

Strategische Mandantenberatung in Zeiten des Versorgungsstrukturgesetzes

von Dipl. Volkswirt Katja Nies (www.praxisbewertung-praxisberatung.com)

Die gut 200 Teilnehmer des mittlerweile 6. IWW-Kongresses „Praxis-Ärzteberatung“ am 23.03.2012¹ in Düsseldorf wurden wieder umfassend informiert und auf den neusten Stand der aktuellen Entwicklungen gebracht: angefangen vom Vertragsarztrecht über das Steuerrecht für Heilberufe, Vertragsgestaltungen bei Kooperationen, Nachfolgestrategien für Einzelpraxen, Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenhäusern bis hin zu Investitions- und Liquiditätsplanungen in einer Arztpraxis. All diese Themen standen unter dem Zeichen des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG), das zum 01.01.2012 in Kraft getreten ist (wobei einige wesentliche Elemente, wie z.B. die neue Bedarfsplanung, Neuregelung des Abgabe- und Nachfolgeverfahren in überversorgten Planungsgebieten sowie die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erst ab dem 01.01.2013 gelten werden).

Die Beleuchtung der einzelnen Themenkomplexe vor dem Hintergrund des GKV-VStG hat die Teilnehmer des IWW-Kongresses für die Problemfelder sensibilisiert und sie gut für eine umfassende strategische Mandantenberatung in den nächsten Monaten gerüstet.

Es sollen im Folgenden zwei Problemstellungen aus der Fülle der Beratungsfälle herausgegriffen und kurz betrachtet werden:

1. Wie könnten z.B. die Nachfolgestrategien für einen Arzt in einer Einzelpraxis aussehen, der sich mit dem Gedanken trägt, in näherer Zukunft in den wohlverdienten Ruhestand zu gehen?
2. Welche Optionen stehen einem Arzt in 2012 bei einer möglichen Kooperation mit einem Krankenhaus offen, damit er im Hinblick auf die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ab 2013 eine gute Ausgangsposition hat?

1. Nachfolgestrategien für Einzelpraxen:

1.1 Allgemeine Optionen

Generell stehen z.B. folgende Alternativen für eine Einzelpraxisnachfolge zur Überlegung bzw. Diskussion:

¹ Die Referenten in diesem Jahr waren: RA Prof. Dr. Martin Rehborn, Dipl. Kfm. WP StB Thomas Karch, RA Dr. Karl-Heinz Möller, StB Dr. Rolf Michels, RA Peter Peikert, StB Dipl. oec. Dirk Peters, StB Thomas Ketteler-Eising, Michael Brüne, Dipl. Ing. Dipl. Wirt.-Ing. Oliver Frielingsdorf, RA Dr. Lars Lindenau.

- Praxisauflösung
- Nachfolgeregelung innerhalb der Familie
- Verkauf im Ganzen an einen externen Nachfolger
- Teilverkauf der Praxis
- Aufnahme eines Juniorpartners
- Verkauf an ein MVZ
- Einbringung in eine BAG
- Anschluss an eine ÜBAG

1.2 Umsatzsteuerliche Fallstricke:

Bei den drei Optionen „Verkauf an ein MVZ, Einbringung in eine BAG und Teilverkauf der Praxis“ müssen seit dem 01.07.2011 die möglichen umsatzsteuerlichen Konsequenzen bei Übertragung des immateriellen Praxiswertes mit ins Kalkül gezogen werden! Es muss u.a. geprüft werden, ob es sich um eine Geschäftsveräußerung im Ganzen handelt und falls nicht, ob dann zumindest die „Kleinunternehmer-Regelung“ greifen würde.

1.3 Konsequenzen aus der geänderten Bedarfsplanung ab dem 01.01.2013

Nach § 101 Abs. 1 S. 6 SGB V sind die regionalen Planungsbereiche mit Wirkung zum 01.01.13 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Bis zum 31.12.12 gibt es noch knapp 400 Planungsbezirke (entsprechend den verwaltungstechnischen Kreisen). Ab 01.01.13 wird die Planungsstruktur so aussehen:

- Hausärzte: 4.500 Planungsbereiche – wohnortnahe Versorgung.
- Fachärzte: (z.B. Gynäkologen, Augenärzte): noch wohnortnah, aber größere Planungsbereiche als bei Hausärzten.
- „Spezialärzte“ (z.B. Radiologen, Neurochirurgen): sehr große Planungsbereiche, bis KV-Größe.

Konsequenzen: Es werden im Vergleich zu heute völlig neue Versorgungsgrade entstehen. Die KBV rechnet mit bis zu 20.000 neuen Stellen (darunter 8.700 Hausarztstellen). Da aber bis zum Jahr 2020 im ambulanten Bereich ohnehin 52.000 Ärzte (davon 24.000 Hausärzte) ersetzt werden müssen, ist es unklar, woher zusätzlich noch die prognostizierten 20.000 Mediziner kommen sollen.

Es kann also sein, dass die zu verkaufende Einzelpraxis heute noch in einem für ihr Fachgebiet gesperrten Planungsbereich (z.B. Stadt Köln) liegt, aber bereits mit Beginn von 2013 an in einem Gebiet ohne Zulassungsbeschränkung liegen wird (z.B. Köln-Kalk oder Köln-Meschenich). Dies wird nicht unerhebliche Auswirkungen auf den Kaufpreis nach sich ziehen.

1.4 Konsequenzen aus den verschiedenen Maßnahmen für eine gesicherte (wohnortnahe) Versorgung der Patienten

Aufgrund verschiedener Maßnahmen, von denen hier nur drei herausgegriffen werden, sollen sich mehr Ärzte in ländlichen, unterversorgten Gebieten und weniger Ärzte in den überversorgten Städten niederlassen.

1.4.1 Befristung der Zulassung: Nach § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV kann der Zulassungsausschuss in einem Planungsbereich ohne Zulassungsbeschränkungen mit einem allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad ab 100 % die Zulassung befristen. § 98 Abs. 2 SGB V wurde sinngemäß um eine Ziffer 12 ergänzt.

Problem: Welcher niederlassungswillige Arzt, der sich verschulden muss, um eine Praxis zu übernehmen oder zu gründen, wird dieses tun, wenn die Zulassung befristet wird?

1.4.2 Nachbesetzungsverfahren (ab dem 01.01.2013): Nach § 103 Abs. 3a SGB V kann der Zulassungsausschuss den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; (...) Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die KV (...) eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis zu zahlen.

Probleme: Wie soll der Verkehrswert ermittelt werden? Was ist mit dem Sachanlagevermögen, das veräußert werden kann? Was ist mit dem Teil der Praxis, der als Privatpraxis veräußert werden könnte? Was geschieht mit Miet- und Arbeitsverträgen?

Konsequenzen: Bisher war die Abgabe einer Praxis in einer größeren Stadt unproblematisch, in Zukunft kann der Zulassungsausschuss die Praxisabgabe blockieren. Die zum Teil hohen Kaufpreise für Praxen in gesperrten Gebieten, die weit über dem Verkehrswert lagen, werden über eine „Entschädigung“ bestimmt nicht mehr erzielt werden können.

Eine Einzelpraxis in dem Stadtteil Köln-Rodenkirchen (gleich welcher Fachrichtung) liegt nicht nur in 2012 in einem gesperrten Gebiet, sondern wohl auch in 2013; nur dass dann das Damoklesschwert der Ablehnung des Nachbesetzungsverfahrens über ihr schwebt (es sollten hier u.U. Lösungswege über die „Ausnahmeregelungen: Ehegatte, Lebenspartner, Kind, angestellter Arzt“ gesucht und durchgerechnet werden).

1.4.3 Monetäre Anreize für die Niederlassung in unterversorgten Gebieten: Diese Maßnahmen sollen Mediziner zur Niederlassung auf dem Land bewegen:

- Volle Vergütung der erbrachten Leistungen
- Zuschläge auf EBM-Vergütung
- Zuschüsse zu Investitionen
- KV-en und Gemeinden können Eigeneinrichtungen betreiben
- Vergabe von Stipendien.

Es ist fraglich, ob diese „Maßnahmen“ bzw. Anreize wirklich ausreichen werden, um genügend Ärzte zur Niederlassung in ländlichen Gebieten zu motivieren (da sich bereits heute an und für sich rentable Praxen nur

schwer veräußern lassen, liegt es wohl nicht nur an der Rentabilität, sondern an den sich bietenden Lebensbedingungen für die gesamte Arztfamilie im Umfeld). Falls die Maßnahmen greifen sollten, könnten die Praxiswerte für Arztpraxen in ländlichen Gebieten im Vergleich zu heute wieder steigen bzw. es könnten überhaupt Käufer gefunden werden!

2. Optionen für eine Zusammenarbeit Arzt - Krankenhaus

Im Hinblick auf die in 2013 startende spezialfachärztliche Versorgung (§116 b SGB V neu) wurden die bereits heute möglichen Optionen für die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenhäusern ausführlich mit ihren rechtlichen und steuerlichen Besonderheiten beleuchtet, um u.U. schon in 2012 die richtigen Weichen stellen zu können, zumal die ambulanten Operationen wieder aus der geplanten ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung herausgenommen wurden und zudem seit Januar 2012 wieder ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen honoriert werden (die Deckelung, die durch das GKV-Finanzierungsgesetz für extrabudgetäre Leistungen galt, wurde aufgehoben).

2.1 Einbindung von Vertragsärzten in die prä- und postoperative Versorgung sowie beim ambulanten Operieren

Nachdem das Bundessozialgericht in seinem Urteil B 6 KA 11/10 R vom 23.03.2011 entschieden hatte, dass ambulante Operationen im Krankenhaus nur durch angestellte Ärzte des Krankenhauses oder Belegärzte in Verbindung mit einem Anästhesisten des Krankenhauses erfolgen dürfen, will der Gesetzgeber nun mit dem VStG über die §§ 115a und 115b SGB V Kooperationsmodelle in diesem Bereich erleichtern.

2.1.1 § 115a SGB V: Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

Es wird nunmehr die Möglichkeit eröffnet, dass die vor- und nachstationären Behandlungen „...auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis...“ erbracht werden können.

2.1.2 § 115b SGB V Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Hier heißt es nun, dass die betroffenen Operationen „...auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können“.

Inwieweit die Krankenhäuser wirklich ein Interesse an dieser vertraglichen Gestaltung haben, bleibt abzuwarten (Ein Krankenhaus rechnet z.B. mit einem „herkömmlichen“ Belegarzt mit Honorarvertrag nur gekürzte DRG

ab. Ein Honorararzt ohne Belegarztvertrag verdient für die gleiche Leistung mehr).

Achtung: Das Problem der (verdeckten) „Zuweisung gegen Entgelt“ bleibt auch weiterhin bestehen und wurde über die Paragraphen §§ 73 Abs. 7 sowie 128 SGB V noch verschärft.

2.2 (Teil-) Anstellung im Krankenhaus

Mit dem VStG wurde der bis 2012 geltende zeitliche Umfang für eine „Nebentätigkeit“ im Krankenhaus gelockert. Bei einer Vollzulassung konnte ein Vertragsarzt bisher bis zu 13 Stunden im Krankenhaus arbeiten, bei einer Teilzulassung bis zu 26 Stunden.

Nun gibt § 20 Abs. 1 Satz 1 der Ärzte-ZV allerdings keine neuen absoluten Arbeitszeitgrenzen vor, sondern formuliert sehr allgemein und auslegungsbedürftig:

„Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.“

Achtung: Es muss beachtet werden, dass die vertragsärztliche Tätigkeit bei einem vollen Versorgungsauftrag grundsätzlich als Vollzeittätigkeit ausgelegt ist.

Es ist zu erwarten, dass es hier zu Interpretations- und Auslegungsproblemen kommen wird.

2.3 Weitere Möglichkeiten der Zusammenarbeit

- Belegarzt (mit und ohne Honorarvertrag)
- Konsiliararzt
- Honorararzt
- Gerätekooperationen
- Integrierte Versorgung § 140 a SGB V
- Beitritt zu oder Gründung eines Praxisnetzes (siehe hierzu z.B. auch www.deutsche-aerztenetze.de / über das VStG sollen besonders förderungswürdige Netze finanziell unterstützt werden, wobei die KBV und die Krankenkassen hierzu noch einen Kriterienkatalog erarbeiten werden / Praxisnetze werden in diesem Jahr auch ein gesonderter Tagungspunkt auf dem 115. Deutschen Ärztetag in Nürnberg sein.