

14. IWW KONGRESS PRAXIS ÄRZTEBERATUNG

Praxisführung in sich wandelnden Zeiten

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

| Der 14. Kongress Praxis Ärzteberatung fand diesmal sowohl vor Ort in Düsseldorf als auch virtuell online statt. Er brachte den in der Heilberufberatung Tätigen wieder eine Fülle an aktuellem Wissen. |

1. Ein Jahr TSVG, Corona-Gesetzgebung und neue Vorhaben

Zusätzlich zu TSVG und beabsichtigten Verbesserungen in Pflege und Versorgung beschäftigte 2020 die Corona-Gesetzgebung die Beratung.

1.1 COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz/Vertragsärzte

Dieses Gesetz zum Ausgleich finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen durch COVID-19 ist am 28.3.20 in Kraft getreten. Das Gesetz enthält demzufolge nicht nur Regelungen für Krankenhäuser sondern auch für die ambulante Versorgung. Niedergelassene Ärzte (jedoch nicht Zahnärzte, s. Tz. 1.2) können mit Ausgleichszahlungen rechnen, wenn sich infolge der COVID-19-Pandemie durch den Rückgang der Fallzahlen Honorareinbußen um mehr als 10 % im Vergleich zum Vorjahresquartal ergeben. Die Ausgleichszahlungen sind auf Leistungen beschränkt, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezahlt werden. Es sollen zudem Mehrkosten ausgeglichen werden, die durch die Versorgung von COVID-19-Erkrankten entstehen. Die genaue Ausgestaltung der Leistungen wird in den Honorarverteilungsmaßstäben, die zwischen den einzelnen KV mit den Krankenkassen ausgehandelt werden, festgelegt.

Ausgleichszahlungen

1.2 COVID-19-Versorgungsstrukturen-Schutzverordnung/Vertragszahnärzte

Die Schutzverordnung ist erst am 5.5.20 in Kraft getreten und gewährt den Zahnärzten keine Subventionen, sondern lediglich eine Liquiditätshilfe bzw. einen zinslosen Kredit. Vertragszahnärzte erhalten 90 % der Vergütung, die sie in 2019 erhalten haben. Im Falle von Überzahlungen (der aus dem Schutzschirm erhaltene Betrag ist höher als er dem jeweiligen Zahnarzt zugestanden hätte) muss die Differenz in den zwei Folgejahren zurückgezahlt werden. Der Schutzschirm endet am 31.3.21. Die weitere Förderung soll in § 85a SGB V überführt werden (siehe auch Tz. 1.4).

Rückzahlbare
Liquiditätshilfen

1.3 Ein Jahr TSVG (Terminservice- und Versorgungsgesetz)

Das TSVG, das am 11.5.19 in Kraft getreten ist, soll die wohnortnahe sowie flächendeckende Versorgung sicherstellen und verbessern sowie darüber hinaus eine beschleunigte und vereinfachte Terminvergabe gewährleisten.

1.3.1 Extrabudgetäre Leistungen

Für eine schnellere Terminvergabe sieht der Gesetzgeber im TSVG verschiedene Vergütungsanreize für die betroffenen Arztgruppen vor. Folgende Leistungen werden extrabudgetär vergütet:

Vergütungsanreize
für rasche Termin-
vergabe

- Patientenvermittlung über eine Terminservicestelle (TSS)
- Patientenvermittlung über den Hausarzt an den Facharzt
- Neupatienten
- Patienten in der offenen Sprechstunde (ohne Hausärzte)
- Akutvermittlung über eine Terminservicestelle

Aber die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) nach vier Quartalen erweist sich als problematisch: Je mehr der o. a. Leistungen nach TSVG eine Fachgruppe abrechnet, desto größer fällt die Bereinigung der MGV aus, wodurch der Fallwert für die übrigen Patienten in der Zukunft sinkt.

Zusätzlich gibt es nach einem knappen Jahr folgende Fragen:

- Unklare Berechnungen bei Budgetbereinigung für TSVG-Patienten.
- Auswirkungen für Praxisbesonderheiten im RLV?
- Keine Änderung der Plausibilitätszeiten trotz Verpflichtung zur Ausweitung der Sprechstundenzeiten.
- Kein Ausfallhonorar, wenn der von der TSS vermittelte Patient nicht erscheint.
- Erhöhter Verwaltungsaufwand.
- Darf man Patienten in der offenen Sprechstunde (fünf Stunden pro Woche für festgelegte Arztgruppen der Grundversorgung) wegen Überlastung ablehnen?

1.3.2 Sprechstundenzeiten 25 Stunden/Woche

Mit dem TSGV wurden die obligatorischen Sprechstundenzeiten für Ärzte mit einem vollen Versorgungsauftrag von 20 Stunden pro Woche auf 25 Stunden pro Woche angehoben. Zu den Sprechstundenzeiten zählen wie bisher die Präsenzzeit in der Praxis und – neu – Hausbesuche und auch die Wegzeiten dorthin, jedoch nicht Arbeiten im Homeoffice. Von den KV nicht einheitlich gehandhabt werden die Zeiten für das ambulante Operieren. Ebenfalls nicht einheitlich geklärt bzw. von den Zulassungsausschüssen unterschiedlich gehandhabt ist die Frage, ob sich die Mindestsprechstundenzeiten auf den Anstellungsumfang gemäß §§ 51, 58 Bedarfsplanungsrichtlinie auswirkt und ob es einen Bestandsschutz für Altverträge gibt. Muss z. B. ein angestellter Arzt mit halbem Versorgungsauftrag „nun“ Mindestsprechstundenzeiten von 12,5 Stunden pro Woche „anbieten“?

1.4 GPVG – Versorgungsverbesserungsgesetz

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (Versorgungsverbesserungsgesetz – GPVG), das zum 1.1.21 in Kraft treten soll, sind u. a. folgende Verbesserungen geplant:

- Zukunftsorientierte Personalausstattung für vollstationäre Pflegeeinrichtungen
- Hebammenstellen-Förderprogramm
- Einbeziehung der Kinder- und Jugendmedizin in die pauschale Förderung für ländliche Krankenhäuser
- Abrechnungen von Liquiditätshilfen an Zahnärzte („Schutzschirm Vertragszahnärzte“ – Überführung in § 85a SGB V)
- Erweiterte Möglichkeiten für Selektivverträge gemäß § 140a SGB V (Besondere Versorgung)

Nach einem Jahr
noch offene Fragen

Was rechnet zu den
25 Wochenstunden?

Verbesserungen
bei Pflege und
Betreuung

Während Kollektivverträge in der ärztlichen Versorgung von den Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Krankenkassen oder deren Verbänden abgeschlossen werden und für die Ärzte und Krankenkassen verbindlich sind, können bei Selektivverträgen die Vertragsbedingungen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen individuell ausgehandelt werden. So kann flexibel auf besondere Versorgungsformen, aber auch bestimmte Krankheitsbilder eingegangen werden.

In dem Entwurf zum GPVG ist nun u. a. vorgesehen, dass neben kassenindividuellen, auch kassen- bzw. kassenartübergreifende Selektivverträge mit Leistungserbringern möglich sind. Sektorenspezifische besondere Versorgungsaufträge sollen auch neben den Vertragsärzten anderen (nicht-ärztlichen) Leistungserbringern ermöglicht werden. Regionale Besonderheiten sollen verstärkt abgebildet werden. Es dürfen wieder „Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen“ der Leistungserbringer und der Krankenkassen durch Vertragspartner oder Dritte durchgeführt werden.

So positiv auf der einen Seite die erweiterten, flexiblen Möglichkeiten für Selektivverträge zu sehen sind, so muss man auf der anderen Seite auch befürchten, dass das seit mehr als 100 Jahren bewährte System der Kollektivverträge allmählich ausgehöhlt wird.

2. Die Praxis in der Betriebsprüfung

Das Risiko einer Betriebsprüfung und das Risiko in der Betriebsprüfung steigt; denn mittlerweile gibt es beim Finanzamt Spezialisten für die Prüfung von Heilberufen „Fachprüfer Gesundheitswesen“ und „Fachprüfer IT“, die oft zusammen vor Ort in der Arztpraxis erscheinen.

2.1 Wann steigt das Risiko für eine Betriebsprüfung?

In folgenden Fällen muss mit einem erhöhten Risiko gerechnet werden:

- Sonderereignisse, wie große Veränderungen an der Praxis, z. B. Erweiterung einer Einzelpraxis zu einer BAG oder Einbringung in ein MVZ.
- Die Buchhaltung zeigt Unregelmäßigkeiten (schwankende Einnahmen bei gleichbleibenden Überschüssen).
- Steuerprüfungen in den Vorjahren, die zu hohen Nachzahlungen führten.
- Angebote auf der Praxishomepage, die umsatzsteuerpflichtig sind.

2.2 Wie oft wird geprüft?

Hier wird nach Größenklassen gemäß § 3 BpO unterschieden:

■ Größenklassen und Prüfungswahrscheinlichkeit

Praxisgröße	Kleine Praxen	Mittelgroße Praxen	Große Praxen
Einnahmen oder Gewinn	210 – 990 TEUR oder 44 – 165 TEUR	990 – 5.600 TEUR oder 165 – 700 TEUR	über 5.600 TEUR oder über 700 TEUR
Prüfungswahrscheinlichkeit	gering	20 %; im Durchschnitt alle 15,8 Jahre für 3 Jahre (Prüfungszeitraum)	lückenlose Prüfung

Mehr Flexibilität bei Selektivverträgen

Wird das System der Kollektivverträge ausgehöhlt?

Diese Faktoren erhöhen das Bp-Risiko

2.3 Verprobung von abgerechneten Leistungen und verbuchten Einnahmen

Ein Fokus der digitalen Betriebsprüfung mit der Prüfungssoftware „IDEA“ liegt u. a. auf dem Abgleich der abgerechneten Leistungen und der im Rechnungswesen verbuchten Einnahmen. Da die Leistungserbringung und die Bezahlung (KV, KZV oder durch die Patienten) sowie anschließende Verbuchung der Einnahmen zeitlich auseinanderfallen, kann folgendes Jahres-Berechnungsschema am Beispiel einer Zahnarztpraxis bei der Überprüfung helfen:

■ Überleitungsrechnung

Abgerechnete Leistungen
+ unbezahlte Patientenrechnungen am 1.1.
+ Schlussraten KZV (III. u. IV. Quartal Vorjahr)
./ stornierte Rechnungen/Ausbuchungen
./ Teilerlass / Uneinbringlichkeit
./ Schlussraten KZV (III. u. IV. Quartal lfd. Jahr)
./ unbezahlte Patientenrechnungen am 31.12.
= Soll: Praxiseinnahmen

Bei der Herleitung tauchen jedoch Probleme auf:

- Leistungserbringung und Bezahlung fallen auseinander (z. B. wegen Punkt- werte-Veränderungen, Kürzungen, Regresse).
- Unbezahlte Patientenrechnungen fehlen u. U. für die Vergangenheit.
- Stornierungen/Ausbuchungen werden nicht dokumentiert/begründet.

Deshalb werden für die (Zahn-)Ärzte für diesen Bereich folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- Ausgangsrechnungen durchlaufend nummerieren,
- Rechnungsstornierungen zeitnah und nachvollziehbar dokumentieren,
- Kulanz/Preisnachlässe von den Patienten abzeichnen lassen.

Zudem sollte der einzelne Arzt auf alle Fälle in der Lage sein, ein Rechnungsausgangsbuch in anonymisierter Form vorzulegen, damit er seiner Verschwiegenheitspflicht nachkommen kann.

2.4 Verfahrensdokumentation

Gemäß den Vorgaben von GoBD und IDW-Stellungnahme RS FAIT 1 soll die Buchführung einem sachverständigen Dritten innerhalb angemessener Zeit einen Überblick über die Geschäftsvorfälle und über die Lage des Unternehmens ermöglichen.

Hierbei hilfreich ist eine Verfahrensdokumentation mit diesem Soll-Inhalt:

- Allgemeine Beschreibung der Praxis/Eckdaten,
- Genutzte Softwareprogramme (Version) mit Bedienungsanleitungen,
- Angaben zur Umsetzung von Updates,
- Verantwortlichkeiten (Bedienung, Dateneingabe, Zugriffsrechte),
- Angaben zur Fakturierung,
- Datensicherung und Archivierung,
- Ergebniskontrolle: Wie und durch wen? (IKS – Internes Kontrollsystem).

Probleme bei
der Überleitungs-
rechnung

Maßstab: der
sachverständige
Dritte

Wichtige Inhalte
einer Verfahrens-
dokumentation

3. „Klassische“ Honorararztstätigkeit

Aus den verschiedenen Urteilen, die im Rahmen des Kongresses vorgestellt wurden, seien hier zwei Urteile herausgegriffen, die für Krankenhäuser und dort bisher beschäftigte Honorarärzte in der Vergangenheitsbetrachtung ein nicht unerhebliches Maß an finanziellen Risiken bergen und eine Überarbeitung der Verträge erfordern. Denn den „klassischen“ Honorararzt wird es nach diesen Urteilen wohl nicht mehr geben.

3.1 Sozialversicherungspflicht von Honorarärzten (BSG 4.6.19, B 12 R 11/18 R)

Das BSG betont, dass die vertragliche Einordnung der Honorararztverträge (als freies Dienstverhältnis) für die sozialversicherungsrechtliche Einordnung irrelevant sei. Vielmehr sei der gelebte Vertrag entscheidend. Da ein hohes Maß an Einbindung in die Organisationsstruktur sowie kein bzw. kaum unternehmerisches Risiko vorliegen würde, liegt wie bei einem regulären Anstellungsverhältnis stets Sozialversicherungspflicht vor. Der Sachverhalt bezog sich auf eine Ärztin, die in einem Krankenhaus mit einem „Konsiliararztvertrag“ selbstständig in den Bereichen Anästhesie und Notfallmedizin tätig war.

3.2 Rückzahlung überzahlter Honorare (BAG 26.6.19, 5 AZR 178/18)

Wird im Nachhinein festgestellt, dass ein vormalig „freies Dienstverhältnis“ eigentlich doch ein Angestelltenverhältnis mit Sozialversicherungspflicht ist, müssen rückwirkend die Sozialversicherungsbeiträge gezahlt werden. Hat darüber hinaus der Dienstherr bzw. Arbeitgeber ursprünglich ein Stundenhonorar gezahlt, das höher als eine vergleichbare regelmäßige Vergütung (im Angestelltenverhältnis) war, kann er die zu viel gezahlte Vergütung zurückfordern. Auch wenn sich der zugrunde liegende Sachverhalt auf einen IT-Mitarbeiter bezog, birgt dieses Urteil, in Kombination mit dem oben geschilderten Urteil zu den Honorarärzten, nicht absehbare Risiken für die bisher in diesem Bereich tätigen Ärzte!

4. (Zahn-)Ärzte und die Praxisabgabe

Unabhängig von den Veränderungen, die die Corona-Epidemie nicht nur im Gesundheitssektor, sondern in der gesamten Volkswirtschaft hervorruft, gab es vorher schon und gibt es weiterhin Entwicklungen, die die Abgabe einer Praxis erheblich beeinflussen. Fakt ist, dass es u. a. aufgrund der Feminisierung der Ärzteschaft, der sinkenden Risikobereitschaft und der höheren Investitionssummen immer weniger freiberufliche Praxisnachfolger geben wird. Ein Blick auf den Zahnarztmarkt bietet beispielsweise folgenden Trend:

■ Anzahl der behandelnden Zahnärzte (2008 bis 2026)

	2008	2018	2026
Niedergelassene Zahnärzte	55.182	51.436	45.531
Angestellte Zahnärzte	11.167	21.967	32.162
Summe behandelnd tätige Zahnärzte	66.349	73.403	77.693

Selbstständigkeit
scheitert regelmäßig
ab der Einbindung

Arbeitgeber kann
Honorar
zurückfordern

Zwei Trends:
Feminisierung und
Anstellungsverhältnis

Es gilt zu bedenken, dass auch diese Betrachtungsweise nicht die angebotenen Behandlungsstunden widerspiegelt, sondern „nur“ die Ärztezahl, die aber gerade bei den angestellten Zahnärzten auch in Teilzeittätigkeit besteht und bestehen wird. Eine ähnliche Entwicklung ist auch bei den Ärzten, je nach Fachrichtung in unterschiedlicher Ausprägung, zu beobachten.

Die schon in der Vergangenheit gegebenen Beratungshinweise hinsichtlich der längerfristigen Vorbereitung (ca. drei bis fünf Jahre) auf eine Praxisabgabe in einem „Käufermarkt“ haben an Aktualität nicht verloren, sondern im Gegenteil noch an Brisanz gewonnen. Es sollte vermieden werden, eine Alterspraxis entstehen zu lassen, in dem der Praxisinhaber zusammen mit seinen Angestellten der Rente „gemütlich“ entgegenseht. Stattdessen sollte man

- bis zum geplanten Schluss notwendige Investitionen vornehmen;
- auch Schönheitsreparaturen nicht schleifen lassen („Eine Arztpraxis muss zu jedem Zeitpunkt ansprechend, hell und sauber aussehen.“);
- eine durchschnittliche Fallzahl, bezogen auf die jeweilige Arztgruppe, bis zur endgültigen Praxisabgabe vorweisen. (Stichwort: Versorgungsrelevanz);
- die QM-Unterlagen, die EDV-Ausstattung usw. aktuell halten.

Zudem sollte im Hinblick auf den Verkauf fakultativ geprüft werden:

- Wie sieht der „objektive“ Praxiswert aus? Entspricht er den subjektiven Vorstellungen?
- Welche möglichen Kooperationsstrukturen könnte es geben?
- Kann u.U. ein designierter Nachfolger als Job-Sharer mit in die Praxis eingebunden werden (nach dreijähriger Tätigkeit: Privilegierungstatbestand nach § 103 Abs. 3a SGB V)?
- Soll die Einzelpraxis vielleicht in ein MVZ eingebracht werden (mit Weiterbeschäftigung als angestellter Arzt)?
- Gibt es Investoren, die Interesse an der Praxis hätten? (Vorsicht: Vertragsgestaltung vonseiten der Investoren!)

Je nach Region, Lage und Fachrichtung gibt es mittlerweile eine Vielzahl von Möglichkeiten und Alternativen, die zumeist eine fachlich versierte Begleitung und Beratung unabdingbar machen.

5. Schlussbemerkung

In dem vorliegenden Bericht kann immer nur ein Ausschnitt aus den vielfältigen Informationen, die im Rahmen des Kongresses vermittelt werden, herausgegriffen werden. Es wurden z. B. auch zu folgenden Themen, die für die Praxisführung nicht minder wichtig sind, berichtet:

- Umfassende, aktuelle Informationen zu relevanten umsatz- und ertragsteuerlichen Fragestellungen
- Fallbeispiele aus der vertragsarztrechtlichen Beratungspraxis
- Gestaltungstipps für Gesellschaftsverträge im Hinblick auf einen möglichen Todesfall und eine entgeltliche Abfindung mit Nachbesetzung, um Steuern auf „Gewinne“, die gar nicht entstanden sind, zu vermeiden
- Dezidierte Hinweise, was in einen Notfallordner muss
- Aktuelles aus dem Honorarrecht

Lieber früher als später mit den Übergabevorbereitungen beginnen

Weitere Prüfpunkte vor der Übergabe

Weitere wichtige Themen des Kongresses