

+++++
bvvp-online-Newsletter+++++bvvp-online-Newsletter+++++bvvp-online-Newsletter
+++++
Ausgabe Nr. 8/10, 10.11.2010, nur für Mitglieder der 17 Regionalverbände des bvvp

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hier ist der neue bvvp-online-newsletter Nr. 8/10.

Wie Sie wissen (sollten), gelten ab 1. Januar die neuen Kodierrichtlinien der KBV. Wie jetzt aber bekannt wird, kommen sie zunächst nur in entschärfter Form (s. Punkt 1.1.). Das heißt, wir dürfen uns jetzt alle ein halbes Jahr daran gewöhnen und üben. Anlass dieser Entschärfung sind Probleme, die sich bei einem Testlauf in Bayern herausgestellt haben. Insbesondere Hausärzte mit zum Beispiel über 1000 Scheinen haben es in einem Quartal nicht geschafft, alle Patienten-Diagnosen - und das sind ja manchmal dann pro Patient mehr als eine - zu überprüfen und gegebenenfalls neu zu stellen. Hinzukommt, dass der eigentliche Sinn dieser genaueren Kodierung, nämlich die Morbidität der Bevölkerung exakter festzustellen und so auch eine wachsende Morbidität nachweisen zu können und damit auch eine entsprechend höhere Gesamtvergütung zu bekommen, zunächst einmal wieder aufgrund von Kostendämpfungsmaßnahmen ausgesetzt worden ist.

Für uns Psychotherapeuten ist m. E. das Ganze nicht so problematisch. Sie müssen sich zwar schon mit den Grundzügen der Richtlinien vertraut machen, die Sie auch im Internet herunterladen können: www.kbv.de/kodieren/pdf-download.php. (Auch haben einige bvvp-Landesverbände hierzu Veranstaltungen angeboten oder bieten sie noch an.)

Aber die Überprüfung der Diagnosen wird wahrscheinlich bei unseren wenigen Patienten kein größerer Aufwand werden. Nichtsdestotrotz halten wir es für sinnvoll, tatsächlich angemessen zu diagnostizieren und nicht weiter, wie das bei unserer Fachgruppe nicht selten ist, die Störungen der Patienten allzu sehr zu verschleiern oder zu seinem Schutz zu verharmlosen. Auf lange Sicht kann so natürlich die Morbidität oder eine Morbiditätszunahme nicht dargestellt werden und, unsere Fachgruppe betreffend, auch nicht nachgewiesen werden, dass wir nicht nur leichte, sondern überwiegend sogar schwere Erkrankungen behandeln.

Mit kollegialen Grüßen
verbleibe ich im Namen des Vorstands

Dr. Frank Roland Deister,
1. stellv. Vorsitzender des bvvp

Inhaltsübersicht

1. Aktuelle Gesundheitspolitik

- 1.1. Ärzte bekommen Schonfrist bei den Kodierrichtlinien
- 1.2. Bundesregierung plant vorerst keine Reform der Psychotherapeutenausbildung
- 1.3. Kuriose Rückkehr der Gesundheitskarte
- 1.4. KV-on: KVen und KBV unterstützen Kampagne gegen sexuellen Missbrauch
- 1.5. Priorisierung von Gesundheitsleistungen – gerecht und gerechtfertigt?
- 1.6. Patientendaten in der Black Box
- 1.7. GKV-FinG: Keine Förderung der PKV zulasten psychisch kranker Menschen
- 1.8. ADHS-Behandlung: Ritalin & Co nur noch zweite Wahl

2. Hintergrundinformation

- 2.1. Bessere psychotherapeutische Versorgung von Migranten
- 2.2. Warum es in Lüchow-Dannenberg angeblich zu viele Psychotherapeuten gibt
- 2.3. Mehr als jeder Fünfte geht krankheitsbedingt in den Ruhestand
- 2.4. Sicherheitsrisiko KV SafeNet - was ist dran?

3. Praxis

- 3.1. Anfragen von Krankenkasse
- 3.2. Falsches Attest kann für den Arzt teuer werden
- 3.3. So funktioniert Jobsharing
- 3.4. Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut mit hälftigem Versorgungsauftrag nicht vereinbar
- 3.5. Pressemitteilung BVerwG: Rundfunkgebührenpflicht für internetfähige PC
- 3.6. Keine Steuerbefreiung für den Praxiserben?
- 3.7. ICD-10-GM 2011: DIMDI veröffentlicht endgültige Fassung
- 3.8. Anlaufstelle für Beschwerden zur Psychotherapie

4. Rechtliches und Urteile

- 4.1. Neues BSG-Urteil zur Bedarfsplanung – Kommentar des BVVP-Bayern
- 4.2. Recht auf Einsicht in Krankenunterlagen
- 4.3. Zum Einsichtsrecht von Patienten in die persönlichen Aufzeichnungen eines Psychotherapeuten

5. Medien und Wissenschaft

- 5.1. Ärzte klagen über zu geringes Einkommen: Volle Jammerkraft voraus

1. Aktuelle Gesundheitspolitik

1.1. Ärzte bekommen Schonfrist bei den Kodierrichtlinien

Einigung von KBV und Krankenkassen auf Übergangsfrist von sechs Monaten

BERLIN (mn). Teilentwarnung bei den Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR): Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Krankenkassen haben sich auf eine Übergangsfrist von sechs Monaten bei der Einführung der neuen Vorschriften zur Diagnosenkodierung für Vertragsärzte geeinigt.

Die Kodierrichtlinien sollen wie bisher geplant ab Januar 2011 gelten - mit einer Übergangsfrist von einem halben Jahr.

"Die Ärzte haben dann Zeit, sich mit den Richtlinien vertraut zu machen, ohne dass Sanktionen drohen", erklärte Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV am Freitag in Berlin.

Quelle und weiter:

www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxisfuehrung/article/627727/aerzte-bekommen-schonfrist-kodierrichtlinien.html?sh=3&h=-1872628663 , 08.11.10

1.2. Bundesregierung plant vorerst keine Reform der Psychotherapeutenausbildung

25.10.2010: BPtK fordert Gesetz noch in dieser Legislaturperiode

Die Bundesregierung plant vorerst keine Reform der Psychotherapeutenausbildung. In ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drucksache 17/3153) stellt sie zwar einen erheblichen Änderungsbedarf in der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) fest, plane aber "in den nächsten Monaten keine Gesetzesinitiative".

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) fordert dagegen noch in dieser Legislaturperiode eine Reform der Psychotherapeutenausbildung, in der für die Ausbildung aller Psychotherapeuten ein akademischer Masterabschluss vorgeschrieben wird. Die BPtK unterstützt ausdrücklich die Initiative der Bundesländer, die psychotherapeutische Ausbildung rasch zu ändern. Der 16. Deutsche Psychotherapeutentag hatte im Mai dieses Jahres mit großer Mehrheit Eckpunkte für eine Reform der Psychotherapeutenausbildung beschlossen, um bestehendem Änderungsbedarf nachzukommen.

Quelle und weiter: www.bptk.de/show/4148908.html , 25.10.10

1.3. Kuriose Rückkehr der Gesundheitskarte

Das Vorhaben, eine elektronische Gesundheitskarte einzuführen, war eigentlich vom Tisch - dank FDP. Jetzt knicken die Liberalen ein und verlangen genau das, was sie lange Zeit abgelehnt haben.

Die unendliche Geschichte um die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte ist um eine Kuriosität reicher: Ausgerechnet die FDP, die das Projekt jahrelang bekämpft hat, will dem Vorhaben nun endgültig zum Durchbruch verhelfen. Dabei schrecken die Liberalen und ihr Koalitionspartner CDU/CSU auch vor Zwangsmaßnahmen nicht zurück, um die vor fast zehn Jahren von Ex-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) angeschobene Karte auf den Weg zu bringen.

Quelle und weiter: www.fr-online.de/politik/kuriose-rueckkehr-der-gesundheitskarte/-/1472596/4816482/-/index.html , 09.10.10

1.4. KV-on: KVen und KBV unterstützen Kampagne gegen sexuellen Missbrauch

Die unabhängige Bundesbeauftragte zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs, Dr. Christine Bergmann, hat eine bundesweite Aufklärungskampagne zur Hilfe für Opfer gestartet. Ärzte und Psychotherapeuten sind wichtige Vertrauenspersonen für Betroffene, aber auch wertvolle Multiplikatoren. Deshalb bittet Bergmann die Niedergelassenen um ihre Unterstützung: Sie sollen Infomaterial zur Kampagne „Das Schweigen brechen“ im Wartezimmer auslegen. Aber auch ihre Expertise ist gefragt. Im Thema der Woche auf KV-on erklärt Bergmann, wofür. (Videopodcast auf KV-on, 17. September)

Quelle und Videocast: www.kbv.de/kbv-kompakt/10199.html#3 , 23.09.10

1.5. Priorisierung von Gesundheitsleistungen – gerecht und gerechtfertigt?

„Angesichts der zunehmenden Mittelknappheit im Gesundheitswesen...“, beginnt ein Artikel zur „Priorisierung in Psychiatrie und Psychotherapie“ im Deutschen Ärzteblatt PP Heft 3 vom März 2010. Die angebliche Mittelknappheit wird allenthalben angeführt, um Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung, Einschränkungen im Leistungskatalog der GKV oder Zuzahlung von PatientInnen zu begründen. Durch die ständige Wiederholung dieser Behauptung werden Bürgerinnen und Bürger eingestimmt darauf, dass sie sich auf schlechtere Zeiten im Gesundheitswesen einzustellen haben. Das erscheint glaubhaft unausweichlich. Jedem Mann und jeder Frau sollte es einsichtig sein.

„Es ist nicht mehr alles bezahlbar und deshalb muss das Geld so gerecht wie möglich verteilt werden“, fordert der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe. Die Bundesärztekammer legt ein Konzept zur Priorisierung von Gesundheitsleistungen vor, in dem eine Rangfolge festgelegt wird, nach der in Zukunft Menschen Anspruch auf Leistungen der GKV haben sollen:

- Lebensschutz und Schutz vor schweren Leid und Schmerzen,
- Schutz vor dem Ausfall oder der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen,
- Schutz vor weniger schwerwiegenden oder nur vorübergehenden Beeinträchtigungen des Wohlbefindens,
- Verbesserung und Stärkung von Körperfunktionen.

Quelle und weiter: Eva Schweizer-Köhn,
http://www2.bptk.de/uploads/20100922_berlin_ptj_03_2010.pdf ,Zugriff 23.09.10

1.6. Patientendaten in der Black Box Peter Mühlbauer

Ärzte und Psychotherapeuten können zukünftig nur noch online abrechnen - allerdings steht das dafür vorgesehene System KV-SafeNet wegen hoher Kosten und Sicherheitsmängeln in der Kritik.

In Deutschland rechnen Ärzte und Psychotherapeuten nicht direkt mit den Krankenkassen ab, sondern über eine so genannten Kassenärztliche Vereinigung. Von diesen gibt es insgesamt siebzehn - in 15 Bundesländern jeweils eine und in Nordrhein-Westfalen zwei. Sie sind in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zusammengeschlossen, der KBV. Einer Richtlinie der KBV nach haben alle Kassenärztlichen Vereinigungen ab dem ersten Quartal 2011 Abrechnungen nur noch "leitungsgebunden elektronisch" entgegenzunehmen.

Ab welchem Datum genau eine Kassenärztliche Vereinigung keine auf DVDs oder Ausdrucken übermittelten Daten mehr annimmt, liegt nach Auskunft der Pressestelle der KBV in ihrem eigenen Entscheidungsbereich, weshalb es in einigen Bundesländern Übergangsregelungen gibt, die allerdings teilweise mit höheren Verwaltungsgebühren für deren Nutzer verbunden werden.

.....

Laut KBV "garantiert" KV-SafeNet "höchste Sicherheit für die Nutzung der Online-Angebote und schützt gleichzeitig das Praxisnetz vor unerlaubten Zugriffen aus dem Internet". Lew Palm ist hier allerdings ganz anderer Ansicht...

Quelle und kompletter Text: www.heise.de/tp/r4/artikel/33/33401/1.html , 29.09.10

1.7. GKV-FinG: Keine Förderung der PKV zulasten psychisch kranker Menschen

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) kritisiert die einseitige Förderung der privaten Krankenversicherung (PKV) durch die Bundesregierung. Danach plant die Regierung im GKV-Finanzierungsgesetz (BT-Drs. 17/3040 - Gesetzentwurf) die Frist zu verkürzen, die gesetzlich Krankenversicherten den Wechsel in die PKV ermöglicht.

Zukünftig soll der Wechsel schon möglich sein, wenn das Jahreseinkommen des Versicherten ein Jahr lang über der Versicherungspflichtgrenze lag (bisher drei Jahre). Diese neue Regelung könnte die gesetzliche Krankenversicherung in den nächsten drei Jahren bis zu einer Milliarde Euro kosten.

In ihrer Stellungnahme weist die BPtK darauf hin, dass dies zulasten der Versorgung psychisch kranker Menschen in der gesetzlichen Krankenversicherung gehe.

Quelle und weiter: www.bptk.de/show/4079788.html , 12.10.10

1.8. ADHS-Behandlung: Ritalin & Co nur noch zweite Wahl

Neue Vorschriften für die Verordnung von Methylphenidat

Berlin, 24. September 2010: Bei der Behandlung von ADHS-Kindern darf nicht mehr zuerst ein Medikament mit dem Wirkstoff Methylphenidat verordnet werden. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 16. September beschlossen. Danach ist es unzulässig, Kinder, die an einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erkrankt sind, sofort medikamentös zu behandeln. „Was alle Experten schon lange wissen und fordern, ist jetzt auch per Richtlinie festgelegt: ADHS-Kinder brauchen Spezialisten für Verhaltensstörungen, damit eine Behandlung erfolgreich ist“, stellt Peter Lehndorfer, Vorstand der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), fest. „Der G-BA hat damit der fahrlässigen Verordnung von Ritalin & Co einen Riegel vorgeschoben.“

Die Diagnose und Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen weist seit Jahren gravierende Mängel auf. „ADHS wird vorschnell diagnostiziert und einseitig medikamentös behandelt“, kritisiert BPtK-Vorstand Lehndorfer. Von 1997 bis 2006 stieg die Menge der verordneten Tagesdosen um das zehnfache. Jetzt hat der G-BA die Kriterien für eine bessere Diagnose und Behandlung festgelegt. Die geänderte Arzneimittel-Richtlinie schreibt jetzt vor, dass

- eine Behandlung von ADHS ohne Medikamente beginnen muss,
- Methylphenidat erst dann eingesetzt werden darf, wenn die nicht-medikamentöse Behandlung nicht erfolgreich ist,
- Methylphenidat auch dann nur innerhalb einer therapeutischen multimodalen Gesamtstrategie eingesetzt werden darf, die neben pharmakologischen Maßnahmen insbesondere auch psychologische, pädagogische und soziale Therapiekonzepte nutzt,

- die Behandlung unter Aufsicht eines Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern durchgeführt werden muss,
- der medikamentöse Einsatz besonders zu dokumentieren ist, insbesondere bei einer Dauertherapie über zwölf Monate,
- mindestens einmal jährlich die medikamentöse Behandlung unterbrochen und neu beurteilt werden muss,
- die ADHS-Diagnose auf Kriterien der DSM-IV oder der ICD-10-Klassifikation beruhen muss.

„ADHS ist damit keine Domäne der Arzneimitteltherapie mehr“, fasst Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut Peter Lehndorfer die neuen Vorschriften zusammen, nach denen Methylphenidat verschrieben werden darf. „Bei der Diagnose von ADHS reicht es nicht mehr, ein oder zwei Symptome festzustellen und dann zum Rezeptblock zu greifen. Nutzen und Risiken einer medikamentösen Behandlung müssen jetzt sehr viel sorgfältiger beachtet werden.“ Als Nebenwirkungen von Methylphenidat treten auf: Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, emotionale Labilität („Weinerlichkeit“) und langfristig ein geringeres Körperwachstum. Nun besteht allerdings die Gefahr, dass auf andere Wirkstoffe, insbesondere Atomoxetin („Stratera“), umgestiegen wird, warnt BPTK-Vorstand Lehndorfer. Dabei hat der Hersteller selbst schon auf ein erhöhtes Suizidrisiko bei der Einnahme von Atomoxetin hingewiesen.

ADHS ist eine der häufigsten Verhaltensstörungen im Kindesalter. ADHS wird derzeit bei rund fünf Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland diagnostiziert (KiGGS, 2007). Viele Auffälligkeiten von ADHS-Kindern lassen sich bis ins Säuglings- und Kleinkindalter zurückverfolgen. Viele hatten bereits im frühesten Alter Ess- oder Schlafprobleme („Schreibabys“). Ernste Schwierigkeiten tauchen jedoch meist erst mit der Einschulung auf, weil sich die Kinder kürzer als andere konzentrieren und sich leichter ablenken lassen. Jüngste US-amerikanische Studien weisen jedoch darauf hin, dass vor allem die jüngeren Kinder in einer Klasse eine ADHS-Diagnose erhalten. „Kinder entwickeln sich sehr unterschiedlich“, betont BPTK-Vorstand Lehndorfer. „Jüngere Kinder sind selbstverständlich unruhiger als ihre älteren Klassenkameraden. Sie dürfen deshalb nicht als krank diagnostiziert werden.“ Liegt jedoch ADHS vor, reicht eine einseitige medikamentöse Behandlung nicht aus. Leitlinien (z. B. NICE Clinical Guideline, 2009) empfehlen eine multimodale ADHS-Therapie. Diese umfasst

- Aufklärung und Beratung der Eltern, des Kindes oder Jugendlichen und der Erzieher bzw. Lehrer,
- Elternt raining und Familientherapie,
- Interventionen im Kindergarten oder in der Schule,
- Psychotherapie des Kindes oder Jugendlichen,
- Pharmakotherapie unter sorgfältiger Abwägung des Nutzens und der Risiken.

„Nun sollte die Chance genutzt werden, bei der Diagnostik und Behandlung der ADHS stärker auf die Kompetenzen von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zurückzugreifen“, empfiehlt Lehndorfer. „Die Kooperation zwischen Kinderärzten und Psychotherapeuten sollte deutlich intensiviert werden, damit die Schwere der Symptomatik von unruhigen Kindern richtig eingeschätzt wird und auch im Falle einer medikamentösen Mitbehandlung die

Expertise der Psychotherapeuten bei der Beurteilung des Krankheitsverlaufs einfließt.“

Der G-BA folgt mit der Änderung der Verordnungsfähigkeit von Methylphenidat-haltigen Arzneimitteln in der Arzneimittelrichtlinie einer Entscheidung der Europäischen Kommission vom 27. Mai 2009 und der Zulassungseinschränkung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mit Wirkung zum 1. September 2009.

Quelle: Pressemitteilung der BPtK, Kay Funke-Kaiser, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, 24.09.10

2. Hintergrundinformation

2.1. Bessere psychotherapeutische Versorgung von Migranten BPtK-Symposium am 7. Oktober in Berlin

Die psychotherapeutische Versorgung von Migranten in Deutschland ist mangelhaft. Es fehlt an spezifischen Informationen und Angeboten für Migranten, an interkultureller Kompetenz im Gesundheitssystem und auch an Psychotherapie in der Muttersprache. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) veranstaltete deshalb am 7. Oktober 2010 in Berlin ein Symposium zur psychotherapeutischen Versorgung von Migranten.

Quelle und weiter: www.bptk.de/show/4170096.html, 01.11.10

Kommentar der bvvp-Redaktion: Einen Bericht über unsere eigene „Konkurrenz“-Veranstaltung zu dem Thema "Psychotherapie und Kultur - Was ist anders bei der Arbeit mit Patienten aus einem anderen Kulturraum?" am 9. Oktober in Berlin finden Sie in unserem neuen Heft „Projekt Psychotherapie“. Eine Pressemitteilung finden Sie in unserer Homepage.

2.2. Warum es in Lüchow-Dannenberg angeblich zu viele Psychotherapeuten gibt BPtK kritisiert administrative Zahlenakrobatik der Bedarfsplanung

Berlin, 8. Oktober 2010: In Deutschland ist die Chance für psychisch kranke Menschen, einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz zu finden, sehr unterschiedlich. Im Durchschnitt steht für rund 6.000 Einwohner ein Psychotherapeut zur Verfügung. Zwischen Stadt und Land herrschen erhebliche Unterschiede. In Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg oder Sachsen-Anhalt kommt ein Psychotherapeut auf rund 12.000 Einwohner, in Baden-Württemberg ein Psychotherapeut auf 4.400 Einwohner. „Wir brauchen dringend eine Reform der

Bedarfsplanung, die psychisch kranken Menschen überall eine ausreichende Versorgung sichert“, erklärt Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), anlässlich des Tages der Seelischen Gesundheit am 10. Oktober 2010.

Tatsächlich fehlen in Deutschland Behandlungsplätze für psychisch kranke Menschen. Vor allem auf dem Land warten psychisch Erkrankte manchmal mehr als ein Jahr auf eine psychotherapeutische Behandlung. „Dabei führen die Angaben der Bedarfsplanung in die Irre“, kritisiert BPtK-Präsident Richter. „Die angeblich gute Versorgung mit psychotherapeutischen Behandlungsplätzen existiert meist nur auf dem Papier.“ Der Altmarkkreis Salzwedel in Sachsen-Anhalt gilt z. B. mit einem Versorgungsgrad von 245,6 Prozent als eklatant überversorgt. Insgesamt versuchen dort aber nur 8,8 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner, eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Der Landkreis Lüchow-Dannenberg gehört mit 463,2 Prozent zu den Top 10 der überversorgten Planungsbereiche. In Lüchow-Dannenberg versorgen 20 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. Dagegen ist Halle in Sachsen-Anhalt mit 110,5 Prozent nur leicht überversorgt, hier arbeiten allerdings 31,7 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner.

„Die hohen Versorgungsgrade entstehen regelmäßig dadurch, dass der Bedarf künstlich kleingerechnet wird. Die Bedarfsplanung geht davon aus, dass Menschen in ländlichen Regionen erheblich seltener psychisch krank werden als in der Stadt“, erklärt der Präsident der deutschen Psychotherapeutenchaft. „Sie diene nie der Planung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs, sondern war von Anfang an als Maßnahme zur Begrenzung der Ausgaben gedacht.“ In Kernstädten müssen sich nach den gesetzlichen Vorgaben rund 2.600 Menschen einen Psychotherapeuten teilen. Auf dem Land dagegen wird schon mit einem Psychotherapeuten für ca. 23.000 Menschen ein Versorgungsgrad von 100 Prozent erreicht. „Die Versorgungsgrade der Bedarfsplanung sagen nichts über die reale Versorgungssituation aus“, stellt BPtK-Präsident Richter fest. „Wir brauchen dringend eine Bedarfsplanung, die die reale Versorgungssituation zur Kenntnis nimmt. Administrative Zahlenakrobatik hilft uns nicht weiter.“

Quelle: Kay Funke-Kaiser, Pressemitteilung der BPtK, 08.10.10

2.3. Mehr als jeder Fünfte geht krankheitsbedingt in den Ruhestand

Nur noch die Hälfte der Ruheständler beendet die Erwerbstätigkeit aus Altersgründen. Fast ein Viertel scheidet wegen gesundheitlicher Probleme aus. Weitere Gründe sind Vorruhestandsregelungen und Arbeitslosigkeit.

Mit 22,7 Prozent ist mehr als jede fünfte Person 2008 aus gesundheitlichen Gründen aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Dies teilt das Statistische Bundesamt (Destatis) als ein Ergebnis einer Untersuchung zum Übergang älterer Menschen vom Erwerbsleben in den Ruhestand mit. Dabei lag das durchschnittliche Alter derjenigen, die 2008 gesundheitsbedingt in den Ruhestand gingen bei gut 55 Jahren und damit rund 8,5 Jahre niedriger als bei denjenigen, die in den regulären Altersruhestand gingen.....

Quelle und weiter:

<http://www.krankenkassen-direkt.de/news/news.pl?val=1287238144&news=269169096>, 16.10.10

2.4. Sicherheitsrisiko KV SafeNet - was ist dran?

Das KV SafeNet ist wegen angeblicher Sicherheitslücken in die Kritik geraten. Doch wie funktioniert es überhaupt, und wo könnten Risiken lauern?

NEU-ISENBURG (reh). Die Pflicht zur Online-Abrechnung steht vor der Tür - ab 2011 soll sie für Vertragsärzte gelten -, und ausgerechnet jetzt ist das KV SafeNet wegen angeblicher Sicherheitsrisiken unter Beschuss geraten. Dabei galt gerade das SafeNet und die diversen Abwandlungen einzelner KVen als besonders sichere Anbindungen an die KV-Rechner. Doch was ist dran an den vermeintlichen Sicherheitslücken?

Dazu muss man zunächst den Vorwurf kennen: Angeblich soll es beim KV SafeNet-Router mehrere offene Ports (Schnittstellen) geben. Diese zumindest will der Informatiker Lew Palm, der eine psychotherapeutische Praxis betreut, aufgefunden gemacht haben.

Quelle und weiter: www.aerztezeitung.de/news/article/625267/sicherheitsrisiko-kv-safenet-dran.html , 21.10.10

3. Praxis

3.1. Anfragen von Krankenkassen

In der letzten Zeit häufen sich im Bereich Recht der KV Hamburg wieder Beschwerden von Ärzten und Psychotherapeuten über Krankenkassen-Anfragen, deren Rechtmäßigkeit und gelegentlich auch Sinnhaftigkeit angezweifelt wird. Und das in vielen Fällen zu Recht.

Natürlich: Als Vertragsarzt und -psychotherapeut ist man gesetzlich und vertraglich dazu verpflichtet, Bescheinigungen auszustellen und Berichte zu erstellen, die von den Krankenkassen zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigt werden. Dazu gehört auch die Verpflichtung, die erforderlichen schriftlichen Informationen an die Krankenkassen zu liefern.

Aber: Diese Auskunftspflicht ist kein Selbstzweck und berechtigt Krankenkassen nicht, in beliebiger Form Informationen von Ihnen über Patienten anzufordern. Dass hierzu aber gelegentlich eine Neigung bei Krankenkassenmitarbeitern besteht, war

wohl schon bekannt. Deshalb wurde im Bundesmantelvertrag bestimmt, dass für derartige Auskunftsbegehren grundsätzlich vereinbarte Vordrucke zu verwenden sind. Wird ein solcher Vordruck von der Kasse benutzt, so muss die Anfrage in der Regel auch durch Ausfüllung des Vordrucks beantwortet werden, es sei denn, es ist klar ersichtlich, dass die anfragende Kasse die Informationen zur Durchführung ihrer Aufgaben nicht benötigt – was aber kaum unterstellt werden kann.

Solche vereinbarten Vordrucke enthalten übrigens häufig auch eine Regelung zur Vergütung der Beantwortung. Ist eine solche Regelung nicht enthalten (und damit auch nicht Bestandteil des Vordrucks), muss die Auskunft ohne besonderes Honorar gegen Erstattung der Auslagen (in der Regel Porto) erteilt werden. Steht ein vereinbarter Vordruck für eine spezifische – und erforderliche – Anfrage ausnahmsweise nicht zur Verfügung, muss die Krankenkasse die Rechtsgrundlage für den Auskunftsanspruch angeben und deutlich machen, wofür die Information benötigt wird. Ferner muss in diesen Fällen angegeben werden, wie die Auskunft vergütet werden soll.

So weit – so gut. Das wäre ja noch weitgehend überschaubar, wenn sich die Mitarbeiter der Krankenkassen an diese Grundsätze hielten. Dem ist aber häufig nicht so. Und hier beginnen die Probleme und der Ärger!

So ist immer wieder zu beobachten, dass „kreative“ Krankenkassen die vereinbarten Vordrucke – natürlich nur „zum Wohle des Mitgliedes“ – in vielfältigster Weise modifizieren.

Es werden Fotomontagen erstellt, Zusätze eingefügt oder vereinbarte Vergütungsregelungen „weggezaubert“. In all diesen Fällen gilt ausnahmslos: Werden vereinbarte Vordrucke durch zusätzliche Fragen oder Anforderungen ergänzt oder sonst verändert, sind sie insgesamt unzulässig und müssen nicht beantwortet werden.

Welches sind aber nun die vereinbarten Vordrucke – und wie sehen sie in der unveränderten Fassung aus? Wer selber suchen möchte, findet sie im Internet unter www.kbv.de, wenn er dort den Pfaden „Rechtsquellen“, „Bundesmantelverträge“, „Anlage 2: Vereinbarung über Vordrucke“ und „Weitere Infos: Vordruckmustersammlung“ folgt.

Wer aber bereits Zweifel an der Rechtmäßigkeit einer Anfrage hat, der sollte sie an die KV weiter-schicken. Im Bereich Recht sind zwei Mitarbeiterinnen ausschließlich mit der Bearbeitung von Beschwerden – auch und gerade über unrechtmäßige Anfragen von Krankenkassen – befasst und werden Sie gerne beraten und bei der Abwehr unberechtigter Anfragen unterstützen.

Das gilt auch für Anfragen auf nicht vereinbarten Vordrucken, deren Rechtmäßigkeit nicht immer klar erkennbar ist. Die Angabe der Rechtsgrundlagen stellt sich doch gelegentlich als reines Wunschdenken heraus und ist nicht geeignet, eine Verpflichtung zur Beantwortung zu belegen. Auch hier unterstützen wir Sie gerne, wenn Sie uns die Anfrage zur Prüfung übersenden.

Quelle: Gert Filler, Justitiar der KV Hamburg, KVH-Journal 4 und 5/10

3.2. Falsches Attest kann für den Arzt teuer werden

Es kommt nicht oft vor, dass ein Arzt für ein falsches oder fahrlässig erstelltes Attest zur Rechenschaft gezogen wird. Wenn aber doch, dann kann das für ihn möglicherweise drastische Folgen haben.

Von Frank Stebner

Gesundheitszeugnisse und Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen (AU) sind keine Nebensächlichkeiten. Ärzte übernehmen mit ihrer Ausstellung eine große Verantwortung - vor allem wegen ihrer Tragweite für Versicherte und ihrer sozialrechtlichen sowie wirtschaftlichen Bedeutung.

Im hektischen Praxisalltag kann schnell die Entscheidung für eine AU fallen, die bei tiefer gehender Prüfung anders ausfallen würde.

Quelle und weiter:

http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxisfuehrung/default.aspx?sid=621339 , 28.09.10

3.3. So funktioniert Jobsharing

Sicherlich kennen die meisten von Ihnen die Möglichkeit der Kassenabrechnung im Rahmen des Job-sharing. Angesichts des sowieso schon großen bürokratischen Aufwands scheuen aber viele vor dem Gedanken zurück, sich auch noch einen Kollegen ans Bein zu binden und beschäftigen sich daher erst gar nicht mit den individuellen Vor- und Nachteilen des Jobsharings.

Neben einigen Hürden (v.a. Begrenzung der Leistungsmenge, ggf. gemeinsame Haftung) bietet Job-sharing auch Vorteile: Jobsharing kann für den Seniorpartner unter bestimmten Randbedingungen finanziell lohnend sein, er kann bei der Praxisabgabe und -nachfolge Einfluss nehmen und, wenn die Chemie zwischen beiden stimmt, können Arbeitsqualität und -zufriedenheit steigen. Für approbierte Kollegen ohne Zulassung kann Jobsharing ein Einstieg ins KV-System sein und es kann - trotz Leistungsbegrenzung - auch die quantitative Versorgung der Patienten verbessern.

Zwei Varianten von Jobsharing Jobsharing kann erfolgen

- im Angestelltenverhältnis oder
- in einer Gemeinschaftspraxis

Ich werde zunächst das Jobsharing in einer Gemeinschaftspraxis ausführlich beschreiben und beleuchte dann kurz die Unterschiede beim Jobsharing im Angestelltenverhältnis.

Was wir ge„shared“?

To share heißt teilen und das ist es, was beim Jobsharing passiert: Die Leistungsmenge, die ein Vertragspsychotherapeut (Seniorpartner im Jobsharing) in den vorausgehenden vier Quartalen bei der KV abgerechnet hat zuzüglich einer einmaligen Steigerung von 3% des Fachgruppendurchschnitts (ergibt die vier quartalsbezogenen Obergrenzen), teilt er künftig mit einem approbierten Kollegen ohne Kassenzulassung aus derselben Fachgruppe (Juniorpartner im Jobsharing). D.h.: Ärztliche Psychotherapeuten (ÄP) dürfen mit ÄP und Psychologische Psychotherapeuten (PP) dürfen mit PP ein Jobsharing eingehen, wobei innerhalb der drei Richtlinienverfahren (Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie) frei kombiniert werden darf. Unter Umständen genehmigen Zulassungsausschüsse auch Jobsharing in der Form, dass ein ÄP mit Kassensitz eine Jobsharingpraxis mit einem PP bildet; umgekehrt geht das allerdings nicht (wegen der Berufsordnung der Ärzte). Gegenüber dem Zulassungsausschuss müssen sich die Partner zur Leistungsbeschränkung entsprechend der ermittelten Obergrenzen verpflichten. Der Juniorpartner erhält eine ans Jobsharing geknüpfte Kassenzulassung am Ort der bestehenden Praxis.

Teilen heißt nicht zwangsweise halbieren; wie die Teilung konkret aussieht, das regeln die beiden Partner im Gemeinschaftspraxisvertrag untereinander. Sie regeln auch selbst, wie dem Seniorpartner die Praxisnutzung durch den Juniorpartner und die Ermöglichung der Abrechnung über die KV honoriert wird. Beide müssen per Vertrag eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) bilden. Auch der Juniorpartner wird Mitgesellschafter und haftet gemeinsam mit dem Seniorpartner für die Praxis. Insbesondere im Hinblick auf die Rechtsprechung des BGH, wonach die Außenhaftung nun beide betrifft und der einsteigende Juniorpartner auch z.B. für die Schulden der Praxiseinrichtung zu haften hat, stellt sich die Frage, ob nicht jedenfalls der Juniorpartner ein zu hohes Risiko eingeht. Die Behandlungsfehler des Partners werden in der Regel zwar durch entsprechende Versicherungen abgedeckt sein, kaufmännische und steuerliche Bereiche sind dagegen weitgehend ungeschützt. Man sollte sich vor Vertragsabschluss dieser Risiken bewusst sein. Es gibt aber sowohl für die Außenhaftung als auch für die kaufmännischen und steuerlichen Bereiche gute Vertragslösungen. Sprechen Sie uns an.

Wie funktioniert die Abrechnung? Hat der Juniorpartner ein eigenes Chipkartenlesegerät und einen eigenen Laptop/ Netbook/Notebook mit Partnersoftware, muss das Büro nicht geteilt werden. Die EDV-Daten für die Abrechnung können ganz am Ende leicht zusammengeführt werden. Die KV erstattet in den vier Quartalen des ersten Leistungsjahres im Jobsharing an die Gemeinschaftspraxis jeweils maximal bis zur Jobsharing-Obergrenze. Da die Abrechnungssoftware i.d.R. die einzelnen Patienten den verschiedenen Behandlern zuordnen kann, erhält man – auf Nachfrage – von der KV mit der Abrechnung auch eine getrennte Auflistung, wer von beiden wie viel verdient hat, und muss es sich nicht selbst ausrechnen.

In jedem neuen Leistungsjahr werden die quartalsbezogenen Obergrenzen des Vorjahres mit einem sog. Steigerungsfaktor multipliziert. Dieser Steigerungsfaktor wird von der KV aus der jeweiligen durchschnittlichen Leistungssteigerung der gesamten Fachgruppe berechnet. Durch Multiplikationen der alten vier

Quartalsobergrenzen mit diesem Steigerungsfaktor ergeben sich die neuen quartalsbezogenen Obergrenzen. Sollte, was nach Angaben der KV noch nie passiert ist, von den Kollegen weniger angefordert worden sein als im Jahr zuvor, ergäbe sich natürlich keine Erhöhung der Obergrenze, sondern eine Kürzung. Durch den „Steigerungsfaktor“ wird sichergestellt, dass sich die Obergrenzen der Jobsharer im gleichen Verhältnis bewegen wie die Leistungsanforderungen der Fachgruppe.

Jobsharing bedeutet auch: Leistungen, die die beiden Partner in einem bestimmten Quartal über die errechnete quartalsbezogene Obergrenze hinaus bei der KV in Rechnung stellen, werden nicht erstattet bzw. erst später beim Jahresausgleich (s.u. im Abschnitt „Spielräume“). Will man nicht umsonst arbeiten, sollte man folglich seine Abrechnung im Auge behalten.

Kooperationsform Jobsharing
Jobsharing eignet sich besonders gut zur schrittweisen Praxisübergabe. Der Seniorpartner kann die Patientenbehandlungen nach und nach auslaufen lassen und den Praxiswert dennoch hochhalten, indem der Juniorpartner seine Leistungen parallel ausweitet. Aber auch wenn Kollegen über einen längeren Zeitraum weniger arbeiten möchten, z. B. wegen Kinderbetreuung, oder ihre KV-Tätigkeit einschränken wollen zugunsten anderer Arbeitsfelder, z. B. Dozententätigkeit, können sie durch „Jobteilen“ auch ihre fixen Praxiskosten teilen.

Jobsharing kann jederzeit von jedem der Partner gekündigt werden. Nach fünf Jahren wird der Juniorpartner im Nachbesetzungsverfahren vorrangig berücksichtigt, so dass der Seniorpartner Einfluss darauf nehmen kann, wer seine Nachfolge antritt. Nach zehn Jahren wird die Ausnahmezulassung ohne erneute Antragsstellung in eine Vollzulassung umgewandelt.

Spielräume im Rahmen der Obergrenze - Nach Ablauf eines Leistungsjahres erfolgt ein so genannter Jahresausgleich über die abgerechneten vier Quartale: Quartale, in denen das Budget nicht ganz ausgeschöpft wurde, werden mit Quartalen, in denen eine Kürzung erfolgt ist, gegengerechnet und die Praxis erhält eine entsprechende Nachzahlung von der KV. Hieraus ergibt sich ein gewisser Spielraum im Verlauf eines Leistungsjahres: Gestrichene Leistungen (wegen Überschreitung der quartalsbezogenen Obergrenze) kann man durch „weniger arbeiten“ in einem späteren Quartal im Rahmen des Jahresausgleiches zurückerhalten.

- Wenn man Jobsharing frühzeitig plant, kann der spätere Seniorpartner im Jahr vor dem beabsichtigten Beginn durch Mehrarbeit die Obergrenzen erhöhen, um später wieder auf seinem gewohnten Niveau weiterzuarbeiten.

- Wenn Versicherte behandelt werden, deren Krankenkassen außerbudgetär vergüten, wird die Obergrenze nicht tangiert. (Bei der Berechnung der für die Obergrenze maßgeblichen Leistungsmenge wird vom absoluten im Quartal erzielten Honorar - früher Punkte - das Honorar für die antrags- und genehmigungspflichtigen Therapiesitzungen dieser Versicherten abgezogen.) Früher waren dies die Versicherten von IKK, BKK und LKK, jetzt sind es Versicherte von Polizei, Bundeswehr (einschließlich Zivildienstleistende; Kassennummer: 24868) und Post A, sowie Sozialhilfeempfänger, Grenzgänger und im Ausland Wohnende. (Sicherheitshalber sollte man sich gelegentlich bei der KV erkundigen, ob es hier mal wieder eine Änderung in der Kooperation mit den Kassen gibt.)

- Eine Kassenzulassung ist die Voraussetzung für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung (z.B. die IV in Merzig, Kontakt: 06861 705-1740), die Abrechnung bei der IV erfolgt aber nicht über die KV und hat folglich nichts zu tun mit der Obergrenze. Senior- und Juniorpartner können so ihre Obergrenze „schonen“ und gleichzeitig können mehr Patienten behandelt werden.

Merkmale des Jobsharings im Angestelltenverhältnis

Der Praxisinhaber schließt mit dem neuen Kollegen einen Anstellungsvertrag ab, in dem Arbeitszeiten und Gehalt geregelt werden. Es kann ein festes monatliches Gehalt mit Urlaubs- und Krankheitsregelung vereinbart werden, das an eine zu erbringende Arbeitsmenge geknüpft ist, oder auch eine Vergütung nach Einzelleistung, letzteres aber nur, wenn der Angestellte noch weitere Einnahme hat; ansonsten würde es sich um eine Scheinselbstständigkeit handeln, so dass vom anstellenden Praxisinhaber die Sozialleistungen nachgezahlt werden müssten. Für den Angestellten gibt es keine Residenzpflicht und keine Haftungsrisiken. Der Antragssteller haftet für die sachgerechte Durchführung der Behandlung. (Wie immer ist der Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung dringend zu empfehlen.) Der Anstellungswillige stellt den Zulassungsantrag an den Zulassungsausschuss, der auch den Anstellungsvertrag prüft. Die Leistungsmenge des anstellenden und des angestellten Leistungserbringers unterliegen in der Summe der Jobsharing-Obergrenze. Die Abrechnung verläuft allein über den Praxisinhaber.

Quelle: Helga Naumann, vvps-Rundbrief 2/10, Regionalverband Saarland, 20.05.10

3.4. Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut mit hälftigem Versorgungsauftrag nicht vereinbar

Neben einer vollen Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung darf nur eine Tätigkeit im Umfang von 13 Wochenstunden ausgeübt werden. Das Ansetzen einer Höchstgrenze von 26 Wochenstunden für eine neben einer Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut mit hälftigem Versorgungsauftrag ausgeübte Tätigkeit in einem beamtenrechtlichen Dienstverhältnis ist nicht zu beanstanden.

Zum Sachverhalt

Der Kläger wandte sich dagegen, dass seine Zulassung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung mit dem Zusatz verbunden war, dass er seine wöchentliche Dienstzeit aus seinem in Vollzeit ausgeübten Beamtenverhältnis auf 26 Stunden pro Woche zu reduzieren habe.

Quelle und weiter:

<http://rsw.beck.de/rsw/shop/default.asp?docid=309558&docClass=NEWS&site=NJW&from=njw.root> , 15.10.10

3.5. Pressemitteilung BVerwG: Rundfunkgebührenpflicht für internetfähige PC

Das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig hat heute in drei Fällen entschieden, dass für internetfähige PC Rundfunkgebühren zu zahlen sind.

Die Rundfunkanstalten halten die Besitzer von internetfähigen PC für gebührenpflichtig, weil sich mit diesen Geräten Sendungen empfangen lassen, die mit sog. Livestream in das Internet eingespeist werden. Im Rahmen der Zweitgeräte-Befreiung wird die Rundfunkgebühr allerdings nicht verlangt, wenn der Besitzer bereits über ein angemeldetes herkömmliches Rundfunkgerät in derselben Wohnung oder demselben Betrieb verfügt. Die Kläger waren zwei Rechtsanwälte und ein Student, die in ihren Büros bzw. in der Wohnung kein angemeldetes Rundfunkgerät bereit hielten, aber dort jeweils internetfähige PC besaßen.

Der 6. Senat hat die Revisionen der drei Kläger gegen abschlägige Urteile der Vorinstanzen zurückgewiesen: Bei internetfähigen PC handelt es sich um Rundfunkempfangsgeräte i.S.d. Rundfunkgebührenstaatsvertrags. Für die Gebührenpflicht kommt es nach dessen Regelungen lediglich darauf an, ob die Geräte zum Empfang bereit gehalten werden, nicht aber darauf, ob der Inhaber tatsächlich Radio- bzw. Fernsehsendungen mit dem Rechner empfängt. Ebenso wenig ist es erheblich, ob der PC mit dem Internet verbunden ist, wenn er technisch nur überhaupt dazu in der Lage ist.

Diese sich aus dem Rundfunkgebührenstaatsvertrag ergebende Rechtslage verstößt auch nicht gegen höherrangiges Recht. Insbesondere verletzt sie nicht in rechtswidriger Weise die Rechte der Kläger auf Freiheit der Information (Art. 5 Abs. 1 GG) und der Berufsausübung (Art. 12 Abs. 1 GG) oder den Gleichbehandlungsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 GG).

Zwar greift die Erhebung von Rundfunkgebühren für internetfähige PC in die Grundrechte der Kläger aus Art. 5 Abs. 1 und 12 Abs. 1 GG ein, indem sie die Rundfunkgebührenpflicht an die - jedenfalls auch - beruflichen und informatorischen Zwecken dienende Nutzung oder auch nur den Besitz der Rechner knüpft. Dieser Eingriff ist jedoch gerechtfertigt durch die - ebenfalls verfassungsrechtlich begründete - Finanzierungsfunktion der Rundfunkgebühren für die öffentlich-rechtlichen Rundfunkanstalten. Der Eingriff ist auch nicht unverhältnismäßig, sondern von der Typisierungsbefugnis des Gebührengesetzgebers gedeckt.

Der Gleichbehandlungsgrundsatz wird vom Rundfunkgebührenstaatsvertrag ebenfalls nicht verletzt. Zwar werden insofern ungleiche Sachverhalte gleich behandelt, als die herkömmlichen monofunktionalen Rundfunkempfangsgeräte mit den multifunktionalen internetfähigen PC gebührenrechtlich gleich behandelt werden. Entscheidend für die Gebührenerhebung ist jedoch nicht die technische Unterschiedlichkeit der Empfangsgeräte, sondern die gleiche Möglichkeit zum Empfang von Rundfunksendungen durch diese verschiedenartigen Geräte.

Der Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG verlangt für das Abgaberecht, dass die Gebührenpflichtigen durch ein Gebührengesetz rechtlich und tatsächlich gleich belastet werden. Wird die Gleichheit im Belastungserfolg durch die rechtliche Gestaltung des Erhebungsverfahrens prinzipiell verfehlt, kann dies die

Verfassungswidrigkeit der gesetzlichen Gebührengrundlage nach sich ziehen. Die Rundfunkanstalten können an der Gebührenpflichtigkeit von internetfähigen PC daher auf Dauer nur festhalten, wenn diese sich auch tatsächlich durchsetzen lässt. Insoweit wird der Gesetzgeber die Entwicklung zu beobachten haben.

Quelle: Pressemitteilung BVerwG 6 C 12.09, 6 C 17.09 und 6 C 21.09, Urteile vom 27.10.10.

3.6. Keine Steuerbefreiung für den Praxiserben?

Stirbt der Praxisinhaber, langt der Fiskus mitunter kräftig zu. Und zwar dann, wenn der Erbe nicht im Stande ist, die Praxis fünf Jahre weiterzuführen.

Von Dietmar Sedlaczek

Im Erbrecht gilt: Geht ein Unternehmen durch Erbgang auf Nachfolger - auch außerhalb der Familie - über, so wird der Erwerb von unternehmerisch gebundenem Vermögen weitgehend von der Erbschaftsteuer freigestellt. Dies gilt aber nur (neben weiteren Voraussetzungen), wenn der Erwerber das Unternehmen insgesamt fünf Jahre weiterführt. Dabei fällt die Erbschaftsteuerbefreiung auch für die Vergangenheit weg, wenn das Unternehmen nicht fünf Jahre vom Erwerber fortgeführt wird.

Quelle und weiter:

www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/finanzen_steuern/default.aspx?sid=621830&sh=1&h=-856363339&ticket=ST-2160-vlJJYn7dy9Wbj4sdmEMAZgbt7pgt6QdaYvn-20 , 01.10.10

3.7. ICD-10-GM 2011: DIMDI veröffentlicht endgültige Fassung

Das DIMDI hat die endgültige Fassung der ICD-10-GM Version 2011 (Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification) auf seinen Internetseiten veröffentlicht. In die neue Version flossen knapp 60 Vorschläge aus Fachgesellschaften und von Fachleuten aus Ärzteschaft, Krankenkassen und Kliniken ein sowie zahlreiche Änderungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Klassifikation bildet die Basis für das pauschalierende Vergütungssystem G-DRG (German Diagnosis Related Groups).

Quelle und komplette Fassung der ICD-10-GM:

http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/aktuelles/news_0113.html , 29.09.10

3.8. Anlaufstelle für Beschwerden zur Psychotherapie

Eine erfolgreiche Psychotherapie basiert auf einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeut/in und Patient/in. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist, dass sich der Psychotherapeut an die Regeln seiner Berufsordnung hält. Ist dies nicht der Fall, ist der Erfolg der Psychotherapie gefährdet und der Patient kann Schaden nehmen. In der Anlaufstelle für Beschwerden zur Psychotherapie, die auf Initiative der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland und den Psychotherapeutenkammern Baden-Württemberg, Bayern und Berlin eingerichtet wurde, können Sie sich zu diesem Thema anonym und unabhängig beraten lassen.

Quelle und weiter: www.unabhaengige-patientenberatung.de/beschwerden-psychotherapie.html , Zugriff 26.10.10

4. Rechtliches und Urteile

4.1. Neues BSG-Urteil zur Bedarfsplanung – Kommentar des BVVP-Bayern

Am 23. Juni 2010 erließ das BSG ein aufsehenerregendes Urteil zum Sonderbedarf einer analytischen Kollegin in Baden-Württemberg. Das Urteil des BSG ist deshalb so aufsehen- erregend, weil erstmals einer Psychologischen Kollegin ein qualitativer Sonderbedarf nach § 24 b der Bedarfsplanungsrichtlinien grundsätzlich zugestanden wird. Zwar muss das Sozialgericht vor Ort noch prüfen, ob die diesem BSG-Urteil präzise abgefassten Bedingungen auch zutreffen, aber dem Prinzip nach wird dieser Sonderbedarf bejaht.

Geprüft werden muss zum Beispiel, ob der vorhandene Bedarf für analytische Psychotherapie dauerhaft ist und ob der Bedarfsplanungsbezirk entsprechend großräumig ist. Vor allen Dingen – und das sehen wir sehr positiv – wird der Psychotherapie zugesprochen, dass sie, ähnlich wie die Hausärztliche Versorgung, zu den Grundversorgungselementen in der GKV gehört. Deshalb müssen Psychotherapeuten in vertretbarer Entfernung für alle Versicherten erreichbar sein. Es wird in der Begründung klargestellt, dass im Rahmen der Bedarfsplanung ein Abstand zum nächsten Psychotherapeuten von 25 km nicht überschritten werden sollte. Das bedeutet, dass das BSG eine engmaschige Versorgung für den Bereich der Psychotherapie als sachgemäß betrachtet.

Darüber hinaus könnte man aus dem Urteil auch ableiten, dass überall dort, wo es keine Verhaltenstherapeuten oder keine Analytiker gibt, die jeweils andere Gruppe einen Anspruch auf qualitativen Sonderbedarf geltend machen kann, sofern die übrigen Bedingungen aus diesem sehr differenzierten BSG-Urteil erfüllt sind.

Weiter wird ausgeführt, dass es für die Feststellung eines realen Versorgungsbedarfes nicht auf die rechnerische Bedarfserfüllung ankommt, sondern auf die tatsächliche Versorgungssituation eines konkreten Versicherten. Hier wird der Anspruch des Versicherten auf zeitnahe Versorgung vom BSG als ein sehr hohes Gut gesehen und z. B. über den Konkurrenzschutz zwischen Ärzten oder

Psychotherapeuten gestellt. Das System ist also zuerst für den Versicherten da und dann erst für die darin arbeitenden Akteure. Es freut, dass sich das BSG in Zeiten immer höher steigender Beiträge vor den Versicherten und seinen Anspruch auf sachgemäße Gesundheitsversorgung stellt. Dieser Aspekt des Urteils kommt natürlich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, als Verwalter und Bewahrer der Bedarfsplanung, nicht so gut an. In einem Urteil zur kardiologischen Versorgung hat das BSG schon früher einmal Wartezeiten von mehr als zwei Monaten als ausgesprochen kritisch gesehen.

In einem "obiter dictum", einer Nebenaussage von grundsätzlicher Bedeutung, wird in dem Urteil darüber hinaus festgestellt, dass die bestehenden Richtlinienverfahren Psychoanalyse und Tiefenpsychologie einerseits, sowie Verhaltenstherapie andererseits, keiner weiteren, bzw. wiederholten, Überprüfung ihrer wissenschaftlichen Begründetheit und Wirksamkeit bedürfen. Ähnlich wie die klassischen ärztlichen Facharztgebiete und Schwerpunkte mit ihrem Methodenrepertoire, sind sie als in der Praxis bewährt anzusehen und entsprechend zu behandeln. Das heißt, dass die Richtlinienverfahren in ihrer bisherigen Ausgestaltung, seit Einführung durch den Gesetzgeber 1999, als schutzwürdiges und etabliertes Element der Gesundheitsversorgung in Deutschland vom BSG gesehen werden. Dies impliziert, dass die bestehenden Richtlinienverfahren eigentlich nicht erneut in ihrer Wirksamkeit durch den GBA zu prüfen seien. Das kommt insofern überraschend, weil gerade eine große Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsprüfung des bestehenden Richtlinienystems im Bereich der Psychoanalyse angelaufen ist.

Wir sehen das Urteil aber nicht nur von seiner positiven Seite, denn gleichzeitig wird einiges zementiert, was bisher in der Berufsgruppe der PP und KJP nicht zementiert war. Es wird im Rahmen der Psychotherapeutenkammern bisher kontrovers diskutiert, ob es eine Weiterbildungsordnung im Bereich Psychotherapie überhaupt geben solle. Das BSG stellt nun mit diesem Urteil die bestehenden Richtlinienverfahren Schwerpunkten im Weiterbildungsrecht gleich. Ähnlich den Grundausrichtungen Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, werden die Verfahren als eigene, getrennt nebeneinander stehende, Fächer bewertet. Darüber hinaus wird die Hürde für andere Verfahren, wie die Gesprächspsychotherapie oder die systemische Therapie, in den Status eines Richtlinienverfahrens zu kommen, erhöht. Für die bestehenden Verfahren wird deren grundsätzliche Bedeutung für das Gesundheitssystem festgeschrieben. Die inhaltliche Weiterentwicklung unseres Faches wird dadurch sicher nicht befördert.

Als integrativem Berufsverband kann diese methodische Verengung und Ausgrenzung nicht gefallen. Wir wünschen uns, dass der Weg für neue Verfahren offener bleibt. Jedoch, das Urteil steht im Raum und man darf gespannt sein, ob die Prüfungen vor Ort in dem konkreten Zulassungsbezirk zu dem erhofften Ergebnis führt und der Kollegin aus Baden-Württemberg nun diese qualitative Sonderbedarfszulassung ausgesprochen wird. Kritiker des Urteils sind der Meinung, dass diese, doch sehr fundamentale Weichenstellung, vor allem durch das "obiter dictum" zur Prüfung der Richtlinienverfahren in dem Urteil, möglicherweise von der Politik wieder korrigiert werden wird. Dann hätte diese Rechtsprechung nicht lange Bestand und könnte am Ende zu einer Verschärfung der Rechtslage beitragen.

Quelle: Mitgliederbrief des BVVP-Bayern, 12.10.10

4.2. Recht auf Einsicht in Krankenunterlagen

Von Rechtsanwalt Dr. Martin Riemer, Brühl/Rheinland

Das BVerfG (NJW 16/2006, S. 1116) hat mit seiner Entscheidung zum Einsichtsrecht in die psychiatrische Behandlungsdokumentation eine wichtige Weichenstellung vorgenommen, die weit über den Rahmen des Maßregelvollzugs in das zivile Arzt-Patient-Verhältnis hineinreicht.

....

Aber die Diktion lässt doch deutlich erkennen, dass über zwanzig Jahre später jetzt noch einmal darüber nachgedacht werden muss, warum es Ärzten und Psychologen so völlig unzumutbar sein soll, subjektive Befunde offen zu legen, zumal auch von diesen Befunden erhebliche Außenwirkungen für die Patienten ausgehen. Es kann dann eben nicht nur Sache des Therapeuten sein, zu entscheiden, was die Patienten erfahren dürfen, zumal bezeichnenderweise die Weitergabe subjektiver Befunde innerhalb der Ärzteschaft – es gibt in Deutschland über 400000 Ärzte und psychologische Psychotherapeuten – nie als Problem angesehen wurde.

.....

Quelle und kompletter Text:

<http://rsw.beck.de/rsw/shop/default.asp?docid=182064&docClass=NEWS&site=NJW&from=njw.55>, Zugriff 23.10.10

4.3. Zum Einsichtsrecht von Patienten in die persönlichen Aufzeichnungen eines Psychotherapeuten

Bernd Rasehorn Rechtsanwalt und Justitiar der Psychotherapeutenkammer Bremen

Zusammenfassung: Zwei aktuelle Entscheidungen des Landgerichts Münster (Urteil vom 16. August 2007, AZ. 11 S 1/07) und des Landgerichts Bremen¹ (Urteil vom 25. Juli 2008, AZ. 3 O 2011/07) treffen zur Fortentwicklung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Einsichtsrecht von Patienten in die persönlichen Aufzeichnungen des Psychotherapeuten folgende Aussagen: „Ein therapeutischer Vorbehalt gegen die Einsichtnahme von Patienten in Behandlungsunterlagen ihres Psychotherapeuten gilt auch nach der neueren Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in NJW 2006, 1116, fort. Dem therapeutischen Vorbehalt kann dadurch Rechnung getragen werden, dass die Einsichtnahme durch einen anderen sachkundigen Arzt/Fachbehandler/Nachbehandler erfolgt. Ein Einsichtsrecht in die persönlichen Aufzeichnungen des Psychotherapeuten besteht nur so weit, wie das Persönlichkeitsrecht des Psychotherapeuten dem nicht entgegensteht. Der Psychotherapeut ist berechtigt, durch Schwärzung oder Überdeckung persönliche Informationen unkenntlich zu machen, die ihn in seinem Persönlichkeitsrecht betreffen.“

Quelle und weiter: Psychotherapeutenjournal 2/2009,
www.psychotherapeutenjournal.de/pdfs/2009_02/ptj0209153.pdf , Zugriff 23.10.10

5. Medien und Wissenschaft

5.1. Ärzte klagen über zu geringes Einkommen: Volle Jammerkraft voraus

Immer weniger Geld für immer mehr Arbeit - fragt man Ärzte, geht es dem Berufsstand zunehmend schlechter. So schlimm ist es gar nicht, widerspricht ein Mediziner seinen leidenden Kollegen. VON HARALD HEISKEL

"Ja, Sie haben es ja auch nicht leicht!" Konsterniert blicke ich in das mit christlicher Nächstenliebe angefüllte Augenpaar. "Äh, nun ja, wie meinen Sie das?", frage ich irritiert zurück. Im Geiste scanne ich mein berufliches und privates Leben ab, potenzielle Quellen übler Nachrede, Maulwürfe, Gerüchteküche? "Na ja, die Ärzte verdienen ja kaum noch was, das ist sicher nicht leicht für Sie." Ach, das nun wieder. Dergleichen höre ich mittlerweile häufiger von Patienten, je nach medialer Konjunktur. In diesem Fall kommt das Mitgefühl pikanterweise von einer Nonne.

Anders als sie habe ich mein Leben nicht der Armut gewidmet und diese sich mir auch noch nicht. Daher finde ich das Mitleid der Gottesfrau nicht korrekt adressiert. Denn noch reicht es bei mir. Wie kommt es nur dazu, dass sich Ärzte schon von ihren Patienten bemitleiden lassen müssen?

Das hat viele Gründe. An der breiten Verelendung des Berufsstandes liegt es aber nicht.

Quelle und weiter: www.taz.de/1/zukunft/wirtschaft/artikel/1/volle-jammerkraft-voraus/
1.10.10

bvvp, Schwimmbadstr. 22, 79100 Freiburg i. Br., Tel. 0761-7910245, bvvp@bvvp.de
+++++bvvp-online-Newsletter+++++bvvp-online-Newsletter+++++bvvp-online-Newsletter
+++++bvvp-online-Newsletter+++++bvvp-online-Newsletter+++++bvvp-online-Newsletter