

PFB Praxis Freiberufler-Beratung

Steuergestaltung · Recht · Wirtschaftsberatung



Ihr Plus im Netz: pfb.iww.de
Online | Mobile | Social Media | S. 1–43

Sonderausgabe

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – die neue Regeln

Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften

Praxisaufkauf – Die kalte Enteignung der Ärzte nach neuem Recht.....	1
Praxisaufkauf – Strittige Einzelfragen zu Nachbesetzungsverfahren und Entschädigung	5
Angestellte (Zahn-)Ärzte – Neue Regelungen zur Gleichstellung mit Vertragsärzten	14
Wirtschaftlichkeitsprüfung – Ab 2017 bleibt alles anders!	16

Kliniken

Neue Möglichkeiten für Krankenhäuser	21
--	----

Medizinische Versorgungszentren

Rechtsformwahl – Die Stärkung des MVZ im Wettbewerb mit Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften	26
Haftung/Ertragsteuern – Lohnt sich eine MVZ-GmbH für die Gesellschafter? ...	29
Umsatzsteuer – Ist die MVZ-GmbH umsatzsteuerlich vorteilhaft?.....	32
Umwandlung – Wichtige Vorüberlegungen beim Schritt von der Berufsausübungsgemeinschaft in die MVZ-GmbH	34
Kommunale Versorgung – Rückenwind für das Büsumer Modell	37

Weitere wichtige Neuerungen

Nichtärztlicher Bereich - Neuerungen für Apotheker, Heilmittelerbringer und Hebammen	39
Terminservicestellen – Problemlöser oder Problemauslöser	41
Kassenleistung – Das Zweitmeinungsverfahren	43

Liebe Leserinnen und Leser,

das unternehmerische Handeln der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte wurde in den vergangenen Jahren durch wichtige und sinnvolle Neuerungen z.B. im Bereich der Kooperationen gestärkt. Moderne Versorgungsstrukturen sind damit etabliert worden. Die Auswirkungen durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ab 2007 im Bereich der ambulanten Praxisstrukturen sind heute bereits weithin sichtbar.

Das am 23.7.2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 soll dem Namen nach „die Versorgung stärken“. Der Gesetzgeber sieht u.a. Terminvergabestellen der KV, weitere Verschärfungen zum Zulassungseinzug, neue Möglichkeiten für Krankenhäuser und MVZ und die Neuordnung im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung vor.

Im Gegensatz zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz 2007 kann von revolutionären Ansätzen wohl eher nicht die Rede sein. Die bisherige Gesetzeslage wird in weiten Teilen feinjustiert (z.B. Anstellung von Ärzten), verschärft (Praxisnachfolge), erleichtert (MVZ, Zweitmeinungsverfahren), regionalisiert (Honorarprüfungen) und bürokratisiert (Terminservicestellen).

Die vorliegende Sonderausgabe enthält Fachbeiträge zu ausgesuchten Praxisfragen der rechtlichen und steuerlichen Beratung der ambulanten (Zahn-)Ärzeschaft, Krankenhäuser und Kliniken sowie zu weiteren wichtigen Neuerungen.

Unser Ziel ist es, Ihre Aufmerksamkeit frühzeitig auf die für Ihre Praxis wichtigen Änderungen und Chancen zu lenken, damit Sie rechtzeitig die Weichen stellen können.

Redaktionsschluss war der 26.6.15.

Eine „Versorgungsstärkung“ sieht dem Namen nach anders aus. Eher ist es wohl ein „Ärzte-Umverteilungs-Stärkungs-Gesetz“.

Wir wünschen viel Spaß bei der Lektüre!



Dr. Lars Lindenau und Dr. Jens-Peter Damas

PRAXISAUFKAUF

Die kalte Enteignung der Ärzte nach neuem Recht

von RA Dr. jur. Lars Lindenau, Erlangen, ETL Medizinrecht, und RAin Isabel Wildfeuer, ETL Lüdemann Wildfeuer & Partner, München

Die Möglichkeit, dass Kassenärztliche Vereinigungen (KV) Arztpraxen aufkaufen, um Überversorgung abzubauen, besteht schon nach geltendem Recht. Jedoch wurde es bislang kaum angewendet. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zielt darauf ab, Überversorgung abzubauen und Ärzte und Psychotherapeuten besser zu verteilen. Künftig „können“ die Zulassungsausschüsse nicht nur, sie „sollen“ sogar in überversorgten Regionen die Nachbesetzung eines frei werdenden Arztsitzes ablehnen, wenn er für die medizinische Versorgung nicht gebraucht wird. Die KV muss den Praxisinhaber dann entschädigen. |

1. Neuregelung und Gesetzesbegründung

Die Regelung des § 103 Abs. 3a SGB V sieht die Einziehung des Vertragsarztsitzes und damit sozusagen die kalte Enteignung der Vertragsärzte bei der Praxisnachfolge im überversorgten Gebiet wie folgt vor:

■ § 103 Abs. 3a SGB V (geplante Fassung)

„Der Zulassungsausschuss soll [bisher: kann] den Antrag (auf Durchführung der Nachbesetzung) ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.“

Die **Gesetzesbegründung** erläutert hierzu:

„Dem Zulassungsausschuss wurde die Möglichkeit eingeräumt, Nachbesetzungsanträge abzulehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Von dieser Möglichkeit haben die Zulassungsausschüsse kaum Gebrauch gemacht. Um zu erreichen, dass Vertragsarztsitze, die für eine bedarfsgerechte Versorgung nicht benötigt werden, konsequent abgebaut werden und damit auch mehr Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung der Patientinnen und Patienten in weniger gut versorgten Regionen zur Verfügung stehen, wird aus der bisherigen Kann-Regelung eine Soll-Regelung.“

Aufgrund der Soll-Regelung haben die Zulassungsausschüsse nach wie vor die Möglichkeit, einem Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes auch in bedarfsplanungsrechtlich überversorgten Planungsbereichen zu entsprechen, wenn sie dies aus Versorgungsgründen für erforderlich halten. Versorgungsgründe für eine Nachbesetzung können beispielsweise dann anzunehmen sein, wenn ein besonderer lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf besteht oder ein Arztsitz einer speziellen Fachrichtung weiterhin benötigt wird. Weitere Versorgungsgründe sind denkbar.“



Ausnahme:
Zulassungsausschuss sieht dennoch Versorgungsbedarf

Wen das Risiko
trifft ...

2. Betroffene und nicht betroffene Sachverhalte

Das Risiko einer möglichen „kalten Enteignung“ betrifft die folgenden Ausschreibungsfälle:

- (Einzel-)Praxisabgabe an einen Nachfolger
- Gesellschafterwechsel innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft
- Rückumwandlung der Anstellung in die Zulassung eines anderen Arztes
- Teilung der Zulassung

... und wen nicht

Das Risiko besteht hingegen in diesen Fällen eher nicht:

- Weitergabe der Praxis an Kinder, Ehegatten oder Lebenspartner
- Praxisverlegung in ein unterversorgtes Gebiet des Planungsbereichs
- mindestens dreijährige gemeinsame Berufsausübung bzw. Anstellung
- Nachfolge in die Zulassung eines Arztes, der in unterversorgtem Gebiet tätig war

Die Ablehnung droht grundsätzlich nur im überversorgten Gebiet. Es wird nunmehr geregelt, dass der Kauf von Arztsitzen im Sinne einer Soll-Vorschrift erst ab einem Versorgungsgrad von 140 % zur Anwendung kommt. Ab einem Versorgungsgrad von 110 % ist weiterhin von Überversorgung auszugehen. Es bleibt bei der Regelung, dass der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen anzuordnen hat und der Zulassungsausschuss einen Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens in einem entsprechenden Planungsbereich ablehnen kann, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und keine gesetzlich geregelten Privilegierungstatbestände erfüllt sind. Neben dieser Kann-Regelung wird nunmehr ab einem Versorgungsgrad von 140 % eine Soll-Bestimmung vorgesehen. Das bedeutet, dass ab einem Versorgungsgrad von 140 % das Ermessen des Zulassungsausschusses bei der Entscheidung darüber, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 durchgeführt werden soll, eingeschränkt ist.

PRAXISHINWEIS | Es liegt auf der Hand, dass für dieses neue „Vorverfahren“ neben der „üblichen Praxisübergabezeit“ von bislang etwa mindestens einem Jahr mindestens ein weiteres halbes Jahr Vorlaufzeit einzuplanen ist. Die Vorlaufzeit verlängert sich entsprechend bei der o.g. Fallgruppe „bei mindestens dreijähriger gemeinsamer Berufsausübung bzw. Anstellung“.

3. Ablehnung der Nachbesetzung aus Versorgungsgründen

Aus praktischer Sicht ist fraglich, wann der Zulassungsausschuss die Nachbesetzung „aus Versorgungsgründen“ ablehnt (s. zu den Einzelfragen den Beitrag von Damas/Scur, S. 5). Das Ermessen bei der Entscheidung durch den Zulassungsausschuss ist zwar in Richtung einer Ablehnung gesteuert („soll ablehnen“).

Steuerung des
Ermessens durch
Soll-Vorschrift

Aber es sind auch positive Versorgungsgründe zu berücksichtigen, die in der o.g. Gesetzesbegründung beispielhaft genannt wurden:

- besonderer lokaler Versorgungsbedarf
- besonderer qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf
- Mitversorgungsaspekte
- Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung
- Erhalt des besonderen Versorgungsangebots eines MVZ oder einer BAG

Dagegen liegen „negative Versorgungsgründe“ vor, wenn die Praxis keine relevante Rolle bei der Versorgung mehr spielt und damit nicht mehr versorgungsrelevant ist. Die Praxis ist dann nicht mehr versorgungsrelevant, wenn keine nennenswerte Fallzahl („Scheine“/Patienten) mehr vorhanden ist; die Praxis somit erheblich unter dem Fachgruppendurchschnitt liegt. Die Versorgungsrelevanz wird je nach Zulassungsausschuss anders beurteilt. Nach den bisherigen Erfahrungswerten soll eine Versorgungsrelevanz nicht mehr gegeben sein bei einer Spannbreite von

- unter 25 % der Fallzahl des Durchschnitts der Fachgruppe oder
- unter 50 % der Fallzahl des Durchschnitts der Fachgruppe oder
- unter 75 % der Fallzahl des Durchschnitts der Fachgruppe.

Die absolute Untergrenze dürfte bei 20 % der Fallzahl des Durchschnitts der Fachgruppe liegen. Denn bei dieser Prozentzahl war bislang auch die Einziehung der vertragsärztlichen Zulassung nach der Rechtsprechung gerechtfertigt, da der damit verbundene Versorgungsauftrag nicht mehr hinreichend wahrgenommen wird.

PRAXISHINWEIS | Aus Abgbersicht sollte die Praxis auf gar keinen Fall vor dem Abgabestadium durch Absenkung der Fallzahlen heruntergefahren werden, sondern im Gegenteil eher noch im zulässigen Maße gesteigert werden. Dies hat auch positive Auswirkungen auf die Verhandlungen zum möglichen Übernahmewert.

Weiterhin ist für den jeweiligen Einzelfall dringend anzuraten, aufgrund der o.g. divergierenden Meinungen die Geschäftsstelle des zuständigen Zulassungsausschusses anzufragen, ob ein Risiko einer Einziehung im konkreten Vorhaben besteht. Daneben verfügen die Präsenzberater der KVen über entsprechende Erfahrungswerte in ggf. sogar örtlich vergleichbaren Fällen. Der Arzt muss damit rechnen, bei ggf. zweifelhaften Versorgungsgründen die Praxisfortführung begründen zu müssen.

Schließlich dürfte für die Gestaltungspraxis die Ausnahme von der Einziehung der Zulassung bei mindestens dreijähriger gemeinsamer Berufsausübung interessant sein. Durch die Umwandlungsmöglichkeiten von der (Teil-)Zulassung in die (Teilzeit-)Arztstelle und zurück sind in einem dreijährigen Übergabemodus Praxisnachfolgen, insbesondere in BAG und MVZ, bei überschaubarem Risiko gestaltbar.

**Positive
Versorgungsgründe**

**Negative
Versorgungsgründe**

**Absolute
Untergrenze**

**Beim Zulassungs-
ausschuss
nachfragen**

4. Die Entschädigung bei Ablehnung der Nachfolge

Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die KV dem Vertragsarzt eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswerts der Arztpraxis zu zahlen (§ 103 Abs. 3a SGB V). Diese Vorschrift ist mindestens doppelt problematisch.

4.1 Umfang der Entschädigung

In § 103 Abs. 3a S. 9 wird geregelt, dass bei der Ermittlung des Verkehrswertes der Arztpraxis auf den Verkehrswert abzustellen ist, der bei der Fortführung der Praxis durch einen Praxisnachfolger nach Abs. 4 S. 8 anzusetzen gewesen wäre. Dabei gilt auch hier, dass der am Markt theoretisch erzielbare höhere Verkaufspreis im Sinne eines echten Marktwertes bei Praxisfortführung durch einen Nachfolger nicht in Ansatz zu bringen ist, wenn er den Verkehrswert der Praxis übersteigt. Zu berücksichtigen sind bei der Ermittlung des Verkehrswertes sowohl der materielle als auch der immaterielle Wert der Praxis. Die Entschädigung schließt den Ersatz von Folgeschäden, die z.B. aufgrund von längerfristigen Verträgen entstehen können, ein. Der ausscheidende Vertragsarzt ist dabei zur Schadensminderung verpflichtet. Etwaige Vermögensvorteile des ausscheidenden Vertragsarztes sind auf die zu zahlende Entschädigung anzurechnen.

4.2 Bewertung der Entschädigung

Schließlich gibt es generell keine verbindliche Wertmethode zur Bestimmung des Verkehrswerts. Die neuere Rechtsprechung von BGH, BFH und BSG tendieren wohl zum „modifizierten Ertragswertverfahren“, lassen aber auch weitere nachvollziehbare Berechnungsmethoden zu.

PRAXISHINWEIS | Das Problem der „kalten Enteignung“ führt also direkt in die offenen und sehr streitanfälligen Bereiche der Praxisbewertung. Hier dürfte es allein zu einer Vielzahl an Verfahren kommen. Trotzdem sollte man sich mit einer eigenen Stellungnahme zur Praxiswerteinschätzung wappnen und diese durch geeignete Berater erstellen lassen.

WEITERFÜHENDE HINWEISE

- Gerichtsgutachten - Sind Arzt- und Zahnarztpraxen aus Erwerber- oder aus Veräußerersicht zu bewerten? (Leuner, PFB 13, 250)
- Praxisbewertung - Die Bewertung von Freiberuflerpraxen im Zugewinnausgleich nach der BGH-Rechtsprechung (Nies/Nies, PFB 12, 337)
- Auswirkungen der aktuellen Rechtsprechung des BGH zur Bewertung von freiberuflichen Praxen im Zugewinnausgleich (Stabenow/Czubayko, FamRZ 12, 686)

Streitfälle sind
vorprogrammiert

PRAXISAUFKAUF

Strittige Einzelfragen zu Nachbesetzungsverfahren und Entschädigung

von Dr. Jens-Peter Damas, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Steuerrecht, und Christian Scur, Rechtsanwalt, beide ETL Medizinrecht Berlin

Die Änderung des § 103 Abs. 3a SGB V in Bezug auf die Ablehnung der Nachbesetzung von einer Kann-Vorschrift in eine Soll-Vorschrift (siehe dazu bereits den Beitrag von Lindena/Wildfeuer, S. 1) hat unter Ärzten und Ärztenvertretern für viel Verunsicherung gesorgt. Fraglich ist, was die Änderung für die praktische Entscheidung der Zulassungsausschüsse bedeutet und inwieweit die erfolgreiche Praxisnachfolge vorhersehbar und gestaltbar bleibt.

1. Von der Kann- zur Soll-Vorschrift

Im Rahmen der Kann-Vorschrift konnte der Zulassungsausschuss grundsätzlich frei entscheiden - lediglich unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit. Danach darf eine Ermessensentscheidung nicht außer Verhältnis zum Zweck der gesetzlichen Ermächtigung stehen. Sie muss insbesondere

- geeignet sein, um den Zweck zu erreichen (der Erfolg muss unter Einsatz des gewählten Mittels möglich sein)
- erforderlich sein, um den Zweck zu erreichen (d.h. es darf mit der Rechtsfolge nur der geringstmögliche Eingriff für den Betroffenen verbunden sein = Übermaßverbot)
- angemessen (verhältnismäßig im engeren Sinne) sein (d.h. das eingesetzte Mittel darf nicht außer Verhältnis zum bezweckten Erfolg stehen („man darf nicht mit Kanonen auf Spatzen schießen“))

Ein Ermessensfehler wäre auch eine nicht ausreichende Begründung der Entscheidung (z.B. die Begründung fehlt, ist nur ein Vorwand, lässt Wesentliches außer Betracht oder ist in sich widersprüchlich). Die Begründung ist deshalb so bedeutsam, weil man der Ermessensentscheidung von außen nicht ansehen kann, ob sie korrekt erfolgt ist. Der Fehler in der Ermessenausübung ergibt sich erst aus den zugrunde liegenden Überlegungen. Deshalb ist hier die (schriftliche) Begründung des Verwaltungsaktes – also der Entscheidung des Zulassungsausschusses - besonders wichtig und stellt eine Schnittstelle zwischen formeller und materieller Ermessensbetätigung dar.

Mit der Wandlung von „kann“ in die Formulierung „soll“ will der Gesetzgeber eine bedarfsgerechte Versorgung auch in weniger gut versorgten Gebieten erreichen, in dem andernorts Praxissitze abgebaut werden.

Eine Soll-Vorschrift bedeutet dabei im Regelfall ein „muss“, also gebundenes Verwaltungshandeln, und ermächtigt nur im atypischen Fall (Ausnahmefall) zu einer Ermessensentscheidung (Kann-Entscheidung). Ob ein atypischer das Ermessen eröffnender Fall vorliegt, unterliegt in vollem Umfange der gerichtlichen Kontrolle (vgl. BVerwG 16.05.83, 1 C 230/79). Das bedeutet, dass bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen die vorgesehene Rechtsfol-



Begründung der Ermessensausübung

Soll-Vorschrift

Keine Begründung
der Ermessens-
ausübung

ge grundsätzlich gezogen werden muss und nur in atypischen Fällen ausnahmsweise verweigert werden darf. Atypisch könnte ein Sachverhalt sein, der unter den abstrakten Rahmen der Enteignungsvorschrift fällt, auf den die Vorschrift aber nicht abzielt. Fraglich ist, welche Sachverhalte das sein könnten. Der Ausnahmefall wird wohl selten zum tragen kommen.

Bei Anwendung von Sollvorschriften bedarf es in der Regel keiner Begründung für die Ausübung des Ermessens zum Nachteil des Betroffenen, wenn dessen Einwendungen auf keine Umstände führen, die den Fall als atypisch erscheinen lassen (BVerwG 25.6.75, VIII C 77.74). Ist davon auszugehen, dass es die Ausnahmefälle kaum geben wird, dann hat der Zulassungsausschuss die Enteignung stets auszusprechen, wenn die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Und diese Entscheidung bedarf keiner Begründung.

■ Gesetzesbegründung

„Aufgrund der Soll-Regelung haben die Zulassungsausschüsse nach wie vor die Möglichkeit, einem Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes auch in bedarfsplanungsrechtlich überversorgten Planungsbereichen zu entsprechen, wenn sie dies aus Versorgungsgründen für erforderlich halten.“

Koppelungs-
vorschrift

Letztlich ist dies nur ein Hinweis darauf, dass es sich bei § 103 Abs. 3a SGB um eine sog. Koppelungsvorschrift handelt, also eine Norm, die auf der Tatbestandsseite einen unbestimmten Rechtsbegriff („aus Versorgungsgründen nicht erforderlich“) beinhaltet und auf der Rechtsfolgenseite ein Soll-Ermessen gewährt. Da wir für den Zulassungsausschuss das Wort „soll“ regelmäßig als „muss“ verstehen müssen, hängt der Beurteilungsspielraum praktisch ausschließlich an dem Tatbestandsmerkmal („aus Versorgungsgründen nicht erforderlich“).

2. Aus Versorgungsgründen nicht erforderlich

Eine Definition des
Begriffs existiert
nicht

Begriffe auf Tatbestandsebene, deren Inhalt und genaue Definition nicht selbstverständlich feststehen, sondern verschiedenen Interpretationen zugänglich sind und der Auslegung bedürfen, werden unbestimmte Rechtsbegriffe genannt. Dies trifft auch auf das Merkmal „aus Versorgungsgründen nicht erforderlich“ zu. Die Gesetzesbegründung zum Versorgungsstrukturgesetz, mit dem die Vorgängernorm (noch mit Kann-Ermessen) eingeführt wurde, geht auf die Problematik nicht ein. Das Versorgungsstärkungsgesetz selbst führt in der Begründung lediglich Beispiele an:

■ Gesetzesbegründung

„Versorgungsgründe für eine Nachbesetzung können beispielsweise dann anzunehmen sein, wenn ein besonderer lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf besteht oder ein Arztsitz einer speziellen Fachrichtung weiterhin benötigt wird. Weitere Versorgungsgründe sind denkbar. Dabei können auch Mitversorgungsaspekte, Versorgungsbedürfnisse von Menschen mit Behinderung oder der Erhalt des besonderen Versorgungsangebots eines Medizinischen Versorgungszentrums oder einer Berufsausübungsgemeinschaft eine Rolle spielen.“

Da es also Auslegungsfrage ist, wann die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist, kommt der Frage einer gerichtlichen Überprüfbarkeit große Bedeutung zu. Zwar unterliegen unbestimmte Rechtsbegriffe grundsätzlich der vollen gerichtlichen Überprüfbarkeit. Eine Ausnahme wird aber gemacht, wenn es sich um Prüfungsentscheidungen, Beamtenbeurteilungen, Prognose- und Risikoentscheidungen oder die Entscheidung unabhängiger Sachverständiger Gremien handelt. Unter letztere ist auch der Zulassungsausschuss zu fassen. Denn es handelt sich um ein sechsköpfiges Gremium, deren Mitglieder jeweils bestellt werden und die an Weisungen nicht gebunden sind (§ 96 Abs. 2 S. 2 und S. 4 SGB V), so dass die „Erforderlichkeit der Nachbesetzung aus Versorgungsgründen“ nur eingeschränkt gerichtlich kontrolliert wird (so auch SG Nürnberg 20.3.14, S 1 KA 6/13).

Die gerichtliche Überprüfung ist auf folgende Bereiche begrenzt:

- Sachverhalt vollständig ermittelt
- Grenzen des Begriffs „Erforderlichkeit aus Versorgungsgründen“ eingehalten
- ausreichende Begründung der Entscheidung, so dass im Rahmen des Möglichen die zu treffende Anwendung des Beurteilungsmaßstabes erkennbar und nachvollziehbar ist.

Begründet werden muss das Merkmal „Erforderlichkeit aus Versorgungsgründen“ soweit es gerichtlich überprüfbar ist, nicht aber das Ermessen (weil Soll-Bestimmung). In seiner konkreten Entscheidung muss der Zulassungsausschuss die Frage beantworten, welchen konkreten Versorgungsbeitrag eine Praxis leistet. Dazu können u.a.

- Fallzahlen
- Behandlungsstunden und
- Erreichbarkeit der Praxis

in die Beurteilung einbezogen werden. Daneben ist in die Beurteilung auch einzubeziehen, ob die Praxis ein besonderes Versorgungsangebot bereitstellt, dass ohne Nachbesetzung entfallen würde oder ob die Patienten von anderen Praxen mitversorgt werden können und die Praxisinhaber hierzu auch bereit sind. Letzteres bezeichnet der Gesetzgeber in der Begründung zum Versorgungsstärkungsgesetz als besonderen lokalen Versorgungsbedarf.

3. Nur fortführungsfähige Praxen sind „versorgungsrelevant“

Damit die Praxis Versorgungsrelevanz aufweisen kann, muss sie als solche noch tatsächlich vorhanden sein. Es muss also eine fortführungsfähige Arztpraxis bestehen, denn gerade hierauf ist die Nachbesetzung gerichtet (BSG 20.3.13, B 6 KA 19/12 R). Die Thematik kann z.B. dann auftauchen, wenn die Praxis aus Gesundheitsgründen des Arztes ruht und von ihm nicht weiterbetrieben werden kann.

Entscheidung des Zulassungsausschusses nur eingeschränkt justiziabel

Begründung der Erforderlichkeit (nicht des Ermessens)

Versorgungsrelevanz einer Praxis

Maßgeblich für die Annahme einer fortführungsfähigen Praxis ist, ob einem Nachfolger nicht nur Praxisräume und Praxisschild, sondern auch behandelungswillige Patienten sowie Zuweiser für weitere Patienten in ausreichendem Maß zu Verfügung gestanden hätten. Unerheblich ist dagegen, ob der Vertragsarzt wegen seiner Erkrankung möglicherweise nicht mehr in der Lage gewesen ist, rechtzeitig die notwendigen Vorkehrungen für eine Praxisübergabe nach dem faktischen Ende seiner Tätigkeit zu schaffen. Denn bei der Fortführungsfähigkeit der Praxis handele es sich um ein objektives Kriterium, bei dem es allein auf die tatsächliche Existenz der fortführungsfähigen Praxis als verwertbares Wirtschaftsgut ankommt. Auch die Frage, ob der Vertragsarzt bis zu seinem Tode gewillt war, die Praxis fortzuführen bzw. ob ein möglicher Bewerber subjektiv den Willen gehabt haben könnte, die Praxis fortzuführen, ist rechtlich ohne Bedeutung.

Bewertung des Einzelfalls

Sind die Praxisräume und Sachmittel zwar noch vorhanden, wird die vertragsärztliche Tätigkeit aber dennoch nicht ausgeübt, kommt es für die Beurteilung der Fortführungsfähigkeit der Arztpraxis auf eine Bewertung des Einzelfalls an (BSG 5.6.13, B 6 KA 2/13 B). So ist es durchaus möglich, dass in einem Zeitraum von unter einem Jahr der Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit, die vorhandenen Sachmittel keinen Bezug mehr zur vertragsärztlichen Tätigkeit aufweisen. Einen Erfahrungssatz oder eine Vermutung bis wann in jedem Fall von einem vorhandenen Praxissubtrat auszugehen ist, gibt es aber nicht (a.A. SG Marburg 6.11.13, S 12 KA 655/13). Ab einem Zeitraum von einem Jahr trifft den Vertragsarzt jedenfalls ein besonderes Begründungserfordernis, wenn er die Fortführungsfähigkeit darstellen will.

4. Der Zulassungsausschuss und das Verfahren

Mindestens ein Arzt muss mit den Kassen stimmen

Der Zulassungsausschuss ist mit jeweils drei Vertretern der Ärzteschaft und drei Vertretern der Krankenkassen besetzt (§ 34 Abs. 1 Ärzte-ZV). Der Ausschuss beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit, wobei bei Stimmengleichheit ein Antrag auf Nachbesetzung, abweichend vom sonstigen Regelfall (§ 96 Abs. 2 S. 6 SGB V), als angenommen gilt (§ 103 Abs. 3a S. 4 SGB V). Damit ein Nachbesetzungsantrag abgelehnt und die Zulassung damit eingezogen wird, muss also auch weiterhin mindestens ein Mitglied der Ärzteschaft mit den Krankenkassen stimmen.

Ist eine negative Entscheidung getroffen, muss der Abgeber damit zunächst leben. Klagen gegen eine dem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens entsprechende Entscheidung des Zulassungsausschusses haben keine aufschiebende Wirkung, § 103 Abs. 3a S 7 SGB V.

Ablehnungsschwelle ab einer Überversorgung von 140 %

Im Gesetzgebungsverfahren wurde von einigen Bundestagsmitgliedern der Vorschlag eingebracht, dass eine Ablehnung des Nachbesetzungsverfahrens erst bei einer Überversorgung von 180 % oder 200 % erfolgen soll. Diese Schussrichtung hat sich auch in der vom Bundestag beschlossenen Fassung durchgesetzt, wenngleich ein geringerer Grenzwert von 140 % festgeschrieben wurde. Bis zu diesem Versorgungsgrad von 140 % bleibt damit alles beim Alten (Kann-Vorschrift). Erst bei dessen Überschreitung greift die neue Soll-Regelung.

5. Entschädigung i.H. des Verkehrswerts der Arztpraxis

Hat der Zulassungsausschuss den Antrag abgelehnt, hat die Kassenärztliche Vereinigung eine Entschädigung in der Höhe des Verkehrswertes der Arztpraxis aus dem allgemeinen Honorartopf zu zahlen.

5.1 Begriff des Verkehrswertes

Unsicherheit besteht bereits bei der Klärung, was unter dem Verkehrswert zu verstehen ist. Der Begriff des Verkehrswerts taucht auch in anderen Regelungszusammenhängen aus:

- § BGB § 1376 BGB (Zugewinnausgleich): „Zu ermitteln ist der volle wirkliche Wert des Unternehmens (...). Dieser Wert entspricht regelmäßig dem Verkehrswert (des Unternehmens).“
- § BGB § 2311 BGB (Pflichtteil): „Für die Schätzung des Verkehrswerts (...) ist der wirkliche Wert des Unternehmens als wirtschaftliche Einheit anzusetzen (...).“

Der BGH definiert den Verkehrswert des Unternehmens als den „Preis, der bei einem Verkauf des Unternehmens als Einheit erzielt würde.“ (BGH 24.9.84, II ZR 256/83). Der Verkehrswert des Unternehmens wird damit als marktüblicher Preis verstanden, der für das Unternehmen auf dem Markt für Unternehmenstransaktionen im gewöhnlichen Geschäftsgang hypothetisch erzielbar wäre.

Inhaltlich stimmen die Beschreibungen im Wesentlichen mit dem „gemeinen Wert“ gem. § 9 BewG überein. Dieser gemeine Wert soll „durch den Preis bestimmt (werden), der im gewöhnlichen Geschäftsverkehr nach der Beschaffenheit des Wirtschaftsgutes bei einer Veräußerung zu erzielen wäre. Dabei sind alle Umstände, die den Preis beeinflussen zu berücksichtigen. Ungewöhnliche oder persönliche Verhältnisse sind nicht zu berücksichtigen.“ (vgl. Ruthardt/Hachmeister NZG 14, 885). Man hat sich also einen „markttypischen Erwerber“ vorzustellen und abzuschätzen, was dieser bereit wäre zu zahlen.

5.2 Verkehrswert der Praxis und Ersatz von Enteignungsfolgeschäden

Von vielen Ärzten und Beratern wurde es – vor der Einführung des VSG – als eine große Unsicherheit empfunden, was unter dem Verkehrswert „der Praxis“ zu verstehen ist. Es wurde die Frage gestellt, ob damit nur der GKV-Anteil oder die gesamte Praxis einschließlich der PKV-Patienten gemeint sei. Außerdem war manchem unklar, ob sich die Entschädigung nur auf den immateriellen Wert (also den Patientenstamm) oder auch auf das materielle Praxisvermögen (Inventar, Geräte etc.) erstreckt. Systematisch gesehen war die Antwort aber klar: Da das Wort „Praxis“ im Rahmen des § 103 SGB V an verschiedenen Stellen auftauchte und sich regelmäßig nur auf die GKV-Praxis bezog – für die Privatpraxis bestünde ja auch gar keine Regelungsermächtigung – musste man das Wort „Praxis“ auch im Zusammenhang mit der Entschädigung im Zweifel als „GKV-Praxis“ auffassen.

Definition des BGH

Definition im Steuerrecht

Es kann nur der GKV-Teil gemeint sein

Nur der immaterielle Wert oder auch das materielle Praxisvermögen

Längerfristige
Verträge**5.3 Ersatz von Enteignungsfolgeschäden**

Dass mit der Unveräußerbarkeit der GKV-Praxis aber auch die restliche PKV-Praxis entwertet wird, kann selbstverständlich nicht unberücksichtigt bleiben. Im Enteignungsrecht ist es ein allgemeiner Grundsatz, dass auch bestimmte Folgeschäden ersetzt werden (vgl. BGH, WM 1977, 1059; 1978, 489; Papier in Maunz/Dürig, Grundgesetz-Kommentar, GG Art. 14, Rn. 614 - 634). Dazu zählen Nachteile, die für den Enteignungsbetroffenen als erzwungene und unmittelbare Folge der Enteignung noch hinzutreten und das auferlegte Sonderopfer vergrößern.

Zu den Enteignungsfolgeschäden gehören neben der PKV-Praxis auch längerfristige Verträge z.B. Miete und Leasing oder auch Arbeitsverträge, in die der Praxisübernehmer eingetreten wäre und die den Abgeber somit entlastet hätten. Der Wert der PKV-Praxis ist damit (auch bisher schon) ein vollständig zu ersetzender Schaden. Der Abgeber ist aber zur Schadensminderung verpflichtet, indem er versuchen muss, z.B. die Räume anderweitig zu vermieten oder durch Verhandlung mit dem Vermieter früher aus dem Vertrag auszusteigen.

Der Gesetzgeber hat diese Problematik im Gesetzgebungsverfahren zuletzt erkannt und folgenden Satz 9 in § 103 Abs. 3a SGB V eingefügt: „Bei der Ermittlung des Verkehrswertes ist auf den Verkehrswert abzustellen, der nach Absatz 4 Satz 8 bei Fortführung der Praxis maßgeblich wäre.“

■ Gesetzesbegründung

„In Satz 9 wird geregelt, dass bei der Ermittlung des Verkehrswertes der Arztpraxis auf den Verkehrswert abzustellen ist, der bei der Fortführung der Praxis durch einen Praxisnachfolger nach Absatz 4 Satz 8 anzusetzen gewesen wäre. Dabei gilt auch hier, dass der am Markt theoretisch erzielbare höhere Verkaufspreis im Sinne eines echten Marktwertes bei Praxisfortführung durch einen Nachfolger nicht in Ansatz zu bringen ist, wenn er den Verkehrswert der Praxis übersteigt. Zu berücksichtigen sind bei der Ermittlung des Verkehrswertes sowohl der materielle als auch der immaterielle Wert der Praxis. Die Entschädigung schließt den Ersatz von Folgeschäden, die z.B. aufgrund von längerfristigen Verträgen entstehen können, ein; der ausscheidende Vertragsarzt ist dabei zur Schadensminderung verpflichtet. Etwaige Vermögensvorteile des ausscheidenden Vertragsarztes sind auf die zu zahlende Entschädigung anzurechnen.“

Mit der Einfügung wird einerseits statuiert, dass ein Fortführungswert und nicht ein Zerschlagungswert anzusetzen ist. Zum anderen ergibt sich, dass auch der PKV-Anteil in die Entschädigung mit einzubeziehen ist. Verständlich wird dies, wenn man weiß, dass das BSG im Urteil vom 14.12.11, B 6 KA 39/10 R, zur Frage der Berechnung des Verkehrswertes in diesem Regelungszusammenhang ausführt, sämtliche Erlöse, die der bisherige Inhaber mit der Praxis erzielt, seien zu berücksichtigen, mithin nicht nur die Erlöse aus der vertragsärztlichen Tätigkeit, sondern auch aus privatärztlicher Tätigkeit.

Daraus ergibt sich als praktisches Ergebnis, dass sich die Entschädigung auf den gesamten materiellen und immateriellen Wert der Praxis (GKV und PKV) bezieht, und dass auch Enteignungsfolgeschäden (wie z.B. länger laufende

Verträge) ersetzt werden. Etwaige Vermögensvorteile des Enteigneten sind aber auf die Entschädigung anzurechnen, dazu gehören alle Vermögensgegenstände, die dem Abgeber verbleiben und die noch einen Wert haben. Daher wäre von dem Verkehrswert der Praxis der Verkehrswert von Geräten, Inventar etc. abzuziehen, so dass es nicht zu einer doppelten Berücksichtigung kommt.

5.4 Methode der Verkehrswertbestimmung

In welcher Weise der Verkehrswert einer Praxis zu ermitteln ist, ist dem Gesetz und der Begründung dazu nicht zu entnehmen. Das BSG (14.12.11, B 6 KA 39/10 R) sieht zur Ermittlung des Verkehrswertes in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des BGH eine modifizierte Ertragswertmethode als grundsätzlich geeignet an. Bei allen Unklarheiten im Detail steht damit jedenfalls fest, dass der Gewinn der Praxis abzüglich Unternehmerlohn den Ausgangspunkt bildet und über einen bestimmten Zeitraum (in abgezinster Form) kumuliert werden muss.

Die Zulassungsausschüsse haben teilweise vertreten, aus Vereinfachungsgründen sei das 2-Fache des Quartalsumsatzes als Entschädigung anzusetzen.

5.5 Steuerliche Qualifikation der Entschädigung

Sofern die Praxisveräußerung wegen der Ablehnung des Nachbesetzungsverfahrens nicht möglich ist, ist die Einstellung des Praxisbetriebs u.E. als Praxisaufgabe, mit den entsprechenden steuerlichen Privilegierungen zu werten. Eine Aufgabe des ganzen Betriebs liegt vor, wenn auf Grund eines Entschlusses des Steuerpflichtigen, den Betrieb aufzugeben, die bisher in diesem Betrieb entfaltete Tätigkeit endgültig eingestellt wird und alle wesentlichen Betriebsgrundlagen in einem einheitlichen Vorgang, d.h. innerhalb kurzer Zeit, entweder insgesamt klar und eindeutig, äußerlich erkennbar in das Privatvermögen überführt bzw. anderen betriebsfremden Zwecken zugeführt werden oder insgesamt einzeln an verschiedene Erwerber veräußert oder teilweise veräußert und teilweise in das Privatvermögen überführt werden und dadurch der Betrieb als „selbständiger Organismus des Wirtschaftslebens“ zu bestehen aufhört. Aus welchen Motiven die Praxisaufgabe erfolgt, sollte dabei für die steuerliche Qualifikation ohne Belang sein. Im Regelfall wird es auch nicht an einem entsprechenden Aufgabeentschluss mangeln, denn der Arzt könnte ja grundsätzlich seine Praxis weiterführen, nur die Abgabe wird ihm vereitelt.

6. Gestaltungsmöglichkeiten und der 3-Jahres-Riegel des Gesetzgebers

Die Möglichkeit des Zulassungsausschusses, einen Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes abzulehnen, ist bis zum Inkrafttreten des VSG ausgeschlossen, wenn die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der folgendem Personenkreis angehört:

- Ehegatte, Lebenspartner oder Kind des bisherigen Vertragsarztes,
- Angestellter des Arztes oder Mitgesellschafter mit dem Praxis gemeinsam betrieben wurde

Modifiziertes
Ertragswert-
verfahren

Steuerlich liegt
eine begünstigte
Praxisaufgabe vor

**Familiärer
Nachfolger**

Hierdurch wird einerseits dem familiären Interesse des Praxisinhabers an der Weitergabe der Praxis an seine Kinder, den Ehegatten oder den Lebenspartner Rechnung getragen. Andererseits wird verhindert, dass Ärztinnen und Ärzte, mit denen die ausscheidende Vertragsärztin bzw. der ausscheidende Vertragsarzt zuvor gemeinsam tätig war, gezwungen werden, ggf. ihre vertragsärztliche Tätigkeit in der Praxis aufzugeben.

**Angestellter oder
Mitgesellschafter**

Die Variante, dass der Erwerber zuvor Angestellter oder Mitgesellschafter beim abgebenden Vertragsarzt war, war der in der Praxis am häufigsten vorkommende Fall. Damit wurde eine Gestaltung der Abgabe möglich, die dem Gesetzgeber ein Dorn im Auge war. Die Privilegierung wurde daher jetzt eingeschränkt mit der Maßgabe, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang andauert haben muss.

**Umgehungs-
gestaltungen vereiteln**

Die Regelung soll verhindern, dass Vertragsärzte die Regelungen zum Abbau von Überversorgung durch ein nur kurzzeitiges Anstellungs- oder Jobsharing-Verhältnis umgehen. Die Ablehnung eines Nachbesetzungsantrages in diesen Fällen ist künftig daher nur noch dann ausgeschlossen, wenn zuvor eine längerfristige (mindestens dreijährige) gemeinsame Zusammenarbeit in der Praxis erfolgt ist. Die Regelung gilt aus Gründen des Vertrauensschutzes nicht für Anstellungsverhältnisse bzw. gemeinschaftliche Praxisbetriebe, die vor dem 5.3.15 begründet wurden. Die für die Nachbesetzung einer Praxis durch Ehegatten, Lebenspartner oder Kinder des bisherigen Praxisinhabers geltenden Privilegierungen bleiben hingegen unberührt.

**Praxisabgabe ist
zukünftig von langer
Hand zu planen**

PRAXISHINWEIS | Vertragsärzte, die beabsichtigen die Praxis an einen Nachfolger abzugeben, derzeit noch keinen Nachfolger im Rahmen des gemeinschaftlichen Praxisbetriebs als Angestellten oder Gesellschafter herangeführt haben (oder bis zum 5.3.15) und deren Praxis sich in einem Risiko-Gebiet befindet, müssen daher äußerst frühzeitig mit der Nachfolgersuche beginnen.

7. Praxisverlegung in unterversorgten Bereich

Zur Sicherstellung einer besseren Verteilung der Ärzte in einem Planungsbereich wird ferner eine Ausnahmeregelung für solche Ärzte geschaffen, die sich verpflichten, den zur Nachbesetzung anstehenden Vertragsarztsitz in ein schlechter versorgtes Gebiet des selben Planungsbereichs zu verlegen. Hier besteht für die Kassenärztliche Vereinigung die Möglichkeit, den Zulassungsausschuss bei entsprechenden Erkenntnissen über einen solchen Versorgungsbedarf (z.B. aus der Tätigkeit ihrer Terminservicestelle) zu informieren. Denkbar sind insbesondere Fälle in sehr großen Planungsbereichen, in denen der Versorgungsgrad zwar insgesamt über 110 % liegt, in denen aber beispielsweise erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Arztdichte zwischen einzelnen Teilregionen (z.B. einzelnen Stadtteilen) innerhalb des Planungsbereichs bestehen.

Um zu erreichen, dass in diesen Fällen Vertragsarztsitze aus sehr gut versorgten Teilregionen in nicht ausreichend besetzte Teilregionen verlegt werden, gilt auch in diesem Fall eine Ausnahme von der grundsätzlichen Vorgabe zum Abbau von Überversorgung. Stellt sich allerdings im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens heraus, dass kein entsprechend geeigneter Bewerber zur Nachbesetzung zur Verfügung steht und damit das Ziel der neuen Ausnahmeregelungen nicht erfüllt wird, greift die Grundsatzregelung, dass keine Nachbesetzung erfolgen soll, soweit diese aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.

8. „Anwartschaft“ nach Tätigkeit in unterversorgtem Gebiet

Zur Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten wird der Zulassungsausschuss darüber verpflichtet, einem Antrag auf Nachbesetzung stattzugeben, wenn die Praxis von einem Arzt fortgeführt werden soll, der nach Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes eine mindestens fünfjährige vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss Unterversorgung festgestellt hat, erstmalig aufgenommen hat. Die Regelung hat damit zwei Vorteile. Zum einen kann hierdurch die Versorgung in unterversorgten Gebieten gefördert werden. Zum anderen bietet es Jung-Ärzten Planungssicherheit, weil sie durch die verpflichtende Vergabe des Praxissitzes im überversorgten Gebiet sicher sein können, eine spätere Praxis zu übernehmen,

Mindestens
fünf Jahre

9. Fazit und Blick in die Glaskugel

Resigniert stellt der Gesetzgeber in der Begründung zum VSG fest: Dem Zulassungsausschuss wurde die Möglichkeit eingeräumt, Nachbesetzungsanträge abzulehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Von dieser Möglichkeit haben die Zulassungsausschüsse kaum Gebrauch gemacht. Für die Zulassungsausschüsse war es mehr als naheliegend sich auf den Standpunkt zu stellen: wer „kann“ der „muss“ eben nicht, zumal bei jeder Ablehnung der Nachbesetzung viele Folgefragen bleiben, die langwierige Gerichtsprozesse bedeuten.

Mit der Einführung des „soll“ als praktisches „muss“ wird der Zulassungsausschuss gezwungen sich in jedem Einzelfall mit der Frage der Versorgungsrelevanz auseinanderzusetzen und die zugrunde liegenden Überlegungen zu begründen. Damit wird die Tätigkeit der Zulassungsausschüsse in jedem Fall deutlich aufwendiger. Trotzdem bleibt ein erheblicher Entscheidungsspielraum, wenn es um die Konkretisierung der Versorgungsrelevanz geht.

Gesetzgeber setzt
die Zulassungsaus-
schüsse unter Druck

Bei der Praxisnachfolge wird – viel stärker als bisher schon – die Einzelfallargumentation zählen. Künftig sollte jeder Vertragsarzt, der den Antrag auf Nachbesetzung stellt, bereits in diesem Antrag auf die Versorgungsrelevanz seiner Praxis eingehen und Details zur Unterstützung seiner Argumentation darlegen.

Einzelfallprüfung



Analog zum Ruhen
der Zulassung eines
Vertragsarztes

ANGESTELLTE (ZAHN-)ÄRZTE

Neue Regelungen zur Gleichstellung mit Vertragsärzten

von RA, FAFStR Dr. Jens-Peter Damas, Berlin, ETL Medizinrecht

▮ Bislang sind angestellte Ärzte gegenüber Vertragsärzten in mehrererlei Hinsicht benachteiligt. So konnte z.B. bislang nur für den Vertragsarzt selbst ein Vertreter bestellt werden. Das Versorgungsstärkungsgesetz greift eine Reihe dieser Ungleichbehandlungen auf und schließt einige Lücken. ▮

1. Ruhen der Arztstelle (§ 95 Abs. 9 S. 4 SGB V)

Analog zum Ruhen der Zulassung ist auch das Ruhen der Arztstelle vorgesehen. Im Sinne gleicher Rahmenbedingungen für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und MVZ wird klargestellt, dass die Vorschriften zum Ruhen einer Zulassung für die Anstellungsgenehmigung entsprechend gelten.

2. Verlegung der Tätigkeit angestellter Ärzte (§ 24 Ärzte-ZV)

Mit der Ergänzung in § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV soll sichergestellt werden, dass medizinische Versorgungszentren (MVZ) bei Zulassung und Betrieb nicht gegenüber Vertragsärzten benachteiligt sind. Daher wird die Verlegung einer Anstellungsgenehmigung von einem MVZ in ein anderes MVZ (in gleicher Trägerschaft) geregelt. Eine solche Übertragung der Anstellungsgenehmigung ist jetzt analog der Sitzverlegung bei der Zulassung möglich, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen.

PRAXISHINWEIS ▮ Anders als die Gesetzesbegründung glauben macht, gilt die Ergänzung dem Wortlaut nach für alle „genehmigten Anstellungen“, also auch für Einzelpraxen und Gemeinschaftspraxen bzw. Berufsausübungsgemeinschaften. Sofern z.B. innerhalb von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften nicht bereits die Migration der Vertragsärzte innerhalb der Standorte für eine organisatorische Erleichterung sorgt, wird diese nun flankiert durch eine entsprechende Möglichkeit der Umorganisation bzgl. der genehmigten Arztstellen.

3. Abrechnungsprüfung (§ 106a Abs. 2 SGB V)

Rechneten angestellte Ärzte in MVZ mehr als 520 Stunden im Quartal ab, war dies ein Aufhänger für eine Abrechnungsprüfung. Mit dem Gesetz wird die Grenze für alle Ärzte auf 780 Stunden im Quartal erhöht.

4. Vertretung von angestellten Ärzten (§ 32b Ärzte-ZV)

Nach § 1 Abs. 3 finden die Regelungen der Ärzte-ZV zwar entsprechend Anwendung für angestellte Ärztinnen und Ärzte. Wegen unterschiedlicher Auslegungen in der Praxis bedarf es aber einer Klarstellung, dass auch die

Anhebung des
Grenzwerts

Regelungen zur Vertretung für die angestellte Ärztin bzw. den angestellten Arzt gelten. Darüber hinaus werden die Vertretungsgründe an die Rechtslage für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte im Falle des Todes angepasst.

Der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) regelt, dass im Falle des Todes einer Vertragsärztin bzw. eines Vertragsarztes die Praxis durch einen Vertreter für längstens sechs Monate fortgeführt werden kann („Witwen-Quartal“). Mit der Ergänzung in § 32b Abs. 6 Ärzte-ZV wird jetzt auch eine dem BMV-Ä entsprechende Regelung für die genehmigte Arztstelle eingeführt. Darüber hinaus werden weitere Vertretungsgründe geregelt, die nur bei angestellten Ärztinnen bzw. Ärzten in Betracht kommen. Eine Vertretung soll insbesondere auch bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch Kündigung oder beispielsweise Freistellung möglich sein.

5. Anpassung der Gebührenregelungen (§ 46 Ärzte-ZV)

Um mehr Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu gewinnen, darf der Zulassungsausschuss in unterversorgten Gebieten für die Zulassung keine Gebühren mehr erheben. Der Zulassungsausschuss kann von der Erhebung von Gebühren auch absehen oder diese reduzieren, wenn es aus Versorgungsgründen angezeigt ist.

Bei der Nachbesetzung einer genehmigten Anstellung sind die Gebühren um 50 % zu reduzieren. Mit der Gebührenreduktion sollen kooperative Versorgungsformen, die insbesondere für junge Ärztinnen und Ärzte attraktiv sind, gefördert werden. Zudem soll die Höhe der Gebühren nicht dazu führen, dass Anstellungen wegen des möglichen Ausscheidens aus der Praxis nicht erfolgen, z. B. bei Erziehungszeiten und der dann erforderlichen hohen gebührenpflichtigen Nachbesetzung der genehmigten Anstellung.

6. Fazit

Die Regelungen zu angestellten Ärzten sind weitgehend klarstellender Natur und stellen sinnvolle Ergänzungen dar. Die Übertragung der Anstellungsgenehmigung innerhalb eines MVZ-Trägers dient zunächst der Flexibilität. Dies ist zu begrüßen. Gleichzeitig wird quasi als ausgleichendes Element der Prüfmodus der Sitzverlegung in die Regelung integriert. Damit könnte eine einheitliche Entscheidungspraxis einhergehen. Schließlich ist auch die großzügige Ausweitung der Vertretungsregelungen gemäß den Praxiserfordernissen als Fortschritt zu werten.

Vertretung für den verstorbenen Vertragsarzt

Keine Gebühr in unterversorgten Gebieten

Sinnvolle Ergänzungen



Politik hatte
eine deutliche
Entschärfung
versprochen

Ab 1.1.17
geht die
Verantwortung
über

WIRTSCHAFTLICHKEITSPRÜFUNG

Ab 2017 bleibt alles anders!

von RA FafMedR Jörg Brochnow, Dresden, ETL Medizinrecht

Wer als Arzt zu viel verschreibt und seine Richtgrößen überschreitet, muss mit Regress rechnen. Die Einhaltung von Richtgrößen ist Gegenstand von Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Zum 1.1.12 wurde § 106 Abs. 5e S. 1 SGB V eingefügt, wonach bei erstmaliger Überschreitung der Richtgröße um 25 % vor Ausspruch eines Regresses eine Beratung erfolgen müsse (Beratung vor Regress). Das Wort „erstmalig“ war allerdings bis zu zwei Entscheidungen des BSG (2.10.14, B 6 KA/8/14 und B 6 KA 3/14) streitig. Das Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sieht eine Neuordnung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Richtgrößenprüfungen zum 1.1.17 vor. |

1. Zum Hintergrund der Neuregelungen

Im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) versprachen die Parteien vor der vorletzten Bundestagswahl eine deutliche Entschärfung des „allgemein als ungerecht und zunehmend existenzgefährdend für niedergelassene Arztpraxen empfundenen Wirtschaftlichkeitsprüfungswesens“ in Form der Richtgrößenprüfung. Das wirklich Wenige, das sich durch diese Regelungen des GKV-VStG hierbei zunächst für Vertragsärzte verbessert zu haben schien, wurde für die meisten betroffenen Praxen durch die Rechtsprechung zwischenzeitlich vollständig konterkariert.

Die sichere und lukrative Einnahmequelle Wirtschaftlichkeitsprüfung (ärztliche Verordnungen und ärztliche Leistungen) soll nun auch durch das GKV-VSG keinesfalls zum Versiegen gebracht werden. Zumindest bleibt die Richtgrößenprüfung in letztlich unveränderter Form mit ihren festen Grenzen 15 % (Beratung) und 25 % (Regress) zunächst einmal bis 2017 bestehen.

2. Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

Erst ab 1.1.17 wird die Richtgrößenprüfung nicht mehr als Regelprüfmethode vorgeschrieben und die Regelungskompetenz geht – allerdings unter engsten Vorgaben der Bundesebene (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Spitzenverband der Krankenkassen) – auf die regionalen Prüfebene über. Was allerdings weder heißt, dass die Richtgrößenprüfung automatisch, noch, dass die ganze Wirtschaftlichkeitsprüfung abgeschafft würde. Eine Lücke wird dabei nicht bleiben. Kommt auf Landesebene keine Regelung bis zum 31.12.16 zustande, gelten die bisherigen Regelungen weiter. Offenbar erwartet der Gesetzgeber dann eine Verschlimmbesserung der Systeme.

Es ist zu befürchten, dass er damit Recht behält. Tief versteckt im Gesetzestext wird ab 2017 das System der Wirtschaftlichkeitsprüfungen weiter verschärft. Von der einst versprochenen Stärkung des Grundsatzes „Beratung vor Regress“ und „Vereinheitlichung der Anerkennung von Praxisbesonderheiten“ bleibt also so gut wie nichts übrig.

3. Die „Erstmaligkeit“ beim Prinzip „Beratung vor Regress“

Nur Vertragsärzte, die noch niemals einen bestandskräftigen Richtgrößenregress erhalten haben, können sich überhaupt auf das Prinzip „Beratung vor Regress“ berufen (BSG 22.10.14, B 6 KA/8/14 und B 6 KA 3/14). Diese – streitbaren – Urteile korrigieren den damals verkündeten Willen des Gesetzgebers. Im Zusammenhang mit der seinerzeit umkämpften Abschaffung der Praxisgebühr waren die zunehmend existenzvernichtenden Richtgrößenregresse im Arznei- und Heilmittelbereich 2009 Wahlkampfthema. Insbesondere die Richtgrößenprüfungen sollten deshalb deutlich entschärft werden. Arztpraxen sollten vor Ausspruch eines existenzgefährdenden Richtgrößenregresses einen Warnschuss erhalten.

Zunächst verwunderte anlässlich der politisch erklärten Intention einer „Warnschussfunktion“, dass die Regelung eben nur bei Richtgrößenprüfungen (Arznei- und Heilmittel) gilt. Sie gilt also insbesondere nicht bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung der Zahnärzte und auch nicht bei der sonstigen Wirtschaftlichkeitsprüfung der vertragsärztlichen Leistungsabrechnung.

Zur Frage der „Erstmaligkeit“ bestanden zuvor vollständig divergierende Ansichten von Landessozialgerichten:

- Laut LSG Baden-Württemberg (19.2.13, L 5 KA 222/13 ER-B, Beschluss) stellte die Einführung des Gesetzes zum 1.1.12 eine Zäsur dar. Es sei unerheblich, so das LSG, ob die Richtgröße in der Vergangenheit (ggf. auch bereits mehrfach) überschritten worden sei. Für alle Verfahren habe ab dem 1.1.12 zunächst eine Beratung stattzufinden, bevor ein Regress festgesetzt werden könne.
- Völlig anderer Auffassung war das LSG Nordrhein-Westfalen (20.11.13, L 11 KA 49/13). Nach dem Wortlaut der Regelung sei ausschließlich darauf abzustellen, ob der Arzt „erstmalig“ die Richtgröße überschreite. Dieses habe keine zeitliche Dimension. Insofern sei eine restriktive Auslegung der Norm angezeigt, da nur der Arzt schutzbedürftig sei, der bislang, also auch in der Vergangenheit, völlig unauffällig verordnet habe.

Wenig überraschend schloss sich das BSG (22.10.14, B 6 KA 8/14 R und B 6 KA 3/14) der Auffassung des LSG Nordrhein-Westfalen an. Bedenkt man dabei, dass die Richtgrößenprüfung nach §§ 84 und 106 SGB V schon 1993 als flankierendes Steuerungsinstrument zum Arzneimittelbudget als alternative Prüfmethode eingeführt und als verbindliche Regelprüfmethode ab 1.1.04 gesetzlich vorgeschrieben ist, bleibt von den ursprünglichen politischen Versprechungen – nun zumindest bis 1.1.17 – nicht viel mehr als eine Art „Welpenschutz für Anfängerpraxen“.

Alle anderen Praxen müssen bis dahin mit der Androhung der Richtgrößenprüfung für bis zu 16 Quartale rückwirkend und damit verbundener Gefahr von Regressen in bis zu sechsstelliger Höhe zumindest bis 2017 weiter (über-)leben.

Geltungsbereich

Es bleibt nur ein „Welpenschutz für Anfängerpraxen“

Was soll die
Regionalisierung
bringen?

4. Perspektive 2017

Das Prüfverfahren muss künftig in allen Einzelheiten auf regionaler Ebene zwischen KV und Landeskrankenkassenverbänden vereinbart werden. Vergegenwärtigt man sich die Tatsache, dass bereits seit 2004 die Findung der Richtgrößen auf den jeweiligen Gesamtvertragsebenen stattfindet (§ 84 SGB V) ist fraglich, warum die ab 2017 generell vorgeschriebene gesamtvertragliche Vereinbarung des gesamten Verfahrens und der anzuwendenden Prüfmethode etwas verbessern können sollen. Außer einer weiteren Steigerung der Konfusion der Verfahrensweisen und damit verbundenen Rechtsunsicherheiten werden sich die Rahmenbedingungen der von Regressen bedrohten Praxen nicht wesentlich ändern.

5. Keine Regresslimitierungen mehr?

In § 106 Abs. 5c SGB V in der derzeit geltenden Fassung heißt es:

■ § 106 Abs. 5c SGB V

„Abweichend von Satz 1 setzt die Prüfungsstelle für Ärzte, die erstmals das Richtgrößenvolumen um mehr als 25 % überschreiten, für die Erstattung der Mehrkosten einen Betrag von insgesamt nicht mehr als 25.000 EUR für die ersten beiden Jahre einer Festsetzung eines Betrags nach Satz 1 fest.“

Beratung
vor Regress als
Schutzwall

5.1 Bisherige Rechtslage

Es handelt sich also um eine Art gestaffeltes gesetzliches „Schutzwallsystem“:

- Zunächst einmal muss die Prüfungsstelle „in erforderlichen Fällen“ alle Praxen beraten und zwar „über die von ihnen im Zeitraum eines Jahres oder in einem kürzeren Zeitraum erbrachten, verordneten oder veranlassten Leistungen“ (Abs. 1a).
 - Bei Praxen, die ihre Richtgrößen 15 %, aber noch keine 25 % überschreiten, findet lediglich eine Beratung statt (Abs. 5a, Vorab-Prüfung).
 - Praxen, die absolut erstmalig ihre Richtgröße um mehr als 25 % überschreiten, erhalten ebenfalls nur eine Beratung (Abs. 5e, Freischussberatung).
- Dagegen dürfen Praxen, die keine „Ersttäter“ sind, für die ersten beiden Jahre (also die rückwirkenden acht Quartale ab der Beratung) nicht höher regressiert werden als insgesamt 25.000 EUR.

Der Schutzwall
besteht nicht
mehr

5.2 Neue Rechtslage

Die letztgenannten Beschränkungen der Regresse finden sich in den neuen §§ 106 bis 106c SGB V nicht mehr. Die genannten „Schutzwälle“ sind gefallen. Näheres wird erst dann bekannt, wenn die Bundesvertragsebene (KBV und Spitzenverband Bund der Krankenkassen) die in § 106b Abs. 2 SGB V n.F. geforderten Rahmenvorgaben erlassen hat. Da ab 1.1.17 die Richtgrößenprüfung zumindest nicht mehr verbindliche Regelprüfmethode ist, regelt das Gesetz auch die individuelle Richtgrößenvereinbarung nicht mehr (jetzt noch in § 106 Abs. 5d SGB V). Nach derzeitiger Rechtslage wird ein zu erstattender Mehr-

aufwand (jetzt „Nachforderung“) nicht festgesetzt, soweit die Prüfstelle mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt aber verpflichten, ab dem Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten. Es besteht also sowohl für die Prüfstelle als auch für den Beschwerdeausschuss auf Ersuchen des Arztes eine Verhandlungspflicht (vgl. BSG 28.3.13, B 6 KA 46/12 R). Eine derartige Regelung findet sich in der Fassung des GKV-VSG überhaupt nicht mehr. Auch hier darf man auf die Rahmenvorgaben der Bundesvertragsebene gespannt sein. Hoffentlich wird da nichts vergessen.

PRAXISHINWEIS | Weiterhin heißen Regresse bzw. Honorarkürzungen jetzt „Nachforderungen“. Auch der Grundsatz „Beratung vor Regress“ bei „Ersttättern“ wird weiter relativiert. Bei statistischen Prüfungen sollen individuelle Beratungen bei erstmaliger Auffälligkeit den Nachforderungen vorgehen. Dagegen gilt für Einzelfallprüfungen dieser Grundsatz nicht.

Gesetzestechisch werden die Normen des Wirtschaftlichkeitsprüfungsrechts in den neu gefassten §§ 106 bis 106c SGB V, sowie weiteren §§ wie 296 und 297 (für die Datenübermittlung u.a.), den früher oder später zu erwartenden Rahmenvorgaben der Bundesebene und insbesondere den Vereinbarungen auf Gesamtvertrags-(KV-)Ebene gefasst. Eine Vereinfachung ist hierdurch eher nicht in Sicht, insbesondere wenn man bedenkt, dass es ab 2017 dann 17 verschiedene Systeme der Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Verordnungen geben wird. § 106 a SGB V bezieht sich dabei auf die arztbezogenen Prüfungen ärztlicher Leistungen, § 106 b SGB V auf die arztbezogene Prüfung ärztlicher Verordnungen.

6. Regelhafte Stichprobenprüfungen

Die arztbezogenen Prüfungen ärztlicher Leistungen gemäß § 106 a SGB V sind zunächst einmal regelhafte Stichprobenprüfungen unter Einbeziehung von mindestens 2 % der Ärzte pro Quartal ohne Berücksichtigung honorarbezogener Begrenzungsregelungen aus dem HVM. Die Überprüfung umfasst dabei abgerechnete Leistungen, Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, AU-Bescheinigungen und veranlasste Leistungen (besonders aufwändige medizintechnische Leistungen) über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr.

Die Prüfung betrachtet die Indikation für die Leistungen, die Eignung zur Erreichung des Therapieziels, die Einhaltung von Qualitätskriterien sowie die Angemessenheit der Kosten in Hinblick auf das Therapieziel. Wird bei der Stichprobenprüfung ermittelt, dass eine Arbeitsunfähigkeit ohne medizinische Notwendigkeit ausgestellt wurde, kann der betroffene Arbeitgeber zudem Schadensersatzforderungen gegenüber dem Arzt geltend machen. Hierbei soll es aber nicht bleiben. Vielmehr sind auch die ärztlichen Leistungen in den Rahmenvorgaben des Bundes weiterzuregulieren und auf KV-Ebene über Vereinbarungen zu regeln. Da muss es dann z.B. nicht bei den 2 % bleiben und es „können über die Zufälligkeitsprüfungen hinaus Prüfungen ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten oder andere arztbezogene Prüfungsarten“ vereinbart werden.

Ab 2017 wird es 17 Systeme der Wirtschaftlichkeitsprüfung geben

Welche Punkte werden geprüft?

Durchschnittswert-
methode (Horizon-
talvergleich)

7. Prüfungen bei Zahnärzten

Derzeit werden Zahnärzte auf der Grundlage der Prüfvereinbarungen auf KZV-Ebene überwiegend per Durchschnittswertmethode („Horizontalvergleich“) hinsichtlich der (insbesondere KCH-)Abrechnungsziffern und Fallwerte geprüft. Leistungen, die also in festen Zeiträumen „horizontal“ nicht prüfbar sind, wie die Individualprophylaxe bei Kindern (IP 5 BEMA), PARO-Leistungen, kieferorthopädische Leistungen und Zahnersatzleistungen, können somit eigentlich nur per Einzelfallprüfung erfolgen. § 105a SGB V n.F. fordert nun in Abs. 2 Ziff. 5 ausdrücklich die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit in den Zufälligkeitsprüfungen, soweit dafür Veranlassung besteht, bei Leistungen des Zahnersatzes und der Kieferorthopädie, inklusive der Vereinbarkeit mit dem Heil- und Kostenplan.

Nach dieser Gesetzessystematik scheinen diese Prüfungen in den Leistungsarten ZE und KFO neben den Zufälligkeitsprüfungen aller Leistungsarten die zwingenden Regelprüfungen zu sein. Die sich aus der Kann-Bestimmung des § 106a Abs. 4 SGB V n.F. ergebenden Möglichkeiten von z.B. darüber hinaus gehenden Durchschnittswertprüfungen oder anderen arztbezogenen Prüfungsarten, insbesondere die bislang absolut vorherrschenden Auffälligkeitsprüfungen (Horizontalvergleiche) in der Leistungsart KCH und den Fallwerten, hätten subsidiären Charakter. Auf jedem Fall sind auf der Grundlage des Gesetzes aber bis 31.12.16 neue Vereinbarungen zwischen den KZV und den jeweiligen Landeskrankenkassenverbänden sowie neue Prüfvereinbarungen zwischen diesen Vertragspartnern zu vereinbaren. Vorauszusehen sind dabei erhebliche Steigerungen von Einzelfallprüfungen in den Leistungsarten ZE und KFO.

8. Fazit

Das GKV-VSG bringt durch die Neufassung der §§ 106 bis 106c SGB V spätestens ab 1.1.17 nicht unerhebliche weitere Verschärfungen, auf jedem Fall aber Veränderungen in der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Der Gesetzgeber verlagert hierzu Regelungskompetenzen auf die Ebene von Normsetzungsverträgen zwischen K(Z)BV und Spitzenverband der Krankenkassen für die Rahmengestaltung und auf die jeweilige Gesamtvertragsebenen der K(Z)V hinsichtlich der gesamten Prüfsystematik. Das Gesetz an sich schützt Ärzte mit Ausnahme derjenigen, die absolut erstmalig überhaupt von einem Wirtschaftlichkeitsprüfungsregress (jetzt „Nachforderungen“) bedroht sind, nicht mehr vor auch existenzbedrohlichen Regressen.

Selbst die Ermöglichung des Abschlusses von Richtgrößenvereinbarungen zwischen Prüfstelle oder Beschwerdeausschuss und betroffenem Arzt wird nicht mehr gesetzlich geregelt. Es wird also auf das Verhandlungsgeschick der jeweils einzelnen K(Z)V bei der Vereinbarung ihrer jeweiligen Prüfsysteme ankommen. Es steht zu befürchten, dass hier keinerlei Erleichterungen, Vereinfachungen oder auch Verbesserungen der Kalkulationssicherheit der Arztpraxen zu erwarten ist. Bis mindestens 1.1.17 bleibt ohnehin weitgehend alles beim Alten.

Nicht unerhebliche
weitere
Verschärfungen

KLINIKEN

Neue Möglichkeiten für Krankenhäuser

von RAe Heiko Grunow, Christian Scur, ETL Medizinrecht Schwerin/Berlin;
Rechtsanwältin Andrea Bielitz, WRG Audit GmbH, Laatzen

■ Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wird der Kliniksektor stärker in die ambulante Versorgung integriert. Das geschieht zum einen durch die Terminservicestelle der KVen und zum anderen durch ein eigenes Zulassungsrecht. Daneben enthält das Gesetz weitere bedeutsame Neuerungen wie etwa den Einsatz innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. ■

1. Krankenhäuser werden Teil der ambulanten Versorgung

Die Teilnahme eines Krankenhauses an der ambulanten Versorgung kann auf mehreren Wegen erfolgen.

- Zum einen ist der Zulassungsausschuss gemäß § 116a SGB V zukünftig verpflichtet ein Krankenhaus zur ambulanten Versorgung zuzulassen, wenn eine Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde. Aus der bisherigen Kann-Vorschrift wird eine Muss-Vorschrift. Der Zulassungsausschuss hat kein Ermessen mehr und die antragstellenden Krankenhäuser sind zwingend zuzulassen.
- Zum anderen können Kliniken über die neu einzurichtende Terminservicestelle gemäß § 75 Abs. 1a SGB V Versicherte ambulant versorgen, sofern der Termin mit dem Patienten durch die Terminservicestelle vermittelt wird und es sich nicht um eine Bagatellerkrankung oder Routineuntersuchung handelt (s. dazu den Beitrag von Scur, S. 41). Hat der Patient die Behandlung im Krankenhaus in Anspruch genommen, können künftig auch alle weiteren Termine, die dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen hier wahrgenommen werden (§ 76 Abs. 1a SGB V n.F.). Die Leistungen werden aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung bezahlt, wobei der Krankenhausträger nach Maßgabe der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der KV abrechnet. Hierzu wird § 120 SGB V durch das GKV-VSG entsprechend erweitert.
- Zusätzlich wird ein gewisser Bestandsschutz für Krankenhäuser geschaffen, die an der ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der bis zum 31.12.11 geltenden Fassung teilnehmen. Deren Bestimmungen werden erst unwirksam, wenn das Krankenhaus zu der jeweiligen Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, spätestens drei Jahre nach Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses. Drei Jahre nach dem jeweiligen Richtlinienbeschluss gilt also einheitlich das neue Recht.



2. Entlassmanagement als Aufgabe des Krankenhauses

Um Versorgungslücken zwischen stationärer und ambulanter Behandlung zu schließen, wird das Entlassmanagement in § 39 Abs. 1a SGB detailliert geregelt und ausgebaut. Es ist grundsätzlich Aufgabe des Krankenhauses und ergab sich als Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag. Ab sofort können Teile des Entlassmanagements vertraglich auf Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 S. 1 SGB V (Vertragsärzte, MVZ und ermächtigte Einrichtungen) übertragen werden. Durch den Verweis auf § 11 Apothekengesetz wird klargestellt, dass auch insoweit das Zuweisungsverbot zu beachten ist, wonach Apotheken mit Ärzten keine Absprachen über die Zuweisung von Verschreibungen oder die Zuführung von Patienten treffen dürfen.

Anspruch auf
Unterstützung beim
Entlassmanagement

Zukünftig gewährt das SGB V dem Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung beim Entlassmanagement. Die Unterstützung besteht darin, gemeinsam mit dem Krankenhaus rechtzeitig vor der Entlassung die Versorgung zu organisieren, die für die Umsetzung des Entlassplans erforderlich ist. Dazu gehört etwa die Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung mit den Leistungserbringern wie Vertragsärzten, Rehabilitationseinrichtungen und Pflegediensten. Soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander.

Entlassmanagement
mit eingeschränktem
Verordnungsrecht

Die ambulante Behandlung im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt bleibt weiterhin den Vertragsärzten vorbehalten. Die Krankenhäuser erhalten aber ein eingeschränktes Verordnungsrecht, soweit dies für die Versorgung des Versicherten erforderlich ist (§ 39 Abs. 1a S. 5 SGB V n.F.). Sie dürfen Arzneimittel in der kleinsten Packungsgröße oder auch häusliche Krankenpflege und Heilmittelversorgung für die Dauer von sieben Tagen verordnen. Durch die Gleichstellung der Krankenhäuser mit Vertragsärzten hinsichtlich des Verordnungsrechts müssen Krankenhäuser aber auch die Wirtschaftlichkeitsgrundsätze beachten. Das Verordnungsrecht schließt Versorgungslücken zwischen stationärer und ambulanter Behandlung, die durch die Zeitspanne zwischen Entlassung und Arzttermin auftreten. Zusätzlich kann das Krankenhaus auch die Arbeitsunfähigkeit feststellen.

PRAXISHINWEIS | Die weiteren Einzelheiten zur Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse sowie dem gegebenenfalls mit eingeschalteten Vertragsarzt sind aber noch in einer Rahmenvereinbarung auf Bundesebene zu treffen. Auch die Einzelheiten zum Verordnungsrecht sind noch in weiteren Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses zu regeln.

3. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

Grundsätzlich können innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potenzial im Rahmen der Krankenhausbehandlung erbracht werden, ohne dass es zuvor einer positiven Richtlinienentscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses bedarf. Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft erst auf Antrag, ob das Verfahren überhaupt für eine ausreichende, zweck-

Auch ohne positive
Richtlinien-
entscheidung

mäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich ist (§ 137c Abs. 1 SGB V). Diese Ausgestaltung wird als Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt bezeichnet.

Um das Verfahren zu beschleunigen, sieht das GKV-VSG für die Beschlussfassung über die Annahme des Antrags nach § 137c SGB V eine Frist von drei Monaten vor. Das Bewertungsverfahren selbst muss dann grundsätzlich innerhalb weiterer drei Jahre abgeschlossen sein.

Mit dem ebenfalls neu eingefügten § 137c Abs. 3 SGB V wird klargestellt, dass alle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zu denen der Gemeinsame Bundesausschuss bisher keine Bewertung vorgenommen hat, weiterhin im Rahmen der Krankenhausbehandlung eingesetzt werden dürfen, wenn sie das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative bieten und ihre Anwendung nach den Regeln der ärztlichen Kunst erfolgt, sie also insbesondere medizinisch indiziert und notwendig ist.

Das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative kann sich etwa daraus ergeben, dass die Methode aufgrund ihres Wirkprinzips und der bisher vorliegenden Erkenntnisse mit der Erwartung verbunden ist, dass andere aufwändigere, für den Patienten invasivere oder bei bestimmten Patienten nicht erfolgreiche Methoden ersetzt werden können oder die Methode in sonstiger Weise eine effektivere Behandlung ermöglichen kann. Die Neuregelung zeichnet die Rechtsprechung des BSG nach und schränkt die Möglichkeit der Krankenkassen ein, stationäre Leistungen im Einzelfall mit Hinweis auf einen nicht belegten Nutzen abzulehnen.

4. Frühzeitige Nutzenbewertung bei Hochrisikoprodukten

Von dem eben dargestellten Grundsatz der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt beim Einsatz innovativer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden weicht der Gesetzgeber mit dem neu geschaffenen § 137h SGB V für Medizinprodukte mit hoher Risikoklasse aufgrund des besonders invasiven Charakters zukünftig ab und ordnet eine frühzeitige Nutzenbewertung an.

Zukünftig müssen Krankenhäuser, die einen NUB-Antrag für Medizinprodukte der Risikoklassen IIb oder III stellen, die in der stationären Versorgung neu eingesetzt werden sollen, gleichzeitig einen Antrag auf Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss stellen. Dieser prüft, ob es sich um ein neues wissenschaftlich-theoretisches Konzept handelt. Das ist nach der Legaldefinition des § 137h Abs. 2 S. 2 SGB V der Fall, wenn sich ihr Wirkprinzip oder ihr Anwendungsgebiet von anderen, in der stationären Versorgung bereits eingeführten systematischen Herangehensweisen wesentlich unterscheidet. Ist dies der Fall, wird eine Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss anhand der beigebrachten Informationen durchgeführt.

Die Behandlungsmethode wird innerhalb von drei Monaten in eine der folgenden Kategorien eingeteilt:

Wann hat eine
Behandlungsalternative
Potenzial?

NUB-Antrag mit
Bewertungsantrag
verbinden

- Der Nutzen ist als hinreichend belegt anzusehen.
- Der Nutzen ist zwar nicht belegt, aber die Methode bietet Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative.
- Es handelt sich um eine schädliche oder unwirksame Behandlungsmethode.

4.1 Der Nutzen ist belegt

Ist der Nutzen nach Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss belegt, prüft er, ob Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung in einer Richtlinie nach § 137 SGB V zu regeln sind. Gleichzeitig haben die Krankenhäuser einen Anspruch auf sachgerechte Vergütung. Wird die Methode mit den pauschalierten Pflegesätzen nicht sachgerecht vergütet, ist eine Vereinbarung über die Vergütungshöhe zu treffen. Kann eine solche nicht erzielt werden, ist ihr Inhalt durch die Schiedsstelle festzulegen. Der Anspruch des Krankenhauses auf das NUB-Entgelt besteht für diejenigen Behandlungsfälle, die nach der NUB-Anfrage in das Krankenhaus aufgenommen worden sind. Dabei wird die Differenz zwischen dem NUB-Entgelt und der bereits gezahlten Vergütung ermittelt, um eine Doppelvergütung zu vermeiden.

4.2 Die Methode hat Potenzial

Ist der Nutzen zwar nicht belegt, aber bietet die Behandlungsmethode Potenzial, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss über eine Richtlinie zur Erprobung. Auch in diesem Fall hat das leistende Krankenhaus Anspruch auf sachgerechte Vergütung, sodass wiederum eine Vereinbarung abzuschließen ist, wenn die Leistung mit den pauschalierten Pflegesätzen nicht sachgerecht vergütet wird. Zu beachten ist aber, dass Krankenhäuser, die die neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode erbringen wollen, verpflichtet sind, an der Erprobung teilzunehmen.

Für schädliche oder unwirksame Behandlungsmethoden erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie, wonach die Methode im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf.

Ergibt die Methodenbewertung bei einem noch nicht hinreichend belegten Nutzen ein Potenzial, ist eine Erprobung der Methode durchzuführen. Alle Krankenhäuser, die die Behandlungsmethode gegenüber den Krankenkassen abrechnen möchten, wären dann zur Teilnahme an der Erprobung verpflichtet. Nach Abschluss der Erprobung beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss per Richtlinie, ob die Behandlungsmethode weiterhin erbracht und abgerechnet werden darf.

5. Erweiterte Zulassung von Hochschulambulanzen

Mit dem GKV-VSG wird die Ermächtigung von Hochschulambulanzen zur ambulanten Versorgung in § 117 SGB V erweitert. Neben ihrer bisherigen Ermächtigung zur ambulanten Behandlung in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang können sie zukünftig auch solche Personen behandeln, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen. Hierfür benötigen die Patienten aber grundsätzlich einer Überweisung eines Facharztes.

Erprobung
der Methode

Neben Forschung und
Lehre auch Art, Schwere
und Komplexität der
Erkrankung

Auch verfahrensrechtlich gibt es erhebliche Erleichterungen. Bisher bedurften die Hochschulambulanzen einer Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss. Dieser Verfahrensschritt entfällt, denn nach der Neuregelung des § 117 SGB V sind die Hochschulambulanzen bereits kraft Gesetzes zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt.

Die Gruppe der Patienten, die wegen Art, Schwere oder Komplexität der Erkrankung einer Behandlung in der Hochschulambulanz bedarf, wird durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft festgelegt. Hierin können die Parteien auch Ausnahmen vom Erfordernis der Überweisung vereinbaren.

Die Leistungen der Hochschulambulanzen werden unmittelbar über einen Direktvertrag mit den Krankenkassen vergütet. § 120 SGB V wird dazu angepasst. Die Vergütung hat sich künftig nicht mehr nach den Entgelten für vergleichbare Leistungen zu richten. Sie muss in ihrer Höhe vielmehr so bestimmt sein, dass die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleistet ist. Der neu gefasste § 120 Abs. 2 S. 4 SGB V gibt hierzu vor, dass zur Erhöhung der Leistungstransparenz der Hochschulambulanzen bei den Vergütungsvereinbarungen bundeseinheitliche Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur und zur Leistungsdokumentation, zu berücksichtigen sind.

6. Fazit

Die geplanten Änderungen bewirken eine Stärkung der Kliniken bei der Versorgung der Versicherten. Zwar wird damit im Gegenzug der grundsätzliche Vorrang der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte in den unterversorgten Gebieten eingeschränkt; dieser Umstand ist aber im Zweck des Gesetzes begründet, der sich auch in seinem Namen „Versorgungsstärkungsgesetz“ widerspiegelt. Eine Versorgungsstärkung kann dabei insbesondere auch durch ein Ineinandergreifen der sektoralen Bereiche zugunsten der Versicherten erreicht werden.

Weiterhin ist die frühe Nutzenbewertung bei Hochrisikoprodukten zu begrüßen, da hierdurch die Interessen von Klinik, Patient und Krankenversicherung in Einklang gebracht werden können. Das Verfahren ist zwar aufwendig, aber erforderlich. Denn derzeit mangelt es an einem nationalen und europäischen Zulassungsverfahren für Medizinprodukte höherer Risikoklassen.

Patientenkreis wird durch Spitzenverbände festgelegt

Direktvertrag mit den Krankenkassen

Das Gesetz enthält viele positive Regeln



Chance für
Zahnarzt-MVZ

Umwandlungs-
möglichkeit für BAG

RECHTSFORMENWAHL

Die Stärkung des MVZ im Wettbewerb mit Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften

von RAin Katrin-C. Beyer, LL.M., Köln, ETL Medizinrecht

! Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) möchte die Bundesregierung die im Koalitionsvertrag der 18. Legislaturperiode formulierten Zielsetzungen umsetzen und die Rahmenbedingungen für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung weiter flexibilisieren. So wurde bereits im Koalitionsvertrag mit dem Ziel einer flächendeckenden ambulanten Versorgung vereinbart, dass zukünftig fachgruppengleiche medizinische Versorgungszentren (MVZ) zugelassen werden sollen und auch Kommunen die Möglichkeit gewährt wird, MVZ zu gründen (s. dazu den Beitrag von Lindenau/Beyer, S. 37). Weiterhin sollen sich MVZ ohne konkreten Bewerber im Nachbesetzungsverfahren bewerben dürfen. !

1. Fachgruppengleiche MVZ

Durch das GKV-VSG sollen die Gründungsmöglichkeiten für MVZ weiterentwickelt werden. Insbesondere Zahnärzten wird mit diesem Gesetz eine Versorgungsform eröffnet, die ihnen bislang weitestgehend verschlossen war. Es gibt derzeit nur sehr wenige Zahnarzt-MVZ in Deutschland.

1.1 Die Reichweite der Neuregelung

Nach § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V bisheriger Fassung muss das MVZ eine fachgruppenübergreifende ärztlich geleitete Einrichtung sein. Dies ist der Fall, wenn mindestens zwei Vertragsärzte mit verschiedenen Fachgebieten in dem Zentrum tätig sind.

Zukünftig soll dieses Kriterium wegfallen, sodass fachgruppengleiche MVZ gegründet werden können, in denen mehrere Ärzte desselben Fachgebiets tätig sind. Nach der Neuregelung sind danach reine Hausarzt- oder (spezialisierte) facharztgleiche MVZ zulässig, ebenso reine Zahnarzt-MVZs oder psychotherapeutische MVZ. Ein weiteres Alleinstellungsmerkmal des MVZ bisheriger Prägung geht damit verloren. Der Gesetzgeber egalisiert die Gründungsvoraussetzungen von MVZ und die Grenze zu insbesondere fachgruppengleichen Berufsausübungsgemeinschaften geht fast völlig verloren.

1.2 Jede Berufsausübungsgemeinschaft kann MVZ und GmbH werden

Jede Berufsausübungsgemeinschaft, seien es Haus-, Fach- oder Zahnärzte oder Psychotherapeuten, kann sich also als ein MVZ zulassen. Möglicherweise werden die Zahnärzte bei der MVZ-Gründung von den Zulassungszahlen her nachziehen, sofern hinreichend sinnvolle Gründungsmotive vorliegen (s. dazu den Beitrag von Geißer, S. 34). Die Möglichkeit, die bisherige Berufsausübungsgemeinschaft in ein MVZ weiterzuentwickeln, bietet auch die Option, in die Rechtsform der GmbH zu wechseln (s. dazu den Beitrag von Gerdes, S. 29).

2. Weitere Wettbewerbschancen von MVZ

Weiterhin sprechen flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten für die Anstellung von (Zahn-)Ärzten für ein MVZ. So sollen nach dem GKV-VSG Anstellungsge-
nehmigungen von einem MVZ auf ein anderes MVZ desselben Trägers analog
der Sitzverlegung bei Vertragsärzten ermöglicht werden.

Dies bedeutet, dass Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften
künftig verstärkt in Wettbewerb zu z.T. großen MVZ-Strukturen mit immer
mehr angestellten (Zahn-)Ärzten treten werden. MVZ zeichnen sich bereits
heute durch einen hohen Anstellungsgrad von Ärzten aus. Berufsausübungs-
gemeinschaften sind dagegen noch eher partnerschaftlich (d.h. durch eine
Vielzahl von Gesellschaftern geprägt) organisiert, obwohl auch hier der An-
stellungsgrad von Ärzten in den letzten Jahren stark gestiegen ist. Auf diese
neue Situation sollten sich Ärzte und Zahnärzte vorbereiten und sich bei der
Planung größerer Einheiten rechtlich und steuerlich beraten lassen.

PRAXISHINWEIS | Insgesamt eröffnen sich erhebliche Gestaltungsspielräume,
die es zu erkennen und zu nutzen gilt. Es ist anzunehmen, dass neben einer Welle
von MVZ-Neugründungen auch viele Berufsausübungsgemeinschaften umge-
wandelt werden. Ob die Welle auch in Richtung GmbH schwappt, wird sich zeigen.
Schließlich ist das fachgruppengleiche MVZ ein Praxisumwandlungsmodell in die
GmbH (s. dazu den Beitrag von Geißer, S. 34).

Insbesondere Zahnärzten mit Wachstumsorientierung eröffnet sich durch die
gesetzlichen Änderungen eine völlig neue Dimension: Wegen der Pflicht zur
persönlichen Leistungserbringung sind dem Wachstum einer klassischen
Einzelpraxis wie auch der Berufsausübungsgemeinschaft Grenzen gesetzt.
Zudem ist es dem Vertragszahnarzt gemäß Bundesmantelvertrag-Zahnärzte
nur gestattet, an seinem Vertragsarztsitz zwei in Vollzeit bzw. bis zu vier in
Teilzeit tätige Zahnärzte anzustellen. Diese Beschränkungen gibt es für ein
MVZ nicht. Schließlich ist Zahnärzten die Tätigkeit in der Rechtsform der
GmbH eröffnet. Dies kann aus vielen Gründen vorteilhaft sein.

3. Zulassungsanträge von MVZ ohne konkreten Bewerber

Durch die im GKV-VSG vorgesehenen Regelungen findet eine Abkehr von den
bisherigen Auswahlkriterien und damit den Grundsätzen des Nachbeset-
zungsverfahrens zugunsten von MVZ statt. Bisher ist die Bewerbung um ei-
nen Vertragsarztsitz/Anstellung personengebunden, der Zulassungsaus-
schuss prüft die Eignung und Qualifikation des konkreten Arztes im Vergleich
zu anderen Bewerbern.

Flexiblere
Möglichkeiten
der Anstellung

Besondere
Möglichkeiten
für Zahnärzte

Abkehr von
bisherigen
Auswahlkriterien

3.1 Die neue Regelung

Es wird ein neuer § 103 Abs. 4 S. 10 SGB V eingefügt. Er lautet:

■ § 103 Abs. 4 S. 10 SGB V n.F.

„Hat sich ein medizinisches Versorgungszentrum auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes beworben, kann auch anstelle der in Satz 5 genannten Kriterien die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots des medizinischen Versorgungszentrums berücksichtigt werden.“

Nicht lediglich ein weiterer Aspekt für die Ermessensentscheidung

Mit der Einführung dieser Regelung kann der Zulassungsausschuss bei der Bewerbung eines MVZ auf die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes anstelle der persönlichen und fachlichen Zulassungsvoraussetzungen berücksichtigen, inwieweit durch die Zulassung das besondere Versorgungsangebot zugunsten der Patientenversorgung verbessert wird. Der Wortlaut könnte auf den ersten Blick nur dafür sprechen, dass der Zulassungsausschuss einen weiteren Aspekt in seiner Ermessensentscheidung berücksichtigen soll. Die KV versteht diese Regelung in ihrer Kommentierung zum GKV-VSG – zu Recht – ganz anders:

„Damit wird MVZ das Recht eingeräumt, sich auch ohne konkreten Kandidaten auf offene Versorgungssitze zu bewerben. So ist wohl auch die Gesetzesbegründung im Zusammenhang zu verstehen.“

Mit dieser Regelung wird einem MVZ die Möglichkeit eingeräumt, sich vorsorglich auf offene Vertragsarztsitze bewerben zu können, ohne bereits einen konkreten Bewerber vorweisen zu können. Eine Auswahl des am besten geeigneten Bewerbers findet zugunsten des MVZ dann nicht mehr statt. Fraglich ist, wie sich die Ermessenserwägungen nach dem neuen Abs. 4 S. 10 zu den nach Abs. 4 S. 5 mit konkretem Bewerber verhalten. Hier werden die Zulassungsausschüsse der Struktur nach anders als bislang entscheiden und nachvollziehbare Ermessenserwägungen anstellen müssen.

3.2 Fazit: MVZ werden ungerechtfertigt bevorzugt

Dass sich MVZ auch ohne konkreten Kandidaten bewerben können, passt an sich nicht in die bisherige Regelungssystematik des § 103 Abs. 4 SGB V hinein und bevorzugt MVZ in nicht gerechtfertigter Weise, da Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften diese Möglichkeit nicht haben. Warum Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften einen konkreten Bewerber vorhalten müssen und MVZ nicht, erschließt sich nicht ohne Weiteres. Diese Schlechterstellung ist wohl kaum mit dem Gleichheitssatz vereinbar.

Verstoß gegen die Regelungssystematik

HAFTUNG/ERTRAGSTEUERN

Lohnt sich die MVZ-GmbH für die Gesellschafter?

von RA FAfStR Thomas Gerdes, Essen, ETL Medizinrecht

Seit dem Inkrafttreten des GKV-Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zum 1.1.04 ist es zulässig, neben den althergebrachten Kooperationsgemeinschaften für Ärzte und Zahnärzte das medizinische Versorgungszentrum (MVZ) zu gründen und dies in unterschiedlichen Rechtsformen, so auch in der Rechtsform einer GmbH.

1. Rechtsgrundlage

Die Rechtsgrundlage für das MVZ findet sich in § 95 SGB V. Hierzu heißt es:

■ § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V

„Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Abs. 2 S. 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind.“

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sieht u.a. vor, dass das Tatbestandsmerkmal „fachübergreifend“ in § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V sowie die Sätze 4 und 5 gestrichen werden. Danach ermöglicht das GKV-VSG neben weiterhin zulässigen fachübergreifenden MVZ auch ein reines arztgruppengleiches MVZ, dass z.B. nur aus Hausärzten, Fachärzten und Zahnärzten gebildet werden kann. Dies war nach geltender Gesetzeslage nicht möglich.

2. Zulassung

Nach § 95 Abs. 1a SGB V können MVZ nur von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nicht ärztlicher Dialyseeinrichtungen nach § 126 Abs. 3 SGB V oder von gemeinnützigen Trägern, die Kraft Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden. Ein MVZ und damit auch eine MVZ-GmbH können nicht wiederum Gründer/Gesellschafter eines MVZ sein (SG Marburg 20.1.14, S 12 Ka 117/13, Gerichtsbescheid). Allerdings ist die Entscheidung zu Recht umstritten (Michels/Möller, Ärztliche Kooperationen, S. 299).

Anders als vor Geltung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG vom 22.12.11) können MVZ seit dem 1.1.12 gemäß § 95 Abs. 1a S. 1 SGB V nur noch in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung gegründet werden. Insbesondere eine AG scheidet daher aus.

Neben den grundsätzlichen Voraussetzungen für die MVZ-Zulassung (z.B. Angabe des ärztlichen Leiters, der als Arzt im MVZ tätig sein muss, im Unterschied zum kaufmännischen Geschäftsführer der GmbH) ist bei der MVZ-



Bislang
fachgruppen-
übergreifend

Künftig auch
fachgruppengleich

Zulässige Gründer

GmbH insbesondere zu beachten, dass gemäß § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V die Gesellschafter der MVZ GmbH eine selbstschuldnerische Bürgschaft für Forderungen von KVen und Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben müssen. Die Bürgschaft ist vom Gesetzeswortlaut her der Höhe nach unbegrenzt abzugeben. Einige Zulassungsgremien haben dagegen Höchstbetragsbürgschaften akzeptiert, z.T. in der Höhe eines Vielfachen des geplanten GKV-Umsatzes oder nur in Höhe eines Bruchteils des geplanten GKV-Umsatzes.

3. Vor- und Nachteile einer MVZ-GmbH

Vorab ist zu sagen, dass sich die Vor- und Nachteile einer MVZ-GmbH nicht wesentlich von denen einer gewerblich tätigen GmbH unterscheiden.

3.1 Haftungssituation

Ein Unterschied zwischen einer MVZ-Personengesellschaft und der MVZ-GmbH besteht insbesondere in der Haftungsbeschränkung als Gesellschafter. Die Gesellschafter einer MVZ-GmbH haften nicht für Verbindlichkeiten der MVZ-GmbH. Der Behandlungsvertrag kommt zwischen der MVZ-GmbH und dem jeweiligen Patienten zustande. Ein Rückgriff auf die dahinter handelnden Personen ist nicht möglich und nicht vorgesehen (BSG 22.10.14, B 6 KA 36/13 R). Zur Begründung hat das BSG ausgeführt, dass das Sicherungsbedürfnis durch das GmbH-Vermögen ausreichend sei. Die MVZ-Gesellschafter einer MVZ-Personengesellschaft haften dagegen persönlich und unbegrenzt mit ihrem Privatvermögen. Gleichgestellt ist die Haftungssituation nur bei Honorarrückforderungen durch die Prüfungsgremien für Forderungen von KVen und Krankenkassen gegen das MVZ aufgrund der unbegrenzten Bürgschaftserklärung der MVZ-Gesellschafter.

Unberührt hiervon bleiben jedoch mögliche Ansprüche aus der deliktischen Haftung (§ 823 BGB) des jeweils behandelnden Arztes. Für grobfahrlässige bzw. vorsätzlich begangene Behandlungsfehler haftet der behandelnde Arzt auch weiterhin persönlich. In diesem Punkt der deliktischen Haftung ergeben sich faktisch keine Unterschiede in der Haftungssituation.

FAZIT | Die Gründung einer MVZ-GmbH ermöglicht es, den dort angestellten Ärzten sowie eingeschränkt (aufgrund des Bürgschaftserfordernisses) den Gesellschaftern dem Haftungsrisiko und der vollen bzw. gesamtschuldnerischen Haftung zu entgehen, die zwangsläufig mit einer Einzelpraxis bzw. der Beteiligung an einer Berufsausübungsgemeinschaft verbunden sind.

3.2. Ertragsteuerliche Situation

In steuerlicher Hinsicht ist zu beachten, dass auf der Ebene der MVZ-GmbH Körperschaftsteuer und Gewerbesteuer auf den durch die GmbH erzielten Gewinn anfallen. Die Gesellschafter haben ihre Gehaltszahlungen zu versteuern und Gewinnausschüttungen werden mit der Abgeltungsteuer (zur Zeit 25 %) bzw. nach dem Teileinkünfteverfahren belastet. Ob sich wegen der unterschiedlichen Besteuerung eine Mehr- oder eine Minderbelastung ergibt, kann jedoch nur im Einzelfall genau bestimmt werden.

Allerdings ist der ungleich höhere Buchhaltungsaufwand der bilanzierungspflichtigen MVZ GmbH (im Gegensatz zur Einnahmen-Überschussrechnung bei Einzelpraxen und Personengesellschaften) und der unterschiedliche Zeitpunkt der ertragswirtschaftlichen Erfassung von Forderungen zu beachten. Bei der GmbH gilt statt des Zufluss- das Realisationsprinzip. Danach werden Honorarforderungen ertragswirksam bereits mit der Leistungserbringung erfasst. Vorbehaltlich einer Prüfung des jeweiligen Einzelfalls ergibt sich schematisch folgender Unterschied in der Besteuerung einer MVZ GmbH mit zwei Gesellschaftern im Vergleich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft mit zwei Gesellschaftern:

Höherer Buchhaltungsaufwand beim MVZ

■ Belastungsvergleich MVZ-GmbH vs. BAG mit je zwei Gesellschaftern

	MVZ-GmbH [EUR]		BAG [EUR]	
Umsatz	546.000		546.000	
Kosten	476.000		476.000	
davon Lohn (je Gesellschafter 100.000 EUR)	200.000			
Gewinn	70.000		270.000	
Körperschaftsteuer (15 %)	10.500			
Gewerbesteuer (Hebesatz 400 %)	9.800			
Steuerbelastung der Gesellschaft	20.300	= 29 %		
Lohnsteuer je Gesellschafter (42 %)	42.000			
Besteuerung ■ der Gewinnausschüttung (100.000 EUR je Gesellschafter) ■ des Gewinnanteils (135.000 EUR je Gesellschafter)	6.212		56.700	
Solidaritätszuschlag	2.652		3.119	
Steuerbelastung je Gesellschafter	50.864	= 41 %	59.819	= 44 %
Nettoertrag je Gesellschafter	73.986	= 55 %	75.182	= 56 %
Steuerbelastung je Gesellschafter	61.014	= 45 %	59.819	= 44 %

FAZIT | Der Vergleich zur Ertragssteuerbelastung ergibt einen Unterschied von etwa einem Prozentpunkt und ist damit in der Praxis marginal. Steuerliche Gestaltungsansätze kommen im Wesentlichen bei der Berücksichtigung des Lohnaufwands in Betracht, daneben in Investitionssituationen. In diesen Fällen können sich steuerliche Belastungsunterschiede zwischen MVZ-GmbH und MVZ-Personengesellschaft ergeben. Allerdings sollte die Haftungs- und Steuersituation meist kein alleiniges Argument für die MVZ-GmbH sein. Für den Einzelfall müssen weitere Aspekte hinzukommen bzw. geprüft werden (s. den Beitrag von Geißer, S. 34).

Haftung und Steuern sollten nie alleinige Entscheidungskriterien sein



Grundsätzlicher
Liquiditätsnachteil
für GmbH, da
Sollbesteuerung

Unterschiedliche
Befreiungsvorschriften
für Ärzte und
Einrichtungen

UMSATZSTEUER

Ist die MVZ-GmbH umsatzsteuerlich vorteilhaft?

von RA StB Michael Rossa, Essen, ETL Medizinrecht

Wesentliche Unterschiede zwischen der ärztlichen Betätigung in einer Einzelpraxis bzw. in einer Berufsausübungsgemeinschaft und dem Tätigwerden als MVZ-GmbH bestehen bei der Umsatzsteuer hinsichtlich des Zeitpunkts der Fälligkeit der Umsatzsteuern sowie der Behandlung von eng verbundenen Umsätzen.

1. Zeitpunkt der Fälligkeit der Umsatzsteuer

Ärzte, die in einer Einzelpraxis bzw. in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig werden, haben auf Antrag die Möglichkeit nach § 20 S. 1 Nr. 3 UStG eine Umsatzbesteuerung nach vereinnahmten Entgelten (Ist-Versteuerung) durchzuführen. Die Steuer entsteht also erst im Zeitpunkt des Zahlungseingangs.

Die MVZ-GmbH hingegen kann dieses Wahlrecht grundsätzlich nicht ausüben. Eine GmbH muss die Umsatzsteuer nach vereinbarten Umsätzen (Sollbesteuerung) abführen, d.h., die Steuer entsteht bereits mit Ablauf des Voranmeldungszeitraums, in dem die Leistung ausgeführt worden ist. Dies stellt für die MVZ-GmbH einen Liquiditätsnachteil dar.

2. Umsatzsteuerbefreiung

Es stellt sich allerdings die Frage, inwieweit bei der MVZ-GmbH überhaupt Umsatzsteuern anfallen.

2.1 Systematik der Befreiungsvorschriften

Medizinische Versorgungszentren, die an der vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V teilnehmen, erbringen steuerfreie Leistungen nach § 4 Nr. 14 Buchst. b S. 2 Doppelbuchst. bb UStG (BMF 26.6.09, BStBl I 09, 756, Rn. 46). Die Leistungen von Ärzten, die in einer Einzelpraxis bzw. in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig werden, unterliegen demgegenüber der Befreiungsvorschrift des § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG.

2.2 Ärztliche Heilbehandlung

Die Durchführung von ärztlichen Heilbehandlungen ist nach beiden Vorschriften (Buchstabe a und b) von der Umsatzsteuer befreit, da es für die Anwendung des § 4 Nr. 14 UStG irrelevant ist, in welcher Rechtsform der Arzt tätig wird (BFM 28.2.00, BStBl I 00, 433).

2.3 Eng verbundene Umsätze

Eng verbundene Umsätze sind hingegen lediglich über § 4 Nr. 14 Buchst. b UStG umsatzsteuerfrei, sodass Ärzte in einer Einzelpraxis bzw. in einer Berufsausübungsgemeinschaft insoweit umsatzsteuerpflichtige Leistungen erbringen. Die eng verbundenen ärztlichen Leistungen einer MVZ-GmbH sind

daher umsatzsteuerlich privilegiert. Zu den eng verbundenen Umsätzen kann beispielsweise die Überlassung von medizinisch-technischen Großgeräten zählen. Wenn demnach eine MVZ-GmbH einer anderen MVZ-GmbH ein solches Großgerät entgeltlich zur Behandlung der Patienten überlässt, kann diese Überlassung als eng verbundener Umsatz umsatzsteuerfrei sein. Die Überlassung von Großgeräten von einer Einzelpraxis bzw. einer Berufsausübungsgemeinschaft ist demgegenüber umsatzpflichtig.

2.4 Nicht eng verbundene Umsätze

Sofern die MVZ-GmbH allerdings Leistungen erbringt, die nicht mit einer Heilbehandlung eng verbunden sind (z.B. Verkauf von Nahrungsergänzungsmitteln oder Kontaktlinsen), besteht auch bei der MVZ-GmbH Umsatzsteuerpflicht. Für diese Umsätze greift grundsätzlich die Sollbesteuerung, wobei die MVZ-GmbH nach § 20 S. 1 Nr. 1 UStG auf Antrag die Besteuerung nach vereinnahmten Umsätzen (Ist-Versteuerung) wählen kann, wenn der umsatzsteuerpflichtige Gesamtumsatz im Vorjahr nicht mehr als 500.000 EUR betragen hat.

500.000 EUR
Umsatzgrenze für
Ist-Versteuerung

3. Vorsteuerabzug

Im Übrigen ist zu beachten, dass die ärztliche MVZ-GmbH keine Vorsteuern geltend machen kann, soweit sie nach § 4 Nr. 14 UStG umsatzsteuerfreie Leistungen erbringt. Soweit die ärztliche MVZ-GmbH umsatzsteuerpflichtige Leistungen tätigt (z.B. Verkauf von Nahrungsergänzungsmitteln oder Kontaktlinsen), ist der Vorsteuerabzug möglich. Sofern die Vorsteuern demnach ausschließlich in unmittelbarem Zusammenhang mit umsatzsteuerpflichtigen Leistungen entstehen, sind diese von der MVZ-GmbH zur Gänze in Abzug zu bringen. Sofern die Vorsteuern sowohl mit umsatzsteuerfreien als auch mit umsatzsteuerpflichtigen Ausgangsumsätzen in Zusammenhang stehen, ist der Umfang des Vorsteuerabzugs im Rahmen einer sachgerechten Schätzung zu ermitteln.

Nach Maßgabe der
Ausgangsumsätze

4. Fazit

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die MVZ-GmbH gegenüber anderen Organisationsformen (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft) im Rahmen der Umsatzsteuer grundsätzlich nicht nachteilig ist, da eng verbundene Umsätze bei der MVZ-GmbH gemäß § 4 Nr. 14 Buchst. b UStG von der Umsatzsteuer befreit sein können. Ein umsatzsteuerlicher Nachteil bzw. ein Liquiditätsnachteil ergibt sich allerdings dann, wenn die MVZ-GmbH umsatzsteuerpflichtige Leistungen erbringt, die ein Volumen von 500.0000 EUR p.a. übersteigen.

Kein systematischer
Nachteil für das MVZ



Berufsausübungs-
gemeinschaften,
Partnerschafts-
gesellschaften

Medizinische
Versorgungs-
zentren

Ambulantes
Versorgungsunter-
nehmen GmbH

UMWANDLUNG

Wichtige Vorüberlegungen beim Schritt von der Berufsausübungsgemeinschaft in die MVZ-GmbH

von RA StB Martin Geißer, FAfStR, München, ETL Medizinrecht

! Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wird das Tor zur ambulanten Ärzte-GmbH weit aufgestoßen. Bislang war es Ärzten weitgehend nicht gestattet, in der Rechtsform einer GmbH an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. !

1. Status quo der MVZ-GmbH

Die allermeisten Berufsausübungsgemeinschaften werden als Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder auch als Partnerschaftsgesellschaft betrieben. Ausnahmen davon sind das medizinische Versorgungszentrum (MVZ) und die kaum verbreitete Ärztegesellschaft. Diese sind jeweils in der Rechtsform der GmbH möglich. Die Ärztegesellschaft ist allein berufsrechtlich vorgesehen und wäre vertragsärztlich nur als MVZ-GmbH denkbar.

Das MVZ hat sich seit der Einführung 2004 als Versorgungsform unterschiedlicher Ausprägung in der ambulanten Versorgung etabliert. Der Status-quo zum 31.12.13 lautet wie folgt: 795 der 2.006 MVZ sind in Krankenhaus-trägerschaft (40 %). Daher ist eine knappe Mehrheit für die Vertragsärzte zu verbuchen. Über 1.220 MVZ sind in der Rechtsform GmbH tätig (60 %). Die GbR dominiert als weitere Rechtsform. Von den 1.220 MVZ-GmbHs sind 634 in Krankenhaus-trägerschaft (52 %). Die GmbH ist also bei Krankenhäusern und Vertragsärzten etwa gleichermaßen beliebt.

2. Das fachgruppengleiche MVZ als Umwandlungsmodell

Dass ein MVZ bislang nur fachgruppenübergreifend (vgl. § 95 Abs. 1 S. 2 SGB V) gegründet werden konnte, war ein spürbares Gründungshindernis. Es wird durch das GKV-VSG aufgehoben. Damit können arztgruppengleiche MVZ gegründet werden. Zwei Hausärzte, zwei Fachärzte oder zwei Zahnärzte können z.B. ein MVZ gründen. Der vormalige Unterschied zu den meisten Berufsausübungsgemeinschaften verschwindet. Das MVZ hat ein weiteres bedeutendes Alleinstellungsmerkmal verloren. Die mehr als 20.000 Berufsausübungsgemeinschaften in Deutschland können also wählen, ob sie weiter als Berufsausübungsgemeinschaft oder als MVZ tätig sind. Beides ist in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts, der Partnerschaft oder der GmbH möglich.

Wenn sich eine Berufsausübungsgemeinschaft für das MVZ entscheidet, ist die GmbH als Rechtsform möglich. Das arztgruppengleiche MVZ ist damit ein Praxisumwandlungsmodell in die GmbH, die mit angestellten Ärzten tätig wird. Die Gemeinschaftspraxis wird folglich zum „ambulanten Versorgungsunternehmen“ GmbH. Dies ist auch im Hinblick auf die Übertragung einer Praxis von Bedeutung.

■ Beispiel

Nach einer erfolgreichen ärztlichen Karriere denken die Mitinhaber A und B über die Veräußerung ihrer Beteiligung an einer größeren Berufsausübungsgemeinschaft nach. Diese wird in der Rechtsform der Gesellschaft bürgerlichen Rechts betrieben. Ihre erfolgreiche Praxis gibt ihnen dabei keinen Grund zur Sorge.

Im Zuge ihrer weiteren Bemühungen müssen sie jedoch feststellen, dass sich aufgrund veränderter Lebens- und Arbeitszeitmodelle der jungen Kollegen die Suche nach einem Nachfolger als überaus schwierig gestaltet. Diese sind zwar fachlich bestens geeignet und an der Praxis interessiert, wollen aber weder auf ein Privatleben verzichten noch eine entsprechend hohe Belastung zur Finanzierung des Kaufpreises eingehen.

A und B fragen, ob das arztgruppengleiche MVZ nach dem GKV-VSG in der Rechtsform einer GmbH eine Alternative bietet:

- **Kontinuität:** Da die GmbH unabhängig von dem Namen der tätigen Ärzte firmieren kann (z.B. „MVZ am historischen Römertor“), tritt ein Generationswechsel nach außen nicht oder nur unwesentlich in Erscheinung, sodass Kontinuität gewahrt wird. Aus Patientensicht fällt der Gesellschafterwechsel von A und B weniger auf als in einer Berufsausübungsgemeinschaft, in der das Praxisschild mit den Namen der (meist-)zugelassenen Ärzte identitätsstiftend ist.
- **Finanzierung des Kaufpreises:** Käufer der (Teil-)Praxis kann neben ärztlichen Kollegen auch die GmbH sein. Auf diese Weise kann einerseits eine entsprechende Liquidität sichergestellt werden, andererseits zwingt sie junge Kollegen nicht zu einer gegebenenfalls zu hohen finanziellen Belastung.
- **Flexible Zeitplanung:** Die Übertragung auf die GmbH eröffnet auch die Möglichkeit der zeitlichen Trennung von Praxisverkauf und -ankauf, da der Erwerber gerade nicht der Kollege sein muss.
- **„Exit“-Modell:** Ist die vormalige Praxis in ein MVZ als GmbH umgewandelt, wird die Praxis im Zuge eines „Exit-Modells“ für stationäre Einrichtungen oder andere MVZ-GmbHs interessant, da nur noch GmbH-Anteile verkauft und übertragen werden.
- **Flexible Übertragungs- und Beteiligungsmodelle:** Der junge Arzt kann sofort Gesellschafter in der GmbH oder in einem ersten vorgelagerten Schritt nur angestellter Arzt der GmbH werden. Dabei sind verschiedene Arbeitszeitmodelle denkbar, sodass die Tätigkeit in einer Praxis gerade für junge Eltern eine attraktive Alternative bietet.
- **Verewigung der Zulassung:** Sofern A und B im Zuge der MVZ-GmbH-Gründung zugunsten einer Anstellung in der GmbH auf ihre Zulassung verzichtet haben, bleiben der Gesellschaft die dann bestehenden Arztstellen so lange erhalten, bis diese kontinuierlich mit angestellten Ärzten nachbesetzt werden.

(Kein) Wechsel
in der Firmierung

Trennung von
Praxisverkauf und
-ankauf

Trennung von Gesellschafterstatus und Arztstelle

- **Gesellschafterstatus:** A und B können als Gründungsgesellschafter des MVZ nach Verzicht auf ihre Zulassung solange GmbH-Gesellschafter bleiben, bis sie ihre Anteile auf einen neuen (zugelassenen) Arzt oder ein Krankenhaus oder ein anderes MVZ verkaufen und übertragen.
- **Belastbarkeit:** In der GmbH sind die Ebenen der Gesellschafter und der Angestellten strikt voneinander getrennt, anders als in einer Berufsausübungsgemeinschaft, in der eine Vielzahl von Gesellschaftern zusammen arbeitet. Die Streit anfälligkeit liegt auf der Hand. Dies wird durch die Trennung von Gesellschafterstatus und Arztstellen weitgehend vermieden. Die Struktur ist vergleichsweise belastbarer.
- **Flexible Weiterbeschäftigungsmodelle:** Für A und B besteht die Möglichkeit der (Teilzeit-)Tätigkeit als angestellter Arzt in der GmbH. Die Statusänderung einer Vollzulassung in eine Arztstelle kann mit maximal vier angestellten Ärzten mit zehn Stunden Arbeitszeit pro Woche bewirkt werden.
- **Unbegrenzt Wachstum:** Ein MVZ darf zahlenmäßig unbegrenzt Ärzte anstellen. Eine Berufsausübungsgemeinschaft ist auf maximal drei (Radiologen, Laborärzte usw. vier) angestellte Ärzte pro zugelassenem Vertragsarzt beschränkt.
- **Gewerbesteuer:** Bei steuerlich zweifelhafter freiberuflicher Prägung aufgrund einer Vielzahl von Angestellten und Betriebsstätten oder entsprechender Kapitalbeteiligung der Gesellschafter ist die GmbH bereits kraft Rechtsform gewerbsteuerpflichtig.
- **Wettbewerbsvorteil:** Die vorgenannten Aspekte können im individuellen Einzelfall einen entscheidenden Vorteil gegenüber anderen Praxisanbietern bei der Suche nach Übernehmern darstellen.

3. Fazit

Das fachgruppengruppengleiche MVZ ist ein Praxisumwandlungsmodell in die GmbH. Der erste Schritt von der fachgruppengleichen Praxis in das MVZ dürfte ein leichter sein, kann doch zunächst die Rechtsform – meist die Gesellschaft bürgerlichen Rechts – beibehalten werden. Dieser erste Schritt ist auch – abgesehen vom Zulassungsprozedere – mit kaum nennenswertem Aufwand verbunden. Der zweite dann mögliche Schritt in die GmbH verlangt die gedankliche Abwägung der o.g. Aspekte der Kontinuität, Verewigung, Flexibilität, Belastbarkeit usw. und der individuellen Entscheidungsgrundlage der Beteiligten. Selbstverständlich sind dabei auch steuerrechtliche Aspekte mit zu berücksichtigen (s. dazu die Beiträge von Rossa, S. 32 und Gerdes, S. 29).

Den Schritt in die GmbH gut überlegen

KOMMUNALE VERSORGUNG

Rückenwind für das Büsser Modell

von RA Dr. jur. Lars Lindenau, Erlangen, und RAin Katrin-C. Beyer, LL.M., Köln, ETL Medizinrecht

┆ Nachdem der Gesetzgeber den Kreis der zur Gründung eines MVZ berechtigten Personen durch das am 1.1.12 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) erheblich eingeschränkt hat, sieht das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) sogar vor, dass künftig auch Kommunen MVZ-Träger sein können. ┆

1. Gesetz schafft Erleichterungen

Kommunen soll die Gründung eines MVZ dabei nicht nur in der Rechtsform des privaten Rechts, sondern auch in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform des Eigenbetriebs oder des Regiebetriebs ermöglicht werden. Ferner gilt für Kommunen das Zustimmungserfordernis der KVen bei der Gründung von MVZ nicht (mehr). Schließlich werden die möglichen Sicherheitsleistungen auch auf solche nach § 232 BGB erweitert.

Damit wird es Kommunen ermöglicht, künftig MVZ zu gründen. Die Kommunen können aktiv die Versorgung in ihrer Region beeinflussen und verbessern, so die Intention des Gesetzgebers.

2. Kritik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) lehnt es ausdrücklich ab, den Kommunen die Möglichkeit einzuräumen, MVZ zu gründen. Denn mit dieser Gesetzesänderung wird der Subsidiaritätsgrundsatz verletzt, da Kommunen künftig ohne Abstimmung mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Versorgungseinrichtungen betreiben können und so steuernd in die Versorgung eingreifen. Die Kommunen als staatliche Akteure treten dabei auch in Konkurrenz zu möglichen privatrechtlichen Akteuren, denen sie gleichgestellt werden.

3. Chancen und Voraussetzungen eines Kommunal-MVZ

Trotzdem können diese Rahmenbedingungen ein Ansatz zur Lösung von Unterversorgung in der Fläche sein. Die Bedarfsplanung wird nicht dadurch außer Kraft gesetzt. Die weiteren Voraussetzungen eines Kommunal-MVZ sind:

- Fachgruppengleiche Tätigkeit (Haus-, Fach- und/oder Zahnärzte)
- Einrichtung (aus kommunalrechtlichen Gründen in der Rechtsform der GmbH)
- Steuerliche Möglichkeit der gemeinnützigen GmbH
- Ärztlicher Leiter (im MVZ angestellt)
- angestellte Ärzte
- Abgabe einer selbstschuldnerischen Bürgschaft/Sicherheit nach § 232 BGB



Verletzung des Subsidiaritätsgrundsatzes?

Die MVZ-GmbH muss konstitutiv aus mindestens zwei (Teil-)Zulassungen in Form von zwei (Teilzeit-)Arztstellen gegründet werden. Das Gründungsszenario lässt sich in zwei Fallvarianten unterscheiden:

- Im ersten Fall gibt es in dem Planungsbereich freie Zulassungen (z.B. im hausärztlichen Bereich), die vom MVZ übernommen werden können.
- Im zweiten Fall ist im gesperrten Bereich ohne freie Zulassungen eine MVZ-Gründung nur durch Übernahme und Integration von ehemals niedergelassenen (Haus- oder Fach-)Ärzten möglich.

Die angestellten Ärzte erhalten dem Versorgungsauftrag entsprechende Teilzeit- oder Vollzeit-Arbeitsverträge in der MVZ (g)GmbH. Es handelt sich um sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse, die der Genehmigung der Zulassungsgremien bedürfen.

Gemeinnützige
MVZ-gGmbH

Die steuerliche Möglichkeit einer gemeinnützigen MVZ-gGmbH ist mit dem örtlichen Finanzamt abzustimmen. Dabei ist eine Beteiligung einer natürlichen Person als weiterer Gesellschafter an der gGmbH regelmäßig nicht möglich.

Zwei
Varianten

4. Das Büsumer Modell

Zurzeit macht das Büsumer Modell die Runde: Die Kommune baut und betreibt ein Gebäude mit „Gemeindepraxen“, in dem mehrere Haus- und/oder Fachärzte ihre Patienten behandeln und sich Geräte, Funktionsräume und Personal teilen.

- Die Ärzte können ihre Praxen dort entweder selbst in eigener Niederlassung – ähnlich einer Praxisgemeinschaft – betreiben (Modell 1) oder
- sie werden in dem Kommunal-MVZ als angestellte Ärzte tätig und ihre ehemaligen Praxen dort integriert (Modell 2).

Die Ärztegenossenschaft Nord, ein Praxisnetz, übernimmt Organisation und Tagesgeschäft. Das Büsumer Modell wird von verschiedenen Seiten unterstützt, z.T. auch in finanzieller Hinsicht. Das MVZ in Büsum soll zunächst als kommunales Hausarzt-Modell starten. Weitere Ausbaustufen sind denkbar.

Begrenztes Risiko
für angestellte Ärzte

Die angestellten Ärzte gehen ein nur noch begrenztes Risiko ein. Die Kommune kann aktiv die Versorgung gestalten und einer möglichen Unterversorgung entgegentreten. Die ärztliche Versorgung wird in ländlichen Kommunen mehr und mehr zum weiteren wichtigen Standortfaktor. Das hat die Politik erkannt. Neben dem Büsumer Modell wollen mehrere Kommunen, darunter z.B. Espelkamp in Nordrhein-Westfalen (Kreis Minden-Lübbecke), von diesen neuen Möglichkeiten Gebrauch machen.

NICHTÄRZTLICHER BEREICH

Neuerungen für Apotheker, Heilmittelerbringer und Hebammen

von RA Christian Scur, Berlin, ETL Medizinrecht

| Auch wenn der Fokus des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes auf der Ärzteschaft liegt, hält das Gesetz auch für Apotheker, Heilmittelerbringer und Hebammen Neuerungen bereit. Null-Retaxation bei Apothekern und Haftungsbeschränkungen bei Hebammen waren in der letzten Zeit die Themen, die diskutiert worden sind. Der Gesetzgeber hat auch diese Bereiche in den Blick genommen. |

1. Null-Retaxation und Festschreibung des Apothekenabschlags

Der Gesetzgeber stellt in der Gesetzesbegründung zur Ergänzung des § 129 Abs. 4 SGB V im ersten Satz klar, dass Apotheker einen entscheidenden Beitrag zur guten und sicheren Arzneimittelversorgung in Deutschland leisten. Ihr Interesse, vor Null-Retaxationen geschützt zu werden, ist berechtigt. Dies beschränkt sich aber auf die Fälle, in denen der Versicherte das nach den Regeln des SGB V abzugebende Arzneimittel erhalten hat, das der Arzt ausgewählt hatte. Bei pflichtwidriger Abgabe eines anderen statt des Rabattarzneimittels hat der Apotheker aber keinen Schutz. Der Rahmenvertrag zur Arzneimittelversorgung wird zukünftig innerhalb von sechs Monaten nach Verkündung des Gesetzes Regeln zur Retaxation zu beinhalten. Wie diese genau aussehen werden, bleibt noch abzuwarten. Kann in dieser Frist keine Einigung erzielt werden, entscheidet die Schiedsstelle über ihren Inhalt.

Darüber hinaus schreibt der Gesetzgeber den Apothekenabschlag in § 130 Abs. 1 SGB V auf 1,77 EUR fest. Damit reagiert er auf die bisherigen Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und den Apothekern, die erst im Schiedsstellenverfahren einen Konsens und dann auch nur über die Höhe des Apothekenabschlags bis zum Jahr 2015 erzielen konnten. Durch die Festschreibung können zukünftige Verhandlungskonflikte vermieden werden. In der Höhe entspricht der Abschlag auch dem gemeinsamen Vorschlag von Krankenkassen und Apothekenvertretern. Die Parameter für die Anpassung des Apothekenabschlags entfallen nun aufgrund dieser Festschreibung.

3. Korrektur von Rezepten

Auch Heilmittelerbringer haben oft Schwierigkeiten mit schlecht oder falsch ausgestellten Rezepten. Zukünftig sollen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Vertreter der Heilmittelerbringer in den Rahmenempfehlungen auch Vorgaben für die notwendigen Angaben der Heilmittelverordnung sowie einheitliche Regeln zur Abrechnung aufnehmen. Hierzu wird § 125 Abs. 1 SGB V um eine Nr. 3a ergänzt.

Ziel dieser Rahmenempfehlungen, die Teil der Verträge zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer sind, ist es, unberechtigte Retaxationen zu vermeiden. Denn die Vergütung des Heilmittelerbringers setzt ein ordnungsgemäßes



Apothekenabschlag
bei 1,77 EUR

Rahmen-
empfehlung

Retaxationen
vermeiden

Stark gestiegene
Versicherungs-
prämien

Ausdrücklich nur für
freiberufliche
Hebammen

Rezept voraus, zu dessen Prüfung auf Vollständigkeit und Plausibilität das BSG die Therapeuten verpflichtet hat (u.a. BSG 13.9.11, B 1 KR 23/10). Die Rahmenempfehlung soll deshalb nicht nur Regeln zu den Inhalten der Heilmittelverordnung, sondern auch zu deren Abrechnung enthalten. Dabei kommt den Regelungen zu Korrekturmöglichkeiten, Korrekturform und Korrekturzeitpunkt der Abrechnung besondere Bedeutung zu. Es soll sichergestellt werden, dass Rechnungskürzungen nur in berechtigten Fällen erfolgen und Nullretaxationen wegen rein formaler Fehler bei der Ausstellung der Verordnung sowie Nullretaxationen ohne Korrekturmöglichkeiten unterbunden werden. Auch hier lässt sich noch keine Aussage über die genaue Ausgestaltung der zu fassenden Normen treffen.

3. Haftungsbegrenzung bei Hebammen

In den letzten Jahren sind die Versicherungsprämien für Hebammen stark gestiegen, denn die Versicherung musste für immer höhere Schäden materieller und immaterieller Art einstehen. Die Haftung gegenüber Mutter und Kind bleibt zwar unangetastet. Kranken- und Pflegekassen können aber nicht mehr gegen die Hebammen vorgehen.

Denn wenn Mutter oder Kind aufgrund ihrer Verletzung Heilbehandlungsleistungen in Anspruch nehmen, zahlt diese zunächst die Krankenkasse. Im Gegenzug geht ein Ersatzanspruch in Höhe der übernommenen Kosten kraft Gesetzes auf den Sozialversicherungsträger über. Dieser nimmt anschließend die Hebamme und deren Haftpflichtversicherer in Regress. Mit dem neu geschaffenen § 134a Abs. 5 SGB V wird der Regress durch die Kasse gegenüber der Hebamme auf die Fälle einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verursachung beschränkt. Das verringert die Kostenbelastung für die Haftpflichtversicherer und senkt so die Kosten für die Versicherung.

Die Haftungsbeschränkung gilt aber ausdrücklich nur für freiberuflich tätige Hebammen. Bei Hebammen in Anstellung bedarf es einer Haftungsbeschränkung ohnehin nicht, da die Sozialversicherungsträger regelmäßig den Arbeitgeber als den solventeren Schuldner in Anspruch nehmen werden. Und da der Arbeitgeber wegen der Grundsätze zum innerbetrieblichen Schadensausgleich regelmäßig keinen Erstattungsanspruch besitzt, trifft die Hebamme keine Schadensersatzpflicht.

Von der Haftungsbeschränkung profitieren auch die freiberuflichen Hebammen, bei denen bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes ein Schaden eingetreten ist, die entsprechende Regressforderungen der Kassen bis zum Inkrafttreten des Gesetzes aber noch nicht geltend gemacht wurden.

4. Genehmigung von Krankentransportfahrten

Mit der Änderung von § 60 SGB V will der Gesetzgeber den mit dem GKV-Modernisierungsgesetz gefassten und in der Gesetzesbegründung erkennbaren Willen, alle Fahrten zu ambulanten Behandlungen unter Genehmigungsvorbehalt zu stellen, rechtssicher im Gesetz verankern. Die Kostenerstattung für solche Fahrten wird damit zukünftig nur noch dann erfolgen, wenn die Fahrt durch die Krankenkasse zuvor genehmigt wurde.

TERMINSERVICESTELLEN

Problemlöser oder Problemauslöser?

von RA Christian Scur, Berlin, ETL Medizinrecht

Im ersten Satz des neuen § 75 Abs. 1a SGB V gibt der Gesetzgeber die neue Marschrichtung vor: „Der Sicherstellungsauftrag umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung.“ Bisher müssen gesetzlich Versicherte häufig viel zu lange auf einen Facharzttermin warten. Mit der Terminservicestelle soll ein Steuerungsinstrument geschaffen werden, das Patienten zeitnah einen Arzttermin vermittelt. |

1. Voraussetzungen und Reichweite der Terminvermittlung

Nach dem neuen § 75 Abs. 1a SGB V soll dem Patient grundsätzlich innerhalb einer Woche ein Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 SGB V (Ärzte, MVZ oder ermächtigte Ärzte und Einrichtungen) in zumutbarer Entfernung vermittelt werden, der innerhalb der nächsten vier Wochen stattfinden soll. Im Gegenzug dafür verzichtet der Patient auf sein Recht auf freie Arztwahl. Erforderlich ist lediglich eine Überweisung zum Facharzt. Auf dieses Erfordernis verzichtet der Gesetzgeber sogar bei Terminwünschen für einen Augen- oder Frauenarzt oder wenn es um psychotherapeutische Behandlungen geht. Ist eine Terminvermittlung innerhalb der vier Wochen nicht möglich, soll die Terminservicestelle in der gleichen Frist einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus vermitteln.

Anspruch auf eine Terminvermittlung zur Behandlung im Krankenhaus hat der Patient gemäß § 75 Abs. 1a S. 6 SGB V aber nur, wenn es sich nicht um eine verschiebbare Routineuntersuchung oder um eine Bagatellerkrankung handelt. Denn in diesen Fällen ist dem Patienten ein Zuwarten durchaus zumutbar, sodass die Terminservicestelle ihm gemäß § 75 Abs. 1a S. 7 SGB V einen Arzttermin bei einem niedergelassenen Arzt zu vermitteln hat. Dieser Arzttermin hat dann wiederum nur in angemessener Frist zu erfolgen. Höchstfristen nennt der Gesetzgeber hierfür nicht, sodass der Patient unter Umständen erneut mehrere Wochen oder Monate auf den Facharzttermin warten muss.

Fraglich ist, wie man Routineuntersuchungen und Bagatellerkrankungen von akuten Fällen abgrenzt. Aus Sicht des Gesetzgebers ist zum einen die Indikation entscheidend und zum anderen die Gefahr, dass sich der Zustand des Patienten verschlechtert oder eine längere Verzögerung zu einer Beeinträchtigung des Behandlungserfolgs führt. Welche Erkrankungen der jeweiligen Kategorie zuzuordnen ist, werden zukünftig die Partner des Bundesmantelvertrags festlegen.

3. Praktische Durchführung der Terminvermittlung

Die entscheidende Frage, ob und wie die Terminservicestelle den frühestmöglichen Termin vermitteln kann, ist noch ungeklärt. Dazu müsste sie wissen, welcher Arzt wann welche Termine vergeben kann. Wie und ob sie das überhaupt herausfinden soll oder kann, ist aber noch völlig offen. Die KV als Organisatoren der Terminservicestellen müssen Lösungen entwickeln. Die KBV kann dabei



Terminvermittlung innerhalb von vier Wochen, ansonsten ab ins Krankenhaus?

Reichweite

Die Organisation der Terminservicestelle ist noch unklar

Call-Center-Lösung

aber durch das Angebot einer Struktur für ein elektronisch gestütztes Wartezeitmanagement bei der Terminvermittlung unterstützen.

Möglich scheint daneben die Errichtung eines Call-Centers, der bei den Ärzten anruft, nach verfügbaren Terminen fragt und entsprechende Termine vereinbart. Der Anruf bei allen Ärzten ist aber sehr zeitaufwendig und praktisch kaum durchführbar. Der zentrale Zugriff der Terminservicestelle auf die Terminkalender der niedergelassenen Ärzte wäre zwar ein einfacheres Mittel, dürfte dagegen aber bereits an datenschutzrechtlichen Beschränkungen scheitern. Denn ein Dritter darf aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht keine Kenntnis über die Patientendaten erhalten, soweit dieser nicht ausdrücklich einwilligt.

Ein mehrfaches Hin- und Hertelefonieren zwischen Patient, Terminservicestelle und Arzt könnte man zwar umgehen, indem der Arzt bestimmte Termine für zu vermittelnde Patienten freihalten müsste. Eine solche Terminfreihaltungspflicht sieht das Gesetz aber nicht vor und diese wäre rechtlich auch nicht zulässig, so dass die Terminservicestellen nur auf vorhandene Termine zurückgreifen können, die ihnen die Praxis nennt. Es liegt auf der Hand, dass die Idee einer versorgungssteuernden Terminservicestelle hier an ihre praktische Grenze stößt.

4. Kein Zusatzhonorar für freigehaltene Termine

Zusätzlicher Aufwand wird nicht zusätzlich vergütet

Aus Sicht des Arztes lohnt es sich nicht, besondere Sprechstunden für Anfragen der Patienten an die Terminservicestelle anzubieten oder freizuhalten. Unabhängig von der Gefahr, dass die Patienten die Termine ohnehin nicht wahrnehmen, besitzen die Patienten auch keinen Sonderstatus. Es handelt sich vielmehr um normale gesetzlich Versicherte. Die Terminservicestelle ist praktisch nur als Terminvermittler für den Patienten tätig. Der Behandlungsvertrag kommt weiterhin ausschließlich mit dem Arzt zustande. Die Leistungen werden damit nicht extrabudgetär vergütet. Zusätzlicher Aufwand des Arztes würde damit nicht honoriert werden. Ein möglicher Steuerungseffekt wäre wohl nur mit einer entsprechenden Honorarregelung zugunsten des Arztes zu erzielen.

5. Fazit

Keine Compliance-Regeln für Patienten

Für den Patienten begründet die Terminservicestelle nur Rechte, aber keine Pflichten. Das könnte sich als nachteilig erweisen, denn bereits heute nehmen viele Patienten vereinbarte Termine nicht wahr und sagen diese auch vorher nicht ab. Auch mit der Terminservicestelle gibt es für die Patienten keine Pflicht zur Wahrnehmung von Terminen. Es ist daher zu erwarten, dass der Patient daneben auch weiterhin Termine bei seinem „Wunscharzt“ vereinbaren wird. Vermutlich wird es zu doppelten Terminvergaben kommen. Ein Kontrollinstrument zur Vermeidung solcher Dopplungen ist nicht vorgesehen und wäre ohnehin kaum durchführbar.

Die Zukunft ist ungewiss

Mit der Terminservicestelle sind derzeit noch viele ungeklärte Fragen verbunden. Viel Zeit für deren Beantwortung bleibt aber nicht mehr. Denn der Gesetzgeber hat die KVen dazu verpflichtet, dass die Terminservicestellen sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes ihren Betrieb aufnehmen. Die Kooperation zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung beim Betrieb ist zwar im Gesetzesentwurf vorgesehen. Aber ob die Landesverbände sich an der Umsetzung aber beteiligen wollen, ist offen.

KASSENLEISTUNG

Das Zweitmeinungsverfahren

von RAin Katrin-C. Beyer, LL.M., Köln, ETL Medizinrecht

! Durch das GKV-VSG wird durch Einführung des § 27b SGB V ein Anspruch zulasten der GKV auf Einholung einer unabhängigen ärztlichen Zweitmeinung geschaffen. Während ein solcher Anspruch vom GKV-Leistungskatalog bislang nicht umfasst ist, haben gesetzlich Versicherte zukünftig bei bestimmten, vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) noch festzulegenden mengenanfälligen planbaren Eingriffen einen Anspruch auf Einholung einer unabhängigen fachärztlichen Zweitmeinung. !

Der Anspruch der Patienten auf Durchführung eines Zweitmeinungsverfahrens besteht im Falle planbarer Eingriffe, bei denen im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung ihrer Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist. Bei welchen Eingriffen konkret ein Anspruch auf Zweitmeinung bestehen wird, wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seinen Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 SGB V bis zum 31.12.15 festlegen.

Zur Erbringung einer Zweitmeinung berechtigt sind neben zugelassenen Ärzten, zugelassenen medizinischen Versorgungszentren und zugelassenen Krankenhäusern auch ermächtigte Ärzte und Einrichtungen. Daneben sind Ärzte, die zwar grundsätzlich nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, berechtigt, eine Zweitmeinung zu erbringen und damit nur zu diesem Zwecke an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Richtlinien zu erfolgende Festlegung wird neben den indikationsspezifischen Anforderungen auch Anforderungen an die Erbringer und deren fachliche Expertise zur Zweitmeinungserbringung umfassen und dabei auch die Möglichkeit einer telemedizinischen Erbringung berücksichtigen.

PRAXISHINWEIS ! Die vorgesehenen Neuregelungen zum Zweitmeinungsverfahren bewirken eine Stärkung der Rechte der gesetzlich Versicherten. Behandler sind verpflichtet, ihre Patienten mindestens 10 Tage vor dem geplanten Eingriff über die Möglichkeit, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einzuholen, mündlich aufzuklären und auf die Informationsangebote über geeignete Leistungserbringer zu verweisen. Daneben hat der behandelnde Arzt den Versicherten auf sein Recht auf Überlassung der Befundunterlagen aus der Patientenakte hinzuweisen. Kosten, die ihm durch deren Zusammenstellung und Überlassung entstehen, können gegenüber der Krankenkasse geltend gemacht werden. Erbringer der Zweitmeinung können ihre Leistungen gegenüber der GKV abrechnen. Nach derzeitigem Stand dürften die vorgesehenen Neuregelungen ausschließlich den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung betreffen. Der Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung dürfte dabei nach dem Sachzusammenhang auszunehmen sein vor dem Hintergrund, dass planbare Eingriffe in diesem Sinne nicht existieren. Der Gesetzgeber hat jedoch auf eine ausdrückliche Klarstellung verzichtet, sodass die weitere Entwicklung abzuwarten bleibt.



Anspruch des Patienten

Stärkung der Patientenrechte

Zu den Autoren



RAin **Katrin-C. Beyer**, LL.M., Köln, ETL Rechtsanwälte GmbH. Ihre Schwerpunkte liegen im Medizin- und Arbeitsrecht, speziell in der Gestaltung von (zahn)ärztlichen Kooperationsformen, Praxisübergaben sowie auf dem Gebiet des Berufs-, Vertrags(zahn)arztrechts und dem Krankenhausrechts. Daneben berät sie Praxen und Kliniken hinsichtlich der Anstellung von (Zahn-)Ärzten und prüft und erstellt die dafür erforderlichen Arbeitsverträge.



RAin, FAin MedizinR **Andrea Bielitz**, Laatzen, ist für die WRG Audit GmbH tätig. Ihre Schwerpunkte liegen in der Beratung von Krankenhäusern. Sie ist Autorin von Beiträgen in zahlreichen Fachzeitschriften und Mitautorin des Buches „Arzt- und Krankenhaushaftung – Urteile zum Schmerzensgeld“ (DKVG).



RA FafMedR **Jörg Brochnow**, Dresden, ist für ETL Medizinrecht sowie als Kanzleileiter der ETL Rechtsanwalts GmbH in Dresden tätig. Als ehemaliger Justiziar der KZV Sachsen ist er umfassend medizinrechtlich tätig. Er berät und vertritt bundesweit (Zahn-)Ärzte, Therapeuten sowie ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. Schwerpunkte seiner Tätigkeit sind ärztliche Kooperationen, Praxisübernahmen, Vertragsgestaltungen, Berufsrecht und Regressschutz.



RA FafStR **Dr. Jens-Peter Damas**, Berlin, ist in der ETL-Gruppe für die Koordination der Bereiche Steuern und Recht im Gesundheitswesen verantwortlich. In seiner Beratungspraxis ist er sowohl für Ärzte und Zahnärzte als auch für Physiotherapeuten und die ambulante Pflege tätig.



RA StB FafStR **Martin Geißer**, München, Dr. Otto & Kollegen GmbH. Seine Schwerpunkte liegen u.a. in der Rechts- und Steuerberatung für mittelständische Unternehmen und Ärzten.



RA FafStR **Thomas Gerdes**, Essen, ETL Rechtsanwälte GmbH. Einer seiner Schwerpunkte liegt in der gesellschaftsrechtlichen Beratung von Ärzten, vorwiegend im Bereich der Gründung/Umgestaltung von MVZ, Berufsausübungsgemeinschaften und Praxisübernahmen sowie Vertragsgestaltungen.



RA **Heiko Grunow**, Schwerin, ETL Medizinrecht. Seine Schwerpunkte liegen im Medizin- und Sozialrecht. Er berät ärztlichen Praxen, Krankenhäuser und Kliniken im gesamten Bundesgebiet. Daneben ist er bundesweit auch für Physiotherapiepraxen und für die ambulante und stationäre Pflege tätig.

RA Dr. **Lars Lindenau**, Erlangen, ETL-Medizinrecht. Er berät medizinrechtlich-steuerlich (Zahn-)Ärzte, BAG, MVZ, Ärztenetze, Krankenhäuser und Kliniken und hat die erste Dissertation zum MVZ verfasst. Er ist Mitherausgeber von *Arzt- und Medizinrecht kompakt* und im wissenschaftlichen Beirat der *Praxis Freiberufler-Beratung*, ständiger Bearbeiter des *Jahrbuchs für Ärzte und Zahnärzte*, Mitautor des Buches *Beratung der Freien Berufe* und wissenschaftlicher Leiter des Lehrgangs *Fachberater Gesundheitswesen (DStV e.V.)*.



RA StB **Michael Rossa**, Essen, ETL Rechtsanwälte GmbH. Einer seiner Schwerpunkte liegt in der steuerlichen Beratung von Ärzten, v.a. im Zusammenhang mit der Gründung von ärztlichen Kooperationsformen sowie deren Umgestaltung.



RA **Christian Scur**, Berlin, ETL Medizinrecht. Seine Schwerpunkte liegen in der Rechts- und Steuerberatung von Ärzten und Psychotherapeuten sowie Heilmittelerbringern (Physio- und Ergotherapeuten sowie Logopäden) und Apotheken aus der gesamten Bundesrepublik.



RAin **Isabel Wildfeuer**, München, ETL Lüdemann Wildfeuer & Partner, berät seit vielen Jahren Ärzte im Rahmen Ihrer Niederlassung und in verschiedenen Kooperationsformen wie Gemeinschaftspraxen und MVZs sowie in allen vertragsärztlichen Themen zur Abrechnung. Sie bietet die rechtliche „Rundum-Versorgung“ für alle Sparten der Heilberufe unter Einbindung des Gesellschafts-, Arbeits- und Mietrechts, aber auch des Berufsrechts.



REDAKTION | Sie haben Fragen oder Anregungen zur Berichterstattung? Schreiben Sie an IWW Institut, Redaktion „PFB“
Aspastr. 24, 59394 Nordkirchen
Fax: 02596 922-80, E-Mail: pfb@iww.de
Als Fachverlag ist uns individuelle Rechtsberatung nicht gestattet.

ABONNENTENBETREUUNG | Fragen zum Abonnement beantwortet Ihnen der IWW-Abonnenten-Service, Franz-Horn-Str. 2, 97091 Würzburg
Telefon: 0931 4170-472, Fax: 0931 4170-463, E-Mail: abo@iww.de
Bankverbindung: DataM-Services GmbH, Postbank Nürnberg
IBAN: DE80 7601 0085 0007 1398 57, BIC: PBNKDEFFXXX



IHR PLUS IM NETZ | Online – Mobile – Social Media

Online: Unter pfb.iww.de finden Sie

- Downloads (Arbeitshilfen, Checklisten, Musterverträge u.v.m.)
- Archiv (alle Beiträge seit 2004)
- Rechtsquellen (Urteile, Gesetze, Verwaltungsanweisungen u.v.m.)

Melden Sie sich an, damit Sie pfb.iww.de vollständig nutzen können. Zur erstmaligen Anmeldung klicken Sie bitte oben rechts auf „Registrierung“ und lassen sich dann durch den Anmeldeprozess führen. Rufen Sie an, wenn Sie Fragen haben: 0931 4170-472

Mobile: Lesen Sie „PFB“ in der myIWW-App für Smartphone/Tablet-PC.

- Appstore (iOS)
- Google play (Android) → Suche: myIWW oder scannen Sie den QR-Code



Social Media: Folgen Sie „PFB“ auch auf facebook.com/pfb.iww



NEWSLETTER | Bestellen Sie die kostenlosen IWW-Newsletter im myIWW-Kundencenter von pfb.iww.de:

- IWW kompakt für Steuerberater
- BFH-Anhängige Verfahren
- BFH-Leitsatz-Entscheidungen
- BGH-Leitsatz-Entscheidungen



SEMINARE | Nutzen Sie das IWW-Seminarangebot für Ihre Fortbildung: seminare.iww.de

PRAXIS FREIBERUFLER-BERATUNG (ISSN 1613-8791)

Herausgeber und Verlag | IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH & Co. KG,
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Telefon: 02596 922-0, Fax: 02596 922-80, E-Mail: info@iww.de, Internet: iww.de,
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion | RA Dipl.-Finw. Horst Rönnig (Chefredakteur); StB Dipl.-Volksw. Jürgen Derlath (stellv. Chefredakteur, verantwortlich);
Dipl.-Kffr. Christiane Nöcker (stellv. Chefredakteurin)

Wissenschaftlicher Beirat | RA FAMEDR Michael Frehse, Wirtschaftsmediator, Münster; RA Dr. Matthes Heller, Köln; StB vBP Karin Henze, Dortmund; StB Thomas Ketteler-Eising, Köln; WP StB Dr. Rolf Leuner, Nürnberg; RA Dr. Lars Lindenau, Erlangen; RAin FAin MedR Dr. Mareike Piltz, Wirtschaftsmediatorin, Gießen

Bezugsbedingungen | Der Informationsdienst erscheint monatlich. Er kostet pro Jahr 231 EUR einschließlich Versand und Umsatzsteuer. Das Abonnement ist jederzeit zum Quartalsende kündbar.

Hinweise | Alle Rechte am Inhalt liegen beim IWW Institut. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des IWW Instituts erlaubt. Der Inhalt des Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität des Themas und der ständige Wandel der Rechtsmaterie machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen.

Zitierweise | Beispiele: „Müller, PFB 11, 20“ oder „PFB 11, 20“

Druck | H. Rademann GmbH Print + Business Partner, 59348 Lüdinghausen