

Praxisübergabe-Alternativen

Sein Lebenswerk sichern

Ideelle Praxiswerte sinken aktuell für Facharzt- und Hausarztpraxen. Die denkbaren Nachfolger bleiben lieber im geschützten Bereich des Krankenhauses. Jeder Praxisinhaber, der sein Lebenswerk nicht weitergeben kann, hat innerlich das Gefühl, versagt zu haben. Noch niemals gab es eine so wenig übersichtliche Gemengelage von Ängsten, enttäuschten Erwartungen und neuen, stabilen Zukunftskonzepten.

Das bisherige Rollenmodell eines unternehmerischen, freiberuflichen, männlichen Arztes, der pro Woche 45-60 Stunden fremdbestimmt in seine Tätigkeit investiert, geht zurück. Immer mehr Frauen suchen eine Kombination zwischen geregelter ärztlicher Tätigkeit – ohne Managementfunktion – und der Möglichkeit, eine Familie aufzubauen. Damit entfallen schon aktuell 40 % der potentiellen Nachfrage.

Gleichzeitig sind die Arztfunktionen auf dem Lande oft mit langen Fahrtstrecken für die Ausbildung von Kindern verbunden und bringen Konfrontation mit einem andersartigen sozialen Umfeld. Bei einer Teilzeitfunktion auf dem Lande kann man oft in einer Stadt wohnen und dennoch auf dem Lande beruflich tätig sein. Entscheidend ist, wie man Fahrtstrecken sinnvoll kombiniert, um antizyklisch das jeweilige Ziel zu erreichen.

Wie ein neuartiges Praxisabgabekonzept angehen?

Wichtig ist ein Planungs- und Gestaltungszeitraum von ca. zwei bis fünf Jahren. Im Wettbewerbsstärkungsgesetz heißt es zur zukünftigen Bedarfsplanung:

§ 87 Abs. 7 SGB V

„Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2012 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 87a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Absatz 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2012, ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.“

Hier hat der Gesetzgeber darauf hingewiesen, dass er sich vorbehält, von der Bedarfsplanung zum 1.7.2012 abzurücken. Somit werden jede finanzierende Bank und

jeder niederlassungswillige Arzt darauf hingewiesen, dass es in absehbarer Zeit nicht mehr das 50 Jahre alte, bisherige stabile Konzept der Versorgung der Patienten durch die Praxen mit stabilen Einnahmestrukturen über Kassenärztliche Vereinigungen gibt.

Somit ändern sich sowohl die Formen der Leistungserbringung und das Praxismodell wie auch die Vergütungsstrukturen.

Niederlassungswillige Ärzte stehen deshalb vor dem Dilemma, dass sie für etwas bezahlen sollen, was nicht mehr voraussehbar, planbar und ökonomisch berechenbar ist. Symbolisch wird im Kopf eines Abgebers der Dialog wie folgt lauten:

„Als Abgeber biete ich Ihnen meine Praxis an. Für meine Lebensleistung erwarte ich von Ihnen einen angemessenen ideellen Wert. Wie Sie aber in Zukunft verbindlich und dauerhaft Einnahmen erzielen können mit den neuen Sonderverträgen außerhalb der KV und mit wesentlich stärkerer Spezialisierung, weiß ich auch nicht!“

Weiterarbeiten statt Abgabe?

Eine Praxisabgabe eines 65-Jährigen mit einem ideellen Wert von 100.000 Euro bringt beim halben Steuersatz einen Einzelbetrag in Höhe von 75.000 Euro. Die konsequente Weiterarbeit eines Arztes bis zum 68. Lebensjahr ergibt pro Jahr gegebenenfalls einen Gewinn von 100.000 Euro; nach Steuern sind es 50.000 Euro. Somit steht eine Liquidität von sechs Jahren à 50.000 Euro zur Verfügung = 300.000 Euro.

Zur Tilgung von Krediten oder zur besseren Gestaltung der Lebensführung ergibt sich hier folgende Alternative: Gegebenenfalls unter verbesserten Bedingungen kooperativ weiter arbeiten!

Weiterarbeiten und die Praxis stufenweise abgabefähig machen?

Inhaber größerer und mittlerer Praxen können somit einen dritten Weg gehen. Dieser würde verlangen, über unterschiedliche, enge Kooperationsmodelle fachgleich nachzudenken.

Fachgleiche räumliche Zusammenarbeit oder überörtliche Kooperation?

Mit der neuen Gesetzgebung der Gestattung ortsübergreifender Kooperationsmodelle, der Integration von Angestellten auf Vollzulassungen und der Mitarbeit von Krankenhausärzten entsteht ein Bewusstsein über neue Formen fachgleichen Zusammenwirkens.

Überall, wo es zu sinnvollem räumlichen Zusammenarbeiten kommen kann– mit Ausnahme nur einer Praxis eines Facharzttyps auf dem Dorf/einer Kleinstadt – stellt sich die Frage des fachgleichen Kooperierens an einem räumlichen Standort.

Mit Fertigbaustrukturen können hier wachsende Ärztehäuser gerade auch in Klein- und Mittelstädten geschaffen werden. Für fachgleiche Zentren stellen Kommunen und Krankenhäuser kostenlose Grundstücke in Erbpacht zur Verfügung.

Interdisziplinäre, vertikale Kooperation versus fachgleiches, horizontales Zusammenwirken

Hier war unter der ausschließlichen Leitidee der Einzelpraxis ein Ärztehaus idealtypisch, in dem Ärzte verschiedener Fachrichtungen getrennte Einzelpraxen betrieben. Betriebswirtschaftliche Vorteile, Spezialisierungen etc. fanden interdisziplinär nur zum Teil statt.

Anders wird es bei fachgleicher, horizontaler Kooperation sein. Hier bieten sich Öffnungszeiten von 6.00 Uhr morgens bis 21.00 Uhr abends an sechs Tagen pro Woche an. Über Schichtsysteme und Spezialisierung können wesentlich stärkere ökonomische Vorteile erzielt werden. Krankenkassen streben an, mit solchen fachgleichen Zentren Exklusivverträge zu schließen, die gegebenenfalls auch die Notdienstfunktion übernehmen. Externe Managementspezialisten können die Ärzte von Verwaltungsroutine, Kontrolle der Abrechnung, Personalsteuerung, Marketing und Management befreien.

Ein mittelfristig abgebender Haus-/Facharzt könnte sich in einem solchen System mit seinen Helferinnen innerhalb eines Schichtsystems umfassend um seine alten Patienten kümmern. Er könnte eingebettet sein in dem von der Verwaltung mit den Mitarbeitern neu gestalteten Qualitätsmanagement, er könnte sich an extern ausgehandelten Kooperationsverträgen mit Krankenhäusern und Krankenkassen einbinden lassen.

An künftigen Investitionen bräuchte er sich nicht zu beteiligen, er könnte auch im Wesentlichen seine alten Gewinn- und Verluststrukturen erhalten.

Individuelle Zuordnung von Kosten, Zusatz-Gewinn

Die zentrale Angst vieler Ärzte liegt darin, dass es in einem Kooperationsmodell zu einer fremdbestimmten Verteilung von Kosten und Gewinn kommen könnte. Das kann bei den neuen Rechts- und Steuermodellen vollkommen ausgeschlossen werden. Sie können maximal an der Struktur einer Einzelpraxis innerhalb eines fachgleichen Kooperationsmodells orientiert sein.

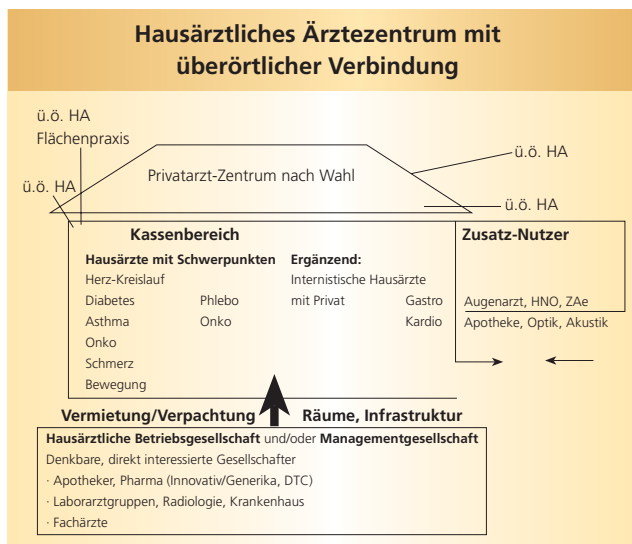
Der künftige Abgeber braucht sich auch nicht an der gegebenenfalls neuen Einrichtung und Medizintechnik des Kooperationsstandortes zu beteiligen. Dies können investitionsbereite Kollegen oder eine externe Investitionsgesellschaft übernehmen.

Seinen gewohnten Stil beibehalten

Der abgebende Arzt oder das gemeinsame, die Abgabe planende Arztehepaar nutzen mit ihrem Altpersonal im Schichtsystem die gemeinsame Infrastruktur. Durch eine genaue Zurechnung von Raum, Personal und Sachkosten wird alles zeitlich und räumlich exakt erfasst. Auch die Umsätze werden vertragsärztlich, privatmedizinisch und dem Selbstzahlerbereich zugeordnet. Neue Einrichtung/Medizintechnik wird analog kostenmäßig umgerechnet. Soweit in der Gruppe medizinische Schwerpunkte existieren, kann man im Rahmen einer solch neuartigen Berufsausübungsgemeinschaft auch maximale Arbeitsteilung vereinbaren. Für Spezialisierung wären dann auch die Patienten der anderen Verbund-Partner mit abrechenbar.

Im Hausarztbereich könnte z. B. ein Diabetes-Spezialist die Patienten der anderen Kollegen der Berufsausübungsgemeinschaft mitbetreuen. Ein operativ hausärztlicher Kollege mit Proktologie hätte weiteres Patientengut, ebenso ein onkologisch tätig Arzt, etc.

Fachärztlich könnten operative Kollegen die Patienten der konservativen Kollegen mitbehandeln und ihnen auch Vorteile aus der Gewinnverteilung zukommen lassen bzw. diese auch im Auftrag des Krankenhauses als neuer Konsiliararzt behandeln. →



→ Auf diese Weise können die höherwertigen Ziffern durch den jeweiligen Spezialisten erbracht werden, der so auf größere Patientenmengen der anderen Kollegen zurückgreift. Der Mehrertrag wird zwischen den Gesellschaftern geteilt.

Kooperationsmodelle mit maximaler Selbstständigkeit und Haftungsminimierung

Ziel wäre es, den Abgebern Strukturen auf den Leib zu schneiden, die ihre alten, bewährten Gewohnheiten mit neuen Formen der Zusammenarbeit auf absehbare Zeit gestatten. Daraus entstünde das Bewusstsein, einen erfolgreichen Wandel selbstständig bewerkstelligt zu haben. Es ergäben sich stabile Dauererlöse und gleichzeitig Umfeldstrukturen, die sofort weiter veräußerbar sind.

Angestellter in einem Kooperationsmodell

In einem solchen Konzept könnten andere, fachgleiche Kollegen eine Zulassung erwerben und dem Kollegen eine Funktion als Angestelltem, gegebenenfalls auch reduziert mit geringeren Zeitanteilen, anbieten. Denkbar ist auch, dass zum Schluss die Zulassung im Rahmen der Veräußerung in eine Angestellten-Zulassung verändert wird, bei der zwei Kolleginnen die Funktion teilweise übernehmen.

Nach neuem Recht kann sich zudem ein Krankenhausarzt entscheiden, halbtags eine solche Funktion auszuführen.

Auf diese Weise hätte der Abgeber den Zugriff auf Direktverträge mit Krankenkassen, kann stufenweise ver-

traut werden mit Interessenten aus dem Krankenhaus, die ihr Lebenskonzept nicht ändern müssen und hätte so viele neuartige Vorteile. ○

Fazit

Bisherige, tradierte Formen der Abgabe können durch den Wandel der Gesetzgebung und der gesellschaftlichen Bedürfnisse von Seiten der nachfolgenden Arztgeneration nicht mehr genutzt werden. Dennoch kann der Abgeber bei entsprechender Beratung und Begleitung in einem Zeitraum von mehreren Jahren weiterhin gut verdienen und eine gesicherte, aktuelle Form von Abgabe im Rahmen von Kooperationsmodellen anbieten.

Im Gegenteil kann man davon ausgehen, dass dann der ideelle Wert sogar nachhaltig auf den zwei- bis dreifachen Jahresgewinn steigt. Man hätte so in Zukunft einen höheren Praxiserlös und durch die Veränderung stabile Dauerbezüge aus der beruflichen Weiterarbeit.

Das Anwaltsbüro Broglie, Schade & Partner GbR hat mit der Unternehmensberatung M³C hier strategische Betreuungskonzepte entwickelt, um Abgeber-Praxen optimal zu veräußern bzw. sie in lokale Kooperationsmodelle wertsteigernd zu integrieren.

H.-J. Schade, Rechtsanwalt

Broglie, Schade & Partner GbR

Sonnenberger Str. 16, 65193 Wiesbaden

Tel.: 0611/180950; Fax: 0611/1809518

www.arztrecht.de; bsp@arztrecht.de

Steuerreform

Belastung für niedergelassene Ärzte

Die Unternehmenssteuerreform soll die großen Kapitalgesellschaften entlasten. Für Ärzte wird sie jedoch neue steuerliche Belastungen bringen. Die Reform, die vergangene Woche das erste Mal im Bundestag diskutiert wurde, sieht vor, die Sofortabschreibung für geringwertige Wirtschaftsgüter im Wert von bis zu 410 Euro zu streichen. Stattdessen soll es die sofortige Abschreibung nur noch für kleinere Anschaffungen mit Beträgen bis zu 100 Euro geben. Darüber hinaus ist geplant, einen Sammelposten für Wirtschaftsgüter mit einem Anschaffungs- oder Herstellungswert zwischen 100 und 1.000 Euro zu schaffen, die dann nur noch über einen Zeitraum von fünf Jahren abgeschrieben werden können. Diese Änderung dient der Gegenfinanzierung der Unternehmenssteuerreform und bringt im Laufe von fünf Jahren dem Staat Mehreinnahmen von 905 Millionen Euro. Im Unterschied zu Kapitalgesellschaften, die von der Steuerreform profitieren, belastet die Neuregelung für die Abschreibungen also Freiberufler wie Ärzte. Die geplante Einschränkung der Sofortabschreibung lehnt der Normenkontrollrat ab, der die Aufgabe hat, Gesetzentwürfe der Bundesregierung auf Bürokratiebelastungen zu prüfen. Die Unternehmenssteuerreform führe dazu, dass Bürokratie auf- und nicht abgebaut werden, so die Argumentation. Kritisch sieht der Normenkontrollrat auch die neue Verpflichtung für Banken, den Finanzämtern die Postleitzahlen aller Gläubiger von Kapitalerträgen mitzuteilen. ○

Quelle: KBV Kompakt 14/2007