10.2013

unternehmen praxis

Praxismanagement für Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie

Heil- und Hilfsmittelreport 2013 vorgelegt

Barmer GEK: „Heilmittel noch zu selten verordnet“

Mit dem aktuellen Heil- und Hilfsmittelreport 2013 der BARMER GEK ist jetzt erstmals untersucht worden, wie viele Patienten mit einer therapiebedürftigen Erkrankung auch tatsächlich eine Heilmitteltherapie erhalten. Die Ergebnisse sind deutlich: In allen Fachbereichen der Heilmitteltherapie lässt sich eine klare Unterversorgung belegen.

„Häufig sind Heil- und Hilfsmittel medizinisch geboten, werden aber manchmal noch zu selten verordnet, eröffnen Dr. Christoph Straub (Vorstandsvorsitzender der BARMER GEK) und Stellvertreter Dr. Rolf-Ulrich Schlenker den Heil- und Hilfsmittelreport 2013 der BARMER GEK. Was mit „manchmal“ gemeint ist, wird schon im Vorwort konkretisiert. Demnach erhalten nur 24 Prozent der Patienten mit chronischen Schluckstörungen im Zusammenhang mit Schlaganfall Logopädie.

Die Auswertungen des Berichts zeigt ein teilweise überraschend deutliches Bild der aktuellen Versorgungslage mit Heilmitteln in Deutschland. Von allen Patienten, die aufgrund ihrer Diagnose Podologie benötigten, erhielten in 2011 nur 7,7 Prozent tatsächlich eine Therapie. Nicht wesentlich besser sieht es bei den Ergotherapeuten aus. Hier wurden gerade einmal 23 Prozent der Patienten versorgt, die aufgrund der ärztlichen Diagnose eigentlich hätten Therapie erhalten müssen. Bei den Logopäden wird die Quote besser: Immerhin rund 60 Prozent der behandlungsbedürftigen Diagnosen haben auch mindestens eine Logopädiebehandlung erhalten. Der beste Versorgungsgrad findet sich in der Physiotherapie mit einem Anteil von 79 Prozent. Allerdings variiert dieser Wert regional. Im Saarland werden nur 60 Prozent der behandlungsbedürftigen Patienten therapiert, während Nordrhein, Sachsen und Sachsen-Anhalt mit 90 Prozent einigermaßen im Plan liegen. *(bu)*

Zu diesem Thema lesen Sie einen ausführlichen Bericht auf Seite 3 und einen Kommentar auf Seite 2.

aktuell

GKV-HIS Zahlen veröffentlicht
7,6 Prozent weniger Heilmittel-Verordnungen im 1. Quartal 2013 9

Heilmittelvereinbarung 2013 unterschrieben
Keine Heilmittelrichtgrößen in Brandenburg 10

Schiedsspruch für Heilmittel-Richtgrößen in Berlin
15 Prozent Zuwachs und regionale Praxisbesonderheiten sind zu wenig 11

schwerpunkt

Erste indikationsbezogene Auswertung des allgemeinen Heilmittelbedarfs
Wie viel Heilmittel braucht Deutschland? 3

abrechnung

Abrechnungstipp
Erst- und Folgeverordnung (der Regelfall) 16

konzepte

Apps helfen Aphasie- und Parkinson-Patienten bei Sprechstörungen
Logopäde entwickelt interaktive Therapie-Apps 18

tipps

Eine Anleitung für Praxischefs
Führen durch Fragen 20

Nicht immer empfehlenswert
Umsatzsteuerliche Kleinunternehmer-Regelung 22

www.up-aktuell.de

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

Das Ende der Überversorgungs-Lüge

Seit Jahren kritisieren die Krankenkassen bei jeder passenden Gelegenheit die starke Zunahme von Heilmittel-Leistungen. Sie werden nicht müde, die Geschichte von der Überversorgung der Patienten mit Heilmitteln zu erzählen. Das tun sie schon so lange und ausdauernd, dass inzwischen sogar Heilmittelerbringer anfangen, daran zu glauben. So wie jüngst die Präsidentin des dbl in einem Interview mit der Ärztezeitung.

Jeglichen Beleg für solche „Überversorgung-Thesen" sind die betreffenden Krankenkassen aber bisher schuldig geblieben.

Nun beweist der Heil- und Hilfsmittelbericht 2013 – herausgegeben von einer Krankenkasse – genau das Gegenteil: In Deutschland herrscht eklatante Unterversorgung, die in einigen Bereich fast schon an unterlassene Hilfeleistung erinnert!

Langsam wird klar, warum die ursprünglich geplante Begleitforschung zur Einführung der Heilmittel-Richtlinie in 2001 niemals stattgefunden hat. Haben Kassen- und Ärzteverbände womöglich schon damals geahnt, dass der Bedarf für Heilmittel größer ist als von ihnen erwünscht?

Die BARMER GEK macht da erfreulicherweise nicht mehr mit und legt mit den jeweiligen Versorgungsraten die Basis für eine sachliche Diskussion, die der Anfang vom Ende der Überversorgungs-Lüge ist!

Herzlichst Ihr

Ralf Buchner

Impressum

buchner

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

V.i.S.d.P.: Ralf Buchner (Anschrift s. Herausgeber)
Chefredaktion: 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); Korrektorat: Ulrike Stanitzke

Layout: Mario Durst, Köln

Fotos: © fotolia: J. Wendler (8), schaltwerk (11), rangizzz (12), G. Sanders (13), contrastwerkstatt (14), T. Balzer (21); Neubauwelt/all-silhouettes (1/3–7), M. Grimm/therapeutenonline.de (15), SpeechCare GmbH (18/19), heidelfoto (21), Privat (23)

Erste indikationsbezogene Auswertung des allgemeinen Heilmittelbedarfs

Wie viel Heilmittel braucht Deutschland?

Wie viel Physio- und Ergotherapie und wie viel Logopädie und Podologie benötigen die Patienten in Deutschland? Über diese Frage streiten seit Jahren Krankenkassen, Patienten, Ärzte und Heilmittelerbringer. Die Kassen sagen „zu viel", Patienten und Heilmittelerbringer sagen „zu wenig". Ärzte haben Angst vor Regressen. Doch noch niemand hat ausgerechnet, wie viel Heilmittel man eigentlich braucht, um Patienten richtlinienkonform zu versorgen. Jetzt liefert der Heil- und Hilfsmittelreport 2013 der BARMER GEK erstmals belastbare Daten, mit denen der Heilmittelbedarf indikationsbezogen ermitteln werden kann.

Die Idee der Autoren des Heil- und Hilfsmittelreports 2013 der BARMER GEK ist ganz einfach. Im Heilmittel-Katalog sind Einzeldiagnosen zu Diagnosengruppen zusammengefasst, die die konkreten Details der Verordnung von Heilmitteln regeln. Will man nun wissen, wie viele Menschen Heilmittel-Therapie brauchen, zählt man die Anzahl der Menschen mit entsprechender Diagnose zusammen.

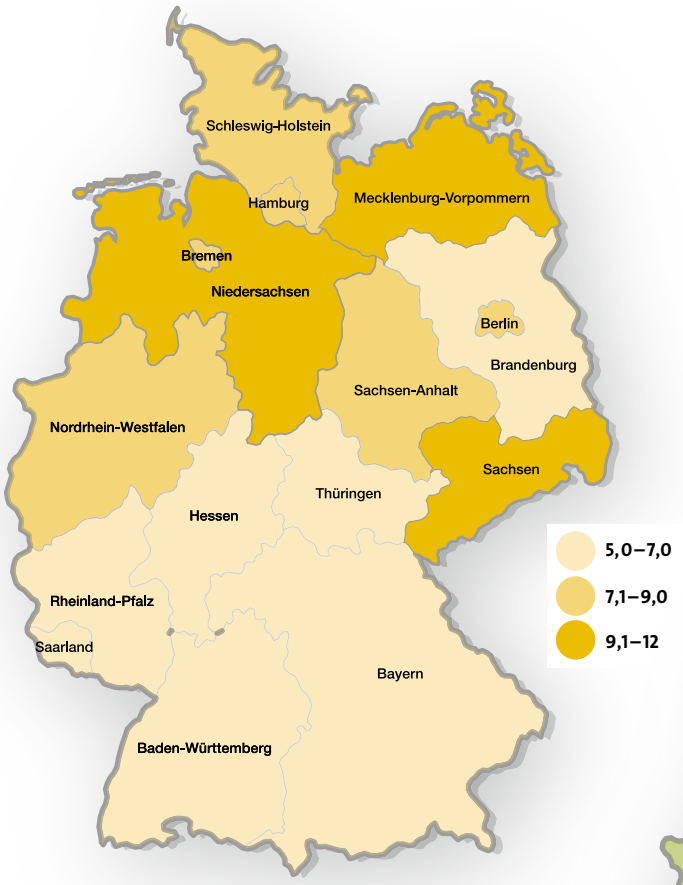
Besonders gut kann man das am Beispiel der Podologie erkennen. Da diese im Heilmittel-Katalog nur mit einer einzigen Diagnose steht, ist eine besonders genaue Auswertung möglich. Zählt man alle Patienten mit dieser bestimmten Diagnose zusammen und stellt diesen die Anzahl der tatsächlich von einem Podologen behandelten Patienten gegenüber, erhält man die von den Autoren bezeichnete „Versorgungsrate". Im Falle der Podologie beträgt dieser Wert 7,7 Prozent bundesweit. Das bedeutet, dass von 100 Patienten mit dieser behandlungsbedürftigen Erkrankung nicht einmal acht Patienten tatsächlich behandelt werden! »

Neuheit Versorgungsrate

Die Ermittlung einer „Versorgungsrate“ ist im Bereich der Heilmittel-Therapie ist eine echte Neuheit. Bisher sind alle Versuche gescheitert, einen derartigen Wert zu ermitteln. Denn Kassen und Ärzte haben kein wirkliches Interesse an der Ermittlung einer Versorgungsrate. Unter Umständen könnte nämlich belegt werden, dass das Verordnungsverhalten der Ärzte mehr von Regressangst als von medizinischer Notwendigkeit gesteuert wird. Auch die Heilmittelverbände haben kein Interesse an einer Versorgungsrate, denn im schlimmsten Fall könnte die eine Überversorgung belegen. Also gibt es zwar seit 2001 den auf Diagnosengruppen basierenden Heilmittel-Katalog, aber keine daraus abgeleitete Versorgungsanalyse.

Jetzt hat die BARMER GEK die Daten zur Verfügung gestellt und das Autorenteam um Prof. Gerd Glaeske hat daraus erstmals Versorgungraten ermittelt. Die Autoren haben sowohl den bundesweiten Durchschnitt berechnet als auch die regionalen Unterschiede. Und die sind nicht gering. Um bei dem Beispiel der Podologie zu bleiben: Die Versorgungsrate lag hier im Saarland bei nur 5,5 Prozent, in Niedersachsen dagegen bei 11,4 Prozent. Das heißt, in Niedersachsen werden doppelt so viele Patienten mit entsprechendem Therapiebedarf versorgt wie im Saarland. (siehe dazu Grafik 1)

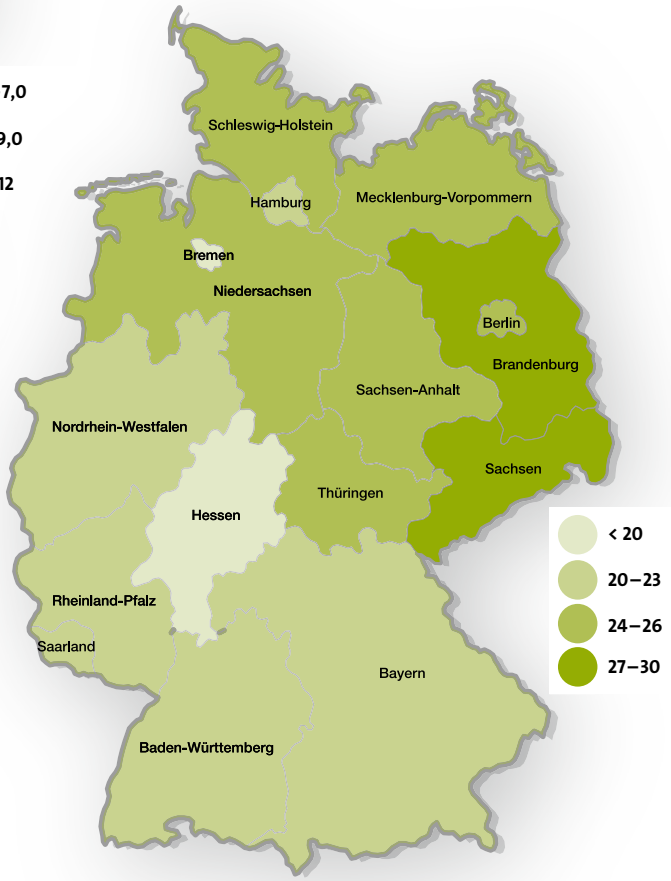
1 Indikationen und Verordnung von Podologie – regionale Differenzen (Anteile in Prozent)



Für die Berechnungen zur Indikation wurden folgende Erkrankungen berücksichtigt:
Diabetes mit neurologischen, vaskulären und multiplen Komplikationen.

Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2013

2 Indikationen und Verordnung von Ergotherapie – regionale Differenzen (Anteile in Prozent)



Für die Berechnungen zur Indikation wurden folgende Erkrankungen berücksichtigt:
Schädel-Hirn-Trauma, Encephalitis, zerebrale Blutung, zerebraler Tumor, Insult, Zerebralparese, Parkinson, Multiple Sklerose, Querschnittssyndrom, ALS, Polyneuropathie.

Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2013

HINTERGRUND

Das Problem mit der Indikation

Therapeuten und Ärzte wissen, dass die Diagnose allein noch keine zwingende Indikation für eine Heilmitteltherapie ist. „Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein…“ heißt es in § 4 Abs. 5 der HeilM-RL. Insofern kann es sein, das zwei Patienten mit identischer Diagnose einmal Heilmittel erhalten und einmal nicht. Tatsächlich spielen die konkreten Umstände des Patienten wie Aktivitätseinschränkungen, Motivationslage und Unterstützung der sozialen Umgebung eine wesentlich Rolle bei der Indikationsstellung für eine Heilmittel-Therapie.

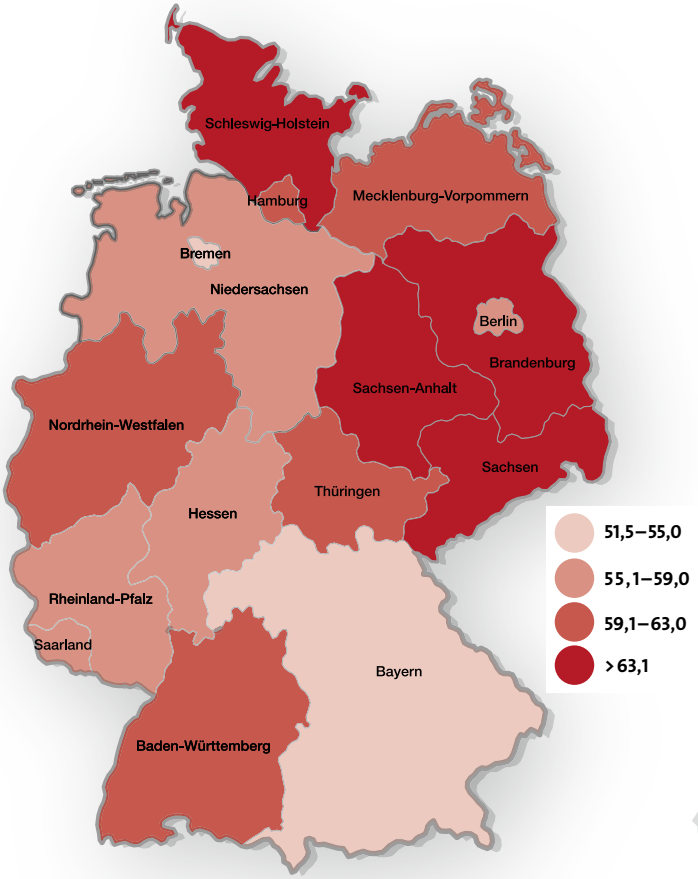
Dieses Problem hatten Kassen und Ärzte auch bei der Erstellung der Liste der Praxisbesonderheiten und des langfristigen Heilmittelbedarfs. Durch die Kombination des sehr detaillierten (weil endstelligen) ICD-10-Codes mit bestimmten Diagnosengruppen hat man versucht, dieses Problem mit der schwer normierbaren Indikationsstellung zu lösen.

Der Grund für solche Versorgungsunterschiede bei Patienten mit identischem Krankheitsbild, bedarf einer zukünftigen Aufklärung. Für Heilmittelerbringer, die in unterdurchschnittlich versorgten Bundesländern praktizieren, ergeben sich aus dem Heilmittelreport jedenfalls eine Fülle von Argumenten für eine bessere Versorgung der Patienten.

Unterversorgung mit Ergotherapie

Bei den Ergotherapeuten wurde im Verhältnis zu den gestellten ärztlichen Diagnosen nur ein kleiner Teil der Patienten mit Ergotherapie versorgt. So wurde für das Jahr 2011 auf der Basis ambulant-ärztlicher Diagnosen ermittelt, dass nach dem Heilmittelkatalog bei etwa 446.000 Versicherten eine Indikation für Ergotherapie vorlag. Hier ergibt sich eine Versorgungsrate von lediglich 23 Prozent. Das bedeutet, 77 Prozent der Versicherten mit entsprechender Indikation wurden nicht ergotherapeutisch behandelt. Die ergotherapeutische Versorgungsrate variiert regional deutlich: In Bremen und Hessen liegt der Anteil von Verordnung zu ergotherapeutischen Indikationen unter 20 Prozent, während er in Brandenburg und Sachsen zwischen 27 und 29 Prozent liegt. (siehe dazu Grafik 2)

3 Indikationen und Verordnung von Logopädie – regionale Differenzen (Anteile in Prozent)



Für die Berechnungen zur Indikation wurden folgende Erkrankungen berücksichtigt:
Sprech- und Sprachstörungen, Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache.

Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2013

Sonderkapitel Logopädie bei Schluckstörungen

Die Versorgungsrate bei den Logopäden sieht etwas besser aus. So lag bei rund 159.000 Versicherten eine Erkrankung vor, bei der gemäß Heilmittelkatalog eine logopädische Behandlung indiziert war. Davon wurden 96.000 Patienten behandelt, woraus sich eine Versorgungsrate von rund 60 Prozent ergibt. Deutlich regionale Unterschiede sind auch bei den Logopäden zu verzeichnen: In Bremen und Bayern lag der Anteil von Verordnungen zu logopädischer Indikationsstellung zwischen 52 und 55 Prozent. In Sachsen und Sachsen-Anhalt dagegen bei über 70 Prozent. (siehe dazu Grafik 3)

Zusätzlich zu der Versorgungsrate widmen sich die Autoren des Reports in einem Sonderkapitel sehr ausführlich und lesenswert dem Thema „Logopädie bei Schluckstörungen“. Auch bei diesem sehr konkreten und klar abgrenzbaren Krankheitsbild ergibt sich eine Versorgungsrate von lediglich 24 Prozent. Und das, „obwohl Logopädie eine adäquate Therapie wäre“, wie die Autoren anmerken. >>

Physiotherapie mit höchster Versorgungsrate

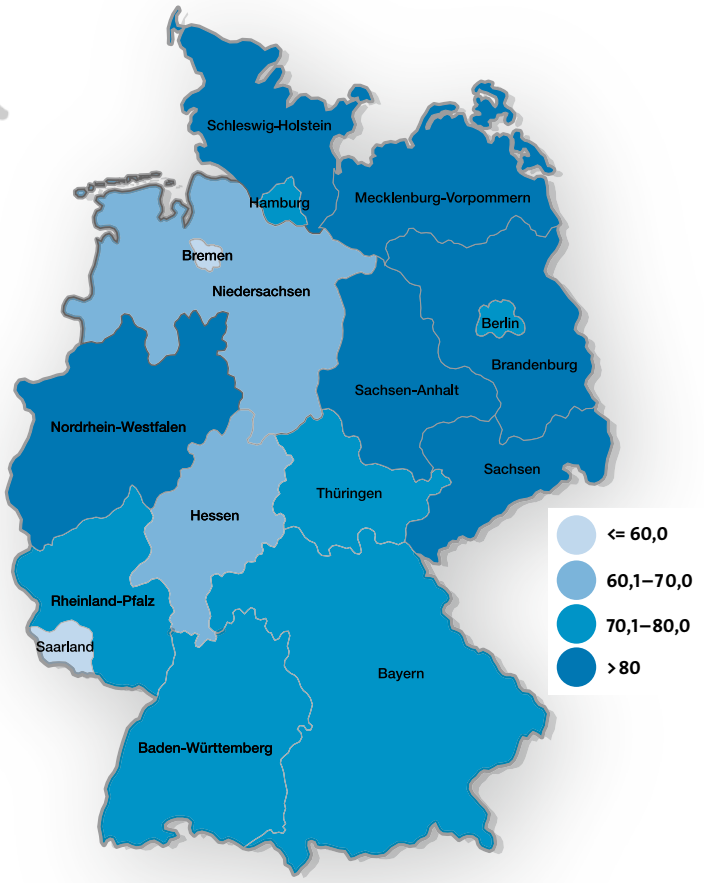
Die Physiotherapeuten erreichten die höchste Versorgungsrate aller Heilmittelerbringer. Mit 79 Prozent im Bundesschnitt erhielten etwa 1,74 Mio. Versicherte der BARMER GEK im Jahre 2011 eine physiotherapeutische Behandlung gemäß Heilmittelkatalog. 21 Prozent der Versicherten erhielten damit keine entsprechende physiotherapeutische Versorgung. Diese Diagnoseanzahl bildet laut Report allerdings nicht den gesamten Bedarf ab, da postoperative Zustände (z. B. Amputationen oder Frakturen) und eine Vielzahl kleinerer Indikationen des Heilmittel-Katalogs nicht berücksichtigt wurden. *(siehe dazu Hintergrund: Warum die Zahlen der BARMER GEK zu niedrig sind)*

Die regionalen Unterschiede sind auch bei den Physiotherapeuten enorm. In Bremen und dem Saarland liegt die Versorgungsrate unter 60 Prozent, während dieser Wert in Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt bei über 90 Prozent liegt. (siehe dazu Grafik 4)

Wertvolle Datengrundlage

Das Autorenteam um Prof. Dr. Glaeske hat mit dem Heil- und Hilfsmittelreport 2013 wirklich ganze Arbeit geleistet und sehr sorgfältig und akribisch die Versorgungsraten für den Heilmittelbereich erarbeitet. Die fundierte wissenschaftliche Bearbeitung des Themas

4 Indikationen und Verordnung von Physiotherapie – regionale Differenzen (Anteile in Prozent)



Für die Berechnungen zur Indikation wurden folgende Erkrankungen berücksichtigt:
Osteoporose mit Fraktur, Skoliose, Bandscheibenschaden, Morbus Bechterew, entzündlich-rheumatische Wirbelsäulen- und Gelenkerkrankungen, Spondylose, Arthrosen, infantile Zerebralparese, Schlaganfall, Querschnittssyndrom, Parkinson, Multiple Sklerose, Muskeldystrophie.

Quelle: BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2013

HINTERGRUND

Warum die Zahlen der BARMER GEK eher zu niedrig sind

1. Der Heil- und Hilfsmittelreport 2013 der BARMER GEK nutzt ausschließlich die Daten der eigenen Versicherten. Vergleicht man die Heilmittelausgaben der BARMER GEK mit denen aller Kassen, erhalten die Versicherten der BARMER GEK überdurchschnittlich viel Heilmitteltherapie. Die Versorgungsrate aller Versicherten ist also auf jeden Fall niedriger als die der BARMER GEK Versicherten.

2. Die Auswertung des Reports basiert auf den von den Ärzten übermittelten gesicherten ICD-10 Haupt-Diagnosen. Zum einen ist aber nicht jeder Erkrankte im Auswertungszeitraum in ärztlicher Behandlung gewesen. Zum anderen wurden nur die Patienten in die Auswertung mit einbezogen, bei denen die Diagnose als gesichert gilt. In Wirklichkeit gibt es also mehr Patienten, bei denen eine Indikation zur Heilmitteltherapie besteht.

3. Die Quote der tatsächlich mit Therapie versorgten Patienten lässt keine Aussage darüber zu, wie intensiv diese Patienten versorgt worden sind. Bei dieser Art der Auswertung reicht es im Prinzip, wenn ein Patient eine einzelne Einheit Ergotherapie erhalten hat, um zu der Gruppe der versorgten Patienten zu zählen. So dürfte es in der Versorgungsrealität Patienten geben, die zwar einige wenige Behandlungseinheiten bekommen haben, aber tatsächlich nicht ausreichend versorgt sind. Beispiel: Ein Patient mit einer Heilmittelbedarf auslösenden Diagnose erhält drei Verordnungen mit jeweils sechs Einheiten Physiotherapie. Der Arzt verordnet aber aus Regressangst nach dem Regelfall nicht weiter. Dieser Patient wird trotzdem in die Gruppe gerechnet, die als „versorgt“ gilt.

macht den Bericht für Heilmittelerbringer so wertvoll. Sei es, um sich selbst in die Thematik einzulesen oder in einer Preisverhandlung den Krankenkassen zu beweisen, dass die in Pressemitteilungen immer wieder beklagte generelle Überversorgung mit Heilmitteltherapie mit Zahlen nicht zu belegen ist. *(bu)*

> Ganz konkret

Praxisinhaber sollten sich mit den Versorgungsraten in ihrer Region auseinandersetzen. Den Bericht kann man vollständig als PDF-Datei bekommen, die richtigen Stellen heraussuchen und die für den eigenen Bereich wichtigen Seiten ausdrucken. Diese können Sie als interessante Information für die nächsten Arztgespräche nutzen. Wir haben für **up | plus** Kunden eine PDF-Datei bereits entsprechend markiert, die Sie bei unserer Hotline unter 0800-9477360 kostenlos anfordern können.

Quelleanangabe:

BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2013. Auswertungsergebnisse der BARMER GEK Heil- und Hilfsmitteldaten aus den Jahren 2011 bis 2012

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 22. Siegburg, Asgard Verlagsservice GmbH, Schützenstraße 4.

Autoren: Kristin Sauer, Claudia Kemper, Jana Schulze, Gerd Glaeske mit Beiträgen von Kerstin Bilda, Daniela Boeschen, Kathrin Tholen und Reina Tholen unter Mitarbeit von Michaela Dollhopf, Angela Fritsch, Claudia Kretschmer, Daniela Stahn und Merve Yildirim

Den Report können Sie unter *www.barmer-gek.de* kostenlos downloaden.

Keine indikationsbezogene Anpassung

So werden die Heilmittelausgaben (falsch) festgelegt

Die Gesamtausgaben für Heilmittel im GKV-System werden jedes Jahr zwischen GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) durch Rahmenvorgaben über das Heilmittelausgabenvolumen festgelegt. Diese Rahmenvorgaben müssen dann in den einzelnen Bundesländern bzw. KV-Gebieten umgesetzt werden.

Bei diesem Verfahren werden die Heilmittelausgabenvolumen von Jahr zu Jahr fortgeschrieben. Im § 84 Abs. 2 SGB V hat der Gesetzgeber detailliert beschrieben, wie die Anpassung des Ausgabenvolumens durchzuführen ist. Demnach wird jedes Jahr geprüft, welche Veränderungen es gegeben hat. Diese Veränderungen betreffen zum Beispiel die Anzahl der Versicherten, Preise, Anspruchsvoraussetzungen aus der HeilM-RL, Verlagerung von Kosten aus dem stationären in den ambulanten Bereich sowie die Veränderung der gesetzlichen Leistungspflicht der Krankenkassen.

Dabei gibt es zwei Probleme, die das Ergebnis erheblich verfälschen:

1. Wer nur die Veränderungen zum Vorjahr bei der Kalkulation der Heilmittelausgaben berücksichtigt, geht davon aus, dass die Ausgangswerte (hier die jeweiligen Vorjahresausgaben) „korrekt“ sind – die Patienten also medizinisch nachvollziehbar versorgt wurden. Doch das ist bei den Heilmittelausgaben nicht der Fall. Mit der Einführung des indikationsbezogenen Heilmittelkatalogs sind die Heilmittelausgaben in keinem einzigen KV-Gebiet daraufhin angepasst worden. Deswegen gibt es auch immer noch so starke regionale Unterschiede bei den Heilmittelausgaben je 1.000 Versicherte.

2. Die vom Gesetzgeber vorgegebenen Kriterien, die bei der Ermittlung der jährlichen Veränderungsrate von den Kassen und den Ärzten berücksichtigt werden müssen, sind zu einem Großteil schwammig und wenig belegbar. Wie z. B. will man berechnen, welchen Effekt die Verkürzung der Liegezeit im Krankenhaus auf die Heilmittelverordnungen im ambulanten Bereich hat? Von „Evidence“ im Sinne transparenter und damit nachvollziehbarer Kalkulationen ist weder in den Vereinbarungen noch bei den Verhandlungspartnern etwas zu finden.

Im Ergebnis werden die Heilmittelausgaben der GKV falsch und nicht im Sinne des SGB V ermittelt. Das SGB V schreibt den indikationsbezogenen Heilmittel-Katalog vor. Deswegen müssten die Heilmittelausgaben auch indikationsbezogen ermittelt werden. Das SGB V schreibt über den G-BA Evidence-Based-Medicine vor, deswegen müssten Veränderungsraten durch Fakten belegt werden. Beides findet aktuell nicht statt. Deswegen sind die Heilmittelausgabenvolumen falsch. *(bu)*

GKV erzielt Überschüsse im 1. Halbjahr 2013

Die Krankenkassen haben über eine Milliarde Euro Überschuss im 1. Halbjahr 2013 erwirtschaftet. Damit betragen die Rücklagen rund 16,6 Milliarden Euro. Die Ausgaben für Heilmittel stiegen im Vorjahresvergleich wie schon im 1. Quartal unterdurchschnittlich. Die Verwaltungskosten der Kassen dagegen stiegen wieder an – mit sehr unterschiedlichen Ergebnissen.

Die Krankenkassen weisen in ihren vorläufigen Finanzergebnissen des 1. Halbjahrs 2013 einen Überschuss von rund 1,09 Mrd. Euro aus. Einnahmen in Höhe von rund 97,7 Mrd. Euro standen Ausgaben in Höhe von rund 96,6 Mrd. Euro gegenüber. Damit verfügen die Krankenkassen rechnerisch am Ende des 1. Halbjahrs 2013 über Finanzreserven in einer Größenordnung von rund 16,6 Mrd. Euro (27,7 Mrd. Euro inkl. Gesundheitsfonds).

Die Ausgaben der GKV für Heilmittel sind im 1. Halbjahr 2013 um 3,5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. Das ist deutlich weniger als die Zunahme der gesamten Leistungsausgaben, die um immerhin 4,6 Prozent zugelegt haben. Der unterdurchschnittliche Zuwachs ist vor dem Hintergrund der gesetzlich festgelegten „Regress-Pause“ für Ärzte und der seit dem 1.1.2013 gültigen Praxisbesonderheiten, sowie dem langfristigem Heilmittelbedarf erstaunlich. Offensichtlich besteht diesbezüglich immer noch Kommunikationsbedarf bei den Ärzten.

In den Jahren 2011 und 2012 waren die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, die Verwaltungsausgaben auf das Niveau des Jahres 2010 zu begrenzen. Das ist nun vorbei und die Verwaltungskosten sind um durchschnittlich 3,3 Prozent angestiegen. Dabei lohnt eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Kassenarten.

Einige Krankenkassen bestehen gerade seit dem 1.1.2013 auf der Genehmigungspflicht für Verordnungen außerhalb des Regelfalls und für Anträge auf langfristigen Heilmittelbedarf. So hat der vdek vollständig auf solche Genehmigungen verzichtet (Anstieg der Verwaltungskosten +0,6 % – Anstieg der Heilmittelausgaben +4,8 %). Viele AOKen dagegen bestehen auf diese Genehmigung (Anstieg der Verwaltungskosten +5,8 % – Anstieg der Heilmittelausgaben +2,2 %). Wollte man hier einen Zusammenhang herstellen, könnte man behaupten, dass ein Verzicht auf die Genehmigungspflicht so viel Entlastung bei den Verwaltungskosten bringt, dass die Mehraufwendungen für zusätzliche Heilmittelausgaben deutlich geringer sind.

Aber diese Zahlen und solche Zusammenhänge sind ohnehin mit Vorsicht zu genießen, denn das Bundesministerium für Gesundheit weist in seiner Pressemitteilung darauf hin, dass die „ausgewiesenen Veränderungsraten nach wie vor im Wesentlichen auf Schätzungen“ beruhen. *(bu)*

Neuer Spitzenverband in Planung

Ende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e.V.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände löst sich auf. Das bestätigte die BHV in einer Pressemitteilung. Für die Interessen der Heilmittelerbringer soll zukünftig ein neuer Spitzenverband einstehen. Es geht also weiter – diesmal ohne den VDB.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände (BHV) sollte die gemeinsamen Interessen aller Heilmittelbringer auf der politischen Bühne in Berlin vertreten. Doch offenbar haben die internen Streitigkeiten der letzten Monate zwischen den einzelnen Verbänden dafür gesorgt, dass die BHV nun Geschichte ist. „Ja, es stimmt. Die BHV wird sich zum Jahresende auflösen“, bestätigte die BHV gegenüber *up*. Ein Grund sei der VDB-Physiotherapieverband e.V. Der VDB erwecke in der letzten Zeit Erstaunen mit Rechtsstreitigkeiten gegen den eigenen Dachverband BHV. Dessen andere fünf Mitgliedsverbände hätten nun die Konsequenzen gezogen, erklärte die BHV in einer Mitteilung.

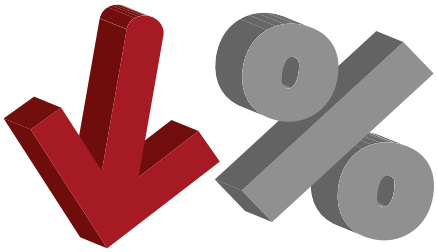
In Zukunft soll ein neuer Spitzenverband gegründet werden – ohne den VDB. Gründungszeitpunkt: November 2013. „Wir werden mit einem veränderten Auftritt und gestärkten Kompetenzen insbesondere die Interessen unserer freiberuflichen Mitglieder gegenüber der Gesundheitspolitik und den Krankenkassenverbänden in Berlin noch intensiver vertreten!“, erklärt Arnd Longrée, Vorsitzender des DVE.

Mit dieser Neupositionierung des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände besteht die Chance, Dinge neu anzufassen und zu verändern. Zu solchen Veränderungen scheinen die Verbandsvorstände gerade bereit zu sein. Was dringend fehlt, ist eine starke und selbstbewusste politische Vertretung der Therapeuten. Lobbyarbeit für Heilmittel kann die gesamte Branche gut gebrauchen! Wir drücken die Daumen und wünschen viel Erfolg! *(ko)*

GKV-HIS Zahlen veröffentlicht

7,6 Prozent weniger Heilmittel-Verordnungen im 1. Quartal 2013

Heilmittel sind im 1. Quartal 2013 deutlich weniger verordnet worden als im Vorjahr. Weniger Verordnungen (–7,6 %), weniger Behandlungen (–4,7 %), weniger Umsatz (–3,6 %) und höhere Zuzahlungen für die Patienten (+3,5 %): Diese Ergebnisse liefert das Heilmittel-Informationssystem der GKV für das 1. Quartal 2013.



Eigentlich gibt es keinen Grund, warum im 1. Quartal 2013 weniger Heilmittel verordnet wurden. Heilmittelregresse sind weitgehend ausgesetzt, bundesweite Praxisbesonderheiten und langfristiger Heilmittelbedarf eröffnen Raum für extrabudgetäre Verordnungen und mindern zusätzlich den Regressdruck der Ärzte. Die Krankenkassen verfügen zudem über milliardenschwere Rücklagen!

Und trotzdem ist das 1. Quartal 2013 das schlechteste Quartal der letzten zwei Jahre. Das fängt bei erheblichen Umsatzrückgängen an, führt über einen spürbaren Rückgang der Verordnungen zu deutlich weniger Behandlungen und zwingt Patienten gleichzeitig dazu, mehr Zuzahlung leisten zu müssen.

Umsatzrückgänge von 8,2 % müssen die Physiotherapeuten hinnehmen, immerhin 2,5% Rückgang die Logopäden. Ergotherapeuten wachsen ganz leicht um 0,9 % und Podologen gewinnen 7,4 %. Das summiert sich zu einem Umsatzrückgang von mehr als 45 Millionen Euro!

Verordnungsblätter sind bei den Logopäden um 6,7% zurückgegangen, bei den Physiotherapeuten um 6,5 % und bei den Ergotherapeuten immerhin noch um 3,5 %. Nur die Podologen können sich über einen Zuwachs von 3,9 % freuen. Insgesamt sind im 1. Quartal 664.463 weniger Verordnungsblätter ausgestellt worden als im Vorjahreszeitraum.

Weniger Verordnungsblätter bedeuten auch weniger Behandlungen: In der Physiotherapie wurden 5% weniger Behandlungen abgegeben, in der Logopädie 4,7% weniger und in der Ergotherapie waren es noch 1,4% weniger Behandlungseinheiten als im Vorjahr. Die Podologen legen bei den Behandlungen um 3,9 % zu. Trotzdem gab es im 1. Quartal 2013 3,3 Millionen Behandlungseinheiten Therapie weniger als im Vorjahr.

Eine deutliche Zunahme konnten dagegen die Patienten verspüren. Denn die Zuzahlungen haben im 1. Quartal 2013 um 3,5 % zugenommen. Das entspricht einer Summe von mehr als vier Millionen Euro.

Auch die Heilmittel-Hitliste (umsatzstärkste Heilmittelleistungen) bildet diesen Behandlungsrückgang ab: Die Krankengymnastische Einzelbehandlung auf Platz eins wurde im 1. Quartal mehr als 1,1 Millionen mal weniger erbracht als im Vorjahreszeitraum (–4,4 %). Ergotherapie (sensorisch/perzeptiv) landet auf Platz zwei und wurde 145.511-mal weniger erbracht (–4,5 %). Logopädie (45 Min.) auf Platz drei wurde nahezu 136.000-mal weniger erbracht (–4,3 %) als im Vorjahreszeitraum.

Offensichtlich sind die Ärzte immer noch nicht ausreichend über Praxisbesonderheiten und den langfristigen Heilmittelbedarf informiert. Denn auch wenn man die Zahlen je 1.000 Versicherte herunterbricht, ergibt sich kein anderes Bild. Es gibt noch viel Aufklärungsarbeit für Heilmittelerbringer. *(bu)*

Die 15 umsatzstärksten Heilmittelleistungen

Rang	Heilmittel *	Bruttoumsatz in Tsd. €	Bruttoumsatz in %	Anzahl der Behandlungseinheiten	Anzahl der Behandlungseinheiten in %	Behandlungseinheiten je Heilmittelleistung
1	0503 Krankengymnastik, EB	339.833	28,2	23.921.630	30,8	6,3
2	4103 Ergoth. (sensomotorisch/perzeptiv), EB	102.437	8,5	3.082.440	4,0	9,6
3	3103 Sprachtherapie, 45 Minuten, EB	102.311	8,5	3.061.968	3,9	9,4
4	1201 Manuelle Therapie	100.900	8,4	6.502.152	8,4	5,9
5	0704 Krankengymnastik-ZNS-Erwachsene, EB	89.119	7,4	4.605.249	5,9	11,0
6	9901 Hausbesuch eines Patienten	84.945	7,1	10.106.458	13,0	8,2
7	0201 Manuelle Lymphdrainage 45 min.	69.383	5,8	3.207.952	4,1	8,0
8	0202 Manuelle Lymphdrainage 60 min.	49.607	4,1	1.495.097	1,9	9,2
9	0106 Klassische Massagetherapie	31.929	2,7	3.302.547	4,3	5,7
10	8003 Podologische Komplexbehandlung	29.390	2,4	1.152.599	1,5	3,6
11	1501 Warmpackungen	29.066	2,4	3.684.328	4,7	5,9
12	4105 Ergoth. bei psychischen Störungen, EB	26.335	2,2	638.029	0,8	9,5
13	0703 Krankengymnastik-ZNS-Kinder, EB	21.211	1,8	857.259	1,1	9,6
14	4102 Ergoth. bei motorischen Störungen, EB	19.301	1,6	804.705	1,0	8,9
15	0507 Krankengymnastik, (gerätegestützte), EB	15.730	1,3	610.792	0,8	6,1

* gleichartige Leistungen werden unter einer Positionsnummer zusammengefasst

Quelle: GKV-HIS Bundesbericht Januar bis März 2013

Heilmittelvereinbarung 2013 unterschrieben

Keine Heilmittelrichtgrößen in Brandenburg

Rund 121 Mio. Euro stehen den Ärzten in Brandenburg für die Verordnung von Heilmitteln für das Jahr 2013 zur Verfügung. Auf die Berechnung von Richtgrößen konnten sich Kassen und KV Brandenburg nicht einigen. Deswegen wird in Brandenburg wieder nach Durchschnittswerten geprüft. Der Regressdruck auf die Ärzte erhöht sich damit erneut.

Die Brandenburger Ärzte haben im vergangenen Jahr Heilmittel für rund 128 Millionen Euro verordnet, so die Zahlen des GKV-HIS. Vor diesem Hintergrund erstaunt die jetzt unterschriebene Heilmittelvereinbarung 2013 über ein Gesamtvolumen von 121 Millionen Euro. Da hilft es dem niedergelassenen Arzt auch wenig, dass die bundesweiten Praxisbesonderheiten und alle Diagnosen für den langfristigen Heilmittelbedarf gemäß Anlage 2 als extrabudgetäre Verordnungen anerkannt werden.

Auf Richtgrößen konnten sich die Vertragspartner nicht einigen. Deswegen wird in Brandenburg auf Basis des Arztgruppendurchschnitts geprüft, wobei die weiteren für die Richtgrößenprüfung geltenden Regelungen, so beispielsweise der Grundsatz „Beratung vor Regress“, auch auf diese Prüfungen angewandt werden sollen.

> Ganz konkret

Heilmittelerbringer in Brandenburg müssen damit rechnen, dass Ärzte restriktiver verordnen. Umso wichtiger ist es, Ärzten fundierte Begründungen für Verordnungen außerhalb des Regelfalls zu liefern. Zusätzlich sollte man dafür sorgen, dass längerfristiger Therapiebedarf von den Patienten bei den Krankenkassen beantragt wird, um hier eine weitere Entlastung für die verordnenden Ärzte zu erreichen. *(bu)*

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 20.9.2013. 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
Bund	Ergotherapie	LKK	01.07.13	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	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
Thüringen	Logopädie	AOK	01.07.13	Verordnungsdatum
Baden-Württemberg	Ergotherapie	IKK, BKK, Knappschaft	01.08.13	Verordnungsdatum
Brandenburg	Logopädie	AOK	01.09.13	Behandlungsdatum
Brandenburg	Logopädie	IKK	01.09.13	Verordnungsdatum
Bund	Podologie	LKK	01.09.13	Verordnungsdatum
Mecklenburg-Vorpommern	Logopädie	AOK	01.09.13	Behandlungsdatum
Sachsen	Ergotherapie	Knappschaft	01.10.13	Verordnungsdatum

Schiedsspruch für Heilmittelrichtgrößen in Berlin

15 Prozent Zuwachs und regionale Praxisbesonderheiten sind zu wenig

Erst kürzlich waren die Verhandlungen über Heilmittelrichtgrößen in Berlin für das laufende Jahr 2013 gescheitert. Jetzt hat das Landesschiedsamt knapp 15 Prozent höhere Heilmittelrichtgrößen für Berlin entschieden. Die bisher gültigen regionalen Praxisbesonderheiten werden damit aber praktisch abgeschafft, was zu einer Verschärfung der Verordnungssituation in Berlin führen dürfte.

Die Auseinandersetzung über die Heilmittelrichtgrößen im Gebiet der KV-Berlin ist jetzt durch das Landesschiedsamt beendet worden. Das Amt folgte einem schon im Mai 2013 zwischen Kassen und KV vereinbarten Kompromiss, der zwar eine deutliche Erhöhung der Richtgrößen vorsieht, aber die Abschaffung der meisten regionalen Praxisbesonderheiten zur Folge hat.

KV und Kassen uneinig

Bisher galten in Berlin zum Beispiel Logopädie und Ergotherapie vollständig als regionale Praxisbesonderheiten. Mit der Einführung der neuen bundesweit geltenden Praxisbesonderheiten wollten die Krankenkassen die regionalen Praxisbesonderheiten abschaffen. Darüber gab es Streit zwischen KV und Kassen. Denn das bedeutet für alle Patienten weniger Heilmittelverordnungen. Anstatt Logopädie und Ergotherapie praktisch ohne Einschränkungen verordnen zu können, sieht die neue Regelung vor, dass als regionale Praxisbesonderheiten nur noch die ICD-10-Ziffern F80, F82 sowie F90 bei ein bis zwei Diagnosengruppen extrabudgetär verordnet werden können.

Für diese regionalen Praxisbesonderheiten gilt leider auch noch die Einschränkung, dass nicht von der ersten Verordnung an eine Praxisbesonderheit vorliegt, sondern

erst dann, wenn ein betroffener Arzt über dem Durchschnitt seiner Facharztgruppe liegt. Das ist nicht weniger als die Wiedereinführung der Durchschnittswertprüfung durch die Hintertür – gerade die Kinderärzte dürften nicht wirklich erfreut sein.

Zusätzliche Belastung

Für Patienten und Therapeuten wird es Probleme geben, weitere Verordnungen zu bekommen. Denn die Regressangst bei den Ärzten wird zunehmen. Ebenso zunehmen wird die Wut der Vertragsärzte über den Schiedsspruch. Denn die eigentlich geplante Entlastung der Ärzte durch bundesweite Praxisbesonderheiten und den langfristigen Heilmittelbedarf wird in Berlin durch die Streichung der regionalen Praxisbesonderheiten zu einer zusätzlichen Belastung. *(bu)*

> Ganz konkret

Die Abschaffung der regionalen Praxisbesonderheiten gilt erst ab dem 1.10.2013. Das bedeutet, dass alle Logopädie- und Ergotherapieverordnungen bis Ende September extrabudgetär sind. Damit gibt es für 2013 im Prinzip kein großes Regressrisiko, denn geprüft wird immer das ganz Jahr. Unter Umständen könnte es sich lohnen, darüber mit dem Arzt zu sprechen. In Berlin wird es jetzt darauf ankommen, dass Praxisbesonderheiten intelligent zum Verordnen genutzt werden und alle Patienten mit längerfristigem Heilmittelbedarf dazu ermuntert werden, einen entsprechenden Antrag zu stellen.

Alle neue Richtgrößen und das aktuelle Richtgrößen-Controlling-Tool finden Sie wie immer auf unserer Internetseite www.heilmittel-regress.de und können **up|plus**-Kunden kostenlos bei der Hotline abrufen.

Veränderungsrate der Grundlohnsumme veröffentlicht

Honorarerhöhung 2014 maximal 2,81 Prozent

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Veränderungsrate der sogenannten Grundlohnsumme mit 2,81 Prozent für das kommende Jahr bekannt gegeben.

Die Steigerungsrate der Grundlohnsumme stellt die Obergrenze für mögliche Honorarerhöhungen hinsichtlich der GKV dar. Diese darf im folgenden Jahr 2,81 Prozent nicht überschreiten. Gesetzliche Grundlage ist der § 71 SGB V. Dieser legt fest, dass die „Veränderung der jeweiligen Vergütung", wie zum Beispiel die Vergütung für Heilmittel, die Veränderungsrate der Grundlohnsumme nicht überschreiten darf.

Das Bundesministerium für Gesundheit berechnet auf der Grundlage der vierteljährlichen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenkassen die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) der Mitglieder aller Krankenkassen. *(ko)*

Präventionsmaßnahmen gegen Übergewicht fehlen

Neue Konzepte unter Einbindung von Therapeuten nötig

In Deutschland fehlen Präventionsmaßnahmen gegen Übergewicht sowie geeignete Therapieangebote für Menschen mit Adipositas. Fächerübergreifende Behandlungsansätze unter Einbezug von Ärzten, Physiotherapeuten, Psychologen und Diätassistenten sind notwendig. Diese Auffassung vertreten das Kompetenznetz Adipositas (KNA) in München und das Integrierte Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) Adipositas Erkrankungen in Leipzig.

Oft herrsche die Meinung vor, dass starkes Übergewicht nur auf einen ungünstigen Lebensstil zurückgehe, so dass Betroffene im Gesundheitswesen und im Alltag mit Benachteiligungen konfrontiert werden. Trotz der zunehmenden medialen Aufmerksamkeit für das Thema Adipositas gebe es auf Seiten der Gesundheitspolitik und der gesellschaftlichen Entscheidungsträger keine Strategie im Umgang mit der Erkrankung, heißt es in einer gemeinsamen Pressemitteilung. So richteten sich Präventionsmaßnahmen meist an Einzelpersonen, die ihren Lebensstil ändern sollten.

Dabei sei längst bekannt, dass die Lebensverhältnisse der Menschen in konsumorientierten Ländern eine Gewichtszunahme stark begünstigten. Daher sei verstärkt die Politik gefragt, einen gesünderen Lebensstil zu ermöglichen, zum Beispiel durch Verbesserungen in der Essensversorgung von Schulen oder bei den Bewegungsmöglichkeiten in Städten. „Voraussetzung dafür ist allerdings politischer und gesellschaftlicher Wille“, so Kompetenznetz und IFB.

Obwohl fast ein Viertel der Erwachsenen hierzulande adipös ist, sei Adipositas im Gesundheitssystem nicht als Krankheit anerkannt. Daher habe auch die Adipositas-Behandlung in den letzten Jahren kaum Verbesserungen erfahren. „Sie wird im deutschen Gesundheitssystem massiv vernachlässigt“, kritisierte Hans Hauner, Sprecher des KNA. Es fehlten vor allem langfristige, evaluierte Therapiekonzepte.

Als wirkungsvoll hätten sich bislang fächerübergreifende Behandlungsansätze erwiesen, die Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und Diätassistenten mit einbeziehen, so Hauner weiter. Bisher übernähmen Krankenkassen die Kosten für Gewichtsmanagement aber nur bedingt. „Um die Adipositas-Therapie zu verbessern, ist deshalb ein gemeinsames multidisziplinäres Vorgehen von medizinischen Experten, Patientenvertretern, Krankenkassen und Versorgungsforschern nötig“, forderte Hauner. *(ks)*

Senkung des Bluthochdrucks beste Prävention

Alzheimer-Patienten bekommen öfter einen Schlaganfall

Wer unter Alzheimer leidet, hat auch ein erhöhtes Risiko, einen Schlaganfall zu bekommen. Das hat eine aktuelle Studie aus Taiwan herausgefunden, deren Ergebnisse kürzlich im internationalen Fachjournal „Neurology“ veröffentlicht wurden.

Das Risiko für ischämische Schlaganfälle – also den Verschluss eines Gefäßes im Gehirn – lag bei Alzheimer-Patienten um 66 Prozent höher als bei Menschen mit gleichen Risikofaktoren, die nicht an Alzheimer litten. Das Risiko für Hirnblutungen war sogar um 70 Prozent erhöht, heißt es in einer Pressemitteilung der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe anlässlich des Welt-Alzheimertags am 21. September.

Für die Studie waren 980 Alzheimer-Patienten untersucht worden. Ausgeschlossen waren dabei bereits Patienten mit einem erhöhten Schlaganfall-Risiko durch eine sogenannte vaskuläre Demenz. Diese Patienten leiden unter Durchblutungsstörungen des Gehirns, in deren Folge es zu Gedächtnisverlust durch das Absterben von Nervenzellen kommt, heißt es weiter. Ein Schlüssel zu wirksamer Prävention von Demenz könnte in einer dauerhaften Senkung des Bluthochdrucks liegen. Verschiedene Studienergebnisse deuteten darauf hin, dass Bluthochdruck schon in jüngeren Jahren das Risiko für Demenz erhöhe. Da Bluthochdruck gleichzeitig die häufigste Ursache für einen Schlaganfall sei, nutze eine solche Prävention gleich doppelt.

Nach Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft leben in Deutschland etwa 1,4 Millionen Menschen mit Demenzerkrankungen. Ungefähr 60 Prozent davon leiden an einer Demenz vom Typ Alzheimer. „Ihre Zahl wird bis 2050 auf 3 Millionen steigen, sofern kein Durchbruch in der Therapie gelingt“, so die Fachgesellschaft weiter. *(ks)*

> Service

Ein kostenloses Abstract finden Sie im Internet unter *www.neurology.org/content/80/8/705.short?sid=de5a044a-dfed-4b61-a9fe-3838b10ab9c2.*

Notlagentarif für privat Versicherte eingeführt

Krankenkassen erlassen Beitragsschulden

Menschen ohne Krankenversicherung oder solche, die ihre Beiträge nicht zahlen konnten, profitieren bis Ende des Jahres von einem gesetzlichen Schuldenerlass. Ausstehende Beiträge können erlassen werden, der Säumniszuschlag wird gesenkt und ein Notlagentarif für privat Versicherte wird eingeführt.

Schon seit August 2013 gilt das „Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“. Die Einzelheiten zum Schuldenerlass waren vom GKV-Spitzenverband erarbeitet und vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt worden. Nichtversicherte oder Versicherte mit Beitragsschulden sollten sich bis zum 31. Dezember 2013 bei der Krankenkasse melden, bei der sie zuletzt versichert waren, empfiehlt der GKV-Spitzenverband. Wer sich erst nach dem Stichtag meldet, dem werden die Beiträge zwischen Eintreten der nachrangigen Versicherungspflicht und der Meldung bei der Krankenkasse angemessen ermäßigt.

Oft kein Versicherungsschutz

In Deutschland waren 2011 laut Angaben des Statistischen Bundesamtes 137.000 Menschen nicht krankenversichert. Seit 1. April 2007 gilt aber eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenkasse und seit Januar 2009 im privaten System. Seither müssen bei Eintritt in die Krankenkasse Beiträge und Prämienzuschläge bei den Privaten für die versicherungslose Zeit nachgezahlt werden – in einzelnen Fällen kann sich das auf mehrere tausend Euro summieren. Wegen fehlender Beiträge durfte aber niemandem gekündigt werden, allerdings wurde ein Säumniszuschlag von fünf Prozent für jeden angefangenen Monat erhoben – mit dem neuen Gesetz gilt nun der reguläre Säumniszuschlag von einem Prozent. Insgesamt belaufen sich die Beitragsrückstände in der gesetzlichen Krankenversicherung auf etwa 4,5 Milliarden Euro.

In der privaten Krankenversicherung zahlen derzeit rund 146.000 Versicherte ihre Beiträge nicht, heißt es in den Verbraucher-Tipps der Bundesregierung. Nach Schätzung des Verbands der privaten Krankenversicherung kommen jährlich etwa 3.000 neue Nichtzahler dazu.

Nach den Rahmenvorgaben des Gesetzgebers profitieren laut GKV-Spitzenverband einzelne Versichertengruppen unterschiedlich stark. Am meisten entlastet werden jene, die trotz bestehender Versicherungspflicht bislang keine Krankenversicherung haben und sich bis Ende des Jahres bei ihrer Kasse melden. Darüber hinaus werden auch die Versicherten entlastet, die seit April 2007 im Wege der „Auffangpflichtversicherung“ zur gesetzlichen Krankenversicherung zurückgekehrt sind, ihre Beiträge aber nicht zahlen konnten, heißt es in einer Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands. Andere Versichertengruppen mit Beitragsschulden sollen durch die Senkung der Säumniszuschläge ebenfalls finanziell entlastet werden.

Notlagentarif soll helfen

Privat Krankenversicherte, die ihre Beiträge in der Vergangenheit nicht zahlen konnten, werden in einen sogenannten Notlagentarif mit niedriger Prämie überführt. Dieser sieht eine Notversorgung sowie eine unbeschränkte Versorgung bei Schwangerschaft und Mutterschaft vor. Nach Zahlung aller ausstehenden Beiträge können die Versicherten wieder in ihren ursprünglichen Tarif zurückkehren.

Unter *www.bmg.bund.de* gibt es weitere Informationen zum Schuldenerlass sowie einige Fallbeispiele. Bei Fragen zur Krankenversicherung hilft auch das Bürgertelefon des BMG unter 030-340606601. *(ks)*

Bei Konkurrenz im gleichen Gebäude

Praxischefs dürfen Miete mindern

Praxisinhaber können die Miete für ihre Praxisräume mindern, wenn der Vermieter im gleichen Gebäude Räumlichkeiten an einen Konkurrenten vermietet. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) in Karlsruhe kürzlich in einem Grundsatzurteil entschieden.

Im vorliegenden Fall hatte ein Orthopäde 2002 seine Praxisräume in einer „Praxisklinik“ in Leipzig für zehn Jahre gemietet. Laut Mietvertrag durfte er operative Eingriffe in einem OP-Zentrum des Gebäudes vornehmen. Ferner wurde dem Mediziner dort ein „Konkurrenzschutz für die Fachrichtung Orthopädie und den Schwerpunkt Chirotherapie sowie die Traumatologie für Erwachsene“ gewährt.

2003 schloss der Vermieter einen Mietvertrag mit einem Unfallchirurgen mit Schwerpunkt Arthroskopie und Gelenkchirurgie, der ein Jahr später einen weiteren Kollegen in seine Praxis aufnahm. Der Kläger war der Ansicht, die operativen und nicht operativen Behandlungen an der Stütz- und Bewegungsorganen verletze seinen Konkurrenzschutz und forderte den Vermieter auf, die Konkurrenzsituation zum nächstmöglichen Zeitpunkt zu beseitigen. Ferner verlangte er, die Miete um 50 Prozent zu mindern, sowie die Rückzahlung der überzahlten Miete.

Der BGH schloss sich der Auffassung des Berufungsgerichts, „die vertragswidrige Konkurrenzsituation stelle keinen Mangel der Mietsache da“, nicht an. Nach § 536 Abs. 1 Satz 1 BGB sei die Konkurrenzsituation durchaus ein Mangel, der zu einer Mietminderung berechtige. Und dies gelte auch ohne ausdrückliche vertragliche Vereinbarung. Allerdings setze die Minderung der Miete voraus, dass durch die Konkurrenz „der vertragsgemäße Gebrauch der Mietsache mehr als nur unerheblich beeinträchtigt wird“, urteilten die BGH-Richter. *(ks)*

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	Uhrzeit	Preis netto
Selbstzahlerleistung	sem_szl	17.10.13	Berlin	10:00 bis 17:00 Uhr	199,50 €
Mitarbeiter motivieren mit leistungsorientierter Bezahlung	sem_lm	18.10.13	Mercure Berlin City West	10:00 bis 17:00 Uhr	199,50 €
Ärzte motivieren, (extrabudgetär) zu verordnen!	sem_eb	22.10.13	Park Inn Hotel Hamburg Nord	10:00 bis 17:00 Uhr	199,50 €
Erfolgreich mit Krankenkassen abrechnen	sem_eag	23.10.13	Park Inn Hotel Hamburg Nord	10.00 bis 17:00 Uhr	199,50 €
Erfolgreich mit Privatpatienten abrechnen	sem_eap	24.10.13	Park Inn Hotel Hamburg Nord	10:00 bis 17:00 Uhr	199,50 €
Buchhaltung in der therapeutischen Praxis	sem_b	07.11.13	Best Western Hotel Frankfurt-Rodgau	10:00 bis 17:00 Uhr	199,50 €
Betriebswirtschaftslehre für Therapeuten	sem_bwl	08.11.13 – 09.11.13	Best Western Hotel Frankfurt-Rodgau	9:00 bis 17:00 Uhr / 9:00 bis 15:00 Uhr	329,50 €
Gelassenheit an der Rezeption	sem_st	08.11.13	Mercure Berlin City West	10:00 bis 17:00 Uhr	199,50 €
Ärzte motivieren, (extrabudgetär) zu verordnen!	sem_eb	12.11.13	Achat Premium Hotel München-Süd	10:00 bis 17:00 Uhr	199,50 €
Erfolgreich mit Krankenkassen abrechnen	sem_eag	13.11.13	Achat Premium Hotel München-Süd	10:00 bis 17:00 Uhr	199,50 €
Erfolgreich mit Privatpatienten abrechnen	sem_eap	14.11.13	Achat Premium Hotel München-Süd	10:00 bis 17:00 Uhr	199,50 €
Rezeption – Ort der Entscheidung	sem_po	15.11.13 – 16.11.13	Tryp Hotel Dortmund	9:00 bis 17:00 Uhr/ 9:00 bis 15.00 Uhr	329,50 €
Erfolgreiche Arztkommunikation	sem_ak	22.11.13	Park Inn Hotel Hamburg Nord	10:00 bis 17:00 Uhr	199,50 €
Rezeption – Ort der Entscheidung (Aufbausem.)	sem_por	29.11.13 – 30.11.13	Bremen	9:00 bis 17:00 Uhr/ 9:00 bis 15.00 Uhr	329,50 €

ONLINE-SEMINARE

Titel	Artikelnummer	Datum	Uhrzeit	Preis netto
Einführung in die GKV-Heilmittelverordnung	sem_oegkv	07.10.13	14:00	25,13 €
Einführung in die Verlaufsdokumentation und Berichtschreibung	sem_ovub	07.10.13	16:00	25,13 €
Therapiebericht – Jetzt verordnen Ärzte gerne weiter!	sem_OTEB	08.10.13	19:00	25,13 €
Praxisbroschüre – Flyer erstellen, die sich lohnen	sem_OPFL	22.10.13	19:00	25,13 €
Jetzt rechne ich selbst ab!	sem_OAB	05.11.13	19:00	25,13 €
GebüTh – Privatpreise nachvollziehbar und rechtssicher gestalten	sem_OGP	19.11.13	19:00	25,13 €

Rettungsring für die Logopädie in Sicht?

Logopäden demonstrierten bundesweit

Insgesamt ca. 360 TherapeutInnen demonstrierten vergangene Woche in vier deutschen Städten für eine bessere Vergütungssituation von Logopäden: In Düsseldorf, Hamburg, Heidelberg und Konstanz machten sie sowohl Politiker als auch Passanten auf ihre Situation aufmerksam. Anna Korpack, Logopädieschülerin am Uniklinikum Münster, war in Düsseldorf dabei und berichtet von den Ergebnissen.

Menschen mit Bademänteln, Taucherbrille, Schwimmflügeln und Schwimmreifen sammelten sich vor dem Landtag in Düsseldorf und weckten die Aufmerksamkeit von Passanten und Politkern. Unter dem Motto „Die Logopädie geht baden – uns steht das Wasser bis zum Hals“ informierten die Logopäden am Freitag, den 13.9.2013 über den geringen Lohn, die damit verbundene Altersarmut von Logopäden, die Gefährdung der Versorgung von Patienten (insbesondere im ländlichen Raum) und das Problem der Grundlohnsummenbindung.

Politiker aller großen Parteien waren vor Ort und zeigten Interesse und Verständnis für die Lage der Logopäden. Es konnten Philipp Tacer (SPD, Düsseldorfer Bundestagskandidat), Peter Preuß (CDU, Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales), Marion Warden (SPD, Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales), Martina Maaßen (GRÜNE, Ausschuss für Arbeit, Gesundheit, Integration und Soziales) und Susanne Schneider (FDP, Ausschüsse für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation) für einen Dialog gewonnen werden.

Parteiübergreifend sprachen sich alle für eine Verbesserung der Vergütungssituation von Logopäden aus. Gelder dürften nicht nur in Rettungsschirme für Banken fließen. Von den Protestierenden kam der Vorschlag, die Grundlohnsummenbindung abzuschaffen, wie dies bereits bei den Ärzten geschehen sei. Zudem bedauerten die Therapeuten, dass sie ihre Angestellten oft nicht der Wertschätzung nach angemessen bezahlen könnten, auf Grund der geringen Vergütung seitens der Krankenkassen. Ebenso sei es ein Unding, erbrachte Leistungen von den Krankenkassen wegen eines Formfehlers auf der Verordnung, verursacht durch den Arzt, nicht bezahlt zu bekommen. Es müsse zudem überlegt werden, ob es gerecht sei, dass Therapeuten eine unentgeltliche oder bezahlte Ausbildung machten während andere Auszubildende ein Gehalt bekämen.

Im Anschluss an die Gespräche wurden den Abgeordneten Informationen zur Lage der Logopäden in Form eines Minirettungsringes, Handtuchs und Infotextes überreicht. Frau Schneider wollte ihr Rettungsring-Info-Paket sogar an Daniel Bahr (FDP, Bundesminister für Gesundheit) weiterreichen. Eine solche Kundgebung müsse wiederholt werden, äußerten die Minister, da sie witzig und einprägsam sei. Der beste Ort hierfür sei Berlin. Um sich mit dem Thema intensiver beschäftigen zu können, sprachen alle Politiker Folgetermine mit der Landesverbandsvorsitzenden NRW (WL) ab.

Anna Korpack
(Logopädieschülerin am Uniklinikum Münster)

Abrechnungstipp

Erst- und Folgeverordnung (der Regelfall)

Die Verordnung im Regelfall erfolgt nach Maßgabe des Heilmittel-Katalogs, also nach dessen konkreten Vorgaben. Im Praxisalltag fehlt jedoch häufig ein Kreuz oder es wurde an einer falschen Stelle gesetzt. Wie Sie sich in diesen Fällen korrekt verhalten und was zu beachten ist, damit Ihre Verordnung nicht von den Krankenkassen abgesetzt oder gekürzt wird, erfahren Sie in diesem Abrechnungstipp.

§ GRUNDREGELN

- Formal korrekt ausgefüllte Heilmittelverordnungen benötigen die Angabe der Art der Verordnung, also ein Kreuz bei Erst-, Folgeverordnung oder bei Verordnung außerhalb des Regelfalls (§ 13 Abs. 2 Satz b) HeilM-RL).
- Eine Erstverordnung liegt dann vor, wenn es sich um die erste Heilmittelverordnung für einen Patienten zu einer bestimmten Diagnose handelt (§ 7 Abs. 8 HeilM-RL).
- Nach der Erstverordnung gilt jede weitere Verordnung zur Behandlung derselben Diagnose des Patienten im Regelfall als Folgeverordnung (§ 7 Abs. 8 Satz 1 HeilM-RL).
- Voraussetzung für eine neue Erstverordnung bei gleicher Diagnose ist, dass der neuen Erstverordnung ein zwölfwöchiges therapiefreies Intervall vorangegangen ist. Maßgeblich sind hier die Behandlungsdaten, nicht das Ausstellungdatum der Verordnung.
- Eine Folgeverordnung liegt auch dann vor, wenn sich bei derselben Diagnose die Leitsymptomatik oder die Art des Heilmittels ändert (§ 7 Abs. 8 Satz 2 HeilM-RL).
- Folgeverordnungen sind immer Verordnungen im Regelfall. Ist der Regelfall ausgeschöpft, das heißt, ist die Gesamtverordnungsmenge laut Heilmittel-Katalog erreicht, so ist jede weitere Verordnung nur noch eine Verordnung außerhalb des Regelfalls (§ 8 Abs. 1 Satz 1 HeilM-RL).

SELBST KORRIGIEREN

- **Logopädie:** Der Heilmittelerbringer kann die Art der VO korrigieren, wenn er den Arzt darüber informiert und die Korrektur auf der VO dokumentiert (Gilt für alle Kassenarten vgl. dazu Anlage 3, S. 3 der Rahmenempfehlung nach § 125 Abs. 1 SGB V Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie i. d. F. 1.7.2013).
- **Physiotherapie:** Fehlt bei der VO von vdek-Patienten die Angabe der Art der VO, können Heilmittelerbringer das Kreuz nach Rücksprache mit dem Arzt selbst ergänzen, wenn sie sich an folgende Regeln halten: Therapeut dokumentiert nach Rücksprache mit dem Arzt die Korrektur auf der VO. Die Änderung muss spätestens bis zum Einreichen der Abrechnung erfolgt sein (Gilt nur für Ersatzkassen – siehe Anlage 5: Checkliste PNr. 5 des vdek Rahmenvertrags Physiotherapie i. d. F. vom 1.4.2013).

KORREKTUR DURCH DEN ARZT

- Die Angaben zur Art der VO kann der Arzt jederzeit korrigieren.
- Fast alle Kassen akzeptieren Änderungen durch den Arzt auch per Fax (vorher im Rahmenvertrag überprüfen).

IM RAHMENVERTRAG PRÜFEN

- Zusätzlich zu den o. g. Möglichkeiten selbst zu korrigieren, erlauben manche Rahmenverträge eine Korrektur durch den Therapeuten. Das muss für den konkreten Fall im Rahmenvertrag geprüft werden.
- Die meisten Krankenkassen akzeptieren eine Korrektur der VO durch den Arzt per Fax.

ABRECHNUNGSSTRATEGIE

- Eine formal korrekt ausgestellte Heilmittelverordnung benötigt die Angabe der Art der Verordnung. Fehlt diese Angabe oder ist das Kreuz falsch gesetzt, droht die Absetzung der Verordnung durch die Krankenkassen.
  - Für ein gutes Arzt-Therapeutenverhältnis ist es ratsam, dem Arzt möglichst wenige Änderungen zurückzuschicken. Was selbst korrigiert werden darf, sollten Sie auch selbst ändern.
  - Änderungen per Fax sparen Ihnen ebenfalls Zeit und zusätzliche Wege.

PRAKTISCHE BEISPIELE / HÄUFIGE FRAGEN

- Die Leitsymptomatik ändert sich während der Behandlung. Ist die nächste VO wieder eine EV?
  - Nein, die Änderung der Leitsymptomatik bei gleicher Diagnose löst keinen neuen Regelfall aus (§ 7 Abs. 8 Satz 2 HeilM-RL). Dies gilt auch, wenn sich aufgrund der veränderten Leitsymptomatik die Diagnosengruppe ändert (Frage 06 Fragen-/Antworten-Katalog GKV).
- Patient benötigt nach einem Schlaganfall sowohl physiotherapeutisches Motoriktraining des paretischen Arms als auch Sprachtherapie. Sind in diesem Fall zwei gleichzeitige Heilmittelverordnungen möglich?
  - Ja, da in diesem Fall eine entsprechende Indikation vorliegt und Heilmittel aus verschiedenen

Abschnitten des Heilmittel-Katalogs notwendig sind (§ 12 Abs. 8 Satz 1 HeilM-RL). Voraussetzung: Die verschiedenen Heilmittel müssen jeweils auf einem separaten Verordnungsvordruck verordnet werden. Sie dürfen nicht auf ein und derselben Verordnung stehen (§ 12 Abs. 8 Satz 2 HeilM-RL).

- Patient ist mit Z. n. Operation eines Karpaltunnelsyndroms bereits in physiotherapeutischer Behandlung. Nach einem Sturz bricht er sich zusätzlich den Fuß und benötigt nun weitere Therapie der Fraktur. Können hier parallel zwei Heilmittelverordnungen ausgestellt werden?
  - Ja, laut Heilmittel-Richtlinie ist das zulässig. Treten mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen auf, kann dies weitere Regelfälle auslösen (§ 7 Abs. 4 Satz 2 HeilM-RL).
- Der Regelfall ist abgeschlossen, der Patient benötigt aber weiterhin Therapie. Eine zwölfwöchige Therapiepause wäre kontraproduktiv. Kann der Arzt hier weiter Heilmitteltherapie verordnen?
  - Für diese Behandlungsfälle lässt § 7 Abs. 5 Satz 3 der Heilmittel-Richtlinie die sogenannte Verordnung außerhalb des Regelfalls zu. Diese Ausnahmeregelung und ihre Indikationen sind in § 8 HeilM-RL definiert.
- Ein Patient kommt mit zwei EV bei gleicher Diagnose aber von unterschiedlichen Ärzten in die Praxis. Können beide Verordnungen so ausgeführt werden oder muss bei einer VO das Kreuz in Folgeverordnung korrigiert werden?
  - Nein, zwei EV können nicht gleichzeitig behandelt werden!
- Ein Patient hat den Regelfall durchlaufen und holt sich sofort im Anschluss daran eine neue EV mit gleicher Diagnose von einem anderen Arzt. Kann die neue EV dann so ausgeführt werden oder muss der neue Arzt um eine Änderung zu einer VO außerhalb des Regelfalls gebeten werden?
  - Grundsätzlich sind Ärzte verpflichtet, immer zunächst den Regelfall zu durchlaufen, bevor sie eine VO außerhalb des Regelfalls ausstellen. Hält er sich nicht an diese Regel, kann er in Regress genommen werden.
  - Weiß der neue Arzt nichts vom ersten Arzt, weil z. B. der Patient nichts davon erzählt hat, wird er eine neue EV ausstellen.
  - Weiß der neue Arzt von der vorhergehenden Behandlung durch einen anderen Arzt durch Erzählung des Patienten (es liegen keine Unterlagen vor), wird der Arzt trotzdem eine EV ausstellen, weil er nicht genau weiß, was der alte Arzt verordnet hat.
  - Die Krankenkassen vertreten die Meinung, dass ein neuer Arzt keinen neuen Regelfall auslöst (vgl. Frage 5 Fragen-/Antwortenkatalog GKV; Prüfbestimmung vdek Rahmenempfehlungen Physiotherapie 2013).
  - Als Therapeut befindet man sich in einer Zwickmühle: Der Patient legt eine gültige EV vor, von

der der Therapeut weiß, dass es sich eigentlich um eine VO außerhalb des Regelfalls handelt. Die gemeinsamen Rahmenempfehlungen sehen eine Behandlung bei gültiger Verordnung verpflichtend vor (§ 18 Abs. 1 gem. Rahmenempfehlungen). Außerdem unterliegen Therapeuten laut Datenschutz der Schweigepflicht (§ 203 StGB). Eine Übermittlung der Patientendaten an den zweiten Arzt stellt demnach einen Verstoß gegen diese Schweigepflicht dar. Der Therapeut muss also behandeln.

1. Lösungsvorschlag: Machen Sie den Patienten auf das Problem aufmerksam. Ist der Patient einverstanden, dass Sie den zweiten Arzt informieren, lassen Sie sich eine Schweigepflichtentbindung unterschreiben. Verweigert der Patient die Zustimmung (und dazu hat er jedes Recht!), vermerken Sie dies auf der Verordnung und kommen Ihrer Behandlungspflicht dem Patienten gegenüber nach. Möglicher Vermerk: „Patienten hat die Einwilligung zur Arztinformation verweigert."

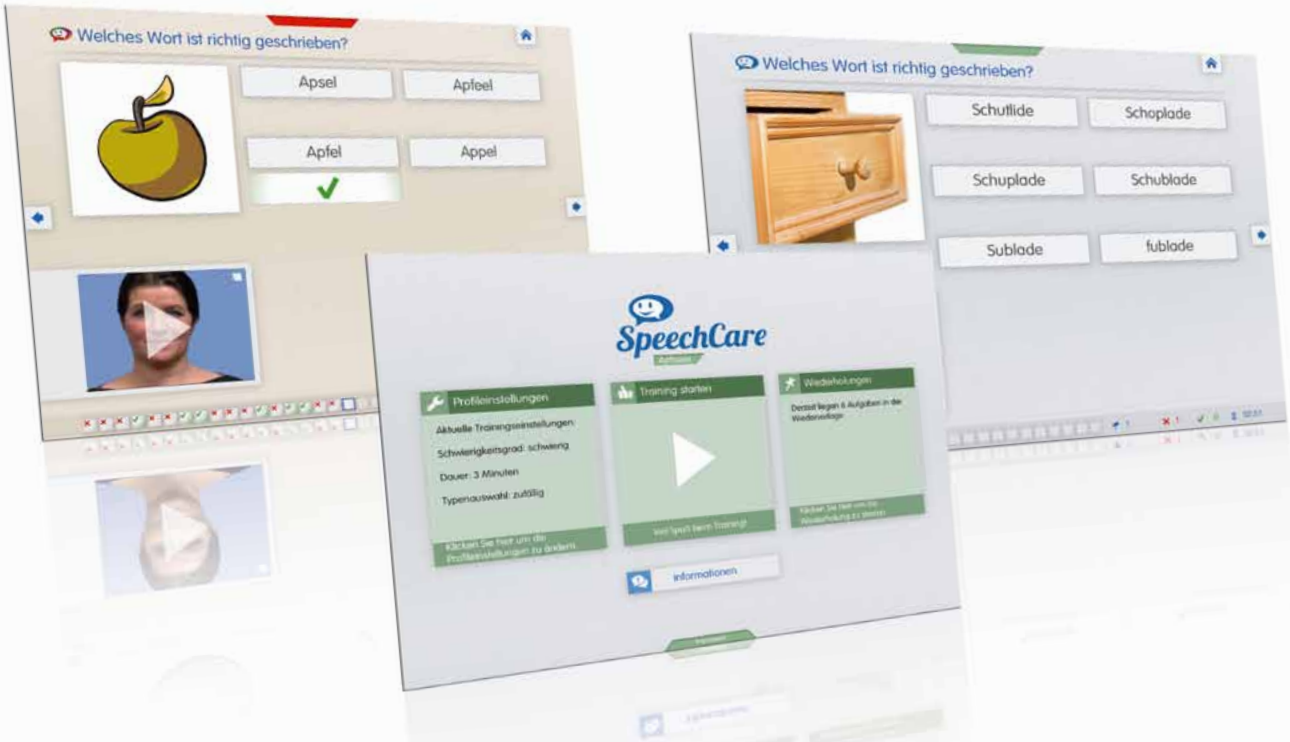
2. Lösungsvorschlag: Weigert sich der Arzt die EV zu ändern, reicht ein Hinweis auf der VO „Arzt besteht auf Durchführung der VO wie ausgestellt", um trotz der „falschen" Art der VO sein Geld sicher zu bekommen. *(jw)*

Mit diesem Thema beschäftigt sich auch ausführlich ein *up*-Artikel vom 26.4.2013 (Prüfpflicht verstößt gegen Datenschutz). Lesen Sie hier mehr: *www.up-aktuell.de/news/2013/04/prufpflicht-verstost-gegen-datenschutz-21706.html*.

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

Apps helfen LRS-, Aphasie- und Parkinson-Patienten bei Sprechstörungen

Logopäde entwickelt interaktive Therapie-Apps



Apps helfen uns zunehmend bei der Gestaltung von Alltag oder Freizeit. Aber sie können auch helfen bei unserer Gesundheit – wie die neuen Apps zu Sprachstörungen, die der Logopäde Stefan Böhm entwickelt hat. Erstmals verfügen die digitalen Lern- und Übungsprogramme des Leverkusener Start-Up-Unternehmens SpeechCare GmbH über audio-visuelle Elemente, die vollkommen neue Trainingsmöglichkeiten für Zuhause bieten.

Die Idee zu den interaktiven Apps entstand vor etwa einem Jahr, erinnert sich der 46-Logopäde und Diplommusiker, der seit 2002 eine Praxis in Bergisch-Gladbach betreibt. „Patienten mit Wortaktivierungsstörungen brauchen oft einen Impuls. Sie können ein bestimmtes Wort zwar bilden, aber die Wortaktivierung gelingt nicht“, so Böhm. Und da viele seiner Patienten bereits Tablet-PC’s oder Smartphones besaßen, kam er auf den Gedanken, diese in die Therapie einzubinden. Mit seinem Freund und Geschäftspartner Klaus Kugelmann, der als diplomierter Medien-Ingenieur über das technische Know-how verfügt, setzte er seine Idee um und entwickelte gemeinsam mit einem Programmierer-Team einen Prototyp.

Etwa 15.000 Apps im Gesundheitsbereich

Gesundheits-Apps sind immer mehr im Kommen. Erfolgreich etabliert haben sich bereits Rauchfrei-, Abnehm- oder Sport-Apps. Aber auch Apps für chronisch Kranke wie Medikamententimer, Programme zur Erfassung der Herzfrequenz, des Blutzuckers oder der täglichen Bewegung können von großem Nutzen sein. Insgesamt, so schätzt der Bundesverband Informationswirtschaft und Telekommunikation, Bitkom, gibt es inzwischen 15.000 Apps im Gesundheitsbereich – damit habe sich ihre Zahl seit 2010 fast verdreifacht.

Die Apps von SpeechCare betreffen die Krankheitsbilder der Lese- und Rechtsschreibschwäche (LRS) für Kinder und Erwachsene, Sprachentwicklungsverzögerungen bei Kindern, Aphasie und Parkinson. Für den Bereich Parkinson wurde die sogenannte MoveApp programmiert, die in Zusammenarbeit mit dem Neurologischen Fachkrankenhaus für Parkinson in Beelitz entwickelt wurde. Die Apps Aphasie und LRS für das iPad sind bereits im App Store erhältlich – sowohl als Gratis- als auch als Vollversion für 89,99 Euro. Die MoveApp steht kostenlos für iPad und iPhone zum download bereit, (die Androidversion aller Bereiche steht kurz vor der Markteinführung). Es sollen folgen: Ein App zur Sprachentwicklungsverzögerung (SEV) für Kinder im Vorschulalter sowie eine Bildkarten-App für Therapeuten, in der die Bilder nach semantischen Feldern zusammengestellt und so bereits für den Einsatz in der Therapie vorsortiert sind. Dies ermögliche, so Böhm, eine deutliche Zeitersparnis und größere Flexibilität in der Therapie gerade bei Hausbesuchen und „wesentlich geringeres Gepäck für den Hausbesuch“.

Apps bieten gerade bei Hausbesuchen größere Flexibilität in der Therapie.

Die von Logopäden entwickelten Übungseinheiten helfen den kleinen und großen Patienten, ihre sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten zu verbessern, das Sprechen, das Schreiben, das Lesen und das Verstehen von Sprache zu trainieren – jederzeit und aufgrund der extremen Mobilität, die das iPad bietet, überall. „Sie sind auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt“, erklärt Böhm und wurden durch ständige Tests in der Entwicklungsphase schon während der Programmierung durchgehend optimiert. „Dabei kam es uns vor allem darauf an, dass die Übungen möglichst einfach und leicht zugänglich und bedienbar sind, sodass auch Aphasiker kaum Vorinformationen benötigen.“

Die Apps für Kinder bieten spezielle Übungen zu den Bereichen Artikulation, Wortaktivierung, Sprachverständnis, Grammatik, auditive Wahrnehmung, Lesen und Schreiben. Für die erwachsenen Patienten gibt es spezielle Übungen für das Störungsbild Aphasie, das häufig als Folge eines Schlaganfalls auftritt. Die Wortaktivierung kann durch die integrierten Videosequenzen nun auch außerhalb der Therapiezeiten trainiert werden, was bisher nicht möglich war. Und mit der MoveApp können Parkinson Patienten ihre Mimik, Motorik und ihr Sprechen trainieren. Der integrierte Medikamententimer erinnert an die pünktliche Einnahme der Medikamente und mit dem Bewegungsbogen können die Patienten ihre Beweglichkeit dokumentieren, wodurch der Arzt dann die Medikamentengabe optimieren kann. Mit einer Videofunktion erhalten sie sprachliche Vorgaben als Video, können ihre Antwort direkt sehen und Lautstärke und Tonhaltedauer mit Pegelanzeigen überprüfen.

Vorgestellt wurden die Apps von SpeechCare erstmals auf dem Kongress des Deutschen Bundesverbandes für Logopädie (dbl) Ende Mai in Erfurt. Mit Hilfe eines ActiveTables, den Promethean, der Anbieter von interaktiven Unterrichtsmittel wie Whiteboards und ActiveTables, zur Verfügung stellte, konnten die Apps einer größeren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden – und erhielten „viel Feedback“, freut sich Sprachexperte Böhm. Neben Werbung auf der eigenen Website und im App Store schaltet SpeechCare regelmäßig Anzeigen in der dbl-Verbandszeitschrift. Außerdem führt das Unternehmen derzeit Gespräche mit Kliniken und Schulen. Eine Studie zur LRS-App startet demnächst an einer Gesamtschule in Leverkusen, für die Aphasie-App läuft demnächst eine Studie an der Hogeschool Zuyd in Heerlen an.

Spezielle Apps folgen

Konzipiert sind die Apps in erster Linie für Patienten, aber auch spezielle Anwendungsprogramme für Therapeuten, Praxen und Kliniken sollen folgen. „Die Übungen werden gleich sein“, erläutert der Logopäde, der 1996 seinen Abschluss machte, „doch es werden weitere Anwendungen eingebaut, die die Möglichkeiten des Therapiemanagements und der Dokumentation erweitern.“ Ein wenig bedauert Böhm, dass man nicht ermitteln kann, wer die Apps schon runtergeladen hat. „Manchmal gibt es aber weltweit Überraschungen – so interessierte sich beispielsweise eine deutsche Schule in Südafrika für unsere App“, berichtet der Jungunternehmer voller Stolz. Festzustellen sei aber, dass nach Auftritten auf Messen und Kongressen die Nachfrage nach SpeechCare-Apps steige. Und der folgt am dbl-Jahresfortbildungstag des Landesverbandes Baden-Württemberg am 19.10.2013 in Heidelberg. *(ks)*

Vorgestellt wurden die Apps erstmals auf dem Kongress des dbl Ende Mai.

> Kontakt

SpeechCare GmbH, Freudenthal 64a, 51375 Leverkusen, Tel.: 0214-31261-18, E-Mail: info@speechcare.de, Internet: www.speechcare.de

Eine Anleitung für Praxischefs

Führen durch Fragen

Es ist eine Binsenweisheit: Wer fragt, führt. Und mit Blick auf Ihre Patientinnen und Patienten können Sie die Klaviatur der Fragen virtuos spielen – Sie wissen, wann Sie Informationen brauchen und wie Sie ein Gespräch beenden können. Wie aber ist es mit Mitarbeiterinnen, Lieferanten, Vermieterin, ...? Oft ist der Tagesplan so gefüllt, dass wir aus Zeitnot denken, dass wir schon wissen, worum es dem anderen geht – dabei versäumen wir aber, bei Gelegenheit diese Hypothese auf Fakten hin zu überprüfen. Führen durch Fragen ist sowohl zeit- und energieschonend wie auch wertschätzend.

Profis im Fragen

Lassen Sie uns einen Schritt zurücktreten und die Profis betrachten, die von der hohen Kunst des Fragens leben: die Journalisten. Sie lernen in ihrer Ausbildung, wie man fragt und wie man jemanden zum Reden bringt. Sie wissen, dass sie erst noch die entscheidenden Infos finden müssen – und sie vermuten sie bei ihrem Gegenüber. Wir können von ihnen lernen. (Siehe Box: Gutes Fragen führt zu brauchbaren Antworten)

Üben, üben, üben

Nun reicht es nicht, einen Fragenkatalog auswendig zu lernen. Die Pflicht vor der Kür von Journalisten ist, dass sie sich in das jeweilige Thema gut eingearbeitet haben. Sie wissen, wie sie mit Fragen jemanden zunächst würdigen, sich mit Fragen für ihn interessieren und dann mit Fragen zum Reden bringen – der Antwortende findet das sympathisch oder zumindest anregend, er arbeitet gern mit. Es geht dabei auch um eine Balance zwischen Funktion und Zielerreichung, sonst springt ihnen der Gesprächspartner ab. Diese Feinabstimmung müssen Journalisten üben. Und das zielführende und gleichzeitig respektvolle Fragen müssen auch wir üben, in unserem betrieblichen Alltag mit seinen verschiedenen Aufgaben und Anforderungen.

Fragen gezielt nutzen

Als Führungskraft und Mitarbeiter in Ihrer Praxis haben Sie verschiedene Rollen inne – und zwar oft gleichzeitig. Entsprechend haben Sie einen Informationsbedarf zu decken, Support- oder Kontrollfunktionen auszuüben, die Ressourcen von Mitarbeitern und Kollegen zu unterstützen ... und all das sind Gelegenheiten, Fragen gezielt zu nutzen.

- **Vorgesetzter:** Als Vorgesetzter können Sie durch Fragen die Kommunikation sicherstellen. Sie leiten kompetente Menschen an – durch Fragen können Sie Informationen sammeln, den Stand einer Sache oder Bewertungen erfragen und erreichte Ziele mit den geplanten Zielen abgleichen.

TIPP

Gutes Fragen führt zu brauchbaren Antworten

Im Journalismus gibt es klassische W-Fragen:
- Wer?
- Was?
- Wo?
- Wann?
- Wie?
- Auch: Welche Quelle?

Als Unternehmer könnte die Frage interessieren:
- Wie viel?
- Und man könnte konkretisieren: Was genau?

Achtung bei der Frage nach dem Warum: Hier bringen wir jemanden in eine Rechtfertigungssituation – das sollten wir meiden. Aus der Gesprächsführung kennen wir verschiedene Fragetypen:

1. **Offene Fragen:** Mit offenen Fragen finden wir die Meinungen, Absichten, Wünsche unseres Gegenübers heraus. Voraussetzung: Wir müssen zeigen, dass wir interessiert zuhören möchten, wenn er seine Seite ausführt. Beispiel: „Wie sehen Sie das, wenn...?“
2. **Lücken-Fragen:** Gelegentlich wissen wir selbst nicht so recht weiter und wollen Zeit gewinnen. Dann wollen wir zwar wie bei den offenen Fragen weitere Informationen einholen, das eigentliche Ziel ist aber der Puffer für ein Selbstgespräch, in dem man sich Zeit für Überlegungen lässt. Beispiel: „Könnten Sie das noch mal ausführen: Habe ich Sie richtig verstanden, dass...?“
3. **Geschlossene Fragen:** Wir haben immer ein Bild vom anderen. Also müssen wir herausfinden, ob wir mit unserer Einschätzung richtig liegen. Mit geschlossenen Fragen erwarten wir eine konkrete Aussage oder sogar ein Ja oder Nein. Beispiel: „Ich habe verstanden, dass es Ihnen um Ihre Überstundenregelung geht, richtig?“

Man sagt: Wer fragt, führt. Aber berücksichtigen Sie, dass Ihr Gegenüber frei ist wie Sie selbst. Gegenseitige Wertschätzung sollte dem Gespräch zugrunde liegen wie auch ein ehrliches Interesse an den Antworten. Und: Durch Ihre Fragen zeigen Sie sich auch ein Stück weit selbst.

- **Experte:** Als Experte können Sie durch Fragen prüfen, ob die Qualität stimmt, die Sie mit Ihrem Angebot intendieren; und Sie können mit Fragen für Zeit- oder Kosteneffizienz sorgen.
- **Moderator:** Als Moderator können Sie durch interessiertes Fragen innerhalb Ihres Teams die Identifikation und die Beteiligung erhöhen und Konflikte schlichten.
- **Coach:** Als Coach können Sie durch Fragen die individuelle Entwicklung des Mitarbeiters oder Kollegen unterstützen. Sie können nach persönlichen Ressourcen fragen und dann an der richtigen Stelle beraten, reflektieren und Feedback geben.
- **Unternehmer:** Als Unternehmer haben Sie die gesamte Praxis im Blick und geben Visionen vor. Sie beobachten den Markt und vertreten Ihre Praxis nach außen. Durch Fragen haben Sie die Möglichkeit, Vertrauen zu wecken – nach innen wie nach außen –, und die Eigenverantwortung Ihrer Mitarbeiter zu fördern.

Was wir zum Fragen brauchen, ist eine passende Haltung: Man muss für Zeit und Offenheit sorgen, wenn man erfolgreich und respektvoll mit Fragen führen will.

Der oder die Andere

Hand aufs Herz: Oft meinen wir, wir wissen, wo`s lang geht. Wir stellen dann zwar Fragen, aber eigentlich meinen wir, die Antwort bereits zu kennen. Aber ist dem denn so? In einer zunehmend ausdifferenzierten Welt wissen wir – und das ist die Erfahrung vieler, die Verantwortung tragen – oft eben nicht exakt, wo es weitergeht. Eine Mitarbeiterin, ein externer Dienstleister ist u. U. der entscheidende Wissensträger. Ran an den Speck: Finden Sie heraus, was sie oder er Ihnen zu erzählen hat.

Wertschätzen und schützen

In Fernsehshows haben wir viele Beispiele, an denen wir prüfen können: Würden wir das selbst auch so machen? Können wir das in unseren Berufsalltag kopieren? Es gibt in diesen Interviews Journalisten, die fragen kalt distanziert und provozierend. Schon beim Zuschauen gefriert einem das Blut in den Adern. Andere Journalisten zeigen menschliche Nähe, ihr Interesse scheint echt zu sein.

Nun hat ein Gespräch verschiedene Funktionen. Und es ist Ihr Part zu definieren, welche Funktion das anstehende Gespräch hat. Und dennoch lässt sich generell sagen: Finden Sie den Ausgleich zwischen Interesse und professioneller Distanz, zwischen Nähe und kalkuliertem Blick auf das Ergebnis.

Wenn Sie einmal gelernt haben, authentisch Fragen zu stellen, werden Sie zunehmend brauchbare Antworten erhalten. Betrachten Sie bitte ab dann die Antworten auf Ihre Fragen zu einem gewissen Teil als Geschenk. Anerkennen Sie das Vertrauen, das jemand Ihnen mit seiner Antwort entgegenbringt. Bestrafen Sie Antworten (auch solche, die auf den ersten Blick unliebsam sind) nicht durch Kritik oder Abwehr. Heißen Sie Antworten willkommen.

Wenn die Zeit fehlt

Manche Menschen werden durch Übung zu wahren Fragen-Akrobaten. Was dazu gehört, ist eine gehörige Portion Vorbereitung. Es gibt aber auch Situationen, in denen muss man spontan Gespräche führen, auf die man nicht recht vorbereitet ist. Oder man bekommt in einem Gespräch Informationen, die einen aus dem Konzept bringen. Dann ist es hilfreich, sich auf wenige vorbereitete Fragen zu besinnen. Ziel für einen solchen Kurzfragenkatalog ist, sich auch in unbekanntem Gebiet zurechtzufinden und die gegebene Situation voll zu nutzen. Voraussetzung für das Gelingen auch hier: aufmerksam zuhören. *(Siehe Box: Fragen, wenn die Zeit für gute Vorbereitung fehlt)*

TIPP

Fragen, wenn die Zeit für gute Vorbereitung fehlt

Nutzen Sie diese Anregung bitte zunächst nur als Experiment. Es muss nicht gelingen. Aber gelegentlich reicht es, sich auf drei offene Fragen zu beschränken, um ein Gespräch zu führen:

- Was wollen Sie?
  (Auch: Was ist Ihr Plan/Ziel?)
- Was tun Sie?
  (Auch: Was ist Ihr nächster Schritt?)
- Wie fühlen Sie sich dabei?
  (Auch: Wie geht`s Ihnen damit?)

Unternehmerisch ist es ggf. sinnvoll, weiterzufragen: Wem nützt das? Wer ist noch beteiligt? Was kostet das? Eine solche Reduzierung sollten Sie nicht länger als 3 bis 5 Minuten einsetzen. Nutzen Sie die Regeln des aktiven Zuhörens – es wäre recht unglücklich, wenn Ihr Gegenüber den Eindruck bekäme, er würde ausgefragt.

Schon die alten Chinesen...

Schon die alten Chinesen sagten: „Wer fragt, ist ein Narr für fünf Minuten. Wer nicht fragt, bleibt ein Narr für immer." In diesem Sinne wünsche ich Ihnen närrische Freude am Fragen... und an den Antworten.

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.

Lohnt sich nicht für alle Praxischefs

Umsatzsteuerliche Kleinunternehmerregelung

Um Unternehmen mit geringen Einnahmen nicht mit übermäßigem bürokratischen Aufwand zu belasten, hat der Gesetzgeber die sog. Kleinunternehmerregelung geschaffen: Unterhalb bestimmter Umsatzgrenzen kann der Praxisbetrieb von der Umsatzbesteuerung freigehalten werden. Da Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung grundsätzlich von der Umsatzsteuer befreit sind, müssen Praxischefs sich nur um die Umsatzsteuer anderer Leistungen, wie etwa Präventionsangebote, kümmern.

Die Anwendung der Kleinunternehmerregelung bedeutet konkret, dass den Patienten bzw. Kunden keine Umsatzsteuer in Rechnung gestellt wird und dementsprechend keine Umsatzsteuer an das Finanzamt abzuführen ist. Solche Kleinunternehmer werden im Prinzip wie Privatpersonen behandelt. Damit entfällt beispielsweise auch die Verpflichtung zu umsatzsteuerlichen Voranmeldungen, die monatlich oder quartalsweise anfallen. Im Gegenzug darf aber auch keine Vorsteuer abgezogen werden, also die Umsatzsteuer, die beispielsweise von Lieferanten in Rechnung gestellt wird. Es kann daher auch bei nur geringen Umsätzen z. B. im Rahmen der Praxisgründung durchaus empfehlenswert sein, auf die Anwendung der Kleinunternehmerregelung zu verzichten. Diese sog. Umsatzsteueroption steht jedem Kleinunternehmer frei.

Praxisempfehlung: Das sollten insbesondere auch Therapeuten prüfen, die an sich steuerfreie Umsätze aus heilberuflicher Tätigkeit erzielen, die vom Gesamtumsatz abgezogen werden können (mehr dazu weiter unten). Fallen hohe mit Umsatzsteuer belastete Ausgaben an, ist der Kleinunternehmer-Status von Nachteil, z. B. bei Investitionen in die Praxisausstattung. Deshalb sollte sorgfältig erwogen werden, die Option zum Verzicht auf den Kleinunternehmer-Status zu nutzen. Zu überlegen ist auch, wer die Praxisleistungen nachfragt. Soweit diese Personen oder Institutionen vorsteuerabzugsberechtigt sind, wird ihnen an dem Umsatzsteuerausweis gelegen sein. Allerdings: Wer die Option einmal gewählt hat, bleibt an sie für mindestens fünf Jahre gebunden. Ein häufiges Hin und Her ist nicht möglich.

Umsatzgrenzen entscheiden

Die für den Kleinunternehmer-Status maßgebliche Umsatzgrenze liegt bei einem Vorjahres-Umsatz von 17.500 Euro. Im laufenden Jahr darf die Summe der nicht steuerbefreiten Umsätze (z. B. aus Präventions- und Selbstzahler-Leistungen) voraussichtlich nicht über 50.000 Euro steigen.

Deshalb geht die Möglichkeit zur Anwendung der Kleinunternehmerregelung bei einem besonders erfolgreichen Praxisbetrieb ohnehin quasi automatisch verloren, was wiederum dafür spricht, die Vorteile aus dem Vorsteuerabzug der Startinvestitionen nicht aus dem Auge zu verlieren. Umgekehrt kann es aussehen, wenn die Praxis sich fast nur im Rahmen der Erzielung steuerbefreiter Umsätze aus heilberuflicher Tätigkeit (zur Abgrenzung s. u.) bewegt oder nur als zweites Standbein neben einer anderweitigen Beschäftigung ausgeübt wird und ein Vollbetrieb vielleicht gar nicht beabsichtigt ist.

Praxisempfehlung: Liegt die zuletzt genannte Konstellation vor, sollte die Umsatzentwicklung laufend beobachtet werden, um ein unbemerktes Ansteigen über die 17.500-Euro-Grenze zu vermeiden. Dann lässt sich zum Jahresende gegensteuern, indem die Entgelte für im November/Dezember durchgeführte Tätigkeiten erst nach dem Jahreswechsel vereinnahmt werden.

Für das erste Jahr der Praxistätigkeit kann zunächst von der Einhaltung der 17.500-Euro-Grenze ausgegangen werden, denn der Vorjahres-Umsatz liegt dann ja bei Null. Der erwartete Umsatz ist auf amtlichem Vordruck zu schätzen. Um die zu Beginn eines Jahres und die später startenden Jung-Chefs gleich zu behandeln, wird eine Hochrechnung auf einen Jahreswert vorgenommen.

BEISPIEL

Praxisinhaber P. ist zum 1.7.2013 gestartet und rechnet für den Rest des Jahres mit monatlichen nicht steuerbefreiten Umsätzen von 1.500 Euro. Das ergibt dann zwar zunächst nur (6 x 1.500 =) 9.000 Euro. In Hochrechnung auf das ganze Jahr wird aber der Wert von 18.000 Euro erreicht und damit die Grenze überschritten. Allerdings: Die unternehmerische Tätigkeit beginnt nicht erst mit der Praxiseröffnung und dem Empfang erster Patienten, sondern mit den Vorbereitungen, beispielsweise der Praxiseinrichtung. Hat P. also ab April 2013 entsprechende Räumlichkeiten renoviert etc., dann sollte er diese drei Monate einrechnen und den zu erwartenden Umsatz von 9.000 Euro auf 9 Monate verteilen. Insgesamt wird das Finanzamt dann nur zu einem auf 2013 hochgerechneten Wert von 12.000 Euro kommen.

Wird ein zu optimistischer Praxisinhaber, der für das erste Jahr mit einem Wert von beispielsweise 24.000 Euro rechnet, von der Wirklichkeit in dem Sinne eingeholt, dass die tatsächlichen Umsätze unter dem Grenzwert liegen, kann der Kleinunternehmer-Status in Abstimmung mit

dem Finanzamt auch rückwirkend genutzt werden – freilich mit dem Nachteil, dass ggf. bereits angesetzte Vorsteuerabzugsbeträge wieder verloren gehen.

Hinweis: Nicht zu verwechseln ist die umsatzsteuerliche Kleinunternehmerregelung mit der arbeitsrechtlichen Kleinbetriebsklausel. Hier geht es beispielsweise um Pflichten zur Aufstellung von Betriebsräten oder um die Anwendung von gesetzlichen Kündigungsschutzregelungen, von denen Betriebe mit bis zu zehn Arbeitnehmern ausgenommen sind.

Achtung Steuerfallen

! Zu beachten ist auch eine Spezialität des deutschen Steuerrechts, nämlich die Unterscheidung zwischen dem ertragsteuerlichen und dem umsatzsteuerlichen Unternehmer: Hat ein Unternehmer ertragsteuerlich mehrere Praxen, liegt gleichwohl umsatzsteuerrechtlich ein Unternehmen vor. Daher ist die Kleinunternehmerregelung nur anwendbar, wenn die Betriebe zusammengenommen die Umsatzgrenzen nicht überschreiten.

! Wenn ein Praxisinhaber als Kleinunternehmer in Rechnungen an seine Leistungsempfänger unzulässigerweise Umsatzsteuer ausweist, ist das kein Kavaliersdelikt, das durch Unwissenheit geschützt wäre. Es liegt dann ein unberechtigter Steuerausweis vor, der schlicht dazu führt, dass die ausgewiesene Umsatzsteuer an das Finanzamt zu zahlen ist, gleich ob versehentlich geschehen oder nicht.

! Nur scheinbar einfach ist die Berechnung bzw. Schätzung der maßgeblichen Jahresumsatzbeträge auch, weil Beträge aus der privaten Nutzung und Entnahme von Gegenständen (z. B. der Pkw) hinzuzuzählen sind. Andererseits können Einnahmen aus dem Verkauf von Anlagevermögen abgezogen werden.

Steuerbefreite Umsätze für Heilberufe

Besonders schwierig ist aus heilberuflicher Sicht nicht selten die Abgrenzung steuerfreier Umsätze, die vom Gesamtumsatz abgezogen werden dürfen. Es handelt sich hierbei um die Anwendung der Steuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 UStG für ähnliche heilberufliche Tätigkeiten. Die Finanzverwaltung hat sich damit kürzlich in einem Verfügungstext vom 27.7.2012 ausführlich beschäftigt, der von der in Frankfurt/M. beheimateten Oberfinanzdirektion (OFD) herausgegeben wurde.

Finden Sie sich mit Ihren Umsätzen in der Liste der sog. Katalogberufe in § 4 Nr. 14 Satz 1 UStG wieder, ist die Sache einfach, weil dann steuerbefreite Umsätze vorliegen. Das gilt insbesondere für Physiotherapeuten, die der § 4 ausdrücklich anführt. Steuerbefreit sind demnach „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“. Auch Krankengymnasten sind im weiteren Gesetzestext ausdrücklich genannt.

Werden aber Tätigkeiten der dort nicht ausdrücklich genannten Heil- und Heilhilfsberufe (Gesundheitsfachberufe) ausgeführt, ist abzugrenzen: Die Umsätze fallen insoweit nur dann unter die Steuerbefreiung, wenn es sich um eine einem Katalogberuf ähnliche heilberufliche Tätigkeit handelt. Ob das der Fall ist, beurteilt die OFD Frankfurt/M. in ihrer o. g. Verfügung nach

- der Vergleichbarkeit der ausgeübten Tätigkeit,
- der Vergleichbarkeit der Ausbildung,
- der Vergleichbarkeit der berufsrechtlichen Regelung über Ausbildung, Prüfung, staatliche Anerkennung sowie der staatlichen Erlaubnis und Überwachung der Berufsausbildung.

Allerdings scheitert die Ähnlichkeit eines Heilhilfsberufs ohne staatliche Regelung mit dem Katalogberuf des Krankengymnasten nicht daran, dass der Steuerpflichtige keine staatliche Erlaubnis zur Führung seiner Berufsbezeichnung besitzt. Vielmehr reicht es aus, wenn er über die Erlaubnis seiner beruflichen Organisation verfügt, die Kenntnisse bescheinigt, die den Anforderungen einer staatlichen Prüfung für die Ausübung der Heilhilfsberufe vergleichbar sind.

Ausreichendes Indiz für das Vorliegen einer ähnlichen heilberuflichen Tätigkeit ist die Zulassung des jeweiligen Unternehmers, bzw. die regelmäßige Zulassung seiner Berufsgruppe durch die zuständigen Stellen der gesetzlichen Krankenkassen. Fehlt es an einer solchen Zulassung, obliegt es den Finanzämtern festzustellen, ob die Voraussetzungen für die Steuerbefreiung erfüllt sind. Das hat sie bzw. die Finanzgerichtsbarkeit für die in der Tabelle aufgeführten Berufe verneint (wer mehr dazu erfahren will, kann sich in einem Abschnitt des Umsatzsteuer-Anwendungserlasses zu § 4 Nr. 14 UStG und einem sehr ausführlichen Schreiben des Bundesfinanzministeriums vom 26.6.2009 informieren).

Ärztliche Verordnung erforderlich

Die OFD Frankfurt weist in ihrem aus 2012 stammenden Verfügungstext darauf hin, dass die Steuerbefreiung für Leistungen aus der Tätigkeit von Gesundheitsfachberufen grundsätzlich nur gewährt werden kann, wenn sie aufgrund ärztlicher Verordnung bzw. einer Verordnung eines Heilpraktikers oder im Rahmen einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden. Als ärztliche Verordnung gelten im Allgemeinen sowohl das Kassenrezept als auch das Privatrezept; bei Rezepten von Heilpraktikern handelt es sich durchweg um Privatrezepte. Eine bloße Behandlungsempfehlung durch einen Arzt oder Heilpraktiker (z. B. bei Antritt des Aufenthalts in einem „Kur“-Hotel) gilt aber nicht als für die Steuerbefreiung ausreichende Verordnung.

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