

In der Ärzteberatung nicht nur auf die Auswirkungen der Honorarreform achten!

Von Dipl. Volksw. Katja Nies, Köln (www.praxisbewertung-praxisberatung.com)

3. IWW - Kongress „Praxis Ärzteberatung“ am 06.03.2009 in Düsseldorf.

Es handelt sich nachfolgend nicht um eine abschließende Aufzählung aller wichtigen Gesetzesänderungen im Bereich der ärztlichen Beratung, sondern um einzeln herausgegriffene Punkte aus der Fülle der berichtenswerten Themen und Empfehlungen.

Referenten:

Dipl. Wirtschaftsing. Oliver Frielingsdorf, Stephan Kock, StB. Dr. Rolf Michels, Dr. Karl-Heinz Möller, RA StB Berthold Musselmann, RA Peter Peikert, Dipl. Finw. Jürgen Serafini, RA StB Krischan Treyde.

Übergeordneter Kontext der diesjährigen „Honorarreform“

Nachdem in den letzten Jahren durch die vielfältigen gesetzlichen Änderungen im Vertragsarztrecht noch eine „positive“ Aufbruchstimmung bei den Ärzten zu verzeichnen war, beherrschen seit Anfang dieses Jahres die möglichen bzw. schon jetzt absehbaren negativen Auswirkungen der seit 01.01.09 in Kraft getretenen Eurogebührenordnung und der Regelleistungsvolumina (als einem Teil der über mehrere Jahre angelegten Honorarreform gemäß dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) die Stimmung. Über die auf allen Seiten sehr emotional geführte Diskussion sollten zum einen die übergeordneten Ziele (z.B. Abbau von Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize, Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen, Honorarzuschläge für besondere Qualität, Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen und Mengensteuerung) und zum anderen der weitere Zeitplan nicht aus den Augen verloren werden:

- 01.01.2010: Inkrafttreten der Zu- und Abschläge zu den Orientierungspunktwerten bei Über- oder Unterversorgung.
- 01.01.2012: Entwicklung diagnosebezogener Fallpauschalen im fachärztlichen Bereich.
- Bis 30.06.2012: Ergebnisbericht über die Auswirkungen der Zu- und Abschläge zu den Orientierungspunktwerten auf die vertragsärztliche Versorgung. Sodann Überprüfung des Gesetzgebers, ob die Bedarfsplanung insgesamt abgeschafft werden kann! (Bei den Zahnärzten gibt es bereits seit 01.04.07 keine Zulassungsbeschränkungen mehr).

Aufgrund der Tatsache, dass die Vergütung der ärztlichen Leistung vom betriebswirtschaftlich kalkulierten Punktwert von 5,11 Cent (EBM 2000+) auf magere 3,5 Cent abgewertet wurde und diese „Punktwerte“ noch zusätzlich über das individuelle RLV „budgetiert“ werden, kann auf jeden Fall festgehalten werden, dass mit EBM und RLV in Zukunft keine Kostendeckung in der Arztpraxis erreicht werden kann.

Exkurs: Noch vor dem Inkrafttreten der Honorarreform 2009 wurde bereits mit Wirkung zum 01.10.08 die Abrechnung der Basislaborleistungen geändert (Kap. 32.2 des EBM): die Abrechnung der Analysekosten muss nunmehr durch die Laborgemeinschaft abgerechnet werden; die ärztliche Grundpauschale rechnet nach wie vor der Vertragsarzt direkt mit seiner KV

ab. Gemäß einer im Dezember 2008 von der KBV veröffentlichten Verfahrensrichtlinie müssen Laborgemeinschaften vier Monate nach Abschluss ihres Geschäftsjahres eine Gewinn- und Verlustrechnung vorlegen. (Die Erträge sollen abgeschöpft werden. Probleme: u.a. Datenschutz, da die LG`s nunmehr die versichertenbezogenen Daten brauchen, sowie Aufschlüsselung der Kosten). Mögliche Lösung: Auflösung der Laborgemeinschaft und Erbringung der Basislaborleistungen durch einen Laborarzt oder Erbringung durch eine gewerbliche Fremdeinrichtung über einen Nutzungsvertrag.

Bildung einer ÜBAG („Praxiskette“) als eine der möglichen Antworten auf die zu erwartende Veränderungen?

Betrachtet man die unten stehende Tabelle der kassenärztlichen Bundesvereinigung zu prognostizierten Veränderungen in der GKV-Honorarstruktur, so kann davon ausgegangen werden, dass die wenigsten Ärzte zum heutigen Zeitpunkt mit so einem dramatischen Rückgang der Honorare aus den Kollektivverträgen rechnen.

	2005	2010	2015
Kollektivverträge	99 %	55 %	42 %
Integrierte Versorgung (§ 140 SGB V)	1 %	3 %	5 %
Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)	0 %	35 %	40 %
Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73 c SGB V)	0%	5 %	10 %
Ambulante Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V)	0 %	2 %	3 %

(KBV-Prognose zur möglichen Honorarverlagerungen)

Bei den verschiedenen Selektivverträgen, deren Anteil laut dieser Prognose in Zukunft stark steigen wird, ist es für den einzelnen Arzt wichtig, seine Einnahmenstruktur innerhalb (und außerhalb) des KV-Systems beeinflussen und umstrukturieren zu können, und damit essentiell, Verhandlungsstärke gegenüber Kassen und Kliniken aufzubauen, sei es z.B. durch Bildung eines Praxisnetzes oder durch die Bildung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) im Sinne einer „Praxiskette“. Worin sind deren Vorteile zu sehen?

- Einnahmenseite: gemeinsame Abrechnung, Budgetverschmelzung (ggfs. unter Mitnahme von Budgetaufschlägen). Achtung: durch die Einführung von Arzt- und Betriebsstättennummern zum 01.07.08 durch die KBV ist die Abrechnung der Fallzahlen je Arzt jederzeit nachvollziehbar und Grundlage für die Berechnung des RLV des jeweiligen Quartals im Folgejahr.
- Ausgabenseite: Durch das Beibehalten der jeweiligen Praxisstandorte kann eine weitestgehende Autonomie beibehalten werden, aber es können trotzdem z.B. über den gemeinsamen Einkauf von Verbrauchsmaterialien Kosten eingespart werden.
- Vertretung: die Ärzte können sich nicht nur gegenseitig vertreten, sondern auch an allen Standorten tätig sein (Anbieten von bestimmten Schwerpunkten an bestimmten Tagen).

- Anstellung eines Assistenten, auch im Hinblick auf eine möglich Praxisnachfolge, ggfs. mit Zulassung und eigenem „Budget“, der ebenfalls an allen Standorten tätig sein kann.

Gegenüber anderen Kooperationsformen hat die ÜBAG den Charme, mit relativ wenig Aufwand umgesetzt werden zu können (aber im Notfall auch wieder aufzulösen zu sein).

Neue Entwicklungen in der Rechtsprechung zur „Vertragsarztzulassung als immaterielles Wirtschaftsgut“ sowie zur „Nullbeteiligungsgesellschaft“

- Vertragsarztzulassung: Sollte sich der ein oder andere Arzt mit dem Gedanken tragen, durch den „Kauf / Übernahme einer Zulassung“ in einem zulassungsbeschränkten Planungsbereich seine Praxistätigkeit auszudehnen, so sollte zwingend darauf geachtet werden, dass der Kaufvertrag den Verkauf der „gesamten“ Praxis und nicht nur der Zulassung beinhaltet, und der Kaufpreis im Verhältnis der Teilwerte der einzelnen Wirtschaftsgüter aufgeteilt wird, wobei der „Erwerb der kassenärztlichen Zulassung“ als selbständiges immaterielles Wirtschaftsgut des Anlagevermögens getrennt vom Praxiswert auszuweisen ist. Siehe die aktuelle Rechtsprechung zur „Steuerlichen Behandlung des Erwerbs kassenärztlicher Zulassungen“ (OFD Rheinland (S 2170 – St 157 (01/2008) und OFD Münster (S 2172 – 152 – St 12-33)).
- Nullbeteiligungsgesellschaft: Während bisher RA Dr. Hans-Jürgen Rieger die Nullbeteiligungsgesellschaft auf Dauer für zulässig hielt und Dr. Klaus Engelmann als Richter am BSG noch die Auffassung vertrat, dass erst nach 3 Jahren zumindest eine Beteiligung am immateriellen Vermögen erfolgen muss, vertritt nun sein Nachfolger Prof. Ulrich Wenner, Vorsitzender im Vertragsarztrechtssenat des BSG, in seinem Buch „Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform“ (München 2008, S. 214) folgende Meinung: „Wenn ein Arzt von Gewinn, Vermögen und Geschäftsführung seiner Gemeinschaftspraxis, auf Dauer ausgeschlossen ist, wird nur der Beobachter kein zwingendes Indiz für eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis sehen, der bei der Unterscheidung von Kreis und Rechteck so lange über die generelle Irrelevanz von Ecken zu schreiben vermag, dass er am Ende selbst glaubt, auf die Ecken als Unterscheidungsmerkmal könne notfalls verzichtet werden.“

Erbschaftsteuerrecht ab 01.01.09: Höhere Erbschaftsteuerbelastung durch geänderte Bewertung! (z.B. durch Bundesärztekammer-Methode – Stand 09.09.2008)

Aufgrund der Vorgaben, die das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 07.11.06 festgehalten hat, werden mit dem neuen Erbschaftsteuerrecht für die Bewertung des Betriebsvermögens nicht mehr die Steuerbilanzwerte herangezogen, sondern das Betriebsvermögen von freiberuflich Tätigen muss nun gemäß §§ 96, 109 Abs 1 S. 1 BewG mit dem gemeinen Wert angesetzt werden. Dieser ist (soweit er nicht aus Verkäufen abzuleiten ist, die innerhalb eines Jahres vor dem „Erwerbszeitpunkt“ zwischen fremden Dritten erfolgt ist) unter Berücksichtigung der Ertragsaussichten ermittelt werden. Dabei ist eine Methode anzuwenden, die ein Erwerber bei der Bemessung des Kaufpreises zugrunde legen würde. Es ist davon auszugehen, dass auch die überarbeitete „Bundesärztekammer-Methode“ („Hinweise zur Bewertung von Arztpraxen“, Stand 09.09.08) für erbschaftsteuerliche Berechnungen in der Praxis herangezogen wird. (Für die kritische Würdigung dieser überarbeiteten Methode: siehe PFB Nr.3/März 2009, S. 67ff). Aber unabhängig davon, welche der ertragsorientierten Bewertungsmethoden gewählt wird, muss konstatiert werden, dass in der Zukunft höhere Werte bei der Erbschaftssteuerbemessung zugrunde gelegt werden.

Erschwerend kommt bei den Ärzten hinzu, dass durch die berufsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Vorschriften die Vergünstigungen, die Gewerbetreibende in Anspruch nehmen können, nicht zum Zuge kommen können : z.B. Verschonungsabschlag von 85% nach § 13 a Abs. 1 i.V.m. § 13 b Abs. 4 EStG (Fortführung des Betriebes mindestens 7 Jahre und die in dieser Zeit gezahlten Löhne dürfen nicht niedriger sein als 650% der Ausgangslohnsumme) oder der gleitende Abzugsbetrag gemäß § 13 a Abs. 2 ErbStG. Nur der Erbe einer Arztpraxis, der die berufliche Qualifikation als Arzt hat und außerdem als Vertragsarzt zugelassen ist (bzw. im Nachbesetzungsverfahren zugelassen ist) kann diese so genannten Verschonungsnormen in Anspruch nehmen.

Es sollte in jedem Fall eine umfassende Nachfolgeplanung erfolgen bzw. überarbeitet werden, damit die erbrechtlichen, gesellschaftsrechtlichen (bei Kooperationen), medizinrechtlichen und steuerrechtlichen Problemkreise optimal berücksichtigt werden können.

Sollte es im Fall einer BAG z.B. keine anderen Regelungen im Gesellschaftsvertrag geben, wird die Gesellschaft durch den Tod eines der Gesellschafter aufgelöst (§ 727 Abs. 1 BGB), was nicht im Sinne der überlebenden Gesellschafter sein kann.

Gestaltungstipp: Anwendung von §24 UmwStG im Rahmen einer Abfindung mit Nachbesetzung (z.B. wegen Todes)

Viele Gesellschaftsverträge von BAG's sehen vor, dass der Anteil des Verstorbenen den verbleibenden Gesellschaftern anwächst und diese dafür an die Erben eine Abfindung bezahlen müssen. Ohne entsprechende Gestaltung kann es hier jedoch zu unnötigen Zinsnachteilen oder sogar endgültigen Steuernachteilen kommen. Die Problematik ergibt sich daraus, dass durch den zwar im Gesellschaftsvertrag geregelten, aber trotzdem unvorhergesehen Todesfall die Gesellschaftsanteile nicht direkt an einen Nachfolger verkauft werden können, sondern über das vorübergehende Halten bei den Erben zu unerwünschten Steuerbelastungen führen kann. Der Anteil (incl. der stillen Reserven) des verstorbenen Arztes wächst den verbliebenen Gesellschaftern zu, es entsteht eine betriebliche Verbindlichkeit in Höhe des Abfindungsanspruches gegenüber den Erben. Auf dem jeweiligen Kapitalkonto kommt es zu einer Vermischung des Wertes der alten Anteile mit dem Wert der Anteile, die durch die Anwachsung dazu gekommen sind. Wird nun der Anteil an einen Nachfolger weiterverkauft, müssen grundsätzlich auch die stillen Reserven der alten Gesellschafter versteuert werden. Es entsteht zwar in gleicher Höhe entsprechendes Abschreibungsvolumen, aber damit auch die bereits erwähnten Zinsnachteile. Eine Gestaltungsmöglichkeit, um dieses Problem des „Haltens des Anteils bei den Erben“ zu lösen, sieht eine Zuzahlung in das Betriebsvermögen nach § 24 UmwStG bei gleichzeitigem Beitritt in die Abfindungsverbindlichkeit vor (die Abfindung der Erben wird eine Verbindlichkeit der Praxis und der Nachfolger zahlt den Kaufpreis in das Betriebsvermögen ein). Damit wird steuerlich das gleiche Ergebnis erzielt, als hätte der Nachfolger seinen Anteil unmittelbar von dem Verstorbenen erhalten.

Neuregelungen bei der Umsatzsteuerbefreiung zum 01.01.09 (Jahressteuergesetz 2009)

- **§ 4 Nr. 14 a UStG n.F. (ambulante Heilbehandlungsleistungen)**: bei der Definition der begünstigten Heilbehandlungsleistungen wird die Terminologie der aktuellen Mehrwertsteuer-Systemrichtlinie übernommen, man spricht nun nicht mehr von „...Umsätzen aus der Tätigkeit als...“, sondern von „...Heilbehandlung im Bereich der Humanmedizin...“. Der Katalog begünstigter Heil- und Hilfsberufler sowie die „ähnlichen heilberuflichen Tätigkeiten“ wurden mit geringfügigen Änderungen übernommen. Auch die Leistungen, die im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§73 b

SGB V) sowie der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73 c SGB V) erbracht werden, sind umsatzsteuerbefreit.

- § 4 Nr. 14 b UStG n.F. (stationäre Heilbehandlungsleistungen): Hier bleibt genau zu beobachten, wie sich die Änderung in der Definition der „eng verbundenen Umsätze“ auf die Beurteilung der Umsatzsteuerbefreiung (z.B. der entgeltlichen Raum- und Gräteüberlassung eines Krankenhauses an einen niedergelassenen Arzt) auswirken wird. Während die alte Gesetzesfassung lediglich einen (globalen) Bezug „zum Betrieb der fraglichen Einrichtung“ forderte, heißt es nun „...mit Krankenhausbehandlung und ärztlicher Heilbehandlung einschließlich Diagnostik, Befunderhebung“ eng verbundene Umsätze.
- § 4 Nr. 14 c UStG n.F. (Integrierte Versorgung): Es geht aus dem Gesetzestext nicht klar hervor, ob ab dem 01.01.09 auch die in den Fallpauschalen enthaltenen Vergütungsanteile für Arzneien und Hilfsmittel umsatzsteuerfrei belassen werden sollen (laut Aussage des Referenten ist dies zu verneinen). Der auf die Arznei- und Hilfsmittel entfallende Vergütungsanteil dürfte nur dann gemäß dieser Vorschrift umsatzsteuerfrei sein, wenn die fraglichen Mittel untrennbarer Bestandteil oder notwendige Vorbereitung der Behandlung darstellen (z.B. Impfstoffe bei der Impfleistung).
- § 4 Nr. 14 d UStG n.F. (Praxis- und Apparategemeinschaften und Laborgemeinschaften): es ergeben sich hierbei zwei Änderungen: zum einen die Erweiterung der Vorschrift in Bezug auf die Ausdehnung (z.B. auf Krankenhäuser - bereits gelebte Verwaltungspraxis) und zum anderen die Einschränkung dahingehend, dass „die Gemeinschaften von ihren Mitgliedern lediglich die genaue Erstattung des jeweiligen Anteils an den gemeinsamen Kosten“ fordern dürfen. Hierbei wurde ausgeführt, dass „die genaue Erstattung“ die Notwendigkeit umschreibt, eine echte Kostenumlage ohne Gewinnerzielungsabsicht zu Gunde zu legen, und der „jeweilige Anteil“ an den Kosten dann vorliegt, wenn sich die Mitglieder bei dieser Kostenverteilung an einer ihres Erachtens nach fairen Aufteilung der im gemeinsamen Interesse anfallenden Kosten orientieren (pauschalierende Verteilungsschlüssel sind erlaubt). Leistungen, die nicht gegenüber Patienten erbracht werden (z.B. Buchhaltung, Rechtsberatung) sind dahingegen nicht umsatzsteuerbefreit.

Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen (GKV-OrgWG)

Abschließend sei noch kurz auf drei Änderungen hingewiesen, die im Rahmen des GKV-OrgWG am 17.10.08 beschlossen wurden:

- Aufhebung der Altersgrenze von 68 Jahren (§ 95 Abs. 7, Sätze 3 bis 9).
- Nachbesetzung eines hälftigen Versorgungsauftrages ist nunmehr statthaft (§ 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V: „Satz 1 gilt auch bei hälftigen Verzicht oder bei hälftiger Entziehung der Zulassung“).
- Zwang zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung zum 30.06.09 zwischen Krankenkassen und Gemeinschaften, die die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KV vertreten.