

BRENNPUNKT

Möller · Ketteler-Eising

Ärztliche Kooperationen

Rechtliche und steuerliche Beratung

- ▶ Gesellschaftsrecht
- ▶ Berufsrecht
- ▶ Steuerrecht
- ▶ Vertragsarztrecht
- ▶ Praxishinweise und Beispiele

5. Auflage

▶ **nwb** E-BOOK

Möller/Ketteler-Eising · Ärztliche Kooperationen

Ärztliche Kooperationen

Rechtliche und steuerliche Beratung

Von

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

Prof. Dr. Karl-Heinz Möller und

Steuerberater, Dipl.-Betriebswirt Thomas Ketteler-Eising

5., aktualisierte Auflage

ISBN 978-3-482-**57315-6**

eISBN 978-3-482-**02601-0**

5., aktualisierte Auflage 2021

© NWB Verlag GmbH & Co. KG, Herne 2007
www.nwb.de

Alle Rechte vorbehalten.

Dieses Buch und alle in ihm enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages unzulässig.

Satz: PMGi Agentur für intelligente Medien GmbH, Hamm

Druck: Elanders GmbH, Waiblingen

VORWORT

Bedeutung und Komplexität ärztlicher Kooperationen nehmen stetig zu. Die Anzahl der in kooperativen Strukturen tätigen Leistungserbringer wächst. Mit einer Änderung dieser Situation ist in den nächsten Jahren nicht zu rechnen.

Insbesondere mit der Anerkennung von überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften, Teil-Berufsausübungsgemeinschaften, Filialpraxen und den vereinfachten Möglichkeiten zur Gründung von Medizinischen Versorgungszentren ergeben sich viele Gestaltungsoptionen. In einzelnen Fachrichtungen wie beispielsweise der Radiologie und der Laboratoriumsmedizin fusionieren bereits große Einheiten zu noch größeren Gebilden mit zum Teil mehreren hundert Mitarbeitern an zahlreichen Standorten. Diese Prozesse müssen beraterisch begleitet werden.

Zudem können Ärztinnen und Ärzte – auch fachgebietsübergreifend – unter erleichterten Bedingungen angestellt werden. Teilweise werden Anstellungsverhältnisse aus strategischen Überlegungen gebildet, manchmal auch, um die Voraussetzungen einer „Rückumwandlung“ in eine Vertragsarztzulassung zu schaffen. Diese Anstellungsverhältnisse geraten zunehmend in den Fokus der steuerlichen Betriebsprüfungen.

Immer noch treten Krankenhäuser an Niedergelassene heran, um einzelne Abteilungen „outzusourcen“ oder mit den niedergelassenen Ärzten Kooperationen einzugehen, die den Krankenhäusern den Einstieg in den ambulanten Bereich ermöglichen oder zumindest Behandlungspfade erschließen sollen.

Ferner sorgt die immer rasanter fortschreitende Entwicklung neuer Technologien für weiteren Kooperationsbedarf. Neue, teurere Technologien zwingen den in einer Einzelpraxis oder einer kleineren Einheit niedergelassenen Arzt zur Kooperation mit anderen medizinischen Einrichtungen, denn allein ist die Praxis oft nicht in der Lage, die Geräteinvestitionen, die sich z. T. im hohen Millionenbereich bewegen können, zu tragen und die Geräte auszulasten.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen ärztliche Kooperationen stattfinden, werden zunehmend komplexer. Zwar sind auf der einen Seite in den vergangenen Jahren erhebliche Liberalisierungen zu verzeichnen, die die Gründung von Kooperationen deutlich erleichtern und ein finanzielles Engagement von Investoren fördern (z. B. bei MVZ Ketten). Andererseits aber ist das vertragsärztliche Zulassungsrecht angesichts

der in nahezu sämtlichen ärztlichen Fachgebieten bestehenden Zulassungssperren planwirtschaftlich geprägt. Weiterhin ist die Rechtsprechung in jüngster Zeit mit sehr restriktiven Entscheidungen den Tendenzen eines Konzessionshandels bei Vertragsarztzulassungen entgegengetreten, was viele Kooperationsvorhaben erschwert oder sogar verhindert. Zudem droht in vielen Fällen die Einziehung von Vertragsarztsitzen. Wie die Praxis mit der Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Entschädigung umgehen wird, ist nach wie vor eine spannende und noch nicht abschließend geklärte Frage.

Mit der Einführung der §§ 299a, 299b StGB hat der Gesetzgeber die Zuführung von Patienten unter bestimmten Voraussetzungen unter Strafe gestellt, was vielen Kooperationen enge Grenzen gesetzt hat.

Rechtsanwälte und Steuerberater haben die Ärzteschaft längst als ein neues, zunehmend interessanter werdendes Geschäftsfeld entdeckt. Die Vielschichtigkeit möglicher Kooperationsformen macht die Beratung durch diese Berufsgruppen zwingend erforderlich.

In diesem Buch werden die aktuellen rechtlichen und steuerrechtlichen Rahmenbedingungen ärztlicher Kooperationen aufgezeigt. Die relevanten Problemstellungen werden in kurzer und prägnanter Form dargestellt, Lösungsansätze aufgezeigt und vielfältige Praxishinweisen gegeben. Das Buch soll sowohl dem „Anfänger“ bei der Beratung von medizinischen Einrichtungen einen ersten Einstieg in die Thematik vermitteln und ihm einen Überblick über die Rahmenbedingungen geben als auch dem Spezialisten auf der Suche nach Sonderfragen geeignete und schnell umsetzbare Lösungen anbieten.

Herr Steuerberater Dr. Michels, Mitbegründer dieses Werks und langjähriger Ideengeber, ist leider altersbedingt aus dem Autorenteam ausgeschieden. Die verbliebenen Autoren danken ihm für die menschlich angenehme und fachlich befruchtende Zusammenarbeit. Sie würden sich freuen, auch zukünftig aus der Praxis heraus von den Lesern Anregungen zur Beratung ärztlicher Kooperationen zu erhalten.

Köln und Düsseldorf, im August 2021

**Prof. Dr. Karl-Heinz Möller,
Thomas Ketteler-Eising**

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	V
Literaturverzeichnis	XXIII
Abkürzungsverzeichnis	XXVII

A. Einleitung

I.	Wirtschaftliche Rahmenbedingungen	1
1.	Marktumfeld	1
2.	Einkommenssituation	3
3.	Kooperationsanlässe	4
4.	Chancen und Risiken	6
II.	Wichtige Neuerungen durch Gesetzgebung und Rechtsprechung	6
1.	Gesetz zur Änderung des Personengesellschaftsrechts (MoPeG)	7
2.	Vertragsarztrechtlicher Status	9
a)	Aufhebung der Zugangsaltersgrenze	9
b)	Aufhebung der Beendigungsaltersgrenze	9
c)	Teilzulassung	9
d)	Verpflichtung zur vollzeitigen Tätigkeit	10
e)	Erschwerenis der Sitzverlegung	11
3.	Anstellung von Ärzten	12
a)	Zuordnung von Arztstellen zur BAG	12
b)	Anstellung auch fachgebietsfremder Ärzte durch Vertragsärzte	12
c)	Rückumwandlung	13
4.	Nachbesetzung von Angestellten-Arztstellen	13
a)	Befristete Nachbesetzung von Arztstellen	13
b)	Erschwerenis der Nachbesetzung von Arztstellen bei Zulassungsverzicht – das „Drei-Jahres-Urteil“ des BSG	13
5.	Berufsausübungsgemeinschaften, Filialisierung	14
a)	Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft	14
b)	Teilberufsausübungsgemeinschaft	14
c)	Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes („Filialisierung“)	15
6.	Medizinische Versorgungszentren	15
7.	Lebenslange Arztnummer, Betriebsstättennummer	15

8. Die (neue) Bedarfsplanung ab dem 1.1.2013	16
9. Neuerungen zum Nachbesetzungsverfahren von Vertragsarztzulassungen und Arztstellen	18
10. Kooperationen mit Krankenhausträgern	18
a) Aufweichung der Inkompatibilitätsvorschrift in § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV	18
b) Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte	19
11. §§ 299a, 299b StGB – Strafrechtliches Verbot der Zuführung von Patienten	19

B. Berufsausübungsgemeinschaften

I. Numerus clausus der Organisationsformen	21
1. Der berufsrechtliche Rahmen	21
2. Vertragsarztrechtliche Regelungen	21
II. Berufsausübungsgemeinschaft	22
1. Rechtliche Aspekte – Allgemeines	22
a) Definition	25
b) Motive	27
c) Rechtsnatur der Berufsausübungsgemeinschaft	27
d) Vertragsschluss – Beschränkte Vertragsfreiheit	28
e) Schriftformerfordernis im Vertragsarztrecht	30
2. Praxisrelevante Konstellationen	31
a) „Eintritt“ in eine Einzelpraxis	31
b) Zusammenschluss mehrerer Praxen	32
c) Beitritt zu einer bestehenden Berufsausübungsgemeinschaft	32
d) Ausscheiden – Gesellschafterwechsel	33
e) Ausscheiden aus der Zwei-Personen-Berufsausübungsgemeinschaft	34
f) Ausscheiden aus der Mehrpersonen-Berufsausübungsgemeinschaft	35
g) Sonderkonstellation: Ausscheiden durch Tod	35
h) Sonderkonstellation: Gesellschafterinsolvenz	38
i) Auseinandersetzung der Gesellschaft	38
3. Binnenstruktur, Vertragsgestaltung	40
a) Beginn	40
b) Sitz	41
c) Gemeinsamer Zweck, Förderpflicht, Beiträge, Einlagen	41

d)	Förderpflicht, Beitragsleistung	42
aa)	Allgemeines	42
bb)	Arbeitsleistung	42
cc)	Sacheinlagen	43
dd)	Geldeinlagen	45
e)	Firmierung, Außenauftritt	45
f)	Gesellschafterbeschlüsse	47
aa)	Rechtsnatur des Beschlusses	47
bb)	Durchführung der Beschlussfassung	48
cc)	Ablauf von Gesellschafterversammlungen	48
dd)	Stimmrechte	48
ee)	Mehrheiten	49
ff)	Beschlussmängel	51
g)	Geschäftsführung	51
h)	Vertretung der Gesellschaft	54
i)	Vermögensbeteiligung	55
j)	Buchführung, Überschussrechnung, Bilanzierung	57
k)	Ergebnisverteilung	58
l)	Haftung/Beitrittshaftung/Nachhaftung	60
aa)	Grundsätze der Haftung	60
bb)	Beitrittshaftung	60
cc)	Nachhaftung bei Ausscheiden	63
m)	Kündigungsregelungen	64
aa)	Vereinbarung von Festlaufzeiten	64
bb)	Anschlusskündigung/Nachkündigung	66
cc)	Hinauskündigung	66
dd)	Ausschließung wegen Berufsunfähigkeit	67
n)	Vereinbarungen zum Vertragsarztsitz	68
o)	Regelungen zu Anstellungsgenehmigungen	71
p)	Vereinbarungen zum Regelleistungsvolumen (RLV)	71
q)	Nachvertragliches Wettbewerbsverbot	72
aa)	Gegenständliche (sachliche) Grenzen	73
bb)	Zeitliche Grenze	73
cc)	Örtliche Grenzen	73
dd)	Ausnahmen	74
ee)	Auswirkungen auf den Abfindungsanspruch	74
ff)	Abwerbverbot	74
gg)	Vertragsstrafe	74
r)	Abfindungsanspruch	75

s)	Ausscheidensbilanz	77
t)	Ehevertrag	78
u)	Schiedsgutachten	79
v)	Schlichtung	81
	aa) Vorbemerkung	81
	bb) Schlichtung durch die Ärztekammer	81
	cc) Mediation	82
w)	Schiedsgerichtsverfahren	83
	aa) Grundsätzliches	83
	bb) Schiedsvereinbarung	83
	cc) Beschlussmängelstreitigkeiten	84
	dd) Zusammensetzung des Schiedsgerichts	84
	ee) Verfahrensgrundsätze	85
	ff) Verfahrensbeendigung	86
	(1) Beendigung durch Beschluss	86
	(2) Beendigung durch Schiedsspruch	87
	(3) Beendigung durch Schiedsspruch mit vereinbartem Wortlaut	87
	gg) Gerichtliche Überprüfung	87
	hh) Vollstreckbarkeit	88
	ii) Vor- und Nachteile	88
x)	Schriftformklausel	88
y)	Bedingungen	89
z)	Salvatorische Klausel	89
4.	Steuerliche Aspekte	90
	a) Grundsätze zur Besteuerung der Berufsausübungsgemeinschaft	91
	aa) Allgemeine Hinweise zur Besteuerung von Ärzten	91
	bb) Besteuerung der Berufsausübungsgemeinschaft	93
	cc) Folgen einer vermögenslosen Beteiligung	99
	b) Errichtung einer Berufsausübungsgemeinschaft	101
	aa) Aufnahme eines neu eintretenden Arztes als Mitgesellschafter in eine Einzelpraxis	101
	(1) Ausgleich über die Gewinnverteilung	103
	(2) § 24 Umwandlungssteuergesetz	104
	(3) Überlassungsmodell	112
	bb) Zusammenschluss mehrerer Einzelpraxen	114
	c) Aufnahme neuer Gesellschafter in eine Berufsausübungsgemeinschaft	114
	d) Gesellschafterwechsel	115

e)	Unentgeltliche Übertragungsvorgänge	116
aa)	Die unentgeltliche Aufnahme eines Gesellschafters in eine Einzelpraxis zur Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft	116
bb)	Die unentgeltliche Übertragung eines Teils eines Mitunternehmeranteils an einer Berufsausübungsgemeinschaft	119
cc)	Die unentgeltliche Übertragung des gesamten Mitunternehmeranteils an einer Berufsausübungsgemeinschaft	120
f)	Ausscheiden eines Gesellschafters	121
aa)	Ausscheiden eines Gesellschafters gegen Abfindung in bar	121
bb)	Sonderfall: Ausscheiden eines Gesellschafters durch Tod	123
cc)	Ausscheiden eines Gesellschafters gegen Sachabfindung in das Privatvermögen	127
dd)	Ausscheiden eines Gesellschafters gegen Sachabfindung in ein Betriebsvermögen (Sachwertabfindung bzw. „unechte“ Realteilung)	129
(1)	Rechtsentwicklung von der Sachwertabfindung hin zur „unechten Realteilung“	129
(2)	Ausscheiden eines Gesellschafters als „unechte“ Realteilung nach § 16 Abs. 3 Satz 2 ff. EStG (neue Rechtslage)	131
g)	Beendigung einer Berufsausübungsgemeinschaft	137
h)	Steuerliche Behandlung der Anschaffungskosten eines Anteils an einer Berufsausübungsgemeinschaft/Berücksichtigung der Vertragsarztzulassung	146
i)	Besteuerung der Veräußerung bzw. Aufgabe des Vermögens	150
5.	Exkurs Umsatzsteuer	156
a)	Einleitung	156
b)	Umsatzsteuerliche Behandlung von Heilbehandlungen im Bereich der Humanmedizin (§ 4 Nr. 14 Buchst. a UStG)	161
aa)	Grundsätzliches	161
bb)	Beurteilung der Qualifikation des Leistungserbringers	163
cc)	Beurteilung der Art der Leistung	164
c)	Umsatzsteuerliche Besonderheiten bei Zahnärzten	168
d)	Umsatzsteuerliche Behandlung der Übertragung von Wirtschaftsgütern (§ 6 Abs. 3 und 5 EStG, § 16 Abs. 3 EStG, § 24 UmwStG)	169

e)	Übertragung des Praxiswertes als sonstige Leistung	172
f)	Umsatzsteuerliche Behandlung der Leistungen zwischen Arzt und Berufsausübungsgemeinschaft	175
III.	Teilberufsausübungsgemeinschaft	176
1.	Rechtliche Aspekte	176
a)	Rechtsgrundlagen	177
b)	Formalia	178
c)	Einige Modelle	179
d)	Gestaltungsmisbrauch	180
e)	Rechtsformen	181
f)	Gesellschaftsrechtliche Binnenstruktur	181
aa)	Gesellschaftszweck	182
bb)	Gesellschafterbeiträge	182
cc)	Beschlussfassung	182
dd)	Geschäftsführungs- und Vertretungsbefugnis	183
ee)	Vermögensbeteiligung	183
ff)	Ergebnisverteilung	184
g)	Außenauftritt	185
h)	Behandlungsvertrag	186
i)	Abrechnung	186
j)	Haftung, Versicherung	186
k)	§§ 299a, 299b StGB	187
2.	Steuerliche Aspekte	187
a)	Allgemeine steuerliche Grundsätze	187
b)	Gewinnverteilung	188
c)	Ertragsteuerliche Beurteilung der Leistungsbeziehungen	189
aa)	Eigene Geräte, eigenes Material und Personal	189
bb)	Unentgeltliche Leistungsbeziehungen zu den beteiligten Gesellschaftern/Praxen	190
cc)	Entgeltliche Leistungsbeziehungen zu den beteiligten Gesellschaftern/Praxen	191
d)	Gewerbesteuerrisiken aus doppelstöckiger Personengesellschaft	192
e)	Umsatzsteuerliche Beurteilung der Leistungsbeziehungen	192
aa)	Eigene Geräte, eigenes Material und Personal	193
bb)	Unentgeltliche Leistungsbeziehungen zu den beteiligten Gesellschaftern/Praxen	193
cc)	Entgeltliche Leistungsbeziehungen zu den beteiligten Gesellschaftern/Praxen	195

IV. Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft	195
1. Rechtliche Aspekte	195
a) Hintergrund	196
b) Voraussetzungen	196
aa) Vorgaben des ärztlichen Berufsrechts – § 18 Abs. 3 MBO-Ä	196
bb) Vorgaben des Vertragsarztrechts	197
c) Formalia	199
aa) Berufsrecht	199
bb) Vertragsarztrecht	199
d) Der Weg in die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft	199
aa) Niederlassung	199
bb) Aufspaltung	200
cc) Einbringung in neu gegründete Gesellschaft	200
dd) Beitrittsmodell	200
e) Binnenstruktur	200
f) Exkurs: Bildung von Filialen („Zweigpraxen“)	201
2. Steuerliche Aspekte	205
a) Allgemeine steuerliche Grundsätze	205
b) Errichtung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft	207
aa) Allgemeines	207
bb) Maximal-übBAG	208
cc) Minimal-übBAG	209
dd) Gründung durch Aufspaltung	210
ee) Sonderfall: überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft zwischen Vertragsärzten und einer MVZ GmbH	210
c) Laufende Besteuerung der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft	213
aa) Allgemeines	213
d) Auflösung der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft	213
e) Umsatzsteuerliche Aspekte	214
V. Job-Sharing-BAG	214
1. Rechtliche Aspekte	214
a) Rechtsgrundlage	214
b) Zulassungsvoraussetzungen	215
c) Status	217
d) Wegfall der Beschränkung	217
e) Gestaltungsnotwendigkeiten	218
2. Steuerliche Aspekte	218

VI. So genannte „gemischte Berufsausübungsgemeinschaft“	219
1. Rechtliche Aspekte	219
2. Steuerliche Aspekte	220
VII. Partnerschaftsgesellschaft	221
1. Rechtliche Aspekte	221
a) Rechtliche Struktur	221
b) Formalia	223
aa) Zivilrechtliche Voraussetzungen	223
bb) Berufsrechtliche Anzeigepflicht	224
cc) Vertragsarztrechtliche Genehmigung	224
c) Binnenstruktur, Haftung	224
d) Umwandlung	225
e) Bedeutung	225
f) Exkurs: Die Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung (PartG mbB)	226
2. Steuerliche Aspekte	226
a) Allgemeine steuerliche Grundsätze	226
b) Umwandlung einer GbR in eine Partnerschaftsgesellschaft	227
c) Umwandlung einer PartG in eine PartGmbH	227
VIII. Ärzte-Gesellschaft	228
1. Rechtliche Aspekte	228
a) Voraussetzungen	228
b) Ärztesgesellschaft und Vertragsarztrecht	229
c) Gesellschaftsvertragliche Regelungen	229
d) Abrechnung medizinischer Leistungen	230
2. Steuerliche Aspekte	230
a) Errichtung einer Ärzte-Gesellschaft	230
b) Grundzüge der laufenden ertragsteuerlichen Beurteilung	230
c) Grundzüge der laufenden umsatzsteuerlichen Beurteilung	231
d) Gesellschafterbeitritt, -wechsel und -austritt	231

C. Organisationsgemeinschaften

I. Praxisgemeinschaft	232
1. Rechtliche Aspekte	232
a) Definition	232
b) Abgrenzung	233
c) Datenlage, Motive	233
d) Genehmigung/Anzeige	234

e) Berufs- und vertragsarztrechtliche Vorgaben	234
f) Nachbesetzungsverfahren (§ 103 Abs. 4 bis 6 SGBV)	236
g) Rechtsform, Vertragsinhalt	237
h) Haftung	237
i) Umwandlung	238
2. Steuerliche Aspekte	239
a) Ertragsteuerliche Grundsätze	239
b) Umsatzsteuerliche Grundsätze	240
aa) Unternehmereigenschaft der Praxisgemeinschaft	240
bb) Grundlagen der umsatzsteuerlichen Behandlung der Leistungen der Praxisgemeinschaft	241
cc) Sonstige Leistungen	242
dd) Gemeinschaften von Ärzten und/oder Krankenhäusern/Einrichtungen	243
ee) Leistungen gegenüber ihren im Inland ansässigen Mitgliedern	243
ff) Unmittelbare Verwendung für umsatzsteuerfreie Heilbehandlungsleistungen der Mitglieder	244
gg) Genaue Erstattung des jeweiligen Anteils an den gemeinsamen Kosten	245
hh) Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen	252
ii) Besonderheiten bei Praxislaborgemeinschaften und gewerblichen Laborgesellschaften im zahntechnischen Bereich	252
jj) Zusammenschluss von Personen	254
c) Ertragsteuerliche Beurteilung von Leistungen an Nichtmitglieder	254
aa) Untervermietung mit Gewinnaufschlag	254
bb) Überlassung von Geräten und Einrichtungen mit Gewinnaufschlag ohne Zusatzleistungen	255
cc) Überlassung von Geräten, Einrichtungen und Räumen einschließlich Zusatzleistungen mit Gewinnaufschlag	255
dd) Vermeidung gewerbesteuerlicher Risiken	256
d) Umsatzsteuerliche Beurteilung von Leistungen an Nichtmitglieder	256
e) Ertragsteuerliche Beurteilung im Falle von Nicht-Ärzten als Mitglieder	257
f) Umsatzsteuerliche Beurteilung im Falle von Nicht-Ärzten als Mitglieder	258

g)	Umwandlung der Praxisgemeinschaft in eine Berufsausübungsgemeinschaft und umgekehrt	258
aa)	Ertragsteuerliche Folgen der Umwandlung	258
bb)	Umsatzsteuerliche Folgen der Umwandlung	260
II.	Apparatgemeinschaft	261
1.	Rechtliche Aspekte	261
a)	Definition	262
b)	Formalia	262
c)	Rechtsform, Innenverhältnis	262
d)	Behandlungsvertrag	263
2.	Steuerliche Aspekte	264
a)	Ertragsteuerliche Grundsätze	264
b)	Umsatzsteuerliche Grundsätze	264
III.	Leistungserbringergemeinschaft	265
1.	Rechtliche Aspekte	265
2.	Steuerliche Aspekte	267
IV.	Laborgemeinschaft	268
1.	Rechtliche Aspekte	268
a)	Definition, Rechtsgrundlagen	269
b)	Rechtsform	270
c)	Kooperation mit Laborärzten	270
d)	Exkurs: Speziallabor	271
e)	Ausblick	273
2.	Steuerliche Aspekte	273
a)	Ertragsteuerliche Grundsätze	273
b)	Verfahrensrechtliche Grundsätze	275
c)	Umsatzsteuerliche Grundsätze	275
V.	Praxisverbund	278
1.	Rechtliche Aspekte	278
a)	Definition	278
b)	Formalia	278
c)	Vertragsarztrechtliche Besonderheiten	279
d)	Rechtsbeziehungen der Ärzte untereinander	280
e)	Rechtsbeziehungen zu Patienten	281
2.	Steuerliche Aspekte	281
a)	Ertragsteuerliche Grundsätze	281
b)	Umsatzsteuerliche Grundsätze	282

VI. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	282
1. Rechtliche Aspekte	282
a) Entwicklungsgeschichte	283
b) Grundlegendes	283
c) Formalia	284
d) Das ASV-Team	284
e) Behandlungsvertrag, Abrechnung, Haftung	285
2. Steuerliche Aspekte	285
VII. Betreiber- und Beteiligungsmodelle	286
1. Rechtliche Aspekte	286
a) Beschreibung des Phänomens	287
b) Zulässigkeitsgrenzen	288
c) Beteiligung von Ärzten an Betreibermodellen und sonstigen gewerblichen Unternehmen	289
d) Exkurs: Beteiligung Dritter an einer Arztpraxis	291
2. Steuerliche Aspekte	292
a) Ertragsteuerliche Grundsätze	292
b) Umsatzsteuerliche Grundsätze	293

D. Medizinische Versorgungszentren

I. Rechtliche Aspekte	295
1. Entstehungsgeschichte	297
2. Die zahlenmäßige Situation	298
3. Vorteile/Nachteile	299
4. Gesetzliche Vorgaben zu MVZ	302
a) Einrichtung	302
b) Das Ein-Fachgebiets-MVZ	302
c) Ärztliche Leitung	303
d) Eintragung in das Arztregister	307
e) Tätigkeit als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt	307
f) Anforderungen an die Gründer	309
g) Rechtsformwahl	314
h) Veränderungen auf der Trägerebene	315
i) Bürgschaften oder andere Sicherheitsleistungen	316
j) Gesetzliche Generalverweisung	318
k) Status des im MVZ angestellten Arztes	318
l) Beschaffung von Zulassungen, Entstehung von Arztstellen	319

m) Verlegung von Arztstellen	321
n) Das MVZ im Nachbesetzungsverfahren	322
5. Beendigung von MVZ	323
a) Beendigung und Entziehung der Zulassung	323
b) Nachbesetzung der MVZ-Zulassung	325
c) Übertragung der Arztstellen	325
6. Behandlungsvertrag	326
7. Abrechnung	326
8. Kooperationen	327
9. Gebühren	327
II. Steuerliche Aspekte	328
1. Grundzüge der Gründung eines MVZ	328
a) Allgemeine Anmerkungen	328
b) Gründung einer MVZ-GbR in der Vertragsarzt-Variante	329
c) Gründung einer MVZ-GbR in der Angestellten-Variante	329
d) Gründung einer MVZ-GmbH in der Angestellten-Variante	331
e) Gründung einer MVZ-GmbH in der Vertragsarzt-Variante	337
aa) Zur Beibehaltung des Status als Vertragsarzt	340
bb) Zur Vergütung des Vertragsarztes für seine Tätigkeit im MVZ der GmbH	342
f) Gründung durch Verlagerung ausschließlich der vertragsärztlichen Tätigkeit	345
aa) Zur Anwendbarkeit des Umwandlungssteuergesetzes	345
bb) Zur Anwendbarkeit von § 6 Abs. 5 EStG	346
g) Gründung durch Verlagerung einzelner Vertragsarztsitze	347
aa) Verlagerung einzelner Vertragsarztsitze zur Gründung eines gesonderten MVZ	347
bb) Verlagerung einzelner Vertragsarztsitze im Rahmen der Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft mit dem MVZ als neuem Mitunternehmer	348
2. Grundzüge der laufenden ertragsteuerlichen Beurteilung	350
a) Grundsätzliches zur MVZ-GbR	350
b) Grundsätzliches zur MVZ-GmbH	351
c) Vergütung des Vertragsarztes in der MVZ GmbH in der Vertragsarztvariante	352
3. Grundzüge der laufenden umsatzsteuerlichen Beurteilung	353

4.	Gesellschaftereintritt, -wechsel und -austritt	354
a)	Gesellschafterbeitritt, -wechsel und -austritt bei einer MVZ GmbH	354
aa)	Gesellschaftereintritt	354
	(1) Erwerb von Anteilen anderer Gesellschafter	354
	(2) Beitritt im Rahmen einer effektiven Kapitalerhöhung	355
	(3) Erwerb eigener Anteile von der GmbH	357
bb)	Gesellschafterwechsel	357
cc)	Gesellschafteraustritt	358
b)	Unentgeltliche Übertragungsvorgänge	358
c)	Beendigung der Ärzte-Gesellschaft	358
5.	Exkurs: Gewährung einer Bürgschaft durch eine gemeinnützige Krankenhausgesellschaft	358
E. Konsiliararzt- und Belegarztstätigkeit		
I.	Konsiliarärztliche Tätigkeit	361
1.	Rechtliche Aspekte	361
a)	„Echter“ Konsiliararzt	361
b)	Honorararzt als „unechter“ Konsiliararzt	363
2.	Steuerliche Aspekte	366
a)	Ertragsteuerliche Grundsätze	366
b)	Umsatzsteuerliche Grundsätze	367
II.	Belegärztliche Tätigkeit	368
1.	Rechtliche Aspekte	368
a)	„Klassischer“ Belegarzt = ohne Honorarvertrag	368
b)	Belegarzt mit Honorarvertrag	371
2.	Steuerliche Aspekte	372
a)	Ertragsteuerliche Grundsätze beim „klassischen“ Belegarzt ohne Honorarvertrag	372
b)	Ertragsteuerliche Grundsätze beim Belegarzt mit Honorarvertrag	373
c)	Umsatzsteuerliche Grundsätze	373
d)	Kooperatives Belegarztwesen	373
F. Der angestellte Arzt in der (Vertrags-)Arztpraxis und im MVZ		
I.	Rechtliche Aspekte	376
1.	Grundsätzliches	376
2.	Besonderheiten im Vertragsarztrecht	380
a)	Allgemeines	380

b)	Anstellung in einem nicht gesperrten Planungsbereich	389
c)	Anstellung in einem gesperrten Planungsbereich nach dem „Umwandlungsmodell“	389
d)	Anstellung in einem gesperrten Planungsbereich im Job-Sharing	392
3.	Spezifische Hinweise zum Inhalt des Arbeitsvertrages	393
4.	Beschäftigung von Assistenten	396
5.	Sondersituation Vertragszahnarztrecht	397
II.	Steuerliche Aspekte	398
1.	Anstellung von Ärzten aus Sicht der Ärzte (Arbeitnehmer)	398
2.	Anstellung von Ärzten aus Sicht der Praxen (Arbeitgeber) – Gewerbesteuerrisiko	399
a)	„Fachlich vorgebildete Arbeitskräfte“	400
b)	„Aufgrund eigener Fachkenntnisse“	401
c)	„Leitend“	402
d)	„Eigenverantwortlich“	402
e)	Ergänzende Hinweise zur Zweigpraxis/Praxisfiliale	406
f)	Ergänzende umsatzsteuerliche Hinweise	407

G. Grundzüge des Nachbesetzungsverfahrens

I.	Rechtliche Aspekte	408
1.	Keine Zulassungsbeschränkungen für Vertragszahnärzte	408
2.	Allgemeines zur Nachbesetzung	408
3.	Beendigung der Zulassung nach § 103 Abs. 3a Satz 1 SGBV	410
4.	Antrag auf Ausschreibung	412
5.	Fortführungsfähigkeit der Praxis	413
6.	Einziehung der Vertragsarztzulassung	414
7.	Ausschreibung	416
8.	Bewerbung	417
9.	Fortführungswille	418
10.	Ermessensentscheidung des Zulassungsausschusses	419
11.	Wirtschaftliche Interessen des Abgebers	421
12.	Eintragung in die Warteliste	423
13.	Einfluss der Gesellschafter einer BAG	423
14.	Rechtsschutzprobleme	424
15.	Kostenrisiko	425
II.	Steuerliche Aspekte	425
1.	Hinweise zur Nachbesetzung einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung	425

a) Ertragsteuerliche Hinweise zur Nachbesetzung einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung	425
b) Umsatzsteuerliche Hinweise zur Nachbesetzung einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung	426
2. Steuerliche Grundsätze bei Einziehung einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung	427
a) Ertragsteuerliche Grundsätze bei Einziehung einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung	427
b) Umsatzsteuerliche Grundzüge bei Einziehung einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung	429
aa) Abgrenzung echter Schadenersatz zu umsatzsteuerbaren Leistungsaustausch	429
bb) Umsatzsteuerliche Folgen bei „Restveräußerungen“	429
 Anhang	
1. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – in der Fassung des Beschlusses des 124. Deutschen Ärztetages 2021 in Berlin	431
2. Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)	450
3. Bundesmantelvertrag - Ärzte (Auszug)	479
 Stichwortverzeichnis	 515

LITERATURVERZEICHNIS

A

Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (Hrsg.), Medizinrecht heute: Erfahrungen, Analysen, Entwicklungen, FS 10 Jahre Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im DAV, 2008

dies., FS 20 Jahre Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im DAV, 2018

B

Bäune/Meschke/Rothfuß, Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte (Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV), Berlin 2008

Baums/Wertenbruch (Hrsg.), Festschrift für Ulrich Huber zum siebzigsten Geburtstag, Tübingen 2006

Baur, Chefarzt- und Belegarztvertrag, Köln 2010

Becker/Kingreen (Hrsg.), SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung, 7. Aufl., München 2020

Beck'scher Bilanzkommentar, 12. Aufl., München 2020

Beck'sches Handbuch der Personengesellschaften, 5. Aufl., München 2020

Bergmann/Pauge/Steinmeyer (Hrsg.), Gesamtes Medizinrecht, Baden-Baden 2018

Birkenfeld/Wäger, Das große Umsatzsteuer-Handbuch, 91. Aufl., Köln 2021

Blümich, EStG, KStG, GewStG, München

Braun/Günther, Das Steuer-Handbuch, Köln, Loseblatt

C

Clausen/Schroeder-Printzen (Hrsg.), Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 3. Aufl. 2020

D

Dahm/Möller/Ratzel, Rechtshandbuch Medizinische Versorgungszentren, Berlin 2005

Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.), Hinweise zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren nach § 95 SGB V, 3. Aufl., Düsseldorf 2007

Dötsch/Alber/Sell/Zenthöfer, Körperschaftsteuer, 19. Aufl., Stuttgart 2020

Dötsch/Pung/Möhlenbrock, Die Körperschaftsteuer, Kommentar zum Körperschaftsteuergesetz und Umwandlungssteuergesetz, Stuttgart, Loseblatt

E

Ehlers (Hrsg.), Fortführung von Arztpraxen, 3. Aufl., München 2009

Eisenberg, Ärztliche Kooperations- und Organisationsformen, Frankfurt a. M. 2002

Eisgruber, Umwandlungssteuergesetz Kommentar, 2. Aufl., Herne 2018

G

Gollasch, Die fachübergreifende Gemeinschaftspraxis, Baden-Baden 2003

Gummert/Weipert (Hrsg.), Münchener Handbuch des Gesellschaftsrechts, Bd. 1, 5. Aufl., München 2019

H

Halbe (Hrsg.), Handbuch Kooperationen im Gesundheitswesen, Heidelberg, Loseblatt

Henssler, Partnerschaftsgesellschaft, Kommentar, 3. Aufl. München 20218

Herrmann/Heuer/Raupach, Einkommensteuer- und Körperschaftsteuergesetz, Köln, Loseblatt

K

Katzenmeier/Ratzel (Hrsg.), Festschrift für Franz-Josef Dahm, Glück auf! Medizinrecht gestalten, Heidelberg 2017

Kirchhoff/Seer, Einkommensteuergesetz (EStG), 20. Aufl., Köln 2021

Klaßmann u. a., Besteuerung der Ärzte, Zahnärzte und sonstiger Heilberufe, 10. Aufl., Herne 2019

Kraus/Kunz u. a., Sozietätsrecht, 3. Aufl., München 2015

Kremer/Wittmann, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, 3. Aufl., Heidelberg 2018

L

Laas, Die überörtliche Gemeinschaftspraxis, Marburg 2006

Ladurner, Ärzte-ZV, Zahnärzte-ZV, München 2016

Laufs/Kern/Rehborn (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 5. Aufl., München 2019

Lenski/Steinberg, Kommentar zum Gewerbesteuergesetz, Köln, Loseblatt

Lewejohann u. a., Kauf und Bewertung einer Arztpraxis, Herne 2018

Lindenau, Das Medizinische Versorgungszentrum, Heidelberg 2008

M

Makoski, Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV), 2. Aufl. 2018

Michels, Handbuch Medizinrecht, Aufl. 2017

Mössner/Oellerich/Valta (Hrsg.), Körperschaftsteuergesetz Kommentar, 5. Aufl., Herne 2021

N

Nahmmacher/Clausen, Der Chefarztvertrag, 2. Aufl., Heidelberg 2013

Nentwig/Bonvi/Hennings, Das Partnerschaftsgesellschaftsgesetz: Die berufliche Zusammenarbeit von Medizinern, 2. Aufl., Mainz 2003

O

Orlowski/Halbe/Karch, Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG), 2. Aufl., Heidelberg 2008

P

- Palandt (Begründer)**, Bürgerliches Gesetzbuch, Kommentar, 80. Aufl., München 2021
- Preißler/Sozietät Dr. Rehborn**, Ärztliche Gemeinschaftspraxis versus Scheingesellschaft, Köln 2002
- Prütting (Hrsg.)**, Formularbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 2. Aufl., München 2018
- Prütting (Hrsg.)**, Medizinrecht Kommentar, 5. Aufl., Köln 2019

Q

- Quaas/Zuck/Clemens**, Medizinrecht, 4. Aufl., München 2018

R

- Ramb/Schneider**, Die Einnahme-Überschussrechnung von A-Z, 5. Aufl., Stuttgart 2010
- Ratze/Lippert/Prütting**, Kommentar zur Musterberufsordnung deutscher Ärzte (MBO), 7. Aufl., Berlin 2017
- Ratzel/Luxenburger (Hrsg.)**, Handbuch Medizinrecht, 4. Aufl., Heidelberg 2021
- Rau/Dürnwächter**, Kommentar zum Umsatzsteuergesetz, Köln, Loseblatt
- Rieger**, Verträge zwischen Ärzten in freier Praxis, 8. Aufl., Frankfurt a. M. 2009
- Rieger (Hrsg.)**, Heidelberger Kommentar Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht (HK-AKM), Heidelberg, Loseblatt
- Rödder/Herlinghaus/van Lishaut**, UmwStG, Umwandlungssteuergesetz, 3. Aufl. 2019

S

- Schallen (Begründer)**, Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten, 9. Aufl., Heidelberg 2017
- Schallen/Kleinheidt/Schäfer**, Verträge für angestellte Ärzte, Zahnärzte, 2. Aufl., Heidelberg 2013
- Schiller (Hrsg.)**, Bundesmantelvertrag Ärzte, 2. Aufl., Heidelberg 2020
- Schiller/Tsambikakis (Hrsg.)**, Festschrift für Gernot Steinhilper, Kriminologie und Medizinrecht, Heidelberg 2013
- Schirmer**, Vertragsarztrecht kompakt, Köln 2005
- Schmidt**, EStG – Einkommensteuergesetz Kommentar, 40. Aufl., München 2021
- Schmitt/Hörtnagl**, Umwandlungsgesetz Umwandlungssteuergesetz, 9. Aufl., München 2020
- Schnapp/Wigge**, Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Aufl., München 2017
- Scholz/Treptow (Hrsg.)**, Beck'sches Formularbuch Medizin- und Gesundheitsrecht, München 2017
- Spickhoff (Hrsg.)**, Medizinrecht, 3. Aufl., München 2018
- Stellpflug u. a.**, Gesundheitsrecht, Heidelberg, Loseblatt

T

Terbille/Clausen/Schroeder-Printzen (Hrsg.), Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 4. Aufl., München 2017

Tipke/Kruse, Abgabenordnung/Finanzgerichtsordnung, Aufl. 164., Februar 2021

U

Ulmer/Schäfer, Gesellschaft bürgerlichen Rechts und Partnerschaftsgesellschaft, 8. Aufl., München 2021

W

Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, München 2008

Wenzel (Hrsg.), Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 4. Aufl., Köln 2019

Widmann/Mayer, Umwandlungsrecht, Bonn, Loseblatt

Z

Zwingel/Preißler, Ärzte-Kooperationen und Medizinische Versorgungszentren, Köln 2008

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

A

a. A.	anderer Ansicht
a. a. O.	an anderem Ort
Abs.	Absatz
AEAO	Anwendungserlass zur Abgabenordnung
AEKV	Arzt-Ersatzkassen-Vertrag
AEUmwStG 2006	Anwendungserlass zum Umwandlungssteuergesetz i. d. F. des SEStEG
a. F.	alte Fassung
AG	Aktiengesellschaft
Anm.	Anmerkung
AO	Abgabenordnung
AOP-Vertrag	Vertrag über Ambulantes Operieren im Krankenhaus
Art.	Artikel
Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
ArztR	ArztRecht (Zs.)
ASiG	Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit
AÜG	Arbeitnehmerüberlassungsgesetz
AuR	Arbeitnehmer und Recht (Zs.)
Aufl.	Auflage

B

BAG	Berufsausübungsgemeinschaft, Bundesarbeitsgericht
BÄK	Bundesärztekammer
BÄO	Bundesärzteordnung
BedarfsplRL	Bedarfsplanrichtlinie
BFH	Bundesfinanzhof
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag Ärzte
BMV-Z	Bundesmantelvertrag Zahnärzte
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BO	Berufsordnung
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BSG	Bundessozialgericht
BStBl.	Bundessteuerblatt
BT-Drucks.	Bundestagsdrucksache
Buchst.	Buchstabe
BVerfG	Bundesverfassungsgericht

BVerwG Bundesverwaltungsgericht
bzw. beziehungsweise

C

Cardio-MRT Cardio-Magnet-Resonanz-Therapie

D

DÄBl. Deutsches Ärzteblatt (Zs.)
DAV Deutscher Anwaltsverein e.V.
DB Der Betrieb (Zs.)
d. h. das heißt
DokID Dokumentenidentifikation (NWB-online)
DStR Deutsches Steuerrecht (Zs.)
DStZ Deutsche Steuer-Zeitung (Zs.)

E

EBM Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EGBGB Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuch
EGInsO Einführungsgesetz zur Insolvenzordnung
EKV Ersatzkassenvertrag
EStG Einkommensteuergesetz
EStH Einkommensteuer-Hinweise
EStR Einkommensteuer-Richtlinien
etc. et cetera
EuGH Europäischer Gerichtshof
eV eingetragener Verein

F

f. folgende
FA Finanzamt
ff. fortfolgende
FG Finanzgericht
FGO Finanzgerichtsordnung
Fn. Fußnote
FR Finanz-Rundschau (Zs.)
FS Festschrift

G

GbR Gesellschaft bürgerlichen Rechts
gem. gemäß
GenG Gesetz betreffend die Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaften
GesR Gesundheitsrecht (Zs.)
Gew Gewerbesteuer
GewStG Gewerbesteuergesetz
ggf. gegebenenfalls

GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-OrgWG	Organisationsstrukturen der Gesetzlichen Krankenkasse
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbHR	GmbH-Rundschau (Zs.)
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
gW	gemeiner Wert
GWR	Gesellschafts- und Wirtschaftsrecht (Zs.)

H

H	Hinweis
HFR	Humboldt Forum Recht (Zs.)
HGB	Handelsgesetzbuch
HHR	Herrmann/Heuer/Raupach (Kommentar)
Hrsg.	Herausgeber
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
HVV	Honorarverteilungsvertrag

I

i. S.	im Sinne
i. d. F.	in der Fassung
i. d. R.	in der Regel
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
InsO	Insolvenzordnung
InvZulG	Investitionszulagengesetz
i. V. m.	in Verbindung mit

K

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KGaA	Kommanditgesellschaft auf Aktien
KH	Das Krankenhaus (Zs.)
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
KÖSDI	Kölner Steuerdialog (Zs.)
KStG	Körperschaftsteuergesetz
KV, KVen	Kassenärztliche Vereinigung(en)
KVNO	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung

L

LG	Landgericht
LSG	Landessozialgericht
LStDV	Lohnsteuerdurchführungsverordnung
LStH	Lohnsteuer-Hinweise

M

MB/KK	Musterbedingungen Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung
MBO	Muster-Berufsordnung
MBO-Ä	Musterberufsordnung für Ärztinnen und Ärzte
MBO-Z	Musterberufsordnung für Zahnärzte
MedR	Medizinrecht (Zs.)
Medstra	Zeitschrift für Medizinstrafrecht
MoMiG	Gesetz zur Modernisierung des GmbH-Rechts und zur Bekämpfung von Missbräuchen
MoPeG	Gesetz zur Modernisierung des Personengesellschaftsrechts
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
m. w. N.	mit weiteren Nachweisen
MwStSystRL	Mehrwertsteuersystem-Richtlinie

N

n. F.	neue Fassung
NJW	Neue Juristische Wochenschrift (Zs.)
NJW-RR	NJW-Rechtsprechungs-Report (Zs.)
Nr.	Nummer
n. v.	nicht veröffentlicht
NWB	Neue Wirtschafts-Briefe (Zs.)
NZG	Neue Zeitschrift für Gesellschaftsrecht (Zs.)
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht

O

OFD	Oberfinanzdirektion
OHG	Offene Handelsgesellschaft
OLG	Oberlandesgericht

P

PartG	Partnerschaftsgesellschaft
PartGG	Gesetz über Partnergesellschaften Angehöriger Freier Berufe
PFB	Praxis Freiberufler-Beratung (Zs.)
PKV	Private Krankenversicherung

R

R	Richtlinie
rd.	rund
Respr.	Rechtsprechung
RLV	Regelleistungsvolumen
Rn.	Randnummer
Rz.	Randziffer

S

S.	Satz, Seite
SEStEG	Gesetz über steuerliche Begleitmaßnahmen zur Einführung der Europäischen Gesellschaft
SG	Sozialgericht
SGB	Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
sog.	sogenannt
StÄndG	Steueränderungsgesetz
StEK	Steuer-Erlasse in Karteiform

T

Tw	Teilwert
Tz.	Textziffer

U

u. a.	unter anderem
üBAG	überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
UmwStG	Umwandlungssteuergesetz
UR	Umsatzsteuer-Rundschau (Zs.)
USt	Umsatzsteuer
UStAE	Umsatzsteuer-Anwendungserlass
UStB	Der Umsatz-Steuer-Berater (Zs.)
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb

V

v.	vom
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
vgl.	vergleiche

Z

Zahnärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte
z. B.	zum Beispiel
ZIP	Zeitschrift für Wirtschaftsrecht
ZMGR	Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht
Zs.	Zeitschrift
zzgl.	zuzüglich

A. Einleitung

I. Wirtschaftliche Rahmenbedingungen

1. Marktumfeld

In den letzten Jahren hat sich das Marktumfeld der Ärzte¹ weiterhin stark verändert.

Ausweislich der bis einschließlich 2019 ausgewerteten KBV-Gesundheitsdaten hat die Anzahl der Vertrags-Arztpraxen in der Zeit von 2010 bis 2019 leicht um insgesamt 2,4% abgenommen. Einzelpraxen sind nach wie vor die am meisten vertretene Praxisform. Jedoch ist bei hausärztlichen Einzelpraxen ein Rückgang um 16,2% und bei fachärztlichen Einzelpraxen ein solcher von 10,4% zu verzeichnen. Aber auch die Anzahl fachgleicher BAGs sank um 5,7%. Hingegen nahm die Anzahl der in BAGs tätigen Ärzte insgesamt zu. MVZ machten im Jahr 2019 mehr als 3,0% der Praxen/Einrichtungen aus. Die schon seit nahezu zwei Jahrzehnten festzustellende Konzentration zu immer größer werdenden Einheiten hält demgemäß an.

Im Einzelfall ist es oftmals eine Frage der Persönlichkeit des Arztes, ob er seinen Beruf eher als Einzelkämpfer, in einer kleinen Einheit oder in einer Großpraxis ausüben möchte. Ärzte, die in der Vergangenheit schlechte Erfahrungen mit Partnern gemacht haben, scheuen es häufig, erneut eine Partnerschaft einzugehen und hierbei wiederum zumindest teilweise ihre Autonomie aufzugeben. Und schließlich kann der manchmal „schlanke Kostenapparat“ einer kleinen Praxis auch Vorteile bieten.

War es in der Vergangenheit so, dass sich bestehende Arztpraxen an ihrem Standort vergrößerten, so ist in den letzten Jahren ein Trend nicht nur zu größeren, sondern auch immer mehr zu überregional tätigen Einheiten festzustellen. Ermöglicht wird dies durch die Zulässigkeit von Filialen, insbesondere aber durch die Gründung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften und komplexen MVZ-Strukturen mit Einheiten an unterschiedlichen Standorten.

Ferner stoßen immer mehr Investoren in den Markt vor. Wirtschaftlich interessante Praxen verschiedenster Fachrichtungen, insbesondere Labor, Radiologie, Nephrologie sowie operativ tätige Augenarzt- und orthopädische Praxen werden zu Preisen, die weit über einer Bewertung nach der ansonsten für Arztpraxen üblichen modifizierten Ertragswertmethode liegen, aufgekauft. So entstehen Einheiten mit mehreren hundert Mitarbeitern und mittelständischen Strukturen. Die bisher selbständigen Ärzte sind danach häufig als Angestellte in ihrer bisherigen Praxis tätig.

1 Die in diesem Werk verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

Überhaupt steigt die Zahl der angestellten Ärzte aus unterschiedlichen Gründen ständig an. Im Jahr 2019 waren bereits mehr als 22 % der Ärzte und Psychotherapeuten im Rahmen einer Anstellung vertragsärztlich tätig. In manchen stark spezialisierten Fachgebieten übersteigt die Anzahl der Angestellten die der Vertragsärzte deutlich. Immer mehr junge Ärzte scheuen das Investitionsrisiko bzw. haben Vorstellungen über eine Work-Life-Balance, die in der Freiberuflichkeit nicht zu realisieren ist.

Seit einigen Jahren ist der Trend festzustellen, dass der Anteil an Ärztinnen jährlich um etwa 1 % wächst. In manchen Fachgebieten überwiegt der Anteil der Ärztinnen. Nicht selten wird ein Teilzeit-Anstellungsverhältnis praktiziert, um den familiären Belangen flexibler Rechnung tragen zu können. Vorteilhaft ist, dass auf dieser Basis geprüft werden kann, ob eine dauerhafte Einbindung als zukünftiger Gesellschafter eine tragfähige Grundlage hat.

Bei den **Zahnärzten** ergibt sich folgende Situation: Zwar nimmt die Anzahl der in einer Einzelpraxis tätigen Zahnärzte ab, gleichwohl sind noch knapp 70 % der Zahnärzte in dieser Praxisform tätig. Auch hier wird der hohe Grad der Entscheidungsfreiheit als maßgebliches Motiv angeführt. Sofern sich Zahnärzte für eine BAG entscheiden, besteht diese weit überwiegend aus lediglich zwei Zahnärzten. Auch im zahnärztlichen Bereich hat sich die Quote angestellter Zahnärzte kontinuierlich erhöht. Im vertragszahnärztlichen Bereich darf jeder Vertragszahnarzt seit Anfang 2019 drei Zahnärzte in Vollzeit beschäftigen. Es bleibt abzuwarten, wie sich dies auf die Praxisstrukturen auswirken wird. Festzustellen ist, dass sich seit der im Jahr 2015 erfolgten Einführung der Ein-Fachgebiets-MVZ die Anzahl zahnärztlicher MVZ nahezu explosionsartig entwickelt hat.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen ärztlicher Kooperationen werden zunehmend komplexer. Auf der einen Seite sind in den vergangenen Jahren erhebliche Liberalisierungen zu verzeichnen, die die Gründung von Kooperationen deutlich erleichtern und ein finanzielles Engagement von Investoren fördern (Stichwort: MVZ-Ketten). Sowohl im ärztlichen als auch im zahnärztlichen Bereich führt das Engagement von Investoren zu erheblichen berufs- und versorgungspolitischen Diskussionen.

Auf der anderen Seite ist das vertragsärztliche Zulassungsrecht angesichts der in nahezu sämtlichen ärztlichen Fachgebieten bundesweit bestehenden Zulassungssperren planwirtschaftlich geprägt. Die Rechtsprechung ist in jüngster Zeit mit durchaus restriktiven Entscheidungen Tendenzen eines Konzessionshandels entgegengetreten, was viele Kooperationsvorhaben erschwert oder sogar verhindert.

Mitte 2016 hat der Gesetzgeber mit Einführung der §§ 299a, 299b StGB die Zuführung von Patienten unter bestimmten Voraussetzungen unter Strafe gestellt, was eine Fülle neuer Fragen zu den Zulässigkeitsgrenzen von Kooperationen aufgeworfen hat. Zudem

ist die Finanzverwaltung in den letzten Jahren im Hinblick auf gewerbe- und umsatzsteuerliche Problemfelder deutlich erfahrener und auch sensibler geworden.

2. Einkommenssituation

Wie sieht heute die Einkommenssituation niedergelassener Ärzte aus?

Für die Führung einer Arztpraxis reicht medizinische Kompetenz alleine schon seit langem nicht mehr aus; der erfolgreiche Arzt von heute ist vielmehr als Unternehmer gefragt.

Der niedergelassene Arzt sieht sich einer Vielzahl unterschiedlicher Rahmenbedingungen ausgesetzt, mit denen er sich zur Sicherung seines wirtschaftlichen Erfolges auseinandersetzen muss. Im GKV-Bereich sind die an alle Vertragsärzte auszukehrenden Mittel nach wie vor gedeckelt mit der Folge, dass eine Einzelleistungsvergütung nach festen Preisen nicht stattfindet. Ein wesentlicher Teil der Einnahmen wird in zahlreichen Fachrichtungen immer noch durch die ab dem 1.1.2009 eingeführten Regelleistungsvolumina gesteuert und begrenzt.

Einzelne Praxen können wirtschaftlich nur durch ihren Privatpatientenanteil überleben. Die Versuche, durch das Anbieten von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) zusätzliche Honorare zu generieren, gelingen nur zum Teil. Zum einen bieten immer mehr Ärzte diese Leistungen an, zum anderen ist eine Tendenz festzustellen, diese Leistungen gesundheitspolitisch kritisch zu hinterfragen.

Im privatärztlichen Bereich ist eine Steigerung der Honorare nach wie vor nicht zu erwarten. Anstehende Neuregelungen im Gesundheitswesen, die schon seit Jahren diskutiert werden, lassen früher oder später für manche Berufsgruppen Honorareinbußen befürchten.

Neben diesen Begrenzungen auf der Einnahmenseite sind Steigerungen auf der Kostenseite unvermeidlich, nicht zuletzt veranlasst durch immer neuere Technologien und immer teurere Geräte. Auch klagen die niedergelassenen Ärzte über eine zunehmende Bürokratisierung ihres Berufes.

Hinzu kommt die sich ständig verschärfende Konkurrenzsituation durch zum Teil regional marktbeherrschende Großpraxen.

Letztlich werden die Patienten auch immer kritischer.

In einer Zeit sich wandelnder Märkte sind dies die Rahmenbedingungen, denen sich Ärzte ausgesetzt sehen.

3. Kooperationsanlässe

Welche Zielsetzungen verfolgen Mediziner, die sich mit dem Thema Kooperation beschäftigen?

Wachstumsstrategie

Aus unterschiedlichsten Gründen verfolgen Praxen Wachstumsstrategien.

Kooperationen eröffnen neue Geschäftsfelder und generieren neue Leistungen. Die Kooperation ermöglicht es den beteiligten Praxen, Leistungen anzubieten, die sie allein nicht erbringen können. So kann beispielsweise in manchen Konstellationen eine Leistung am Cardio-MRT weder vom Radiologen (dieser versteht etwas von der Radiologie, aber nicht von der Kardiologie) noch vom Kardiologen (dieser versteht etwas von der Kardiologie, nicht aber von der Radiologie) allein erbracht werden, wohl aber in Kooperation, beispielsweise über die Gründung einer gemeinsamen Teilberufsausübungsgemeinschaft.

Stark operativ tätige Praxen nutzen Kooperationen, um Zuweiser an sich zu binden. So werden z. B. im augenärztlichen Bereich überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften mit konservativ tätigen kleineren Praxen gegründet, um über die Satellitenpraxen Patienten für den operativen Bereich der Kernpraxis zu gewinnen.

Synergiestrategie

Neue Technologien, immer teurere Geräte, die durch den Arzt allein nicht finanziert oder durch ihn allein nicht voll ausgenutzt werden können, lassen Kooperationen sachdienlich erscheinen. Erst die gemeinsame Anschaffung und Nutzung solcher Investitionen durch mehrere Praxen oder in Kooperation mit Krankenhäusern machen die Anschaffung wirtschaftlich. Möglich wird dies beispielsweise über eine Apparategemeinschaft.

Überlebensstrategie

Praxen, die sich einem Umfeld ständig größer werdender Konkurrenzeinheiten gegenübersehen, sind letztlich selbst gezwungen zu wachsen, um nicht zum „Übernahmekandidaten“ zu werden. Dieses Wachstum kann sowohl in der bestehenden Praxis als auch durch Änderung der Struktur durch Zusammenschluss mit anderen Praxen stattfinden. Durch zunehmende eigene Größe und dadurch oft möglich werdende Erweiterung des Leistungsangebotes kann die zukünftige weitere Existenz gesichert werden.

Strategische Kooperation

Vielfältige Möglichkeiten bietet die Kooperation mit einem Krankenhaus. Aus strategischen Gründen erfolgt sie oft, um die Präsenz eines Konkurrenten an diesem Standort zu verhindern oder um sich die Mitversorgung der Krankenhauspatienten zu sichern.

Aus ersten kleinen Kooperationsversuchen – beispielsweise der Anschaffung eines gemeinsamen Gerätes – entwickeln sich im Laufe der Jahre oft große Kooperationen – etwa die komplette radiologische Versorgung der Krankenhauspatienten.

Standortsicherung

Eine ähnliche Strategie verfolgt die Kooperation zur Standortsicherung. Hier geht es um die Festigung der räumlichen Position und die Abgrenzung von anderen. Durch Kooperation mit anderen Praxen, beispielsweise durch die Gründung einer überörtlichen BAG, wird das eigene Terrain vergrößert und gesichert. Aus Konkurrenzpraxen werden Verbündete. Häufig werden hierdurch auch Kooperationen mit Krankenhäusern möglich, da die Praxis nun als ernstzunehmender Partner wahrgenommen wird.

Praxisabgabe

Der Arzt, der dem Ende seines aktiven Berufslebens entgegenseht, hat zunehmend Probleme, seine Praxis zu veräußern. Finden sich bei den meisten Facharztgruppen in attraktiven Städten nach wie vor Interessenten, so ist bei den Hausärzten und insgesamt in ländlichen Regionen ein Mangel an potenziellen Übernehmern festzustellen. Praxen sind teilweise nicht mehr oder nur schwer verkäuflich. Der Abgeber, der rechtzeitig eine Kooperation mit Kollegen eingeht, sichert durch Einbringung seiner Praxis in einen Verbund seinen Praxiswert. Gleichzeitig stellt er so sein Einkommen für die noch verbleibenden Jahre seiner Berufstätigkeit sicher. Neben der Kooperation mit niedergelassenen Kollegen werden solche Praxen auch nach wie vor häufig in ein MVZ eingebracht.

Verkaufsstrategie

Auf der anderen Seite sind Investoren unterwegs, die gerade an großen Einheiten Interesse haben und dafür auch einen überdurchschnittlich hohen Preis zahlen. Durch Wachstum und Kooperation kann der einzelne Arzt seine Praxis in eine Größe bringen, die sie für solche Investoren interessant machen.

Sanierung

Der Inhaber einer sanierungsbedürftigen Praxis sieht in der Kooperation oft die Chance zur Genesung. Dies funktioniert jedoch nur dann, wenn er dem neuen Verbund auch Beiträge bringt, die für die anderen von Nutzen sind. Die Kooperationspartner werden die Probleme des Sanierungsbedürftigen ohne Gegenleistung nicht lösen können und wollen.

4. Chancen und Risiken

Dieses sich immer wieder verändernde Umfeld kann man alleine aus dem Blickwinkel des Risikos betrachten. Es bietet aber dem unternehmerisch engagierten Arzt auch Chancen.

Es ist ein zunehmender Fachärztemangel festzustellen, während gleichzeitig eine Verlagerung von Leistungen aus dem Krankenhaus zu Fachärzten stattfindet. Andererseits drängen Krankenhäuser in die ambulante Versorgung und bedürfen dabei häufig eines Kooperationspartners.

Der zunehmende Wettbewerb unter den Ärzten fördert deren Initiativkraft. Der Arzt sieht sich zunehmend als Unternehmer. Es findet immer noch ein Umbau von der kleinen Praxis zur Großpraxis („vom Tante-Emma-Laden zum Supermarkt und neuerdings auch zu Großmärkten“) statt. Diese sich verändernden Bedingungen und der zunehmende Wettbewerbsdruck zwingen die Praxisinhaber zu neuen, innovativen Konzepten und einer betriebswirtschaftlichen „Unternehmensführung“.

Ärztliches Berufsrecht, Vertragsarztrecht, Gesellschaftsrecht und Steuerrecht sind nicht aufeinander abgestimmt. Gestaltungen, die berufsrechtlich möglich, ja vom Gesetzgeber gewollt sind, werden durch steuerrechtliche Vorschriften zu Risiken (z. B. drohende gewerbesteuerliche Infektionen der gesamten Praxiseinkünfte, ungewollte Aufdeckung und damit Versteuerung stiller Reserven bei Kooperationsbeendigungen u. a.). Diese Gemengelage der einzelnen Rechtsgebiete stellt die Berater vor enorme Herausforderungen.

Die Aufgabe des Rechtsanwalts und Steuerberaters ist es, den Arzt bei diesen Vorhaben zu unterstützen. Hierbei ist eine enge Zusammenarbeit zwischen diesen Beratern erforderlich. Hilfreich ist insbesondere eine Sensibilisierung der jeweiligen Rechtsgruppe für die Probleme in den jeweils anderen Fachgruppen.

II. Wichtige Neuerungen durch Gesetzgebung und Rechtsprechung

Während der vergangenen 15 Jahre haben sich die Rahmenbedingungen für ärztliche Kooperationen erheblich verändert.

Zu erwähnen ist an erster Stelle das Gesetz zur Änderung des Personengesellschaftsrechts (MoPeG) vom 10.8.2021 (BGBl I S. 3436), welches in der Endphase der Erstellung dieses Buch-Manuskripts diskutiert, am 24.6.2021 vom Bundestag verabschiedet, am 25.6.2021 vom Bundesrat gebilligt wurde und am 1.1.2024 in Kraft treten wird.

Eine Vielzahl sozialrechtlich geprägter Gesetze zielte auf die Liberalisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit ab und erweiterte so das mögliche Spektrum der Zusammenarbeit von Ärzten untereinander oder von Ärzten und Krankenhausträgern.

Einzelne gesetzliche Neuerungen – z. B. die erweiterte Möglichkeit zur „Einziehung von Vertragsarztsitzen“ – führten zu erheblichen Verunsicherungen potenzieller Praxisabgeber.

Anzuführen sind ferner einige für die Beratungspraxis relevante Entscheidungen des für das Vertragsarztrecht zuständigen 6. Senats des Bundessozialgerichts (BSG), der insbesondere einer Kommerzialisierung der Vertragsarztzulassung entgegengetreten ist und grundlegende Entscheidungen insbesondere zu MVZ und zum Nachbesetzungsverfahren getroffen hat.

Die nachfolgende Kurzdarstellung beschränkt sich auf in der Praxis besonders wichtige rechtliche Eckpunkte.

1. Gesetz zur Änderung des Personengesellschaftsrechts (MoPeG)

Ziel des Gesetzes ist es, das überwiegend noch aus dem 19. Jahrhundert stammende Personengesellschaftsrecht an die Bedürfnisse des modernen Wirtschaftslebens sowie die aktuelle Rechtsprechung anzupassen. Diese Modifizierung war überfällig. Die Verfasser des BGB hatten noch die aus wenigen Gesellschaftern bestehende Gelegenheitsgesellschaft vor Augen und konnten sich deshalb auf rudimentäre Regelungen beschränken. Die Rechtsprechung und die Praxis der Vertragsgestaltung haben in den vergangenen Jahrzehnten das Personengesellschaftsrecht fortentwickelt. Es ist augenfällig, dass sich die Gesellschaftsverträge insbesondere größerer BAGs in vielen Regelungen von der gesetzlichen Vorgabe entfernt haben.

Auch nach der Novellierung bleibt die GbR die Grundform der Personengesellschaften. Der individuellen Ausgestaltung des BAG-Gesellschaftsvertrags kommt nach wie vor größte Bedeutung zu. § 708 BGB n. F. stellt als Leitbild die Vertragsfreiheit in den Vordergrund, die es den Gesellschaftern ermöglichen soll, das Gesellschaftsverhältnis „in Selbstbestimmung und Selbstverantwortung zu gestalten“ (Reg-E, BT-Drucks. 19/27635 S. 103). Im Folgenden werden die wesentlichsten gesetzlichen Änderungen vorgestellt, wobei der Zusatz „n. F.“ auf die ab dem 1.1.2024 geltende Neufassung hinweist:

- ▶ Die am Rechtsverkehr teilnehmende GbR ist rechtsfähig (§ 706 Abs. 2 BGB n. F.), aber keine juristische Person.
- ▶ Für GbRs wird ein Gesellschaftsregister eingeführt. Die Eintragung ist freiwillig (§ 707 Abs. 1 BGB n. F.). Auch die nicht in das Register eingetragene Gesellschaft ist rechtsfähig. Für BAGs ist die Eintragung primär relevant, wenn sie Grundbesitz er-

werben will. Mit der Eintragung ist die Gesellschaft verpflichtet, als Namenszusatz die Bezeichnung „eingetragene Gesellschaft bürgerlichen Rechts“ oder „eGbR“ zu führen (§ 707a Abs. 2 BGB n. F.). Die eingetragene GbR kann sich nicht aus dem Register austragen lassen.

- ▶ Aus § 708 BGB ergibt sich, dass gesellschaftsvertraglich von den Vorschriften der §§ 709 bis 718 BGB n. F. abgewichen werden kann, sofern sich aus dem Gesetz nichts anderes ergibt. Nicht eingeschränkt werden dürfen das Recht auf Notgeschäftsführung (§ 715a Satz 2 BGB n. F.) sowie das Informationsrecht (§ 717 Satz 2 BGB n. F.).
- ▶ Die Abstimmung erfolgt nicht mehr nach dem Kopfprinzip, sondern – wie auch die Ergebnisbeteiligung – vorrangig nach den vereinbarten Beteiligungsverhältnissen (§ 709 Abs. 3 BGB n. F.).
- ▶ § 711 Abs. 1 BGB n. F. bestimmt, dass die Übertragung von Gesellschaftsanteilen der Zustimmung der anderen Gesellschafter bedarf und dass die Gesellschaft keine eigenen Gesellschaftsanteile erwerben kann.
- ▶ Gemäß § 714 BGB n. F. bedürfen Gesellschafterbeschlüsse der Zustimmung aller stimmberechtigten Gesellschafter.
- ▶ Scheidet ein Gesellschafter aus der Gesellschaft aus, so wächst sein Anteil an der Gesellschaft den übrigen Gesellschaftern im Zweifel im Verhältnis ihrer Anteile zu.
- ▶ Die Gesellschafter haften für Gesellschaftsverbindlichkeiten gegenüber den Gläubigern als Gesamtschuldner mit ihrem Privatvermögen.
- ▶ Wer einer schon bestehenden Gesellschaft beitrifft, haftet für bestehende Gesellschaftsverbindlichkeiten mit seinem Privatvermögen (§ 721 Abs. 1 BGB n. F.). Dies gilt nicht, wenn die Gesellschaft durch den Zusammenschluss erst entsteht (§ 721a BGB n. F. – hierzu ausführlich BT-Drucks. 19/27635 S. 165 f.).
- ▶ Praxisrelevant ist § 723 BGB n. F.: Vormalige Auflösungsgründe wie z. B. Tod, Kündigung, Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen eines Gesellschafters sind nunmehr als Ausscheidensgründe gestaltet.
- ▶ Die Kündigung kann, sofern gesellschaftsvertraglich nichts Abweichendes geregelt wird, mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Kalenderjahres erklärt werden. Kündigungsadressat ist die Gesellschaft (§ 725 BGB n. F.). Eine Kündigung aus wichtigem Grund bleibt zulässig (§ 731 BGB n. F.).
- ▶ § 107 Abs. 1 Satz 2 HGB n. F. eröffnet freiberuflichen BAGs die Möglichkeit, sich ins Handelsregister eintragen zu lassen. Die offene Handelsgesellschaft (OHG) als Rechtssubjekt entsteht erst mit der Eintragung. Aufgrund der Verweisung in § 161 Abs. 2 HGB n. F. kommt auch die Errichtung einer Kommanditgesellschaft (KG) in Betracht. Auch ist der Weg in die GmbH & Co KG eröffnet.

Da die Begründung des Regierungsentwurfs (BT-Drucks. 19/27635 S. 223) für die Definition der Freien Berufe auf § 1 Abs. 2 PartGG verweist, fallen Ärzte unzweifelhaft in die Gruppe der Berechtigten. Allerdings enthält § 107 Abs. 1 Satz 2 HGB n. F. den Vorbehalt, dass das jeweilige Berufsrecht die Rechtsform der OHG und mithin auch der KG erlauben muss. Derzeit werden beide Rechtsformen wegen ihres Zuschnitts auf Vollkaufleute als unzulässig zur Gründung einer ärztlichen BAG angesehen (Spickhoff/Scholz, § 18 MBO Rz. 8, m. w. N.) Für MVZ untersagt § 95 Abs. 1a Satz 3 SGBV die Rechtsform einer Personenhandelsgesellschaft. Ob die berufs- und vertragsärztlichen Vorgaben an die durch das MoPeG vorgenommene Liberalisierung angepasst werden, bleibt abzuwarten.

2. Vertragsarztrechtlicher Status

a) Aufhebung der Zugangsaltersgrenze

Auf Initiative des Bundesrats wurde mit dem VÄndG die Zugangsaltersgrenze von 55 Jahren aufgehoben (§ 98 Abs. 2 Nr. 12 SGBV, § 25 Ärzte-ZV). Hierdurch sollte es auch älteren Ärzten ermöglicht werden, sich als Vertragsarzt freiberuflich zu betätigen. Weiterhin war es Motivation des Gesetzgebers, die Unterversorgung zu lindern.

b) Aufhebung der Beendigungsaltersgrenze

Die Beendigungsaltersgrenze von 68 Jahren (§ 95 Abs. 7 SGBV), die der Gesetzgeber noch mit dem VÄndG grundsätzlich bestätigt hatte, wurde durch das GKV-OrgWG mit Wirkung zum 1.1.2009 beseitigt. Nunmehr kann ein Arzt so lange privatärztlich und/oder vertragsärztlich tätig sein, wie er über eine Approbation bzw. über eine Vertragsarztzulassung verfügt.

c) Teilzulassung

§ 19a Abs. 2 Ärzte-ZV i. d. F. des TSVG ermöglicht die Beschränkung auf einen halben Versorgungsauftrag oder einen Dreiviertel-Versorgungsauftrag („Teilzulassung“). Gesetzgeberisches Motiv war es auch hier, die Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit zu vergrößern, wobei insbesondere daran gedacht wurde, die Kompatibilität von Beruf und Familie zu verbessern.

Die Teilzulassung kann bereits im Rahmen der Erstzulassung beantragt werden. Es ist aber auch möglich, eine Vollzulassung nachträglich zu beschränken. Erforderlich ist ein entsprechender Antrag an den Zulassungsausschuss. Auf die Reduzierung besteht ein Rechtsanspruch.

PRAXISHINWEIS:

Bei einem in einer Einzelpraxis ausgeübten hälftigen Versorgungsauftrag dürfen Sprechstunden nicht lediglich an einzelnen Werktagen angeboten werden (BSG, Urteil v. 11.2.2015 - B 6 KA 11/14 R, NWB SAAAE-93568, GesR 2015 S. 472, Rz. 44).

Die Gesetzesänderung hat dazu geführt, dass ein Vertragsarzt über zwei Teilzulassungen verfügen kann, wobei diese durchaus unterschiedliche Kassenärztliche Vereinigungen betreffen können (ausführlich BSG, Urteil v. 11.2.2015 - B 6 KA 11/14 R, NWB SAAAE-93568, GesR 2015 S. 472 ff., Rz. 18 ff.).

PRAXISHINWEIS:

Allerdings wird es als unzulässig angesehen, einen (vollen) Versorgungsauftrag in zwei hälftige Versorgungsaufträge im Sinne zweier Zulassungen mit zwei Praxissitzen aufzuspalten (Pawlita in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGBV, 4. Aufl., § 95 Rz. 728 (Stand: 18.1.2021)).

PRAXISHINWEIS:

Eine volle Vertragsarztzulassung kann halbiert oder auf drei Viertel beschränkt, nicht aber gevierteilt werden. Demgegenüber kann eine (Angestellten-)Arztstelle gevierteilt werden.

Aus § 19a Abs. 3 Ärzte-ZV ist abzuleiten, dass die Teilzulassung durch schriftlichen Antrag des Vertragsarztes durch den Zulassungsausschuss in eine „Vollzulassung“ umgewandelt werden kann. Allerdings dürfen für das entsprechende Fachgebiet im Zeitpunkt der Antragstellung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sein!

Denkbar ist auch die Beschränkung eines vollen Versorgungsauftrags in der Weise, dass ein hälftiger Versorgungsauftrag ausgeschrieben wird und der insofern auf eine halbe Vertragsarztzulassung verzichtende Arzt sich hierauf mit einem anzustellenden Arzt bewirbt (§ 103 Abs. 3a Satz 2 i.V. mit § 103 Abs. 4b Satz 4 SGB V).

d) Verpflichtung zur vollzeitigen Tätigkeit

§ 19a Abs. 1 Ärzte-ZV verpflichtet den Vertragsarzt, die vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben. § 19a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV, insofern konkretisiert durch § 17 Abs. 1a BMV-Ä, gibt dem Vertragsarzt auf, „im Rahmen seiner vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit **mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung zu stehen**“. Bei einem reduzierten Versorgungsauftrag sind die anteiligen Sprechstundenzeiten anzubieten (§ 19a Abs. 1 Satz 4 Ärzte-ZV, § 17 Abs. 1a Satz 4 BMV-Ä).

Als Sprechstunden gelten dabei die Zeiten, in denen der Vertragsarzt für die Versorgung der Versicherten unmittelbar zur Verfügung steht (§ 17 Abs. 1a Satz 2 BMV-Ä). Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes – z. B. in einer Zweigpraxis – sollen bei der Berechnung nicht mitzählen.

Nicht erforderlich ist, dass der Vertragsarzt seine gesamte Arbeitskraft für die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung einsetzt. Auch ist er nicht verpflichtet, eine spezielle Sprechstunde für GKV-Patienten einzurichten. Weder der Parlamentsgesetzgeber noch die Parteien des Bundesmantelvertrags haben indes ausdrücklich bestimmt, ob in dem vorgegebenen Zeitkontingent Privatpatienten behandelt werden dürfen oder ob es sich um „**GKV-Netto-Sprechstundenzeiten**“ handelt mit der Folge, dass sich der zeitliche Umfang von 25 Sprechstunden um die für die Behandlung von Privatpatienten aufgewandte Zeit erhöht. Viel spricht dafür, in der gesetzlichen Regelung, wonach der Vertragsarzt im vorgegebenen Umfang für gesetzlich Versicherte zur Verfügung stehen muss, eine **Mindestsprechstundenvorgabe** für die Behandlung von GKV-Patienten zu sehen (ausführlich Möller, GesR 2020 S. 286, 287).

Nach der Rechtsprechung des BSG ist zu den Mindestsprechstundenzeiten noch ein **Zeitkontingent für Begleitleistungen** (Verwaltung, Abrechnung, Erstellung von Arztbriefen und Gutachten etc.) zu addieren, welches das BSG im Wege einer Typisierung, ohne insofern auf statistische Erhebungen aus der Praxis zurückgegriffen zu haben, mit 30 % bis 50 % bestimmt hat. Abhängig vom jeweiligen Organisationsgrad der Praxis dürfte der tatsächliche Zeitaufwand für Begleitleistungen deutlich geringer ausfallen. In vielen Praxen werden Verwaltungsaufgaben, wozu oftmals auch zumindest die Vorbereitung der Abrechnung zählt, auf nichtärztliches Personal delegiert. Gerade größere Einrichtungen stellen hierfür speziell ausgebildete Mitarbeiter an. Auch die Erstellung von Arztbriefen nimmt bei Nutzung entsprechender Programme deutlich weniger Zeit in Anspruch als früher. Nicht jeder Vertragsarzt erstellt Gutachten.

Bei einer BAG trifft die Pflicht zur Abhaltung von Sprechstunden diese und nicht die einzelnen Vertragsärzte. Dabei sind die Mindestsprechstundenzeiten nicht praxis-, sondern unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungsauftrags arztbezogen zu erfüllen. Es obliegt der BAG, sicherzustellen, dass mindestens Sprechstunden in einem Umfang – ggf. parallel oder überlappend – angeboten werden, der sich aus der **Addition der den einzelnen Versorgungsaufträgen** zugeordneten Zeitkontingente ergibt. Dieser Befund ändert indes nichts daran, dass der einzelne Vertragsarzt bei Verletzung seiner individuellen Präsenzpflichten Adressat der Sanktionen gem. § 19a Abs. 4 Ärzte-ZV ist.

e) **Erschwernis der Sitzverlegung**

Mit Wirkung zum 1.1.2012 wurde § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV durch das GKV-VStG strenger gefasst. Der Zulassungsausschuss darf den Antrag auf Verlegung eines Vertragsarztsitzes nur genehmigen, **wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen**. Entsprechende Vorschriften finden sich im Zusammenhang mit der Umwandlung einer Vertragsarztzulassung in eine Arztstelle in § 103 Abs. 4a, 4b SGBV. In der Praxis ist festzustellen, dass die Realisierung einer Vielzahl von Vorhaben an dieser Res-

triktion gescheitert ist. Das BSG hat mit Urteil vom 3.8.2016 (B 6 KA 31/15 R, NWB OAAAF-88255, MedR 2017 S.412) betont, dass bei dem Tatbestandsmerkmal der „Gründe der vertragsärztlichen Versorgung“ allein planerische, die Sicherstellung der Patientenversorgung betreffende Umstände zu prüfen seien. Ziel der Bedarfsplanung sei die Herstellung einer möglichst gleichmäßigen, durch gute Erreichbarkeit gekennzeichneten Versorgung selbst in großen Planungsbereichen. Es sei zu beurteilen, wie sich die Verlegung auf die Versorgungssituation am bisherigen und am geplanten Sitz auswirke. In der Regel sei eine Verlegung an einen besser versorgten Standort nicht genehmigungsfähig. Bejahe der Zulassungsausschuss „entgegenstehende Gründe“, seien in einem zweiten Schritt die Gründe des Arztes für den Verlegungswunsch zu prüfen. Nur wenn diese schwerwiegend seien (z. B. schwere Erkrankung, prekäre Raumsituation), könnten die Versorgungsgesichtspunkte ausnahmsweise zurücktreten.

PRAXISHINWEIS:

Manche Zulassungsausschüsse lassen Verlegungen ohne individuelle Überprüfung der Versorgungssituation innerhalb desselben Postleitzahl-Bezirks, andere innerhalb eines festgelegten Umkreises zu. In der konkreten Situation ist die Verwaltungspraxis zu erfragen. Eine verbindliche Auskunft des Zulassungsausschusses schafft Planungssicherheit.

3. Anstellung von Ärzten

a) Zuordnung von Arztstellen zur BAG

Das BSG hat mit Urteil vom 4.5.2016 (B 6 KA 24/15 R, NWB IAAAF-81284, MedR 2017 S.168, 169) klargestellt, dass auch – wie bei MVZ – die Zuordnung der Anstellungsgenehmigung zur BAG und nicht zu einem Gesellschafter der BAG erfolgt. Dies gilt auch bei einer ÜBAG.

Hierzu ausführlicher S. 382.

b) Anstellung auch fachgebietsfremder Ärzte durch Vertragsärzte

§ 32b Ärzte-ZV bietet Vertragsärzten die Möglichkeit, Ärzte auch anderer Fachgebiete in Vollzeit oder Teilzeit anzustellen. Die unbeschränkte Anstellungsmöglichkeit setzt allerdings voraus, dass für das entsprechende Fachgebiet keine Zulassungsbeschränkungen bestehen. Das ehemals in § 14a Abs. 2 BMV-Ä geregelte Verbot, fachgebietsfremde Ärzte anzustellen, wenn diese einer Fachgebietsgruppe angehören, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden darf (z. B. Laborärzte, Radiologen), wurde mit Wirkung zum 1.10.2013 aufgehoben.

Ungeklärt ist allerdings die Frage, ob die Anstellung eines fachfremden Arztes für den vertragsärztlichen Bereich zulässig ist, wenn die für den Arzt maßgebliche Berufsord-

nung einen gemeinsamen Versorgungsauftrag verlangt (hierzu Steinhilper in Schiller, Bundesmantelvertrag Ärzte, 2014, § 14a Rz. 17).

c) Rückumwandlung

Eine halbe und eine volle Arztstelle können seit dem 1.1.2013 gem. § 95 Abs. 9b SGBV, § 32b Abs. 5 Ärzte-ZV in einen hälftigen bzw. vollen Versorgungsauftrag rückumgewandelt werden. Das TSVG hat die Rückumwandlung auf einen Drei-Viertel-Versorgungsauftrag erweitert. Die Rückumwandlungsmöglichkeit betrifft gleichermaßen die Anstellung bei Vertragsärzten und bei MVZ.

PRAXISHINWEIS:

Zu beachten ist, dass das Umwandlungsrecht bei einer länger als sechs Monate dauernden Vakanz erlöschen kann (ausführlich Ladurner, § 32b Ärzte-ZV Rz. 50 f.).

Zu den vielfältigen Problemen vgl. S. 387.

4. Nachbesetzung von Angestellten-Arztstellen

a) Befristete Nachbesetzung von Arztstellen

In seinem Grundsatzurteil vom 19.10.2011 (B 6 KA 23/11 R, NWB PAAAE-00664, MedR 2012 S. 830) hat das BSG entschieden, dass das Recht auf Nachbesetzung einer vollen oder halben Arztstelle grundsätzlich **nach sechs Monaten erlischt**. Die Frist kann in besonderen Fällen um höchstens sechs Monate verlängert werden. Bei einer 1/4-Stelle gilt ein etwas großzügigerer Maßstab von ca. einem Jahr (BSG, Urteil v. 4.5.2016 - B 6 KA 28/15 R, NWB UAAAF-82693, GesR 2016, S. 775, 779, Rn. 26).

Ausführlicher S. 387.

b) Erschwernis der Nachbesetzung von Arztstellen bei Zulassungsverzicht – das „Drei-Jahres-Urteil“ des BSG

Mit seinem in der Praxis vieldiskutierten Urteil vom 4.5.2016 (B 6 KA 21/15 R, NWB IAAAF-82619, GesR 2016 S. 771, Rz. 24 f.) hat das BSG die Nachbesetzung einer Arztstelle nur dann für zulässig erklärt, wenn der auf seine Vertragsarztzulassung zugunsten einer Anstellung verzichtende Vertragsarzt die **Absicht hat, für die Dauer von drei Jahren im Anstellungsverhältnis tätig zu sein**. Dabei hat das BSG es zugelassen, dass der angestellte Arzt den zeitlichen Umfang seiner Tätigkeit stufenweise reduziert. Während des ersten Jahres der Tätigkeit muss der ehemalige Vertragsarzt in dem zeitlichen Umfang tätig sein, in welchem er vertragsärztlich tätig war, bei einem vollen Versorgungsauftrag mithin auf einer vollen Arztstelle, bei einem hälftigen Versorgungsauftrag auf einer halben Arztstelle. In den beiden folgenden Jahren darf er seinen Tätig-

keitsumfang jeweils um den bedarfsplanungsrechtlichen Anrechnungsfaktor von (etwa) einem Viertel reduzieren (hierzu Pflugmacher, KrV 2017 S. 107, 110).

Ausführlicher zu dem Urteil S. 390.

5. Berufsausübungsgemeinschaften, Filialisierung

a) Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Von vielen Ärzten wurde die nunmehr auch vertragsarztrechtlich zulässige überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (§ 33 Abs. 2 und 3 Ärzte-ZV) als Kernstück des VÄndG angesehen. Wesentlich ist, dass bei der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mindestens zwei unterschiedliche Vertragsarztsitze existieren. Berufsausübungsgemeinschaften können, und zwar unabhängig vom Fachgebiet, sogar KV-übergreifend gebildet werden. Jeder Vertragsarzt darf an den anderen Vertragsarztsitzen der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft tätig sein, ohne dass dies einer gesonderten Genehmigung bedarf. Die Mindestsprechstundenzeiten des § 17 Abs. 1a Ärzte-ZV müssen jeweils an dem eigenen Vertragsarztsitz geleistet werden. Soweit berufsrechtliche Beschränkungen der Anzahl der Tätigkeitsorte bestehen (§ 17 Abs. 2 MBO-Ä), sind diese zu beachten.

Den Ärzten steht ein Wahlrecht zu, welche KV sie als „Stamm-KV“ wählen. An die Ausübung des Wahlrechts sind sie für die Dauer von zwei Jahren gebunden (§ 33 Abs. 2 Ärzte-ZV).

Details zu überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften finden sich auf S. 195.

b) Teilberufsausübungsgemeinschaft

Das VÄndG übernahm aus der MBO-Ä das Institut der sog. Teilberufsausübungsgemeinschaft (§ 33 Abs. 2 Satz 3 Ärzte-ZV). Dem Gesetzgeber ist nicht verborgen geblieben, dass Teilberufsausübungsgemeinschaften im privatärztlichen Bereich gebildet werden, um auf vermeintlich legalem Weg am Honorar Dritter zu partizipieren. Im vertragsärztlichen Bereich wird die Zulässigkeit der Teilberufsausübungsgemeinschaft unter den Vorbehalt gestellt, dass diese nicht zur Umgehung des Verbots der Zuweisung gegen Entgelt dient.

Die ausführliche Darstellung der Teilberufsausübungsgemeinschaft erfolgt auf S. 176.

c) Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes („Filialisierung“)

§ 24 Abs. 3 Ärzte-ZV lässt die Errichtung von Zweigpraxen zu. Voraussetzung ist, dass die Versorgung der Versicherten an dem Ort der Zweigpraxis verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Vertragsarztsitz zumindest nicht wesentlich beeinträchtigt wird. Die Tätigkeit in der Zweigpraxis ist im vertragsärztlichen Bereich – anders als für die privatärztliche Tätigkeit – genehmigungsbedürftig. Der Betrieb einer Zweigpraxis ausschließlich durch angestellte Ärzte kann zur gewerbesteuerlichen Infizierung führen.

Einzelheiten hierzu auf S. 201.

6. Medizinische Versorgungszentren

Die Einführung von MVZ im Jahr 2004 hat die Struktur der vertragsärztlichen Versorgung maßgeblich verändert. Es besteht eine Vielzahl privilegierter Gestaltungsmöglichkeiten.

Zwar hat das GKV-VStG mit Wirkung zum 1.1.2012 den Kreis der gründungsberechtigten Personen in erheblicher Weise eingeschränkt und bestimmt, dass MVZ-Trägergesellschaften nicht mehr als Aktiengesellschaft organisiert werden dürfen. Diese Beschränkung hat jedoch nichts daran geändert, dass Investoren Krankenhausträger erwerben, auf diese Weise eine Gründungsberechtigung herbeiführen und Praxen zu teilweise strategisch hohen Preisen erwerben.

Durch das GKV-VSG vom 16.7.2015 wurde das Einfachgebiets-MVZ eingeführt, was zu einem Gründungsschub insbesondere bei zahnärztlichen MVZ geführt hat. Auch kann nunmehr der unter Verzicht auf seine Vertragsarztzulassung in ein MVZ-Anstellungsverhältnis wechselnde Gesellschafter für die Dauer dieses Anstellungsverhältnisses noch Gesellschafter der MVZ-Trägergesellschaft bleiben. Das am 11.5.2019 in Kraft getretene TSVG hat auch angestellten Ärzten die Möglichkeit eingeräumt, unter bestimmten Voraussetzungen die Beteiligung an der Trägergesellschaft zu erwerben.

Zu MVZ detaillierter ab S. 295 ff.

7. Lebenslange Arztnummer, Betriebsstättennummer

Von erheblicher praktischer Bedeutung ist die zum 1.7.2008 eingeführte Vergabe von lebenslangen Arztnummern und von Betriebsstättennummern. Die Arztnummer ermöglicht die Zuordnung der erbrachten und abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen zur Person des Leistungserbringers (z. B. Vertragsarzt, Job-Sharer, angestellter Arzt). Die aus neun Ziffern bestehende Arztnummer wird von der KV vergeben, in deren Bereich der Arzt – unberührt von seinem Status – erstmals im Rahmen der vertragsärzt-

lichen Versorgung tätig wird. Bei einer Änderung des Versorgungsbereichs, der Fachgruppe oder des Schwerpunkts werden die Ziffern acht und neun neu vergeben.

Daneben erhalten jede Betriebsstätte und jede Nebenbetriebsstätte eine ebenfalls neunstellige Kennzeichnungsnummer. Hierdurch wird eine Zuordnung der ärztlichen Leistungen zum Ort der Leistungserbringung ermöglicht.

Der Vertragsarzt ist verpflichtet, in den vorgesehenen Fällen, seine Arztnummer sowie die Betriebsstätten-/Nebenbetriebsstättennummer anzugeben (§ 37a BMV-Ä). Vereinbart wird die Angabe in den Honorarverteilungsverträgen (HVV) der einzelnen KVen. Folge dieser mit Transparenz begründeten Neuerung ist die „gläserne Arztpraxis“. Es kann genauestens nachverfolgt werden, wer wann an welcher Betriebsstätte welche Leistungen erbracht hat. Wer die Abläufe in Praxen kennt, weiß, dass Fehleingaben ebenso vorprogrammiert sind wie die damit verbundenen Konsequenzen!

8. Die (neue) Bedarfsplanung ab dem 1.1.2013

Durch die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BedarfsplRL) des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 20.12.2012 (BAnz AT v. 31.12.2012 B7; äußerst detailliert zur Bedarfsplanung Frehse in Rieger/Dahm/Katzenmeier/Steinhilper/Stellpflug/Ziegler (Hrsg.), Heidelberger Kommentar Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht, August 2020, S. 720 – Bedarfsplanung) wurde die Bedarfsplanung erheblich umgestellt.

Es wird nunmehr unterschieden zwischen:

- ▶ der hausärztlichen Versorgung,
- ▶ der allgemeinen fachärztlichen Versorgung,
- ▶ der spezialisierten fachärztlichen Versorgung und
- ▶ der gesonderten fachärztlichen Versorgung.

Der Einteilung kommt Bedeutung zu insbesondere beim Zuschnitt der Planungsbereiche.

Im **hausärztlichen Bereich** erfolgte die Bedarfsplanung bis zu der Änderung auf der Ebene der Landkreise oder der kreisfreien Städte. Zumindest im Bereich der hausärztlichen Versorgung wurde die Anzahl der Planungsbereiche in den Landkreisen erhöht und die Planungsbereiche wurden teilweise verkleinert, was der Verlegung von Vertragsarztsitzen entgegenstehen kann. Die kreisfreien Städte (z. B. Düsseldorf) sind nach wie vor ein Planungsbereich, so dass auch bei den Hausärzten die Planung weiterhin für ein Stadtgebiet erfolgt. Die angedachte kleinteilige Planung auf der Basis von Stadtbezirken o. Ä. wurde nicht eingeführt.

Zur **allgemeinen fachärztlichen Versorgung** zählen z. B. die Augenärzte, Chirurgen und Orthopäden als einheitliche Gruppe, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärz-

te, Psychotherapeuten, Urologen und auch die Kinderärzte. Schwerpunktbezeichnungen ändern an der Zuordnung nichts. Die Planungsbereiche für die allgemeine fachärztliche Versorgung sind die kreisfreien Städte (z. B. Düsseldorf, Köln), die Landkreise (z. B. Kreis Mettmann, Rhein-Kreis-Neuss) oder die Kreisregionen (z. B. Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg). Im Einzelnen sind die Planungsbereiche in Anlage 3.2 der BPL-RL aufgezählt.

Zur **spezialisierten fachärztlichen Versorgung** gehören die Anästhesisten, die fachärztlich tätigen Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Radiologen. Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung ist die sog. „Raumordnungsregion“ in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), wie sie auch in Anlage 3.3 der BPL-RL enthalten ist. Die Raumordnungsregion ist erheblich größer als die bisherigen Bereiche und entspricht teilweise den Versorgungsgebieten im Krankenhausplan. So umfasst z. B. die **Raumordnungsregion Düsseldorf** das Gebiet der Städte Mönchengladbach, Krefeld, Düsseldorf, Solingen, Wuppertal und Remscheid sowie der Kreise Viersen, Neuss und Mettmann.

Es besteht somit erstmals grundsätzlich die Möglichkeit, Sitze in Raumordnungsregionen über Stadt- oder Kreisgrenzen hinaus zu verlegen.

PRAXISHINWEIS:

Da die Gruppe der Fachinternisten einheitlich beplant wurde, nahm die Anzahl insbesondere kardiologischer Vertragsarztsitze zu. Mit Beschluss vom 16.5.2020 führte der Gemeinsame Bundesausschuss durch § 13 Abs. 6 BPL-RL Höchstquoten u. a. für die Bereiche Kardiologie und Gastroenterologie ein. Praxisrelevant ist, dass auch die von Höchstquoten betroffenen Vertragsarztzulassungen und Arztstellen nachbesetzungsfähig sind.

Der **gesonderten fachärztlichen Versorgung** sind die Arztgruppen der Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalischen und Rehabilitations-Mediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner zugeordnet. Für diese entspricht der Planungsbereich grundsätzlich dem KV-Bezirk (= Zulassungsbezirk), wobei KV-übergreifende Planungen zulässig sind.

PRAXISHINWEIS:

Zur Beurteilung der Erfolgsaussicht von Verlegungsanträgen oder geplanten Verzichtserklärungen zugunsten einer Anstellung (vgl. auch die nachstehenden Ausführungen) ist es nunmehr notwendig, sich eingehend mit der jeweiligen Raumordnungsstruktur zu beschäftigen. Reichte es früher aus, Kreise und kreisfreie Städte zu berücksichtigen, muss nunmehr – je nach Fachgruppe – eine andere, differenziertere geografische Zuordnung vorgenommen werden.

9. Neuerungen zum Nachbesetzungsverfahren von Vertragsarztzulassungen und Arztstellen

Die Grundzüge des Nachbesetzungsverfahrens werden dargestellt in Kapitel G, S. 408 ff.

10. Kooperationen mit Krankenhausträgern

a) Aufweichung der Inkompatibilitätsvorschrift in § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV

§ 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV in der ab dem 1.1.2007 geltenden Fassung bestimmt, dass die Tätigkeit eines Vertragsarztes „in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar“ ist. Durch diese „Klarstellung“ hat der Gesetzgeber primär Krankenhausträger beim Betrieb von in ihrer Trägerschaft stehenden MVZ unterstützen wollen. Ein Krankenhausarzt darf nunmehr – selbstverständlich unter Beachtung etwaig bestehender Zulassungsbeschränkungen – zeitweilig in einem MVZ tätig werden, selbst wenn dieses von seinem Krankenhausträger betrieben wird. Der Regelung kommt Bedeutung auch insofern zu, als hiervon Berufsausübungsgemeinschaften betroffen sind, die eng mit Krankenhäusern kooperieren. Zu denken ist etwa an die radiologische Praxis, die ihren Sitz auf dem Krankenhausgelände hat und deren Gesellschafter die Abteilung für Radiologie führen. Insofern ist es durchaus denkbar, dass ein oder mehrere Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft im Rahmen einer Teilzeitzulassung die Funktion des Leitenden Abteilungsarztes (Chefarztes) übernimmt/übernehmen.

§ 20 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV untersagt eine anderweitige Beschäftigung, „wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den vertragsärztlich üblichen Zeiten anzubieten“.

Zu beachten ist, dass das BSG mit Urteil vom 16.12.2015 (B 6 KA 19/15 R, NWB KAAAF-68410, ZMGR 2016 S. 115 f.) seine **frühere Rechtsprechung aufgegeben** hat, wonach bei einem vollen Versorgungsauftrag eine anderweitige Tätigkeit im Umfang von 13 Stunden wöchentlich und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag eine solche von 26 Stunden wöchentlich zulassungsunschädlich war. In demselben Urteil hat das BSG aber nochmals betont, dass eine vollzeitige hauptberufliche oder nicht ehrenamtliche Tätigkeit selbst einem hälftigen Versorgungsauftrag entgegenstehe. Erforderlich sei eine Reduzierung des zeitlichen Umfangs der Vollzeittätigkeit. Das Maß der Reduzierung im Sinne einer starren Grenze hat das BSG offengelassen und der Einzelfallentscheidung vorbehalten. Es hat jedoch die Richtung dahin gewiesen, dass die Zulassung

umso eher zu erteilen sei, desto deutlicher sich die gleichzeitig ausgeübte Beschäftigung oder nicht ehrenamtliche Tätigkeit von einer Vollzeittätigkeit entferne.

b) Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte

Der Gesetzgeber hat mit Wirkung zum 1.1.2013 § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG dahin ergänzt, dass die Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen „auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte“ erfolgen kann. Damit ist der Einsatz von Honorarärzten, sofern auch die sonstigen krankenhausrrechtlichen Vorgaben erfüllt sind, vom Grundsatz her zulässig.

Zunehmend treten jedoch arbeits- und insbesondere sozialversicherungsrechtliche Fragen in den Vordergrund. Auch spielt im Zusammenhang mit der gezahlten Vergütung die Frage einer möglichen Strafbarkeit gem. §§ 299a, 299b StGB eine wichtige Rolle.

Ausführlicher zum Honorararzt S. 363 ff.

11. §§ 299a, 299b StGB – Strafrechtliches Verbot der Zuführung von Patienten

Weiterführende Literatur speziell zu §§ 299a, 299b StGB findet sich unter E. I. S. 361.

Kooperationen zwischen Ärzten einerseits und zwischen Ärzten und Krankenhausträgern andererseits sind durch das **Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen vom 30.5.2016 (BGBl 2016 I S. 1254)** in den Fokus des Strafrechts gerückt.

Gemäß § 299a Alternative 3 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer z. B. als Arzt im Zusammenhang mit der Berufsausübung einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er bei der **Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial** einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge. Spiegelbildlich wird der den korruptiven Vorteil Anbietende, Versprechende oder Gewährende gem. § 299b StGB ebenfalls mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. § 300 StGB sieht Strafverschärfungen für besonders schwere Fälle vor, die im ärztlichen Bereich relativ häufig vorliegen dürften.

Auf dem Gebiet von gesellschaftsrechtlichen Zusammenschlüssen von Ärzten ist die Ergebnisverteilung Gegenstand von Diskussionen, so insbesondere bei der Teilberufsausübungsgemeinschaft (hierzu S. 184f.). Aber auch bei Organisationsgemeinschaften kann die unter Zuweisungsaspekten gestaltete Kostenverteilung nunmehr strafrechtlich relevant sein (vgl. zur Praxisgemeinschaft S. 234).

Besonders intensiv wird die Zulässigkeit von Verträgen diskutiert, bei denen der niedergelassene (Vertrags-)Arzt zu den Einweisern des Krankenhauses zählt und zugleich Leistungen im stationären Bereich erbringt (vgl. zum „verkappten Konsiliararzt“ oder Honorararzt siehe S. 363 f.). Unstreitig ist der Abschluss eines entgeltlichen Vertrags – sei es ein Anstellungsvertrag oder ein Honorararztvertrag – als Vorteil i. S. des § 299a StGB anzusehen. Fraglich ist jedoch in jedem Einzelfall, ob der geleisteten Vergütung eine **Unrechtsvereinbarung** zugrunde liegt, ob das Entgelt mithin gerade für die ärztliche Leistung oder aber für die Zuführung von Patienten gezahlt wird.

Welche Vergütungshöhe angemessen ist, zählt. Insofern wird es maßgeblich auf die Umstände des Einzelfalls ankommen. Bis zu einer abschließenden Klärung durch die Rechtsprechung werden einige Jahre vergehen.

B. Berufsausübungsgemeinschaften

I. Numerus clausus der Organisationsformen

Die gemeinsame Tätigkeit von Ärzten kann in verschiedenen Organisationsformen erfolgen. Allerdings ist die Gestaltungsfreiheit begrenzt.

1. Der berufsrechtliche Rahmen

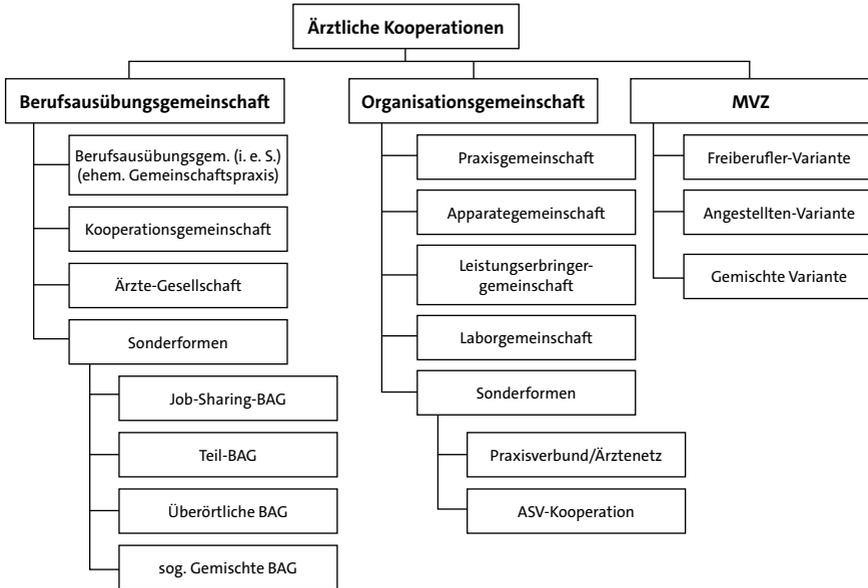
Das Berufsrecht kennt die **Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)**, die **Organisationsgemeinschaft** (Praxis-, Apparate-, Laborgemeinschaft) sowie den **Praxisverbund**. Im Mai 2004 hat der 107. Deutsche Ärztetag grundlegende Änderungen der MBO-Ä im Hinblick auf diese Kooperationsmodelle beschlossen, die in den meisten Landesärztekammerbereichen, soweit die Heilberufe-Kammergesetze dies zuließen, umgesetzt wurden. Als Begründung wurde angegeben, das Berufsrecht müsse im Hinblick auf die kurz vorher eingeführten vertragsarztrechtlichen Vorgaben so „liberalisiert“ werden, dass Ärzte hinsichtlich der neuen Versorgungsformen ihre Wettbewerbsfähigkeit wahren könnten. Ausgangsvorschrift für Ärztekoooperationen ist § 18 MBO-Ä. Der Grundsatz, dass ein Arzt prinzipiell nur einer BAG angehören darf, wurde aufgehoben. Nach § 18 Abs. 1 MBO-Ä kann sich eine BAG auf Teile der gemeinsamen Berufsausübung beschränken, die sog. „Teilberufsausübungsgemeinschaft“. Schließlich steht die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) allen Arztgruppen offen, also nicht nur wie früher denjenigen Arztgruppen, die nicht unmittelbar patientenbezogen tätig waren wie z. B. Pathologen oder Laborärzten. Organisationsgemeinschaften dürfen gegenüber Patienten angekündigt werden (§ 18a Abs. 3 MBO-Ä n. F.), wodurch der Unterschied zwischen beiden Kooperationsformen für den Patienten/Verbraucher völlig unkenntlich wird.

2. Vertragsarztrechtliche Regelungen

Das Vertragsarztrecht unterscheidet zwischen der gemeinsamen Nutzung von Praxisräumen und Praxiseinrichtung durch mehrere Ärzte (§ 33 Abs. 1 Ärzte-ZV) und der gemeinschaftlichen Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit (§ 33 Abs. 2 Ärzte-ZV). Während im ersten Fall die zuständige Kassenärztliche Vereinigung nur zu unterrichten ist, bedarf die BAG der Genehmigung durch den Zulassungsausschuss (§ 33 Abs. 3 Ärzte-ZV).

Im Vertragsarztrecht haben die „neuen Freiheiten“ noch keinen umfassenden Niederschlag gefunden – so ist die Ärzte-GmbH noch nicht zulassungsfähig. Andererseits hat das VÄndG Liberalisierungen eingeführt, die über die Vorgaben in der MBO-Ä hinausgehen.

Das Medizinische Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Satz 1 Var. 2 SGB V) stellt einen besonderen Typus dar. Es dient der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen. Die Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist bei MVZ ausdrücklich als Organisationsform anerkannt.



II. Berufsausübungsgemeinschaft

1. Rechtliche Aspekte – Allgemeines

Literatur: *Dahm*, Ärztliche Kooperationsgemeinschaften und Beteiligungsmodelle, MedR 1998 S. 70 ff.; *Möller*, Rechtliche Probleme von „Nullbeteiligungsgesellschaften“ – wie viel wirtschaftliches Risiko muss sein?, MedR 1999 S. 493 ff.; *Dahm*, Die „fehlerhafte“ Gesellschaft der Gemeinschaftspraxis, in: Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im DAV, Bd. 2, 2000, S. 39 ff.; *Eisenberg*, Ärztliche Kooperations- und Organisationsformen, 2002; *Goette*, Mindestanforderungen an die Gesellschafterstellung in der BGB-Gesellschaft, MedR 2002 S. 1 ff.; *Großbölting/Jacklin*, Formen ärztlicher Tätigkeit im Vertragsarztrecht, Zulassung und Konkurrenzstreit, NZS 2002 S. 130 ff.; *Preißler/Sozietät Dr. Rehborn*, Ärztliche Gemeinschaftspraxis versus Scheingesellschaft, 2002; *Gollasch*, Die fachübergreifende Gemeinschaftspraxis, 2003; *Rieger* in *Rieger/Dahm/Steinilper* (Hrsg.), Heidelberger Kommentar Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht (2003), 2050 – Gemeinschaftspraxis; *Schmidt, K.*, Die Gesellschafterhaftung bei der Gesellschaft bürgerlichen Rechts als gesetzliches Schuldverhältnis, NJW 2003 S. 1897; *Ulmer*, Die Haftungsverfassung der BGB-Gesellschaft, ZIP 2003 S. 1113; *Cramer*, Praxisgemeinschaft versus

Gemeinschaftspraxis – Auf den Gesellschaftszweck kommt es an, MedR 2004 S.552 ff.; *Engelmann*, Die Gemeinschaftspraxis im Vertragsarztrecht, ZMGR 2004 S.3 ff.; *Engelmann*, Kooperative Berufsausübung von Ärzten und Vertragsärzten, Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, 2004, S.429 ff.; *Möller*, Beitritt zur Gemeinschaftspraxis – persönliche Haftung für Altverbindlichkeiten, MedR 2004 S.69 ff.; *Ratzel/Lippert*, Das Berufsrecht der Ärzte nach den Beschlüssen des 107. Deutschen Ärztetags in Bremen, MedR 2004 S.525 ff.; *Trautmann*, Die vertragsarztrechtlichen Voraussetzungen der gemeinschaftlichen Berufsausübung von Ärzten nach §33 Abs.2 Ärzte-ZV, NZS 2004 S.238 ff.; *Benecke*, Inhaltskontrolle im Gesellschaftsrecht oder: „Hinauskündigung“ und das Anstandsgefühl aller billig und gerecht Denkenden, ZIP 2005 S.1437; *Braun/Richter*, Vertragsärztliche Gemeinschaftspraxis: zivil-, steuer- und sozialrechtliche Aspekte der Nachfolge von Todes wegen, MedR 2005 S.446 ff.; *Gehrlein*, Neue Tendenzen zum Verbot der freien Hinauskündigung eines Gesellschafters, NJW 2005 S.1969 ff.; *Koch*, Niederlassung und berufliche Kooperation – Neue Möglichkeiten nach der novellierten (Muster-)Berufsordnung für Ärzte, GesR 2005 S.241 ff.; *Reiter*, Ärztliche Berufsausübungsgemeinschaften vs. Organisationsgemeinschaft – Ist die wirtschaftliche Beteiligung Dritter an einer Arztpraxis statthaft?, GesR 2005 S.6 ff.; *Dahm/Ratzel*, Liberalisierung der Tätigkeitsvoraussetzungen des Vertragsarztes und Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, MedR 2006 S.555 ff.; *Goette*, Zur jüngeren Rechtsprechung des II. Zivilsenats zum Gesellschaftsrecht, DStR 2006 S.139 ff.; *Kraus/Kunz u.a.*, Sozietätsrecht, 2.Aufl. 2006; *Möller*, Aktuelle Probleme bei Gründung und Betrieb von Gemeinschaftspraxen, MedR 2006 S.621 ff.; *Pestalozza*, Kompetentielle Fragen des Entwurfs eines Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes, GesR 2006 S.389 ff.; *Steinhilper/Weimer*, Zur Anpassung des Vertragsarztrechts an die Musterberufsordnung – Stand März 2006, GesR 2006 S.200 ff.; *Steffen*, Formen der Arzthaftung in interdisziplinär tätigen Gesundheitseinrichtungen, MedR 2006 S.75; *Wessing/Dann*, Scheinselbständigkeit als Strafbarkeitsrisiko für Vertragsärzte – zugleich Anmerkung zu LG Lübeck, Beschluss v.25.8.2005 – 6 KLS 22/04, GesR 2006 S.150; *Gummert/Meier*, Nullbeteiligungsgesellschaften, MedR 2007 S.1; *Gummert/Meier*, Beteiligung Dritter an den wirtschaftlichen Ergebnissen ärztlicher Tätigkeit, MedR 2007 S.75; *Gummert/Meier*, Zulässigkeit von Vereinbarungen der Gesellschafter einer Gemeinschaftspraxis zur Nachbesetzung und zur Hinauskündigung, MedR 2007 S.400; *Bäune*, Die Haftung in ärztlichen Kooperationsformen in zivil- und vertragsarztrechtlicher Sicht, in Luxenburger, Beeretz u.a. (Hrsg.), Festschrift 10 Jahre AG Medizinrecht im DAV, 2008, S.139 ff.; *Bonvie*, Bindung des Vertragsarztsitzes an das Unternehmen „Arztpraxis“, GesR 2008 S.505; *Cramer*, Abfindungsregelungen und Praxiswertermittlungen in Berufsausübungsgemeinschaften, in Luxenburger, Beeretz u.a. (Hrsg.), Festschrift 10 Jahre AG Medizinrecht im DAV, 2008, S.689; *Deckenbrock*, Sozietät und Bürogemeinschaft – berufsrechtlich gebotene Gleichbehandlung, NJW 2008 S.3529 ff.; *Krafczyk* in Luxenburger, Beeretz u.a. (Hrsg.), Festschrift 10 Jahre AG Medizinrecht im DAV, Beendigung von Berufsausübungsgemeinschaften im Spannungsverhältnis von Gesellschaftsrecht und Vertragsarztrecht, 2008, S.769 ff.; *Morawietz*, Nachvertragliche Wettbewerbsverbote beim Ausscheiden aus einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis, ArztR 2008 S.116 ff.; *Pfisterer*, Gesellschaftsvertragliche Vereinbarungen über vertragsärztliche Zulassungen, in Luxenburger, Beeretz u.a. (Hrsg.), Festschrift 10 Jahre AG Medizinrecht im DAV, 2008, S.785 ff.; *Rüping/Mittelstaedt*, Abgabe, Kauf und Bewertung psychotherapeutischer Praxen, 2008; *Dahm*, Besondere Probleme bei Schieds-Gerichtsverfahren, ZMGR 2009 S.198 ff.; *Volb*, Gründungen von Personengesellschaften und Wechsel im Gesellschafterbestand, 2009; *Wertenbruch*, Festlaufzeiten und Kündigungsausschluss in Freiberufler-Gesellschaftsverträgen, DB 2009 S.1222 ff.; *Wolff*, Die Auseinandersetzung von Freiberuflergesellschaften und ihre prozessuale Bewältigung, NJW 2009 S.1302 ff.; *Boos*, Die Bewertung einer Arzt- oder Zahnarztpraxis, ArztR 2011 S.228 ff.; *Gummert*,