

MEDMAXX

HEALTH CARE MANAGEMENT

Ausgabe Sommer 2021

SAVE 06.04.2022
THE DATE

ÄRZTEBERATER-FORUM ULM 2022

PRAXIS UNTER PALMEN

Als niedergelassener Arzt arbeiten,
wo andere Urlaub machen



Kooperationspartner



DEUTSCHER
STEUERBERATER-
VERBAND e.V.

**DIGITALISIERUNG IM
GESUNDHEITS-
WESEN**

INSOLVENZRECHTSREFORM 2021

Überblick über die für Heilberufler
relevanten Änderungen

„ *Sehr gute Referenten!*

„ *Top - nur noch zu steigern mit einer Präsenzveranstaltung.*

„ *Gratulation zu diesem Format und zur reibungslosen Durchführung!*

„ *Vielen Dank für den tollen Tag, ich hatte erst Bedenken aufgrund des digitalen Modus, war aber sehr positiv überrascht!*

„ *Sehr wertvoll!*

SAVE THE DATE

6. April 2022

Freuen Sie sich auf ein spannendes Forum 2022: Definitiv digital und hoffentlich hybrid!

www.medmaxx.de

ÄRZTEBERATER-FORUM

Maxximales Wissen in steuerlichen, wirtschaftlichen und rechtlichen Belangen – für Berater, Entscheider und Inhaber von Praxen und MVZ

Rückblick auf das Forum 2021: An unserer Forumsveranstaltung 2021 nahmen rund 250 Teilnehmer auf digitalem Weg teil. Hier ein kurzer inhaltlicher Rückblick über die Highlights der Veranstaltung:

Gesundheitsökonom Prof. Dr. rer. pol. Andreas Beivers stellte die Folgen der Corona-Pandemie für die Leistungserbringer auf dem Gesundheitsmarkt eindrücklich vor und nahm die Teilnehmer mit auf eine Reise durch die GKV-Finzen und die aktuelle Gesundheitspolitik.

Durch den Kassenabrechnungsdschungel führte Abrechnungsexperte Volker Heuzeroth und zeigte einmal mehr auf, wie aus der „Last“ der komplexen ärztlichen Abrechnung vielleicht doch eine „Lust“ werden kann.

Staatsanwalt Thomas Hochstein referierte zum ärztlichen Handeln im Blickfeld der Strafverfolgung. Dabei zeigte er, welche Möglichkeiten im Rahmen der Vorbeugung und Vorbereitung bestehen, um als Arzt erst gar nicht ins Visier strafrechtlicher Ermittlungen zu gelangen. Und wenn dies doch einmal geschehen sein sollte, wie man als Arzt am besten auf die Konfrontation mit den Strafverfolgungsbehörden reagieren sollte.

Insolvenz- und Sanierungsexperte Thomas Uppenbrink fasste alles Wissenswerte zum Thema Sanierung von Praxen, MVZ und Apotheken kurzweilig zusammen. Im Fokus standen dabei nicht nur die verschiedensten Wege in die Krise, sondern auch die „neuen“ Krisenfrüherkennungspflichten von Steuerberatern & Co.

INHALT

-
- 04** **MERK ON MANAGEMENT**
Alternativlos
-
- 06** **IN EIGENER SACHE**
Die Aussagekraft der 7-Tage-Inzidenz
-
- 08** **HEALTH CARE NUMBERS**
Daten und Fakten
-
- 10** **NACH REDAKTIONSSCHLUSS**
Vertragsärztliche Pflicht zur Berufshaftpflichtversicherung
-
- 12** **PRAXIS UNTER PALMEN**
Als niedergelassener Arzt arbeiten, wo andere Urlaub machen
-
- 17** **DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN**
-
- 21** **INSOLVENZRECHTSREFORM 2021**
Überblick über die für Heilberufler relevanten Änderungen
-
- 29** **RECHT UND STEUERN**
Praxiswissen
-
- 35** **PraxisReporting**
Die Web-App für den schnellen Finanzüberblick
-
- 37** **HEALTH CARE MANAGER**
Hans-Peter Dahlmann
-
- 39** **M&A**
Angebote und Gesuche
-
- 41** **IMPRESSUM**
-



MERK ON MANAGEMENT

Alternativlos

Liebe Leserinnen,
liebe Leser,



Mit einigen meiner Studenten habe ich im Rahmen einer Controlling-Vorlesung kürzlich die Begriffe Planung und Entscheidung diskutiert. Was man über „decision-making“ im BWL-Studium lernt, ist ja in der Regel sehr mathematisch geprägt und vieles stammt aus der normativen Entscheidungstheorie, die sich an rationalen Entscheidungen (sog. rational choices) orientiert.

” *Viel mehr als unsere Fähigkeiten sind es unsere Entscheidungen, die zeigen, wer wir wirklich sind.*

Albus Dumbledore
(aus „Harry Potter“ von J. K. Rowling)

Rational sind Entscheidungen dann, wenn im Hinblick auf eine bestimmte Zielerreichung die beste Handlungsalternative ausgewählt wird. In der Diskussion gebrauchte irgendwann ein Student den Begriff „alternativlos“, der bei mir sofort eine allergische Reaktion verursachte. Dieses, heute leider häufig – insbesondere von Politikern – gebrauchte Wort, ist nach meinem Dafürhalten zwar in aller Regel völlig unpassend, taugt aber wunderbar als Indikator.

Es weist nämlich eindeutig darauf hin, dass diejenige Person, die ihn gebraucht, von rationaler Entscheidungsfindung nicht die geringste Ahnung hat. Denn wenn ich keine Handlungsalternativen habe, kann oder muss ich auch nicht entscheiden. Insofern reiht sich der Begriff „alternativlose Entscheidung“ in die Reihe anderer Begriffe aus der Phrasendreschmaschine ein – genauso wie „Zukunftsinvestitionen“, „Ökonomisierung“ oder „Hochrisiko“.

Interessanterweise sind die Menschen, die „alternativlos“ daherplappern, häufig nicht einmal in der Lage, ein genaues Ziel für ihre alternativlosen Handlungen zu formulieren. Wer eine Entscheidung als „alternativlos“ verteidigt, hat sich im Regelfall mit den Möglichkeiten der Zielerreichung oder Problemlösung einfach nicht vertieft auseinandergesetzt und versucht lediglich, seine fragwürdige Entscheidung dadurch gegen Kritik zu immunisieren.

Wenn Sie sich vertieft mit rationaler Entscheidungsfindung beschäftigen möchten, ist die Lektüre dieses Buches allerdings – Achtung, jetzt kommt’s – absolut alternativlos: Der Nobelpreisträger für

Wirtschaftswissenschaften Daniel Kahneman und seine Co-Autoren Olivier Sibony und Cass Sunstein gehen in „Noise – was unsere Entscheidungen verzerrt – und wie wir sie verbessern können“ der Frage nach, weshalb so viele professionelle Entscheidungen dem Zufall unterliegen. Ärzte entscheiden z.B. bei Patienten mit unklaren Befunden morgens meist vor- und umsichtiger als abends.

„ *Eine gute Entscheidung basiert auf Wissen, nicht auf Zahlen.*

Plato

Richter in Verhandlungen neigen vermehrt dazu, direkt nach dem Frühstück oder Mittagessen Strafen zur Bewährung auszusetzen als vor dem Essen.

Zufällige Einflüsse, die mit der eigentlichen Entscheidung überhaupt nichts zu tun haben, verzerren also die Einschätzungen jedes Menschen in erschreckendem Umfang. Anders als bei dem einseitig verzerrenden „Bias“ lässt sich beim „Noise“ aber keine Kausalgeschichte erzählen, die typische Denkfehler, Vorurteile oder gar Manipulationen aufdeckt. Fehlurteile aufgrund von „Störgeräuschen“ wie zum Beispiel dem Wetter, der Tageszeit oder der sprichwörtlichen „Tagesform“ der Entscheider sind ein statistisches Phänomen. Weil die Irrtümer völlig zufällig streuen, werden sie ausschließlich in der Gesamtschau einer großen Zahl von Entscheidungen sichtbar.

Auf Basis dieser Erkenntnis haben die Autoren eine Reihe von Regeln entwickelt, die gerade Gruppenentscheidungen – zum Beispiel in Vorstandssitzungen – verbessern können. So empfehlen sie bei wichtigen Entscheidungen z. B. strukturierte Entscheidungsprotokolle und regelmäßige Noise Audits.

Wichtige Entscheidungen basieren letztlich primär auf sorgfältiger und vertiefter Analyse und sollten möglichst in „störungsfreier“ Umgebung getroffen werden. Oder glauben Sie ernsthaft daran, dass langwierige und zermürende Nachtsitzungen mit vielen Teilnehmern eine gute Umgebung dafür sind, richtige Entscheidungen zu treffen? Da ist es doch viel einfacher, am frühen Morgen etwas derangiert vor die Presse zu treten, sich als zäher Verhandler zu geben und etwas von „alternativlos“ zu faseln.

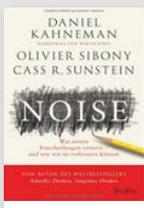
Noch etwas ist übrigens alternativlos: Ihnen und Ihren Lieben eine schöne Spätsommer- und hoffentlich auch Urlaubszeit zu wünschen!

Herzlichst, Ihr



Prof. Dr. Wolfgang Merk

BUCHTIPP



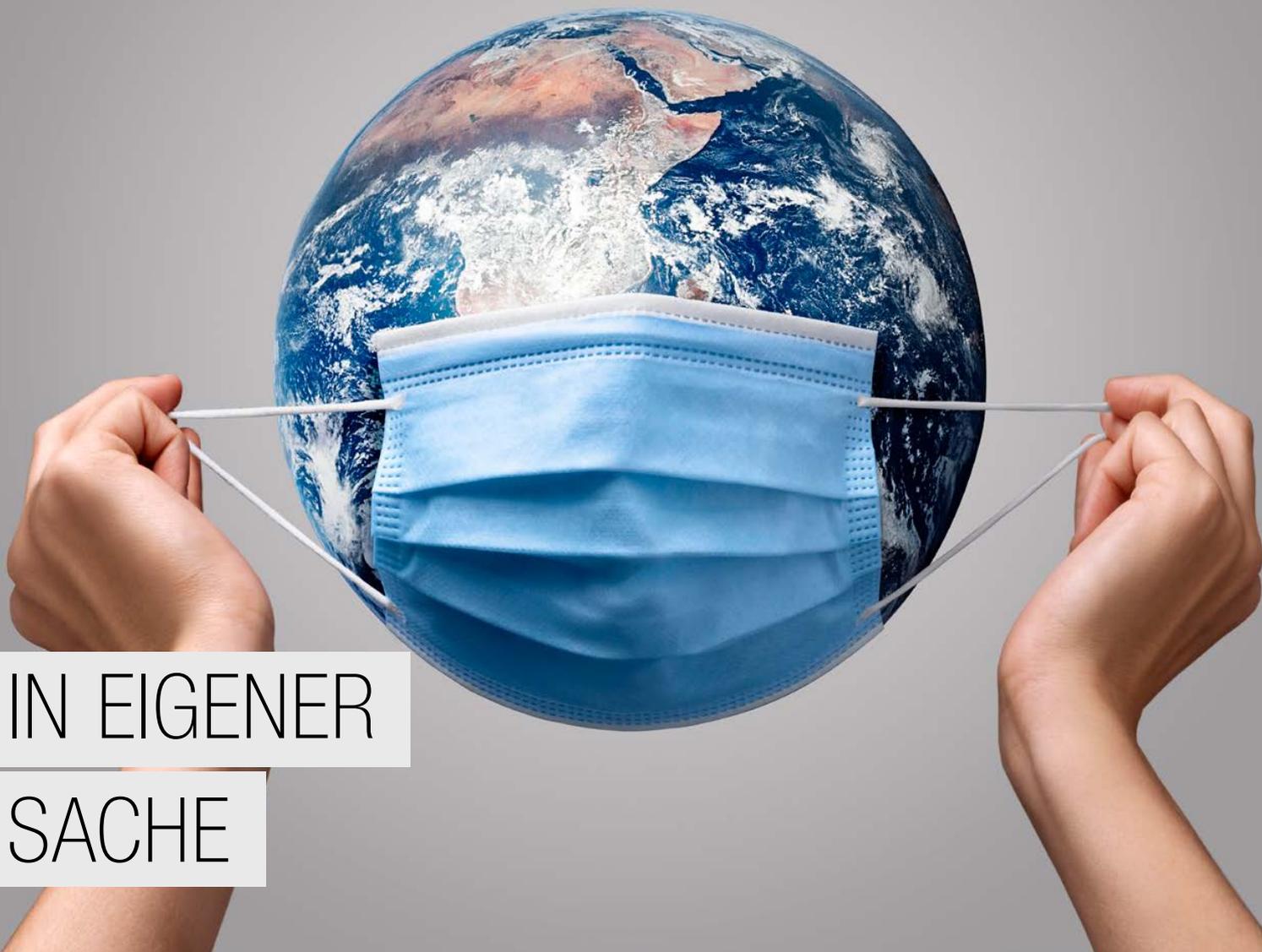
Daniel Kahneman

Noise: Was unsere Entscheidungen verzerrt – und wie wir sie verbessern können

VIDEOTIPPS



Daniel Kahneman über Entscheidungsfindung auf YouTube



IN EIGENER SACHE

Das Thema Covid-19 hat uns in den letzten Monaten sehr bewegt. Aus einem „Fachthema“ wurde ein politisch und medial beeinflusster Prozess, der in die Normalität von Menschen, Familien, Institutionen und Unternehmen stark eingegriffen hat. Lange habe ich mir überlegt, ob ich als „Gesundheitsexperte“ dazu einen Aufsatz veröffentlichen soll. In einem binären Diskurs, in dem man sofort entweder dem einen oder dem anderen Lager zugeordnet und etikettiert wird, läuft man ja erhebliche Gefahr, unter Umständen mit einer differenzierten Betrachtung unter die Räder zu kommen.

Jedenfalls habe ich mich dann im April dazu entschlossen, die Aussagekraft der 7-Tage-Inzidenz, also der Kennzahl, an der sich viele unsere „Freiheitsgrade“ ausrichten, einer genaueren Analyse zu unterziehen. Da dieser Kennzahl im Infektionsschutzgesetz eine zentrale Rolle zukommt, konnte ich mit Herrn Dr. jur. Rudolf Ratzel sicherlich einen der renommiertesten Medizinrechtler in Deutschland als Co-Autor für die rechtliche Beurteilung gewinnen. Der Aufsatz ist in der Juni-Ausgabe der Zeitschrift **GesundheitsRecht** erschienen. Nachfolgend finden Sie eine Zusammenfassung der Ergebnisse. Sollten Sie Interesse an dem Beitrag haben, wenden Sie sich gerne an uns.

Prof. Dr. Wolfgang Merk

In der Gesamtschau ist festzustellen, dass die Kennzahl 7-T-I lediglich die Summe der positiven „Fälle“ nach der Definition des RKI der letzten 7 Tage ist. Diese Summe wird dann ohne ursächlichen Bezug auf die Gesamtbevölkerung von Bezugsregionen pro 100.000 Einwohner ins Verhältnis gesetzt. Die so entstehende Verhältniszahl ...

- ... ist aufgrund ihrer Bezeichnung als „Inzidenzwert“ irreführend, da sie sich auf keine Krankheitsfälle bezieht, sondern auf positive Testergebnisse
- ... berücksichtigt nicht die Unterscheidung zwischen confirmatorischen Tests mit Zufallsbefunden bei asymptomatischen Personen
- ... hängt stark von der Gesamtzahl der durchgeführten Tests ab
- ... ist ohne jegliche Aussagekraft im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung, da sie kein epidemiologisches Prognosemodell darstellt
- ... differenziert nicht hinsichtlich der Verteilung der positiven Testergebnisse, z. B. bezogen auf verschiedene Risikogruppen
- ... lässt auftretende Virusvarianten gänzlich unbeachtet
- ... ignoriert die unzweifelhaft vorliegende Unschärfe der Testverfahren völlig
- ... berücksichtigt Antigen-Schnelltests nicht als Pretests

- ... bezieht sich auf keine sachgerechte Segmentierung der Bezugsregionen
- ... lässt die Mobilität der Wohnbevölkerung komplett unberücksichtigt
- ... unterscheidet nicht hinsichtlich statistischer Fehler, die sich aus der stark unterschiedlichen Bevölkerungszahl der Bezugsregionen ergeben können
- ... würdigt nicht die Impfquoten
- ... bietet für eine Schwellenfestlegung keinerlei Begründungszusammenhang
- ... ist als Beurteilungsmaßstab für die kurzfristige Anordnung von Infektionsschutzmaßnahmen ungeeignet, da die korrekte und zeitnahe Berechnung nicht gewährleistet werden kann.

„Eine quasi automatische Kopplung von gesundheitspolitischen Maßnahmen und insbesondere von massiven Grundrechtseinschränkungen an einen Schwellenwert der 7-Tages-Inzidenz ist ohne wissenschaftliche Grundlage und in rechtlicher Hinsicht deshalb ungeeignet, freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu rechtfertigen.“

Merk, Wolfgang; Ratzel, Rudolf: Die Aussagekraft der 7-Tages-Inzidenz als gesetzgeberischer Maßstab. GesundheitsRecht, Heft 06/2021, S. 341-351

HEALTH CARE NUMBERS

Daten und Fakten



40%

... weniger Läusemittel wurden von Januar bis Oktober 2020 in den Apotheken verkauft. Hauptgrund sind wohl die Abstandsregelungen.



162

Insgesamt gingen 2020 162 Betriebe aus dem Gesundheitswesen pleite.

70,10 €

Der aktuelle Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigt, dass der Honorarumsatz je GKV-Behandlungsfall über sämtliche Fachgruppen 2019 durchschnittlich um 2,6 % auf 70,10 € gestiegen ist.

10,2 Mrd. €



2020 wurden rund 10,2 Mrd. € für die Einnahmeausfälle der Krankenhäuser in Form von Ausgleichszahlungen ausgezahlt, so der Krankenhaus Rating Report 2021. Die Ausgleichszahlungen lagen in der Summe höher als die durch die Leistungsreduktion hervorgerufenen Mindererlöse der Krankenhäuser, sodass die Erlöse 2020 bei den somatischen Krankenhäusern durchschnittlich um etwa 3,7 % und bei psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken durchschnittlich um etwa 10,6 % zugenommen haben.

75.900 €



Eine aktuelle Erhebung im Auftrag der Deutschen Apotheker- und Ärztebank zeigt, dass angestellte Ärzte in hausärztlichen Praxen durchschnittlich 75.900 € brutto p. a. verdienen.

+1,6 %

In den kommenden Jahren könnte der GKV-Zusatzbeitrag um 1,6 Prozentpunkte ansteigen, so eine Analyse des IGES-Instituts.

+6,4 Mrd. €



Laut einer aktuellen Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV entfielen 2019 6,4 Mrd. € Mehrumsatz auf den ambulant-ärztlichen Bereich.

22%



... der 50- bis 64-Jährigen haben schon einmal einen digitalen Arztbesuch absolviert.

-17 Mrd. €

Die GKV erwartet für 2022 eine Finanzlücke von etwa 17 Mrd. €.



53,1%

... der Privatpatienten würden laut einer Befragung des Kölner Analysehauses Assekurata ein E-Rezept in Anspruch nehmen.

00010010
101001101
00010010
111001001
00010010



70%

der Bürger sind der Meinung, Deutschland hänge bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems hinter anderen Ländern zurück.

21%



... der Deutschen haben laut einer repräsentativen Umfrage zum Thema Digital Health kein Interesse, eine elektronische Patientenakte zu nutzen.



75%

Um qualifiziertes Personal zu halten, bieten rund 75 % der Praxischefs ihren Angestellten Sonderzahlungen oder andere Zulagen.



10x

Laut statista gehen die Deutschen rund 10 Mal im Jahr zum Arzt, Zahnarztbesuche nicht mitgerechnet. Der OECD-Durchschnitt liegt bei 6,6 Besuchen.

NACH REDAKTIONSSCHLUSS ...

Vertragsärztliche Pflicht zur Berufshaft- pflichtversicherung

Aktuell wundern sich niederlassungswillige Ärzte und deren Berater, dass sie dem Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Beantragung einer Zulassung, Ermächtigung oder Anstellung das Bestehen einer Berufshaftpflichtversicherung nachweisen müssen. Bei diesem neuen Vorgehen handelt es sich nicht um Einzelfälle. Vielmehr lässt sich das Prozedere auf eine Gesetzesänderung in § 95 e SGB V zurückführen. Im Folgenden ein kurzer Überblick über die Neuerung.

Hintergrund: Am 11.06.2021 hat der Bundestag das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) beschlossen. Am 25.06.2021 ist das Gesetz vom Bundesrat gebilligt und am 19.07.2021 im Bundesanzeiger veröffentlicht worden.

Mit dem GVWG wurde ein neuer § 95 e SGB V eingeführt, mit dem künftig alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer vertragsärztlich verpflichtet werden, sich ausreichend gegen die sich aus der Berufsausübung ergebenden Haftpflichtgefahren zu versichern.

Ziel: Durch die zulassungsrelevante Neuregelung soll die Realisierbarkeit von Schadensersatzansprüchen nach Behandlungsfehlern aller vertragsärztlichen Leistungserbringer verbessert werden.

Betroffene Leistungserbringer: Die berufsrechtliche Pflicht zur Haftpflichtversicherung ist an für sich für die Vertragsärzte nichts Neues, da diese auch schon bisher bestand.

Auch bisher konnte allen Ärzten nur geraten werden, sich um eine angemessene Berufshaftpflichtversicherung zu bemühen, da falsch versicherte Tätigkeiten und/oder zu geringe Versicherungssummen im Zweifelsfall auf die Ärzte zurückfallen und zu Schadensersatzleistungen führen, sie aus dem Privatvermögen bezahlt werden müssen.

Die Einhaltung dieser Berufspflicht erfolgte jedoch nicht flächendeckend. Nach der Neuerung sind nun sämtliche Leistungserbringer nach § 95 Abs. 1 SGB V und damit auch Zahnärzte und Psychotherapeuten (§ 72 Abs. 1 S. 2 SGB V) erfasst. Darüber hinaus betrifft die Regelung auch ermächtigte Ärzte, Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

Mindestversicherungssumme: Die Mindestversicherungssumme beträgt für Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte 3 Mio. € pro Fall und 6 Mio. € pro Jahr für Personen-, Sach- und Vermögensschäden.

Für MVZ und BAG beträgt die Mindestdeckungssumme 5 Mio. € pro Fall und 15 Mio. € pro Jahr.

Was unter einem ausreichenden Versicherungsschutz zu verstehen ist, kann der GKV-Spitzenverband jedoch mit der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und der KBV durch die Festlegung von Mindestversicherungssummen, abweichend von der gesetzlichen Vorgabe, regeln.

Bisher waren keine Mindestversicherungssummen festgelegt.

Konkretes Vorgehen: Das Bestehen eines ausreichenden Versicherungsschutzes ist vom Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss zukünftig bei der Zulassung und auch bei der Genehmigung von Anstellungen nachzuweisen.

TIPP

- Um das Zulassungsverfahren nicht unnötig zu verzögern, sollte man bereits im Vorfeld eine Versicherungsbescheinigung, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt, bei der jeweiligen Versicherung anfordern.
- Auch alle bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sollten ihren Versicherungsschutz überprüfen, da auch das Nichtbestehen, die Beendigung oder Änderungen des Versicherungsverhältnisses anzuzeigen sind.

Die Zulassungsausschüsse müssen innerhalb von 2 Jahren die bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer über die Versicherungspflicht informieren und flächendeckend zur Vorlage eines ausreichenden Versicherungsnachweises nach § 113 Abs. 2 VVG bitten.

Achtung: Die Zulassungsausschüsse können das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung überprüfen und das Ruhen der Zulassung anordnen bzw. diese nach Ablauf von 2 Jahren ohne Vorlage eines ausreichenden Versicherungsschutzes entziehen!

PRAXIS UNTER PALMEN

Sonne, Palmen und Meer – Mallorca ist für viele Auswanderer seit Langem ein beliebtes Ziel. Doch eignet sich die Insel auch für die erfolgreiche Tätigkeit als niedergelassener Arzt?

Grundsätzlich hat die EU-Gesetzgebung die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass ein deutscher Arzt nach der Anerkennung seines Titels in Spanien praktizieren kann. Detaillierten Einblick ins Arztleben auf Mallorca geben Ihnen hier zwei langjährig auf der Insel niedergelassene Ärzte.

Ein Internist auf Mallorca berichtet...

„ Wir haben unsere Praxis im Südwesten Mallorcas 1997 eröffnet.

Ich bin fachärztlicher Internist, der die gängigen internistisch apparativen Untersuchungen weitgehend abdeckt. Dazu gehören Gastroskopie, Koloskopie, Ultraschalluntersuchungen des Abdomens, der Schilddrüse, der Gelenke. Etwas spezieller: Elastografie der Leber, Echokardiografie, Stress-echokardiografie, transösophageale Echokardiografie, Duplex der hirnzuführenden Gefäße und Doppler der intrakraniellen Arterien, der peripheren Arterien und Venen. Des Weiteren verfügen wir über eine Lungenfunktionseinheit, ein Schlafapnoemonitor und mehrere Langzeit-EKG und Blutdruckmessgeräte der letzten Generation.

Meine Frau ist Allgemeinmedizinerin, hat sich in den letzten Jahren jedoch nahezu komplett der ästhetischen Medizin gewidmet. Aufgrund der Umsatzsteuerpflicht wurde die ästhetische Medizin fiskalisch komplett vom internistischen Teil getrennt. Seit dieser Trennung liegt der Umsatz des internistischen Teils stabil.

Anfangs hatten wir unter entsprechendem Werbeaufwand bis zu 1.500 neue Patienten pro Jahr für unsere Praxis akquiriert. Dies bedeutete vor Jahren dann eine zu große Arbeitsbelastung, weshalb die Werbung vor ca. 10 Jahren eingestellt wurde. Der allgemeinmedizinische Teil hat sich hierdurch erheblich reduziert. Derzeit finden sich ca. 200 neue Patienten pro Jahr.

Die Patienten kommen zum Teil zu aufwändigen Check-up-Untersuchungen (Managercheck o.ä.), Routine-Follow-up und zum Erhalt von Zweitmeinungen.

Gar nicht selten finden sich auch Notfälle mit zum Teil fortgeschrittenen Krankheitsbildern ein (viele Patienten gehen im Ausland nicht gerne zum Arzt), die zum Teil den vollen Einsatz der Inneren Medizin erfordern. Wir betreuen Patienten häufig hier noch ambulant, die im Rahmen der Kassenmedizin in Deutschland schon längst ins Krankenhaus überwiesen worden wären. Unsere Patienten haben zu einem großen Teil Eigentum auf der Insel, sodass wir relativ wenig mit den gängigen Touristen zu tun haben.

Unsere Klientel ist sehr international aufgestellt, ca. 50 % sind deutschsprachig, 40 % englischsprachig und der Rest spanischsprachig oder kommt mit Übersetzer (so zum Beispiel Russen).

Aktuelle Situation auf Mallorca, Veränderungen durch Corona

Nach einem kompletten Lockdown mit entsprechender Reduktion der ambulanten Medizin auf Mallorca im Frühling 2020 gab es dann im Sommer letzten Jahres einen entsprechenden Nachholbedarf, sodass der Umsatz in 2020 nahezu identisch mit den Vorjahren war.

Einige Praxen, die sehr vom Tourismus abhängig sind, hatten massive Umsatzeinbußen und versuchen diese nunmehr durch eine starke Ausweitung von Coronatestangeboten etc. zu kompensieren.

Wie geschildert, werben wir nicht und möchten auf diese Klientel gerne verzichten. Es werden bei uns ausschließlich PCR-Untersuchungen (Ergebnis in der Regel nach 4 - 6 Stunden) durchgeführt.

Im Übrigen haben wir hier ähnliche Herausforderungen zu meistern wie auch in Deutschland.

Möglichkeiten und Voraussetzungen, um als deutscher Arzt auf Mallorca tätig zu werden

Europäische Staaten haben sich verpflichtet, Studienabschlüsse etc. gegenseitig anzuerkennen. Es braucht hierzu eine Homologation der Studienabschlüsse, des Facharztstitels, der Zusatzbezeichnungen etc.

Die entsprechenden Unterlagen müssen zuerst in beglaubigter Übersetzung in Madrid vorgelegt werden und später hier bei der Ärztekammer in Palma de Mallorca, die einem dann eine Kollegiatnummer gibt, mit der man vollumfänglich als Arzt privat oder im staatlichen System tätig werden kann.

Die Möglichkeiten das eigene Tätigkeitsprofil zu gestalten, erachte ich für sehr viel umfangreicher als in Deutschland.



Die Idee, als Arzt auf Mallorca zu arbeiten

Nach umfangreicher internistischer Ausbildung in deutschen Krankenhäusern und als Leiter einer internistischen Klinik in Russland war meiner Frau und mir klar, dass wir im ambulanten Bereich arbeiten wollten.

Schon 1996 war die Limitierung der Diagnostik aufgrund finanzieller Rahmenbedingungen in Deutschland spürbar. Von einer weiteren Einnengung durch Gesetzgebung, Kassenärztliche Vereinigungen usw. war auszugehen.

Wir überprüften also verschiedene Möglichkeiten im Ausland tätig zu werden und haben uns letztendlich aufgrund der Ressourcen, der Möglichkeit einer internationalen Schulausbildung für unsere Kinder und der äußerst günstigen Anbindung Mallorcas an den Rest Europas entschlossen, hier tätig zu werden.

Nach Prüfung der Situation und verschiedener Angebote auf Mallorca, entschlossen wir uns unter größerem finanziellen Aufwand, zu einer kompletten Neugründung. Wir fanden einen optimalen Standort im 1. Stock eines großen Supermarktes. Der 250 m² große Rohbau eröffnete uns alle Möglichkeiten einer zweckdienlichen Gestaltung. Aufgrund der Gesamtumstände arbeiteten wir bereits nach drei Monaten kostendeckend.



Die ärztliche Abrechnung auf Mallorca

Die Abrechnung in unserer Praxis erfolgt vollständig privat. Viele Kollegen haben Verträge mit spanischen „Privatkassen“ geschlossen, die sie dann eben auch entsprechend limitieren. Aufgrund der ca. 40- bis 45-prozentigen deutschen Klientel finden sich die Preise für unsere Leistungen sämtlich beim mindestens 3,5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte. Dies ist aufgrund der nunmehr 25-jährigen Gebührenordnung für Ärzte in Deutschland und des logistischen Mehraufwandes hier mehr als gerechtfertigt. Ein erheblicher Teil der Kollegen auf Mallorca rechnet Beratungen auch noch teurer ab. Die Preisgestaltung orientiert sich somit am Markt und sicher auch daran, ob das eigene Angebot besser ist als das marktübliche. Meine Patienten erhalten in der Regel nach Abschluss der Behandlung eine Rechnung. Diese wird dann mit der Kreditkarte oder Überweisung beglichen. Barzahlungen finden kaum noch statt. Obwohl die Patienten im Gegensatz zu anderen Praxen nicht gleich am Empfang bei jeder Visite „abkassiert“ werden, finden sich unsere Zahlungsausfälle über die Jahre unter 0,5 % des Umsatzes, wohl aufgrund der Patientenzufriedenheit.

Fazit

Da es sich um einen wirklich freien Markt - weitgehend ohne Limitierung - handelt, würde ich den direkten Sprung in die Selbstständigkeit im Ausland nur gut ausgebildeten Kollegen mit entsprechendem Auftreten anraten.

Selbstverständlich sollten gute Fremdsprachenkenntnisse sein. In unserem Falle ist vor allem Englisch eine wichtige Kommunikationsbasis. Gute Spanischkenntnisse sind unter anderem natürlich für die Kommunikation mit Kollegen, Krankenhäusern etc. notwendig, auch wenn dies von manchen deutschen Kollegen wohl nicht so gesehen wird. Die Spanischkenntnisse werden sich aber bei gutem Willen sehr rasch bessern.

Insgesamt war die Entscheidung zu einer Niederlassung auf Mallorca für uns genau die richtige. Selbstbestimmtes Arbeiten ohne Limitation bedeutet, dass wir auch heute noch ein erfülltes Berufsleben haben.

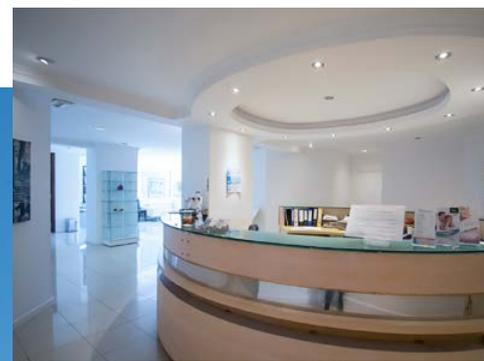
Aufgrund der langjährigen guten Kooperationen lassen sich zum Beispiel eine MRT und CT häufig noch am gleichen Tag organisieren, ein PET/CT meist noch in der gleichen Woche.

Es besteht bei Notwendigkeit eine überregionale Kooperation mit führenden Zentren in Europa.

Die Arbeit macht uns nach wie vor Spaß und erfüllt uns mit großer Zufriedenheit.

Nach einem langen Berufsleben haben wir uns jedoch entschlossen, unsere Hobbys wie Golf und Nautik noch häufiger zu genießen und die Praxis einem Nachfolger zu übergeben. Die Praxisstruktur und Räumlichkeiten mit mehreren Sprechzimmern und mehreren Funktionsräumen würde sich auch für mehrere Kollegen verschiedener Fachgruppen anbieten. Mit entsprechendem Werbeaufwand sollte sich der Umsatz auch noch erheblich steigern lassen können. ”

Ein Augenarzt auf Mallorca berichtet...



„ Gerade schaue ich aus dem Flugzeug auf die Bucht und Stadt von Marseille. Es ist jetzt schon fast 15 Jahre her, als ich das erste Mal hierher flog, um mir eine Augenarztpraxis in Palma de Mallorca anzuschauen.

Meinen Betrieb in Deutschland hatte ich verkauft, aber das Leben als Privatier gefiel mir nicht und der Reiz in südlichen Gefilden zu leben war groß. Vor einigen Jahren schon hatte ich meine deutsche Approbation und mein Staatsexamen in Madrid anerkennen lassen, weil mich ein Kollege auf dem spanischen Festland bat, ihn zu vertreten, was aber dann doch nicht zustande kam.

Damit war ein wichtiges Papier, die sog. Homologation, vorhanden. Die Homologation ist die staatliche spanische Anerkennung der Approbation und des Staatsexamens. Dazu müssen die deutschen Originale mit beglaubigter spanischer Übersetzung an die Gesundheitsbehörde nach Madrid gesandt werden.

Die offerierte Praxis befand und befindet sich immer noch in einer Praxisgemeinschaft verschiedener Fachrichtungen.

Vier Stunden nach der Landung habe ich die Praxis „aus dem Bauch heraus“ gekauft: Es war eine konservativ ausgerichtete Augenarztpraxis, die wir nach kurzer Zeit in eine operative erweitert haben. Zunächst mussten die von der Ärztekammer in Palma geforderten Dokumente beschafft und von einem beglaubigten Übersetzer übersetzt werden. Mit den gewünschten Unterlagen war die Anmeldung in 15 Minuten erledigt und der persönliche Arztausweis ausgestellt. Da sich die Praxis in einer Sozietät befindet, sind alle notwendigen Zulassungen von Seiten der Stadtverwaltung und der „Sanitas“ (Gesundheitsbehörde) vorhanden, was ein großer Vorteil ist. Nun konnte die Arbeit in dem neuen Umfeld beginnen.



Was ist anders als in Deutschland?

Dazu muss man das spanische Versicherungssystem kennen.

Jeder Mensch ist hier im staatlichen System versichert (Seguridad Social). Die Versicherten bekommen eine kostenlose medizinische Versorgung nach dem „Hausarztprinzip“. Zusätzlich kann man sich privat bei vielen verschiedenen Privatversicherungen Zusatzversichern.

Viele Kollegen arbeiten vormittags in einer Klinik des staatlichen Systems und nachmittags in einer Privatklinik.

Eine staatliche private Gebührenordnung, wie die GOÄ in Deutschland, gibt es nicht. Vielmehr hat jede Versicherung ihre eigenen Tarife, die sich je nach Vertrag noch einmal unterscheiden können. Wenn man als Arzt mit den einzelnen Versicherern zusammenarbeitet, muss man nach den jeweiligen Tarifen über die Versichertenkarte der Patienten entsprechend abrechnen. Da die unterschiedlichen Tarife der Patienten sehr variieren, die Patienten sich aber alle privatversichert fühlen, haben wir mit keiner Versicherung Verträge abgeschlossen. Da die Versicherten somit in der Praxis also nicht über ihre Versichertenkarte abrechnen können, gehen sie häufig in entsprechende Kliniken, die die Karte akzeptieren.

Wir haben indes eine eigene Gebührenliste erarbeitet, die sich zum Teil an der GOÄ orientiert. Da wir viele Patienten mit deutscher Privatversicherung haben (die Patienten in unserer Praxis sind überwiegend deutsch- oder englischsprachige Ausländer), gibt es keine Probleme, auch wenn unsere Abrechnung höher ausfallen sollte.

Die Patienten erhalten nach der Behandlung ihre Rechnung, die auch sofort an der Rezeption bezahlt wird. Die Abrechnung mit der jeweiligen Krankenkasse obliegt dem Patienten im Nachgang selbst. Dadurch minimiert sich der bürokratische Aufwand in der Praxis enorm.

Dadurch, dass man nicht den Zwängen der GOÄ unterliegt, ist der Arbeitsablauf generell besser zu gestalten: So gibt es z. B. keine Ausschlüsse von Untersuchungen, womit jede erbrachte Leistung abgerechnet wird.

Da die Menschen, die hier leben, oft sehr gesundheitsbewusst sind, ist die Arbeit mit den Patienten sehr angenehm. Das südliche Klima und die positive Mentalität im Umfeld lassen den Arbeitsalltag schnell vergehen, so dass man am Abend bei untergehender Sonne ein Gläschen Wein mit Freunden genießen und sich auf den nächsten Tag freuen kann... Die Landung auf Mallorca bringt mich zurück in den Alltag. Es ist immer wieder schön hier anzukommen... ”

Übrigens: Für beide Praxen wird eine Nachfolge gesucht!

KONTAKT

Weitere Details und Infos zu beiden Praxen erhalten Sie auf Anfrage.

**Sachverständigeninstitut
Prof. Dr. Wolfgang Merk
München/Ulm**

Telefon: 0731 140 34 35 - 0
info@wm-institut.de

DIGITALISIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Auf einen Blick: Fahrplan Digitalisierung im Gesundheitswesen

Die Digitalisierung im Gesundheitssektor kann als vielversprechendes Projekt zur Verbesserung der Versorgung der Bürger betrachtet werden, wobei die Ansätze auf dem Weg zu einem digitaleren Gesundheitswesen vielfältig sind.

Unter anderem ermöglicht der Einsatz von E-Health, Telematik und Co. neue Therapieansätze, kann zur Kostendämpfung beitragen und Antworten auf Herausforderungen der Gesellschaft in Sachen Demografie oder Landflucht bieten. Vor dem Hintergrund, dass immer mehr Krankenkassen und Leistungserbringer neuen Technologien offen gegenüberstehen, dürften in innovativen Versorgungsstrukturen durchaus große Chancen liegen. Damit die Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen effektiv vorankommt, sind alle gesundheitspolitischen Akteure gefragt, die nächsten Schritte konkret umzusetzen. **Hier die aktuellen Schritte als Zeitplan kurz zusammengefasst:**

INFO eAU

Zum 01.10.2021 wird die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) für Vertragsärzte verpflichtend. Technische Voraussetzungen für die Teilnahme am eAU-Verfahren sind laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung:

- Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI), idealerweise mit einem Konnektor der die Komfortsignatur unterstützt
- Anschluss an einen KIM-Dienst (Kommunikation im Gesundheitswesen)
- elektronischer Arztausweis (eHBA) mindestens in der Generation 2.0
- Update der Praxis-EDV für die eAU

01.07.2021

- Der ePA-Anschluss (elektronische Patientenakte) für Praxen wird verpflichtend

01.01.2022

- E-Rezept für verschreibungspflichtige Arzneimittel verpflichtend in der Regelversorgung, digitale Signatur mit elektronischem Heilberufsausweis
- ePA 2.0

01.07.2022

- eAU (elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung): digitale Weiterleitung an den Arbeitgeber durch die Krankenkasse

01.01.2023

- E-Rezept für BtM (Arzneimittel, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen), DiGA („Gesundheits-Apps“) und T-Rezepte (für besondere Arzneimittel)
- ePA 3.0

Digitale Gesundheitsanwendungen: EBM-Honorar für „Apps auf Rezept“ rückwirkend beschlossen.

Rückwirkend zum 01.01.2021 wurde das EBM-Honorar für die Verordnung digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA, Gesundheits-Apps) beschlossen. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gilt 2 Jahre befristet bis 31.12.2022.

- Die neue GOP 01470, „Zusatzpauschale für das Ausstellen einer **Erstverordnung** einer digitalen Gesundheitsanwendung“, kann der Verordner einmal im Behandlungsfall mit 18 Punkten abrechnen.
- Sollen demselben Patienten verschiedene DiGA gleichzeitig verordnet werden, kann die GOP 01470 auch mehrfach angesetzt werden.
- Eine DiGA-Erstverordnung kann ebenso im Rahmen einer Videosprechstunde erbracht werden.
- Außer der Erstverordnung kann der App-Einsatz weiterhin zur **Therapiekontrolle** abgerechnet werden, was ebenfalls auch via Videosprechstunde möglich ist.

Beispiel:

- Die GOP 01471, „Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA somnio“, bringt dem Arzt einmal im Behandlungsfall 64 Punkte.
- Sowohl die GOP 01470 zur DiGA-Erstverordnung als auch die 01471 zur Therapiekontrolle mit somnio werden **extrabudgetär** vergütet.
- somnio ist eine digitale Anwendung zur Behandlung von Ein- und Durchschlafstörungen (Insomnie), die ihre Wirksamkeit in einer randomisierten kontrollierten Studie unter Beweis gestellt hat. Die App ist in 3 Sprachen erhältlich; es fällt keine Zuzahlung für die Versicherten an.
- Beide neuen GOP dürfen von Hausärzten sowie etlichen Fachärzten abgerechnet werden.

Ausblick:

- Weitere App-spezifische GOP sind zu erwarten, da der EBM, wenn ärztliche Leistungen zur App-Anwendung gefordert sind, binnen dreier Monate nach deren Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis beim BfArM daraufhin anzupassen ist.
- Ab 2023 wird die DiGA-Erstverordnung Bestandteil der Versichertenpauschale sowie der fachärztlichen Grundpauschale; die DiGA-Folgeberverordnung gilt bereits jetzt als von Versicherten- und Grundpauschalen abgedeckt.

ZUM HINTERGRUND

- Das aktuelle DiGA-Verzeichnis finden Sie hier: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>
- In diesem Verzeichnis aufgeführte DiGA können von Ärzten und Psychotherapeuten verordnet werden, um die Versicherten bei der Erkennung und Behandlung von Krankheiten oder der individuellen Umsetzung von Behandlungsprozessen zu unterstützen.
- Die Kosten für die dort aufgeführten DiGA sowie für ggf. im Rahmen ihrer Anwendung erforderliche ärztliche Leistungen werden von der GKV übernommen.

E-Rezept: Verpflichtend zum 01.01.2022

Laut bisheriger Planung sollte das elektronische Rezept (E-Rezept) zum 01.07.2021 bundesweit im Einsatz sein und zum 01.01.2022 verpflichtend werden. Zum ursprünglich geplanten Starttermin im Juli konnten nur GKV-Versicherte in Berlin und Brandenburg in den Genuss des E-Rezepts kommen. Konkret bestätigte die gematik, dass das E-Rezept im 3. Quartal 2021 lediglich in „Fokusregionen“ (Berlin und Brandenburg) getestet wird. Erst im 4. Quartal dieses Jahres soll die „bundesweite Einführungsphase“ starten können. Bereits im Vorfeld gab es schon Zweifel, ob die flächendeckende Einführung des E-Rezepts im Sommer 2021 wirklich gelingen kann. Laut gematik-Geschäftsführer, Dr. Markus Leyck Dieken, soll das E-Rezept ab 01.01.2022 jedoch plangemäß bereitstehen. Eine Erhebung des Deutschen Apothekerverbands (DAV) zeigt, dass inzwischen die Mehrheit der Apotheken in Deutschland an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen ist: So sind insgesamt bereits 75 % aller Apotheken mit rund 14.000 Konnektoren an das Gesundheitsnetz angebunden. Die zum Anschluss benötigten Institutionskarten haben schon über 90 % aller Apotheken (rund 17.000) erhalten.

Zum verpflichtenden Startschuss des elektronischen Rezepts am 01.01.2022 dürften daher bundesweit alle Apothekenbetriebsstätten vollumfänglich ausgestattet und in der Lage sein, sämtliche elektronische Verordnungen zu bearbeiten.

Zum Ablauf:

Der Arzt stellt ein E-Rezept als QR-Code aus. Der Patient entscheidet, ob der QR-Code digital an seine E-Rezept-App übermittelt werden soll, oder ob er einen Papierausdruck bevorzugt (weil er bspw. kein Smartphone besitzt).

- Die digitalen Verordnungen können sowohl in Online-Apotheken als auch in den stationären Apotheken vor Ort eingelöst werden: Ist das E-Rezept auf dem Smartphone gespeichert, kann es also elektronisch einer lokalen oder einer Online-Apotheke der Wahl übermittelt werden.
- Bevor der QR-Code einer Apotheke verbindlich zugewiesen und das Medikament reserviert wird, kann die Apotheke die Verfügbarkeit prüfen und Auskunft geben, wann das gewünschte Medikament zur Abholung oder zum Versand zur Verfügung steht.
- Einlösung des E-Rezepts: Der Patient zeigt in der Apotheke den QR-Code in Papierform oder in seiner E-Rezept-App vor. Die Apotheke scannt die Daten ein und händigt das gewünschte Medikament aus.
- Praktische Zusatzfunktionen der digitalen Version sollen u. a. ein Medikationsplan sowie ein automatischer Wechselwirkungscheck sein.

PDSG

Das entsprechende Gesetz für die Einführung des E-Rezepts in der GKV ist das „Gesetz zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendaten-Schutz-Gesetz, PDSG)“, das bereits im Oktober 2020 in Kraft getreten ist. Dieses schreibt die verpflichtende Nutzung des E-Rezepts bei der Verordnung verschreibungspflichtiger Arzneimittel im Rahmen der Telematikinfrastruktur ab Januar 2022 vor.

ABDA-Umfrage zeigt: Bundesbürger wissen nur wenig über E-Rezept

Eine bevölkerungsrepräsentative Umfrage des Meinungsforschungsinstituts KANTAR im Auftrag der ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) unter 1.000 Bundesbürgern zeigt, dass wenige Monate vor der flächendeckenden Einführung des elektronischen Rezepts im Januar 2022 die Deutschen noch sehr wenig über den digitalen Nachfolger des Papierrezepts wissen:

63 % ... der Erwachsenen haben noch gar nichts vom E-Rezept gehört.

95 % ... wissen nicht, wann das E-Rezept eingeführt wird.

9 % ... können sich vorstellen, ein E-Rezept an ihre Apotheke zu schicken und deren Botendienst für die Belieferung in Anspruch zu nehmen.

36 % ... der Umfrageteilnehmer geben auf die Frage, „wozu sie das Internet in Bezug auf Ihre Gesundheit nutzen“ an, heute schon Arzneimittel und Gesundheitsprodukte online zu bestellen.

69 % ... sehen die Papiereinsparung als wichtigsten Vorteil des E-Rezepts.

75 % ... der Deutschen möchten ihre Medikamente auch weiterhin gerne persönlich in der Apotheke vor Ort beziehen.

Umfrage zeigt: Elektronische Patientenakte nur wenig genutzt

Mit der elektronischen Patientenakte (ePA) als Kernstück der Digitalisierung des Gesundheitswesens erhalten die Versicherten einen schnellen Zugriff auf ihre medizinischen Daten, Diagnosen und bald auch ihren Impfpass. Laut einer repräsentativen Umfrage zum Thema Digital Health im Auftrag des Industrieverbandes Bitkom würden 66 % der Bürger die elektronische Patientenakte künftig gern nutzen – wirklich im Gebrauch haben sie allerdings erst 0,2 %.

Zum Hintergrund: Seit 01.01.2021 müssen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten eine ePA anbieten.

- 21 % der Befragten haben kein Interesse, eine ePA zu nutzen.
- 10 % haben sich mit dem Thema noch nicht befasst.
- Unter den Interessierten sehen 74 % als Vorteil der ePA hauptsächlich, dass andere Ärzte auf Diagnosen, Befunde oder Arztbriefe zum aktuellen Stand Zugriff haben können.
- 71 % wollen auf diesem Wege selbst alle Infos über die eigene Krankengeschichte unkompliziert im Blick haben.
- 64 % finden vorteilhaft, dass Doppeluntersuchungen durch die digitale Dokumentation vermieden werden.
- 56 % zweifeln an der Datensicherheit der ePA.
- 71 % fordern generell einen schnelleren Ausbau digitaler Angebote in der Medizin.
- 70 % der Befragten sind der Meinung, Deutschland hänge bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems hinter anderen Ländern zurück.
- Die Umfrage befasste sich auch mit dem digitalen Impfzertifikat: 42 % der Smartphone-Nutzer haben diesen Nachweis bereits auf dem eigenen Smartphone abgespeichert.
- Ein weiterer Fokus lag auf der Videosprechstunde: So haben 22 % der 50- bis 64-Jährigen schon einmal einen digitalen Arztbesuch absolviert.



INSOLVENZRECHTS- REFORM 2021

Überblick über die für Heilberufler relevanten Änderungen

Rechtsanwalt Manuel Ast

Zum 01.01.2021 ist in Deutschland auf Grundlage des von der Europäischen Union entwickelten präventiven Restrukturierungsrahmens das sogenannte „Unternehmensstabilisierungs- und Restrukturierungsgesetz“ (StaRUG) in Kraft getreten. Das StaRUG bietet die Möglichkeit, im Rahmen eines Restrukturierungsplanes frühzeitig Maßnahmen zur Vermeidung einer Insolvenz zu ergreifen und diese legitimiert von einer Mehrheitsentscheidung der Gläubiger und Gesellschafter durchzusetzen.

Wesentliche Voraussetzung für die Nutzung dieses Sanierungsinstruments ist, dass das Unternehmen noch nicht zahlungsunfähig und/oder überschuldet ist.

Der präventive Restrukturierungsrahmen bietet sich insbesondere an, wenn eine drohende Zahlungsunfähigkeit absehbar ist. Auf Grundlage des StaRUG können mit Gläubigern insbesondere Vergleiche geschlossen werden. Im Unterschied zu einer außergerichtlichen Sanierung, muss in einem solchen Verfahren eine qualifizierte Mehrheit (75 %) der beteiligten Gläubiger zustimmen.

Des Weiteren können beim Gericht sogenannte Stabilisierungshilfen beantragt werden, die das Unternehmen im Zeitraum der Sanierung vor Zwangsmaßnahmen (wie z. B. Gebrauch von Sicherungsrechten, Pfändungen) schützen.

Das StaRUG bietet im Vergleich zu einer außergerichtlichen Sanierung eine höhere Rechtssicherheit, da sich die Sanierung in einem rechtlich vorgegebenen Rahmen bewegt. Mit dem Werkzeug des StaRUG ist die Möglichkeit geboten, Unternehmen außerhalb einer Insolvenz zu stabilisieren und zu sanieren.

Neben der Einführung des StaRUG und des damit einhergehenden präventiven Restrukturierungsverfahrens wurde im Zuge des Sanierungs- und Insolvenzrechtsfortentwicklungsgesetz (SanInsFOG) auch die Insolvenzordnung angepasst. Hier von profitieren insbesondere Arztpraxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die als juristische Personen firmieren (MVZ-GmbH), aber auch überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften (üBAG) als Personengesellschaft und große Einzelpraxen.

Der folgende Fachartikel gibt einen Überblick über die für die Praxis relevanten Änderungen.

Unternehmenssanierung ohne Insolvenzverfahren

Der Bundesgesetzgeber hat die Vorgaben der europäischen Richtlinie über Restrukturierung und Insolvenz (Richtlinie EU 2019/1023) umgesetzt, in dem das SanInsFOG ein eigenes Gesetz über den Stabilisierungs- und Restrukturierungsrahmen für Unternehmen (StaRUG) enthält.

Die Vorschrift des § 29 StaRUG dient dabei als einer der Grundpfeiler des gesamten Stabilisierungs- und Restrukturierungsrahmens. Einerseits greift die Vorschrift in ihrem Absatz 1 die Zielsetzung des Gesetzes dahingehend auf, als dem sanierungswilligen Schuldner die Möglichkeit geboten wird, größtenteils nicht öffentlich und selbstbestimmt eine drohende Zahlungsunfähigkeit zu beseitigen, um so eine Sanierung zu erreichen.

Andererseits gibt Absatz 2 einen Überblick über die im Gesetz konkret verfügbaren Verfahrenshilfen, die nach der Legaldefinition aus Absatz 1 als „Instrumente“ bezeichnet werden.

Zu den bereitgestellten Instrumenten gehören abschließend

nach Nr. 1 die **Abstimmung des Restrukturierungsplans** in einem gerichtlichen Verfahren (§§ 45 ff.),

nach Nr. 2 die **Vorprüfung des Restrukturierungsplans** und des anvisierten Abstimmungsprozesses mit dem Ziel, gerichtliche Hinweise zu Fragen zu erhalten, die für eine spätere Planbestätigung von Relevanz sind (§§ 47 ff.),

nach Nr. 3 die **Anordnung von Vollstreckungs- und Verwertungssperren** zum Zwecke der Abwendung von Maßnahmen der individuellen Rechtsdurchsetzung, die geeignet sind, die anvisierte Restrukturierungslösung zu erschweren oder zu vereiteln (**Stabilisierungsanordnungen** gem. §§ 49 ff.) sowie

nach Nr. 4 die **Bestätigung** eines von den Planbetroffenen mit den erforderlichen Mehrheiten **angenommenen Restrukturierungsplans** (§§ 60 ff.).

Nr.
1

Gerichtliche Planabstimmung

Das Restrukturierungsgericht kann nach Maßgabe von § 45 StaRUG einen gerichtlichen Erörterungs- und Abstimmungstermin durchführen, wenn der Schuldner einen entsprechenden Antrag stellt. Bei solch einem Termin können die Planbetroffenen (Gläubiger) über den Restrukturierungsplan abstimmen, sofern keine freie Planabstimmung nach den §§ 17 ff. StaRUG erfolgt ist. Nach dem Willen des Gesetzgebers hat der Schuldner die freie Wahl, ob die Abstimmung außergerichtlich organisiert wird oder ob er einen gerichtlichen Erörterungs- und Abstimmungstermin beantragt.

Nr.
2

Gerichtliche Vorprüfung des Restrukturierungsplans

Der Schuldner hat die Möglichkeit den Restrukturierungsplan dem Restrukturierungsgericht zur Vorprüfung i. S. d. §§ 47 ff. StaRUG vorzulegen, bevor der Plan den Planbetroffenen zur Abstimmung vorgelegt wird.

Nr.
3

Gerichtliche Stabilisierungsanordnung

Zur Unterstützung der Restrukturierungsverhandlungen kann der Schuldner mit seinen Kapitalgebern Maßnahmen der individuellen Rechtsdurchsetzung (Vollstreckungs- und/oder Verwertungssperren) nach Maßgabe der §§ 49 ff. StaRUG beantragen. Das hier vorgesehene Moratorium entspricht sinngemäß der Anordnung von Sicherungsmaßnahmen im vorläufigen Insolvenzverfahren.

Nr.
4

Gerichtliche Planbestätigung

Haben die Planbetroffenen zuvor mit den erforderlichen Mehrheiten den Restrukturierungsplan angenommen, kann auf Antrag des Schuldners das Restrukturierungsgericht den Restrukturierungsplan nach Maßgabe der §§ 60 ff. StaRUG gerichtlich bestätigen, um auf diese Weise die Wirkungen nach den §§ 67 ff. StaRUG herbeizuführen.

Gemäß § 29 Absatz 3 kann der Schuldner die abschließend aufgezählten Instrumente des Stabilisierungs- und Restrukturierungsrahmens unabhängig voneinander in Anspruch nehmen, sofern das Gesetz nichts anderes vorschreibt. Der Gesetzgeber hat sich bewusst dazu entschieden, keine rechtlichen Vorgaben hinsichtlich des Ob, der Auswahl der in Anspruch genommenen Instrumente sowie deren Reihenfolge durch den Schuldner zu machen, sondern belässt es im Wesentlichen bei der privatautonomen Gestaltung und Organisation durch den Schuldner. Er stellt sie als einzelne Module zur freien Wahl des Schuldners und sieht die Instrumente als eine von der Rechtsordnung angebotene Hilfe zur Umsetzung des Restrukturierungsvorhabens an, die gerade nicht nach einem linear gesetzlich vorgegebenen Schema von Anfang bis zum Ende ablaufen soll.

Das StaRUG soll also die Sanierung von Unternehmen außerhalb des Insolvenzverfahrens und ohne Öffentlichkeitsbeteiligung ermöglichen, §§ 33 Abs. 1 Nr. 1, 84 Abs. 1 StaRUG. Eine solche vorinsolvenzrechtliche Restrukturierung ist allerdings weder bei Überschuldung i. S. d. § 19 InsO noch bei Zahlungsunfähigkeit gemäß § 17 InsO, sondern ausschließlich bei drohender Zahlungsunfähigkeit nach § 18 InsO zulässig, §§ 14 Abs. 1, 33 Abs. 2 Nr. 1 StaRUG. Besteht bei dem betroffenen Unternehmen bereits Insolvenzreife, scheidet eine Unternehmenssanierung im Sinne des StaRUG von vornherein aus.

Das vorinsolvenzliche Sanierungsverfahren kann grundsätzlich in Eigenregie betrieben werden. Die Einschaltung des örtlich zuständigen Restrukturierungsgerichts, welches erstmals durch das StaRUG ins Leben gerufen wurde, ist grundsätzlich nur erforderlich, wenn und soweit das Unternehmen von einer der vom Gesetz bereitgestellten oben angeführten Verfahrenshilfen Gebrauch macht bzw. ein Eingriff in Gläubigerrechte gegen den Widerstand einer Minderheit erreichen möchte. Das ist bereits dann der Fall, wenn ein nur mehrheitlich, aber nicht einstimmig angenommener Restrukturierungsplan durchgesetzt werden soll. Dementsprechend wird das gerichtsprägte Verfahren in der Regel nur auf Antrag des insolvenzgefährdeten Unternehmens in die Wege geleitet, §§ 47, 60, 77, 84 StaRUG.

Nach § 50 Abs. 2 Nr. 2 StaRUG fügt das Unternehmen einen sogenannten „Restrukturierungsplan“ bei. Aus diesem Plan muss sich ergeben, auf welche Art und Weise die Sanierung oder Rettung des krisengefährdeten Unternehmens erfolgen soll, §§ 50 ff. StaRUG. In der Regel wird auch ein Restrukturierungsbeauftragter durch das Restrukturierungsgericht von Amts wegen bestellt, § 73 StaRUG. Dessen Aufgabe ist nach § 76 StaRUG in erster Linie die Überwachung und Unterstützung des Restrukturierungsverfahrens.

Darüber hinaus verpflichtet das StaRUG die Geschäftsleiter nun ausdrücklich zur Einführung eines Krisenfrühwarnsystems nebst entsprechender Reaktion auf erkennbar werdende wirtschaftliche Bedrohungen, § 1 Abs. 1 StaRUG.

Änderung der Insolvenzantragsgründe

Die Einführung eines zeitlich vorinsolvenzlichen Sanierungsverfahrens macht eine deutliche Differenzierung zwischen der drohenden Zahlungsunfähigkeit und der Überschuldung notwendig. Die drohende Zahlungsunfähigkeit ist die Eintrittshürde für eine vorinsolvenzliche Sanierung i. S. d. StaRUG. Bei Vorliegen einer Überschuldung findet das Verfahren keine Anwendung. Bei einem späteren Eintritt der Überschuldung wird das Verfahren beendet.

Die für die Liquiditätsvorschau geforderten Prognosezeiträume für Überschuldung und drohende Zahlungsunfähigkeit wurden daher im Rahmen des SanInsFOG durch Änderung der §§ 18 und 19 InsO ausdifferenziert. So konkretisiert das SanInsFOG die drohende Zahlungsunfähigkeit, indem es den Prognosezeitraum auf „in aller Regel“ 24 Monate festlegt, § 18 Abs. 2 InsO.

Daneben hat der Gesetzgeber die drohende Zahlungsunfähigkeit schärfer von der Überschuldung im Sinne des § 19 InsO abgegrenzt. Hierfür wird nun der Prognosezeitraum bei der Überschuldung gemäß § 19 Abs. 2 S. 1 InsO auf 12 Monate bestimmt. Ein verkürzter Prognosehorizont von 4 Monaten gilt indes bis zum 31.12.2021 für Unternehmen, deren Überschuldung auf die Covid-19-Pandemie zurückzuführen ist, § 4 COVID-19-Insolvenzaussetzungsgesetz (COVInsAG).

Neuerungen zur Insolvenzantragspflicht

Die Insolvenzantragspflicht und die damit einhergehende Geschäftsleiterhaftung bei Kapitalgesellschaften für Zahlungen des sich in der Krise befindenden Unternehmens hat der Gesetzgeber nun aus den verschiedensten Gesetzen (GmbHG, Aktiengesetz etc.) in § 15 a und § 15 b InsO rechtsformneutral vereint.

Für die Fälle einer Überschuldung i. S. d. § 19 InsO wurde die Frist zur Insolvenzantragsstellung gemäß § 15 a Abs. 1 S. 2 InsO von 3 Wochen auf nun 6 Wochen erweitert. Hierdurch soll es den Geschäftsleitern ermöglicht werden, die Überschuldung des Unternehmens noch abzuwenden. Für den Insolvenzgrund der Zahlungsunfähigkeit nach § 17 InsO ist es dagegen, wie bisher auch, bei einer Antragsfrist von 3 Wochen verblieben (vgl. § 15 a Abs. 1 S. 2 InsO). Es handelt sich hierbei auch um sogenannte Maximalfristen, die bislang nur bei einer erfolgsversprechenden Sanierung durch die geschäftsführenden Organe voll ausgeschöpft werden durften. Es ist weiterhin davon auszugehen, dass sich an diesem in der Rechtsprechung und in der Literatur etablierten bzw. am Wortlaut des § 15 Abs. 1 InsO („ohne schuldhaftes Zögern“ sowie „spätestens“) ausgerichteten Verständnis auch künftig nichts ändern wird.



Pflichten der Geschäftsleitung

Bei Zahlungsunfähigkeit und Überschuldung sind die Geschäftsleiter weiterhin zur Insolvenzantragsstellung verpflichtet. Hieran ändert auch das SanInsFOG nichts. Die Haftung der Geschäftsleiter bestimmt sich nunmehr nicht mehr nach dem prominenten § 64 GmbHG, sondern nach § 15 InsO. So haften die Geschäftsleiter nach dem SanInsFOG auch weiterhin unmittelbar persönlich für Zahlungen des Unternehmens nach Eintritt der Insolvenzreife, § 15 b Abs. 4 InsO. Allerdings erklärt § 15 b Abs. 2 S. 2 InsO diverse Zahlungen unter bestimmten Voraussetzungen innerhalb der Frist für die Insolvenzantragspflicht ausdrücklich für zulässig. So gelten Zahlungen, die im Zeitraum zwischen der Stellung des Antrags und der Eröffnung des Verfahrens geleistet werden, auch dann als mit der Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Geschäftsleiters vereinbart, wenn diese mit Zustimmung eines vorläufigen Insolvenzverwalters vorgenommen wurden, § 15 b Abs. 2 S. 3 InsO. In § 15 b Abs. 4 S. 2 InsO ist nunmehr geregelt, dass sich der Geschäftsleiter auch darauf berufen kann, dass den Unternehmensgläubigern in der Summe ein geringerer Schaden als die an Dritte geleisteten Zahlungen entstanden ist. Allein dieser sich tatsächlich verwirklichte Schaden ist dann grundsätzlich vom Geschäftsleiter zu erstatten. Weiter hat der Gesetzgeber in § 15 b Abs. 8 InsO noch festgelegt, dass steuerrechtliche Zahlungspflichten nicht verletzt sind, wenn zwischen dem Eintritt der Zahlungsunfähigkeit nach § 17 InsO bzw. der Überschuldung gemäß § 19 InsO und der Entscheidung des Insolvenzgerichts über den Insolvenzantrag Ansprüche aus dem Steuerschuldverhältnis nicht oder nicht rechtzeitig erfüllt werden, sofern die antragspflichtigen Geschäftsleiter ihren Verpflichtungen nach § 15 a InsO nachkommen.

Die Arztpraxis in der Insolvenz

Die Zahl privater Insolvenzen in Deutschland stieg in den letzten Jahren erheblich auf etwa 60.000 jährlich. Von dieser Entwicklung bleiben auch Angehörige der Heilberufe nicht verschont. Allerdings gingen im Jahr 2020 weniger Hausarztpraxen in die Insolvenz. So meldeten im Jahr 2020 insgesamt 2.030 Arztpraxen Insolvenz an. Das ist auf die Gesamtzahl der Vertragsärzte gesehen nicht viel und ist insbesondere den Schutzschirmen der Krankenversicherungen zuzuschreiben.

Anders als aufgrund der COVID-19-Pandemie erwartet, ist die Anzahl der Insolvenzen unter Krankenhäusern, Arzt- und Zahnarztpraxen im Jahr 2020 in Summe um knapp 14 % gegenüber dem Vorjahr gesunken, auf insgesamt 162 Betriebe. Erheblich betroffen waren allerdings Kliniken mit einem Insolvenzplus um 80 % auf 18 Häuser. Unter den niedergelassenen Ärzten sind insbesondere die Fachärzte betroffen, so haben 20 Facharztpraxen im Jahr 2020 endgültig geschlossen, das bedeutet eine Zunahme um 82 %. Im hausärztlichen Versorgungsbereich dagegen haben mit 10 Praxen 9 % weniger Betriebe ihre Tätigkeit aufgegeben als im Jahr 2019. Unter Zahnarztpraxen meldeten 28 Einrichtungen Insolvenz an.

Niedergelassene Ärzte: In der Insolvenz privilegiert Die kassenärztliche Zulassung und der zugewiesene Vertragsarztsitz zählen nicht zur Insolvenzmasse. Sie sind als unveräußerliche Rechtspositionen vom Insolvenzbeschluss ausgeschlossen (BSG NJW 2001, 2823). So können niedergelassene Ärzte in der Insolvenz ihre selbstständige ärztliche Tätigkeit weitestgehend uneingeschränkt fortführen. Sie behalten ihre Approbation, ihren Kassenarztsitz und ihre Praxiseinrichtung.

Die niedergelassenen Ärzte sind in der Insolvenz also privilegiert. Im Gegensatz zu anderen Freiberuflern, wie Rechtsanwälte oder Steuerberater, führt bei ihnen die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens nicht zum Entzug der Berufszulassung. Das hat für das Insolvenzverfahren weitreichende Auswirkungen.

Ist das Insolvenzverfahren einmal eröffnet, gehen die Verwaltung und Verfügungsbefugnis über das dem Insolvenzbeschluss unterliegenden Vermögen auf den Insolvenzverwalter über. Dies betrifft sowohl das vorhandene als auch das während der Insolvenz vom Schuldner erworbene Vermögen. Dabei ist es egal, ob es sich um sein Privat- oder Betriebsvermögen handelt. Der Insolvenzverwalter muss dieses Vermögen verwerten und so gut wie möglich an die Gläubiger verteilen. Aus diesem Grund ist auch zunächst die Arztpraxis vom Insolvenzbeschluss umfasst. Zur Arztpraxis gehören neben der Praxiseinrichtung auch bestehende Rechtsbeziehungen sowie wirtschaftliche Güter wie beispielsweise der Patientenstamm.



Fortführung der Praxis trotz Insolvenz

Gegenstände, die der Schuldner zur Erzielung von Einkünften benötigt, gehören allerdings nicht zur Insolvenzmasse. Der niedergelassene freiberufliche Arzt kann daher seine Praxiseinrichtung mit allen Geräten, die für seine Tätigkeit erforderlich sind, behalten. Auch sogenannte „Austauschpfändungen“ sind hier ausgeschlossen. Die einzige Voraussetzung für diesen Pfändungsschutz ist, dass der Arzt seine Tätigkeit weiter selbstständig ausübt oder auszuüben beabsichtigt. Nicht nur die Gegenstände, die der Schuldner für die Erfüllung seiner Einkünfte benötigt, unterliegen nicht dem Insolvenzbeschluss, sondern auch die Arbeitskraft des insolventen Arztes. Diese ist Ausdruck der eigenen Persönlichkeit und damit unpfändbar. Dies gilt auch für die berufliche Qualifikation und die Approbation der Ärzte. So haben diese im Gegensatz zu anderen Freiberuflern keine berufsrechtlichen Reglementierungen durch die Eröffnung des Insolvenzverfahrens zu erwarten. Diese Sonderstellung ergibt sich aus dem Umstand, dass Ärzte keiner Vermögensbetreuungspflicht obliegen. Der Arzt soll sich um die Gesundheit der Patienten und nicht um deren wirtschaftlichen Belange kümmern.

Gibt der Schuldner allerdings seine freiberufliche Tätigkeit auf oder begibt sich in ein Anstellungsverhältnis, so entfällt dieser Schutz und der Insolvenzverwalter kann das gesamte Betriebsvermögen verwerten. Die Verwertung des Patientenstammes bedarf dabei grundsätzlich der Zustimmung des jeweiligen Patienten.

Nichtsdestotrotz sind die Einnahmen des insolventen Arztes vom Insolvenzbeschluss umfasst. Ab einem bereinigten Nettoeinkommen in Höhe von monatlich 1.050,00 € sind diese pfändbar. Hierfür werden vom Bruttoeinkommen eine Reihe von Einkommensbestandteilen abgezogen, wie die Hälfte von Mehrarbeitsstundenvergütungen, Urlaubsgeld, Weihnachtsgeld, Aufwandsentschädigungen, Steuern und Sozialabgaben. Beim Schuldner verbleibt ein unpfändbarer Betrag, dessen Grundbetrag sich derzeit auf 1.049,99 € beläuft. Dieser erhöht sich um Aufschläge und um Unterhaltspflichten für bis zu 5 Personen. Entscheidend ist zudem, dass die Beiträge zum berufsständischen Versorgungswerk aus der Insolvenzmasse zu zahlen sind, sofern nicht der Pfändungsfreibetrag um diese Beträge erhöht wurde.

Wege aus der Insolvenz

Die Praxis eines insolventen Arztes kann zum einen dergestalt weitergeführt werden, dass die Fortführung der Insolvenzverwalter übernimmt. Zum anderen ist es möglich, dass der insolvente Arzt einen Antrag auf Eigenverwaltung stellt. Diese wird ihm in der Regel gleich mit dem Eröffnungsbeschluss übertragen. So würde der Arzt die Praxis weiterführen und einen etwaigen Überschuss an die Insolvenzmasse erstatten. Im Gegenzug würde er den Pfändungsfreibetrag erhalten. Eine andere Möglichkeit ist, dass der Insolvenzverwalter das Vermögen aus der selbst-ständigen Tätigkeit bzw. die Praxis freigibt. Durch diese Freigabe führt der insolvente Arzt die Praxis nicht nur wieder allein, sondern er kann auch wieder über sein Einkommen aus der ärztlichen Tätigkeit verfügen. Allerdings wird der Insolvenzverwalter die Freigabe in der Regel nur erklären, wenn er dafür auch einen Vorteil für die Insolvenzmasse erzielen kann.

Insolvenz Gesellschafter

Handelt es sich bei dem insolventen Arzt um einen Gesellschafter einer Gemeinschaftspraxis, wäre dieser Gesellschaftsanteil vom Insolvenzverwalter freizugeben. Um zu verhindern, dass der insolvente Arzt nicht automatisch mit Insolvenz aus der Gemeinschaft ausscheidet, bedarf es bestimmter Regelungen im Gesellschaftsvertrag sowie der Zustimmung des Insolvenzverwalters. Ansonsten würde der Arzt ausscheiden und der Insolvenzverwalter könnte eine Auseinandersetzungsforderung gegenüber den verbleibenden Gesellschaftern geltend machen. Insbesondere wenn die Mitgesellschafter des insolventen Arztes das Ausscheiden verhindern wollen, ist es unerlässlich, mit dem Insolvenzverwalter eine einvernehmliche Regelung über die Freigabebedingungen zu erzielen.

Sollte keine Freigabe erfolgen, verbleiben dem Insolvenzverwalter für die Insolvenzmasse bis zum Abschluss der Insolvenz, die mit Abschluss der Verwertung des Vermögens des insolventen Arztes erreicht ist, die Einnahmen aus der Praxis mit Ausnahme der dem Schuldner zustehenden Beträge.



Insolvenzplan und Restschuldbefreiung

Der insolvente Arzt kann darüber hinaus versuchen, eine frühzeitige Entschuldung durch ein Insolvenzplanverfahren oder aber die auf 3 oder 5 Jahre vorgezogene Restschuldbefreiung zu erreichen. Bei einem Insolvenzplan wird ein Vergleich mit den Gläubigern geschlossen. Hierbei wird den Gläubigern eine gewisse Rückführung der Schulden mit einer darüberhinausgehenden Entschuldung angeboten.

Eine Verkürzung der Restschuldbefreiung auf 5 Jahre ist möglich, wenn die Verfahrenskosten vollständig beglichen wurden und auf 3 Jahre, wenn zudem 35 % der Verbindlichkeiten zurückgeführt wurden. Ansonsten wird erst nach 6 Jahren nach Eröffnung der Insolvenz über die Restschuldbefreiung entschieden werden. Mit Erteilung der Restschuldbefreiung wird der insolvente Arzt von den verbleibenden und nicht durch die insolvenzbefriedigten Schulden, die mit Eröffnung des Insolvenzverfahrens bestanden, befreit.



Manuel Ast

Partner in der Kanzlei Engelmann Eismann Ast
Fachanwalt für Insolvenzrecht

KONTAKT



**ENGELMANN
EISMANN
AST** RECHTSANWALTSKANZLEI

Rechtsanwaltskanzlei Engelmann · Eismann · Ast GbR

Archivstraße 3, 90408 Nürnberg

Telefon: +49 911/50 71 63 - 20

Telefax: +49 911/50 71 63 - 21

E-Mail: info@eea-rechtsanwalt-nuernberg.de



www.eea-rechtsanwalt-nuernberg.de

RECHT & STEUERN

Vertragsarztrecht

Ausnahme zur „3-Jahres-Regelung“ – MVZ darf halbe Zulassung einer ausgeschiedenen angestellten Ärztin behalten und erweitern

SG Berlin, Urteil vom 30.09.2020, Az.: S 87 KA 155/18

Fragestellung und Sachverhalt

Grundsätzlich kann ein Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichten, um sich in einem MVZ, einer BAG oder bei einem Arzt anstellen zu lassen. Das Anstellungsverhältnis muss dann auf eine Dauer von wenigstens 3 Jahren ausgerichtet sein. Wird das Anstellungsverhältnis vor dem Ablauf der 3 Jahre beendet, kann das Recht zur Nachbesetzung der Arztstelle bzw. des Angestelltensitzes für das MVZ/BAG/Praxis (= Übernehmer der Zulassung) erlöschen.

Verhandelter Fall

- Eine Hausärztin mit hälftigem Versorgungsauftrag verzichtete zugunsten einer Anstellung in einem MVZ auf ihre Zulassung.
- Bereits 9 Monate später kündigte die Ärztin ihr Anstellungsverhältnis wieder, da sie ein Angebot eines anderen MVZ über eine Vollzeitanstellung entsprechend ihrer eigentlichen fachlichen Spezialisierung (Endokrinologie) erhalten hatte.
- Dem MVZ wurde die Nachbesetzung der Arztstelle verwehrt.
- Das MVZ erhob hiergegen Klage vor dem Sozialgericht (SG) Berlin.

SG-Entscheid

- Nach Ansicht des Gerichts hatte die Ärztin im Moment des Verzichts auf ihre hälftige Zulassung zum Zwecke der Anstellung beim MVZ die Absicht, die Tätigkeit im MVZ für mehr als 3 Jahre auszuüben.
- Allerdings hätten dann nachvollziehbare und wichtige Gründe der Berufsplanung die Ärztin Monate später zur Beendigung des Anstellungsverhältnisses veranlasst.
- Das Angebot der neuen Anstellung auf einem vollen Angestelltensitz in einem anderen MVZ sei unerwartet gekommen.
- Die Möglichkeit zur Aufstockung ihrer Tätigkeit auf eine volle Stelle und die Gelegenheit, künftig auf ihrem Spezialgebiet tätig zu sein, wollte das Gericht der Ärztin nicht verwehren.



KOMMENTAR

Daniela Groove

Fachanwältin für Medizinrecht

Zu erreichen über das Sachverständigeninstitut Prof. Dr. Wolfgang Merk:

Telefon: 0731 140 34 35-0

E-Mail: info@wm-institut.de

Diese Entscheidung zeigt, dass bei einer (un-)erwarteten vorzeitigen Beendigung des Anstellungsverhältnisses im Kontext der 3-Jahres-Frist-Regelung des BSG eine gute und nachvollziehbare Begründung unbedingt erforderlich ist. Der hier das Gericht überzeugende Grund der Karriereplanung wird – je nach Alter des angestellten Arztes – wahrscheinlich eher eine Ausnahme bleiben. Das Risiko, dass eine Arztstelle nicht nachbesetzt werden kann, trägt das MVZ bzw. die Praxis.

Strafrecht

Ungenau Buchführung: Arzt wegen Steuerhinterziehung verurteilt!

LG Osnabrück, Urteil vom 04.03.2021, Az.: 14 Ns 3/21

Fragestellung und Sachverhalt

Lässt ein Arzt seinem Steuerberater wissentlich unvollständige Informationen hinsichtlich seiner Einkünfte zukommen, so kann er wegen Steuerhinterziehung belangt werden, da ein „bedingter Vorsatz“ vorliegt, so das Landgericht (LG) Osnabrück in seinem Urteil vom 04.03.2021.

Verhandelter Fall

- Der Arzt hatte von 2009 - 2013 einen Steuerberater mit der Abgabe seiner Steuererklärungen beauftragt.
- Da er dem Steuerberater nicht alle Einnahmen (Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit) angab, wiesen die erstellten Steuererklärungen zu niedrige Gewinne aus.
- In der Folge waren auch die Steuerforderungen des Finanzamts entsprechend zu niedrig (im Laufe der 5 Jahre insgesamt um 34.000 €).
- Das Finanzamt prüfte die Angaben der Steuererklärungen und stellte fest, dass diese unrichtig waren.
- Nachdem das Niedersächsische Finanzgericht dies bestätigt hatte, erhob die Staatsanwaltschaft Oldenburg Anklage wegen Steuerhinterziehung.
- In erster Instanz verurteilte das Amtsgericht Osnabrück den Arzt zu einer Geldstrafe von 70 Tagessätzen zu je 130 € (insgesamt 9.100 €). Dabei war bereits strafmildernd berücksichtigt, dass er die Steuern inzwischen nachgezahlt hatte.
- Der Angeklagte legte Berufung zum LG Osnabrück ein.

LG-Entscheid

- Das LG bestätigte die Ansicht des Amtsgerichts mit seinem Urteil.

Begründung:

- Selbst wenn Steuerhinterziehung nicht das unmittelbare Ziel des Arztes gewesen sein sollte, habe er gewusst, dass sein Verhalten darauf hinausläuft.
- So habe er gewusst, dass sein Steuerberater auf seine Angaben vertrauen und entsprechend zu niedrige Gewinne erklären werde.
- Dass dann auch die Steuern zu niedrig ausfallen, habe der Arzt zumindest billigend in Kauf genommen, womit er mit „bedingtem Vorsatz“ Steuern hinterzogen habe.
- Dies genüge bereits, um Strafbarkeit auszulösen.



*Erfahrene Juristen
bezeugen, dass es vor
Gericht von Vorteil sein
kann, wenn man im
Recht ist.*

Graham Chapman, Schauspieler –
Monty Python-Mitglied

Vertragsarztrecht

Gründer einer MVZ-GbR als angestellter Arzt in „seinem“ MVZ?

SG Magdeburg, Urteil vom 18.11.2020, Az.: S 1 KA 25/18

Fragestellung und Sachverhalt

Eine MVZ-GbR hat auch dann gemäß § 103 Abs. 4 a S. 1 SGB V einen Anspruch auf die Erteilung einer Anstellungsgenehmigung, wenn der Arzt, der auf seine vertragsärztliche Zulassung verzichtet, um in dem MVZ angestellt ärztlich tätig zu werden, zugleich Gesellschafter der MVZ-Träger-GbR ist.

Verhandelter Fall

- Gegründet wurde ein internistisch-nephrologisch ausgerichtetes MVZ durch eine BAG unter Beibehaltung der Rechtsform der GbR (Gesellschafter A und B, jeder mit einem vollen Versorgungsauftrag, als zugelassene Vertragsärzte).
- Daraufhin folgten der Antrag der Genehmigung des MVZ sowie zugleich die Genehmigung zur Anstellung von A und B nach Verzicht auf die Zulassung zu Gunsten des MVZ.
- Der Zulassungsausschuss genehmigte zwar das MVZ, aber nicht die Anstellung von A und B.
- A und B wurden als Vertragsärzte zugelassen.

Begründung: Ein GbR-Gesellschafter könne nicht selbst als Arbeitnehmer in seiner eigenen Gesellschaft angestellt werden, weil dadurch Anspruch und Verpflichtung in einer Person zusammenfielen.

- Der eingelegte Widerspruch vor dem Berufungsausschuss blieb erfolglos: Denn auch wenn der Gesellschafter einer GbR grundsätzlich ein Beschäftigungsverhältnis zur GbR begründen könne, setze dies voraus, dass er keinen Einfluss auf den Geschäftsbetrieb habe. Die Gesellschafter seien indes zu gleichen Teilen am Vermögen beteiligt, hätten zu gleichen Teilen Anspruch auf die Gewinne aus der Firma und beteiligten sich zu gleichen Teilen an den Verlusten.
- Die Klage vor dem Sozialgericht (SG) Magdeburg war erfolgreich.

SG-Entscheid

- Die Anspruchsvoraussetzungen nach § 103 Abs. 4 a SGB V sind laut Gericht erfüllt.
- Der Verzicht auf die Zulassung zu Gunsten des MVZ sei möglich, weil die beiden Vertragsärzte A und B ihre eigene Zulassung neben der isolierten Zulassung des MVZ nicht aufgrund ihrer Tätigkeit dort verloren haben.
- Die von den Zulassungsgremien zu erteilende Genehmigung nach § 103 Abs. 4 a S. 1 SGB V sei an vertragsarztrechtlichen Gesichtspunkten zu messen.
- Zivil-, gesellschafts-, steuer-, arbeits- oder sozialversicherungsrechtliche Aspekte hinderten die Erteilung der Genehmigung nicht, wenn sie vertragsarztrechtlichen Belangen nicht entgegenstünden; sie seien vielmehr daneben in dem jeweiligen Rechtskreis von den zuständigen Behörden oder Beteiligten zu beurteilen.
- Der gesellschaftsrechtliche Einfluss eines Arztes auf die Geschicke einer MVZ-GbR betreffe aber eine andere rechtliche Ebene und habe keine unmittelbaren Auswirkungen auf die eigenständige Zulassung des MVZ.
- Die Zulassungsgremien würden mittelbar über gesellschaftsrechtliche Belange entscheiden, die mangels Relevanz für die Frage der Anstellungsgenehmigung nicht in ihren Aufgabenbereich fallen.
- SG ließ Sprungrevision zu; Revision beim BSG anhängig (Az.: B 6 KA 2/21 R).

§ 103 Abs. 4 a SGB V: „Verzichtet ein Vertragsarzt in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung, um in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, so hat der Zulassungsausschuss die Anstellung zu genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen; [...]“

Berufsrecht

Keine Erteilung einer auf das Gebiet der Chiropraktik beschränkten sektoralen Heilpraktikererlaubnis

VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 24.07.2019, Az.: 9 S 1460/18

Fragestellung und Sachverhalt

Eine Heilpraktikererlaubnis kann nicht nur auf den Bereich der Chiropraktik beschränkt werden, urteilte der Verwaltungsgerichtshof (VGH) Baden-Württemberg am 24.07.2019 (9 S 1460/18).

Verhandelter Fall

- Dem Kläger wurde 2014 die Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung im Bereich Physiotherapie erteilt.
- Der Kläger beantragte nun beim Gesundheitsamt des Landes Baden-Württemberg die Erteilung der Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung auf dem Gebiet der Chiropraktik.
- Gegen die Ablehnung dieses Antrages erhob der Kläger nun Widerspruch.
- Die Klage wurde erstinstanzlich durch das VG Freiburg abgewiesen.
- Dagegen legte der Kläger Berufung ein.

VGH-Entscheid

- Der Berufung wurde stattgegeben, allerdings wurden die Bescheide des Gesundheitsamts Baden-Württemberg für rechtmäßig erklärt, da sie den Kläger nicht in seinen Rechten verletzen würden.
- Die Chiropraktik sei eine heilkundliche Tätigkeit, die ohne Erlaubnis nicht ausgeübt werden dürfe, da sie sowohl eine richtige Diagnose des Krankheitszustandes als auch eine Entscheidung über die Art der Behandlung voraussetze, die umfassende ärztliche Kenntnisse und Erfahrungen verlange.
- Das Gericht nahm Bezug auf die von der WHO vorgenommene Definition der Chiropraktik als manuelle Behandlungstechnik, zu deren Ausübung Studierende Kenntnisse u. a. in Anatomie, Physiologie, Biochemie, Pathologie, Psychologie, Diätetik und Ernährung erwerben müssen.
- So ist die Chiropraktik in erheblichem Maße durch Methoden geprägt, die heilkundliche Fachkenntnisse voraussetze. Somit komme eine Erteilung der Heilpraktikererlaubnis nur auf dem Gebiet der Chiropraktik ohne Bestallung nicht infrage.



Ärztliches Strafrecht

Wer haftet bei Tod oder Verletzung eines Patienten bei einer ambulanten Operation mit Anästhesie?

BVerfG, Beschluss vom 23.03.2020, Az.: 2 BvR 1615/16

Fragestellung und Sachverhalt:

Das OLG Hamburg sah die Haftung für den Tod eines Patienten aufgrund mangelhafter Überwachung der Aufwachphase bei einer HNO-Operation nur bei der Anästhesistin und verurteilte diese zu einer Geldstrafe wegen fahrlässiger Tötung durch Unterlassen. Das BVerfG verdeutlichte jedoch, dass ein von mehreren Personen durchgeführter medizinischer Eingriff mehr darstellt, als die Summe voneinander getrennter ärztlicher Einzelleistungen und nahm den HNO-Arzt mit in die Verantwortung.

Verhandelter Fall

- Die Staatsanwaltschaft Hamburg führte ein Ermittlungsverfahren gegen 2 Beschuldigte durch, die Inhaber einer auf Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde spezialisierten Arztpraxis waren.
 - Ein 9-jähriger Patient unterzog sich in Begleitung seines Vaters in der Praxis der Beschuldigten einer Operation zur Verbesserung der Nasenatmung. Die Narkose wurde von einer Anästhesistin durchgeführt, mit der die Beschuldigten zusammenarbeiteten.
 - Nach erfolgreicher Operation wurde im Aufwachraum die Aufwachphase nicht per Pulsoxymeter überwacht.
 - Der Patient wachte nicht mehr auf und verstarb eine Woche später.
 - Die Eltern des Kindes erstatteten Strafanzeige gegen die Anästhesistin, den operierenden Arzt und den weiteren Mitinhaber der Praxis. Die Ermittlungsverfahren gegen den Mitinhaber sowie gegen den Operateur wurden eingestellt.
 - Die Anästhesistin wurde wegen fahrlässiger Tötung verurteilt.
- Die von der Kindesmutter eingereichten Anträge auf Klageerzwingungsverfahren sowie eine Anhörungsrüge wurden durch das OLG Hamburg verworfen.
 - Hiergegen legte die Kindesmutter Verfassungsbeschwerde ein.

BVerfG-Entscheid

- Die Verfassungsbeschwerde hatte Erfolg.
- Das BVerfG kam zu der Überzeugung, dass die Beweiswürdigung des OLG Hamburg nicht mehr nachvollziehbar und willkürlich sei.
- Es habe sich z. B. nicht damit auseinandergesetzt, dass offensichtlich „auch“ den Operateur eine entsprechende Verantwortung trifft, zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des gesundheitlichen Zustandes des Patienten und der vorhandenen räumlich-apparativen wie personellen Infrastruktur eine ambulante Durchführung des Eingriffs erlauben und den Patienten bzw. die Eltern hierüber aufzuklären.
- Mit dem Kammerbeschluss verdeutlichte das Bundesverfassungsgericht erneut, dass ein von mehreren Personen durchgeführter medizinischer Eingriff mehr darstellt, als die Summe voneinander getrennter ärztlicher Einzelleistungen.
- Bereits die Organisation der Behandlung sei als erster Behandlungsabschnitt anzusehen. Würden hier die risikoerhöhenden Umstände begründet, müssten diese vom organisierenden Arzt verantwortet werden.
- Es sei nicht mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten vereinbar, wenn der Praxisbetreiber als wesentlicher wirtschaftlicher Profiteur einer mangelhaften Praxisorganisation den Patienten über die für diesen hierdurch entstehenden Risiken nicht aufklären müsse, obwohl der Arzt diese wissentlich selbst geschaffen habe.

Wettbewerbsrecht

Werbung für Videosprechstunden: BGH muss im Oktober entscheiden



Digitale medizinische Angebote liegen stark im Trend. Doch verstößt der private Krankenversicherer Ottonova mit der Werbung für sein Angebot der Fernbehandlung gegen Wettbewerbsrecht? Darüber entscheidet der Bundesgerichtshof (BGH) am 07.10.2021.

Zum Hintergrund: Ottonova bietet als digital arbeitender Versicherer seinen Kunden bereits seit 10/2017 die Möglichkeit der Videokonsultation per App in Kooperation mit dem Schweizer Anbieter „Eedoctors“ an. Ottonova hatte gegenüber den Versicherten mit der Fernbehandlung geworben, was die Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs auf den Plan rief: 05/2018 reichte die Wettbewerbszentrale beim Landgericht München eine Unterlassungsklage gegen Ottonova ein. § 9 HWG untersagte „damals“ die Werbung für die Fernbehandlungen noch eindeutig. Ottonova war daraufhin erstinstanzlich 07/2019 (Az. 33 O 4026/18) unterlegen sowie in der Berufung 2020 beim OLG München (Az.: 6 U 5180/19).

- Nach Einschätzung des OLG ändert die Tatsache, dass die Fernbehandlung zwischenzeitlich auch in Deutschland zulässig ist, nichts an dem Verstoß gegen das HWG: § 9 HWG besagt seit 2019 zwar, dass die Bewerbung der Fernbehandlung erlaubt ist, „wenn nach allgemein anerkannten fachlichen Standards ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit dem zu behandelnden Menschen nicht erforderlich ist“.
- Das OLG hat die Revision Ottonovas dennoch zurückgewiesen; auch nach der Anpassung des Heilmittelwerbegesetzes vom 19.12.2019 darf Ottonova nicht für Fernbehandlungen werben: „Eine Werbung für ärztliche Fernbehandlungen in Form eines digitalen Arztbesuchs, wobei mittels einer App in Deutschland lebenden Patienten angeboten wird, über ihr Smartphone von Ärzten, die im Ausland sitzen, für nicht näher konkretisierte Behandlungsfälle und -situationen Diagnosen, Therapieempfehlungen und Krankenschreibungen zu erlangen, wird von dem Ausnahmetatbestand des § 9 Satz 2 HWG nicht gedeckt“, so das OLG.
- Das OLG hatte eine Revision beim BGH nicht zugelassen. Die dagegen gerichtete Nichtzulassungsbeschwerde von Ottonova war nun erfolgreich.
- Inzwischen macht der Versicherer auf seiner Webseite weiterhin auf das Angebot des „Arzt-Video-Calls“ aufmerksam.
- Da Fernbehandlungen erlaubt seien, müsse man auch dafür werben dürfen, so die Ansicht des Krankenversicherers. Sowohl Ottonova als auch die Wettbewerbszentrale erhoffen sich durch die bevorstehenden BGH-Entscheidung Rechtssicherheit.



PraxisReporting

Die Web-App für den schnellen Finanzüberblick Ihrer Mandanten

Professionelle Controllingberichte erzeugen und den Mandanten per App bereitstellen

- ✓ Im Dashboard: **Vorjahresvergleich, Fachgruppenvergleich, Performance Ranking**
- ✓ **Vertiefte Analysen** von Umsatz, Kosten, Gewinn, Cashflow und weiteren wichtigen Kennzahlen
- ✓ Report für Mandanten **kommentieren**
- ✓ **Management-News** inkl. Gesetzesurteile für Ihre Mandanten
- ✓ **Individuelles Kanzleidesign**

Neugierig?

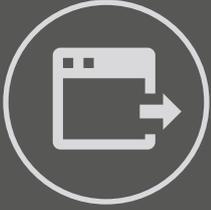
Testen Sie mit einem **Demo-Zugang** die Mandantenansicht direkt auf Ihrem Smartphone.

<https://demo.medmaxx.de>

	Zahnmedizin	Humanmedizin
Benutzername:	demo-zahnarzt	demo-arzt
Passwort:	demo-zahnarzt	demo-arzt

Zur optimalen Dargestellung unserer WebApp empfehlen wir Ihnen den Zugriff über Ihr Smartphone bzw Tablet.

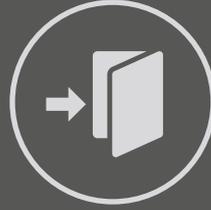
Das PraxisReporting funktioniert ganz einfach:



1. Daten aus Ihrer Buchhaltungssoftware exportieren.



2. Einmalig Mandantenstammdaten anlegen.



3. Buchhaltungsdaten einlesen. Fertig ist der PraxisReport!



4. Report via WebApp an den Mandanten übermitteln.



**Finanz-Controlling
via Smartphone
oder Tablet –
Begeistern Sie
noch heute Ihre
Mandanten!**

Doc S

5 Lizenzen

99,95 €*

**Monatspreis
für MedMaxx-Kunden**

Einzelpreis pro Lizenz 19,99€*

Monatspreis für
Nicht-MedMaxx-Kunden

124,95€*

Einzelpreis pro Lizenz 24,99€*

Doc M

15 Lizenzen

224,85 €*

**Monatspreis
für MedMaxx-Kunden**

Einzelpreis pro Lizenz 14,99€*

Monatspreis für
Nicht-MedMaxx-Kunden

299,85€*

Einzelpreis pro Lizenz 19,99€*

Doc L

30 Lizenzen

299,70 €*

**Monatspreis
für MedMaxx-Kunden**

Einzelpreis pro Lizenz 9,99€*

Monatspreis für
Nicht-MedMaxx-Kunden

449,70€*

Einzelpreis pro Lizenz 14,99€*

Doc XL

unbegrenzt

**Gerne erstellen
wir Ihnen
maßgeschneidert für
Ihre Kanzlei bzw. Ih-
ren Kanzleiverbund
ein individuelles
Angebot.**

* Alle Preise zzgl. der gesetzl. Mehrwertsteuer

- 12 Monate Mindestlaufzeit, Kündigungsfrist 28 Kalendertage
- Bei Überschreitung der gebuchten Lizenzanzahl zusätzliche Berechnung mit dem monatlichen Einzelpreis bzw. „Upgrade“ des gebuchten Lizenzpakets (monatlich möglich)

Wir beraten Sie gerne.

info@medmaxx.de - Telefon: 0731 140 34 35 - 0

MEDMAXX
HEALTH CARE MANAGEMENT

HEALTH CARE MANAGER

Hans-Peter Dahlmann

Geschäftsführer Häussler
Technische Orthopädie GmbH



buero ost GmbH

Ausbildung/Werdegang

- Ausgebildeter Elektroniker
- Staatlich anerkannter Altenpfleger
- Betriebswirt (Dipl.-VWA)

- Seit 2000 im Health-Care-Markt bei verschiedenen Unternehmen in unterschiedlichen Positionen tätig, u. a. bei Danone Nutricia, Ontex und Fresenius Kabi.

Aktuelle Tätigkeit

Seit 2015 Geschäftsführer der Häussler Technischen Orthopädie GmbH in Ulm

Beschreiben Sie in Stichworten, was Ihre Unternehmen machen

Die Häussler Technische Orthopädie, auch unter der Marke Sanitätshaus Häussler bekannt, ist ein moderner Gesundheitsdienstleister und Provider, der seit 1916 Menschen mit medizinischen Hilfsmitteln versorgt. An mittlerweile 8 Standorten mit über 237 Mitarbeitenden in und um Ulm helfen wir Menschen mit und ohne Handicap von der Sportbandage, individuell gefertigter Prothesen und Orthesen, über häusliches Beatmungsmanagement bis hin zur komplexen High End Elektrorollstuhlversorgung. Im Versorgungsmanagement sind wir wichtiger Partner von Kliniken, stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen, Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten und Therapeuten.

Haben Sie eine Management-Weisheit, hinter der Sie stehen?

Zuhören – Raum geben – Vorbild sein



buero ost GmbH



buero ost GmbH

Lebensmotto

Frohsinn, Optimismus, Gottvertrauen

Hobbys

Tennis, Musik hören und machen, Wirtschaftspolitik, Zukunftsbetrachtung

Wie halten Sie sich gesund?

Das Leben und das Glück genießen, Bewegung und gesunde Ernährung

Lieblingsliteratur

Die Zeit, Kriminalromane, Thriller

Lieblingsmusik

Von J. S. Bach bis Nils Landgren

Glück ist für mich ...

...in die leuchtenden Augen meiner Familie zu sehen.

KONTAKT

Hans-Peter Dahlmann

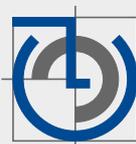
Geschäftsführer
Betriebswirt (Dipl. VWA)

Häussler Technische Orthopädie GmbH

Jägerstraße 6
89081 Ulm

Telefon: +49 (731) 14002-0
Telefax: +49 (731) 14002-330

E-Mail: dahlmann@haeussler-ulm.de



Häussler
Ihr Sanitätshaus

 www.haeussler-ulm.de



M&A

Verkauf an Investoren

Sie möchten eine Praxis an Investoren verkaufen? Für ausgewählte Mandanten und Kooperationspartner initiieren und begleiten wir strukturierte Verkaufsprozesse (M&A-Beratungen). Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme!

Angebote



Plankrankenhaus (nach § 108 Abs. 2 SGB V)

Plankrankenhaus (nach § 108 Abs. 2 SGB V) mit ca. 100 Betten und hervorragender Gewinnsituation im Rahmen eines strukturierten Verkaufsprozesses zu veräußern.

Einzelpraxis für Zahnmedizin in Rheinland-Pfalz/Saarland

Gut eingeführte Zahnarztpraxis zur Abgabe bereit. Lage im südöstlichen Rheinland-Pfalz, sehr gute Infrastruktur.

Abgabezeitpunkt ab Januar 2022.

Einzelpraxis für Frauenheilkunde & Geburtshilfe in Rheinland-Pfalz/ Saarland

Attraktive Lage, Apotheken und Krankenhaus in der Nähe, frisch renoviert, zur Abgabe bereit.

Wertgutachten liegt vor.

Radiologische Privatpraxis

Radiologische Privatpraxis in attraktiver süddeutscher Großstadt aus Altersgründen abzugeben.

Angebote

Einzelpraxis für Orthopädie & Unfallchirurgie in Westfalen-Lippe

Einzelpraxis im Ärztehaus mit attraktivem Facharztmix zur Abgabe bereit. Interessante Lage/Infrastruktur.

Abgabezeitpunkt ab Januar 2022.

Einzelpraxis für Allgemeinmedizin & Innere Medizin in Hessen-Süd

Umsatzstarke Einzelpraxis zur Abgabe bereit. Lage in einem Ärztehaus im Einkaufszentrum.

Abgabezeitpunkt Januar 2022.

Top-Zahnarztpraxis (Einzelpraxis) in Stuttgart kurzfristig abzugeben: 1,8 Mio. € Umsatz, 740 T € Gewinn

Langjährig bestehende Praxis, zentraler und verkehrsgünstiger Standort, sehr gut ausgebildetes Personal, hohe Patientenbindung, wegen Ruhestandsplanung des Inhabers abzugeben.

Nuklearmedizinische Praxis

Nuklearmedizinische Praxis in Bayern mit exzellenten Gewinnen sucht einen Nachfolger.

Rheumatologische Praxis

Rheumatologische Praxis in München abzugeben.

Top-Zahnarztpraxis in München abzugeben: 1,2 Mio. € Umsatz, 526 T € Gewinn

Langjährig bestehende Zahnarztpraxis an sehr gutem Standort.

Wertgutachten liegt vor.

Gesuche

Facharztpraxis für Neurologie

Facharzt für Neurologie sucht Einzelpraxis im PLZ-Umkreis 83, 84, 85, mit den Schwerpunkten Kopfschmerz, Schwindel, Neuroophthalmologie zur Übernahme.

Niederlassungszeitpunkt ab Januar 2022.

Facharztpraxis für Orthopädie-Unfallchirurgie

Einzelpraxis im PLZ-Umkreis 42, 44, 45, mit dem Schwerpunkt Schmerztherapie zur Übernahme gesucht.

Niederlassungszeitpunkt ab sofort.

KONTAKT

Weitere Details und Informationen auf Anfrage.

**Sachverständigeninstitut
Prof. Dr. Wolfgang Merk**

München/Ulm
Telefon: 0731 140 34 35 - 0

info@wm-institut.de

IMPRESSUM

Herausgeber und verantwortlich im Sinne des Presserechts

Medinomicus GmbH
Zur Hammerschmiede 20
89287 Bellenberg
info@medmaxx.de

Geschäftsführung

Diplom-Ökonomin Heike Merk
Amtsgericht Memmingen, HRB 13592
USt.-IdNr. DE 264429940

Redaktion

Sachverständigeninstitut
Prof. Dr. Wolfgang Merk*
Hirschstraße 9
89073 Ulm
Tel.: 0731 140 34 35 - 0
info@wm-institut.de

Gestaltung & Satz

IKONS INTERMEDIA CONCEPTS GmbH
www.ikons.de

* Von der IHK München und Oberbayern öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger zur Bewertung von Unternehmen und Praxen im Gesundheitswesen, Betriebsanalysen und Betriebsunterbrechungsschäden.

Datenschutz

Copyright 2017 Medinomicus GmbH, 89287 Bellenberg, Deutschland. Alle Rechte vorbehalten. Bei Zitaten wird um Quellenangabe „Medinomicus GmbH“ gebeten. Vorstehende Angaben stellen keine Anlage-, Rechts- oder Steuerberatung dar. Alle Meinungsäußerungen geben die aktuelle Einschätzung der Redaktion wieder, die nicht notwendigerweise der Meinung der Medinomicus GmbH oder ihrer assoziierten Unternehmen entspricht. Alle Meinungen können ohne vorherige Ankündigung geändert werden. Die Meinungen können von Einschätzungen abweichen, die in anderen von der Medinomicus GmbH veröffentlichten Dokumenten, einschließlich Research-Veröffentlichungen, vertreten werden. Die vorstehenden Angaben werden nur zu Informationszwecken und ohne vertragliche und sonstige Verpflichtung zur Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit oder Angemessenheit der vorstehenden Angaben oder Einschätzungen wird keine Gewähr übernommen.

Bildnachweis:

© Freepik.com, shutterstock.com
(S. 6, 12, 17, 21, 24, 26, 27, 32, 34, 39)

KONTAKT

Für weitere Informationen kontaktieren Sie uns!

**Sachverständigeninstitut
Prof. Dr. Wolfgang Merk**

München/Ulm
Telefon: 0731 - 140 343 50

info@wm-institut.de