

KONGRESS PRAXIS ÄRZTEBERATUNG 2017

Beratungstipps rund um das Arztmandat

von Dipl.-Volksw. Katja Nies, Köln, www.praxisbewertung-praxisberatung.com

Am 31.3.17 fand der 11. Kongress Praxis Ärzteberatung statt. Ein gut besuchter IWW-Kongress Ärzteberatung gab den angereisten Teilnehmern wieder ein breites Spektrum an wertvollen Hinweisen für die aktuelle Ärzteberatung. Die Teilnehmer erfuhren, wie sie den Heilberufler als Mandanten bei strategischen Entscheidungen unterstützen und rechtliche sowie steuerliche Schwierigkeiten meistern können. Der Beitrag greift wichtige Punkte heraus, die bei der Ärzteberatung beachtet werden sollten.

1. Praxisstilllegung

Trotz Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes seit Mitte 2015 haben die KVen in stark überversorgten Planungsbezirken (> 140 %), in denen die Zulassung eingezogen werden „soll“, nur 70 Praxen geschlossen. Im selben Zeitraum wurden aber 3.300 Anträgen auf Nachbesetzung stattgegeben. In Gebieten mit einem Versorgungsgrad zwischen 110 und 140 %, in denen die Zulassung eingezogen werden „kann“, wurden 5.500 Anträgen auf Nachbesetzung erlaubt. Angaben zu den gezahlten Entschädigungen von Seiten der kassenärztlichen Vereinigungen liegen bedauerlicherweise nicht vor.

2. Kooperationsmöglichkeiten

Mittlerweile gibt es sowohl im rein ambulanten Bereich als auch im Bereich ambulant-stationär neben dem klassischen Verkauf/Kauf einer Einzelpraxis eine Vielzahl an unterschiedlichen Nachfolgemodellen, Kooperationsformen sowie Anstellungsmöglichkeiten. Damit der Verkauf einer Praxis möglichst erfolgreich und reibungslos abgewickelt werden kann, sollte Folgendes beachtet werden:

- Mit einem zeitlichen Vorlauf von drei bis fünf Jahren planen.
- Es sollte eine durchschnittliche Fallzahl, bezogen auf die jeweilige Arztgruppe, vorzuweisen sein (Stichwort: Versorgungsrelevanz).
- Mögliche Kooperationsstrukturen sollten geprüft werden.
- Der Nachfolger sollte u.U. als Job-Share mit in die Praxis eingebunden werden, um nach drei Jahren den Privilegierungstatbestand nach § 103 Abs. 3a SGB V zu verwirklichen.

Entscheidet sich ein Arzt für eine Kooperationsmöglichkeit, so stehen ihm im rein ambulanten Bereich z. B. folgende Möglichkeiten offen:

- (überörtliche) BAG aus Vertragsärzten oder zwischen ihnen und einem MVZ
- Teil-BAG
- Praxisgemeinschaft
- Apparategemeinschaft
- Ärztenetze

Die KVen halten sich mit Stilllegungen zurück

Hinweise für einen reibungslosen Praxisverkauf

Im Bereich der ambulant-stationären Kooperationen gibt es z. B. folgende Alternativen:

- Tätigkeit als Vertragsarzt im Krankenhaus (Konsiliar-, Beleg-, Honorararzt)
- Tätigkeit von Krankenhausärzten im vertragsärztlichen Sektor
- Vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung
- Ambulantes Operieren
- Gründung von MVZ durch Krankenhäuser

Neben den Kooperationen zwischen Vertragsärzten nehmen viele Ärzte, insbesondere aber Ärztinnen, die Gelegenheit wahr, in einem Angestelltenverhältnis (oft mit reduzierter Stundenzahl) zu arbeiten.

Um die verschiedenen Möglichkeiten der Anstellung in einem MVZ besser beurteilen zu können, ist es hilfreich, zuerst einmal zu wissen, welche Arbeitszeiten sich hinter den verschiedenen Faktoren für angestellte Ärzte verbergen. § 51 der Bedarfsplanungsrichtlinie des GBA (Gemeinsamen Bundesausschusses) definiert bei der Anstellung von Ärzten wie folgt:

■ **Anstellung von Ärzten**

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis 10 Wochenstunden	0,25
von 10 bis 20 Wochenstunden	0,50
von 20 bis 30 Wochenstunden	0,75
über 30 Wochenstunden	1,00

Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, so beträgt der Umrechnungsfaktor 0,23 zur Berechnung der Wochenarbeitszeit.

■ **Exkurse**

1. **Gründung eines Mini-MVZ:** Hierfür reichen laut BSG (19.10.11, B 6 KA 23/11 R) zwei Ärzte mit je halbem Versorgungsauftrag (jeweils Faktor 0,5) . Der ärztliche Leiter des MVZ muss Mitglied der jeweiligen KV sein, d. h., er muss mindestens 20 Wochenstunden arbeiten. Die KV-WL verlangt darüber hinaus, dass bei einem Mini-MVZ beide Ärzte mindestens die 20 Wochenstunden arbeiten müssen.
2. **Sitzteilung:** Ein Arzt hat einen vollen Versorgungsauftrag (Faktor 1,0), möchte aber reduzieren und deshalb einen Arzt mit dem Faktor 0,5 anstellen. Am besten
 - stellt er einen Antrag auf Ausschreibung des halben Versorgungsauftrags;
 - bewirbt er sich auf die eigene Ausschreibung, mit der Maßgabe, auf den 0,5 Versorgungsauftrag einen Arzt mit 20 Wochenstunden anzustellen;
 - und stellt einen Antrag (auf Anstellungsgenehmigung) beim Zulassungsausschuss für den anzustellenden Arzt.

Wenn beides genehmigt wird, hat der Arzt insgesamt immer noch einen vollen Versorgungsauftrag: Allerdings übt er nur 0,5 persönlich aus, die anderen 0,5 werden durch den angestellten Arzt übernommen. Allerdings könnte es bei der Ausschreibung des hälftigen Versorgungsauftrags zu einem „Auswahlverfahren“ kommen.

Anstellungsverhältnis

Umrechnungsfaktor zur Berechnung der Wochenarbeitszeit

3. Die Urteile des BSG und deren Konsequenzen

Sowohl das Antikorruptionsgesetz als auch die verschiedenen nun folgenden BSG-Urteile schränken die reiche Vielfalt an mittlerweile möglichen Kooperationsformen auf gewisse Weise wieder ein.

3.1 Drei-Jahres-Nachbesetzung (BSG 4.5.16, B 6 KA 21/15 R)

Ein Arzt verzichtet zugunsten eines MVZ auf seine Zulassung und lässt sich dort als Arzt anstellen. Dann kann diese Arztstelle im MVZ nur dann nachbesetzt werden, wenn der Arzt tatsächlich dort als angestellter Arzt tätig geworden ist und zwar mit dem beabsichtigten Willen, dies mindestens für einen Zeitraum von drei Jahren zu tun. Eine schrittweise Reduktion des Tätigkeitsumfanges um eine Viertelstelle pro Jahr ist dabei unschädlich.

Damit ist der in der Vergangenheit beliebten Variante „Verkauf der Einzelpraxis an das MVZ und Weiterarbeiten für ein halbes Jahr im MVZ, danach Ausscheiden und die Arztstelle bleibt im MVZ zur Nachbesetzung“ erheblich erschwert worden.

Zudem werden einige wichtige Fragen aufgeworfen, die bei der Vertragsgestaltung bedacht werden sollten:

- Kündigung innerhalb der Probezeit?
- Vertragsstrafen bzw. Kündigungsausschluss?
- Welche Gründe berechtigen zur vorzeitigen Beendigung? Wie sieht es z. B. bei Krankheit aus?

Die wichtigste, bisher noch ungelöste Frage, ist jedoch, was mit der Anstellungsgenehmigung geschieht, wenn der Arzt keine drei Jahre bleibt bzw. bleiben kann?

3.2 Nachbesetzung einer Viertel-Arztstelle im MVZ (BSG 4.5.16, B 6 KA 28/15 R)

Auch vakante Viertel-Arztstellen müssen binnen sechs bzw. zwölf Monaten nachbesetzt werden. Bisher konnten diese auch nach Ablauf der grundsätzlich sechsmonatigen Nachbesetzungsfrist nachbesetzt werden. Hiermit will man einer möglichen Kumulation von Viertel-Arztstellen bei größeren MVZ und deren Missbrauch vorbeugen. Die Beweislast für das ernsthafte Bemühen um Nachbesetzung innerhalb der Fristen liegt beim MVZ.

3.3 Zuordnung von Anstellungsgenehmigungen (BSG 4.5.16, B 6 KA 24/15 R)

Eine Anstellungsgenehmigung für einen Arzt wird nicht mehr dem einzelnen Vertragsarzt der BAG, sondern der BAG selbst erteilt. Denn die BAG tritt gegenüber Patienten und der KV als gesellschaftsrechtliche Einheit auf, und der anzustellende Arzt wird unter der Betriebsstättennummer der BAG tätig.

Folgende Regelungen im Gesellschaftsvertrag sollten dementsprechend überprüft bzw. neu geregelt werden:

Beliebtes
Nachfolgemodell
wurde erschwert

Sechs bzw. Zwölf-
Monats-Frist

- Beim Ausscheiden eines Gesellschafters aus einer BAG: die Anstellungsgenehmigung bleibt bei der fortbestehenden BAG. Bei Ausschluss eines immateriellen Abfindungsanspruchs (weil z. B. der ausscheidende Arzt seine eigene Zulassung „mitnimmt“), muss eine Regelung für den Abfindungsanspruch für die „Anstellungsgenehmigung“ gefunden werden.
- Bei Auflösung der Gesellschaft: eine Arztstelle, die der BAG zugeordnet ist, geht bei Auflösung der BAG unter. Eine Lösungsmöglichkeit besteht darin, dass die Arztstelle ausgeschrieben wird und sich der bisherige Vertragsarzt mit „seinem“ angestellten Arzt darauf bewirbt. (Aber: Jeder kann sich bewerben).

Ausscheiden eines
Gesellschafters

Auflösung der
Gesellschaft

4. Antikorruptionsgesetz §§ 299a und 299b StGB (4.6.16)

Im Mittelpunkt des Antikorruptionsgesetzes steht, verkürzt ausgedrückt, die Frage der angemessenen Vergütung für heilberufliche Leistungen im Rahmen von ärztlichen Kooperationen. Hierbei ist zu beachten, dass dies nicht nur für zukünftige Kooperationen gilt, sondern auch für bereits bestehende Verträge und Kooperationen.

Hinweise auf dringenden Handlungsbedarf sind die folgenden Fälle:

- Die Vergütung ist intransparent bzw. offensichtlich unangemessen.
- Es existiert zwar ein Kooperationsvertrag, aber die Kooperation wird gar nicht gelebt, sondern es fließen nur Gelder.
- Kritische Altverträge werden formell außer Kraft gesetzt, werden aber tatsächlich weiter „gelebt“.
- Es liegt ein Gestaltungsmissbrauch vor, z. B. bei Praxismietvertrag, unechtem Darlehen.
- Die Krankenhauseinweisungs-Richtlinie des GBA wird nicht beachtet.

Hinweise auf
dringenden
Handlungsbedarf

Die Grundsatzfrage lautet: „Wer bekommt was wofür?“ Bewegt sich die Vergütung im Rahmen der bestehenden Spielräume, die es überall gibt, oder ist von einem Missbrauch auszugehen?

Es gibt u.a. Leitlinien, die bei der Frage nach einer „angemessenen Vergütung“ hilfreich sein können, wie z. B.:

- Hinweise zu Kooperationen zwischen Krankenhäusern und Ärzten der BÄK (Bundesärztekammer) 2016
- Leitplanken der Krankenhausgesellschaft NRW 2009 (EBM, GOÄ, Pauschalen)
- Korridortheorie (GOÄ, EBM, InEK-Kalkulationsdaten)
- Würzburger Erklärung (GOÄ, EBM, DRG, InEK-Kalkulationsdaten)

Leitlinien für eine
angemessene
Vergütung

Der Grad zwischen aktiver, aber legaler Ausnutzung der bestehenden Spielräume und illegalem Missbrauch wird immer schmaler.

5. Legale Spielräume beim GKV-Honorar

Obwohl die Honorarabrechnung des Arztes nicht das originäre Beratungsfeld des Steuerberaters oder Juristen ist, ist es doch von Vorteil, wenn man nicht nur über das Grundkonzept, sondern auch über die Spielräume in der Honorargestaltung informiert ist. So kann man ein anderes Auge auf die Abrechnungen und das Geschehen in der jeweiligen Arztpraxis werfen.

Honorarspielräume, die ausgeschöpft werden sollten, gibt es z. B.:

- EBM-Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aber ohne Mengenbegrenzung:
 - Kostenpauschalen des Kapitels 40
 - Histologie, Zytologie
 - Leistungen im organisierten Notdienst und Notfall
 - Laboratoriumsmedizinische Untersuchung des Kapitels 32
 - Anästhesien bei zahnärztlichen Behandlungen wegen mangelnder Kooperationsfähigkeit bei (geistiger) Behinderung oder schwerer Dyskinesie
- EBM-Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und deshalb ohne Mengenbegrenzung:
 - Prävention
 - Ambulantes Operieren
 - Dialyse
 - Regional vereinbarte Zusatzleistungen
 - Strahlentherapie
 - Substitution
- Weitere Spielräume (z. B. neues Kapitel 38):
 - Vergütung Hausbesuche für (qualifizierte) nichtärztliche Praxisassistenten (Hausärzte und Fachärzte)
 - Anhebung der Vergütung von nicht ärztlichen Mitarbeitern, die keine gehobene Qualifikation haben, bei angeordneten Hausbesuchen
- Spielräume, die sich aus Selektivverträgen ergeben:
 - Hausarzt-Verträge
 - DMP-Verträge
 - Onkologie-Vereinbarung u. v. m.
- Teilnahme an der spezialärztlichen Versorgung (ASV) gemäß der Richtlinie „Ambulante spezialärztliche Versorgung“: Deren Leistungen werden zu festen Preisen extrabudgetär vergütet (eine eigene Vergütungssystematik ist in Entwicklung). Zurzeit gibt es die ASV für folgende Leistungsbereiche:
 - Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle
 - Gynäkologische Tumore
 - Tuberkulose und atypische Mykobakteriose
 - Marfan-Syndrom
 - Pulmonale Hypertonie

Bestehende
Honorarspielräume

Selektivverträge

Spezialärztliche
Versorgung

Diese Beratungstipps betreffen die Abrechnung mit den gesetzlich versicherten Patienten (EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab). Sie betreffen weder die Abrechnung von IGeL-Leistungen mit gesetzlich versicherten Patienten, noch die Abrechnung mit den privat Versicherten, die beide über die GOÄ erfolgen (Gebührenordnung für Ärzte). Hier existieren ebenfalls Spielräume.

Weitere Spielräume bei IGeL-Leistungen und nach GOÄ

6. Abschlussinfo: Insolvenzen

Die nach wie vor guten Gehaltsaussichten von Ärzten und Zahnärzten sollten nicht darüber hinwegtäuschen, dass es auch in diesem Bereich Insolvenzen gibt, die bei besserer Beratung hätten vermieden werden können.

Die Zahl aller Unternehmensinsolvenzen ging im Jahr 2016 gegenüber dem Vorjahr um 6,9 % zurück. Es muss allerdings konstatiert werden, dass die Zahl der Insolvenzen im Gesundheitswesen im gleichen Zeitraum um 2,3 % auf 271 Verfahren anstieg.

Insolvenzen im Gesundheitswesen

Von diesen wurden 28 Verfahren von den Amtsgerichten mangels Masse nicht angenommen. Die verbliebenen 243 Verfahren teilen sich u.a. wie folgt auf (in Klammern die voraussichtlichen Forderungen der Gläubiger):

■ Insolvenzen im Gesundheitswesen

Sektor	Insolvenzverfahren	Forderungen [Mio. EUR]
Krankenhäuser	15	134,8
Hausärzte	16	12,8
Fachärzte	31	51,7
Zahnärzte	54	29,4

Die restlichen 127 Fälle betreffen laut Destatis hauptsächlich Praxen von psychologischen Psychotherapeuten, Heilpraktikern, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten. Insgesamt standen im Gesundheitswesen 259,4 Mio. EUR an voraussichtlichen Forderungen durch Insolvenzverfahren offen.

Aus der langjährigen Beratungspraxis kann man drei wichtige Empfehlungen geben, auch wenn sie zumeist nicht auf ungeteilte Gegenliebe stoßen:

Drei wichtige Empfehlungen

- Ein Arzt sollte nur mit Ehevertrag heiraten; damit die Praxis nicht bei einer eventuellen Scheidung im Zugewinnausgleich landet.
- Keine Schubladenverträge verwenden, sondern das Geld für eine gute Rechtsberatung ausgeben.
- Für Zahnärzte, die sich fast immer hoch verschulden müssen: Es muss am Anfang nicht gleich der „Sirona-Behandlungsstuhl“ sein und ein bis zwei Behandlungszimmer reichen anfangs meist auch.