



© pla2na - stock.adobe.com

# Erlössicherung in der Notaufnahme

## Optimierungspotenziale in der ambulanten Notfallabrechnung

Von Ursula Klinger-Schindler und Dr. med. Susanne Hellmich

Die Abrechnung ambulanter Behandlungen in der Notaufnahme stellt für viele medizinische Einrichtungen eine Herausforderung dar. Nachfolgender Artikel informiert über die ambulante Abrechnungspraxis in Notaufnahmen an Krankenhäusern nach dem EBM und deren Sicherung

**Keywords:** Abrechnung, Notfallversorgung, Erlöse

Unter den Bedingungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind zahlreiche Faktoren zu berücksichtigen, um eine korrekte und vollständige Abrechnung in der Notaufnahme zu gewährleisten. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist seit 1987 ein zentraler Bestandteil der Abrechnungspraxis ambulanter Fallarten des deutschen Gesundheitssystems. Er dient der Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen, die von Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten und Krankenhausärzten erbracht werden, wenn über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet wird. Ziel des EBM als Gebührenordnungsgrundlage ist es, eine

einheitliche Bewertung der erbrachten Leistungen zu gewährleisten.

### Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM): Struktur und Aufbau

Der EBM gliedert sich für die Abrechnung ambulanter Fälle in der Notaufnahme in verschiedene Kapitel, die spezifische Leistungen der Fachrichtungen abdecken. Jede abrechnungsfähige Leistung ist durch eine eindeutige Gebührenordnungsposition (GOP) gekennzeichnet und mit einer Punktzahl bewertet. Diese Punktzahl wird mit einem jährlichen Orientierungswert multipliziert, um den Eurobetrag zu ermitteln, den die Krankenkasse an den Leistungserbringer zahlt. Der Orientierungswert wird jedes Jahr neu zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verhandelt. Der aktuelle Orientierungswert im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für 2025 beträgt 12,3934 Cent pro Punkt. Dies entspricht einer Erhöhung von 3,85 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die durchschnittliche Höhe der Abrechnungsleistung des

EBM wächst damit um ca. 4 Prozent pro Jahr. Ambulante Notaufnahmeleistungen werden im Honorarverteilungsmaßstab der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) im Vorwegabzug aus der Gesamtvergütung geregelt. Die ambulante Notfallbehandlung stellt daher grundsätzlich eine vertragsärztliche Leistung dar, jedoch können Patienten auch Krankenhäuser in Anspruch nehmen. Die Leistungen rechnet das Krankenhaus gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes ab. Daher stehen die abgerechneten Leistungen im Fokus der Kassenärztlichen Vereinigungen, in welchem Umfang eine wirtschaftliche Leistungserbringung gerechtfertigt ist.

### Relevante GOPs für die Notaufnahme

Für die Abrechnung ambulanter Behandlungen in der Notaufnahme sind insbesondere die GOPs aus den Kapiteln der arztgruppenübergreifenden allgemeinen EBM-Gebührenordnungspositionen relevant. Hierunter

fallen für die Erstinanspruchnahme folgende GOP:

- GOP 01210: Notfallpauschale für die Behandlung während der regulären Sprechzeiten an Werktagen zwischen 7 bis 19 Uhr 14,87 Euro/120 Punkte
- GOP 01212: Notfallpauschale für die Behandlung außerhalb der regulären Sprechzeiten ab 19 Uhr bis 7 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen 24,17 Euro/190 Punkte

Nicht immer ist dem medizinischen Leiter der Notaufnahme bekannt, dass der Leistungsumfang der beiden Notfallpauschalen

- die Triage,
- administrative Aufnahme des Patienten,
- Anamnese und körperliche Untersuchungen,
- Festlegung der erforderlichen diagnostischen Leistungen,
- Auswertung aller Befunde,
- Diagnosesicherung,
- Epikrise und
- einen Arztbrief umfasst.

Die diagnostischen Leistungen sind innerhalb des EBM in unterschiedlichen Kapiteln verankert und beinhalten Wundversorgungen, Laborleistungen, diagnostische Röntgenleistungen, Großgeräte, Ultraschallleistungen, Dauerkatheter-Leistungen, Infusionsleistungen und eine Verbandsleistung.

Die Sprechstundenbedarfsregelung hingegen ist regionalspezifisch in den jeweiligen KV-Bereichen geregelt, und umfasst Pauschalen wie Sachkosten nach Aufwand. Die Rahmenbedingun-

Notwendige im Rahmen der Erstversorgung umfassen. Häufig werden aber sehr viele medizinisch zum Teil nicht notwendige Leistungen im Rahmen einer ambulanten Notfallbehandlung beauftragt, erbracht und abgerechnet.

Aufgrund dieser Tatsache wurden verschiedene Grundsatzurteile ausgeur-

dizin e. V. (DGINA) aus dem Jahr 2015 auf 126 Euro. Da keine aktuellere Datenerhebung vorliegt, kann davon ausgegangen werden, dass dieser Wert bis zum Jahr 2025 deutlich überschritten wird. Demgegenüber stehen als Erlös durchschnittliche Fallwerte ambulanter Behandlungsfälle in der Notaufnahme von etwa 32 Euro. Somit lässt sich unschwer eine hochde-

**„Die durchschnittlichen Kosten eines ambulanten Notfalls am Krankenhaus beliefen sich laut dem Gutachten der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. (DGINA) aus dem Jahr 2015 auf 126 Euro. Da keine aktuellere Datenerhebung vorliegt, kann davon ausgegangen werden, dass dieser Wert bis zum Jahr 2025 deutlich überschritten wird.“**

teilt, die die Abrechnung von ambulanten Leistungen in der Notaufnahme beeinflussen. Sie beziehen sich immer auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Bei der Behandlung ist entscheidend, dass die erbrachten Leistungen medizinisch notwendig sind und nicht durch einen Vertragsarzt in der normalen Sprechstunde erbracht werden können. Daher beinhaltet der EBM seit 01.04.2017 auch sogenannte Abklärungs-Pauschalen nach der GOP 01205 und 01207, die durch das Krankenhaus bei Patienten abgerechnet werden sollen, die keine Notfallbehandlung in der Notaufnahme benötigen, und eine Versorgung

fizitäre Ausgaben-Einnahmensituation der Krankenhausnotaufnahme erkennen.

Wie aber gegensteuern, wenn die wichtigsten Kennzahlen weder den Medizinern noch den Mitarbeitern der Abrechnung oder des Controllings vollumfänglich bekannt sind?

Was genau muss ausgewertet werden, wenn in naher Zukunft im Rahmen der Krankenhausreform (KHVVVG) einige Notaufnahmen ganz schließen müssen, und sich die Patientenzahl in der eigenen Notaufnahme und damit auch die Zunahme ambulanter Abrechnungsfälle erhöht?

**„Die Sprechstundenbedarfsregelung hingegen ist regionalspezifisch in den jeweiligen KV-Bereichen geregelt, und umfasst Pauschalen wie Sachkosten nach Aufwand. Die Rahmenbedingungen und der Umfang der Sachkosten und Sprechstundenbedarfsregelungen müssen daher zwingend im jeweiligen KV-Bereich bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung hinterfragt werden.“**

gen und der Umfang der Sachkosten und Sprechstundenbedarfsregelungen müssen daher zwingend im jeweiligen KV-Bereich bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung hinterfragt werden.

Aus juristischer Sicht sollte der Behandlungsumfang eines ambulanten Notfalles immer nur das medizinisch

durch einen Vertragsarzt in der normalen Sprechstunde, oder eine Versorgung in der Bereitschaftspraxis ausreichend ist.

Die durchschnittlichen Kosten eines ambulanten Notfalls am Krankenhaus beliefen sich laut dem Gutachten der Deutschen Gesellschaft für interdisziplinäre Notfall- und Akutme-

#### **Prüfung KV-Honorarbescheides**

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) stellt den Leistungserbringenden Krankenhäusern in einem Zeitraum von bis zu sechs Monaten nach Abschluss des Abrechnungsquartals regelmäßig einen Honorarbescheid der Notfallambulanz aus, in denen die abgerechneten Leistungen hervorgehen, und die entsprechenden Zahlungen aufgeführt sind.

Die Voraussetzung, dass alle erbrachten Leistungen korrekt erfasst und bezahlt werden, ist nur dann gegeben, wenn diese Bescheide sorgfältig geprüft und ausgewertet werden.

Regelhaft kommt es zu sog. Absetzungen von Leistungen und damit Nichtbezahlung erbrachter Leistungen. Der KV-Honorarbescheid ist keinesfalls selbsterklärend. Um das volle ▶

| Zugefügte (+) und<br>berichtigte (-) GOP | Korrekturbetrag |
|--|-----------------|
| -32337(1x)                               | -9,50 €         |
| -32372(1x)                               | -5,40 €         |
| -32373(1x)                               | -4,20 €         |
| -32212(1x)                               | -17,80 €        |
| -32232(2x)                               | -13,80 €        |
| Summe:                                   | -21.764,73 €    |

Abb. 1: Absetzung erbrachter Laborleistungen durch die KV

Potential in der Abrechnung zu heben und mögliche Absetzungen zu vermeiden, lohnt es sich häufig, einen versierter externer Berater hinzuziehen, der neben Kenntnissen insbesondere über die aktuelle Rechtsprechung zur Notaufnahmearbeit, auch über vertiefte Kenntnisse in der Notaufnahmearbeit nach dem EBM verfügt und somit den Verantwortlichen in der Abrechnung einen solchen KV-Honorarbescheid „übersetzen“ kann

### Prüfung der Abrechnungsdaten

Bei der Prüfung des KV-Honorarbescheides sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- **Vollständigkeit:** Wurden alle erbrachten Leistungen in der Abrechnung berücksichtigt?
- **Korrektheit:** Entsprechen die abgerechneten Leistungen den tatsächlichen Behandlungsdaten und den Vorgaben des EBM?
- **Richtigstellungen:** Wurden erbrachte Leistung der Abrechnung von der KV gestrichen – und wenn ja, in welchem Umfang?

Die Erfahrung zeigt, dass die notwendige Prüfung des KV-Honorarbescheides der Notaufnahme in der Hälfte aller Kliniken bis heute nicht stattfindet. Achtzig Prozent der Mitarbeiter der ambulanten Abrechnung kennen den Umfang der durch die KV abgesetzten Leistungen ihrer Abrechnung nicht. Häufig ist der Umfang der abgesetzten Leistungen der KV weder dem Leiter Notaufnahme noch dem Mitarbeiter der ambulanten Abrechnung nicht bekannt. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass nicht jede KV-Region zum KV-Honorarbescheid den Richtigstellungsbescheid übermittelt. Daher muss in denjenigen KV-Bereichen, die Richtigstellungsbescheide nicht automatisch übermitteln, dieser unbedingt nachgefordert werden, um Transparenz in der Abrechnung ambulanter Notaufnahmen zu schaffen.

In 70 Prozent der Fälle ist den Verantwortlichen für die ambulante Notaufnahmearbeit sowie den medizinischen Leitern der Notaufnahme der tatsächliche Fallwert des ambulanten Notfalls in Euro pro Behandlungsfall nicht bekannt.

### Konsequenzen ziehen

Bei der Abrechnung können verschiedene Fehler auftreten, die sorgfältig analysiert werden müssen, damit der Abrechnungsfehler in den Folgequartalen nicht erneut auftritt. Der KV-Honorarbescheid liefert dazu wichtige Hinweise. Dazu gehören unter anderem:

- **Falsch abgerechnete Leistungen:** Leistungen, die nicht den Abrechnungsregeln des EBM entsprechen oder versehentlich mehrfach abgerechnet wurden.
- **Nicht erfasste Leistungen:** Erbrachte Leistungen, die nicht in der Abrechnung enthalten sind.
- **Fehlende Dokumentation:** Leistungen, die aufgrund mangelnder Dokumentation von der KV nicht anerkannt werden; Insbesondere erbrachte Wundversorgungen an verschiedenen Körperregionen
- **Erbrachte Laborleistungen, welche von der KV wieder abgesetzt werden, weil die Konsequenzen aus Grundsatzurteilen nicht bekannt oder berücksichtigt werden oder keine ausreichende Begründung vorliegt.**

Grundsatzurteile müssen umgesetzt werden. Darum haben erste KV-Bereiche bereits im Jahr 2020 mit Absetzungen medizinisch nicht begründeter Laborleistungen begonnen. ► Abbildung 1 zeigt die Absetzung erbrachter Laborleistungen durch die KV.

Die Abrechnung ambulanter Behandlungen in der Notaufnahme unter den Bedingungen des EBM erfordert ein zeitgemäßes Abrechnungsmanagement und die Kontrolle der honorierten Leistungen seitens der KV. Überwiegend schlechte Ergebnisse mit hohen Honorarverlusten in der ambulanten Notaufnahmearbeit sind grundsätzlich darauf zurückzuführen, dass mangelhafte EBM-Schulungsmaßnahmen, das Fehlen einer qualifizierten Einarbeitung des Mitarbeiters, oder technische Anpassungen am KIS-System in ambulante Notfallabrechnung, fehlen. In jedem Falle müssen die Ergebnisse und die Anpassungen eines zeitgemäßen ambulanten Abrechnungsprozesses, auch dem verantwortlichen medizinischen Leiter der Notaufnahme, kommuniziert werden.

### Schlussfolgerung

Die regelmäßige Auswertung und Prüfung des KV-Honorarbescheides sind ein unabdingbares Prozessinstrument, um Fehler zu vermeiden und sicherzustellen, dass die erbrachten Leistungen vollständig und korrekt vergütet werden. Anpassungen im administrativen Bereich helfen, um den Ressourcenverbrauch einer Notaufnahmearbeit zu reduzieren und sie zu optimieren.

Durch eine gründliche Analyse und das Ergreifen geeigneter Maßnahmen, können medizinische Einrichtungen ihre Abrechnungsprozesse optimieren und finanzielle Verluste damit minimieren. Durch die Verbesserung der Abrechnung und Vermeidung der Streichung von erbrachten Leistungen können ja nach Notaufnahmegröße Volumina von mehreren 10.000 Euro pro Quartal gehoben werden.

Zudem stehen im Markt inzwischen auch unterstützende automatisierte Analyse-Tools zur Verfügung.

Das auf Fortbildungen immer wieder eingeworfene Argument, „Meine Verwaltung sagt mir, wir bekommen für jeden ambulanten Notfall 32 Euro, mehr geht da nicht.“, ist in der Regel immer falsch, und bestätigt, dass sich Verantwortliche mit der Auswertung des KV-Honorarbescheides weder sachgerecht auseinandergesetzt haben noch notwendige Prozessschritte eingeleitet wurden. Dazu gehört auch, über die wichtigsten Kennzahlen der Notaufnahmearbeit Transparenz zu schaffen. ■

Literatur beim Verfasser



**Ursula Klinger-Schindler**  
Abrechnungsexpertin und Fachbuchautorin  
Nürnberg

**Dr. med. Susanne Hellmich**  
Fachärztin für Plastische Chirurgie und studierte Gesundheitsökonomin (MHBA)  
Hamburg