

# Kostenkalkulation DFS (Zusammenfassung)

**Ziel:** Berechnung der notwendigen Vergütung, um einen Tätigkeitsbereich DFS mit dem gleichem Ertrag zu betreiben wie die durchschnittliche inter-nistische Tätigkeit. Diese ist bezüglich der Kostenstruktur mit der speziali-sierten Arbeit am DFS am ehesten vergleichbar. Daneben soll die Vergü-tung gerecht sein (die Einrichtungen, in denen sich die schwerer Erkrank-ten und MRSA-Fälle sammeln, dürfen nicht benachteiligt sein), die richti-gen Anreize bieten (besser fallbezogen als pro Kontakt oder pro Quartal) und justitiabel sein (Grenze zwischen Wagner 2 und 3 härter als zwischen Wagner 1 und 2).

**Voraussetzung:** Struktur mit 2-3 Verbandsräumen, einem MRSA-Ausweichraum und 2 spezialisierten Assistenzkräften, von denen minde-stens eine bei jeder Fußsprechstunde anwesend ist. Weitere typische Netzstrukturen zur Verfügung. DNOAP und Wunde können parallel abge-rechnet werden, ebenso der MRSA-Mehraufwand.

Notwendige Arztzeiten: Erstkontakt 60-70 Minuten (bezieht sich auf die Maßnahmen bei Erstvorstellung, auch wenn über die ersten Vorstellungen verteilt erbracht), Folgekontakte 10 Minuten, Abschlußkontakt 20 Minuten Mehraufwand MRSA: x 2,5 (Häufigkeit: ca. 10% in Köln/Leverkusen 2005/2006).

## **Berechnung:**

Kosten: 59 % der Einnahmen (Quelle KV)  
Ertrag: 47 Euro pro Stunde  
Notwendiger Umsatz: 115 Euro pro Stunde  
Risikoausgleich, je nach lokaler Situation anzupassen, abhängig z.B. vom Prozentsatz einschreibefähiger Patienten; angenommener Risikoaus-gleich: 25 %  
Korr. notw. Umsatz in der IV.: 145 Euro / Stunde

## **Ergebnisse:**

Durchschnittliche Wochen, Anzahl an Folgekontakten, Häufigkeitsvertei-lung, notwendige Vergütung pro Fall (d.h. von Beginn der Vorstellung mit Wunde / DNOAP bis zur belastungsstabilen Abheilung der letzten Läsion):

Wagner 0	0		
Wagner 1	9	42%	416 Euro
Wagner 2	14	27%	568 Euro
Wagner 3	21	22%	777 Euro
Wagner 4	25	5%	878 Euro
DNOAP o. Wunde	25	4%	814 Euro
MRSA			1170 Euro

Davon ist die aktuelle DFS-bezogene Vergütung abzuziehen, um das Fi-nanzierungsdefizit zu ermitteln, das über die integrierte Versorgung ge-deckt werden soll.

**Hintergründe:** Zur Honorierung eines neuen Tätigkeitsbereiches DFS sind verschiedene Punkte zu bedenken:

1. 20% weniger Umsatz bei unserer Struktur 50% weniger Gewinn, da die Kosten gleich bleiben.

2. In anderen Modellen gab es teilweise die Schwierigkeit, dass 'ungünstigere' Risiken in andere Wege umgelenkt wurden. Beim DFS werden diese Patienten dann noch teurer. Daher muß transparent und glaubhaft gemacht werden, dass eine Risikoselektion im Netzwerk Diabetischer Fuß bei ausreichender Honorierung nicht passiert und eine Unterfinanzierung sich auch für die Kostenträger nicht lohnt.

3. Manche Ärzte fassen die Behandlung von DFS-Patienten derzeit gezwungenermaßen als Hobby auf und behandeln sie z.B. am Mittwoch nachmittag fast ohne Vergütung. Wenn Sie dafür etwas mehr Geld bekommen liegt der Gedanke „immerhin etwas“ nahe. Durch die Begleiteffekte des Vertrages kommen mehr Patienten und der Tätigkeitsbereich DFS wächst, ohne rentabel zu sein. Da die Arzt-Arbeitszeit aber nicht unbegrenzt ist und auch Mehrbelastungen durch die Vertragsabwicklung, Evaluierung etc. entstehen, steht für die übrige Arbeit weniger Zeit zur Verfügung. Bei maximalem Engagement sinkt somit der Gewinn.

**Abschluß:** Aus den Erfahrungen der ersten 2 Jahre IV des DFS in Köln/Leverkusen zeigt sich, dass mit diesen Abrechnungsmöglichkeiten der Geschäftsbereich DFS ertragsgleich zur übrigen Tätigkeit erbracht werden kann.

Köln/Leverkusen, 29.4.2007