

# Zimmermann



ZIMMERMANN  
RECHNET AB



Dr. Gerd W. Zimmermann ist seit 1979 als niedergelassener Allgemeinarzt in Hofheim/Taunus tätig und ebenso lange Mitglied im Deutschen Hausärzteverband. Er ist unser Gebührenordnungsexperte und schreibt regelmäßig für Sie.

## Notdienst-Abrechnung wird ab April kniffliger

Ab dem 1. April 2017 – und das ist kein Aprilscherz – gibt es für den Notfall- und Bereitschaftsdienst neue Abrechnungspositionen (GOP) im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Mehr Honorar wird über Schweregradzuschläge bei besonders aufwändigen Behandlungen gezahlt. Als Gegenpol kommt nur noch eine Abklärungspauschale zur Auszahlung für Patienten, die keine Notfallbehandlung brauchen. Finanziert wird das Ganze über eine gigantische Umverteilung beim Notdiensthonorar und vermutlich auch zu Lasten der Gesamtvergütung. Ob sich nach dem 1. April 2017 überhaupt noch Ärzte am Bereitschaftsdienst beteiligen, dürfte fraglich werden.

Der neue Beschluss zur Vergütung ambulanter Notfallleistungen sieht vor, dass bei Patienten mit definierten schweren Erkrankungen zusätzlich zur Nr. 01210 der Zuschlag nach Nr. 01223 EBM berechnet werden kann. Die Leistung ist mit 13,48 Euro (128 Punkten) bewertet und kann einmal im Behandlungsfall bei einer Behandlung am Tag zwischen 7 und 19 Uhr (außer an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24. und 31.12.) berechnet werden. Zur Finanzierung dieser Leistung wird die Vergütung der Nr.

01210 EBM um 0,70 Euro auf 12,55 Euro abgewertet. Die Behandlung eines Patienten mit einer solchen schweren Erkrankung erbringt damit ab 1. April 26,03 Euro.

Die Leistung nach Nr. 01212 EBM kann in solchen Fällen künftig um den Zuschlag nach Nr. 01224 EBM ergänzt werden, wenn der Patient in der Nacht zwischen 19 und 7 Uhr, ganztätig an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24. und 31.12. behandelt wurde. Die Leistung ist mit 20,53 Euro bewertet und kann ebenfalls nur einmal im Behandlungsfall berechnet werden.

Der erhöhte Aufwand, wie er aufgrund einer schwierigen Kommunikation bei bestimmten Grunderkrankungen auftritt, etwa einer Alzheimer Demenz oder wegen des Alters des Patienten (Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder), kann über die neue Nr. 01226 EBM als Zuschlag zur Nr. 01212 EBM berechnet werden. Eine Berechnung ist damit nur in der Nacht zwischen 19 und 7 Uhr, ganztätig an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24. und 31.12. möglich. Die Definition des betroffenen Patientenkreises ist beispielhaft gewählt, so dass ein Ansatz auch bei Patienten mit schweren kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Beeinträchtigungen, wie dies bei jeder Form der Demenz oder beim Parkinson-Syndrom der Fall ist, erfolgen kann. Denkbar wäre hier auch ein Ansatz bei Sprachschwierigkeiten, etwa bei Migranten. Der Zuschlag ist mit 9,48 Euro (90 Punkten) bewertet und kann einmal im Behandlungsfall berechnet werden. Mit der

### Neue Schweregradzuschläge

Bei solchen Diagnosen gibt es künftig mehr Geld im Bereitschaftsdienst:

- Frakturen im Bereich der Extremitäten proximal des Metacarpus und Metatarsus
- Schädel-Hirn-Trauma mit Bewusstlosigkeit von weniger als 30 Minuten (S06.0 und S06.70)
- Akute tiefe Beinvenenthrombose
- Hypertensive Krise
- Angina pectoris (ausgenommen: I20.9)
- Pneumonie
- Akute Divertikulitis

**Ausnahmeregelung:** Bei Patienten mit anderen Erkrankungen, die ebenfalls eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, können die Zuschläge nach den Nrn. 01223 und 01224 EBM im Einzelfall berechnet werden. Dafür ist eine ausführliche schriftliche Begründung erforderlich.

Nr. 01212 EBM ergibt sich damit ein Honorar von 29,83 Euro. Weiterhin können neben den Notfallpauschalen zusätzlich GOP zur Diagnostik und Therapie angesetzt werden.



Die neuen Schweregradzuschläge und die Abklärungspauschale führt praktisch dazu, dass Patienten im Bereitschaftsdienst künftig in drei „Klassen“ eingeteilt werden müssen:

- Schweregradpatienten erhalten zu den Grundziffern 01210/01212 EBM die erwähnten Zuschläge.
- Bei Patienten ohne einen solchen Schweregrad kommen nur die Grundziffern zum Ansatz.
- Patienten, die keine Notfälle sind, können nur noch nach den Nrn. 01205

oder 01207 EBM berechnet werden. Die Leistung nach Nr. 01205 EBM steht für den Einsatz zwischen 7 und 19 Uhr (außer an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24. und 31.12.) und ist mit 4,74 Euro (45 Punkte) bewertet. Die Nr. 01207 EBM kommt zwischen 19 und 7 Uhr, ganztätig an Wochenenden, Feiertagen sowie am 24. und 31.12. zum Ansatz und ist mit 8,42 Euro (80 Punkte) bewertet. Beide Leistungen können nur einmal im Behandlungsfall angesetzt werden. Zusätzlich sind, außer bildgebenden Verfahren, aber auch hier die neben den Nrn. 01210/01212 EBM berechnungsfähigen Leistungen möglich. Betroffen sind Patienten, die nicht notfallmäßig in der Notaufnahme im Krankenhaus oder im organisierten

Bereitschaftsdienst behandelt werden müssen und deshalb in eine Arztpraxis weitergeleitet werden können.

Diese im Grunde genommen in der Praxis kaum umsetzbare neue Form der Notfallabrechnung wird durch konkrete Vorgaben im EBM-Text schließlich noch erheblich verschlimmert. Dort ist nämlich geregelt, dass beim Ansatz der Nrn. 01205 oder 01207 EBM die Nrn. 01214, 01216 und 01218 EBM für Folgekontakte nur mit ausführlicher schriftlicher medizinischer Begründung berechnungsfähig sind.

Notfallambulanzen und Bereitschaftsdienstzentralen werden nach dem 1. April 2017 deshalb gut beraten sein, wenn sie ihre Einrichtung durch einen Sicherheitsdienst überwachen lassen.

## Regelflut bei NäPA-Leistungen

Seit 1. Juli 2016 gibt es neue EBM-Leistungen, wenn eine MFA den Patienten zur Leistungserbringung aufsucht. Die neuen Nrn. 38100 und 38105 EBM ersetzen dabei in identischer Form die bisherigen Nrn. 40240 und 40260 EBM (Hausbesuche und Mitbesuche weiterer Patienten durch eine MFA). Neu ist nur die Bewertung: Während die Nrn. 40240/40260 EBM mit 5,10/2,60 Euro vergütet wurden, erhält der Praxisinhaber jetzt 7,93/4,07 Euro.

An den in solchen Fällen per Delegation zusätzlich durch die MFA erbringbaren Leistungen ändert sich nichts. Delegierbar sind etwa Verbände, intramuskuläre Injektionen oder Laborleistungen wie Blutzuckermessungen. Die Besonderheit der Neuerung besteht allerdings darin, dass es nun Zuschläge nach den Nrn. 38200 und 38205 EBM gibt. Sie können den Nrn. 38100 und 38105 EBM zugesetzt werden, wenn

eine MFA mit der Qualifikation einer nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPA) im Sinne der Nrn. 03062 und 03063 EBM eingesetzt wird.



Angesichts der „Regelungsflut“ drängt sich die Frage auf: Was unterscheidet eine MFA mit NäPA-Qualifikation, deren Besuch nach Nrn. 38100 plus 38200 EBM bzw. bei Mitbesuchen nach den 38105 plus 38205 EBM berechnet werden kann, von den Besuchen der NäPA, die nach den Nrn. 03062/03064 oder 03065 EBM berechnungsfähig sind? Die Antwort hat viel mit dem Chaos zu tun, das seit geraumer Zeit bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) herrscht. Zunächst hatte man die NäPA geschaffen, um hausärztliche Praxen zu entlasten. Die Nrn. 03062 und 03063 EBM können nur im hausärztlichen Bereich berechnet werden. Sie setzen aber

NÄPA	KAPITEL 38
03062	38100
03064	38200
19,59 Euro	17,47 Euro
NÄPA	KAPITEL 38
03063	38105
03065	38205
14,32 Euro	12,85 Euro

Die Bewertung der NäPA-Ziffern unterscheidet sich kaum.

nach einem sehr komplizierten Berechnungsmodus Mindestfallzahlen in den Praxen voraus. Die KBV hat erkannt, dass diese Regelungen in vielen Praxen kontraproduktiv sind. Um die Zahl der Praxen zu steigern, die Praxisangestellte bei Hausbesuchen einsetzen können, hat sie nun die neuen Leistungen geschaffen. Dort gibt es nämlich keine Mindestfallzahlen als Leistungsvoraussetzung mehr. Außerdem wurde die Bewertung der NäPA-Leistungen ab 2017 erhöht, um auch einen betriebswirtschaftlichen Anreiz zu liefern (s. Tab.).

# Spätestens ab Mitte 2018 wird die Praxis (zwangs)digitalisiert

Ärzte und Psychotherapeuten sind seit 2011 mit eGK-fähigen Kartenterminals (Geräten, die eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) lesen können) ausgestattet. Diese Lesegeräte ermöglichen auch einen Datenabgleich. Updates können die Geräte um zusätzliche Funktionen erweitern. Die Aktualisierung der Versichertendaten – das sogenannte Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) – ist eine solche erste Online-Anwendung, die auf dieser Grundlage eingeführt werden soll.

Bei der Aktualisierung der Versichertendaten wird über eine Online-Verbindung zwischen der Praxis und der Krankenkasse des Patienten geprüft, ob die Versichertendaten (Name, Adresse, Versichertenstatus usw.) aktuell sind und die eGK gültig ist. Dadurch sollen ungültige, verloren und gestohlenen gemeldete Karten bei der Inanspruchnahme von Leistungen erkannt werden. Die Überprüfung der Daten erfolgt beim ersten Patientenbesuch im Quartal online, wenn die Karte eingelesen wird. Dabei werden die auf der eGK gespeicherten Stammdaten quasi automatisch aktualisiert.

Die Aktualisierung kann jedoch erst starten, wenn die Praxen an die Telematikinfrastruktur (TI) angebunden sind. Nach einer Probephase soll dies bis 2018 umgesetzt sein. Ab Juli 2018 sind dann alle Ärzte und Psychotherapeuten gesetzlich verpflichtet, die Versichertendaten auf der eGK online zu prüfen und zu aktualisieren. Allein dieser Vorgang dürfte viel Leerlauf in den Praxen bedeuten und kostbare Zeit, die eigentlich dem Patienten gewidmet werden sollte, verbrauchen.



*Wer die Rente in Sicht hat, sollte überlegen, ob er in die Technik für das VSDM noch investiert.*



Damit die Praxis an das System angebunden werden kann, braucht sie Konnektoren, die nach erfolgreicher Erprobungsphase wahrscheinlich Mitte 2017 am Markt verfügbar sind. Damit das funktioniert braucht man aber zusätzlich eine Praxiskarte (SMC-B), die man bei einem Trustcenter erhält, sobald ein Anschluss an die TI möglich ist. Kommen Praxisinhaber der Verpflichtung zum Versichertenstammdaten-

management nicht nach, droht ab dem 1. Juli 2018 eine Kürzung der Vergütung von pauschal einem Prozent und zwar so lange, bis die VSDM-Prüfung erfolgt. Auch die Praxissoftware muss natürlich entsprechend angepasst werden – und das kostet Geld. Wer als Hausarzt die Altersgrenze erreicht hat oder die Praxisaufgabe zeitnah bevorsteht, sollte sich deshalb überlegen, ob er die Umstellung noch mitmacht.

## Haben Sie Fragen zur Abrechnung und/oder zur Praxisführung?

Melden Sie diese Fragen an die Redaktion unter [info@medizinundmedien.eu](mailto:info@medizinundmedien.eu). Sie erhalten zeitnah eine persönliche Antwort. Allgemein relevante Themen werden veröffentlicht.