

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

06 | Juni 2019

Liquidationsrecht

Die Entscheidung des BGH zum Liquidationsrecht für Honorarärzte und der Radiologe

In RWF Nr. 05/2019 berichteten wir im Beitrag „BGH stärkt Position von Chefärzten: kein Liquidationsrecht für Honorarärzte!“ über die Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH), mit der nochmal klargestellt wurde, dass Honorarärzte die von ihnen in einem Krankenhaus erbrachten wahlärztlichen Leistungen nicht abrechnen können, auch dann nicht, wenn sie zuvor in die Liste der Wahlärzte und ihrer ständigen ärztlichen Vertreter aufgenommen worden sind (BGH, Urteil vom 19.01.2019, Az. III ZR 325/17). Nach Erscheinen des Beitrags hat es einige Rückfragen von Radiologen gegeben, was dies für ihre Kooperationsverträge mit Krankenhäusern bedeutet, die wir hier aufgreifen.

von RA, FA für ArbeitsR und MedizinR Dr. Tilman Clausen, armedis Rechtsanwälte Hannover, www.amedis.de

Interne und externe Wahlarztkette

Zunächst stellt der BGH in dem Urteil klar, dass § 17 Abs. 3 S. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zwischen der internen und der externen Wahlarztkette unterscheidet. Mitglieder der internen Wahlarztkette seien angestellte und beamtete Ärzte des Krankenhauses, denen der Krankhausträger das Liquidationsrecht gewährt hat. Die Ärzte der externen Wahlarztkette sind Ärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen, die ihre wahlärztlichen Leistungen außerhalb des Krankenhauses auf Veranlassung der liquidationsberech-

tigten Ärzte der internen Wahlarztkette erbringen. „**Außerhalb des Krankenhauses**“ bedeutet zweierlei:

- Zunächst sind damit solche Ärzte der externen Wahlarztkette gemeint, die ihre Leistungen auch **räumlich** außerhalb des Krankenhauses erbringen. Hier müssten die Patienten ggf. in die kooperierende radiologische Praxis gebracht werden.
- Ärzte der externen Wahlarztkette sind aber auch solche Ärzte, die **juristisch** außerhalb des Krankenhauses tätig werden. Dieser Fall liegt dann vor, wenn die radiologische Praxis in dem Krankenhaus, mit dem kooperiert wird, Räumlichkeiten angemietet hat und dort mit eigenen Geräten die radiologischen Leistungen erbringt.

Inhalt

Haftungsrecht

- Schmerzensgeld nach Armbruch bei MRT 2
- Haftungsfall – wie reagiere ich richtig bei Behandlungsfehlervorwürfen? 3

Vertragsarztrecht

- Praxisabgabe/-nachfolge: Drei Fliegen mit einer Klappe schlagen – Jobsharing 5

Private Equity

- PwC: weiter großes Investoreninteresse im Radiologiesektor 6

Finanzierung

- Wahl der Tilgungsmethode: Darauf kommt es an 7

Download

Unter www.rwf-online.de finden Sie die „Sonderausgabe GOÄ – steigern bis zum Inflationsausgleich“

In all diesen Fällen besteht für die Kooperationsverträge der Radiologen mit Krankenhäusern grundsätzlich keine Gefahr.

Wahlarztleistungs-Vereinbarungen in den Kooperationsvertrag? Nein

Aus der Tatsache, dass § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG besagt, dass Radiologen als Teil der externen Wahlärztkette wahlärztliche Leistungen abrechnen können, wenn sie sich räumlich oder juristisch außerhalb des Krankenhauses befinden und auf Veranlassung der liquidationsberechtigten Ärzte der internen Wahlärztkette tätig werden, ergibt sich Folgendes: Die Erbringung wahlärztlicher Leistungen kann **nicht Teil eines Kooperationsvertrags** zwischen einer radiologischen Praxis und einem Krankenhaus sein, da der Krankenträger laut BGH die Leistungen der Radiologen nicht veranlassen darf. Hierfür zuständig seien ausdrücklich die Ärzte der internen Wahlärztkette. Kooperationsverträge, die dies anders regeln, sollten geändert werden, um Probleme zu vermeiden.

Die Entscheidung des BGH kann künftig auch privaten Krankenversicherungen vorgehalten werden, die sich auf die Entscheidung des Landgerichts (LG) Stade beziehen, wonach im Rahmen einer Kooperation zwischen Krankenhäusern und radiologischen Praxen außerhalb des Krankenhauses keine wahlärztlichen Leistungen abgerechnet werden können (LG Stade, Urteil vom 20.5.2015, Az. 4 S 45/14, Details in [RWF Nr. 10/2015, Seite 4](#), unter www.rwf-online.de). Die Begründung lautete, dass wahlärztlichen Leistungen in diesen Fällen immer von dem gleichen Radiologen erbracht werden, die Patienten somit keine Wahl haben. Die Entscheidung des LG Stade ist nur insoweit richtig, dass die Erbringung wahlärztlicher

Leistungen durch externe Radiologen nicht in einen Kooperationsvertrag mit einem Krankenhaus hineingehört. Wohl aber können die Radiologen nach Meinung des BGH auf Veranlassung der Ärzte der internen Wahlärztkette tätig werden.

Als „Externe“ in die Wahlleistungsvereinbarung? Nicht ratsam

Nach der o. g. Entscheidung des BGH sollte auch von Konstellationen abgeraten werden, in denen die Radiologen sich als externe Wahlärzte in die Wahlleistungsvereinbarung mit aufnehmen lassen, die das Krankenhaus mit dem jeweiligen Privatpatienten schließt. Auf der Grundlage einer Wahlleistungsvereinbarung werden nur die Ärzte der internen Wahlärztkette tätig. Die Leistungen der Ärzte der externen Wahlärztkette (Radiologen) müssen erst durch die Ärzte der internen Wahlärztkette veranlasst werden, sodass externe Radiologen nicht in die Wahlleistungsvereinbarung des Krankenhauses gehören.

Hauptbehandlungsleistungen im Kooperationsvertrag?

Bedenklich dürfte im Rahmen von Kooperationsverträgen zwischen externen Radiologen und Krankenhäusern zukünftig auch die Erbringung von Hauptbehandlungsleistungen sein (z. B. bei angiografischen Interventionen, wo der Patient allein deswegen in das jeweilige Krankenhaus kommt). Man kann die Entscheidung des BGH so verstehen, dass Hauptbehandlungsleistungen nur von den Ärzten der internen Wahlärztkette erbracht werden können.

Fazit

Radiologen haben aufgrund der o. g. Entscheidung des BGH vom 19.01.2019 grundsätzlich keinen Grund zur Besorgnis.

Haftungsrecht

Schmerzensgeld nach Armbruch bei MRT

Ein Rechtsstreit zwischen einem Mann, der sich einen Arm im Rahmen einer MRT-Untersuchung gebrochen hatte und einer radiologischen Praxis, endete mit einem Vergleich. Demnach zahlt die radiologische Praxis an den Patienten, der vor dem Landgericht (LG) Bonn geklagt hatte, ein Schmerzensgeld in Höhe von 3.600 Euro (Az. 9 O 244/18).

Dies bestätigte ein Sprecher des LG Bonn gegenüber dem RWF. Der Kläger hatte auf Schmerzensgeld in Höhe von 7.000 Euro geklagt. Der übergewichtige und rechtsseitig gelähmte Mann war im Oktober 2016 im MRT steckengeblieben, nachdem der Arm vermutlich während der Fahrt in die Röhre von der Liege gefallen und beim Hinausfahren eingeklemmt wurde. Aufgrund der einseitigen Lähmung konnte der Patient den Unfall nicht verhindern, so die Darstellung im Bonner Generalanzeiger, die der Sprecher des LG bestätigte. Der Patient hatte demnach erklärt, er hätte auf der MRT-Liege gesichert werden müssen. Die Lähmung sei den Praxismitarbeitern bekannt gewesen. Aus Sicht der radiologischen Praxis sei der Unfall nicht vorhersehbar gewesen, deswegen hätte man auch keine Vorsichtsmaßnahmen getroffen. Die Kammer war jedoch der Auffassung, dass der Unfall vorhersehbar war und die Praxis dem Grunde nach haftet. Denn wenn ein Patient mit zweifachem Risiko (adipös und gelähmt) in die Röhre geschoben werde, müsse gesichert werden.

Haftungsrecht

Der Haftungsfall – wie reagiere ich richtig bei Behandlungsfehlervorwürfen?

Ein möglicher Haftungsfall ist für einen Arzt eine ernstzunehmende Angelegenheit und kann erhebliche Konsequenzen nach sich ziehen. Üblicherweise deutet sich ein möglicher Haftungsfall schon dann an, wenn ein Patient entweder selbst oder in anwaltlicher Vertretung die Einsichtnahme in seine Patientenakte verlangt bzw. um Übersendung von Abschriften gegen Kostenerstattung bittet.

von RAin, FAin für MedizinR
Dr. Christina Thissen, Münster,
www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Einsicht in die Patientenakte: Was ist zu beachten?

Erfolgt die Aufforderung zur Einsichtnahme durch einen Anwalt, so müssen Sie zunächst darauf achten, dass dieser sich durch eine entsprechende Vollmacht legitimiert und Ihnen eine Schweigepflichtentbindung zu seinen Gunsten in Bezug auf die in Ihrem Hause erfolgte Behandlung vorlegt. Ansonsten darf eine Übersendung aufgrund der bestehenden ärztlichen Schweigepflicht nicht an den Anwalt, sondern nur unmittelbar an den Patienten persönlich erfolgen.

In der anwaltlichen Praxis erleben wir immer wieder, dass Ärzte entsprechende Anfragen ignorieren, die Dokumentation teilweise zurückhalten oder gar unvorteilhafte Einträge aus der Dokumentation streichen. Davon ist dringend abzuraten. Gemäß § 630g BGB besteht für den Patienten ein jederzeitiges Recht auf Einsicht. Dies umfasst die vollständige Akte, auch angefertigte **Röntgen-/CT- und MRT-Bilder**. Der Arzt kann nur dann die Einsichtnahme bzw. Übersendung von Abschriften gegen Kostenübernahme verweigern, wenn

dem therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.

Merke

Im Bereich der Radiologie, in der die Patientendokumentation ganz vorwiegend aus den Befunden der angewendeten bildgebenden Verfahren besteht, sind solche Verweigerungsgründe praktisch kaum denkbar.

Verzögerungen beim Aktenversand können Patienten fast ausnahmslos erfolgreich mit einer Herausgabeklage begegnen. Im Übrigen schlägt sich eine Verschleppungstaktik des Arztes im Falle eines anschließenden Arzthaftungsprozesses nach ständiger Rechtsprechung durchaus auch in der Schmerzensgeldhöhe nieder. Nachträgliche Veränderungen der Akte müssten als solche kenntlich gemacht werden (§ 630f Abs. 1 BGB). Der Beweiswert der Dokumentation wird ansonsten insgesamt erheblich eingeschränkt oder gar aufgehoben, wenn ein befasstes Gericht Manipulationen am Akteninhalt feststellen sollte.

Analoge Röntgenbilder im Original oder in Kopie?

Speziell bei **Radiologen** stellt sich im Zusammenhang mit dem Einsicht-

nahmerecht des Patienten aber in der Praxis noch eine andere Frage: Müssen Röntgenbilder, die in analoger Form erstellt wurden, im Original an den Patienten herausgegeben werden? Der Arzt ist im rechtlichen Sinne Urheber und Eigentümer des Originals. Dennoch muss er es dem Patienten zumindest vorübergehend zur Verfügung stellen, wenn eine Anforderung durch nachbehandelnde Ärzte erfolgt (vgl. § 28 Abs. 8 Röntgenverordnung). Einer Anforderung des Originals durch den Patienten oder seinen Anwalt muss hingegen nicht entsprochen werden. Die Rechte des Patienten sind in § 630g Abs. 2 BGB insoweit abschließend geregelt. Er kann gegen Kostenübernahme nur elektronische Abschriften verlangen.

Wann ist die Dokumentation von Zusatzinformationen sinnvoll?

Sie sind gemäß § 630f BGB nur verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentliche Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen. Daher ist es bei einem drohenden Haftungsprozess sinnvoll, abseits der Behandlungsdokumentation Zusatzinformationen zu den tatsächlichen Abläufen als Gedächtnisstütze zu erstellen. Sie werden sich ansonsten später in einer juristischen Auseinandersetzung nicht mehr an die unter Umständen streitentscheidenden Einzelheiten erinnern.

Soweit Sie überhaupt konkrete Erinnerungen an die Behandlung bzw. Befundung haben, sollten Sie bei drohender Haftung unmittelbar ein Gedächtnisprotokoll erstellen. Darin sollten Sie den Behandlungsablauf und besondere Umstände im Detail schriftlich aufarbeiten. Folgende Fragen können in diesem

Zusammenhang u. a. als Orientierungshilfe dienen:

- War der Patient in Begleitung?
- Hat er besondere Fragen gestellt?
- Wie lange hat das Gespräch gedauert?
- Welche Erklärungen für eine lückenhafte Dokumentation liegen ggf. vor?

Dieses Gedächtnisprotokoll verwahren Sie gesondert von der Patientenakte, da es rechtlich nicht zum Akteninhalt gehört. Entsprechend muss es dem Patienten nicht zur Einsicht zur Verfügung gestellt werden.

Haftpflichtversicherung frühzeitig einbinden

Anwaltliche Anschreiben sollten Sie vorsorglich, selbst wenn Sie zunächst nur zur Überlassung einer Abschrift der Patientenakte aufgefordert werden, grundsätzlich bei Ihrer Haftpflichtversicherung (nicht Rechtsschutzversicherung) vorlegen. Eine Ausnahme hiervon besteht allerdings: wenn sich aus dem Kontext ergibt, dass sich die Forderungen des Patienten offenkundig gegen einen anderen Arzt richten (z. B. aufgrund der Betreffzeile des Schreibens) und von Ihnen nur ergänzend Befunde angefordert werden.

Sollte Ihnen ohne anwaltliche Vorwarnung unmittelbar eine Klage zugestellt werden oder die Schlichtungsstelle einer Ärztekammer Sie im Auftrag eines Patienten kontaktieren, so nehmen Sie ebenfalls umgehend Kontakt mit Ihrem Versicherer auf.

Merke

Geben Sie in keinem Fall eigene Stellungnahmen oder gar Haftungszusagen gegenüber dem Patienten ab.

Versicherung entscheidet, welcher Anwalt Sie vertritt

Die Haftpflichtversicherung entscheidet sowohl bei außergerichtlicher als auch bei gerichtlicher Inanspruchnahme darüber, was gegenüber dem Patienten kommuniziert wird und durch wen Sie sich gegenüber dem Patienten anwaltlich vertreten lassen. Die Mandatierung und Kostenübernahme erfolgt auch ausschließlich über den Versicherer.

Einige Versicherungsgesellschaften respektieren in diesem Zusammenhang zumindest im Falle einer Klage die Wünsche ihres Versicherungsnehmers. Andere Versicherer bestehen aber auf die Mandatierung eines ihrer Kooperationsanwälte. Einer außergerichtlichen anwaltlichen Vertretung wird fast nie zugestimmt, da die außergerichtliche Kommunikation üblicherweise durch angestellte Juristen des Versicherers übernommen wird.

Für die Ärzte ist es vielfach irritierend, wenn sie sich in dieser ohnehin schon belastenden Situation unerwartet nicht an ihren Vertrauensanwalt wenden dürfen. Es besteht nur die Möglichkeit, sich auf eigene Kosten im Hintergrund begleitend vom Wunschanwalt beraten zu lassen, ohne dass dieser nach außen in Erscheinung treten dürfte.

Praxistipp

Wem bestehende persönliche Bindungen in der anwaltlichen Beratung wichtig sind, sollte einen prüfenden Blick in die eigenen Versicherungsbedingungen vornehmen und ggf. auch einen Wechsel der Versicherung in Erwägung ziehen.

Versicherung fordert Akten und Stellungnahme

Die Versicherung wird Sie zur Beurteilung der Haftungsfrage in jedem Fall auffordern, ihr Abschriften der Behandlungsdokumentation und eine ärztliche Stellungnahme zukommen zu lassen. Auch hier gilt: Nehmen Sie keine Veränderungen an der Dokumentation vor und geben Sie eine wahrheitsgemäße Stellungnahme ab, auch wenn Ihnen ein Behandlungsfehler unterlaufen sein sollte. Sollten die Vorwürfe des Patienten offenkundig berechtigt sein, so sollten Sie auf eine außergerichtliche Regulierung des Schadens durch die Versicherung in Ihrer Stellungnahme hinwirken. Ein Gerichtsprozess ist langwierig, durch die Öffentlichkeit der Gerichtsverhandlungen ggf. sogar rufschädigend und dadurch belastend. Dies sollte man nur auf sich nehmen, wenn man sich aus eigener Überzeugung keinen Behandlungsfehler vorwerfen lassen muss.

Impressum



Herausgeber

Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,
 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,
www.guerbet.de, E-Mail info@guerbet.de

Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
 Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
 Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, www.iww.de
 Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur),
 Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns (Redakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.

Vertragsarztrecht

Rechtssichere Praxisabgabe/-nachfolge: Drei Fliegen mit einer Klappe schlagen – Jobsharing

Vor langer Zeit war alles einfacher. Als Vertragsärzte ausschließlich in Einzelpraxis tätig sein durften, war die Sache klar: Wer ans Aufhören dachte, suchte sich einen jungen, am Krankenhaus tätigen Kollegen (und hier steht nicht zufällig die maskuline Form), schloss einen Praxiskaufvertrag und trug die Angelegenheit dann zum Zulassungsausschuss. Mögliche Konkurrenten zogen sich auf kollegiale Anfrage hin zurück, der Senior schied aus, der Junior übernahm: Happy End.

von RA, FA für MedizinR
Dr. iur. Thomas Willaschek, D+B
Rechtsanwälte Partnerschaft mbB,
www.db-law.de

Alter Hut passt gut

Heute ist die Rechtslage wie auch die Konkurrenzsituation unübersichtlicher. Die Bedürfnisse junger Ärztinnen und Ärzte sind vielschichtiger und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie unabdingbar. Viele Praxen werden auch innerhalb des Fachgebiets fokussierter und betriebswirtschaftlich sensibler geführt. Die Kunst besteht also darin, einen Hut zu finden, unter den das alles passt.

Ein eigentlich „alter Hut“ kann helfen: Das Jobsharing. Dabei teilen sich (mindestens) zwei Ärzte derselben Fachrichtung einen Arztsitz – auch in gesperrten Planungsbereichen kann so ein zusätzlicher Kollege ohne eigene Zulassung (Junior) beim Zugelassenen (Senior) huckepack vertragsärztlich tätig werden. Es gibt zwei Varianten:

- Die Ärzte teilen sich als Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) eine Zulassung oder
- der Senior stellt den Junior mit Genehmigung des Zulassungsausschusses an.

Um das Ganze systemverträglich, ergo kostenneutral zu halten, wird der Leistungsumfang einer Jobsharing-Praxis festgeschrieben. Grundsätzlich liegt die Obergrenze bei der Leistungsmenge, die die Praxis in der Vergangenheit abgerechnet hat (plus drei Prozent des Fachgruppenn Durchschnitts).

Radiologische Jobsharing-Praxen unterhalb des Fachgruppenn Durchschnitts können ihre Leistungen aber künftig bis zum Fachgruppenn Durchschnitt steigern – der Gesetzgeber möchte damit Anreize für weniger ausgelastete Praxen schaffen.

Weil der Leistungsumfang nicht gesteigert werden darf, eignet sich das Jobsharing nicht für alle Ärzte – insbesondere alteingesessenen Praxen mit großem Zuweiserstamm aber bietet sich die Chance, gleich drei Fliegen mit einer Klappe zu schlagen.

Erste Fliege: Versorgungsauftrag nach TSVG erfüllen

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verlangt von niedergelassenen Ärzten mehr Mindestsprechstunden: Pro Woche sollen mindestens 25 Stunden verpflichtend ange-

boten werden. Die KVen sollen die Einhaltung der Mindestsprechstunden überwachen.

Im Jobsharing können die Verpflichtungen von den Jobsharern gemeinsam erfüllt werden. In der Jobsharing-BAG entscheiden die Partner ganz flexibel, wer welchen Leistungsanteil erbringt. Es ist möglich, das in jedem Quartal unterschiedlich zu handhaben. Die Vorgabe ist allein, dass alle vertragsärztlich tätig sind: Die rechtlich liberale Untergrenze ist dann ein Behandlungsfall; die Verwaltungshandhabung der jeweiligen KVen und Zulassungsausschüsse abzufragen, erscheint aber sinnvoll. In der Anstellungsvariante ist zu beachten, dass der Junior die in dem eingereichten Arbeitsvertrag festgelegten Wochenarbeitsstunden nicht überschreitet.

Zweite Fliege: Nachfolge sichern

Das Jobsharing wurde auch eingeführt, um einen fließenden Praxisübergang zu ermöglichen: Der Senior muss nicht von einem Moment auf den anderen aus der Versorgung ausscheiden, sondern kann langsam die Arbeitszeit reduzieren. Und er kann während der gemeinsamen Praxistätigkeit den Junior nicht nur grundsätzlich medizinisch oder administrativ („KV-Angelegenheiten“), sondern auch hinsichtlich der spezifischen Eigenheiten der Patientenklientel anleiten. Der Junior wiederum, meist neu in der ambulanten Versorgung, kann sich eingewöhnen und mit steigender Arbeitsroutine flexibel Patienten aufstocken.

Das sichert den Praxisstandort und erhöht die Zufriedenheit nicht nur bei den Patienten. Durch die gemeinsame Zeit lassen sich außerdem

Ängste bei Ärzten, die noch unsicher sind, ob sie eine Selbstständigkeit stemmen können oder wollen, abbauen. Insgesamt kann es so gelingen, mit einem besonders attraktiven Übernahmepaket den Wunschkandidaten zu gewinnen.

Besonders gut wird aus Abgeberperspektive bewertet, dass das Huckepack-Verfahren auch so etwas wie eine Probezeit ermöglicht. Denn ein Jobsharing ist zulassungsrechtlich relativ unkompliziert eingegangen und auch wieder gelöst.

Entscheidend ist natürlich, dass auch die zivilrechtlichen Verträge – ob BAG-Vertrag oder Arbeitsvertrag – entsprechend formuliert sind. Cave: Wer nicht prüft, bindet sich sonst ungewollt ewig.

Noch ein Vorteil besteht darin, dass nach mindestens dreijährigem Jobsharing und bei Bewerbung des Juniors im Nachbesetzungsverfahren keine Prüfung erfolgt, ob die Praxis aus Versorgungsgründen weitergeführt werden muss. Wird der Junior ausgewählt, droht also kein „Praxiszwangsaufkauf“ durch die KV.

Dritte Fliege: Finanzierung stemmen

Am besten eignen sich solche Arztpraxen für das Jobsharing, die in der GKV-Versorgung bereits am Limit arbeiten und im PKV-Bereich noch über ungehobene Potenziale verfügen. Es ist dann sehr sinnvoll, den Junior mehr und mehr in die GKV-Versorgung einzubinden und in der gewonnenen freien Zeit Privatpatienten zu behandeln. Das erscheint nicht nur wirtschaftlich sinnvoll, sondern deckt sich oft auch mit den Bedürfnissen sowohl der Ärzte als auch der Patienten.

Praxistipp

Ein Jobsharing kann in den meisten Fällen das Risiko minimieren, Honorarrückforderungen aufgrund von Plausibilitätsprüfungen zu erleiden; denn wenn zwei Fachärzte gemeinsam eine Zulassung ausfüllen, liegt nahe, dass sie erhebliche Patientenzahlen bzw. Leistungsmengen bewältigen können (auch eine Variante: Jobsharer statt Weiterbildungsassistent).

Wenn die Praxis ausreichend wirtschaftliches Potenzial bietet, kann mit ihr ein für den Abgeber attraktiver Kaufpreis erzielt werden. Eine längere Zusammenarbeit im Jobsharing bietet dann dem Junior auch die Möglichkeit, für die Übernahme Rücklagen zu bilden oder durch Gehaltsverzicht bzw. schrittweisen Einkauf auch höhere Kaufpreise zu stemmen.

Praxistipp

Ein besonderer Anreiz liegt zudem darin, dass nach zehn Jahren Jobsharing in einer BAG die Obergrenzen entfallen mit der Konsequenz zweier voller, unbeschränkter Zulassungen. Diese gar nicht „magische“, sondern gesetzlich angeordnete Sitzvermehrung kreierte also je nach Standort und Marktwert durchaus einen sechsstelligen Wertzuwachs für die Praxis und eröffnet neue wirtschaftliche Spielräume. Wer diesen Coup plant, sollte aber klare vertragliche Regelungen für den „Tag X“ treffen.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Rechtssichere Praxisabgabe und -nachfolge: Praxisübergabe an einen jungen Nachfolger“ in RWF Nr. 11/2018

Private Equity

PwC: weiter großes Investoreninteresse im Radiologiesektor

Die Wirtschaftsprüfungs- und Beratungsgesellschaft PwC hat im Transaktionsmonitor Gesundheitswesen von April 2019 ein unverändert großes Investoreninteresse bei radiologischen Leistungserbringern festgestellt.

Das Gesundheitswesen wird im Rahmen der Untersuchung in vier Subsektoren unterteilt. Die Aktivitäten in den Subsektoren „Krankenhäuser und Fachkliniken“ sowie „Rehabilitationseinrichtungen“ seien eher morderat. Hingegen halte die Dynamik in den beiden Subsektoren „Pflegeeinrichtungen“ sowie „niedergelassene und ambulante Leistungserbringer“, zu dem auch der Bereich der Radiologie gezählt wird, unvermindert an.

Die anhaltend hohe Transaktionsaktivität im Subsektor niedergelassene und ambulante Leistungserbringer gelte sowohl für die Übernahmen einzelner Praxen und kleinerer Praxisgruppen durch bestehende Konsolidierungsplattformen als auch für den Aufbau neuer MVZ-Strukturen. Speziell für den Radiologiesektor zählt PwC die „strategisch bedeutende Übernahme“ der Med 360° Gruppe durch Philips als eines der Mergers & Acquisitions (M&A) Highlights im deutschen Markt. Daneben würden insbesondere Finanzinvestoren die Marktkonsolidierung vorantreiben. Als Beispiele werden der Einstieg von Triton bei der Deutschen Radiologie Holding sowie der Verkauf der Radiologie Holding GmbH genannt.

Finanzierung

Wahl der Tilgungsmethode: Darauf kommt es an

Bei Finanzierungen, z. B. in einer Arztpraxis/einem MVZ, müssen mehrere zentrale Faktoren beleuchtet werden, um ein optimales Gesamtergebnis zu erzielen. Der Höhe des Zinssatzes einer Finanzierung kommt dabei nur eine nachrangige Bedeutung zu. In diesem Beitrag geht es zunächst um die Wahl der geeigneten Tilgungsmethode.

von Dipl.-Kfm. Steuerberater
Dirk Klinkenberg, CURATOR GmbH,
Spezialkanzlei für Heilberufe, Bergisch-
Gladbach, www.curator.de

Tilgungsmethoden im Überblick

Finanzierungen können grundsätzlich auf drei Wegen getilgt werden.

1. Annuitätendarlehen

Die Annuität wird aus Zinssatz und anfänglichem Tilgungssatz berechnet und bleibt während der Zinsfestschreibung konstant. Durch die laufende Tilgung sinkt die Restschuld und somit der zu zahlende Zinsbetrag, während der in der Rate enthaltene Anteil für die Tilgung entsprechend steigt. Die stetige Tilgungserhöhung führt zu einer Laufzeitverkürzung und bietet eine Kalkulationssicherheit für den Liquiditätsbedarf.

2. Tilgungsdarlehen

Hier bleibt der Tilgungsbetrag immer gleich und bildet zusammen mit der Zinszahlung die Rate, die folglich mit jeder Zahlung sinkt. Darum läuft ein Tilgungsdarlehen bei gleicher anfänglicher Tilgung länger als ein Annuitätendarlehen.

3. Endfällige Darlehen mit Tilgungsträger

Diese Darlehen werden während der Laufzeit nicht getilgt. Die Tilgung wird

über einen separaten Tilgungsträger parallel aufgebaut.

Während die Finanzierungszinsen über den gesamten Zeitraum in voller Höhe entstehen und steuerlich geltend gemacht werden können, wird der Tilgungsträger so gewählt, dass die dort entstehenden Erträge günstiger besteuert werden. Dies führt zu einem steuerlichen Vorteil.

Vor- und Nachteile eines Tilgungsträgers

Bei der Wahl eines endfälligen Darlehens mit Tilgungsträger wird also versucht, mit steuerlicher Unterstützung ein Zinsdifferenzgeschäft zu erzeugen, das im Ergebnis wirtschaftlich vorteilhafter ist als die o. g. klassischen Finanzierungsformen. Doch wo Chancen vorhanden sind, sind auch Risiken nicht weit.

Merke

Da die Risiken im Tilgungsträger stecken, ist dessen Auswahl sehr wichtig.

Bis Ende 2004 wurden oft Kapitallebensversicherungen als Tilgungsträger genutzt, da deren Erträge – unter bestimmten Voraussetzungen – steuerfrei vereinnahmt werden konnten. Seit 2005 werden diese Erträge aber zu mindestens 50 Prozent besteuert

und die Beiträge können nicht mehr als Sonderausgaben geltend gemacht werden. Zudem ist die Garantieverzinsung von Kapitallebensversicherungen in den letzten Jahren immer weiter gesunken. Zurzeit werden deshalb eher breit gestreute Kapitalanlagen wie z. B. weltweit investierende Aktienfonds genutzt, bei denen aber die Kursrisiken zu beachten sind.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die Tilgungsträger immer als Sicherheit der finanzierenden Bank dienen. Sollte sich ein Kursrisiko während der Laufzeit realisieren, kann es zu Nachschusspflichten kommen.

Konkreter Belastungsvergleich

Während sich die Restschuldentwicklung bei den drei vorgestellten Alternativen kaum unterscheidet, ergeben sich interessante Unterschiede hinsichtlich der Liquiditätsbelastung.

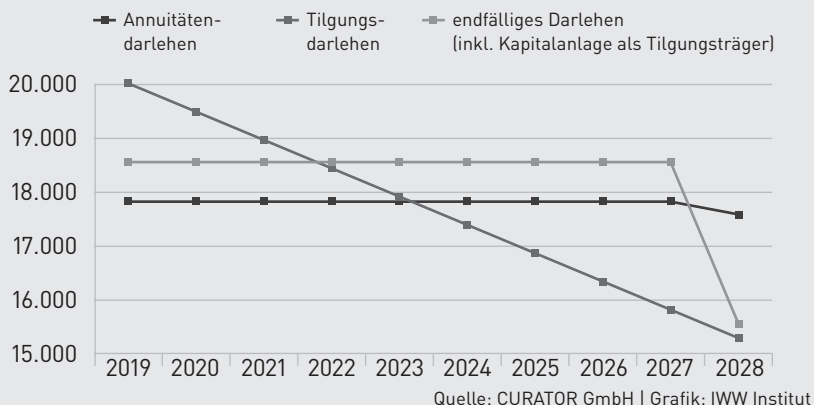
Beispiel

Für einen Vergleich wird jeweils ein Finanzierungsvolumen von 150.000 Euro angenommen. Bei einem Zinssatz von 3,5 Prozent wird diese Finanzierung über zehn Jahre getilgt. Für den genutzten Tilgungsträger wird ein Ertrag von ebenfalls 3,5 Prozent unterstellt. Diese Kapitalanlage soll der Abgeltungsteuer unterliegen.

Vergleich der Liquiditätsbelastung vor Steuern p. a.

Dieser Vergleich zeigt die gleichmäßige Belastung durch das Annuitäten- sowie durch das endfällige Darlehen, während das Tilgungsdarlehen am Anfang die höchste Liquidität beansprucht und in den letzten Jahren die geringste (siehe Grafik 1).

Grafik 1: Vergleich der Liquiditätsbelastung durch Zins und Tilgung vor Steuern p. a.



Vergleicht man den Gesamtaufwand über die gesamte Laufzeit, ergeben sich folgende Gesamtkosten vor Steuern:

- *Annuitätendarlehen:* 27.954 Euro
- *Tilgungsdarlehen:* 26.465 Euro
- *Endfälliges Darlehen (inkl. Tilgungsträger):* 32.530 Euro

Vergleich der Liquiditätsbelastung nach Steuern p. a.

Für einen wirtschaftlich sinnvollen Vergleich muss die steuerliche Wirkung der Zinsen berücksichtigt werden. Wir unterstellen dazu den Spitzensteuersatz von 42 Prozent plus Solidaritätszuschlag (siehe Grafik 2).

Die Betrachtung der Ergebnisse nach Steuern zeigt, dass die immer geringer werdende Zinslast beim Annuitätendarlehen zu einem steigenden Liquiditätsbedarf führt.

Vergleicht man den Gesamtaufwand über die gesamte Laufzeit, so ergeben sich nach Steuern die folgenden Gesamtkosten:

- *Annuitätendarlehen:* 15.268 Euro
- *Tilgungsdarlehen:* 14.738 Euro
- *Endfälliges Darlehen (inkl. Tilgungsträger):* 9.267 Euro

Die Lösung „endfälliges Darlehen mit Tilgungsträger“ ist in dieser Betrachtung

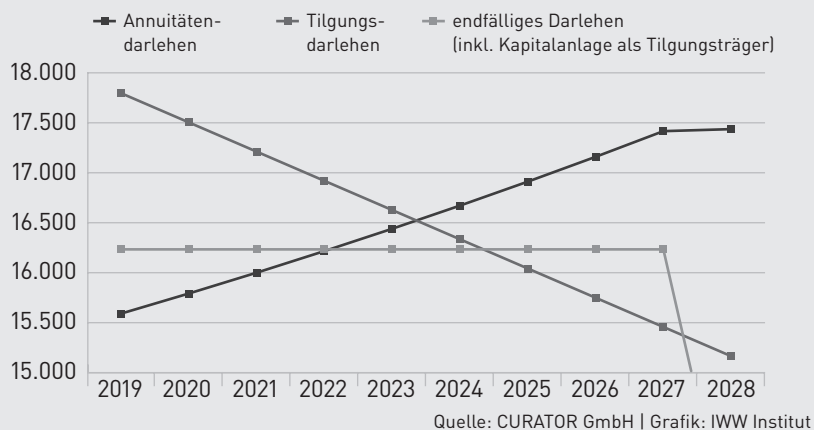
von der teuersten zur billigsten Lösung geworden.

Wichtig

Die Aussage, dass das endfällige Darlehen mit Tilgungsträger im Beispiel von der „teuersten zur billigsten“ Lösung geworden ist, hängt ganz entscheidend davon ab, dass im Tilgungsträger auch die angestrebte Rendite von 3,5 Prozent erzielt wird.

Wenn durch fehlende Rendite nach zehn Jahren nur 140.000 Euro statt der benötigten 150.000 Euro im Tilgungsträger vorhanden sind, bleibt diese Lösung die teuerste. Aber natürlich gilt andererseits auch: Wenn nach zehn Jahren 160.000 Euro im Tilgungsträger angesammelt wurden, hat man das Darlehen quasi „umsonst“ bekommen. Neben der Wahl der Tilgungsmethode und der Steuerung der Laufzeit der Finanzierung zählt auch die Frage, ob neben der Finanzierung in der Praxis auch eine private Finanzierung (z. B. für ein Eigenheim) existiert, zu den wichtigen Aspekten einer ganzheitlichen Finanzierungsplanung. In einem Folgebeitrag zum Thema wird darauf vertiefend eingegangen.

Grafik 2: Vergleich der Liquiditätsbelastung durch Zins und Tilgung nach Steuern p. a.



Fazit

Die Lösung über einen Tilgungsträger bietet Chance und Risiko. Deshalb sollte man dieses Risiko nur eingehen, wenn man es auch tragen kann.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Worauf es bei der Praxis- bzw. Gerätefinanzierung ankommt“ in RWF Nr. 05/2019