



## Inhalt

Neues Setting in der Psychotherapie: Sprechstunde und Akutbehandlung	S. 1	Bundesgerichtshof: Unwirtschaftliches Verordnen kann strafbar sein	S. 3
Berufsausübungsgemeinschaft: Ist Ihr Mitgesellschafter in Wahrheit ein Angestellter?	S. 2	Nie mehr Richtgrößenprüfung? – Die „neue“ Wirtschaftlichkeitsprüfung	S. 3
Dürfen Ärzte Gebührenvorschüsse verlangen?	S. 2	7 Tipps zum Umgang mit Honorarbescheiden	S. 4

## Neues Setting in der Psychotherapie: Sprechstunde und Akutbehandlung

Nach erneuten partiellen Änderungen in der Neufassung der Psychotherapie-Richtlinie tritt diese nun zum 01.04.2017 in Kraft und bringt einige interessante Änderungen mit sich.

**Psychotherapeutische Sprechstunde:** Ab dem 01.04.2017 ist eine Sprechstunde von in der Regel mindestens 100 Minuten pro Woche (ganzer Sitz) bzw. mindestens 50 Minuten (halber Sitz) anzubieten. Es bleibt dem Psychotherapeuten freigestellt, ob die Sprechstunde als offene oder Terminsprechstunde angeboten wird. Die Sprechstunde dient der Abklärung, ob ein Verdacht auf eine krankheitswertige Störung vorliegt und weitere fachspezifische Hilfen im System der gesetzlichen Krankenversicherung notwendig sind. Übrigens: Ab dem 01.04.2018 ist der Besuch einer Sprechstunde dann auch für den Patienten Pflicht, wenn er eine psychotherapeutische Behandlung beginnen möchte.

**Akutbehandlung:** Ebenfalls neu ist die Option einer Akutbehandlung, d.h. einer zeitnahen psychotherapeutischen Intervention im Anschluss an die psychotherapeutische Sprechstunde zur Vermeidung einer Fixierung und Chronifizierung der psychischen Symptomatik. Die Akutbehandlung ist auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik der Patienten ausgerichtet und dient damit der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände. Da die Akutbehandlung von der Antragspflicht befreit ist, kann sie zügig nach der Sprechstunde beginnen und das Leistungsangebot der Psychotherapeuten außerhalb der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie ergänzen.

**Rezidivprophylaxe:** Des Weiteren wird es die Möglichkeit einer Rezidivprophylaxe nach Abschluss einer Langzeittherapie geben. Diese dient einer Sicherung des Behandlungserfolgs und der Vorbeugung von Rückfällen. Die zur Rezidivpro-

phylaxe vorgesehenen Therapiestunden (das Kontingent richtet sich nach der Dauer der vorangegangenen Langzeittherapie) können innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren nach Abschluss der Behandlung genommen werden.

**Kurzzeittherapie:** Das Gutachterverfahren entfällt für die Kurzzeittherapie. Dafür wird eine „doppelte Antragspflicht“ eingeführt. Neben dem Antrag vor Beginn der Therapie (nach der Probatorik) ist nach der 12. Sitzung ein weiterer Antrag an die Krankenkasse zu stellen. Die Umwandlung in eine Langzeittherapie bleibt gutachterpflichtig.

**Telefonische Erreichbarkeit:** Eine weitere wichtige Neuerung der geänderten Psychotherapie-Richtlinie ist die Verpflichtung zur telefonischen Erreichbarkeit des Psychotherapeuten oder des Praxispersonals von 200 Minuten (ganzer Sitz) bzw. 100 Minuten (halber Sitz) pro Woche.

**Höhe der Vergütung:** Mit Spannung wird die Abbildung der neuen Leistungen im EBM erwartet, in dem der genaue Leistungsinhalt und natürlich auch die Höhe der Vergütung der Leistungen bestimmt werden.

DR. JAN MOECK

### IMPRESSUM

#### SCHRIFTFÜHRUNG:

Dr. Maximilian Warntjen, Constanze Barufke

#### HERAUSGEBER:

DIERKS + BOHLE Rechtsanwälte Partnerschaft mbB  
Kurfürstendamm 195, 10707 Berlin  
Tel. +49 30 327 787-0, Fax +49 30 327 787-77  
www.db-law.de, office@db-law.de

Sie können jederzeit per Mail an [newsletter@db-law.de](mailto:newsletter@db-law.de) den D<sup>+</sup>B Arztbrief abbestellen oder Ihre E-Mail-Adresse ändern.

Alle Angaben sind trotz sorgfältiger Recherche ohne Gewähr. Der D<sup>+</sup>B Arztbrief ersetzt nicht die rechtliche Beratung im Einzelfall.

# Berufsausübungsgemeinschaft: Ist Ihr Mitgesellschafter in Wahrheit ein Angestellter?

Wer jetzt meint, die Frage mit dem Hinweis auf eine erfolgte Genehmigung durch den Zulassungsausschuss verneinen zu können, könnte fatal daneben liegen. Das zeigt ein neues Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg (LSG). Im entschiedenen Fall ging es um das Ergebnis einer Betriebsprüfung durch den Rentenversicherungsträger. Er stufte den (vermeintlichen) Juniorpartner nicht als Selbstständigen, sondern als „Beschäftigten“ ein, mit der Folge, dass vom Seniorpartner für vier Jahre Sozialversicherungsabgaben nachzuentrichten waren.

Der Hinweis des Seniorpartners, der Zulassungsausschuss habe die BAG doch genehmigt und die Tätigkeit beider Partner damit als selbstständig qualifiziert, nützte nichts. Die Auffassung von KV oder Zulassungsgremien sei für die Prüfung des sozialversicherungsrechtlichen Status nicht bindend, so

das LSG. Vielmehr bewertete es den Gesellschaftsvertrag und seine Umsetzung selbst. Es nahm eine sogenannte „Gesamtschau“ vor und hielt für ausschlaggebend, dass

- das Praxisinventar im Sonderbetriebsvermögen des Seniorpartners stand, er dieses auf dem jeweils aktuellen Stand zu halten und für alle Betriebskosten allein – ohne Kostenbeteiligung des Juniorpartners – aufzukommen hatte,
- der Juniorpartner nur an seinen eigenen Umsätzen beteiligt war, nämlich zu 30 %, nicht aber an den Gewinnen oder Verlusten der Gesellschaft,
- der Juniorpartner Wagniskapital nicht eingebracht hatte (kein „Einkauf“ in die Praxis) – und das über vier Jahre –,
- die wichtigen Geschäfte der BAG vom Seniorpartner allein, vom Juniorpartner aber nur mit Zustimmung des Seniors geführt werden durften und
- dass eine Abfindung beim Ausscheiden aus der BAG nur nach Maßgabe der

eigenerzielten Umsätze, nicht jedoch nach dem (vor allem immateriellen) Wert der BAG berechnet werden sollte.

Für unerheblich hielt das LSG demgegenüber, dass der Juniorpartner nach dem Gesellschaftsvertrag

- die ärztliche Tätigkeit frei von (Fach-) Weisungen verrichten durfte,
- über Anschaffung und Einsatz von Kleininventar mitbestimmen konnte,
- selbstverursachte Honorarkürzungen oder Regresse tragen sollte und
- er Behandlungsverträge mit Privatpatienten abschließen konnte.

Das LSG bewegt sich damit auf der Linie jüngerer Urteile des Bundessozialgerichts zum Zulassungsrecht und des Bundesfinanzhofs zur Gewerbesteuer. Wem jetzt beim Lesen die ausschlaggebenden Kriterien des LSG bekannt vorkommen, sollte seinen Gesellschaftsvertrag anwaltlich prüfen lassen.

TORSTEN MÜNNCH

## Dürfen Ärzte Gebührenvorschüsse verlangen?

An einem Gebührenvorschuss kann der Arzt ein nachvollziehbares Interesse haben: Der Patient hat beispielsweise keinen Wohnsitz in Deutschland, was die Beitreibung einer Honorarforderung erschwert. Oder der Patient ist in der Vergangenheit durch eine schlechte Zahlungsmoral aufgefallen und hat Rechnungen des Arztes erst auf mehrfaches Anmahnen beglichen.

Gesetzlich finden sich für den ambulanten Bereich weder Regelungen, die den ärztlichen Gebührenvorschuss ausdrücklich erlauben, noch solche, die ihn verbieten. Grundsätzlich gilt Vertragsfreiheit: Der Arzt kann mit seinem Patienten individuell einen Vorschuss vereinbaren.

Der Gebührenvorschuss kann im Einzelfall jedoch berufsrechtlich problematisch sein. Die Berufsgremien haben allerdings klare Aussagen zur (Un-)Zulässigkeit von Vorschüssen bislang vermieden. Einigkeit besteht lediglich darüber, dass eine medizinisch notwendige Behandlung nicht von einer Vorschusszahlung abhängig gemacht werden darf. Danach sollen Ärzte Vorschüsse nur für medi-

zinisch nicht zwingend indizierte Leistungen (z.B. kosmetische Operationen, Reiseimpfungen) verlangen können. Berufsrechtswidrig soll es außerdem sein, wenn ein Arzt sich die gesamten Behandlungskosten im Voraus bezahlen lässt.

### Praxistipp

Solange die Rechtslage noch nicht abschliessend geklärt ist, sollten Ärzte Folgendes beachten, wenn sie von Patienten Vorschüsse nehmen möchten:

- Vorschüsse sollten im Regelfall nur für medizinisch nicht notwendige Behandlungen verlangt werden. Eine Notfallbehandlung darf nie von einer Vorschusszahlung abhängig gemacht werden.
- Sofern ausnahmsweise ein Vorschuss für eine medizinisch notwendige, jedoch aufschiebbare Behandlung erhoben wird, sollte der Arzt zumindest ein begründetes Interesse (z.B. Wohnsitz des Patienten im Ausland, schlechte Zahlungsmoral in der Vergangenheit, offene Honorarforderungen) geltend machen.
- Es sollte lediglich eine pauschale Anzahlung als Vorschuss verlangt werden, die betragsmäßig hinter den erwarteten Behandlungskosten zurückbleibt.

• Der Vorschuss sollte mit dem Patienten schriftlich vereinbart werden, um dessen Einverständnis zu dokumentieren.

• Nach abgeschlossener Behandlung ist eine ordnungsgemäße Rechnung nach der GOÄ zu erstellen, die den erhaltenen Vorschuss ausweist.

TILL SEBASTIAN WIPPERFÜRTH, LL.M.



# Bundesgerichtshof: Unwirtschaftliches Verordnen kann strafbar sein

Bei Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot fürchten Vertragsärzte bislang (nur) Regresse. Nach einem aktuellen Beschluss des Bundesgerichtshof (BGH) ist nun klar: Wer unwirtschaftliche Verordnungen ausstellt, kann sich wegen Untreue zum Nachteil der Krankenkasse sogar strafbar machen.

In dem Fall hatte ein Vertragsarzt ohne Untersuchung der Patienten in 479 Fällen Heilmittelverordnungen für physiotherapeutische Leistungen wie manuelle Therapie, Wärmepackungen, Unterwasserdruckstrahlmassagen und Krankengymnastik ausgestellt. Eine medizinische Indikation bestand nicht. Hintergrund war eine Absprache des Arztes mit den Betreibern eines Gesundheitszentrums: Diese überließen dem Arzt Krankenversicherungskarten der im Gesundheitszentrum tätigen Angestellten und von Spielern eines von ihnen und dem Arzt betreuten Fußballvereins. Die verordneten Leistungen wurden – wie der Arzt auch wusste – tatsächlich nicht erbracht, aber abgerechnet (rund 51.000,- Euro). Der Arzt selbst erhielt keinen Anteil an dem Honorar, ihm ging es nur darum, seine Stellung als Kooperationsarzt des Gesundheitszentrums zu sichern.

Das Landgericht hatte den Arzt zu einer Bewährungsstrafe von einem Jahr verurteilt, was der BGH als „maßvolle“ Strafe ansah. Mit anderen Worten: Die Richter der ersten Instanz hätten wohl auch eine höhere Sanktion verhängen können, ohne dass der BGH dies beanstandet hätte.

Besondere Bedeutung – über den entschiedenen Fall hinaus – haben die Ausführungen des BGH zum Wirtschaftlichkeitsgebot und zur Stellung des Vertragsarztes. Letzterer sei „Sachwalter der Kassenfinanzen insgesamt“, denn durch seine Verordnung erkläre der Vertragsarzt in eigener Verantwortung, dass das betreffende Heilmittel notwendig und wirtschaftlich sei und zur Erfüllung der Sachleistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auf Kosten der Krankenkasse erbracht werde. Vor diesem Hintergrund obliege dem Vertragsarzt eine sog. Vermögensbetreuungspflicht gegenüber den Krankenkassen, deren Verletzung als Untreue strafbar sein könne.

Offen bleibt, welche Auswirkungen sich durch das Urteil mit Blick auf die Praxis der Wirtschaftlichkeitsprüfungen ergeben. Denkbar ist, dass Prüfungsgremien zukünftig bei Verstößen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot in Betracht ziehen, die Staatsanwaltschaft vom Anfangsverdacht einer Untreue zu Lasten der

Krankenkassen zu informieren. Vertragsärzte sollten deshalb genau überlegen, ob sie die in einer Wirtschaftlichkeitsprüfung getroffene Feststellung, für bestimmte Verordnungen habe es keine medizinische Indikation gegeben, akzeptieren wollen.

DR. MAXIMILIAN WARNTJEN ■



## Nie mehr Richtgrößenprüfung? – Die „neue“ Wirtschaftlichkeitsprüfung

Viele Ärzte hatten die Hoffnung, dass die langjährig bundesweit einheitliche Praxis enden würde, wonach die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen unter Anwendung von Richtgrößen geprüft wird. Das bis Ende 2016 bundeseinheitliche Vorgehen beruhte darauf, dass der Gesetzgeber die Richtgrößenprüfung für alle KV-Bezirke verbindlich angeordnet hatte. Seit Jahresbeginn gilt nun: Die Richtgrößenprüfung ist nicht mehr zwingend vorgeschriebene Prüfmethode, für die einzelnen KV-Bezirke sind regionale Vereinbarungen über die Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu treffen.

Bisher sind zwar die notwendigen Vereinbarungen noch nicht in allen KV-Bezirken getroffen, doch klar ist schon jetzt, dass es Richtgrößenprüfungen auch weiterhin geben wird, etwa im Saarland, in Sachsen und in Westfalen-Lippe. Die anderen schon veröffentlichten Vereinbarungen zeigen eine Vielzahl von Gestaltungsvarianten: Niedersachsen und Nordrhein haben sich für die schon früher durchgeführten Durchschnittswertprüfungen entschieden, Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein haben gänzlich neue Ideen umgesetzt (z.B. Wirkstoffprüfungen, praxisindividuelle Arzneimittelrichtwerte oder

Prüfung nach morbidity related groups). In den übrigen KV-Bezirken liegen die Vereinbarungen noch nicht vor. Viele regionale Vereinbarungen sehen zudem vor, dass gar keine statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt werden, wenn in den Arzneimittelvereinbarungen geregelte Generika-, Biosimilar- bzw. DDD-Quoten global oder praxisbezogen erfüllt werden.

Auch wenn damit jetzt ein Flickenteppich der Prüfmethode Deutschland überdeckt, bleibt es bei einer Gewissheit: Praxisbesonderheiten können in allen Varianten statistischer Prüfmethode auftretende Auffälligkeiten erklären und drohenden Regressen entgegengehalten werden. Bewusste Ordnungsentscheidungen und ihre einzelfallbezogene Dokumentation mindern also auch in Zukunft das Regressrisiko.

Zudem bleibt es bei dem Grundsatz „Beratung vor Regress“. Für die Gestaltung der Prüfvereinbarungen ist nämlich nach wie vor gesetzlich vorgeschrieben, dass für erstmalig auffällige Vertragsärzte ein Regress nicht festgesetzt werden darf, sondern zunächst eine Beratung zu erfolgen hat.

CHRISTIAN PINNOW ■

# 7 Tipps zum Umgang mit Honorarbescheiden

## 1. Zeitpunkt des Zugangs und Fristen notieren

Gegen den Honorarbescheid kann innerhalb eines Monats nach dessen Bekanntgabe Widerspruch eingelegt werden. Konkret: Wurde Ihnen der Bescheid z.B. am Montag, dem 09.01.2017, förmlich zugestellt, muss der Widerspruch bis zum Ablauf des 09.02.2017, 23:59 Uhr eingelegt werden. Wir empfehlen, das Zugangsdatum des Honorarbescheids (idealerweise per Eingangsstempel) zu vermerken, bei förmlicher Zustellung sollte der Briefumschlag aufbewahrt werden. Sofern Sie nicht sofort Widerspruch gegen den Bescheid erheben, empfehlen wir, das Datum des Ablaufs der Widerspruchsfrist im Kalender zu notieren, um sicherzustellen, dass die fristgemäße Widerspruchseinlegung nicht im hektischen Praxisalltag untergeht.

## 2. Aufmerksam durchlesen

Auch wenn es mühsam ist, sollten Sie den Honorarbescheid und das dazugehörige Begleitschreiben aufmerksam lesen. Zumindest sollten Sie jede Seite des Honorarbescheids einmal grob überfliegen, denn oftmals „verstecken“ sich wichtige Aspekte erst auf den letzten Seiten des Honorarbescheids, z.B. Honorarkürzungen wegen des Verstoßes gegen die Fortbildungsverpflichtung oder im Zusammenhang mit der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten.

## 3. Sachlich-rechnerische Richtigstellung überprüfen

Die KVen nehmen in den Honorarbeschei-

den regelmäßig Absetzungen von ggf. fälschlicherweise angesetzten EBM-Ziffern vor. Diese Übersicht sollten Sie aufmerksam durchlesen und möglichst mit den Abrechnungsbestimmungen des EBM abgleichen — auch um Abrechnungsfehler und Honorareinbußen in Zukunft zu vermeiden (z.B. durch eine entsprechende Schulung der angestellten Ärzte und des Praxispersonals).

## 4. Extrabudgetäre Leistungen im Blick behalten

Nicht wenige Leistungen werden extrabudgetär, d.h. unbegrenzt zum vollen Punktwert vergütet (z.B. Impfleistungen). Welche Leistungen dies sind, kann sich von Zeit zu Zeit ändern. Damit Sie den „Startschuss“ für eine unbudgetierte Vergütung einzelner Leistungen nicht verpassen, sollten Sie sich regelmäßig darüber informieren, welche Leistungen der extrabudgetären Vergütung unterfallen.

## 5. Im Zweifel: vorsorglich Widerspruch einlegen

Sollten Sie Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Honorarbescheids haben, empfehlen wir zunächst vorsorglich Widerspruch einzulegen. Der Widerspruch ist schriftlich per Post (oder zur Niederschrift bei der KV) einzureichen, eine Übersendung des Widerspruchs per E-Mail ist hingegen nicht ausreichend. Die Widerspruchseinlegung ist auch ohne Begründung wirksam, sollte jedoch nachgereicht werden. Beachten Sie, dass die KVen zum Teil Gebühren für nicht erfolgreich durchge-

führte Widerspruchsverfahren oder bei fehlender Begründung des Widerspruchs erheben.

## 6. Anträge auf Erhöhung des Budgets fristgemäß stellen

Haben Sie das Ihnen zugewiesene Budget (je nach KV-Bezirk: RLV/QZV, ILB, Punktzahlvolumen etc.) überschritten, sollten Sie an einen entsprechenden Erhöhungsantrag denken. In einigen KV-Bezirken gibt es auch hier Fristen zu beachten. Ein solcher Antrag kann im Ergebnis nur dann zu einem höheren Honorar führen, wenn die Honorarzuweisung nicht zwischenzeitlich bestandskräftig wurde. Daher müssen Sie - sofern Ihre KV Ihnen nicht ausdrücklich (schriftlich!) eine andere Auskunft gibt - parallel zur Antragstellung Widerspruch gegen den jeweiligen Honorarbescheid einlegen. Soll eine Erhöhung Ihres Budgets für mehrere Quartale erfolgen, sind die Anträge in der Regel für jedes Quartal gesondert zu stellen.

## 7. Spezialisten hinzuziehen

Die Verteilung des vertragsärztlichen Honorars ist eine hochkomplexe Thematik, welche ständigen Änderungen unterworfen ist. Sollten Ihnen einzelne Punkte Ihres Honorarbescheids unklar sein, kann es sich lohnen, bei Ihrer KV – z.T. werden sogar spezielle Abrechnungsberatungen angeboten – oder einem spezialisierten Fachanwalt für Medizinrecht nachzufragen.

CONSTANZE BARUFKE



**DIERKS + BOHLE**

RECHTSANWÄLTE Partnerschaft mbB

# WIR HABEN PRAXIS.

### BERLIN

Kurfürstendamm 195  
D-10707 BERLIN  
Telefon + 49 30 327 787-0  
Fax + 49 30 327 787-77

### DÜSSELDORF

Kaistraße 2  
D-40221 DÜSSELDORF  
Telefon + 49 211 415 577-70  
Fax + 49 211 415 577-77

### BRÜSSEL

Av. de Tervueren 40  
B-1040 BRÜSSEL  
Telefon + 32 2 743 09-19  
Fax + 32 2 743 09-26

[www.db-law.de](http://www.db-law.de) [office@db-law.de](mailto:office@db-law.de)