praxis wissen 24

# Unternehmen Praxis

Newsletter 12/2007

PRAXISMANAGEMENT • GESUNDHEITSPOLITIK • MARKETING

**GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK**
Selbsthilfearbeit ab 2008 gestärkt 8
Präventionsmaßnahmen ohne Nachweis konkreter Erfolge 12

**RECHT/STEUERN**
Bundessozialgericht bestätigt Vergütungsanspruch auch bei „ungültiger" Verordnung 2

**MARKETING**
Serie Zuweisermarketing: Kooperationsbereitschaft verbessern – die richtige Verordnung 13
Kooperationsbereitschaft verbessern – der hilfreiche Arztbericht 14
Kommunikation verbessern – Arzthotline einrichten 15

**KRANKENKASSEN**
Auch bei Kuraufenthalt: Bei vorliegender Verordnung muss Krankenkasse zahlen! 3
VdAK: Neue Physiotherapie-Preise ab 1.1.2008 4
Heilmittelausgaben bis zum 3. Quartal 2007 moderat gewachsen 10

**ÄRZTE**
Keine Richtgrößen 2008 in Bayern 4
KV-Nordrhein vereinbart höheres Heilmittelausgabenvolumen 4
8,5 Prozent mehr Heilmittelausgaben 2008 in Westfalen-Lippe 5
KVWL: Praxisbesonderheiten bei Logopädie und Ergotherapie bis 2007 5
Richtgrößen 2007 für Hessen endlich veröffentlicht 6
Hessen: Nur 80 von 1.000 Praxen in Regress 6
Hessische Ärzte fordern: keine Haftung für das Verschreiben von Heilmitteln 8
Ärzte stehen Delegation ärztlicher Leistungen skeptisch gegenüber 9

**PRAXISMANAGEMENT**
Änderungen von Verordnungsvordrucken erst ab Juli 2008 7
Energiesparberatung für Praxen zu 80 Prozent gefördert 9
Investitionen vorziehen 10

**MITARBEITER**
Rückzahlungsklauseln für Fortbildungskosten im Arbeitsvertrag binden den Mitarbeiter 11

**PHYSIOTHERAPIE**
Berufseinsteiger schneller fit für die Praxis 7

## Schöne Bescherung?

*Nullkommafünf Prozent Preiserhöhung für physiotherapeutische Leistungen ab dem 1.1.2008; und weiterhin niedrigere Preise in den östlichen Bundesländern; das ist das Ergebnis von Verhandlungen zwischen VdAK und den physiotherapeutischen Berufsverbänden.*

*Insgesamt eine ziemliche Schlappe für alle Physiotherapeuten. Gehälter, Mieten und Energiekosten steigen kontinuierlich und gleichzeitig bleiben die Tariferhöhungen für Physiotherapie noch unter der gesetzlich möglichen 0,64 % Grundlohnsummensteigerung! Vor dem Hintergrund einer deutlich höheren Inflationsrate (>2% in 2007) bedeutet dieser neue Vertrag im Prinzip, das physiotherapeutische Leistungen billiger werden.*

*Dazu kommt die Situation in den östlichen Bundesländern: Das Gehaltsniveau schließt zügig zum Westen auf (z.B. haben Arzthelferinnen im Osten gerade einen Tarifvertrag abgeschlossen, der ihnen Westeinkommen garantiert). Gleichzeitig werden Therapieliegen und -material im Osten nicht wirklich billiger gehandelt als im Westen – warum gibt es dann immer noch Ost- und Westtarife?*

*Hinzu kommt der neue Rahmenvertrag, der u.a. die Fortbildungspflicht regelt: Kosten und Risiken werden einseitig auf die niedergelassenen Therapeuten abgewälzt. So muss sich der fortbildungspunktesammelnde Therapeut darauf verlassen, dass der Veranstalter die Qualifikation des Dozenten und die „richtigen" Inhalte auch noch nach 60 Monaten belegen kann. Pech für den Therapeuten, wenn der Veranstalter nicht mehr existiert oder die notwendigen Unterlagen nicht aufbewahrt hat.*

*Fazit: Der Vertrag produziert mehr Kosten und Risiken als er über die absurd niedrige Preiserhöhung wieder einspielt, und zementiert Ertragsunterschiede zwischen Ost und West!*

*Was kann man als frustrierter Praxisinhaber machen:*

- ***Schluss mit Mehrleistungen:*** *Behandeln Sie ihre Patienten wirklich nur so lange, wie es im Vertrag vorgesehen ist. Und schreiben sie z.B. Arztberichte innerhalb der Behandlungszeit und nicht in der Freizeit!*
- ***Auf dem alten Vertrag bestehen:*** *Verweigern Sie sich zunächst dem neuen Vertrag mit Hinweis auf das nicht kalkulierbare Risiko bezüglich der Fortbildungspflicht und bestehen Sie auf Fortführung des alten Vertrags – damit dokumentieren Sie Ihren Unwillen, allerdings ist rechtlich unklar, was dann weiter passiert. Notfalls können Sie später immer noch den neuen Vertrag unterschreiben und haben trotzdem Ihren Missbilligung dokumentiert.*
- ***Verband zu gemeinsamen Handeln mahnen:*** *Fünf unterschiedliche Verbände haben den VdAK Vertrag verhandelt. Jetzt melden einige Verbände auf ihren Internetseiten: „Wir der XY-Verband haben hart für euch verhandelt." Kein Wort von gemeinsamen Anstrengungen für die Sache. Fordern Sie Ihre Verbände deshalb auf, im Sinne des Berufsstandes die gemeinsamen Interessen in den Vordergrund zu stellen, statt sich unnötigerweise gegenseitig Konkurrenz zu machen.*

>

buchner

Thieme

- ***Rechtliche Schritte prüfen:*** *Gegen die merkwürdige gesetzliche Regelung, dass Therapiepreise immer nur in Höhe der Entwicklung der Grundlohnsumme steigen dürfen, sollten Therapeuten gemeinsam vorgehen. Ein ungewöhnlicher Vorschlag, finden Sie? Warum, die Ärzte machen doch gut vor, wie man gegen scheinbar unverrückbare Prinzipien des SGB V vorgehen kann: Die Initiative „Heilmittel für Hessen" will Wirtschaftlichkeitsprüfungen für Heilmittel abschaffen. Da sollten Therapeuten doch in der Lage sein, die Preisreduzierung ihrer Therapie zu bekämpfen.*
- ***Selbstzahlerleistungen priorisieren:*** *Wenn die Kassen nur noch eine rudimentäre Therapie bezahlen, dann wird es umso wichtiger, Patienten angemessene Therapie zu wirtschaftlichen Preisen anzubieten.*

*Eine schönere Bescherung unter dem Weihnachtsbaum wünscht Ihnen mit dieser letzten Ausgabe des Newsletters „Unternehmen Praxis" in diesem Jahr,*

*Ihr*

*Ralf Buchner*

**RECHT/STEUERN**

## Bundessozialgericht bestätigt Vergütungsanspruch auch bei „ungültiger" Verordnung

**Therapeuten sind nicht grundsätzlich verpflichtet, eine Verordnung auf formale Richtigkeit zu prüfen. Ein Honoraranspruch besteht trotz Abweichung vom Heilmittelkatalog. Die AOK Hessen verlor einen Abrechnungsstreit mit einer Therapiepraxis.**

Einem Patienten, der bei der AOK Hessen versichert ist, wurde als zweite Folgeverordnung „zehnmal stabilisierende Krankengymnastik einzeln, zweimal wöchentlich – Doppelstunden erforderlich" verordnet. Mit dieser ärztlichen Heilmittelverordnung ging der Patient in eine Physiotherapiepraxis. Die Therapeuten rieten dem Patienten wegen der Doppelbehandlung, die Verordnung der AOK zur Genehmigung vorzulegen. Diese Verordnung müsse nicht genehmigt werden, meinte die AOK in einem Schreiben an den Patienten. Daraufhin behandelten die Therapeuten den Patienten zehnmal eine Doppelstunde lang mit Krankengymnastik und rechneten hierfür den Betrag von 266,38 Euro mit der AOK ab. Mit dem Hinweis, dass gemäß des Indikationskatalogs aber nur maximal 10 Leistungen abrechenbar seien, weigerte sich die AOK Hessen, das Honorar zu bezahlen.

Eine Klage und die anschließende Berufung der Physiotherapiepraxis blieben leider erfolglos. Die ärztliche Verordnung sei ungültig und der Physiotherapeut dürfe sich nicht „blind" auf die ärztliche Verordnung verlassen. Das entschieden das Sozial- und das das Landessozialgericht in Hessen.

Zu einem vollkommen anderen Ergebnis ist nun das Bundessozialgericht gekommen: Ein wirksamer Behandlungsvertrag zwischen Krankenkasse und Leistungserbringern sei zustande gekommen, weil die AOK durch ihr Schreiben auf die Genehmigung im Einzelfall gegenüber den Leistungserbringern verzichtet hatte. Die

Therapeuten durften deshalb die verordnete Krankengymnastik durchführen und die AOK muss nun zahlen.
Man darf auf die schriftliche Urteilsbegründung des BSG gespannt sein. Wir werden berichten. Durch dieses Urteil sollte es zukünftig deutlich weniger ungerechtfertigte Abrechnungskürzungen geben. (Aktenzeichen: B 3 KR 4/07 R)

**KRANKENKASSEN**

## Auch bei Kuraufenthalt: Bei vorliegender Verordnung muss Krankenkasse zahlen!

**Die ambulante Ergotherapie für ein Kind, das bei einer Mutter-Kind-Kur eine entsprechende ärztliche Verordnung erhalten hatte, wollte die AOK Saarland nicht übernehmen. Obwohl der Vorgang schon über ein halbes Jahr zurücklag, konnte die Kasse mithilfe von Musterschreiben der praxiswissen24-Hotline zur Zahlung bewegt werden.**
Die AOK Saarland monierte, die Verordnung eines niedergelassen Arztes könne nicht abgerechnet werden, da sich das Kind zur selben Zeit in Kur befunden hätte. Diese Erläuterung gilt jedoch nicht als Ablehnungsgrund. Woher soll ein behandelnder Ergotherapeut schließlich wissen, ob sich sein Patient in Kur befindet, und selbst wenn er es weiß, ist ihm nicht bekannt, welches Rechtsverhältnis zwischen Kurklinik und Krankenkasse besteht. Auch wenn zwischen beiden ein Rechtsverhältnis bestünde, das eine ambulante Ergotherapie ausschließt, befreite dies den ambulanten Ergotherapeuten kaum von dem Problem, das sich aus seinem Vertrag mit der Krankenkasse ergibt. Dort heißt es sinngemäß, dass der Therapeut bei Vorlage einer gültigen Heilmittelverordnung verpflichtet ist, den Patienten zu behandeln.

Immer wieder versuchen Krankenkassen so oder anders, durchgeführte Therapieverordnungen nicht zu bezahlen. Leider lassen sich das Therapeuten auch immer wieder gefallen. Dabei kann bei der Prüfung einer solchen Zahlungsverweigerung recht schematisch vorgegangen werden:

1. Prüfen Sie, ob die Verordnung formal korrekt ist. Wenn nicht, nehmen Sie entsprechende Korrekturen vor.
2. Prüfen Sie, ob die Zahlungsverweigerung der Krankenkasse mit Pflichtversäumnissen aus dem Vertrag zwischen Ihnen und der Krankenkasse begründet wird. Wenn ja, führen Sie möglichst entsprechende Korrekturen durch.
3. Wird die Zahlungsverweigerung mit Hinweis auf Verträge Dritter (z.B. Ärzte – Krankenkassen oder GBA – Krankenkassen) begründet, prüfen Sie, ob Ihnen diese Verträge von der Krankenkasse oder Ihrem Verband vorliegen. In der Regel ist das nicht der Fall, und Sie können erfolgreich gegen die Zahlungskürzung vorgehen.

praxiswissen24-Kunden erhalten von der Hotline kostenlos Musterschreiben. Nutzen Sie diese Möglichkeiten, um sich gegen die Abrechnungswillkür einzelner Krankenkassen zur Wehr zu setzen.
Das oben dargestellte Beispiel zeigt, dass sich der geringe Aufwand lohnt: Die AOK Saarland überwies dann doch 219 Euro. – Vielleicht liegt bei Ihnen auch noch das eine oder andere nicht abgerechnete Rezept herum?

Nutzen Sie diese Möglichkeiten, um sich gegen die Abrechnungswillkür einzelner Krankenkassen zur Wehr zu setzen. praxiswissen24-Kunden erhalten von der Hotline kostenlos Musterschreiben.

KRANKENKASSEN

## VdAK: Neue Physiotherapie-Preise ab 1.1.2008

**Auf einen neuen bundesweiten Rahmenvertrag und neue Tarife für Ost- und Westdeutschland haben sich der Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK) und die Berufsverbände der Physiotherapeuten geeinigt.**

Pünktlich zum neuen Jahr gelten die neuen Preise für Physiotherapie für alle Verordnungen, deren erstes Behandlungsdatum im neuen Jahr liegt. Gleichzeitig werden im neuen Rahmenvertrag die Vereinbarungen zur Fortbildungspflicht teilweise konkretisiert.

Letztlich ist der Vertrag eine eher betrübliche Angelegenheit für Physiotherapeuten: Preissteigerung unterhalb der Entwicklung der Grundlohnsumme und erst recht unterhalb der Inflationsrate bedeutet faktisch, dass Physiotherapie schon wieder billiger geworden ist. Gleichzeitig führt die Fortbildungsvereinbarung zu höheren Kosten für die Praxisinhaber. Insgesamt ein schlechtes Geschäft für Physiotherapeuten!

Der Vertrag befindet sich aktuell noch im Unterschriftsverfahren, aber alle Beteiligten gehen davon aus, dass er zum 1.1.2008 in Kraft treten kann.

Service: Den neuen Vertrag und die Preislisten für Ost und West können praxiswissen24-Kunden bei der Hotline als PDF-Datei abrufen.

ÄRZTE

## KV-Nordrhein vereinbart höheres Heilmittelausgabenvolumen

**Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat sich mit den Krankenkassen auf ein höheres Heilmittelausgabenvolumen geeinigt. Es wird um 6,2 Millionen Euro erhöht.**

Insgesamt steht für das Jahr 2008 jetzt ein Ausgabenvolumen für Heilmittel von 404 Millionen Euro bereit. Die neuen Heilmittel-Richtgrößen für 2008 wurden ebenfalls veröffentlicht. Danach erhöhen sich die Richtgrößen für Chirurgen um 9 Prozent für Allgemeinversicherte (mitversicherte Angehörige) und 15 Prozent für Rentenversicherte. Bei den nicht hausärztlich tätigen Internisten sogar um 27 Prozent für Allgemeinversicherte und 28 Prozent für Rentenversicherte. Interessant ist, dass sowohl Orthopäden als auch Kinderärzte leichte Rückgänge bei ihren Richtgrößen hinnehmen müssen.

Service: praxiswissen24-Kunden können die Richtgrößen und Vereinbarungen bei der Hotline abfragen oder im Internet auf der Seite www.kvno.de herunterladen.

ÄRZTE

## Keine Richtgrößen 2008 in Bayern

**Für das Jahr 2008 werden für das Gebiet der kassenärztlichen Vereinigung Bayern keine Richtgrößen vereinbart, da keine Einigung über die notwendige Datengrundlage erzielt werden konnte. Das Heilmittelausgabenvolumen erhöht sich um zwei Prozent auf 561 Millionen Euro.**

Darüber würden sich viele niedergelassene Ärzte in anderen KV-Gebieten freuen: Heilmittelrichtgrößen gibt es erst in 2009, und das Ausgabenvolumen wird erhöht! Grund für diese Vereinbarung zwischen der KV Bayern und den Krankenkassen ist die unzureichende Datengrundlage. Im Heilmittelausgabenvolumen noch nicht berücksichtigt

ist die Ausgabenüberschreitung in 2006. Diese soll bis Mitte nächsten Jahres analysiert und dann eventuell notwendige Änderungen für 2008 angepasst werden.
Für Therapeuten und niedergelassene Ärzte ist das sicherlich eine eher gute Nachricht. Die von der KV vereinbarte intensivere Prüfung der Heilmittelausgaben ab dem ersten Quartal 2007 dürfte für alle Ärzte kein Problem darstellen, die sich an den Regelfall des Heilmittelkatalogs halten, formale Fehler in der Verordnung vermeiden und ansonsten nicht wesentlich über die Zahlen von 2006 hinaus verordnen.

Service: praxiswissen24-Kunden können die aktuelle Heilmittelvereinbarung der KV Bayern bei der Hotline kostenlos anfordern.

**ÄRZTE**

## 8,5 Prozent mehr Heilmittelausgaben 2008 in Westfalen-Lippe

**Eine Erhöhung des Heilmittelausgabenvolumens um 8,5 Prozent haben Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung für 2008 jetzt vereinbart. Gleichzeitig wurden erstmals auch Richtgrößen für den Heilmittelbereich veröffentlicht.**
Westfalen-Lippe leidet seit Jahren unter einer extrem schlechten Heilmittelversorgung. Aus Angst vor Regressen verordnen die niedergelassenen Ärzte nur ungefähr halb so viel Heilmittel pro 1.000 Versicherte wie die Spitzenverordner der KV Baden-Württemberg. Der Vorsitzende der KV Westfalen-Lippe ist sich über diesen Zustand im Klaren und weist zu Recht „auf eine prüfbedingte Rationierung insbesondere von Heilmittel ..., unter der die Patienten vielerorts zu leiden haben“ hin.
Diese Rationierung soll nun durch einen überdurchschnittlichen Anstieg des Heilmittelausgabenvolumens verringert werden. Ob die Einführung von Richtgrößen dazu beiträgt, dass mehr Heilmittel verordnet werden bleibt allerdings noch abzuwarten. Denn die Erfahrungen aus Nordrhein, Schleswig-Holstein und Hessen lehren, dass die erste Version der Richtgrößen in den Folgejahren dann z.T. noch erheblich angepasst werden muss. Zumal die Prüfvereinbarung, in der auch die Vorab-Praxisbesonderheiten festgelegt werden noch nicht verabschiedet worden sind. Sie sollen im Dezember folgen.
Umso wichtiger ist es, dass alle Ärzte über die für sie gültigen Daten informiert sind!

praxiswissen24-Kunden können bei der Hotline die Richtgrößenvereinbarung, die Heilmittelvereinbarung und das Richtgrößen-Controlling-Tool für Westfalen-Lippe abrufen, dass sie den Ärzten kostenlos zur Verfügung stellen können.

**ÄRZTE**

## KVWL: Praxisbesonderheiten bei Logopädie und Ergotherapie bis 2007

**Gute Nachrichten aus Westfalen-Lippe: Bis Ende 2007 werden für Vertragsärzte keine Regresse für Ergotherapie und Logopädie erfolgen. In der neuen Prüfvereinbarung soll es dann auch für 2008 Praxisbesonderheiten geben.**
„Ab sofort gibt es also wieder mehr Raum für die Verordnung von Heilmitteln, und die Risiken werden geringer“, fasst der erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Dr. Ulrich Thamer, in einem Brief an seine Kollegen das Ergebnis seiner Bemühungen zusammen. Danach liegt eine mit den Kassen und dem Prüfungsausschuss abgestimmte Liste von Praxisbesonderheiten vor, die >

Service: praxiswissen24-Kunden können das Schreiben der KVWL sowie die Praxisbesonderheiten bis Ende 2007 als PDF von der Hotline anfordern.

für alle Wirtschaftlichkeitsprüfungen bis Ende 2007 gilt. Das bedeutet, Logopädie und Ergotherapie werden 2007 erstmalig geprüft, aber in keinem Fall in Regress genommen. Für festgelegte Indikationen im Bereich der physikalischen Therapie wurden ebenfalls Praxisbesonderheiten vereinbart.
Laut Thamer werden auch in der ab Januar 2008 geltenden neuen Prüfvereinbarung Praxisbesonderheiten für die Heilmittelprüfung festgeschrieben.

ÄRZTE

## Richtgrößen 2007 für Hessen endlich veröffentlicht

**In Hessen haben sich die Richtgrößen für Heilmittel für das Jahr 2007 um 4,83 Prozent erhöht und stehen nun endlich für alle Facharztgruppen zur Verfügung. Dies meldet die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen in ihrem Newsletter „info.doc“ vom Dezember 2007.**
Gemäß den gesetzlichen Vorgaben haben die hessischen Krankenkassen und die KV Hessen bis zum 15. November arztgruppenspezifische Richtgrößen für das jeweils folgende Kalenderjahr festzulegen. Nach gescheiterten Verhandlungen in 2006 hatte das Landesschiedsamt im August 2007 entschieden, das Ausgabenvolumen für verordnete Heilmittel für das Jahr 2007 auf 227 Millionen Euro zu erhöhen. Seitdem warten alle hessischen Ärzte auf die Umrechnung des Betrags auf die jeweiligen Richtgrößen. Im Dezember 2007 kommen nun endlich die für die Steuerung der Heilmittelbudgets so wichtigen Daten - viel zu spät und mit den bekannten Auswirkungen, dass die niedergelassenen Ärzte zum Teil bis zu 50 Prozent weniger Logopädie, Ergo- und Physiotherapie verordneten.
Hessischen Therapeuten kann nur empfohlen werden, die zuweisenden Ärzte über die Richtgrößen zu informieren bzw. sicherzustellen, dass sie die Schreiben der KV auch wirklich lesen.

Service: praxiswissen24-Kunden können die Richtgrößentabelle der KV Hessen für 2007 kostenlos bei der Hotline abrufen oder auf der Homepage der KV Hessen downloaden.

ÄRZTE

## Hessen: Nur 80 von 1.000 Praxen in Regress

**Von 1.000 in diesem Sommer angedrohten Heilmittelregressen im Gebiet der Kassenärzlichen Vereinigung (KV) Hessen werden im Dezember vermutlich genau 80 Ärzte tatsächlich in Regress genommen.**
Seit dem Sommer haben manche Ärzte in Hessen ihre Unterlagen minutiös durchforscht, um einem drohenden Heilmittelregress zu entgehen. Offensichtlich mit Erfolg: Ende November verkündete der Prüfungsausschuss offiziell, dass es sich in den meisten Fällen um Praxisbesonderheiten handelte. Nur 400 Praxen wurden überhaupt geprüft, von denen es in knapp 80 Fällen voraussichtlich in diesem Monat zum Regress kommt. Auf den durch die Regressandrohung bei den betroffenen Ärzten ausgelösten Aufruhr angesprochen, meinte Josef Mayer, Vorsitzender des Prüfungsausschusses in Hessen:

„Es ist allein Sache der KV Hessen und der Landesverbände der Krankenkassen, sich auf Vereinbarungen zu einigen, die das Richtgrößenprüfverfahren entbehrlich machen.“ Selbst Mayer als Vorsitzender des Prüfungsausschusses hält die Richtgrößenprüfung für „unbefriedigend“.
Dass es auch anders geht, wird z.B. in Bayern deutlich, wo weiterhin nach Durchschnittswerten geprüft wird. Andere KVen vereinbarten umfangreiche Vorab-Praxisbesonderheiten mit den Kassen, um Szenen wie jetzt in Hessen von vornherein zu vermeiden.

PHYSIOTHERAPIE

## Berufseinsteiger schneller fit für die Praxis

**Neues Fortbildungsangebot macht Physiotherapieabsolventen schneller fit für den Praxisalltag.**
Berufseinsteiger im Therapiesektor haben zwar viel gelernt, aber wenig Erfahrung. Oft müssen Praxisinhaber erheblichen Fortbildungsaufwand betreiben, um die Neueinsteiger für den Praxisalltag fit zu machen. Das kostet die Inhaber Arbeitszeit und Nerven und dauert für unerfahrene Therapeuten trotzdem oft viel zu lange.
Eine interessante Alternative zur langwierigen Einarbeitungszeit bietet das „düsseldorfer institut für qualität in der physiotherapie“ (diqp) an: An fünf Wochenenden lernen die Neueinsteiger anhand typischer Praxisbefunde und Beispielpatienten den Aufbau eines Behandlungskonzepts zum gezielten Einstieg in eine effektive Therapie. Ziel des „Einsteigerkurses“ ist es, dass die Teilnehmer schnell und effektiv vom Erstbefund zum Behandlungsziel kommen.
Die Idee, Berufseinsteiger durch gezielte Schulungen fit für den Job zu machen, ist nicht wirklich neu. So müssen Betriebswirtschaftler und Juristen in den Firmen meist ein sogenanntes Trainee-Programm absolvieren, um schnell mit den jeweiligen Gegebenheiten ihres ersten Arbeitgebers vertraut zu werden. Die Qualität der so speziell vorbereiteten Berufseinsteiger ist deutlich höher, als wenn frisch ausgebildete Fachleute einfach in den ersten Job geschubst werden.
Daran will das „diqp“ mit seiner Initiative offensichtlich anknüpfen. Die frisch gebackenen Physiotherapeuten werden praxisübergreifend für die Therapie fit gemacht. Damit dürfte es sich bei diesem Fortbildungsangebot um das erste externe Trainee-Programm für Therapeuten handeln.

Gründerin des Instituts ist die Physiotherapeutin Gabriele Kiesling, vielen als IFK-Gründerin bekannt. Mehr Informationen im Internet unter: www.diqp.de.

PRAXISMANAGEMENT

## Änderungen von Verordnungsvordrucken erst ab Juli 2008

**Die vorgesehenen Änderungen der Verordnungsvordrucke für Heilmittel zum 1. Januar 2008 wurden auf den 1. Juli 2008 verschoben. Bis dahin gelten weiter die aktuellen Vordrucke.**
Wie bereits am 25. Oktober 2007 berichtet, betreffen die Änderungen ausschließlich das Personalienfeld und haben keine Auswirkungen auf die tägliche Arbeit.

ÄRZTE

## Hessische Ärzte fordern: keine Haftung für das Verschreiben von Heilmitteln

**In einer Resolution forderte die Delegiertenversammlung der hessischen Ärztekammer die Abschaffung der Richtgrößenprüfung für Heilmittel, meldet die Pressestelle der Ärztekammer.**

„Es darf keine Haftung der Ärzte für das Verschreiben von Heilmitteln geben", erklärten die Vertreter der hessischen Ärztinnen und Ärzte. Durch die mit Regressdrohungen verknüpften Budgetzwänge wirke sich das Sachleistungsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung unmedizinisch, unsozial und unethisch auf die ärztliche Berufsausübung aus und untergrabe das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzten und Patienten. Die verschreibenden Ärzte – insbesondere die Vertragsärzte – würden durch die indirekt erfolgende Rationierung in eine unlösbare Konfliktsituation gebracht, denn es komme nicht mehr darauf an, ob eine Behandlung notwendig oder zweckmäßig sei, sondern nur noch auf ihre Wirtschaftlichkeit. Einheitliche Behandlungsstandards im Sozial- und Privatrecht, wie sie von vielen Gesundheitspolitikern vehement gefordert würden, seien nicht möglich.

Völlig unsinnig sei es, Ärzte für Verschreibungen haften zu lassen, bei denen sie keinerlei Einfluss auf Preise haben und sowohl die Indikation als auch die Menge der Anwendungen durch die Heilmittelrichtlinien exakt vorgeben sind.

„Ärzte dürfen nicht durch den infolge Androhung von Regressen bei der Verordnung medizinisch notwendiger Therapien bei gesetzlich Versicherten entstehenden Konflikt in die Nähe von Korruptionsdelikten gerückt werden", verlangten die Delegierten. „Existenzängste und Unsicherheit von Ärzten bei der Versorgung ihrer Patienten müssen ein Ende haben."

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK

## Selbsthilfearbeit ab 2008 gestärkt

**Bundesgesundheitsministerium (BMG) veröffentlicht Liste der relevanten Veränderungen in 2008. Für Therapeuten lassen sich kaum direkte Auswirkungen erkennen, allerdings sind einige Patientengruppen von den Änderungen betroffen.**

Unter der Überschrift „Was ändert sich zum 1. Januar 2008" fasst das BMG die wichtigsten Punkte zusammen:

- Verbesserung Selbsthilfeförderung: Zukünftig müssen nicht verwendete Mittel in einen Gemeinschaftsfonds fließen und stehen im nächsten Jahr der Selbsthilfe zusätzlich zur Verfügung. Außerdem soll das Antragsverfahren erleichtert werden.
- Neue Chronikerregelung: Wer chronisch krank ist und deshalb bei den Zuzahlungen Vorteile haben will, muss künftig nachweisen, dass er sich vor der Erkrankung über die relevanten Vorsorgeuntersuchungen hat beraten lassen.
- Neue Rechengrößen in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Versicherungspflichtgrenze in der GKV bzw. die Beitragsbemessungsgrenze werden erhöht.
- Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): Neuregelung der ärztlichen Honorare tritt in der ersten Stufe in Kraft. Die endgültige Umstellung auf Euro erfolgt in 2009.

Service: praxiswissen24-Kunden können das Merkblatt des BMG kostenlos bei der Hotline abrufen oder downloaden unter: www.bmg.bund.de.

PRAXISMANAGEMENT

## Energiesparberatung für Praxen zu 80 Prozent gefördert

**Die Bundesregierung und die KfW Mittelstandsbank wollen ab Anfang 2008 kleinen und mittleren Unternehmen beim Energiesparen helfen. Vor dem Hintergrund steigender Heizkosten kann sich die Initiative „Sonderfonds Energieeffizienz in KMU“ für manche Praxis lohnen.**

Kleinen Unternehmen und Freiberuflern werden Zuschüsse für qualifizierte und unabhängige Energieeffizienzberatungen gewährt. Die Beratung soll Schwachstellen bei der effizienten Energieverwendung aufzeigen und Vorschläge beziehungsweise konkrete Maßnahmepläne erarbeiten, die in Zukunft Energie und Kosten sparen. Für eine sogenannte Initialberatung gibt es einen Zuschuss in Höhe von 80 Prozent des Honorars. Eventuell notwendige Folgeberatungen werden immerhin bis zu 60 Prozent bezuschusst.

Die Umsetzung von Energieeinsparmaßnahmen kann mit zinsgünstigen Krediten aus dem ERP-Energieeffizienzprogramm finanziert werden. Gefördert werden Maßnahmen, die eine Energieeinsparung von mindestens 15 bzw. 20 Prozent erzielen. Mitfinanziert werden bis zu 100 Prozent der förderfähigen Investitionskosten, maximal 10 Millionen Euro.

Wer also seine Energiekosten senken möchte, findet im Internet unter: www.energieeffizienz-beratung.de alle notwendigen Informationen.

ÄRZTE

## Ärzte stehen Delegation ärztlicher Leistungen skeptisch gegenüber

**Ärztliche Leistungen müssen in Medizinerhänden bleiben. Das meinten Vertreter der Ärzte auf einer Tagung in Brandenburg. Zwar wolle man kooperieren, aber immer unter Kontrolle der Bundesärztekammer. Vertreter der Pflegekräfte mahnten eine Diskussion auf Augenhöhe an.**

Was ein Arzt delegieren soll und was er darf – damit beschäftigte sich ein berufspolitisches Kolloquium der Landesärztekammer Brandenburg (LÄKB). Präsident Dr. Udo Wolter hatte Vertreter der Gesundheitsberufe und der Bundesärztekammer zu einer Diskussion eingeladen.

Die Bundesärztekammer (BÄK) sei gerade dabei, einen Katalog delegierbarer Leistungen zu überarbeiten, der möglichst auf dem nächsten Deutschen Ärztetag vorgelegt werden soll, erklärte Dr. Regina Klakow-Franck. „Die Bundesärztekammer lehnt ein Auseinanderdividieren der ärztlichen Verantwortung ab. Dies bedeutet aber nicht, dass wir nicht für Kooperationsmodelle sind. Gerade bei der Behandlung multimorbider Patienten begrüßen wir diese“, betonte die stellvertretende BÄK-Hauptgeschäftsführerin. Welche die seines Erachtens ureigensten Aufgaben des Arztes sind, dazu äußerte sich Prof. Eckart Frantz, der Vorsitzende des Landesverbandes der Leitenden Krankenhausärzte Brandenburg: „Die Diagnose, die Therapie und die Beratung des Patienten in medizinischen Fragen – das sind Monopole der Ärzte. Sollte sich daran etwas ändern, wird die Axt an den Berufsstand angesetzt.“ >

Gertrud Hergenhahn, 1. Vorsitzende des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe, Landesverband Berlin/Brandenburg, war überzeugt davon, dass Pflegekräfte über eine gute Qualifikation verfügen und deshalb mehr Aufgaben übernehmen können. Sie möchte mit den Ärzten auf Augenhöhe diskutieren.
Ausgelöst hat die aktuelle Diskussion das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von Juli 2007. Darin spricht sich der Rat dafür aus, bestimmte ärztliche Aufgaben schrittweise an nichtärztliche Berufe zu übertragen (wir berichteten).

KRANKENKASSEN

## Heilmittelausgaben bis zum 3. Quartal 2007 moderat gewachsen

**Die Ausgaben für Heilmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bis zum Ende des 3. Quartals 2007 sind im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um 2,9 Prozent gestiegen. Gleichzeitig wuchsen die Einnahmen der GKV um 4,7 Prozent.**
Das geht aus den Zahlen des Bundesgesundheitsminsteriums von Anfang Dezember hervor. Interessant dürfte das moderate Wachstum im Heilmittelbereich vor allem für die Praxen sein, die mit Regressängsten der verordnenden Ärzte zu kämpfen haben. Die Botschaft vom sehr moderaten Wachstum bei den Heilmittelausgaben sollte bei den Verordnern für Entspannung sorgen und damit das teilweise sehr restriktive Verordnungsverhalten lockern. KV-Gebiete, wie z.B. Hessen können vor dem Hintergrund der veröffentlichten Richtgrößenanhebungen von manchmal über 4 Prozent auf solche Effekte hoffen.

PRAXISMANAGEMENT

## Investitionen vorziehen

**Ab dem 1. Januar 2008 verschärfen sich die Regeln für die Abschreibung von sogenannten Geringwertigen Wirtschaftgütern. Deshalb kann es sich für Praxisinhaber lohnen, kleine Investitionen noch in 2007 vorzunehmen.**
Der Kauf von Geringwertigen Gütern (GwG), wie beispielsweise Telefonen, Stühlen oder Trampolinen bis zu einer Höhe von 410 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer, kann noch bis Ende des Jahres in voller Höhe als gewinnmindernde Abschreibung in Anrechnung gebracht werden.
Ab dem 1. Januar 2008 sind nur noch GwG im Wert von 150 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer sofort absetzbar. Alle weiteren Anschaffungen, die zwar einen Wert von 150 Euro überschreiten, jedoch 1.000 Euro nicht überschreiten, werden dann einem fiktiven Abschreibungspool zugeführt und über einen Zeitraum von fünf Jahren abgeschrieben. Und das ist unabhängig davon, welche Lebensdauer die angeschafften Gegenstände haben.
Aus diesem Grund ist es empfehlenswert, kleine Investitionen (unter 410 Euro zzgl. MwSt.), die eigentlich für 2008 geplant sind, ins Jahr 2007 vorziehen.

MITARBEITER

# Rückzahlungsklauseln für Fortbildungskosten im Arbeitsvertrag binden den Mitarbeiter

**Wer kennt die Befürchtung nicht? Nach erfolgreicher, durch den Praxisinhaber finanzierter Fortbildung, streicht der Mitarbeiter die Segel. Durch eine Rückzahlungsklausel im Arbeitsvertrag kann der Praxisinhaber den Mitarbeiter an seine Praxis binden. Bei falscher Ausgestaltung ist diese jedoch nichtig.**
Häufig sind zeit- und kostenintensive Fortbildungen für die Praxis und für die Mitarbeiter sinnvoll. Die Praxis kann sich hierdurch neue Marktpotenziale erschließen, ihr Leistungsspektrum erweitern oder die Versorgungsqualität verbessern. Für den Mitarbeiter verbessern sich durch den erfolgreichen Abschluss einer Fortbildung häufig die Chancen am Arbeitsmarkt.
Um das Risiko zu mindern, dass der Mitarbeiter umgehend im Anschluss an die Fortbildung die Praxis verlässt, kann im Arbeitsvertrag eine Rückzahlungsklausel vereinbart werden. Dann muss er zumindest einen Teil der Fortbildungskosten rückerstatten.

Entscheidend für die Wirksamkeit einer solchen Klausel ist die Dauer der Fortbildung und die hierfür durch den Praxisinhaber aufgewendeten Kosten. Je umfangreicher die Fortbildung war und je höher die Kosten waren, umso länger kann eine Bindung des Mitarbeiters vereinbart werden. Eine unangemessen lange Bindung des Mitarbeiters führt jedoch zur Nichtigkeit der Klausel.
Nach einem Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 05.12.2002 darf bei einer Fortbildungsdauer von weniger als einem Monat die Bindungsdauer nicht länger als 6 Monate betragen. Bei einer Fortbildungsdauer von 2 Monaten kann eine Bindungsdauer von bis zu einem Jahr vereinbart werden. Handelt es sich lediglich um eine kurze und betriebsbezogene Fortbildungsmaßnahme, die vorhandene Kenntnisse und Fähigkeiten erweitert oder auffrischt, kann kein Rückzahlungsvorbehalt vereinbart werden.

**Vorsicht:** Eine Rückzahlung kommt nur dann in Frage, wenn der Mitarbeiter eigenverantwortlich aus dem Arbeitsverhältnis ausscheidet. Betriebsdingte Kündigungen scheiden als Rückzahlungsgrund aus. Regelungen im Arbeitsvertrag, wonach eine grundsätzliche Rückzahlungsverpflichtung bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses vereinbart wurde, sind nichtig.

Rückzahlungsklauseln können auch für Gratifikationen wie beispielsweise das für Betriebstreue gewährte Weihnachtsgeld vereinbart werden. So kann für eine Gratifikation in Höhe von 125 Euro bis zu einem Bruttomonatsgehalt eine Bindung bis zum 31.03. des Folgejahres vereinbart werden

GESUNDHEITS-/BERUFSPOLITIK

# Präventionsmaßnahmen ohne Nachweis konkreter Erfolge

**Die Evaluation und Qualitätssicherung von Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung weisen in Deutschland ebenso wie in anderen Industriestaaten große Defizite auf.**
Welche Formen der Gesundheitsförderung und Prävention tatsächlich umgesetzt werden, hängt stark vom Interesse der Veranstalter und dem Gutdünken der finanzierenden Krankenkasse ab. Zu diesem Ergebnis kommen Wissenschaftler des Instituts für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie (IGKE) an der Universität Köln. „Die allermeisten Ressourcen werden derzeit ohne Nachweis qualitätsgesicherter Effekte ausgegeben“, resümieren die Forscher um Prof. Dr. Karl Lauterbach und PD Dr. Markus Lüngen in einer neuen Studie.

Die Kölner Gesundheitsökonomen werteten anhand eines umfassenden Kriterienkatalogs rund 120 Evaluationsstudien aus, die wiederum Präventionsprogramme aus 13 Staaten bewerteten. Die IGKE-Untersuchung bezieht Studien aus den USA, Kanada, Australien, Neuseeland, Großbritannien, Frankreich, den Niederlanden, den nordischen Ländern, Österreich und der Schweiz ein. Der Blick in die internationale Forschung ist aus Sicht der Wissenschaftler zwingend: Die Bundesregierung hat angekündigt, bis 2009 ein Präventionsgesetz vorzulegen. Die Fragestellung der Wissenschaftler: „Lassen sich im Ausland Präventionskonzepte identifizieren, die einer systematischen, methodisch anspruchsvollen wissenschaftlichen Prüfung unterzogen wurden und sich in dieser Evaluation als wirkungsvoll erwiesen?“

Keine einzige der untersuchten ausländischen Maßnahmen schaffte es, als „in hohem Maße empfehlenswert“ eingestuft zu werden. Bei einem Teil lag das daran, dass sich die jeweilige Vorbeugeintervention in methodisch anspruchsvollen Checks nur als eingeschränkt effektiv erwies oder gar durchfiel. Ein Beispiel dafür sind betriebliche Kampagnen zur Bewegungsförderung, bei denen Plakate die Beschäftigten zum Treppensteigen animieren sollen. Aussagekräftige Studien belegen eindeutig, dass solche Aktionen kaum Einfluss auf das Verhalten der Zielgruppe haben.

Häufiger ist Variante zwei: Die Qualität der Bewertungsstudien reichte nicht aus, um ein überzeugendes Urteil zur Wirksamkeit abzugeben. „Insgesamt ist die Zahl der Interventionen zwar extrem hoch, die Anzahl der Evaluationen mit genügend hohem Qualitätsanspruch jedoch extrem klein“, resümieren die Forscher um Lauterbach. Prävention und Gesundheitsförderung lägen dadurch auch international um etwa 25 Jahre hinter der Entwicklung in der kurativen Medizin zurück, in der Methoden der Evidenzbasierung mittlerweile verbreitet sind.

Als Handlungsempfehlung für die Politik empfehlen die Forscher die zeitliche Begrenzung von Präventionsmaßnahmen - zumindest so lange, bis eine Messung ihrer Effektivität stattfindet.

MARKETING

# Zuweisermarketing: Kooperationsbereitschaft verbessern – die richtige Verordnung

**Die Verbesserung der Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten ist ein häufig genanntes Ziel von Therapiepraxen. Einen konkreten Anknüpfungspunkt bietet dabei das formal korrekt ausgefüllte Verordnungsformular.**

Seit Jahren beschweren sich Therapeuten darüber, dass die Ärzte die Verordnungsformulare nicht richtig ausfüllen. Bei Fehlern werden sie darauf hingewiesen, dass eine falsch ausgefüllte Verordnung zu Abrechnungsproblemen des Therapeuten führt.

Den meisten Ärzten sind jedoch Abrechnungsprobleme des Therapeuten ziemlich egal und Verordnungskorrekturen unnötige Zeitfresser. Im ungünstigsten Fall fühlen sie sich von den Therapeuten überflüssigerweise belehrt und belästigt!

Aus Sicht des Zuweisermarketings ist ein solcher Fall ein dramatisches Kommunikationsdesaster: Statt vertrauensvoller Zusammenarbeit gibt es Streit um von außen auferlegte Formalien.

Der erste Schritt zur erfolgreichen Veränderung der Situation ist Empathie: Der Therapeut versetzt sich in die Lage des Arztes (ohne sie zu bewerten!) und spürt den „Schmerz“ eines Verordners nach, der täglich zwanzigmal aufgefordert wird, eine Heilmittelverordnung zu ändern und dabei jedes Mal denkt, das mache ich nur, damit der Therapeut keine Abrechnungsprobleme hat!

Im nächsten Schritt muss die Frage beantwortet werden, welche Ziele des Arztes dazu führen könnten, dass er selbst darauf achtet, die Verordnung gleich korrekt auszufüllen. An dieser Stelle hilft die Bundesknappschaft, die bundesweit Ärzte für falsch ausgefüllte Heilmittelverordnungen in Regress nimmt. Eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ohne vorherige Erst- bzw. Folgeverordnung führt in vielen Fällen dazu, dass der Arzt persönlich die gesamten Kosten der falschen Heilmittelverordnung übernehmen muss. Die Regel lautet: Formale Fehler führen mit hoher Wahrscheinlichkeit zum Regress! Eine Botschaft, die auch die verschiedenen KVen immer wieder verkünden.

Das Zuweisermarketing nimmt diese Botschaft auf und modifiziert die Kommunikation mit dem verordnenden Arzt: „Lieber Arzt, mit Sorge habe ich gehört, dass formale Fehler in der Heilmittelverordnung zu Regressen führen können. Deshalb bietet unsere Praxis als Serviceleistung an, die Verordnungen noch einmal zu prüfen. Sollten wir Regressgefahr bemerken, kommen wir – falls gewünscht – auf Sie zu und geben Ihnen die Möglichkeit, eine Korrektur vorzunehmen.“

Damit wird die Bitte um Korrektur der Verordnung eine Serviceleistung des Therapeuten. Jeder Hinweis des Therapeuten bedeutet Unterstützung bei der Vermeidung von Regressen! Der verordnende Arzt lernt, dass Therapeuten mitdenken und zwar auch gerade dann, wenn es um den Kampf gegen den gemeinsamen „Feind“ (hier die Krankenkassen) geht.

Dieses Beispiel zeigt, wie sich durch eine an den Bedürfnissen des Zuweisers ausgerichtete Kommunikation die Kooperationsbereitschaft des Arztes deutlich verbessern lässt. >

# Kooperationsbereitschaft verbessern – der hilfreiche Arztbericht

**Die Verbesserung der Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten ist ein häufig genanntes Ziel von Therapiepraxen. Zentrales Kommunikationsmedium dafür ist der Arztbericht.**

„Arztberichte liest sowieso niemand“, behaupten viele Praxisinhaber und haben damit vermutlich recht. In den meisten Praxen wird weder über die Funktion noch über den Inhalt des Arztbriefes in angemessener Weise nachgedacht. Stattdessen nutzen viele Therapeuten die vorgedruckte Struktur, ohne zu überlegen, welche Alternativen es gibt.

Ähnlich ist die Situation auf Seiten der Empfänger: Ärzte klagen darüber, dass in den Arztberichten ohnehin immer nur eine Empfehlung zur Weiterführung der Therapie gegeben werde, und dafür brauche es keinen Bericht.

Dabei könnte der Arztbericht ein erstklassiges Instrument zur Kommunikationsverbesserung zwischen Therapeut und Arzt sein. Wichtige Voraussetzung: Werden Sie sich darüber klar, was Sie mit dem Arztbericht erreichen wollen.

Manche Therapeuten wollen den Arzt mithilfe des Arztberichts zum Beispiel über die „richtige“ Diagnose aufklären. Das nicht konkret benannte Ziel lautet „Richtigstellung“, wohingegen beim Arzt „Belehrung“ ankommen könnte.

Andere Verfasser von Arztberichten legen Wert darauf, den Arzt wissen zu lassen, dass nach ihrer Meinung unbedingt weiterbehandelt werden muss. In diesem Fall ist das Ziel vermutlich „für den Patienten kämpfen“. Der Arzt könnte es dagegen als „Einmischung in Verordnungsangelegenheiten“ verstehen.

Wieder andere Therapeuten geben sich viel Mühe, mit entsprechender Fachterminologie ausführlich zu beschreiben, auf welch hohem Niveau die Therapie stattgefunden hat. Das eigentliche Ziel „Hochwertigkeit der Therapie darstellen“ könnte der Arzt als „Wichtigtuerei der Therapeuten und Unlust zu lesen“ empfinden.

**!**

Werden Sie sich darüber klar, was Sie mit dem Arztbericht erreichen wollen!

Wenn das Ziel der Therapiepraxis darin besteht, dass der Arztbericht gelesen wird, dann lautet die zentrale Frage an die verordnenden Ärzte: „Wie muss der Bericht aussehen, damit Du, lieber Arzt, den Bericht als hilfreich empfindest und liest?“ Diese Frage können Sie ihm auch ganz konkret bei einem Jahresabschlussgespräch stellen. Sie werden überrascht sein, welche Anforderungen Ärzte an den Arztbericht haben –, und wie einfach es ist, ihn auf ihre Bedürfnisse zuzuschneiden.

Weiterhin könnte es eine Überlegung wert sein, ob die Theapeutenempfehlung zur Weiterführung der Therapie wirklich in den Arztbericht gehört. Die Entscheidung, ob eine Therapie zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden kann, trifft alleinverantwortlich der Arzt. Somit taucht die Frage auf, welche Information er für eine fundierte Entscheidung benötigt. Die Basis für eine weitere Verordnung ist eine Aussage über die Zukunft des Patienten. Der Arzt benötigt eine möglichst genaue Angabe darüber, was eine Weiterbehandlung des Patienten bringt. Die prognostische Einschätzung ist umso wertvoller für Arzt und Patient, je konkreter sie ist.

Der Unterschied zwischen „bei Fortsetzung der Therapie wird es zu einer weiteren Schmerzreduktion kommen“ und der Prognose „weitere zehn Therapiesitzungen

werden dazu führen, dass der Patient sich wieder vollständig alleine anziehen kann“, besteht in der Konkretisierung. Der Arzt (und auch ein möglicher späterer MDK-Gutachter) kann die Schmerzreduktion bagatellisieren und daher keine Verordnung ausstellen. Viel einfacher ist es für ihn, dafür zu sorgen, dass sich der Patient mit zehn weiteren Therapiesitzungen endlich wieder selbst anziehen kann!

Denken Sie bei der Übermittlung des Arztberichts auch darüber nach, ob der Arzt möchte, dass der Patient den Inhalt des Berichts kennt oder nicht. Wenn Sie derartige Wünsche Ihrer Zuweiser berücksichtigen, werden Sie erleben, dass Sie Ihren Bericht als das nutzen, was er im Idealfall sein sollte: Eine wertvolle Fachinformation, die die Entscheidungen des Arztes zielführend unterstützt!

## Kommunikation verbessern – Arzthotline einrichten

**Die Verbesserung der Zusammenarbeit mit den zuweisenden Ärzten hängt stark davon ab, wie gut es mit der Kommunikation klappt. Die Arzthotline könnte vielen Therapeuten und Ärzten helfen.**
Stellen Sie sich vor, Sie sind Arzt und wollen einen Therapeuten kontaktieren. Mit viel Glück erreichen Sie die Rezeptionsfachkraft, wenn Sie Pech haben, dürfen Sie auf den Anrufbeantworter sprechen oder die Leitung ist besetzt. Das akzeptieren sie ein- oder zweimal, dann suchen Sie sich einen besser erreichbaren therapeutischen Ansprechpartner.

Einige Praxen haben deshalb eine spezielle Telefonnummer eingerichtet, die nur an Ärzte weitergegeben wird. Unter dieser Nummer ist immer nur ein Therapeut erreichbar. Hier erhält man notwendige Informationen, und Probleme werden umgehend gelöst. Ein Arzt, der diese neue Telefonnummer vom Praxisinhaber persönlich erhalten hat, weiß, dass er nur bei wirklich wichtigen und dringenden Fällen anrufen soll. Er wird die Nummer nicht an Arzthelferinnen weitergeben, sondern sie nutzen, wenn er selbst Kontakt zu einem Therapeuten aufnehmen muss.

Organisatorisch ist die Einrichtung einer Arzthotline einfach zu lösen. Bei den meisten Telefonanlagen kann man ohnehin unterschiedliche Telefonnummern vergeben, ohne Anlage hilft ein ISDN-Anschluss. Wichtig ist, dass die Arzthotline auch wirklich besetzt ist. Ruft ein Arzt an, muss der Therapeut ausnahmsweise auch einmal die Therapie unterbrechen.

Mit der Bereitstellung einer speziellen Telefonnummer für Ärzte setzen Sie diesen ein deutliches Signal: „Wir sind für dich da und an deiner Meinung interessiert, wir hören dir zu und lösen schnell deine Probleme!“
Keine Angst, die Erfahrung zeigt, dass Praxen mit einer Arzthotline kein größeres Anrufaufkommen als herkömmliche Praxen, aber immer ein überdurchschnittlich gutes Verhältnis zu den zuweisenden Ärzten haben!

**!**

Praxen mit einer Arzthotline haben ein überdurchschnittlich gutes Verhältnis zu den zuweisenden Ärzten!

**Impressum** • 12/2007
Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1 – 7 • 24223 Raisdorf
Telefon +49(0) 4307 8119 0
Fax +49(0) 4307 8119 99
http://www.buchner.de

in Kooperation mit
dem Georg Thieme Verlag, Stuttgart
www.thieme.de

Dieser Newsletter ist Bestandteil des praxiswissen24-Abonnements. Wenn Sie Fragen hierzu haben, wenden Sie sich bitte an kontakt@praxiswissen24.de.

praxis 24 wissen

# Bei Anruf: Klarheit!

Eine Praxis erfolgreich zu führen bedeutet, immer wieder Entscheidungen zu treffen. Dazu benötigen Sie die richtigen Informationen aus verlässlichen Quellen.
Statt selbst danach zu suchen, rufen Sie jetzt einfach bei praxiswissen24 an und stellen Ihre Fragen! Kompetente Fachleute beantworten alle betriebswirtschaftlichen Fragen rund um Ihre Praxis – zuverlässig und mit Sicherheit.
Es gibt eine ganze Reihe weiterer Vorteile, wie z.B. den aktuellen Newsletter „Unternehmen Praxis“ speziell für Praxisinhaber.

## Neugierig?

Rufen Sie uns jetzt an und informieren Sie sich über die vielen Vorteile, die praxiswissen24 für Ihre Praxis bietet.
Oder finden Sie Antworten auf www.praxiswissen24.de.

**0800 / 9477360**
**www.praxiswissen24.de**

buchner consulting