

med

Recht, Steuern, Betrieb – Informationen für Gesundheitsberufe und -unternehmen

ECOVISmed Ausgabe 1/2015

Qualitätsmanagement

Pflichtenheft für
Vertragsärzte erweitert

Seite 2

Abrechnung

Irr und wirr: Die Liquidation
von Laborleistungen

Seite 6

Interview

Dr. med. Hildgund Berneburg
über die Definition „Psychotherapeut“

Seite 8

Nadine Arbasowsky, Rechtsanwältin bei Ecovis in München

„Laborleistungen korrekt abzurechnen ist nicht immer leicht, zu häufig haben sich die Regeln hier geändert. Parallel dazu rücken Ärzte grundsätzlich mehr in den Fokus der Staatsanwaltschaft.“

Seite 6





„Die verpflichtende Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems läuft in drei Phasen und über fünf Jahre. Dies bedeutet viel Aufwand, aber auch handfeste Vorteile.“

Doreen Wiesner-Damaschke, Rechtsanwältin bei Ecovis, doreen.wiesner-damaschke@ecovis.com

QUALITÄTSMANAGEMENT

Pflichtenheft für Vertragsärzte erweitert

Drei Phasen und fünf Jahre: Die Erweiterungen und Änderungen beim Aufbau eines Qualitätsmanagement-Systems kosten Zeit, bringen aber auch viele Vorteile für Praxen.

Qualitätsmanagement (QM) ist für vertragsärztliche Praxen, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren Pflicht. Im April 2014 ist eine nicht unerhebliche Erweiterung der QM-Richtlinie für die vertragsärztliche Versorgung in Kraft getreten. Diese verlangt den Praxen neben der allgemeinen Pflicht, ein QM-System (QMS) einzuführen und weiterzuentwickeln, nun auch die Implementierung eines Risiko- und Fehlermanagements ab.

Im Mittelpunkt der Erweiterung steht die Orientierung am Patienten. Gleichzeitig soll die Arbeitszufriedenheit aller Praxismitarbeiter gefördert werden. Für Vertragsärzte ist es wichtig, das Risiko- und Fehlermanagement als eigenständiges Instrument eines einrichtungsinternen QM aufzulisten.

Die Richtlinie fordert von den Praxen nun ganz klar, dass sie Risiken benennen, bewerten, sich Maßnahmen überlegen, wie sich Risiken vermeiden und – falls dies nicht mehr möglich ist – etwaige Folgen bewältigen lassen. Außerdem müssen die Praxen für sich Mechanismen und Abläufe entwickeln, mit denen sie die erkannten Risiken überwachen können. Dabei können die Praxen Erkenntnisse aus Patientenbefragungen, Teambesprechungen, Beschwerden, sicherheitsrelevanten Ereignissen wie Beinahe-Fehlern und der Teilnahme an einem Fehlermeldesystem nutzen.

Klar geregelt sind auch die Dokumentationspflichten: Künftig müssen die Qualitätsziele, ergriffe-

ne Umsetzungsmaßnahmen, die systematische Überprüfung der Zielerreichung und eine erforderliche Anpassung von Maßnahmen exakt nachvollziehbar sein. Um die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zum Infektionsschutz zu fördern, hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) auch das Hygienemanagement zu einem eigenen Grundelement des praxisinternen QM gemacht. Um einen Hygiene- und Hautschutzplan kommen Praxen also künftig nicht mehr herum. Welches QM-System sie wählen (QEP, ISO oder EPA), steht allen Ärzten grundsätzlich frei. Die QM-Richtlinie gibt jedoch inhaltliche Grundelemente und Instrumente vor:

Grundelement Patientenversorgung

→ Ausrichtung der Versorgung an fachlichen Standards und Leitlinien entsprechend dem

jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse

- Patientenorientierung, -sicherheit, -mitwirkung, -information und -beratung
- Strukturierung von Behandlungsabläufen

Grundelement Praxisführung, Mitarbeiter, Organisation

- Regelung von Verantwortlichkeiten
- Mitarbeiterorientierung (Arbeitsschutz, Fortbildung)
- Praxismanagement (Terminplanung, Datenschutz, Hygiene, Fluchtplan)
- Gestaltung von Kommunikationsprozessen und Informationsmanagement
- Kooperation und Management der Nahtstellen der Versorgung
- Integration bestehender Qualitätssicherungsmaßnahmen in das interne Qualitätsmanagement



Die Grundelemente geben einen Überblick darüber, worauf bei der Einführung eines QMS zu achten ist. Außerdem benennt die QM-Richtlinie Hilfsmittel (Instrumente), die in einer Praxis etabliert und genutzt werden sollen. Besonders zu nutzen sind dabei:

- Festlegung von konkreten Qualitätszielen für die eigene Praxis, Ergreifen von Umsetzungsmaßnahmen, systematische Überprüfung der Zielerreichung und erforderlichenfalls die Anpassung der Maßnahmen
- Regelmäßige strukturierte Teambesprechungen
- Prozess- und Ablaufbeschreibungen, Durchführungsanleitungen
- Patientenbefragungen und ein Beschwerdemanagement
- Organigramm und Checklisten
- Erkennen und Nutzen von Fehlern und Beinahe-Fehlern zur Einleitung von Verbesserungsprozessen
- Notfallmanagement
- Dokumentation der Behandlungsabläufe und Beratung
- Qualitätsbezogene Dokumentation, insbesondere
 - der Qualitätsziele und der ergriffenen Umsetzungsmaßnahmen sowie
 - der systematischen Überprüfung der Zielerreichung und der erforderlichen Anpassung der Maßnahmen

Zu beachten ist, dass die Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements stufenweise in drei Phasen erfolgt. Hierfür

gibt die Richtlinie einen bindenden Zeitraum von insgesamt fünf Jahren vor; anschließend soll das System kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Phase 1 – Orientierung, bis spätestens zwei Jahre nach In-Kraft-Treten der Richtlinie bzw. nach Niederlassung: erste schriftliche Selbstbewertung (Ist-Analyse) in der Praxis unter Berücksichtigung der Grundelemente eines praxisinternen QM

- Festlegung konkreter Ziele (Wo will die Praxis hin?)
- Benennung eines für das QM zuständigen Vertragsarztes oder -psychotherapeuten
- Benennung eines für das QM zuständigen Mitarbeiters bei mehr als drei vollzeitbeschäftigten nicht-ärztlichen Mitarbeitern

Phase 2 – Umsetzung, bis spätestens vier Jahre nach In-Kraft-Treten der Richtlinie bzw. nach Niederlassung: Umsetzung auf Grundlage der Planung und Analyse sowie unter Anwendung der Grundelemente und Instrumente

Phase 3 – Überprüfung, spätestens im fünften Jahr nach In-Kraft-Treten der Richtlinie bzw. nach Niederlassung: Überprüfung der bisherigen Umsetzung/Selbstbewertung sowie der jeweiligen Zielerreichung

- kontinuierliche Weiterentwicklung des QM-Systems auf Basis einer jährlichen Selbstbewertung



Die Einführung und Umsetzung eines QMS kann im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens bestätigt werden. Die Fremdbewertung und das Feedback durch neutrale Stellen bestätigen den Praxen ihre Qualität und machen sie für Dritte transparent. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Zertifizierung der Praxis gibt es bislang noch nicht. Zu beachten ist jedoch, dass die Einführung eines praxisinternen QMS und vor allem auch die Zertifizierung zunehmend als gesonderte Anforderung in Selektivverträgen oder Verträgen nach §§ 140a ff. SGB V mit den Krankenkassen sowie für die Gründung von Praxisnetzen, anderen Kooperationsformen oder für den Verkauf von Praxen im Raum steht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Aufgabe, neben der Erhebung des aktuellen Stands der Einführung des praxisinternen QM umfassende Beratung anzubieten. Zu diesem Zweck ist eine jährliche Stichprobe von 2,5 Prozent zufällig ausgesuchter Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu einer schriftlichen Darlegung des bisher erreichten Einführungs- und Entwicklungsstands aufzufordern.

FAZIT:

„Ein umfassendes strukturiertes QM trägt dazu bei, die Qualität medizinischer und psychotherapeutischer Leistungen zu erhöhen, Praxisabläufe effizienter zu gestalten und den Praxiswert nachhaltig zu sichern. Dabei steht insbesondere der Patient im Mittelpunkt, aber auch die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und der Praxisleitung kann erhöht werden.“



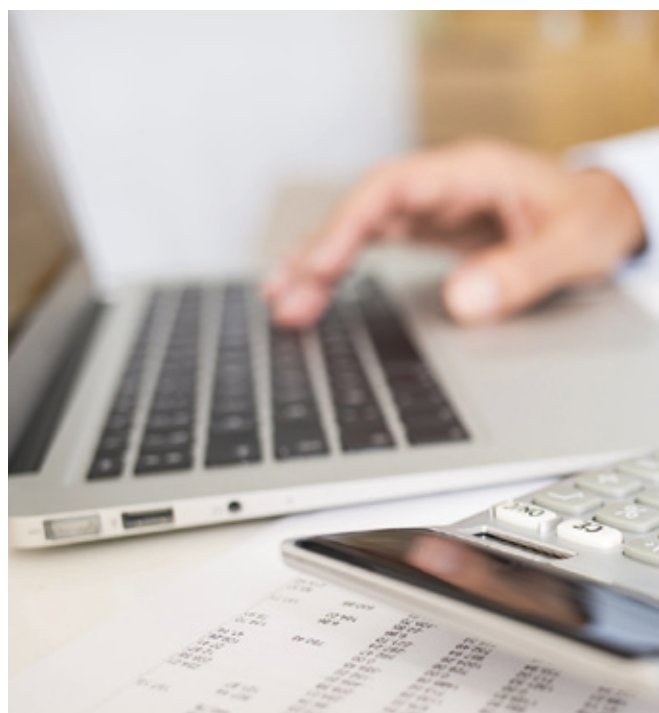
„Die monatliche BWA ist für Arztpraxen ein unverzichtbares Instrument zur Planung und Kontrolle des Praxiserfolgs.“

Gerhard Schapperer, Steuerberater bei Ecovis in München, gerhard.schapperer@ecovis.com

UNTERNEHMENSSTEUERUNG

Die BWA richtig lesen

Viele niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte lassen sich eine monatliche BWA anfertigen – für Praxisführung und -erfolg hat dies einen hohen Stellenwert.



Der niedergelassene Arzt ist Unternehmer, Controller, Planer und Verantwortlicher für die Mitarbeiter, und dies alles in Personalunion. Die betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA) – richtig gelesen – dient ihm bei diesem vielfältigen Aufgabenspektrum als hervorragende Kontroll- und Planungsunterlage. Dabei ist die Buchführung der Praxis kein quälendes Verwaltungsmonster mehr, denn die monatliche Umsetzung muss vom Arzt-Unternehmer nicht zuletzt durch die modernen Digitalisierungsmöglichkeiten in der Buchhaltung („elektronisches Bankbuchen“) nicht mehr als Belastung empfunden werden. Zudem wird die BWA nicht für das Finanzamt erstellt, sondern ist Messgröße des Praxiserfolgs.

Aus ihr kann monatlich abgeleitet werden, wo die Praxis wirtschaftlich steht, ob etwas aus dem Ruder läuft oder ob die Zielvorgaben erreicht wurden. Sie dient als Planungs-, Handlungs- und Vergleichsinstrument.

Die BWA ermittelt den Erfolg der niedergelassenen Praxis durch Gegenüberstellung von Betriebseinnahmen und Betriebsausgaben mit sehr vielen Zahlen, was optisch wenig ansprechend erscheint. Doch hier kann der Steuerberater wertvolle Hilfestellung leisten. So können durch die Controlling-Report-BWA reine Zahlenreihen in Bilder und Grafiken umgesetzt werden – die bildlichen Darstellungen vermitteln einen deutlich interessanteren Eindruck als Zahlenkolonnen und sind dadurch leichter erfassbar und verständlich.

Monatliche BWA und Liquiditätsplanung

Der Praxisgewinn des Arztes ist laut BWA gut, sogar besser als im Vorjahr, aber auf dem Bankkonto ist deutlich weniger Geld als vermutet, wie passt das zusammen?

Von entscheidender Bedeutung ist hier die Tatsache, dass die BWA den betrieblichen Gewinn widerspiegelt. Abflüsse in die Privatsphäre beeinflussen den Gewinn dagegen nicht, dies sind sogenannte Gewinnverwendungen. So sind Einkommensteuervorauszahlungen oder Nachzahlungen zur Einkommensteuer leider auch Gewinnverwendungen und schmälern das Bankkonto, aber

nicht den betriebswirtschaftlichen Gewinn. Auch alle anderen Privatausgaben mindern die Liquidität, diese müssen daher ebenfalls einer Kontrolle unterliegen.

Solche privaten Ausgaben sind beispielsweise auch die Beiträge zur Ärzteversorgung, zur Krankenversicherung des Arztes sowie nicht zuletzt die privaten Lebenshaltungskosten. Sinnvoll ist es daher, wenn neben der Einkommensteuerplanung auch eine Planung der Privatausgaben und somit eine Planung der Liquidität erstellt wird. Der sogenannte Cashflow (Gewinn plus Abschreibungen) ist hierbei ein Maßstab für die Liquidität und damit auch für die Finanzierungskraft der Arztpraxis. Die „freie Liquidität“, eine weitere Kennzahl, in die die erwähnten Privataufwendungen des Unternehmers Eingang finden, muss positiv sein, ansonsten herrscht Alarmstufe.

Vergleich spornt an

Wer vergleicht sich nicht gern mit Wettbewerbern? Wo steht die eigene Praxis, wo ist sie besser, wo schlechter aufgestellt als die Gruppe der vergleichbaren Mediziner?

Auch hier bietet die BWA Möglichkeiten. Durch die große Zahl der Arztpraxen, die Ecovis als Mandanten ihr Vertrauen schenken, steht ein umfangreicher Daten-Pool zur Verfügung. Möglich ist es – selbstverständlich anonymisiert und strengstens vertraulich –, die eigene Facharztpraxis beispielsweise

→ Fortsetzung auf S. 5 unten



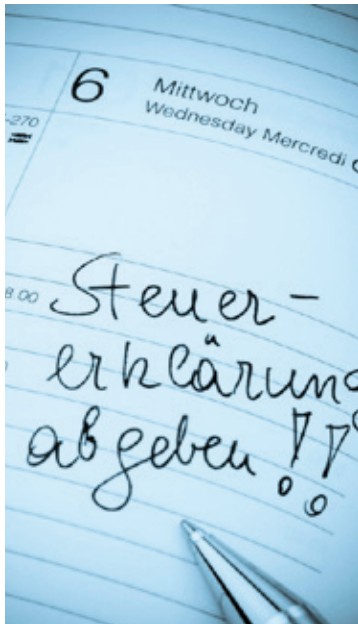
„Ärzte müssen künftig noch genauer darauf achten, welche ihrer erbrachten Leistungen von der Umsatzsteuer befreit sind und welche Tätigkeiten steuerpflichtig sind.“

Dr. Isabel Häser, Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht bei Ecovis in München, isabel.haeser@ecovis.com

UMSATZSTEUERRECHT

Augen auf bei der Steuererklärung

Der Bundesrechnungshof legt dem Fiskus nahe, künftig ein stärkeres Augenmerk auf steuerpflichtige Umsätze von Ärzten zu legen.



Bereits mit dem Bericht 2013 wies der Bundesrechnungshof darauf hin, dass der Umsatzsteuer unterliegende Leistungen von Ärzten vielfach nicht besteuert werden. Ursächlich hierfür sei, dass der Finanzverwaltung Informationen zu diesen Leistungen fehlen würden. Initiativen des Bundesfinanzministeriums seien wenig konkret und reichten nicht aus, eine gleichmäßige und vollständige Besteuerung dieser Leistungen sicherzustellen.

Heilbehandlungen durch Ärzte sind von der Umsatzsteuer befreit, wenn sie medizinisch angezeigt sind. Zunehmend werden von Ärzten aber auch steuerpflichtige Tätigkeiten ausgeübt. Hierbei

handelt es sich insbesondere um ästhetische und kosmetische Leistungen, beispielsweise Faltenbehandlungen etc. Hierauf hätten die Beschäftigten in den Finanzämtern in der Vergangenheit zu wenig Augenmerk gelenkt.

Der Bundesrechnungshof macht mit deutlichen Worten klar, dass zukünftig noch viel stärker darauf geachtet werden muss, dass Ärzte als Unternehmer geführt und deren Steuererklärungen auf steuerpflichtige Umsätze geprüft werden. Andernfalls führe dies nach wie vor zu erheblichen Steuerausfällen und benachteilige die Ärzte, die ihre steuerpflichtigen Umsätze anmelden.

TIPP:

„Mehr dazu unter www.ecovis.com/heilbehandlungust und www.ecovis.com/physiotherapeutenust“

FAZIT:

„Auch wenn die Mühlen langsam mahlen, muss zukünftig mit verstärkten Prüfungen auf umsatzsteuerpflichtige Einnahmen bei Ärzten gerechnet werden.“

→ se für Urologie in Rosenheim mit der Gruppe der Fachärzte gleicher Umsatzgröße in Süddeutschland zu vergleichen. Es können Kennzahlen ermittelt werden, mit denen Aussagen über die eigene Arztpraxis abgeleitet werden können. Stimmt die Personalquote im Vergleich? Wie hoch ist die Umsatzrentabilität der Praxis im Vergleich zum Durchschnitt der Vergleichsgruppe? Liegt die eigene Privatliquidationsquote über oder unter dem Schnitt?



Solche Kennzahlen dienen der Orientierung in der niedergelassenen Praxis, sie können als Zielvorgabe

verwendet werden und sie können helfen, möglicherweise vorhandene Schwachstellen aufzudecken.

FAZIT:

„Führen Sie, wenn noch nicht geschehen, einen monatlichen Rhythmus zur Aufbereitung Ihrer betriebswirtschaftlichen Zahlen in Ihrer Arztpraxis ein. Dies ist wegen Aktualität, Aussagekraft und Planung ein maßgebender Einflussfaktor für Ihren Erfolg.“



„Die Regeln zur Abrechnung von Laborleistungen haben sich in der Vergangenheit häufig geändert. Setzen Sie sich damit auseinander, sonst ist Ihre Existenz gefährdet.“

Nadine Arbasowsky, Rechtsanwältin bei Ecovis in München, nadine.arbasowsky@ecovis.com

ABRECHNUNG

Irr und wirr: Die Liquidation von Laborleistungen

Der Gesetzgeber ändert und ändert, das macht die korrekte Abrechnung von Laborleistungen nicht leichter. Parallel dazu rücken Ärzte grundsätzlich mehr in den Fokus der Staatsanwaltschaft.

Kein Kapitel im EBM bzw. in der GOÄ wurde in den vergangenen Jahren so häufig geändert wie das Laborkapitel. Den zahlreichen Änderungen zu folgen und diese korrekt umzusetzen ist im Praxisalltag nicht leicht. Die jüngste Rechtsprechung des Bundesgerichtshof (BGH) zur Abrechenbarkeit von Laborleistungen gegenüber Privatpatienten ist folgenschwieriger, als es dem einen oder anderen Arzt bewusst ist. Verstöße rücken immer mehr in den Fokus der Staatsanwaltschaften. Daher ist die ordnungsgemäße Erbringung und Abrechnung dieser Leistungen gegenüber Privatpatienten, im vertragsärztlichen Bereich gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), für den Arzt existenziell.

1. Privatärztliche Leistungserbringung

Die Laborleistungen werden in der GOÄ untergliedert in

→ **MI** – Vorhalteleistungen in der eigenen Praxis,

→ **MII** – Basislabor und

→ **MIII** – Speziallabor-Leistungen.

Bei der Liquidation dieser Leistungen gilt die persönliche Leistungserbringungspflicht. Die GOÄ legt hierzu fest, dass der Arzt „Gebühren nur für selbstständig ärztliche Leistungen berechnen“ kann, „die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden“.

Der Arzt hat demnach zwei Möglichkeiten. Entweder er erbringt die Laborleistungen vollumfänglich eigenhändig oder er delegiert sie. Voraussetzung ist in beiden

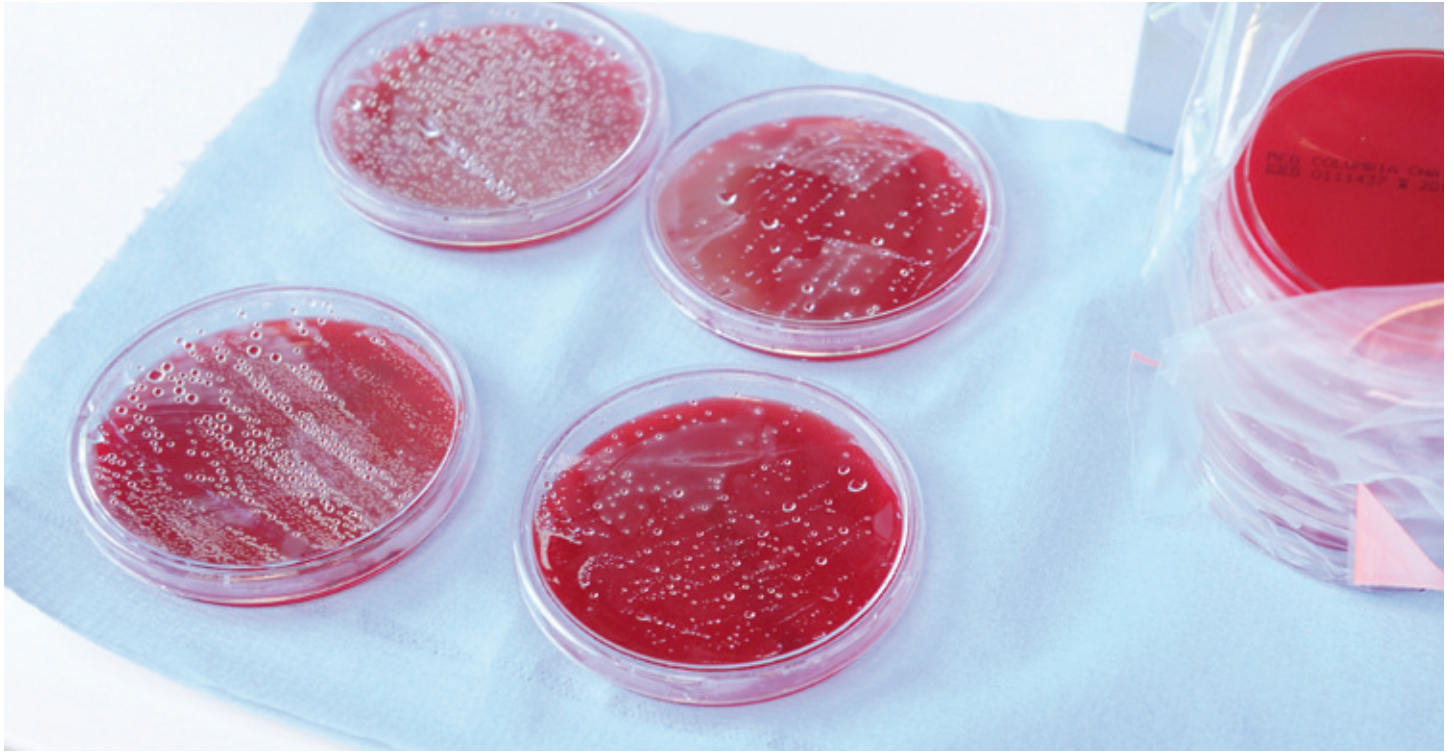
Fällen, dass er die entsprechende fachliche Qualifikation hat, die vor allem im Bereich des Speziallabors regelmäßig wieder zu überprüfen ist. Eine Orientierung bietet hier die Weiterbildungsordnung der Ärzte. Bei der Delegation muss die Leistungserbringung durch den Mitarbeiter zudem unter der Aufsicht des Arztes erfolgen. Während die Bedeutung „unter Aufsicht“ bei den zwingend in den Praxisräumen stattfindenden **MI**-Leistungen und auch bei den **MII**-Leistungen, die häufig ebenfalls in den eigenen Praxisräumen erbracht werden können, nicht besonders hoch ist, gewinnt die Voraussetzung bei den Speziallaborleistungen (**MIII**) erheblich an Bedeutung. Diese Leistungen werden oft mangels entsprechender Ausstattung in den eigenen Praxisräumen an ein Speziallabor abgegeben.

Die Anforderungen an die Voraussetzung „unter Aufsicht“ sind zwar bisher höchstrichterlich nicht geklärt worden, allerdings fordern sowohl die Bundesärztekammer als auch die unterinstanzliche Rechtsprechung während der gesamten Labordiagnostik – bis auf den kurzen Teilabschnitt des automatisierten Verfahrens – die ständige persönliche Präsenz des abrechnenden Arztes im Speziallabor. Bei Abweichung setzt sich hier der Abrechnende dem Vorwurf eines Abrechnungsbetrugs aus.

Keine Regel ohne Ausnahme

Von der Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung gibt es eine einzige Ausnahme: bei der Liqui-





dation von **MII**-Leistungen. Diese können auch dann vom Arzt gegenüber dem Patienten abrechnet werden, wenn er sie nicht selbst bzw. sie nicht unter seiner Aufsicht und fachlichen Weisung erbringt, sondern wenn sie von einem anderen gleich qualifizierten Arzt der Laborgemeinschaft, der der abrechnende Arzt angehört, bzw. unter dessen Aufsicht und nach fachlicher Weisung erbracht werden. Voraussetzung ist also, dass der abrechnende Arzt Mitglied der Laborgemeinschaft ist. Diese muss neben der Erbringung von Laborleistungen auch durch eine gemeinsame ärztliche Tätigkeit auf der Ebene der Aufsicht, fachlichen Weisung und Qualifikation gekennzeichnet sein. In allen **anderen** Fällen sind ein Bezug der Laborleistungen von einer Laborgemeinschaft und die gleichzeitige eigene Abrechnung der Laborleistung untersagt. Die Möglichkeit der eigenen Liquidation der aus einer Laborgemeinschaft bezogenen Laborleistungen sollte durch die Gesetzesänderung der GOÄ auf einen begrenzten Katalog häufiger Routineuntersuchungen, nämlich **MII**-Leistungen, beschränkt werden. Sämtliche andere Laborleistungen sollten nur noch von dem mit der Durchfüh-

rung beauftragten Arzt abrechnet werden dürfen.

2. Vertragsärztliche Leistungserbringung

Der EBM gliedert die Laborleistungen in Allgemeine Laborleistungen des Abschnitts 32.2, die den MI- und MII-Leistungen in der GOÄ entsprechen, und in Spezielle Laborleistungen des Abschnitts 32.3, entsprechend den MIII-Leistungen. Das Gebot der persönlichen Leistungserbringungspflicht gilt hier gleichermaßen.

Im Bereich der Allgemeinen Laborleistungen hat der Arzt drei Möglichkeiten:

- Er erbringt und rechnet die Leistungen selbst ab, wobei zu berücksichtigen ist, dass ihm hier die vertragsärztliche Zulassung zu einem bestimmten Fachgebiet Grenzen setzt.
- Er überweist aufgrund mangelnder Qualifikation bzw. Zulassung die Leistungen an einen Kollegen, der dann zur Liquidation berechtigt ist. Die Überweisung an Nichtlaborärzte ist jedoch nur noch bis 31. Dezember 2014 möglich, ab 1. Januar 2015 muss stets an Laborärzte bzw. an Ärzte mit einem dementsprechenden Kerngebiet überwiesen werden.

→ Der Arzt ist Mitglied in einer Laborgemeinschaft. Dann kann er die benötigte Leistung aus der Laborgemeinschaft beziehen. Allerdings ist er nicht liquidationsberechtigt. Im Gegensatz zur privatärztlichen Abrechnung erfolgt im Vertragsarztrecht eine direkte Abrechnung der Laborgemeinschaft mit den KVen.

Durch die zum 1. Oktober 2008 eingeführte sogenannte Direktabrechnung erhofften sich die Vertragspartner erhebliche Kosteneinsparungen, deren Nachweis allerdings bis heute noch aussteht.

Bei den Spezial-Laborleistungen des Abschnitts 32.3 EBM bestehen nur zwei Alternativen:

- Der Arzt kann die Laborleistungen aufgrund seiner vertragsärztlichen fachlichen Zulassung selbst erbringen und somit auch gegenüber der KV abrechnen.
- Kann er die Leistung nicht erbringen muss er diese an einen Laborarzt bzw. Kollegen, bei dem die Leistungserbringung zum Kerngebiet seines Fachgebiets gehört, überweisen. Dann ist dieser liquidationsberechtigt. Ein Bezug aus einer Laborgemeinschaft ist verboten.

FAZIT:

„Achten Sie bei der Abrechnung von Laborleistungen jedenfalls penibel auf die korrekte Umsetzung. Wenden Sie sich bei offenen Fragen lieber nochmals an Ihren Berater.“



„Neben der politischen Arbeit bieten wir auch juristischen Beistand beispielsweise bei Praxisgründung oder -übernahme, bei Fragen zum Arbeitsrecht oder zu Abrechnung.“

Isabel Wildfeuer, Rechtsanwältin bei Ecovis in München und Geschäftsführerin der VPK (www.vpk.info), isabel.wildfeuer@ecovis.com

INTERVIEW

„Psychotherapeut: Warum die Definition falsch ist“

Dr. med. Hildgund Berneburg, Vorsitzende der Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte e.V., über den Kampf um Honorare, Quoten und Bedarfsplanung



Welche Ziele verfolgt die Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK) im Gegensatz zu anderen Verbänden?

Seit 1992 tritt die Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte für die Psychotherapie in allen Facharztgebieten mit direktem Patientenkontakt ein, um neben der Psychotherapie auch die ärztliche Kompetenz zu gewährleisten und eine leistungsgerechte Vergütung zu erhalten.

Zum Zeitpunkt der Gründung der Vereinigung sank die Vergütung der psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte, die Patienten zudem ja auch medizinisch versorgen, drastisch ab. Die Diskussion um die Aufnahme der psychotherapeutisch tätigen Psychologen und Pädagogen, die mit Patienten „nur“ im Gespräch stehen, in das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und deren damit verbundenen ordentlichen Mitgliedschaft in den Kassenärztlichen Vereinigungen war in vollem Gang.

1996 wurde durch den Gründer des Verbands, Dr. med. Jörg Schmutterer, in Bayern zum ersten Mal für die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie ein Punktwert von 10 Pfennig erreicht. Dieser Punktwert wurde 1998 vom Bundessozialgericht (BSG) im Rahmen seiner Recht-

sprechung und bis heute berufspolitisch übernommen.

Als es 2009 wiederum zu einer sehr schwierigen Vergütungssituation kam, konnte die VPK zusammen mit anderen Verbänden durch intensive Arbeit und hartnäckige Verhandlungen die gleiche Honorierung (für psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte) für die antragspflichtige, genehmigungspflichtige Psychotherapie erreichen.

Ab März 2010 ging die antragspflichtige, genehmigungspflichtige Psychotherapie im Regelleistungsvolumen (RLV) bzw. im qualitätsbezogenen Zusatzvolumen (QZV) bei allen psychotherapeutisch tätigen Fachärztinnen, Fachärzten, Hausärztinnen und Hausärzten, die weniger als 90 Prozent Psychotherapieleistungen erbrachten, auf. Ein schwerer Schlag für die ärztliche Psychotherapie, dem sich die VPK erfolgreich entgegenstemmt. So konnten wir erreichen, dass die antragspflichtige, genehmigungspflichtige Psychotherapie seit 2013 bundesweit extrabudgetär honoriert wird.

Was können die Ärzte von der VPK erwarten?

Bei den Vorverhandlungen zum Gesetz der Berufe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten konnten wir eine sogenannte Quotenregelung für die ärztlichen Psychotherapeuten von 40 Prozent erreichen. Durch weitere Stellungnahmen zu dieser Regelung kann und konnte die ärztliche Quote von 25 Prozent bisher

erhalten werden. Für die Fortführung dieser Quote über den 31. Dezember 2014 kämpfen wir gerade. Diese Aktivitäten zeigen die berufspolitische Ausrichtung der VPK für alle Ärztinnen und Ärzte im niedergelassenen Bereich.

Psychologische Psychotherapeuten, Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie: Für Betroffene ist das ein Irrgarten. Gibt es Bestrebungen, sowohl die Ausbildung als auch das gesamte Berufsbild zu vereinheitlichen?

Ursache aller Irrtümer und der Verwirrung ist die Definition „Psychotherapeut“, die in Paragraph 28 Abs. 3 Nr. 1 SGB V festgehalten ist, besonders für die Leute, die von der Sache sprechen wollen, ohne die Materie zu beherrschen, wie Politiker oder Journalisten.

Eine Korrektur dieser Definition wurde schon oft angeregt, leider bisher nicht umgesetzt. Der genannte Gesetzestext regelt nämlich, dass „Psychotherapeut“ ein Psychologischer Psychotherapeut bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist. Die psychotherapeutisch tätigen Ärzte seien als Vertragsärzte zu führen. Somit sind in den Satzungen aller KVen die „Psychotherapeuten“ (laut Gesetz jedoch nur der Psychologische Psychotherapeut bzw. ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut) stets keine Vertragsärzte, besetzen aber einen Vertragsarztsitz.

In den Landesärztekammern bzw. in der Bundesärztekammer sind psychotherapeutisch tätige Ärzte und Ärztinnen Pflichtmitglieder, ihre Weiterbildung absolvieren sie nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern. Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind Pflichtmitglieder der Landeskammern der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. in der Bundespsychotherapeutenkammer. Alle Berufe haben zusätzlich ihre eigene Berufsordnung und damit ihre eigenen Pflichten.

Eine Vereinheitlichung wird den Patienten nicht gerecht. Ein Medizinstudium, eine somatische, klinische und ambulante Facharztweiterbildung mit inkludierten psychosomatischen Kenntnissen stellen ein ganzheitliches Behandlungsfundament dar, das die Psychotherapeuten, die Psychologie oder Pädagogik studiert haben, so nicht bieten können. Ein Psychiater ist in der Regel nur somatisch tätig. Zum Wohl der Patienten ist eine strikte Trennung zwischen der psychischen und somatischen Behandlung aber falsch. Beides sollte durch eine medizinische Hand erfolgen.

Die psychotherapeutische Versorgung ist aufgrund steigender Fallzahlen nicht ausreichend bzw. regional sehr unterschiedlich. Wie nutzen Sie die Stimme des Verbands, um hier Besserung zu erlangen? Mit welchen Stellen sprechen Sie?

Unserer Auffassung nach sind der Koalitionsvertrag und die Beschlüsse des G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) zur Bedarfsplanung sehr kritisch. Es werden die Psychiatrischen Institutsambulanzen

und die Psychosomatischen Institutsambulanzen mit 0,5 Stellen im Vertragsarztsystem auf die Bedarfsplanung der Psychotherapeuten angerechnet, die Sozialpädiatrischen Zentren mit 0,5 auf die Kinder- und Jugendmediziner. Das bedeutet beispielsweise für die Psychotherapeuten in Bayern eine Reduzierung um 43 Vertragsarztsitze.

Mit der Forderung im Koalitionsvertrag auf Reduktion der Überversorgung auf zum Beispiel 110 Prozent würden zusammen bayernweit 1.200 Sitze wegfallen. Dies ist eine sicher nicht tragbare negative Veränderung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung.

Deshalb setzen wir uns in den entsprechenden Gremien wie den Fachausschüssen für Psychotherapie der KVen, in den Landesärztekammern, in der Ständigen Konferenz der Psychotherapeutischen ärztlichen Verbände und in persönlichen Gesprächen mit Politikern wie Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesministerium für Gesundheit, mit dem KBV-Vorstand oder mit Politikern vor Ort und Krankenkassenfunktionären ein.



Wirtschaftlichkeitsprüfung und drohender Regress, überbordende Bürokratie, 60-Stunden-Woche, Nachfolgeprobleme – Ärzte müssen an vielen Fronten kämpfen, die mit der Arbeit mit Patienten nichts zu tun haben. An welchen Punkten und wie unterstützen Sie die Verbandsmitglieder?

Neben der politischen Arbeit in Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und bei den einschlägigen Ministerien versenden wir Newsletter. Über diesen Weg informieren wir unsere Mitglieder über neue Vorgehensweisen der KVen und gesetzliche Neuerungen, die den Arbeitsalltag erleichtern. Zudem hält die VPK Seminare für ihre Mitglieder ab. Dabei geht es zum Beispiel um die Berichte an den Gutachter, die korrekte Abrechnung erbrachter Leistungen oder um juristische Fragen wie Praxisgründung oder -übernahme, Arbeitsrecht und Praxisnachfolge.

Für wissenschaftliche Informationen und regelmäßige berufspolitische Mitteilungen erhalten unsere Mitglieder viermal im Jahr die Zeitschrift „Ärztliche Psychotherapie und psychosomatische Medizin“.

Weitere aktuelle Informationen sind stets auch auf unserer Homepage www.vpk.info und für individuelle Rückfragen ist unsere Justiziarin, Rechtsanwältin Isabel Wildfeuer, an zwei Vormittagen telefonisch erreichbar.





„Unterschriften können richtig teuer werden, wenn Sie auf eine Abzock-Masche hereinfallen. Schauen Sie daher genau hin, bevor Sie ein Schreiben abzeichnen.“

Tim Müller, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht bei Ecovis in München, tim.mueller@ecovis.com

ABZOCKE MIT „OFFERTEN“ VON BRANCHENVERZEICHNISSSEN

Ein Angebot, das Sie nicht ablehnen können?

Nicht nur im Internet lauern Abzocker und Betrüger – auch eine ganz altmodische Unterschrift kann teuer werden.



Rezepte, Bestellungen, Atteste, Arztbriefe – ein Arzt und Unternehmer muss täglich unzählige Unterschriften leisten, oft zwischen zwei Behandlungen und ohne Zeit, sich genau anzusehen, was man da eigentlich unterzeichnet. Mehr als eine oberflächliche „Plausibilitätsprüfung“ ist da oft nicht drin.

Diesen Umstand machen sich obskure Unternehmen gern zunutze: In der Eingangspost finden sich formularmäßig aufgemachte Schreiben, in denen um Unterschrift und Rücksendung, häufig bis zu einem bestimmten Termin, gebeten wird. Nur wer sich die Zeit nimmt, das Kleingedruckte zu lesen, findet dort versteckt einen oft maßlos überzogenen Preis und die Worte „Offerte“, „Auftrag“ oder „Angebot“ – da sollte der Leser hellhörig werden, denn oft handelt es sich dabei um „Abzock-Maschen“. Im Wesentlichen sind hierbei drei Vorgehensweisen erkennbar:

Das offizielle Register

Diese Masche trifft vor allem Gewerbetreibende, da die unseriösen Anbieter auf die Daten aus öffentlichen Registern zurückgreifen:

Nach einer tatsächlich erfolgten Anmeldung zum Beispiel im Handelsregister oder beim Gewerbeamt erhält der Unternehmer ein behördlich aussehendes Schreiben, in dem die Kosten für einen Eintrag in ein vermeintlich amtliches Verzeichnis, beispielsweise ein Gewerberegister verlangt werden.

Das Schreiben erweckt den Eindruck, mit der Zahlung komme man einer gesetzlichen Pflicht nach – dass dieses Schreiben tatsächlich in Wirklichkeit ein kostenpflichtiges Angebot eines privaten Registerbetreibers darstellt, kann man bestenfalls dem Kleingedruckten entnehmen. Häufig bezahlen die Betroffenen die vermeintliche Rechnung und schließen damit einen teuren Vertrag über die Veröffentlichung ihrer Daten in einem nutzlosen Online-Register erst ab.

Der Korrekturabzug

Online-Branchenverzeichnisse versenden Schreiben, in denen die Empfänger – häufig verbunden mit einer Frist – aufgefordert werden, ihre Eintragung in ein Branchenverzeichnis zu korrigieren oder zu ergänzen. Auch hier findet sich erst im Kleingedruckten der Hinweis, dass es sich lediglich um ein Angebot zum Abschluss eines kostenpflichtigen Vertrags handelt.

Meist ist eine Mindestvertragslaufzeit von zwei Jahren bei jährlichen Kosten von 500 bis 1.000 Euro vorgesehen. Das Gesamtbild des Schreibens erweckt den Eindruck, es handle sich um einen bereits früher veröffentlichten Ein-

trag in ein Branchenbuchverzeichnis, der lediglich auf seine Richtigkeit und Aktualität hin überprüft werden soll.

Die Rechnung

Ähnlich wie bei den vorgetäuschten offiziellen Registern versuchen manche Branchenverzeichnisse, über vorgetäuschte Rechnungen zum Vertragsabschluss zu kommen. Im Schreiben wird angedeutet, es sei im Vorfeld bereits ein Vertrag abgeschlossen worden, der nur noch abgerechnet werden muss. Ein Hinweis darauf, dass es sich tatsächlich lediglich um eine „Offerte“ handelt und ein Vertrag erst mit Zahlung des angegebenen Betrags begründet werden soll, findet sich wieder nur im Kleingedruckten. Diese Masche macht sich den Umstand zunutze, dass im Büroablauf zwar häufig der Abschluss von Verträgen vom Chef geprüft, die Zahlung von Rechnungen aber vom Personal erledigt wird.

Hilfe vom Bundesgerichtshof

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat der Branchenbuch-Abzocke bereits 2012 einen Riegel vorgeschoben: „Mit Rücksicht darauf, dass Grundeinträge in ein Branchenverzeichnis im Internet in einer Vielzahl von Fällen unentgeltlich angeboten werden, wird eine Entgeltklausel, die nach der drucktechnischen Gestaltung des Antragsformulars so unauffällig in das Gesamtbild eingefügt ist, dass sie von dem Vertragspartner dort nicht vermutet wird, nicht Vertragsbestandteil“ (BGH, Urteil vom 26.07.2012 – VII ZR 262/11).

FAZIT:

„Unseriöse Anbieter testen seit 2012 die Grenzen dieses Urteils aus, indem sie die Aufmachung ihrer Formulare an die Kriterien des BGH anpassen. Am besten lassen Sie sich „Arzt-post“ und „Geschäfts-post“ getrennt vorlegen und sensibilisieren Sie Ihre Mitarbeiter für die Gefahren der Branchenverzeichnis-Abzocker. Und wenn es doch einmal passiert ist: Wenden Sie sich an Ihren ECOVIS-Rechtsanwalt.“

meldungen

Vorsicht, Kontrolle: Künstlersozialabgabe im Fokus



Viele Unternehmer wissen nach wie vor nicht, dass sie die sogenannte Künstlersozialabgabe zahlen müssen, wenn sie beispielsweise einen selbstständigen Grafiker mit der Gestaltung eines Praxisflyers oder der laufenden Pflege der Website beauftragen. Das kann nämlich schon ausreichen, um künstlersozialabgabepflichtig zu sein. Diese Pflicht trifft alle, die nicht nur gelegentlich publizistische oder künstlerische Leistungen in Anspruch nehmen und für ihr Unternehmen Werbung und Öffentlichkeitsarbeit betreiben – soweit es der berufsrechtliche Rahmen zulässt. Was nur gelegentlich bedeutet, ist bisher nicht gesetzlich geregelt. Allerdings reicht schon eine zwei- oder dreimalige Beauftragung im Jahr aus, so die Rechtsprechung.

TIPP:

„ Klären Sie mit Ihrem Steuerberater, ob Sie die Künstlersozialabgabe zahlen müssen. Er kann Ihnen auch den aktuellen Abgabesatz nennen.“

Praxisnachfolge? Der Weg wird immer steiniger.

Die Grundzüge des Referentenentwurfs zum Versorgungsstärkungsgesetz sind derzeit allgegenwärtig. Die geplante Verschärfung zur Einziehung von Vertragsarztsitzen durch den Zulassungsausschuss in überversorgten Planbereichen wird die Praxisnachfolge erheblich erschweren. Das jüngst ergangene Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) zur Praxisnachfolge in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) lässt die Erfolgsaussichten, die Praxis mit dem Wunschkandidaten fortzuführen, zudem schrumpfen. Die Zulassungsausschüsse haben zwar die gesetzliche Pflicht, bei der Auswahlentscheidung eines geeigneten Nachfolgers auch die Interessen der in der (überörtlichen) BAG verbleibenden Ärzte zu berücksichtigen. Allerdings hat das BSG nun klargestellt, dass die Interessen desto weniger berücksichtigungsfähig sind, je offensichtlicher es ist, dass eine (überörtliche) BAG nur zu dem Zweck gegründet wurde, um auf das Nachbesetzungsverfahren Einfluss zu nehmen. Letzteres dränge sich geradezu auf, wenn die (überörtliche) BAG erst kurz vor der geplanten Praxisnachfolge gegründet wurde oder die Praxen der beteiligten Ärzte faktisch gar nicht miteinander verflochten sind.

Gezielte Unterstützung: Die Ecovis & friends Stiftung



Das Sommercamp im August 2014 war für die 20 angereisten Kinder und Jugendlichen aus zwölf Nationen ein tolles Erlebnis. Übernachtet wurde im Gymnastikraum des Münchener Ruder- und Segelvereins direkt am Starnberger See. Jeden Tag standen diverse Sportarten auf dem Programm, vom Training im Ruderachter über Radtouren bis zum Volleyballspielen. Gefördert wurde das Sommercamp von der 2013 in München gegründeten Ecovis & friends Stiftung, die ausgewählte Aktivitäten im Bereich Jugendhilfe unterstützt. Zu den von der Stiftung geförderten Projekten gehört auch das Kinderhospiz St. Nikolaus. Das Hospiz im

oberschwäbischen Bad Grönenbach dient als Anlauf- und Erholungsstätte für Familien mit unheilbar und „lebensbegrenzt“ erkrankten Kindern oder Jugendlichen. Auch im Ausland werden Jugendprojekte gefördert. Im nordindischen Bundesstaat Uttar Pradesh beispielsweise, wo vielerorts Schulgebäude fehlen, entsteht mit Ecovis-Stiftungsgeldern eine neue Grundschule für rund 300 Schüler. Nicht nur klassische Schulfächer stehen dort auf dem Stundenplan. Da die Region von der Landwirtschaft lebt, sollen die Kinder von klein auf lernen, worauf es bei ökologisch orientierten Anbaumethoden ankommt. International treibt Ecovis & friends die Projekte mit den Ecovis-Kanzleien vor Ort voran und kooperiert mit verschiedenen Organisationen und Unternehmen, die sich an solchen Aktivitäten beteiligen, etwa mit Lufthansa Cargo oder mit der World Childhood Foundation.

TIPP:

„ Mehr dazu erfahren Sie unter www.ecovis-stiftung.de“



ECOVIS – DAS UNTERNEHMEN IM PROFIL

Ecovis ist ein Beratungsunternehmen für den Mittelstand und zählt in Deutschland zu den Top 10 der Branche. In den mehr als 130 Büros in Deutschland sowie den über 60 internationalen Partnerkanzleien arbeiten etwa 4.500 Mitarbeiter. Ecovis betreut und berät Familienunternehmen und inhabergeführte Betriebe ebenso wie Freiberufler und Privatpersonen. Ärzte, Gemeinschaftspraxen sowie Medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser, Pflegeheime und Apotheken sind unter den von Ecovis beratenen verschiedenen Branchen stark vertreten – über 2.000 Unternehmen aus dem Bereich Gesundheit/Medizin zählen zu den Mandanten von Ecovis. Um das wirtschaftliche Handeln seiner Mandanten nachhaltig zu sichern und zu fördern, bündelt Ecovis die nationale und internationale Fach- und Branchenexpertise aller Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Rechtsanwälte und Unternehmensberater. Jede Ecovis-Kanzlei kann auf diesen Wissenspool zurückgreifen. Die ECOVIS Akademie ist zudem Garant für eine fundierte Ausbildung sowie eine kontinuierliche und aktuelle Weiterbildung. Damit ist umfassend gewährleistet, dass die Mandanten vor Ort persönlich gut beraten werden. Adressen und Berater Ihrer Ecovis-Kanzlei finden Sie unter www.ecovis.com/standorte

IMPRESSUM

Herausgeber . ECOVIS AG Steuerberatungsgesellschaft, Ernst-Reuter-Platz 10, 10587 Berlin, Tel. +49 (0)89-58 98 266, Fax +49 (0)89-58 98 280

Konzeption . EditorNetwork Medien GmbH, 80337 München

Realisation . Teresa Fach Kommunikationsberatung/Public Relations, 80798 München

Redaktionsbeirat . Tim Müller (Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht), Kathrin Witschel (Steuerberaterin).

ECOVIS med basiert auf Informationen, die wir als zuverlässig ansehen. Eine Haftung kann jedoch aufgrund der sich ständig ändernden Gesetzeslage nicht übernommen werden.
