



Vergütung für Videosprechstunde geregelt – Start erfolgte im April

- Vereinbarung über digitale Vordrucke
- Rabattverträge zu Impfstoffen werden verboten
- Weitere Details zur Psychotherapie-Reform vereinbart
- Praxisinvestitionen steuerlich absetzen

© agentur fotografieren - Fotolia.com

Vergütung für Videosprechstunde geregelt – Start erfolgte im April



Zur Förderung von Videosprechstunden erhalten Ärzte ab April bis zu 800 Euro jährlich.

Die Videosprechstunde kann als neue telemedizinische Leistung seit April und somit eher als vorgesehen durchgeführt werden. KBV und GKV-Spitzenverband haben sich im Bewertungsausschuss auf eine Vergütungsregelung geeinigt und eine entsprechende Anpassung des EBM beschlossen.

Außerdem steht fest, bei welchen Krankheitsbildern eine Videosprechstunde zur Verlaufskontrolle in Frage kommt. Auch die Arztgruppen wurden festgelegt, welche die Videosprechstunde einsetzen und abrechnen können. Bereits im November vorigen Jahres hatten sich KBV und GKV-Spitzenverband auf die technischen Anforderungen für die Praxis und den Videodienst geeinigt (Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte). Auf dieser Grundlage wurde nunmehr die Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) vorgenommen.

Technik- und Förderzuschlag von bis zu 800 Euro Für Videosprechstunden erhalten Praxen bis zu 800 Euro jährlich pro Arzt. Seit April gibt es für jede Videosprechstunde einen Technikzuschlag

von 4,21 Euro (GOP 01450, Bewertung: 40 Punkte). Dieser wird für bis zu 50 Videosprechstunden im Quartal gezahlt, auch mehrmals im Behandlungsfall. Diese Mittel bei vier Videosprechstunden pro Woche fließen zur Hälfte zur Deckung der Kosten, die durch die Nutzung eines Videoanbieters anfallen; die andere Hälfte der Förderung von Videosprechstunden.

Der Bewertungsausschuss geht davon aus, dass eine Kostendeckung bereits bei zwei Videosprechstunden pro Woche erreicht ist. Die Lizenzgebühren für Videodienste liegen aktuell bei etwa 100 Euro im Quartal.

Neue GOP bei Arzt-Patienten-Kontakt nur per Video Videosprechstunden sollen eine persönliche Vorstellung in der Praxis ersetzen. Die Konsultation ist deshalb Inhalt der

Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale und somit nicht gesondert berechnungsfähig. Für Fälle, bei denen der Patient in einem Quartal nicht die Praxis aufsucht, wurde eine analoge Regelung zum telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt vereinbart: Ärzte rechnen hier die neue GOP 01439 ab; sie wird ebenfalls seit dem 1. April in den EBM aufgenommen.

Die GOP 01439 ist mit 88 Punkten (9,27 Euro) bewertet und kann einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden, wenn der Patient in den vorangegangenen zwei Quartalen mindestens einmal in der Praxis persönlich vorstellig geworden ist und die Verlaufskontrolle durch dieselbe Praxis erfolgt wie die Erstbegutachtung. Diese Vorgabe ist notwendig, weil Ärzte sonst gegen das Fernbehandlungsverbot verstoßen könnten.

Persönlichen Kontakt durch Videosprechstunde ersetzen Außerdem wurde vereinbart, dass für eine Reihe von

Gebührenordnungspositionen, die mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall voraussetzen, einer dieser Kontakte auch im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden kann. Dies gilt unter anderem für die Behandlung von Wunden, eines Decubitus und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

Anlässe für eine Videosprechstunde

Für eine Videosprechstunde sind aus Sicht des Bewertungsausschusses nicht alle Krankheitsbilder geeignet, weshalb die Leistung zunächst nur für bestimmte Indikationen vergütet wird. Dazu zählen die visuelle Verlaufskontrolle von Operationswunden, Bewegungseinschränkungen und Störungen des Stütz- und Bewegungsapparates sowie die Kontrolle von Dermatosen, einschließlich der diesbezüglichen Beratung. Daneben kann auch die Beurteilung der Stimme, des Sprechens oder der Sprache per Videosprechstunde erfolgen.

Eine Erweiterung des Leistungsspektrums ist vorgesehen.

Grundlage für die Festlegung der Krankheitsbilder waren Erfahrungsberichte aus verschiedenen Pilotprojekten. Zudem schreibt der Gesetzgeber vor, dass Videosprechstunden nur für Verlaufskontrollen bei bekannten Patienten gefördert werden sollen. Festgelegt wurden auch die Arztgruppen, die Videosprechstunden einsetzen und abrechnen können. Dies sind unter anderem Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte sowie bestimmte weitere Facharztgruppen wie Haut- und Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden.

Anforderungen an Videodienstleister

Ärzte, die Videosprechstunden anbieten wollen, bedienen sich eines Videodienstleisters. Dieser muss über entsprechende Sicherheitsnachweise verfügen. So muss die Videosprechstunde während der gesamten Übertragung nach dem Stand der Technik Ende-zu-Ende verschlüsselt sein. Ferner ist festgelegt, dass die apparative Ausstattung der Praxis und die elektronische Datenübertragung eine angemessene Kommunikation mit dem Patienten gewährleisten müssen. Näheres ist in der Anlage 3lb zum Bundesmantelvertrag-Ärzte geregelt.

Im E-Health-Gesetz war vorgesehen, dass Videosprechstunden ab 1. Juli 2017 finanziell gefördert werden. Durch den frühzeitigen Vertragsabschluss zur Vergütung kann das neue Angebot bereits drei Monate eher an den Start gehen.

Abrechnung und Vergütung
Videosprechstunden werden seit dem 1. April 2017 finanziell gefördert. Der Bewertungsausschuss hat dazu die Einführung einer Technikpauschale beschlossen. Außerdem wird der EBM um Regelungen zum Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen einer Videosprechstunde ergänzt.

Technik- und Förderzuschlag

Zur Förderung von Videosprechstunden erhalten Ärzte ab April bis zu 800 Euro jährlich. Die Mittel dienen vor allem zur Deckung der Kosten, die durch die Nutzung eines Videodienstleisters anfallen. Dafür gibt es einen Technik- und Förderzuschlag, den jeder Arzt pro Videosprechstunde erhält:

- GOP 01450: 4,21 Euro (Bewertung: 40 Punkte), je Arzt-Patienten-Kontakt für bis zu 50 Videosprechstunden im Quartal.
- Die GOP 01450 wird als Zuschlag zur Versichertenpauschale, zu den meisten Grundpauschalen, zu den Konsiliarpauschalen des Kapitels 25, zur schmerztherapeutischen Pauschale (GOP 30700) und zur neuen GOP 01439 gezahlt (Die neue GOP 01439 ist berechnungsfähig, wenn ein Arzt-Patienten-Kontakt in einem Quartal ausschließlich per Video stattfindet.).
- Den Zuschlag gibt es für maximal 50 Videosprechstunden pro Arzt und Quartal (= 1899 Punkte). Er ist damit auf rund 200 Euro begrenzt. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.
- Die GOP 01450 ist nur abrechnungsfähig, sofern es sich bei der Verlaufskontrolle in der Videosprechstunde um eine Folgebegutachtung handelt; das heißt, der Patient muss in demselben Quartal wegen der Beschwerden mindestens einmal in der Praxis gewesen sein.

Konsultation

Videosprechstunden können eine persönliche Vorstellung in der Praxis ersetzen. Die Konsultation ist deshalb Inhalt der Versicherten- beziehungsweise Grundpauschale und somit nicht gesondert berechnungsfähig. Für Fälle, bei denen der Patient in einem Quartal nicht die Praxis aufsucht, wurde eine analoge Regelung zum telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt vereinbart und eine neue GOP (seit dem 1. April) in den EBM aufgenommen:

- GOP 01439: 9,27 Euro (Be-

wertung: 88 Punkte), einmal im Behandlungsfall

- Auf diese GOP wird der Technikzuschlag für die Videosprechstunde (GOP 01450) gezahlt.
- Die GOP 01439 kann abgerechnet werden, wenn der Arzt-Patienten-Kontakt nur im Rahmen einer Videosprechstunde stattfindet und folglich im Quartal keine Versichertenbeziehungsweise Grundpauschale abgerechnet wird.
- Eine weitere Voraussetzung ist, dass der Patient in den vorangegangenen zwei Quartalen mindestens einmal in der Praxis persönlich vorgestellt geworden ist und die Verlaufskontrolle durch dieselbe Praxis erfolgt wie die Erstbegutachtung.
- Die GOP ist – mit Ausnahme der GOP 01450 – nicht neben anderen Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig.

Außerdem wurde für eine Reihe von Gebührenordnungspositionen, die mindestens drei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall voraussetzen, vereinbart, dass einer dieser persönlichen Kontakte auch im Rahmen einer Videosprechstunde stattfinden kann. Dies gilt für folgende GOP: 02310, 07310, 07311, 07330, 07340, 10330, 18310, 18311, 18330, 18340.

Hinweis zur Abrechnung

Leistungen der Videosprechstunde können nur abgerechnet werden, wenn die Voraussetzungen gemäß der Anlage »3lb zum Bundesmantelvertrag-Ärzte« erfüllt sind. In Bezug auf die technischen Anforderungen weist die Praxis dies durch eine Erklärung des Videodienstleisters gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nach.

Indikationen

Videosprechstunden können bei folgenden Anlässen durchgeführt werden:


- Visuelle postoperative Verlaufskontrolle einer Operationswunde
- Visuelle Verlaufskontrolle

einer/von Dermato(n), auch nach strahlentherapeutischer Behandlung

- Visuelle Verlaufskontrolle einer/von akuten, chronischen und/oder offenen Wunden
- Visuelle Beurteilung von Bewegungseinschränkungen/-störungen des Stütz- und Bewegungsapparates, auch nervaler Genese, als Verlaufskontrolle
- Beurteilung der Stimme und/oder des Sprechens und/oder der Sprache als Verlaufskontrolle
- Anästhesiologische, postoperative Verlaufskontrolle

Fachgruppen

Folgende Fachärzte dürfen ab 1. April 2017 Videosprechstunden durchführen und abrechnen:

- Hausärzte
- Kinder- und Jugendärzte
- Anästhesisten
- Augenärzte
- Chirurgen
- Hals-Nasen-Ohrenärzte
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen
- Neurologen, Nervenärzte und Neurochirurgen
- Orthopäden
- Gynäkologen
- Dermatologen
- Fachärzte für Innere Medizin
- Psychiater
- Urologen
- Phoniater und Pädaudiologen
- Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin. (spa) 

Quelle: KBV

Sind Ihre Daten sicher?

Im vergangenen Jahr gab es so viele sichtbare Hackerangriffe auf große Netzwerke wie noch nie zuvor. Die Fälle von krimineller Verschlüsselungssoftware nehmen weiter zu.

»Erpresser-Trojaner« verschlüsseln sämtliche Daten auf der Festplatte und geben diese nur gegen Zahlung eines Lösegeldes wieder frei. Ein solcher Datenverlust ist nicht nur ärgerlich, er kann Ihnen auch bei der nächsten Betriebsprüfung teuer zu stehen kommen. Trotz der drohenden Gefahr wird mit dem Thema Datensicherheit in Deutschland häufig sehr sorglos umgegangen.

Verlorene Daten bei der Betriebsprüfung?

Sicher kann Ihnen niemand zumuten, alle Ihre Papier-Akten

zu kopieren und doppelt aufzubewahren. Bei elektronischen Daten sieht das aber anders aus: Die Kosten für USB-Sticks, externe Festplatten, kleine NAS-Server oder Cloud-Lösungen werden immer geringer und Datensicherungen lassen sich automatisieren. Der Aufwand ist also verhältnismäßig gering und zumutbar. Ein Totalverlust der Daten wird deshalb von der Finanzverwaltung kaum hingenommen und hat üblicherweise empfindliche Hinzuschätzungen zur Folge.

Wichtig: Auch bei einem Systemwechsel sind die alten Daten für


zehn Jahre sicher aufzubewahren!

Wie oft muss ich meine Daten sichern?

Bei der Menge und Sensibilität der Daten, die in einer Arztpraxis verarbeitet und gespeichert werden, ist die klare Empfehlung: jeden Tag! Zusätzlich sollte regelmäßig eine Sicherung auch außerhalb der Apothekenräume aufbewahrt werden. So sind die archivierten Daten auch bei Diebstahl, Feuer oder Wasserschäden vor einem Totalverlust geschützt.

Arbeitsanweisung und Verfahrensdokumentation

Im Zweifel müssen Sie nachweisen können, dass Sie alles Mög-

liche zur Sicherung Ihrer Daten unternommen haben. Dazu bietet sich eine schriftliche Arbeitsanweisung an, die Sie in die ohnehin von der Finanzverwaltung geforderte Verfahrensdokumentation aufnehmen. Die tägliche Sicherung der Daten sollte dann auch vom jeweils zuständigen Mitarbeiter dokumentiert werden. Weitere Hilfe für die Erstellung eines Datensicherungskonzeptes bietet auch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (kurz: BSI) auf seiner Webseite www.bsi.bund.de. (spa) 

Hilfsmittelversorgung: Neues Gesetz soll Qualität und Transparenz fördern



Das am 16. Februar verabschiedete Gesetz zur Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) soll die Qualität der Produkte verbessern sowie den Patienten mehr Transparenz über das Angebot geben. Die Regelungen sollen ganz überwiegend im März 2017 in Kraft treten.


Bei Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich müssen die Krankenkassen künftig bei ihren Vergabeentscheidungen neben dem Preis auch qualitative Anforderungen an die Produkte und

Dienstleistungen berücksichtigen. Außerdem muss bei Ausschreibungen den Versicherten eine Auswahl an aufzahlungsfreien Hilfsmitteln angeboten werden. Für Hilfsmittel mit hohem

individuellem Anpassungsbedarf sollen keine Ausschreibungen vorgenommen werden. Zudem müssen Leistungserbringer Versicherte künftig beraten, welche Hilfsmittel und zusätzlichen Leistungen für sie geeignet sind und von den Krankenkassen als Regelleistung bezahlt werden. Auch werden die Leistungserbringer verpflichtet,

bei der Abrechnung mit den Krankenkassen die Höhe der mit den Versicherten vereinbarten Mehrkosten anzugeben. Die Krankenkassen müssen künftig genauer über die abgeschlossenen Verträge informieren, damit Versicherte die Hilfsmittelangebote verschiedener Kassen vergleichen können.

Als Grundlage soll der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis zum 31. Dezember 2018 das Hilfsmittelverzeichnis grundlegend aktualisieren. Die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Pflichten der Leistungserbringer wird künftig mit Auditing- und Stichprobenprüfungen kontrolliert.

Dass künftig neben dem Preis auch die Qualität bei Ausschreibungen für Hilfsmittel eine Rolle spielt, sieht der Vorsitzende des Deutschen Apothekerverbands, Fritz Becker, positiv. Kritisch sieht Becker den Mehraufwand durch neue Dokumentationspflicht und Überwachungen. 

Vereinbarung über digitale Vordrucke



Laut KBV können die niedergelassenen Ärzte ab 1. Juli ihre Laboraufträge digital ausstellen und übermitteln.

© VGP - Fotolia.com

Die kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben erstmals eine Vereinbarung über digitale Vordrucke geschlossen. Laut KBV können die niedergelassenen Ärzte ab 1. Juli ihre Laboraufträge digital ausstellen und übermitteln. Dies gilt für

jährlich rund 94 Millionen Überweisungs- und Anforderungsscheine in Form der Laboraufträge Muster 10 und 10A, die bisher ausschließlich in

Papierform ausgestellt werden. »Dort, wo die Digitalisierung Sinn macht, treiben wir sie voran«, betonte der KBV-Chef. Die neue Vereinbarung wurde dem Bundesmantelvertrag als Anlage hinzugefügt. Sie regelt die Überweisung zum Labor und zum radiologischen Telekonsil (Anlage 2b). Das Ganze kann um weitere digitale Vordrucke erweitert werden.

Erste Anwendung findet das digitale Ausstellen und Übermitteln von Mustern ab dem 1. April zur Beauftragung des radiologischen Telekonsils, das dann als neue Leistung eingeführt wird.

Hintergrund: Die beiden Labormuster 10 und 10A zählen zu den am häufigsten genutzten Vordrucken. »Damit wollen wir die Kolleginnen und Kollegen von einem großen Stück papierner Bürokratie befreien. Es kann aber jeder selbst entscheiden, ob er künftig den digitalen oder den herkömmlichen Weg wählt«, sagte Gassen.

Praxisinvestitionen steuerlich absetzen



© KEB - Fotolia.com

Viele Arztpraxen scheuen teure Modernisierungsmaßnahmen beziehungsweise Neuinvestitionen in Praxisausstattung, obwohl diese sinnvoll wären. Für die Planung des Kaufs teurerer Untersuchungsgeräte oder Zubehör könnte der »Investitionsabzugsbetrag« kurzfristig eine

spürbare steuerliche Entlastung bringen. Dieser wird für eine geplante, zukünftige Anschaffung von Wirtschaftsgütern gewährt und mindert in Höhe von vierzig

Prozent der voraussichtlichen Anschaffungskosten Ihren Gewinn. Schließen Sie innerhalb von drei Jahren nach Inanspruchnahme des Investitionsabzugsbetrages das geplante Gerät an, wird der Gewinn im Jahr der Anschaffung wiederum um vierzig Prozent des tatsächlichen Kaufpreises, höchstens jedoch in Höhe des zuvor in Anspruch genommenen Investitionsabzugsbetrages, erhöht. Ob sich dieses Modell für Ihre Praxis lohnt beziehungsweise welche Voraussetzungen genau erfüllt sein müssen, kann Ihnen Ihr Steuerberater sagen.

Rabattverträge zu Impfstoffen werden verboten

Die Koalitionspartner von Union und SPD haben sich darauf verständigt, dass Krankenkassen künftig keine Rabattverträge zu Impfstoffen mehr ausschreiben dürfen. Das geht aus einem Änderungsantrag zum Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AMVSG) hervor.



»Der Impfstoffmarkt ist aufgrund der Komplexität der Herstellung generell durch eine begrenzte Zahl von Herstellern gekennzeichnet. Die Anbieterstruktur spiegelt sich

auch bei den Ausschreibungen wider«, heißt es in dem Antrag. Die Herstellung von Impfstoffen sei komplex und gehe daher mit Unwägbarkeiten einher, die auch

Auswirkungen auf die Sicherheit und Sicherstellung der Versorgung haben könnten und im Falle von exklusiven Rabattverträgen zu Unsicherheiten bei der Versorgung und zu zeitweiligen Lieferproblemen führen könnten. »Um dies zu vermeiden, sollen künftig die Impfstoffe aller Hersteller für die Versorgung zur Verfügung stehen«, schreiben Union und SPD. »Mit dem Inkrafttreten der Regelung entfällt die Grundlage für die exklusive Versorgung mit Impfstoffen. Bestehende Rabattverträge können nicht verlängert werden.« Dies diene letztlich auch der Erhöhung der Impfquote. Damit wird eine langjährige Forderung der Ärzteschaft umgesetzt. Die Krankenkassen kritisieren diese Regelung hingegen. Die

Begründung, auf diese Weise Lieferengpässe zu vermeiden, sei an den Haaren herbeigezogen, hieß es aus der KKH (Kaufmännische Krankenkasse). Auch ohne Ausschreibungen könne es bei der Produktion von neuen Impfstoffen vereinzelt zu Engpässen kommen.

In einem weiteren Änderungsantrag werden pharmazeutische Unternehmen dazu verpflichtet, Krankenhäuser über »ihnen bekannt gewordene Lieferengpässe bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln« zu informieren. Bislang ist eine Meldung von Lieferengpässen für Pharmakontingen freiwillig.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt (spa)

Weitere Details zur Psychotherapie-Reform vereinbart



Die überarbeitete Vereinbarung gilt wie die Richtlinie ab dem 1. April 2017.

Für die Strukturreform der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ab 1. April stehen weitere Details fest. Diese betreffen vor allem neue Leistungen wie die Psychotherapeutische Sprechstunde sowie den Einsatz von Formularen. KBV und GKV-Spitzenverband haben dazu die Psychotherapie-Vereinbarung neu gefasst.

Die geänderte Psychotherapie-Richtlinie hat eine Überarbeitung

der Vereinbarung über die Anwendung von Psychothe-

rapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Psychotherapie-Vereinbarung) erforderlich gemacht. Ziel war es, die neuen Regelungen zu konkretisieren und diese für die tägliche Arbeit so praktikabel und flexibel wie möglich zu gestalten. Die überar-

beitete Vereinbarung gilt wie die Richtlinie ab dem 1. April 2017.

Konkretisierung der neuen Leistungen

Nach der Vereinbarung dürfen Therapeuten eine Psychotherapeutische Sprechstunde zur diagnostischen Abklärung bei Erwachsenen sechs Mal im Krankheitsfall (also im laufenden Quartal und den drei darauffolgenden Quartalen) in Form von 25-minütigen Gesprächen durchführen. Bei Kindern und Jugendlichen sind bis zu zehn Psychotherapeutische Sprechstunden pro Krankheitsfall möglich.

Für die Rezidivprophylaxe wurde festgelegt, dass diese bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Langzeittherapie durchgeführt werden kann – mit Stunden des bewilligten Langzeittherapiekontingents. Voraussetzung hierfür ist, dass der Therapeut die Krankenkasse über den Abschluss der Psychotherapie informiert.

Keine zusätzliche Genehmigung erforderlich

In der Vereinbarung ist geregelt, dass Therapeuten für die neuen Leistungen der Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung keine zusätzliche Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung benötigen. Die fachliche Befähigung gilt als nachgewiesen, wenn eine Genehmigung für eines der Richtlinienverfahren vorliegt.

Ferner wurde klargestellt, dass jeder Arzt und Psychotherapeut, der eine Genehmigung zur Abrechnung von Richtlinienpsychotherapie hat, Psychotherapeutische Sprechstunden anbieten muss, also beispielsweise auch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, Ausbildungsinstitute und in bestimmten Fällen auch ermächtigte Ärzte. Dies gilt ebenfalls für die telefonische Erreichbarkeit.

Neue Formulare

Sämtliche PTV-Formulare wurden überarbeitet. So wird mit dem Formular PTV 2 (Angaben des Therapeuten zum Antrag des Patienten) ab April nicht nur eine Einzel- und Gruppentherapie, sondern auch eine Kombinationsbehandlung beantragt. Die Formulare PTV 6, 7 und 9 zur Leistungsplanung der Krankenkassen werden durch formlose Mitteilungen ersetzt.

Neue Vordrucke gibt es für die Psychotherapeutische Sprechstunde: eine allgemeine Patienteninformation zum psychotherapeutischen Versorgungsangebot (PTV 10) sowie ein Formular für den Befundbericht (PTV 11). Neu ist außerdem das Formular PTV 12 zur Anzeige einer Akutbehandlung. Therapeuten nutzen dieses Formular auch, wenn sie die Krankenkasse über das Ende einer Therapie informieren.

Leitfaden zur Erstellung des Berichts an den Gutachter

Komplett neu gestaltet wurde das Formular PTV 3: Es wird als Leitfaden zur Erstellung des Berichts an den Gutachter verwendet. Dafür entfällt PT 3 KZT/a/b/c(K) für psychodynamische Behandlungen von Kindern und Jugendlichen. Der neue Leitfaden wurde verfahrenübergreifend gestaltet und kann somit für alle erforderlichen Berichte an den Gutachter verwendet werden.

Testverfahren und Abrechnung

Die Vereinbarung regelt darüber hinaus, dass Therapeuten Testverfahren in einer Langzeittherapie fünf bis zu fünfmal, in einer Kurzzeittherapie wie bisher höchstens dreimal abrechnen können. Zudem werden zum 1. April zwei neue Kennzeichnungen

eingeführt, die der Therapeut bei der Abrechnung angeben muss, wenn er Restkontingente einer Langzeittherapie für die Rezidivprophylaxe verwendet: »R« für Leistungen der Rezidivprophylaxe ohne und »U« für Leistungen der Rezidivprophylaxe mit Einbezug von Bezugspersonen.

Übergangsregelung für laufende Psychotherapien

KBV und GKV-Spitzenverband verständigen sich darüber hinaus auf eine Übergangsregelung für laufende Psychotherapien. Demnach gelten für Behandlungen, die vor dem 1. April 2017 beantragt wurden, die alte Psychotherapie-Richtlinie und die alte Psychotherapie-Vereinbarung. Die neuen Vorgaben gelten für diese Psychotherapien nur, wenn der Therapeut eine Kurzzeittherapie umwandeln oder eine Langzeittherapie verlängern möchte.

Umfangreiches Informationsangebot für Therapeuten

Die KBV hat Wissenswertes zur Strukturreform in einer umfangreichen Praxisinformation zusammengefasst. Auf mehreren Seiten werden die Neuerungen zunächst in einer Übersicht und anschließend im Detail vorgestellt. Auf einer Seite sind alle neuen und überarbeiteten PTV-Formulare dargestellt. Zudem wird auf die

Übergangsregelung hingewiesen, die Psychotherapien betriebe am 1. April 2017 bereits laufen.

Diese und weitere Informationen finden Therapeuten unter www.kbv.de/psychotherapie. Dort stehen auch alle neuen ab April 2017 geltenden Formulare zur Ansicht bereit, jeweils mit einer Ausfüllhilfe. Einen schnellen Überblick zum neuen psychotherapeutischen Versorgungsangebot bietet ein einseitiges Schaubild: Darauf sind alle Behandlungsoptionen dargestellt mit den Sitzungskontingenten und Angaben, ob eine Therapie anzeige-, antrags- oder gutachterpflichtig ist. Die Internetseite wird nach und nach um weitere Informationen ergänzt, zum Beispiel um häufige Fragen und Antworten.

Bezug der Formulare

Formulare, die Therapeuten in der Praxis vorhalten müssen, können über die gewohnten Bezugswege (KVen, Druckereien etc.) bezogen werden. Für die mit »B« gekennzeichneten Formulare ist eine Blankoformularbedruckung möglich. Alle Formulare sind ab April 2017 auch in der Praxissoftware hinterlegt. (spa) Quelle: KBV

Finanzämter fordern Umsatzsteuererklärungen an

Seit Mitte des Jahres 2016 werden Unternehmer im Gesundheitswesen zur Abgabe der Umsatzsteuerjahreserklärung für das Jahr 2015 aufgefordert.

Hintergrund ist der letzte Jahresbericht des Bayerischen Obersten Rechnungshofes. Darin beanstandet er, dass eine »systematische Überprüfung der Umsatzsteuerpflicht von Ärzten durch die Finanzämter in zu vielen Fällen unterbleibt«. Er hat die Finanzverwaltung aufgefordert, diese Mängel abzustellen.

Darauf haben nun die Finanzbehörden reagiert. Sie wollen bei der umsatzsteuerlichen Behandlung von (zahn-)medizinischen Leistungen künftig genauer hinschauen. In Zweifelsfällen werde es auch Überprüfungen geben, schrieb zum Beispiel das Bayerische Landesamt für Steuern in einer Vorabinformation an die Bayerische Landeszahnärztekammer. »Um die in den Heilberufen tätigen Unternehmer für die Umsatzsteuer stärker

zu sensibilisieren«, wird die bayerische Finanzverwaltung Praxen, die bislang nicht zur Umsatzsteuer veranlagt wurden, jetzt zur Abgabe einer Umsatzsteuererklärung für das Jahr 2015 auffordern.

Auch andere Bundesländer folgen dem bayrischen Beispiel. Informieren Sie zeitnah Ihren Steuerberater, wenn Sie solch ein Anschreiben erhalten. (T)

Krankheitskosten als außergewöhnliche Belastungen



Mit einem aktuellen Urteil hat der Bundesfinanzhof (BFH) entschieden, dass außergewöhnliche Belastungen wie zum Beispiel Krankheitskosten weitergehend als bisher steuerlich geltend gemacht werden können.

Der Abzug von außergewöhnlichen Belastungen ist nur dann möglich, wenn sie eine zumutbare Eigenleistung übersteigen. Diese Zumutbarkeitsgrenze ist im Einkommensteuergesetz geregelt und wird in drei Stufen nach einem bestimmten Prozentsatz des Gesamtbetrags der Einkünfte abhängig von Familienstand und Kinderzahl, bemessen (ein bis sieben Prozent). Die Stufen betragen:

- Stufe 1: Gesamtbetrag der Einkünfte bis 15.340 Euro
- Stufe 2: Gesamtbetrag der Einkünfte von 15.341 Euro bis 51.130 Euro
- Stufe 3: Gesamtbetrag der Einkünfte über 51.130 Euro

Der Prozentsatz beträgt zum Beispiel bei zusammenveranlagten Ehegatten mit einem oder zwei Kindern 2 Prozent (Stufe 1), 3 Prozent (Stufe 2) und 4 Prozent (Stufe 3).

Nach Aufhebung der obersten Finanzrichter wird jetzt nur noch der Teil des Gesamtbetrags der Einkünfte der den im Gesetz genannten Stufengrenzbetrag übersteigt, mit dem jeweils höheren Prozentsatz belastet. Danach erfasst zum Beispiel der Prozentsatz für Stufe 3 nur den 51.130 Euro übersteigenden Teilbetrag der Einkünfte. Bisher gingen Finanzverwaltung und Rechtsprechung davon aus, dass sich die Höhe der zumutbaren Belastung einheitlich nach dem höheren Prozentsatz richtet, sobald der Gesamtbetrag der Einkünfte eine der genannten Grenzen überschreitet. Sollte das Finanzamt in Ihrem Fall die gestufte Ermittlung der zumutbaren Belastung noch nicht anwenden, empfehlen wir unter Hinweis auf das Urteil des Bundesfinanzhofs Einspruch einzulegen. (ri)

Dienstwagen: Vom Arbeitnehmer getragene Kfz-Kosten mindern geldwerten Vorteil

Entgegen seiner bisherigen Rechtsprechung und der Auffassung der Finanzverwaltung hat der Bundesfinanzhof (BFH) in einem aktuellen Urteil entschieden, dass vom Arbeitnehmer getragene Kfz-Kosten den geldwerten Vorteil auch bei der Ein-Prozent-Regelung mindern. Bisher kam eine Minderung des geldwerten Vorteils nur bei Zahlung eines Nutzungsentgelts durch den Arbeitnehmer in Betracht.

Der Kläger war im Außendienst tätig und trug für seinen Dienstwagen sämtliche Benzinkosten. Die übrigen Kfz-Kosten übernahm der Arbeitgeber. Im Rahmen des Lohnsteuerabzugs ermittelte

der Arbeitgeber den geldwerten Vorteil aus der Kfz-Überlassung nach der Ein-Prozent-Regelung mit 523 Euro monatlich. Bei der Einkommensteuererklärung lehnte das Finanzamt den Werbungskostenabzug für die vom Kläger getragenen Benzinkosten ab. Sowohl das Finanzgericht als auch der Bundesfinanzhof widersprachen der Auffassung des Finanzamts und berücksichtigten die Benzinkosten steuermindernd.

Laut den obersten Finanzrichtern stellen die von einem Arbeitnehmer getragenen Kfz-Kosten zwar keine Werbungskosten dar.

Sie sind jedoch bei der Berechnung des geldwerten Vorteils für die Dienstwagennutzung abzuziehen. Denn insoweit fehlt es schon dem Grunde nach an einem Vorteil für den Arbeitnehmer. Das Gesetz geht sowohl bei der Ein-Prozent-Regelung als auch bei der Fahrtenbuchmethode davon aus, dass der Arbeitgeber mit der Kfz-Überlassung sämtliche Kfz-Kosten trägt. Ist das nicht der Fall, weil der Arbeitnehmer selbst einen Teil der Kosten trägt, ist er insoweit nicht bereichert. Es fehlt somit an einer Vorteilsbegründenden Einnahme. Übersteigen die Eigenleistungen des Arbeitnehmers den geldwerten Vorteil, führt der übersteigende Betrag allerdings weder zu negativem Arbeitslohn noch zu Werbungskosten. (ri)



TREUHAND INFOBOX

Unsere Niederlassungen:
 Berlin* · Bernau* · Bremen* · Chemnitz* · Cottbus* · Darmstadt* · Dresden* · Düsseldorf* · Erfurt* · Göttingen* · Greifswald* · Halle* · Hamburg* · Hannover* · Kiel* · Köln · Leipzig* · Magdeburg* · Meiningen* · München* · Münster* · Neuruppin* · Nidda · Potsdam* · Quedlinburg* · Rostock* · Schwerin* · Stendal* · Stuttgart* · Ulm* · Zwickau*
 (* Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008 durch DQS GmbH)

Impressum:
 Treuhand EXKLUSIV ist das kostenlose Informationsmedium exklusiv für Mandanten der Treuhand Hannover GmbH Steuerberatungsgesellschaft, Hildesheimer Straße 271, 30519 Hannover, Tel. 0511 83390 10, Fax 0511 8340, redaktion@treuhand-hannover.de, www.treuhand-hannover.de; Erscheinungsweise: vierteljährlich; Auflage: 2000 Stück. Die in dieser Mandanteninformation enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung jeder Art, auch auszugsweise, bleiben der Treuhand Hannover GmbH Steuerberatungsgesellschaft vorbehalten. Verantwortlich für den Inhalt: Dr. Frank Diener.



treuhand
 erfolgreich steuern