



Umgang mit den Kostenträgern aus Sicht des HNO-Arztes

R. Leuwer
Krefeld

Größenklasse	2005	2006	2007	2008	2009	Abzug Konvergenz- phase
bis 49 Betten	110.162,72	147.433,52	148.561,61	148.939,88	187.442,85	742.540,57
50 bis 99 Betten	154.881,67	207.282,01	208.868,03	209.399,86	263.532,55	1.043.964,12
100 bis 149 Betten	58.031,91	77.665,56	78.259,82	78.459,09	98.741,82	391.158,19
150 bis 199 Betten	42.355,25	56.685,08	57.118,81	57.264,25	72.067,83	285.491,22
200 bis 249 Betten	130.408,55	174.529,02	175.864,42	176.312,22	221.891,31	879.005,51
250 bis 299 Betten	252.088,16	337.375,89	339.957,32	340.822,93	428.930,26	1.699.174,55
300 bis 399 Betten	28.017,70	37.496,79	37.783,69	37.879,90	47.672,37	188.850,45
400 bis 499 Betten	213.367,25	285.554,73	287.739,65	288.472,30	363.046,29	1.438.180,22
500 bis 599 Betten	-470.639,00	-667.667,02	-672.775,67	-674.488,71	-848.853,16	-3.334.423,55
600 bis 799 Betten	-248.146,16	-332.100,20	-334.641,26	-335.493,34	-422.222,90	-1.672.603,86
800 bis 999 Betten	-557.163,92	-745.666,41	-751.371,87	-753.285,03	-948.019,39	-3.755.506,62
1000 Betten und mehr	-1.336.883,73	-1.995.198,70	-2.633.462,77	-3.242.121,85	-3.812.248,98	-13.019.916,04

Name	Betten	vereinb. Basisfallwerte ohne Ausgleiche 2004	Basisfallwert ohne Kappung 2005	Basisfallwert mit Kappung Ersatzvor-nahme BMGS	Differenz	Anzahl Patienten	Erlösbudget	Zielwert ohne Konvergenz-phase	Anpassung
			€	€	€	€	€	€	€
Städt. Kliniken Dortmund	1.751	2.995,20	2990,33	2646,00	344,33	66.500	223.973.159	195.843.380	-28.129.779
Universitätskliniken Münster	1.568	3.524,61	3510,04	2646,00	864,04	59.550	200.565.342	175.375.454	-25.189.887
Universitätsklinikum Aachen	1.510	3.169,84	3161,77	2646,00	515,77	57.348	193.146.471	168.888.352	-24.258.119
Universitätsklinikum Köln	1.376	3.232,09	3222,88	2646,00	576,88	52.258	176.006.320	153.900.909	-22.105.411
Evangelisches und Johanniter Klinikum Duisburg/Dinslaken/	1.338	3.135,32	3127,88	2646,00	481,88	50.815	171.145.681	149.650.738	-21.494.942
Universitätsklinikum Düsseldorf	1.327	3.184,15	3175,82	2646,00	529,82	50.397	169.738.653	148.420.426	-21.318.227
Universitätsklinikum Essen	1.320	3.087,50	3080,94	2646,00	434,94	50.132	168.843.272	147.637.500	-21.205.773
Universitätsklinikum Bonn	1.269	3.272,36	3262,41	2646,00	616,41	48.195	162.319.782	141.933.324	-20.386.459
Klinikum Minden	1.073	2.756,00	2755,51	2646,00	109,51	40.751	137.249.114	120.011.392	-17.237.723
Klinikum Krefeld	1.023	2.864,86	2862,38	2646,00	216,38	38.852	130.853.536	114.419.062	-16.434.474
HELIOS Klinikum Wuppertal	1.006	3.301,61	3291,13	2646,00	645,13	38.206	128.679.039	112.517.670	-16.161.369
Krankenhäuser des Märkischen Kreises	979	2.885,63	2882,77	2646,00	236,77	37.181	125.225.427	109.497.812	-15.727.615
Kliniken der Stadt Köln Betriebsteil Merheim	834	3.230,11	3220,94	2646,00	574,94	31.674	106.678.249	93.280.057	-13.398.193
Krankenhaus Maria Hilf GmbH I u. II	766	2.879,48	2876,73	2646,00	230,73	29.092	97.980.263	85.674.488	-12.305.774
Rheinische Kliniken Düsseldorf	755	3.052,47	3046,55	2646,00	400,55	28.674	96.573.235	84.444.176	-12.129.059
Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil	622	3.122,33	3115,13	2646,00	469,13	23.623	79.560.996	69.568.579	-9.992.417
Herz- und Diabeteszentrum Nordrhein Westfalen	475	3.314,67	3303,95	2646,00	657,95	18.040	60.757.996	53.127.131	-7.630.865
	18.992					721.288	2.429.296.535	2.124.190.451	-305.106.085

- von den 1767 Daten übermittelnden Krankenhäusern sind 318 Krankenhäuser von der Konvergenz betroffen
- dies sind 18 % aller Krankenhäuser. Diese behandeln 48,7 % aller Patienten
- diese 318 Krankenhäuser haben einen Anteil am Erlösbudget von 28,024 Mrd €
- dies sind 53 % des Erlösbudgets

- das Kostenbudget dieser Krankenhäuser wird durch das verhandelte Budget nicht abgedeckt
- auf der Grundlage der Kalkulationsgrundlagen InEK dürfte die Differenz bei rd. 4,8 Mrd. € liegen
- die Gründe sind die Tarifschere und nicht gedeckte Kosten beim Med. Bedarf

Ohne Konvergenzphase müssten die Krankenhäuser mit über 500 Betten insgesamt 3 Mrd. € an die Krankenhäuser unter 500 Betten abgeben. Die Notwendigkeit der Abgabe ist nicht erklärbar.

Sollen zusätzliche Bettenkapazitäten geschaffen werden oder diagnostische Zentren?

Rückgang der abgerechneten vollstationären Fälle

Ursachen

- wiederholte Aufnahmen innerhalb von 30 Tagen
- Zurückweisungen durch den MdK

Klinikum Krefeld

01/05 bis 10/05 insgesamt **951** Anfragen
des MdK zu folgenden Themen:

- Begründung der stationären Behandlung
- Begründung des präoperativen Tages bei elektiven Eingriffen
- Begründung der Codierung von Nebendiagnosen: welcher Mehraufwand wurde verursacht?

Vollstationäre Therapie beim Hörsturz (nach Leitlinie)

- vollständiger Hörverlust: ein- und beidseitig
- Progredienz trotz ambulanter Therapie
- Hörsturz auf dem lezthörenden Ohr
- Hörsturz mit peripher-vest. Begleitsymptomatik
- erhebliche Komorbidität
- besonderes berufliches Betroffensein

Vollstationäre Therapie beim Hörsturz (nach Leitlinie)

- Eine Genehmigung der vollstationären Behandlung durch die Niederlassung der Krankenversicherung präjudiziert nicht die nachträgliche abschlägige Prüfung durch den MdK

Vollstationäre Therapie beim Hörsturz Problem

Totschlagargument des MdK:
keine Evidenz !

evtl. sucht die Verwaltung die
gerichtliche Auseinandersetzung
anhand eines Präzedenzfalles

Vollstationäre Therapie bei in der Regel ambulant durchzuführenden Operationen

- Dokumentation der Tatbestände in der Akte !
- Verwendung des Dokumentationsbogens der DGHNO (z.Zt. noch nicht über die Homepage abrufbar)
- Erstellung eines eigenen Dokumentationsbogens und automatische Begründung im Entlassungsbrief

Forderung an das MedCon:

- Mitteilung einer Hitliste der Begründungen: Welche führt tatsächlich zur Anerkennung des stationären Aufenthaltes?

Problem: präoperativer Tag

- in der Regel ist der präoperative Tag bei elektiven Eingriffen nicht abzurechnen, es sei denn:
 1. dem Patienten ist aus logistischen Gründen die An- und Abreise nicht zuzumuten
 2. wegen seiner Stoffwechsellage bedarf er der präoperativen Überwachung
 3. am Abend vor der OP ist der Beginn der Antikoagulation anzusetzen

Problem: Nebendiagnosen

- PCCL-relevante Nebendiagnosen führen nur dann zu einer Höhergruppierung, wenn sie einen dokumentierten Mehraufwand verursachen, z B. bei

Herzvitien: sobald die Einnahme eines zusätzlichen Medikamentes dokumentiert wird

Nikotinsucht: wenn der Patient ständig gesucht werden muss, weil er zum Rauchen unterwegs ist, wenn dokumentierte Wundheilungsstörungen entstehen

Vorschlag: bringen Sie folgende Parteien an einen Tisch

- HNO-Fachgutachter
- Vorsitzender des MdK
- niedergelassene Fachärzte