



Bei Praxisvertretungen zu beachten

Mit der Buchung eines Urlaubs ist es nicht getan. Für die Abwesenheit müssen Vertragsärzte eine Vertretung organisieren.

Will der Arzt länger als eine Woche verreisen oder kann er aus anderen Gründen (Krankheit, Weiterbildung etc.) seine vertragsärztliche Tätigkeit länger als eine Woche nicht persönlich ausüben, ist er gemäß § 14, Abs. 3 Bundesmantelvertrag (BMV) verpflichtet, dies der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) unter Benennung des oder der Vertreter anzuzeigen und die Vertretung durch Aushang und auf dem Anrufbeantworter bekannt zu geben. Umfragen zufolge wird das häufig vergessen, kann sich aber ggf. nachteilig auswirken. **Beispiel:** Im Sommerquartal des Vorjahres hat ein Vertragsarzt in der Nachbarschaft für vier Wochen die Vertretung übernommen und die Patienten des vertretenen Arztes in seiner Praxis behandelt. Im laufenden Jahr geht der Vertragsarzt im Sommer nicht in Urlaub, der Behandlungsumfang fällt im Vergleich zum Vorjahresquartal erheblich höher aus. Es folgt eine Nachfrage wegen übermäßiger Ausdehnung der Praxistätigkeit (Fallzahlzuwachsbeschränkung usw.). Liegt keine Meldung des Urlaubs im Vorjahr bei der KV vor, dürfte es für den Arzt schwierig sein zu belegen, dass der Zuwachs durch die Abwesenheit im Vorjahresquartal bedingt ist.

Wichtig: Wer vertritt wen wo

Entscheidend für die Erbringung und Abrechnung und auch für die Verantwortung für die Richtigkeit der abgerechneten oder verordneten Leistungen ist, wer wen wo vertritt.

Am wenigsten problematisch:

Ein anderer niedergelassener Vertragsarzt derselben Fachrichtung übernimmt die Vertretung in seiner eigenen Praxis. Der Vertreter rechnet über seine Arztnummer alle erbrachten Leistungen ab und verordnet mit seinen Rezepten. Die gesamte Verantwortung geht auf den Vertreter über.

Für genehmigungspflichtige Leistungen benötigt der Vertreter auch für die Vertretungspatienten eine KV-Genehmigung. Er kann aber als Vertreter auch Leistungen abrechnen, für die der vertretene Arzt keine Genehmigung hat, er selbst aber wohl.

Partner der Gemeinschaftspraxis:

Ebenfalls unproblematisch, der Vertreter muss allerdings bei den im Rahmen der Vertretung behandelten Patienten des anderen Arztes alle Leistungen unter seiner Arztnummer abrechnen. Das kann nachteilig sein, wenn der vertretene Arzt eine Genehmigung zur Abrechnung bestimmter Leistungen (z. B. Psychosomatik) hat, der Vertreter aber nicht. Dies kann aber auch von Vorteil sein, wenn es umgekehrt ist.

Nicht-Vertragsarzt in der Praxis:

Gelegentlich werden Klinikärzte oder sonstige Nicht-Vertragsärzte für Vertretungen in der Praxis engagiert, die keine KV-Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen haben können. Gemäß § 14 BMV hat sich der vertretene Arzt dann davon zu überzeugen, dass der Vertreter qualifiziert ist, auch genehmigungspflichtige Leistungen zu erbringen. **Wichtig:** Der Praxisinhaber trägt die Verantwortung auch für die vom Vertreter abgerechneten Leistungen, für die von ihm ausgestellten Verordnungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel usw. Kommt es wegen fehlerhafter Verordnungen oder wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise zu einem Regress, nützt der Hinweis auf die Tätigkeit eines in diesen Dingen unerfahrenen Vertreters nichts. Viele Ärzte haben es sich deswegen zur Regel gemacht, dass bei der Beschäftigung eines Vertreters in der Praxis erfahrene Praxismitarbeiter nicht zeitgleich mit dem Arzt in Urlaub gehen, zumindest wenn nicht bekannt ist, ob der Vertreter die Modalitäten und Tücken der vertragsärztlichen Tätigkeit ausreichend beherrscht.

Grundsätzlich gilt dasselbe, wenn ein anderer zugelassener Vertragsarzt mit ei-

Wichtig

- Vertretungen von mehr als einer Woche Dauer bei der KV melden
- Ohne Begründung kann sich ein Vertragsarzt innerhalb von 12 Monaten bis zu einer Dauer von 3 Monaten vertreten lassen
- Vertreter in der Praxis auf wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise hinweisen
- Der Praxisinhaber haftet bei Vertretungen in der Praxis in vollem Umfang für die Tätigkeit des Vertreters
- Wird die Meldung einer längeren Abwesenheit unterlassen, ist es problematisch, für Vergleichs quartale des Folgejahres eine Anpassung der Vergütungsobergrenzen bei der KV zu beantragen mit der Begründung, dass im Vorjahresvergleichs quartal wegen Abwesenheit nur ein geminderter Leistungsumfang erbracht werden konnte

gener Arztnummer in die Praxis kommt und die Vertretung ausübt – was aber eher selten vorkommt. Die Abrechnung, Verordnungen usw. erfolgen über die Arztnummer des vertretenen Arztes.

Ärzte mit genehmigungspflichtiger Psychotherapie:

Hier ist eine Vertretung gemäß § 14, Abs. 3 BMV grundsätzlich nicht zulässig. „Grundsätzlich“ bedeutet, es gibt Ausnahmen. Sollte somit der Fall eintreten, dass eine dringliche Psychotherapie zum Beispiel wegen plötzlicher Erkrankung des Therapeuten nicht fortgeführt werden kann, ist es ratsam, der KV mitzuteilen, dass die Behandlung wegen der Dringlichkeit von dem Kollegen per Vertretung übernommen wird.

Alle Tipps finden Sie unter www.abrechnungstipps.de – kostenlos!



Zuschläge bei Leistungen zur Unzeit und/oder bei Kindern

Wenn Beratungen oder Untersuchungen außerhalb der Sprechstunde erbracht werden, können die Zuschläge A bis D berechnet werden, bei Untersuchungen von Kindern ggf. auch der Zuschlag K1.

Aus Platzgründen bitten wir darum, die GOÄ heranzuziehen. Laut GOÄ sind die Zuschläge A bis D nur zu den Nrn. 1, 3, 4 und 5 bis 8 GOÄ berechnungsfähig, der Zuschlag K1 nur zu den Nrn. 5 bis 8 GOÄ. Dafür verlangt K1 keine Leistungserbringung zur „Unzeit“, sondern ist auch dann berechenbar, wenn ein Kind, welches das 4. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, während der Sprechstundenzeit untersucht wurde.

Die Zuschläge sind nicht steigerungsfähig. Die Abrechnung ist nur mit dem jeweilig angegebenen Euro-Betrag möglich. Ein Zuschlag darf je Inanspruchnahme des Arztes (je „Sitzung“) nur einmal berechnet werden. Ein Mehrfachansatz desselben Zuschlags (z.B. A sowohl zu Nr. 1, als auch Nr. 7) ist nicht erlaubt. Eventuelle Kombinationen der Zuschläge B bis K1 sind jedoch möglich (s. unten). Nicht kombinierbar sind die Zuschläge A bis K1 mit den für andere Leistungen (Besuche etc.) zutreffenden Zuschlägen E bis K2.

In der Rechnung müssen die Zuschläge unmittelbar im Anschluss an die Leistung, die den Zuschlag auslöst, angeführt werden. Der Zuschlag muss also zum Beispiel nach der Nr. 7 GOÄ als nächstes angeführt werden, bevor andere Leistungen in der Rechnung folgen.

Daraus ergeben sich folgende Kombinationsmöglichkeiten von Zuschlägen:

	A	B	C	D	K1	E-K2
A	o	o	o	o	+	o
B	o	o	o	+	+	o
C	o	o	o	+	+	o
D	o	+ oder C	+ oder B	o	+	o
K1	+	+	+	+	o	o

Kombinationsmöglichkeiten

Zuschlag „A“ (außerhalb der Sprechstunde) entfällt, wenn einer der Zuschläge B bis D berechnet werden kann. Das ist sachlogisch, denn diese Zuschläge berücksichtigen ja schon die Leistung zu in aller Regel sprechstundenfreien Zeiten. Eine Ausnahme ist der Zuschlag D. Der kann auch in einer Samstagssprechstunde berechnet werden, dann jedoch nur mit dem halben Satz (6,41 €). Auch dann ist Zuschlag A aber nicht neben Zuschlag D berechnungsfähig, denn die Leistung ist dann nicht „außerhalb der Sprechstunde“.

Abgesehen davon, dass die GOÄ bei den Zuschlägen jeweils darauf hinweist, welche Zuschläge nicht neben dem entsprechenden Zuschlag berechnet werden dürfen, ist auch die Nicht-Kombinierbarkeit der Zuschläge B und C offensichtlich, denn die Leistung fand ja entweder zu den für Zuschlag B oder für Zuschlag C vorgegebenen Zeiten statt.

Weitere Hinweise

Zuschlag A heißt „für außerhalb der Sprechstunde erbracht“. „Sprechstunde“ ist die angekündigte Sprechstundenzeit. Wenn aber die Behandlung aus organisatorischen Gründen des Arztes schon vor der Sprechstunde erfolgt, ist Zuschlag A nicht berechnungsfähig. Ebenso, wenn der Patient noch zur Sprechstundenzeit kam, aber erst später behandelt werden kann. Eine Anwesenheit des Arztes außerhalb

Wichtig

- Zuschlag K1 kann auch dann berechnet werden, wenn die Leistung, die den Zuschlag auslöst, innerhalb der Sprechstunde erbracht wurde
- Ein Zuschlag kann auch dann berechnet werden, wenn die Leistung, die den Zuschlag auslöst, aufgrund von Abrechnungsbestimmungen der GOÄ selber nicht (mehr) berechnet werden kann

dieser Zeiten in der Praxis ist für die Berechenbarkeit des Zuschlags unschädlich, er muss nicht extra seine Praxis aufsuchen. Zu den Zuschlägen B und C gilt hinsichtlich „Sprechstunde“ gleiches wie zum Zuschlag A.

Der Samstag (Zuschlag D) beginnt um null Uhr, der Sonntag endet um 24 Uhr. Als „Feiertage“ im Sinne des Zuschlags gelten nur gesetzliche Feiertage, nicht Tage, an denen lediglich „üblicherweise“ die Arbeit ruht. Überschreiten Leistungen die Zeitgrenzen der Zuschläge, ist für Leistungen am Abend der Abschluss der Leistungserbringung und für Leistungen am Morgen der Beginn der Leistungserbringung maßgeblich. **Beispiel:** Werktag, Beginn um 19.50 Uhr, Abschluss um 20.05 Uhr: Zuschlag B statt A.

Ein Zuschlag kann auch dann berechnet werden, wenn eine zuschlagberechtigte Leistung erbracht wurde, die aber nicht in Rechnung gestellt werden kann. **Beispiel:** Nr. 1 und/oder 5 kann nicht angesetzt werden, weil sie wegen der Bestimmung „nur einmal im Behandlungsfall neben...“ zugunsten anderer Leistungen entfallen müssen. In der Rechnung kann dann die Nr. 1 oder 5 GOÄ als „erbracht, aber nicht berechnet“ vor dem Zuschlag angeführt werden.

Alle Tipps finden Sie unter www.abrechnungstipps.de – kostenlos!



Umsatzbeteiligung beim IGeL-Angebot

Ohne Engagement der medizinischen Fachangestellten (MFA) ist das Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) in der Regel nicht so erfolgreich wie unter deren Einbeziehung. Das sollte der Arzt planmäßig berücksichtigen und nicht als selbstverständlich voraussetzen.

Informiert nur der Arzt selbst die Patienten über die Möglichkeit einer IGe-Leistung, ist der Vorteil die hohe Quote an Annahme des Angebots (Kaufleute würden von „Abschlussquote“ sprechen). Der Nachteil ist der hohe Zeitaufwand und das eventuelle Empfinden des Patienten, der Arzt wolle ihm etwas „verkaufen“. Manchmal ist es aber auch ein Unwohlsein des Arztes in der vermeintlichen „Verkäuferrolle“. In Praxen, in denen MFA stärker einbezogen werden, ist das oft einfacher und auch erfolgreicher.

MFA sind in der Regel die ersten Ansprechpartner des Patienten. Aber auch in der laufenden Behandlung stellen viele Patienten ihnen Fragen, die sie beim Arzt nicht ansprechen. Nicht zuletzt nehmen die MFA auch bei IGe-Leistungen delegierte Aufgaben wahr. Das führt zu Mehrarbeit und kann zu Situationen führen, in denen die MFA als selbst GKV-Versicherte in einen scheinbaren Interessenkonflikt geraten können. Besonders, wenn sie selbst schon als Patientin bei einem anderen Arzt die Ansprache auf IGeL als unangenehm oder aufdringlich empfunden haben.

Grundlagen der Motivation

Generell ist zu jeder Mitarbeiter-Motivation vorrangig, dass die Mitarbeiter über das, was sie tun und vertreten sollen, gut informiert sind. Erste Maßnahme ist deshalb immer, MFA über Art und Nutzen der IGeL für die Patienten zu informieren. Dazu reicht nicht, eine Broschüre auszuhandigen. Eine Fortbildung, die meist innerbetrieblich geleistet werden kann, ist unumgänglich.

Schon dabei wird ersichtlich, dass nicht nur medizinisch Neues gelernt werden muss, sondern dass man sich außer auf zusätzliche Arbeit auch auf teils unangenehme Fragen von Patienten einstellen muss. Um dafür gewappnet zu sein, sind Teamgespräche, auch mit Rollenspielen, gut geeignet. Es ist immer wieder überraschend, wie bei guter Moderation durch den Arzt, unangenehme Seiten der IGeL-Kommunikation auftauchen, die ausgeräumt werden können. Dass die MFA dabei eigene Ideen einbringen können, stärkt die Motivation erheblich. Man kann auch auf Angebote externer Anbieter, speziell für MFA, zurückzugreifen.

Eine Schulung allein reicht aber noch nicht für den Erfolg. Wie bei allen anderen in der Arztpraxis anfallenden Aufgaben müssen auch für IGeL klare, kompetenzbezogene Aufgabenbereiche definiert werden. Vereinbarungen für das Feedback sollten getroffen werden. Die Grundaussagen dazu können sein, dass der Arzt (fast) jederzeit ansprechbar ist und die Entwicklung des IGeL-Angebots fester Bestandteil der Teamgespräche ist. Schließlich sollten Ziele definiert werden. Zu Anfang wird der qualitative Aspekt im Vordergrund stehen. Schon bald aber können auch erste Zahlen vorgelegt und quantitative Ziele gesteckt werden.

Materielle Anreize

Spätestens nach den ersten positiven Ergebnissen ist der Punkt erreicht, den Wert der Erlössteigerung nicht nur als wichtig für die Sicherung des Arbeitsplatzes anzusprechen. Für unsere Gesellschaft ist typisch, dass zu mehr Engagement auch eine Einkommenssteigerung erwartet wird. Lineare Lohnerhöhungen sind dazu nicht der optimale Weg, schließlich ist die Arbeitszeit schon bezahlt worden und häufig stellen sich dann auch „Gewöhnungseffekte“ ein. Bonuszahlungen bei Erreichen von Zielen sind ein geeigneteres Mittel als Dauerzahlungen. Bonuszahlungen haben zudem den Vorteil, dass die zusätzliche

Wichtig

- Wie in jedem Arbeitsbereich sind auch zu IGeL vor allem Information, eigene Gestaltungsmöglichkeiten, klare Aufgabenbereiche und regelmäßiges Feedback Voraussetzungen der Motivation für ein höheres Engagement
- Es sollten Ziele gesetzt werden, die auch regelmäßig überprüft werden
- Werden die Ziele erreicht, sollte sich das für die MFA auch materiell auszahlen
- Erfolgs- oder anlassbezogene Bonuszahlungen sollten möglichst steuerfrei oder steuerbegünstigt sein
- Letztlich muss aber jeder selbst entscheiden, welcher Weg in seiner Praxis der optimale ist

Entlohnung für IGeL-Erfolge nicht den Charakter einer Provisionszahlung haben. Eine prozentuale Beteiligung könnte auch falsche Anreize setzen. Zur Höhe der Bonus-Zahlungen kann es keine festen Regeln geben. Eine Richtschnur können etwa zehn Prozent bis 20 Prozent des IGeL-Umsatzes sein. Dabei sollte man vereinbaren, wie der Bonus verteilt werden soll (z.B. mit einem höheren Anteil der MFA, die durch die IGeL unmittelbar Mehrarbeit haben).

Statt der Bonuszahlungen können auch anlassorientierte Zahlungen erfolgen. Das heißt Zuwendungen bei Anlässen wie Geburtstag, Urlaub oder äußeren Anlässen wie Eintrittskarten zu einem Konzert. Solche Zuwendungen werden besonders interessant, wenn sie nicht oder nur eingeschränkt versteuert werden müssen.

Alle Tipps finden Sie auch unter www.abrechnungstipps.de – kostenlos!