9.2013

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

AOK pusht Einzelverträge mit Heilmittelerbringern

Vorsicht vor Zusatz- und Ergänzungsverträgen!

Im Mai 2013 war es der Ergänzungsvertrag Gruppentherapie für Physiotherapeuten. Im Juli 2013 der Vertrag zur osteopathischen Behandlung von Säuglingen. Beide Verträge bot die AOK Baden-Württemberg Heilmittelpraxen an. Damit scheint die Kasse den Weg zu Einzelverträgen mit Heilmittel-Praxen voranzutreiben. Verbände werden dabei allerdings nicht eingebunden, sozialrechtliche Bestimmungen zudem vollständig ignoriert und das angebotene Preis-/Leistungsverhältnis ist schlecht. Betroffene Praxen sollten auf keinen Fall unterschreiben. Und alle anderen Heilmittelerbringer sollten sorgsam beobachten, was sich hier tut. Denn die von der AOK angestrebten Veränderungen sind gravierend!

Mai 2013: Das Schreiben der AOK Baden-Württemberg ist für Wilhelm Ostermann* eine ziemliche Überraschung: „Haben auch Sie Interesse daran, die Gruppenbehandlungen zu fördern?“ fragt ihn dort die AOK und antwortet dann gleich: „Ja? – dann machen Sie mit! Ihre Teilnahme entscheidet über den Erfolg des Projektes.“ Alles was Ostermann tun soll, ist innerhalb von 10 Tagen sein Interesse gegenüber der AOK zu erklären. Dann würde er einen „Ergänzungsvertrag zum Projekt“ erhalten. Auf jeden Fall, so die AOK, werde sich der Ergänzungsvertrag für seine Praxis finanziell lohnen und die Patienten erhielten je Einheit längere Behandlungszeiten. „Warum…“, denkt sich Ostermann, „soll ich den Vertrag nicht einfach unterschreiben?“

Die Verbände der Heilmittelerbringer warnen ausdrücklich vor der Unterschrift unter einen solchen Ergänzungsvertrag. Denn die für das Pilotprojekt vorgeschlagenen Diagnosen seien fachlich nicht nachvollziehbar und die Patienten sollten mit längerer Behandlungszeit davon abgelenkt werden, dass sie eben keine Einzeltherapie mehr bekämen. Die Tatsache, dass dieses Pilotprojekt zusammen mit der KV Baden-Württemberg konzipiert worden sei, mache deutlich, worauf es primär bei diesem Projekt ankomme: nämlich den Arzt „durch »

aktuell

AOK Rheinland / Hamburg ändert bisherige Verfahrenspraxis
Kasse lässt keine nachträgliche Heilung mehr zu 5

Freud oder Leid für Heilmittelerbringer?
Zentrale Datenbank für Präventionskurse geplant 5

Krankenkasse äußert sich zum Thema Unterschrift
Siemens Betriebskasse legt Altersgrenze für Kinderunterschrift fest 13

schwerpunkt

Was Therapeuten über die Institution wissen sollten
Schwerpunktthema MDK 6

abrechnung

Abrechnungstipp
Zwölf-Wochen-Frist bei Verordnung a. d. R. 16

konzepte

Standbein Marburger Konzentrationstraining
Ergotherapie im Klassenzimmer 18

tipps

Entrümpeln
So schaffen Sie Ordnung in Ihrer Praxis 20

www.up-aktuell.de

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

So klappt's auch mit dem MDK

38,8 Prozent der Reha-Anträge lehnte der MDK aus medizinischen Gründen in 2012 ab. Die Empörung über das ablehnende Verhalten ist groß. Mobbing! Skandalös! Nicht in Ordnung! schallt es fraktionsübergreifend durch den spätsommerlichen Wahlkampf.

Doch bevor Sie nun ebenfalls die Hände in die Hüften stemmen wollen, lesen Sie mal unser Interview mit der MDK-Ärztin Dr. Barbara Mörchen auf Seite 8. Diese erklärt nämlich, dass der MDK nur Empfehlungen abgibt. Anträge ablehnen, das tun dagegen die Krankenkassen.

Therapeuten können den MDK dabei unterstützen, positive Empfehlungen zu geben. Eine ausführliche Therapiedokumentation ist dabei zum Beispiel sehr hilfreich. Wer sich Gedanken macht, welche Fragen der MDK zu dem Patienten haben könnte, kann diese bereits in seiner Dokumentation beantworten. Das freut den MDK, denn der bekommt ein besseres Bild von dem Patienten. Das freut aber auch den Patienten, denn der bekommt unter Umständen einen positiven Bescheid. Und das wiederum freut Sie, liebe Kollegen.

Probieren Sie es also aus.

Heidi Kohlwes

Chefredakteurin

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), Jenny Werner (jw), Pressemitteilung (pm); Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: Gajus (1), styleuneed (4), B. Jackson (5), R. Kneschke (6), fotomek (12), Eisenhans (13), G. Sanders (14), jogyx (14), contrastwerkstatt (15/18), PhotoSG (20), Picture-Factory (22); Foto-Setzinger (11), Privat (19/23), heidelfoto (21)

Fortsetzung Seite 1 *„AOK pusht Einzelverträge mit Heilmittelerbringern“*

» die kostengünstigere Behandlung“ beim Heilmittelbudget zu entlasten. Eben das würde zu Umsatzeinbußen in den Heilmittel-Praxen führen.

Stimmt gar nicht, entgegnet die AOK: „Mit dem Modellprojekt zur Gruppentherapie im Bereich der Physiotherapie geht die AOK Baden-Württemberg neu innovative Wege [...] Denn obwohl die Möglichkeit der Heilmittel-Gruppentherapie in der Leistungsbeschreibung vereinbart ist , wird sie bislang kaum praktiziert.“ Und das will die AOK nun durch Einzelverträge mit den jeweiligen Physiotherapiepraxen ändern – allerdings unter Ausschluss der Berufsverbände.

Verbände werden ausgeschlossen

Dieser letzte Punkt – Ausschluss der Verbände – bringt Ostermann dann zum Grübeln. „Warum sind die Verbände nicht eingebunden worden? Warum ist der Preis für Gruppentherapie bei der letzten Vergütungsvereinbarung nicht einfach erhöht worden? Wozu muss die AOK jetzt einen separaten Ergänzungsvertrag mit ihm abschließen, um die Gruppentherapie zu fördern? Wäre es für eine flächendeckende Verbesserung der Gruppentherapie nicht viel einfacher gewesen, mit den Verbänden die bestehenden Verträge zu erweitern?“

Tatsächlich geht es natürlich nicht um Gruppentherapie, sondern darum, dass die Krankenkassen – hier die AOK Baden-Württemberg – schon seit längerer Zeit für Einzelvertragsfreiheit kämpfen. „Zentralistische Strukturen, wie etwa der Zwang zu einheitlichem und gemeinsamen Handeln verhindern“, so die AOK Baden-Württemberg, „dass es einen tatsächlichen Vertrags- und Qualitätswettbewerb gibt. Könnten die Kassen z.B. Heilmittelleistungen ausschreiben und müssten nicht mehr jede Praxis zulassen, dann würde alles „innovativer“ / besser werden – gemeint ist in Wahrheit vermutlich billiger.

Da die Politik sich aber bisher glücklicherweise gegen eine Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen gewehrt hat, versucht die AOK Baden-Württemberg eben auf eigenen Wegen zu Einzelverträgen und Kostensenkungen zu kommen. So soll in diesem Fall mit einer höheren Vergütung je Gruppentherapie verschleiert werden, dass die in der Heilmittel-Richtlinie festgeschriebene Möglichkeit der Therapeuten, selbstständig und ohne Rücksprache mit dem Arzt die Gruppentherapie in Einzeltherapie ändern zu können, mit diesem Vertrag „abgeschafft“ werden.

Rechtlich gesehen ist der Vertrag zweifach wertlos: Denn die AOK darf einerseits keinen Vertrag mit Leistungserbringern abschließen, der eine höhere Vergütung vorsieht als in der Preisvereinbarung mit den Verbänden als „Höchstpreis“ vereinbart (siehe Box: Die Höchstpreis-Regel). Zum anderen kann ein Vertrag zwischen AOK und Therapeut die Rechte von Versicherten gem. Heilmittel-Richtlinie nicht einschränken.

Nächster Vertrag: Osteopathie

Juli 2013: Schon wieder eine Neuigkeit von der AOK? Wilhelm Ostermann informiert sich über die Ausschreibung der AOK Baden-Württemberg zum Abschluss von Verträgen zur osteopathischen Behandlung von Säuglingen: „Für die osteophatische Behandlung (inkl. Erstbefundung) eines Säuglings bei unstillbaren, dauerhaften Schrei- und Unruheattacken oder KISS-Syndrom wird einmalig ein Betrag von bis zu 100 Euro vergütet.“ Hört sich erst mal gut an, aber Ostermann denkt an die Erfahrungen mit dem Ergänzungsvertrag. Jetzt weiß er genauer, worauf er bei solchen Angeboten achten muss. »

HINTERGRUND

Hausarztzentrierte Versorgung

„Der Kreis der Vertragspartner nach § 73b Abs. 4 ist auf die Hausärzte, die medizinischen Versorgungszentren, deren Gemeinschaften, Managementgesellschaften und die KVen, also auf zugelassene Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung i.S.v. § 95 SGB V und deren Gemeinschaften oder Beauftragte, beschränkt“ (vgl. Adolf, in: jurisPK-SGB V, 2. Auflage 2012, § 73b Rdn. 74).

Ergebnis: Die Therapeuten gehören also nicht zu den möglichen Vertragspartnern. Damit ist die rechtliche Grundlage für den ausgeschriebenen Vertrag zwischen AOK und den Physiotherapeuten offen.

HINTERGRUND

Die Höchstpreis-Regel

Die (in Rahmenverträgen) vereinbarten Preise sind nach ausdrücklicher gesetzlicher Vorschrift Höchstpreise, was die Vereinbarung davon abweichender günstigerer Preise erlaubt (vgl. Schneider, in: jurisPK-SGB V, 2. Auflage 2012, § 125 Rdn. 14).

Die Höchstpreisregelung führt zu einer Ausnahme von der inhaltlichen Verbindlichkeit der [...] Verträge. Soweit Krankenkassen und Leistungserbringer sich [...] auf niedrigere Preise geeinigt haben, ist die Bindungswirkung der allgemeinen Rahmenverträge [...] für die in den Geltungsbereich des jeweiligen besonderen Preisvertrags fallenden Krankenkassen und Leistungserbringer aufgehoben (Schneider, in: jurisPK-SGB V, 2.Auflage 2012, § 125 Rdn. 18).

Anlage 5 zum Rahmenvertrag zwischen den Heilmittelverbänden und der AOK Baden-Württemberg, § 3: „Die vereinbarten Preise (Bruttopreise) gelten als Höchstpreise im Sinne des § 125 Abs. 2 SGB V.“

Ergebnis: Das Angebot der AOK, hier für Gruppentherapie höhere Preise zu bezahlen, ist damit nicht zulässig.

Fortsetzung Seite 3 *„AOK pusht Einzelverträge mit Heilmittelerbringern“*

» Er stellt fest, dass es sich hier um einen „Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gem. § 73 SGB V (HZV-Vertrag)“ handelt. Bei dieser Vertragsart ist die Teilnahme von Physiotherapeuten rechtlich jedoch überhaupt nicht vorgesehen (siehe Box: Hausarztzentrierte Versorgung).

Dann erkennt Ostermann eine weitere Parallele zum Ergänzungsvertrag. Denn auch bei diesem Vertrag versucht die AOK in das Verhältnis zwischen Arzt, Patient und Therapeut einzugreifen. HZV-Verträge sind mehr oder weniger ein Verzicht auf die freie Arztwahl. Im Vertrag ist geregelt, dass neben den 100 Euro, die von der AOK übernommen werden, „eine Abrechnung weiterer Beträge für die osteopathische Behandlung eines Säuglings“ beim selben Krankheitsbild „auch gegenüber der Familie des Kindes nicht zulässig“ ist. Die Eltern dürfen also keine weitere Osteopathie auf eigenen Rechnung erwerben.

Damit ist dieser Vertrag für Ostermann erledigt: Fragwürdige rechtliche Grundlage, Arbeit mit dem Antrag auf Zulassung und Einschränkung der Therapiefreiheit für Patient und Therapeut.

Wilhelm Ostermann* unterschreibt weder den einen noch den anderen Vertrag. Stattdessen überlegt er, wie man sich gegen solche Machenschaften von Krankenkassen zur Wehr setzen kann. Das ist in diesem konkreten Fall ganz einfach: Die Rechtsaufsicht der AOK Baden-Württemberg ist das Sozialministerium. Dorthin kann man einen Brief schreiben und sich über die Verträge mit den o.g. Gründen beschweren. Auf eine solche Beschwerde muss das Sozialministerium reagieren. Und vielleicht reagiert dann sogar die AOK. *(bu)*

> Ganz konkret

Wenn Sie einen entsprechenden Vertrag von der AOK Baden-Württemberg bekommen haben und sich beim Sozialministerium beschweren möchten, dann können Sie bei der ***up-premium plus***-Hotline unter 0800-9477360 ein entsprechendes Musterschreiben kostenlos anfordern.

HINTERGRUND

Eine Frage der Strategie

Es gibt zwei denkbare Umgangsstrategien mit den Vertragsangeboten der AOK. Zum einen kann man Kritik an den Indikationen und Modalitäten des Vertrags üben. Hier wird das WIE – die Art und Weise der Durchführung des Projektes – kritisiert. Diese Form der Kritik sorgt allerdings auch dafür, dass das Projekt als solches nicht mehr in Frage gestellt wird.

Eine andere Strategie könnte darin bestehen, die rechtliche Legitimation eines solchen Projektes grundsätzlich in Frage zu stellen. Hier wird zunächst das OB – das Projekt selbst also kritisiert. Gelingt es wider Erwarten nicht, das Projekt zu stoppen, kann man dann immer noch über das WIE reden. Insofern scheint es sinnvoller, das Projekt zunächst einmal grundsätzlich in Frage zu stellen. Die rechtlichen Voraussetzungen dafür sind gut.

*Name v.d.Red. geändert

Evidenzbasiert und kostensparend

Ergotherapie hilft bei mittlerer und schwerer Demenz

Bei mittlerer und schwerer Demenz hilft Ergotherapie. Zu diesem Ergebnis kommen Wissenschaftler, die im Auftrag des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die Wirksamkeit von Ergotherapie untersucht haben. Ihr weiteres Fazit: Ergotherapie kann auch kostengünstiger sein als eine medikamentöse Behandlung.

Laut Prognosen werde sich die Anzahl dementer Personen von gegenwärtig rund 1,45 Millionen bis zum Jahr 2050 voraussichtlich verdoppeln, heißt es in dem jetzt veröffentlichten HTA-Bericht (Health Technology Assessment), der sich auf eine systematische Literaturrecherche aus 32 elektronischen Datenbanken stützt. Die Studien präsentierten Ergebnisse zur Wirksamkeit kognitiver und sensorischer Stimulation, von physischem Training, von Validationstherapie, von Interventionen zur Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) und des Umfelds (Milieu) sowie zur Beratung von Angehörigen und Betreuern.

Der Bericht zeigt auf, dass sich strukturierte und patientenzentrierte ergotherapeutische Interventionen positiv auf die Lebensqualität und die Affekte von Demenz-Patienten und deren Angehörigen auswirken. Auch bestimmte Alltagsfunktionen von Menschen mit moderater bis schwerer Demenz ließen sich durch Ergotherapie verbessern, heißt es weiter. Ferner belegten einige Studien, dass durch Ergotherapie eine Heimeinweisung um anderthalb Jahre verzögert werden könne und damit Kosten reduziert würden.

Allerdings berücksichtigten nur wenige Studien die verschiedenen Stadien der Erkrankung oder befassten sich ausdrücklich mit mittlerer bis schwerer Demenz. Außerdem seien die Beobachtungszeiträume von meist wenigen Wochen bis maximal sechs Monate zu kurz, um Aussagen zur Entwicklung der Krankheit treffen zu können. Weitere Studien sollten folgen.

Trotz dieser Mängel in der Studienlage empfehlen die Autoren Ergotherapie als Mittel zur Verbesserung von Symptomen der mittelschweren bis schweren Demenz. Die Therapie müsse sich dabei an den Bedürfnissen der jeweiligen Patienten orientieren. *(ks)*

AOK Rheinland / Hamburg ändert bisherige Verfahrenspraxis

Kasse will keine nachträgliche Heilung mehr zulassen

Die AOK Rheinland/Hamburg hat offenbar „die Nase voll" von fehlerhaften Heilmittelverordnungen. Die Kasse teilte nun mit, dass sie rückwirkend zum 1.7.2013 nachträgliche Änderung oder Ergänzung von Verordnungen nicht mehr akzeptieren wird. So kann, nach Willen der AOK, zum Beispiel auch eine fehlende Arztunterschrift nicht mehr nachträglich geheilt werden. Therapeuten sollten sich durch diese Willensbekundung allerdings nicht einschüchtern lassen und weiterhin Widerspruch bei Rechnungskürzungen einlegen.

„Leider mussten wir feststellen, dass unsere bisherigen Apelle bezüglich der Einhaltung der Bestimmungen der Heilmittel-Richtlinie und des Kataloges nicht zu einer spürbaren Verbesserung der Situation geführt haben", erklärt die AOK Rheinland/Hamburg auf ihrer Internetseite. Aus diesem Grund werde sie ihre bisherige Verfahrenspraxis ändern, die „in Einzelfällen die nachträgliche „Heilung" der Verordnung" ermöglichte. Für alle Verordnungen, die ab dem 1.7.2013 ausgestellt werden, ist jetzt nach dem Willen der Kasse Schluss damit. „Konkret beabsichtigen wir, [...] im Zuge der Rechnungsprüfung eine nachträgliche Änderung oder Ergänzung der Verordnung nicht weiter zu ermöglichen."

Grundsätzlich sind Absetzungen von Verordnungen, die fehlerhaft ausgefüllt sind, berechtigt. Handelt es sich allerdings um Formfehler, wie zum Beispiel eine fehlende Arztunterschrift, kann man sich auf das SGB V in Verbindung mit dem BGG berufen. „Denn das BGG (welches ja gem. § 69 „SGB V ausdrücklich Anwendung findet), sieht verschiedene Heilungsmöglichkeiten vor, um solche Fehler zu beheben. So kann beispielsweise ein nichtiges Rechtsgeschäft von demjenigen, der es vorgenommen hat, bestätigt werden (§141 BGB). Wird die versehentlich fehlende Unterschrift des Arztes von diesem also nachgeholt und das nunmehr korrekt ausgestellte und unterzeichnete Rezept vorgelegt, hat der Arzt damit seine Verordnung im Sinne des § 141 BGB nachträglich bestätigt. Die Verordnung ist (auch nach Erbringung der Behandlungen) dadurch wirksam geworden, weshalb die Krankenkasse verpflichtet ist, die erbrachten Leistungen zu vergüten", erklärt die Rechtsanwältin Beate Bahner die Rechtslage.

Im Klartext bedeutet das strikte Vorgehen der AOK für Therapeuten, dass sie noch gründlicher die Verordnungen prüfen sollten, um Fehler zu vermeiden. Dennoch ist der Wille der Kasse kein Gesetz, so dass sich auch die Kasse an die geltende Rechtslage halten muss. Legen Sie also weiterhin Widerspruch bei Rechnungskürzungen oder Absetzungen ein. *(ko)*

> Service

In unseren Abrechnungstipps können Sie sich informieren, was genau Sie bei einer Verordnung prüfen müssen, was Sie selbst ändern dürfen und was der Arzt ändern muss. Alle Abrechnungstipps finden Sie auf *www.up-aktuell.de*.

Freud oder Leid für Heilmittelerbringer?

Zentrale Datenbank für Präventionskurse geplant

Ab 1. Januar 2014 sollen Präventionskurse und Anbieter von Präventionskursen bundesweit zentral und kassenübergreifend auf Qualität geprüft werden. Das haben der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), der BKK Dachverband, die IKK classic, die IKK Brandenburg und Berlin, BIG direkt gesund, die Knappschaft und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau in einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung beschlossen. Ob die Umsetzung zur Freude oder zum Leid der Heilmittelerbringer werden wird, bleibt abzuwarten.

Laut der Vereinbarung soll künftig eine zentrale Prüfstelle die Qualität der Präventionsmaßnahmen evaluieren und zertifizieren und nicht mehr jede Krankenkassen einzeln. Dann sollen alle qualitätsgeprüften und zertifizierten Kurse aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, Entspannung und Suchtprävention in einer Online-Datenbank aufgelistet werden. Hier können die Versicherten dann unentgeltlich ihren individuellen Präventionskurs auswählen – soweit der Plan.

Für Heilmittelerbringer wäre eine solche Datenbank durchaus positiv. Allerdings kann die Umsetzung auch einige Gefahren bergen, auf die der ZVK in einer Pressemitteilung hinweist. Es müsse sichergestellt sein, dass keine eigenwirtschaftlichen Interessen vertreten werden und die Prüfstelle tatsächlich unabhängig sei, so der Verband. Auch die Prüfkriterien für die Antragsteller müssten transparent sein. Problematisch könnte sich zudem die Anerkennung der Kurse für Heilmittelerbringer gestalten. So müsse sichergestellt sein, dass der finanzielle, zeitliche und technische Aufwand nicht zu Lasten der Therapeuten ausfalle.

In den kommenden Monaten wollen die beteiligten Kassen die notwendigen personellen, inhaltlichen und technischen Voraussetzungen für die zentrale Prüfstelle schaffen. Auf diese Voraussetzungen darf man gespannt sein. Wir werden Sie auf dem Laufenden halten. *(ko)*

Schwerpunktthema MDK

So verhelfen Sie Ihren Patienten zu positiven Gutachten

Gerade sorgte der Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Anzahl der abgelehnten Anträge für öffentliche Diskussionen. Dennoch ist der MDK kein Entscheidungsträger, sondern Berater und Gutachter der gesetzlichen Krankenversicherung. In unserem Schwerpunktthema erklären wir, wie der MDK organisiert ist und was Therapeuten tun können, um ihren Patienten zu positiven Gutachten zu verhelfen.

Der MDK ist nach § 278 Sozialgesetzbuch (SGB) V eine überregionale Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Er ist regional tätig – in den alten Bundesländern als Körperschaften des öffentlichen Rechts, in den neuen Bundesländern als eingetragene Vereine. Der MDK ist in jedem Bundesland als eigenständige Arbeitsgemeinschaft organisiert, mit einigen Ausnahmen: In Nordrhein-Westfalen gibt es zwei Medizinische Dienste, den MDK Nordrhein und den MDK Westfalen-Lippe. Berlin und Brandenburg haben einen landesübergreifenden MDK mit Sitz in Potsdam. Hamburg und Schleswig-Holstein haben sich zum MDK Nord zusammengeschlossen. Insgesamt gibt es bundesweit 15 Medizinische Dienste, die nach aktuellen Angaben insgesamt rund 7.500 Mitarbeiter beschäftigen, darunter etwa 2.100 Ärzte und 2.100 Pflegefachkräfte. Auf Bundesebene werden die Medizinischen Dienste vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) koordiniert und unterstützt.

Der MDK berät und begutachtet die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung.

Kassen als Träger

Mitglieder des MDK sind die gesetzlichen Krankenkassen. In Deutschland gibt es derzeit 134 Krankenkassen und insgesamt sechs Arten von Krankenkassen: AOK – Die Gesundheitskasse, Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), Verband der Ersatzkassen (vdek), Landwirtschaftliche Krankenkasse (LKK) und Knappschaft (KBS). Der MDK untersteht der Aufsicht des Sozialministeriums des jeweiligen Bundeslandes (§ 281 Abs. 3 SGB V), die Ärzte des MDK sind jedoch nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen (§ 275 Abs. 5 SGB V).

Der MDK berät und begutachtet die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 20.12.1988 trat er die Nachfolge des Vertrauensärztlichen Dienstes an. Sein Ziel ist die optimale Beratung und die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Versicherten bei größtmöglicher Sparsamkeit.

MDK-Aufgaben für die Krankenversicherung

Die Aufgaben sind im § 275 SGB V definiert. Der MDK tritt als Berater der Krankenkassen in allgemeinen Grundsatzfragen auf und führt auch Einzelfallbegutachtungen durch. Er erstellt Gutachten bei Fragen der Arbeitsunfähigkeit oder Rehabilitationsmaßnahmen und der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln. Auch die Krankenhausbehandlungen und häusliche Krankenpflege von mehr als vier Wochen werden vom MDK begutachtet. 2011 führte der MDK über 6,35 Millionen sozialmedizinische Gutachten und Fallberatungen im Auftrag der Krankenkassen durch, u.a. für Krankenhausleistungen (über 2,5 Millionen Fälle oder 39,6 Prozent), Arbeitsunfähigkeiten (über 1,5 Millionen Fälle oder 24,4 Prozent), Leistungen zur Vorsorge / Rehabilitation (über 1 Million Fälle oder 16,4 Prozent) und Hilfsmittel (rund 500.000 Fälle bzw. 7,9 Prozent).

Ferner berät der MDK die gesetzlichen Krankenkassen in grundsätzlichen Fragen wie der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung, der Krankenhausplanung, der Vergütungssysteme und neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Und schließlich unterstützt er die Kassen bei Vertragsverhandlungen mit den Krankenhausgesellschaften, Kassenärztlichen Vereinigungen sowie anderen Leistungserbringern.

MDK-Aufgaben für die Pflegeversicherung

Die Aufgaben des MDK für die Pflegeversicherung sind in § 18 sowie den §§ 114ff Sozialgesetzbuch XI geregelt. Im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung prüft er u.a., ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und gibt Empfehlungen für die Pflegestufe ab. Seit 1995 prüft er, ob bei ambulanten Pflegediensten und in stationären Pflegeeinrichtungen die Qualitätsstandards eingehalten werden. Seit Juli 2009 bilden die Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen die Grundlage für die Ermittlung und Veröffentlichung von Pflegenoten bzw. von sogenannten Transparenzberichten. Bis Ende Dezember 2011 wurden über 31.000 Transparenzberichte veröffentlicht und bescheinigten durch stetig steigende Gesamtnoten eine Steigerung der Pflegequalität: Im Mai 2012 lag die durchschnittliche Gesamtnote bei 1,5 bei allen geprüften ambulanten Pflegediensten und bei 1,3 bei allen geprüften stationären Pflegeeinrichtungen.

Wie ist der MDK organisiert?

Die Organe des MDK sind der Verwaltungsrat und der Geschäftsführer. Der Verwaltungsrat erstellt die Satzung und entscheidet über den Haushaltsplan, legt die Arbeitsrichtlinien des MDK fest und wählt den Geschäftsführer. Dieser stellt den Haushaltsplan auf und vertritt den MDK gerichtlich und außergerichtlich. Die Mitglieder des Verwaltungsrates werden von den Verwaltungsräten der Landesverbände der Krankenkassen benannt.

Wie finanziert sich der MDK?

Der MDK wird ausschließlich von den Kranken- und Pflegekassen zu je 50 Prozent finanziert. Der Betrag richtet sich nach der Anzahl der Kassenmitglieder des jeweiligen Bundeslandes bzw. Einzugsgebietes. 2011 betrugen die Gesamtausgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen für alle Medizinischen Dienste 570 Millionen Euro. Dies entsprach einem Anteil von 0,18 Prozent an allen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung und von 1,4 Prozent an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Pflegeversicherung. *(ks)*

SCHWERPUNKT-THEMA

Schwerpunktthema: MDK 6
Interview „Eine gute Dokumentation hilft uns“ 8
Erfahrungsbericht Fortbildung der Heilmittelgutachter des MDK Baden-Württemberg 11

Interview mit Dr. Barbara Mörchen, Ltg. Abteilung Ambulante Versorgung des MDK Nord

„Eine gute Dokumentation hilft uns“

Wie arbeiten die Gutachter des MDK eigentlich? Was ist der Unterschied zu einem Krankenkassenmitarbeiter? Ist eine Entscheidung nach Aktenlage überhaupt möglich? Ralf Buchner sprach mit Frau Dr. Barbara Mörchen, Ltg. Abteilung Ambulante Versorgung des MDK Nord über Vorurteile und Prüfverfahren.

Frau Dr. Mörchen, was unterscheidet die Arbeit eines MDK-Gutachters von der Arbeit eines Krankenkassenmitarbeiters?

Ein Einsichtsrecht in medizinische Unterlagen hat nur der MDK-Gutachter, dies ist gesetzlich verankert. Der MDK-Gutachter hat eine medizinische Ausbildung. Der Krankenkassenmitarbeiter hingegen ist in der Regel ein Versicherungsfachangestellter, der keine medizinische Ausbildung hat. Der MDK-Gutachter beurteilt den medizinischen Sachverhalt unter Beachtung gültiger Richtlinien, ob die beantragte medizinische Leistung medizinisch begründet und sinnvoll ist und erstellt ein Gutachten als Empfehlung an die Krankenkasse. Die Entscheidung, ob die beantragte Leistung genehmigt wird, trifft aber die Krankenkasse. Der MDK trifft keine leistungsrechtliche Entscheidung.

Arbeiten bei Ihnen auch Heilmittelerbringer? Also Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten?

Beim MDK Nord arbeitet keine dieser Berufsgruppen. Primär haben wir ärztliche Gutachter und Pflegekräfte, die für die Pflegegutachten zuständig sind.

Haben Sie das Gefühl, Ihre Empfehlungen werden von den Verwaltungsmitarbeitern der Krankenkassen angenommen?

Die Erfahrungen zeigen, dass unsere Empfehlungen in der Regel umgesetzt werden. Den aus unserer Begutachtung resultierenden leistungsrechtlichen Entscheid der Krankenkasse bekommt aber nur der Versicherte zugesandt.

Wann landet bei Ihnen eine Heilmittelverordnung zur Begutachtung auf dem Schreibtisch?

Prinzipiell entscheidet die Krankenkasse über die Vorlage beim MDK. Wir beraten die Krankenkassen aber auch. Im direkten Kontakt zwischen MDK-Gutachter und Krankenkassenmitarbeiter (z.B. bei den „Sozialmedizinischen Fallberatungen (SFB)) wird thematisiert, die Vorlage welcher Verordnungen sinnvoll ist. Bei sog. „einfachen Verordnungen“, d.h. normalen Regelverordnungsfällen, die in der Heilmittel-Richtlinie festgeschrieben sind, werden wir meist nicht gefragt, sondern eher bei anderen Diagnosen, bei denen die Frage besteht: „Sind das ähnliche Konstellationen wie in der Richtlinie?“. Das kann ein Krankenkassenmitarbeiter in der Regel nicht entscheiden, weil er hierfür nicht genügend medizinisches Fachwissen hat.

Dr. Barbara Mörchen ist Fachärztin für Innere Medizin / Sozialmedizin.

Wie läuft die Begutachtung dann konkret ab?

Wir erhalten von der Krankenkasse einen Auftrag. Diesem legt die Krankenkasse Unterlagen, z.B. die Heilmittelverordnungen, bei. Da wir immer ganzheitlich den Verlauf der Krankengeschichte des Versicherten beurteilen, benötigen wir in der Regel umfassendere medizinische Unterlagen, z.B. ausführliche Berichte aus den letzten ein bis zwei Jahren. Wichtig ist für uns zu sehen, welche Funktionseinschränkungen vorhanden waren und mit welcher Heilmittelverordnung welches Ziel erreicht wurde. Ist zum Beispiel die Frequenz ausreichend gewesen oder war sie zu häufig?

Wie kommen Sie an die Berichte ran? Eigentlich liegen die ja bei den Ärzten.

Wir fordern die Berichte an. Dazu sind wir gesetzlich berechtigt; eine Schweigepflichtentbindung ist nicht erforderlich. Aber wir telefonieren auch und nehmen Kontakt zum verordnenden Arzt auf, wenn wir zum Beispiel Nachfragen haben. So findet ein persönlicher Kontakt mit den Leistungserbringern statt.

Was passiert, wenn der Arzt jahrelang angekreuzt hat „Nein, ich will keinen Therapiebericht haben"?

Dann treten wir telefonisch oder schriftlich an die Arztpraxis heran. Es sollte auch dort Berichte bzw. Untersuchungsbefunde geben, denn der Arzt ist nach Heilmittelrichtlinie verpflichtet, sich vom Zustand des Patienten zu überzeugen und dies zu dokumentieren. Bei Bedarf fordern wir zusätzlich auch andere Berichte an, z.B. aus Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, die für die Beantwortung unserer Frage notwendig sind.

Wir brauchen ausführliche Berichte aus den letzten ein bis zwei Jahren.

Fordern Sie auch Kopien von Verlaufsdokumentationen der Leistungserbringer an?

Die werden unter Beachtung datenschutzrechtlicher Belange eigentlich regelhaft von den Krankenkassen beigelegt. Die Krankenkassen liefern uns im Heilmittelbereich auch andere begutachtungsrelevante Angaben, z.B. Angaben dazu, wie viele Verordnungen schon stattgefunden haben.

Gibt es irgendeinen denkbaren Fall, bei dem Sie sagen: „Aktenlage reicht nicht, wir müssen den Patienten sehen"?

Wenn nach Aktenlage entschieden werden kann, dann entscheiden wir nach Aktenlage. Nur wenn wir einen zusätzlichen Erkenntnisgewinn erwarten, nehmen wir eine persönliche Begutachtung vor. Eine persönliche Begutachtung bringt aber meist wenig, sie würde nur eine Momentaufnahme darstellen und wir möchten uns ein umfassendes Bild über einen längeren Zeitraum machen. Wenn wir Unterlagen haben, in denen ein Status beschrieben ist und wir sehen einen in sich plausiblen Befund, dann ziehen wir das nicht in Zweifel. Wir glauben die dargestellten Einschränkungen. Letztendlich würden wir dann bei einer zusätzlichen persönlichen Begutachtung den Versicherten sehen und nur feststellen, was wir sowieso schon gewusst haben. Deshalb erbringt die persönliche Begutachtung in der Regel keinen weiteren Erkenntnisgewinn bei langfristigen Krankheitsverläufen. Außerdem bedeutet ein persönlicher Termin für den Patienten auch immer eine Belastung und das möchten wir, wo immer sachlich begründet, vermeiden.

Sie glauben also, was die Leistungserbringer und Ärzte Ihnen mitteilen?

Ja. Wenn die Angaben im Gesamtkontext plausibel sind, und das sind sie meist, stellen wir sie natürlich nicht in Frage. Es geht darum, zu klären, ob eine Leistung medizinisch notwendig ist und sinnvoll. Wir prüfen auch: „Gibt es adäquate genauso gute andere Leistungen, die aber weniger kosten?" oder „Braucht der Patient eine aufwändigere und kostenintensivere Versorgung, wie zum Beispiel eine Rehabilitation?"

Nehmen Sie in den Pflegegutachten auch Stellung zum Heilmittelbedarf?

Ja, das ist Bestandteil eines Pflegegutachtens. Das beurteilen aber die Gutachter der Abteilung Pflege des MDK Nord.

Gibt es ein klares Kriterium, wann Heilmitteltherapie und wann Rehabilitation sinnvoll ist?

Ja. Rehabilitation ist immer mehrdimensional und interdisziplinär. Das heißt, wenn ich gutachtlich der Meinung bin, einfache Heilmitteltherapie reicht nicht aus, dann ergibt die Prüfung der Einleitung einer »

» Rehabilitationsmaßnahme Sinn. Voraussetzung für eine Rehabilitationsmaßnahme ist das Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und eine hinreichende Rehabilitationsprognose bei definiertem Rehabilitationsziel. Eine Frage bei einem Antrag auf eine Rehabilitation ist, ob die Leistungen auch im ambulanten Setting absolviert und realisiert werden können oder nicht. Dann gibt es auch noch andere Kriterien, wie zum Beispiel, wie belastbar jemand ist und ob er überhaupt so ein mehrdimensionales Programm von mehreren Stunden pro Tag schaffen kann. Wir sehen uns auch die Prognose an. Wenn wir davon ausgehen, dass der Zustand des Patienten nach der Rehabilitation im Wesentlichen so wäre wie vor Beginn, dann sprechen wir keine Empfehlung dafür aus. Das heißt, es besteht keine hinreichende Rehabilitationsprognose. Genau das gleiche Vorgehen gilt auch für die Verordnung von Heilmitteln: Erwarten wir davon keine weiteren Effekte, ist es nicht sinnvoll.

Sie prüfen also grundsätzlich, ob die Prognose für den Patienten auch erreichbar ist?

Ja, genau. Der Therapeut hat bestimmte Ziele im Auge, was er mit der Therapie erreichen möchte. Nehmen wir zum Beispiel einen Schlaganfallpatienten. Das Ziel des Therapeuten könnte sein, dass der Patient zukünftig den betroffenen Arm einsetzen kann. Dieses Ziel muss der Therapeut definieren und dann realistisch einschätzen, ob das Ziel erreichbar ist oder nicht. Anders gehen wir bei der Prüfung der Prognose auch nicht vor.

Was können Logopäden, Ergo- und Physiotherapeuten machen, um den MDK bei seiner Begutachtung zu unterstützen?

Sie sollten möglichst konkret und einzelfallbezogen die entsprechenden Angaben machen zu den Kriterien, die wir prüfen. Wir fragen uns z.B.: „Wie war der Zustand des Patienten bei Beginn der Therapie, welche Behandlungen in welcher Frequenz hat er zwischenzeitlich bekommen und wie hat sich der Verlauf dargestellt? Hat er davon profitiert, wenn ja, wie?“ Die Angaben der Therapeuten könnten dann etwa so lauten: „Ich habe Herrn X übernommen, an Tag X. Seitdem mache ich mit ihm folgende Heilmitteltherapie in dieser Frequenz und dabei hat er folgende Fortschritte erzielt...“. Der Therapeut wird auch Vorstellungen von dem Therapieziel haben: „Ich denke, Herr X wird dieses oder jenes Ziel noch erreichen können.“ Das ist für uns wichtig. Auch wenn zum Beispiel die Frequenz der Therapie schon einmal vorübergehend reduziert wurde mit dem Ergebnis, dass sich der Zustand verschlechtert hat, ist das ein wichtiger Sachverhalt, den wir wissen sollten: „Wir haben schon einmal erfolglos probiert, die Frequenz der Therapie zu verringern, es kam zu folgenden Verschlechterungen...“. Solche Angaben wären perfekt und sparen Zeit.

Kommunikation hilft also...

Ja. Im Grunde genommen muss sich derjenige, der die Leistung erbringt, nur fragen: „Was muss der MDK eigentlich wissen?“ Der Therapeut kennt den Versicherten schon lange; der Vertragsarzt oder Leistungserbringer hat den Versicherten und seine Beeinträchtigungen genau vor Augen und versteht häufig zunächst nicht, warum er das, was ihm selbstverständlich ist, uns erklären muss. Für ihn ist die Sache völlig klar: Der Versicherte ist doch krank und braucht dieses Heilmittel. Wir sagen dann z.B.: „An der Erkrankung haben wir keine Zweifel. Aber warum wird diese Maßnahme gemacht und warum nicht eine andere?“. Deswegen ist es immer wichtig, ausreichend konkret die Verordnung zu begründen.

Es ist also eine Frage der Darstellung...

In der Begutachtungsmedizin geht es weniger um die Diagnosen, als um die Funktionseinschränkungen. Wenn ich lese, ein Patient hat einen M. Parkinson, sagt mir das erst einmal gar nichts, weil das Beschwerdespektrum dieser Erkrankung so weit ist. Erfahre ich aber die konkreten Funktionseinschränkungen, kann ich mir ein genaues Bild machen. Diese gut dazulegen, ist das A und O. Wenn wir immer solche Dokumentationen bekämen, dann würde eine Begutachtung auch viel schneller gehen.

Ich glaube, unsere Leser haben jetzt ein gutes Bild davon bekommen, wie der MDK arbeitet. Oftmals wird ja gedacht, der MDK, das sind die Bösen, die alles ablehnen.

Wir sind fachlich unabhängig. Unsere Aufgabe ist es, nach bestem Wissen und Gewissen zu prüfen, ob die geplante Versorgung sinnvoll und angemessen ist. Hierbei gilt ebenso für die Leistungserbringer wie für den MDK das Wirtschaftlichkeitsgebot, niedergelegt im § 12 SGB V. Das verstehen einige Leistungserbringer nicht. Die gesetzliche Krankenversicherung garantiert eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistung – nicht mehr, aber auch nicht weniger. Davon profitiert der Versicherte u.a. durch stabile Beiträge. Dieses Thema ist natürlich emotional behaftet. Manche Versicherte fühlen sich persönlich gekränkt, wenn die beantragte Leistung von der Krankenkasse nicht genehmigt wird, und denken: „Warum sieht denn niemand meine Not?“ Es ist aber nicht so, dass ein Gutachter hier sitzt und das nicht versteht. Nur urteilt er eben im Sinne der Solidargemeinschaft und empfiehlt ausreichende, aber wirtschaftlichere Alternativen.

Vielen Dank für das Gespräch.

Erfahrungsbericht Fortbildung der Heilmittelgutachter des MDK Baden-Württemberg

„Aussagekräftige Therapieberichte sind enorm wichtig.“

Stuttgart. An einem der ersten warmen Sommertage des Jahres. „Oh Mann“, spricht mich der Herr im grauen Anzug im Aufzug an, „jetzt müssen wir uns diesen überflüssigen Vortrag über Logopädie anhören“. Offenbar hält er mich für eine Kollegin. „Prima“, denke ich, „das kann ja heiter werden“. Denn ich bin die besagte Gastreferentin, die heute vor den Heilmittelgutachtern des MDK Baden-Württemberg über den Unterschied zwischen Sprachförderung und Sprachtherapie sprechen soll. Dabei habe ich bei dem Wort „MDK“ eher unangenehme Assoziationen von „Grauen Herren“, deren Lebenszweck es ist, Anträge abzulehnen. Spätestens nach dieser Begegnung im Aufzug steigt meine Nervosität und ich fühle mich, als würde ich „Feindesland“ betreten.

Anlass dieser Einladung waren vermehrte Prüfanfragen der Krankenkassen bei Kindern und Jugendlichen, die Sprachtherapie verordnet bekommen haben. Auch die Statistik des MDK weist eine deutliche Häufung der Verordnung von Logopädie und Ergotherapie kurz vor der Einschulung auf. Dies ließ die Kassen vermuten, dass hier mit Hilfe von Therapieleistungen Bildungsdefizite aufgeholt werden sollen, für die eigentlich das System von Kindertageseinrichtungen und Schulen zuständig sein sollte.

Die für die Fortbildung der Heilmittelgutachter zuständige Ärztin, Dr. Helen Obermann, eröffnete die Veranstaltung. Sie betonte, dass sich der MDK als unabhängiger Anwalt der Versicherten verstehe. Einerseits dürften den Versicherten die medizinisch notwendigen Leistungen nicht vorenthalten werden. Andererseits dürfe die Versichertengemeinschaft nicht durch unnötige Behandlungen finanziell belastet werden. „Wir wollen uns nicht von einzelnen großen Krankenkassen instrumentalisieren lassen“, betonte ein anderer MDK-Arzt. „Deshalb benötigen wir Ihre fachlichen Informationen, da nun gerade im Kinderbereich bestimmte Krankenkassen immer öfter eine Überprüfung von uns wollen.“

Den Beginn des Fortbildungstages machte ein Kinderarzt, der allgemein über das Phänomen von umschriebenen Entwicklungsstörungen sprach. Anhand der AWMF-Leitlinie 049/006 „Diagnostik von Sprachentwicklungsstörungen (SES), unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)“ konnten die MDK-Gutachter dann in meinem Vortrag überzeugt werden, dass Kinderärzte sehr wohl zwischen Förder- und Therapiebedarf unterscheiden können. Ebenso, dass Kinder durch die Schnittstellenproblematik zwischen Bildungs- und Gesundheitssektor in Gefahr laufen, in der Förderfalle zu landen. „Im Zweifel also für das Kind“, war das Fazit einer der anwesenden Ärztinnen.

Eingängig war den Zuhörern auch, dass sich primär durch mangelnde Anregung verursachte Sprachentwicklungsrückstände ohne rechtzeitige medizinisch-therapeutische Intervention rasch pathologisieren können. „Auch ein ursprünglich gesundes und schlankes Kind kann bei überwiegender Ernährung durch Hamburger und Softdrinks schnell adipös werden oder gar Diabetes entwickeln. Genauso kann es sich bei zunächst sozial bedingter Spracharmut verhalten. Wenn die wichtigen Zeitfenster für eine physiologische Sprachentwicklung verpasst werden, dann manifestiert sich eine behandlungsbedürftige Sprachstörung:“

Sehr eindrücklich haben die Ärzte und Ärztinnen in der anschließenden Diskussion dargestellt, dass sie in der Regel nur nach Aktenlage entscheiden können und die sei eben häufig mehr als dünn. Verordnungen mit Textbausteinen aus dem Heilmittelkatalog könne man oft nur wenig Sinnhaftes entnehmen. Auch in den Therapieberichten würde selten auf konkrete Therapieziele und Therapieprognosen eingegangen werden.

„Bei den chronisch kranken Erwachsenen mit beispielsweise schwerer Schluckstörung ist schon der Erhalt des Status quo ein wichtiges therapeutisches Ziel“, resümierte ein anderer Teilnehmer. „Bei Kindern mit umschriebenen Entwicklungsstörungen dagegen, benötigen wir auch konkrete und vor allem alltagsrelevante Therapieziele im Bereich der Funktionsverbesserungen. Es sollte auch immer herausgearbeitet werden, dass die Probleme nicht mit pädagogischen Maßnahmen, wie beispielsweise Sprachförderung oder Förderunterricht, gelöst werden können“.

Am Ende des Veranstaltungstages war mein eigenes Fazit rundweg positiv. Die „grauen Herren“ waren in Wirklichkeit menschliche, wissbegierige, offene und diskussionsfreudige Ärzte und Ärztinnen und so gar nicht für den Aufbau eines Feindbildes geeignet. Ich nehme mit, dass es von immenser Wichtigkeit für die Heilmittelgutachter ist, aussagekräftige Therapieberichte vorliegen zu haben. Denn nur, wenn sich aus Verordnung und Therapieberichten klare Behandlungsziele ergeben, kann der MDK Prüfanträge im Sinne der Patienten bearbeiten.

Der Herr aus dem Aufzug hat zwischenzeitlich die Krawatte gelockert und mich hinterher zum Kaffee eingeladen. Er wollte noch mehr über das spannende Thema „Logopädie“ hören.

Christiane Sautter-Müller

Christiane Sautter-Müller hat den Beisitz Freiberufler im dbl Bundesvorstand seit Sommer dieses Jahres übernommen.

Hochwasserhilfe

Therapeuten können KfW-Zuschuss erhalten

Eine Million Euro mehr für die Beratung von Flutgeschädigten hält die KfW-Bankengruppe vor. Auch betroffene Therapeuten können die Leistung beantragen.

Vom Hochwasser betroffene Therapeuten können finanzielle Unterstützung von der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) erhalten. Die Bankengruppe hat gerade ihr Förderprogramm „Runder Tisch" im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie um eine Million Euro aufgestockt.

Wie die KfW mitteilt, sollen über das Programm Beratungen zu notwendigen Maßnahmen nach der Flut gefördert werden. Dabei ermöglich der „Sonderfonds Runder Tisch – Hochwasser 2013" eine Kostenübernahme von qualifizierten Beratungsleistungen in der Höhe von bis zu 1.600 Euro.

Das Programm wurde für kleine und mittelständische Unternehmen aufgelegt und auch logopädischen Praxen sowie physio- und ergotherapeutischen Praxen offen. Weitere Auskünfte sind unter der kostenfreien Rufnummer 0800-5399001 erhältlich. *(pm)*

Preisradar

Der Preisradar ist eine Übersicht über alle uns bekannten Preisaktualisierungen der letzten zwei Monate exklusiv für *unternehmen praxis*-Leser. So sind Sie immer darüber informiert, welche Preislisten gerade aktualisiert worden sind und in welchem Umfang. Die Liste ist auf dem Datenstand vom 20.8.2013. Ergänzungen können Sie gerne an folgende E-Mail-Adresse senden: *hotline@up-aktuell.de*.

Bundesland	Berufsgruppe	Kassenart/en	Gültig ab	Preise richten sich nach
Bayern	Physiotherapie	RVO	01.07.13	Erster Behandlungstermin
Bayern	Podologie	BKK	01.07.13	Verordnungsdatum
Bayern	Podologie	IKK classic	01.07.13	Behandlungsdatum
Berlin	Ergotherapie	RVO	01.07.13	Verordnungsdatum
Brandenburg	Physiotherapie	AOK	01.07.13	Verordnungsdatum
Bremen	Ergotherapie	RVO	01.06.13	Behandlungsdatum
Bund	Ergotherapie	LKK	01.07.13	Verordnungsdatum
Bund	Podologie	LKK	01.09.13	Verordnungsdatum
Mecklenburg-Vorpommern	Physiotherapie	AOK	01.07.13	Verordnungsdatum
Neue Bundesländer	Ergotherapie	AOK	01.07.13	Verordnungsdatum
Neue Bundesländer	Ergotherapie	vdek	01.07.13	Verordnungsdatum
Neue Bundesländer	Podologie	BKK Ost	01.07.13	Behandlungsdatum
Niedersachsen	Ergotherapie	RVO	01.06.13	Behandlungsdatum
Niedersachsen	Physiotherapie (VPT+VDB)	RVO	01.06.13	Behandlungsdatum
Niedersachsen	Podologie	IKK classic	01.07.13	Behandlungsdatum
Nordrhein-Westfalen	Podologie	IKK classic	01.07.13	Behandlungsdatum
Rheinland-Pfalz	Logopädie	RVO	01.07.13	Verordnungsdatum
Rheinland-Pfalz	Podologie	IKK	01.07.13	Verordnungsdatum
Saarland	Logopädie	RVO	01.07.13	Verordnungsdatum
Saarland	Podologie	IKK	01.07.13	Verordnungsdatum
Sachsen	Logopädie	AOK	01.07.13	Verordnungsdatum
Schleswig-Holstein	Physiotherapie (ZVK)	AOK	01.06.13	Behandlungsdatum
Thüringen	Logopädie	AOK	01.07.13	Verordnungsdatum

Krankenkasse äußert sich zum Thema Unterschrift

Siemens Betriebskasse legt Altersgrenze für Kinderunterschrift fest

Dürfen Kinder auf der Verordnung selbst unterschreiben? Mit dieser Frage beschäftigte sich *up* in der Juni Ausgabe 2013. Die Siemens Betriebskasse (SBK) legt nun die Altersgrenze für die Handlungsfähigkeit minderjähriger Leistungsempfänger auf die Vollendung des 10. Lebensjahres fest.

„Inwiefern ein Minderjähriger (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) rechtswirksam die erbrachte Heilmittelbehandlung durch Unterschrift bestätigen kann, ist eine zunächst eine Frage der Handlungsfähigkeit im Sozialrecht", erklärt der Rechtsanwalt Stefan Genge. Die sogenannte Handlungsfähigkeit Minderjähriger regelt das SGB I in § 36 gesondert für die Fälle des Antrags, der Verfolgung sowie der Entgegennahme von Sozialleistungen: „Wer das fünfzehnte Lebensjahr vollendet hat, kann Anträge auf Sozialleistungen stellen und verfolgen, sowie Sozialleistungen entgegennehmen" (§ 36 SGB I, (1)). Da die Heilmittelerbringung im Rahmen der Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen eine Sozialleistung darstellt, können also Minderjährige, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, zweifelsfrei die Behandlung auf der Heilmittelverordnung quittieren.

Ebenso klar ist der Gesetzgeber in der Regelung bei Kindern bis zur Vollendung des siebten Lebensjahres. Diese sind nach dem bürgerlichen Recht § 104 BGB geschäftsunfähig und dürfen die Behandlung nicht quittieren. Hier müssen die Eltern den Empfang der Leistung auf der Verordnung abzeichnen.

Bei Kindern zwischen dem siebten und 15. Lebensjahr besteht eine mögliche rechtliche Grauzone. „Problematisch könnte die Einschätzung der Situation bei der Behandlung von Minderjährigen zwischen Vollendung des siebten und 15. Lebensjahres sein, die nach § 106 BGB beschränkt geschäftsfähig sind. Denn das Kind benötigt für eine Willenserklärung, in diesem Fall die Quittierung der Leistung, die vorherige Einwilligung des gesetzlichen Vertreters (§ 107 BGB)."

Die Siemens Betriebskasse (SBK) erklärt nun „Grundsätzlich orientieren wir uns hierbei an der Grenze des § 36 SGB I, da im Regelfall zu erwarten ist, dass ab dem 15. Lebensjahr die erforderliche Einsichtsfähigkeit vorliegt." Die Kasse hat sich nun entschieden, die Altersgrenze für die Handlungsfähigkeit minderjähriger Leistungsempfänger auf die Vollendung des 10. Lebensjahres festzulegen. Das heißt, ein Zehnjähriger darf selbst auf der Verordnung unterschreiben. Bis zur Vollendung des 10. Lebensjahrs muss der Erziehungsberechtigte die Verordnung unterschreiben. Diese Vorgabe betrifft nur die Siemens BKK. Warum die Kasse gerade dieses Alter gewählt hat und nicht ein anderes, ist nicht klar. *(ko)*

Vorsicht bei Rundmails!

Keine personenbezogenen E-Mail-Adressen in offenen Mail-Verteiler

Vorsicht bei Rundmails! Das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA) hat gegen eine Mitarbeiterin eines Handelsunternehmens ein Bußgeld verhängt, weil sie personenbezogene E-Mail-Adressen in einem offenen Mail-Verteiler an Kunden verschickt hat. Eine wichtige Entscheidung auch für Praxisinhaber die regelmäßig Newsletter versenden.

In ihrer Mail hatte die Mitarbeiterin die Kunden darüber informiert, dass sich das Unternehmen zeitnah um ihr Anliegen kümmern werde. Die Mail umfasste zehn Seiten, davon die Information für den Kunden etwa eine halbe Seite, die restlichen Seiten enthielten ausschließlich E-Mail-Adressen. Die Adressen waren dabei im „AN-Feld" eingetragen und somit für jeden Empfänger sichtbar (sogenannter offener E-Mail-Verteiler).

Ein solches Vorgehen sei eine klare Verletzung des Datenschutzrechts, so die Behörde. Denn personenbezogene Daten, wie im vorliegenden Fall E-Mail-Adressen, die sich in erheblichem Umfang aus Vornamen und Nachnahmen zusammensetzen, dürfen nur dann an Dritte übermittelt werden, wenn dafür eine Einwilligung vorliege oder eine gesetzliche Grundlage gegeben sei, heißt es in einer Pressemitteilung. Beide Voraussetzungen lagen im konkreten Fall nicht vor. Im Hinblick auf die erhebliche Anzahl der E-Mail-Adressen habe es die Behörde „nicht mehr bei einer (folgenlosen) Feststellung der datenschutzrechtlichen Unzulässigkeit belassen, sondern ein Bußgeld verhängt".

Das Landesamt wies darauf hin, dass ein derartiger Verstoß sehr schnell und fahrlässig geschehen könne, wenn man die E-Mail-Adressen in das „AN-Feld" oder das „CC-Feld" (Carbon Copy) eintrage und nicht in das „BCC-Feld" (Blind Carbon Copy), in der die Zieladresse unterdrückt werde. Allerdings sei es nicht immer das alleinige Verschulden des jeweiligen Mitarbeiters, vielmehr werde, so die Behörde weiter, „in manchen Unternehmen dieser Fragestellung offensichtlich nicht die entsprechende Bedeutung beigemessen" und Mitarbeiter würden „entweder nicht entsprechend angewiesen oder überwacht". Daher werde die Behörde in einem vergleichbaren Fall in Kürze einen Bußgeldbescheid gegen die Leitung des betroffenen Unternehmens – und nicht gegen den konkreten Mitarbeiter – erlassen. *(ks)*

Anerkennungsgesetz für ausländische Berufs- und Studienabschlüsse

Neue Mitarbeiter für Praxischefs

In Deutschland fehlen immer mehr Fachkräfte – bald auch unter den Physiotherapeuten, wie der Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten (IFK) schon seit längerem warnt. Laut aktueller Zahlen der Bundesagentur für Arbeit werde es für Praxisinhaber immer schwieriger, neue Mitarbeiter zu finden. Abhilfe soll das vor einem Jahr geltende Anerkennungsgesetz für ausländische Berufs- und Studienabschlüsse bringen, das allerdings bislang nur in zehn der 16 Bundesländer in Kraft ist.

Seit April 2012 gilt das „Gesetz zur Verbesserung der Feststellung und Anerkennung im Ausland erworbener Berufsqualifikationen". Es soll die Chancen für Menschen, die ihren beruflichen Abschluss im Ausland erworben haben, verbessern, in Deutschland in ihrem erlernten Beruf zu arbeiten. Und die Nachfrage scheint vorhanden: Seit Inkrafttreten des Gesetzes wurden etwa 30.000 Anträge auf berufliche Anerkennungen gestellt, heißt es in einer Pressemitteilung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF). Dies sei eine vorläufige Schätzung, konkrete Zahlen werden wohl erst mit der amtlichen Bundesstatistik im Herbst 2013 vorliegen.

Wie groß die Nachfrage nach Informationen zu den Verfahren der beruflichen Anerkennung ist, zeigen die Zugriffszahlen auf das Online-Portal „Anerkennung in Deutschland" (www.anerkennung-in-deutschland.de), das bis Ende Mai rund 480.000 Besucher nutzten. Etwa 40 Prozent der Nutzer informierten sich vom Ausland aus, vor allem aus der Russischen Föderation, aus den USA, Spanien und Polen.

Der größte Teil der Anträge werde in den reglementierten Berufen gestellt, beispielsweise von Ärzten, Apothekern, Physiotherapeuten oder Hebammen. Für sie ist eine Anerkennung ihrer beruflichen Auslandsqualifikation Voraussetzung für die Berufsausübung in Deutschland. Allein von April bis Dezember 2012 waren rund 20.000 Anträge allein in den Gesundheitsberufen gestellt worden. Bislang liegen konkrete Zahlen nur in Hamburg und Brandenburg vor: So haben in Hamburg vom 1. April 2012 bis 31. Januar 2013 bereits 17 Physiotherapeuten (vier bereits anerkannt), drei Logopäden (zwei anerkannt) und ein Ergotherapeut (noch nicht beschieden) Anträge auf Anerkennung ihrer beruflichen Qualifikation gestellt, in Brandenburg bis 30. April 2013 acht Physiotherapeuten und ein Logopäde. *(ks)*

Neuer Leitfaden zur Selbsthilfeförderung

GKV will Selbsthilfe künftig gezielter unterstützen

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) will Selbsthilfegruppen, ihre Organisationen und Kontaktstellen künftig gezielter unterstützen und Fördergelder bedarfsgerechter verteilen. Das geht aus dem neuen „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung" hervor, der ab Januar 2014 gelten soll.

Das Verfahren zur Förderung für die Betroffenen solle niedrigschwellig und rechtssicher erfolgen, heißt es in einer Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbandes. Neu in den Leitfaden aufgenommen wurden u.a. klare Fristen für die Antragsbearbeitung und konkretere Bestimmungen zu Fördervoraussetzungen sowie der Mittelverwendung. Ferner wurde klargestellt, dass Selbsthilfeprojekte auch mehrjährig gefördert werden können.

Mit rund 42 Millionen Euro fördern die gesetzlichen Krankenkassen in diesem Jahr die Selbsthilfegruppen, von denen es in Deutschland nach Schätzungen der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) zwischen 70.000 und 100.000 gibt. Seit 2008 seien die Zuschüsse damit um über neun Prozent gestiegen.

Die Hälfte der Zuschüsse fließt laut § 20 c SGB V in die Basisfinanzierung der Selbsthilfe, die andere Hälfte können die Kassen im Rahmen ihrer individuellen Projektförderung verwenden. Gefördert werden u.a. Gruppen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Schlaganfall, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems wie Rheuma, allergische und asthmatische Erkrankungen, Krankheiten des Nervensystems wie Multiple Sklerose, aber auch Gruppen für Suchtkranke und Schmerzpatienten. *(ks)*

> Service

Den „Leitfaden zur Selbsthilfeförderung" können Sie im Internet unter *www.gkv-spitzenverband.de* herunterladen.

Aktuelle Seminarangebote für Praxischefs und ihre Mitarbeiter im September und Oktober

In unseren Seminaren erleben Sie aktuelle Themen auf den Punkt gebracht mit vielen Beispielen aus der Praxis. Wir stellen Themen und Lösungen vor, die Abläufe in der Praxis optimieren oder für mehr Umsatz sorgen, um mit langfristigen Gewinnen die Zukunft zu sichern.

Anmeldung unter: Tel.: 04307-8119800, E-Mail: info@buchner-consulting.de.
Weitere Informationen unter: *www.buchner-seminare.de* oder *www.buchner-shop.de.*

PRÄSENZ-SEMINARE

Titel	Art.-Nr.	Datum	Ort	Basiseinheiten-code	Uhrzeit	Preis netto
Frauen führen anders	sem_ff	27.09.13	München	2-tägiges Seminar	9:00–17:00 / 15:00 Uhr	329,50 €
Betriebswirtschaftslehre für Therapeuten	sem_bwl	11.10.13	InterCity Hotel Dresden	2-tägiges Seminar	9:00–17:00 / 15:00 Uhr	329,50 €
Selbstzahlerleistung	sem_szl	17.10.13	Berlin	1-tägiges Seminar	10:00–17:00 Uhr	199,50 €
„Mitarbeiter motivieren mit leistungsorientierter Bezahlung“	sem_lm	18.10.13	Mercure Berlin City West	1-tägiges Seminar	10.00–17:00 Uhr	199,50 €
Ärzte motivieren, (extrabudgetär) zu verordnen!	sem_eb	22.10.13	Park Inn Hotel Hamburg Nord	1-tägiges Seminar	10:00–17:00 Uhr	199,50 €
Erfolgreich mit Krankenkassen abrechnen	sem_eag	23.10.13	Park Inn Hotel Hamburg Nord	1-tägiges Seminar	10:00–17:00 Uhr	199,50 €
Erfolgreich mit Privatpatienten abrechnen	sem_eap	24.10.13	Park Inn Hotel Hamburg Nord	1-tägiges Seminar	10:00–17:00 Uhr	199,50 €
Betriebswirtschaftslehre für Therapeuten	sem_bwl	08.11.13	Best Western Hotel Frankfurt-Rodgau	2-tägiges Seminar	9:00–17:00 / 15:00 Uhr	329,50 €
Erfolgreiche Arztkommunikation	sem_ak	22.11.13	Park Inn Hotel Hamburg Nord	1-tägiges Seminar	10:00–17:00 Uhr	199,50 €

ONLINE-SEMINARE

Titel	Artikelnummer	Datum	Uhrzeit	Preis
5 Ideen für den „Ausstieg“ aus der Praxis	sem_oau	09.09.13	19:00 Uhr	25,13 (netto) 29,90 € (brutto)
„Keine Selbstzahlerleistung = unterlassene Hilfeleistung?“	sem_OSZL	11.09.13	19:00 Uhr	25,13 (netto) 29,90 € (brutto)
Schummeln unnötig – formal korrekt abrechnen	sem_OSU	24.09.13	19:00 Uhr	25,13 (netto) 29,90 € (brutto)
Einführung in die GKV-Heilmittelverordnung	sem_oegkv	07.10.13	14:00 Uhr	25,13 (netto) 29,90 € (brutto)
Einführung in die Verlaufsdokumentation und Berichtschreibung	sem_ovub	07.10.13	16:00 Uhr	25,13 (netto) 29,90 € (brutto)
Therapiebericht – Jetzt verordnen Ärzte gerne weiter!	sem_OTEB	08.10.13	19:00 Uhr	25,13 (netto) 29,90 € (brutto)

Abrechnungstipp

Zwölf-Wochen-Frist bei Verordnung a.d.R.

Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls müssen Verordnungsmenge und Frequenz so bemessen sein, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist (§ 8 Abs. 1, Satz 4 HeilM-RL). Doch was bedeutet das jetzt konkret für die Praxis?

GRUNDREGELN

- Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls müssen Verordnungsmenge und Frequenz so bemessen sein, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist (§ 8 Abs. 1, Satz 4 HeilM-RL).
  - Faustregel zur Berechnung der 12-Wochen-Frist: Verordnungsmenge geteilt durch die Frequenz muss immer einen Wert ergeben, der nicht größer als 12 ist: VO-Menge/Frequenz ≤ 12
  - Beispiel: Ein Arzt verordnet 20-mal Logopädie 45 Minuten, Frequenz 1-mal pro Woche. 20 Einheiten dividiert durch 1 entspricht einer Zeitspanne von 20 Wochen: Diese VO entspricht nicht den Vorgaben der Heilmittel-Richtlinie. Sie kann aber, wenn medizinisch notwendig, gültig gemacht werden (Details siehe selbst korrigieren)
- Diese Regelung dient der Begrenzung der Anzahl der Behandlungseinheiten. Sie soll sicherstellen, dass Patienten in regelmäßigen Abständen beim Arzt vorstellig werden, um den Therapiebedarf und die adäquate Versorgung zu gewährleisten (Frage 9 Fragen-/Antwortenkatalog des GKV-Spitzenverbandes).
- Bei den Vorgaben aus § 8 Abs. 1, Satz 4 der HeilM-RL handelt es sich um eine formale Anforderung für das Ausfüllen einer Verordnung außerhalb des Regelfalls. Hier wird nicht festgelegt, wie die Verordnung dann letztendlich erbracht wird. In Fällen von längeren Unterbrechungen durch beispielsweise Urlaub oder Krankenhausaufenthalt gelten die normalen Unterbrechungsregeln.
- Eine Pflicht für Heilmittelerbringer, eine Verordnung nach 12 Wochen abzubrechen, lässt sich weder aus der Heilmittel-Richtlinie noch aus den Rahmenverträgen ableiten.

SELBST KORRIGIEREN

- Der Heilmittelerbringer kann die Einhaltung der 12-Wochen-Frist selbst korrigieren, indem er die Frequenz, wenn medizinische notwendig, entsprechend anpasst.
- Von der angegebenen Frequenz auf der Verordnung kann man als Leistungserbringer abweichen, wenn man sich an folgende Regeln hält (§ 16 Abs. 2 HeilM-RL):
  - (Telefonische) Rücksprache mit dem verordnenden Arzt,
  - Einvernehmliche Änderung auf der Rückseite der VO (siehe Abbildung), dokumentiert vom Heilmittelerbringer
- Fehlt die Angabe der Frequenz, kann die Verordnung vom Heilmittelerbringer ohne Arztunterschrift gültig gemacht werden, wenn man sich an die Regelungen aus dem gemeinsamen Rahmenempfehlungen hält (§ 17 Abs. 5 Rahmenempfehlungen gem. § 125 SGB V bzw. § 18 Abs. 5 Rahmenempfehlungen für den Bereich Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie):
  - (Telefonische) Rücksprache mit dem verordnenden Arzt,
  - Wenn keine andere Frequenz mit dem Arzt abgesprochen wurde, wird die Frequenzempfehlung des Heilmittel-Katalogs angewendet
  - Die einvernehmliche Änderung wird auf der Rückseite der VO (siehe Abbildung), vom Heilmittelerbringer dokumentiert

KORREKTUR DURCH DEN ARZT

- Der Arzt kann sowohl die Frequenz als auch die Anzahl der Behandlungseinheiten korrigieren.
- Einige Krankenkassen bestehen auf der Genehmigung von Verordnungen außerhalb des Regelfalls:
  - Bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls, die zur Genehmigung eingereicht werden, kann davon ausgegangen werden, dass die Krankenkassen diese auf die Einhaltung der 12-Wochen-Frist hin prüfen und gegebenenfalls die Verordnung ablehnen.
  - Das muss nicht sein! Also vor Einreichen des Antrags zur Genehmigung überprüfen und gegebenenfalls die Frequenz anpassen.

IM RAHMENVERTRAG PRÜFEN

- Fast alle Kassen akzeptieren Änderungen durch den Arzt auch per Fax.

BESONDERHEITEN

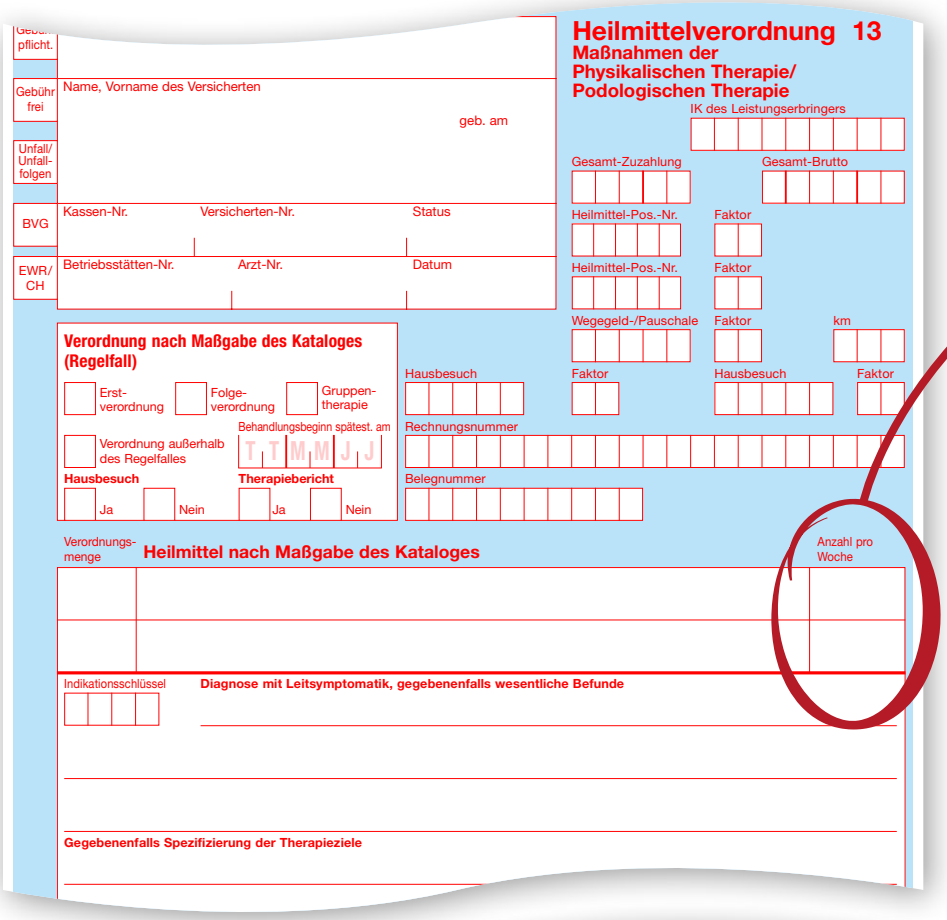
- Da es sich bei der 12-Wochen-Frist um eine Regelung aus der Heilmittel-Richtlinie handelt, gilt diese nicht für zahnärztliche Verordnungen, BG-Verordnungen und privatärztliche Verordnungen.

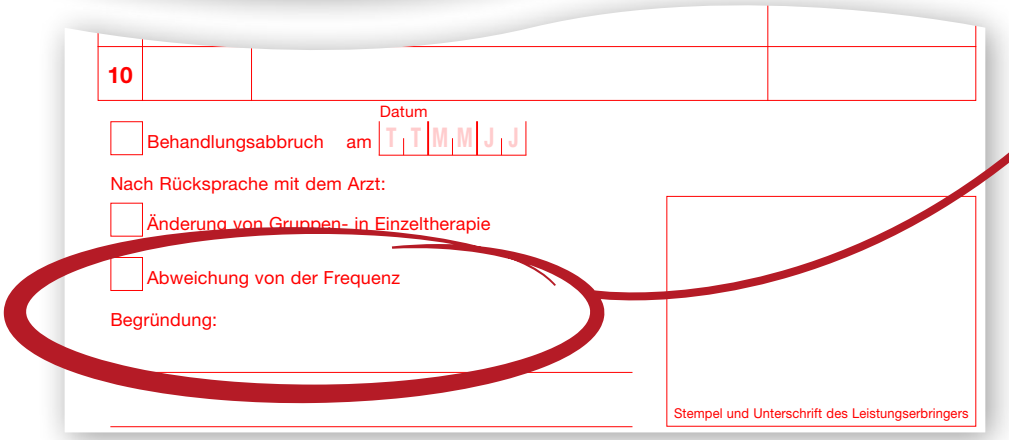
ABRECHNUNGSSTRATEGIE

- Stimmen verordnete Behandlungseinheiten und Frequenzen nicht mit der Regelung aus § 8 Abs. 1 Satz 4 der HeilM-RL überein, so müssen sie angepasst werden. Ansonsten drohen Ablehnungen der Verordnungen durch Krankenkassen und Regresse wegen ungültiger Verordnungen.
  - Für ein gutes Arzt-Therapeutenverhältnis ist es ratsam, dem Arzt möglichst wenige Änderungen zurückzuschicken. Das heißt, was selbst korrigiert werden kann, sollte auch geändert werden. Das spart Zeit.
- Aus der Heilmittel-Richtlinie ergibt sich keine Pflicht zur Begründung der Änderung der Frequenz. In den gemeinsamen Rahmenempfehlungen wird in einer Fußnote des § 17 Abs. 5 aber eine Begründung verlangt (dies ist nicht der Fall in den neuen Rahmenempfehlungen der Logopäden).
  - Dokumentation der Begründung auf der Rückseite der Verordnung. Beispielbegründungen: Änderung der Frequenz entsprechend der Vorgaben der HeilM-RL. Oder: Änderung der Frequenz zur Sicherstellung der regelmäßigen ärztlichen Überprüfung des gleichbleibenden Therapiebedarfs. *(jw)*

up-premium plus

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





Verordnungsmenge und Frequenz müssen so bemessen sein, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb von 12 Wochen gewährleistet ist.

Eine Änderung der Frequenz ist auf der Heilmittelverordnung vorgesehen. Wichtig: entsprechende Ergänzungen oder Änderungen immer auf der Rückseite unten links eintragen.

Standbein Marburger Konzentrationstraining

Ergotherapie im Klassenzimmer

Ruhig auf dem Boden liegen und sich auf eine Fantasiereise begeben – für die vier Schüler der Gutenbergschule in Reutlingen war das vor einigen Monaten noch undenkbar. Doch nach dem Konzentrationstraining bei der Ergotherapeutin Stefanie Feimer im letzten Schuljahr haben die Viertklässler der Förderschule große Fortschritte gemacht – sowohl im Umgang miteinander als auch in ihrem Arbeitsstil.

Einmal in der Woche trafen sich die vier Jungen, bei denen der Verdacht auf ADHS besteht oder ADHS bereits diagnostiziert wurde, für anderthalb Stunden nachmittags in ihrem Klassenzimmer, um ihre Konzentrationsfähigkeit zu steigern. Die Übungen sind Bestandteil des „Marburger Konzentrationstrainings nach Krowatschek“, in dem die 47-jährige Ergotherapeutin 2006 ihren Abschluss als zertifizierte Trainerin machte – mit dem Ziel, „solche Kurse als zweites Standbein in meiner Praxis zu etablieren“. Vier Jahre später absolvierte sie einen zweiten Kurs, das „Marburger Verhaltenstraining“ (MVT).

„Das Training wendet sich an SchülerInnen, die eher unaufmerksam, leicht ablenkbar und wenig ausdauernd sind.“

Entspannung und Arbeitsphasen im Wechsel

Der Ablauf des „Marburger Konzentrationstrainings“, das in der Regel sechs bis acht Stunden umfasst und je nach Anzahl der Jugendlichen (maximal fünf) zwischen 60 und 75 Minuten dauert, erfolgt stets nach dem gleichen Schema: Zu Beginn einer jeden Trainingsstunde steht ein dynamisches Spiel, in dem sich die Teilnehmer austoben können. Es folgt eine Entspannungsübung nach den Regeln des autogenen Trainings - mit speziellen Geschichten werden die Jugendlichen auf eine Fantasiereise geschickt. Anschließend gibt es verschiedene Arbeitsphasen, in denen sich die Kinder auf bestimmte Aufgaben konzentrieren müssen.

Nach dem erfolgreichen Abschluss des „Marburger Konzentrationstrainings“ bot Stefanie Feimer solche Kurse im Haus der Familie in Reutlingen an. Das „Training wendet sich an SchülerInnen, die eher unaufmerksam, leicht ablenkbar und wenig ausdauernd sind, motorisch unruhig und überaktiv, impulsiv und schwer steuerbar sind.

Aber auch an diejenigen SchülerInnen, die träumen und nicht bei der Sache sind, sehr lange brauchen, bis sie eine Aufgabe anfangen, häufig Flüchtigkeitsfehler machen, Gelerntes schon nach kurzer Zeit vergessen haben“, heißt es dort in der Kursbeschreibung. „Am Anfang lief es etwas zäh“, erinnert sich die Ergotherapeutin, die im Mai 2003 ihre Praxis in Bad Urach eröffnete. „Im ersten Jahr hatten wir nur drei Teilnehmer – das ist die Schmerzgrenze für Familienbildungsstätten.“ Der Kurs kostete 80 Euro und umfasste sechs Trainingsstunden und zwei Elternabende. Inzwischen hat sich die Idee etabliert und die Kurse werden durchschnittlich von sechs bis zehn Jugendlichen zwischen sieben und zehn Jahren besucht.

„Die Kurse sind ein zweites Standbein für meine Praxis.“

Stefanie Feimer ist zertifizierte Trainerin des Marburger Konzentrationstraining.

Parallel zu ihrem Engagement in der Familienbildungsstätte bot sie solche Kurse auch in ihrer Praxis an (Kosten: 100 Euro). „Anfangs musste ich viel Werbung betreiben“, so die Praxischefin, „neben dem Flyer schaltete ich in den ersten zwei Jahren immer mal wieder ein paar kleine Anzeigen in unserem Lokalblatt.“ Das gehört inzwischen aber der Vergangenheit an, „die Kurse haben sich zu einem Selbstläufer gemausert“, freut sie sich, „und werden im Schnitt von fünf Kindern wahrgenommen“.

Finanzmodell Spenden

Für ihr Konzentrationstraining in der Gutenbergschule musste sie keine Werbung machen. Die Sozialpädagogin der Förderschule kam auf die Ergotherapeutin zu. Finanziert wurde das erste Jahr durch das Reutlinger „Spendenparlament“, in denen Vertreter von Kirche und Stadt sitzen. „Allerdings fördert das Spendenparlament jedes Projekt nur einmal“, so Stefanie Feimer. Doch die Schule bemüht sich um weitere Sponsoren, sodass „berechtigte Hoffnungen bestehen, dass die Ergotherapie im Klassenzimmer auch im neuen Schuljahr fortgesetzt werden kann“.

Die Praxisinhaberin hat insgesamt gute Erfahrungen mit ihrem Schulprojekt machen können, auch wenn sie feststellte, dass die Kinder in der Förderschule größere Probleme haben als die Kinder in ihrer Praxis, „die nur in die Spur gebracht werden müssen“. Belegt wurde das positive Feedback von einer Studentin der Fakultät Sonderpädagogik an der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg, die den Kurs seit Oktober begleitete und eine wissenschaftliche Hausarbeit über Therapie und Praxis der Ergotherapie in einer Gruppe schreiben wird. Bei einem der vier Schüler waren nach deren Ergebnissen sehr große Veränderungen sichtbar geworden.

Stefanie Feimer wird ihren Weg mit dem „Marburger Konzentrationsweg“ weitergehen und kann es ihren Kollegen nur empfehlen. „Allerdings“, so die Ergotherapeutin einschränkend, „dürfe man nicht die Erwartung haben, dass man damit gleich viel Geld verdienen kann.“ Man brauche schon einen längeren Atem, um die anfängliche Durststrecke zu überstehen. „Aber den Bekanntheitsgrad der eigenen Praxis steigert ein solches Projekt auf jeden Fall!“ *(ks)*

> Kontakt

Ergotherapiepraxis Stefanie Feimer u. Heike Pfisterer, Beim Tiergarten 6, 72574 Bad Urach, 07125-407438, info@et-urach.de, www.et-urach.de

HINTERGRUND

Das Marburger Konzentrationstraining

Das Marburger Konzentrationstraining (MKT) ist ein auf Selbstinstruktion basierendes, kognitiv-verhaltenstherapeutisches Training für Vorschul- und Schulkinder im Alter von fünf bis etwa zwölf Jahren.

Es wurde Anfang der 1990er Jahre von dem Marburger Schulpsychologen Dieter Krowatschek entwickelt und wird vorwiegend bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung eingesetzt. Das MKT soll den Kindern die Methode der verbalen Selbstinstruktion sowie grundlegende Arbeitstechniken für den Schul- und Hausaufgabenalltag vermitteln. Weitere Bestandteile sind Entspannungstechniken, etwa durch Autogenes Training, und Verhaltensmodifikation, unter anderem durch positive Verstärkung, zur Verbesserung von Selbsteinschätzung und Selbstkontrolle. Ziel ist eine Veränderung von einem impulsiven hin zu einem reflexiven kognitiven Arbeitsstil.

Seine Elemente sind für den Einsatz im Klassenzimmer konzipiert und auf sechs bis acht Trainingsstunden ausgelegt. Zusätzlich zum Training mit den Kindern gibt es ein häusliches Übungsprogramm und begleitende Elternabende.

Quelle: Wikipedia

Entrümpeln

So schaffen Sie Ordnung in Ihrer Praxis

Aufräumen ist ein Dauerthema. Entweder wir sind selbst Chaoten oder wir leiden an Chaoten im Team, die im Kühlschrank Züchtungen neuer Lebensarten auf ihren Joghurts ziehen. Auch passiert es, dass wir uns an halbverwelkte Topfpflanzen im Wartebereich so gewöhnt haben, dass wir den Zeitpunkt verpassen, zu dem schlichtweg eins die Lösung war: ab in den Müll. Die Liste der Dinge, die ausgedient haben, die wir aber belassen, wo sie sind, weil wir sie nicht mehr wahrnehmen oder weil wir niemandem im Team zu nahe treten wollen oder weil wir nicht schon wieder zuständig sein wollen … ist lang. Und dennoch sind Praxisräume Aushängeschilder, die wir gestalten sollten, und sind Arbeitsräume Chancen für Orte des Wohlbefindens von Ihnen selbst und von Ihrem Team.

Typensache?

Es gibt – nennen wir sie mal so – die Sammler und die Wanderer. Die Wanderer dürfen gleich auf den nächsten Beitrag weiterblättern – sie finden hier nichts, außer vielleicht das amüsierte Wiedererkennen von Alltagsanekdoten mit der anderen Spezies, den Sammlern. Sie kennen sie von daheim und aus der Praxis – die Welt scheint voll von ihnen, denn die Welt der Sammler ist so unübersehbar.

Wanderer gehen mit leichtem Gepäck. Sie sortieren nicht mühevoll aus, sie nehmen „einfach“ nur mit, was sie brauchen. Sie wissen, wo sie sich besorgen können, was sie ihnen fehlt, wo sie nachschlagen können, was ihnen grad nicht einfällt. Zumeist wissen Wanderer auch, wo sie hin wollen. (Ganz am Rande, weil von ihnen hier nicht weiter die Rede sein wird: Wanderer können von den Sammlern lernen – so, wie wir immer von Menschen lernen können, die ganz anders sind als wir selbst – sie können von ihnen lernen, Dinge, Erfahrungen und Erinnerungen nah an sich ran zu lassen und tief ins Herz zu schließen.)

Gehören Sie indes zu den Sammlern, lehnen Sie sich zurück. Schließen Sie die Augen. Stellen Sie sich eine Welt vor, die frei ist von Bergen voller Dinge, die Sie noch erledigen müssen, die Sie noch einmal zur Hand nehmen möchten, von denen Sie sich „irgendwie“ noch nicht trennen können. Sie sind ganz frei für die nächste Aufgabe, der Sie sich widmen wollen. Wie ist diese Vorstellung? Riechen Sie plötzlich frische Luft? Haben Sie das Gefühl, erleichtert durchatmen zu können? Wird Ihre Umwelt bunt und wohlgestimmt? Bekommen Sie plötzlich Lust, ein ganz neues Projekt zu starten?

Entrümpeln klingt gut – aber wo anfangen?

Ohne Ballast wird die Arbeit effizient und bekommt einen mühelosen Kick. Aber wo anfangen? Schauen Sie einmal auf die Checkliste „So entrümpeln Sie Ihre Praxis“. Steckt da nicht einiges drin, wo Sie anfangen könnten? Fein, wenn Sie das delegieren können – gelegentlich bringt es aber mehr Effekt, wenn man selbst Hand anlegt.

Die Belohnung stellt sich von selbst ein

Sicher haben Sie bereits einmal beim Friseur oder im Wartezimmer eines Arztes eine dieser Zeitschriften in

die Hand genommen, die vom Feng Shui des Aufräumens tönen. Ich verstehe nicht viel davon, aber mich lockt der Gedanke, dass äußere Räume auf unser Inneres wirken.

Gefällt auch Ihnen der Gedanke, dass Sie innerlich mehr Spielraum vorfinden, sobald Sie äußeren Ballast abwerfen? Fühlen auch Sie sich von den vielen kleinen und großen Anforderungen Ihres Arbeitsalltags zwar angeregt, aber überfüllt (überfüllt wie Ihre Praxis)?

Wir brauchen für unsere Arbeit all unsere Kreativität, unsere Innovationsfreude, unsere Tatkraft – wir können uns nicht leisten, mit Dingen belastet zu sein, die nicht mehr aktuell sind, die wir ewig vor uns her schieben, die wir irgendwie noch einmal überdenken müssen.

Entrümpeln Sie noch in diesem Monat Ihre Praxis, und machen Sie die Erfahrung, dass die Belohnung sich wie von selbst einstellt.

Entrümpeln tut weh

Wir vermeiden Entrümpeln? Warum? Weil es weh tut. Wir müssen uns von Gewohntem, Liebgewordenem trennen. Wir müssen Prioritäten setzen und entscheiden, was uns ab heute wichtig ist, was überflüssig geworden ist. Das mag Widerstand auslösen – vor allem im Team –, steckt doch darin die Information: Heute ist etwas unwichtig, was mir, uns früher wichtig war. Oder: Heute sollte ich endlich eine Konsequenz daraus ziehen, dass ich etwas eingelagert habe, was ich schon immer nicht wirklich nutzen konnte.

Entscheidungsfreude

Auf Ihrer Position sind Sie gewohnt, Entscheidungen zu fällen – auch solche Entscheidungen, die andere Menschen betreffen. Wie machen Sie das? Sie setzen Prioritäten, machen sich und anderen Ihr Ziel klar, definieren Zwischenschritte, organisieren die Kontrolle über diese Zwischenschritte und das Ergebnis. Haben Sie einmal daran gedacht, genau diese Fähigkeiten zu nutzen, wenn es ums Entrümpeln geht? Definieren Sie Ihre Praxis als Schaltzentrale Ihrer Schaffenskraft, und verbannen Sie alles, was dort nicht passt. Setzen Sie Prioritäten, und ordnen Sie Ihre Praxis derart, dass Wichtiges sichtbar, Dringendes griffbereit ist.

Apropos Freude. Haben Sie einmal angefangen, sich von Ballast zu trennen, machen Sie schnell die Erfahrung, dass Sie sich auch von geistigem Unrat befreien. Man nimmt sich nicht mehr so ernst, klammert nicht mehr an Ideen, die einmal wichtig waren. Ihrer Phantasie seien da keine Grenzen gesetzt. Viel Freude und Erfolg dabei!

Monika Radecki, Kommunikationsberatung, D-Heidelberg, 2013, www.monika-radecki.de

Monika Radecki (www.monika-radecki.de) ist Kommunikationsberaterin in den Bereichen Selbstmanagement, Führung und Team; sie begleitet Einzelpersonen, Teams und Gruppen als Trainerin, Coach und Autorin.

TIPP

So entrümpeln Sie Ihre Praxis

Fangen Sie einfach irgendwo an – Ihr Erfolg wird schnell sichtbar: für Sie und für andere. Spüren Sie die Stellen auf, an denen es quillt und die ein Eigenleben entwickelt haben. Nehmen Sie sich an zwei Tagen jeweils eine halbe Stunde Zeit für dieses Aufspüren. Dann nehmen Sie sich an zwei Tagen zwei Stunden Zeit, um zu entrümpeln. Achtung Falle – die Idee: Erst Aufräumen, dann Wegschmeißen, funktioniert nicht. Schaffen Sie Platz. Erst dann kann sich eine neue Ordnung einstellen. Probieren Sie es aus!

Empfangstisch und PC

Steht das Telefon so, dass Sie leicht drankommen und Sie gleichzeitig im PC klicken können?

- Ist genug freier Platz, um mit Stift und Papier Notizen zu machen?
- Haben Sie Eiliges gleich griffbereit?
- Sehen Sie auf einen Blick, dass jemand Ihnen Neues in Ihr Fach gelegt hat?
- Was liegt auf Ihrem Tisch, das Sie länger als zwei Wochen nicht benutzt haben? Weg damit.
- Sind Sie beim Sitzen durch Material unter dem Schreibtisch, das sonst nirgends Platz findet, behindert?
- Verwahren Sie auf Ihrem PC Daten und Mails, die Sie längst nicht mehr brauchen und die Ihr Recherchieren und Verwalten blockiert? Entwickeln Sie ein sinnvolles Ablagesystem auf dem PC, und versäumen Sie dennoch nicht, Altes regelmäßig zu löschen oder zu archivieren.

Regale und Schränke

- Stehen Ordner, Bücher, Material in Ihren Regalen so, dass Sie sie gleich überblicken?
- Brauchen Sie alles Material, was Sie dort lagern?
- Sind alle Packungen und Ordner so beschriftet, dass Sie den Inhalt leicht finden?
- Sichten Sie regelmäßig den Inhalt Ihrer Ablage? Erleichtern Sie sich um Unterlagen, die Sie nicht mehr nutzen!
- Machen Sie wichtige Unterlagen sichtbar, z.B. durch Ablagekörbe oder Hängeregister.
- Schauen Sie einmal mit fremdem Blick in Ihre Praxis: Was sieht ein Patient, eine Patientin dort? Wollen Sie das? Was möchten Sie ändern?

Kühlschrank

- Joghurt vom letzten Monat, der niemandem gehört? Eine offene Sektflasche vom Fest vorletzte Woche, bei der sich niemand erbarmt, sie zu entsorgen? Erdbeermarmelade, die schon den Kühlschrank bewohnte, seitdem Sie vor vier Jahren die neuen Praxisräume bezogen haben? Fort damit.
- Von wem ist was im Kühlschrank? Vereinbaren Sie, dass jede und jeder das eigene Namenskürzel auf Lebensmittelpackungen schreibt – so ist jeder als Besitzer identifizierbar und ansprechbar.
- Besprechen Sie, wer den Kühlschrank regelmäßig prüft, oder legen Sie selbst Hand an – legen Sie auf den frei werdenden Platz frische Pralinen mit der Aufschrift: „Fort mit Altem. Dann kann Gutes nachrücken. Bedient euch.“

Investitionsabzugsbetrag

Lukratives Steuersparmodell für kleine Praxen

Gerade erst hat der Steuergesetzgeber eher suspekte Steuerschlupflöcher wie das Goldfinger-Modell geschlossen. Eine völlig legale Steuersparmöglichkeit bleibt aber unangetastet: die Geltendmachung sog. Investitionsabzugsbeträge.

Die unter Selbstständigen sehr beliebte Ansparabschreibung wurde im Jahr 2007 durch den Investitionsabzugsbetrag ersetzt. Seitdem gelten zwar neue Spielregeln für die Bildung und Auflösung einer solchen gewinnmindernden Rücklage, die in § 7g des Einkommensteuergesetzes festgeschrieben sind. Der Kern aber wurde beibehalten: Freiberufler und Kleingewerbetreibende dürfen unter bestimmten Voraussetzungen weiterhin bis zu 40 Prozent der voraussichtlichen Anschaffungskosten eines Wirtschaftsguts vor dem Kauf gewinnmindernd erfassen. Der Haken: Sie müssen auch wirklich investieren. Kommt es nämlich nicht zur Anschaffung innerhalb des dreijährigen Investitionszeitraums, ist der Abzugsbetrag rückwirkend aufzulösen. Und das kann teuer werden, denn es fallen dann Steuerzinsen in Höhe von 6 Prozent p.a. an, die Sie nachentrichten müssen.

Wer sollte die Abzugsmöglichkeit nutzen?

Die Inanspruchnahme des Investitionsabzugsbetrags – beispielsweise für einen betrieblich genutzten Pkw – lohnt sich für Praxisinhaber also nur, wenn

- entweder die mittelfristige Deckung bestehender Liquiditätslücken eine Verzinsung von mehr als 6 Prozent erfordern würde (Steuerschuldzinsen liegen damit immer noch erheblich niedriger als Zinsen für Überziehungskredite)
- oder abzusehen ist, dass in späteren Jahren geringere Gewinne anfallen werden (z.B. weil Sie einen Praxisumbau planen).

Insbesondere im letzteren Fall ist es dann sinnvoll, Investitionen steuerfiktiv vorzuziehen, damit nicht hohe Abschreibungen aus unterschiedlichen Quellen in einem Jahr mit möglicherweise niedriger Steuerlast zusammenfallen und dann zu einer geringeren Steuerminderung führen als der gestreckte Ansatz in Jahren mit hohen Steuerzahlungslasten.

Zwar wurde mit der Ablösung der früheren Ansparabschreibung durch den heutigen Investitionsabzugsbetrag manches komplizierter und einige Voraussetzungen wurden enger gefasst. Dem Grunde nach ist jedoch die Nutzung dieses Steuersparmodells vergleichsweise einfach. Allerdings liegt der Teufel auch hier bisweilen im Detail und so sah sich das Bundesfinanzministerium schon in 2009 veranlasst, ein Zweifelsfragen klärendes Anwendungsschreiben herauszugeben. Es gibt in 75 (!) Abschnitten auf 21 eng bedruckten Seiten Antworten auf viele Fragen.

Wichtige Kriterien für die Inanspruchnahme des Investitionsabzugsbetrags	
Begünstigte Investitionen	neue und gebrauchte bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens
Höhe	max. 40 % der voraussichtlichen Anschaffungskosten
Aufzeichnungspflicht	Funktion des Investitionsguts und Anschaffungskosten
Investitionszeitraum	drei Jahre
Verbleibensfrist im Betrieb	bis zum Ende des auf die Anschaffung folgenden Jahres
Betrieblicher Nutzungsumfang	Mindestens 90 % bis zum Ende des auf die Anschaffung folgenden Jahres
Obergrenze	Alle vorhandenen Abzugsbeträge zusammen max. 200.000 €
Auflösung bei Investition	gewinnerhöhend am Ende des Jahres der Anschaffung
Folgen bei Nicht-Investition	Rückwirkende Erhöhung des Gewinns im Jahr der Bildung; Steuernachforderung wird bei einem ab 2013 gebildeten IAB verzinst.
Gewinngrenze	100.000 € (im Jahr der Bildung, nicht im Jahr der Investition)

Das müssen Sie beachten

Etliche dieser Fragen stellen sich aber für Sie als Praxisinhaber gar nicht, so dass die steuersparende Nutzung des Instruments Investitionabzugsbetrag im Normalfall durchaus anzuraten ist. Welche Voraussetzungen hierbei zu erfüllen sind, veranschaulicht im Überblick auszugsweise die nebenstehende Tabelle. Beispielsweise dürfen Sie nicht zuviel verdienen und auch nicht in unbegrenzter Höhe solche Abzugsbeträge nutzen. Millionenschwere Yachten lassen sich schon wegen dieser Abzugsgrenze hier nicht steuerlich instrumentalisieren, zumal den Finanzbeamten kaum glaubhaft zu vermitteln sein wird, warum eine Yacht als Wirtschaftsgut des Anlagevermögens eines Physiotherapeuten eingesetzt werden muss – es sei denn, Sie hätten sich z. B. auf royale Spezialkunden oder Filmsternchen spezialisiert, die evtl. eine besondere Zuwendung erwarten könnten.

Wichtig ist, dass es sich um ein Wirtschaftsgut des Anlagevermögens handelt; Umlaufvermögen wird also nicht gefördert. Zudem sind Immobilien ausgenommen, denn es muss sich um ein bewegliches Wirtschaftgut handeln. Damit können Sie also den Abzugsbetrag am ehesten für teuere Behandlungsgeräte und z. B. für Kfz-Anschaffungen nutzen.

Beispiel: Soweit Sie beispielsweise im Juli 2013 ein Angebot für einen Pkw mit einem Listenpreis von 50.000 € (netto) für die hier voraussetzungsgemäß noch nicht abgeschlossene Veranlagung im Jahr 2012 einholen, vermindert das die Bemessungsgrundlage für die Einkommensteuer um 40 Prozent (= 20.000 €) und bewirkt damit z. B. bei einem vorherigen Gewinn von 50.000 € je nach persönlichem Steuersatz (hier einmal angenommen mit 30 Prozent) eine deutliche Herabsetzung der Steuerlast (im Beispiel von 15.000 € auf 9.000 €). Für die Anschaffung selbst ist Ihnen freigestellt, ob Sie diese in 2013, 2014 oder 2015 vornehmen. Zudem gibt es Freiheitsgrade bei der Zuordnung der Beträge zu den betreffenden drei Jahren. Das gilt auch für die Auflösung der per Investitionsabzugsbetrag gebildeten Rücklage, die Sie im Jahr der Anschaffung (dann gewinnerhöhend) ausweisen müssen.

Empfehlung: Der Steuerspareffekt ist umso größer, je stärker die Gewinne im Jahr der Bildung bzw. der Auflösung auseinanderfallen (Faustregel: Bildung im Jahr mit dem höchsten Gewinnausweis, Anschaffung und Auflösung im Jahr mit dem niedrigsten Gewinnausweis).

Prüfung im Einzelfall ist anzuraten

Über diese Grundsätze hinaus ist im Einzelfall zu analysieren, inwieweit sich die Nutzung des Steuersparmodells Investitionsabzugsbetrag (IAB) anbietet. Hier sollte im Gespräch mit dem Steuerberater ausgelotet werden, was geht und was nicht. Beispielsweise könnte sich positiv auswirken, dass Inhaber mehrerer Praxen den IAB mehrfach ansetzen dürfen, da der IAB vom Gesetzgeber nicht personenbezogen, sondern betriebsbezogen konzipiert wurde. Nachteile müssen hingegen solche Praxischefs hinnehmen, die die Praxis gemeinschaftlich führen. Hier gilt dann die Gewinngrenze von 100.000 € für die gesamte Praxis und nicht für den Praxisanteil eines Gesellschafters.

Auch die nachträgliche Bildung eines IAB (also Rücklagenansatz nach Durchführung der Investition, z. B. im Rahmen einer Bilanzberichtigung nach einer Betriebsprüfung) ist grundsätzlich möglich. Wurde erst nachträglich eine Ansparabschreibung gebildet, steht dies der steuerlichen Anerkennung nicht entgegen. Über Erleichterungen der Nachweispflichten dürfen sich Betriebsgründer freuen. Hier hat erst kürzlich der Bundesfinanzhof im Rahmen einer Entscheidung vom 20.6.2012 eine eher restriktive Sichtweise der Vertreter der Finanzbehörden in ihre Schranken verwiesen. Zwar sei bei noch in Gründung befindlichen Betrieben eine strenge Prüfung der Investitionsabsicht erforderlich. Der Steuerpflichtige habe im Anwendungsbereich der Neufassung des § 7g EStG jedoch die Möglichkeit, diese Voraussetzung auch durch andere Indizien als ausschließlich die Vorlage einer verbindlichen Bestellung nachzuweisen. Aktuell von besonderer Bedeutung könnte das für Praxisinhaber sein, die sich auf einer Immobilie als Betreiber von Photovoltaikanlagen (Solarstromanalage) betätigen. Diese können die Investitionsförderung beanspruchen, wenn sie die Anlage am 31.12. des Vorjahres zwar noch nicht verbindlich bestellt hatten, die spätere Durchführung der Investition aber aus anderen Gründen bereits absehbar war.

> „Der Steuerspareffekt ist umso größer, je stärker die Gewinne im Jahr der Bildung bzw. der Auflösung auseinanderfallen."

Neue finanzgerichtliche Rechtsprechung aus Niedersachsen erlaubt zudem eine nachträgliche Aufstockung eines bereits gebildeten IAB (Urteil vom 19.12.2012). Verwehrt bleibt der Ansatz allerdings in solchen Fällen, in denen es von Anfang an erkennbar war, dass es sich um nur kurzfristig im Betriebsvermögen verbleibende Wirtschaftsgüter handelte (Urteil vom 15.8.2012).

Dr. Hans-Jürgen Hillmer

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

Kunden werben Kunden...

up-premium

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

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

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

☐ Prämie 2:
TASSIMO „TAS 2002“, schwarz

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

(Abgebildete Tasse nicht inbegriffen)

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

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

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

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

ICH HABE ERFOLGREICH GEWORBEN:

Vorname, Name .....

Straße, Haus-Nr. .....

PLZ, Ort .....

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

FOLGENDEN NEUKUNDEN HABE ICH GEWORBEN:

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

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

Vorname, Name .....

Praxis .....

Funktion in der Praxis .....

Straße, Hausnummer .....

PLZ, Ort .....

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

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

Datum, Unterschrift: .....

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

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

08 00-1 35 82 20

buchner

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