11.2013

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Wenn Krankenkassen Anträge auf Heilmittel ablehnen

Wer zahlt die Therapie bei Widerspruchsverfahren?

Lehnt die Krankenkasse einen Antrag auf Genehmigung einer Verordnung außerhalb des Regelfalls oder des langfristigen Heilmittelbedarfs ab, kann der Patient dagegen Widerspruch einlegen. Finden während des Widerspruchverfahrens Behandlungen statt, muss vorher geklärt werden, wer die Kosten im Fall einer erneuten Ablehnung trägt.

Einige Krankenkassen verzichten nach wie vor nicht auf die Genehmigungspflicht bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 4 HeilM-RL) und/oder Anträgen auf langfristigen Heilmittelbedarf (§ 8 Abs. 5 HeilM-RL). Für diese Fälle gilt, dass die Kasse die Kosten der Behandlungen vom Zeitpunkt der Antragstellung bis zur Entscheidung über Ablehnung auf jeden Fall übernimmt.

Wird der Antrag abgelehnt, kann der Patient (auch über seinen Therapeuten) Widerspruch gegen diese Entscheidung einlegen. Normalerweise wird dann die Behandlung weiterlaufen, die Frage ist nur, wer die Kosten für die Behandlungen während des Widerspruchsverfahrens übernimmt, denn dies ist nicht in der HeilM-RL geregelt.

Grundsätzlich gilt in einem solchen Fall, dass der Widerspruch keine aufschiebende Wirkung hat. Die Kasse muss also nur dann für weitere Behandlungen zahlen, die während des Widerspruchverfahrens durchgeführt werden, wenn der Widerspruch erfolgreich war. Wird der Widerspruch (oder auch eine spätere Klage) endgültig abgelehnt, wird die Krankenkasse nur die Behandlungen gem. HeilM-RL zahlen, die bis zur ersten Ablehnung durchgeführt worden sind.

Faktisch bedeutet das ein gewisses Risiko für Praxisinhaber bei Widerspruchsverfahren. Wer dieses Risiko nicht eingehen will, darf nach einer Ablehnung den Patienten solange nicht weiter behandeln, bis der Widerspruch entschieden ist. Allerdings lässt sich das Risiko für die Praxis reduzieren, wenn man mit dem Patienten einen Vertrag abschließt, der für den Fall der endgültigen Ablehnung des Antrages im Widerspruchverfahren vorsieht, dass er die dann offenen Behandlungen aus eigener Tasche zahlt.

> Service

up|plus-Kunden nutzen unseren Download für ein passendes Vertragsmuster, mit dem sie die Kostenübernahme für den Fall regeln, bei dem die Kasse dem Antrag endgültig nicht zustimmt. Der Patient kann nun ohne Risiko für sie weiter behandelt werden und muss nur dann die Behandlungen selbst zahlen, wenn auch der Widerspruch nicht erfolgreich ist.

aktuell

Bevor Sie über GKV-Honorare schimpfen: **Privatpreise erhöhen!** 2

Drei verschiedene AOK-Rahmenverträge und Preislisten in Niedersachsen **Wie viele Verträge brauchen Physiotherapeuten?** 7

Heilmittelbranche in Zahlen **Der große Honorar-Unterschied** 10

abrechnung

Neue Prüf- und Checklisten verschlimmern Verordnungskontrolle **Fragen und Antworten zu Verordnungs-Checklisten** 4

Abrechnungstipp **Wegegeld** 20

konzepte

Therapeutin in Kiel bietet Frühförderkurse für Kleinkinder an **Die „Krabbelsprotten" lernen, mit allen Sinnen zu begreifen** 18

tipps

Alle Jahre wieder **Gute Vorsätze für Veränderungen in der Praxis** 3

Kundenakquise und Imagepflege **Auch Praxen können eine erfolgreiche Pressearbeit leisten** 12

SEPA-Umstellung zum 1. Februar 2014 **Praxischefs müssen rechtzeitig handeln!** 22

www.up-aktuell.de

ISSN 1869-2710 • www.up-aktuell.de • redaktion@up-aktuell.de • Einzelpreis 15 Euro

Bevor Sie über GKV-Honorare schimpfen: Privatpreise erhöhen!

Die Preise für Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Podologie sind unakzeptabel niedrig. Das kann man sehr gut an den von den Krankenkassen veröffentlichten Daten ablesen. *(siehe Seite 10/11)*

Die Beträge, die für jede Minute Heilmittel-Therapie von den Kassen gezahlt werden, bewegen sich im Cent-Bereich. Eine sichtbare Entwicklung hin zu mindesten einem Euro je Therapieminute ist nicht erkennbar.

Die Ursachen für diesen Stillstand sind vielfältig: Rechtliche Rahmenbedingungen, restriktive Kassen, unklare Zuständigkeiten und leider manchmal auch schlechte Verhandlungen sind Faktoren, die es ausgesprochen schwierig machen, eine angemessene Bezahlung für Heilmittelerbringer durchzusetzen.

Allerdings haben wir ja noch den Bereich der Privatpatienten. Hier gibt es keine gesetzlichen Vorgaben, hier können Praxisinhaber direkt Einfluss nehmen und selbst die Preise festlegen: Keine Grundlohnsummenanbindung und keine Verhandlung mit irgendwelchen Kassen. Stattdessen haben Sie die Freiheit, den Preis festzulegen, den Sie für angemessen halten.

Der richtige Zeitpunkt für eine Preiserhöhung ist in Sichtweite, denn der Jahreswechsel steht vor der Tür. Jetzt ist noch Zeit genug, die Rahmenbedingungen für eine Preiserhöhung umzusetzen. So erhöhen Ängstliche die Preise um einen Euro je Therapieeinheit und fragen sich, ob sie ihre Privatpatienten damit verschrecken, und Mutige kalkulieren einen realistischen Preis für ihre großartige Therapie.

Wenn Sie die Minutenpreise der GKV auch für viel zu niedrig halten, dann nutzen Sie Ihre Handlungsmöglichkeit: Privatpreise erhöhen!

Herzlichst Ihr

Ralf Buchner

Impressum

buchner

Herausgeber: Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1–7
24223 Schwentinental
Telefon +49(0) 4307 8119 – 0, Fax – 99
redaktion@up-aktuell.de, www.buchner.de

V.i.S.d.P.: Ralf Buchner (Anschrift s. Herausgeber)
Chefredaktion: Ralf Buchner
ISSN 1869-2710
Heftpreis: 15 Euro
im Abo: 12 Euro

Quellen und Autoren dieser Ausgabe:
Ralf Buchner (bu), Katrin Schwabe-Fleitmann (ks), Jenny Werner (jw); Gastautorin: Ulrike Hoffmeister; Pressemitteilung (pm); Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: beermedia (1), Trueffelpix (3), Robert Kneschke (4), Wavebreakmedia-Micro (6), contrastwerkstatt (8), A. Gregor (14), drubig-photo (16), G. Seybert (22), Doc Rabe Media (23), fovito (23); M. Hauschild (9), Privat (9), Praxisnetz Schürholz Sievers GmbH (18/19)

Alle Jahre wieder

Gute Vorsätze für Veränderungen in der Praxis

Alle Jahre wieder taucht sie auf, die Frage nach den guten Vorsätzen für das neue Jahr und damit nach Veränderungen aller Art. Oft bleibt es aber nur bei guten Vorsätzen, und nach ersten Erfolgen schleichen sich schnell die alten Gewohnheiten wieder ein. Wer in seiner Praxis dauerhaft etwas ändern will, muss sich darüber im Klaren sein, dass Veränderungen Mühe bedeuten, gut vorbereitet werden müssen und Disziplin erfordern.

„Wer sich nicht bewegt, macht wenig Fehler“, heißt ein alter Spruch. Stillstand aber kann in Zeiten des Wandels gefährlich werden, warnen Experten des sogenannten Change-Managements und plädieren dafür, Veränderungen als Dauerzustand anzuerkennen. Ihr Credo: Wandel soll sich nicht mehr periodisch und anlassbezogen vollziehen, sondern permanent und immer wieder von Neuem. Der Mensch aber als „Gewohnheitstier“ steht in der Regel Veränderungen skeptisch gegenüber, sie werden mit Unsicherheit über die Zukunft verbunden und können als Gefahren und Risiken wahrgenommen werden. Viele sind erst dann zu Veränderungen bereit, wenn es fast zu spät und die Ausgangslage so schlecht geworden ist, dass es keinen anderen Ausweg mehr gibt.

Gut vorbereiten!

Wollen Sie in Ihrer Praxis etwas dauerhaft verändern, müssen Sie sich gut vorbereiten. Nichts ist für einen Praxisinhaber schlimmer, als eine Änderung anzukündigen, die nach wenigen Wochen schon wieder im Sande verläuft. Das schadet Ihrem Image und erschwert den Weg für künftige Projekte. Ihre Mitarbeiter haben es sicher schon mal erlebt, wenn Sie beispielsweise nach einer Fortbildung euphorisch zurückkehrten und im Gepäck viele neue Ideen mitbrachten. Die meisten reagieren nicht und hoffen, dass die Begeisterung des Chefs bald wieder abflaut und das Praxisteam zur Tagesordnung übergehen kann.

Mitarbeiter informieren!

Damit Sie sich als Praxisinhaber aber nicht Hals über Kopf allein in das Abenteuer stürzen, müssen die Mitarbeiter einbezogen werden. Die Erfahrung zeigt, dass Menschen eher bereit sind mitzumachen, wenn sie rechtzeitig und persönlich über die geplanten Änderungen informiert werden. Und reden Sie offen mit Ihrem Team, hören Sie sich ihre Bedenken an und nehmen Sie ihre Befürchtungen ernst. Erst wenn Ihre Mitarbeiter verstehen, dass die anstehende Veränderung keine persönliche Bedrohung ist, können sie ihre Vorteile und Chancen erkennen.

Das Bestehende würdigen!

Ihre Begeisterung für eine Veränderung zeigt aber auch, dass Sie einen Tätigkeitsbereich der Praxis kritisieren, seine Schwachstellen aufzeigen, die mit der angekündigten Maßnahme verbessert werden sollen. Und das heißt: Einige Mitarbeiter fühlen sich angegriffen – in ihrer jetzigen Arbeit und vielleicht auch als Person. Das erzeugt Widerstand, der vermeidbar wäre. Würdigen Sie daher auf jeden Fall das Bestehende! Denken Sie gemeinsam mit Ihren Angestellten darüber nach, was gut ist und was auch künftig bleiben soll und welche negativen Veränderungen auf keinen Fall eintreten dürfen. Nur so schaffen Sie es, Ihr Team mit ins Boot zu ziehen.

Das Emotionale beachten!

Beim Thema Veränderungen spielt das Emotionale eine entscheidende Rolle. Einer Change-Management-Studie zufolge waren 85 Prozent der befragten Führungskräfte aus Groß- bzw. mittelständischen Unternehmen der Ansicht, dass ein Wandel nur dann gelingt, wenn die Herzen der Menschen erreicht werden. Ob Sie also Ihr Produktangebot erweitern, Qualitätsmanagement einführen, die Privatpreise erhöhen oder den Zeittakt kürzen wollen – alle diese Veränderungen lösen bei Ihren Mitarbeitern unterschiedliche Gefühle aus, die unbedingt berücksichtigt werden müssen.

Achten Sie als Praxisinhaber auf die Bedenken Ihrer Mitarbeiter, respektieren Sie Ihre Ängste und Sorgen. Helfen Sie Ihrem Team zu erkennen, was sich durch die Veränderungen verbessert – nicht nur für die Praxis, sondern auch für die Mitarbeiter selbst sowie für die Patienten und die verordnenden Ärzte. Und entwickeln Sie gemeinsam eine Perspektive, die es dem ganzen Team erlaubt, die geplanten Veränderungen positiv umsetzen zu können. Es liegt also an Ihnen, den „Rahmen“ zu schaffen, dass sowohl Mitarbeiter wie auch Patienten die geplante Veränderung akzeptieren können. *(ks/bu)*

Neue Prüf- und Checklisten verschlimmern Verordnungskontrolle

Fragen und Antworten zu Verordnungs-Checklisten

Neue Checklisten zur Prüfung von Heilmittelverordnungen sind gerade ganz groß in Mode. Nicht nur Krankenkassen veröffentlichen solche Listen, sondern manchmal geben sich sogar Verbände dazu her, Checklisten als verbindliche Anlage zum Rahmenvertrag zu akzeptieren. Dabei sind diese Listen oft unklar, verstoßen gegen Datenschutzbestimmungen und die Heilmittel-Richtlinie. Außerdem unterscheiden sie sich oft von Bundesland zu Bundesland, von Fachrichtung zu Fachrichtung. Hier beantworten wir die wichtigsten Fragen zum Thema Verordnungs-Checklisten.

Sind Verordnungs-Checklisten der Krankenkassen für mich als Praxisinhaber verbindlich?

Nein, wenn eine Krankenkasse eine Verordnungs-Checkliste veröffentlicht, hat das für einen Praxisinhaber zunächst keine besondere Bedeutung. Die Krankenkasse stellt mit einer solchen Liste einfach ihren jeweiligen Rechtsstandpunkt klar. Diesen Standpunkt muss man als Praxisinhaber aber nicht teilen und schon gar nicht zwingend beachten. Die Krankenkasse ist nur ein ganz normaler Vertragspartner, nicht der Gesetzgeber – auch wenn manche Kassen das gern anders darstellen.

Hat es nicht Vorteile, wenn die Kassen solche Checklisten veröffentlichen?

Wenn man als Praxis weiß, was die Kasse gern möchte, kann man sich daran halten. Das ist die gute Nachricht. Problematisch ist, dass einige Krankenkassen dazu neigen, einzelne Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinie falsch auszulegen – damit wird dann der Handlungsspielraum der Therapeuten und der Ärzte eingeschränkt. In einem solchen Fall müssten die Verbände sofort Widerspruch einlegen, den Vertragsausschuss einberufen oder auch vor Gericht ziehen. Da das aber selten passiert, ziehen die Kassen ihre Prüfung gem. Checkliste einfach durch – mit dem Ergebnis, dass die jeweiligen Heilmittelpraxen Rechnungskürzungen hinnehmen oder dagegen klagen müssen.

Was bedeutet es, wenn die Checklisten Bestandteil der Rahmenempfehlungen oder der Rahmenverträge werden, wie z. B. bei den Logopäden oder den Physiotherapeuten in Bayern?

Checklisten, die Bestandteil der Rahmenverträge werden, sind für Praxisinhaber plötzlich rechtsverbindlich. Damit habe ich – über meinen Verband – dieser Checkliste zugestimmt und sie anerkannt und muss mich daran halten.

Haben rechtsverbindliche Checklisten nicht viele Vorteile?

Nein, Checklisten haben manchmal minimale Vorteile, aber leider auch einige Nachteile.

Das ist zum einem strukturell bedingt, denn Checklisten regeln alles haarklein bis in das letzte Detail. Es nützt mir als Praxisinhaber nichts, wenn es für jedes Feld auf der Verordnung eine eigene Vereinbarung gibt. So wird z. B. erlaubt, dass das Kreuz bei Hausbesuch per Fax durch den Arzt ergänzt werden kann, das Kreuz beim Therapiebericht jedoch nicht (siehe Checkliste Physiotherapie AOK Bayern). Das ist in diesem Fall zwar kein großes Problem, aber kein Mensch kann sich merken, wann man wie vorgehen soll.

Im Gegensatz dazu es gibt Verträge in denen ganz einfach geregelt ist, dass alle Änderungen per Fax vom Arzt geändert werden dürfen. Das ist dann klar und kann auch problemlos von jeder Praxis umgesetzt werden. Damit erspart man sich lange Checklisten.

Zum anderen sind die Checklisten leider nicht das Ergebnis einer gemeinsamen Ausarbeitung zwischen Kassen und Heilmittelverbänden, sondern die Krankenkassen haben ihren „Fragen-/Antwortenkatalog“ genommen und mit Pseudokompromissen aufgehübscht und dort nachgegeben, wo ohnehin Gerichte längst zugunsten der Heilmittelerbringer entschieden haben.

Insofern habe ich als Praxisinhaber einer Checkliste zugestimmt, die viele strittige Positionen der Krankenkassen bestätigt. Im Falle einer späteren gerichtlichen Klärung wird meine/bzw. die Zustimmung meines Verbandes dann zu meinem Nachteil ausgelegt werden.

Muss ich alle Punkte der Checkliste verbindlich beachten, wenn sie Bestandteil meines Rahmenvertrages ist?

Nein, wenn in der Checkliste eine Regelung vereinbart worden ist, die gegen geltendes Recht verstößt, dann kann es sogar strafbar sein, diese Regelung umzusetzen. So haben Datenschützer darauf hin gewiesen, dass ein Therapeut nicht einfach einem Arzt melden darf, dass der Patienten vorher bei einem anderen Arzte in Behandlung war – obwohl im Rahmenvertrag zwischen den Physiotherapieverbänden und dem vdek genau so ein Vorgehen in der Checkliste vereinbart wurde.

Sind die Verordnungs-Checklisten in ganz Deutschland gültig?

Nein, Verordnungs-Checklisten der Krankenkassen gelten immer nur für den Gültigkeitsbereich des jeweiligen Rahmenvertrags. Das bedeutet, dass es z. B. in Bayern für Physiotherapeuten eine Checkliste für die AOK-Versicherten gilt, eine andere Checkliste für die vdek-Versicherten, keine Checklisten für Ergotherapeuten, eine Checkliste für Logopäden für alle Kassenarten und eine Checkliste für Podologen ebenfalls für alle Kassenarten. Das sind im Ergebnis allein in Bayern vier verschiedene Checklisten.

Hängt die Gültigkeit einer Verordnung also davon ab, wo die Praxis des Therapeuten liegt?

Genau, die Regeln die bestimmen, ob eine Verordnung gültig ist oder nicht, wird oft regional durch den Praxissitz entschieden. Eine Verordnung, die in Hessen ungültig ist, wird bei Vorlage in einer Praxis in Baden-Württemberg plötzlich gültig. Das ist sowohl den Patienten als auch den verordnenden Ärzten nur schwer zu vermitteln.

Was kann ich als Praxisinhaber machen, wenn es bei mir solche Checklisten gibt?

Der Umgang mit Checklisten hängt davon ab, um welche Art von Checkliste es sich handelt.

1. Wenn die Krankenkasse eine Prüfliste veröffentlicht hat: Lesen, wo möglich berücksichtigen, die Punkte nutzen, die für die eigenen Praxis nützlich sind. Punkte nicht berücksichtigen, die gegen die Heilmittel-Richtlinie oder gegen geltendes Recht verstoßen. Bei Rechnungskürzungen dann dagegen rechtlich vorgehen.

2. Wenn die Prüfliste zwischen Kasse und Verband in Rahmenempfehlung oder -vertrag vereinbart worden ist: Lesen und die Regeln gewissenhaft befolgen. Gibt es Punkte, die gegen Heilmittel-Richtlinie oder geltendes Recht verstoßen, beim Verband schriftlich beschweren.

3. Grundsätzlich: Dem eigenen Verband signalisieren, dass es notwendig ist, eine gemeinsame Regelung aller Verbände mit den Kassen auf Bundesebene zu vereinbaren – und zwar keine Checkliste, sondern einfache und eindeutige Grundregeln zum Umgang mit Heilmittelverordnungen. *(bu)*

Checklisten der Krankenkassen gelten nur für den Gültigkeitsbereich des jeweiligen Rahmenvertrags.

Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann-Stiftung

Knie-Operationen: Große Unterschiede zwischen den Regionen

In wohlhabenden Landkreisen erhalten bis zu dreimal mehr Patienten ein künstliches Kniegelenk als in weniger wohlhabenden – Physiotherapeuten könnten von den Erhebungen der Bertelsmann Stiftung profitieren.

Die Wahrscheinlichkeit, ein künstliches Kniegelenk zu erhalten, hängt vom Wohnort ab. Der aktuelle Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung zeigt, dass bei Patienten in Bayern erheblich häufiger Erst-Implantationen von künstlichen Kniegelenken vorgenommen werden als bei Patienten im Nordosten Deutschlands.

Im bundesweiten Durchschnitt wird jährlich 130 von 100.000 Einwohnern ein neues Kniegelenk eingesetzt. Die Häufigkeit dieser Operationen unterscheidet sich jedoch von Region zu Region erheblich. Im Jahr 2011 haben im bayerischen Landkreis Neustadt an der Aisch-Bad Windsheim 214 von 100.000 Einwohner ein künstliches Kniegelenk erhalten. Der Anteil ist damit rund dreimal so hoch wie im brandenburgischen Frankfurt/Oder, wo auf 100.000 Einwohner lediglich 73 Kniegelenkersatz-OPs kamen. Dass der Spitzenreiter unter den Landkreisen aus Bayern und das Schlusslicht aus dem Nordosten kommt, ist kein Zufall: In Bayern, Hessen, Thüringen und Teilen Niedersachsens ist die Häufigkeit von Kniegelenksoperationen generell deutlich höher als in Mecklenburg-Vorpommern, Berlin und Brandenburg. Noch deutlicher unterscheidet sich die Häufigkeit von Folgeeingriffen am operierten Knie, etwa aufgrund erneuter Schmerzen oder für einen Prothesenwechsel. Diese Operationen kommen in manchen Landkreisen fünfmal öfter vor als in anderen.

Für den aktuellen Faktencheck Gesundheit hatte eine Expertengruppe der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) anonymisierte Daten der AOK ausgewertet. Eine ungleiche Versorgungssituation gibt es demnach auch entlang der Grenze zwischen Bayern und Baden-Württemberg: In sämtlichen bayerischen Landkreisen direkt an der Grenze erhalten anteilig mehr Patienten künstliche Kniegelenke als in den baden-württembergischen Nachbarkreisen. “Welches Versorgungsniveau angemessen ist, können wir nicht sagen – dafür fehlen verbindliche Leitlinien für dieses Behandlungsgebiet”, sagte Stefan Etgeton, Gesundheitsexperte der Bertelsmann Stiftung. “Es ist aber offensichtlich, dass nichtmedizinische Faktoren die Versorgung beeinflussen. Ärztliche Leitlinien könnten hier Abhilfe schaffen.”

Und eben auch eine bessere Kommunikation der Physiotherapeuten. Denn selbst unter Ärzten ist es unstrittig, dass mit guter Physiotherapie Knie-OPs verhindert, bzw. teilweise mehrere Jahre aufgeschoben werden können. Allerdings gibt es wenige Physiotherapeuten, die bereit sind, das gegenüber Ärzten und Patienten zu kommunizieren.

„In wohlhabenden Gegenden wird häufiger am Knie operiert, obwohl die Menschen in solchen Regionen tendenziell seltener an Arthrose leiden”, sagte Etgeton. Mögliche Ursachen könnten sein, dass sich Versorgungsdichte, ärztliche Empfehlungen, die Nachfrage nach operativen Eingriffen und die Erwartungen an Lebensqualität regional unterscheiden.

Der Faktencheck Gesundheit legt weiterhin den Schluss nahe, dass – anders als von vielen Fachleuten bislang vermutet – Voruntersuchungen durch Spiegelungen (Arthroskopien) die Zahl der Kniegelenkersatz-Operationen nicht verringern. Im Gegenteil: In Regionen, in denen vergleichsweise viele Arthroskopien durchgeführt werden, werden auch viele künstliche Kniegelenke eingesetzt.

> Ganz konkret

Der Faktencheck Knieoperation enthält neben dem wissenschaftlichen Report viele nützliche Informationen für Therapeuten. Die Informationen können auf einer interaktiven Karte je Kreis im Detail abgerufen werden. Zusätzlich lassen sich für jedes Bundesland separate Dateien mit allen relevanten Informationen herunterladen: *www.knieoperation.faktencheck-gesundheit.de.* *(bu)*

Drei verschiedene AOK-Rahmenverträge und Preislisten in Niedersachsen

Wie viele Verträge brauchen Physiotherapeuten?

In Niedersachsen gelten drei verschiedene Rahmenverträge zwischen der AOK und den verschiedenen Physiotherapieverbänden. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Verträgen sind minimal, die Preisunterschiede z. T. erheblich. Physiotherapeuten in Niedersachsen haben damit die Qual der Wahl, müssen sich durch verschiedene Verträge und Preise hindurch lesen und stehen vor der Frage: Braucht meine Praxis das?

Physiotherapie-Praxen in Niedersachsen haben es wirklich nicht leicht. Da gibt es die KV Niedersachsen, die schon mal Abschläge bei den Heilmittelausgaben der Ärzte vereinbart und damit wahrnehmbare Verordnungsrückgänge durchsetzt. Und es gibt die eigenen Verbände, die sich seit Jahren nicht über gemeinsame Verträge mit der AOK Niedersachsen einigen können. Nun hat der ZVK Landesverband Niedersachsen als letzter Verband einen neuen Rahmenvertrag und Preislisten vereinbart und ermöglicht damit einen Vergleich mit den Verträgen des VPT/VDB einerseits und dem IFK andererseits.

Die Suche nach Unterschieden zwischen den drei verschiedenen Verträgen gestaltet sich allerdings mühsam und ist wenig erhellend, weil es erstaunlich wenig Unterschiede gibt:

- Das Zahlungsziel im IFK Vertrag beträgt 21 Tage, beim ZVK und VPT/VDB sind das nur 18 Tage.
- Minimale redaktionelle Unterschiede zum Thema Datenschutz, Fortbildung etc.
- Aufbewahrungsfrist bei Verlaufsdokumentationen beträgt im ZVK Vertrag 10 Jahre, bei IFK und VPT/VDB nur 3 Jahre.
- Die Annahme von Verordnungen ist im ZVK Vertrag etwas anders geregelt, als in den anderen beiden Verträgen.
- Die Vereinbarungen zum Thema Wirtschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeitsprüfung unterscheiden sich deutlich in den Formulierungen, aber wenig im Ergebnis.

Das diese geringfügigen Unterschiede im Ergebnis zu drei verschiedenen Verträgen mit derselben Krankenkasse geführt hat, ist vermutlich den personellen Aufregungen im ZVK Landesverband Niedersachsen geschuldet (Geschäftsführer entlassen, Streit, Vorstands-Rücktritte, Geschäftsführer wieder eingestellt etc.), für Praxisinhaber jedoch nicht weiter dramatisch.

Aber die Preisvereinbarungen, die an die jeweiligen Rahmenverträge gekoppelt sind, unterscheiden sich erheblich: Ein IFK-Mitglied bekommt für eine normale KG das im Bundesvergleich mäßige Honorar in Höhe von 14,13 Euro. Für die gleiche Leistung erhält man als ZVK-Mitglied nur 13,26 Euro. Und das ist kein Einzelfall – Die Abschläge der ZVK-Preisliste betragen manchmal nur einige Cent, bis hin zu fast acht Euro bei KG-Muko.

Ganz konkret: Physiotherapeuten in Niedersachsen sollten sich die Preislisten der verschiedenen Verbände genau ansehen, denn die Unterschiede sind enorm. Mit einem Anruf/Schreiben bei der Vertragsabteilung der AOK Niedersachsen kann man relativ problemlos auch zu einem Rahmenvertrag eines „fremden" Verbandes wechseln, d. h. auch als z. B. ZVK-Mitglied kann ich nach dem IFK-Vertrag und vor allem der IFK-Preisliste abrechnen. *(bu)*

G-BA korrigiert Merkblatt für langfristigen Heilmittelbedarf

Datenschutz auch für Anträge bei den Kassen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. September 2013 beschlossen, das Merkblatt „Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen" zu ändern, leider ohne das näher zu begründen. Vermutlich soll damit der Datenschutz mehr Geltung erhalten. Für antragstellende Patienten und Praxen ergeben sich nur kleine Änderungen.

In einem Merkblatt hat der G-BA im November 2012 festgelegt, wie Patienten vorgehen sollen, die einen Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf bei ihrer Krankenkasse stellen wollen. Dieses Merkblatt ist jetzt so zusammengestrichen worden, dass die inhaltlichen Details eines möglichen Antrags bei der Krankenkasse hier nicht mehr festgelegt werden.

Auf unsere Anfrage nach den Hintergründen der Änderung bei der Pressestelle des G-BA wurde mitgeteilt, dass es keine zwingende Notwendigkeit gäbe, Änderungen an einem Merkblatt zu begründen: „In diesem Fall wurde darauf verzichtet, ohne dass es dafür eine besondere Begründung gibt," erläutert Kai Fortelka, Mitarbeiter der Stabstelle Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation.

Gestrichen worden ist die Regelung, wie z. B. ärztliche Gutachten oder Krankenhausberichte an die Krankenkasse übermittelt werden soll. Das Problem ist der Datenschutz, denn nicht jeder Verwaltungsangestellte hat das Recht, medizinische Daten seiner Versicherten einzusehen. Für die fachliche Beurteilung ist ausschließlich der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) zuständig.

Medizinische Daten, wie z. B. Therapieberichte oder ähnliches, die einem Antrag auf langfristigen Heilmittelbedarf als Anlage beigefügt werden, sollten deshalb in einem verschlossenen Umschlag übergeben werden, der mit dem Namen des Patienten und dem Hinweis „Medizinische Daten zur Weiterleitung an den MDK" beschriftet worden ist.

Stellt der Patient selbst einen Antrag, kann er frei darüber entscheiden, ob der die medizinischen Informationen offen an die Krankenkasse übergibt oder nicht. Das ist aber aus dem alten Text des Merkblatts des G-BA nicht deutlich geworden. *(bu)*

> Service

Das neue, gekürzte Merkblatt des G-BA zum langfristigen Heilmittelbedarf findet man auf der Internetseite des G-BA oder es kann direkt bei der **up | plus**-Hotline unter der Nummer 0800-9477360 kostenlos abgerufen werden.

Sind Unternehmensbeteiligungen von Ärzten an Physiotherapie-, Logopädie oder Ergotherapiepraxen generell unzulässig?

Von Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht Dr. Tobias Scholl-Eickmann und Rechtsanwalt Stephan Peters, Kanzlei am Ärztehaus, Dortmund, Münster, www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Seit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zum 1.1.2013 stehen ärztliche Unternehmensbeteiligungen vermehrt im Fokus der öffentlichen Berichterstattung. Aufsehen erregte zuletzt ein Bericht des ARD-Magazins Kontraste unter der Überschrift „Ärzte unter Verdacht" über Ermittlungen der Krankenkasse KKH gegen Orthopäden und ein bundesweit tätiges Physiotherapieunternehmen, wegen des Verdachts der Gewährung unerlaubter Zuwendungen für die Zuführung von Patienten. Danach würden einzelne Praxen nahezu ausschließlich von den Patienten der Ärzte leben, die gleichzeitig direkt oder indirekt an den Physiotherapiezentren beteiligt sind. Dies sei unter Berücksichtigung der gesetzlichen Neuregelungen des §128 Abs. 2 S. 3 SGB V unzulässig, da zu den unzulässigen Zuwendungen auch Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern zählen, die Ärzte über ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen können.

„Beteiligungen müssen je nach Einzelfall betrachtet werden."

Ungeachtet des durch die Medien aufgegriffenen Einzelfalls wurde durch die Berichterstattung der Eindruck erweckt, dass jede Form ärztlicher Beteiligung an Physiotherapiepraxen generell unzulässig sei, insbesondere aufgrund der gesetzlichen Neuregelung des §128 Abs. 2 S. 3 SGB V. Dieser Bewertung kann nicht uneingeschränkt zugestimmt werden. Es muss auch weiterhin der Einzelfall betrachtet werden. Dabei sind die Interessen der Patienten an einer den medizinischen Erfordernissen entsprechenden Versorgung genauso zu berücksichtigen, wie die Interessen der Ärzteschaft an einer unternehmerischen Betätigung und die Interessen der Physiotherapeuten, bei der kostenintensiven Gründung einer eigenen Praxis Ärzte als Investoren einbinden zu können.

Da Urteile zu der gesetzlichen Neuregelung noch nicht bekannt sind, beschränkt sich die Diskussion über die praktischen Folgen der Neuregelung noch auf die wissenschaftliche Literatur. Einige Vertreter halten jede Form der ärztlichen Beteiligung für unzulässig. Allerdings bestehen erhebliche Bedenken gegen diese sehr weite Auslegung, die praktisch zum Aus für sämtliche Beteiligungsmodelle führen würde. Der Gesetzgeber hat bewusst nicht die Verordnung oder Zuweisung an sich benannt, sondern fordert ein darüber hinausgehendes „Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten". Dies ist mit Blick auf den Schutzzweck der Norm, die Wahlfreiheit und sachgerechte Therapie des Patienten zu schützen, auch konsequent. Es ist nicht einzusehen, warum jede Form der Beteiligung unzulässig sein soll, sofern der Arzt keinen Einfluss auf die Entscheidung des Patienten nimmt, welchen konkreten Leistungserbringer dieser für die Erbringung der medizinisch notwendigen Physiotherapie aufsucht. Ob eine bloß räumliche Nähe (Bsp: Physiotherapie- und Arztpraxis im selben Gebäude) geeignet ist, einen Verstoß zu begründen ist fraglich. Zweifel an der Zulässigkeit der konkreten Ausgestaltung dürften hingegen dann entstehen, wenn der Arzt dem Patienten unaufgefordert einen konkreten Leistungserbringer empfiehlt, an dessen Gewinnen er direkt oder indirekt partizipiert. Äußert der Arzt die Empfehlung allerdings auf Nachfrage des Patienten, dürfte der Arzt schon aus dem Behandlungsverhältnis zur Auskunft verpflichtet sein. Grundsätzlich hat der Bundesgerichtshof in einer vergleichbaren Konstellation festgestellt: „Erbittet der Patient die Empfehlung, ist es zudem seine eigene

Entscheidung, ob er sich bei der Ausübung seiner Wahlfreiheit beeinflussen lässt. Es entspricht dem Leitbild des selbstbestimmte Patienten, dies dem Patienten zu ermöglichen. Unter diesen Umständen ist dem Arzt nicht zuzumuten, eine Empfehlung zu verweigern oder wider besseres Wissen außer dem seines Erachtens besten Anbieter weitere alternative Versorgungsmöglichkeiten anzugeben, die er für weniger geeignet hält" (BGH, Urteil vom 13.1.2011 – Az.: I ZR 111/08).

Welche Anforderungen an eine solche Auskunft auf Nachfrage zu stellen sind, ist im Detail ungeklärt, insbesondere ist die Behandlung von Fällen unklar, in denen der Arzt die Nachfrage bewusst „provoziert", bspw. durch gezielte Gesprächsführung. In solchen Fällen könnten Gerichte dazu neigen, die Unzulässigkeit einer solchen Verhaltensweise anzunehmen, wenngleich zu klären sein wird, wer den Nachweis zu erbringen hat, dass der Arzt auch tatsächlich eine Nachfrage „provoziert" hat.

Ärztliche Beteiligungen immer stärker im Fokus öffentlicher Diskussionen.

Zusammenfassend ist zu erwarten, dass ärztliche Beteiligungen in den kommenden Monaten verstärkt in den Fokus öffentlicher Diskussionen und straf-, sowie berufsrechtlicher Ermittlungsmaßnahmen rücken werden. Es bleibt abzuwarten, wie die Rechtsprechung die gesetzliche Neuregelung interpretieren wird und ob ein umfassendes Verbot ärztlicher Unternehmensbeteiligungen höchstrichterlichen Bestand haben wird. Der Wortlaut der Regelung und die Vielzahl der abzugrenzenden Fallvarianten sprechen für eine restriktive Anwendung.

Fachanwalt für Medizinrecht Dr. Tobias Scholl-Eickmann und Rechtsanwalt Stephan Peters.

> Service

Hintergrundinformationen finden Sie in der Ausgabe 07.2013 von *unternehmen praxis* mit dem Schwerpunkt Korruption und im Internet unter *www.up-aktuell.de/themenliste/themen/2013/07/das-sind-die-rechtlichen-rahmenbedingungen-22399.html*.

Preisradar

Der Preisradar ist eine Übersicht über alle uns bekannten Preisaktualisierungen der letzten zwei Monate exklusiv für *unternehmen praxis*-Leser. So sind Sie immer darüber informiert, welche Preislisten gerade aktualisiert worden sind und in welchem Umfang. Die Liste ist auf dem Datenstand vom 20.10.2013. Ergänzungen können Sie gerne an folgende E-Mail-Adresse senden: *hotline@up-aktuell.de*.

Bundesland	Berufsgruppe	Kassenart/en	Gültig ab	Preise richten sich nach
Baden-Württemberg	Podologie	IKK, BKK	01.10.13	Behandlungsdatum
Berlin	Physiotherapie	RVO	01.10.13	Erster Behandlungstermin
Sachsen	Ergotherapie	Knappschaft	01.10.13	Verordnungsdatum
Sachsen-Anhalt	Ergotherapie	Knappschaft	01.10.13	Verordnungsdatum
Brandenburg	Logopädie	AOK	01.09.13	Behandlungsdatum
Brandenburg	Logopädie	IKK	01.09.13	Verordnungsdatum
Bund	Podologie	LKK	01.09.13	Verordnungsdatum
Mecklenburg-Vorpommern	Logopädie	AOK	01.09.13	Behandlungsdatum
Neue Bundesländer	Physiotherapie	BKK Ost	01.09.13	Behandlungsdatum
Baden-Württemberg	Ergotherapie	IKK, BKK, Knappschaft	01.08.13	Verordnungsdatum
Niedersachsen	Physiotherapie (ZVK)	RVO	01.08.13	Behandlungsdatum

SERIE Heilmittelbranche in Zahlen

Der große Honorar-Unterschied

Bis zu 75 Euro je Tag und Therapeut beträgt der Unterschied zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Honorar für die gleiche Heilmitteltherapie in Deutschland. Noch größere Unterschiede offenbart ein Vergleich der unterschiedlichen Berufsgruppen innerhalb der jeweiligen Bundesländer. Hier betragen die Unterschiede zwischen 15 bis 25 Prozent.

Wenn Monika Müller, Logopädin in Sachsen, acht Stunden behandelt hat, dann kann sie dafür 16 Cent pro Minute weniger abrechnen als ein Logopäde in Bayern. Das sind exakt 75,74 Euro weniger Honorar jeden Tag. Damit hat Monika Müller im Jahr rund 17.000 Euro weniger Honorar erhalten als ihre Kollegen, wohlgemerkt für die exakt gleiche Leistung.

Das was Frau Müller für sich ausgerechnet hat, gilt für viel mehr Therapeuten in Deutschland als man vermutet. Die regionalen Unterschiede sind groß und machen in der Physio- und Ergotherapie 13 Cent pro Minute aus, bei den Logopäden 16 Cent und bei den Podologen 12 Cent.

Der deutliche Preisunterschied zwischen den einzelnen Bundesländern kann damit erklärt werden, dass sich auch die Praxiskosten durch Mieten und Gehälter regional stark unterscheiden. Vergleicht man allerdings die Minutenpreise der einzelnen Fachgruppen innerhalb der jeweiligen Bundesländer miteinander, wird es schon schwieriger, eine plausible Erklärung zu finden. (Ausnahme: Die Podologen werden nur zwei Jahre ausgebildet, deswegen lassen wir den Bereich bei der folgenden Betrachtung außen vor.)

Die Differenz zwischen Physio-, Ergotherapie und Logopädie beträgt z. B. in Niedersachsen fast 15 Prozent und in den anderen Bundesländern bis hin zu 25 Prozent in Sachsen. Für Monika Müller bedeutet das, sie erhält nicht nur deutlich weniger Honorar im Vergleich zu den Logopäden in Bayern, sondern auch im Vergleich zu den Physiotherapeuten in ihrem eigenen Bundesland Sachsen verdient sie in jeder Therapieminute 12 Cent weniger – das sind pro Tag 57 Euro, im Jahr fast 13.000 Euro weniger Honorar – bei wohlgemerkt relativ ähnlichen Kosten und identischem Zeitaufwand.

Solche Honorarunterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern findet man auch bei anderen Berufsgruppen, z. B. bei den Ärzten. Insofern sind die Unterschiede zwischen den Regionen relativ gut nachvollziehbar. Ob aber die z. T. erheblichen Unterschiede zwischen den einzelnen Fachgruppen so gerechtfertigt sind, wird sicherlich noch Gegenstand spannender Verhandlungsrunden zwischen Kassen und Verbänden sein. *(bu)*

Heilmittelbranche in Zahlen

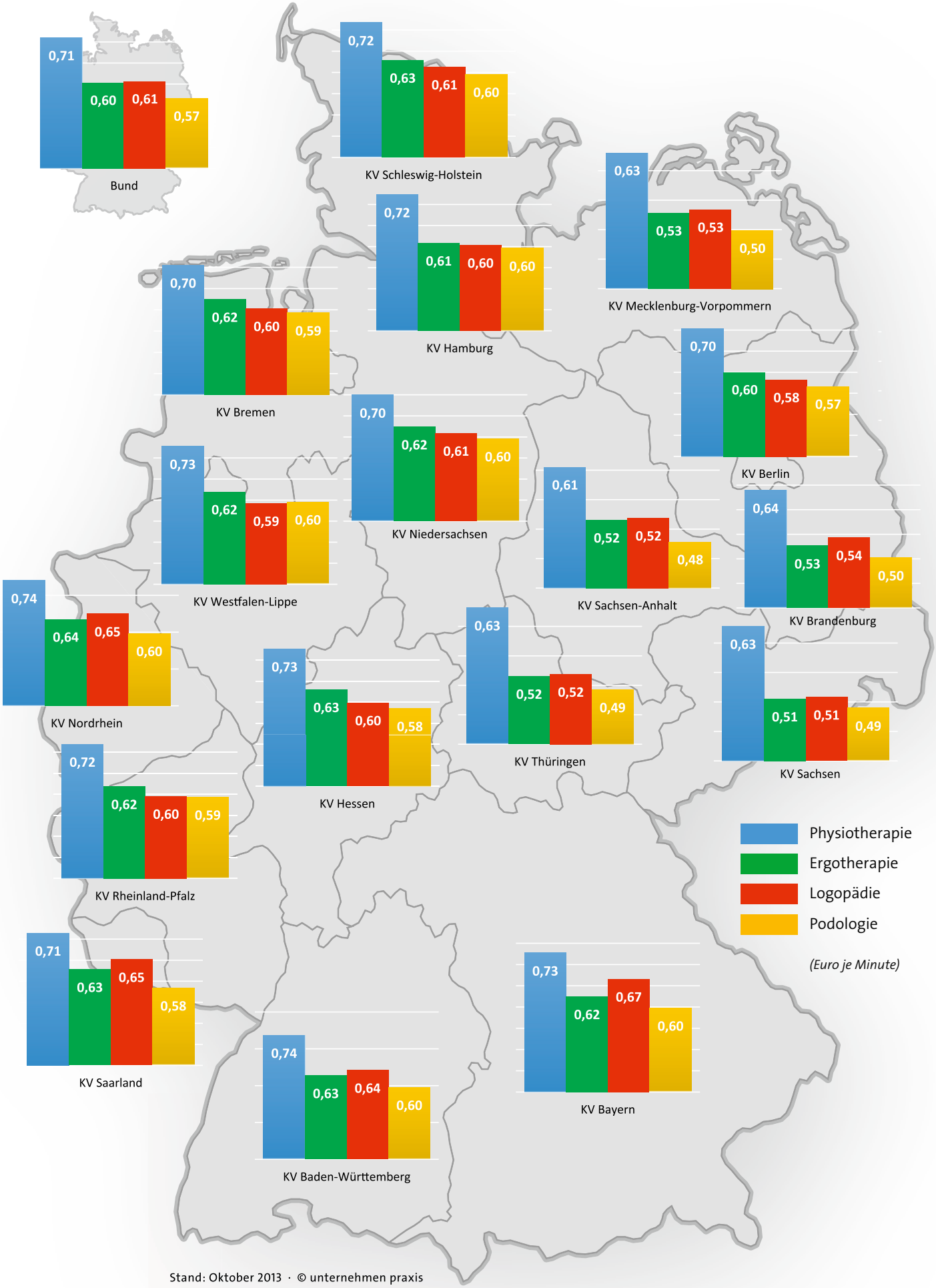
Heilmitteltherapie-Praxen sind auf vielfältige Weise miteinander verbunden. Zum Beispiel über die Zulassungsbedingungen und das Honorar der GKV, über die gesetzlichen Rahmenbedingungen und die Art der Dienstleistung. Deswegen muss man die Heilmittel-Branche genauso gut kennen wie die eigenen Praxis-Kennzahlen. In dieser Serie liefern wir die notwendigen Zahlen, Daten und Vergleiche. Und wir erläutern die Zusammenhänge. Wenn Sie etwas Bestimmtes wissen wollen, dann senden Sie uns einfach ein E-Mail an: redaktion@up-akltuell.de.

HINTERGRUND

Zur Auswertung

Zur Ermittlung des Minutenpreises haben wir die Leistung eines jeden Fachbereichs ausgewählt, die am häufigsten verordnet und abgerechnet worden ist. Zu den Landesauswertungen des GKV-HIS vom 1. Quartal 2013 haben wir den Bruttoumsatz (Honorar inkl. Zuzahlungen) durch die Anzahl der Behandlungseinheiten geteilt. Die so ermittelten Kosten einer Behandlung haben wir durch die Anzahl der Minuten geteilt, die gem. Leistungsbeschreibung erbracht werden müssen. In der Physiotherapie haben wir mit dem Mittelwert der Richtzeit (20 Minuten) gerechnet, ebenso wie bei den Podologen (45 Minuten), bei den Ergotherapeuten haben wir auf den Mindestbehandlungswert 10 Min. Vor- und Nachbereitung addiert (55 Minuten), ebenso bei den Logopäden (55 Minuten).

Zur Kontrolle dieser vereinfachten, auf nur eine Leistung je Fachbereich reduzierten Betrachtungsweise haben wir mehrere Landesauswertungen detailliert betrachtet und die Top-10 Liste eines Fachbereichs vollständig in gewichtete Minutenpreise umgerechnet. Dabei haben sich wenige geringe Abweichungen ergeben, meistens ist dann der Minutenpreis aller Leistungen um 1 bis 2 Cent geringer gewesen. Das gilt insbesondere für die Physiotherapie und Ergotherapie. Bei der Logopädie und Podologie sind die Abweichungen noch geringer. Passive Leistungen, Hausbesuchspauschalen und Wegegelder haben wir unberücksichtigt gelassen.



Stand: Oktober 2013 · © unternehmen praxis

Kundenakquise und Imagepflege

Auch Praxen können eine erfolgreiche Pressearbeit leisten

Neben Werbung ist Pressearbeit das wichtigste Instrument, um auf sich aufmerksam zu machen. Daher unterhalten Unternehmen oft eigene Presse-Abteilungen oder engagieren für ihre Öffentlichkeitsarbeit PR-Agenturen. Aber auch im kleinen Rahmen lässt sich Pressearbeit selbst machen. Wir zeigen Ihnen, welche Themen für Ihre Pressearbeit geeignet sind und wie Sie das Interesse der Redaktionen für Ihre Praxis wecken können.

Ein Blick in die Tageszeitung zeigt, die Redaktion in Ihrem Ort hat täglich drei bis vier Seiten mit Text zu füllen. Zum einen sind es Geschichten über Menschen, die etwas Besonderes machen wie der Bauer, der eine seltene Rinderrasse hält. Die Überschrift heißt „Steaks auf vier Beinen". Dann sind es Polizeimeldungen, „125 Cannabis-Pflanzen in der Wohnung", oder Veranstaltungsankündigungen, „Kindersachen und Kuchen". Der Sportverein sucht Nachwuchs in der Volleyballsparte, und der junge Geselle vom Bäcker nebenan ist Landesbester im Wettbewerb geworden.

Pressemitteilungen sind der Rohstoff jeder Redaktion

Wie die Zeitung an die Geschichten kam, ist einfach: Sowohl der Bauer, die Polizei, der Pressewart des Sportvereins und die Bäcker-Innung haben der Redaktion die Informationen geliefert. Presseinformationen – egal ob mündlich oder schriftlich – sind der Rohstoff für jede Redaktion. Und: Der Abdruck einer Presssemiteilung ist immer kostenlos.

Pressearbeit ist eine Serviceleistung für die Redaktion. Aus der Vielzahl von Pressemitteilungen – montags manchmal bis zu 400 E-Mails – wählt der Lokaljournalist aus. Oft entscheidet schon die Betreffzeile der Mail, ob sie gelesen oder gelöscht wird. Aber warum ist Pressearbeit so wichtig, wenn man nicht einmal sicher sein kann, dass die eigene Meldung veröffentlicht wird? Dafür gibt es zwei Gründe. Erstens: Eine Zeitungsmeldung ist glaubwürdiger als jede Anzeige. Zweitens: Wer regelmäßig Pressemitteilungen schreibt, macht sich bei Journalisten bekannt. Kontinuierliche Pressearbeit lohnt sich also, auch ohne Abdruckgarantie.

Journalisten entscheiden, was gedruckt wird und was nicht. Aber jede Redaktion orientiert sich bei der Themen- und Textauswahl nach eigenen Regeln: Die lokale Tageszeitung bevorzugt regionale Themen, das Anzeigenblatt Texte ihrer Anzeigenkunden und das Fernseh-Team erscheint nur, wenn attraktive Bildmotive zu erwarten sind.

Die Kunst, einen journalistischen Anlass zu finden

Bevor Sie mit Ihrer Pressearbeit beginnen, müssen Sie prüfen, ob das, was Sie mitteilen wollen, die Grundvoraussetzungen erfüllt, also lokal, neu, interessant und wichtig ist.

Beispiel: Sie wollen eine Praxis eröffnen und schaffen damit vier neue Arbeitsplätze.

Das Thema ist lokal, die Praxis ist neu und die Nachricht, dass jemand Arbeitsplätze schafft, ist wichtig für eine Region.

Beispiel: Im November veranstalten Sie gemeinsam mit der Försterei den Kursus „Richtig Holzhacken für Rückenschwache". Neben dem lokalen Bezug ist das Thema auch noch originell. An originellen Aktionen nehmen Journalisten gerne teil – selbstverständlich sollte der Kursus für Journalisten im Dienst kostenlos sein.

TIPP

Typische Anlässe für Pressethemen

- Jubiläum (25 Jahre Ergotherapiepraxis)
- Auszeichnungen (Blaues Band vom Seniorenclub)
- Superlative (100-Jährige lernt, richtig zu fallen)
- alle Marketingaktionen
- Kooperationen (mit der Schule, mit dem Seniorenheim, mit der Stadt...)
- Folgenschweres (Baustelle blockiert Parkplätze)
- Engagement (für Benachteiligte)
- Investitionen (Umbau und Praxiserweiterung)
- Qualifikationen (Mitarbeiterin war zur Fortbildung im Ausland)
- Feiern und Feste (Tag der offenen Tür)
- Spenden
- Prominenz (Schauspieler lässt sich fit machen)
- Jahrestage (Welt-Fuß-Tag – Mit sieben Tipps zu glücklichen Füßen)
- neue Angebote (Kurse, Gruppentreffen, Behandlungsmethoden...)

Redaktionen entscheiden ausschließlich nach dem journalistischen Anlass, ob sie eine Mitteilung abdrucken oder nicht. Laut Presserecht darf die Abteilung Anzeigenverkauf keinen Einfluss auf die Redaktion nehmen. Es gibt eine Ausnahme. Die Trennung von Redaktion und Anzeigen gilt nicht für kostenlose Anzeigenblätter. Wenn sie Anzeigenkunde eines Anzeigenblattes sind,

sollten sie diese Position ausspielen. Sprechen Sie mit Ihrem Anzeigenberater darüber, dass Sie schon so viel Geld für Anzeigen ausgegeben haben und nun auch mal redaktionell berücksichtigt werden möchten. Doch auch hier gilt: Kein Text ohne journalistischen Anlass.

Journalistische Anlässe zu erkennen, dazu gehört Erfahrung. Das Texten einer Pressemitteilung hingegen ist ein reines Handwerk. Dabei liegt in der Kürze die Würze. Sie sollte also nicht länger als eine DIN-A-4-Seite sein – bei einer gut lesbaren Schriftgröße. Die Sätze sollten kurz sein. Namen sind Nachrichten. Nennen Sie Menschen mit Beruf, Vornamen und Nachnamen. Das heißt, schreiben Sie im Aktiv statt im Passiv.

Sammeln Sie zuerst alle Informationen, die sogenannten W-Fragen müssen beantwortet werden:

- **Wer?** Die Physiotherapiepraxis Neumann
- **Was?** Tag der offenen Tür
- **Wann?** Sonntag, 12.8., 10 bis 18 Uhr
- **Wo?** Bahnhofstraße 11
- **Wie?** Glücksrad, Trampolinspringen, Kuchenbuffet, ...
- **Warum?** Angebot und Mitarbeiter vorstellen

Ein Absatz – ein Gedanke

Pressetexte können in drei Absätze gegliedert werden. Jeder Absatz behandelt einen Gedanken. Der erste Absatz muss die Frage klären, worum es in dem Text geht. Er muss alle Informationen, die W-Fragen, enthalten, die ein Leser braucht. Hat eine Redaktion nicht viel Platz, dann kürzt sie Pressetexte von hinten. Deshalb steht das Wichtigste im ersten Absatz.

Im zweiten Absatz wird ein Aspekt vertieft. Hier können Sie Details nennen. Schreiben Sie statt „es gibt auch Kaffee und Kuchen“ – „die Mitarbeiter haben Mecklenburger Mohntorte und Schlesischen Streuselkuchen gebacken“. Details machen Texte interessant.

Im dritten Absatz können Sie weitere Aspekte nennen, beispielsweise in einem Zitat – und nur da – eine Meinung äußern. Beispiel: „Für meinen Lieblingsverein möchte ich Spenden sammeln. Die brauchen sehr dringend Geld für ein wichtiges Jugendprojekt.“, sagt Praxisinhaber Vorname Nachname.

Am Ende jeder Pressemitteilung werden der Ansprechpartner mit seiner Handynummer und die vollständige Adresse der Praxis angegeben.

Und zum Schluss kommt die Überschrift. Sie muss klar und deutlich den Inhalt des Textes wiedergeben und darf dennoch maximal sieben Worte lang sein. Schlicht ist am besten: „Tag der offenen Tür in der Praxis“ oder Kursus „Rückenschmerzen im Urlaub“.

Weil es in Redaktionen keine Mitarbeiter mehr gibt, die Texte abtippen, sollten die Texte per E-Mail eingereicht werden. Es ist sinnvoll, den Text sowohl in die E-Mail zu kopieren wie auch zusätzlich anzuhängen. Einfache Dateiformate wie word, rtf, text-pdf sind am besten.

TIPP

Sprachliche Regeln für journalistische Texte

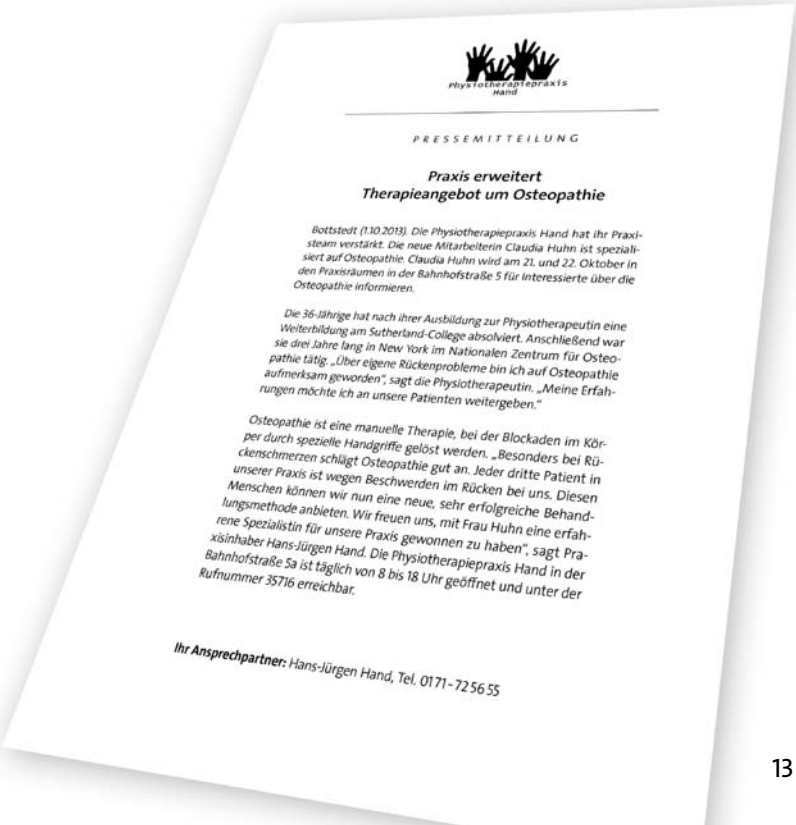
- Vorname, Nachname und Funktion nennen (Heilpraktiker Clemens Meier)
- in der dritten Person schreiben (Die Praxis lädt ein statt „wir laden ein“)
- keine direkte Anrede verwenden (Besucher können die Behandlung testen statt „Sie, liebe Leser, können testen“)
- keine Handlungsaufforderungen (der Parkplatz wird gesperrt statt „Besucher sollten das Auto zuhause stehen lassen“)
- einfach Worte verwenden (Gehstock statt „Adaptionshilfe“)
- Verben statt Behördendeutsch (etwas in Anspruch nehmen statt „die Inanspruchnahme“)
- Floskeln vermeiden („es ist mal wieder soweit“, „alle Jahre wieder“, „für das leibliche Wohl ist gesorgt“)
- Sachlich bleiben (die hell gestrichenen Räume statt „die gemütlichen Räume“)

Pressearbeit – so sagt es schon das Wort – ist Arbeit. Für einen Text brauchen auch Profis ein bis zwei Stunden, Ungeübte sitzen entsprechend länger daran. Wer keine Zeit für Pressearbeit hat, kann sich Hilfe bei freien Journalisten holen. Die arbeiten überall dort, wo es Zeitungen gibt. Rechnen Sie mit Stundensätzen von 50 bis 100 Euro.

Ulrike Hoffmeister

> Service

up|plus-Kunden können eine Muster-Pressemitteilung bei der Hotline 0880-9477360 kostenlos abrufen, die dann individuell angepasst werden kann.



Physiotherapiepraxis Hand

PRESSEMITTEILUNG

Praxis erweitert
Therapieangebot um Osteopathie

Bottstedt (1.10.2013). Die Physiotherapiepraxis Hand hat ihr Praxisteam verstärkt. Die neue Mitarbeiterin Claudia Huhn ist spezialisiert auf Osteopathie. Claudia Huhn wird am 21. und 22. Oktober in den Praxisräumen in der Bahnhofstraße 5 für Interessierte über die Osteopathie informieren.

Die 36-Jährige hat nach ihrer Ausbildung zur Physiotherapeutin eine Weiterbildung am Sutherland-College absolviert. Anschließend war sie drei Jahre lang in New York im Nationalen Zentrum für Osteopathie tätig. „Über eigene Rückenprobleme bin ich auf Osteopathie aufmerksam geworden", sagt die Physiotherapeutin. „Meine Erfahrungen möchte ich an unsere Patienten weitergeben."

Osteopathie ist eine manuelle Therapie, bei der Blockaden im Körper durch spezielle Handgriffe gelöst werden. „Besonders bei Rückenschmerzen schlägt Osteopathie gut an. Jeder dritte Patient in unserer Praxis ist wegen Beschwerden im Rücken bei uns. Diesen Menschen können wir nun eine neue, sehr erfolgreiche Behandlungsmethode anbieten. Wir freuen uns, mit Frau Huhn eine erfahrene Spezialistin für unsere Praxis gewonnen zu haben", sagt Praxisinhaber Hans-Jürgen Hand. Die Physiotherapiepraxis Hand in der Bahnhofstraße 5a ist täglich von 8 bis 18 Uhr geöffnet und unter der Rufnummer 35716 erreichbar.

Ihr Ansprechpartner: Hans-Jürgen Hand, Tel. 0171-72 56 55

Verband hat schon 50.000 Unterschriften gesammelt

Osteopathen fordern eigenständigen Beruf

Immer mehr Menschen vertrauen auf die Osteopathie, doch der Beruf des Osteopathen ist in Deutschland noch nicht anerkannt und die Ausbildung nicht einheitlich geregelt, kritisiert der Verband der Osteopathen Deutschland (VOD). Auf dem 16. Internationalen Osteopathie-Kongress in Bamberg präsentierte er jetzt die Unterschriften von rund 50.000 Menschen, die sich für den Ostoepathen als eigenständigen Beruf ausgesprochen haben.

„Wir sind stolz auf dieses Zwischenergebnis und werden weiter sammeln", versicherte die VOD-Vorsitzende Professor Marina Fuhrmann vor rund 250 Kongressteilnehmern und Referenten aus 15 Nationen. Zu den prominenten Unterstützern der Verbandsforderung zählen neben dem hessischen Ministerpräsidenten Volker Bouffier auch der Aufsichtsratsvorsitzende der Adam Opel AG, Hans-Wilhelm Gäb, der mehrfache Europameister und Olympiavize im Tischtennis, Timo Boll, Beach-Volleyball-Olympiasieger Julius Brink und Hammerwurf-Weltrekordlerin Betty Heidler.

Gemeinsame Ausbildungsstandards und Prüfungen

Gemeinsam mit dem VOD fordern die Unterzeichner gemeinsame Ausbildungsstandards und gemeinsame Prüfungen. Die Osteopathie müsse endlich ähnlich wie in anderen europäischen Ländern als eigener Beruf geregelt werden, um vor allem die Patientensicherheit zu gewährleisten.

Im Mittelpunkt des dreitägigen Kongresses standen die Themen „Find the Health – Perzeption, Palpation, Diagnostik" und die sogenannte Salutogenese, die Lehre von der Gesundheit. Ein Highlight sei das Internationale Symposium unter der Leitung der Akademie für Osteopathie gewesen mit der Präsentation neuester Forschungsergebnisse aus Großbritannien, Frankreich, Russland und Deutschland und Vorträgen u. a. zur Faszienforschung. *(ks)*

> Service

Wer die VOD-Forderung „Der Osteopath ein Beruf – mit Sicherheit" unterstützen möchte, kann sie im Internet unter *http://osteopathie.de/unterschrift/unterschriften* unterzeichnen oder Vordrucke für die Praxis unter *http://osteopathie.de/unterschrift/up/datei/faxunterschrift.pdf* herunterladen.

Studie zur Langzeit-Rehabilitation

Ergotherapie hilft Schlaganfall-Patienten

Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining ist in der Schlaganfall-Rehabilitation unverzichtbar. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie zur Langzeit-Rehabilitation, die kürzlich in einer neuen wissenschaftlichen Schriftenreihe des Fachverlages für Kognitives Training (memo Verlag) veröffentlicht wurde. Interessant für die Ergotherapiepraxis, weil bei der Diagnose Schlaganfall Ergotherapie als Praxisbesonderheit verordnet werden kann.

An der Studie an einer Rehabilitationsklinik der Deutschen Rentenversicherung Bund nahmen 43 nicht-aphasische Patienten (Durchschnittsalter 54 Jahre) teil, die in der Vergangenheit mindestens einen Schlaganfall erlitten hatten, der im Schnitt 2,4 Jahre zurücklag. 38 der Patienten (88 Prozent) waren arbeitsfähig. Ein Teil der Patienten erhielt eine Standardrehabilitation mit Bewegungstraining, der andere absolvierte drei Mal pro Woche zusätzlich ein Kognitives Training in der Gruppe nach der Methode von Dr. Franziska Stengel.

Signifikante Verbesserungen in Sprach- und Denkfunktionen

Fazit: In beiden Gruppen zeigte sich eine signifikante Verbesserung von geistigem Leistungstempo, allerdings verschlechterten sich bei den Patienten, die nur Bewegungstraining erhielten, die übrigen Denkfunktionen tendenziell, und bei einigen Patienten entwickelten sich sogar neue geistige Defizite im Verlauf der vierwöchigen Reha. Bei den Patienten mit zusätzlichem Kognitivem Training zeigten sich signifikante Verbesserungen von Sprachfunktionen (Wortflüssigkeit) wie auch von anderen Denkfunktionen. Der Gesundheitszustand verbesserte sich in der Gruppe mit dem Kognitiven Training doppelt so stark wie mit der Standardtherapie, im Bereich der psychischen Gesundheit verbesserte sie sich sogar dreifach im Vergleich zu Patienten ohne Kognitives Training.

Insgesamt, so die Auffassung der Studienautoren, erhöhte das Kognitive Training die Effektivität einer Rehabilitation nach einem Schlaganfall erheblich. Dies hilft Therapeuten bei der Kommunikation mit dem Arzt, auch unter Hinweis auf die Liste über Praxisbesonderheiten nach § 84 Abs. 8 SGB V, die im Internet unter *ftp://ftp.kbv.de/ita-update/Verordnungen/Heilmittel/KBV_ITA_VGEX_HMV_PB.pdf* oder in der aktuellen Ausgabe des Heilmittel-Katalogs im buchner online-Shop (Best.-Nr. 763-20) zu finden ist. *(ks)*

> Service

S. Ladner-Merz, N. Löw, T.Wendt, A. Heydekorn, U. Lange „Langzeit-Rehabilitation nach Schlaganfall: Effekte eines kognitiven Trainings nach Stengel in Gruppen. Die ApKog-Studie." Wissenschaftliche Schriftenreihe Kognitives Training, Band 1, 2013, 34 Seiten, ISBN 978-3-929317-91-6, 8,50 Euro

Kritik der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

Nur wenige Osteoporose-Patienten erhalten leitliniengerechte Therapie

Rund 6,5 Millionen Menschen leiden in Deutschland an Osteoporose, doch nur zehn bis 20 Prozent erhalten eine leitliniengerechte Therapie. Das kritisiert die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) im Vorfeld des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU), und weißt dabei auf die notwendige Heilmittel-Therapie hin, die auch in der Leitlinie Physiotherapie dokumentiert ist.

Vordringlichster Wunsch der Betroffenen, die an Arthrose, Osteoporose und Rückenschmerz leiden, sei zunächst eine effiziente Schmerztherapie, erklärte Professor Dr. Bernd Kladny, Kongresspräsident des DKOU 2013. Doch vor der Behandlung müssen Orthopäden und Unfallchirurgen zunächst klären, welche strukturellen Veränderungen im Bewegungssystem für das Beschwerdebild verantwortlich seien. Nur so seien Folgeerkrankungen zu vermeiden, heißt es in der DGOU-Pressemitteilung. „Beispielsweise könne die Hälfte aller osteoporotisch bedingten Knochenbrüche durch eine adäquate Behandlung vermieden werden“, sagte Kladny weiter.

Regelmäßige Bewegung als fester Therapiebestandteil

Die Bewegung sei die beste Prävention vor weiteren Schäden, wie sich dies besonders deutlich bei der Osteoporose zeige. „Kontinuierliche körperliche Belastung sorgt dafür, dass Knochenmasse aufgebaut wird und die Knochendichte zunimmt“, erläuterte Professor Dr. Andreas Roth, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Rheumatologie, Osteologie, Spezielle Orthopädische Chirurgie und Chirotherapie am Waldkrankenhaus Eisenberg. Immobilisation dagegen führe zu einem Verlust an Knochenmasse.

Für eine effektive Osteoporose-Prävention müsste die Koordination der gefährdeten Personen geschult und ihre Muskelkraft trainiert werden, um Stürze zu vermeiden. „Mit einer Kombination all dieser konservativen Maßnahmen“, so Roth, „ lässt sich eine Osteoporose in den meisten Fällen wirksam behandeln.“.

Sollte es jedoch schon zu einer Fraktur aufgrund von Osteoporose gekommen sein, müsse gerade im Bereich der Wirbelsäule nicht zwangsläufig operiert werden, so die Experten weiter. Der Griff zum Skalpell sei für beide Orthopäden erst die zweite Wahl. Mit Ausnahme von Notfallsituationen solle eine Operation erst erfolgen, wenn die konservative Behandlung erfolgslos bleibe.

Die Therapieleitlinie Osteoporose soll in Kürze vollständig überarbeitet veröffentlicht werden und steht dann zur Besprechung bereit. Die aktuelle DVO-Leitlinie Osteoporose 2009 können Sie unter *www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/dvo-leitlinie-2009* in der Lang- oder Kurzfassung runterladen. Noch interessanter könnte aber die dazu gehörende Leitlinie Physiotherapie sein, die sich gut dazu eignet, bei entsprechenden Arztkontakten das Verordnungsverhalten der betreffenden Ärzte leitlinienkonform abzusichern. *(ks)*

Europäischer Monat der Aphasie im Oktober

Menschen mit Aphasie in Deutschland unterversorgt

Die Versorgung von Menschen mit schwerer Sprachstörung (Aphasie) ist in Deutschland unzureichend. Darauf wiesen der Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker (BRA) und der Deutsche Bundesverband für Logopädie (dbl) anlässlich des Europäischen Monats der Aphasie im Oktober hin. Eine Meldung, die Praxischefs nutzen können, um Ärzten mitzuteilen, dass bei Schlaganfall Logopädie als Praxisbesonderheit ein Jahr nach dem Akutereignis verordnet werden kann.

Jedes Jahr erleiden in Deutschland mehr als eine Viertelmillion Menschen einen Schlaganfall, etwa ein Drittel davon leidet anschließend an einer Sprachstörung. „Aphasien stellen sowohl für die Patienten als auch für deren Angehörige eine enorme Belastung dar“, so der Bundesvorsitzende Selbsthilfevereinigung BRA, Egon Waldstett. Um im Alltagsleben weiterhin teilnehmen zu können, benötigten die Betroffenen umfassende Unterstützung, sowohl durch „die von der Selbsthilfe angebotene Information, Beratung und Kontaktvermittlung als auch die therapeutische Hilfe“.

Allerdings, so Waldstett weiter, gebe es in der Versorgung von Schlaganfallpatienten erhebliche Defizite. Aktuelle Auswertungen der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund) zeigten, dass nur 41 Prozent der Schlaganfallpatienten, die 2011 an einer DRV-Reha-Maßnahme teilnahmen, eine Sprach- und/oder Kommunikationstherapie im Rahmen eines multiprofessionellen Behandlungsprogrammes erhielten, heißt es auf der Homepage des Bundesverbandes Aphasie. Es müsse noch viel getan werden, damit das Wissen über Aphasie und die Möglichkeiten, die eine logopädische Therapie und die Selbsthilfe bieten, bei Betroffenen, Ärzten und in der Bevölkerung wachsen. Beide Verbände fordern daher mehr Aufklärung und einen verbesserten Zugang der Betroffenen zu den für sie richtigen Maßnahmen.

Eine Aufklärung, die Logopäden, aber auch Physio- und Ergotherapeuten bei den niedergelassenen Ärzten vor Ort selbst vornehmen können. Mit dem Hinweis auf die Ergebnisse der DRV könnte man zu einer besseren Versorgung aufrufen, wohlgemerkt mit dem Hinweis darauf, dass Heilmitteltherapien bei Schlaganfall-Patienten bis zu einem Jahr nach dem Akut-Ereignis nicht in das Heilmittel-Budget des Arztes eingerechnet werden. *(ks)*

> Service

Weitere Informationen zum Thema Aphasie erhalten Sie unter *www.aphasiker.de.*

Neue Studien belegen

Manuelle Therapie hilft in der Schwangerschaft

Manuelle Therapie kann auch bei Beschwerden in der Schwangerschaft helfen. Das haben amerikanische Ärzte kürzlich herausgefunden und ihre Ergebnisse in dem Fachmagazin Canadian Family Physician (CFP) veröffentlicht. Besonders Rückenschmerzen können durch manuelle Therapien, Akkupunktur und Massage gelindert werden. Ein Grund mehr für Praxisinhaber, diese Studienergebnisse an Ärzte weiterzugeben, damit sie Schwangeren solche Therapien vermehrt verordnen, oder eigene Praxis-Angebote für werdende Mütter zu entwickeln.

Der wachsende Bauch einer Schwangeren verändert die Haltung und kann zu Schmerzen in der Wirbelsäule führen. Etwa 20 Prozent klagen über Schmerzen im Bereich des Beckengürtels, mehr als jede Zweite leidet unter unteren Rückenschmerzen, heißt es in einer Pressemitteilung des Bundesverbandes selbständiger Physiotherapeuten (IFK), die sich auf die Studie bezieht. Aus Angst vor schädlichen Auswirkungen auf das Kind verzichten viele auf Medikamente und ertragen den Schmerz. Dies löse allerdings oft Gefühle der Hilflosigkeit, der Angst und des Stresses aus.

Ursache für die Beschwerden kann aber beispielsweise eine Blockierung des Iliosakralgelenks oder der sogenannten Facettengelenke sein. Diese können durch eine Behandlung mit manueller Therapie ohne Auswirkungen auf das sich entwickelnde Kind gelindert werden. Weitere Studien hätten gezeigt, dass eine Kombination aus manueller Therapie und Schwangerschaftsübungen eine besonders schnelle Schmerzlinderung und verbesserte Lebensqualität bewirken. *(ks)*

> Service

Die Studien finden Sie unter *www.cfp.ca/content/59/8/841.full?sid=d8432290-b9e9-4d4a-a3a8-6a7cfd705f1b* und *www.ajog.org/article/S0002-9378%2812%2901969-2/abstract.*

Informationen für Patienten

Neuer Ratgeber für Idiopathische Lungenfibrose

Für Patienten mit Idiopathischer Lungenfibrose ist kürzlich auf dem „Symposium Lunge 2013“ in Hattingen ein neuer Ratgeber vorgestellt worden. Die 30-seitige Broschüre informiert Betroffene über die Symptome der Erkrankung, ihre Diagnose und Behandlung, zu der neben der medikamentösen auch die Sauerstoff-Therapie gehört. Zahlreiche Studien belegen, dass eine Bewegungstherapie die Krankheitsbeschwerden erleichtert.

In Deutschland leiden Schätzungen zufolge etwa 100.000 Menschen an Lungenfibrose. Der Begriff beinhaltet eine Vielzahl von verschiedenen Lungenerkrankungen, bei der sich das Lungenbindegewebe verändert, heißt es in einer Pressemitteilung der COPD – Deutschland, die den Ratgeber gemeinsam mit der Patientenorganisation Lungenemphysem-COPD Deutschland herausgegeben hat. Dabei bilde die Idiopathische Lungenfibrose (IPF) die größte Gruppe, bei denen die Krankheitsursache nicht bekannt sei. Im Unterschied zu den häufig vorkommenden Erkrankungen COPD (chronisch-obstruktive Bronchitis mit oder ohne Lungenemphysem) und Asthma sei Lungenfibrose insgesamt eine eher seltene Erkrankung, heißt es weiter.
Das Thema des diesjährigen Symposiums lautete „Chronische Atemwegserkrankungen – von der Früherkennung bis zur erfolgreichen Therapie“ und beschäftigte sich u.a. mit der Reflektorischen Atemtherapie als ganzheitliche Therapie. Ihr Ziel sei es, das Zwerchfell in seiner Funktion zu unterstützen und anzuregen, um so die physiologische Atembewegung zu stimulieren. Nur Physiotherapeuten mit einer Zusatzausbildung dürfen diese Behandlung anwenden.

Pulmonale Rehabilitation

Laut der aktuellen wissenschaftlichen Leitlinie zur IPF sollen IPF-Patienten eine pulmonale Rehabilitation erhalten, die u.a. Ausdauertraining sowie Kraft- und Beweglichkeitstraining umfasst. Studien haben den Nutzen solcher Reha-Programme überprüft und eine Verbesserung in der 6-Minuten-Gehstrecke sowie der Symptome und Lebensqualität belegt, heißt es in der Leitlinie. Über die positiven Auswirkungen körperlichen Trainings informiert auch die Arbeitsgemeinschaft Lungensport, die unter *www.lungensport.org* Lungensportgruppen in Wohnortnähe der Betroffenen auflistet. *(ks)*

> Service

Der Patientenratgeber „Idiopathische Lungenfibrose“ kann unter *www.lungenemphysem-copd.de/pages/public/informationen/literatur/broschueren-_-flyer/crossmed/lungenfibrose.pdf* abgerufen werden. Die aktuelle Leitlinie finden Sie unter *www.pneumologie.de/fileadmin/pneumologie/downloads/Leitlinien/s-0032-1326009.pdf?cntmark.*

Experten raten zur Impfung

Praxisinhaber sollten jetzt an den Grippeschutz denken!

Praxisinhaber, die sich noch an die Folgen der letzten Grippewelle erinnern, sollten jetzt daran denken, sich gegen Grippe impfen zu lassen. Dies empfehlen Gesundheitsexperten, denn auch Therapeuten gehören zu der Gruppe von Menschen mit einem höherem Erkrankungs- oder Komplikationsrisiko. Der beste Zeitraum für den Grippeschutz ist Oktober und November.

Ein höheres Risiko, an Grippe zu erkranken, betrifft v. a. Ältere ab 60 Jahre, Diabetiker oder Asthmatiker, Schwangere sowie das medizinische Personal und Betreuer von Risikopatienten. In allen diesen Gruppen seien die Impfquoten zu niedrig, heißt es in einer kürzlich veröffentlichten gemeinsamen Pressemitteilung des Robert-Koch-Instituts (RKI), des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Die Institute erinnerten an die schweren Folgen der letzten Grippewelle des vergangenen Winters: Damals gab es geschätzte 7,7 Millionen influenzabedingte Arztbesuche, die Zahl der Krankschreibungen erreichte mit geschätzten 3,4 Millionen Personen zwischen 15 und 59 Jahren den höchsten Wert in den letzten zehn Jahren, und sie dauerte länger als in vielen Jahren, insgesamt 19 Wochen.

Kostenloses Info-Material für Therapeuten

Bereits seit 2006 gibt es die Kampagne „Wir kommen der Grippe zuvor“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des RKI. Anfang September wurde in Kooperation mit der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft impfenden Ärzten und Krankenhäusern Informationsmaterial zur Grippeimpfung für Schwangere, Ältere, Chronisch Kranke und medizinisches Personal zur Verfügung gestellt. Das kostenlose Info-Paket enthält u. a. die Broschüre „Sicherheit und Wirksamkeit der saisonalen Influenzaimpfung“, die auch für Therapeuten geeignet ist.

Neben der Impfung sollten alle Menschen weitere Maßnahmen beachten, um das Infektionsrisiko mit Influenzaviren zu verringern. Dazu gehören u. a. das Abstandhalten zu Personen mit einer akuten Atemwegserkrankung und natürlich erhöhte Hygienemaßnahmen, wie das regelmäßige gründliche Händewaschen, das Tragen eines Mundschutzes oder das regelmäßige Desinfizieren von Türgriffen. *(ks)*

> Service

Die Broschüre „Sicherheit und Wirksamkeit der saisonalen Influenzaimpfung“ können Sie unter *www.impfen-info.de/info-materialien/grippeimpfung* als pdf-Dokument herunterladen.

TIPP

Hygienemaßnahmen in der Praxis

So schützen Sie sich und Ihre Mitarbeiter vor Infektionen!

Der Winter rückt näher und damit steigt auch wieder das Infektionsrisiko. Hygienemaßnahmen in der therapeutischen Praxis dienen dazu, die Übertragung von Krankheitserregern zu verhindern und sich selbst und seine Mitarbeiter vor Ansteckung zu schützen. Praxisinhaber sollten jetzt auf das Einhalten von bestimmten Hygienestandards pochen, die weder kostspielig noch arbeitsaufwendig sind.

Eine korrekte Händehygiene ist oberstes Gebot in einer Praxis. Hände sind wohl der wichtigste Überträger von Infektionen, zum einen durch direkten Kontakt beim Händeschütteln, zum anderen aber auch durch indirekten Kontakt über Flächen und Gegenstände. Praxismitarbeiter sollten also die Händehygiene unbedingt einhalten und generell nach jedem Patientenkontakt, nach der Toilettennutzung und vor dem Umgang mit Nahrungsmitteln ihre Hände desinfizieren.

Vergessen Sie also niemals, sich nach jedem Patienten die Hände zu waschen. Flüssigseife auf die schon feuchten Hände geben und gründlich reinigen. Mit lauwarmem Wasser abspülen und am besten mit einem Papiertuch oder Handtuch trocken reiben. Am höchsten geschützt sind Sie, wenn Sie anschließend Ihre Hände mit einer antibakteriellen/antiviralen Lösung einreiben. Husten und niesen Sie in die eigene Ellenbeuge. Wenn Sie sich erkältet haben, verwenden Sie auch zur Sicherheit Ihrer Patienten einen Mundschutz.

Plan für persönliche und Gerätehygiene

Vergessen Sie aber auch nicht die Reinigung der Therapiegeräte. Sie sollten grundsätzlich nach jeder Behandlung mit einer Desinfektionslösung abgewischt werden und nicht nur einmal in der Woche oder einmal im Monat. Ansteckende Keime können auch über die Türklinken, die Computertastatur oder das Telefon übertragen werden. Weisen Sie also auch das Raumpflegepersonal noch einmal darauf hin. Hilfreich kann auch ein Hygieneplan sein – als Aushang in der Praxis. Informationen zu Hygienemaßnahmen finden Sie u. a. auf den Seiten der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) oder des Robert-Koch-Instituts (RKI). *(ks)*

> Service

Ein Beispiel für einen Reinigungs- und Desinfektionsplan können Sie kostenlos bei der **up|plus**-Hotline unter der Nummer 0800-9477360 anfordern.

Therapeutin in Kiel bietet Frühförderkurse für Kleinkinder an

Die „Krabbelsprotten“ lernen, mit allen Sinnen zu begreifen

Acht Babys sitzen oder liegen mit ihren Mamis oder Papis auf dem Boden und klatschen in ihre Händchen. Sie lauschen einem Lied, mit dem die Kieler Therapeutin Johanna Schmidt ihre „Krabbelsprotten“ begrüßt. Die Kleinen nehmen an einem Kurs für Kinder zwischen sechs und 18 Monaten teil, den das Praxisnetz Schürholz Sievers seit anderthalb Jahren anbietet, um die frühkindliche Entwicklung zu fördern. Die „Krabbelsprotten“ lernen dort, mit allen Sinnen zu begreifen.

„Momentan haben wir das Problem, alle Anfragen von Interessierten zu bearbeiten“, freut sich die 27-Jährige über den Erfolg des Kurses. Sie hatte im Juni die Leitung der „Krabbelsprotten“ übernommen. Das Konzept wurde bereits im Winter 2011 vom Kieler Praxisnetz Ergotherapie entwickelt – mit dem Ziel, „den überlaufenden Markt an Krabbelgruppen qualitativ zu verbessern und eine Krabbelgruppe mit therapeutischem Hintergrund zu schaffen“. Konzipiert war es zunächst für Kinder im Alter von neun bis 24 Monaten, der erste Kurs startete im Mai 2012 unter der Leitung von zwei Ergotherapeutinnen.

Vielen Eltern fehlt oft das Bauchgefühl

Die Idee wurde von Anfang an gut angenommen, erinnert sich die Therapeutin, die im letzten Jahr ihre Ausbildung abschloss und seit September 2012 im Kieler Praxisnetz arbeitet. Mit ausgelegten Flyern bei Kinderärzten und Anzeigen in regionalen Zeitschriften wurden die „Krabbelsprotten“ schon bald zum Selbstläufer, und die vier Kurse im Jahr (jeweils 8 Termine à 60 Minuten, Kosten: 59 Euro) waren immer schnell ausgebucht.

„Viele Eltern haben Angst, etwas falsch zu machen“, so Johanna Schmidt zu den Gründen für den großen Andrang, „ihnen fehlt oft das Bauchgefühl, und sie suchen immer mehr nach Hintergrundinformationen.“ Als Mutter einer kleinen Tochter weiß sie, wovon sie spricht und hat auch ihre eigenen Erfahrungen mit Krabbelgruppen sammeln können. So nahm sie das Angebot des Praxischefs, die „Krabbelsprotten“ zu übernehmen, gerne an und hospitierte bei den beiden erfahrenen Kolleginnen.

Bei den „Krabbelsprotten“ sollen vier Basissinne angesprochen und gefördert werden: Die vestibuläre Wahrnehmung aktiviert die Körperbalance, den Gleichgewichtssinn. Die taktil-kinästhetische Wahrnehmung, der Tastsinn, nimmt Reize über die Haut auf, und lässt uns Schmerz, Temperatur und Druck empfinden. Die propriozeptive Wahrnehmung beinhaltet die Tiefensensibilität, wie wir unseren eigenen Körper wahrnehmen. Und schließlich die auditive Wahrnehmung, der Gehörsinn. „Wir wollen unser Augenmerk darauf lenken“, so Johanna Schmidt, „dass wir die Kinder auch im alltäglichen fördern können, ohne sie mit zu vielen Spielsachen zu überfordern.“

Auch mit Alltagsdingen können Kinder gefördert werden, ohne sie mit zu vielen Spielsachen zu überfordern.

Jede Stunde läuft nach dem gleichen Schema ab: Begonnen wird mit einem gemeinsamen Lied, bei dem die Kinder entsprechend ihres Alters und ihrer Entwicklungsstufe mitmachen. „Manche klatschen mit, andere bewegen sich zur Melodie oder summen mit." Anschließend werden Fingerspiele gemacht, auf Wippen geschaukelt oder verschiedene Materialien erfühlt, wie ein „Bad in Korken". Am Schluss der Stunde gibt es immer eine Freispielsequenz, um den Eltern entsprechende Hintergrundinformationen zu geben.

Eltern lernen viel über das Sozialverhalten ihrer Kinder

Es sei wichtig, so Johanna Schmidt, dass die Eltern verstehen, dass es Entwicklungszeiträume gebe, dass beispielsweise nicht alle Kinder zum gleichen Zeitpunkt mit dem Sprechen oder mit dem Laufen beginnen. „Im letzten Kurs hatten wir zwei- bis dreimal eine Kinderkrankenschwester dabei, die die Entwicklung der Kinder beobachtete und hilfreiche Tipps geben konnte." Die Eltern verlassen die „Krabbelsprotten" mit einem guten Gefühl, freut sich Johanna Schmidt. „Sie lernen viel über das soziale Verhalten ihrer Sprösslinge und werden gelassener." Einige der „Krabbelsprotten" buchen auch den nächsten Kurs der Wahrnehmungsforscher, doch 90 Prozent der Kinder gehen anschließend in die Krippe.

Der Kieler Therapeutin macht die Arbeit mit ihren „Krabbelsprotten" sehr viel Freude, und sie kann sie nur jedem Kollegen empfehlen. Voraussetzung für einen solchen Kurs seien allerdings entsprechende Räumlichkeiten und Materialien in der Praxis. Der nächste Kurs steht schon in den Startlöchern, und aufgrund des großen Interesses wäre über einen zweiten Kurs sicherlich nachzudenken... *(ks)*

> Kontakt

Praxisnetz Schürholz Sievers GmbH, Schönberger Straße 5-11, 24148 Kiel, Tel.: 0431-5869203, E-Mail: info@praxisnetz-ergotherapie.de, www.pn-ergo.de

Krabbeln, rutschen, wippen und ertasten – bei den „Krabbelsprotten" können die Kleinen vieles ausprobieren, und der Spaß an Bewegung steht im Mittelpunkt des Frühförderkurses.

Abrechnungstipp

Wegegeld

Häufig ist es notwendig, auch außerhalb der Praxisräume Patienten zu behandeln. Die Vergütung der Hausbesuche wird in den verschiedenen Rahmenverträgen unterschiedlich gehandhabt. Manche Vereinbarungen mit den Kostenträgern sehen Wegegelder vor, andere Hausbesuchspauschalen. Nicht immer ist es klar, welche Position nun abgerechnet werden muss. Wir haben die Grundregeln übersichtlich für Sie zusammengefasst.

GRUNDREGELN

- Das Wegegeld wird im Rahmen eines Hausbesuches abgerechnet.
- Heilmitteltherapie kann entweder als Behandlung in einer Praxis oder im Rahmen eines Hausbesuches verordnet werden. (§ 11 Abs. 1 HeilM-RL)
- Die Verordnung einer Behandlung außerhalb der Praxis des Therapeuten ist nur zulässig, wenn der Patient aus medizinischen Gründen die Praxis nicht aufsuchen kann oder wenn eine Behandlung außerhalb der Praxis medizinisch zwingend notwendig ist. (§ 11 Abs. 2 Satz 1 und 2 HeilM-RL)
- Der Aufenthalt in einer Tageseinrichtung allein hat keine medizinische Notwendigkeit und genügt damit nicht als Grund für die Verordnung eines Hausbesuches.
- Ein Hausbesuch kann nur abgerechnet werden, wenn ein Kreuz im Feld „ja“ gemacht wurde. (§ 11 HeilM-RL)
- Fehlt ein Kreuz ist das als „nein“ zu bewerten. (Frage 16 Fragen-/Antwortenkatalog GKV-Spitzenverband. Stand 1.1.2012)
- Ausnahmsweise können Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr und gegebenenfalls darüber hinaus bis zum Abschluss der bereits begonnen schulischen Ausbildung außerhalb der Praxis ohne Verordnung eines Hausbesuchs behandelt werden. (§ 11 Abs. 2 Satz 3 HeilM-RL).

SELBST KORRIGIEREN

- Wegegeld selbst kann nicht auf einer Heilmittelverordnung mitverordnet werden. Insofern muss hier nichts selbst korrigiert werden.
- Da Wegegeld unter die Position Hausbesuch einzuordnen ist, kann es unter Umständen notwendig sein, diese Angabe auf der Verordnung zu korrigieren:
  - Ist im Feld „Hausbesuch“ kein Kreuz durch den Arzt gemacht worden, so ist dies als „nein“ zu werten. Die Verordnung muss nicht korrigiert werden, sie ist auch ohne Kreuz gültig. Die Abrechnung eines Hausbesuchs ist so aber nicht möglich.

KORREKTUR DURCH DEN ARZT

- Fehlt ein Kreuz im Feld „Hausbesuch“ bzw. ist an der falschen Stelle gesetzt, so muss die Verordnung durch den Arzt korrigiert werden. Die Änderung bestätigt der Arzt mit Datum und Unterschrift.
- Lässt der Rahmenvertrag dies zu, so kann die Korrektur auch per Fax erfolgen (das ist standardmäßig z. B. bei Logopäden möglich).

IM RAHMENVERTRAG PRÜFEN

- Der Hausbesuch hat in den Vergütungsvereinbarungen eine eigene Positionsnummer (ärztlich verordneter Hausbesuch).
- Die Vergütungsvereinbarungen unterscheiden generell zwischen zwei Positionsnummern:
  - Hausbesuch je Patient: Diese Position wird abgerechnet, wenn ein einzelner Patient bei sich zu Hause behandelt wird.
  - Hausbesuch in einer Einrichtung/Gemeinschaft je Patient: Diese Positionsnummer wird abgerechnet, sobald mindestens zwei Patienten in einer Einrichtung behandelt werden.
  - Je nach Rahmenvertrag muss geprüft werden, ob diese Positionen als Pauschale, also inklusive Wegegeld, berechnet sind, oder ob zusätzlich eine weitere Position für das Wegegeld vorgesehen ist. Auch dabei gibt es zwei Möglichkeiten der Abrechnung:
    - Entweder kann eine Wegegeldpauschale je Besuch zum Hausbesuch dazu abgerechnet werden.
    - Oder es wird ein Wegegeld je gefahrenen Kilometer angesetzt.
    - *Tipp:* Die Berechnung der Kilometer wird in der Regel über Google Maps oder andere Navigationsgeräte von der Krankenkasse überprüft. Starke Abweichungen sollten also begründbar sein.
- In manchen Preislisten wird der Begriff „soziale Einrichtungen“ noch einmal explizit erläutert und Behandlungen im „Betreuten Wohnen“ von dieser Positionsnummer ausgeschlossen: Er „bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger oder behinderter Personen dienen. Dies sind insbesondere Alten-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen, jedoch keine Einrichtungen des „Betreuten Wohnens“ (vgl. Vergütungsvereinbarung vdek West mit allen Physiotherapieverbänden Positionsnummer X 9934, Stand 1.4.2013)

BESONDERHEITEN

- Die Heilmittel-Richtlinie lässt zwar eine ausnahmsweise Behandlung von Kindern und Jugendlichen außerhalb der Praxisräume in Einrichtungen ohne ärztliche Verordnung zu, eine Erstattung der Fahrkosten durch die Krankenkassen bzw. Wegegeld ist dafür aber nicht vorgesehen.

Alle Artikel können **up | plus**-Kunden kostenfrei bei der Hotline 0800-9477360 abrufen oder im buchner-Shop downloaden.

- Abrechnung Hausbesuch nur eines Patienten in sozialen Einrichtungen:
  - Ob in diesem Fall ein normaler Hausbesuch oder ein Hausbesuch in sozialen Einrichtungen abgerechnet werden muss, hängt vom Rahmenvertrag und der dazugehörigen Vergütungsvereinbarung ab.
  - In der Vergütungsvereinbarung Physiotherapie der RVO Kassen in Hessen ist beispielsweise ausdrücklich geregelt, dass erst der Besuch eines weiteren Patienten derselben sozialen Gemeinschaft in unmittelbarem Zusammenhang mit der „günstigeren" Position abgerechnet werden muss. Das bedeutet, dass ansonsten der allgemeine Hausbesuch in Rechnung gestellt werden darf.
  - Es ist also notwendig, immer genau die Formulierungen der jeweiligen Vergütungsvereinbarungen zu lesen.

ABRECHNUNGSSTRATEGIE

- Ist ein Hausbesuch verordnet und durchgeführt worden, wird er wie folgt abgerechnet:
  - Das Heilmittel wird in der Anzahl der erbrachten Leistungen mit seiner entsprechenden Positionsnummer abgerechnet.
  - Zusätzlich wird die Positionsnummer für den Hausbesuch abgerechnet.
  - Wenn es die Leistungsvereinbarung vorsieht kann zusätzlich als weitere Position das Wegegeld abgerechnet werden.
  - *Achtung:* Manche Rahmenverträge decken dieses in ihrer Hausbesuchspauschale mit ab.
  - *Tipp:* Wenn Mitarbeiter mit dem eigenen Auto zu Hausbesuchen fahren, kann man mit ihnen vereinbaren, dass sie nur das Wegegeld gezahlt bekommen, das auch durch die Krankenkasse erstattet wurde.
- Bedenken Sie bei der Berechnung der Zuzahlung, dass auch die Hausbesuchspauschale zuzahlungspflichtig ist.
- Die Heilmittelrichtlinie sieht zwar eine ausnahmsweise Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen ohne ärztliche Verordnung vor, Wegegeld gibt es dennoch nicht.
  - Kalkulieren Sie im Vorfeld, ob es sich dennoch für sie lohnt, einzelne Patienten in der Einrichtung zu behandeln.
  - Wirtschaftlicher ist es, mehrere Patienten hintereinander dort zu behandeln, damit sich die Anfahrt in die Einrichtung mindestens amortisiert und sie nicht zusätzliche Kosten aufwenden müssen.

(jw)

sonstige Leistungen

X9701	Verwaltungsaufwand für Therapeut–Arzt–Bericht (Diese Leistung kann pro Verordnung einmal abgerechnet werden)	0,58	–
X9933	Hausbesuch inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale)	10,60	1,06
X9934	Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung inklusive Wegegeld (Einsatzpauschale) je Patient Der Begriff „soziale Einrichtung" bezeichnet Einrichtungen, die zur Pflege und Betreuung älterer, pflegebedürftiger oder behinderter Personen dienen. Dies sind insbesondere Alten–, Pflege– und Behinderteneinrichtungen, jedoch keine Einrichtungen des „Betreuten Wohnens".	5,75	0,58

Auszug aus der vdek-Vergütungsvereinbarung gemäß § 125 SGB V für die Abrechnung physiotherapeutischer Leistungen, Massagen und medizinischer Bäder gültig ab 1.4.2013 für die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein.

SEPA-Umstellung zum 1. Februar 2014

Praxischefs müssen rechtzeitig handeln!

Der Countdown für die Umstellung des bargeldlosen Zahlungsverkehrs in Europa läuft. Ab 1. Februar 2014 gilt für Unternehmen, Selbständige, Vereine und Organisationen ausschließlich das Zahlungssystem SEPA („Single Euro Payments Area"), um den grenzüberschreitenden Geldtransfer zu erleichtern. Das bedeutet auch für Praxisinhaber, dass sie rechtzeitig handeln müssen, um auch nach dem Stichtag ihre technische Zahlungsfähigkeit sicherzustellen.

Der Aufwand für die Umstellung werde oft unterschätzt, warnen schon seit geraumer Zeit Bundesfinanzministerium, Bundesbank, Kreditinstitute und Verbraucherschutz. So drohten „Liquiditätsengpässe und Kosten durch fehlerhafte Zahlungsabwicklung", erklärte kürzlich Carl-Ludwig Thiele, Vorstandsmitglied der Deutschen Bundesbank gegenüber der dpa. Gerade vielen kleinen Unternehmen sei noch nicht bekannt, dass die neuen EU-Regeln für Überweisungen und Lastschriften auch innerhalb von Deutschland verbindlich gelten, und nicht nur im Verkehr mit dem Ausland. Daher sollten die Praxischefs möglichst schnell den Kontakt mit ihrer Hausbank suchen, um die SEPA-Umstellung vorzubereiten.

Für Privatpersonen ändert sich wenig: Für Überweisungen innerhalb Deutschlands müssen sie ab Februar kommenden Jahres die IBAN (International Bank Account Number) oder grenzüberschreitend in 32 SEPA-Teilnehmerländer die IBAN und den BIC (Business Identifier Code) eintragen. Die IBAN besteht in Deutschland aus 22 Zeichen und setzt sich aus der Länderkennzeichnung DE, einer Prüfziffer mit zwei Stellen, der bisherigen Bankleitzahl und der alten Kontonummer zusammen. Ab 2016 ist bei Überweisungen und Lastschriften innerhalb Deutschlands und ins Ausland sogar nur noch die Angabe der IBAN notwendig.

Gläubiger-Identifikationsnummer beantragen

Für Praxisinhaber stehen aber noch weitere Schritte an: Um künftig Lastschriften einreichen zu können, benötigen sie eine sogenannte Gläubiger-Identifikationsnummer (Gläubiger-ID). Sie ist kostenfrei bei der Deutschen Bundesbank zu beantragen, unter *www.bundesbank.de/Navigation/DE/Kerngeschaeftsfelder/Unbarer_Zahlungsverkehr/SEPA/Glaeubiger_Identifikationsnummer/glaeubiger_identifikationsnummer.html*. Bis Mitte August waren nach Angaben der Bundesbank jedoch erst ID-Nummern in 712.738 Fällen vergeben worden, darunter an 156.000 Vereine – obwohl es bundesweit 3,6 Millionen Unternehmen und rund 580.000 Vereine gibt.

Die bisherige Einzugsermächtigung wird abgelöst durch die SEPA-Basislastschrift (SEPA Core Direct Debit) und die SEPA-Firmenlastschrift (SEPA Business to Business Direct Debit), die nur für den Geldverkehr zwischen Unternehmen vorgesehen ist. Das Lastschriftmandat umfasst die Zustimmung des Zahlers zum Einzug der Zahlung des Mandatsinhabers. Ein Musterschreiben für ein SEPA-Lastschriftmandat finden Sie unter *https://www.sepadeutschland.de/de/sepa-lastschrift*. Bisher bestehende Einzugsermächtigungen können umgewandelt und weiter genutzt werden, sie bedürfen aber einer schriftlichen Bestätigung. Neu ist, dass SEPA-Lastschriften ein festes Fälligkeitsdatum haben, an dem die Kontobelastung erfolgt. Es muss mindestens 14 Tage in der Zukunft liegen und wird dem Zahler vom Zahlungsempfänger vorab mitgeteilt.

Praxissoftware SEPA-fit machen

Wer als Selbständiger kein Lastschriftverfahren bei seinen Kunden einsetzt, sollte die neuen Bankdaten auf allen Briefbögen, Rechnungen, Angeboten und Verträgen anpassen. Außerdem müssen die EDV- bzw. IT-Systeme geprüft werden, ob sie für die SEPA-Umstellung bereit sind und ihre Software das neue XML-Format unterstützt. Auch die Stammdaten von Mitarbeitern und Kunden sowie Formulare müssen für die Buchhaltung aktualisiert werden. Und Praxisinhaber sollten ihre Kunden rechtzeitig über die neuen Daten ihrer Kontoverbindung informieren – mit praktischen Briefaufklebern beispielsweise oder einem Hinweis auf der Homepage. *(ks)*

> Service

Weitere Informationen zur SEPA-Umstellung finden Sie im Internet unter *www.bundesbank.de/Navigation/DE/Kerngeschaeftsfelder/Unbarer_Zahlungsverkehr/SEPA/sepa.html*

Eine kostenlose Checkliste können **up|plus**-Kunden bei der Hotline unter der Nummer 0800-9477360 anfordern.

Die Formulare von Buchner & Partner, die eine Einwilligung zur Lastschrift vorsehen, werden automatisch auf das neue Verfahren umgestellt. Ab Februar werden dann veraltete Formulare kostenlos ausgetauscht.

Praxisinhaber müssen Fristen für ELStAM-Verfahren beachten

Elektronische Lohnsteuerabrechnung spätestens bis Dezember

Praxisinhaber müssen spätestens mit der Abrechnung für Dezember 2013 die Lohnsteuerabzugsmerkmale ihrer Mitarbeiter elektronisch übermitteln. Darauf wies die Oberfinanzdirektion Niedersachsen (OFD) kürzlich noch einmal hin. Dies gilt natürlich nur für jene Arbeitgeber, die ihre Abrechnungen eigenständig machen und nicht durch einen Steuerberater erledigen lassen.

Mit der Einführung der elektronischen Lohnsteuerkarte wurde die bisherige Lohnsteuerkarte ab dem Jahr 2013 durch ein elektronisches Verfahren ersetzt. Die Angaben der bisherigen Vorderseite der Lohnsteuerkarte (Steuerklasse, Kinder, Freibeträge und Kirchensteuer) werden in der Datenbank ELStAM (Elektronische LohnSteuerAbzugsmerkmale) der Finanzverwaltung zum elektronischen Abruf für die Arbeitgeber bereitgestellt. Unter www.elster.de hat die Finanzverwaltung weitere Informationen, Musteranschreiben und aktuelle Hinweise veröffentlicht.

Das ELStAM-Verfahren, das zum 1. Januar startete, sei nach Ansicht der Finanzverwaltung bislang ein voller Erfolg. So seien im ersten Halbjahr 2013 über eine Million Arbeitgeber in das elektronische Verfahren eingestiegen. Damit werde bereits jetzt der Lohnsteuerabzug für mehr als 20 Millionen Arbeitnehmer papierlos durchgeführt, heißt es in der Pressemitteilung der OFD Niedersachsen. *(ks)*

Ab 2014 neue Beitragsbemessungsgrenzen

Besserverdiener müssen höhere Sozialabgaben zahlen

Die Bundesregierung hat für 2014 eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenzen in der Sozialversicherung beschlossen. Damit kommen auf Besserverdiener höhere Beiträge in der Kranken- und Rentenversicherung zu. Der Grund: Sie verdienen auch mehr.

Arbeitnehmer, die derzeit mehr als 3.937,50 Euro brutto im Monat verdienen, müssen sich ab 2014 auf höhere Sozialabgaben einstellen. In der Kranken- und Pflegeversicherung steigt die Beitragsbemessungsgrenze dem Kabinettsbeschluss zufolge im nächsten Jahr einheitlich auf 4.050 Euro (plus 112,50 Euro). In der gesetzlichen Rentenversicherung fällt der Anstieg noch stärker aus, im Westen auf 5.950 Euro (plus 150 Euro) und im Osten auf 5.000 Euro (plus 100 Euro). Bis zu diesen Beträgen müssen die Arbeitnehmer auf ihr Einkommen Beiträge zur Renten- bzw. Kranken- und Pflegeversicherung zahlen. Da die Unternehmen etwa die Hälfte der Beiträge zahlen, drohen ihnen für jeden Beschäftigten ebenfalls höhere Kosten.

Die Beitragsbelastung erhöht sich 2014 allerdings nur für jene Versicherten, deren Einkommen 2013 oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze lag. Für die weit überwiegende Mehrheit der Versicherten ändere sich nichts, heißt es in einer Pressemitteilung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS).

Die Beitragsbemessungsgrenzen sind von der Einkommensentwicklung abhängig und werden jedes Jahr neu berechnet. Steigen also die Einkommen, steigen auch die Bemessungsgrenzen. Der Anstieg wird anhand einer festgelegten Formel berechnet. Der Verordnung der Bundesregierung muss der Bundesrat noch zustimmen. *(ks)*

> Service

Die ab 2014 geltenden Beitragsbemessungsgrenzen der Kranken- und Rentenversicherung finden Sie unter *www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2013/10/2013-10-16-rechengroessen-sozialversicherung.html.*

Kunden werben Kunden...

up-premium

☐ Ich habe einen neuen Abonnenten für ***up-premium*** geworben. Sobald die erste Jahresrechnung bezahlt ist, erhalte ich als Dankeschön meine ausgewählte Prämie.

☐ Prämie 1:
TREKSTOR Tablet-PC „BREEZE Multi Touch“, schwarz

Android 4.0 Betriebssystem. 512 MB Arbeitsspeicher, 1,2 GHz Prozessor, 4 GB-Festplatte, 0,3 Megapixel-Kamera, Maße: ca. B 11,6 x H 1,2 x L 19,2 cm

☐ Prämie 2:
TASSIMO „TAS 2002“, schwarz

Frischer Kaffee, Espresso, Cappuccino, Latte Macchiato, Tee oder Kakao-Spezialitäten

(Abgebildete Tasse nicht inbegriffen)

☐ Prämie 3:
AEG Musik-Center, schwarz/silber

Edle Kompaktanlage als Heim-Audiosystem, spielt alle gängigen CD-Formate und MP3-Dateien ab

☐ Prämie 4:
TREKSTOR eBook Reader „Pyrus“, schwarz

Gestochen scharfe Schrift für entspanntes Lesen auch bei Sonneneinstrahlung, einstellbare Schriftgröße
Maße: ca. B 16,7 x H 12,4 x T 0,9 cm

ICH HABE ERFOLGREICH GEWORBEN:

Vorname, Name .....

Straße, Haus-Nr. .....

PLZ, Ort .....

Telefon ..... Faxnummer .....

FOLGENDEN NEUKUNDEN HABE ICH GEWORBEN:

☐ Ja, ich möchte **up-premium** abonnieren!

Ich möchte ***up-premium*** ab der nächsten Ausgabe zum reduzierten Abo-Preis von 12 Euro abonnieren. Der Preis versteht sich inkl. 7 % MwSt. und Versandkosten und wird jeweils für zwölf Monate im Voraus berechnet (Jahresbetrag: 144 Euro). Das Abonnement ist jederzeit kündbar. Bereits bezahlte Beträge können nicht erstattet werden.

Vorname, Name .....

Praxis .....

Funktion in der Praxis .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

Telefon ..... Faxnummer .....

E-Mail-Adresse ..... Webseite .....

Datum, Unterschrift: .....

Hinweis: Sie können der Nutzung Ihrer Daten für Werbezwecke jederzeit widersprechen. Hierfür entstehen keine anderen als die Übermittlungskosten zu Basistarifen.

Schicken Sie uns den unterschriebenen Vertrag per Post oder an unsere gebührenfreie Faxnummer:

08 00-1 35 82 20

buchner

Herausgeber: Buchner & Partner GmbH
Lise-Meitner-Straße 1-7, 24223 Schwentinental
Telefon +49 (0) 4307 8119 – 0, Fax – 99
www.buchner.de