



Osteopathisches Magazin

Offizielles Verbandsorgan
des BDO e.V.



Bund Deutscher
Osteopathen e.V.

Bund Deutscher Osteopathen e.V.

Impressum

Offizielles Organ vom Bund Deutscher
Osteopathen e.V. (BDO)

2015, 1. Jahrgang

Herausgeber

M. Kothe M.Sc. Ost. D.O.

Redaktioneller Beirat

K. Farandos B.Sc. Ost.

M. Schmitz

Verlag

Medotrain – Verlag

Leibnizstr. 9, 70806 Kornwestheim

Verlagsredaktion und Produktion

S. Kothe, Fon: 01805-0160543(09 Cent/min.
max. 42 Cent aus dt. Mobilfunknetzen), E-
Mail: post@medotrain.de

Autorenhinweise

Auf Anfrage bei der Redaktion

Erscheinungsweise

Jährlich zum 31.03.

Manuskripte

Der Verlag haftet nicht für Manuskripte, die unverlangt eingereicht werden. Grundsätzlich werden nur solche Manuskripte angenommen, die vorher weder im Inland noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Die Manuskripte dürfen auch nicht gleichzeitig anderen Blättern zum Abdruck angeboten werden. Mit der Ausnahme des Manuskriptes zur Veröffentlichung überträgt der Verfasser für die Dauer der gesetzlichen Schutzfrist (§64 UrhG) dem Verlag die ausschließlichen Verwertungsrechte im Sinne der §§ 15 ff des UrhG für alle Auflagen/Updates, insbesondere

das Recht zur Vervielfältigung in gedruckter Form, in elektronischen Medienformen (Datenbanken, Online-Netzsysteme, Internet, CD-ROM, DVD, etc.) sowie zur Übersetzung und Weiterlizenzierung.

Copyright

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind für die Dauer des Urheberrechts geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Wichtiger Hinweis

Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Überprüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und ggf. nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Betrachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Heft abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers. Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen.

Bezugspreise 2015

36,80 € im Jahr

Der Versand erfolgt ausschließlich per Mail.

Inhalt

Editorial	3
Berufsverbände und Gemeinnützigkeit	4
Eigenständiger Beruf – aktuelle Situation	4
Was ist ein eigener Berufsstand?	6
Was wollen wir in Zukunft? Indikationsbezug – Fakultätsausschuss	7
Abrechnung in der Osteopathie	7
Behandlungsausfall	12
Seminare.....	12
Literatur	12
Informationen	12
Fachlicher Beitrag der DGOW	14



Editorial



Liebe Mitglieder,

ich heiße Sie als Herausgeber des „Osteopatischen Magazins“ herzlich willkommen.

Wir vom BDO möchten mit diesem Magazin Ihnen jährlich die relevanten Informationen über die Entwicklung der Osteopathie in den Bereichen Politik, Abrechnung, Hygiene, Patientenschutz und andere Gesetze zusammenfassend näher bringen.

Der BDO ist als wohl einziger osteopathischer Berufsverband in Deutschland nicht gemeinnützig. Dieses hat folgenden Grund: Gemeinnützigkeit widerspricht der Vertretung einer Interessensgemeinschaft (in diesem Fall der Osteopathen) nach dem Körperschaftssteuergesetz.

Somit sehen wir uns als ein Verband, der die Interessen der Osteopathen vertritt, die diesen eigenen Berufsstand wirklich anstreben. Das auch ohne als Arzt oder Heilpraktiker bestellt zu sein und auf Heilmittelverordnung eine Heilkunde zu erbringen. Der „first-contact“ ist hier das anzustrebende Ziel, welches wir auf dem juristischen Weg in 2015 vorbereiten.

Das Sichere Abrechnen ist ebenfalls ein großes Gebiet über das wir immer wieder aufklären werden. Zur Zeit ist es für viele Kollegen nicht klar, ob sie Umsatzsteuer zahlen müssen, wenn sie pauschal abrechnen. Als Heilpraktiker ist das vielen irrtümlicherweise oft egal.

Sie finden bei uns Fachfortbildungen zu den Berufsrechtlich interessanten Themen.

Wir möchten damit einen Qualitätsrahmen schaffen, der unabhängig von einer Verbandsmitgliedschaft oder Titel existiert.

Auf fachlicher Ebene arbeiten wir mit der Deutschen Gesellschaft für osteopathische Wissenschaft zusammen.

Auf den folgenden Seiten werden Sie nun viele Interessante Dinge über die Rahmenbedingungen der Osteopathie erfahren. Für tiefergehende Informationen besuchen Sie gerne unsere Seminare.

Ich wünsche Ihnen nun viel Freude beim Lesen.

Herzlichst Ihr

Michael Kothe

Berufsverbände und Gemeinnützigkeit

§ 5 Abs. 1 Nr. 2 heißt es unter 5.: Das, die Steuerbefreiung insoweit ausgeschlossen ist, wenn ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb unterhalten wird (KStG, 1991).

„Berufsverbände sind nicht gemeinnützig i.S. der §§ 51 ff. AO. Gemeinnützigkeit setzt nach § 52 Abs. 1 Satz 1 AO, die selbstlose Förderung der Allgemeinheit auf materiellem, geistige oder sittlichem Gebiet voraus. Berufsverbände bezwecken aber nicht die Förderung der Allgemeinheit sondern die Förderung allgemeiner Interessen einer bestimmten Personengruppe, nämlich des von ihnen jeweils vertretenen Berufsstandes oder Wirtschaftszweigs“ (Eggers, 2007).

Berufsverbände sollten „darauf achten, das aus ihrer tatsächlichen Geschäftstätigkeit die Verfolgung solcher Ziele deutlich hervorgeht, die nicht nur im Interesse ihrer Mitglieder liegen, sondern im allgemeinen Interesse eines Berufs“ (Burret, 2012).

„Die Steuerbefreiung für Berufsverbände nach § 5 Abs 1 Nr. 5 KStG beruht auf ihrem Wirken im Interesse der Allgemeinheit. Dem steht entgegen, dass es gerade in der Natur der Berufsverbände liegt, im Wesentlichen die wirtschaftlichen Interessen bestimmter Personengruppen zu fördern. Die Berufsverbände sehen sich nicht selbstlos und unbeschränkt der Allgemeinheit verpflichtet, sondern sind letztlich Lobby-Organisationen. Sie unterscheiden sich damit grundlegend von den gemeinnützigen Körperschaften, für die ein eigener Steuerbefreiungstatbestand in § 5 Abs. 1 Nr. 9 KStG vorgesehen ist. Eine Übertragung der strengen Anforderungen an die Anerkennung der Gemeinnützigkeit auf die Steuerbefreiung für Berufsverbände verbietet sich daher. Dies hat der BFH (BFH v. 13.03.12 – AZ: R 46/11) nun ausdrücklich klargestellt. Für die Gründung neuer Berufsverbände hat er

damit mehr Rechtssicherheit geschaffen“ (Burret, 2012).

Eigenständiger Beruf – aktuelle Situation

Die satzungsbedingte Zielgruppenunterscheidung bei den Verbänden ist der Tatsache geschuldet, dass die Osteopathie in Deutschland von Medizinern, Heilpraktikern und Physiotherapeuten erlernt werden kann und seit 2011 auch ohne Primärberuf per Direktzugang nach dem Abitur. Somit ist der Primärberuf unterschiedlich. Da die Osteopathie nach Meinung der Bundesärztekammer als Heilkunde eingestuft wird (Haas, Hoppe et al., 2009), dürfen allerdings nur Ärzte und Heilpraktiker die Osteopathie durchführen. Hieraus ergibt sich allerdings nicht, dass Osteopathen (dieser Begriff ist weder rechtlich geschützt noch nach dem Berufszulassungsgesetz als eigenständiger Beruf anerkannt), die im sogenannten Primärberuf Physiotherapeuten sind, die Osteopathie nicht ausführen dürfen.

Vielmehr ist ein Osteopath „...auf Grund seiner umfassenden Ausbildung keine Gefahr für Patienten und Allgemeinheit...“ (VG Düsseldorf, 2008, AZ: 7 K 967/07). Zudem darf „...ein Physiotherapeut ungeachtet einer ihm erteilten Erlaubnis zur Führung der Weiterbildungsbezeichnung Osteopath Heilbehandlungen nur aufgrund ärztlicher Verordnung durchführen.“ (BVerwG 3 BN 1.09 unter Bezug auf: Hessischer VGH - 18.06.2009 - AZ: VGH 3 C 2604/08.N)

Die Heilpraktikererlaubnis ist anders als die einem Arzt mit der Approbation erteilte Heilbefugnis teilbar... Bei Inkrafttreten des Heilpraktikergesetzes hat noch kein Bedürfnis für eine solche Beschränkung bestanden. Seitdem haben sich jedoch die Berufsbilder auf dem Sektor der Heilberufen damals nicht

vorhersehbarer Weise ausdifferenziert. Die Vorschriften des vorkonstitutionellen Heilpraktikergesetzes müssen daher im Lichte der Freiheit der Berufswahl aus Art. 12 Abs. 1 GG durch Auslegung an die gegenwärtigen Gegebenheiten angepasst werden. (OVG Düsseldorf, Urteil vom 13.06.2012, AZ: 13 A 668/09)

„Die heutige häufig beobachtete Vermengung von Chiropraktik, Osteopathie und komplementären Heilwesen in der ärztlichen und heilpraktischen Arbeit scheint in den 1920er-jahren bereits ihren Anfang genommen zu haben. Durch das Heilpraktikergesetz 1939 wurde sie faktisch verpflichtend für alle nicht approbierten Akteure.“ (Mildenberger, 2014).

Zwischenzeitlich hat der Gesundheitsmarkt sich weiterentwickelt und so kam es 2012 und 2013 zu der Auffassung, dass die Heilpraktikererlaubnis „grundsätzlich teilbar“ (BVerwG 3 B 64.12) vom 11.07.2013 ist:

„Die Heilpraktikererlaubnis ist anders als die einem Arzt mit der Approbation erteilte Heilbefugnis teilbar. Der Senat hat bereits entschieden, dass das Heilpraktikergesetz weder dem Sinne noch dem Wortlaut nach ein Verbot der Erteilung einer inhaltlich beschränkten Erlaubnis enthält. Bei Inkrafttreten des Gesetzes hat noch kein Bedürfnis für eine solche Beschränkung bestanden. Seitdem haben sich jedoch die Berufsbilder auf dem Sektor der Heilberufe in damals nicht vorhersehbarer Weise ausdifferenziert.

Die Vorschriften des vorkonstitutionellen Heilpraktikergesetzes müssen daher im Lichte der Freiheit der Berufswahl aus Art. 12 Abs. 1 GG durch Auslegung an die gegenwärtigen Gegebenheiten angepasst werden. Dies hat der Senat für den Bereich der Psychotherapie bereits ausgesprochen; die dortigen Erwägungen sind aber nicht darauf

beschränkt, sondern gelten allgemein. Eine uneingeschränkte Heilpraktikererlaubnis mit der Folge einer umfassenden Kenntnisüberprüfung ist zum Schutz der Volksgesundheit nicht erforderlich, wenn ein Antragsteller die Heilkunde nur auf einem abgrenzbaren Gebiet oder nur eine eindeutig umrissene Therapieform ausüben möchte. In diesem Fall reicht es aus, eine auf dieses Gebiet beschränkte Erlaubnis zuzusprechen, solange sichergestellt ist, dass der Betreffende die Grenzen seines Könnens kennt und beachtet.“ (OVG Düsseldorf v. 13. Juni 2012, 13 A 668/09)

Im Artikel 74 Absatz 1 Nr: 19 im Grundgesetz hat der Gesetzgeber die Möglichkeit ärztliche und andere Heilberufe auf Bundesebene zu regeln. „Den Gesetzen ist gemeinsam, dass sie methodenübergreifend für Tätigkeiten qualifizieren, die bestimmte Krankheitsbilder oder Störungen betreffen.“ ... „Neue Berufsgesetze kommen in Betracht, wenn sich im Rahmen der genannten Kriterien ein entsprechender Bedarf erkennen lässt. Üblicherweise werden sie durch die Länder initiiert, die häufig zunächst landesrechtliche Vorgaben entwickeln, aus deren zunehmender Zahl sich dann ein bundesweiter Bedarf ableiten lässt.“

Einem Berufsbild des Osteopathen in Form einer Erstausbildung durch den Bund steht entgegen, dass sich bisher kein entsprechender Bedarf auf Länderebene erkennen lässt. Auch würde eine Qualifikation nur für eine Behandlungsmethode geschaffen werden, was eher Gegenstand einer Weiterbildungsregelung sein sollte. Die Regelung als Weiterbildung würde in die Zuständigkeit der Länder fallen“ (Bundeministerium für Gesundheit, 2014).

In Hessen ist genau dieses als erstem Bundesland so geregelt, dass die Osteopathie als eine Fortbildung geregelt ist. „Die Weiterbildung in der Osteopathie ist in Hessen

durch die „Weiterbildungs- und Prüfungsordnung im Bereich der Osteopathie (WPO-Osteo)“ staatlich geregelt. Die Weiterbildungs- und Prüfungsordnung ist am 22. November 2008 in Kraft getreten“ (Regierungspräsidium Darmstadt, 2014).

Was ist ein eigener Berufsstand?

Ein Beruf ist eine „erlaubte Tätigkeit, die ein Einzelner gewählt hat, um seinen Unterhalt zu bestreiten“ (Münch, 1985). Zudem ist dieses „jede erlaubte Tätigkeit, die auf Dauer berechnet ist und der Schaffung und Erhaltung einer Lebensgrundlage dient“ (BVerfG, 1958) und „nicht schlechthin gemeinschädlich“ (www.rechtslexikon-online.de, 2014) ist.

„Die Berufsausübung kann durch oder aufgrund eines Gesetzes eingeschränkt werden, wenn Gründe des Allgemeinwohls dies rechtfertigen. Die Berufswahl darf nur eingeschränkt werden, wenn es zum Schutz besonders wichtiger Gemeinschaftsgüter (z.B. die Volksgesundheit) zwingend erforderlich ist. Die Berufswahl unterliegt somit einem stärkeren Schutz als die Berufsausübung“ (www.rechtslexikon-online.de, 2014).

Die Berufsfreiheit wird somit nach dem als "Apothekerurteil" bekannten Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) an der so genannten "Drei-Stufen-Lehre" bemessen (Bundesverfassungsgericht, 1958):

1. Stufe:

Regelung zur Art und Weise der Berufsausübung ("Wie"):

Eine Regelung der Berufsausübung ist zulässig, wenn vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls sie als zweckmäßig erscheinen lassen.

2. Stufe:

Regelung über subjektiven Zugang zu einem Beruf ("Ob"):

Subjektive Zulassungsbeschränkungen (z .B. Eignung, Kenntnisse und Fähigkeiten) sind zulässig, wenn die Ausübung des Berufs ohne ihre Erfüllung unmöglich oder unsachgemäß wäre oder ohne sie Gefahren oder Schäden für die Allgemeinheit zu erwarten wären.

3. Stufe:

Regelung über objektiven Zugang zu einem Beruf ("Ob"):

Objektive Zulassungsvoraussetzungen (unabhängig von der Person des Bewerbers) sind nur zulässig zur Abwehr nachweisbarer oder höchst wahrscheinlicher schwerer Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut.

Einzelne Aspekte der Berufsfreiheit werden auch durch die Grundfreiheiten des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft (EGV) europarechtlich, so durch die Arbeitnehmerfreizügigkeit (Art. 39 - 42 EGV), die Niederlassungsfreiheit (Art. 43 - 48 EGV) und die Dienstleistungsfreiheit (Art. 49 - 55 EGV) (www.rechtslexikon-online.de, 2014).

Prinzipiell gilt für alle Berufe das gleiche Berufsrecht (Bartmer-Leitl, 2011). Demzufolge ist folgende Unterteilung möglich:

- reglementierte Berufe, „für die der Gesetzgeber eigens ein Gesetz geschaffen hatte“ (Boxberg, 2011),

- als tradierte Berufe gelten „jene Berufe, die bereits in früher Vergangenheit Anerkennung gefunden haben“ (Boxberg, 2011) und

- neue oder junge Berufe, „die aufgrund einer sozialen Weiterentwicklung ihre Notwendigkeit und Berechtigung erst in jüngster Zeit gefunden haben.“ (Boxberg, 2011) Hierzu kann auch die Osteopathie gezählt werden (Bartmer-Leitl, 2012).

Was wollen wir in Zukunft?

Indikationsbezug – Fakultätsausschuss

Das Leistungsrecht von medizinischen Leistungen findet nach SGB 2, 5, 8, 9 und 11 statt. Hier ist grundlegend eine Indikation für eine Leistung gefordert. Es wird also indikationsbezogen abgerechnet. Somit müsste man um eine osteopathische Leistung erstattet zu bekommen, eine wissenschaftlich Nachweisbarkeit erbringen, das bei einer bestimmten Indikation eine osteopathische Leistung erfolgreich sein kann. Somit könnte auch die Lehre der Osteopathie an den Fakultäten stattfinden. Die Wissenschaftlichkeit und damit der Indikationsbezug würde sich somit auf die Erstattung der Leistungsträger auswirken können. Einem eigenen Berufsstand kommt das aber nicht gleich!

Abrechnung in der Osteopathie

Viele Physiotherapeuten, die als Osteopathen arbeiten, gehen für Ihre Patienten abrechnungstechnische Kompromisse ein (Wieligmann, 2011). Dieses ist jedoch Abrechnungsbetrug und gilt, sofern mindestens zweimal nachgewiesen, als gewerbsmäßiger Betrug welcher nach § 197a SGB V zur Anzeige gebracht werden kann.

Hieraus ergibt sich ein großes Problem bei der Durchführung und Abrechnung der Osteopathie, weil 79,85 % der Osteopathen in Deutschland im Primärberuf Physiotherapeuten sind (BVO, 2012).

Seit 2012 bezuschussen zunehmend mehr gesetzliche Krankenkassen die osteopathische Behandlung, von im Primärberuf als Physiotherapeuten tätige, Osteopathen, wenn diese die Osteopathie nicht als Präventionsbehandlung durchführen (Techniker Krankenkasse, 2014). Dieses ist eine Satzungsleistung und keine Leistung aus

dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Somit entstehen weitere Probleme hieraus:

1. Die gesetzlichen Krankenversicherungen verlangen eine private Heilmittelverordnung über Osteopathie. Somit soll der Arzt eine Heilkunde als ein Heilmittel verordnen. Ein Heilmittel, wie Physiotherapie, bedarf der ärztlichen Diagnose zur Durchführung. Eine Heilkunde wie die Osteopathie bedarf keiner Verordnung. Somit werten in einigen Teilen Deutschland Ärzte die Verordnung als Gutachten und rechnen diese entsprechend ab! (eigene Erfahrung)
2. 89 % der Bundesbürger sind gesetzlich versichert (Husa et Wohlschlägel, 2005) und 43 % der Patienten in Osteopathie-Praxen sind gesetzlich versichert. (Tüffers, 2009) Für diese Patienten gibt es bisher keine einheitliche Regelung in Sachen Abrechnung in der Osteopathie.
3. Ein weiteres Problem ist das der Umsatzsteuer. Wird in einem Behandlungsvertrag ein Festpreis vor der Behandlung vereinbart, wird für das Finanzamt diese Leistung mit einer Präventionsbehandlung gleichgesetzt, weil eine Diagnose einen Pauschalbetrag ausschließt. Somit besteht hier ein umsatzsteuerpflichtiges Gewerbe (UStG). Dies ist insofern problematisch, als das nach dem Urteil des Bundesfinanzhofes (BFH) vom 07.07.2005 mit dem Aktenzeichen: V R 23/04, Präventionsleistungen mit einer Umsatzsteuer belastet werden. In diesem Fall würde die komplette Praxis mit der Umsatzsteuer infiziert Es gilt hier keine Umsatzsteuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 UStG, sofern hier keine Kleinunternehmerregelung nach dem UStG angewandt wird. Der Festpreis, der zu dieser Umsatzsteuerpflicht führt (Bundesfinanzministerium, 2012), wird bei den Selbstzahlern zu 87 % durchgeführt. (Koralewski et Kothe, 2012). Dieser Umstand

wird allerdings nicht durch die Mitteilung des Bundesministeriums für Finanzen zur Umsatzsteuerbefreiung von Heilbehandlungen durch einen Podologen; Anforderung an die Berufsqualifikation - Veröffentlichung des BFH-Urteils vom 7. Februar 2013, V R 22/12 egalisiert.

Das Bundesministerium der Finanzen hat Regelungen zur Umsatzsteuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 Umsatzsteuergesetz geändert und per Rundschreiben vom 19.6.2012 an die obersten Finanzbehörden der Länder mitgeteilt. Durch die Änderungen wird die Abgrenzung der umsatzsteuerbefreiten heilkundlichen von anderen im Gesundheitsbereich durchgeführten Tätigkeiten präzisiert.

Unter Bezugnahme auf das Ergebnis der Erörterungen mit den obersten Finanzbehörden der Länder werden die Abschnitte 4.14.1 und 4.14.4 des Umsatzsteuer-Anwendungserlasses vom 1. Oktober 2010 wie folgt geändert:

5 Nicht unter die Befreiung fallen Tätigkeiten, die nicht Teil eines konkreten, individuellen, der Diagnose, Behandlung, Vorbeugung und Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen dienenden Leistungskonzeptes sind.

6 Neben (Zahn-) Ärzten und Psychotherapeuten dürfen lediglich Heilpraktiker als Angehörige der Heilberufe eigenverantwortlich körperliche oder seelische Leiden behandeln.

7 Das gilt auch für die auf das Gebiet der Physiotherapie beschränkten Heilpraktiker (vgl. BVerwG-Urteil vom 26. 8. 2009, 3 C 19.08, BVerwGE 134, S. 345).

8 Für Leistungen aus der Tätigkeit von Gesundheitsfachberufen kommt die Steuerbefreiung grundsätzlich nur in Betracht, wenn sie aufgrund ärztlicher Verordnung bzw. einer Verordnung eines Heilpraktikers oder im

Rahmen einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden (vgl. BFH-Urteil vom 7. 7. 2005, V R 23/04, BStBl II, S. 904).

9 Behandlungen durch Angehörige von Gesundheitsfachberufen im Anschluss/Nachgang einer Verordnung eines Arztes oder Heilpraktikers sind grundsätzlich nicht als steuerfreie Heilbehandlung anzusehen, sofern für diese Anschlussbehandlungen keine neue Verordnung vorliegt.“

Nach Absatz 12 wird folgender neuer Absatz 12a eingefügt:

(12a)

1 Medizinisch indizierte osteopathische Leistungen stellen Heilbehandlungen i. S. d. § 4 Nr. 14 Buchstabe a UStG dar, wenn sie von einem Arzt oder Heilpraktiker mit einer entsprechenden Zusatzausbildung erbracht werden.

2 Auch Physiotherapeuten oder Masseur bzw. medizinische Bademeister mit entsprechender Zusatzausbildung können umsatzsteuerfreie osteopathische Leistungen erbringen, sofern eine ärztliche Verordnung bzw. eine Verordnung eines Heilpraktikers vorliegt.“

Dem entgegen steht der Abschnitt 3.10. UStAE zur Einheitlichkeit der Leistung. Unter Allgemeine Grundsätze heißt es:

„(1) Ob von einer einheitlichen Leistung oder von mehreren getrennt zu beurteilenden selbständigen Einzelleistungen auszugehen ist, hat umsatzsteuerrechtlich insbesondere Bedeutung für die Bestimmung des Orts und des Zeitpunkts der Leistung sowie für die Anwendung von Befreiungsvorschriften und des Steuersatzes. Es ist das Wesen des fraglichen Umsatzes zu ermitteln, um festzustellen, ob der Unternehmer dem

Abnehmer mehrere selbständige Hauptleistungen oder eine einheitliche Leistung erbringt. Dabei ist auf die Sicht des Durchschnittsverbrauchers abzustellen (vgl. BFH-Urteile vom 31.5.2001, V R 97/98, BStBl II S. 658, und vom 24.1.2008, V R 42/05, BStBl II S. 697).

(2) In der Regel ist jede Lieferung und jede sonstige Leistung als eigene selbständige Leistung zu betrachten (vgl. EuGH-Urteil vom 25.2.1999, C-349/96, EuGHE I S. 973). Deshalb können zusammengehörige Vorgänge nicht bereits als einheitliche Leistung angesehen werden, weil sie einem einheitlichen wirtschaftlichen Ziel dienen. Wenn mehrere, untereinander gleich zu wertende Faktoren zur Erreichung dieses Ziels beitragen und aus diesem Grund zusammengehören, ist die Annahme einer einheitlichen Leistung nur gerechtfertigt, wenn die einzelnen Faktoren so ineinandergreifen, dass sie bei natürlicher Betrachtung hinter dem Ganzen zurücktreten. Dass die einzelnen Leistungen auf einem einheitlichen Vertrag beruhen und für sie ein Gesamtentgelt entrichtet wird, reicht ebenfalls noch nicht aus, sie umsatzsteuerrechtlich als Einheit zu behandeln. Entscheidend ist der wirtschaftliche Gehalt der erbrachten Leistungen (vgl. BFH-Urteil vom 24.11.1994, V R 30/92, BStBl 1995 II S. 151). Die dem Leistungsempfänger aufgezwungene Koppelung mehrerer Leistungen allein führt nicht zu einer einheitlichen Leistung (vgl. BFH-Urteil vom 13.7.2006, V R 24/02, BStBl II S. 935).

(3) Allerdings darf ein einheitlicher wirtschaftlicher Vorgang umsatzsteuerrechtlich nicht in mehrere Leistungen aufgeteilt werden. Dies gilt auch dann, wenn sich die Abnehmer dem leistenden Unternehmer gegenüber mit einer solchen Aufspaltung einverstanden erklären (vgl. BFH-Urteile vom 20.10.1966, V 169/63,

BStBl 1967 III S. 159, und vom 12.12.1969, V R 105/69, BStBl 1970 II S. 362). Auch der Umstand, dass beide Bestandteile im Wirtschaftsleben auch getrennt erbracht werden, rechtfertigt allein keine Aufspaltung des Vorgangs, wenn es dem durchschnittlichen Verbraucher gerade um die Verbindung beider Elemente geht (vgl. BFH-Urteil vom 10.1.2013, V R 31/10, BStBl II S. 352). Zur Qualifizierung einer einheitlichen Leistung, die sowohl Lieferungselemente als auch Elemente sonstiger Leistungen aufweist.

(4) Voraussetzung für das Vorliegen einer einheitlichen Leistung anstelle mehrerer selbständiger Leistungen ist stets, dass es sich um Tätigkeiten desselben Unternehmers handelt. Entgeltliche Leistungen verschiedener Unternehmer sind auch dann jeweils für sich zu beurteilen, wenn sie gegenüber demselben Leistungsempfänger erbracht werden und die weiteren Voraussetzungen für das Vorliegen einer einheitlichen Leistung erfüllt sind. Eine einheitliche Leistung kann, im Gegensatz zur Beurteilung bei Leistungen mehrerer Unternehmer, allerdings im Verhältnis von Organträger und Organgesellschaft vorliegen (vgl. BFH-Urteil vom 29.10.2008, XI R 74/07, BStBl 2009 II S. 256).

Abgrenzung von Haupt- und Nebenleistung

(5) Nebenleistungen teilen umsatzsteuerrechtlich das Schicksal der Hauptleistung. Das gilt auch dann, wenn für die Nebenleistung ein besonderes Entgelt verlangt und entrichtet wird (vgl. BFH-Urteil vom 28.4.1966, V 58/63, BStBl III S. 476). Eine Leistung ist grundsätzlich dann als Nebenleistung zu einer Hauptleistung anzusehen, wenn sie im Vergleich zu der Hauptleistung nebensächlich ist, mit ihr eng - im Sinne einer wirtschaftlich gerechtfertigten Abrundung und Ergänzung - zusammenhängt und üblicherweise in ihrem Gefolge vorkommt (vgl. BFH-Urteil vom 10.9.1992, V R 99/88,

BStBl 1993 II S. 316). Davon ist insbesondere auszugehen, wenn die Leistung für den Leistungsempfänger keinen eigenen Zweck, sondern das Mittel darstellt, um die Hauptleistung des Leistenden unter optimalen Bedingungen in Anspruch zu nehmen (vgl. BFH-Urteil vom 31.5.2001, V R 97/98, BStBl II S. 658). Gegenstand einer Nebenleistung kann sowohl eine unselbständige Lieferung von Gegenständen als auch eine unselbständige sonstige Leistung sein.“ (Nexis Lexis, 2014)

Andererseits argumentiert das Finanzgericht Baden Württemberg in seinem Urteil vom 04.06.2014 wie folgt:

„Bei richtlinienkonformer Auslegung setzt § 4 Nr. 14 Buchstabe a Satz 1 UStG aber ferner voraus, dass der Unternehmer tatsächlich eine Heilbehandlung im Bereich der Humanmedizin durch ärztliche oder artzähnlich Leistungen erbringt. Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin im Sinne des Art. 132 Abs. 1 Buchstabe c der Richtlinie 2006/112/EG des Rates vom 28. November 2006 über das gemeinsame Mehrwertsteuersystem (Mehrwertsteuersystemrichtlinie – MwSt-SystRL) umfassen nach Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union (EuGH), der sich der Bundesfinanzhof (BFH) angeschlossen hat, nur Tätigkeiten, die zum Zwecke der Vorbeugung, der Diagnose, der Behandlung und, soweit möglich, der Heilung von Krankheiten oder Gesundheitsstörungen für bestimmte Patienten ausgeführt werden (Beschluss des BFH vom 18. Februar 2008 V B 35/06, Sammlung der Entscheidungen des BFH – BFH/NV – 2008, 1001).“ (FG Baden-Württemberg Urteil vom 04.06.2014 – 14 K 797/12 (HI7263112))

„Die Steuerbefreiungstatbestände des Art. 132 der MwSt-SystRL sind nach ständiger Rechtsprechung des EugH als Ausnahmen von dem allgemeinen Grundsatz, dass jede Dienstleistung gegen Entgelt der Mehrwertsteuer unterliegt, eng auszulegen

(EuGHUrteil vom 14. September 2000 C-384/98, BFH/NV 2001). Die restriktive Auslegung muss jedoch mit den Zielen im Einklang stehen, die mit den Befreiungen verfolgt werden, um den Erfordernissen des Grundsatzes der steuerlichen Neutralität entsprechen, auf dem das gesamte Mehrwertsteuersystem beruht. Ziel der in Art. 132 Buchstabe b und c der MwSt-SystRL vorgesehenen Steuerbefreiung ist es, die Kosten der Heilbehandlungen zu senken (EuGH-Urteil vom 18. November 2010 C-156/09, BFH/NV 2011, 179, m.w.N.).“ (FG Baden-Württemberg Urteil vom 04.06.2014 – 14 K 797/12 (HI7263112))

„Vor diesem Hintergrund müssen sowohl die „ärztlichen Heilbehandlungen“ Art. 132 Abs. 1 Buchstabe b der MwSt-SystRL) als auch die „Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin“ (Art. 132 Abs. 1 Buchstabe c der MwSt-SystRL) einen therapeutischen Zweck haben. Daraus folgt zwar nicht zwangsläufig, dass die therapeutische Zweckbestimmtheit einer Leistung in einem besonders engen Sinne zu verstehen ist. Insofern kommen, nach der Rechtsprechung des EuGH, ärztliche bzw. artzähnliche Leistungen, die zum Zwecke der Vorbeugung erbracht werden, grundsätzlich für eine Steuerbefreiung nach Art. 132 Abs. 1 Buchstabe b bzw. c der MwSt-SystRL in Betracht. Selbst wenn sich einschließlich herausstellt, dass Personen, die sich vorbeugenden Untersuchungen oder anderen ärztlichen bzw. artzähnlichen Maßnahmen unterziehen, an einer Krankheit oder Gesundheitsstörung leiden, steht die Einbeziehung dieser Leistungen in die Begriffe „ärztliche Heilbehandlung“ und Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin“ im Einklang mit dem Zweck, die Kosten die Heilbehandlungen zu senken. Daher fallen auch die ärztlichen bzw. artzähnlichen Leistungen, die zum Schutz einschließlich der Aufrechterhaltung oder

Wiederherstellung der menschlichen Gesundheit erbracht werden, unter die Steuerbefreiungsregelung dieser Vorschrift (vgl. EuGH-Urteil vom 20. November 2003 C-212/01, BFH/NV 2004). Dagegen sind Leistungen, die keinem solchen therapeutischen Ziel dienen, vom Anwendungsbereich des Art. 132 Abs. 1 Buchstabe b und c der MwSt-SystRL ausgeschlossen und unterliegen der Umsatzsteuer (EUGH-Urteile vom 10. September 2002 C-141/00, BFH/NV 2003; vom 06. November 2003 C-45/01, BFH/NV 2004; vom 20. November 2003 C-212/01, a. a. O. und vom 20. November 2003 C-307/01, BFH/NV 2004). Nicht unter die Befreiung fallen danach bspw. Leistungen, die lediglich aus kosmetischen Gründen oder zur Verbesserung des Wohlbefindens („Wellness“) durchgeführt werden (vgl. Urteil des FG Berlin-Brandenburg vom 29. Oktober 2013 2 K 2055/11, Entscheidungen der Finanzgerichte – EFG – 2014, 228).

(FG Baden-Württemberg Urteil vom 04.06.2014 – 14 K 797/12 (HI7263112))

„Da es sich, ..., eindeutig um Krankheitssymptome handelt, ist für die Umsatzsteuerfreiheit nicht ausschlaggebend, dass die Kosten der Heilbehandlung nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet wurden. Die Übernahme der Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen ist zwar ein wichtiges Indiz für das Vorliegen einer Krankheit, dafür alleine aber nicht ausschlaggebend. Im Gegenteil verliert dieses Indiz umso mehr an Wirkung, als die Krankenkassen im Zuge sogenannter Gesundheitsreformen immer mehr Kosten für eindeutige Heilbehandlungen nicht übernehmen. Hinzu kommt, dass die gesetzlichen Krankenkassen bei der Erstattung von Kosten neuartiger Heilbehandlungsmethoden zurückhaltend sind, was für die umsatzsteuerliche

Behandlung nicht ausschlaggebend sein darf (so auch Urteil des FG Köln vom 19. Januar 2006 10 K 5354/02, EFG 2006, 774). (FG Baden-Württemberg Urteil vom 04.06.2014 – 14 K 797/12 (HI7263112))

Diesem Gedanken kommt auch das VwG des Saarlandes nach: „Die Nichtanerkennung ohne weitere Einzelfallprüfung widerspricht dem Fürsorgegedanken.“ (VwG Saarland 3 K 1175/08 v. 23.06.2009)

Generell gibt es für die Leistung der Osteopathie keine gesetzliche Grundlage. Das BGB regelt hier das Vertragsverhältnis. Nach §145 BGB ist der Dienstvertrag zwischen Patient und Behandler hier an keine Form gebunden sondern kommt durch schlüssiges Handeln zustande. Der Behandler schließt hierbei mit dem Patienten einen Dienstvertrag gem. §§611–630 BGB, welcher ihn zur Leistung der versprochenen Dienste (Bemühen um Heilung oder Linderung einer Krankheit im gegenseitigen Einverständnis) und den Patienten zur Bezahlung einer Vergütung verpflichtet. Nach §611 BGB ist die Höhe der Vergütung der freien Vereinbarung zwischen Behandler und Patient überlassen.

Wenn beim Zustandekommen des Behandlungsvertrages über eine Vergütung nicht gesprochen wurde, so gilt nach §612 BGB die GebÜH als vereinbart.

Dieser Honorarahmen GebÜH ist jedoch für keine Versicherung bindend außer es wird vertraglich zugesichert. Ansonsten ist die Höhe der üblichen Vergütung aus den Bestimmungen der Leistung nach billigem Ermessen (siehe §315 BGB) abzuwickeln.

Nach dem Patientenrechtegesetz §§ 630 a des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ist der Leistungserbringer dazu angehalten, die erbrachte Leistung sofort zu dokumentieren. Diese Leistung stellt somit einen Teil der Behandlung dar.

Behandlungsausfall

Wer in einer Terminpraxis einen Termin ordert, haftet auch für den entstandenen Schaden durch einen Ausfall. Der Grund hierfür ist nicht wichtig, da das Risiko beim Patienten liegt. So ist zum Beispiel auch bei einer Virusgrippe eines Kindes erklärbar, wenn auch bedauerlich, dass die Mutter den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen möchte. Allerdings ist das Risiko zu erkranken nicht auf den Leistungserbringer abzuwälzen. Bei einer Epidemie würde dieser unverhältnismäßig stark darunter leiden und könnte ebenfalls nichts für die Ursache, wie die Mutter oder das Kind. Das Risiko ist in diesem Fall auf mehrere Schultern zu verteilen und nicht unverhältnismäßig auf eine Schulter.

Sofern die Bemühung für Ersatz zu sorgen erfolglos war, muss der Schaden vom Patienten ersetzt werden (§ 615 BGB).

Eine Strafanündigung ist als verdeckte Vertragsstrafe nicht zulässig. Dennoch muss der Patient dem Behandler eine Chance zur Organisation von Ersatz geben. Die angemessene Zeit ist nicht klar definiert (24 bis 48 Werktagstunden sind wahrscheinlich als angemessen anzusehen). Folgende Gerichtsurteile sind zu diesem Thema zu Rate zu ziehen:

Urteil des AG München vom 1.4.2009, AZ 163 C 33450/08,

Urteil des LG Konstanz aus dem Jahr 1994, AZ (1 S 237/93),

Urteil des LG Hannover aus dem Jahr 1997, AZ (19 S 34/97),

Urteil des LG Düsseldorf aus dem Jahr 2003, AZ (22 S 117/03)

Quellenhinweise

1	BAO. (2014). Zugriff: 03.05.2014: http://www.bao-osteopathie.de/ .
2	Bartmer-Leitl, E. (2011). Osteopathie - Medizin, Therapie, Beruf. München: Jolandos.
3	Boxberg, E. (2011, S.2). Modulhandbuch. Neutraubling.
4	Bundesministerium, f. G. (2014). Osteopathie. Ihr Schreiben vom 08.01.2014.
5	Burret, G. (2012). Steuerbefreiung für Berufsverbände Die Bedeutung des BFH-Urteils vom 13.03.2012 - I R 46/11 - für die Praxis, (Anmerkung) - NWB, S. 2612.
6	BVO. (Zugriff: 03.05.2014). 2014: http://www.bv-osteopathie.de/ .
7	Eggers, W. (11 2007). Die Besteuerung der Berufsverbände - Ein Überblick. DStR, S. 462.
8	Haas, H. e. (Jg. 106, Heft 46 2009). Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren. Deutsche Ärzteblatt.
9	Lexis, N. G. (Zugriff: 14.10.2014). Abschnitt 3.10. UStAE Einheitlichkeit der Leistung. http://www.steuerlinks.de/richtlinie/ustae/abs3.10.html .

Seminare

Patientenschutzgesetz in der Osteopathie (Abrechnung und Praxisorganisation)

Qualitätsmanagement pro Gesundheit (Der Weg zur DIN-Zertifizierung)

Informationen hierzu finden Sie unter:
www.bund-deutscher-osteopateh.de

Literatur

Das Patientenschutzgesetz in der Osteopathie, M. Kothe, Jolandos

Abrechnungsbetrug in der Osteopathie, M. Kothe, Medotrain-Verlag

QM pro Gesundheit, M. Kothe, Medotrain-Verlag



Informationen

Seit dem 01.02.2015 gibt es die neue online-Terminierungssoftware swellgon.

Bei dieser Software benötigen Sie keine Sekretärin mehr, da die Patienten von zu Hause oder Unterwegs Ihre Termine sich selber vergeben und verschieben können.

Selbst gegen Terminausfälle hat diese Software eine Lösung.

Notfalltermine sind möglich, weil alle Patienten über einen frei gewordenen Termin per Mail sofort benachrichtigt werden und sich diesen buchen können.

Kostenpunkt:

Patienten zahlen im Jahr: 15,-€

Behandler zahlen im Jahr: 199,-€ (Ab 01.08.2015: 299,-€)

Diese ist wahrlich die günstigste Sekretärin. Da die meisten Patienten oft im Internet sind und Ihre Mails auch mobil abrufen, erhalten Sie eine Abdeckung Ihres Patientenkontos von 70 – 95 Prozent. Diese spart viel Zeit ein, die Sie sonst für Terminverschiebungen hätten opfern müssen.



Kontakt: www.swellgon.com

Werden Sie Fördermitglied der DGOW.

Die DGOW ist eine gemeinnützige Gesellschaft, die osteopathische Studien fördert und sich ausschliesslich von Spendengeldern finanziert (auch Überschüsse von swellgon fließen hier als Spende ein).

Jedes Jahr bieten wir neben wissenschaftlichen Fortbildungen auch eine Fortbildung auf den Malediven an: „Breath of life“ – Osteopathie zwischen Physik und Quantenphysik. Auch Sie können mitmachen und diese sehr inspirierende Fortbildung in traumhafter Kulisse genießen.

www.dgow.de

Neu: Ergonomie in der Osteopathie
Arbeitsplatz- u. Schlafergonomie

www.telatherapie.de/seminare



Eine Zertifizierung des QM pro Gesundheit bringt Sicherheit für Alle.

Den Patienten und dem Behandler.

Überprüfung von:

- Berufsausbildung
- Fortbildungen
- Hygiene
- Abrechnung
- Ablaufmanagement
- Dokumentation

Sie erhalten Rechtssicherheit gegenüber:

- Finanzamt
- Gesundheitsamt
- Gesetzlichen Krankenversicherungen
- Privaten Krankenversicherungen
- Den Strafverfolgungsbehörden

Kosten: 1799,-€ zur Auditierung (Alle 2 Jahre)

&

Jährlich: 360,-€ für BDO-Mitglieder: 290,-€ jährlich

Für Nutzer von Hilfssoftwares wie z.B. swellgon oder simplimed ist die Nutzung auf 4 Jahre verlängert.

www.medotrain.de

www.bund-deutscher-osteopathen.de

Fachlicher Beitrag der DGOW

Craniomandibuläre Dysfunktion

Von K. Farandos, B.Sc.-Arbeit an der OSD mit dem Thema: Auswirkung einer osteopathischen Behandlung, im Vergleich zu anderen manuellen Verfahren bei einer schmerzhaften Craniomandibulären Dysfunktion, Iserlohn, Hamburg, 2014

Definition

Craniomandibuläre Dysfunktion(CMD) ist ein Überbegriff für strukturelle, funktionelle, biochemische und psychische Fehlregulationen der Strukturen, die die Kiefergelenkfunktion beeinflussen können.

Craniomandibuläre Dysfunktion, setzt sich aus den Worten „Cranio“ (lateinisch=cranium, griechisch=kranion) = „Schädel“, „Mandibula“ (aus dem lateinischen) = „Unterkiefer“ und „Dysfunktion“ (lateinisch=dysfunctio) = „Fehlfunktion“ zusammen und wird in der gängigen Abkürzung CMD benutzt. Für die CMD gibt es keine klare einheitliche Definition, somit ergibt sich, dass mehrere Symptome sie entstehen lassen können. Die CMD wird also als ein Sammelbegriff genutzt für strukturelle, funktionelle, biochemische und psychische Fehlregulationen der Muskel- oder Kiefergelenkfunktion, die schmerzhaft oder nicht schmerzhaft sein können (Köneke, 2010).

„Der Begriff „craniomandibuläre Dysfunktionen (CMD)“ umfasst eine Reihe klinischer Symptome der Kaumuskulatur und/oder des Kiefergelenks sowie der dazugehörigen Strukturen im Mund- und Kopfbereich. Der Begriff Myoarthropathie sowie die englischsprachigen Ausdrücke „Temporomandibular Disorders“ (TMDs) und „Craniomandibular Disorders“ (CMD) entsprechen im Wesentlichen der oben

genannten Bezeichnung.“ (Deutsche Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie in der Zahn-, Mund und Kieferheilkunde).

Epidemiologie der CMD

Die Prävalenz der CMD bei Erwachsenen wird international zwischen 14% und 40% angegeben. Je nach Land gibt es Unterschiede (Korff et al., 1992). In Deutschland haben ungefähr 44-54 % der 35- bis 74- jährigen leichte klinische Dysfunktionen der Kiefergelenke, laut dem statistischen Jahrbuch der Bundeszahnärztekammer aus dem Jahr 2010/2011. Dazu kommt noch, dass Frauen häufiger betroffen sind als Männer und zwar ungefähr doppelt so viel (Le Resche, 1997). Diese Zahlen findet man ungefähr wieder, wenn man nach der Aussage einer internen Statistik der Gesellschaft für Zahngesundheit, Funktion und Ästhetik (GZFA) geht. Es wurden 100 Patientenfälle erfasst und ausgewertet, aus den Jahren 2003/2004. Von diesen Fällen hatten 79,2% der Frauen eine CMD mit Beschwerdeanzeichen (wie Kopf- und Schulterschmerzen, Migräne, Verspannungen und Schluckbeschwerden), 19,8% waren beschwerdefrei (wiesen aber Symptome wie Zähneknirschen und abradierte Zähne auf) und 1% hatte ein harmonisches Gleichgewicht zwischen Zähnen und Kiefergelenk. Bei den Männern wiesen 40,6% der Fälle auf Beschwerden (wie Kopf- und Schulterschmerzen, Migräne, Verspannungen und Schluckbeschwerden), 58,4% waren beschwerdefrei (zeigten aber Symptome wie Zähneknirschen und abradierte Zähne) und bei 1% bestand ein harmonisches Gleichgewicht zwischen Zähnen und Kiefergelenk (GZFA, 2004).

Ätiologie der CMD

Eine erklärende Ursache zur Genese der CMD gibt es noch nicht, da noch wissenschaftliche Erkenntnisse fehlen. Viele Faktoren fördern

nach jetzigem Verständnis die Pathogenese einer CMD, aber es ist wahrscheinlich, dass mehrere Faktoren gleichzeitig die CMD bilden (Mueller, Mueller and Schulze-Mosgau, 2011) (Pausenberger, Bernhardt and Meyer, 2010). Laut der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) sind traumatische, anatomische, neuromuskuläre und psychosoziale Faktoren an der Entstehung, Erhaltung und der Anfälligkeit der Erkrankung maßgeblich beteiligt (Hirsch, John and Reiber, 2001). Ein entscheidender Faktor, der die Entstehung der CMD anscheinend fördert, ist die Malokklusion (stehen die Zähne nicht in korrekter Verbindung zueinander, verschiebt sich der Unterkiefer beim schließen automatisch in eine neue Position, um die Fehlstellung der Zähne auszugleichen (GZFA, n.d.)) durch Zahnfehlstellungen, Zahnextraktionen und Kieferorthopädische Behandlungen sowie Bruxismus (Dawson, 2005). Eine große Rolle scheint auch die jeweilige Konstitution zu spielen. Der Mensch hat die Möglichkeit mit einem ausgeglichenen Organismus seine täglichen Umwelteinflüsse und seine psychischen Einflüsse zu kompensieren, aber auch nur bis zu einem gewissen Punkt. Wenn man diesen Punkt überschreitet, kann es im Falle einer CMD zu Dysfunktionen und den daraus resultierenden Schmerzen kommen (Bumann and Lotzmann, 1999).

Hintergrund

Es gibt viele Betrachtungsweisen des Kiefergelenkes und seiner Störmechanismen. Wir haben uns in diesem Buch auf angewandte Anatomie, Embryologie und klinische Erfahrung bezogen.

Häufig findet man in den Konzepten zur CMD nur die rein biomechanische Betrachtungsweise oder den Ansatz die Betrachtungsweise der craniosacralen Therapie.

Dieses Buch soll das Kiefergelenk in seinen Kontext mit dem gesamten Körper, der Seele und des Geistesbringen - genauso wie heute verstanden wird dass jede Behandlung einer Herzdysfunktion die Untersuchung und Einbindung des Herzens in das gesamte System inklusive Thorax, Lunge und Nieren sowie der Psyche (Seele)des Patienten bedarf. Ergo soll auch das Kiefergelenk nicht isoliert betrachtet werden da dies zu Fehldiagnosen und in der Konsequenz zu falschen Therapien führen wird.

Wir möchten Ihnen in diesem Buch zeigen wie vielschichtig dieses Gelenk in seiner Funktion ist.

Zusammenhang zum Kiefer

Die Menschen leiden derzeit immer mehr unter schmerzhaften Beschwerden. Diese können sich in chronischen Rückenschmerzen oder Kopf-, Gesichts- und Nackenschmerzen ausdrücken (Kares et al., 2011). Es kommt auch zu Beschwerden, die sich als Tinnitus, Bewegungsstörungen in der Kieferumgebung und Bruxismus bemerkbar machen können (Köneke, 2010). Noch häufig genannte Symptome, die bei der CMD auftreten, sind Schmerzen in der Kaumuskulatur, Gelenkgeräusche wie z.B. ein Knacken und Krepitation bei Bewegungen des Unterkiefers (De Leeuw, 2008).

Diese und noch mehr Symptome können auch durch den Kiefer in Erscheinung treten. Das Kiefergelenk ist ein sehr komplexes Gelenksystem im menschlichen Körper, denn die Bewegung des Unterkiefers wird in allen Dimensionen koordiniert (Schupp et. al., 2008).

Heutzutage suchen die Menschen, die an Kiefergelenksschmerzen leiden auch Rat im Internet. Es gibt mehrere Foren, in denen ein großer Austausch stattfindet. In vielen Eröffnungstexten wird „Schmerz“ genannt,

aber die als am häufigsten vermutete Ursache, sei der Bruxismus (Zähneknirschen). Vier von zehn Teilnehmern übten Kritik an den durchgeführten Behandlungen und drei von vier waren auch gereizt und enttäuscht. In den Diskussionen wurden orale Schienen, Physiotherapie, physikalische Maßnahmen und Analgetika erwähnt. Einige Äußerungen waren fehlerhaft, selbst die von Zahnärzten, passten nicht zu dem aktuellen Stand, der Fachliteratur. (Türp et Ohla, 2012).

Die Diagnose, die sich nach bestimmten Symptomen in der Kieferumgebung meist vom Zahnarzt oder vom Kieferorthopäden ergibt, ist die Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD), die im englischsprachigen Raum Temporomandibular-Joint-Disorder (TMJ) genannt wird.

Nachdem die CMD diagnostiziert wird, geht man in der Zahnheilkunde so vor, dass der Einsatz einer Okklusionsschiene die Primärmaßnahme darstellt (Ash et al., 1999). Es kommt auch vor, dass Analgetika gegeben werden oder in der Kieferorthopädie invasiv an der Okklusion gearbeitet. Natürlich kommt es auch vor, dass chirurgisch an dem Kiefergelenk gearbeitet wird.

Die CMD besteht häufig aus einem komplexen Befund und ist ein pathologischer Zustand des gesamten Bewegungsapparates (Korbmacher et al., 2004; Schupp, 2005; Kopp et al., 1999; Kopp et al., 1997).

In den meisten Studien, in denen es um die CMD geht, wurden Auswirkungen auf die Schmerzen und Bewegungsstörungen im Kiefergelenk untersucht, doch die Osteopathie ist noch nicht so häufig genannt und getestet worden.

Da sich die Beschwerden, bei einer Craniomandibulären Dysfunktion, auf mehrere Bereiche verteilen können, liegt es nahe, interdisziplinär tätig zu werden und eine

Zusammenarbeit zwischen den Zahnärzten, Kieferorthopäden und Therapeuten, die manuell arbeiten, zu gewährleisten (Hülse et al., 2005). Ohne so eine Zusammenführung, des gemeinsamen Wissens und der Erfahrung auf verschiedenen Gebieten würde es nur schwieriger werden, um die beste Therapiemöglichkeit zu finden und den leidenden Patienten zu helfen. Bisherige Studien, die im konservativen Bereich durchgeführt wurden, wie der Physiotherapie, der Elektrotherapie und der Manuellen Therapie, ebenso wie Entspannungstherapie, hatten am Ende eine unzureichende Aussagekraft, da die methodische Qualität der meisten Studien nicht ausreichend war (Manfredini et al., 2012).

Es gibt Studien über den Behandlungserfolg der wenig invasiven Techniken, die direkt an Dysfunktionen ansetzen und auch Erfolge des osteopathischen Therapieansatzes dokumentieren, diese sind jedoch wissenschaftlich nicht anerkannt (Cuccia et al., 2010).

Es werden verschiedene Therapiemodelle herangezogen, um Relationen des Kiefergelenkes mit der Körperstatik zu verdeutlichen (Liem, 2010). Der vorgehende Therapeut muss die Gesamtfunktion des Körpers verstanden haben, die Interventionen beziehen sich im Wesentlichen auf die Strukturen (Ledermann, 2010).

Die Osteopathie wirkt durch spezielle Techniken auf mehrere Strukturen. Unter anderem wird der Schädel mit seinen Suturen (Schädelnähten), Membranen und dem Liquor behandelt. Es werden Gefäße, die Arterien und Venen mit einbezogen. Faszienstrukturen gehören auch dazu, das zentrale Nervensystem (ZNS) wird beeinflusst, der Kiefer und die Muskulatur, die sich lokal befindet oder auch über Muskelketten wirkt behandelt. Einige Behandlungsvarianten, die in der Osteopathie genutzt werden, sind Still-,

Muskel-Energie (MET), Strain-counterstrain-, High-velocity-low-amplitude- (HVLA), Sutherland-, myofaszial release Techniken (Nicholas & Nicholas, 2008).

Quellenhinweise

Ahlers, M.O., Freesemeyer, W.B..G.G., Jakstat, H.A., Koeck, B., Meyer, G., Ottl, P., Reiber, T. and Seeher, W.-D. (2006) Klinische Funktionsanalyse für Funktionslehre, [Online], Available:

URL:www.dgzmk.de/uploads/tx_szdgzmkdocuments/Klinische_Funktionsanalyse.pdf [25 April 2014].

Ash, M.M. and Schmidseher, J. (1999) Schienentherapie, München: Urban & Fischer.

Bumann, A. and Lotzmann, U. (1999) Farbatlanten der Zahnmedizin. Funktionsdiagnostik und Therapieprinzipien. Band 12, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Cuccia, A.M., Caradonna, C., Annunziata, V. and Caradonna, D. (2009) 'Osteopathic manual Therapy versus conventional conservative therapy in the treatment of temporomandibular disorders: a randomized controlled trial', J Bodyw Mov Ther, pp. 179-184.

Dawson, P. (2005) 'Evidence-based views on occlusion and TMG', American Journal of Orthodontics and Dentofacial orthopedics, 128, pp. 150-151.

De Leeuw, R. (2008) American Academy of Orofacial Pain, eds. Orofacial Pain: Guidelines for Assessment, Diagnosis and Management, 4th edition, Chicago: Quintessence Publishing Co, Inc.

Göbel, H., Rosenow, D. and Tronnier, V. (2005) Neurogener Schmerz: Management von Diagnostik und Therapie, Heidelberg: Springer.

Gunsch, M.D. (2007) 'Evidenzbasierte physiotherapeutische Behandlung bei

craniomandibulärer Dysfunktion. Masterarbeit Physiotherapie', Z. f. Physiotherapeuten, pp. 96-108.

GZFA, [Online], Available: <http://www.gzfa.de/service/glossar> [18 Februar 2014].

GZFA (2004), Mai, [Online], Available: <http://www.gzfa.de/funktion-therapie/craniomandibulaere-dysfunktion-cmd/cmd-statistik/> [17 Februar 2014].

Haketa, T., Kino, K. and Sugisaki, M.e.a. (2010;89(11)) 'Randomized clinical trial of treatment for TMJ disc displacement', J Dent Res, pp. 1259-1263.

Hildebrand, H. (2007) Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch. 261 Auflage, Berlin: Walter De Gruyter.

Hirsch, C., John, M. and Reiber, T. (2001) 'Häufigkeit, Bedeutung und Handlungsbedarf craniomandibulärer Dysfunktionen (CMD)', Journal of public health, 2, pp. 136-155.

Hülse, M., Neuhuber, W. and Wolff, H.D. (2005) Die obere Halswirbelsäule, Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Kares, H., Schindler, H. and Schöttl, R. (2011) Der etwas andere Kopf- und Gesichtsschmerz, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Köneke, C. (2010) Craniomandibuläre Dysfunktion. Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie., Berlin: Quintessenz Verlags-GmbH.

Kopp, S., Plato, G. and Sebal, W. (1997) 'Interdisziplinäres Management von Patienten mit chronischem Schmerz', Thüring. Ärzte, pp. 27-31.

Kopp, S., Plato, G. and Sebal, W. (1999) 'Interdisziplinäres Management von Patienten mit chronischem Schmerz', Z Bay 10, pp. 6-10.

Korbmacher, H., Eggers-Stroeder, G. and Koch, L..K.-N.B. (2004) 'Correlations between dentition anomalies and diseases of the of the postural and movement apparatus--a literature review.', *J Orofac Orthop.*, May, pp. 190-203.

Korff, M.v., Ormel, J., J., K.F. and Dworkin, S.F. (1992) 'Clinical section. Grading the severity of chronic pain.', *Pain* 50 (2), pp. 133-149.

Le Resche, L. (1997) 'Epidemiology of temporomandibular disorders: Implications for the investigation of etiologic factors. Critical Reviews.', in *Oral Biology and Medicine* 8 (3).

Ledermann, E. (2010) Die Wissenschaft osteopathischer Techniken. In: Leitfaden Osteopathie: parietale Techniken, Liem. T.; Dobler, T. K., München: Elsevier, Urban & Fischer.

Liem, T. (2010) *Kraniosakrale Osteopathie*, 5 Auflage, Stuttgart: Hippokrates.

Manfredini, D., Castoflorio, T., Perinetti, G. and Guarda-Nardini, L. (2012) 'Dental occlusion, body posture and temporomandibular disorders: where we are now and where we are heading for', *J Oral Rehabil.*, pp. 63-71.

Mueller, C.K., Mueller, A. and Schulze-Mosgau, S. (2011) 'Mandibular skeletal midline deviation as an independent predictor of TMG in different age groups', *Journal of Craniomandibular Function*, 3, pp. 115-126.

Nicholas, A.S. and Nicholas, E.A. (2009) *Atlas osteopathische Techniken: 350 osteopathische Techniken in Wort und Bild*. 2 Auflage, München: Urban & Fischer, Elsevier Verlag.

Pausenberger, P.R., Bernhardt, O. and Meyer, G. (2010) 'The mental state of and stress in subjects with symptoms of craniomandibular

dysfunctions', *Journal of Craniomandibular Function*, 2, pp. 27-38.

Schupp, W. (2005) 'Kraniomandibuläre Dysfunktion und deren peripheren Folgen - eine Literaturübersicht', *Man. Med.*, pp. 29-33.

Schupp, W., Haubrich, J., Boisseree, W., Läkamp, M. and Schuppan, K. (2008) *Manuelle Medizin*, Oktober, pp. 393-400.

Steinfurth, G. (n.d) Einfluss osteopathischer Dysfunktionen der Ossa temporalia auf die maximale aktive Mundöffnung, DO, Hamburg: Privatschule für klassische osteopathische Medizin; S.46-49.

Türp J., O.H. (2012) 'Inhaltsanalyse von Webforen zu Kiefergelenkschmerzen', *Zeitschrift für Craniomandibuläre Funktion*, pp. 227-244.

Türp, J. and Ohla, H. (2012) 'Inhaltsanalyse von Webforen zu Kiefergelenkschmerzen', *Zeitschrift für Craniomandibuläre Funktion*, pp. 227-244.

Wiener, J. (2010) *Klinische Funktionsanalyse - zahnärztlicher Teil Kapitel 7*. In; *Craniomandibuläre Dysfunktion. Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie*. Köneke, C., Berlin: Quintessence Verlag.

Weitere Studien zu dieser ganzheitlichen Betrachtungsweise wären sehr wünschenswert.