

nach einem Schlaganfall oder Unfall. Als Indikation ausgeschlossen sind ausdrücklich das Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom mit oder ohne Hyperaktivität (AD[H]S), angeborene Intelligenzminderungen und Erkrankungen des Gehirns mit progredientem Verlauf im fortgeschrittenen Stadium, wie zum Beispiel die mittel- und hochgradige Demenz vom Alzheimerstyp.

Zur Feststellung der Indikation sind Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie, Neurochirurgie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zugelassen. Die Durchführung der spezifischen neuropsychologischen Diagnostik und der anschließenden Therapie ist Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorbehalten, die eine neuropsychologische Zusatzqualifikation nachweisen können.

MMW Kommentar

Die neuropsychologische Therapie ist nicht antragspflichtig. Der Beginn der Behandlung ist lediglich der Krankenkasse anzuzeigen und zwar spätestens mit Abschluss der probatorischen Sitzungen. Die Zahl der abrechnungsberechtigten Ärztinnen und Ärzte dürfte allerdings zunächst nicht ausreichen, um den Bedarf zu decken. Nach Auskunft der Fachgesellschaft für Neuropsychologie stehen bundesweit zurzeit nur etwa 200 Neuropsychologen zur Verfügung, die entsprechend der Qualifikationsanforderung der Richtlinie ausgebildet sind. Auch hat der Bewertungsausschuss die neuropsychologische Therapie noch nicht in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen, so dass Vertragsärzte und -psychotherapeuten die Leistung noch nicht über ihre Kassenärztliche Vereinigung abrechnen können. In diesen Fällen hat der Versicherte jedoch Anspruch auf Kostenerstattung gemäß §13 Absatz 3 SGB V gegenüber seiner Krankenkasse.

Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge auch für Kinder absetzbar

— Mit der Einführung des Bürgerentlastungsgesetzes, das sich bereits seit 2010 auswirkt, können Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung, die einer Grund- bzw. Basisabsicherung dienen, steuerlich besser berücksichtigt werden. Dies gilt auch für die Basisbeiträge der Kinder. Für den Sonderausgabenabzug bei den Eltern genügt es, wenn diese ihrer Unterhaltspflicht nachkommen. Dabei kommt es grundsätzlich nicht darauf an, ob die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung des Kindes tatsächlich von den Eltern gezahlt oder erstattet werden. Die Gewährung von Sachunterhalt (wie Unterhalt und Verpflegung) ist ausreichend. Die Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung dürfen aber nur einmal berücksichtigt werden, entweder bei den Eltern, den Kindern oder bei beiden – nach nachvollziehbaren Kriterien – verteilt.

MMW Kommentar

Die Regelung gilt in allen Fällen, in denen die Eltern einen Anspruch auf Kindergeld oder den Kinderfreibetrag haben und unterhaltspflichtig sind. Vor allem Eltern, deren Kinder sich in der Ausbildung befinden und meist selbst Versicherungsnehmer sind, können hiervon profitieren. Wenn die Eltern die Kinder finanziell unterstützen, werden die Versicherungsbeiträge wie Kosten der Eltern behandelt.

Auch um die Möglichkeit, Kosten der Erstausbildung oder des Erststudiums unbeschränkt als Werbungskosten steuerlich geltend zu machen, wird übrigens einmal mehr vor Gericht gestritten. Derartige Kosten sollten deshalb weiterhin in der Einkommensteuererklärung geltend gemacht werden.

BSG sagt: Zweigpraxis hat Vorrang vor Sonderbedarfszulassung

Im Rahmen der Prüfung eines Zulassungsantrags auf Sonderbedarf müssen Zulassungsausschüsse auch die Versorgung berücksichtigen, die in dem betreffenden Planungsbereich durch bereits vorhandene Zweigpraxen erfolgt. Das hat das

Bundessozialgericht in einem Urteil vom 8. Dezember 2011 festgelegt (AZ.: B 6 KA 36/09 R). Dabei kann der Zweigpraxis sogar Vorrang zukommen, wenn zwei Bewerber um die Deckung desselben Versorgungsbedarfs konkurrieren.

MMW Kommentar

Eine Sonderbedarfszulassung nach §101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. der Bedarfsplanungsrichtlinie erfordert die Feststellung eines besonderen Versorgungsbedarfs. Den Zulassungsgremien steht bei der Beurteilung, ob diese Voraussetzung gegeben ist, ein Spielraum zur Verfügung. Das Beurteilungsergebnis muss jedoch auf ausreichend

fundierte Ermittlungen, zum Beispiel durch Befragung der bereits zugelassenen Ärzte und Verifizierung der Angaben durch Anzahlstatistiken, begründet sein und bereits vorhandene – und das ist neu – Zweigpraxen berücksichtigen. Das Urteil stellt damit einen wichtigen Beitrag zur besseren vertragsärztlichen Flächenabdeckung dar.