

1 Anforderung der Geschäftsführung an eine interdisziplinäre Notaufnahme

Jörg Martin & Amelie Meeh-Simon

1.1 Einleitung

Während interdisziplinäre Notaufnahmen in Deutschland erst in den letzten 10–15 Jahren in Krankenhäusern etabliert wurden, besteht in den angelsächsischen Ländern eine lange Tradition der »Emergency Departments«. Populär wurden diese in den 1990er-Jahren mit der Fernsehserie »Emergency Room«.

Dass sich interdisziplinäre Notaufnahmen erst im letzten Jahr etabliert haben, hängt sicherlich mit der sektoralen Aufteilung der Notfallversorgung in Deutschland zusammen. Für die ambulante Notfallversorgung ist gemäß § 75 Absatz 1 Satz 2 SGB V (Sozialgesetzbuch) die kassenärztliche Vereinigung (KV) zuständig.

Der Sicherstellungsauftrag verpflichtet die KV, auch während der sprechstundenfreien Zeiten einen Notdienst sicherzustellen, der zu jeder Zeit von Patienten aufgesucht werden kann.

Auch zugelassene Krankenhäuser sind mit wenigen Ausnahmen zum Notdienst verpflichtet – insbesondere müssen sie zu jeder Zeit die stationäre Aufnahme und Behandlung gewährleisten können.

Gerade in Bundesländern, in denen der KV-Notfalldienst dahingehend reformiert wurde, dass in Landkreisen nur noch 1–2 zentrale Notfallpraxen zur Verfügung stehen, die häufig an Kliniken angesiedelt sind, wird die Notaufnahme der Kliniken zum zentralen Anlaufpunkt für die Patienten.

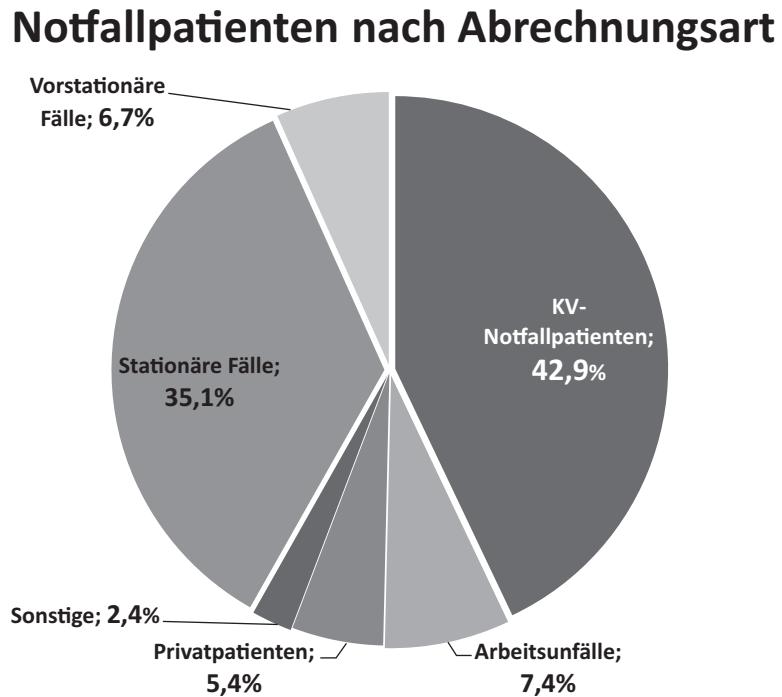
Ob es sich so wie in den USA entwickelt, ist noch nicht klar. Im Jahr 2003 gab es dort 113,9 Mio. Patientenkontakte und damit haben etwa 40 % der Bevölkerung die Emergency Departments aufgesucht (NCHS 2003). Die Erfahrung zeigt, dass nach Gründung einer zentralen Notaufnahme die jährliche Patientenzahl, die dort gesehen und behandelt wird, steigt. Dies wird dadurch verursacht, dass eine zentrale Notaufnahme 24 h an 365 Tagen im Jahr aufsuchbar ist, eine zunehmende Zahl von Migranten hier lebt, die ein sektorales System nicht kennen sowie viele Hilfesuchende keinen klassischen Hausarzt mehr haben. Den zahlenmäßig größten Teil stellen dabei die klassischen ambulanten Patienten dar, die in einer KV-Notfallpraxis behandelt werden könnten (Blum et al. 2010). Die Verteilung der Patienten ist Abbildung 1.1 zu entnehmen.

§

§ 75 SGB V

Patientenkontakte

Abb. 1.1:
Im Jahr 2009 sind
insgesamt 24,9 Mio.
Patienten nach unter-
schiedlichen Abrech-
nungsarten als Notfall
im Krankenhaus
behandelt worden
(Niehues 2012, S. 153)



1.2 Etablierung einer zentralen Notaufnahme (ZNA) als Mittel zur Prozessoptimierung und zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit

Bis vor wenigen Jahren gab es in Kliniken vorwiegend dezentrale fachbezogene Notaufnahmen. Dies bedeutet, dass ein Patient aufgrund seiner Krankheit oder Verletzung entscheiden musste, ob er beispielsweise die Unfallchirurgische Notaufnahme, die Allgemeinchirurgische Notaufnahme oder die Innere Notaufnahme aufsucht. Häufig war die Notfallversorgung neben der gleichzeitigen Versorgung von Elektivpatienten organisiert. Dies führte insbesondere bei Elektivpatienten häufig zu Beschwerden, da diese aufgrund von Notfällen lange Wartezeiten in Kauf nehmen mussten. Die Entscheidung zur Etablierung einer zentralen Notaufnahme stellt für die Geschäftsführung eine große Chance dar, Prozesse neu zu definieren und somit effizienter gestalten zu können. Gerade die Trennung von Elektivpatienten, die eine Fachambulanz aufsuchen und Notfallpatienten führt per se schon zur Prozessverbesserung. Auch die Entscheidung, ob man eine interdisziplinäre Notaufnahme

etabliert oder weiterhin internistische und unfallchirurgische Patienten in getrennten Notaufnahmen behandelt, ist bei der Implementierung der Notaufnahme von entscheidender Bedeutung. Ferner muss frühzeitig entschieden werden, wer diese Notaufnahme leiten soll. Dies hängt auch von der Größe der Notaufnahme ab. Wichtig ist dabei, dass ein »ärztliches Gesicht« der Leiter der Notaufnahme wird. In kleineren Notaufnahmen kann die Leitung durch einen geeigneten Oberarzt erfolgen. Je größer die Notaufnahme ist, umso wichtiger ist es, dass ein Sektionsleiter oder bei sehr großen Notaufnahmen auch ein Chefarzt die Notaufnahme leitet. Sowohl der Sektionsleiter als auch der Chefarzt müssen medizinisch weisungsfrei sein. Zwingend erforderlich ist die direkte Berichterstattung an die Geschäftsführung.

Ob der Notaufnahme eine Aufnahmestation zugeordnet wird, in der die Patienten vor Verlegung auf Station untergebracht werden, hängt von der Struktur des Hauses ab. Bei größeren Notaufnahmen ist dies immer von Vorteil, da insbesondere außerhalb der Regeldienstzeit die Stationen von Aufnahmen entlastet werden. Auf diesen Aufnahmestationen kann dann weitere Diagnostik durchgeführt werden, die maximale Liegedauer sollte 24 h nicht überschreiten. Neben den Patienten, die fußläufig in die Notaufnahmen kommen, muss die Notaufnahme auch in der Lage sein, polytraumatisierte Patienten bzw. Patienten unter Reanimation adäquat zu behandeln. Dies setzt voraus, dass neben dem ärztlichen Personal auch das Pflegepersonal für solche Situationen gut geschult und ausgebildet ist. Ein entscheidender Faktor für die Patientenzufriedenheit ist, dass das gesamte Personal der Notaufnahme sehr kundenorientiert arbeitet. In der Notaufnahme bedarf es, insbesondere mit den noch wartenden Patienten, einer sehr kundenorientierten Kommunikation. Hier ist die Geschäftsführung gefordert, entsprechende Schulungen anzubieten, die für das Personal dann auch verpflichtend sind.

Jede Geschäftsführung muss sich darüber im Klaren sein, dass das Funktionieren einer zentralen Notaufnahme die wesentliche »Visitenkarte« einer Klinik ist. Somit ist eine interdisziplinäre Notaufnahme – nicht eine von vielen Abteilungen in einer Klinik, sondern – die entscheidende Schnittstelle zwischen Klinik, niedergelassenen Ärzten und Bevölkerung. Bei gut funktionierenden Notaufnahmen sind Fallsteigerungsraten zwischen 10 und 20 % pro Jahr nicht ungewöhnlich (Walter & Fleischmann 2007).

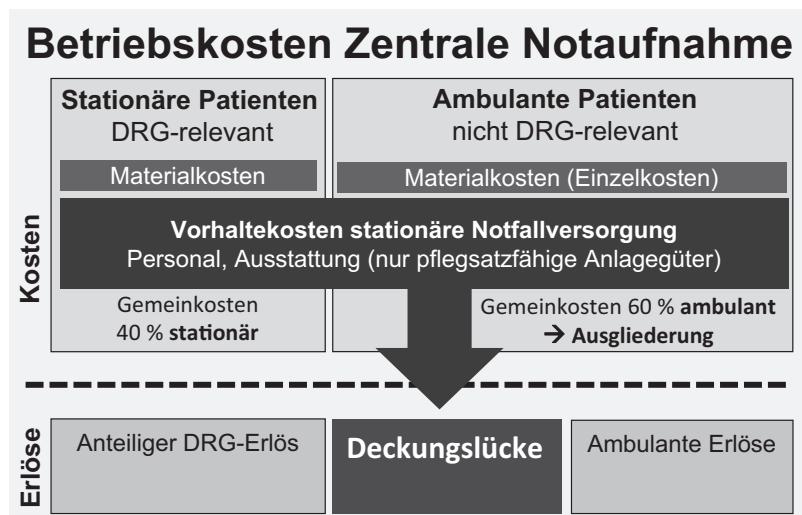
Visitenkarte ZNA

1.3 Der ökonomische Aspekt

Neben dem Aspekt der Prozessoptimierung und der Steigerung der Behandlungsqualität sowie dem Marketingaspekt, sind für die Geschäftsführung die ökonomischen Aspekte entscheidend. Richtig ist, dass circa

40–50 % der Patienten, die eine Notaufnahme aufsuchen, stationär auch aufgenommen werden (► Abb. 1.2). Bei diesen Patienten ist die Finanzierung weitestgehend durch die Erlöse der Diagnosis Related Groups (DRG, diagnosebezogene Fallgruppen) gesichert. Anders verhält es sich bei den rein ambulanten Patienten (Niehues & Barbe 2012). Bei diesen Patienten stehen Kosten in Höhe von 120 € Erlösen in Höhe von 30 € gegenüber (Niehues & Fenger 2013). Diese Kostendifferenz ist vorwiegend durch die hohen Vorhaltekosten im Krankenhaus bedingt. In anderen Ländern versucht man hier die Kosten der Notfallversorgung durch das Krankenhaus sachgerechter abzubilden. So erhält beispielsweise in Frankreich jede Klinik die an der Notfallversorgung teilnimmt 500.000 €, ab 5.000 Notfällen gibt es mengenmäßige Zuschläge (Fischer 2009). Ob sich dies durch die neue Gesetzgebung, bei der die Vergütung der ambulanten Behandlung zwischen den Selbstverwaltungsorganen neu verhandelt werden soll, besser darstellt, wird sich zeigen.

Abb. 1.2:
Auszgliederung nicht
DRG-relevanter Kosten
der Notaufnahme
(Niehues 2012, S. 182).



Um hier eine Optimierung herzustellen und auch wieder die sektorale Zuordnung der Patienten zu gewährleisten, wäre die Ansiedlung einer allgemeinmedizinischen Praxis oder die Übernahme eines allgemeinmedizinischen Sitzes in ein Krankenhaus als medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) sinnvoll. Dann könnten alle Patienten nach durchgeföhrter Triage dem entsprechenden Strang (Klinik oder Praxis) zugewiesen werden. Gleichzeitig würde die Qualität steigen, da kein Patient mit einer potenziellen Erkrankung, die im Krankenhaus behandelt werden muss, lange Wartezeiten in einer KV-Notfallpraxis hätte. Auf der anderen Seite wäre gewährleistet, dass Patienten, deren Erkrankung nicht durch ein Krankenhaus behandelt werden muss, in einer KV-Ambulanz behandelt werden (► Abb. 1.3).

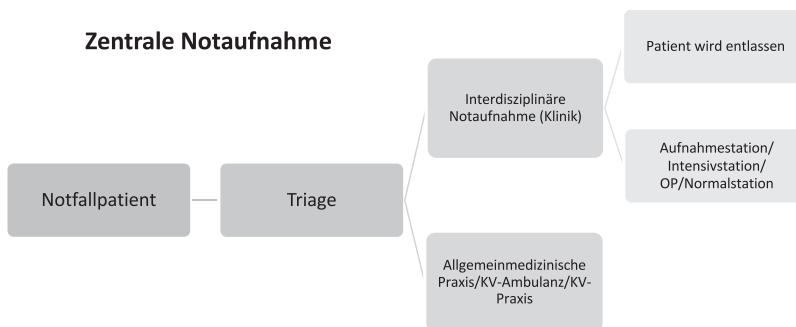


Abb. 1.3:
Ablaufplan bei
Eintreffen eines
Notfallpatienten

Patienten, die einen stationären Aufenthalt benötigen, könnten direkt auf Station oder auf eine entsprechende Aufnahmestation verlegt werden.

Durch eine integrierte Aufnahmestation, die der Notaufnahme zugeordnet ist, lässt sich die allgemeine Verweildauer im Krankenhaus reduzieren und Fehlbelegungen können somit vermieden werden, da die gesamte Diagnostik und die Notwendigkeit der Abklärung einer stationären Behandlung an einem Ort stattfindet (Fischer 2009). Für den ökonomischen und qualitativen Aspekt sind diese Prozesse von wesentlicher Bedeutung. Es sollte gewährleistet sein, dass es sich um eine komplett interdisziplinäre zentrale Notaufnahme handelt. Die Patientenströme der Notfallpatienten müssen konsequent von den Patientenströmen der elektiven Patienten getrennt werden und die Implementierung einer Aufnahmestation, die zum Abschluss der Diagnostik führt, ist sinnvoll.

1.4 Zusammenfassung

Eine interdisziplinäre zentrale Notaufnahme ist heute in Krankenhäusern bei entsprechendem Aufkommen von Notfallpatienten notwendig. Sie ist die wesentliche Schnittstelle und damit die »Visitenkarte« nach außen, zu den zuweisenden Ärzten und der Bevölkerung. Aus diesem Grund sollte eine interdisziplinäre Notaufnahme möglichst eine eigene ärztliche und pflegerische Leitung haben. Diese Leitung muss medizinisch weisungsfrei sein und organisatorisch direkt an die Geschäftsführung angebunden sein. Durch die Etablierung einer zentralen Notaufnahme gelingt es, die Patientenströme in Notfallpatienten und elektive Patienten zu unterteilen. Dies führt zu einer Optimierung der Prozesse und steigert die Qualität der Patientenversorgung. Ob eine Aufnahmestation der interdisziplinären Notaufnahme zugeordnet wird, hängt stark von der inneren Organisation und von der Größe der Notaufnahme ab.



In einer Aufnahmestation sollten die Patienten maximal 24 h verbleiben. Bis dahin sollte die wichtigste Diagnostik abgeschlossen sein, welche insbesondere Fehlbelegungen vermeidet.

Es bleibt festzuhalten, dass in der Notaufnahme circa 40–50 % der Patienten stationär verbleiben. Die ambulanten Patienten werden jedoch nicht adäquat vergütet, da die Vorhaltekosten in einer Notaufnahme sehr hoch sind. In diesem Fall wäre es optimal, wenn in räumlicher Nähe eine allgemeinmedizinische Praxis und die KV-Notfallpraxis untergebracht sind, sodass die ambulanten Patienten, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, direkt in die KV-Praxis überwiesen werden können. Durch eine solche Organisation können die Sektorengrenzen aufgelöst werden. So können die KVs ihren Sicherstellungsauftrag und die Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag erfüllen.

Eine gut geführte interdisziplinäre Notaufnahme ist aus Sicht der Geschäftsführung ein wesentlicher Beitrag zur Außendarstellung des Krankenhauses und zur Prozess- und Qualitätsverbesserung in der Behandlung. Gleichzeitig dient sie der Patientenakquise. Nachteilig ist die unzureichende Finanzierung der ambulanten Patienten, die aufgrund ihrer Erkrankung keine stationäre Krankenhausbehandlung benötigen.

1.5 Literatur

- Blum, K./Löffert, S./Offermanns, M./Steffen, P. (2010): Krankenhaus Barometer, Umfrage 2010, Düsseldorf.
- Fischer, W. (2009): Notfallvergütung im Krankenhaus. Patientenklassifikationssysteme und Notfallpauschalen bei DRG-basierter Vergütung von stationären Behandlungen, Wolfertswil.
- Fleischmann, T./Walter, B. (2007): Interdisziplinäre Notaufnahmen in Deutschland. Aufgaben, Struktur, Zukunft. In: das Krankenhaus 7, S. 657–660.
- NCHS – National Center for Health Statistics (Hrsg) (2003): National Hospital Medical Care Survey 2003. <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/ervisits.htm>
- Niehues, C. (2012): Notfallversorgung in Deutschland. 1. Aufl., Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Niehues, C./Barbe, W. (2012): Unzureichende Berücksichtigung der Notfallversorgung im DRG-System das Krankenhaus. In: das Krankenhaus 5, S. 470–474.
- Niehues C./Fenger, H. (2013): Qualifikationsanforderungen und Haftungsrisiken in der Zentralen Notaufnahme. In: das Krankenhaus 8, S. 822–826.

2 Finanzierung der zentralen Notaufnahme in der Klinik

Gerhard Hinger

2.1 Direkte Erlöse

Direkte Erlöse entstehen unmittelbar durch die Notfallbehandlung in der Zentralen Notaufnahme (ZNA). Sie sind abhängig vom Versicherungsstatus des Patienten und vom Umfang der Behandlung.

Notfallbehandlung von gesetzlich versicherten Patienten

Die Sicherstellung der ambulanten Patientenversorgung ist Aufgabe der Vertragsärzte.¹ Im Rahmen des gesetzlich verankerten Sicherstellungsauftrags muss eine vertragsärztliche Versorgung jederzeit² vorhanden sein. Dies bedeutet, dass auch die ambulante Notfallversorgung durch vertragsärztliche Strukturen sichergestellt sein muss. Die ambulante Notfallbehandlung ist daher nicht primär die Aufgabe der Klinik.

Um eventuelle Versorgungslücken zu schließen, regelt § 76 SGB V: »Andere Ärzte dürfen nur im Notfall in Anspruch genommen werden«. Dieser Passus ermöglicht zwar die ambulante Notfallbehandlung durch Nicht-Vertragsärzte, zeigt gleichzeitig jedoch auch den eng begrenzten Rahmen »nur in Notfällen« auf. Die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus hat keine eigenständige Rechtsgrundlage, sie leitet sich aus dieser Formulierung in § 76 SGB V ab.

Die gängige Rechtsprechung^{3,4} zu dieser Thematik zeigt auf, dass diese »anderen Ärzte« den gleichen Vergütungsanspruch für die Notfallversorgung haben wie Vertragsärzte. Der Vergütungsanspruch bezieht sich jedoch nur auf die Leistungen, die zur unmittelbaren Abwendung der Notfallsituation erforderlich waren.⁵ Die Notfallbehandlung hat die Aufgabe eine medizinische Notsituation bis zur Wiederherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu beseitigen. Daraus wird ersichtlich, dass Folgetermine im Rahmen der Notfallversorgung nicht vorgesehen sind.

§
§ 76 SGB V

§
Gängige Rechtsprechung

1 § 75 SGB V Abs. 1

2 § 75 SGB V Abs. 1b

3 BSG, Urteil vom 06.09.2006, AZ B 6 KA 15_06 R

4 BSG, Urteil vom 17.09.2008, AZ B 6 KA 47_07 R

5 BSG, Urteil vom 12.12.2012, AZ B 6 KA 5_12 R

Diese Grundsätze sind auch für die Abrechenbarkeit der erbrachten Leistungen leitend.

KV-Notfallabrechnung

Die Abrechnung der im Notfall erbrachten Leistungen richtet sich nach den Regeln des einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM).

Laut Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus aus dem Jahr 2015 liegen die durchschnittlichen Erlöse für diese EBM-Fälle bei 32 €. Dem stehen Kosten von durchschnittlich 126 € gegenüber. Dabei handelt es sich um Durchschnittswerte die je nach Altersstruktur der Patienten und Kostenstruktur der jeweiligen Klinik erheblichen Schwankungen unterworfen sind. Durchschnittlich muss jedoch davon ausgegangen werden, dass bei jedem EBM-Fall eine Deckungslücke von ca. 90 € entsteht. Diese Kosten müssen von der Klinik getragen werden.

Bei öffentlich geförderten Krankenhäusern erfolgte ein Abschlag von 10 % auf die Honorarsumme der EBM-Erlöse. Die Rechtsprechung sah diesen Abschlag wegen der öffentlichen Förderung bisher als gerechtfertigt an.

Mit Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) zum 01.01.2016 wurde der Investitionskostenabschlag für Kliniken bei der ambulanten Vergütung aufgehoben.

Änderung der KV-Notfallabrechnung ab 01.04.2017

Im Rahmen des KHSG wurde vom Gesetzgeber in § 87b Abs. 1 SGB V vorgeschrieben, dass bis spätestens 31.12.2016 die Regelungen für die Versorgung im Notfall und im Notdienst im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen nach dem Schweregrad der Fälle zu differenzieren sind.

Diese gesetzliche Vorgabe ist die Grundlage für die ab 01.04.2017 geltende Neuregelung der Vergütung der ärztlichen Leistungen im ambulanten Notfall- und Notdienst. Die Vergütung erfolgt in drei Stufen. Außerdem wird wie bisher nach Tageszeit und Wochentagen differenziert.

Die *niedrigste Vergütung* erfolgt für die »Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit«. Mit diesen Vergütungspauschalen werden im EBM erstmals sogenannte Abklärungspauschalen zur Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit etabliert. Die *zweite Vergütungsstufe* entspricht der bisherigen Vergütung für die Notfallbehandlung, allerdings wurde die Bewertung geringfügig abgesenkt. Für besondere Fälle wurden diagnosebezogene oder patientenbezogene Zuschlagsziffern eingeführt. Diese entsprechen der *dritten Vergütungsstufe*.

Die Neugestaltung der Vergütung musste nach der Vorgabe der Kostenneutralität erfolgen, weshalb das Ergebnis dieser Reform nicht den Erwartungen der Leistungserbringer entspricht. Noch liegen keine Erfahrungen mit der neuen Vergütungsstruktur vor. Auf jeden Fall wird es

zukünftig für die Vergütung der Notfallbehandlung im Krankenhaus essentiell wichtig sein, die Notwendigkeit einer akuten Behandlung durch adäquate Dokumentation nachzuweisen. Der Notfall sollte bereits aus der Diagnose ablesbar sein, denn der Diagnoseschlüssel (ICD) ist Voraussetzung für die Abrechnung und kann somit von Abrechnungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) am einfachsten geprüft werden.

Sachkostenerstattung bei der Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten

Bei gesetzlich versicherten Patienten erfolgt die Abrechnung nach EBM, dementsprechend gelten die EBM-Regeln auch für die Erstattung von Sachkosten.

In Punkt 7 der »Allgemeinen Bestimmung« des EBM werden die Kostenarten definiert.

Punkt 7.1 der Allgemeinen Bestimmung des EBM beschreibt die »enthaltenen Kosten«. Das sind diejenigen Kosten, die in den Gebührenordnungspositionen enthalten sind, z. B. Kosten für Einmalspritzen, Einmal-kanülen, Einmaltrachealtuben, Einmalabsaugkatheter, Einmalhandschuhe, Einmalrasierer, Einmalharnblasenkatheter, Einmalskalpelle, Einmalproktoskope, Einmaldarmrohre, Einmalspekula, Einmalkürettten, Einmal-Abdecksets usw.

Punkt 7.2 der Allgemeinen Bestimmung des EBM definiert die »nicht berechnungsfähigen Kosten« und

Punkt 7.3 zählt die »nicht enthaltenen Kosten« auf, wie z. B. Kosten für Arzneimittel, Verbandmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die nach der Anwendung verbraucht sind oder die der Kranke zur weiteren Verwendung behält und Kosten für Einmalinfusionsbestecke, Einmalinfusionskatheter, Einmalinfusionsnadeln und Einmalbiopsienadeln.

Die Erstattung der »nicht enthaltenen Kosten« wird in den Sprechstundenbedarfsregelungen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) geregelt und unterliegt daher regionalen Unterschieden.

Für die Refinanzierung der »nicht enthaltenen Kosten« ist für die ZNA eine transparente und praktikable Erstattungsregelung mit den zuständigen Kostenträgern, z. B. der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) sinnvoll, um eine zusätzliche Finanzierungslücke zu vermeiden. Die Sprechstundenbedarfsregelung gilt nur für Patienten mit gesetzlicher Krankenversicherung (GKV).

Hilfsmittelversorgung im Rahmen der Notfallversorgung

Im Rahmen der Notfallversorgung ist bei einigen Patienten eine sofortige Versorgung mit Hilfsmitteln, wie z. B. Orthesen oder Gehstützen, erforderlich. Grundsätzlich sind Hilfsmittel, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen, auch verordnungsfähig.

Abrechnung nach EBM

Damit die erforderlichen Hilfsmittel an 365 Tagen/24 h unmittelbar zur Notfallversorgung in der Klinik zur Verfügung stehen, ist es erforderlich, die Hilfsmittel vor Ort bereitzustellen. Ein Konsignationslager ist eine effektive und in vielen Kliniken bewährte Methode für die Bereitstellung von Hilfsmitteln für die Notfallversorgung. Die Besonderheit des Konsignationslagers besteht darin, dass die Ware im Eigentum des Herstellers bzw. Lieferanten bleibt, jedoch vor Ort zur direkten Anwendung beim Patienten zur Verfügung steht.

In aller Regel werden derartige Konsignationslager in der ZNA von der Pflege verwaltet. Eine besondere Herausforderung besteht darin, die Entnahmen lückenlos nachweisen zu können. Fehlbestände gehen zu Lasten der Klinik, wodurch wieder die Gefahr der Finanzierungslücke besteht. Um dies zu vermeiden, sollte der Prozess eindeutig definiert werden.

Bei der Verordnung eines Hilfsmittels zu Lasten der GKV muss vom behandelnden Arzt eine Hilfsmittelverordnung ausgestellt werden. Diese Verordnung berechtigt zur Entnahme aus dem Konsignationslager und der Anwendung am Patienten. Der Patient bestätigt mit seiner Unterschrift auf der Rückseite des Rezepts den Erhalt des Hilfsmittels. Abschließend wird das Rezept an den Hersteller/Lieferanten übermittelt. Dieser kann das verordnete Hilfsmittel mit der GKV abrechnen und das Konsignationslager entsprechend wieder auffüllen.

Leistungen ohne Erlöse

Wie oben ausgeführt, ist der Umfang der ambulanten Notfallbehandlung bei GKV-Patienten streng begrenzt auf die Beseitigung der Notfallsituation. Daraus folgt, dass auch nur diese Leistungen abgerechnet werden können.

Wird nun im Rahmen der Notfallbehandlung weiterführende Diagnostik oder Therapie veranlasst, besteht nur in sehr engen Grenzen die Möglichkeit diese auch abzurechnen. Zum Beispiel besteht keine Abrechnungsmöglichkeit für einen zweiten Arztkontakt bei Hinzuziehung eines Arztes aus einem anderen Fachgebiet innerhalb der Klinik.

Dasselbe gilt für die Veranlassung von weiterführenden Untersuchungen bei einem externen Dienstleister, wie z. B. mikrobiologische Untersuchungen oder Untersuchungen der Pathologie.

Im vertragsärztlichen Bereich werden solche Leistungen mittels Überweisung beauftragt. Der beauftragte Arzt kann seine Leistungen im Rahmen der fachspezifischen Abrechnungsregeln bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur Abrechnung bringen.

Die Notfallbehandlung im Krankenhaus ist jedoch keine vertragsärztliche Behandlung, demzufolge kann auch keine Überweisung ausgestellt werden. Der beauftragte Leistungserbringer kann seine Leistung nur der beauftragenden Klinik in Rechnung stellen. Die Klinik hat jedoch keine Möglichkeit diese externen Leistungen zur Abrechnung zu bringen.



Bei einer Beauftragung von Fremdleistungen entstehen Kosten für die Klinik, die mit den Kostenträgern nicht abgerechnet werden können.