuständig. Sinnvoll ist sicherlich eine Zeitmiete, am besten müsste ich es so machen, dass wenn ich fünf Tage arbeite, dann habe ich zehn Slots und am besten ist, ich habe die alle zehn vermietet und habe meine Fixkosten drin. Das ist aber von Fall zu Fall unterschiedlich.

Welches sind für Sie die derzeit wichtigsten Herausforderungen im Gesundheitsmarkt?

Die wichtigste Herausforderung ist, dass man einen Wettbewerb ermöglicht. Es muss eine „Waffengleichheit" zwischen Krankenhaus und ambulant geben, dass man nicht durch stationäre Quersubventionierung die Preise niedrig hält, sondern dass man adäquatere Preise für die Eingriffe zahlt. Das sind so die wichtigsten Herausforderungen und das beantwortet auch gleich die letzte Frage.

Welches sind für Sie die derzeit wichtigsten Wandlungen/Entwicklungen im ambulanten Sektor?

Es wird immer noch mehr ambulant geben, es sollen Betten gekürzt werden. Die Krankenhäuser versuchen, so viel stationär zu machen, wie möglich. Im Endeffekt stehen hier die freie Wirtschaft und die Interessen der staatlichen Einrichtungen, die ihre Krankenhäuser weiter betreiben wollen, gegenüber.

Anhang 3: Experteninterview 2

Welche Operationen werden bei Ihnen ambulant durchgeführt (die 5-10 häufigsten/wichtigsten)

Normale Arthroskopie des Kniegelenkes, gefolgt von Karpaltunnelsyndrom-Operationen, Fußoperationen, dann werden anteilmäßig die Kreuzbänder kommen, dann Schulteroperationen, dann so Kleinigkeiten wie Nervenverlagerung am Ellbogengelenk, Handoperationen und dann die normale kleine Chirurgie wie z.B. Entfernung von Schleimbeutel etc.

Wie ist in etwa das Verhältnis von ambulanten zu stationären Eingriffen?

3:1 würde ich sagen. Wir selbst operieren auch stationär bei Privatpatienten, sind aber nicht im Bettenbedarfsplan, daher können wir keine Kassenpatienten operieren, die operieren wir in einer Klinik, mit der wir konsiliar Belegarztverträge haben. Aber mit 3:1 kommt das schon ungefähr hin.

Wie ist die Entwicklung in diesem Bereich? Welche Operationsform gewinnt an Fallzahlen?

Die Entwicklung ist enttäuschend, ich mache das seit 17 Jahren, damals wurde von der Politik immer gesagt „ambulant vor stationär", weil das günstiger ist, das haben Sie vielleicht schonmal gehört, das wird immer wieder politisch vertreten, aber in der Realität nie umgesetzt. Meine persönliche Meinung ist, dass der Druck da war, von den Kassen, die wissen, dass ambulant günstiger ist, aber dadurch werden die Betten leer und die deutsche Krankenhausgesellschaft und auch gerade die kommunalen Träger, die konnten natürlich sehr großen Druck auf die Politik machen und wenn da einer sieht, dass es dem kommunalen Krankenhaus nicht gut geht, wird der sich dafür einsetzten, dass nicht zu viel ambulant gemacht wird. Der ambulante Sektor wird ja nicht von kommunalen Krankenhäusern gemacht. Momentan sehe ich eher eine Entwicklung hin zu den Krankenhäusern, also dass die Krankenhäuser versuchen, mehr in den ambulanten Bereich vorzudringen, ihnen das aber nicht so richtig gelingt, aufgrund der Schwerfälligkeit der Strukturen. Die Effektivität in einer privaten Einrichtung ist wesentlich höher, privat im Sinne von privaten Trägern wie uns. Entwicklung, auch politisch gewollt zu den Krankenhäusern, dennoch wird aber derzeit der Großteil der ambulanten Operationen in Zentren gemacht. Die Operationsform ambulant wird schon gewinnen, da der Einfluss der Kassen auch groß ist, dass die sagen „diese oder jene Operation wird nichtmehr stationär vergütet. Es gibt ja Kataloge, wo drin steht was ist stationär und was ist ambulant. Was auch zu großen Irritationen führt, wenn wir sagen „das machen wir nicht stationär". Die Kassen messen da mit zweierlei Maß, bei uns sagen sie einfach „nö, das machen wir nicht", wenn es aber ein großes Klinikum der Maximalversorgung ist, dann wird da nicht so drauf geguckt. Die Entwicklung geht, wenn auch sehr sehr langsam, in die Richtung, dass stationär nichtmehr so groß gefördert wird.

Welches sind die entscheidenden Unterschiede bei der Durchführung zwischen stationären und ambulanten Operationen? Wie unterscheiden sich die Abläufe?

Die Operationen selbst unterscheiden sich nicht. Ob ich ein Kreuzband ambulant oder stationär operiere ist in den Moment, wo ich am Patienten stehe und reinschneide völlig uninteressant, das Drumherum ist halt anders. In dem Moment wo ich operiere ist es völlig egal. Ob der Patient nach drei Stunden nach Hause geht oder noch 2 Tage in der

Klinik bleibt. Bei beiden Eingriffen muss er vorher ambulant vom Anästhesisten gesehen werden, auch dieses „einen Tag vorher aufnehmen“ gibt es nichtmehr, die Patienten kommen auch bei stationären Eingriffen morgens. Nur bei der Nachbehandlung unterscheidet es sich dann.

Ein großer Kostenpunkt bei stationären Eingriffen sind die Stationskosten, wieviel Prozent der durchschnittlichen Stationskosten fallen bei ambulanten Operationen noch an (mit Vor- und Nachversorgung o. Ä.) [Schätzung]?

Stationskosten sind ja in dem Sinne die Hotelleistungen, die fallen natürlich weg. Die DRG ist wesentlich höher als die ambulante Vergütung, weil bei der DRG die ganze Infrastruktur des Vorhaltens einer Klinik mit hinzuberechnet wird. Das ist schwer zu sagen, weil es darauf ankommt, was genau operiert wird. Bei den mittleren orthopädischen Eingriffen, Fuß, Schulter, Kreuzband, sind die reinen Operationskosten nur ein Viertel so groß, der ganze Rest geht auf die DRG drauf. Bei der Vor- und Nachversorgung kommt es auch darauf an, was gemacht wird, bei einem Verbandswechsel beispielsweise ist das kein wesentlicher Kostenfaktor und das wird sowieso abgedeckt über die ambulante Vergütung.

Welche Kostenpunkte entstehen bei ambulanten Eingriffen, die es bei stationären Eingriffen evtl. nicht gibt?

Implantate sind immer so eine Geschichte, wenn man ein Kreuzband macht, dass man da für ein paar hundert Euro Implantate hat, was wir aber, je nach Bundesland, auch vergütet bekommen. Wenn man es stationär macht, sind die Implantate mit der DRG abgegolten. Im ambulanten Bereich kann ich die Implantate gesondert abrechnen und bekomme diese vergütet. Im stationären Bereich kann ich an den Implantaten sparen, die DRG bleibt gleich, im ambulanten Bereich kann ich im Grunde einbauen was ich will, da ich es gesondert vergütet bekomme.

Welche Betreiber bieten die meisten OP-Kapazitäten an? (Krankenhäuser, OP-Zentren,…?)

Das sind immer noch OP-Zentren, weil es gibt Krankenhäuser, die haben das auch angefangen, haben einen ambulanten OP, der rechnet sich nicht, die bekommen diese OPs nicht in die schwarzen Zahlen. Die unterliegen so hohen Qualitätskontrollen und einem so schwerfälligen System, dass die das nicht vernünftig hinbekommen, manche haben deshalb ihren ambulanten OP schon wieder geschlossen, bei anderen läuft halt nicht viel. Also aktuell die meisten ambulanten OP-Kapazitäten bei OP-Zentren und die meisten von Anästhesisten oder größeren Zentren betrieben.

Wie stark ist die Konkurrenzsituation dieser Anbieter untereinander? (Preispolitik; Angebote…)/Wie ist das Verhältnis der Anbieter untereinander?

Man hat schon eine Konkurrenzsituation zwischen Krankenhäusern und Niedergelassenen bzw. Freiberuflern. Teilweise sind das auch GmbHs, die OP-Zentren. Man nimmt sich schon die Leute weg. Die Kliniken arbeiten dauernd mit „Dumpingpreisen", weil die natürlich quersubventionieren. Die wollen einfach die Leute haben, aber noch mehr ist das Thema MVZs und Sitze kaufen, das ist eine ganz heiße Geschichte. Ich kann es nur von hier sagen, grundsätzlich haben wir kein schlechtes Verhältnis, wir sind eine gesunde Konkurrenz, woanders ist Krieg, das weiß ich auch. Das ist regional sehr verschieden und kommt auch immer darauf an, wie der stationäre Anbieter am Markt vertreten ist. Ist es ein kommunaler Träger, ist es eine Privatklinik, das ist sehr unterschiedlich.

Wie hoch ist die durchschnittliche Auslastung der OP-Kapazitäten ohne die Vermietungen?/mit den Vermietungen?

Wir haben ohne Vermietung etwa 40% Auslastung und mit Vermietungen würde ich sagen etwa 80-90%.

Welches sind die wichtigsten/größten Kosten bei der Durchführung einer OP? (Welches sind die Kosten des gesamten überlassenen OP-Raums während einer OP?)

Das ist natürlich auch schwierig, weil die Operationen so anders sind. Es gibt Operationen mit zum Beispiel sehr teuren Ankersystemen oder auch beim Kreuzband sind die Implantatkosten deutlich höher als die Honorarkosten der Operation. Bei solchen Operationen ist sowas dann der größte Faktor, bei anderen macht das fast garnichts aus. Wenn man die Implantatkosten mal rausnimmt, dann ist es bei uns ein großer Anteil Miete und Energiekosten und Abschreibungen. Wir haben hohe Investitionskosten für so ein OP-Zentrum und es gibt z.B. Klimaanlagen die müssen Tag und Nacht laufen, dass die nicht verkeimen und Sie glauben garnicht, wie viel Energiekosten bei geringer Auslastung im Sommer sowas zieht. Personal ist eigentlich nicht so ein großer Posten, vor allem wir vermieten den OP auch ohne Personal, sondern die kommen einfach und benutzen nur die Räumlichkeiten. Abschreibung, Energie, Miete, das sind denke ich die größten Posten.

Nach welchen Kriterien/Maßstäben wird derzeit die Miethöhe der OP-Kapazitäten errechnet? Welche Kosten werden hierbei herangezogen?

Verglichen mit der normalen Wirtschaft, wo Betriebswirtler genau auf den Cent gucken, was sie was kostet, ist das in der Medizin schon seit Jahren ein Problem, dass für uns oft nicht zu durchdringen ist, was uns die OP-Zeit kostet. Das heißt, man nimmt ganz grob,

was haben wir denn investiert, was kostet das über 10 Jahre, was sind die Nebenkosten, das ist das was rangezogen wird. Darüber macht man dann eine Miethöhe. Personal kommt ja nur hinzu, falls die das brauchen, in der Regel kommen die und haben ihr komplettes Personal dabei. Instrumente ist auch sowas, wenn jemand unsere Instrumente braucht, müssen wir da auch wieder einen Aufschlag machen. Dazu gibt es aber keine betriebswirtschaftliche Kalkulation. Das ist unheimlich viel Bauch und „Pi-mal-Daumen", weil wir einfach Mediziner sind und keine Betriebswirtler.

Welches sind die gängigsten Mietformen? (z.B. Miete pro OP-Art; Miete pro OP-Minute; Miete für feste Zeitslots…usw.)

Es gibt grundsätzlich zwei, abhängig davon, ob einer im EBM arbeitet oder ob es eine reine Privatleistung ist, wie zum Beispiel Schönheitschirurgen. Das Problem ist natürlich, dass beim EBM die Erlöse oft schwanken. Macht man jetzt für einen Operateur, der weitestgehend GKV-Patienten macht, einen festen Preis, dann ist das Risiko dieser Schwankung beim Operateur und wenn er einen festen Vertrag hat, kann ihn das richtig was kosten. Deswegen gehen wir dazu über, weil ja eine gewisse Konstanz drin ist, und machen bei den meisten einen Anteil vom Honorar. Bei denen, die nur private Sachen machen oder nur Sonderverträge haben, z.B. Augenärzte, da nehmen wir einfach einen Stundensatz. „Ihr belegt den OP von dann bis dann und es kostet euch die Summe X". Diese „Schnitt-Naht-Zeiten" haben wir eigentlich verlassen, weil wir dann nicht sagen können, wie lange die den OP belegen. Es gibt da aber den großen Zeitaufwand des Wechsels, d.h. Patient muss wieder aufwachen, wird rausgefahren, der Anästhesist muss tschüss sagen, der nächste Patient wird reingefahren usw., das wäre dann ja alles unbezahlte Zeit, obwohl wir den OP ja vermieten. Deshalb haben wir gesagt, es ist völlig egal, was die in der Zeit machen. Das ist für uns die sicherste Kalkulation. Bei diesen „Schnitt-Naht-Zeiten" wäre das Risiko auf unserer Seite zu hoch. Wir nehmen etwa so 10-20% vom GOÄ bei Privatpatienten.

Warum werden OP-Räume vermietet? Welche Motivation gibt es neben dem wirtschaftlichen Aspekt für Einrichtungen, OP-Kapazitäten zu vermieten?

Ich sagte zwar, wir sind keine Betriebswirtschaftler, aber Geld verdienen wollen wir auch. Daneben natürlich, sich auf dem Markt ein „Standbein" machen, das heißt, wenn da ganz andere Fachrichtungen bei uns kommen, dann laufen die alle durch unsere Praxis. Die lernen uns kennen, gerade die Augenärzte machen eine ganz hohe Frequenz. Wir haben dadurch, glaube ich, auch schon sehr viele Patienten gewonnen, wo auch zum Beispiel die Angehörigen durch unsere Praxis laufen. Außerdem erzählen auch die Ärzte untereinander weiter, dass man bei uns operieren kann.

Welchen Einfluss hat die Motivation der Vermietung auf die Höhe/Art der Miete?

Natürlich, wenn wir einen „Big-Player" kriegen, der viele Patienten mitbringt, dann wären wir da auch etwas zuvorkommend in der Miete.

Welche Mietform sehen Sie als die sinnvollste/praktikabelste an?

Die vernünftigste ist die OP-Zeit, in der der OP genutzt wird.

Welches sind für Sie die derzeit wichtigsten Herausforderungen im Gesundheitsmarkt?

Eine wichtige Herausforderung bzw. auch Gefahr ist das langsame Aushöhlen des Sachleistungsprinzips, dass die GKV alle gleich bezahlt. Die Kassen schmeißen Geld in ein schwarzes Loch, in die KV rein und die KV verteilt das über alle und die Kassen wissen im Grunde nicht, was dabei rauskommt und wie die Qualität ist. Ich denke, eine Herausforderung ist „pay-for-performance", dass in Zukunft wirklich geschaut wird, wer macht was wie gut. Es wird vielleicht noch zunehmen, dass Kassen individuelle Verträge mit bestimmten Spezialisten machen und vermehrt Patienten direkt an gewisse Ärzte schicken. Ich glaube das Organisatorische wird da so groß sein, dass Einzelpraxen keine Chance auf ein Überleben haben. Ich sehe das dann als neue Herausforderung, dass es dann auch neue Vergütungssysteme gibt.

Welches sind für Sie die derzeit wichtigsten Wandlungen/Entwicklungen im ambulanten Sektor?

Ich glaube die letzten beiden Fragen habe ich in einem beantwortet. Naja und Herausforderung ist natürlich, dass wir, wenn wir neue gesetzliche Qualitätsanforderungen haben, dass das nie in die Honorierung einfließt. Bei neuen Anforderungen können die Krankenhäuser das einfacher über die Kommunalpolitik lösen, wir haben nur unser Honorar, mit dem wir neue Investitionen lösen müssen. Ein Problem, auch für junge Ärzte ist, dass Krankenhäuser Arztsitze kaufen um ihre Marktposition zu stärken. Diese Quersubventionierung vom ambulanten Bereich über das stationäre ist ein wahnsinniges Problem.

Anhang 4: Experteninterview 3

Welche Operationen werden bei Ihnen ambulant durchgeführt (die 5-10 häufigsten/wichtigsten)

Wir machen Leistenbrüche, Metallentfernungen, Handchirurgie, Kniegelenkspiegelungen, also ein eher breites Spektrum ohne Gefäßchirurgie und keine Proktologie. Es wird mittlerweile mehr oder weniger alles ambulant operiert, was geht.

Die Kriterien für die ambulanten Operationen sind eher nicht die Operationen, sondern der Patient. Ich könnte ihnen im Bereich der Chirurgie die häufigsten nennen, dazu habe ich eine aktuelle Statistik von der KBV. Am häufigsten sind dermatochirurgische Eingriffe, gefolgt von Varizeneingriffen, dann verschiedene Formen der Arthroskopien. Dann gibt es noch diverse kleinere Eingriffe am Bewegungsapparat, wie Metallentfernungen und Entfernung von Geschwülsten, handchirurgische Eingriffe, Sehnenscheideneingriffe, also das Spektrum ist relativ weit. Die Statistik ist relativ schwer zu bewerten, weil verschiedene Gruppen nach verschiedenen Gebührenordnungen, nach EBM und OPS, bewertet werden.

Wie ist in etwa das Verhältnis von ambulanten zu stationären Eingriffen?

Bei uns werden keine stationären Eingriffe durchgeführt, von daher ist das 100% ambulant. Wenn Sie die Frage jetzt generell ziehen, in Deutschland, dann ist das schwer zu beantworten, weil es keine verlässlichen Daten zu stationären Eingriffen gibt. Es gibt aber eine allgemeine Statistik weltweit, wonach in der Bundesrepublik 30-40% der ambulant durchführbaren Eingriffe tatsächlich ambulant durchgeführt werden und 60% immernoch stationär operiert werden, damit liegen wir im unteren Mittelfeld. In anderen Ländern ist das deutlich anders, da wird wesentlich mehr ambulant operiert. Das hat auch immer etwas mit den herrschenden Sozialversicherungssystemen zu tun.

Wie ist die Entwicklung in diesem Bereich? Welche Operationsform gewinnt an Fallzahlen?

Im ambulant vertragsärztlichen Bereich stagnierend. Die Zahlen sind seit ungefähr zehn Jahren stabil und verändern sich praktisch nicht. Hat etwas zu tun mit der Finanzierung in diesem Bereich.

Welches sind die entscheidenden Unterschiede bei der Durchführung zwischen stationären und ambulanten Operationen? Wie unterscheiden sich die Abläufe?

Der konkrete operative Ablauf, also der Eingriff an sich, ist identisch. Das wäre ja auch fatal, dann würden wir ja Qualitätsunterschiede produzieren. Der Unterschied zwischen ambulant und stationär ist die Patientenauswahl. Der Patient muss bestimmte Kriterien erfüllen, nach denen er nur ambulant operierbar ist, wenn er diese nicht erfüllt, dann muss er stationär gehen. Das sind im Wesentlichen Begleiterkrankungen, es sind aber auch soziale Faktoren, wenn er zum Beispiel keine häusliche Betreuung hat, dann kann er so gesund sein wie er will, dann wird er nicht ambulant operiert. Das ist der Unterschied, der Ablauf selbst ist individuell Sache der Fachabteilungen selbst, der unterscheidet sich nicht wirklich vom stationären. Es sind Voruntersuchungen erforderlich, da ist eine Indikationsstellung erforderlich, ein Bestellmanagement, wann

kommt der Patient, ist erforderlich, der wird genauso vorbereitet wie beim stationären Eingriff, er geht nur anschließend nach Hause.

Ein großer Kostenpunkt bei stationären Eingriffen sind die Stationskosten, wieviel Prozent der durchschnittlichen Stationskosten fallen bei ambulanten Operationen noch an (mit Vor- und Nachversorgung o. Ä.) [Schätzung]?

Sie können einfach rechnen, Sie haben ja die Kalkulation nach InEK, wenn Sie diesen Kalkulationsansatz mal nehmen, dann ist der operative Eingriff als solcher 1:1 zu übernehmen. Die Stationskosten in Klammern sind bei uns im ambulanten Zentrum eine Verweildauer der Patienten zwischen zwei und vier Stunden. Da wird er bei uns dann auch quasi stationär betreut, das heißt, er landet in einem Bett in irgendeiner Aufwacheinheit, wird pflegerisch betreut und hat halt statt vier Tagen vier Stunden. Ansonsten die InEK-Kalkulation ist etwas schwammig, wir haben natürlich die ganzen Overheadkosten genauso wie im Krankenhaus, das heißt wir haben die ganze Vor- und Nachsorge, die Instrumentenaufbereitung, da ist bei der InEK-Kalkulation nicht ganz klar, ob das im operativen Eingriff mit drin ist. Außerdem und das ist ja im Krankenhaus nicht anders, haben wir die kalkulatorischen Wechselzeiten, da haben wir auf der einen Seite das Kriterium der „Schnitt-Naht-Zeit", die bei uns kürzer ist als im Krankenhaus, aber wir haben auch noch das Kriterium der „Naht-Schnitt-Zeit", das heißt also die Wechselzeiten. Die sind unterschiedlich, je nach Organisation, die muss man aber auch kalkulieren, da die ambulanten OPs meistens nur einen OP-Saal haben und da kann man eben erst mit dem nächsten Anfangen, wenn der erste fertig ist. Wir können nicht parallel einleiten, daher sind unsere „Naht-Schnitt-Zeiten" länger.

Welche Kostenpunkte entstehen bei ambulanten Eingriffen, die es bei stationären Eingriffen evtl. nicht gibt?

Bei uns sind es Organisationskosten, wir müssen relativ viel rumtelefonieren und ein gutes Management machen, damit das vom Zeitablauf her klappt. Ansonsten gibt es keine Extrakosten, die es bei stationären Eingriffen nicht genau so gäbe.

Welche Betreiber bieten die meisten OP-Kapazitäten an? (Krankenhäuser, OP-Zentren,…?)

Nach wie vor ist das überwiegende in Vertragsarztpraxen. Ich möchte jetzt hier keine Aufteilung von OP-Zentren und Einzelpraxen machen, weil das von der Definition her schwierig ist zu trennen. Die Krankenhäuser haben zwar aufgeholt, sind bei weitem aber noch nicht auf dem gleichen Stand wie die Vertragsarztpraxen im ambulanten Sektor.

Wie stark ist die Konkurrenzsituation dieser Anbieter untereinander? (Preispolitik; Angebote…)/Wie ist das Verhältnis der Anbieter untereinander?

Das ist wie die Konkurrenz zwischen Arztpraxen, sie leben von ihrem Standing in der Bevölkerung, das hat man oder das hat man nicht, daran orientiert sich das. Es ist nicht so, dass wir uns jetzt die Eingriffe wegfischen, die Patienten kommen oder sie kommen nicht. Es gibt da keinen brutalen Wettbewerb, es ist eine normale Konkurrenzsituation.

Wie hoch ist die durchschnittliche Auslastung der OP-Kapazitäten ohne die Vermietungen?/mit den Vermietungen?

Das ist schwierig und sehr unterschiedlich. Es gibt OP-Zentren die laufen die ganze Woche durch und es gibt Einzelpraxen die haben einen Vormittag, was betriebswirtschaftlicher Unsinn ist. Eine volle Auslastung ist bei OP-Zentren nicht immer gegeben, aber eher als in den Einzelpraxen. Ganz allgemein, eine ambulante Einrichtung kann nie, auch kalkulatorisch, so ausgelastet sein, wie eine stationäre Einheit, denn bei uns müssen die Patienten nach Hause, das heißt, wir können nicht nach 15 Uhr noch anfangen oder nach 16 Uhr. Die Patienten müssen dann endlos lange nüchtern bleiben und noch zwei bis drei Stunden warten, bis sie nach Hause gehen. Das ist sehr riskant, da die Patienten nicht da sind vorher. Das heißt auf Grund des Patientenmanagements muss der ambulante Eingriff begrenzt werden auf spätestens 15 Uhr beginnend, allein dadurch bekommen sie schon keine 100% Auslastung. Im Krankenhaus könnten sie 24 Stunden operieren, wenn sie das wollten, das ist zwar nicht patientenfreundlich, aber medizinisch vertretbar. Die schlechten Auslastungen sind meistens bei Einzelbetrieben und da ist es dann die Frage, ob ich einen Fremdoperateur reinnehme, der mir den Praxisbetrieb durcheinander bringt. Das sind individuelle Faktoren, die entscheiden, ob eine Vermietung sinnvoll ist, grundsätzlich ist die Vermietung nicht genutzter Kapazitäten natürlich immer eine sinnvolle Überlegung. Da muss man aber eben auch dagegenhalten, was er genau mietet, mietet er z. B. Personal, was ich selber brauche oder bringt er sein Personal mit. Wie ist das mit der Unruhe, die in die Stammpraxis durch die Operationen eingebracht wird, durch Begleitpersonen und Betreuungsbedarf der fremden Patienten. Es ist also sehr stark abhängig von den individuellen Konstellationen, ob ich den OP vermieten sollte.

Welches sind die wichtigsten/größten Kosten bei der Durchführung einer OP? (Welches sind die Kosten des gesamten überlassenen OP-Raums während einer OP?)

Das sind immer die Personalkosten. Die Personalkosten sind in der niedergelassenen Praxis grundsätzlich 50% der Kosten, das können Sie über den Daumen peilen, alle Erhebungen die wir machen, kommen darauf hinaus. Wir haben in der Chirurgie etwa einen Kostensatz von 68-70% vom Umsatz und davon ist die Hälfte, also 35% vom

Umsatz, Personalkosten. Die schlagen im ambulanten Bereich voll rein, weil das eine Präsenzangelegenheit ist, das heißt das gesamte Personal inklusive dem Operateur ist die gesamte Zeit der Operation gebunden. Personal ist also der größte Posten. Darauf folgen die Investitionen und damit verbundene Kapitalbindungskosten. Der dritte Block ist Miete. Die Miete liegt bei etwa 25% der Kosten, da mittlerweile die Investitionskosten sehr gering sind, da immer weniger investiert wird in Arztpraxen. Da ergibt sich ein wesentlicher Investitionsstau. Deshalb sind die Kosten im Moment sehr verzerrt.

Nach welchen Kriterien/Maßstäben wird derzeit die Miethöhe der OP-Kapazitäten errechnet? Welche Kosten werden hierbei herangezogen?

Genau diese beschriebenen Kostenarten werden jetzt für die Miethöhe herangezogen. Für den Operateur selbst ist nicht ganz außer Acht zu lassen, seine Haftpflichtprämie, die er dafür bezahlen muss, dass er ambulant operiert. Die ist aber bei einer Vermietung egal, denn das vermiete ich ja nicht mit. Es bleiben die Kosten Personal, Miete und Geräte und die Miete richtet sich auch danach, was der Operateur davon selbst mitbringt, wenn er zum Beispiel das Personal mitbringt, dann müssen sie die Miete anders kalkulieren oder wenn er seine Instrumente mitbringt, müssen sie das auch anders kalkulieren. Es wird dann viel geredet über Energieverzehr, aber das ist relativ harmlos. Bei den Raumkosten würde man natürlich nicht die Bruttokosten sondern die Nettokosten inklusive Heizung, Strom etc. nehmen. Wir hatten mal kalkuliert und das hat sich nicht groß geändert, eine OP-Betriebsstunde kostet ungefähr 300€, wenn sie alle Kostenarten nutzen, das kostet eine OP-Betriebsstunde in der Kalkulation. Variablen die dabei zu berücksichtigen sind, sind natürlich standportabhängige Mieten oder auch kalkulatorische Kosten wie Investitionen. Diese 300€ sind ungefähr und auch hoch kalkuliert, also real evtl. eher niedriger. Wenn man jetzt kommt als Mieter und bringt sein eigenes Personal mit, dann muss man diese 300€ natürlich um diesen Betrag schmälern. Das geht dann ziemlich schnell runter und wird wenig. Wir verlangen von unseren Leuten und das ist immer der Streitpunkt, sie sollen sich einigen auf einen Marktpreis, Angebot und Nachfrage, aber bei keiner Einigung orientieren an tatsächlich nachzuweisenden Daten. Der Vermieter müsste in der Lage sein, seine Miete mit Nebenkosten auf den Quadratmeter zu berechnen, das lässt sich schon kalkulatorisch darstellen. Gleiches gilt fürs Personal, da gibt es soundso viel Personal, das kostet eine Personalstunde und somit entstehen diese Kosten. Wenn man möchte, kann man also einen genau nachweisbaren Preis ermitteln für die konkrete Einheit. Das will nur meistens keiner, deshalb gibt es diese „Mauschelgeschäfte“ und da gibt es dann gelegentlich Streit.

Welches sind die gängigsten Mietformen? (z.B. Miete pro OP-Art; Miete pro OP-Minute; Miete für feste Zeitslots…usw.)

Da gibt es drei verschiedene Typen von. Es gibt die Miete pro Eingriff in Form einer Zahlung einer „Kopfgeldprämie" pro operiertem Patienten und pro Operation, die der hat. Diese sind ja unterschiedlich dotiert, daher gibt es prozentuale Abschläge, die der Vermieter kassiert. Die zweite Variante ist, es gibt einen Preis pro tatsächlich genutzter OP-Zeit oder Frequenz oder was auch immer. Und, was wir vorschlagen, dass Unschärfen, die bei prozentualen Abschlägen entstehen, die auch nicht sachdienlich sind, umgehen und das Risiko der tatsächlichen Nutzung auf den Mieter überträgt, indem man feste Zeitslots vergibt. Dieses von uns empfohlene Modell wird in der Praxis eher weniger gelebt. Das häufigste Modell ist eigentlich, dass der Anästhesist als Anbieter A und der Operateur als Anbieter B in der Regel die beiden Beteiligten sind, ganz selten gibt es einen Anbieter C, der nur den OP zur Verfügung stellt und beide hinkommen müssen. Dann ist es so, dass bei der geteilten Abrechnung der Anästhesist seinen Teil abrechnet und der Operateur seinen Teil. Dazu gibt es gewisse Zuschläge z.B. für die postoperative Betreuung, da sagen wir, da wo der Patient liegt, da fällt die Gebühr an, das könnte nämlich sowohl vom Anästhesisten wie auch vom Operateur abgerechnet werden, aber immer nur von einem. Das ist das einfachste aller Dinge, hat nichts mit Betriebswirtschaft zu tun, aber sehr viel mit kollegialem Zusammenarbeiten. Der Grund für die seltene Anwendung der von uns empfohlenen Zeitslots ist, dass dies arbeitsaufwendig ist, das heißt ich zwinge sie dazu zu kalkulieren, welches ihre tatsächlichen OP-Kosten sind, das wissen die meisten garnicht. Die können keine Kostenträgerrechnung machen, weil sie die Kostenstellen nicht vernünftig abgrenzen können. Also, die gängigste Mietform ist die, das jeder sein Honorar für sich akquiriert und den gemeinsamen Anteil dort, wo er räumlich tatsächlich anfällt. Es gibt aber auch jede Menge „Abzockermodelle", dass der eine vom jeweils anderen noch zusätzliche Kopfprämien abverlangt, z.B. Anteile von den Gebührenpositionen des anderen, Probleme die dabei aufkommen sind Aneckungen mit dem Anti-Korruptionsgesetz und die möglichst betriebswirtschaftliche Aufarbeitung der tatsächlich entstandenen Kosten.

Warum werden OP-Räume vermietet? Welche Motivation gibt es neben dem wirtschaftlichen Aspekt für Einrichtungen, OP-Kapazitäten zu vermieten?

Naja, das ist klar, außer dem wirtschaftlichen Aspekt gibt es keine. Irgendwann wird es so sein, das die OP-Räume in den Einzelpraxen nichtmehr gehalten werden können, weil die Hygienerichtlinien immer weiter verschärft werden und wir können das nichtmehr nachinvestieren, dann wird man sich überlegen, ob man das ambulante Operieren

einstellt, oder ob man eben in Zentren geht. Es wird grundsätzlich eine Zentrenbildung weiter geben. Dass Krankenhäuser darauf spekulieren, dass fremde Operateure auch stationäre Fälle akquirieren ist klar, ob ich, wenn ich im Krankenhaus ambulant operiere, wirklich die stationären Fälle dorthin überweise, liegt zwar nahe, ist aber nicht selbstverständlich. Trotzdem müssen Krankenhäuser sich überlegen, wieviel investieren sie in Werbemaßnahmen und dann müsste man das eben so generieren. Wenn die deutlich unter Betriebskosten ihre Einheiten vermieten, dann muss man sich überlegen unter welcher Position ich das verbuche, diese Verluste, das kann man dann nur als Werbekosten verbuchen, nicht steuerlich gesehen, sondern betriebswirtschaftlich argumentativ.

Welchen Einfluss hat die Motivation der Vermietung auf die Höhe/Art der Miete?

Wir leben in einer freien Marktwirtschaft, wenn meine Räume leer stehen, bin ich froh, wenn ich überhaupt was kriege und dann werde ich meine betriebswirtschaftliche Kalkulation hinten anstellen. Umgekehrt, wenn ich ein singulärer Anbieter bin, kann ich sagen, ich bin gut ausgelastet, ich habe es garnicht nötig, ich ziehe die Preise hoch. Und wenn man Sekundärmotivation hat, wie eben das Krankenhaus, dann ist das unternehmerisches Risiko, ob diese Rechnung aufgeht. Man muss aber auch aufpassen, wir sind im medizinischen Bereich schwer unter Beobachtung, was korruptives Verhalten angeht und wenn das so „Mondpreise" sind, dann ist das so eine Sache.

Welche Mietform sehen Sie als die sinnvollste/praktikabelste an?

Das hatte ich Ihnen ja schon gesagt. Am ungünstigsten ist eigentlich der prozentuale Abschlag auf irgendetwas, das führt immer zu Streit. Am sinnvollsten ist die Sache mit den Slots, wobei man dann bei der Mietpreisfindung eben genau gucken muss, was wird tatsächlich geliefert, Raum, Personal, Investitionskosten, diese drei Blöcke muss man isoliert betrachten, weil sie ja unterschiedlich mitgebracht werden oder eben auch nicht. Und die andere Sache ist eben, dass man sagt, es gibt unterschiedliche Gebührenordnungen, eine für den Anästhesisten, eine für den Operateur und eins für beide und das für beide fällt dahin, wo es gemacht wird.

Welches sind für Sie die derzeit wichtigsten Herausforderungen im Gesundheitsmarkt?

Der wichtigste Punkt ist, diesen Markt generationenfest zu machen und ihn an die Erfordernisse des sich verändernden sozialen Sicherungssystems anzupassen. Aufgrund der Kostenexplosionen, nicht nur im Gesundheitswesen, sondern auch im Rentensystem, aufgrund der veränderten Demographie und der immer weniger werdenden Einzahler in das System bei gleichzeitig immer mehr werdenden Entnehmer aus den Kassen, muss man sich ein ganz grundsätzliches Konzept überlegen, wie die Steuerungsbedingungen

verändert werden. Der Leistungskatalog ist nirgends auf der Welt so ausgedehnt wie in Deutschland, daher denke ich und das ist meine persönliche Meinung, dass man ein in irgendeiner Weise mit Selbstbeteiligungen ausgestattetes System braucht, um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen runterzufahren. Es ist eine zentrale Herausforderung damit umzugehen, dass die Bevölkerung, zu Lasten der voll arbeitenden Beitragszahler, schrumpft und diese Verschiebung massiv zu Lasten der Sozialkassen geht.

Welches sind für Sie die derzeit wichtigsten Wandlungen/Entwicklungen im ambulanten Sektor?

Es wird immer mehr in den ambulanten Sektor verschoben, das heißt die stationäre Versorgung wird immer mehr in den ambulanten Sektor abgeschoben, das hat für uns ernstzunehmende Konsequenzen, was die Facharztweiterbildung betrifft. Die sehen im Krankenhaus bestimmte Krankheitsbilder nichtmehr, weil diese da nichtmehr ankommen. Wir machen uns also Gedanken über Weiterbildungsverbundsysteme, dass die Kollegen auch in der ambulanten Praxis, gleich welcher Fachrichtung, eine gewisse Pflichtweiterbildung absolvieren, damit sie überhaupt die Krankheitsbilder kennen, die sie brauchen. Der zweite Punkt ist, dass mit der Verschiebung von Leistungen in den ambulanten Sektor keine Verschiebung der damit verbundenen Geldmenge erfolgt. Das Geld kommt nicht mit der Leistung mit. Ein weiterer Punkt ist, dass wir in den nächsten Jahren einen erkennbaren Arztmangel im ambulanten Bereich haben, weil das durchschnittliche Alter eines niedergelassenen Arztes inzwischen in den letzten zehn Jahren um vier Jahre gestiegen ist. Es kommen, mit anderen Worten, keine neuen ins System rein. Der Altersschnitt der niedergelassenen ist inzwischen bei 55/56 Jahren. Bei der Arbeitsverdichtung und den Verdienstmöglichkeiten ist es unattraktiv, in den niedergelassenen Bereich zu gehen. Abgesehen davon, dass es in den Krankenhäusern auch nichtmehr genug Nachwuchskräfte gibt. Man könnte nur dagegen steuern, indem man den Arztberuf wieder attraktiv macht. Das Problem im niedergelassenen Bereich sind die, im Vergleich zum stationären Dienst, geringeren Verdienstmöglichkeiten bei deutlich höherem Arbeitspensum.

Anhang 5: Experteninterview 4

Welche Operationen werden bei Ihnen ambulant durchgeführt (die 5-10 häufigsten/wichtigsten)

Bei uns werden hauptsächlich orthopädische Eingriffe durchgeführt, also Arthroskopien, Fußchirurgie, Hallux valgus oder halt entsprechende Eingriffe wie Meniskussektion oder diagnostische orthoskopische Chirurgie.

Wie ist in etwa das Verhältnis von ambulanten zu stationären Eingriffen?

Wir operieren ungefähr 600 ambulante Operationen im Jahr und nochmal etwa 2300 stationär.

Wie ist die Entwicklung in diesem Bereich? Welche Operationsform gewinnt an Fallzahlen?

Die Entwicklung an sich im ambulanten Bereich ist zunehmend, aber beide Bereiche haben zugenommen in den vergangenen Jahren. Gewisse Dinge werden aber in den ambulanten Bereich verlagert.

Ein großer Kostenpunkt bei stationären Eingriffen sind die Stationskosten, wieviel Prozent der durchschnittlichen Stationskosten fallen bei ambulanten Operationen noch an (mit Vor- und Nachversorgung o. Ä.) [Schätzung]?

Realistisch betrachtet kalkulieren die meisten Häuser die Kosten nicht. Es gibt für den stationären Bereich die InEK-Kalkulation und es gibt sicher Häuser, die als Nebenprodukt auch die Fallkosten im ambulanten Bereich ermitteln können, aber das sind die wenigsten. Man muss dazu sagen, dass aufgrund der Vergütung im ambulanten Bereich das ambulante Operieren nie kostendeckend ist, das ist im Prinzip immer ein Zuschussgeschäft. Das ist der Grund, warum man sich im Haus immer fragt, wie man das wirtschaftlich abbildet, indem man zum Beispiel den ambulanten Bereich auslagert und einen niedergelassenen Arzt die ambulanten Eingriffe durchführen lässt, die dann über die KV-Ermächtigung des Arztes abgerechnet wird und somit bessere Abrechnungsmöglichkeiten bietet, als als Institutsleistung im Krankenhaus selber. Wenn sie die Eingriffe im Haus kostendeckend, also +/- 0 erbringen können, dann ist das schon okay, das ist als Krankenhaus schon eine Leistung. Das Problem ist, dass wenn es ein Krankenhausarzt macht, der ja nicht umswitchen kann im Kopf, dass ich eine Infrastruktur im stationären Bereich habe, die finanziert ist und diese habe ich im ambulanten Bereich nicht. Das heißt man muss dann gucken, wieviele Leute am Tisch stehen bei einer Operation. Wir haben in der Regel immer zwei Leute am Tisch stehen, sowie einen Springer. Wenn ich diese Struktur nicht umgeswitcht kriege, ist ein ambulanter Eingriff nicht kostendeckend.

Welche Betreiber bieten die meisten OP-Kapazitäten an? (Krankenhäuser, OP-Zentren,…?)

Ich kenne insgesamt die Kapazitäten der anderen Häuser nicht, daher ist es schwer zu beurteilen, ich vermute aber, dass alle Krankenhäuser mit ihren ambulanten Kapazitäten insgesamt den größeren Anteil stellen. Es ist aber auch immer die Frage, in welcher Struktur ich die Leistungen erstelle, wir haben hier im Haus zwei OP-Säle gebaut und dahingehend die Struktur geschaffen. Ich kann natürlich auch ambulante Operationen im Zentral-OP durchführen, wobei die Struktur, die dort vorgehalten ist, eine komplett andere ist. Von der Kostenstruktur her ist daher eigentlich die Frage, ob ich als Krankenhaus separate Strukturen für ambulante Eingriffe geschaffen habe. Im Zentral-OP bekommen sie halt nie den gedanklichen Sprung, da wird der ambulante Patient immer gleich versorgt wie der stationäre, was halt nicht funktionieren kann.

Wie hoch ist die durchschnittliche Auslastung der OP-Kapazitäten ohne die Vermietungen?/mit den Vermietungen?

Da ist an sich kein Unterschied, ob ich die vermiete oder nicht. Was ich so höre ist, dass es allgemein schwierig ist, die OP-Kapazitäten auszulasten, ich kenne Ärzte, die ein Zentrum errichten wollten bzw. errichtet haben und die Kapazitäten kaum ausgelastet bekommen. Für uns spielt es keine Rolle, für uns ist es ein notwendiges Zubrot um niedergelassene Ärzte zu binden und stationäre Patienten zu akquirieren. Für mich ist z.B. eine arthroskopische Leistung eine zukünftige Knieendoprothese.

Welches sind die wichtigsten/größten Kosten bei der Durchführung einer OP? (Welches sind die Kosten des gesamten überlassenen OP-Raums während einer OP?)

Die Personalkosten letztendlich. Das hängt auch von der OP ab. Ambulant ist es mit Sicherheit das Personal. Es gibt auch teure Implantate, aber in der Regel ist es das OP-Personal.

Nach welchen Kriterien/Maßstäben wird derzeit die Miethöhe der OP-Kapazitäten errechnet? Welche Kosten werden hierbei herangezogen?

Wir sind so vorgegangen, dass wir die, soweit es geht, versucht haben, zu kalkulieren. Es gibt verschiedene Optionen, je nach dem, was er halt nutzt, muss er entsprechend bezahlen. Das heißt wir messen den Personaleinsatz, von der Putzfrau bis zum Springer, Anästhesie geht in der Regel nicht, wenn es ein externer ist, weil er ja dann selber abrechnet und wir als Krankenhaus die Anästhesieleistung nicht separat abrechnen können. In der Regel versuchen wir auch die Sachkosten auszugliedern in der Form, dass er die separat bezieht und abrechnet, weil er da auch gegenüber der KV das besser abrechnen kann als wir als Krankenhaus.

Welches sind die gängigsten Mietformen? (z.B. Miete pro OP-Art; Miete pro OP-Minute; Miete für feste Zeitslots…usw.)

Es gibt einen Verrechnungssatz pro Stunde, der richtet sich nach dem Umfang der in Anspruch genommenen Infrastruktur, also sprich nur den Raum oder wenn ich Personal stelle, kann das natürlich höher gehen, er kann auch die Sachen sterilisieren lassen bei uns, dann geht das auch nochmal höher. Das kommt dann hinzu, das sind einzelne Bausteine, die wir dann auch abbilden. Es gab auch mal einen Vertrag, wo wir Beteiligungen an seinen Erlösen hatten, aber in der Regel ist es ein Stundensatz.

Warum werden OP-Räume vermietet? Welche Motivation gibt es neben dem wirtschaftlichen Aspekt für Einrichtungen, OP-Kapazitäten zu vermieten?

Ambulantes Operieren ist es notwendiges Übel für ein Krankenhaus. Rein von den Einnahmen/Ausgaben gesehen. Auf der anderen Seite ist es so, dass jeder Patient, den ich kontaktiere oder der durch meine Klinik geschleust wird, habe ich die Patientenbindung oder zumindest den Erstkontakt. Meistens sind das ja auch Fälle, die später mal eine größere Versorgung nach sich ziehen. Ein weiterer Aspekt ist natürlich, dass man Einweiser ans Haus bindet, ich persönlich bin ja der Meinung, dass 80-90% der Patienten der Empfehlung des Einweisers folgen, was die Krankenhauswahl betrifft.

Welche Mietform sehen Sie als die sinnvollste/praktikabelste an?

Ich würde die Verrechnung pro Stunde als die praktikabelste nehmen, insofern, dass es wenig Aufwand macht, da es ja für uns so ist, dass es ein notwendiges Übel ist. Die Abrechnung sollte daher so wenig Aufwand wie möglich machen.

Anhang 6: Experteninterview 5

Welche Operationen werden bei Ihnen ambulant durchgeführt (die 5-10 häufigsten/wichtigsten)

Der Schwerpunkt liegt auf Arthroskopien, Kniegelenkspiegelungen und Schulterspiegelungen sind die im orthopädischen Bereich häufigsten, Leistenhernienoperationen. Im HNO sind zahlenmäßig Ohroperationen sehr häufig. Bauchspiegelungen sind auch noch ein relativ häufiger Teil. Neurochirurgie ist auch ein Bereich, den wir dazugenommen haben, aber das sind keine ambulanten Eingriffe, die sind überwachungspflichtig.

Wie ist in etwa das Verhältnis von ambulanten zu stationären Eingriffen?

Gut 1:10, also etwa 8-10% werden stationär durchgeführt und der Rest ambulant.

Wie ist die Entwicklung in diesem Bereich? Welche Operationsform gewinnt an Fallzahlen?

Das ist ziemlich eindeutig, es wird in Zukunft so sein, dass zunehmend ambulant operiert wird in Deutschland. Tendenziell wird es deutlich in den ambulanten Bereich gehen. Die Form der kurzstationären Eingriffe wird sich auch entwickeln, da sprechen wir von, wenn die Verweildauer bei maximal drei Tagen liegt. Das ist auch ein Bereich, der zunehmen wird.

Welches sind die entscheidenden Unterschiede bei der Durchführung zwischen stationären und ambulanten Operationen? Wie unterscheiden sich die Abläufe?

Wir haben die Abläufe unserer Operationen ziemlich angeglichen. Das heißt, die Patienten kommen unmittelbar vor der Operation, egal ob ambulant oder stationär und werden in einem Vorgespräch aufgeklärt. Der Unterschied ist eigentlich nur der organisatorische, dass wir bei Kassenpatienten entweder IV-Verträge oder Kostenübernahmen vereinbart haben. Der Unterschied ist eigentlich nur administrativ. Bei den ambulanten Operationen muss ein Angehöriger danach halt 24 Stunden zur Verfügung stehen, während der andere einfach auf Station geht.

Ein großer Kostenpunkt bei stationären Eingriffen sind die Stationskosten, wieviel Prozent der durchschnittlichen Stationskosten fallen bei ambulanten Operationen noch an (mit Vor- und Nachversorgung o. Ä.) [Schätzung]?

Das ist eine schwierige Frage und man muss da immer schauen, was man will, wir haben als Stationskosten Pflege und Versorgungskosten und evtl. noch Gebäudekosten etc. Die belaufen sich aber auf einen Betrag, der nicht so wahnsinnig hoch ist wie im Krankenhaussektor. Die pflegerischen Kosten sind ja so oder so da, auch bei der ambulanten Operation muss ja nachversorgt werden, der Verband gewechselt werden und ähnliches. Wir haben kalkuliert, dass die Hotelleistungen, inklusive Personal, pro Tag und pro Patient bei etwa 200€ liegen und das ist so etwa kostendeckend für die Unterbringung, Miete, Personalkosten und so weiter.

Welche Kostenpunkte entstehen bei ambulanten Eingriffen, die es bei stationären Eingriffen evtl. nicht gibt?

Ich denke die gibt es nicht wirklich. Dass ambulante OPs günstiger sind als stationäre Eingriffe, ist ja kein Geheimnis, wobei da eben nicht nur die Stationskosten mit reinspielen, sondern auch andere Dinge. Das einzige, was denkbar wäre, dass evtl. mal Fahrtkosten anfallen, wenn die Patienten mal Beschwerden haben und die z.B. in die Praxis fahren müssen, also sprich dann Taxikosten. Das ist aber eine Rarität.

Welche Betreiber bieten die meisten OP-Kapazitäten an? (Krankenhäuser, OP-Zentren,…?)

Dazu habe ich keine Zahl, ich würde denken, dass Krankenhäuser theoretisch die meisten Kapazitäten hätten, aber es nicht nutzen, aber es wird aufgrund der Anzahl der Krankenhäuser im Gegensatz zu OP-Zentren schon so sein, dass die mehr Kapazitäten haben. Ich glaube, dass Krankenhäuser bisher nicht in der Lage sind, ambulante Eingriffe kostendeckend anzubieten und sich deshalb schon mit OP-Zentren zusammentun, medizinische Versorgungszentren gründen werden oder sich aus dem Sektor auch ganz zurückziehen werden. Ein Aspekt sind noch die OPs in Einzelpraxen, da wird auf längere Sicht das Problem entstehen, dass die Operateure sehr hohe Qualitätsanforderungen erfüllen müssen und das fast nur in größeren Zusammenschlüssen umzusetzen ist. Den Trend dahin gibt es, etliche Praxen sind nicht in der Lage, die Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Bisher würde ich aber sagen, dass ambulant am meisten noch in den Praxen operiert wird.

Wie stark ist die Konkurrenzsituation dieser Anbieter untereinander? (Preispolitik; Angebote…)/Wie ist das Verhältnis der Anbieter untereinander?

Wie gesagt, Krankenhäuser können ambulantes Operieren derzeit nicht kostendeckend anbieten, das bedeutet, dass Krankenhäuser zwingend ambulant durchzuführende OPs an OP-Zentren verlieren und diese dadurch eine große Konkurrenz sind. Da merkt man durchaus eine harte Konkurrenzsituation. Es gibt zu viele stationäre Betten und diese werden auch durch Einrichtungen wie OP-Zentren überflüssig. Ernste Konkurrenz gibt es vor allem mit den kleinen Häusern, die Maximalversorger z.B. sind davon weniger betroffen.

Wie hoch ist die durchschnittliche Auslastung der OP-Kapazitäten ohne die Vermietungen?/mit den Vermietungen?

Wir bieten nur das Komplettpaket an (Operateur kommt alleine und wir stellen sämtliche Räumlichkeiten, Personal und Instrumente), das kann man auch Vermietung nennen, wir nennen es eher Dienstleistung. Wir operieren am Tag etwa zehn bis zwölf Stunden in einem OP-Saal, das wäre 100%. In einem normalen Krankenhaus wäre das schon weit über 100%, die kalkulieren eigentlich nur sechs Stunden OP-Zeit und der Rest ist Aufbereitungszeit.

Welches sind die wichtigsten/größten Kosten bei der Durchführung einer OP? (Welches sind die Kosten des gesamten überlassenen OP-Raums während einer OP?)

Die Frage ist, was nimmt man da rein. Der Operateur wird bezahlt, die Pflegekräfte, die wir benötigen werden bezahlt, der Steri wird bezahlt, die Anästhesie wird bezahlt. Wir haben ein Schema, in dem die Verteilung zwischen Operateur, Anästhesie und Stellen des Gesamten geregelt ist, ungefähr zu jeweils einem Drittel, wobei der Anästhesist etwas weniger hat, also 35/35/30. Die Kostenblöcke sind so, dass 70% der gesamten Kosten locker im Personalbereich liegen. Die Materialkosten sind in einzelnen, bestimmten, Operationen ein großer Faktor, aber in der breiten Masse eigentlich nicht so. Bei der InEK-Kalkulation ist es ja so, dass diese in manchen Bereichen schlecht nachvollziehbar sind, aber grundsätzlich gibt es ja dort den Block der stationären Weiterbetreuung, das sieht ja bei uns etwas anders aus, aber grundsätzlich ist die InEK-Kalkulation etwas, das bei uns sehr ähnlich ist. Bei Kostenübernahmeverträgen mit Krankenkassen ziehen wir die DRGs auch hinzu, für unsere Kostenrechnung. Im Gegensatz zur InEK-Kalkulation sind bei uns die Personalkosten geringer, weil wir schnellere Operationen haben und somit weniger Personalbindung besteht.

Nach welchen Kriterien/Maßstäben wird derzeit die Miethöhe der OP-Kapazitäten errechnet? Welche Kosten werden hierbei herangezogen?

Habe ich gerade schon ein bisschen gesagt. Die Kosten sind auch so von den Erfahrungen anderer OP-Zentren raus entstanden und dann ist es so, dass wir keine Einzelaufrechnung machen, sondern eine Verteilung durchführen. Es gibt da eben generell die Verteilung zwischen Operateur, Einrichtung und Anästhesie. Bei privaten Patienten kann der Operateur noch zusätzlich liquidieren. Es gibt keine konkrete Kostenrechnung, das ist eine Mischkalkulation und wir machen das eben nach Verteilung. Es gibt da verschiedene Dinge, die da mit reinspielen. Es gibt z.B. OP-Zentren, die nach Zeit abrechnen, da tritt aber immer wieder das Problem auf, wer „verballert" die Zeit, ist es der Operateur, der länger braucht, oder ist es die Narkose, die schwerer auszuleiten ist. Das gibt am Ende ein ständiges Hick-Hack, wer die Schuld trägt. Es ist ein wahnsinniger Aufwand, jede einzelne Kostenstelle zuzuordnen und es rechnet sich am Ende nicht, daher machen wir es per Verteilung auf Operateur, Einrichtung und Anästhesie.

Welches sind die gängigsten Mietformen? (z.B. Miete pro OP-Art; Miete pro OP-Minute; Miete für feste Zeitslots…usw.)

Es gibt alle diese Formen, aber bei uns läuft das, wie bereits gesagt, dann anders.

Warum werden OP-Räume vermietet? Welche Motivation gibt es neben dem wirtschaftlichen Aspekt für Einrichtungen, OP-Kapazitäten zu vermieten?

Die Alternative für einen Anästhesisten, wenn er im niedergelassenen Bereich arbeitet, wäre sonst rumzureisen. Da sind die Bedingungen bei den Operateuren nicht optimal und wir können im OP-Zentrum eben optimalere Abläufe bieten. Das ist ein großer Vorteil und der Grund, warum wir überhaupt OP-Räume anbieten. Der wirtschaftliche Aspekt kommt da natürlich dazu.

Welchen Einfluss hat die Motivation der Vermietung auf die Höhe/Art der Miete?

Wir haben feste Beträge und eine Motivation, z.B. ein besonders wichtiger Operateur, spielen bei uns eher eine untergeordnete Rolle. Bei Krankenhäusern ist es natürlich so, dass die nicht genutzten OP-Kapazitäten die teuersten sind, von daher bieten die dann oft OP-Kapazitäten zu „Dumpingpreisen" an, aber mit Blick darauf, dass dann eben Patienten zugewiesen werden. Es mag in anderen Einrichtungen durchaus so sein, dass die Miete auch davon abhängt, wie wichtig der Operateur ist, das ist bei uns aber nicht der Fall.

Welche Mietform sehen Sie als die sinnvollste/praktikabelste an?

Man kann grundsätzlich alles machen. Man kann feste Zeiten vergeben, wir ärgern uns auch oft, wenn Operateure ihre Kapazitäten nicht wahrnehmen und absagen, das ist vor allem ein Handicap, weil wir das Personal stellen. Das ist wirtschaftlich für uns schlecht. Trotzdem ist es für die atmosphärische Zusammenarbeit aus unserer Sicht schon wichtig, dass wir das auf diese Art und Weise gemacht haben, aber es ist natürlich eine sehr ungewöhnliche Art. Die üblichste und verbreitetste Art ist, dass man tatsächlich Zeitslots vergibt. Unser System, wie wir es machen läuft, damit haben wir so angefangen, es schafft einige Streitigkeiten aus dem Wege und man könnte mit den Operateuren, die hier 15/16 Jahre schon kooperieren nichts anderes mehr vereinbaren. Es würde einen riesen Aufschrei geben, wenn wir sagen würden, wir verkaufen euch die Zeit, egal ob ihr sie nutzt oder nicht. Das kann man aber nicht allgemein gültig sagen.

Welches sind für Sie die derzeit wichtigsten Herausforderungen im Gesundheitsmarkt? Welches sind für Sie die derzeit wichtigsten Wandlungen/Entwicklungen im ambulanten Sektor?

Die Entwicklung, dass deutlich mehr ambulant operiert wird, schafft deutlich Zeit und es kann auch tatsächlich Kosten im Gesundheitswesen senken. Das klarzumachen ist für uns ein wichtiger Aspekt.