

# **Aktuelle Strategien, Tipps und Trends in der Ärzteberatung**

von Dipl. Volksw. Katja Nies, Köln  
([www.praxisbewertung-praxisberatung.com](http://www.praxisbewertung-praxisberatung.com))

Die rund 170 Teilnehmer des 2. IWW-Kongresses am 07.03.08 in Düsseldorf konnten genau wie im Vorjahr wieder ein ganzes Füllhorn an aktuellen Informationen und Hilfestellungen für Ihre tägliche Beraterpraxis mit nach Hause nehmen. Exemplarisch seien hier nur einige der aktuellen Brennpunkte herausgegriffen und zusammengefasst dargestellt.

## **I Neueste Entwicklungen im Vertragsarztrecht**

Als Quintessenz für die tägliche Beratungspraxis ist festzuhalten, dass (neben der zwingenden Beachtung der von Bundesland zu Bundesland unterschiedlichen Heilberufe- und Kammergesetze) die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen und die bei ihnen angesiedelten Zulassungsgremien die Vorschriften zum Teil unterschiedlich auslegen und es darüber hinaus noch weitestgehend keine Rechtsprechung zu den gesetzlichen Neuregelungen gibt. Im konkreten Beratungsfall sollte man daher immer Kontakt zu der zuständigen KV aufnehmen und deren Verwaltungspraxis in Erfahrung bringen!

Zu den verschiedenen Gestaltungsmöglichkeiten nach dem VÄndG (einschließlich der mantelvertraglichen Regelungen) seien zwei Punkte herausgegriffen:

- Im Rahmen der Anstellung von Ärzten ist nach § 14 Abs. 1a BMV-Ä auf die persönliche Leitung des anstellenden Arztes zu achten. Diese wird vermutet, wenn der Vertragsarzt nicht mehr als drei Ärzte in Vollzeitätigkeit anstellt. Bei Methodenfächern (z.B. Radiologie, Pathologie) dürfen es vier vollzeitbeschäftigte Ärzte sein.
- Bei der viel diskutierten Teilzulassung nach § 19a Ärzte-ZV muss konstatiert werden, dass bisher kein einziger Fall einer Teilzulassung bekannt wurde. Dies liegt eindeutig daran, dass nahezu alle KV-en die Auffassung vertreten, dass die zweite Hälfte des Versorgungsauftrages, auf die verzichtet wurde, untergeht und eben nicht durch einen anzustellenden Arzt oder einen weiteren Vertragsarzt nachbesetzt werden kann. Diese Auffassung wird sich wohl erst dann ändern, wenn entsprechende höchstrichterliche Urteile vorliegen.

Durch bereits erfolgte Entscheidungen des BSG Anfang Februar zu mehreren Verträgen der Integrierten Versorgung (u.a hat es entschieden, dass der „BKK-Vertrag“ mit 44.000 Ärzten und 2 Millionen Versicherten

zwar ein wirksamer Vertrag, aber eben kein IV-Vertrag ist) dürfte der Anwendungsbereich der IV-Verträge in Zukunft erheblich zurückgehen.

Zudem werden sich auf mittel- bis langfristige Sicht, bedingt durch die Einführung der Selektivverträge (§73b / §73 c SGB V) im seit 01.04.2007 gültigen GKV-WSG das Kollektiv- und Selektivvertragssystem zum Teil konkurrierend gegenüberstehen (nach Prognosen der KV-en könnten bis zu 10% der bisherigen Kollektivvertragsversorgung an Selektivverträge übergehen). In der anwaltlichen Beratung werden deshalb in Zukunft wahrscheinlich auch das Kartell- und Vergaberecht verstärkt eine Rolle spielen. **(RA Peter Peikert)**

## **II Lösungen für aktuelle Gestaltungsprobleme bei der Vertragsgestaltung**

### **1 Ärztekooperationen**

„Kennenlernphase/Hinauskündigungsrecht“: Hier hat der BGH seine sogenannte „Laborarzt-Entscheidung“ vom 08.03.04 im letzten Jahr dahingehend präzisiert, dass die Dauer der Kennenlern- und Erprobungsphase (in der der neu hinzukommende Gesellschafter ohne wichtigen Grund von den Altgesellschaftern einer BAG ausgeschlossen werden kann) auf drei Jahre beschränkt wird (Urteil vom 07.05.2007, II ZR 281/05, GesR 2007, 365).

Der problematische Sachverhalt der „Beitrittshaftung“ bleibt außen vor bzw. findet keine Anwendung, wenn die Gesellschaft erst gegründet wird: z.B wenn ein Arzt in die Einzelpraxis eines Kollegen „eintritt“ (BGH, Urteil v. 22.1.2004-IX ZR 65/01, NJW 2004, 836) oder mehrere Ärzte eine (neue) Gemeinschaftspraxis gründen (vgl. LG Berlin, Urteil v. 7.6.2007 – 37 O 13/07, GesR 2007, 514 m. Anm. Gummert).

Eine der schwierigsten Aspekte bei der Vertragsgestaltung stellt neben der „Vermögensbeteiligung“ die „Ergebnisverteilung“ dar. Wenn neben oder anstelle einer Ergebnisverteilung nach Köpfen oder prozentualen Verteilungsschlüsseln noch weitere (meist leistungsbezogene) Faktoren hinzukommen (z.B. zeitlicher Einsatz, besondere Qualifikationen), so sollte man am Besten eine der „10 goldenen Regeln der Vertragsgestaltung“ beherzigen und Beispielsrechnungen vornehmen, um die finanziellen Konsequenzen der verschiedenen Gestaltungen wirklich vor Augen zu haben.

Bei der Ausgestaltung des „Wettbewerbsverbots“ in sachlicher, zeitlicher und örtlicher Hinsicht sollte beachtet werden, dass nur ein übermäßiges Verbot in zeitlicher Hinsicht von der Rechtsprechung geltungserhaltend reduziert wird (BGH, Urteil v. 18.7.2005 – II ZR 159/03, NJW 2005,

3061); ein übermäßiges Verbot in sachlicher oder räumlicher Hinsicht, führt zur Nichtigkeit des gesamten Wettbewerbsverbots!

Den Vorteilen der Vereinbarung einer „Schiedsgerichtsklausel“ nach §§ 1025ff. ZPO –soweit die Parteien nichts anderes vereinbaren- (Nichtöffentlichkeit, abschließende Entscheidung, Sachkunde, Beschleunigung, hohe Vergleichsquote) stehen die beiden gewichtigen Nachteile (so hohe Kosten wie ein Verfahren durch zwei Instanzen, beschränkte gerichtliche Korrekturmöglichkeit) gegenüber(**Dr. Karl-Heinz Möller**).

## **2 Ärzte-GmbH**

Nachdem die GmbH auf dem Gebiet der Heilkunde lange nicht gebräuchlich war, wurde auf dem 107. deutschen Ärztetag 2004 in Bremen in § 23a der MBO-Ä eine „Ärzte-GmbH“ vorgesehen, in der die Gesellschafter überwiegend Ärzte sind. Die rechtlichen Voraussetzungen für eine Ärzte-GmbH ergeben sich aus dem Berufsrecht, dem Vertragsarztrecht und vor allen Dingen aus dem GmbH-Recht. Im Hinblick auf das Berufsrecht muss festgehalten werden, dass der §23a MBO-Ä nicht von allen Landesärztekammern in die Landessatzungen übernommen wurde. Gesellschafter einer Ärzte-GmbH dürfen nur Ärzte und die Angehörigen der kooperationsfähigen Berufe werden, und Dritte dürfen nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt werden. Vertragsarztrechtlich bedeutsam ist die Abgrenzung der selbständigen Berufsausübung von der nichtselbständigen Berufsausübung (nach den Kriterien des §2 Abs.2 Nr.1 UStG): es ist zwingend darauf zu achten, dass der Vertragsarzt als geschäftsführender Gesellschafter seine Selbständigkeit nicht verliert. Voraussichtlich wird im III. Quartal 2008 das MoMiG (Gesetz zur Modernisierung des GmbH-Rechts und zur Bekämpfung von Missbräuchen) in Kraft treten. Die dort geschaffenen Vereinfachungen und Erleichterungen (z.B. bei der Gründung, der Kapitalaufbringung, bei der Beurkundung, usw.) dürften nur bei unkomplizierten Standardfällen mit maximal drei Gesellschaftern in Betracht kommen; d.h. die Gründung einer Ärzte-GmbH mithilfe der dann zur Verfügung stehende Mustersatzung dürfte nur in den seltensten Fällen zur Anwendung kommen. Fazit: Die Ärzte-GmbH spielt zur Zeit keine Rolle und wird auch in Zukunft sowohl im Hinblick auf die Nachfolgeplanung als auch im Hinblick auf die Bildung größerer BAG´s nicht das Mittel der ersten Wahl sein (**RA Bernhard Mecklenborg**).

## **3 Praxisnachfolge**

Während in dem ausführlichen Skript zum Kongress zwei mögliche Musterverträge nebst Erläuterungen abgedruckt sind („Vertrag zur Gründung einer Job-Sharing-Berufsausübungsgemeinschaft und zur

Übernahme einer Einzelpraxis“ sowie „Vertrag über die Übernahme eines Anteils an einer Berufsausübungsgemeinschaft“), so wurden die Zuhörer in der Veranstaltung über verschiedene „Arten der Nachfolge in Arztpraxen“ und deren jeweilige Konsequenzen informiert (z.B. „Wo bleibt die Vertragsarztzulassung?“, „Können Rechtbehelfe eingelegt werden?“ oder „Kann ein einmal erfolgter Statuswechsel wieder rückgängig gemacht werden?“). Zumindest bei der Übernahme einer freiberuflichen Praxis nebst Zulassung durch ein MVZ (möglich seit 01.01.2004 - §103 Abs. 4a Satz 1 SGB V) oder durch eine BAG (möglich seit 01.01.2007 - § 103 Abs. 4b SGB V) findet ein unumkehrbarer Statuswechsel durch Verzicht statt: dem Vorteil einer sicheren Nachfolge durch einen angestellten Arzt steht gegenüber, dass diese Arztstelle auch in Zukunft eine Arztstelle mit angestelltem Arzt bleiben wird!

Bei der Gestaltung der einzelnen zivil- und gesellschaftsrechtlichen Vertragsklauseln müssen nicht nur die jeweiligen Bestimmungen im Vertrags- und Berufsrecht, sondern vor allen Dingen auch die steuerrechtlichen Konsequenzen mit bedacht werden. Beispielhaft sei hier die weitere Mitarbeit des abgebenden Arztes in der Praxis des Erwerbers zitiert: laut BFH (BStBl. II 1994, S. 925, LS § 18 Rn. 227, H 147 EStR 2004) ist diese Tätigkeit dann unschädlich, wenn eine definitive Übertragung des Patientenstammes auf den Erwerber erfolgt ist, der Erwerber die Patienten auf eigene Rechnung betreut, der Erwerber nur den Honoraranspruch gegenüber den Patienten hat und der Abgeber kein unternehmerisches Risiko mehr trägt (**RA Dr. Lars Lindenau**).

### **III Steuerliche Brennpunkte**

Dem niedergelassenen Arzt können aus drei Bereichen gewerbsteuerliche Risiken entstehen: aus der „Tätigkeit“, aus der „Anstellung“ und/oder aus der „Kooperation“. Nicht unproblematisch sind z.B. die Fallpauschalen (im Rahmen der integrierten Versorgung), die gleichzeitig die medizinische Betreuung (§ 18 EStG) als auch die Abgabe von Arzneien und Hilfsmitteln (§ 15 EStG) abdecken. Bei Überschreitung der Geringfügigkeitsgrenze (1,25%) würde es hier laut Grundaussage des BMF vom 01.06.2006 (DStR 2006, 1891) zu einer Infizierung der gesamten Tätigkeit der Gemeinschaftspraxis kommen. Eine Ausnahme von der Gewerblichkeit ergibt sich aber, wenn die Abgabe von Arzneien und Hilfsmitteln als Bestandteil der ärztlichen Gesamtleistung gesehen werden muss, da diese ohne die Medikamente oder Hilfsmittel gar nicht möglich wäre, z.B. Beschaffung und danach Implantation von Kniegelenkprothesen (DB 2006, 2661 und DB 2007, 1055). Neben Tipps zur „gestaltenden Beratung“ zum Thema IV-Verträge, gab es auch einen Hinweis zur „rettenden Beratung“ in diesem Zusammenhang: man soll prüfen, ob die Abgabe der Hilfsmittel eventuell zu Selbstkosten erfolgt, so dass gar nicht die Absicht besteht, Gewinne zu erzielen (damit würden auch keine gewerblichen Einkünfte vorliegen).

Bei dem Thema „Umsatzsteuer aus der Leistung“ wurden als Beispiele kosmetische Behandlungen von Schönheitschirurgen oder Zahnärzten (Umsatzsteuerpflicht, falls ohne medizinische Indikation), Leistungen von Heilpädagogen, aber auch kontrazeptive Maßnahmen und IGeL-Leistungen angeführt. Da normalerweise gilt: „In dubio pro re“ (d.h. im Zweifel ist die Leistung umsatzsteuerpflichtig), sollte der Arzt im Zusammenarbeit bzw. nach Rücksprache mit dem Steuerberater dezidierte Aufzeichnungen führen, um dem Finanzamt gegenüber die notwendigen Nachweise (für eine u.U. mögliche Umsatzsteuerbefreiung) führen zu können (BFH vom 22.2.2006, BFH/NV 2006, 1168). Hier befindet sich der Arzt jedoch im Spannungsfeld zwischen ärztlicher Schweigepflicht und steuerlicher Nachweispflicht – gegebenenfalls muss er sich die Einverständniserklärung der Patienten geben lassen. Hinsichtlich der „Umsatzsteuer aus der Kooperation“ wurde u.a. kurz der Fall besprochen, dass ein Schönheitschirurg, der eine Apparategemeinschaft nutzt, nicht nur umsatzsteuerfreie (medizinische induzierte) Leistungen (gem. § 4 Nr.14 Satz 1 UStG) erbringt, sondern auch umsatzsteuerpflichtige Leistungen. Die Kostenumlage, die er jährlich an die OP-Gemeinschaft bezahlen muss, ist nun in dem gleichen Verhältnis umsatzsteuerfrei (gem. § 4 Nr. 14 Satz 2 UStG) bzw. umsatzsteuerpflichtig, wie sich die Leistungen des Schönheitschirurgen zueinander verhalten. (**StB. Dr. Rolf Michels**).

#### **IV Umgestaltung des vertragsärztlichen Vergütungssystems**

Ohne hier auf den Aufbau des zur Zeit geltenden oder aber auch des in Zukunft geltenden EBM im einzelnen eingehen zu wollen, so können folgende wichtige Punkte festgehalten werden:

- Im Gegensatz zu heute wird es ab 2009 bundesweit einen einheitlichen Punktwert geben und gleichzeitig wird es auch nur noch fallzahlabhängige Budgets geben (wie heute z.B. schon bei den KV-en Westfalen-Lippe, Hessen, Niedersachsen...), d.h. die Ärzte sollten möglichst viele Fälle vorweisen können, um ein dementsprechendes Budget zugewiesen zu bekommen.
- Laut Aussagen des Bundesgesundheitsministeriums sollen € 2 – 3 Mrd. (ca. 10%) mehr in das System fließen (das entspricht durchschnittlich (!) € 15.000.- bis € 20.000.- mehr je Arzt).
- Es wird durch die Einführung des Gesundheitsfonds und die damit bedingte andere Abrechnung mit den Krankenkassen einen Honorarfluss von Süd nach Nord und von West nach Ost geben.
- Zudem wird ein Honorarfluss zwischen den Fachgruppen zu verzeichnen sein.

Führt man sich auf der einen Seite die Altersstruktur der zur Zeit praktizierenden Vertragsärzte vor Augen (2005 waren 17,5 % der Ärzte 60 Jahre und älter) und auf der anderen Seite die immer weniger werdenden Absolventen des Faches Medizin, die sich auch wirklich in

eigener Praxis niederlassen wollen, so kann man verstehen, dass das VÄndG (01.01.2007) mit seinen vielfältigen Möglichkeiten (u.a. die Öffnung der Kliniken für den ambulanten Bereich) auch unter dem Aspekt der „Abwehr von Unterversorgung“ auf den Weg gebracht wurde. So wichtig es auch sein mag, für die Zukunft gerüstet zu sein und sich durch Wachstum eine gute Position auf dem „Markt“ zu sichern, so muss man doch die verschiedenen Alternativen mit betriebswirtschaftlichem Know-How und vor allen Dingen unter Beachtung der jeweils geltenden Budgetrestriktionen zu Ende bedenken bzw. durchrechnen, wie anhand einiger Beispiele anschaulich dokumentiert wurde (**Dipl. Wirtschaftsing. Oliver Frielingsdorf**).

### **V Beratung von ärztlichen Existenzgründern**

Gerade bei einer „vorausschauenden“ Beratung müssen sich alle Beteiligten, Arzt, Bank, Steuerberater, Rechtsanwalt, Praxisberater bzw. Sachverständige..., an einen Tisch setzen, um eine maßgeschneiderte Lösung, die dann möglichst ohne Reibungsverluste umgesetzt werden kann, zu erarbeiten. Eine wohl überlegte Standortwahl, ein dazu passendes, tragfähiges Praxiskonzept, Finanz- und Liquiditätsplanungen, die Entscheidung, ob eine Praxisübernahme oder eine Praxisneugründung (mit den dazugehörigen finanziellen Konsequenzen) erfolgen soll, und viele weitere Punkte wurde in sachlicher Hinsicht, aber auch in zeitlicher Reihenfolge aufgefächert und kurz angerissen.

Im Zusammenhang mit der Finanzierung von Praxisgründungen wurde im Rahmen der KfW Förderprogramme z.B das „KfW Unternehmerkapital (ERP-Kapital für Gründung)“ positiv herausgestellt: hierbei handelt es sich um ein Nachrangdarlehen, das nach 7 tilgungsfreien Jahren 8 Jahre lang getilgt wird, interessante Zinskonditionen bietet, keine zusätzlichen Sicherheiten verlangt und das vorhandene Eigenkapital bis zu 40% der Kreditsumme aufstockt.

Im Zusammenhang mit Praxisübernahmen sollte, wenn der Kaufpreis für die zu übernehmende Praxis bekannt ist, eine Finanzierbarkeitsrechnung durchgeführt werden: als Faustregel gilt, dass der Kaufpreis in höchstens 10 Jahren „zurückbezahlt“ worden sein sollte!

Neben dem Hinweis auf die aktuelle Rechtsprechung des BFH (Urteil v. 14.11.2007, XI R 32/06) zum Problem der „Einbringungsbilanz“ (z.B. bei Eintritt in eine Gemeinschaftspraxis), wurde auch auf die Änderungen durch die Unternehmenssteuerreform 2008 hingewiesen. (**StB Ketteler-Eising**).

### **VI Qualitätsmanagement in der Arztpraxis: gesetzliche Pflicht – unternehmerische Herausforderung**

Über die sonst bei den Beratern wohlbekannten Regelwerke hinaus (VÄndG, GKV-WSG, usw. ) gibt es vielfältige Gesetze und Vorschriften, die die Ärzteschaft bei ihrer täglichen Arbeit beachten muss: z.B. das Medizinproduktegesetz mit der Medizingeräteverordnung, das Arbeitsschutzgesetz, die Gefahrstoff- und die Biostoffverordnung, das Strahlenschutzgesetz , das Infektionsschutzgesetz, die Richtlinien des Robert-Koch-Institutes sowie die Forderung, bis 2009 den zeit- und kostenaufwändigen Prozess der Implementierung eines der unterschiedlichen Qualitätsmanagementsysteme auf sich zu nehmen.(z.B. QM-System nach ISO, das Total Quality Management-Modell oder das European Foundation Quality Management-Modell).

Führt man sich in diesem Zusammenhang die aktuelle IDZ-Studie 2/08 vor Augen, aus der hervorgeht, dass in einer Zahnarztpraxis allein die durch Hygienevorschriften und Hygienemaßnahmen induzierten Kosten ca. 23 Prozent der Praxisgesamtkosten ausmachen, wird deutlich, dass nicht nur von Seiten der verschiedenen Gesetze, die im Rahmen der Gesundheitsreformen erlassen wurden, sondern auch von Seiten der verschiedenen Regelwerke zur „Qualitätssicherung“ ein immer stärkerer wirtschaftlicher Druck weg von der Einzelpraxis hin zu Berufsausübungsgemeinschaften (BAG´s) entsteht (**Prof. Dr. Hans-Peter Jöhren**).

#### **Autor des Artikels:**

Katja Nies  
Diplomvolkswirtin  
Sachverständige für die Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen

Sachverständigensozietät Dr. D. Nies und K. Nies