



## Ärztebrief 05/12

[www.vpmed.de](http://www.vpmed.de)

### Aktuelle Hinweise zu Kooperationsformen

Seit der Reform des Berufsrechts der Ärzte und Zahnärzte nimmt die Zahl der Kooperationen spürbar zu. Dazu tragen neue Kooperationsformen wie z. B. Medizinische Versorgungszentren, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften oder Teilberufsausübungsgemeinschaften einen wesentlichen Teil bei. Aber auch die oft unzureichende Vergütung der kassenärztlichen Leistungen und der zunehmende Mangel an Ärztenachwuchs veranlassen Ärzte dazu, sich zusammenschließen, um die anfallenden Kosten besser tragen zu können.

Wir nehmen dies zum Anlass, Sie künftig in loser Reihenfolge über neuere Entwicklungen bei ärztlichen Kooperationen zu informieren. Beginnen wollen wir mit Überlegungen, auf welchem Weg ein neuer Partner integriert werden kann und welche Möglichkeiten sich durch das Versorgungsstrukturgesetz für Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern ergeben.

### Aufnahme eines neuen Partners in eine Praxis

#### Vermögenslose Beteiligung als Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft

Möchten Sie Ihre Einzelpraxis durch Aufnahme eines neuen Partners zu einer Kooperation weiterentwickeln oder soll in einer bereits bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft ein ausscheidender Partner ersetzt oder die Zahl der beteiligten Ärzte erhöht werden, kann der Einstieg in einer ersten Stufe in Form einer vermögenslosen Beteiligung (sog. Nullbeteiligungsgesellschaft) gestaltet werden.

Hierbei leistet der Arzt, der neu in eine Praxis eintritt, zunächst keine Ausgleichszahlungen für die Abgabe von Vermögensanteilen und wird deshalb auch vorerst am Praxisvermögen nicht beteiligt. Diese Vorgehensweise bietet für beide Seiten Vorteile.

Der neue Partner braucht nicht bereits zu Beginn seiner Selbständigkeit ein finanzielles Risiko einzugehen, indem er hohe Darlehen zur Finanzierung seines Praxiseinstiegs aufnehmen muss. Hierdurch dürfte die Hemmschwelle für den Schritt in die Selbständigkeit in den meisten Fällen deutlich gesenkt werden.



Die Praxisinhaber haben umgekehrt die Möglichkeit, den neuen Kollegen als Partner kennenzulernen. Stellen beide Parteien in der Kennenlernphase fest, dass man nicht zusammenpasst, ist es einfacher, die Zusammenarbeit zu beenden.

Die vermögenslose Beteiligung eines Gesellschafters ist für einen begrenzten Zeitraum (ca. 2 - 3 Jahre) zulässig, wenn hierfür ein berechtigter Grund vorliegt (z. B. Kennenlernphase). Nach dieser Zeit muss zumindest eine Beteiligung am immateriellen Praxisvermögen erfolgen.

Demgegenüber ist die Vereinbarung eines „Festgehalts“ nicht einmal für eine begrenzte Probezeit möglich. Vielmehr muss der neu hinzukommende Arzt von Beginn an wirtschaftliches Risiko tragen und mithin an einem etwaigen Verlust beteiligt sein. Der Gewinnanteil sollte sich grundsätzlich am Praxisgewinn orientieren und damit variabel sein, wobei eine Kombination mit festen Gewinnanteilen möglich ist. Erfüllt die vereinbarte Ergebnisverteilung nicht diese Anforderungen, gilt der neu eingetretene Arzt lediglich als „Schein-Gesellschafter“ und die Beteiligten sehen sich Honorarrisiken sowie straf-, sozial- und berufsrechtlichen Sanktionen ausgesetzt. Hinzu treten steuerliche und sozialversicherungsrechtliche Probleme, da der neue Partner unter Umständen nicht als selbstständig tätig angesehen wird, wodurch rückwirkend Sozialabgaben und Lohnsteuer gezahlt werden müssen. Zusätzlich kann auf die Praxisgewinne Gewerbesteuer anfallen, da die anderen Gesellschafter regelmäßig die Tätigkeit des neuen Partners nicht überwacht haben.

Ein besonderes Problem in Verbindung mit der Aufnahme eines neuen Partners, das erhöhter Aufmerksamkeit bedarf, bildet die Sicherung der Vertragsarztzulassung als höchstpersönliches öffentliches Recht für die Kooperation. Die Möglichkeit des Job-Sharings zur Einbindung des neuen Partners in die vertrags-

ärztliche Versorgung wird regelmäßig nur bei einem entsprechend hohen Anteil von Privatpatienten möglich sein, um eine ausreichende wirtschaftliche Grundlage für die beteiligten Ärzte sicherzustellen. In allen anderen Fällen wird der neue Partner im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens Inhaber der Vertragsarztzulassung. Damit die Zulassung aber für die Kooperation auch im Falle des Scheiterns der Zusammenarbeit dauerhaft erhalten bleibt, sind vertragliche Vorkehrungen erforderlich, die allerdings für einen begrenzten Zeitraum von maximal 3 Jahren wirksam geregelt werden können. Zusätzlich empfiehlt sich eine Absicherung durch Vertragsstrafen, wobei sich ein Restrisiko in der Praxis nicht ausschließen lässt, dass bei vertragswidrigem Verhalten des gekündigten Arztes das Recht in langwierigen Rechtstreitigkeiten erst erstritten werden muss.

Zur Lösung dieser Zulassungsrisiken, aber auch um die Möglichkeit zur Vereinbarung eines Festgehalts zu erhalten, eröffnet das Versorgungsstrukturgesetz seit dem 01.01.2012 neue Möglichkeiten zur Gestaltung des Einstiegs eines potentiellen Partners.

### **Anstellungsverhältnis als Einstieg in eine Berufsausübungsgemeinschaft**

Während nach der bisherigen Rechtslage die Umwandlung eines Vertragsarztsitzes in eine Angestelltenzulassung eine dauerhafte Entscheidung war, kann seit diesem Jahr wieder eine Rückumwandlung in eine Vertragsarztzulassung vorgenommen werden. Damit wird es möglich, einen oder mehrere junge Ärzte – bis zu vier Ärzte können parallel auf einer vollen Zulassung arbeiten – zunächst anzustellen und sich in aller Ruhe zu überlegen, ob der Kandidat die persönlichen Voraussetzungen für die unternehmerische Verantwortung mitbringt und man ihn zum Partner machen will. Mit dem potenziellen Partner kann dann ein Gesellschaftsvertrag abgeschlossen

werden, wenn sich beide Seiten sicher sind, dass sie zueinander passen und die Praxis die wirtschaftliche Existenz für alle Beteiligten sichert. So erübrigt sich meist eine weitere Kennenlernphase im Gesellschaftsvertrag. Wichtig hierbei ist, dass der anstellende Arzt – und nicht der angestellte Arzt – das Recht hat, die Zulassung umzuwandeln und somit Herr des Verfahrens bleibt.

### **Vermögensbeteiligung des neuen Partners**

Nach einem positiven Verlauf der Kennenlernphase empfiehlt sich nicht nur aus rechtlichen Gesichtspunkten, sondern auch aus strategischen Überlegungen die Übertragung von Vermögensanteilen an der Praxis auf den neuen Partner in einer zweiten Stufe der Kooperation. Das hiermit verbundene finanzielle Engagement fördert die Identifikation des jungen Partners mit der unternehmerischen Verantwortung und seine Bindung an die Praxis. Die Übertragung von Vermögensanteilen gegen entsprechende Zahlungen stellt steuerlich eine Veräußerung dar und löst Steuerzahlungen auf den Veräußerungsgewinn aus. Allerdings bestehen verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten, um eine sofortige Besteuerung zu verhindern und eine zeitliche Streckung der Steuerauswirkungen zu erreichen. Hierzu zählen das Gewinnverzichtsmodell, das Einbringungsmodell nach § 24 UmwStG sowie das Nutzungsüberlassungsmodell, zu deren Einzelheiten sowie Vor- und Nachteilen Sie unbedingt einen spezialisierten Steuerberater zu Rate ziehen sollten.

### **Kooperationen niedergelassener Ärzte mit Krankenhäusern**

Von Dr. Bernd Halbe, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, Kanzlei DR. HALBE, Köln/Berlin

Die Kooperation zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern ist seit geraumer Zeit ein heftig diskutiertes Thema. Das Vertragsarztrechtänderungsgesetz (VÄndG) hat mit Wirkung zum 01.01.2007 überhaupt erst die grundsätzliche Möglichkeit einer engeren Kooperation geschaffen. § 20 Abs. 2 Satz 2 der Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) ist nämlich dahingehend geändert worden, dass die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus i. S. d. § 109 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung i. S. d. § 111 SGB V mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar ist. Bis zu diesem Zeitpunkt war eine intensivere Tätigkeit eines niedergelassenen Vertragsarztes in einem benachbarten Krankenhaus – von der konsiliarärztlichen Tätigkeit oder aber der Tätigkeit als Belegarzt abgesehen – nicht denkbar. In der Folgezeit sind dann die Kooperationsintensitäten erheblich gestiegen. Es erbrachten beispielsweise niedergelassene Vertragsärzte prä- und

poststationäre Leistungen i. S. d. § 115a SGB V für Krankenhäuser, ambulante Operationen i. S. d. § 115b SGB V oder aber wurden im Bereich der stationären Leistungserbringung tätig und bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen eingesetzt. Grundlage der Tätigkeit war regelmäßig ein Kooperationsvertrag oder aber auch lediglich ein Konsiliararztvertrag. In der weiteren Entwicklung wurden solche Kooperationen argwöhnisch beobachtet, dies vor dem Hintergrund des § 31 der Musterberufsordnung Ärzte (MBO-Ä), wonach es Ärztinnen und Ärzten nicht gestattet ist, sich für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. Die Diskussion im Rahmen des Themas „Zuweisung gegen Entgelt“ ist immer mehr verschärft worden. Letztendlich ging es im Einzelfall um die Frage, ob der jeweils betroffene Arzt Geld nur für eine Einweisung/Überweisung erhält oder aber tatsächlich auch selbst Leistungen erbringt. Hervorgehoben worden ist wiederholt, dass eine ärztliche Entscheidung sich auch ausschließlich an medizinischen Gesichtspunkten ausrichten soll.

Der Gesetzgeber hat nunmehr an verschiedenen Stellen reagiert; zuletzt u. a. durch das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG). Hier ist einerseits die Regelung der ärztlichen Berufsordnung mehr oder weniger wortgleich in das SGB V (dort § 73 Abs. 7 SGB V) aufgenommen worden. Dies vor dem Hintergrund, dass das Berufsrecht als solches für institutionelle Leistungserbringer wie beispielsweise ein MVZ nicht gilt und zukünftig entsprechende Verstöße auch disziplinarisch durch die KV sanktioniert werden können, bis hin zur grundsätzlichen Anwendbarkeit des Zulassungsentziehungstatbestandes. Im Einzelfall stellt sich dann die Frage, ob „Kick-back-Zahlungen“ als gröbliche Verletzung vertragsärztlicher Pflichten i. S. d. § 95 Abs. 6 SGB V anzusehen sind und dadurch eine Zulassungsentziehung gerechtfertigt ist. Da der Gesetzgeber die ambulante/stationären Kooperationen aber fördern wollte, hat er ebenfalls im GKV-VStG Regelungen für prä- und poststationäre Leistungen i. S. d. § 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V und ambulante Operationen im Krankenhaus gemäß § 115b Abs. 1 Satz 4 SGB V getroffen. Im Rahmen der prä- und poststationären Versorgung werden durch die Neuregelung die Kooperationsmöglichkeiten zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern gestärkt und erweitert, obwohl sie im Widerspruch zu der bisher ergangenen Rechtsprechung (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 20.10.2010, Az.: L 5 KA 5241/09; OLG Düsseldorf, Urteil vom 01.09.2009, Az.: I-20 U 121/08) steht. Die durch die Neuregelung, die nach ausdrücklicher Bekundung des Gesetzgebers lediglich eine Klar-



stellung ist, zum Ausdruck kommende gesetzgeberische Wertung kann zukünftig bei der Beurteilung entsprechender Sachverhalte durch die Gerichte nicht unberücksichtigt gelassen werden. Die bislang restriktive Rechtsauffassung zu der Zulässigkeit solcher Kooperationsverträge dürfte damit Historie sein. Gleiches gilt für die Erbringung von ambulanten Operationsleistungen der Krankenhäuser durch niedergelassene Vertragsärzte. Hier gibt es zwischenzeitlich Rechtssicherheit. Nachdem zunächst entsprechende Kooperationen, wonach niedergelassene Ärzte ambulante Operationen i. S. d. § 115b SGB V für Krankenhäuser erbracht haben und von den Krankenhäusern entsprechend honoriert worden sind, für unzulässig gehalten wurden (vgl. Bundessozialgericht (BSG) vom 23.03.2011, Az.: B 6 KA 11/10 R), sind die AOP-Vertragspartner vom Gesetzgeber beauftragt worden, im AOP-Vertrag klar zu stellen, dass die ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationärsersetzenden Eingriffe auch durch niedergelassene Vertragsärzte im Rahmen eines Kooperationsvertrages erbracht werden können. Zwischenzeitlich ist § 7 Abs. 4 Satz 3 des AOP-Vertrages mit Wirkung zum 01.06.2012 entsprechend geändert worden.

Auch bei der Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen durch niedergelassene Vertragsärzte auf Basis eines reinen Kooperationsvertrages ist zwischenzeitlich eine gesetzgeberische Regelung erfolgt. Auch hier hat der Gesetzgeber Wert auf die Feststellung gelegt, dass es lediglich eine Klarstellung sei, nicht aber eine Neuregelung. Im Rahmen des Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG) ist § 2 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) dahingehend geändert worden und lautet wie folgt: „Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlungen, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, ...“ Zwischenzeitlich bestand in diesem Bereich erhebliche Rechtsunsicherheit. Es wurde überwiegend empfohlen, solche Kooperationen rechtssicher im Rahmen eines Anstellungsvertrages auszugestalten. Vielen Situationen wurde ein Anstellungsvertrag jedoch nicht gerecht. Nunmehr ist eindeutig klargestellt, dass auch ein Kooperationsvertrag ausreichend ist. Eventuelle Probleme könnten sich hier allenfalls mit der Erbringung von Wahlleistungen ergeben, weil die Erbringung von Wahlleistungen durch

niedergelassene Ärzte nicht vorgesehen ist. Wenn man allerdings den Wortlaut des Gesetzes streng formal sieht, können Wahlleistungen jedoch auch durch niedergelassene Ärzte erbracht werden, weil Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 des KHEntgG auch die Wahlleistungen sind. Gegenstand häufiger Diskussionen in diesem Zusammenhang ist dann noch der Aspekt des faktischen Anstellungsverhältnisses und damit verbundener sozialversicherungsrechtlicher Fragen.

Als Fazit ist festzuhalten, dass die Kooperationsmöglichkeiten zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern durch das GKV-VStG und das PsychEntgG auf eine weitgehend rechtssichere Grundlage gestellt worden sind. Dadurch ist letztendlich das Kooperationspotential erweitert worden. Bei der Vergütung der niedergelassenen Ärzte im Rahmen ihrer Leistungserbringung für die Krankenhäuser ist jedoch zu berücksichtigen, dass unabhängig von der Frage, ob die Vergütung auf Basis der GOÄ, auf Basis eines Stundensatzes oder eines DRG-Anteils erfolgt, immer die Angemessenheit von Leistung und Gegenleistung hinterfragt werden muss. Zu berücksichtigen ist nämlich, dass das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt, welches nunmehr durch das GKV-VStG auch im SGB V verankert ist, fort gilt.

## Neues aus unserer Kanzlei

In diesem Quartal bieten wir die folgenden Vorträge und Seminare für Sie an:

### 10.11.2012 „Finanzielle Absicherung im Alter“ (Köln)

Vortrag im Rahmen des Praxisbörsentags der KV Nordrhein

### 21.11.2012 „Die Praxisabgabe“ (Köln)

in Zusammenarbeit mit Marscholke, Lautenschläger und Partner (MLP)

### 28.11.2012 „Gründung von Arztpraxen –

#### Was ist zu beachten?“ (Köln)

in Zusammenarbeit mit MLP

Wenn Sie mehr zu diesen Angeboten erfahren möchten, sprechen Sie uns an.

## Impressum

### Herausgeber

VPmed Steuerberatungsgesellschaft mbH  
Uerdinger Straße 202, 47799 Krefeld  
Telefon: 021 51 / 8539400 • Telefax: 021 51 / 8539499  
Internet: [www.vpmed.de](http://www.vpmed.de) • E-Mail: [info@vpmed.de](mailto:info@vpmed.de)

### Redaktion

Thomas Karch, Wirtschaftsprüfer / Steuerberater

### Erscheinungsweise

Der Ärztebrief erscheint 6x im Jahr.

### Layout

DIE FISCHER Werbeagentur • [www.die-fischer.net](http://www.die-fischer.net)

### Druck, Auflage, Stand

Berk Druck, 150 Stück, Oktober 2012  
Wir freuen uns über Ihre Anregungen zum Ärztebrief.  
Wenn Sie den Ärztebrief nicht mehr beziehen möchten,  
senden Sie bitte eine E-Mail an [info@vpmed.de](mailto:info@vpmed.de).