

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

8 | August 2017

Personalpolitik im Krankenhaus

Personaluntergrenzen bald auch für Ärzte?

Das „Gesetz zur Modernisierung der epidemiologischen Überwachung übertragbarer Krankheiten“ sieht u. a. für bestimmte Bereiche im Krankenhaus Untergrenzen für das Pflegepersonal vor. Mit Spannung wird die weitere Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben erwartet – die Erfahrungen sollen zeigen, inwieweit auch mit anderen Personaluntergrenzen z. B. für Ärzte geliebäugelt wird. Sicher dürfte sein, dass bei den weiteren Debatten die Ärzteschaft eine zentrale Rolle einnehmen wird. Chef- und Oberärzte sind deshalb gut beraten, im Rahmen der Vertragsverhandlungen auch personelle (oder strukturelle) Mindestgrenzen einzufordern.

von RA, FA für MedizinR Dr.
Tobias Scholl-Eickmann, Dortmund,
www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Pflegekräfte: Zahlen und Fakten

Laut Statistischem Bundesamt ist zwischen 1994 und 2015 die Zahl der behandelten Menschen um 24 Prozent gestiegen, während das Personal im Krankenhaus reduziert worden ist. Wurden 1994 noch 342.000 vollzeitäquivalente Pflegekräfte beschäftigt, waren es 2015 nur noch 321.000. Pro Jahr betreut eine Pflegekraft durchschnittlich 60 Fälle (verglichen mit 45 im Jahr 1994).

Gleichermaßen hat die Bertelsmann-Stiftung ermittelt, dass die Belastung der Pflegekräfte in den letzten Jahren stark zugenommen hat. Dabei gibt es allerdings Unterschiede je nach Region und Art der Klinik. So habe eine Pflegevollkraft in einem allgemeinen Krankenhaus im Jahr 2003 statistisch gesehen 57,3 Patienten betreut, 2015 seien es schon 64 gewesen. Während in Hamburg im Jahr 2015 auf jede Vollzeitpflege-stelle 55 Patienten kamen, seien es in Niedersachsen 63 gewesen. Die Anzahl der zu betreuenden Patienten pro Pflegekraft sei seit 2003 in allen Bundesländern, außer in Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern, gestiegen. Überproportional

Inhalt

Qualitätssicherung

Änderung der Radiologie-Vereinbarung 3

Recht

Verlust der Röntgen-Genehmigung durch unachtsame Mitteilung an Bezirksregierung 3

Nachfolge in der BAG

So bringen Sie Ihren Gesellschaftsvertrag auf den neuesten Stand 4

Download Recht

Fortsetzungs-, Eintritts- und Nachfolgeklauseln im Gesellschaftsvertrag der Praxis im Downloadbereich www.rwf-online.de unter „Zusatzdokumente“

Ertragswertverfahren

Die Bewertung von Arztpraxen 6

sei die Belastung in Berlin und Niedersachsen gestiegen.

Reaktionen auf das Gesetz

Nahezu alle Akteure im Gesundheitswesen befürworten die Einführung einer personellen Mindestgrenze in sensiblen Teilbereichen der Pflege. Allerdings endet hier auch schon die Gemeinsamkeit:

Einige prangern die nun fixierte Vorgabe als „Minimallösung“ an, da Untergrenzen nur „Mindestmaß“ bedeuteten. Andere kritisieren, dass die Personalstandards nicht wissenschaftlich ermittelt, sondern von Kassen und Kliniken festgelegt würden. Die Befürworter des Gesetzes weisen darauf hin, dass die Einhaltung der Mindeststandards überprüft und unabhängig bestätigt werden müsse.

Die DKG unterstützt grundsätzlich das Ziel einer verbesserten Personalausstattung, sieht aber durch die Arbeitsmarktlage praktische und finanzielle Probleme für die Kliniken. Personaluntergrenzen seien daher nur in nachweislich besonders pflegesensitiven Bereichen zu rechtfertigen, die Personalverantwortung müsse in Krankenhaushand bleiben.

Eine völlig andere Richtung verfolgt die Bundesärztekammer (BÄK): Sie plädiert dafür, nicht nur bei Pflegekräften, sondern auch bei Medizинern Personaluntergrenzen festzulegen mit dem Ziel, eine Gefährdung der medizinischen Versorgung und der Mitarbeiter zu vermeiden.

Darauf sollten Chefärzte achten

Die personelle Ausstattung der Klinik ist immer wieder Streitthema

zwischen Chefärzten und Krankenhausträgern. So werden (angehende) Chefärzte meistens vertraglich verpflichtet, die einzel- oder tarifvertraglich vereinbarten Arbeitszeiten der Ärzte und nicht ärztlichen Mitarbeiter ihrer Abteilung einzuhalten. Die Hoheit über die Stellenplanung und -besetzung verbleibt aber i. d. R. allein beim Krankenhausträger. Diese wehren sich häufig „mit Händen und Füßen“ gegen eine Ergänzung, dass der Krankenhausträger zur Erfüllung der dienstlichen Aufgaben ausreichend Personal für die vom Chefarzt geführte Abteilung zur Verfügung zu stellen hat. Dies erstaunt umso mehr, als diese Pflicht nur fixiert, was ohnehin arbeitsrechtlich geschuldet ist. In einigen Fällen erweist sich die personelle Besetzung gar als „Zünglein an der Waage“.

Eckpunkte für die Untergrenzen beim Pflegepersonal im Krankenhaus

1. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung und unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) spätestens bis zum 30.06.2018 verbindliche Pflegepersonaluntergrenzen für solche Krankenhausbereiche festzulegen, in denen dies aus Gründen der Patientensicherheit besonders notwendig ist. Hierbei werden Intensivstationen sowie die Besetzung des Nachtdienstes miteinbezogen. Die Vereinbarung muss zum 01.01.2019 wirksam werden. Sollte bis zum 30.06.2018 keine Vereinbarung zustande kommen, wird das BMG bis zum 31.12.2018 durch eine Rechtsverordnung ersatzweise die ausstehenden Entscheidungen treffen.
2. Der Pflegezuschlag, der mit dem Krankenhausstrukturgesetz eingeführt worden war und den Krankenhäuser seit diesem Jahr zur Förderung einer guten pflegerischen Versorgung erhalten, wird ab 2019 von bisher 500 Mio. Euro auf bis zu 830 Mio. Euro pro Jahr aufgestockt. Er kommt vor allem den Krankenhäusern zugute, die viel Personal beschäftigen. Denn Krankenhäuser erhalten den erhöhten Zuschlag in Abhängigkeit von ihrer Pflegepersonalausstattung. Soweit die Pflegepersonaluntergrenzen zu Mehrkosten führen, die nicht bereits anderweitig finanziert sind, können krankenhaushausindividuelle Zuschläge vereinbart werden.
3. Um die Pflege nicht in anderen Bereichen zu schwächen, sollen sogenannte Substitutions- bzw. Personalverlagerungseffekte vermieden werden. Dies ist durch „geeignete Maßnahmen“ sicherzustellen.
4. Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen sind vorzusehen.
5. Für den Fall, dass ein Krankenhaus die Personaluntergrenzen nicht einhält, sind Vergütungsabschläge nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vorzusehen.
6. Ab 2019 müssen die Krankenhäuser durch Bestätigung eines Wirtschaftsprüfers oder vereidigten Buchprüfers die Einhaltung der Personaluntergrenzen differenziert nach Personalgruppen und Berufsbezeichnungen nachweisen.
7. Die Folgen von Personaluntergrenzen in der Pflege sollen bis Ende 2022 wissenschaftlich überprüft werden.

Qualitätssicherung**Änderung der Radiologie-Vereinbarung**

Die Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie wird geändert. Dies betrifft v. a. die technische Qualitätssicherung im Bereich der diagnostischen Radiologie und führt damit zu einer Vereinfachung des Genehmigungsverfahrens.

Anpassung an die RöV

Die apparativen Anforderungen an Geräte für die allgemeine Röntgendiagnostik einschließlich CT sind vom Gesetzgeber detailliert – insbesondere in der Röntgenverordnung (RöV) – vorgegeben. Deshalb entfallen die bisher in Anlage 1 der Vereinbarung geregelten apparativen Anforderungen. Der Arzt muss seiner KV künftig im Rahmen des Genehmigungsverfahrens die behördliche Genehmigung bzw. Anzeigebestätigung nach RöV vorlegen. Ergänzend kann die KV weitere Unterlagen, beispielsweise den Prüfbericht der Sachverständigenprüfung nach RöV, anfordern.

Die Röntzengenehmigung wird auch künftig nach Anwendungsklassen erteilt, und zwar auf Basis der röntgenrechtlichen Vorgaben. Damit entfallen ab Oktober 2017 die vom Hersteller oder Vertreiber abzugebenden Gewährleistungserklärungen.

Inkrafttreten

Die Änderungen treten am 01.10.2017 in Kraft. Sie gelten nur für neu beantragte Genehmigungen. Bestehende Genehmigungen brauchen nicht umgestellt zu werden.

Auch für die Bereiche Strahlentherapie und Nuklearmedizin soll eine entsprechende Anpassung erfolgen.

Recht**Verlust der Röntgen-Genehmigung durch unachtsame Mitteilung an Bezirksregierung**

Die Mitteilung eines programmverantwortlichen Arztes, dass ein Standort einer Röntgenanlage, für die eine Genehmigung für Mammographie-Screenings erteilt ist, „nicht mehr am Screening beteiligt sei“ kann als Mitteilung der Beendigung des Betriebs nach § 3 Abs. 8 Röntgenverordnung verstanden werden mit der Folge, dass die Genehmigung umgehend erlischt (Oberverwaltungsgericht NRW, Beschluss vom 13.02.2017, Az. 13 A 933/15).

Der aktuelle Fall

Die Bezirksregierung hatte den programmverantwortlichen Ärzten (PVÄ) einer Kooperationsgemeinschaft den Betrieb von Röntgeneinrichtungen im Rahmen des Mammographie-Screenings am Standort der Röntgenanlage genehmigt. Die Röntgenanlage gehörte einer Radiologin, der späteren Klägerin. Nach einer Nebenbestimmung sollte die Genehmigung erlöschen, falls keine Rezertifizierung der Screening-Einheit erfolgt.

Die Kooperationsgemeinschaft teilte den PVÄ zwei Jahre später mit, dass das dritte Rezertifizierungsverfahren mit der Auflage ausgesetzt worden sei, eine Kompetenzanpassung zur Hebung eines gravierenden Mangels in der Screeningeinheit durchzuführen. Eine zeitlich befristete mobile Versorgung der anspruchsberechtigten Frauen des bisherigen Standortes werde durch Mammobile sichergestellt. Die KV genehmigte dies.

Daraufhin teilte die Klägerin der Bezirksregierung mit, dass der Standort der Röntgenanlage nicht mehr am Screening beteiligt sei, und bat um Hinweise zum weiteren Vorgehen.

von RA, FA für Medizin R Philip Christmann, Berlin/Heidelberg, www.christmann-law.de

Die Bezirksregierung bewertete dies als Verzicht und teilte den PVÄ mit, dass mit der fehlenden Rezertifizierung der Screeningeinheit die Genehmigung unmittelbar erloschen sei. Sie erließ schließlich einen Bescheid, mit dem der Klägerin und den PVÄ – zu Recht – die weitere Durchführung von Mammographie-Screenings untersagt wurde.

Folgen für die Praxis

Mitteilungen an die zuständige Behörde, die den Betrieb der Röntgenanlage betreffen, sind mit Bedacht zu formulieren.

Die Mitteilung, dass ein Standort nicht mehr an den Screenings beteiligt ist, stellt tatsächlich einen Verzicht auf die Genehmigung dar. Insofern kommt es darauf an, was die PVÄ tun und nicht, was die Besitzerin der Röntgenanlage tut oder sagt. Denn die Genehmigung wird den PVÄ erteilt und nicht dem Besitzer der Anlage. Der Verzicht bedarf zu seiner Wirksamkeit auch keiner (weiteren) Bestätigung durch die Behörde.

Kooperationen

Nachfolge in der BAG: So bringen Sie Ihren Gesellschaftsvertrag auf den neuesten Stand

Bei Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) ergeben sich bei der Weitergabe der Praxis an einen Nachfolger immer wieder Probleme, weil die Regeln dazu im Gesellschaftsvertrag nicht sachgemäß sind bzw. nicht angepasst wurden. Ein guter Gesellschaftsvertrag ist aber wie ein Maßanzug: Er sollte auf die individuellen Praxisbelange zugeschnitten sein. Wenn sich diese oder der gesetzliche Rahmen ändern, muss er angepasst werden. Dies sollte „in guten Zeiten“ geschehen. Im Konfliktfall ist ansonsten ein Rechtsstreit vorprogrammiert.

von RA, FA für Medizinrecht
R. J. Gläser, Hammer & Partner,
Bremen, hammerundpartner.de

Nachfolge in BAG leichter als bei Einzelpraxis

Partnern einer „Gemeinschaftspraxis“ fällt es in der Regel leichter, einen jungen Kollegen als Nachfolger für einen ausscheidenden Partner zu gewinnen, als die Nachfolge einer Einzelpraxis zu regeln. Die Vorteile einer Gemeinschaftspraxis liegen auf der Hand: Die Kosten verteilen sich auf mehrere Köpfe (ohne in gleichem Umfang zu steigen), da die Ressourcen (Räumlichkeiten, Inventar und Personal) intensiver genutzt werden können. Außerdem ist die Vertretung bei Urlaubs- oder Krankheitszeiten gewährleistet, es können „Schichten-Modelle“ umgesetzt und die Tätigkeit an etwaige familiäre Belange angepasst werden.

Trotzdem fällt die Suche nach einem Nachfolger auch in einer Gemeinschaftspraxis manchmal schwer. Dies gilt insbesondere für Praxen in ländlichen Bereichen oder solche mit

einer ungünstigen Altersstruktur der Gesellschafter – wenn zum Beispiel zu erwarten ist, dass diese sukzessive alle innerhalb von wenigen Jahren ihre ärztliche Tätigkeit aufgeben werden.

Praxishinweis

Ist ein potenziell ausstiegsbereiter Vertragspartner uneinsichtig, die Praxis für einen Nachfolger „aufzuhübschen“ und sich an Investitionen zu beteiligen, die ihm nicht mehr unmittelbar zugutekommen, gilt es klarzumachen: Die notwendigen Investitionen liegen auch im Interesse des Ausscheidenden. Oft findet sich nur so ein Nachfolger, der in die Gesellschafterstellung eintritt.

Goodwill sollte vom Nachfolger ausgeglichen werden

Angesichts früherer Zulassungssperren wurde oft geregelt, dass der ausscheidende Vertragspartner nicht nur für seinen Anteil am materiellen Anlagevermögen (Inventar), sondern auch für seinen Goodwill-Anteil einen Ausgleich vom verbleibenden

Vertragspartner erhält. Dies konnte sinnvoll sein, um dem oder den verbleibenden Kollegen die Nachfolgerauswahl mit Kaufpreisverhandlungen zu überlassen, ohne dass sich der ausscheidende Partner einmischen konnte. De facto haben seinerzeit meistens auch die Zulassungsausschüsse mitgespielt, die laut § 103 Abs. 4 Sozialgesetzbuch V u. a. bei der Auswahl des Nachfolgers die „wirtschaftlichen Interessen“ der verbleibenden Partner zu berücksichtigen hatten.

Derartige Vertragsvereinbarungen sind heute nicht mehr zeitgemäß. Es ist vielmehr von Übernahmeregelungen abzuraten, die eine Abfindung des ausscheidenden Vertragspartners durch den verbleibenden Vertragspartner für den Goodwill vorsehen. Ein Ausgleich lässt sich nämlich nur durch Aufnahme eines Nachfolgers realisieren.

Der verbleibende Vertragspartner hat ohne Nachfolger für den bisherigen Partner sowieso schon die Last der Praxisfortführung. Es wäre völlig unangemessen, einem ausscheidenden Vertragspartner einen Goodwill-Ausgleichsanspruch gegenüber dem verbleibenden Vertragspartner zuzusprechen, wenn sich kein Nachfolger findet oder keine Nachbesetzung durch einen angestellten Arzt erfolgt.

Praxishinweis

Es gilt: ohne Nachfolger kein (zusätzliches) Budget und ohne Budget kein Goodwill-Ausgleichsanspruch. Ein Ausgleich lässt sich nur bei Aufnahme eines Nachfolgers realisieren – dieser bezahlt die Goodwill-Abfindung.

Gesellschaftsanteil/Vertragsarztsitz an Nachfolger übergeben

Die Nachfolgeregelungen sollten vorsehen, dass der Gesellschaftsanteil und Vertragsarztsitz nicht von dem verbleibenden Vertragspartner übernommen werden, sondern von einem Nachfolger. Da eine Nachfolge in der Gesellschafterstellung durch einen Dritten im Interesse sowohl des abgebenden als auch des oder der verbleibenden Praxispartner liegt, kommt es hierbei in der Regel nicht zu wirklichen Problemen.

Falls doch, steht es dem ausscheidenden Gesellschafter frei, sich „um die Ecke“ niederzulassen. In diesem Fall wird der Goodwill „mitgenommen“. Soweit das gemeinschaftlich genutzte Inventar in der Praxis verbleibt, besteht diesbezüglich ein Abfindungsanspruch.

Sonderregelung für den Todesfall

Wenn ein Praxispartner verstirbt, sieht die Interessenlage naturgemäß anders aus. Die Erben sind oft damit überfordert, einen Nachfolger für den Gesellschaftsanteil des verstorbenen Partners zu suchen. Auch der verbleibende Praxispartner wird nicht immer in der Lage sein, kurzfristig einen Kollegen als Nachfolger für den verstorbenen Praxispartner zu gewinnen. Möglicherweise hat er hieran auch kein Interesse.

Nachfolgeregelungen, die eine zwingende Übernahme des Gesellschaftsanteils des ausscheidenden Vertragspartners vorsehen, helfen in diesem Fall zwar den Erben. Findet sich jedoch kein externer Nachfolger, kann dies den Ruin des verbleibenden Praxispartners bedeuten.

Praxishinweis

Für den Todesfall der Praxispartner bietet sich folgende Lösung an, die wirtschaftliche Belastungen für den verbleibenden Vertragspartner vermeidet und das Abfindungsinteresse der Erben sicherstellt: Die beiden (oder ggf. mehrere) Praxispartner verpflichten sich, in Höhe des geschätzten Wertes des jeweiligen Gesellschaftsanteils eine Risiko-Lebensversicherung abzuschließen, und zwar

- jeweils im eigenen Namen
- auf den Tod des Praxispartners
- mit ausschließlicher Bezugsberechtigung des jeweils anderen Praxispartners.

Der Bezugsberechtigte zahlt die Prämien. Ihm fließt die Lebensversicherungssumme (steuerfrei) zu. Damit wiederum können die Erben ausbezahlt werden. Der volle Gesellschaftsanteil (materiell und ideell) des verstorbenen Praxispartners geht auf den verbleibenden Partner über. Es muss nicht zwingend ein Nachfolger in der Gesellschafterstellung gefunden werden.

Sonderregelung für Berufsunfähigkeit

Berufsunfähigkeitsfolgen sind meistens nur unzureichend und mit hohen Versicherungsbeiträgen abzusichern. Deshalb besteht ein besonderes Absicherungsbedürfnis bezüglich des Abfindungsanspruchs eines ausscheidenden Kollegen, was die Auszahlung seines Gesellschaftsanteils auch am ideellen Gesellschaftsvermögen (Goodwill) betrifft. Hier wird die Realisierung des Goodwill-Wertes nur möglich sein, wenn für den berufsunfähigen Kollegen ein Nachfolger in der Gesellschafterstellung oder ein angestellter Vertragsarzt gewonnen werden kann. Findet sich keiner,

haben letztlich beide Praxispartner „Pech gehabt“:

- Der eine muss die Praxis mit allen fortlaufenden Kosten allein weiterführen.
- Der andere bleibt auf die Einkünfte seiner Berufsunfähigkeitsversicherung beschränkt und kann nicht mehr als einen Ausgleichsanspruch für seinen Anteil am materiellen Anlagevermögen der Praxis erwarten.

Bis sich der „gute Ruf“ des ausgeschiedenen Kollegen verflüchtigt, vergeht geraume Zeit. Deshalb ist es angemessen, bei dem grundsätzlichen Ausschluss eines Goodwill-Ausgleichsanspruchs gegenüber dem verbleibenden Partner für den Fall eine Abfindung an den berufsunfähigen Kollegen vorzusehen, dass innerhalb eines Jahres ein Nachfolger einsteigt oder ein Arzt angestellt wird (z. B. durch Quotierungen). Insofern kommt der vom berufsunfähigen Kollegen erarbeitete Goodwill dem verbleibenden Partner noch zugute, sodass er dafür auch zahlen soll.

Praxishinweis

Von Standardverträgen „aus der Schublade“ und erst recht von selbstgestrickten „Copy-and-Paste-Verträgen“ aus dem Internet ist abzuraten. Wichtig ist vor allem, das richtige Problembewusstsein zu entwickeln. Dabei hilft eine individuelle rechtliche Beratung.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- So kann der Käufer den gesamten Kaufpreis für die Arztpraxis von der Steuer absetzen“ in RWF Nr. 6/2017
- Download: „Fortsetzungs-, Eintritts- und Nachfolgeklauseln im Gesellschaftsvertrag der Praxis“

Ertragswertverfahren

Die Bewertung von Arztpraxen

Veräußerung eines Gesellschaftsanteils, Erwerb eines Gesellschaftsanteils, Wertermittlung eines Praxisanteils im Rahmen eines Scheidungsverfahrens etc. – je nach Anlass bestehen bei den Beteiligten oft unterschiedliche Vorstellungen über den Praxiswert. Für die Bewertung geht man inzwischen allgemein von einer ertragswertorientierten Methode unter Berücksichtigung der Kosten aus (= sogenanntes Ertragswertverfahren). Hier die Einzelheiten.

von Geschäftsführer Dr. Bernd May,
MBM Medical-Unternehmens-
beratung GmbH, Mainz

Das Ertragswertverfahren

Bei der Bewertung von Arztpraxen kollidieren zwei Prinzipien: Zum einen beschränken die gesetzlichen Regulierungen die unternehmerischen Freiräume bei der Führung der Praxis. Zum anderen ist eine (radiologische) Arztpraxis ein auf Gewinnerzielung ausgerichteter Wirtschaftsbetrieb, an dessen zukünftiger Entwicklung der Käufer interessiert ist.

Insofern spielt die Vergangenheit der Unternehmensentwicklung lediglich bis zum Bewertungsstichtag mit Darstellung der wirtschaftlichen Verhältnisse als Ausgangswert für die Zukunftsentwicklung eine Rolle. Risiken und Chancen sind bei der Zukunftsentwicklung entsprechend der Marktbesonderheiten zu berücksichtigen. Dies alles berücksichtigt das sogenannte Ertragswertverfahren, das höchstrichterlich auch für die Bewertung von Arztpraxen bestätigt worden ist (BGH, Urteil vom 02.02.2011, Az. XII ZR 185/08; Urteil vom 09.02.2011, Az. XII ZR 40/09). Auch die Bundesärztekammer greift dies in

ihren „Hinweisen zur Bewertung von Arztpraxen“ auf.

Gutachter hinzuziehen

Um den Interessen der Beteiligten im Bewertungsverfahren gerecht zu werden, kann ein Gutachter bestellt werden. Dessen Stellung ist genau zu beschreiben:

- Handelt es sich um ein Parteiengutachten mit einer Bewertung aus der Sicht einer Partei (z. B. Anteilsabgeber oder -erwerber)?
- Wird ein neutraler Gutachter mit dem Ziel tätig, einen fairen Interessenausgleich zwischen beiden Parteien herzustellen?
- Gibt es einen vom Gericht bestellten Gutachter?

Zeitlich begrenzte Zukunftsprognose

Im Gegensatz zu einem gewerblichen Betrieb mit einem weit in die Zukunft fortgeschriebenen Erfolg ist der Zukunftserfolg für Praxen meist zeitlich beschränkt:

- Bei einer Einzelpraxis ist der Erfolg mit der Person des Praxisinhabers, seinem fachlichen Können und seiner Praxisführung eng verbunden. Dieser Erfolg kann sich schnell verflüchtigen, wenn der Übernehmer ein deutlich abweichendes fachliches

Führungsprofil hat. Die gesetzliche Regulierung des Gesundheitsmarktes spielt ebenfalls eine wesentliche zeitliche Rolle.

- Für Kooperationen ist der Zukunftserfolg schwieriger zu analysieren: Angesichts der Konzentrationsprozesse im ambulanten (und auch im stationären) Bereich bilden sich Kooperationen von Praxen untereinander oder aus Praxen mit Kliniken. Hier entstehen medizinisch wie konzeptionell bestandsfähige Praxisunternehmen mit z. T. mehr als 30 Fachärzten.

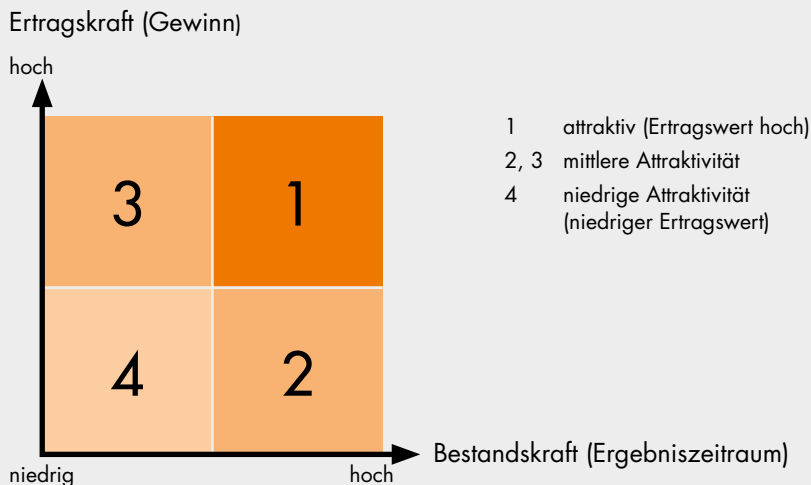
Zukunftsprognose hängt von Ertrags- und Bestandskraft ab

Grundsätzlich hat der wirtschaftliche Zukunftserfolg einer Praxis zwei Dimensionen:

1. Die nachhaltige Ertragskraft mit der in die Zukunft fortzuschreibenden, durchschnittlichen Gewinnerwartung (z. B. Gewinn vor Steuern nach Abschreibung und Zinsen einschließlich aller Arztgehälter, also der ausschüttungsfähige Gewinn)
2. Die Bestandskraft, ausgedrückt im Ergebniszeitraum, also die Anzahl der Jahre, in denen der zukünftig zu erwartende Durchschnittsgewinn zu berücksichtigen ist

Diese beiden Dimensionen beschreiben im Schaubild unten vier typische Praxissituationen bei Bewertungsverfahren: Das Feld 1 bestimmt den relativ höchsten Praxiswert, die Felder 2 und 3 einen demgegenüber niedrigeren und das Feld 4 den relativ niedrigsten Praxiswert mit geringer Bestands- und Ertragskraft. Letzteres ist z. B. für eine Einzelpraxis mit konventionellem Röntgen, Sonographie und nur CT der Fall.

Ertragswertklassifikation mit 4 Attraktivitätsfeldern



Quelle: Medical Unternehmensberatung GmbH | Grafik: IWW Institut

Ertragskraft (Gewinn)

Bei der Gewinnermittlung müssen solche investiven Maßnahmen berücksichtigt werden, die zur Erhaltung der für die zukünftige Gewinnerzielung relevanten Substanz notwendig sind.

Beispiel: Veraltete Technik

In einer Praxis steht ein technologisch veralteter MRT, mit dem keine Kardio- oder Prostata-Diagnostik möglich ist bzw. Untersuchungen an Kleinkindern zu lange dauern. Werden parallel dazu mehrere moderne MRT betrieben, ist die veraltete Technologie weniger relevant, da diejenigen Indikationen damit bearbeitet werden können, deren Ergebnisse noch zeitgemäß sind.

Dagegen spielt eine veraltete Mehrzeilen-CT-Technologie ohne den aktuellen Stand der Strahlenhygiene grundsätzlich eine entscheidende Rolle.

Beispiel: Längere Nutzung

In einer Praxis werden Geräte betrieben, die am Ende ihres Lebenszyklus angelangt sind. Sie werden außerdem länger als betriebsgewöhnlich abgeschrieben. Zusätzlich ist eine Finanzierung mit einer über die betriebsgewöhnliche Nutzungszeit hinausgehenden Tilgung vereinbart worden. Hier sind entsprechende Korrekturen erforderlich:

- Virtuelle Anschaffung eines Geräts mit aktueller Technologie
- Betriebsgewöhnliche Nutzungszeit mit kongruenter AfA und Finanzierung (diese Korrektur ist vor allem dem endlichen Ergebniszeitraum geschuldet)

Bei den Kosten ist zu berücksichtigen, dass jeder in der Praxis tätige Arzt mit einem für seine Tätigkeit üblichen Gehalt eingesetzt wird. Das gilt auch für Nicht-Angestellte wie am Gesellschaftsvermögen beteiligte Arzt-Unternehmer.

Bestandskraft (Ergebniszeitraum)

Zu den Besonderheiten einer Arztpraxis gehört, dass sich ein besonderes, herausragendes Eignungsprofil eines Arztes mit dessen Ausscheiden relativ schnell verflüchtigt, wenn die besondere Eignung nicht durch einen in der Praxis tätigen Arzt redundant besetzt ist oder der Anteilsübernehmer diese einbringt. Das gilt für

- eine besondere fachliche Eignung (beispielsweise Diagnostische Neuroradiologie) oder
- ein Managementsystem (z. B. für die Einhaltung des Regelwerks für den sozialen Zusammenhalt, die Anpassung und Weiterentwicklung der Strukturen in Abhängigkeit von den gesetzlichen Rahmenbedingungen, die fachliche Weiterentwicklung).

Lassen sich die Gewinnanteile eindeutig einer solchen Eignung zuordnen und können die Abhängigkeiten nicht durch den Aufbau entsprechender Redundanz beseitigt werden, muss dieser Faktor beim Ergebniszeitraum als Minderung gesondert berücksichtigt werden.

Beispiel

Üblicherweise erzielt ein überwiegend mit Spezialisten arbeitender Praxisbetrieb im Vergleich zu einem mit Generalisten einen höheren Gewinn. Er hat aber dann eine niedrigere Bestandskraft, wenn diese Spezialisierungen nicht redundant besetzt sind.

Hinweise für die Praxis

Die Gewinnbeiträge von **Mehrstandortpraxen** sind einzeln auch

bezüglich ihrer Bestandskraft zu bewerten.

Unterhält eine Praxis eine oder mehrere **Kooperationen mit Kliniken**, muss jede Kooperation im Hinblick auf ihre Bestandskraft analysiert werden. Dabei können sehr unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen zugrunde liegen. Auch hängt die Zufriedenheit beider Parteien mit einer solchen Kooperation unter anderem von der Ergebnisqualität, der Servicequalität und der Kostenstruktur aus Sicht des klinischen Partners ab. Wenn beispielsweise die fachlichen Schwerpunkte des radiologischen Kooperationspartners nicht mit den klinischen Schwerpunkten korrespondieren, kann der Bestand einer Kooperation gefährdet sein, wenn diese Inkongruenz nicht beseitigt wird.

Die **fachlich-methodischen Schwerpunkte** einer Praxis sind im Verhältnis zu Mitbewerbern im direkten Einzugsgebiet herauszuarbeiten und evtl. gesondert zu bewerten.

Beispiele

Hier wird das Einzugsgebiet von den fachlichen Schwerpunkten der Praxis selbst geprägt und die Ausdehnung bis zu einem Mitbewerber mit einem vergleichbaren Schwerpunktpprofil bestimmt:

- Bei der interventionellen Radiologie in Kooperation mit dem Klinikpartner ist auch die kontrastmittel-gestützte multiparametrische MRT der Prostata an einer Klinik mit urologischem Schwerpunkt mit dem Potenzial MRT-gesteuerter Therapien zu berücksichtigen.

- Fachliche Praxis-Schwerpunkte sind nichtinvasive Kardio-Diagnostik mit MRT und CT, neuroradiologische Diagnostik (insbesondere in Kooperation mit einem neurologischen bzw. neurochirurgischen Klinikpartner), die Prostatadiagnostik, die Strahlentherapie mithilfe von Linearbeschleunigern, Mammascreeing (PVA) oder ein kinderradiologischer Schwerpunkt, der nachts nach Beendigung der Erwachsenen-Radiologie mit Kindern ohne die Notwendigkeit einer die Kinder immer belastenden Anästhesie durchgeführt wird.

Insofern sind zu bewerten:

- Spezialisierung bei der Ausübung der fachlichen Schwerpunkte versus Generalisierung (Aufbau von Redundanz für jede Spezialisierung)
- Servicequalität gegenüber Patienten und zuweisenden Ärzten
- Mehrstandorte-Konzept versus Konzentration an einem Standort

Berechnung des Ertragswerts

Der Ertragswert setzt sich aus den nachhaltigen Gewinnanteilen zusammen, die innerhalb eines Ergebniszeitraums anfallen und die einzeln auf den Bewertungsstichtag abzuzinsen sind.

Der dabei eingesetzte Zinssatz enthält einen Risikoanteil, der z. B. Unsicherheiten bei Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen oder die Bestandsfähigkeit einer Kooperation mit einer Klinik berücksichtigt. Darin kann sich auch ausdrücken, dass die Bestandsfähigkeit einer Klinik selbst kritisch zu

sehen ist (z. B. wegen Veräußerung oder Schließung). Üblicherweise hat aber der stationäre Sektor eine höhere Bestandskraft als der ambulante.

Zu berücksichtigen ist am Ende des Ergebniszeitraums eine evtl. nicht durch den Abgeber verbrauchte Substanz (wie Geräte). Diese ist in einem solchen Fall zu ermitteln, auf den Bewertungsstichtag abzuzinsen und dem Ertragswert zuzuschlagen.

Die Summe der abgezinsten Ertragswerte (Zukunftserfolge) zuzüglich einer etwaigen, am Ende eines Ergebniszeitraums verbleibenden, nicht verbrauchten Substanz (abgezinst auf den Bewertungsstichtag) bestimmt dann den Praxiswert.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- BÄK-Hinweise zur Bewertung von Arztpraxen auf der Website der BÄK unter www.iww.de/s178.



Impressum

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

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

Redaktion
RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

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

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