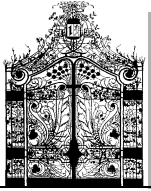


Seid nicht so negativ!

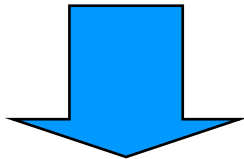
**HÖRT ENDLICH
AUF ZU
JAMMERN!**

Fit for the future

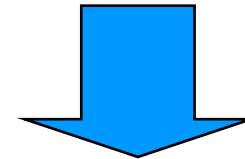


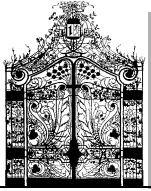
DRGs und Belegärzte

Ambulante Vergütung
Belegärztlicher
Leistung



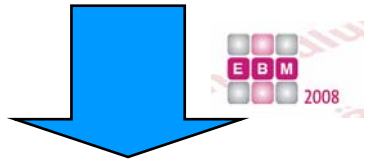
Stationäre Vergütung
nicht ärztlicher
Leistung





DRGs und Belegärzte

Ambulante Vergütung
Belegärztlicher
Leistung



nicht transparenter fester
Punktwert 0,0511 € - in der Praxis
teils nur 0,03 € wert

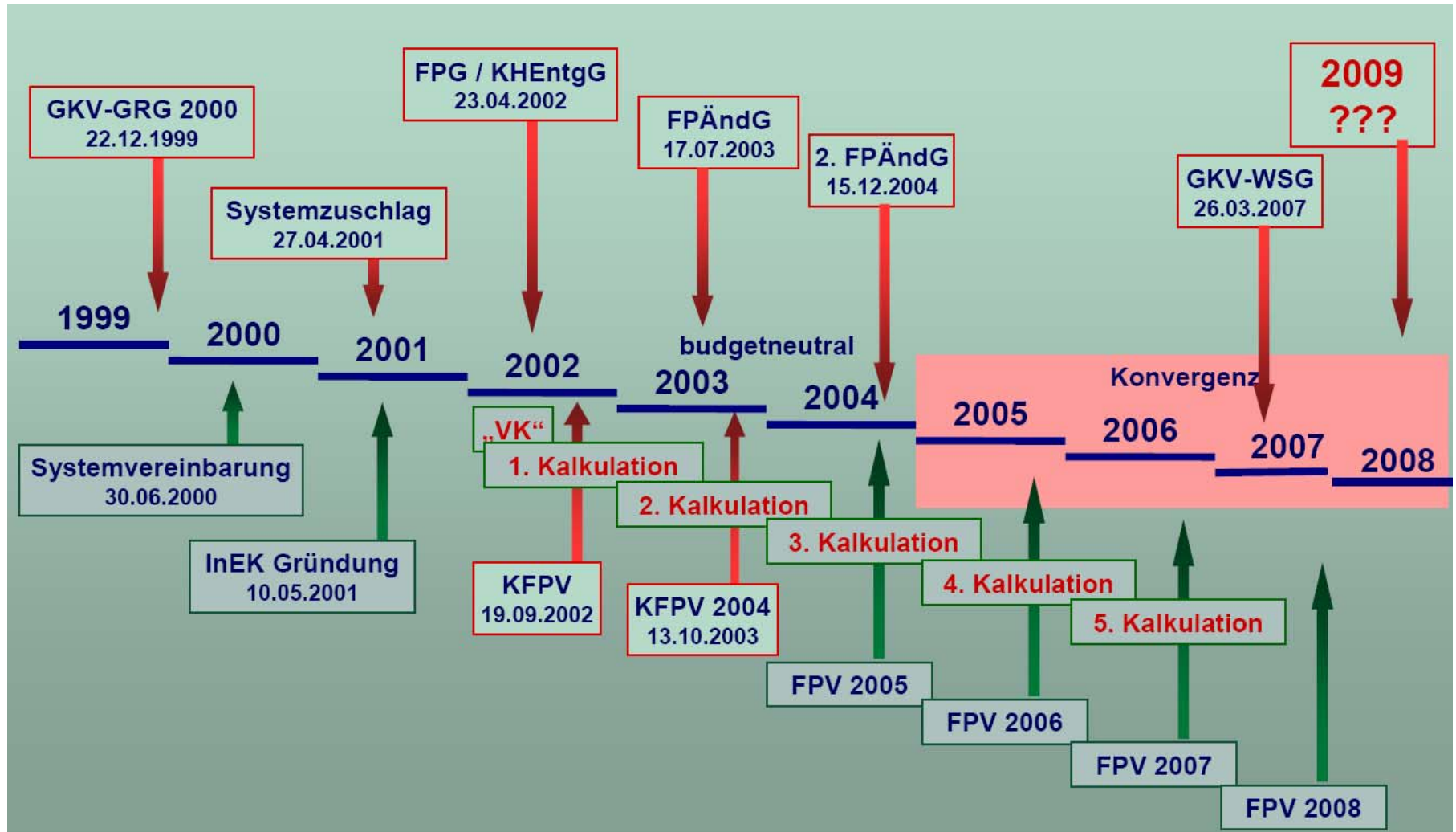
Stationäre Vergütung
nicht ärztlicher
Leistung

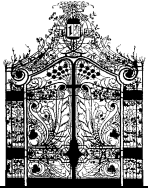


erhalten bis zu 30 % weniger als
Hauptabteilung



DRG-Systementwicklung





DRG-Systementwicklung

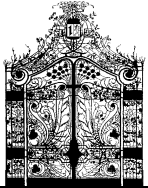
Kalkulation der Fallkosten in den Krankenhäusern

Kostenstellenverrechnung

- ⇒ **Datenjahr 2003 (System 2004): drei alternativ zugelassene Vorgehensweisen**
 - **Alternative 1: Innerbetriebliche Leistungsverrechnung (IBLV)**
 - **Alternative 2: Vereinfachtes Umlageverfahren (VUV)**
 - **Alternative 3: Mischverfahren**
- ⇒ **Datenjahr 2006 (System 2008)**
 - **nur noch IBLV für die Verrechnung der Infrastrukturkosten zulässig**
 - **Abfrage der eingesetzten Verrechnungsschlüssel, um perspektivisch eine Vereinheitlichung der Schlüsselgrößen je Leistungsbereich zu erreichen**

Verrechnungsschlüssel

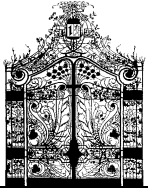
- ⇒ **Verschärfungen der Vorgabe von Verrechnungsschlüsseln**
 - **„ungewichtete“ Intensivstunden ab Datenjahr 2006 nicht mehr zulässig**
 - **„Anzahl Geburten“ ab Datenjahr 2007 nicht mehr zulässig**



DRG-Systementwicklung

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

- ⇒ Kalkulationsbasis geringfügig kleiner als im Vorjahr
- ⇒ Verbesserte Datenqualität als Ergebnis einer strikteren Plausibilisierung
- ⇒ 66 belegärztliche DRGs konnten eigenständig kalkuliert werden (64 im Vorjahr)
- ⇒ Diese decken ca. 65 Prozent aller Belegfälle in deutschen Krankenhäusern ab
- ⇒ Bei den nicht kalkulierten belegärztlichen DRGs wie in den Vorjahren regelhafte Ableitung der Relativgewichte aus denen der entsprechenden DRGs der Hauptabteilungen durch
 - Abzug der Arztkosten
 - Verweildaueranpassung einzelner Kostenblöcke (soweit die Daten nach § 21 KHEntgG Verweildauerunterschiede zwischen Behandlungsfällen in Haupt- und Belegabteilungen zeigen)



DRG-Systementwicklung

Katalog bei belegärztlicher Versorgung

- ⇒ Die G-DRG-Kalkulation kann nur auf geltendem Finanzierungsrecht basieren

Belegarztsystem

- ⇒ (Auch) die stationären ärztlichen Leistungen des Belegarztes sind vertragsärztliche Leistungen und werden vom Belegarzt gegenüber seiner KV abgerechnet
- ⇒ Krankenhaus: Für Belegpatienten sind gesonderte Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 17b des KHG zu vereinbaren

Problematik

- ⇒ Gefährdung des Belegarztwesens durch massiven Rückgang der Honorierung der Belegärzte (Abrechnung nach EBM und Honorarverteilungsverträgen/HVV)



DRG-Systementwicklung

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Anzahl DRGs	664	824	878	954	1.082	1.137
- bewertet (Hauptabt., Anlage 1 Teil a)	642	806	845	912	1.035	1.089
- teilstationär (Anlage 1 Teil c)	--	--	--	2	5	5
- nicht bewertet (Anlage 3)	22	18	33	40	42	43
Anzahl Zusatzentgelte	--	26	71	83	105	115
- bewertet (Anlage 2)	--	1	35	41	59	64
- nicht bewertet (Anlage 4)	--	25	36	42	46	51
- differenzierte Preise (Anlage 2 und 5)	--	--	387	594	794	821

Entwicklung der Kalkulationsstichprobe

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Krankenhäuser	116	144	148	214	225	221
Rohdaten	633.577	2.825.650	2.738.002	3.531.760	4.239.365	
Daten nach Plausibilisierung	494.325	2.210.553	2.323.388	2.851.819	2.863.115	



DRG-Systementwicklung

Jahr	2003	2004	2005	2006	2007	2008
DRGs (Belegabteilung)	642	739	762	748	771	933
Änderung (absolut zum Vorjahr)		+ 97	+ 23	- 14	+ 23	+ 162
Änderung (in Prozent zum Vorjahr)		+ 15,1%	+ 3,1%	- 1,8%	+ 3,1%	+ 21,0%

■ **In 2008:**

Ausschließlich bei 66 DRGs wurden Fälle zur Kalkulation zu Grunde gelegt*

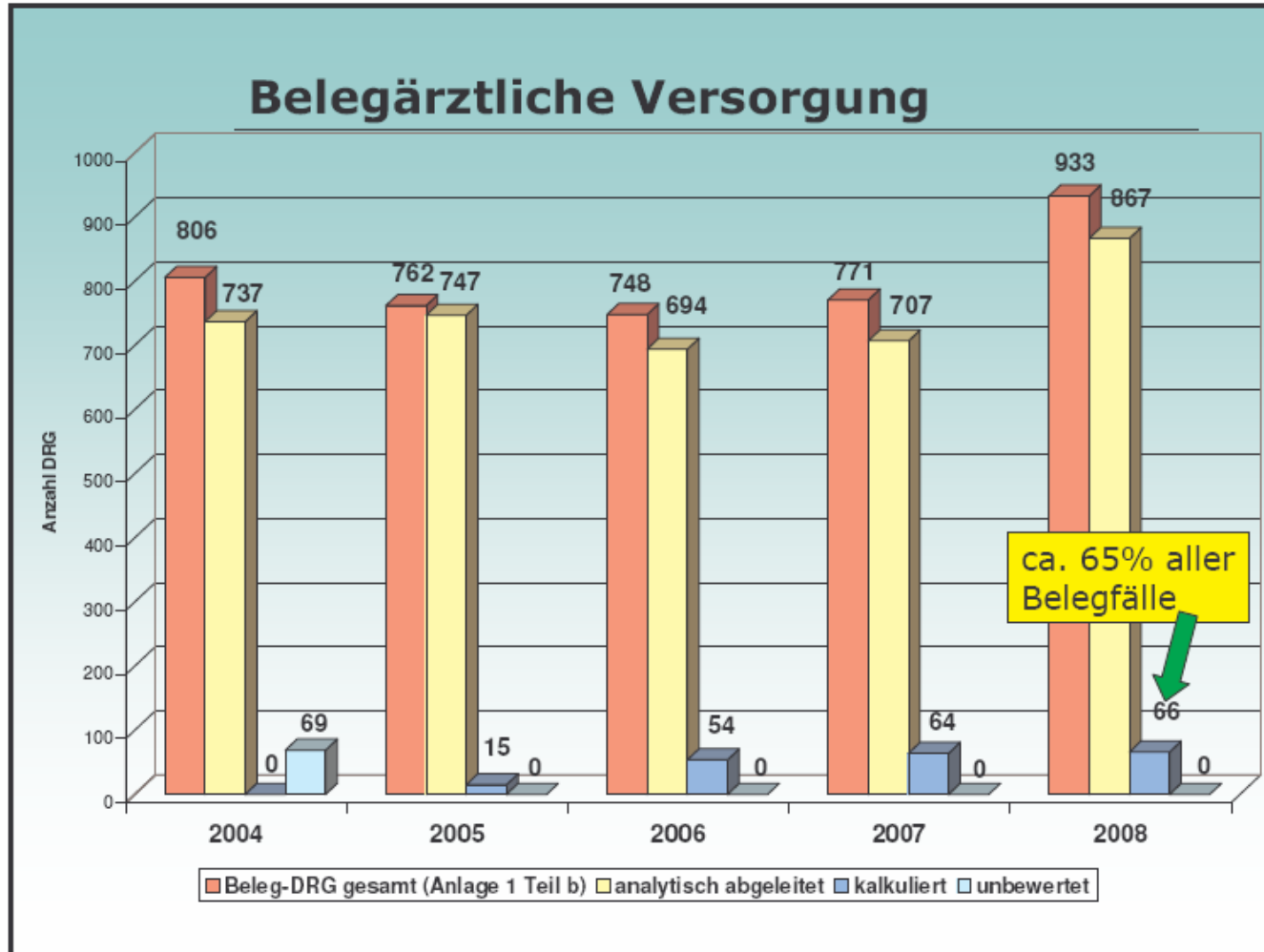
■ **Bei 867 DRGs (= 92,9%) wurde der Arztkostenanteil abgezogen**

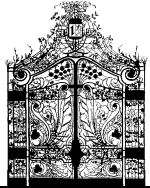
Widerspruch: Ausbau der Beleg-DRGs vs. Erosion des Belegarztwesens

* Quelle: Statistischer Bericht des InEK zum Fallpauschalenkatalog 2008, veröffentlicht am 17.08.2007.



DRG-Systementwicklung

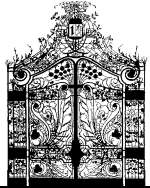




DRG-Systementwicklung

Deutliche Erhöhung des Homogenitätskoeffizienten (HK)

HK-Klassen	Anteil DRG kalkuliert 2008	Anteil DRG kalkuliert 2007
65% bis unter 72,5%	24,2%	28,1%
75% bis unter 80%	40,9%	48,4%
Über 80%	34,8%	23,4%
Gew. Mittelwert HK	78,1%	76,4%
Minimum HK	66,3%	65,4%
Maximum HK	87,4%	84,6%

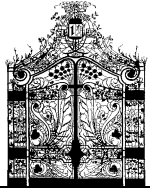


DRG-Systementwicklung

Verweildaueranalyse Haupt- und Belegabteilungsfälle

Mittlere Verweildauer	Katalog 2008		Katalog 2007	
	Anzahl DRG	Anteil BA-Fälle	Anzahl DRG	Anteil BA-Fälle
Identisch	386	9%	18	2%
Hauptabteilung höher	381	60%	559	74%
Belegabteilung höher	149	31%	179	24%

(Datenbasis: §21-Daten, med. plausibilisiert, ohne Mischfälle, ohne explizite Ein-Belegungstag-DRGs)



DRG-Systementwicklung

Differenz Bewertungsrelation	DRGs kalkuliert	DRGs abgeleitet
Bis 10%	3	236
Über 10% bis 20%	4	558
Über 20% bis 30%	19	73
Über 30% bis 40%	33	
Über 40% bis 50%	7	
Mittelwert (ungew.)	31,2%	12,7%

Tabelle 9: Differenz Bewertungsrelation Belegabteilung zu Bewertungsrelation Hauptabteilung



DRG Katalog

Hauptabteilung

5	DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweil- dauer ¹⁾
6	1	2	3	4	5	6
521	H07A	O	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierenden Prozeduren	2,647		14,5
522	H07B	O	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozeduren	1,642		10,8
523	H08A	O	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose	1,805		13,3
524	H08B	O	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose	0,896		5,4

Belegabteilung

5	DRG	Parti- tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation be Belegoperator	Bewertungsrelation be Belegoperator und Beleganästhesist	Bewertungsrelation be Belegoperator und Beleghebamme	Bewertungsrelation be Belegoperator, -anästhesist und -hebamme	Mittlere Verweil- dauer ¹⁾
6	1	2	3	4	5	6	7	8
445	H07B	O	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozeduren	1,320	1,247			9,3
446	H08A	O	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose	1,551	1,489			13,3
447	H08B	O	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose	0,724	0,667			4,8



Erlösvergleich

5	DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelati Hauptabteilun
6	1	2	3	4
521	H07A	0	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierenden Prozeduren	2,647
522	H07B	0	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozeduren	1,642
523	H08A	0	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose	1,805
524	H08B	0	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose	0,896

2800 € x 0,896

2508,80 Erlös

5	DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelation be Belegoperator	Bewertungsrelation be Belegoperator und Beleganästhesist	Bewertungsrelation be Belegoperator und Beleghebamme	Bewertungsrelation be Belegoperator, -anästhesist und -hebamme	Mittlere Verweil- dauer ¹⁾
6	1	2	3	4	5	6	7	8
445	H07B	0	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozeduren	1,320	1,247			9,3
446	H08A	0	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose	1,551	1,489			13,3
447	H08B	0	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose	0,724	0,667			4,8



Erlösvergleich Lap. Galle

5	DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelati Hauptabteilun
6	1	2	3	4
521	H07A	0	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierenden Prozeduren	2,647
522	H07B	0	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozeduren	1,642
523	H08A	0	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose	1,805
524	H08B	0	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose	0,896

2800 € x 0,896

2508,80 Erlös

5	DRG			Bewertungsrelation be Belegoperator	Bewertungsrelation be Belegoperator und Beleganästhesist	Bewertungsrelation be Belegoperator und Beleghebamme	Bewertungsrelation be Belegoperator, -anästhesist und -hebamme	Mittlere Verweil- dauer ¹⁾
6	1			4	5	6	7	8
445	H07B		ohne	1,320	1,247			9,3
446	H08A		komplizierender Diagnose	1,551	1,489			13,3
447	H08B	0	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose	0,724	0,667			4,8

2800 € x 0,724

2027,20 Erlös



Erlösvergleich Lap. Galle

5	DRG	Parti-tion	Bezeichnung	Bewertungsrelati Hauptabteilun
6	1	2	3	4
521	H07A	0	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierenden Prozeduren	2,647
522	H07B	0	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozeduren	1,642
523	H08A	0	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose	1,805
524	H08B	0	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose	0,896

$2800 \text{ €} \times 0,896$

2508,80 Erlös

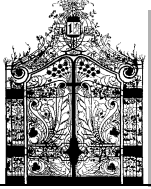
5	DRG			Bewertungsrelation be Belegoperator	Bewertungsrelation be Belegoperator und Beleganästhesist	tion be ur und ime	tion be eur, und e
6	1			4	5		
445	H07B		ohne	1,320	1,247		
446	H08A		komplizierender Diagnose	1,551	1,489		
447	H08B	0	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose	0,724	0,667		4,8

$2800 \text{ €} \times 0,724$

2027,20 Erlös

$2800 \text{ €} \times 0,667$

1857,60 Erlös



Erlösvergleich Lap. Galle

Hauptabteilung:	2508,80 €
Beleghaus ohne Operateur:	2027,20 €
Beleghaus ohne Operateur / Anästhesist:	1857,60 €
<u>Anteil Anästhesie:</u>	<u>169,60</u>



DRG Reportbrowser 2008 BA

G-DRG Browser - [G-DRG Browser BA Version 2008]

File Edit View Insert Format Data Sets Extras Window ?

MDC:

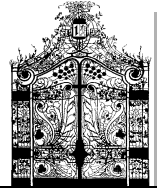
DRG:

Daten:

Profile: Recherche

Profil:

- D61B: Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) mit Hörverlust oder Tinnitus, außer komplexe Gleichgewichtsstörung
- D61C: Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) ohne Hörverlust oder Tinnitus
- D62Z: Epistaxis oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre
- D66Z: Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals
- G24Z: Eingriffe bei Bauchwandhernien, Nabelhernien und anderen Hernien, Alter > 0 Jahre oder beidseitige Eingriffe bei Leisten
- I16Z: Andere Eingriffe am Schultergelenk
- I18B: Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre
- I20E: Eingriffe am Fuß, ohne komplexen Eingriff, ohne schweren Weichteilschaden, Alter > 15 Jahre, ohne Knochentransplantation
- I23B: Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Entfernung von
- I24Z: Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm
- I27C: Eingriffe am Weichteilgewebe ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung
- I30Z: Komplexe Eingriffe am Kniegelenk
- I44B: Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne ä
- I47B: Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrolyse, ohne äußerst schwere CC, Alter
- I53Z: Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff
- I68C: Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter > 55
- I68E: Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag
- J23Z: Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung
- J24D: Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff
- L06B: Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC
- L17B: Andere Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre
- L20C: Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne extrakorporale Stoßwellenlitho
- L40Z: Diagnostische Ureterorenoskopie
- L63F: Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre
- L64A: Harnsteine und Harnwegsobstruktion, Alter > 75 Jahre od. mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktu



Erlösvergleich

HA	M02Z	O	Transurethrale Prostataresektion	1,033		7,4
BA	M02Z	O	Transurethrale Prostataresektion		0,739	0,695

Anteil Anästhesie über Bewertungsrelation: 112 €

12

MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane

Anz. DRGs: 4

N: 1.483

Fallzahl Normalliegender

690

v. MDC: 46,53%

v. gesamt: 2,11%

Verweildauer

Kurzlieger	0,14%
Normalliegender	94,52%
Langlieger	5,34%

PCCL

0	69,71%
1	0,00%
2	18,12%
3	10,29%
4	1,88%

Profil drucken...

Geschlecht

Männlich	100,00%
Weiblich	0,00%
Unbestimmt	0,00%

Fallkosten

Arith. MW	1.981,7
Std. Abw.	610,5

Alter

< 28 Tage	0,00%	30 - 39 Jahre	0,29%
28 T. - < 1 Jahr	0,00%	40 - 49 Jahre	1,01%
1 - 2 Jahre	0,00%	50 - 54 Jahre	2,75%

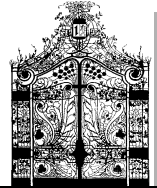
Arzt Anästhesie:
120 €

Gesamt
Anästhesie: 288 €

Hauptdiagnosen | Nebendiagnosen

Kosten | Recherche

Kostenbereich	Personalkosten:		Sachkosten:				Pers. - u. Sachk.		Summe		
	Pflegedienst	med./techn. Dienst	Arzneimittel		Implantate / Transplant.	Übriger med. Bedarf		med. Infrastruktur		nicht-Infrastruktur	
	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8		
01. Normalstation	0,7	505,1	17,5	46,4	2,1	0,0	50,5	2,7	62,8	446,0	1.134,1
02. Intensivstation	7,6	10,6	0,1	2,0	0,0	0,0	1,5	0,0	1,1	4,9	27,8
04. OP-Bereich	0,0	0,0	145,8	10,3	0,7	0,3	103,1	3,9	41,5	116,9	422,6
05. Anästhesie	120,0	0,0	87,8	10,9	0,1	0,0	20,0	0,4	13,2	35,5	288,0
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,3	1,2
09. Radiologie	2,9	0,0	9,9	0,2	0,0	0,0	3,4	0,0	1,4	6,0	23,7
10. Laboratorien	1,2	0,0	27,8	1,0	2,3	0,0	10,6	0,2	4,0	12,9	59,9
11. Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche	6,6	0,1	9,4	0,2	0,0	0,0	0,8	0,1	1,2	6,2	24,6
Summe:	139,3	515,8	298,7	71,1	5,2	0,3	190,0	7,2	125,3	629,0	1.981,8



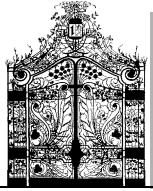
Erlösvergleich

HA	M02Z	O	Transurethrale Prostataresektion	1,033		7,4
BA	M02Z	O	Transurethrale Prostataresektion		0,739	0,695

Anteil Anästhesie über Bewertungsrelation: 112 €

Anteil Anästhesie – Arzt über Kalkulationsmatrix: 120 €

Anteil Gesamtanästhesie über Kalkulationsmatrix: 288 €



Zusammenfassung I

- In den Bewertungsrelationen des Fallpauschalkatalogs kann der Bewertungsanteil Anästhesie nur den Bereich Arzt-Anästhesie abbilden und nicht die Gesamtkosten Anästhesie.



M02Z: Transurethrale Prostatektomie

Zurücksetzen

12

MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane

Anz. DRGs: 4

N: 1.483

Fallzahl Normallieger

690
v. MDC: 46,53%
v. gesamt: 2,11%

Bewertungsrelation

0,739

Verweildauer

Kurzlieger	0,14%
Normallieger	94,52%
Langlieger	5,34%
1. Tag mit Abschlag	1
1. Tag zus. Entgelt	13
Mittl. arithm. VWD	7,0
Standardabw. VWD	2,2

PCCL

0	69,71%
1	0,00%
2	18,12%
3	10,29%
4	1,88%

Profil drucken...

Geschlecht

Männlich	100,00%
Weiblich	0,00%
Unbestimmt	0,00%

Fallkosten

Arith. MW	1.981,79
Std. Abw.	610,54

Alter

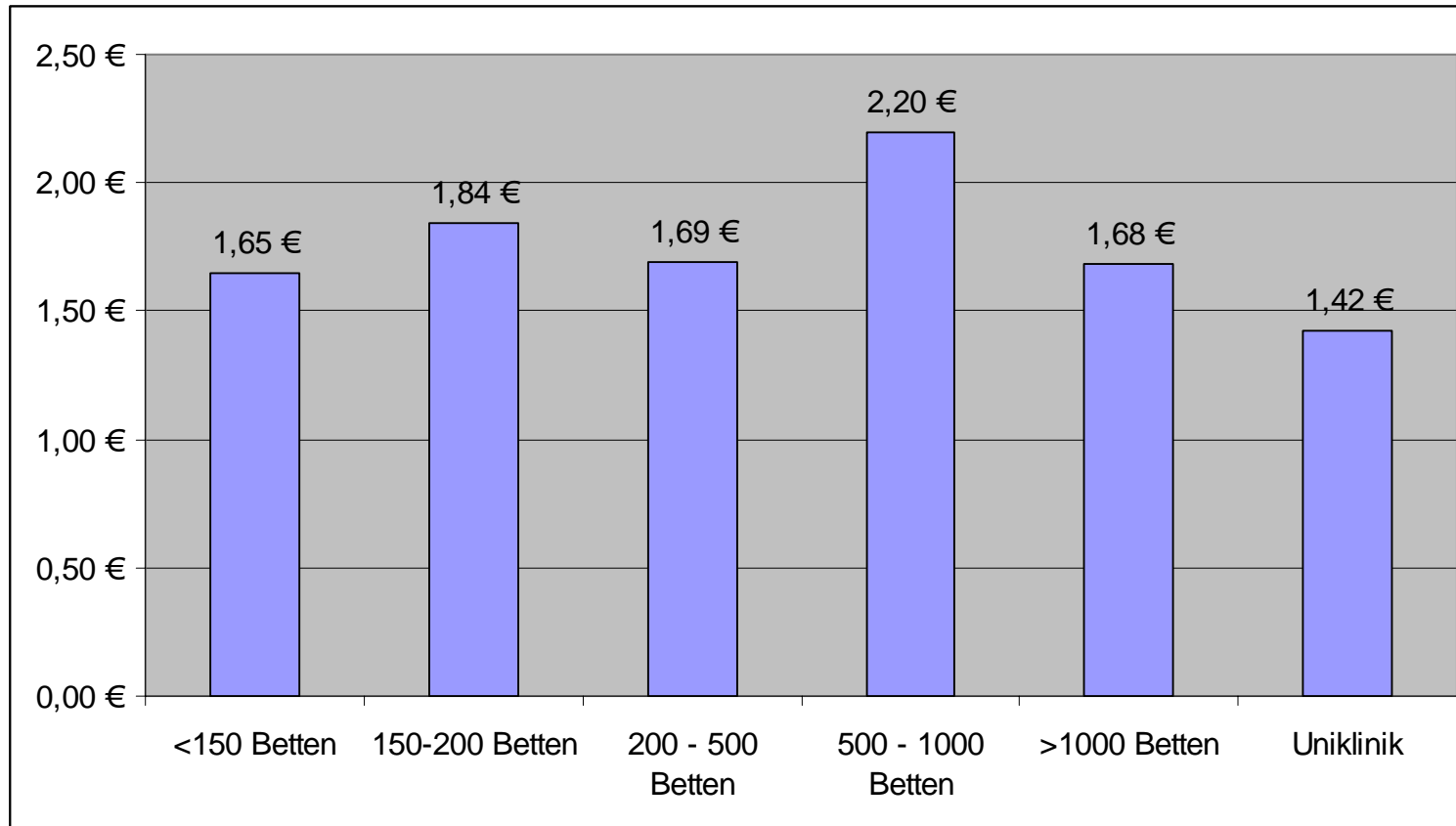
< 28 Tage	0,00%	30 - 39 Jahre	0,29%
28 T. - < 1 Jahr	0,00%	40 - 49 Jahre	1,01%
1 - 2 Jahre	0,00%	50 - 54 Jahre	2,75%
3 - 5 Jahre	0,00%	55 - 59 Jahre	6,52%
6 - 9 Jahre	0,00%	60 - 64 Jahre	12,61%
10 - 15 Jahre	0,00%	65 - 74 Jahre	47,39%
16 - 17 Jahre	0,00%	75 - 79 Jahre	19,86%
18 - 29 Jahre	0,00%	30 Jahre u. älter	9,57%

Hauptdiagnosen Nebendiagnosen Prozeduren Kosten Recherche

	Kode	OK	Nebendiagnose	Fälle	Prozent (F)	Nennungen	Prozent (N)
▶	I10.00	<input type="checkbox"/>	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven	122	17,68%	123	7,57%
	I10.90	<input type="checkbox"/>	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer	110	15,94%	110	6,77%
	N35.9	<input type="checkbox"/>	Harnröhrenstriktur, nicht näher bezeichnet	91	13,19%	91	5,60%
	E11.90	<input type="checkbox"/>	Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] c	75	10,87%	75	4,62%
	N32.0	<input type="checkbox"/>	Blasenhalsobstruktion	62	8,99%	62	3,82%
	R33	<input type="checkbox"/>	Harnverhaltung	56	8,12%	56	3,45%
	N40	<input type="checkbox"/>	Prostatahyperplasie	37	5,36%	37	2,28%
	N39.0	<input type="checkbox"/>	Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet	36	5,22%	41	2,52%
	R31	<input type="checkbox"/>	Nicht näher bezeichnete Hämaturie	27	3,91%	27	1,66%
	I25.9	<input type="checkbox"/>	Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	25	3,62%	25	1,54%
	J44.99	<input type="checkbox"/>	Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: F	23	3,33%	23	1,42%
	N41.1	<input type="checkbox"/>	Chronische Prostatitis	22	3,19%	22	1,35%
	E78.5	<input type="checkbox"/>	Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet	22	3,19%	22	1,35%
	B96.2	<input type="checkbox"/>	Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobakteriaceen als Ursac	21	3,04%	21	1,29%
	N32.8	<input type="checkbox"/>	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Harnblase	20	2,90%	20	1,23%
	Z92.1	<input type="checkbox"/>	Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in der Eigenana	20	2,90%	20	1,23%
	N34.1	<input type="checkbox"/>	Unspezifische Urethritis	20	2,90%	20	1,23%
	I50.9	<input type="checkbox"/>	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	18	2,61%	18	1,11%
	N21.0	<input type="checkbox"/>	Stein in der Harnblase	16	2,32%	16	0,98%
	Z86.7	<input type="checkbox"/>	Krankheiten des Kreislaufsystems in der Eigenanamnese	15	2,17%	15	0,92%



Anästhesieleistung



Personalkosten I (ÄD Anästhesie) pro Minute reine Anästhesiezeit im Regeldienst, Medianwerte

12 MDC 12 Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane Anz. DRGs: 4 N: 1.483

Fallzahl Normalliegender

690
v. MDC: 46,53%
v. gesamt: 2,11%

Bewertungsrelation

0,739

Verweildauer

Kurzlieger	0,14%
Normalliegender	94,52%
Langlieger	5,34%
1. Tag mit Abschlag	1
1. Tag zus. Entgelt	13
Mittl. arithm. VWD	7,0
Standardabw. VWD	2,2

PCCL

0	69,71%
1	0,00%
2	18,12%
3	10,29%
4	1,88%

Profil drucken...

Geschlecht

Männlich	100,00%
Weiblich	0,00%
Unbestimmt	0,00%

Fallkosten

Arith. MW	1.981,79
Std. Abw.	610,54

Alter

< 28 Tage	0,00%	30 - 39 Jahre	0,29%
28 T. - < 1 Jahr	0,00%	40 - 49 Jahre	1,01%
1 - 2 Jahre	0,00%	50 - 54 Jahre	2,75%
3 - 5 Jahre	0,00%	55 - 59 Jahre	6,52%
6 - 9 Jahre	0,00%	60 - 64 Jahre	12,61%
10 - 15 Jahre	0,00%	65 - 74 Jahre	47,39%
16 - 17 Jahre	0,00%	75 - 79 Jahre	19,86%
18 - 29 Jahre	0,00%	30 Jahre u. älter	9,57%

Hauptdiagnosen Nebendiagnosen Prozeduren **Kosten** Recherche

Kostenbereich	Personalkosten:		Sachkosten:					Pers.- u. Sachkosten:		Summe	
	Arzt/dienst	med./techn. Dienst	Arzneimittel	Implantate / Transplant.	Übriger med. Bedarf	med. Infrastruktur	nicht med. Infrastruktur				
	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8			
01. Normalstation	5,1	17,5	46,4	2,1	0,0	50,5	2,7	62,8	446,4	1.134,1	
02. Intensivstation	10,6	0,1	2,0	0,0	0,0	1,5	0,0	1,1	4,9	27,8	
04. OP-Bereich	0,0	0,0	148,8	10,3	0,7	0,3	103,1	3,9	41,3	116,9	422,8
05. Anästhesie	120,0	0,0	87,8	10,9	0,1	0,0	20,0	0,4	13,2	35,5	288,0
07. Kardiologische Diagnostik / Therapie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
08. Endoskopische Diagnostik / Therapie	0,3	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	0,3	1,2
09. Radiologie	2,9	0,0	9,9	0,2	0,0	0,0	3,4	0,0	1,4	6,0	23,7
10. Laboratorien	1,2	0,0	27,8	1,0	2,3	0,0	10,6	0,2	4,0	12,9	59,9
11. Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche	6,6	0,1	9,4	0,2	0,0	0,0	0,8	0,1	1,2	6,2	24,6

120 €

120 Min
1,80 € ≈ 66Min. mögliche AZ ÄD Anästhesie

Summe	139,3	515,8	298,7	71,1	5,2	0,3	190,0	7,2	125,3	629,0	1.981,8
-------	-------	-------	-------	------	-----	-----	-------	-----	-------	-------	---------



Zusammenfassung II

Vertragsärzte können nur das abrechnen, was im EBM steht.

- Erlaubnisvorbehalt

Krankenhäuser dürfen alles abrechnen, was nicht ausdrücklich verboten ist.

- Verbotsvorbehalt

Die DRGs mit hoher Flexibilität bei Innovationen führen zu immer mehr

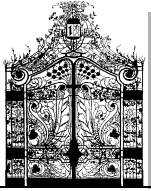
- Leistungen, die nicht im EBM stehen.
- Die DRG ist abrechenbar, die Arztleistung nicht!



Zusammenfassung III

Nutzung der Optionen des Vertragsärztsänderungsgesetzes!

- Vertragsarzt ohne Belegarztzulassung kann ambulant und stationär arbeiten (Nebentätigkeit)
- Umwandlung Belegarzt in Konsiliararzt (ggf. sogar Hauptabteilung) – Vertragsregelung mit KH



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit

