

Psychotherapeuten ruinieren Punktwert der Fachärzte

Viele niedergelassene Kolleginnen und Kollegen im fachärztlichen Sektor erwarten jetzt die Restzahlung von der Kassenärztlichen Vereinigung. Dabei kommt es bei den Kollegen in vielen KVen zu einem bösen Erwachen, da man wesentlich weniger Honorar erhält, als man es seither, trotz gleichbleibender Leistungen, gewöhnt war.

Der Hintergrund: Es hat nämlich eine massive Punktzahlreduktion gegeben. Bei der Ursachenforschung stößt man auf das leidige Thema der Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen. Erinnern wir uns: Die Psychotherapie wurde sowohl von Psychotherapeuten als auch von Ärzten angeboten, teilweise mussten die Krankenkassen dies per Kostenerstattung finanzieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung unter ihrem damaligen Vorsitzenden Dr. Winfried Schorre (Psychiater) wollte verhindern, dass der Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung, ärztliche Leistungen im ambulanten Bereich anzubieten, aufgespalten wird. Er hat deshalb gemeinsam mit der Politik die Integration der Psychotherapeuten in die Kassenärztliche Vereinigung vorangetrieben.

Auf an die Fleischtöpfe der Kassenärzte!

Schorre hatte damals die Psychotherapeuten auf seiner Seite, die als Außenstehende das Gefühl hatten, hier endlich an die Honorartöpfe der Kassenärztlichen Vereinigung heranzukommen, in der Hoffnung, dass man sich in Zukunft deutlich besser stellen werde. Die Krankenkassen haben das Thema ebenfalls vorangetrieben, weil sie die bei den Psychotherapeuten übliche Kostenerstattung nicht gut kalkulieren konnten und mit Hilfe der Integration in die Kassenärztliche Vereinigung auch diese Leistungen im Budget der ambulanten Gesamtvergütung integrieren konnten. Das ordnungspolitische Defizit der Kostenerstattung der Psychotherapeuten konnte aus der Sicht der Krankenkassen auf diese einfache Art und Weise eliminiert werden.

Nach der Integration kam es aber, man kann sagen allseits, zu einem bösen Erwachen. Die Fachärzte mussten in ihren Topf die Psychotherapeuten mit aufnehmen und wurden mit einer massiven Mengenentwicklung dieser Leistungen konfrontiert, die sie über ihren Punktwert mitfinanzieren mussten. Die Krankenkassen haben sich an dieser Entwicklung nur teilweise beteiligt und nur wenig zur Linderung beigetragen.

Die Psychotherapeuten haben nichts bewirkt

Andererseits waren sie natürlich froh, dass die steigenden Kosten in die budgetierte Gesamtvergütung der Ärzte geschoben worden waren. Politik und Krankenkassen sind zudem nach der Erfahrung der letzten Jahre von den Psychotherapeuten enttäuscht. Die hatten nämlich versprochen, durch den Einsatz ihrer Behandlungsverfahren würden sich die Leistungen der organischen Medizin drastisch reduzieren – was sich inzwischen als absolute Illusion herausgestellt hat: Die psychotherapeutischen Leistungen sind lediglich auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung aufgesattelt worden. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen mit dem Genehmigungsverfahren für die psychotherapeutischen Leistungen, das allein bei ihnen liegt, es immer noch nicht geschafft haben, eine Grenze zwischen einer echten kurativen Versorgung und einer Art Psycho-Wellness zu ziehen.

Vor diesem Hintergrund könnte man meinen, dass die Psychotherapeuten mit dem System zufrieden sind. Das Gegenteil ist der Fall: Sie bekommen nicht das Honorar, das sie

von der KV erwartet haben und sind deshalb vors Bundessozialgericht gezogen. Dort haben sie – sehr geschickt – vorgebracht, dass ihre Leistungen allesamt zeitbezogen abgerechnet werden, so dass sie bei diesem Leistungsspektrum nicht in der Lage sind, ihr Honorar dadurch zu vermehren, dass sie ihre Leistungen in der Zahl erhöhen. Das Bundessozialgericht ist dieser Argumentation gefolgt und fordert deshalb einen festen Punktwert für psychotherapeutische Leistungen, die man zunächst an dem Einkommen des Allgemeinarztes orientiert hat. Man sieht von Seiten des Bundessozialgerichtes eine Differenz zu den anderen Vertragsärzten, von denen man annimmt, dass sie ihre Leistungen beliebig vermehren können, um Honorarverluste an anderer Stelle auszugleichen. Hier gibt es eben nur sehr wenige Leistungen mit direkt zeitbezogener Honorierung.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat sich mit der Berechnung des festen Punktwertes sehr schwer getan. Die Ergebnisse im Bewertungsausschuss sind sämtlich auf Widerstand der Psychotherapeuten gestoßen, die erneut die Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung gerichtlich haben überprüfen lassen. Bei der letzten Entscheidung ging es zu einem Teil um die Kosten in einer psychotherapeutischen Praxis, die von Seiten des Gerichtes ungewöhnlich hoch, besonders bezüglich des betriebenen Personalaufwandes, eingestuft wurden.

Nachzahlungen in Millionenhöhe

Auf diese Weise hat man mit einem Schlag ungültig gemacht, was viele KVen den Psychotherapeuten in der Vergangenheit gezahlt haben. Konsequenz: Es werden Nachzahlungen in Millionenhöhe fällig. Manche KVen haben die Diskussion mit den Psychotherapeuten bereits vorher beendet, indem sie höhere Punktwerte als vorgesehen ausbezahlt haben, so dass sie jetzt bei der Nachzahlung glimpflich davonkommen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die eine hohe Psychotherapeutendichte haben und sich konsequent an die Vorgaben des Bewertungsaus-

schusses hielten, werden jetzt mit gewaltigen Nachzahlungen konfrontiert. Aus Bayern wird beispielsweise berichtet, dass die fachärztlichen Punktwerte durch die Nachzahlungen um bis

”

Wo liegt die Grenze zwischen kurativer Psychotherapie und Psycho-Wellness?

“

zu 20 % sinken.

Das Bundessozialgericht ist sich offensichtlich dieses Problems bewusst gewesen, und hat in seiner Urteilsbegründung angeführt, dass auch die Krankenkassen hier in die Pflicht genommen werden können. Es hat dies aber nicht verpflichtend hineingeschrieben. Es ist Verhandlungssache der einzelnen KVen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat deshalb davor gewarnt, in den Regional-KVen in Vorleistung zu treten und die Frage der Beteiligung ▶

Sechs Prozent Minderjährige

Im dritten Quartal 2004 wurden in Deutschland knapp 31.700 Schwangerschafts-Abbrüche gemeldet und damit knapp 300 oder 0,9% mehr als im dritten Quartal 2003 (31.400). Wie das Statistische Bundesamt weiter mitteilt, war rund die Hälfte (51%) der Frauen zum Zeitpunkt des Eingriffs ledig, 44% waren verheiratet.

Knapp drei Viertel (70%) der Frauen, die Schwangerschafts-Abbrüche durchführen ließen, waren zwischen 18 und 35 Jahre alt, rund 6% waren minderjährig sowie etwa 7% 40 Jahre und älter. 40% der Schwangeren hatten vor dem Eingriff noch keine Lebendgeburt.

97% der gemeldeten Schwangerschafts-Abbrüche wurden nach der Beratungsregelung und 3% aufgrund medizinischer bzw. kriminologischer Indikation vorgenommen. Die meisten (80%) Schwangerschafts-Abbrüche wurden mit der Absaugmethode (Vakuumaspiration) durchgeführt. Der Anteil der Abbrüche mit dem Mittel Mifegyne® stieg von 6% im dritten Quartal 2003 auf 7% oder 2.300 Abbrüche im dritten Quartal 2004.

Die Eingriffe erfolgten zu 97% ambulant, davon ein Fünftel ambulant in Krankenhäusern und der Rest in gynäkologischen Praxen. Rund 5% der Frauen ließen den Eingriff in einem Bundesland vornehmen, in dem sie nicht wohnten.

Quelle: Statistisches Bundesamt
Pressemitteilung 522/04

der Krankenkassen bis ins Schiedsamt voranzutreiben. Jeder Schiedsamtsvorsitzende kann sich nämlich auf dieses BSG-Urteil berufen und eine Beteiligung der Krankenkassen, möglichst in voller Höhe beschließen. Dennoch gibt es einzelne KVen, wie z.B. die KV Hessen, die schon einen Teil dieser Psychotherapeuten-Nachzahlung geleistet hat. Dies ist zumindest verhandlungspolitisch eher unklug.

Interessant dürfte auch sein, wo die Kassenärztlichen Vereinigungen das Geld für diese Nachzahlungen hernehmen. Eigentlich sind sie von haushaltsrechtlicher Seite verpflichtet, für solche Streitfälle Rücklagen zu bilden. Es ist aber zu befürchten, dass diese Rücklagen nicht getrennt nach hausärztlichen und fachärztlichen Töpfen gebildet wurden, so dass man der Einfachheit halber sich direkt an der Hono-

rarverteilung des gerade aktuellen Quartals bedienen wird. Dies führt zu dem eingangs beschriebenen Honorarverlust ungeahnten Ausmaßes.

Soweit das Problem der Vergangenenbewältigung der Psychotherapeuten. Wie sieht die Sache in der Zukunft aus?

Argumente gelten jetzt auch für Ärzte!

Hier ist die Frage erlaubt, ob die Argumentationsschiene für einen festen Punktwert für die Psychotherapeuten auch in Zukunft noch gilt. Erinnern wir uns an den neuen EBM und die Regelleistungsvolumina. Inzwischen sind in der Kassenärztlichen Vereinigung viele Fangzäune eingerichtet worden, um eine Leistungsverbesserung aller Vertragsärzte zu verhindern. Das Argument des Bundessozialgerichts, dass im Gegensatz zu den Psychothe-

rapeuten die Vertragsärzte ihr Honorar per Leistungsverbesserung aufbessern können, gilt inzwischen mit Sicherheit nicht mehr. Man kann deshalb nur empfehlen, gegen die Abrechnungen Einspruch einzulegen, um überprüfen zu lassen, ob die Argumentationsschiene des Bundessozialgerichts unter den neuen Bedingungen noch aufrecht erhalten werden kann. Zumindest mit Einführung des neuen EBM und der Regelleistungsvolumina, wird das Argument der beliebigen Leistungsausdehnung so einfach nicht mehr möglich sein.

Betrachtet man die Historie der Integration der Psychotherapeuten in die Kassenärztliche Vereinigung, kommt man ins Grübeln: War die politische Entscheidung für eine Integration dieser Gruppe tatsächlich richtig?

HFS

Gemeinsamer Bundesausschuss

Patienten wollen sparen

Der Start des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Beginn des Jahres 2004 wurde nicht gerade als Großtat gefeiert. Im Gegenteil: Mit ihren Leistungseinschränkungen, der Chroniker-Regelung, der Krankentransport-Richtlinie und der Ausnahme-Liste für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel hat die mächtige Instanz, Oberbehörde für alles, was in der GKV erstattet oder gestrichen wird, in der Öffentlichkeit zunächst für Aufruhr gesorgt. Das soll demnächst besser werden, verspricht ihr Chef, der ehemalige KBV-Hauptgeschäftsführer und -Justiziar Dr. Rainer Hess.

Ambulant und stationär gleichschalten

Auf dem 27. Deutschen Krankenhaustag kündigte er an, dass nun der weitere Aufgabenkatalog in Angriff genommen wird, den der Gesetzgeber vorgegeben hat. Da ist vorrangig

der Sektor Qualitätssicherung. Künftig soll dabei nicht mehr zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor unterschieden werden, sagte Hess, denn es zähle letztlich nur das Gesamtergebnis der Behandlung. Für die Vertragsärzte stehen die grundsätzlichen Anforderungen an ein Praxis-Qualitätsmanagement auf dem Programm, zu dem sie seit Januar 2004 verpflichtet sind.

Im Leistungskatalog wird es wieder einige Aufräumarbeiten geben und die Versicherten wie ihre behandelnden Ärzte werden sich von verschiedenen „alten“ Leistungen verabschieden müssen. Schließlich gehe es nicht an, kommentierte Hess, dass neue Leistungen mit der Begründung abgelehnt würden, sie seien nicht genügend evidenzbasiert, wenn auch alte Leistungen im Katalog ebenso unfundiert seien. Auch könne man den ambulanten und den stationären Sektor nicht

weiterhin so getrennt behandeln wie bisher: In der Vertragsarztpraxis dürfen nur solche Leistungen bzw. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden abgerechnet werden, die der Bundesausschuss ausdrücklich anerkannt hat, im Krankenhaus darf alles erbracht und erstattet werden, so lange der Bundesausschuss die Leistung nicht direkt ausgeschlossen hat.

Unheimliche Superbehörde

Den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ist die Super-Behörde G-BA noch immer zu unüberschaubar und intransparent. Unter dem Dach des G-BA arbeiten nun 27 Unterausschüsse und 60 Arbeitsgruppen sowie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), das Anfang November mit 50 ▶

Mitarbeitern die Arbeit aufgenommen hat.

Die KBV befürchte eine Bürokratisierung der Medizin durch den G-BA, äußerte ihr Geschäftsführer Dr. Bernhard Gibis: „Wir werden darauf achten, dass der G-BA nicht über die Stränge schlägt und Dinge regelt, die schon in der Selbstverwaltung geregelt sind.“ Der G-BA sei noch weit davon entfernt, perfekt zu sein. Sehr vieles müsse noch verfeinert werden.

Aus ärztlicher Sicht sei aber die Beteiligung von Patienten-Vertretern im G-BA auf jeden Fall eine Bereicherung. Sie stellten keine überzogenen Forderungen, sondern brächten Argumente ein, die vorher nicht da gewesen seien. Das konnte G-BA-Vorsitzender Hess in Düsseldorf nur bestätigen: Die 9 Patienten-Vertreter wehrten sich vehement dagegen, dass Geld verschwendet werde. Sie nehmen gleichberechtigt an den

Sitzungen des Bundesausschusses teil, haben aber kein Stimmrecht. Und das sei auch gut so, fand der Jurist. Wenn die Patienten-Vertreter zum Beispiel bei den Leistungseinschränkungen zu Beginn des letzten Jahres mitgestimmt hätten, wären sie sicher in Schwierigkeiten gegenüber ihren Organisationen geraten. So aber seien sie sehr viel unabhängiger.

ks

Steuertipp

Steuerliche Berücksichtigung von Kinderbetreuungskosten

Der durch Kinder bedingte Mehraufwand ist grundsätzlich durch das Kindergeld abgegolten. Nur wenn die Steuerersparnis durch die Kinderfreibeträge höher ist als das Kindergeld, werden diese – unter Anrechnung des Kindergeldes – bei der Veranlagung zur Einkommensteuer abgezogen. Bestimmte Aufwendungen für Kinder sind jedoch darüber hinaus abzugsfähig, wobei für **Kinderbetreuungskosten** gleich **drei verschiedene Möglichkeiten** bestehen:

1.

Sofern **mit einer betreuenden Person ein festes Anstellungsverhältnis** eingegangen wurde oder ein Selbstständiger für die Kinderbetreuung in der eigenen Wohnung beauftragt wird, kann die Steuerermäßigung nach § 35a EStG für haushaltsnahe Beschäftigungen und haushaltsnahe Dienstleistungen in Anspruch genommen werden:

- 10 v.H. der Aufwendungen, höchstens 510 Euro bei einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis
- 12 v.H. der Aufwendungen, höchstens 2.400 Euro bei einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung

- 20 v.H. der Aufwendungen, höchstens 600 Euro bei Inanspruchnahme sonstiger Dienstleistungen (Nachweis durch Überweisung und Vorlage einer Rechnung erforderlich).

2.

Für eine Hilfe im Haushalt wirken sich höchstens 624 Euro mindernd auf das zu versteuernde Einkommen aus. Voraussetzung ist, dass die Beschäftigung **wegen Krankheit des Kindes** erforderlich ist; bei schwerer **Behinderung** beträgt der Höchstbetrag 924 Euro (§ 33a Abs. 3 EStG).

3.

Für ein **im eigenen Haushalt lebendes Kind** bis zur Vollendung des **14. Lebensjahres** (bei vor Vollendung des 27. Lebensjahres eingetretener schwerer Behinderung auch darüber hinaus) können ferner Kinderbetreuungskosten, die einen Betrag von 1.548 Euro (Selbstbehalt) übersteigen, bis zu 1.500 Euro abgezogen werden. Begünstigt sind Aufwendungen für die Unterbringung und Beaufsichtigung von Kindern, nicht dagegen z.B. für Verpflegungs- oder Fahrtkosten.¹ Bei nicht zusammenlebenden El-

tern halbieren sich regelmäßig die Beträge für den Selbstbehalt und den Höchstbetrag. Voraussetzung für die Inanspruchnahme dieser Steuervergünstigung für Kinderbetreuungskosten ist, dass der Elternteil entweder erwerbstätig ist, sich in der Ausbildung befindet, behindert oder krank ist. Bei zusammenlebenden Eltern müssen diese Voraussetzungen bei beiden Elternteilen gegeben sein (§ 33c EStG).

Liegen für Aufwendungen zur Kinderbetreuung sowohl die Voraussetzungen für die Steuerermäßigung nach § 35a EStG (siehe dazu 1.) als auch für den Abzug nach § 33a Abs. 3 EStG (siehe dazu 2.) oder § 33c EStG (siehe dazu 3.) vor, ist zu prüfen, welche Regelung letztlich zum günstigsten steuerlichen Ergebnis führt; regelmäßig wird ein Abzug als außergewöhnliche Belastung sinnvoller sein. Ein hier aufgrund der Höchstbeträge nicht verbrauchter Betrag kann dann ggf. nach § 35a EStG geltend gemacht werden.²

1. Siehe H 195 EStH
2. BMF-Schreiben vom 14. August 2003 – IV A 5 – S 2296 b – 13/03 (BStBl 2003 I S. 408)

Aus: Informationsbrief Steuerberater, 11/2004

Statistik

Jeder 10. Deutsche behindert

Wie das Statistische Bundesamt mitteilt, lebten im Mai 2003 in Deutschland – nach dem Ergebnis des Mikrozensus – 8,4 Mill. Menschen mit einer amtlich anerkannten Behinderung. Im Durchschnitt war somit jeder zehnte Einwohner behindert. Gegenüber 1999 ist die Zahl der behinderten Menschen um 3% bzw. 273.000 Personen gestiegen.

Der größte Teil, nämlich rund 6,7 Mill., war schwerbehindert; 1,7 Mill. Personen waren leichter behindert. Mehr als die Hälfte der Behinderten (54%) waren Männer.

Behinderungen treten vor allem bei älteren Menschen auf: So waren 72% der behinderten Menschen 55 Jahre oder älter. Der entsprechende Anteil dieser Altersgruppe bei den nichtbehinderten Personen betrug demgegenüber nur 28%.

Behinderte sind öfter arbeitslos.

72% der behinderten Menschen im Alter von 25 bis 44 Jahren waren erwerbstätig oder suchten nach einer Tätigkeit; bei den Nichtbehinderten waren es in diesem Alter 88%. Die behinderten Menschen zwischen 25 und 44 waren auch häufiger erwerbslos. Die Erwerbslosenquote beträgt bei ihnen 14%, die entsprechende Quote bei den Nichtbehinderten 10%.

Quelle: Statistisches Bundesamt
Pressemitteilung 514/04