

Arztpraxis in der wirtschaftlichen Krise

– Sanierung oder Insolvenz?

von Thomas Uppenbrink, Hagen
www.uppenbrink.de



Thomas Uppenbrink

Die Gesundheitsreformen und die allgemeine wirtschaftlichen Situationen gefährden Arztpraxen

Immer mehr Arztpraxen stehen vor der Insolvenz. Im Jahr 2005 mussten erstmals über 240 Praxisinhaber die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über ihr Vermögen beantragen; teilweise wurde es auch beantragt. Während sich die Zahl der ambulant tätigen Ärzte seit 1990 um 41.000 auf 133.000 erhöht hat, stagnieren parallel dazu die Gesundheitsausgaben nachweislich, so dass für eine einzelne Arztpraxis immer weniger Umsatzvolumen vorhanden ist.

Die Krise in der Arztpraxis beginnt schleichend und wird in der Regel wegen nicht vorhandenem Controlling erst spät, meist zu spät, erkannt. Erfahrungsgemäß beginnt die Krise mit anhaltenden Verlusten, einer schlechten oder nicht vorhandenen Buchführung, der zu Beginn nicht spürbaren Abnahme des Patientenstamms und möglicherweise einer zunehmende Belastung durch feste Kosten. Betriebswirte und wirtschaftserfahrene Juristen unterteilen die Krise einer Arztpraxis in verschiedene Phasen:

1. Phase:

Umsatz- und Ertragssituation sind zufriedenstellend, es besteht ein betriebswirtschaftlich ordentliches Verhältnis und die Liquidität reicht aus, um die laufenden Verbindlichkeiten der Praxis zu erfüllen. In der Regel entnimmt der Arzt eine bestimmte Summe, die er zum Leben und für private Investitionen benötigt. Die Entnahmehöhe ist zu diesem Zeitpunkt noch auf einem angemessenen Niveau. Das heißt, in diesem Fall ist die Schein- und Punktezahll pro Quartal betrachtet noch in einem leichten Wachstum bzw. auf einem gleichbleibend stabilem Niveau.

2. Phase:

Die Liquidität ist nach wie vor ausreichend, die Umsätze sind immer noch so gut, dass sie im Rahmen einer betriebswirtschaftlichen Auswertung die Aufwände kompensieren und die Privatentnahmen erfolgen in gleicher Höhe. Jedoch ist die Schein- und Punktezahll pro Quartal rückläufig.

3. Phase:

Eine noch nicht existenzbedrohende Liquiditätslücke entsteht. Gleichbleibende bzw. gestiegene Kosten stehen kontinuierlich sinkenden Umsätzen gegenüber, die aber noch nicht ernst genommen werden. Der Arzt und seine (wenn) vorhandenen Berater hoffen auf Erholung der wirtschaftlichen Lage. Daher wird auch keine Korrektur der Kosten- bzw. Privatentnahmen vorgenommen.

4. Phase:

Es kommt zu deutlichen, existenzbedrohenden Liquiditätsengpässen. Die Umsatzentwicklung ist weiterhin stark rückläufig. Es werden keine wirtschaftlichen Maßnahmen ergriffen, um die Situation zu verbessern. In der Regel werden die Kontokorrentlinien der Kreditinstitute erhöht, um die fehlende Liquidität auszugleichen.

5. Phase:

Es besteht kaum noch eine Möglichkeit, wirtschaftlich zu agieren. Handlungsspielraum ist kaum oder gar nicht mehr vorhanden. Die Liquidität kann nur noch durch "Schieben von Rechnungen" und durch Stundungen erreicht werden. Es herrscht finanzielle Not.

Fehlende Erträge lassen das gesamte Wirtschaftsgeflecht auseinanderbrechen. Hierbei können auch die Zinszahlungen und Tilgungsleistungen für Maschinen, Anlagen und Leasing immer weniger bedient werden. Hohe Tilgungen und die eingeforderten Zinsen durch die Kreditinstitute tragen dazu bei, dass die Liquidität kaum oder gar nicht mehr vorhanden ist.

6. Phase:

Lieferanten liefern nur noch gegen Vorkasse. Die Kreditlinien sind bis zur vertraglich vereinbarten Linie oder darüber hinaus in Anspruch genommen. Weitere Liquidität wird nicht zur Verfügung gestellt und Leasinggesellschaften sowie die Hausbank haben das Kreditengagement gekündigt. Der Arzt verliert seinen letzten vorhandenen Entscheidungsspielraum und droht zwischen den Vollstreckungsbemühungen seiner Gläubiger "zerrieben" zu werden. Letztlich bleibt ihm nichts anderes übrig, als selbst einen Insolvenzantrag zu stellen.

Notfallprogramme sollen Praxen vor Insolvenzen bewahren

Mit zusätzlichen Zahlungen, Krediten oder Härtefallregelungen versuchen einige kassenärztliche Vereinigungen (KVen) den angeschlossenen Ärzten finanziell auszuhelfen. Ärzte, die im Vergleich zum Vorjahr deutliche Honorarverluste hinnehmen mussten, können beispielsweise beim Nachweis ihrer wirtschaftlichen Schwierigkeiten ggf. bei einigen Körperschaften auf eine Ausgleichszahlung hoffen. Doch wer Ausgleichszahlungen in welcher Höhe erhält, ist regional sehr unterschiedlich geregelt. Es empfiehlt sich daher, die KVen anzusprechen, um hier zu erfahren, ob und inwieweit Notfallprogramme für notleidende Arztpraxen aufgelegt wurden bzw. vorhanden sind.

Wege aus der Krise

Außergerichtliche Sanierung

Grundsätzlich sollte immer eine außergerichtliche Sanierung vor der Eröffnung des Insolvenzverfahrens angestrebt werden. Nicht nur das Behalten der Handlungsfreiheit, sondern auch der Erhalt des guten Rufes, der sich regelmäßig auch auf den Patientenstamm auswirkt, ist ein Vorteil der außergerichtlichen Sanierung. Die Sanierungschancen bei vorzeitiger Krisenerkennung sind darüber hinaus deutlich erhöht. Nur ernsthafte und nachhaltige Sanierungsbemühungen können helfen, eine drohende Insolvenz abzuwenden. Hierbei gilt nicht aber nicht der Leitsatz “Versuch und Irrtum”.

Werden keine Sanierungserfolge sichtbar bzw. können keine nachhaltigen zukunftsbezogenen Sanierungserfolge erzielt werden, können sich für den Schuldner sowie für seine Berater Schadenersatzpflichten ergeben, die im Rahmen der Anfechtung durch den Insolvenzverwalter gestellt werden können. Auch durch andere Gläubiger, die möglicherweise ihre Ansprüche zivilrechtlich geltend machen, können sich solche Probleme ergeben.

Die Minderung der Fixkosten ist der erste Block einer außergerichtlichen Sanierung. Hinzu kommen die Reduzierung der Dauerschuldverhältnisse im Rahmen von Miet- und Energiekosten sowie Leasing-, Liefer-, Versicherungs- und Servicekosten. Die Lohn- und Gehaltsstrukturen müssen ebenfalls geprüft und die Mitarbeiterzahl den sinkenden Umsätzen und Erträgen gegenübergestellt werden. Entlassungen mit anschließender Sanierung ist empfehlenswerter, als die gesamte Praxis mit allen Mitarbeitern der Insolvenzgefahr auszusetzen.

Es bei der Umsatz- und Ertragsprüfung darauf zu achten, dass die Arzthonorare zeitnah und auch in der richtigen Höhe gestellt werden und dass das Debitorenmanagement aktualisiert werden muss, falls kein Zentralregulierer (ärztliche Verrechnungsstelle oder Factoring) dazwischen geschaltet ist. Daneben ist die Variante einer Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft als mögliches besseres Modell im Rahmen der Sanierungsbetrachtung ebenfalls zu prüfen.

Ziel muss es sein, planerisch eine nachhaltige Gewinn- und Ertragssituation zu erhalten, die es auch dem Praxisinhaber (oder Inhabern) erlaubt, einen der Sanierung angemessenen Lebensstandard zu halten. Möglicherweise muss der Arzt auch in seinem Privatleben Abstriche machen, da sonst die Gewinnsituation (und dazu zählen auch die Steuerrückstellungen) nicht ausreicht, um den privaten Lebensstandard zu finanzieren.

Neben den genannten, im Schwerpunkt betriebswirtschaftlichen Schritten, geht es auch um die externe Sanierung. Regelmäßig lohnt es sich, eine vergleichsweise Einigung mit den Gläubigern zur Reduzierung der Verbindlichkeiten zu verhandeln. Auch bei strittigen Forderungen kommt dies möglicherweise in Betracht.

Die Gläubiger werden nur dann auf Teile bzw. auf ihre kompletten Forderungen verzichten, wenn sie den Nachweis erhalten, dass dadurch künftige geschäftliche Beziehungen zu der Arztpraxis gesichert werden oder der Verzicht unter der auflösenden Bedingung steht, dass ggf. die Schulden bei nachhaltiger wirtschaftlicher Besserung der Verhältnisse des Schuldners wenigstens teilweise wieder aufleben (Besserungsschein). In der Regel werden die Gläubiger eine langfristige außenstehende Begleitung einfordern, damit die möglichen kaufmännischen Fehler, die durch den Arzt gemacht worden sind, nicht wiederholt werden. Nur dann werden die Gläubiger dem Praxisinhaber bzw. den leitenden Ärzten eine zweite Chance einräumen, so dass damit die außergerichtliche Sanierung auch Aussicht auf Erfolg hat.

Immer zu berücksichtigen ist auch die steuerliche Situation, da ein außergerichtlicher Vergleich einen außerordentlichen Ertrag bildet, der grundsätzlich zu versteuern ist. Schon in der Phase der Erstellung des Sanierungskonzeptes muss also festgestellt werden, welcher Sanierungsgewinn bei Abschluss der Vereinbarung auf den Arzt zukommt und ob dieser durch etwaige Verlustvorträge kompensiert werden kann.

2. Sanierung durch Insolvenz

Eine gescheiterte außergerichtliche Sanierung heißt nicht, dass nunmehr die Arztpraxis verloren ist. Häufig wird übersehen, dass auch das Insolvenzverfahren Sanierungsinstrumente bietet. Da ein wirtschaftliches Scheitern in unserem Land immer noch als Schande gilt, ziehen es viele Ärzte aber vor, ihre Praxis still zu liquidieren und die Verbindlichkeiten dann privat zu übernehmen. Dabei ist immer zu berücksichtigen, dass die wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Praxis nichts mit der ärztlichen Kompetenz zu tun haben müssen. Leider sehen das viele Gläubiger erst einmal anders, da sie der Meinung sind, dass das wirtschaftliche Scheitern des Arztes mit fehlender beruflicher Kompetenz einhergeht.

Solange die Praxis noch geöffnet ist und der Patientenstamm halbwegs stabil gehalten werden kann, steht damit für die Sanierung ein nicht zu unterschätzendes Kapital zur Verfügung, das im Rahmen eines Fortführungskonzeptes das einzige noch verbliebene und einsetzbare Kapital sein dürfte. Die Schließung der Praxis und die Übernahme der Schulden ins Privatvermögen hingegen, bringt den Arzt in die Verbraucherinsolvenz. Die von vielen gewünschte Restschuldbefreiung ist sowieso nur dann möglich, wenn von vornherein ein Eigenantrag gestellt wird und im Rahmen des Verfahrens der Gemeinschuldner (Arzt) entsprechende Gelder über seiner Pfändungsfreigrenze hinaus an den Treuhänder abführt. Wird gegen die Praxis ein Fremdantrag gestellt, so muss der Arzt als Schuldner innerhalb einer Frist von 14 Tagen einen Eigenantrag stellen, um den Weg der Restschuldbefreiung zu erhalten.

Auch die Möglichkeit über das Regelinsolvenzverfahren die Praxis durch ein Insolvenzplanverfahren zu sanieren, sollte vorab geprüft werden. Das Insolvenzplanverfahren erlaubt die quotalen Befriedigung der Gläubiger abseits der gesetzlichen Regelung. Hierbei steht eine einvernehmliche Bewältigung der Insolvenz durch Verhandlungen und privatautonome Austauschprozesse im Vordergrund. Der Praxisbetrieb muss bei einem solchen Verfahren nicht eingestellt werden, sondern wird in der Regel durch den Arzt selber fortgeführt. Parallel dazu wird dann in einem vorgegebenen Rahmen das Gericht und alle abstimmungsberechtigten Gläubiger von dem Insolvenzplan zu überzeugen sein, um anschließend die Sanierung nach Maßgabe des Insolvenzplans durchzuführen.

Es gibt auch die Möglichkeit, dass der Arzt im Rahmen des Insolvenzverfahrens als Eigenverwalter benannt wird. Damit behält er seine Verwaltungs- und Verfügungsbefugnis, unterliegt jedoch der Aufsicht eines sogenannten Sachwalters. Die Eigenverwaltung muss im Vorfeld schon im Rahmen eines Fortführungskonzeptes genau definiert sein und der Antragsteller muss sehr wohl nachweisen, dass er über die betriebswirtschaftlichen Kenntnisse verfügt, die Praxis im Rahmen der Eigenverwaltung zu sanieren.

Eine weitere Möglichkeit, die Praxis zu erhalten, steht in der sogenannten "übertragenen Sanierung"; auch sanierende Liquidation genannt. Die Arztpraxis mit sämtlichem Anlagevermögen und in der Regel mit den Mitarbeitern (§ 613 a BGB ist zu prüfen) wird auf einen anderen Rechtsträger übertragen. Das kann ein Mitbewerber, ein befreundeter Arzt oder sogar ein medizinisches Versorgungszentrum sein. Damit wird jedoch keine echte Sanierung, sondern nur die Voraussetzung für eine leistungs- und finanzwirtschaftliche Sanierungssituation durch einen potenten Dritten geschaffen!

In der Zeit kann die Praxis von dem Gemeinschuldner mit fachlicher Unabhängigkeit fortgeführt werden. Die von Insolvenz betroffene Arztpraxis kann sowieso nur von dem bisherigen Arzt bzw. dem Ärzteteam fortgeführt werden, weil das fachliche Wissen eben nur bei dem bisher praktizierenden Arzt liegt. Eine Fortführung durch den Insolvenzverwalter als "Außenstehender" ist aufgrund der fachlichen Voraussetzungen natürlich ohne den Arzt nicht möglich. Daneben bestehen trotz der Rechte des Insolvenzverwalters erhebliche Einschränkungen, da die Patientenakten und Informationen nur dem Arzt weiter zugänglich sein dürfen.

Wirtschaftlich kann die Praxis nur dann weitergeführt werden, wenn der Arzt seine Patienten in Zukunft auch so betreut, wie er dies in der Vergangenheit bereits getan hat. Das besondere Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und seinen Patienten ist allerdings kein Garant dafür, dass die benötigten Umsätze erreicht werden können. Die Bindung des Patientenstamms an die Praxis ist für den Fortgang jedweder Sanierung aber oberstes Ziel der Verfahrensbeteiligten.

3. Liquidation in der Insolvenz

Ist eine Sanierungsfähigkeit und eine Sanierungswürdigkeit nicht gegeben, kommt auch in der Insolvenz nur noch eine Liquidation in Frage. Der Insolvenzverwalter wird mit Zustimmung des Gerichts die Insolvenzmasse nach Maßgabe des Insolvenzbeschlages veräußern. Unter Masse wird heute die gesamte Praxis einschließlich des Patientenstamms als Verkaufswert verstanden. Der Patientenstamm ist nur dann zu veräußern, wenn die Zustimmung der Patienten vorliegt. Dies muss sehr schnell geschehen, damit auch der tatsächliche Wert der Praxis in der Liquidation festgestellt werden kann, da sonst ein Unsicherheitsfaktor bezüglich der Werthaltigkeit bleibt.

Im Regelinsolvenzverfahren ist ebenfalls die Möglichkeit einer Restschuldbefreiung gegeben. Voraussetzung hier ist die vollständige Verwertung der Praxis sowie ein vorheriger Antrag zur Restschuldbefreiung durch den Arzt. Danach wird über einen Zeitraum von 6 Jahren der Arzt versuchen, im Rahmen der Wohlverhaltensperiode seine Redlichkeit zu beweisen, indem er den pfändbaren Teil seines dann hoffentlich wieder vorhandenen Arbeitseinkommens zu Begleichung der verbliebenen Schuldner zur Verfügung stellt.

Die Pfändungsfreigrenze wird auch durch die familiären Bindungen gekennzeichnet. So muss geklärt werden, ob er seiner Frau unterhaltspflichtig ist, ob er unterhaltspflichtige Kinder hat bzw. aus anderen Beziehungen ebenfalls Kindern hat, denen er Unterhalt schuldet. Zur Zeit ist ein Einkommen bis 989,99 Euro stets unpfändbar. Die Gerichte achten mittlerweile darauf, dass der Schuldner auch wirklich versucht, sich entsprechende Arbeit zu beschaffen, die es ihm erlaubt, einen Teil des Geldes über der Pfändungsfreigrenze an seine Schuldner zu überweisen. Auch ein Nachweis darüber, dass trotz Bemühungen keine zumutbare Arbeit gefunden werden konnte, ist zu erbringen. Am Ende der Wohlverhaltensperiode steht dann die Restschuldbefreiung. Die Forderungen bestehen zwar weiterhin, sind aber nach Ablauf der 6-Jahres-Frist von Seiten der Gläubiger nicht mehr durchsetzbar.

4. Persönliche Risiken des Arztes

Approbation

Laut Bundesärzterverordnung gibt es keine Bestimmung, die den Entzug der Approbation bei Ärzten in der Insolvenz vorschreibt. Ein Entzug der Approbation ist nur dann möglich, wenn sich die Unwürdigkeit und Unzuverlässigkeit des Arztes ergibt. Dies wird von der Rechtsprechung dahingehend konkretisiert, dass nach der Auswertung der gesamten Umstände, Schlüsse auf eine charakterlich bedingte mangelnde Bereitschaft zur ordnungsgemäßen "pflichtbewussten" Ausübung des Arztberufs gezogen werden müsse. Die Beurteilung ist dabei nur auf die künftige Berufsausübung gerichtet. Die Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage, ein unternehmerisches Scheitern und ein dann anschließendes Insolvenzverfahren an sich reichen dahingehend aber nicht aus. Strafbare Handlungen hingegen, die der Arzt möglicherweise zur Verbesserung seiner wirtschaftlichen Lage durchgeführt hat (Versicherungsbetrug, Urkundenfälschung, Unterschlagung und Betrug), führen regelmäßig zum Widerruf der Zulassung.

Alimentierung / Unterstützung durch die Masse

Wirkt der Arzt während des Insolvenzverfahrens bei der Fortführung der Praxis mit, darf der vorläufige Insolvenzverwalter dem Arzt bis zur endgültigen Entscheidung der Gläubigerversammlung keine Alimentierung/ Unterstützung aus der Masse gewähren, sondern lediglich den notwendigen Unterhalt bezahlen. Dies ist bei vielen Ärzten ein riesiges Problem, da sie einen entsprechenden Lebensstandard haben und auch halten möchten. Außer einem adäquaten Unterhalt, der sich in der Regel aus einem Gehalt gemessen an der Pfändungsfreigrenze (bezogen auf die Familiensituation) ergibt, wird es keine weitere Unterstützung geben, da primär die Befriedigung der Gläubigerinteressen im Vordergrund stehen. Ein vernünftiger Insolvenzverwalter wird aber in der Gläubigerversammlung immer anregen, dem betroffenen Arzt ein etwas höheres Gehalt zu überweisen, als ohne die Kompetenz des Gemeinschuldners die Praxis sofort abzuwickeln und damit eine Anreicherung der Masse zu verhindern. Es ist hier auch noch zu klären, ob der Gemeinschuldner (Arzt) sich vorher untadelig verhalten hat. Dann werden nämlich die Gläubiger sicher eher im Nachtrag ihre Zustimmung geben, als wenn der Arzt schon vorher durch mögliche kriminelle Handlungen zu Lasten der Gläubiger aufgefallen ist.

Altersvorsorge

Nur die Altersvorsorge auf Basis des berufsständischen Versorgungswerkes ist insolvenzsicher. Alle anderen Altersvorsorgen werden im Rahmen des Insolvenzverfahrens vom Insolvenzverwalter gekündigt und zur Masse gezogen.

Hinweis:

Die Informationen stammen aus dem Sanierungsleitfaden “Krisenbewältigung in Arztpraxen” von dem als Insolvenzverwalter tätigen Thomas Uppenbrink von Thomas Uppenbrink & Kollegen GmbH. Den kompletten Leitfaden können Sie unter www.uppenbrink.de - Unterpunkt “Publikationen” herunterladen.