02.2013

# unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

*Für* **up-premium plus** *Kunden:*
**Vorlage Zuweiser-Analyse**

## Was bringt der Heilpraktiker?

# Kurzfristiger Nutzen oder langfristige Anerkennung

**Seit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts im Jahr 2009 dürfen Heilmittelerbringer eine beschränkte Heilpraktikererlaubnis bei den zuständigen Gesundheitsämtern beantragen. Doch je nachdem in welchem Bundesland man wohnt, ist diese Erlaubnis mit mehr oder weniger Aufwand zu erhalten. Während die einen die Prüfung auf sich nehmen, halten die anderen den sektoralen Heilpraktiker für den falschen Weg. Vermutlich haben beide Seiten Recht. Es hängt – wie so oft – einfach davon ab, welches Ziel man erreichen will.**

Zur eigenständigen Ausübung der Heilkunde muss man in Deutschland entweder approbierter Arzt oder im Besitz einer Heilpraktiker-Erlaubnis sein. Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten, sowie Podologen gehören zu der Gruppe der sogenannten Gesundheitsfachberufe, die zur Krankenbehandlung grundsätzlich nur aufgrund ärztlicher Verordnung befugt sind. Daraus resultieren zwei zentrale Probleme:

Zum einen sind die Gesundheitsfachberufe, egal wo und wie ausgebildet – Berufsfachschule oder Fachhochschule –, immer von der Verordnung des Arztes abhängig. Sie verstoßen also gegen geltendes Recht, wenn sie eigenständig arbeiten. Fachlich und inhaltlich lässt sich das aus Sicht der Therapeuten oft nicht begründen. Denn es gibt zahlreiche Fortbildungen, in denen Ärzte und Therapeuten einträchtig gemeinsam die Schulbank drücken.

Auch die kritische Bewertung von Heilmittel-Verordnungen erweckt nicht den Eindruck, dass Ärzte wirklich besser über Heilmitteltherapie und deren Indikationsstellung informiert sind als die Therapeuten. Aber die Gesetze und die Curricula der Schulen geben hier einen eindeutigen rechtlich verbindlichen Rahmen vor.

*Der sektorale Heilpraktiker ist derzeit noch ein Spagat zwischen kurzfristigem Nutzen und langfristiger Anerkennung.*

Das zweite Problem ist der fehlende Marktzugang für Therapeuten. Der Marktzugang besteht betriebswirtschaftlich gesehen aus zwei Aspekten: Einerseits müsste man als Therapeut direkt den möglichen Patienten ein Therapieangebot machen können – und zwar unter gleichen Bedingungen, sprich unter der Annahme, die GKV zahlt dafür. Andererseits sollte man als Therapeut die Möglichkeit haben, sich fachlich/kommunikativ auf dem Markt zu positionieren.

Zwar können Therapeuten beliebig viele Praxen aufmachen, sind dort aber immer auf die ärztliche Verordnung angewiesen. >>>

**Aktuell**

Heilmittelrichtgrößen 2013
**Viele KVen bleiben stabil** 10

GKV-HIS Daten zum 3. Quartal 2012 veröffentlicht
**Absolutes Spitzenquartal!** 13

Bundesregierung äußert sich klar
**Keine Abschaffung der Zuzahlung** 14

**Schwerpunkt**

**Keine einheitlichen Regelungen** 3

**Das bringt ein (sektoraler) Heilpraktiker für die Praxis** 4

**Übersicht sektoraler Heilpraktiker nach Bundesländern** 6

**Abrechnung**

Der Abrechnungstipp:
**Medizinische Begründung** 18

**Tipps**

Praxisauslastung optimieren
**So werden Termine in Ihrer Praxis besser eingehalten** 17

**Steueränderung für Praxischefs in 2013** 20

@ Passwort für **www.up-aktuell.de:** **markt**

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

## Kommentar

# Ich bin ein Heilpraktiker – holt mich hier raus!

**Kennen Sie die derzeitige Regelung zur „sektoralen“ Heilpraktikererlaubnis“? Nicht? Dann sind Sie in guter Gesellschaft: Die bürokratischen Bemühungen zur Umsetzung der Regelungen, die die jeweiligen Landes-Ministerien vorgeben, haben sich zu einem undurchsichtigen Dschungel entwickelt, durch den Therapeuten derzeit nur schwer durchsteigen.**

Wer sich auf die Suche nach Informationen begibt, kann Glück haben und welche finden – oder auch Pech haben und auf einen Sachbearbeiter stoßen, der für eine Auskunft erst mal 100 Euro vorab kassieren will. Manche Gesundheitsämter sind offenbar schon so überlastet, dass sie auf ihren Internetseiten darum bitten, von telefonischen Nachfragen abzusehen.

Der „sektorale Heilpraktiker“ ist doch nur ein amtliches Siegel dafür, dass man einem Patienten keinen Schaden zufügt. Wie kommt es dann, dass bei den konkreten Prüfungskriterien jedes Bundesland und dort sogar viele Landkreise ihr eigenes Süppchen kochen?

Ein Sinn hinter den vielen, mühsam entwickelten Richtlinien der einzelnen Bundesländer ist einfach nicht zu finden. Da stellt sich doch die Frage: Warum gibt es keine einheitliche Regelung?

Mit einer klaren, bundeseinheitlichen Regelung würde sich der Dschungel nicht nur für die Therapeuten lichten, sondern auch für die Mitarbeiter der Gesundheitsämter.

*Herzlichst Ihre*

*Heidi Kohlwes*
*Chefredakteurin*

>>> Fortsetzung Seite 1

Wer schon einmal erlebt hat, wie schnell Verordnungen bei Regressangst ausbleiben können und wie schwer es dann ist, die Praxis in der Gewinnzone zu halten, der wird bestätigen, dass die Möglichkeit, eine Praxis aufzumachen, keineswegs einem echten Marktzugang entspricht. Spätestens wenn Patienten die behandelnden Therapeuten als „Massagemaus“ oder „Spieltante“ bezeichnen, wird klar, dass auch beim Thema Positionierung die Therapeuten noch weit von einem wirklichen Marktzugang entfernt sind.

Bleibt die Frage, ob sich diese Probleme durch die sek. HP-Erlaubnis lösen lassen? Wenn man als Therapeut keine Verordnungen für Therapie ausstellen, bzw. ohne Verordnung nicht als Therapeut tätig werden darf, scheint es naheliegend, wenn man sich um eine Heilpraktiker-Erlaubnis bemüht. Besonders dann, wenn diese Erlaubnis auch noch vereinfacht, als sogenannte sektorale HP-Erlaubnis, zu bekommen ist. Damit lässt sich das erste Problem (gesetzliche Einschränkungen), eigenständige Heilkunde ohne ärztliche Verordnung ausüben zu können, gut lösen. Auch der lästige Kleinkram, wie z.B. die Umsatzsteuerpflicht etc. (siehe Seite 4) ist damit erledigt.

Das zweite Problem (Marktzugang) löst die sek. HP-Erlaubnis allerdings nicht. Jedenfalls nicht für Praxen, die in einem gewissen Rahmen auf Kassenpatienten angewiesen sind. Denn die sek. HP-Erlaubnis ermöglicht zwar die Therapie ohne Verordnung, aber die GKV wird ohne ärztliche Verordnung trotzdem nicht erstatten. Insofern wird durch die sek. HP-Erlaubnis nur der Marktzugang verbessert, wenn die Praxis ausschließlich mit Privatpatienten und Selbstzahlern arbeitet. Beim Aspekt Positionierung ist die HP-Erlaubnis eher kontraproduktiv. Dazu gibt es diverse Studien, die belegen, dass Heilpraktiker nicht einmal ansatzweise gut im Markt aufgestellt sind. Außerdem sollten Therapeuten anstreben, als Therapeut wahrgenommen zu werden und nicht als Heilpraktiker.

### Was also tun?

Wer die von uns auf Seite 4 beschriebenen Probleme kurzfristig lösen muss, ist mit einer sek. HP-Erlaubnis sicher gut bedient. Dabei gilt: So wenig Aufwand betreiben wie möglich! Die HP-Erlaubnis ist lediglich ein amtliches Siegel dafür, dass man dem Patienten keinen Schaden zufügt. Deswegen muss man nicht unnötig viel Energie in diese Prüfung stecken. Um die großen Fragen der Branche nach Marktzugang und Positionierung zu lösen, braucht es allerdings mehr als die sek. HP-Erlaubnis. *(bu)*

**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:** Heidi Kohlwes

ISSN 1869-2710 • Heftpreis: 15 Euro • im Abo: 12 Euro

**Quellen und Autoren dieser Ausgabe:**
Heidi Kohlwes (ko), Ralf Buchner (bu), Katrin Schwabe-Fleitmann (ks), Christian Beneker (ben), Jenny Werner (jw); Korrektorat: Ulrike Stanitzke

**Layout:** Mario Durst, Köln

**Fotos: © fotolia:** ARochau (1), anmaro (14), aerogondo (16), j. spreter (16), R. Kneschke (15); Privat (8, 21)

## Der sektorale Heilpraktiker

# Keine einheitlichen Regelungen

**Seit 2010 ist es bundesweit möglich, dass Physiotherapeuten die Erlaubnis zum „sektoralen Heilpraktiker für Physiotherapie“ erhalten können. Voraussetzung ist eine eingeschränkte Überprüfung, die von den zuständigen Gesundheitsämtern in den Bundesländern recht unterschiedlich gehandhabt wird. Wir geben Ihnen einen Überblick über den derzeitigen Stand.**

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) war in seiner Entscheidung vom August 2009 davon ausgegangen, dass das Berufsbild des Physiotherapeuten ebenso wie andere Gesundheitsfachberufe auf eine Krankenbehandlung nach ärztlicher Verordnung ausgerichtet sei. Allerdings stehe einer eigenverantwortlichen Ausübung der Heilkunde mit den Mitteln der Physiotherapie dem nicht entgegen, wenn die Voraussetzungen des Heilpraktikergesetzes für eine Erlaubnis erfüllt seien. Zum Schutz der Patienten sei es daher erforderlich, dass der Antragsteller „ausreichende Kenntnisse über die Abgrenzung der heilkundlichen Tätigkeit als Physiotherapeut gegenüber der den Ärzten und den allgemein als Heilpraktiker tätigen Personen vorbehaltenen heilkundlichen Behandlungen und ausreichende diagnostische Fähigkeiten in Bezug auf die einschlägigen Krankheitsbilder besitzt“. Außerdem seien Kenntnisse in Berufs- und Gesetzeskunde einschließlich der rechtlichen Grenzen der nichtärztlichen Ausübung der Heilkunde nachzuweisen.

### Erlaubnis nach Aktenlage

Wie die Erlaubnis zum „HP Physio“ von den einzelnen Gesundheitsämter umgesetzt wird, sieht in den einzelnen Bundesländern recht unterschiedlich aus: In einigen reicht es bereits aus, entsprechende Nachweise über Schulungen vorzulegen, um nach Aktenlage ohne Kenntnisprüfung eine Erlaubnis zu erteilen. So fordern zum Beispiel Niedersachsen und Sachsen-Anhalt eine mindestens 40-stündige Schulung inkl. Abschlusstest, Nordrhein-Westfalen dagegen 60 Stunden inkl. Abschlusstest (10 Unterrichtsstunden Beruf- und Gesetzeskunde, 50 Unterrichtsstunden Diagnostik und Indikationsstellung). Wer aber zum Beispiel eine osteopathische Ausbildung oder ein Studium nachweisen kann, der muss lediglich 10 Unterrichtsstunden in Beruf- und Gesetzeskunde nachweisen.

Reichen die Nachweise nicht aus, so erfolgt eine Kenntnisüberprüfung, in vielen Ländern sowohl schriftlich als auch mündlich. Die schriftliche Überprüfung dauert in der Regel 55 Minuten, in dieser Zeit müssen von 28 Fragen im Multiple-Choice-Verfahren 75 Prozent korrekt beantwortet werden. Die Fragen stammen wie beispielsweise in Sachsen aus dem Pool des Gesundheitsamtes München. In Mecklenburg-Vorpommern sind es 80 Prozent von 50 Fragen, und in Schleswig-Holstein müssen 30 von 40 Fragen richtig beantwortet werden. Die mündliche Prüfung dauert in der Regel etwa 30 Minuten. In einigen Bundesländern wie zum Beispiel Baden-Württemberg wird nur eine mündliche Überprüfung verlangt, die zwischen 20 und 45 Minuten dauern kann. Auch die Gebühren für die Überprüfung sind nicht einheitlich und unterscheiden sich auch innerhalb eines Bundeslandes von Gesundheitsamt zu Gesundheitsamt.

### Zulassungsbedingungen für die sektorale HP-Prüfung Physio sind:

- Mindestalter zum Zeitpunkt der Überprüfung 25 Jahre
- Nachweis eines Hauptschulabschlusses bzw. gleichwertiger Bildungsnachweis
- Nachweis einer abgeschlossenen Physiotherapieausbildung
- Vorlage eines polizeilichen Führungs- sowie eines Gesundheitszeugnisses

Unter Umständen verlangen einige Gesundheitsämter auch die Vorlage eines Lebenslaufes.

Inhalt

**Thema: sektoraler Heilpraktiker**


- Was bringt der Heilpraktiker? 1
- Keine einheitlichen Regelungen 3
- Das bringt ein (sektoraler) Heilpraktiker für die Praxis 4
- Übersicht sektoraler Heilpraktiker nach Bundesländern 6
- Interview: „HP-Antrags-Tourismus“ vermeiden 8
- Checkliste 22


Nach einem neuen Kriterienkatalog, den das nordrhein-westfälische Gesundheitsministerium Ende November veröffentlichte, wird als Voraussetzung für eine Erteilung des HP Physio nach Aktenlage eine nachgewiesene vierjährige Berufstätigkeit mit durchschnittlich mindestens 30 Stunden Wochenarbeitszeit gefordert.

Wer eine Prüfung nicht besteht, kann diese jederzeit wiederholen – allerdings immer nur die gesamte Prüfung, selbst wenn ein Teil bestanden wurde.

Die Prüfung zum sektoralen HP müssen Physiotherapeuten in dem Bezirk ablegen, in dem sie wohnhaft sind (siehe auch Interview auf Seite 8). Informationen darüber, wer für die Anmeldung zur Prüfung zuständig ist, erteilt das jeweilige Landratsamt des ersten Wohnsitzes oder auch vom Ort der beabsichtigten Niederlassung. Die Anmeldung erfolgt durch einen formlosen schriftlichen Antrag. *(ks)*

# Das bringt ein (sektoraler) Heilpraktiker für die Praxis

**Viele Therapeuten fragen sich, ob es sinnvoll ist, den (sektoralen) Heilpraktiker zu machen. Die Erlaubniserteilung kostet nicht zur Zeit und Geld, sondern ist auch je nach Bundesland mit sehr unterschiedlichem Aufwand verbunden. Als Grundlage für Ihre Überlegungen, ob ein sektoraler Heilpraktiker für Sie Sinn macht, haben wir fünf Aspekte unter die Lupe genommen, die sich konkret in der Praxis auswirken.**

## 1. Umsatzsteuer vermeiden

**Ausgangslage:** Das Umsatzsteuergesetz sieht in § 4 Abs. 14 vor, dass „Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin, die im Rahmen der Ausübung der Tätigkeit als Arzt, Zahnarzt, Heilpraktiker, Physiotherapeut, Hebamme oder einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit durchgeführt werden," von der Umsatzsteuer befreit sind. Das Bundesministerium der Finanzen hat allerdings 2012 in einem Umsatzsteuer-Anwendungserlass festgelegt: „Für Leistungen aus der Tätigkeit von Gesundheitsfachberufen kommt die Steuerbefreiung grundsätzlich nur in Betracht, wenn sie aufgrund ärztlicher Verordnung bzw. einer Verordnung eines Heilpraktikers … durchgeführt werden."

**Mit HP-Erlaubnis:** Ein (sektoraler) Heilpraktiker kann Verordnungen für z.B. Physiotherapie ausstellen – auch für Therapie-Kollegen in der eigenen Praxis. Liegt eine solche Verordnung vor, handelt es sich bei der Leistung zweifelsfrei um eine Heilbehandlung im Sinne des Umsatzsteuergesetzes, die damit von der Umsatzsteuer befreit ist.

**Beachten:** Die Finanzämter haben bereits angekündigt, bei Heilpraktikern sehr genau zu prüfen, ob es sich bei den Verordnungen auch wirklich um Heilbehandlungen handelt. Der jeweilige Therapeut muss also beweisen, dass es sich bei der Therapie wirklich um eine Heilbehandlung gehandelt hat. Dabei hilft eine entsprechende Dokumentation, aus der die Diagnose zweifelsfrei hervorgeht. Das Bundesfinanzministerium erläutert dazu: „Eine Behandlungsempfehlung durch einen Arzt oder Heilpraktiker gilt nicht als für die Steuerbefreiung ausreichende Verordnung." Damit dürften auch die manchmal eingesetzten „Unbedenklichkeitsbescheinigungen" der Ärzte nicht mehr ausreichen.

**Wichtig für:** Das Thema Umsatzsteuerpflicht spielt nur dann eine Rolle, wenn innerhalb eines Kalenderjahres mit den fraglichen Leistungen mehr als 17.500 Euro Umsatz gemacht wird. Wer unter diesem Betrag liegt, braucht sich keine Gedanken zu machen.

## 2. Privatpreise erstattungsfähiger machen

**Ausgangslage:** Bei Privatpatienten gibt es regelmäßig Streit darüber, was von der PKV erstattet wird und was nicht. Im Bereich der Logopädie, Ergo- und Physiotherapie gibt es außer der GebüTH keine verbindliche Privatpreisliste. Die Erstattungsbereitschaft der PKV wird immer schlechter – die Bereitschaft der Patienten, einen hohen Eigenanteil selbst zu tragen, scheint in einige Gegenden nicht besonders ausgeprägt zu sein. Heilpraktiker verfügen dagegen seit Jahrzenten über eine von vielen PKVen anerkannte Gebührenübersicht: die GebüH. Rechnungen, die sich auf die GebüH beziehen werden von vergleichsweise vielen Kassen erstattet.

**Mit HP-Erlaubnis:** Als (sektoraler) Heilpraktiker kann man sich auf die GebüH berufen und damit die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die Patienten die jeweiligen Rechnungen erstattet bekommen.

**Beachten:** Die GebüH wird unter anderem deswegen so bereitwillig von den Kassen bezahlt, weil die Honorare extrem niedrig sind. Oft wäre schon die Abrechnung der beihilfefähigen Höchstsätze rentabler als die Leistungsziffern der GebüH. Die Abrechnung nach GebüH lohnt sich nur dann, wenn man verschiedene Gebührenpositionen zusammen abrechnet. Dabei variiert die Erstattung von Kasse zu Kasse. Ein weiteres Problem der GebüH stellt der mittlerweile veraltete Leistungskatalog dar. Die GebüH kennt z.B. keine „Manuelle Therapie" oder „Osteopathie". Dann müssen sogenannte „analoge Leistungsziffern" abgerechnet werden, was wiederum zusätzliche Arbeit macht und die Erstattung durch die PKV nicht einfacher wird.

**Wichtig für:** …alle Therapeuten, die wollen, dass ihre Patienten möglichst jeden Cent von der PKV erstattet bekommen.

## 3. Abkürzung zum „First Contact" oder „Direct Access"

**Ausgangslage:** Ein normaler Logopäde, Ergo- oder Physiotherapeut braucht eine Verordnung, um einen Patienten behandeln zu können. Das gilt unabhängig davon, wer die Behandlung bezahlt. Kommt ein Patient in die Praxis, mit der Bitte um Therapie, müssen die meisten Praxen diese Patienten zu einem Arzt schicken – aus Sicht der Patienten und der Therapeuten oft unnötigerweise.

**Mit HP-Erlaubnis:** Wer eine (sektorale) Heilpraktikerlaubnis hat, darf Patienten direkt, also ohne Umweg über einen verordnenden Arzt, behandeln. Das kann ein Vorteil sein, wenn man die entsprechenden Patienten hat, die sich nicht erst durch ein ärztliches Wartezimmer

und eine Verordnungs-Diskussion quälen wollen, nur um die gewünschte Heilmittel-Therapie zu bekommen.

**Beachten:** Eigentlich kämpfen die Berufsverbände seit Jahren darum, die Ausbildung der Heilmittelerbringer so zu verbessern, dass Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten direkt Patienten behandeln können. Die (sektorale) Heilpraktiker-Erlaubnis stellt allerdings nur eine Bescheinigung dar, dass man dem Patienten keinen Schaden zufügen wird und ist kein inhaltlicher Qualifikationsnachweis. Deswegen ist der direkte Zugang zum Patienten über die HP-Erlaubnis aus berufspolitischer Sicht ein Weg „zweiter Klasse", was aber in der Praxis selten ein Problem darstellt.

**Wichtig für:** ...alle Therapeuten, die endlich auf dem Gesundheitsmarkt direkt agieren wollen – ohne Umweg über zuweisenden Ärzte.

## 4. Elementare Grundlage für „neue" Methoden

**Ausgangslage:** Inzwischen gibt es viele Aus- und Weiterbildungslehrgänge, bei denen Ärzte und Therapeuten gemeinsam neue Techniken lernen. Das kennt man beispielsweise von der Ausbildung zum Osteopathen. Dort sitzen Ärzte und Physiotherapeuten gemeinsam auf der Schulbank. Später dürfen die Physiotherapeuten trotzdem nicht ohne ärztliche Verordnung tätig werden. Das liegt daran, dass in Deutschland nur approbierte Ärzte die Heilkunde ausüben dürfen und eben Personen, die eine Prüfung gem. Heilpraktikergesetz abgelegt haben.

**Mit HP-Erlaubnis:** Die HP-Erlaubnis ermöglicht es einem Therapeuten, die neue Ausbildung selbstständig anzuwenden. Allerdings scheint es mehr als zweifelhaft, ob die sektorale HP-Erlaubnis hier reicht, um Osteopathie selbstständig erbringen zu können. Praktisch alle Gesundheitsämter sind sich mit einigen Heilmittelverbänden einig, dass für die eigenständige Erbringung von Osteopathie (also ohne ärztliche Verordnung) die vollständige Heilpraktiker-Erlaubnis vorliegen muss und die sektorale HP-Erlaubnis also nicht ausreicht!

**Beachten:** Auch wenn einige GKV-Kassen Osteopathie erstatten, wenn eine bestimmte Ausbildung durchlaufen wurde, kann man daraus nicht ableiten, dass man Osteopathie ohne ärztliche Verordnung erbringen kann. Zumindest die Krankenkassen verlangen als Voraussetzung für die Erstattung eine ärztliche Verordnung von Osteopathie. Die sektorale HP-Erlaubnis reicht ebenfalls nicht aus, um eigenständig Osteopathie erbringen zu können, deswegen muss man hier den „echten" HP machen. Versicherungstechnisch ist das alles allerding relativ unwichtig. Hier kann man sich ganz gezielt für wenig Geld gegen Behandlungsfehler und die daraus resultierenden Folgen versichern, oft auch ausdrücklich ohne die ärztliche Verordnung.

**Wichtig für:** ...alle Therapeuten, die neue Techniken rechtssicher anwenden wollen – ohne Umwege über ärztliche Verordnungen aber nur mit der „vollen" HP-Erlaubnis.

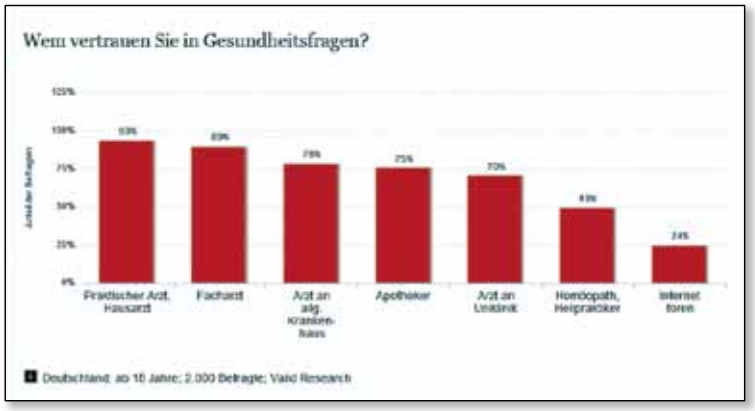
## 5. Endlich auf Augenhöhe!?

**Ausgangslage:** Therapeuten arbeiten nur auf ärztliche Verordnung. So steht es jedenfalls im Gesetz. Wer aber diese ärztlichen Verordnungen genauer betrachtet, wird feststellen, dass hier oft wenig bis gar keine Informationen geliefert werden, die medizinisch relevant sind. Viele Ärzte geben zu, dass sie effektiv nicht wissen, was genau Heilmittelerbringer in der Therapie machen und erreichen können. Da stößt es vielen Therapeuten schon sauer auf, dass sie immer noch nur nach ärztlicher Weisung ihre Arbeit verrichten sollen. Wird es nicht endlich Zeit. auf Augenhöhe und als gleichberechtigter Heilkundler mit den Ärzten zu kommunizieren?

**Mit HP-Erlaubnis:** Mit (sektoraler) HP-Erlaubnis können Therapeuten endlich eigenständig Therapie durchführen. Damit braucht man keine „unwissenden" Ärzte mehr, es bedarf keiner weiteren Rückfragen, Schluss mit der Abhängigkeit von Ärzten! Aber das „Status-Problem" vieler Therapeuten bleibt bestehen. In der Bevölkerung genießen einige Heilpraktiker zwar einen guten Ruf, aber Statistiken zeigen deutlich, dass Ärzte einen ganz anderen Status haben als Heilpraktiker. Insofern muss man sich für sich die Frage stellen, ob der Aufwand für die Prüfung das Ergebnis wert ist.

**Beachten:** Die rechtliche Erlaubnis, eigenständige Heilkunde betreiben zu dürfen, ändert bislang wenig am Status der jeweiligen Therapeuten. Das lässt sich auch daran ablesen, dass es sehr viele Therapeuten gibt, die zwar die HP-Erlaubnis haben, aber unabhängig davon, ob es sich dabei um einen sektorale oder vollwertige HP-Erlaubnis handelt, weder damit bei Ihren Patienten werben, noch ihren „Heilpraktiker" auf einem Praxisschild veröffentlichen.

**Wichtig für:** ...Therapeuten, die Wert darauf legen, nicht nur betriebswirtschaftlich, sondern auch „im Kopf" unabhängig von Ärzten zu sein. *(bu)*




Statista © Valid Research

# Übersicht sektoraler Heilpraktiker nach Bundesländern

**Die einzelnen Bundesländer handhaben die Erteilung zum sektoralen Heilpraktiker recht unterschiedlich. Rechtliche Grundlage ist jeweils eine vom Landes-Ministerium herausgegebene Richtlinie, die allerdings noch nicht in allen Bundesländern erarbeitet wurde. Aus diesem Grund findet derzeit zum Beispiel im Saarland überhaupt keine Prüfung statt.**

| Bundesland | Prüfung nach Aktenlage | schriftlich | mündlich |
|---|---|---|---|
| BADEN-WÜRTTEMBERG<br>Landratsamt Karlsruhe, Beiertheimer Allee 2, 76137 Karlsruhe<br>Tel.: 0721-936-5973 | **nein** | in Stuttgart<br>ja, sonst nein | X<br>20–30 Min. |
| BAYERN<br>Landratsamt München, Sachgebiet 5.1, Mariahilfplatz 16,<br>81541 München, Tel.: 089-6221-0 | **ja**<br>Nachweis entsprechender Qualifikation;<br>wenn nicht ausreichend, dann Prüfung | X<br>28 Fragen<br>21 richtig<br>55 Min. | X<br>20–30 Min. |
| BERLIN<br>Gesundheitsamt Berlin, A.-Kowalke-Str. 24, 10315 Berlin, Tel.: 030-90296-7522 | **Bisher nicht** | nein | X<br>30–40 Min. |
| BRANDENBURG<br>Gesundheitsamt Potsdam, Hegelallee 6-10, 14467 Potsdam,<br>Tel.: 0331-289-2374 | **ja**<br>Nachweis entsprechender Qualifikation;<br>Wenn nicht ausreichend, dann Prüfung | X<br>28 Fragen, 21<br>richtig, 55 Min. | X<br>20–30 Min |
| BREMEN<br>Gesundheitsamt, Horner Str. 60-70, 28203 Bremen, Tel.: 0421-36110013 | **nein** | X | X<br>45 Min. |
| HAMBURG<br>Behörde für Gesundheit + Verbraucherschutz, Landesprüfungsamt für<br>Heilberufe, Billstraße 80, 20539 Hamburg, Tel.: 040-42837-3794 | **Ja**; nach Abschluss eines Kurses an anerkannten Instituten, akkreditiert 60 Stunden + Abschlusstest. Wenn nicht ausreichend, dann Prüfung | nein | X<br>30–40 Min. |
| HESSEN<br>Gewerbeangelegenheiten Ordnungsamt, Kleyerstraße 86,<br>60326 Frankfurt am Main, Tel.: 069-212 42404 | **Ja**; wenn Nachweis von Qualifikation zur Diagnosestellung und Berufskunde; Wenn nicht ausreichend, dann Prüfung | X<br>28 Fragen<br>in 55 Min | X<br>60 Min |
| MECKLENBURG-VORPOMMERN, *voraussichtl.*<br>Gesundheitsamt Rostock, Paulstraße 22, 18055 Rostock<br>Tel.: 0381-3815363 | Derzeit werden im Sozialministerium die Richtlinien überprüft, so dass alle Informationen unter Vorbehalt zu verstehen sind! **voraussichtlich ja**, 40 bis 60 Std. Fortbildung | X<br>28 Fragen | X<br>20–30 Min. |
| NIEDERSACHSEN<br>Landesamt für Soziales, Jugend & Familie, Außenstelle Lüneburg,<br>Auf der Hude 2, 21339 Lüneburg<br>Tel.: 04131-150 | **Ja**<br>Kenntnisse durch Schulungen, mind 40 Ustd., davon mind 10 Std. Rechts-und Berufskunde; Nachweis durch 60 Min. Abschlusstest; Wenn nicht ausreichend, dann Prüfung | X<br>in Hannover | X<br>in Hannover |
| NRW<br>Gesundheitsamt Düsseldorf, Abt. 53/12-2, 40200 Düsseldorf<br>Tel.: 0211 – 89-92613 (zuständig für ganz NRW) | bei Nachweis von Osteopathie-Ausbildung, Studienabschluss od. ähnlichen Fobis, reicht ein Nachweis von 10 Std. Fobi in Rechts- und Berufskunde **Ja**; Curriculare Schulung von mind. 60 Std. mit schriftlicher Erfolgskontrolle; Wenn nicht ausreichend, dann Prüfung | X<br>28 Fragen<br>75 % richtig<br>55 Min. | X |
| RHEINLAND-PFALZ<br>Landkreis Mainz-Bingen, Gesundheitsamt,<br>Große Langgasse 29, 55116 Mainz | **nein** | X<br>28 Fragen, 21<br>richtig, 55 Min. | nein |
| SAARLAND<br>Regionalverband Saarbrücken – Haus der Gesundheit<br>Stengelstraße 10-12, 66117 Saarbrücken, Tel.: 0681-506-5311 | es finden derzeit **keine Prüfungen** statt, da keine Regelungen vom Ministerium für Soziales Gesundheit, Frauen und Familie vorliegen! | k.A. | k.A. |
| SACHSEN<br>Landratsamt Görlitz, Hugo-Keller-Straße 14, 02826 Görlitz,<br>Tel.: 03585-44-1635 | **Ja**; Nachweis ausreichender Aus- und Fortbildungen; Wenn nicht ausreichend, dann Prüfung | X | nein |
| SACHSEN-ANHALT<br>Gesundheitsamt Magdeburg, Alter Markt 6, 39090 Magdeburg<br>Tel.: 0391-5406003 | **Ja**; Kenntnisse durch Schulungen, mind. 40 Std. FoBi und Abschlusstest; Wenn nicht ausreichend, dann mündl. und schriftl. Prüfung | X | X |
| SCHLESWIG-HOLSTEIN<br>Gesundheitsamt Husum, Damm 8, 25813 Husum, Tel.: 04841 – 8970-32 | **Nein** | X<br>40 Fragen<br>30 richtig | X<br>30–45 Min. |
| THÜRINGEN<br>Gesundheitsamt Erfurt, Bürgermeister-Wagner-Straße 1, 99084 Erfurt<br>Tel.: 0361-655-4539 /-4529 | **k.A.** | X<br>28 Fragen, 21<br>richtig, 55 Min. | X |

Die einzelnen Gesundheitsämter innerhalb eines Bundeslandes handhaben die Vorgaben zum Teil ebenfalls unterschiedlich, so dass unsere Angaben in der Tabelle eventuell etwas von den Vorgaben Ihres zuständigen Gesundheitsamtes abweichen können. Wir haben für Sie, in Kooperation mit dem ZVK e.V., beispielhaft ein Gesundheitsamt mit Adresse herausgesucht, das häufig auch das zuständige Prüfungsamt für das ganze Bundesland ist (z.B. Düsseldorf für NRW). Sollte dies nicht der Fall sein (wie z.B. in Bayern), müssen Sie Ihren Antrag bei Ihrem zuständigen Gesundheitsamt einreichen und erhalten dort alle wichtigen Informationen.

Da nach wie vor in einigen Bundesländern keine einheitliche Regelung besteht und wir bis zum Redaktionsschluss noch nicht von allen zuständigen Behörden eine Rückmeldung erhalten haben, verstehen Sie bitte alle Angaben der Tabelle unter Vorbehalt. Sollten wir zukünftig andere oder neue Informationen erhalten, werden wir Sie natürlich auf dem Laufenden halten. *(ko)*

| Termine | Kosten | Anmeldung | Anmerkungen |
|---|---|---|---|
| keine Angaben | mündl. Prüfung 285 €<br>Erlaubnis 175 € | keine Angaben | gilt nur für Physiotherapeuten und Podologen:<br>*www.kreis-tuebingen.de/site/LRA-Tuebingen-Internet-Root/get/610654/heilpraktiker_richtlinien_bw_2003.pdf* |
| 3. Mittwoch / März,<br>2. Mittwoch / Oktober | 550–600 € | 31.12. des Vorjahres<br>30.6. des Jahres<br>bei jeweiligem Landratsamt | gilt für alle Heilhilfsberufe (u.V.):<br>*www.verkuendung-bayern.de/allmbl/jahrgang:2010/heftnummer:2/seite:21*<br>Az.: 32-G8584-2009/1-5 |
| pro Quartal | 350 € | keine Angaben | gilt nur für Physiotherapeuten |
| 3. Mittwoch / März,<br>2. Mittwoch / Oktober | schriftl. 240 €<br>mdl. 260 €<br>Urkunde 90 € | Dezember Vorjahr<br>Juli des Jahres | Amtsblatt für Brandenburg<br>*www.mugv.brandenburg.de/sixcms/media.php/4055/hpg_0312.pdf* |
| April bis September,<br>November bis Februar | Prüfung 200 €<br>Verw.-Geb. 380 € | 3 Monate vorher | gilt nur für Physiotherapeuten |
| Frühjahr<br>Herbst | mdl. 76,70 €<br>Urkunde 76,70 € | 31.12.<br>30.6. | gilt nur für Physiotherapeuten |
| März und Oktober | 220 Euro; Antragsgebühr, ca. 130 Euro Prüfungsgebühr | keine Angaben | gilt nur für Physiotherapeuten geregelt in Richtlinien StAnz. 1/2013, S. 98<br>(nicht jedes Gesundheitsamt lässt eine Prüfung nach Aktenlage zu) |
| Frühjahr /<br>Herbst | 400 € | im Gesundheitsamt Rostock, nach vorheriger telefonischer Absprache, keine festen Termine | |
| 3. Mittwoch / März<br>2. Mittwoch / Oktober | unterschiedlich | Anfang Jan,<br>Anfang Aug;<br>beim zuständigen Gesundheitsamt | gilt nur für Physiotherapeuten;<br>geregelt in Richtline: *www.soziales.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=119&article_id=287&_psmand=2* |
| keine Angaben | 130 Euro bei Prüfg. nach Aktenlage; 300 € für mündl. und schriftl. Prüfung; 60 Euro Verwaltungsgebühr; 130 Euro für Prüfungsbeisitzer | keine Angaben | gilt nur für Physiotherapeuten;<br>Voraussetzung: mindest. 4 Jahre Berufserfahrung,<br>30. Std. die Woche;<br>Informationen unter: *www.duesseldorf.de/gesundheitsamt/fachpublikum_fortbildungen/hp_physiotherapie.shtml* |
| 3. Mittwoch / März,<br>2. Mittwoch / Oktober | 306,78 € | 31.12. des Vorjahres,<br>30.6. des Jahres | gilt nur für Physiotherapeuten |
| k.A. | k.A. | k.A. | Therapeuten sollen sich an das Ministerium wenden:<br>*www.saarland.de/ministerium_soziales_gesundheit_frauen_familie.htm* |
| 3. Mittwoch / März,<br>2. Mittwoch / Oktober | 230–410 € | beim zuständigen Ordnungsamt | Richtline: *www.revosax.sachsen.de/Details.do?sid=7761114754918&jlink=romXIII&jabs=15* |
| Frühjahr / Herbst | mind. 350 €<br>plus Verwaltungskosten | bei zuständiger unteren Verwaltungs behörde | gilt nur für Physiotherapeuten;<br>„Richtlinien für das Verfahren zur Erteilung einer Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz“ Ministerialblatt LSA Nr. 2/2012 vom 23.1.2012 |
| November | schriftl. 360 €<br>mdl. 60 € | jeweilige Kreisverwaltung | |
| März / Oktober | 180 € | k.A. | |

## Interview mit Andrea Rädlein vom Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.

# „HP-Antrags-Tourismus“ vermeiden

**Seit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts im Jahr 2009 dürfen Heilmittelerbringer eine beschränkte Heilpraktikererlaubnis bei den zuständigen Gesundheitsämtern beantragen. Doch wie man zu dieser Erlaubnis gelangt, ist in jedem Bundesland unterschiedlich. Andrea Rädlein vom Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V. erklärt im Gespräch mit Katrin Schwabe-Fleitmann, wie Therapeuten mit möglichst wenig Aufwand an den sektoralen Heilpraktiker kommen.**

*? Frau Rädlein, in einigen Bundesländern ist es möglicherweise einfacher, die Erlaubnis zum sektoralen Heilpraktiker zu erhalten als in anderen. Könnte da nicht zum Beispiel ein Münchner Therapeut einfach nach NRW fahren und dort den Antrag stellen?*

*Andrea Rädlein vom Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.*

Nein, das geht nicht. Über die Heilpraktikerzulassung entscheidet das örtlich zuständige Gesundheitsamt. Örtlich zuständig ist das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk der Antragsteller entweder wohnt oder als HP arbeiten wird. Letzteres kann der Sitz einer bestehenden Praxis, aber auch der Sitz einer neuen Praxis sein, sofern die Planung zur Eröffnung der Praxis schon nachweisbar konkretisiert ist. Die Behörden wollen damit einen HP-Antrags-Tourismus vermeiden, der sich an Gesundheitsämtern orientiert, die das Prüfungsverfahren liberal handhaben.

*? In einigen Bundesländern wird nach Aktenlage geprüft, in anderen müssen sich Therapeuten einer mündlichen und oder schriftlichen Prüfung unterziehen. Muss ein Gesundheitsamt überhaupt eine Prüfung nach Aktenlage vornehmen oder nicht?*

Hierzu ist das Gesundheitsamt zwar nach der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts vom 26.8.2009 verpflichtet. Gerade in Baden-Württemberg und Bayern ist aber die Bereitschaft, entsprechend zu verfahren, offensichtlich nur gering.

*? Was kann man dagegen tun?*

Hiergegen kann man rechtlich nur in jedem Einzelfall vorgehen. Wir drängen aber bei der Landespolitik auf Änderung dieses insoweit klar rechtswidrigen Verfahrens.

*? Manche Gesundheitsämter fordern einen vorbereitenden Kurs von teilweise 40 oder auch 60 Unterrichtsstunden. Die Kosten für die Kurse unterscheiden sich je nach Anbietern. Können Therapeuten denn frei wählen, wo sie diesen Kurs absolvieren, auch außerhalb ihres Bundeslandes?*

In Bundesländern, die wie NRW klare Vorgaben verabschiedet haben, ist die entscheidende Frage nicht, wo der HP-Kurs absolviert wurde, sondern nur, mit welchem Inhalt. Entspricht der Inhalt der Fortbildung den Vorgaben des Landes, so ist alles andere unerheblich. Hier sollte man sich allerdings vorher nochmals informieren. Wenn keine Prüfung nach Aktenlage erfolgt, der Bewerber sich also in jedem Fall einer mündlichen und/oder schriftlichen Prüfung stellen muss, ist es grundsätzlich egal, ob und ggf. wo er einen HP-Kurs absolviert hat.

*? Was passiert, wenn ein in NRW anerkannter HP nach Baden-Württemberg verzieht? Darf er dort weiter praktizieren?*

Diese Frage zu bejahen. Denn die Feststellung, dass ein Antragsteller keine Gefahr für die Volksgesundheit im Sinne des Heilpraktikergesetzes ist, kann im Geltungsbereich des Heilpraktikergesetzes nur einheitlich beantwortet werden. Hat ein Gesundheitsamt diese Frage im Sinne des Antragstellers entschieden, so kann er aufgrund dessen auch in einem anderen Bundesland tätig werden, wenn die sonstigen Voraussetzungen für die Tätigkeit als sektoraler Heilpraktiker erfüllt sind (z.B. Meldung bei der zuständigen Gesundheitsbehörde).

*? Vielen Dank für das Gespräch.*

## Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht Broschüre

# Minenfeld Kooperation – ab wann droht Ärger?

**Vor dem Hintergrund der jüngsten Auseinandersetzungen über die Bestechlichkeit von Medizinern hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Broschüre „Die Grenzen der Kooperation" herausgegeben. Sie zeigt damit auch, von welchen Vereinbarungen Therapeuten die Finger lassen sollten.**

„Eine enge Kooperation von niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Physiotherapeuten oder Apothekern ist nicht nur wünschenswert. In vielen Fällen ist sie für den Behandlungserfolg unerlässlich. Doch wie weit darf diese Zusammenarbeit gehen, um nicht in den Verdacht der Korruption zu geraten? Dafür gibt es klare Regeln", heißt es in der Broschüre. „So ist es Vertragsärzten untersagt, für die Zuweisung von Patienten oder die Verordnung von Arznei- oder Heilmitteln Geld zu verlangen. Bei einem Verstoß drohen Sanktionen. Diese reichen von einer Verwarnung bis zum Entzug der Zulassung. In schweren Betrugsfällen kann nach dem Strafgesetzbuch auch eine mehrjährige Freiheitsstrafe die Folge sein." Und – klar – im Zweifel hängen auch beteiligte Therapeuten mit im Netz der Strafbarkeit. So ist es wichtig zu wissen, was ein Mediziner noch darf und was nicht.

Prinzipiell soll sich ein Arzt in Kooperation mit Therapeuten an drei Grundsätze halten: Leistung und Gegenleistung sollen in einem „angemessenen Verhältnis" stehen. „Dies soll gewährleisten, dass es sich bei Zahlungen (...) an Ärzte ausschließlich um das Entgelt für die Erfüllung von Verträgen handelt, die allein ärztliche Leistungen zum Inhalt haben und nicht die Verordnungs- oder Therapieentscheidung beeinflussen. Die ärztliche Leistung muss von der Zuwendung getrennt sein. Zuwendungen an Ärzte dürfen nicht in Abhängigkeit vom Kauf von Waren, Verordnungs- oder Therapieverhalten erfolgen. Medizinische ärztliche Leistungen, Verordnungen und Therapien sollen unter allen Umständen unabhängig sein. Kooperationsvereinbarungen sollten schriftlich fixiert werden.

Dr. Karsten Scholz, Justiziar der Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN), präzisiert für die Arzt-Therapeuten-Kooperationen vier Punkte:

1) „Eine unerlaubte Kooperation betrifft die Beteiligung etwa eines Arztes an den Einnahmen eines Physiotherapeuten, nachdem der Arzt den Therapeuten direkt empfohlen hat." Hier greift der neue Paragraf 73, Absatz 7 des Sozialgesetzbuches V. Darin heißt es, Vertragsärzte dürfen sich für die Zuweisung von Versicherten kein Entgelt oder sonstige wirtschaftlichen Vorteile versprechen oder gewähren lassen oder selbst versprechen oder gewähren. So ist es in Niedersachsen vorgekommen, dass ein Orthopäde die Fitnesseinrichtungen eines benachbarten Physiotherapeuten gegen Honorarbeteiligung direkt empfohlen hatte. „Der Arzt hatte dann fünf Prozent des Physiotherapeuten-Honorars eingestrichen", sagt Scholz.

Mit Kooperationen darf zwar Geld verdient werden. Aber Ärzte dürfen ihren Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen", heißt es in der KBV-Broschüre.

2) Auch so genannte „stille Gesellschaften" sind verboten. Darin schließen die Partner eine „stille Beteiligung" und vereinbaren etwa unter der Hand Zuwendungen, wenn ein Arzt entsprechend Patienten überweist. „Diese Variante kommt öfter im Hilfsmittelbereich vor", erklärt Scholz, „zum Beispiel lassen sich Ärzte dafür bezahlen, wenn sie bestimmte Schuheinlagen vermitteln." Solche Vereinbarungen sind durch Paragraf 128, SGB V verboten. Der Paragraf verbietet „unentgeltliche oder verbilligte Überlassung von Geräten und Materialien und Durchführung von Schulungsmaßnahmen, die Gestellung von Räumlichkeiten oder Personal oder die Beteiligung an den Kosten hierfür sowie Einkünfte aus Beteiligungen an Unternehmen von Leistungserbringern, die Vertragsärzte durch ihr Verordnungs- oder Zuweisungsverhalten selbst maßgeblich beeinflussen."

3) Auch bei so genannten Teilberufsausübungsgemeinschaften, in der zum Beispiel Orthopäden und Physiotherapeuten im Sinne einer Versorgungskette zusammenarbeiten, ist Vorsicht geboten. „Hier darf die Gewinnverteilung nicht zum Nachteil etwa der Therapeuten erfolgen", sagt Scholz. „Die gemeinsame Berufsausübung bezogen auf einzelne Leistungen ist zulässig, sofern diese nicht einer Umgehung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt oder sonstigen wirtschaftlichen Vorteile dient. Das sieht der Paragraf 33 Absatz 2 Satz 3 der Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) vor", heißt es in dem KBV-Heft. So wäre es illegal, wenn Arzt und Physiotherapeuten vereinbaren, dass der Physiotherapeut ab einer bestimmten Zahl von überwiesenen Patienten nicht mehr das ganze Honorar erhält, sondern einen Abschlag an den überweisenden Arzt bezahlt.

4) Schließlich mahnt Scholz zur Umsicht bei der Werbung für die eigene Praxis. „Therapeuten dürfen eine Arztpraxis nicht als Plattform für ihre Werbung nutzen", erklärt der ÄKN-Justiziar. „Wenn ein Patient den Arzt fragt, darf der Arzt Auskunft geben etwa über eine bestimmte Podologen-Praxis, er darf auch eine Auswahl nennen, aber keine Praxis direkt empfehlen." *(ben)*

**Service:**
**Die Broschüre steht zum Download bereit unter www.kbv.de.**

## Heilmittelrichtgrößen 2013

# Viele KVen bleiben stabil

**Für viele der KVen liegen inzwischen Heilmittelrichtgrößen und Praxisbesonderheiten vor, die Ärzte davor schützen, in einen Verordnungsregress genommen zu werden. Nachdem wir schon in der Januarausgabe von up über die ersten Richtgrößenvereinbarungen berichten, zeigen wir hier einen Überblick aller KVen, die bis zum 22. Januar 2013 ihre Daten veröffentlicht haben.**

### Erneut geringere Richtgrößen für Baden-Württemberg

**In Baden-Württemberg sinken für einige Facharztgruppen die Heilmittel-Richtgrößen um bis zu 15 Prozent. Das Heilmittelausgabenvolumen soll zudem in 2013 um rund 16 Millionen Euro schrumpfen! Das ist das Ergebnis der rechtzeitig zum Jahresbeginn 2013 veröffentlichten Vereinbarungen zwischen der KV und den Krankenkassen in Baden-Württemberg.**

Kein guter Start in das neue Verordnungsjahr 2013 sind die Heilmittel- und die Richtgrößenvereinbarung für Baden-Württemberg. Denn im Ergebnis sinkt das Ausgabenvolumen für Heilmittel. Die Patienten in Ba-Wü dürften damit erneut mit weniger Heilmitteln als im Vorjahr rechnen können.

Bei der Berechnung der Richtgrößen gibt es in Baden-Württemberg nur ein Richtung: Nach unten! Neurochirurgen, Neurologen und Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie müssen Abschläge von 15 Prozent auf ihre Richtgrößen verkraften. Bei Hausärzten/Allgemeinmedizinern, Internisten und Orthopäden gilt es bei Allgemeinversicherten (AV) –10 Prozent und bei Rentnern (RV) sind ebenfalls –15 Prozent zu berücksichtigen. Fachärzte für Rehabilitation und Psychiater kommen mit –5 Prozent (AV) und –10 Prozent (RV) vergleichsweise glimpflich davon, Chirurgen verbuchen allgemein –10 Prozent auf die Richtgrößen. Nur die Kinderärzte wurden mit plus-minus-Null Veränderung von der allgemeinen Kürzungswelle verschont.

Gleichzeitig wurde der Katalog der speziellen Praxisbesonderheiten für Baden-Württemberg ausgesetzt und durch die bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten ersetzt.

**Ganz konkret:** Wichtig ist es in Ba-Wü jetzt, die Ärzte über die neuen bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten zu informieren und sicherzustellen, dass die Verordnungsformulare mit den entsprechenden ICD-Schlüsseln beschriftet werden. Außerdem sollten sich Ärzte und Therapeuten über die neuen Möglichkeiten der Langfristgenehmigung abstimmen. Dann kann auch in diesem Bereich extrabudgetär verordnet werden. Leider kennen und nutzen viele Ärzte diese Möglichkeiten noch nicht, um Verordnungen aus dem Budget herauszunehmen.

### Minus 15 Prozent in Bremen

**In Bremen haben die Ärzte schon immer „besonders" verordnet: Seit 2006 haben sie es geschafft, die vereinbarten Heilmittelausgaben zum Teil deutlich zu unterschreiten. Insofern sollte die jetzt veröffentlichte Richtgrößenvereinbarung 2013, die eine Absenkung der Richtgrößen um 15 Prozent für alle Facharztgruppen vorsieht, keine gravierenden negativen Auswirkungen auf das Verordnungsverhalten der Ärzte haben.**

„Die Richtgrößen für die Verordnung von Heilmitteln werden gegenüber dem Jahr 2012 um 15 % für alle Fachgruppen abgesenkt. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass jetzt viele Verordnungen als Praxisbesonderheit gelten oder als langfristiger Heilmittelbedarf (§ 32 Abs. 1a SGB V). Damit werden die individuellen Budgets real entlastet, " so die KV Bremen in einer Pressemitteilung an ihre Ärzte. Hoffentlich sehen die das auch genauso.

**Ganz konkret:** Die Bremer Therapeuten können ihre Ärzte dabei unterstützen, die Praxisbesonderheiten und den langfristigen Therapiebedarf zu identifizieren und zu markieren, damit die entsprechenden Verordnungen aus dem Budget herausgerechnet werden. So könnte es vielleicht gelingen, den Rückgang der Richtgrößen zu kompensieren.

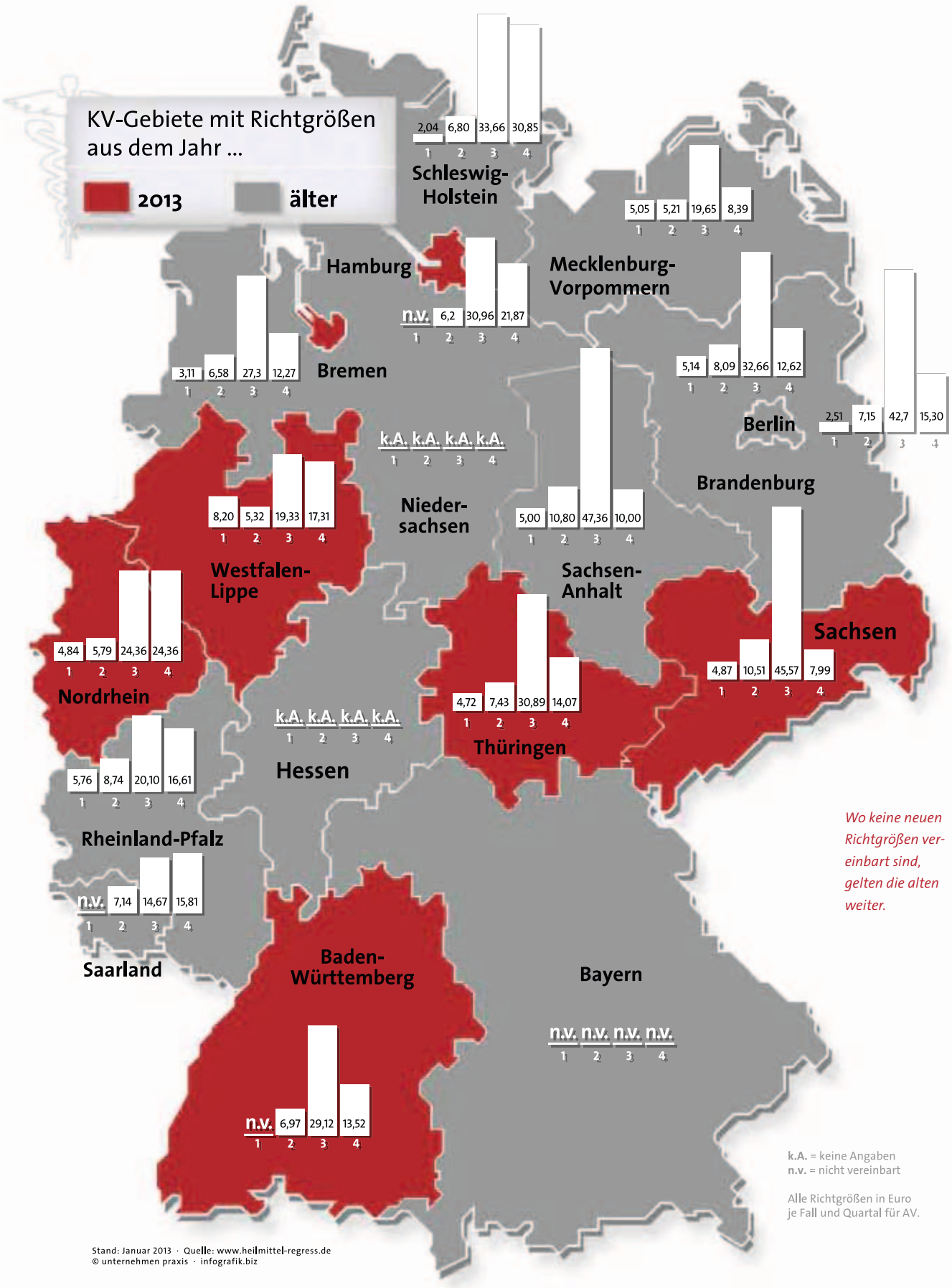
### Sachsen mit leichtem Zuwachs

Die Richtgrößenvereinbarung für den Bereich der KV Sachsen sieht für die meisten Facharztgruppen deutlichen Zuwachs vor. Zusätzlich werden die wenigen bisherigen Vorab-Praxisbesonderheiten durch die deutlich besseren bundesweiten Regelungen zum Thema extrabudgetäres Verordnen abgelöst.

Die Wachstumsgewinner in Sachsen sind die HNO-Ärzte, die Neurologen und Orthopäden. Jeweils um die 3 Prozent herum wachsen die Richtgrößen dieser Facharztgruppen in Sachsen. Den geringsten Zuwachs verbuchen die Allgemeinmediziner mit einem Zuwachs von lediglich 0,7 Prozent. Einzig die Psychiater müssen sich mit einer Nullrunde zufrieden geben.

Die bisherigen Vorab-Praxisbesonderheiten in Sachsen werden ab sofort ersetzt durch die bundesweit geltenden Regelungen zum Thema Praxisbesonderheiten und langfristigem Heilmittelbedarf. Vermutlich bedarf es noch einiger Aufklärung der verordnenden Ärzte durch die Therapeuten bevor alle Ärzte die Möglichkeiten zur besseren Versorgung ihrer Patienten nutzen, die sich durch die neuen Regelungen eröffnen.

>>>




| RG HNO-Arzt | RG Allgemeinmed. | RG Orthopäde | RG Kinderarzt |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |

## Stabilität in Thüringen

**Die Richtgrößen für Heilmittel aus dem Vorjahr gelten für den Bereich der KV Thüringen unverändert auch in 2013 fort. Das wurde zwischen KV und Kassen in Thüringen in der Richtgrößenvereinbarung 2013 festgelegt. Alle regionalen Vorab-Praxisbesonderheiten wurden abgeschafft und durch die bundeseinheitliche Regelung ersetzt.**

In Thüringen galten bisher eine Reihe von Vorab-Praxisbesonderheiten, die nun durch die bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten und den langfristigen Heilmittelbedarf ersetzt wurden. Damit sollten mehr Heilmittel als bisher extrabudgetär verordnet werden können. Da die Richtgrößen aus dem Vorjahr ohne Veränderungen fortgeschrieben wurden, bedeutet dies für die verordnenden Ärzte mehr Möglichkeiten bei der Verordnung von Heilmitteln, ohne sich der Gefahr eines Regresses aussetzen zu müssen.

Wichtig dabei ist, dass verordnende Ärzte und Therapeuten gemeinsam darauf achten, dass die betreffenden Verordnungen mit dem richtigen ICD-10-Schlüssel markiert werden, damit die Prüfungseinrichtungen die Verordnung sofort als Praxisbesonderheit abziehen.

## Westfalen-Lippe hält Richtgrößen stabil

**350 Millionen Euro können die Ärzte in Westfalen-Lippe in 2013 an Heilmitteln verordnen. Das ist deutlich mehr als im Vorjahr. Die Richtgrößen der einzelnen Facharztgruppen bleiben gleich, dafür greifen die bundesweiten Praxisbesonderheiten und der langfristige Heilmittelbedarf. Die Zeichen in Westfalen-Lippe deuten auf einen Anstieg der Heilmittelverordnung hin.**

In Westfalen-Lippe sind die Heilmittelrichtgrößen ausgesprochen realistisch kalkuliert worden. Dazu heißt es in einer Protokollnotiz der Richtgrößenvereinbarung 2013: „Für die Festlegung der Heilmittel-Richtgrößen 2013 lagen den Vertragspartnern keine validen Daten zur exakten Quantifizierung der Auswirkungen der erst im November 2012 abgeschlossenen Vereinbarungen zu bundesweiten Praxisbesonderheiten und zur Genehmigung von Langfrist-VO auf Bundesebene vor.“ So viel Selbsterkenntnis führte zu dem durchaus nachvollziehbaren „Einfrieren“ der Richtgrößen auf dem Vorjahresniveau.

Berücksichtigt man, dass es in der Vergangenheit in Westfalen-Lippe nicht besonders viele Vorab-Praxisbesonderheiten gab, sollte es durch die bundesweit vereinbarten Praxisbesonderheiten zu einer deutlichen Entlastung der Verordnungssituation in Westfalen-Lippe kommen. Im Prinzip könnten Ärzte in Westfalen-Lippe jetzt vermutlich deutlich mehr (mind. +15 Prozent) Heilmittel verordnen, ohne dafür einen Regress befürchten zu müssen.

## 9 % mehr Heilmittel für Nordrhein

**Die KV Nordrhein hat wieder mal als erste KV ihre Heilmittel- und Richtgrößenvereinbarung mit den Kassen vereinbart. 40 Millionen Euro mehr als im Vorjahr können Ärzte im Gebiet der KV Nordrhein für Heilmittel in 2013 verschreiben. Die neue Heilmittelvereinbarung zwischen KV und den Kassen sieht für das nächste Jahr ein Heilmittelausgabenvolumen von insgesamt 485 Millionen Euro vor. Das entspricht einer Steigerung von rund neun Prozent. Die Richtgrößen aller Facharztgruppen liegen zudem künftig höher.**

Die KV Nordrhein ist oft Vorreiter beim Umsetzen von rechtlichen Veränderungen. Hier wurde schon 2006 die erste Liste mit Praxisbesonderheiten für den Heilmittelbereich verabschiedet, die für viele andere KVen als Vorbild diente und es Ärzten ermöglichte, ohne Regressdruck Patienten mit den medizinisch notwendigen Heilmitteln zu versorgen. Und auch jetzt ist die KV Nordrhein wieder ganz vorn dabei: Für den Bereich Nordrhein wurden die bisher gültigen Praxisbesonderheiten abgeschafft und durch die bundeseinheitlichen Praxisbesonderheiten ersetzt, verbunden mit der Nachricht an alle Ärzte im Bereich der KV Nordrhein, dass damit der Verordnungsspielraum erweitert worden sei.

Alle Facharztgruppen haben mit den neuen Heilmittel- und Richtgrößenvereinbarungen gewonnen und legen zu, allerdings mit erheblichen Unterschieden. Größter Zuwachs ist bei den Orthopäden zu verzeichnen, deren Richtgrößen bei Allgemeinversicherten um 11,3 % angewachsen ist. Verlierer sind die HNO-Ärzte, die mit nur 1,89 % (AV) und 0,75 % (RV) das Schlusslicht bilden. Kinderärzte legen lediglich um knapp über 3 % dazu, hausärztliche Internisten um 4,7 % (AV) bzw. 7,1 % (RV). Fachärztliche Internisten und Allgemeinmediziner freuen sich über eine Zuwachs von 4,7 % (AV) und 7,1 % (RV).

Man darf gespannt sein, wie sich die Umstellung der Vorab-Praxisbesonderheiten von regionaler Vereinbarung auf die bundeseinheitlichen Indikationen auf das Regress-Risiko der jeweiligen Facharztgruppen auswirkt. Aber im Bereich der KV-Nordrhein reagiert die KV meistens sehr schnell auf Regress-Probleme, so dass es keine Anlass für die niedergelassenen Ärzte gibt, ihr Verordnungsverhalten zu ändern. *(bu)*

## GKV-HIS Daten zum 3. Quartal 2012 veröffentlicht

# Absolutes Spitzenquartal!

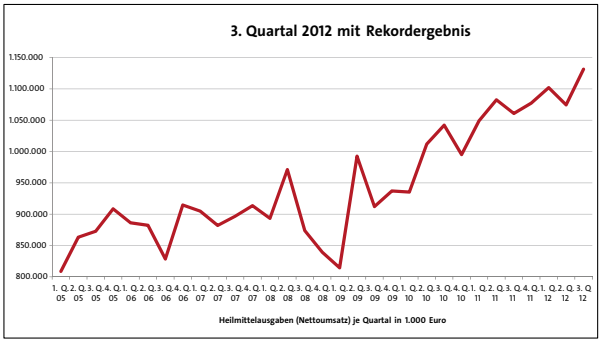
**Mehr Heilmittelumsatz in einem Quartal hat es noch nie gegeben: 1,25 Milliarden Euro nahmen Heilmittelpraxen im dritten Quartal 2012 ein, so viel wie nie zuvor. Allerdings sind die Zuwächse regional sehr unterschiedlich. In Hessen ist sogar ein Rückgang des Heilmittelumsatzes zu verzeichnen.**

Insgesamt konnten die Heilmittelerbringer in den ersten drei Quartalen 2012 einen Umsatzzuwachs um 3,67 Prozent verzeichnen. Das entspricht einem Betrag von rund 130 Millionen Euro, die zu Lasten der GKV von den Ärzten verordnet wurden. Legt man die Heilmittelausgaben je 1.000 Versicherte zugrunde, erhöht sich der Zuwachs im Bundesdurchschnitt sogar auf 3,91 Prozent. Nur in Hessen haben die Ärzte verhalten verordnet und den Patienten 1,44 Prozent weniger Heilmittel zukommen lassen als im Vorjahreszeitraum.

Der Umsatz mit Ergotherapie ist in den meisten Bundesländern überdurchschnittlich gestiegen. Die Zuwächse sind deutlich höher als die gesamten Heilmittelumsätze. Allerdings gibt es einige Länder, in denen die Zuwächse unterdurchschnittlich sind: Brandenburg (+0,1 %), Saarland (+2,1 %), Sachsen (+1,0 %) und Schleswig-Holstein (+2,9 %). In Hessen ist mit einem Rückgang von –2,4 % sogar ein negativer Rekord für die Entwicklung der Ergotherapie-Umsätze zu beobachten.

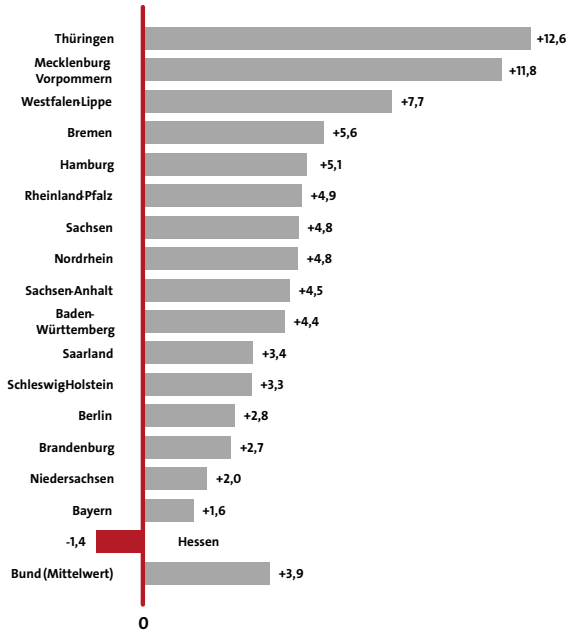
Auch wenn die Logopädie-Umsätze unter dem Bundesdurchschnitt liegen, gab es in der Mehrheit der Bundesländer leicht überdurchschnittliche Umsatzzuwächse. Auffallend sind hier die Regionen, in denen das Wachstum unterdurchschnittlich ist: Nordrhein (+1,9 %), Rheinland-Pfalz (+4,0 %), Sachsen (+3,5 %), Thüringen (+6,3 %) und Westfalen-Lippe (+4,1 %). In Baden-Württemberg beträgt der Rückgang des Logopädie-Umsatzes immerhin –1,8 %!

Der Physiotherapie-Umsatz wächst im Bundesschnitt um 4,9 %. Allerdings bleiben die Zuwächse in den einzelnen Bundesländern leicht hinter der allgemeinen Heilmittel-Umsatzentwicklung zurück. Nur in Baden-Württemberg (+4,6 %) und Sachsen-Anhalt (+4,8 %) sind überdurchschnittliche Zuwächse zu verzeichnen. *(bu)*




**Umsatzentwicklung uneinheitlich**

**Veränderung der Heilmittelausgaben bis zum 3. Quartal 2012 in Prozent**




Quelle: GKV-HIS – Stand: 4.1.2013 – Veränderungen der Heilmittelumsätze je 1.000 Versicherte
© Buchner & Partner GmbH – Schwentinental

**Service:** Die aktuellen GKV-HIS Daten sind im Internet unter *www.gkv-his.de* zum Download bereit oder Sie fordern die Dateien kostenlos bei der *up-premium plus*-Hotline ab.

## kurz & knapp

**Basiszinssatz sinkt auf –0,13 Prozent +++** Zum 1. Januar 2013 ist der Basiszinssatz auf –0,13 Prozent gesunken. Damit ändern sich die Grundlagen zur Berechnung der Verzugszinsen. Praxisinhaber können unter Einhaltung bestimmter Formalien Verzugszinsen bei säumigen Zahlern, z.B. auch bei Krankenkassen geltend machen.

Der Basiszinssatz des Bürgerlichen Gesetzbuches dient als Grundlage für die Berechnung von Verzugszinsen, gem. § 288 Absatz 1 Satz 2 BGB. Er verändert sich zum 1. Januar und 1. Juli eines jeden Jahres um die Prozentpunkte, um welche seine Bezugsgröße seit der letzten Veränderung des Basiszinssatzes gestiegen oder gefallen ist.

Das bedeutet, dass sich bei säumigen Privatpatienten der aktuelle Zinssatz aus dem Basiszinssatz in Höhe von –0,13 + 5 = 4,87 Prozent zusammensetzt. Bei Rechtsgeschäften, an denen ein Verbraucher nicht beteiligt ist (z.B. Krankenkassen oder eine Firma) beträgt der Verzugszins –0,13 + 8 = 7,87 Prozent.

Die Einhaltung gewisser Formalien vorausgesetzt, können Praxisinhaber bei Patienten, Firmen und Krankenkassen, die mit ihrer Zahlung in Verzug sind, die oben angegebenen Verzugszinsen geltend machen. *(ko)*

## Bundesregierung äußert sich klar

# Keine Abschaffung der Zuzahlung

**Nach der Abschaffung der Praxisgebühr, fordert die Fraktion DIE LINKE nun die Bundesregierung in einer kleinen Anfrage auf, auch alle anderen Zuzahlungen für gesetzlich Krankenversicherte abzuschaffen. Dazu zählen auch die Zuzahlungen für Heilmittelbehandlungen. Die Bundesregierung sieht allerdings keine Notwendigkeit, zukünftig Zuzahlungen abzuschaffen.**

„Zuzahlungen belasten [...] die Versicherten zugunsten der Arbeitgeber, sie entlasten die Gesunden auf Kosten der Kranken, sie verursachen [...] vermeidbares menschliches Leid und unnötige Kosten und [...] sie bringen einen beträchtlichen Verwaltungsaufwand für Versicherte, Kassen und Leistungserbringer mit sich", begründen die Abgeordneten der Linken ihre Forderung nach Abschaffung von Zuzahlungen. Man könne die bestehenden Zuzahlungen als Verhinderungsinstrument für therapietreues Verhalten bezeichnen, betonen sie in ihrer kleinen Anfrage an die Bundesregierung.

Das sieht die Bundesregierung allerdings anders. Zuzahlungen würden dazu beitragen, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und das Bewusstsein für die Kosten der medizinischen Versorgung zu schärfen, so die Antwort die Regierung. Zudem hätten Zuzahlungen eine „zum Teil nachweisbare Steuerungswirkung" und sollten durch ihren Finanzierungsbeitrag zum Schutz der Solidargemeinschaft vor Überforderung das Bewusstsein für die Kosten medizinischer Leistungen und die Eigenverantwortung der Versicherten stärken.

Die Kosten seien kein Argument, finden dagegen die Linken. Der Finanzierungsbeitrag der Zuzahlungen sei recht überschaubar, ein Wegfall wäre auch mit Beiträgen gegenfinanzierbar. Vielmehr müsse man sich die Frage stellen, warum die Bundesregierung sich nicht alternativ für die Abschaffung anderer Zuzahlungen entschieden habe, erforderten doch beispielsweise Zuzahlungen bei Heilmittelerbringern unter anderem wegen der ungeraden Beträge oft einen noch größeren bürokratischen Aufwand als die Zahlung von glatten 10 Euro in der Arztpraxis.

Die Antwort der Bundesregierung ist ausweichend: „Im Unterschied zu den Zuzahlungen für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel oder Krankenhausbehandlungen, die an der Inanspruchnahme spezifischer Leistungen anknüpfen, handelt es sich bei der Praxisgebühr um eine Zuzahlung, die pauschal ohne Bezug zu Menge und Preis der Leistungen zu zahlen ist. Daher wurde sie von den Versicherten nicht als sinnvoll angesehen und hat auch ihren eigentlichen Zweck, die hohe Zahl von Arztbesuchen zu reduzieren, nicht erfüllt." *(ko)*

# Milliarden-Überschuss bei der Sozialversicherung

**In den ersten neun Monaten des Jahres 2012 hat die Sozialversicherung einen Überschuss von 5,9 Milliarden Euro erzielt, fast genauso viel wie im Vorjahreszeitraum (6 Milliarden Euro). Das meldete das Statistische Bundesamt in Wiesbaden.**

Die Einnahmen aus Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung sowie der Bundesagentur für Arbeit summierten sich auf knapp 393 Milliarden Euro – dies entspricht einem Plus von 1,8 Prozent. Als Grund nannte das Statistische Bundesamt vor allem den beständigen Anstieg der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Die Ausgaben stiegen um 1,9 Prozent auf knapp 387 Milliarden Euro.

Besonders hoch fiel der Überschuss der gesetzlichen Krankenversicherung aus: Gegenüber 2011 steigerten sich ihre Einnahmen um 2,3 Prozent auf 143 Milliarden Euro. Die Ausgaben stiegen jedoch um 3,3 Prozent auf knapp 139 Milliarden Euro. Daraus ergab sich im ersten bis dritten Quartal 2012 ein Überschuss von vier Milliarden Euro, 2011 betrug er noch 5,3 Milliarden Euro.

Auch die Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit konnten ihre Rücklagen aufstocken: Mit 190,2 Milliarden Euro erzielte die Rentenversicherung eine Steigerung um 2,1 Prozent, die Ausgaben erhöhten sich um 1,6 Prozent auf knapp 189,9 Milliarden Euro. Der Überschuss sank damit von 500 Millionen Euro 2011 auf 400 Millionen Euro 2012. Die Bundesagentur für Arbeit erwirtschaftete einen Überschuss von 1,7 Milliarden Euro gegenüber 1,2 Milliarden Euro im Vorjahreszeitraum. Durch geringere Liquiditätshilfen vom Staat sanken zwar die Einnahmen um 3,7 Prozent auf gut 25 Milliarden, gleichzeitig aber verringerten sich aufgrund der guten Beschäftigungslage auch die Ausgaben um 5,8 Prozent auf knapp 24 Milliarden Euro. *(ks)*

# Betriebliche Gesundheitsförderung top – individuelle Kurse zur Gesundheitsprävention flop

**up-premium plus**

Den Präventionsbericht können ***up-premium plus*** Kunden kostenfrei bei der Hotline 0800-9477360 anfordern.

**Betriebliche Gesundheitsförderung zählt nach wie vor zu den häufigsten Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen im Jahr 2011. Individuelle Präventionskurse, wie zum Beispiel Rückenschule, nahmen dagegen ab. Die Ausgaben für Präventionsleistungen insgesamt sind im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Das ist das Ergebnis des Präventionsberichts von GKV-Spitzenverband und Medizinischem Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS). Für Praxischefs, die in den Bereich Prävention einsteigen wollen oder bereits Angebote durchführen, bietet der Bericht detaillierte Zahlen und Informationen über die aktuelle Marktlage.**

Rund 270 Mio. Euro gaben die Krankenkassen insgesamt im Jahr 2011 für Präventionsaktivitäten aus. Das sind im Durchschnitt 3,87 Euro pro gesetzlich Versichertem. Der gesetzliche Ausgaberichtwert für das Jahr 2011 lag bei 2,82 Euro pro Versichertem. Die Ausgaben sind im Vergleich zu den Vorjahren gesunken. So gaben die Krankenkassen 2009 noch 311 Mio. Euro für Prävention aus.

Ein Schwerpunkt der Präventionsaktivitäten der gesetzlichen Krankenkassen lag in 2011 (wie bereits in den Vorjahren) auf der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF): Rund 6.800 Betriebe und ca. 1,1 Mio. Arbeitnehmer wurden direkt oder indirekt angesprochen. Insgesamt gaben die Krankenkassen 2011 mehr als 42 Mio. Euro für die BGF aus. Zu den häufigsten Präventionsmaßnahmen am Arbeitsplatz zählten Maßnahmen zum Stressmanagement bzw. zur Stressbewältigung und Angebote zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung, sowie die Reduktion von körperlichen Belastungen. Dabei ist die Zahl der Beschäftigten über 50 Jahre, die an Maßnahmen zur Bewältigung psychischer Belastungen teilnahmen, seit 2007 um 157 Prozent gestiegen.

Bei den individuellen Kursen zur Bewegungsförderung, Ernährung und Stressbewältigung, die auch von Heilmittelerbringern angeboten werden, gab es im Vergleich zum Vorjahr einen Rückgang. Knapp 1,7 Mio. Versicherte nahmen an individuellen Angeboten zur Gesundheitsförderung teil, im Vorjahr waren es knapp zwei Mio. Dabei wurden am stärksten Kurse zu Bewegungsförderung nachgefragt. 73 Prozent der gesamten Kursteilnahmen beschränkt sich auf diesen Bereich. Vor allem Menschen zwischen 50 und 59 Jahren besuchten individuelle Bewegungs-Präventionskurse. Der Trend setzt sich auch bei den über 60-Jährigen fort. Versicherte im mittleren Erwachsenenalter zwischen 30 und 39 Jahren dagegen nahmen überwiegend an Kursen zur Stressbewältigung teil. Dies sei durch die generell höhere Stressbelastung dieser Gruppe aufgrund der Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu erklären, so die Autoren.

Frauen nahmen individuelle Kursangebote zur Bewegung deutlich öfter wahr (78 Prozent) als Männer (22 Prozent). Männer bräuchten eine andere Ansprache als Frauen und würden in der betrieblichen Gesundheitsprävention besser angesprochen. *(ko)*

**Konkret:** Therapeuten, die sich mit Prävention beschäftigen, erhalten mit dem Bericht ausführliche Informationen zur betrieblichen und individuellen Präventionsförderung. Fallbeispiele geben Anregungen für die eigene Praxis und detaillierte Statistiken lassen Trends erkennen, die sich zur Überprüfung des eigenen Angebots eignen.

## Neufassung der S3-Leitlinie „Schlaganfall“

# Erstmals Therapeuten an Update beteiligt

**Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat die Neufassung der S3-Leitlinie „Schlaganfall“ herausgegeben. Erstmals haben neben den ärztlichen Fachgesellschaften auch Vertreter therapeutischer Verbände an der Neufassung aktiv mitgearbeitet. Das Update ist in Kurz- und Langfassung unter *www.degam-leitlinien.de* kostenlos abrufbar.**

Im Juni 2010 waren erstmals Vertreter der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie zu der Konsensuskonferenz eingeladen. Daher konnten auch Aspekte hinsichtlich der Diagnostik und Therapie bei schlaganfallbedingten Schluck-, Sprach- und Sprechstörungen in der hausärztlichen Leitlinie berücksichtigt werden. Die Experten empfehlen, dass „Patienten mit schweren Kommunikationsstörungen nach logopädischer Befunderhebung auch kompensatorische Techniken erlernen und ggf. Hilfsmittel erhalten sollten, um eine bestmögliche Kommunikation und Teilhabe im Alltag zu erreichen“.

Bei jedem Schlaganfallpatienten sollte ferner ein Screening auf Dysphagie durch den Hausarzt oder spezifisch geschultes Personal erfolgen, so heißt es im Update weiter. Es hätte sich gezeigt, dass „durch eine intensivere Schluckt herapie (5 statt 3 Tage pro Woche) durch Logopäden signifikant mehr Patienten wieder ihre gewohnte Nahrung zu sich nehmen konnten“. Außerdem sollte bei jedem Schlaganfallpatienten mit länger bestehender Sprach- oder Sprechstörung ein Depressionsscreening durchgeführt werden.

Als Basistherapie zur Behandlung empfiehlt die Leitlinie die Physiotherapie mit dem Ziel, „erhaltene motorische Funktionen zu trainieren und Kontrakturen zu vermeiden“. Bei Verdacht auf Bestehen kognitiver Probleme sollten die Patienten gegebenenfalls von Ergotherapeuten und Neuropsychologen behandelt werden.

Die überarbeitete Leitlinie gibt darüber hinaus einen Überblick über wichtige Internetseiten zum Thema Schlaganfall, sowohl für Ärzte als auch für Patienten. Die vorliegende Leitlinie wurde 2006 veröffentlicht, bis Februar 2016 ist eine erneute Überarbeitung vorgesehen. *(ks)*

**Service:** Die DEGAM Leitlinie Nr. 8 „Schlaganfall“ finden Sie als Kurzfassung unter *http://leitlinien.degam.de/uploads/media/Kurzversion_Schlaganfall_final3.pdf* und als Langfassung unter *http://leitlinien.degam.de/uploads/media/Langfassung_Schlaganfall_final5.pdf*.

## Praxisverkauf

# Energieausweis ab 2013 Pflicht

**Ab 2013 ist die Vorlage eines gültigen Energieausweises Pflicht. Nach einer neuen gesetzlichen Regelung müssen auch Praxisinhaber bei Verkauf oder Vermietung einer Immobilie einen solchen Ausweis unaufgefordert vorzeigen. Doch nur jeder zehnte Käufer fühlt sich durch den Ausweis laut aktuellem Immobilienbarometer gut informiert.**

Der Energieausweis soll eine grobe Orientierung über den energietechnischen Zustand eines Objektes geben. Schon seit 2008 ist er für Hauseigentümer und Vermieter Pflicht, doch er musste nur auf Verlangen des Käufers oder Mieters vorgezeigt werden. Ab 2013 ist er für jede Immobilie verpflichtend, um den Heizenergieverbrauch einer Immobilie zu veranschaulichen.

Ausgestellt wird der Energiepass von Architekten, Bauingenieuren oder sonst bauvorlageberechtigten Personen, Handwerkern und Schornsteinfegern mit spezieller Zusatzausbildung. Die Kosten belaufen sich auf 50 bis 400 Euro. Grundsätzlich gibt es zwei Varianten des Ausweises, der für zehn Jahre gültig ist: Einerseits der Verbrauchsausweis, der auf dem Energieverbrauch der Bewohner in den zurückliegenden drei Jahren basiert und nach dem tatsächlichen Verbrauch berechnet, und andererseits der Bedarfsausweis, bei dem ein Fachmann die baulichen Bestandteile eines Gebäudes untersucht. *(ks)*

## Praxisauslastung optimieren

# So werden Termine in Ihrer Praxis besser eingehalten

**Immer wieder kommt es vor, dass Patienten zu vereinbarten Terminen nicht erscheinen. Daran ändert auch eine privat zu zahlende Ausfallgebühr wenig. Die Psychologie hat für dieses Problem eine gute Lösungsmöglichkeit und schlägt vor: Lassen Sie die Patienten selbst die Terminzettel ausfüllen!**

„Wer schreibt, der bleibt" lehrt eine alte Redensart – das scheint auch für Ziele, Vereinbarungen und andere Verpflichtungen zu gelten. Wenn Menschen selber etwas aufschreiben, halten sie sich offenbar eher an das, was sie aufgeschrieben haben – also auch an einen Termin beim Therapeuten. Psychologen haben dieses Verhalten in Studien untersucht.

Dazu wurden Studenten gebeten, sich freiwillig an einer Maßnahme zu beteiligen. Die Studenten teilte man in zwei Gruppen, die jeweils unterschiedliche Anweisungen bekamen. Gruppe Eins sollte ein Formular ausfüllen und so die Bereitschaft zur Teilnahme an der Maßnahme bekunden, während die Studenten der Gruppe Zwei bei einer Bereitschaft zur Teilnahme lediglich ein Formular abgeben mussten, ohne es auszufüllen.

Die Quote der Freiwilligen, die sich an der Maßnahme beteiligen wollten, war in beiden Gruppen ungefähr gleich groß. Aber die Anzahl der Studenten, die wirklich zum vereinbarten ersten Termin kamen, unterschied sich deutlich: Bei der Gruppe Zwei, die sich nur passiv durch das Abgeben des leeren Formulars für die Teilnahme entschieden hatte, erschienen 17 Prozent aller Freiwilligen zum ersten Termin. Ganz anders die Teilnehmer der Gruppe Eins. Diese hatten sich aktiv durch das Ausfüllen des Formulars für die Teilnahme entschieden. Hier kamen immerhin 49 Prozent aller Freiwilligen zum ersten Termin.

Der Trick mit dem Schreiben klappt auch im Einzelhandel: Kunden, die ein Finanzierungsangebot für einen Einkauf bekommen, kündigen den Finanzierungsvertrag viel seltener, wenn das Antragsformular von ihnen selbst ausgefüllt worden ist. Hat dagegen ein Mitarbeiter des Händlers das Formular ausgefüllt, ist die Kündigungsquote deutlich höher.

Der Psychologe Robert Cialdini erklärt in seinem Buch „Yes! Andere überzeugen – 50 wissenschaftlich gesicherte Geheimrezepte" die verbindlichere Wirkung der Schriftform: „Wir beurteilen uns selbst aufgrund der Verhaltensweisen, die wir an uns beobachten; dabei stützen wir uns in erster Linie auf tatsächlich ausgeführte Handlungen."

Bitten Sie also Ihre Patienten beim Vereinbaren von Terminen, sich die Termine selbst auf einem Terminkärtchen zu notieren. Dieser einfache Dreh kann ein wirksamer Schritt zu einer besseren Auslastung sein. *(bu)*

## Erfolgreiches Praxismarketing 2013

# Gutschein für *up*-Sonderheft „Marketing-Aktionen & -Strategien"

**Patienten und Kunden suchen nach Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden, die ihr Handwerk ausgezeichnet beherrschen. Sie suchen nach vertrauenswürdigen Personen, die Erfahrungen mit bestimmten Krankheitsbildern haben, die bekannt und erreichbar sind. Um gefunden zu werden, müssen sich Praxischefs daher „sichtbar" machen. Wie das geht, zeigen wir Ihnen in unserem *up*-Sonderheft „Erfolgreiches Praxismarketing 2013", das bereits alle *up-premium plus*-Kunden kostenlos erhalten haben.**

Sie erfahren in der Sonderausgabe ganz konkret, wie Sie Monat für Monat nutzen können, um mit kleinem Budget große Werbeerfolge zu feiern. Viele Beispiele aus der Praxis geben Ihnen Anregungen und Ideen für Ihre Marketingaktionen. Probieren Sie es aus!

Exklusiv für *up*-Abonennten, die keine *up-premium plus*-Kunden sind, haben wir einen Gutschein vorbereitet. Sie sparen 25 Prozent beim Kauf der *up*-Sonderausgabe: „Marketing-Aktionen & -Strategien".

Lösen Sie den Gutschein gleich ein und gehen Sie dazu auf *www.buchner-shop.de*. Geben Sie in das Feld „Suchen" ganz oben auf der Seite „up 01/13" ein und legen Sie dann die Sonderausgabe in den Warenkorb. Klicken Sie weiter auf den Button „zur Kasse" und geben Sie dann den Gutscheincode „upmarketing2013" ein. *(ko)*

## Der Abrechnungstipp:

# Medizinische Begründung

**Manchmal lässt sich die Behandlung eines Patienten mit der Gesamtverordnungsmenge nach Maßgabe des Heilmittelkataloges nicht abschließen. Für solche Fälle können Ärzte eine Verordnung außerhalb des Regelfalls ausstellen. „Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung" (§ 8 Abs. 1 Satz 2 HeilM-RL). Damit Verordnungen außerhalb des Regelfalls auch von Krankenkassen genehmigt werden, sollte die medizinische Begründung so eindeutig wie möglich sein und sich an den Voraussetzungen zur Verordnung im § 3 Abs. 2 orientieren. Eine gute medizinische Begründung schützt auch die Ärzte vor Regressen.**

### GRUNDREGELN

- Das Feld „medizinische Begründung bei Verordnung außerhalb des Regelfalls (ggf. Beiblatt)" muss vom verordnenden Arzt ausgefüllt sein, wenn nach Ausschöpfung des Regelfalls eine Weiterbehandlung medizinisch notwendig ist und somit weitere Verordnungen notwendig sind. (§ 8 Abs. 1 HeilM-RL)
- Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, die ganztägig in einer auf deren Förderung ausgerichteten Tageseinrichtung untergebracht sind, können dort ausnahmsweise ohne Verordnung eines Hausbesuches behandelt werden. „Voraussetzung ist, dass sich aus der ärztlichen Begründung eine besondere Schwere und Langfristigkeit der … Schädigung … ergibt." (§ 11 Abs. 2 HeilM-RL). Diese medizinische Begründung wird ebenfalls in oben genanntes Feld eingetragen.
- Handelt es sich bei einer Verordnung außerhalb des Regelfalls um eine Diagnose mit langfristigem Heilmittelbedarf, ist eine konkrete medizinische Begründung besonders von Bedeutung, um eine evtl. notwendige Genehmigung durch die Krankenkassen zu erhalten.
- Die Begründung sollte beinhalten: den festgestellten Therapiebedarf, die Therapiefähigkeit, die Therapieprognose und das Therapieziel (§ 8 Abs. 3 HeilM-RL).
- Eine ausführliche Begründung kann auch auf einem Beiblatt erfolgen. Der Arzt kann dazu Fremdbefunde hinzuziehen. Zu solchen Fremdbefunden zählen auch Befunde von Heilmittelerbringern (§ 26 Abs. 2, § 34 Abs. 2 und § 41 Abs. 2 HeilM-RL).

### SELBST KORRIGIEREN

- Grundsätzlich ist dieses Feld vom Arzt auszufüllen und kann nicht vom Therapeuten selbst korrigiert werden, da es sich um eine Erläuterung der Diagnose handelt.
- Die fehlende/falsche Begründung kann auch während der Therapie ergänzt/korrigiert werden, da sie keine inhaltliche/fachliche Bedeutung für die Art und Weise der Behandlung durch den Therapeuten hat, sondern es sich hier um eine Verwaltungsvorschrift handelt, die das Erstattungsverfahren betrifft.

### KORREKTUR DURCH ARZT/KRANKENKASSE

- Es ist möglich, dass der Arzt für die medizinische Begründung auch Fremdbefunde hinzuzieht (§ 26 Abs. 2, § 34 Abs. 2 und § 41 Abs. 2 HeilM-RL). Hat der behandelnde Therapeut einen entsprechenden Behandlungsbericht geschrieben, kann dieser direkt vom Arzt zur medizinischen Begründung genutzt werden.
- Verordnungen außerhalb des Regelfalls müssen bei einigen Krankenkassen zur Genehmigung vorgelegt werden. Die Therapie kann begonnen werden, sobald die Verordnung bei der Kasse zur Genehmigung vorliegt (§ 8 Abs. 4 HeilM-RL).
- Einige Krankenkassen ändern im Genehmigungsverfahren z.B. die Frequenzempfehlung des Arztes. Dafür gibt es zwar absolut keine Rechtgrundlage, wird aber trotzdem immer wieder von Verwaltungsmitarbeitern der GKV so gemacht. Darüber sollte man auf jeden Fall den verordnenden Arzt informieren, damit dieser unter Umständen dagegen vorgehen kann.

### IM RAHMENVERTRAG PRÜFEN

- Die Regeln zur „med. Begründung" sind verbindlich in der HeilM-RL festgelegt, deshalb ist eine Rahmenvertragsprüfung in diesem Punkt nicht notwendig. (§ 8 Abs. 3 HeilM-RL).

### BESONDERHEITEN

- BG Verordnungen: Auf dem Verordnungsformular für die gesetzliche Unfallversicherung, hat dieses Feld einen anderen Titel: „Begründung für eine Weiterverordnung nach einer Behandlungszeit von 4 Wochen". Laut Handlungsanleitung des Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung Verbandes (DGUV) muss aus der medizinischen Begründung hervorgehen, dass weiterhin „ein erkennbarer, messbarer Funktionsgewinn zur völligen oder weitestgehenden Wiederherstellung zu verzeichnen ist oder einer drohenden Verschlimmerung vorgebeugt werden kann." (Handlungsanleitung der DGUV Seite 5)

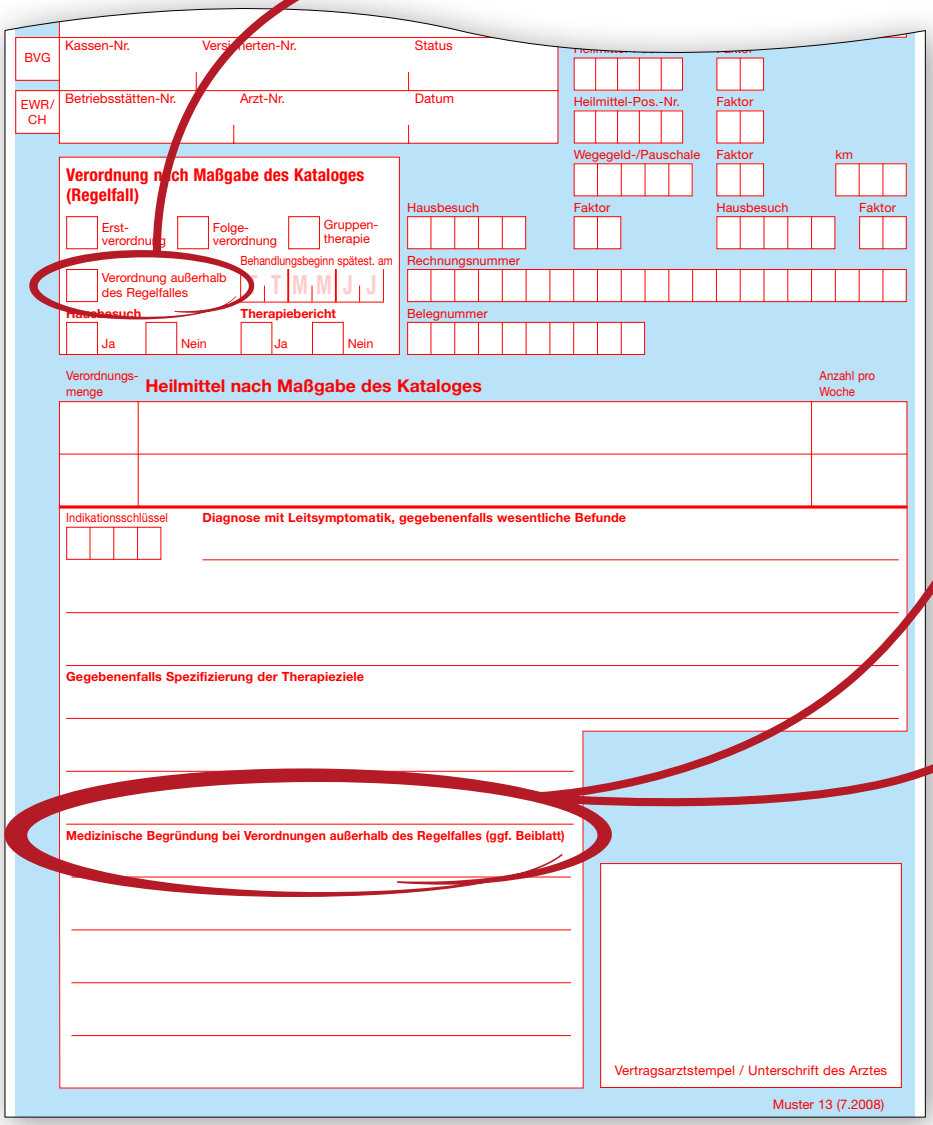
### ABRECHNUNGSSTRATEGIE

- Erfahrungsgemäß fällt es einigen Ärzten schwer, zu formulieren, warum eine Verordnung außerhalb des Regelfalls weiterhin medizinisch notwendig ist. Das ist auch den Ärzten klar, die dann im Zweifel

lieber nicht weiter verordnen, weil sie Angst davor haben, wegen einer „falschen“ Begründung in Regress genommen zu werden. Unterstützen Sie Ihre Ärzte beim Formulieren von medizinischen Begründungen durch entsprechende Befunde und Informationen über den Therapieverlauf.

- Es spricht nichts dagegen, dass Therapeuten die medizinische Begründung an den Arzt liefern. Der Arzt kann solche Begründungen dann entweder vollständig übernehmen, oder aber Ihren Therapiebericht als Anlage („Beiblatt“) der Verordnung beifügen.
- Ein gut strukturierter und spezifisch formulierter Therapiebericht (Fremdbefund, s. o.), den der Arzt als Beiblatt der Verordnung hinzufügen kann, kann sich an die Vorgaben der HeilM-RL anlehnen (§ 8 Abs. 3 HeilM-RL):
  - Therapiebedarf, (gem. § 3 Abs. 2 der HeilM-RL)
  - Therapiefähigkeit, (Motivationslage des. Pat.)
  - Therapieprognose, (Was wird im nächsten Schritt erreicht?)
  - Therapieziel (Was wird grundsätzlich erreicht? Konkretisierung des Therapiebedarfs)
- Auch in der Begutachtungsanleitung für Heilmittel des MDK wird explizit auf diese Kernkriterien hingewiesen (GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2012): Begutachtungsanleitung Heilmittel. Seite 24)
- Besonders für Anträge auf langfristige Genehmigung bei besonderer Schwere und Langfristigkeit einer Erkrankung ist eine solche, gut strukturierte und formulierte, medizinische Begründung wichtig. *(bu)*

**1** **Wenn an dieser Stelle ein Kreuz gesetzt ist, muss bei 2 eine Begründung stehen.**




**2** **Handelt es sich bei einer Verordnung außerhalb des Regelfalls um eine Diagnose mit langfristigem Heilmittelbedarf, ist eine konkrete medizinische Begründung besonders wichtig. Einige KVen empfehlen Verordnungen mit langfristigem Heilmittelbedarf ausdrücklich zu benennen.**

**3** **Für die Abrechnung des Therapeuten ist nicht der Inhalt relevant sondern die Form. Das Feld muss auf jeden Fall ausgefüllt sein.**

## Elektronik im Vormarsch

# Steueränderung für Praxischefs in 2013

**Mit dem Jahreswechsel ist eine Fülle von steuerlichen Gesetzesänderungen anzuwenden oder zumindest zur Anwendung vorzumerken. Wichtig für Praxisinhaber als Arbeitgeber sind insbesondere die neue elektronische Lohnsteuerkarte, die Änderungen bei den Minijobs und Verfahrensumstellungen bei der Abgabe von Steueranmeldungen.**

Einige schon im Dezember für sicher gehaltene Gesetzesänderungen lassen zwar aber immer noch auf sich warten, aber auch die nicht mehr umstrittenen Neuerungen haben es in sich und werden nahezu jeden Praxisinhaber betreffen.

*Ab 2013*

- ... gilt die elektronische Lohnsteuerkarte, die sog. „Elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmale“ (ELStAM);
- ... ist die elektronische Umsatzsteuervoranmeldung nur noch mit Elster-Zertifikat möglich. Da die Finanzverwaltungen Umsatzsteuervoranmeldungen nur elektronisch akzeptieren, müssen sich Selbständige im neuen Jahr auf *ElsterOnline* anmelden, wenn sie Umsatzsteuer abführen.

### Start der elektronischen Lohnsteuerkarte ELStaM

Mit der Einführung der elektronischen Lohnsteuerkarte wird die bisherige Lohnsteuerkarte ab dem Jahr 2013 durch ein elektronisches Verfahren ersetzt. Hierbei steht das Kürzel ELStaM für sog. „Elektronische LohnSteuerAbzugsMerkmale“. Damit gemeint sind die Angaben der bisherigen Vorderseite der Lohnsteuerkarte (Steuerklasse, Kinder, Freibeträge und Kirchensteuerabzugsmerkmale), die nun in einer Datenbank der Finanzverwaltung zum elektronischen Abruf für die Arbeitgeber bereitgestellt werden.

Der Termin für die erstmalige Anwendung der ELStAM ist grundsätzlich der 1.1.2013. Die Arbeitgeber konnten ihre Arbeitnehmer hierbei bereits ab dem 1.11.2012 anmelden und die ELStAM abrufen. Im Rahmen einer „Kulanzfrist“ wird Praxisinhabern aber ein selbst gewählter Einstiegszeitpunkt in das Verfahren im Laufe des Jahres 2013 ermöglicht. Die ELStAM müssen zumindest für einen im Jahr 2013 endenden Lohnzahlungszeitraum abgerufen und angewendet werden. Im Jahr 2013 werden also das bisherige Papierverfahren und das neue elektronische Verfahren nebeneinander Anwendung finden. Deshalb behält die Lohnsteuerkarte 2010 mit allen Eintragungen bis zur erstmaligen Anwendung der elektronischen Lohnsteuerabzugsmerkmale im Jahr 2013 ihre Gültigkeit.

**Wichtig:** Praxisinhaber dürfen die Lohnsteuerkarte des Jahres 2010 nicht wie bisher am Jahresende vernichten, sondern sind gehalten, sie bis zum Ende des Jahres 2014 aufbewahren. Im Falle der Beendigung des Arbeitsverhältnisses ist diese dem Arbeitnehmer wieder auszuhändigen. Die gleichen Grundsätze gelten auch für ausgestellte Ersatzbescheinigungen der Jahre 2011, 2012 und 2013.

Trotz der scheinbar einfachen Umstellung ergeben sich im Detail schnell Zweifelsfragen, so z. B. hinsichtlich der Auswirkungen eines Arbeitgeberwechsels oder dahingehend, wie im Fall der Einstellung eines Auszubildenden oder bei sog. Wiedereinsteigern (z.B. nach Elternzeit) zu verfahren ist. Praxisinhaber, die sich insoweit nicht vollständig auf ihren Steuerberater verlassen wollen, steht jedoch unter *www.elster.de/arbeitg_elstam.php* eine sehr ausführlich und relativ gut verständliche Broschüre zur ELStaM-Anwendung zur Verfügung. Sie enthält auch eine sog. Härtefallregelung im Papierverfahren (§ 41b Abs. 3 EStG).

Auch auf der Seite der Arbeitnehmer bleibt ELStaM natürlich nicht ohne Auswirkungen: Spätestens mit Ablauf der Schonfrist (Parallelanwendung in 2013) endet die Praxis der Jahre 2011 und 2012, nach der die Finanzämter zuvor beantragte Lohnsteuer-Freibeträge jeweils für das nächste Jahr übernommen haben (Lohnsteuerermäßigungsverfahren). Arbeitnehmer, die auch 2013 auf der monatlichen Lohn- oder Gehaltsabrechnung Freibeträge berücksichtigen lassen möchten, sollten den Arbeitgeber fragen, wann dieser am Datenaustausch nach dem ELStaM-Verfahren teilnimmt. Um einen problemlosen Übergang sicherzustellen, sollten betroffene Arbeitnehmer schon im Voraus ihre Freibeträge beim zuständigen Finanzamt neu beantragen. Dies können sie auch tun, wenn der Arbeitgeber die elektronische Lohnsteuerkarte noch nicht nutzt. Sollte ein Arbeitnehmer nicht am ELStaM-Verfahren teilnehmen wollen, kann er seine Daten für seinen Arbeitgeber sperren lassen. Er wird dann aber automatisch mit der höchsten Steuerklasse VI veranschlagt.

### Minijobs vom ELStaM-Start nicht betroffen

In Fällen der Lohnsteuerpauschalierung, beispielsweise bei Minijobs, wirken sich die ELStaM-Neuregelungen nicht aus. Für die Minijobs ist es im Übrigen bei der beabsichtigten Erhöhung der Verdienstgrenze auf 450 Euro wie in *up 12/2012*, Seite 14 beschrieben geblieben. Soweit neue, über 400 Euro liegende Entgelte vereinbart werden, tritt aber bei dem bisher versicherungsfreien Minijob automatisch Versicherungspflicht in der Rentenversicherung ein; für die Befreiung ist nun ein Antrag des Minijobbers erforderlich (der aber nicht bei der Minijob-Zentrale, sondern beim Arbeitgeber zu stellen und dort auch zu verwahren ist).

*Dipl.-Kfm. Dr. Hans-Jürgen Hillmer ist Inhaber des BuS-Netzwerks für Betriebswirtschaftliche und Steuerliche Fachinformationen (www.bus-hillmer.de).*

### Elektronische Übermittlung der Steueranmeldungen

*Ab dem 1.1.2013 müssen*
- die Umsatzsteuer-Voranmeldungen (und der ggf. zugehörige Antrag auf Dauerfristverlängerung, die Anmeldung einer Sondervorauszahlung, die Zusammenfassende Meldung)
- sowie die Lohnsteuer-Anmeldung authentifiziert elektronisch übermittelt werden.

Um hier die Steuerpflichtigen nicht kurzfristig mit Umstellungen zu überfrachten, werden aber für eine Übergangszeit bis zum 31.8.2013 weiterhin Abgaben ohne Authentifizierung akzeptiert. Hintergrund ist, dass für die authentifizierte Übermittlung ein elektronisches Zertifikat benötigt wird, das Praxisinhaber im Rahmen der Registrierung im ElsterOnline-Portal erhalten. Zwar ist die Registrierung nur einmal erforderlich, aber nur in zwei Schritten mit Zuweisung bestimmter Codes möglich.

Grundsätzlich kann sich jeder unter *www.elster.de/index.php* registrieren lassen. Erforderlich sind dazu die Steuernummer (oder die sog. Identifikationsnr.), die E-Mail-Adresse und bestimmte technische Voraussetzungen (auch hinsichtlich der Softwareausstattung).

*Praxisinhaber können sich zwischen drei Arten der Registrierung entscheiden:*
- In der Variante „ElsterBasis“ ist die Registrierung kostenlos möglich, wobei das Zertifikat als Datei auf dem Rechner installiert wird.
- Gegen eine einmalige Gebühr von 41 Euro kann auch das „ElsterSpezial“-Zertifikat auf einem Sicherheitsstick erworben werden.
- Gegen Kosten von 50 bis 150 Euro kann ein persönliches Zertifikat auf einer Signaturkarte erworben werden („ElsterPlus“), welches jedoch Folgekosten nach sich zieht.

Die Entscheidung darüber, welche Variante im individuellen Fall zu wählen ist, sollte unter Abwägung hardware- und sicherheitstechnischer Aspekte sowie unter dem Gesichtspunkt der praktischen Handhabung getroffen werden. Für Praxisinhaber empfiehlt sich eher die Beantragung eines nicht-persönlichen Zertifikats (Organisationszertifikat) unter der Steuernummer des Unternehmens, denn dieses kann von mehreren Mitarbeitern genutzt werden. Einzelzertifikate oder persönliche Zertifikate müssten dagegen für die persönliche Steuernummer des einzelnen Mitarbeiters beantragt werden.

**Hinweis:** Für die Umsatzsteuer-Jahreserklärungen gibt es keine Änderung. Diese können weiterhin entweder papierlos mit elektronischem Zertifikat oder als komprimierte Steuererklärung mit Unterschrift eingereicht werden.

### Worauf Praxisinhaber leider verzichten ...

Erst wenige Tage zurück liegt das kaum noch durchsichtige Gesetzgebungsverfahren im Zusammenhang mit dem Jahressteuergesetz 2013. In der entscheidenden Sitzung des Vermittlungsausschusses von Bundestag und Bundesrat konnte am 12.12.2012 in vielen Punkten keine Einigung erzielt werden; die einzelnen Elemente wurden teilweise „auf Wiedervorlage gelegt“ teilweise ganz gestoppt! Dies betrifft wegen insoweit befürchteter Mindereinnahmen durch Steuerausfälle leider auch die geplante Verkürzung der Aufbewahrungsfristen im Steuer- und Handelsrecht. Auch hinsichtlich des Steuerabkommens mit der Schweiz und der von Umweltpolitikern aller Parteien geforderten steuerlichen Förderung der energetischen Gebäudesanierung konnte kein Kompromiss gefunden werden.

### ... oder noch warten müssen

Zugestimmt hat der Bundesrat der Vereinfachung des Unternehmenssteuerrechts und des steuerlichen Reisekostenrechts: Erfreulich ist, dass die vom Finanzausschuss des Bundesrats im Vorfeld empfohlene Senkung der Pauschbeträge für Verpflegungsmehraufwendungen von 12 Euro auf 9 Euro sich nicht durchgesetzt hat. Mit der neuen Staffelung in § 9 Abs. 4a EStG (aber: anzuwenden erst ab 1.1.2014!) wird der Pauschbetrag für eintägige Auswärtstätigkeiten mit mindestens achtstündiger Abwesenheit auf nunmehr 12 Euro verdoppelt. Zugleich soll bei mehrtägiger Auswärtstätigkeit für den An- und Abreisetag ein Pauschbetrag von jeweils 12 Euro angesetzt werden können. Es bleibt ferner bei 24 Euro für jeden Kalendertag, an dem der Arbeitnehmer 24 Stunden von seiner Wohnung abwesend ist. Beruflich veranlasste Unterkunftskosten im Rahmen einer längerfristigen Auswärtstätigkeit an ein und derselben Tätigkeitsstätte werden im Zeitraum von 48 Monaten unbeschränkt als Werbungskosten abzugsfähig sein. Danach werden sie nur noch bis zur Höhe der vergleichbaren Aufwendungen im Rahmen einer doppelten Haushaltsführung berücksichtigt (höchstens 1.000 Euro im Monat).

*Dr. Hans-Jürgen Hillmer*

# Checkliste:
# Der kurze Weg zum sektoralen Heilpraktiker

**Da es sich bei der sektoralen HP-Erlaubnis lediglich um die Erfüllung einer Formalie handelt und inhaltlich/fachlich keine weitere Bedeutung hat, bietet es sich an, möglichst wenig Aufwand zu betreiben. Wir haben Ihnen hier eine Checkliste zusammengestellt, die Ihnen hilft, den unübersichtlichen Dschungel der verschiedenen Wege zur sektoralen HP-Erlaubnis zu lichten.**

**Bitte beachten Sie, dass diese Checkliste nur eine unverbindliche organisatorische Übersicht geben kann – und auf keinen Fall eine rechtsverbindliches Vorgehen beschreibt.**

## 1. Stellschraube Gesundheitsamt

**Erkundigen Sie sich bei Ihrem zuständigen Gesundheitsamt nach den Prüfungsmodalitäten**

**a.** Sind Sie damit einverstanden, dann absolvieren Sie diese

**b.** Sind Sie damit nicht einverstanden, überprüfen Sie anhand der Richtlinie des für Ihr Bundesland zuständigen Sozialministeriums, ob Ihr Gesundheitsamt die Richtlinie richtig umgesetzt hat

**Ist keine Richtlinie vorhanden, weisen Sie das Sozialministerium auf diesen Missstand hin**

**c.** Entsprechen die Vorgaben des Gesundheitsamtes den Richtlinien und Sie sind damit nicht einverstanden, siehe „Stellschraube Bundesland“

**d.** Entsprechend die Vorgaben nicht den Richtlinien, weisen Sie das Gesundheitsamt darauf hin und bestehen auf eine Einhaltung der Richtlinie

**Sollte das Gesundheitsamt darauf nicht reagieren, beschweren Sie sich beim Sozialministerium**

## 2. Stellschraube Bundesland

**Passt Ihnen die Regelung in Ihrem Bundesland nicht, suchen Sie sich ein Bundesland (in der Nähe) aus, dessen Regeln Ihnen besser gefallen. Dort können Sie z.B. bei einer Filialgründung oder Praxisverlegung einen Antrag stellen, „soweit die Planung vor Eröffnung der Praxis schon nachweisbar konkretisiert ist“. Oder Sie weisen darauf hin, dass Sie beabsichtigen einen Ortswechsel vorzunehmen und aus diesem Grund am neuen Ort den Antrag auf die sektorale HP-Erlaubnis stellen. Die dazu nötigen Nachweise könnten vielleicht so aussehen:**

**a.** Ein befreundeter Kollege in dem anderen Bundesland schließt mit Ihnen eine Kooperation-/bzw. Arbeitsvertrag (den Sie später wieder kündigen, weil Sie sich das anders überlegt haben). Reichen Sie diesen Vertrag als Nachweis bei dem dann neuen zuständigen Gesundheitsamt ein.

**b.** Ein Makler bestätigt Ihnen schriftlich, dass Sie ihn beauftragt haben entsprechende Räumlichkeiten für eine Praxis im neuen Bundesland zu suchen (wer sucht, muss nicht zwingend finden). Reichen Sie diese Bestätigung oder einen Maklervertrag als Nachweis beim neuen zuständigen Gesundheitsamt ein.

**c.** Vermutlich existieren noch andere Modelle, um in einem anderen Bundesland die HP-Erlaubnis beantragen zu können – allerdings muss man sich immer fragen, ob der Aufwand sich wirklich lohnt.

## 3. Stellschraube Fortbildungskurse

**Müssen Sie nach den Vorgaben des Gesundheitsamtes verpflichtend einen Fortbildungskurs besuchen, prüfen Sie zunächst, ob Sie schon passende und bereits absolvierte Fortbildungen vorweisen können (wie zum Beispiel Studiennachweis), so dass sich die Stundenanzahl auf zehn Stunden Rechts- und Berufskunde minimiert.**

**a.** Können Sie keine entsprechenden Qualifikationen nachweisen, prüfen Sie, welche Anbieter bundeweit die vorgegebene Fortbildung anbieten (der Kurs kann deutschlandweit besucht werden).

**b.** Erkundigen Sie sich bei dem Anbieter, ob eine schriftliche Abschlussprüfung stattfindet (Laut Urteil vom 25. April 2012 · Az. 1 A 249/10, VG Göttingen reicht eine Fortbildung ohne Abschlussprüfung nicht als Nachweis aus). Berufskunde ohne Abschlussprüfung wird vermutlich nicht zu einer Anerkennung nach Aktenlage führen.

**c.** Reichen Sie die Fortbildungsinhalte des Anbieters vor der Anmeldung bei Ihrem Gesundheitsamt ein und fragen Sie nach, ob diese anerkannt werden.

**d.** Fragen Sie bei dem Anbieter nach, ob eine Garantie gegeben werden kann, dass mit Abschluss der Fortbildung eine Anerkennung durch Prüfung nach Aktenlage gegeben wird. Lassen Sie sich im Zweifel eine Geld-Zurück-Garantie geben.

**e.** Vergleichen Sie die Preise und den Zeitaufwand; die Unterschiede sind erheblich.

# 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:
**grilltech „Notebookgrill“**

*Für einen perfekten Grillabend, egal wo, immer mobil. Zusammengeklappt schmal wie ein Notebook.*

☐ Prämie 3:
**Neoprene Messenger Bag**

*Die Kuriertasche von BUILT aus New York. Verstauen Sie Ihr Laptop stylisch, kompakt und sicher. Außenmaße: B 52,5 x H 32,5 x T 5,1 cm*

☐ Prämie 2:
**360°-Segeltuchrucksack**

*Hergestellt aus Segeln, die auf den Meeren der Welt unterwegs waren. Ein maritimer Gruß aus Kiel!*
*Maße: B 40 x H 27 x T 11 cm*

☐ Prämie 4:
**MoMa „Ewiger Kalender“**

*Der immerwährende Kalender. Einfach die magnetischen Kugeln per Hand auf das passende Datum setzen.*
*Maße: 14 x 20,3 x Ø 4,7 cm*

☐ Prämie 5:
**360°-Segeltuchtasche**

*Für den richtigen Auftritt an Land oder als Begleiter beim Segeltörn, Persenning-Tasche Strandperle.*
*Maße: B 40 x H 35 x T 19 cm*

☐ Prämie 6:
**Aroma-Bedufter „Jasmin“**

*Jasmin beduftet den Raum wahrnehmbar dezent und ist in ihrer Erscheinung sehr diskret.*
*Maße: B 13 x H 19 x T 13 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 00-135 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*