

Neue Ziffern für den Notdienst

Erschweris-Zuschläge und eine Pauschale für Patienten, die in der Notaufnahme eigentlich nichts zu suchen haben: Die Reform des Notdiensthonorars zum 1. April kommenden Jahres ist beschlossene Sache.

Von Christoph Winnat



Zweifelsfrei ein Notfall. Kliniken klagen aber auch über viele Patienten, die ohne echten medizinischen Grund in die Notaufnahme kommen. Fürs Wegschieben gibt es künftig erstmals eine Vergütung. © Photographee.eu/ fotolia.com

BERLIN. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist's zufrieden, die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist es nicht: Der Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses zur Honorarreform im Notfall- und Bereitschaftsdienst kann die Wogen nicht glätten, die im Vorfeld aufbrandeten, als sich KBV und DKG einen Schlagabtausch zur Einschätzung der Finanzierungslücken lieferten, unter denen die Notfallambulanzen der Kliniken vermeintlich leiden – oder auch nicht.

Die Vergütung der Notfallambulanzen werde mit den jetzt beschlossenen neuen EBM-Ziffern „auch noch verschlechtert“, beklagt sich die DKG. KBV-Chef Dr. Andreas Gassen nennt den Beschluss eine „gute Entscheidung für die Patienten“ und bedauert, „dass die DKG ihren ideologischen Graben an dieser Stelle nicht aufgibt“.

Die Neuregelungen treten am 1. April 2017 in Kraft. Zum einen beinhalten sie diagnose- und aufwandabhängige Schweregradzuschläge. Zum zweiten wird eine neue „Abklärungspauschale“ eingeführt, die für Patienten abgerechnet werden kann, die keinen Notfall darstellen und deshalb an die reguläre vertragsärztliche Versorgung verwiesen werden können. Diese Pauschale hatte sich die Klinikseite ausdrücklich gewünscht. Gleichwohl löst die Honorarbemessung mit 4,74 Euro bei der DKG „blankes Entsetzen“ aus. Das sei eine „diskreditierende Bewertung ärztlicher Leistungen“, da eine vernünftige medizinische Abklärung erfahrungsgemäß nicht in zwei Minuten zu machen sei. Genau diesen Zeitaufwand, erläuterte auf Anfrage ein DKG-Sprecher, hätten GKV-Spitzenverband und KBV aber mit dem Punktzahl-Kalkül zugrunde gelegt. Es gehe nicht um Abklärung, sondern vielmehr darum, „die Patienten rauszuwerfen“.

Die neuen EBM-Ziffern für den ärztlichen Notdienst im Einzelnen, zunächst die drei Schweregradzuschläge:

- GOP 01223 – Zuschlag zur Notfallpauschale 01210 wochentags von 7 bis 19 Uhr. Berechnungsfähig in Abhängigkeit bestimmter Diagnosen (siehe nebenstehende Auflistung); 128 Punkte, einmal im Behandlungsfall.
- GOP 01224 – Zuschlag zur Notfallpauschale 01212, also in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen; 195 Punkte, einmal im Behandlungsfall.
- GOP 01226 – Zuschlag zur Notfallpauschale 01212 für Patienten mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, geriatrischem Versorgungsbedarf oder für Neugeborene und Kleinkinder (alle Voraussetzungen s. nebenstehende Auflistung); 90 Punkte, einmal im Behandlungsfall. Der Schweregradzuschlag 01226 ist nicht neben den Zuschlägen 01223 und 01224 berechnungsfähig.

Teil zwei der überarbeiteten Notdienst-Vergütung bildet die einmal im Behandlungsfall mögliche Abklärungspauschale. Sie kann angesetzt werden, wenn ein Patient medizinisch unbegründet in der Notaufnahme erscheint und daher an die reguläre vertragsärztliche Versorgung verwiesen werden kann:

- GOP 01205 – für Patientenkontakte an Wochentagen und tagsüber; 45 Punkte.
- GOP 01207 – für Patientenkontakte nachts, an Wochenenden sowie an Feiertagen; 80 Punkte.

Zur Finanzierung der neuen GOP soll die Notfallpauschale 01210 ab 1. April kommenden Jahres leicht abgewertet werden (von 127 Punkten auf 120 Punkte). Konkreten Anlass zur Überarbeitung des Notdiensthonorars gab der Gesetzgeber mit einer Vorgabe im Krankenhausstrukturgesetz, der Bewertungsausschuss habe bis Ende 2016 „die Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im einheitlichen Bewertungsmaßstab nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren“. Neben der Einrichtung von Portalpraxen sollte dies ein weiterer Baustein im Bemühen sein, die Krankenhausambulanzen zu entlasten.

Denn dass „zu viele Patienten die Notaufnahmen aufsuchen, obwohl eigentlich der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst für sie zuständig ist“, so KBV-Chef Gassen, gilt als unbestritten. Die DKG spricht aktuell von „hohen Defiziten“, die den Kliniken durch den Notfalldienst entstehen. In einem Gutachten von 2015 war von rund einer Milliarde Euro Defizit die Rede, das die Kliniken jährlich durch Ambulanz-Leistungen erwirtschaften. Die KBV sieht das anders.

Voraussetzungen zur GOP 01226

- Behandlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern,
- Patienten mit erheblichen krankheitsbedingten kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen (außer in Folge der Einnahme psychotroper Substanzen).