

Kooperationsformen in der Psychotherapeutischen Praxis:

Die wichtigsten Antworten von Ulrike Böker und Elisabeth Störmann-Gaede auf Ihre Fragen am bvvp Expertentelefon

1. Was unterscheidet eine Praxisgemeinschaft von einer Gemeinschaftspraxis?

Eine **Praxisgemeinschaft** ist eine Kostengemeinschaft. Es ist ein Zusammenschluss von ÄrztInnen/PsychotherapeutInnen derselben oder unterschiedlicher Fachrichtungen mit **getrennter Abrechnung, getrenntem Patientenstamm** (jede Praxis hat eigene Behandlungsfälle,) aber mit **gemeinsamer Nutzung von Räumen, Personal, Geräten (z.B. der Telematik Infrastruktur) etc.** (Kostengemeinschaft). Sie ist nicht zustimmungspflichtig, aber anzeigepflichtig beim Zulassungsausschuss (ZA).

Es gibt gegebenenfalls Begrenzungen bei der Überschneidung der Patienten, z.B. dürfen es nicht mehr als 20 Prozent bei einer Praxisgemeinschaft der gleichen Fachrichtung sein, bei fachverschiedenen Praxisgemeinschaften sind 30 Prozent Überschneidungen zulässig.

Eine **Gemeinschaftspraxis** (genaue Bezeichnung: Berufsausübungsgemeinschaft, BAG) ist hingegen ein Zusammenschluss von ÄrztInnen/PsychotherapeutInnen derselben oder unterschiedlicher Fachrichtungen mit **gemeinsamer Abrechnung, gemeinsamem Patientenstamm (ein Patient = nur ein Behandlungsfall) gemeinsamer Nutzung von Räumlichkeiten, Personal, Geräten etc.** Ein Vorteil liegt in der einfachen Vertretungsmöglichkeit.

Die Genehmigung des Zulassungsausschusses ist hier erforderlich, auch eine überörtliche BAG ist möglich (Praxistätigkeit an zwei unterschiedlichen Orten). Ein BAG-Vertrag ist in jedem Fall notwendig, die Partner der BAG tragen die unternehmerischen Risiken gemeinsam und haften organisatorisch füreinander!

2. Welche Formen des Jobsharing gibt es?

Jobsharing (JS):

Eine **Jobsharing-Partnerschaft** ist eine Gemeinschaftspraxis unter „fachgleichen“ KollegInnen in **gesperrten** Gebieten. Die KollegInnen nutzen dabei **gemeinsam einen vollen oder anteiligen Versorgungsauftrag**. Die Bedingung für die Genehmigung ist Fachgleichheit.

Psychologische PsychotherapeutInnen (PP) und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen (KJP) sind „fachgleich“, sofern bei den PP eine Abrechnungsgenehmigung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorliegt. Ärztliche PsychotherapeutInnen und PP sind nicht „fachgleich“. Der hinzukommende Jobsharingpartner arbeitet auch selbstständig, kümmert sich also selber um Krankenversicherung, Altersversorgung, etc.! Nach 10 Jahren JS-Partnerschaft entsteht ein zusätzlicher Sitz (gegebenenfalls anteiliger Sitz).

Stichworte: gemeinsame Abrechnung, gemeinsamer PatientInnenstamm, gemeinsame Nutzung von Räumlichkeiten, Geräten, Personal etc. **Eine Leistungsausweitung ist streng begrenzt, es gilt der sogenannte Honorardeckel.** Dieser orientiert sich am Vorjahr. Es werden die letzten vier vorliegenden Quartalsabrechnungen vor Beginn des Jobsharing zugrunde gelegt im Sinne von „Quartals-Euro-Obergrenzen“. Der Zulassungsausschuss (ZA)

muss genehmigen. Wenn der Umsatz vor dem JS unter dem Fachgruppendurchschnitt liegt, kann der Deckel auf den 1,25-fachen Fachgruppenumsatz erhöht werden. Bei anteiligen Versorgungsaufträgen entsprechend anteilig.

Eine **Jobsharing-Anstellung** (in gesperrten Gebieten) ist ein JS, bei dem ein/e Angestellte/r mit dem Praxisinhaber bzw. der Praxisinhaberin auf einem (gegebenenfalls anteiligen) Sitz arbeitet. Eine sozialversicherungspflichtige Anstellung ist dabei Voraussetzung. Bei Krankheit der Angestellten zahlt die Umlageversicherung.

Bedingungen: siehe oben beim Stichwort „Jobsharingpartnerschaft“. Ein wichtiger Unterschied: Hier entsteht nach 10 Jahren kein weiterer Sitz. Das Problem auch hier: der Honorardeckel, der sich am Vorjahr orientiert (die Höchstgrenze des zu erwirtschaftenden Honorars bemisst sich nach den letzten 4 vorliegenden Quartalsabrechnungen vor der Jobsharinganstellung). Auch hier gilt: Gegebenenfalls kann als Honorardeckel auf den 1,25-fachen Fachgruppendurchschnitt erhöht werden.

3. Wie funktioniert ein Verzicht auf den eigenen Praxissitz zugunsten der Anstellung?

Es ist möglich, in einem gesperrten Planungsbereich auf seinen (gegebenenfalls hälftigen) Sitz zu verzichten (mit Kauf- bzw. Übernahmevertrag etc.) zugunsten einer Anstellung in einer Praxis oder einem MVZ (§ 95 SGB V). Es gibt dann kein Nachbesetzungsverfahren, der vertragsärztliche/-psychotherapeutische Sitz muss nicht ausgeschrieben werden. Dieser neue Angestelltensitz hat dann die üblichen Abrechnungsmöglichkeiten ohne „Honorardeckel“. PraxisinhaberInnen können wie alle ArbeitgeberInnen dann im Weiteren auch einstellen im Rahmen des übernommenen (bedarfsplanungsmäßigen) Volumens oder kündigen.

4. Wie funktioniert die Ausschreibung eines (gegebenenfalls anteiligen) Psychotherapeutensitzes?

Eine solche Ausschreibung ist ein langwieriger, teils auch aufreibender Vorgang. Ganz wichtig: Es ist nicht möglich, einfach ohne Genehmigung des Zulassungsausschusses jemanden auf Honorarbasis anzustellen!

Das komplizierte (aber durchaus oft sinnvolle) Procedere – in Stichworten:

a) Der Antrag auf Nachbesetzung

Die zentrale Frage dabei ist: Ist die Praxis fortführungsfähig und versorgungsrelevant? Wesentlich bei der Prüfung der Nachbesetzung durch den Zulassungsausschuss sind Fragen wie zum Beispiel, ob ausreichend „**Praxissubstrat**“ (Patientenstamm, Räume, Praxisinfrastruktur, tatsächliche Tätigkeit) vorhanden ist und wie die Versorgungssituation / Auslastung vor Ort ist.

b) Im positiven Fall, dass die Nachbesetzungsmöglichkeit gegeben ist, folgt dann die **Ausschreibung** im Mitteilungsblatt der KV oder auf deren Homepage.

c) Im nächsten Schritt melden sich **Bewerber** innerhalb der Bewerbungsfrist nach Veröffentlichung.

d) Der/Die Praxisinhaber/in erhält die Bewerbungen umgehend nach Eingang bei der KV.

e) Der/Die Praxisinhaber/in schließt mit BewerberInnen, die für die Nachfolge in Frage kommen, den vorläufigen Praxisübernahmevertrag. (Im Vertrag heißt es: Wirksam, „vorbehaltlich der Rechtskraft des Bescheides des Zulassungsausschusses“)

Um möglichst eine „Passung“ zu finden, weil es sich ja um die Übergabe einer Praxis handelt, sollte man auf diverse Faktoren achten:

- Die Quoten der Bedarfsplanung müssen bei der Auswahl der Bewerber berücksichtigt werden. Ärztliche PsychotherapeutInnen sollten ein ärztliches Pendant finden, psychologische PsychotherapeutInnen eine/n PP, auch Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen müssen unter ihresgleichen suchen. Wenn keine passenden BewerberInnen zu finden sind, ist es gegebenenfalls auch möglich, dass z.B. ärztliche PT an eine/n PP vergeben darf.
- Die Verfahren sollten berücksichtigt werden: VT an VT, TP an TP, AP an AP, weitere Qualifikationen sollten ähnlich sein (z.B. Zulassung zur Gruppentherapie, Traumatherapie etc.), weil bei der Übergabe ja „vorbehandelte“ PatientInnen weiterversorgt werden müssen. Gibt es keine BewerberInnen, die passende Verfahren anwenden, kann auch ein Bewerber, bzw. eine Bewerberin ausgewählt werden, die ein anderes Verfahren anwendet!

f) BewerberInnen stellen einen **Zulassungsantrag**, gegebenenfalls einen Verlegungsantrag. Der Zulassungsausschuss terminiert die Zulassung des Nachfolgers bzw. der Nachfolgerin und den Verzicht des Praxisinhabers bzw. der Inhaberin.

g) Bei mehreren Zulassungs-AntragstellerInnen gibt es ein sogenanntes **Auswahlverfahren**. Die wesentlichen gesetzlichen **Auswahlkriterien** (bei konkurrierenden AntragstellerInnen) des ZA sind folgende:

Die berufliche Eignung, das Approbationsalter, der Platz auf der „Warteliste“, die Dauer der psychotherapeutischen Tätigkeit (wird gegebenenfalls um die Zeiten der Nichtausübung wegen Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen verlängert). Es ist sinnvoll, sich unter BewerberInnen zu entscheiden, die mindestens 5 Jahre nach der Facharztprüfung / der Fachkunde psychotherapeutisch tätig waren!

Sonderinteressen im Sinne von Privilegierung sind zu berücksichtigen, zum Beispiel, wenn jemand bereits BAG-PartnerIn ist, in der eigenen Praxis in Anstellung tätig ist oder es sich bei BewerberInnen um den Ehepartner oder die Partnerin oder eigene Kinder handelt.

5. Wie ist es mit der Abgabe von Viertelsitzen?

Seit dem neuen Gesundheitsgesetz sind auch die Abgabe und der Erwerb eines Viertelsitzes möglich. Mindestumfang des Kassensitzes ist allerdings ein halber Sitz, es gibt also keine Viertel-Inhabersitze. Will man einen Viertelsitz erwerben, muss man bereits über einen halben Sitz verfügen. Auf Viertelsitzen kann man natürlich auch anstellen.

Das Ausschreibungs- und Nachbesetzungsverfahren ist dasselbe wie bei halben oder vollen Sitzen. In KVEn, in denen keine sofortige Verlegung des Sitzes möglich ist, wird es schwierig, weil ein alleinstehender Viertelsitz eben nicht bewirtschaftet werden kann.

6. Wieviel muss ich mindestens auf meinem Sitz arbeiten und wieviel darf ich maximal?

Beim Mindestumfang geht es vor allem um die Frage, ob man seinen Versorgungsauftrag erfüllt und ob die KV gegebenenfalls einen Teil des Sitzes entziehen kann, weil zu wenig PatientInnenversorgung stattfindet. Als Anhaltspunkt dient der Bundesmantelvertrag, der besagt, dass man in der Woche mindestens 25 Stunden der PatientInnenversorgung zur Verfügung stehen soll. Bitte erkundigen Sie sich in Ihrem Landesverband, ob und welche Prüfungen in Ihrem KV-Bezirk stattfinden.

Als Obergrenze gilt die sogenannte Plausibilitätsgrenze mit 780 Zeitstunden pro Quartal bei einem vollen Sitz, bei anteiligen Sitzen entsprechend weniger. Einzelsitzungen gehen mit ihrer Plausi-Zeit von 70 Minuten in die Berechnungen ein. Nur in Niedersachsen gilt bei halben Sitzen die halbe ehemalige Kapazitätsgrenze, also etwa 20 Sitzungen pro Woche.

Überblick der wichtigsten Varianten bei Praxisabgabe

Zeile	Praxistyp, Konstellation	Versorgungsrelevanzprüfung (= Nachbesetzungsverfahren)	Ausschreibung	Besondere Bedingungen bei Auswahlverfahren (konkurrierende Zulassungsanträge)
1	Normale Einzel-Praxisabgabe (ganz oder halb) , keine PT-Angestellten, keine privilegierten Personen	ja	ja	Gesetzl. Kriterien
2	Vertragsarzt einer Praxisgemeinschaft möchte Versorgungsauftrag abgeben Beachten: (Miet-)Verträge müssen ggf. übernommen werden, ggf. Problem, wenn keine Passung. Ggf. Abhilfe für Erwerber über Verlegungsantrag innerhalb des Planungsbezirks	ja	ja	Gesetzl. Kriterien
3	Partner einer Gemeinschaftspraxis möchte Versorgungsauftrag abgeben, keine privilegierte Person vorhanden, die übernehmen will	ja	ja	Praxispartner können Nachfolger mitbestimmen (bzw. haben Veto-Recht)
4	Praxisabgabe (auch anteilig), Privilegierung greift.	Nein	ja	Berücksichtigung der Privilegierung
5	Verzicht (ganz oder hälftig) zugunsten Anstellung bei MVZ oder Vertragsarzt	nein	nein	Nicht relevant, da keine Ausschreibung
6	Verzicht auf die halbe (ggf. viertel) Zulassung , um bei sich selbst jemanden anzustellen ohne Leistungsbegrenzung, eigener verbliebener mindestens hälftiger VA wird weiter „gelebt“	ja	Ja, formal	Geplanter Angestellter kann nicht abgelehnt werden
7	Nachbesetzung eines Angestellten (mit Zählung in der Bedarfsplanung) in MVZ oder bei Vertragsarzt	nein	nein	Nicht relevant, da keine Ausschreibung
8	Umwandlung eines Angestellten-VA (mit Zählung in der Bedarfsplanung, mindestens hälftiger Sitz) in eigene Zulassung nach vorheriger Anstellung.	nein	nein	Nicht relevant, da keine Ausschreibung
9	(Nach-)Besetzung mit einem Jobsharing-Partner / Jobsharing-Angestellten bei Vertragsarzt, Honorardeckel als Leistungsbegrenzung	nein	nein	Nicht relevant, da keine Ausschreibung