

# QUO VADIS – NIEDERGELASSENER ARZT

(Eine subjektive Einschätzung aus meiner annähernd 50-jährigen Erfahrung, ohne Anspruch darauf, dass diese Darstellung und die sich daraus ergebenden subjektiven Folgerungen ein Allheilmittel sind – meine Gedanken sollen sensibilisieren.)

## a priori eine Generalaussage:

Der Arzt, der auch in Zukunft bereit ist, als Selbstständiger zu agieren, wird Arzt-Unternehmer werden müssen. Die undurchsichtige, dilettantische bzw. den Berufsstand Arzt diskriminierende Gesetzgebung (Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung – Versorgungsstärkungsgesetz GKV-VSG und Antikorruptionsgesetz für Ärzte) hat offenbar zum Ziel, den Arzt in seiner Freiberuflichkeit und in seiner Verantwortung für die ambulante Versorgung zu verunsichern bzw. zu desavouieren. Er wird in seiner Lauterkeit unter Generalverdacht gestellt, was nur mehr einen Bruchteil der Ärzte dazu animieren wird, im bipolaren Spannungsfeld als Arzt und Unternehmer agieren und bestehen zu wollen.

Die logische (vom Gesetzgeber absolut gewollte) Konsequenz daraus ist, dass der Großteil der Ärzte in ein Angestelltenverhältnis „schlüpfen“ will. Beschleunigt wird diese Tendenz noch durch die „Feminisierung“ der Ärzteschaft. Frauen (60 Prozent der Medizinabsolventen) wollen aus unterschiedlichen Gründen (Familienplanung, Work-Life-Balance) keinen Ganztagsjob mehr. Dies führt naturgemäß dazu, dass sie den Beruf zwar kompetent und professionell ausüben, aber die kaufmännische Verantwortung (Arzt und Unternehmer zu sein) nicht übernehmen wollen bzw. auch durch die verminderte Präsenz nicht übernehmen können. Ebenso will eine Vielzahl von Arztfamilien, aber auch von Arztsingles eine individuelle Work-Life-Balance.



Dr. rer. pol. Rudolph Meindl

→ Diplom-Kaufmann

→ Geschäftsführender Gesellschafter Dr. Meindl u. Partner Verrechnungsstelle GmbH

→ Öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für die Bewertung von Arzt- und Zahnarztpraxen (bis 70. Lebensjahr)

→ Seit über 49 Jahren im Dienste des Arztes

Die Tendenz zur Gründung von Großkonstrukten in Form von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist wiederum eine logische und vom Gesetzgeber absolut gewollte Konsequenz.

Dieses hier aus meiner subjektiven Sicht geschilderte Szenario wird sich in fünf bis sieben Jahren verstärkt einstellen. Nicht vorher, da die derzeitigen voll engagierten Arzt-Unternehmer, die „primi inter pares“ in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), das Alpha-Tier in Praxisgemeinschaften und der kaufmännisch orientierte Geschäftsführer im MVZ ihre Positionen halten werden.

## Aber sie alle sind 50 plus!

Das heißt, in fünf bis sieben Jahren beginnt der Countdown für die Entscheidung der Übergabe, wenn nicht das GKV-VSG durch einen enteignungsähnlichen Vorgang (Zwangsaufkauf) die Existenz von BAG und MVZ gefährdet oder gar ruiniert.

Lassen Sie mich das an zwei Beispielen erläutern:

### 1. Facharzt in Einzelpraxis wird berufsunfähig bzw. stirbt.

Es handelt sich hier um ein unvorhergesehenes Ereignis. Bei Mangel an Vertretern besteht die Gefahr des Verfalls der Praxis. Hier wäre der Aufkauf für die Betroffenen (Arzt bzw. Erben) grundsätzlich kein Nachteil, wenn die Bewertungsmethode stimmt. Oder besteht gar eine Ankaufspflicht? Im GKV-VSG ist das – wie so vieles – nicht geregelt.

### 2. Großkonstrukte, insbesondere in investitionsintensiven Fachrichtungen (Radiologie, Strahlentherapie, Labormedizin), beginnend bei BAG mit mindestens drei Ärzten.

Der Wegfall eines Budgets und damit einer Fachkraft kann existenzbedrohend sein. Die hohen Fixkosten bleiben. Gemäß der Lehre vom Grenzertrag (die letzten 100.000 Euro entscheiden über das kaufmännische Sein oder Nichtsein) ist dies eine wesentliche Verringerung des wirtschaftlichen Ergebnisses und damit ein stark erhöhtes wirtschaftliches Risiko in so einer ohnehin schon sehr reglementierten Großpraxis (die nichts anderes ist als ein den kaufmännischen Gesetzgebungen unterworfenen kaufmännisches Unternehmen).

### Wie sehen die Banken das?

Wie schaut es mit der Nachhaftung des Ausscheidenden aus? (In der BGB-Gesellschaft, die in 99 Prozent aller Fälle das Rechtskonstrukt derartiger radiologischer, strahlentherapeutischer Großpraxen ist, haftet auch der ausscheidende Gesellschafter solidarisch bis zur expliziten Freistellung durch die Gläubiger (Banken, Leasingfirmen, Vermieter). Der – anteilige – Sachwert ist im Gesetz überhaupt nicht geregelt! Das bedeutet einen wesentlich geringeren Aufkaufpreis, da die Marktmechanismen von Angebot (gering) und Nachfrage (hoch) durch den Zwangsaufkauf außer Kraft gesetzt sind.

Was würde ich tun?

### In der Einzelpraxis:

Bei kompromissloser, voller Identifikation wird eine Übergabe immer funktionieren, dennoch rate ich zu einem frühzeitigen Planen. In gesperrten Gebieten mit über 140 Prozent (VSG! Praxisaufkauf durch Verweigerung der Zulassung für den Nachfolger) empfehle ich eine sensible Beobachtung, wie das (verfassungswidrige?) GKV-VSG im gleich gelagerten Fall angewendet wird/wurde. Schaffen Sie eine „Stand-by-Situation“ durch die Option eines Einstiegs bzw. eine Übernahme über einen gewissen Zeitraum hinaus und schreiben Sie den Praxiswert nach der herkömmlich, allseits anerkannten (außer durch das VSG!) modifizierten Ertragswertmethode frühzeitig fest

### In der BAG (insbesondere facharztübergreifend):

Wenn eine alters-, krankheits-, oder lebensplanungsbedingte Übergabe bevorsteht (auch erst in fünf Jahren), starten Sie eine Anfrage bei der KV (bei 140-prozentigem Sättigungsgrad) und provozieren Sie die Antwort mit dem Hinweis auf die Konsequenz eines durch das GKV-VSG regulierten Praxisaufkaufs. Diese Regulierung ist voll umstritten, nur einige Eckpunkte dazu:

### Bewertungsmethode –

#### das heißt, der Verkehrswert – was ist das ?

Es wird nicht über die Übernahme des Sachwertes gesprochen und auch laufende Verträge wie Leasing-/Mietverträge und sonstige, die ja noch zum Zeitpunkt der möglichen Übergabe bestehen würden, sind nicht angesprochen. Bisher gibt es auch nur eine einzige Aufkaufsituation.

## IMPRESSUM

Herausgeber:  
KompetenzNetz Medicus e.V.  
Willy-Brandt-Platz 20  
90402 Nürnberg

Verantwortlich für den Inhalt:  
Michael Friebe

Auflage: 3000 Stück

Redaktion:  
Bernhard Brauns, Michael Friebe,  
Barbara Lösel, Lukas Meindl

Basiskonzeption:  
straub design

Gestaltung:  
ideenreich • Christine Friebe

Urheberrechte:  
Alle Rechte zur Vervielfältigung und Verbreitung des Inhalts von "Der Medicus" einschließlich der Mikroverfilmung und Digitalisierung sind dem Kompetenz-Netz Medicus e.V. vorbehalten. Der Rechtsschutz gilt auch gegenüber Danktanbanken oder ähnlichen Einrichtungen.

Fotos:  
Fotolia\_90635207\_XXL - ©YkobchukOlena  
Fotolia\_85265988\_XL - ©ClemensSchüßler  
Dubova/ Shutterstock.com  
ARaspopova/ Shutterstock.com  
ElenaSchweitzer/ Shutterstock.com  
AliasChing/ Shutterstock.com  
Murphy81/ Shutterstock.com  
LyudmylaKharlamova/ Shutterstock.com

Als (ältestes) Mitglied in einer Groß-BAG bzw. in einem MVZ würde ich Folgendes tun:

einen „Status quo“ mit den jüngeren, in der Regel nach Übergabe verbleibenden Partnern erstellen, eventuell Anteile in das MVZ einbringen, gegen Entgelt (das nach der modifizierten Ertragswertmethode festzustellen ist), bei Weiterarbeit im Angestelltenverhältnis (derzeit halber Steuersatz).

Der Betrieb einer Arztpraxis ist zunehmend von wirtschaftlichen Faktoren geprägt. Die unternehmerischen Spielregeln gelten auch für Ärzte! Die Arztpraxis ist dem Wesen eines modernen Dienstleistungsunternehmens anzupassen. Die Ausübung

der ärztlichen Tätigkeit ist einerseits durch ein überdurchschnittliches Maß an Anerkennung durch die Gesellschaft gekennzeichnet, andererseits aber auch durch die Erwartungshaltung der Patienten keineswegs konfliktfrei und einfach.

Die einzigen Einschränkungen hinsichtlich der wirtschaftlichen und organisatorischen „Spielregeln“ ergeben sich aus den Bestimmungen des Ärztegesetzes; dieses besagt jedoch keinesfalls, dass sich der Anwender nicht professionell (auch kaufmännisch) betätigen darf!

## FAZIT:

Ich rate grundsätzlich jedem Arzt, der sich in einer Einzelpraxis (s. o.) oder in einer Zweimann-Praxisgemeinschaft, respektive Berufsausübungsgemeinschaft befindet, sich zu assoziieren (und wenn „nur“ in Form einer Teilgemeinschaftspraxis bzw. überörtlichen BAG), da ich es mir sehr schwer vorstellen kann, dass ein in ein Groß-/Mittel-Konstrukt integrierter Arzt bei der Aufgabe seines Praxissitzes einem mutwilligen Zwangseingriff unterworfen sein wird.

Älteren Ärzten im Besonderen oder Aufgabewilligen im Allgemeinen rate ich, fachmännischen Rat einzuholen, ob nicht aus der gesetzlich oktroyierten Soll(Aufkaufs)-Bestimmung ein Rechtsanspruch auf Aufkauf (Aufkaufspflicht) hergeleitet werden kann.

Im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) hatten wir diese Problematik schon einmal. 1996 bestimmte dieses Gesetz, dass alle Praxen, die ab 1. Januar 1999 in überversorgten Gebieten aufgelöst werden, nicht mehr zu verkaufen sind. Ich habe damals schon klar und deutlich gesagt, dies hat grundgesetzliche Problematiken, denn das Recht auf Eigentum ist grundgesetzlich geregelt. Da im Falle des „Zwangsaufkaufs“ in den weitaus überwiegenden Fällen weniger bezahlt wird bzw. Existenzen bedroht sein können (s. o.), kommt dies m. E. einer Teilenteignung gleich!

Der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer, der das GSG zu verantworten hatte, hatte nach dem Deutschen Ärztetag 1998 eine absolute Kehrtwendung gemacht und den Passus der entschädigungslosen Streichung von Praxen in überversorgten Gebieten, den ich damals schon als für nicht Grundgesetz konform beurteilt habe, gestrichen.

Zum Schluss stellt sich natürlich noch die ganz elementare Frage:

Wer zahlt von welchem Geld wie viel und was für die Sitze/Praxen?  
für die eventuellen Schadenersatzforderungen?  
für den Verwaltungsaufwand?

Auch dies regelt das GKV-VSG, nämlich durch das Budget, und damit auf Kosten der Ärzte!

**Es wäre ein Hohn!**

Dr. Rudolph Meindl