

## PRAXISABLÄUFE OPTIMIEREN

## Stundensatzkiller Organisation: So vermeiden Sie Mehraufwand und können effizienter arbeiten

von Susen Bause, Finnentrop

! Mittlerweile scheint die eigentliche Behandlung in vielen Praxen an zweiter Stelle zu stehen, da organisatorisch so viele Dinge geregelt werden müssen, dass die Effizienz schon mal auf der Strecke bleibt. Das mindert letztendlich auch den Praxisumsatz und somit den Gewinn. Dieser Beitrag zeigt auf, welche organisatorischen Pannen zur Störung eines einwandfreien Praxisablaufs führen und wie Sie diese vermeiden können. !

### Neuaufnahme eines Patienten

Schon bei der Terminvergabe sollten dem Patienten der auszufüllende Anamnesebogen und eventuell weitere zu unterschreibende Unterlagen mitgegeben werden. Diese können dann zum Termin bereits vollständig mitgebracht werden. Somit wird eine eventuelle Behandlungsverzögerung ausgeschlossen, die sich schnell ergibt, wenn der Patient die Unterlagen erst am Tag des Termins in der Praxis ausfüllt. Denn in der Regel kann nicht abgeschätzt werden, wie lange ein Patient zum Ausfüllen der Unterlagen benötigt. Im schlimmsten Fall hat dieser dann noch seine Brille vergessen oder bei ausländischen Bürgern werden die gestellten Fragen nicht verstanden. Vereinbart ein Neupatient seinen ersten Termin telefonisch, können ihm die Unterlagen – gegebenenfalls mit einer Praxisbroschüre zur Information – auch zugesandt werden.

### Bestellsystem

Bestellpraxen sollten ein konsequentes Bestellsystem haben, damit den Patienten unnötige Wartezeiten erspart bleiben, sie in dem vorgesehenen Umfang behandelt werden können und damit auch die Mitarbeiter keine vermeidbaren Überstunden machen müssen. Dazu gehört die Planung von Pufferzeiten für Schmerzpatienten, die regelmäßig freigehalten werden sollten. Generell sollte jeder Behandler Zeitvorgaben für bestimmte Behandlungsabläufe machen. Das kann einerseits durch generell vorgegebene Zeiten geschehen – beispielsweise die Wurzelfüllung an Zahn 37 dauert immer 30 Minuten. Andererseits kann bei jedem Patienten individuell der nächste Termin festgelegt werden. Dabei ist immer mit der Rezeption zu kommunizieren, entweder durch Notizen über das EDV-Programm, über die Sprechanlage oder über sogenannte Laufzettel, die der Patient an der Rezeption vorlegt. Die generell vorgegebenen Behandlungszeiten sind allerdings aufgrund wegfallender – ansonsten zusätzlich benötigter – Kommunikationszeiten wesentlich effizienter.

### Behandlungsausfall

Behandlungsausfälle bleiben der Praxis leider nie ganz erspart und sind letztendlich mit der kostenintensivste Stundensatzkiller. Sie kosten bereits Geld durch Vorbereitungsmaßnahmen, die getroffen werden, und natürlich dann,



Keine Behandlungsverzögerung durch Ausfüllen von Unterlagen

Am effizientesten sind generell vorgegebene Behandlungszeiten

Behandlungsausfälle sind der größte Stundensatzkiller

**Behandlungsausfall  
so kostengünstig  
wie möglich  
überbrücken**

wenn der Patient nicht zum Termin erscheint. Somit muss ein Behandlungsausfall entweder von vornherein vermieden oder so kostengünstig wie möglich überbrückt werden. Zur Vermeidung gehört die rechtzeitige Erinnerung des Patienten an seinen Termin. Dabei sollte im Vorfeld aus wirtschaftlichen Gründen ausgewählt werden, welche Patienten an welche Termine zu erinnern sind. Es ist sicher am wirtschaftlichsten, einmal an alle langen Termine zu erinnern und die „säumigen“ Patienten an jeden Termin. Selbstverständlich sind auch Liquidationen über ausgefallene Termine an die Patienten denkbar. Diese sind im Rechtsstreit allerdings schwierig durchzusetzen und führen beinahe immer zum Verlust des Patienten (was durchaus gewünscht sein kann).

**Konzentration auf im  
Vorfeld eingeplante  
Behandlungen**

### Effiziente Behandlung und Behandlungsvorbereitung

Vorwiegend sollte nur die Behandlung durchgeführt werden, die im Vorfeld eingeplant war und für die tatsächlich Zeit vorgesehen ist. Oft überreden die Patienten die Behandler, weitere Leistungen zu erbringen, weil sie „gerade einmal da sind“. Solche Aktionen bringen unter Umständen den ganzen Tagesablauf durcheinander – denn wie schnell wird aus einer einfachen Füllung eine endodontische Behandlung – und kosten Behandler sowie Mitarbeiter zusätzliche Zeit und somit wieder Geld.

Nicht nur die Behandlung selbst muss reibungslos und zügig verlaufen, es beginnt bereits bei der Vorbereitung der Zimmer auf die Behandlung. Fehlen Instrumente und Materialien, muss die Behandlung unterbrochen werden. Die fehlenden Sachen werden möglicherweise aus einem anderen Behandlungszimmer herbeigeht und dadurch wird auch die dort laufende Behandlung unterbrochen oder gestört. Im schlimmsten Fall können bereits angemischte Materialien nicht mehr verwendet werden, weil diese beispielsweise fest geworden sind, und die Behandlung bringt unter dem Strich kein Honorar, sondern verursacht noch zusätzliche Kosten.

**Beratungsgespräche  
sollten das  
Wesentliche  
umfassen**

### Wirtschaftliche Beratungsgespräche

Beratungsgespräche sollten das Wesentliche umfassen. Denn Beratungen werden keinesfalls wirtschaftlich honoriert. Eine Beratung nach BEMA-Nr. Ä1 bringt etwa 8 Euro, eine privat liquidierte Beratung nach GOÄ-Nr. 1 ergibt 16,31 Euro bei Faktor 3,5 und ab einer Dauer von zehn Minuten kann die GOÄ-Nr. 3 abgerechnet werden. Diese erbringt aber auch nur 30,59 Euro beim 2,3-fachen Steigerungsfaktor. Das heißt: Bei einer Praxisstunde von 250 Euro dürfte eine Beratung nach GOÄ-Nr. 3 maximal sieben Minuten dauern – und somit wäre die GOÄ-Nr. 3 noch nicht einmal abrechenbar.

**Zahnarzt kann seine  
Zeit besser für  
die Behandlung  
einsetzen**

### Delegation

Die wirtschaftliche Aufklärung über Mehrkostenleistungen für GKV-Patienten – bei der Füllungstherapie gemäß § 28 SGB V, bei einer KFO-Behandlung gemäß § 29 SGB V und über den verbleibenden Eigenanteil des Patienten beim Zahnersatz – muss nicht der Behandler selbst übernehmen. Diese Zeit kann vom Zahnarzt durch eine tatsächliche Behandlung sinnvoller genutzt werden, denn die Aufklärung wird keinesfalls kostendeckend honoriert.

Ebenso ist es besonders wichtig, dass alle Mitarbeiter wissen müssen, wann der Patient Leistungen erhält, die nicht mehr in den Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung fallen und mit Zuzahlungen verbunden sind. Aber auch verschiedene Behandlungen können an dafür ausgebildetes Personal delegiert werden (siehe dazu „Delegation: Was ist zulässig, wo sind die Grenzen?“ in PPZ 06/2014, Seite 17). In der Zwischenzeit kann sich der Behandler den Leistungen widmen, die nicht delegiert werden können, und somit kann durch optimale Auslastung der Behandler und Mitarbeiter ein akzeptables Honorar erzielt werden.

### Dokumentationsmangel: Honorarverluste drohen!

Für die Abrechnung ist es ganz besonders wichtig, so umfangreich und genau wie möglich zu dokumentieren. Denn Leistungen, die nicht dokumentiert sind, können nicht berechnet werden. Auch im Rechtsstreit gilt oftmals die Regelung „nicht dokumentiert – nicht erbracht“. Je nach Struktur der Praxis werden die erbrachten Leistungen entweder vom Behandler selbst oder von der jeweiligen Mitarbeiterin in die Karteikarte oder bei karteilosen Praxen in das Praxisprogramm übertragen. Erfahrungsgemäß sollte dies so organisiert sein, dass die Eintragungen sofort nach Behandlungsabschluss vorgenommen werden. Bei Leistungserfassungen, die zum Beispiel gesammelt erst am Abend erfolgen, werden erfahrungsgemäß etwa 30 Prozent der erbrachten Leistungen vergessen und nicht mehr abgerechnet.

**PRAXISHINWEIS** | Eine Kontrolle der Leistungen, die in das Praxisprogramm oder die Karteikarte übertragen wurden, sollte durch den Behandler selbst abschließend durchgeführt werden. Dies kann in einfacher Form durch den Ausdruck einer Tagesstatistik erfolgen. Hier kommen auf den zweiten Blick oftmals noch Leistungen zum Vorschein, die bei der ersten Eintragung – zum Beispiel aus Zeitgründen – vergessen worden sind.

### Abrechnungsorganisation

Bei Abrechnungen, die bei der KZV eingereicht werden müssen, erleichtern regelmäßige Vorbereitungen und Kontrollen die eigentliche Abrechnung am Stichtag. Dazu gehören zum Beispiel das Erstellen von Prüfmodulen, die Kontrolle, ob alle Versichertenkarten vollständig eingelesen wurden, HVM-Statistiken usw. Diese Auswertungen sollten mindestens einmal im Monat durchgeführt werden – je nach Praxisgröße ist sogar eine wöchentliche Aufbereitung der Auswertungen ratsam. Werden diese Schritte erst am Tag der Abrechnung vorgenommen, dauert die eigentliche Abrechnung unnötig lange, weil die bereits in der Vergangenheit entstandenen Fehler und Unklarheiten zusätzlich beseitigt werden müssen. Auch ist es bei der Quartalsabrechnung kaum möglich, die fehlenden Versichertenkarten noch an demselben Tag einzulesen.

#### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Typische Fehler in der Organisation der Abrechnung: So können sie vermieden werden“ in PPZ 09/2012, Seite 16
- „Die Dokumentation – Hilfe bei Streitfällen, Abrechnung und Wirtschaftlichkeitsprüfung“ in PPZ 05/2010, Seite 2



ARCHIV  
Ausgabe 6 | 2014  
Seiten 17-18

Leistungen, die nicht dokumentiert sind, können nicht berechnet werden

Der zweite Blick kann vergessene Leistungen entdecken

Auswertungen mindestens einmal im Monat