Terminorganisation

Bitte Kassenpatienten nicht „schmoren“ lassen!

Natürlich verdienen Sie mit Privatpatienten mehr Geld. Trotzdem sollten Sie eine allzu auffällige „Zweiklassenmedizin“ in Ihrer Praxis vermeiden. Ein besonders sensibles Thema: eine gerechte Terminvergabe.

— Manche Kollegen vergeben Termine auf Basis des Versicherungsstatus ihrer Patienten: Privatversicherte erhalten sofort einen Termin, Kassenpatienten dagegen müssen – je nach Budgetauslastung – Tage und Wochen oder sogar bis zum nächsten Quartal warten.

Von dieser Vorgehensweise ist dringend abzuraten. Sie können eine solche Ungleichbehandlung gar nicht so unauffällig durchführen, dass sie auf Dauer nicht bemerkt und publik gemacht wird. Dann drohen Ihnen

- juristische Konsequenzen, falls Kas-

senpatienten aufgrund der ungleichen Terminvergabe medizinische Nachteile erfahren;

- Ärger mit Kassenpatienten, besonders mit wohlhabenden und ehemals privatversicherten Kassenpatienten;
- Stress mit unterschiedlich Versicherten bestimmter Gruppen, etwa einer Familie oder eines Vereins;
- falsche Angaben (z.B. die Vorgabe eines „Notfalls“) von Anrufern, die auf diese Weise einen schnelleren Termin erwirken möchten.

Besonders die Einschätzung und mögliche Ablehnung von „Notfällen“ kann erhebliche Probleme nach sich ziehen. Auch exzellent ausgebildete Arzthelferinnen sind überfordert, wenn sie unterscheiden sollen, ob beispielsweise ein Präinfarktsyndrom vorliegt oder nicht.

Juristisch und praktisch gesehen fahren Sie am besten, wenn jeder Patient gefragt wird: „Meinen Sie, dass Sie sofort kommen müssen?“ Erstaunlich oft antworten selbst schwerkranke Menschen mit „Nein“. Dies erleichtert die faire Auswahl.

Patienten, die dieses Entgegenkommen Ihrer Praxis ausnutzen und sich wiederholt als „Notfall“ anmelden, müssen Sie langsam „umerziehen“. Das geht recht gut über die Wartezeit: Bei lange im Voraus geplanten Terminen sollte die Wartezeit möglichst kurz sein; einen „Notfall“-Patienten dagegen, dem es ganz offensichtlich nicht schlecht geht, können Sie ruhig warten lassen. Auf Dauer erzielt eine solche „erzieherische“ Maßnahme durchaus ihre gewünschte Wirkung.

DR. MED. ROMAN MACHENS ■

Aktueller Abrechnungstipp

Was Sie für einen CRP-Schnelltest verlangen dürfen

Ein CRP-Routine-Schnelltest zur sicheren Abgrenzung einer bakteriellen von einer Virusinfektion wird von den Kassen nicht bezahlt. Überzeugen Sie deshalb Ihre Patienten von dieser sinnvollen IGeL-Maßnahme.

— Ein routinemäßiger CRP-Schnelltest ist nicht „wirtschaftlich und notwendig im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB V)“. Eine nach klinischem Befund oder auch probatorisch eingesetzte Antibiotikabehandlung ist preisgünstiger und somit Kassenstandard.

Verlangt Ihr medizinisches Selbstverständnis eine differenziertere Therapie? Liegt der Anspruch Ihrer Patienten höher? Dann dürfen Sie Ihre Patienten über ein medizinisch sinnvolles Diagnoseverfahren informieren, mit dem

Ihre Therapie von Note 4 (= ausreichend, gesetzlicher Mindeststandard) auf Note 1 (= sehr gut, Ihr persönlicher Anspruch) verbessert wird.

Bitten Sie kurz und knapp um Verständnis dafür, dass man diese Leistung privat bezahlen muss. Die vom Gesetzgeber geforderte Abrechnung nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bietet verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten, die Sie nach Ihrer Wahl in Absprache mit dem Patienten auf einer Honorarvereinbarung eintragen können. Eine solche schriftliche Honorarvereinbarung für Selbstzahlerleistung ist beim Kassenpatienten Pflicht.

Folgende Honorarsätze können Sie mit Ihren Patienten vereinbaren:

10 €: GOÄ-Ziffer: 3741; Multiplikator: 0,858 (ein Multiplikator unter 1,0 entspricht dem Abzug einer kassenüb-

lichen Beratung in Höhe eines Konsultationskomplexes).

12 €: GOÄ-Ziffer: 3741; Multiplikator: 1,03.

16,32 €: GOÄ-Ziffern: 1, 3741; Multiplikator: 1,0 (4,66 € + 11,66 € = 16,32 €; Kapillarblutentnahme = keine Ziffer).

28,33 € (z.B. bei Privatpatienten zum GOÄ-Regelsatz): GOÄ-Ziffern: 1, 250, 3741; Multiplikatoren: 2,3, 1,8, 1,15 (10,72 € + 4,20 € + 13,41 € = 28,33 €).

37,30 € (begründungspflichtiger GOÄ-Maximalsatz): GOÄ-Ziffern: 1, 250, 3741; Multiplikatoren: 3,5, 2,5, 1,3 (16,32 € + 5,83 € + 15,15 € = 37,30 €). Mögliche Begründungen: mehr als 10 min Zeitaufwand für Beratung; schwierige Venenpunktion; Sofortbestimmung etc.

DR. MED. ROMAN MACHENS,
ARZT FÜR ALLGEMEINMEDIZIN, LANDSHUT ■