# 5 Wirtschaftliche Praxisführung

**5/1 Inhalt**
5/1.1 Stichwortverzeichnis
5/1.2 Vorwort

**5/2 Kooperationen/Kooperationsverträge**
5/2.1 Das neue Zulassungs- und Kooperationsrecht für Vertragsärzte
5/2.1.1 Einführung
5/2.1.2 Betriebswirtschaftliche Vorteile
5/2.1.3 Nutzen für Patienten
5/2.1.4 Vielfalt und Individualität
5/2.1.5 Vorteile Gemeinschaftspraxis, Übersicht
5/2.2 Flexibilisierung und Liberalisierung des Vertragsarztrechts durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz seit 2007
5/2.2.1 Mehrere Tätigkeitsorte
5/2.2.2 Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
5/2.2.3 Teilgemeinschaftspraxen
5/2.2.4 Anstellung von Ärzten
5/2.2.5 Teilzulassung
5/2.2.6 Krankenhaus und vertragsärztliche Tätigkeit
5/2.3 Wichtigste Änderungen des GKV-VSG seit 2012
5/2.3.1 Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung
5/2.3.1.1 Bedarfsplanung
– Wie sieht die ärztliche Versorgung aktuell und zukünftig aus?
– Was ist zu tun?
5/2.3.1.2 Nachbesetzungsverfahren und Entschädigung
5/2.3.1.3 Vorkaufsrecht von Zulassungen durch die KV'en (§ 103 SGB V)
5/2.3.1.4 Zusätzliche neue Kriterien für die Auswahl des Praxisnachfolgers
5/2.3.1.5 Verlegung des Vertragsarztsitzes
5/2.3.1.6 Befristung von Zulassungen
5/2.3.1.7 Sonderbedarfszulassung
5/2.3.1.8 Ermächtigungen
5/2.3.2 Flexibilisierung der ärztlichen Tätigkeit
5/2.3.2.1 Rückumwandlung von Arztstellen

5/2.3.2.2 Zweigpraxis
5/2.3.2.3 Zeitrahmen für Nebentätigkeiten
5/2.3.3.4 Residenzpflicht
5/2.3.2.5 Vereinbarkeit von Familie und Beruf
5/2.4 Medizinische Versorgungszentren – MVZ
5/2.4.1 Neuerungen zu Medizinischen Versorgungszentren nach Änderung des Vertragsarztrechts
5/2.4.2 Einführung der Medizinischen Versorgungszentren
5/2.4.3 Was ist ein Medizinisches Versorgungszentrum?
5/2.4.4 Mögliche Strukturen eines MVZ
5/2.4.5 Wer kann ein Medizinisches Versorgungszentrum gründen?
5/2.4.6 Wie rechnet ein MVZ seine ärztlichen Leistungen ab?
5/2.4.7 Was bedeutet ärztliche Leitung?
5/2.4.8 Was passiert beim Ausscheiden eines Arztes?
5/2.4.9 Gelten die sonstigen vertragsarztrechtlichen Regelungen auch für ein MVZ?
5/2.4.10 Welche Besonderheiten nach dem VÄndG gelten außerdem für ein MVZ?
5/2.4.11 Zulässige Rechtsformen
5/2.4.12 Unterschied des MVZ zu bisherigen Kooperationsformen und Gründung eines MVZ nach dem VÄndG
5/2.4.13 Steuerliche Rahmenbedingungen für das MVZ
5/2.5 Vertragsärztliche Honorierung
5/2.5.1 Regionalisierung der Honorarverteilung und Stärkung der Kassenärztlichen Vereinigungen
5/2.5.2 Förderung von Ärztenetzen
5/2.5.2.1 Honorar für Ärztenetze
5/2.6 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
5/2.7 Sonstige Regelungen
5/2.7.1 Zuweisung gegen Entgelt
5/2.7.2 Gewinnverteilung in Teil-Berufsausübungsgemeinschaften (§ 33 Ärzte-ZV)
5/2.7.3 Beteiligung an Unternehmen von Leistungserbringern (§ 128 SGB V)
5/2.7.4 Tätigkeit des niedergelassenen Vertragsarztes im Auftrag des Krankenhauses
5/2.7.4.1 Delegation ärztlicher Leistungen (§ 28 Abs. 1 Satz 2 AGB V)

5/2.8 Praxisgründer bevorzugen zunehmend Kooperationen
5/2.8.1 Studie des ZI
5/2.8.2 KBV-MVZ-Survey 2011
5/2.8.2.1 Land-MVZ effizient und effektiv
5/2.9 Sitzteilung und Rückabwicklung von Angestellten-/Arzt-Zulassungen
5/2.9.1 Prüfungen durch KV‘en
5/2.9.2 Fazit
5/2.10 Übersicht sämtlicher Kooperationsformen
5/2.11 Besonderheiten der jeweiligen Kooperationsform
5/2.11.1 Praxisgemeinschaft/Ärztehaus (räumlich-organisatorische Kooperation)
5/2.11.1.1 Sonderproblem § 4 Nr. 14 UStG
5/2.11.1.2 Filiale (Nebenbetriebsstätte)
5/2.11.2 Medizinische Kooperationsgemeinschaft
5/2.11.3 Berufsausübungsgemeinschaft (BAG = Gemeinschaftspraxis)
5/2.11.3.1 Sonderfall Partnerschaft
5/2.11.3.2 Sonderfall Ärzte-GmbH
5/2.11.3.3 Sonderproblem Haftung
5/2.11.3.4 Sonderfall „ortsübergreifend“
5/2.11.3.5 Sonderfall „fachübergreifend“
5/2.11.3.6 Sonderfall Jobsharing (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V)
5/2.11.3.7 Sonderfall BAG bestehend aus 2 halben Zulassungen
5/2.11.4 Teil-BAG
5/2.11.5. Anstellung
5/2.11.5.1 Übernahme des Sitzes und Anstellung
5/2.11.5.2 Sonderfall Jobsharing (§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V)
5/2.1.5.3 Sonderfall Weiterbildungsassistent
5/2.11.6 Medizinisches Versorgungszentrum
5/2.11.6.1 MVZ oder BAG?
5/2.11.6.2 Zulassung des Medizinischen Versorgungszentrums
5/2.11.6.3 Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem MVZ
5/2.11.7 Kooperation mit der Klinik
5/2.11.7.1 Kooperation im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V
5/2.11.7.2 Kooperation bei prä- und poststationären Leistungen nach § 115a Abs. 1 S. 2 SGB V

5/2.11.7.3 Kooperation bei ambulanten Operationen nach § 115b Abs. 1 S. 3 SGB V
5/2.11.8 Arbeits- und Checkliste für die Gründung einer Kooperation
5/2.12 Kooperierende Hausärzte im MVZ
5/2.13 Musterverträge und Erläuterungen
5/2.13.1 Muster Gesellschaftsvertrag MVZ GmbH
5/2.13.2 Muster Gesellschaftsvertrag MVZ Verwaltungs-GmbH
5/2.13.3 Muster MVZ GbR-Vertrag
5/2.13.4 Muster Letter of Intent
5/2.13.5 Muster Ärztliche Leitung des MVZ
5/2.13.6 Muster Geschäftsführervertrag
5/2.13.7 Muster Dienstvertrag für den angestellten Arzt
5/2.13.8 MVZ am Krankenhaus
5/2.13.8.1 Muster Übernahme eines Vertragsarztsitzes durch das Klinik-MVZ durch Anstellung des Praxisabgebers und anschließende Anstellung eines Krankenhausarztes
5/2.13.8.2 Muster Dienstvertrag
5/2.13.8.3 Muster Übernahme eines Vertragsarztsitzes als Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft
5/2.13.8.4 Muster Praxisanteilsübernahmevertrag
5/2.13.8.5 Muster Kooperationsvertrag MVZ mit nichtärztlichem Leistungserbringer (Apotheker)
5/2.13.8.6 Muster Übernahme eines Vertragsarztsitzes durch den Chefarzt bzw. Klinikarzt
5/2.13.8.7 Antrag auf vertragsärztliche Tätigkeit an weiteren Orten außerhalb des Vertragsarztsitzes (Filiale)
5/2.14 Erläuterungen zu den Vertragsmustern
5/2.14.1 Mindestinhalt
– Die gewählte Rechtsform ist eine GmbH
– Kapitalgesellschaften
– Umsatzsteuerliche Behandlung der entgeltlichen Nutzungsüberlassung von Praxisräumen oder medizinischen Geräten
5/2.14.2 Bareinlage
5/2.14.3 Firmenname
5/2.14.4 Firmensitz
– Filialpraxis

5/2.14.5 Keine Nachteile gegenüber überörtlicher Gemeinschaftspraxis
5/2.14.6 Gegenstand des Unternehmens
5/2.14.7 Stammkapital und Gesellschafter
– Gesellschafter, Stammkapital, Stammeinlagen
5/2.14.8 Dauer der Gesellschaft, Kündigung, Geschäftsjahr
– Geschäftsjahr
5/2.14.9 Geschäftsführung
5/2.14.10 Ärztliche Leitung
5/2.14.11 Beiträge der Gesellschafter, Nebenleistungspflichten
5/2.14.12 Gesellschafterversammlung
5/2.14.13 Jahresabschluss
5/2.14.14 Erbfall
5/2.14.15 Gründung einer Management-Gesellschaft
5/2.14.16 GbR-Vertrag
5/2.14.17 Vertragszweck, Sitz, Beginn
5/2.14.18 Praxisbezeichnung
5/2.14.19 Zusammenarbeit
5/2.14.20 Freie Arztwahl, Behandlungsverträge
5/2.14.21 Sprechstunden, Notfalldienst
5/2.14.22 Arbeitseinteilung, Nebentätigkeit
5/2.14.23 Ärztliche Vertretung
5/2.14.24 Geschäftsführung und Vertretung in wirtschaftlichen Angelegenheiten, Ärztlicher Leiter
5/2.14.25 Haftung, Haftpflichtversicherung
– Bürgschaftserklärung
5/2.14.26 Miet- und Kooperationsverträge
5/2.14.27 Anschaffung von Kraftfahrzeugen
5/2.14.28 Laufende Verträge
5/2.14.29 Personalvereinbarungen
5/2.14.30 Konten
5/2.14.31 Buchführung
5/2.14.32 Jahresabschlussfeststellungen
5/2.14.33 Honorar, Einnahmeberechnung
5/2.14.34 Betriebsausgaben
5/2.14.35 Sonderbetriebsausgaben

5/2.14.36 Beteiligungs- und Vermögensverhältnisse, Gewinn- und Verlust, Führung von Kapitalkonten
5/2.14.36.1 Steuerliche Fallen und Gestaltungsmöglichkeiten
5/2.14.36.2 Beteiligung am Gesellschaftsvermögen
5/2.14.36.3 Praxiswertermittlung
5/2.14.36.4 Gewinn- und Verlustbeteiligung
5/2.14.37 Urlaub
5/2.14.38 Berufs- und Erwerbsunfähigkeit
5/2.14.39 Vertragsdauer, ordentliche Kündigung
5/2.14.40 Ausscheiden eines Gesellschafters
5/2.14.41 Sicherung der Zulassung für das MVZ
5/2.14.42 Übernahme bei Tod oder Ausscheiden, Abfindung
5/2.14.43 Aufnahme neuer Gesellschafter
5/2.14.44 Gesellschafterversammlung, Stimmrecht, Beschlüsse
5/2.14.45 Schiedsgericht
5/2.14.46 Schriftform, Vertragsgültigkeit
5/2.14.47 Zum Letter of Intent
5/2.14.48 Mustervertrag Ärztlicher Leiter
5/2.14.49 Geschäftsführervertrag
5/2.14.50 Angestellter Arzt, Allgemeines
5/2.14.51 Jobsharing-Angestelltenverhältnis
5/2.14.52 Angestellter Arzt und Scheinselbstständiger
5/2.14.53 Aufteilung eines Vertragsarztsitzes
– Höheres Budget durch angestellte Ärzte
– Die Honorarverträge sind noch nicht adaptiert
– Fazit
5/2.14.54 Stellung des Arztes
5/2.14.55 5/2.14.55 Dienstaufgaben des Arztes
5/2.14.56 Persönliche Leistungserbringung
5/2.14.57 Wirtschaftlichkeitsgebot
5/2.14.58 Mitwirkung in Personalangelegenheiten
5/2.14.59 Bezüge; Versicherungsschutz
5/2.14.60 Entwicklungsklausel
5/2.14.61 Nebentätigkeiten
5/2.14.62 Nachvertragliches Wettbewerbsverbot
5/2.14.63 MVZ – Praxisübernahmevertrag

5/2.14.64 Kommentierung zu Muster VIII/2. – Dienstvertrag
5/2.14.65 Kooperationsvertrag Apotheke
5/2.14.66 Vertragszweck
5/2.14.67 Leistungen der Apotheke
5/2.14.68 Zusammenarbeit
5/2.14.69 Berufsrechtliche Beachtung
5/2.14.70 Vertragsdauer
5/2.14.71 Kooperationen nach der Berufsordnung
5/2.15 MVZ-Gründung durch Nichtvertragsärzte
5/2.16 Kooperation mit der Klinik
5/2.16.1 Neuregelungen der Honorarärzte-Klausel
5/2.16.2 Prä- und poststationäre Leistungen
5/2.16.3 Muster Rahmenvereinbarung der Interessengemeinschaft für Hausärzte zur Erbringung prä- und poststationärer Leistungen gemäß § 115a Absatz 1 Satz 2 SGB V
5/2.16.4 Die Rahmenvereinbarung zwischen der Interessengemeinschaft Hausärzte und der Klinik zur Erbringung von prä- und poststationären Auftragsleistungen
5/2.16.5 Musteranfrage Versicherung

**5/3 Niederlassung und Praxiskaufvertrag**
5/3.1 Fragen der Vertragsgestaltung des Praxiskaufvertrages bei der Nachfolgezulassung
5/3.1.1 Einleitung
5/3.1.2 Grundregeln
– Schriftliche Fixierung wichtiger Absprachen
– Informationen über vertragsrelevante Umstände
– Beachtung des vertragsärztlichen Nachbesetzungsverfahrens
5/3.1.3 Vorvertrag
5/3.2 Der Praxiskaufvertrag
5/3.2.1 Vertragsgegenstand
5/3.2.2 Der Kaufpreis
5/3.2.3 Übergangszeitpunkt
5/3.2.4 Sicherung der Zulassung für die Berufsausübungsgemeinschaft
5/3.2.5 Eintritt des Erwerbers in Verträge des Veräußerers
– Mietverträge

– Arbeitsverhältnisse
– Versicherungsverträge
– Sonstige Dauerschuldverhältnisse
– Beteiligungen
5/3.2.6 Patientenkartei
5/3.2.7 Konkurrenzschutzklausel
5/3.2.8 Weitere Regelungen
5/3.2.9 Schlichtungsklausel
5/3.2.10 Schriftform Salvatorische Klausel
5/3.3 Kosten für Sitzabnahme sind steuerlich absetzbar
5/3.4 Muster Praxisübernahmevertrag/Praxiskaufvertrag
5/3.5 Übernahme eines Vertragsarztsitzes durch Klinik-MVZ

**5/4 Behandlungsveträge**
5/4.1 Dienst- und Werkvertrag
5/4.1.1 Arzthaftung und Internet-Konsil?
5/4.1.2 Delegation
5/4.2 Aufklärung
5/4.3 Einwilligung
5/4.4 Dokumentation
5/4.4.1 Umfang und Problemfälle
5/4.4.2 Abrechnung – Was muss dokumentiert werden?
5/4.6 Abrechnung Kassen- und Privatpatienten
5/4.6.1 Art und Umfang der privatärztlichen Liquidation
5/4.6.2 Muster einer Honorarvereinbarung
5/4.8 Einsicht-Auskunft
5/4.8.1 Anforderung medizinischer Unterlagen dirch den MDK
5/4.8.2 Einsicht – Auskunft bei Patienten

**5/5 Patientenverfügung, Bevollmächtigung, Betreuungsverfügung**

**5/6 Wirtschaftliche Betätigung neben der Praxis**
5/6.1 Der Arzt als Gewerbetreibender
5/6.1.1 Verkauf eigener Produkte
5/6.1.2 Arbeitsrechtliche Gestaltungsmöglichgkeiten im Paralellgewerbe
5/6.1.3 Grenzen der Werbung für das Parallelgewerbe

5/6.1.4 Haftung für Behandlungsfehler im Parallelgewerbe, in Instituten
5/6.1.5 Rechtsform des Parallelgewerbes
5/6.2 Ärztlicher Berater gewerblicher Institute

**5/7 Kooperationsverträge**
5/7.1 Die Gemeinschaftspraxis
5/7.1.1 Vertrag zur Gründung einer Gemeinschaftspraxis Senior/Junior
5/7.1.2 Vertrag zur Gründung einer Berufsausübungsgemeinschaft

**5/9 Der Mietvertrag**
5/9.1 Einzelne Klauseln
5/9.2 Vertragsärztliche Tätigkeit außerhalb des Vertragsarztsitzes
5/9.3 Muster-Mietvertrag

**5/10 Arbeitsverträge**
5/10.1 Verträge für Arzthelferinnen
5/10.2 Lügen im Vorstellungsgespräch – Kündigungsgrund?
5/10.3 Gratifikationen oder Sonderzahlungen – Gleichbehandlungsgrundsatz
5/10.4 Kündigungsschutz im Kleinbetrieb
5/10.4.1 Abmahnung
5/10.5 Kündigungen
5/10.6 Ehegattenvertrag
5/10.7 Auszubildende
5/10.8 Arbeitsvertrag auf Abruf
5/10.9 400-€-Jobs
5/10.10 Befristete Arbeitsverträge
5/10.11 Anstellung von Ärzten

**5/11 Praxismanagement**
5/11.1 Vorwort
5/11.2 Einführung in das Praxismarketing für Ärzte
5/11.3 Unternehmensführung
5/11.3.1 Führung
5/11.3.2 Information und Praxisvergleich – Benchmarking
5/11.3.3 Unternehmensplanung

5/11.3.4 Mitarbeitermanagement
5/11.3.5 Prozessmanagement
5/11.3.6 Patienten/Kunden- und Marktkenntnisse
5/11.3.6.1 Werbung
5/11.3.6.2 Überweisungsmanagement
5/11.3.6.3 Kundenmanagement, Empfehlungsmanagement
5/11.3.7 Literaturhinweise

**5/12 Die Wirtschaftlichkeitsprüfung**
5/12.1 Die Wirtschaftlichkeitsprüfung im Allgemeinen
5/12.2 Einzelheiten der Wirtschaftlichkeitsprüfung, Prüfmethoden
5/12.3 Die Richtgrößenprüfung
5/12.3.1 Ablauf der Prüfverfahren
5/12.3.2 Praxisbesonderheiten
5/12.3.2.1 Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf
5/12.3.2.2 Anerkannte Subspezialisierungen von A bis Z
5/12.3.2.3 Weitere Praxisbesonderheiten
– Besondere Ausrichtungen der Praxis
– Spezialisierung
– Anfängerpraxis
– Hohe Fluktuation
– Spezielles Patientengut
– Einzugsgebiet der Praxis
– Örtliche Besonderheiten
– Belegärztliche Tätigkeit
– Durchführung ambulanter Operationen
– Überdurchschnittlich hoher Überweisungsempfang
5/12.3.3 Formelle Aspekte zur Richtgrößenprüfung
5/12.3.4 Daten als Grundlage für Prüfbeschlüsse
5/12.3.5 Regressbedrohung ab 2011 eingeschränkt
5/12.3.6 Checkliste Reaktion auf Prüfantrag, Prüfeinleitung, Prüfbescheid
5/12.3.7 Checkliste Richtgrößenprüfung
5/12.3.8 Zusammenfassung zur aktuellen Prüfsituation bei Arzneimittelprüfungen
5/12.4 Die Durchschnittsprüfung
5/12.4.1 Beschwerdeausschuss
5/12.4.2 Verfahren vor dem Sozialgericht
5/12.4.3 Weitere Strategien

5/12.5 Durchschnittsprüfung und Richtgrößenprüfung auf Basis des Fachgruppendurchschnitts
5/12.6 Heilmittelprüfungen
5/12.6.1 Risiko der Praxisexistenz
- Einführung
- Kurz und bündig: Entlastende Neuregelungen 2011 und 2012
- Datenlage
- Neuregelung zu Praxisbesonderheiten
- Anerkennung von Praxisbesonderheiten im Voraus
- Beratung vor Regress
- Regresserlass
5/12.6.2 Die Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Präventive Maßnahmen zur Vermeidung einer Prüfung
- Musterschreiben: Meldung der Praxisbesonderheiten
- Beratung in Anspruch nehmen
- Die Richtgrößenprüfung
5/12.6.3 Ablauf der Prüfverfahren
- Zeitlicher Ablauf
- Wie entstehen Regresse, welche Regelungen gelten
- Ausnahme: Quartalsprüfung
- Das Verfahren läuft in drei Schritten ab
- Praxisbesonderheiten
5/12.6.4 Argumente für die Prüfung
- Dokumentation
- Urteile zu anerkannten Praxisbesonderheiten
- Kompensatorische Einsparungen
5/12.6.5 Jetzt wird`s ernst: Das Schreiben der Prüfungsstelle
- Checkliste zum Schreiben der Prüfungsstelle
- Kritisches Hinterfragen der ausgerechneten Überschreitung
- Formelle Fehler bei Richtgrößenprüfungen
- Zu späte Bekanntgabe
- Schlechte Datenlage
- Checkliste formeller Gründe bei Richtgrößenprüfung
- Materielle Fehler bei Richtgrößenprüfung
5/12.6.6 Vergleich statt Regress
- Minderung des Regresses durch Vergleich
- Muster: Vergleichsvertrag
- Vollständige regressablösende Individualvereinbarung

- Muster: Individuelle Richtgrößen-Vereinbarung
- Antrag auf Stundung oder Erlass des Regressbetrages

5/12.6.7 Das weitere Verfahren
- Verfahren vor dem Beschwerdeausschuss
- Widerspruch einlegen
- Musterwiderspruch
- Unbedingt schriftlich: gut begründen
- Weitere Begründung/Anforderungen an den Prüfbescheid
- Beschwerdeausschuss
- Kosten
- Verfahren vor dem Sozialgericht
- Klageerhebung
- Musterklage
- Klagefrist/Widereinsetzung in den vorherigen Stand
- Instanzenzug
- Besonderheit: Eilverfahren
- Weitere Klagebegründung
- Weitere Strategien
- Dokumentationsmuster für Praxisbesonderheiten
- Muster-Widerspruchsbegründung bei einer Richtgrößenprüfung

5/12.6.8 Merkblatt des G-BA zur Genehmigung langfristiger Heilmittelbehandlungen

5/12.6.9 Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel nach § 84 Abs. 8 Satz 3 SGB V unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs gemäß § 32 Abs. 1a SGB V

# Muster: Vergleichsvertrag

**Vergleichsvertrag**

gemäß § 53 Absatz 1 SGB X in Verbindung mit § 106 Absatz 5a Satz 4 SGB V

zwischen

Prüfungsstelle……

und

Dr. med. ……

Zur Beendigung des nach § 106 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V anhängigen Verwaltungsverfahrens der Prüfung der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln bei Überschreitung des Richtgrößenvolumens für das Jahr …….. (Bescheid der Prüfungsstelle vom ……) schließen die Vertragsparteien folgenden Vergleich:

1. Der aus der Überschreitung des Richtgrößenvolumens für Arznei- und Verbandmittel für das Jahr …….. resultierende Erstattungsbetrag der Krankenkassen in Höhe von 27.437,95 Euro wird gemäß § 106 Absatz 5a Satz 4 SGB V um 20% reduziert. Der sich daraus ergebende Vergleichsbetrag errechnet sich wie folgt:

   27.437,95 Euro (beschlossener Nettoregress)
   abzüglich 20% 5.487,59 Euro (Minderung gem. § 106 Absatz 5a Satz 4)
   = 21.950,36 Euro (Vergleichsbetrag)

2. Dr. med. …… verpflichtet sich, diesen Vergleichsbetrag den Krankenkassen zu erstatten. Soweit möglich, erfolgt die Bezahlung durch Verrechnung mit seinem Honorarkonto bei der KV …….. Ein zulässiger Zahlungsaufschub oder eine Ratenzahlung bleibt von diesem Vergleich unberührt.

3. Dr. med. …….. verzichtet auf Rechtsmittel sowohl hinsichtlich des Bescheides der Prüfungsstelle als auch hinsichtlich dieses Vergleiches. Die Möglichkeit, vorsorglich Widerspruch gegen den Bescheid der Prüfungsstelle für den Fall einzulegen, dass dieser Vergleichsvertrag nicht rechtswirksam wird, bleibt unbenommen.

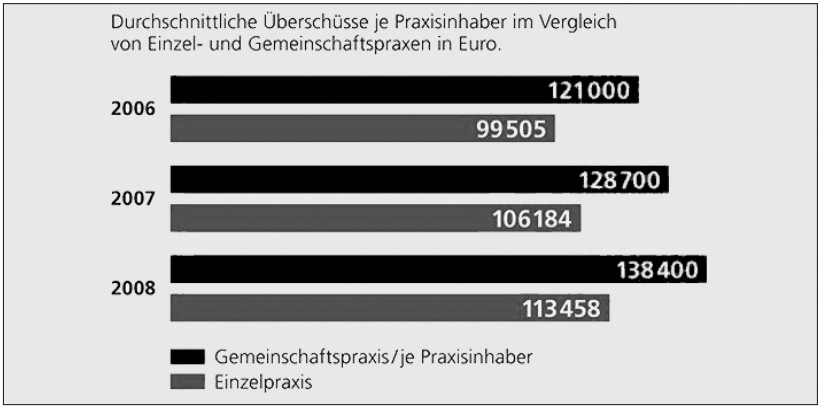


**Abb. 1:** Kooperationen werfen höhere Überschüsse ab (Quelle: Ärztezeitung)

| **Einnahmen, Aufwendungen, Jahresüberschuss EP+GP je Praxisinhaber*** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **2006** | | **2007** | | **2008** | |
| | **EP** | **GP** | **EP** | **GP** | **EP** | **GP** |
| Gesamteinnahmen | 217,0 | 264,6 | 224,0<br>3,3% | 278,2<br>5,1% | 230,2<br>2,7% | 293,0<br>5,3% |
| darunter:<br>Einnahmen aus GKV Praxis | 169,3 | 205,1 | 173,9<br>2,7% | 215,2<br>4,9% | 179,2<br>3,0% | 224,8<br>4,4% |
| Aufwendungen ges. | 117,5 | 143,7 | **117,8<br>0,3%** | **149,4<br>4,0%** | **116,7<br>-1,0%** | **154,6<br>3,4%** |
| Jahresüberschuss | 99,5 | 121,0 | 106,2<br>6,7% | 128,7<br>6,4% | 113,5<br>6,9% | 138,4<br>7,5% |
| ** je in 1000 Euro sowie Veränderung zum Vorjahr in Prozent*<br>*Quelle: www.zi.de* | | | | | | |

**Tab. 1:** Unterschiede Einzel- und Gemeinschaftspraxen

**Vorteile einer Kooperation**

| | |
|---|---|
| **Praxiswert** | - tendenziell höhere Marktwerte von Arztsitzen in Berufsausübungsgemeinschaften als in Einzelpraxen (höherer immaterieller Praxiswert)<br>- steigende Chancen für eine erfolgreiche Praxisabgabe |
| **Praxisorganisation** | - Möglichkeit eines verbesserten Patientenservices in Form besserer Erreichbarkeit, erweiterter Sprechzeiten (durch versetzte Dienste) etc.<br>- flexiblere Arbeitszeiten und bessere Vereinbarkeit Familie/Beruf möglich<br>- einfachere Vertretungslösung bei Urlaub, Fortbildung etc. |
| **Rentabilität** | - kostensenkende Skaleneffekte und Synergien durch gemeinsame Nutzung und bessere Auslastung von Geräten, Räumlichkeiten, Personal und externen Dienstleistern |
| **Umsatz** | - gegenseitiges Profitieren vom jeweiligen Patientenpool (insbesondere bei komplementären Fachrichtungen)<br>- meist höhere Attraktivität größerer Praxen für Patienten und deren Zugweiser<br>- RLV-Kooperationszuschläge (KV-abhängig)<br>- RLV-/QZV-Optimierungsmöglichkeiten |
| **Risiko** | - Risikominimierung durch geteilte Investitionen und die Möglichkeit der Vertretung durch den Kollegen bei Ausfall des Arztes |

*Zu wenige Hausärzte gehen in die Selbständigkeit:*

Unter den Ärzten nimmt die Bereitschaft ab, sich in einer hausärztlichen Praxis niederzulassen. Obwohl deutlich mehr als 40% der Vertragsärzte als Hausärzte tätig sind (West: 44,9%; Ost: 46,4%), sind es unter den Existenz-

gründern nur 27,7 bzw. 30,3%. Es rücken somit nicht genügend Hausärzte nach, sodass eine wohnortnahe Versorgung gefährdet sein könnte. Die Investitionskosten/Übernahmekosten belegen jedoch, dass das vermeintliche finanzielle Risiko einer Existenzgründung überschaubar ist. Der Grund, warum sich immer weniger Hausärzte niederlassen ist also nicht hier zu suchen.

*Trend zur Feminisierung – Work-Life-Balance geht alle an:*

Die Analyse dokumentiert zudem, dass Frauen der Selbständigkeit offen gegenüber stehen. Im Westen stellten sie 45% der Existenzgründer; im Osten 61,7%, die Tendenz ist steigend. Damit junge Ärzte die Neigung verspüren, sich selbständig zu machen, müssen insbesondere Strukturen her, mit denen sie Familie und Beruf in Einklang bringen können: Die Niederlassung an sich muss wieder attraktiver werden – und zwar für Männer und Frauen gleichermaßen. Dazu werden die Vor- und Nachteile der üblichen Kooperationsformen nachfolgend zusammengefasst:

**Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)**

Die BAG (früher: Gemeinschaftspraxis) ist eine Kooperationsform von Ärzten, bei der es sich um einen wirtschaftlichen und organisatorischen Zusammenschluss von mindestens zwei Personen handelt. BAG von Vertragsärzten werden im Abrechnungsverhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung als eine wirtschaftliche Einheit behandelt. Um eine BAG gründen zu können, muss eine Genehmigung vom Zulassungsausschuss vorliegen. Auch die fachübergreifende Kooperation ist genehmigungspflichtig, wobei sich die Fachärzte auch innerhalb einer BAG fachlich auf ihr eigenes Gebiet beschränken müssen. Auch gegenüber dem Patienten tritt die BAG bei der Abrechnung als wirtschaftliche Einheit (meist in der Rechtsform einer BGB-Gesellschaft, sehr selten in der Rechtsform der bürokratischeren Partnerschaftsgesellschaft) auf, während im Bereich der Haftung (z.B. für Behandlungsfehler) die Mitglieder der Gemeinschaftspraxis zunächst persönlich haften.

Bei der Arbeit in einer BAG steht das Team stets an erster Stelle. Vergleiche der Anzahl behandelter Patienten oder der damit erzielten Umsätze untereinander sollten vermieden werden. Viel wichtiger ist es, sich die Wettbewerbs-

vorteile der Gesellschaft bewusst zu machen und alles anzustreben, was für die Gesellschaft förderlich ist.

*Rationeller Einsatz des Personals:*

Jeder Praxisinhaber muss entscheiden, wie viel Personal er braucht, damit der reibungslose Ablauf des Praxisbetriebs sichergestellt ist. Fatal wäre es, zu viel Personal zu beschäftigen. Aber das gleiche gilt auch für das Gegenteil. Zu wenig Personal führt auch zu einer nicht zu unterschätzenden finanziellen Belastung. Wenn gleichzeitig zwei Mitarbeiter ausfallen, können die verbliebenen Mitarbeiter die zusätzliche Arbeit nicht auffangen. Der Praxisbetrieb wird nicht mehr reibungslos funktionieren und die Arbeitsmotivation wird auch sinken. Schließlich muss vielleicht eine Vertretung eingestellt werden, die sich zu Anfang nicht auskennt. In einer BAG kann man mehr Personal einstellen. Natürlich nicht doppelt so viel wie in einer Einzelpraxis, aber doch so, dass es möglich ist, Engpässe zu überbrücken. Außerdem steigt die Anzahl der unterschiedlichen Fähigkeiten und Begabungen mit der Größe des Teams. Im Notfall kann auch einer der Ärzte bestimmte Tätigkeiten ausgefallener Mitarbeiter ersetzen und beispielsweise Geräte selber bedienen.

*Rationeller Einsatz von Räumen und Geräten:*

Bei einer BAG ist die Auslastung der Räume und Geräte besser als bei einer Einzelpraxis. Die Räume stehen weniger leer, da sie im Gegensatz zu einer Einzelpraxis mindestens von zwei Ärzten genutzt werden. Wenn ein Arzt im Urlaub ist, arbeitet der andere.

*Bessere Ausschöpfung des Regelleistungsvolumens (RLV):*

Mehrere Praxisinhaber mit Vollzulassungen bekommen jeweils ein RLV zugeordnet. Diese RLV können gemeinsam ausgeschöpft werden. Kostensynergien entstehen. Die Anschaffungskosten für die benötigten hochpreisigen Geräte lassen sich schneller amortisieren. In einer BAG oder sonstigen Praxiskooperation lassen sich die Anschaffungskosten auf mehrere Ärzte verteilen.

## 5/2.1.5 Vor- und Nachteile von Kooperationen

**Existenzgründungsanalyse**

Bei mehr als der Hälfte aller Niederlassungen/Existenzgründungen im Jahr 2012 haben sich nach einer gemeinsamen Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) und der APO-Bank Ärzte für eine Kooperation entschieden. In Kooperationen lassen sich viele Synergieeffekte nutzen und flexible Arbeitszeitmodelle zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie leichter realisieren.

Unter den verschiedenen Arten von Kooperationsformen war die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit 37,9% am beliebtesten. Gleichzeitig wurden auch sonstige Kooperationsformen, z. B. Praxisgemeinschaften, MVZs oder überörtliche BAGs, immer stärker gewählt. Im Vergleich zum Betrachtungszeitraum 2007/2008 stieg der Anteil sonstiger Kooperationsformen deutlich von 6,3 auf 17,4% an.

Für die Übernahme einer Einzelpraxis entschieden sich 37% der Existenzgründer, für eine Neugründung 7,7%. In den neuen Bundesländern wählten 49% der Existenzgründer die Einzelpraxisübernahme. 21,8% entschieden sich für die Einzelpraxisneugründung. Im Vergleich zu den alten Bundesländern spielt die Einzelpraxis in den neuen Bundesländern somit eine bedeutendere Rolle – unter anderem, da sich hier vor allem ländliche und kleinstädtische Gebiete befinden. Die Einzelpraxis entspricht hier am besten der Nachfragesituation vor Ort.

Beim Investitionsverhalten fiel Folgendes auf: In den alten Bundesländern stiegen die Finanzierungskosten für die Übernahme einer hausärztlichen Einzelpraxis im Vergleich zum letzten Betrachtungszeitraum leicht auf 167.000 Euro an (inkl. Betriebsmittelkredit). Für die Neugründung einer Einzelpraxis mussten die Hausärzte mit 117.000 Euro hingegen einen etwas geringeren Preis einkalkulieren als im letzten Betrachtungszeitraum.

Auch die Finanzierungskosten für eine BAG entwickelten sich leicht rückläufig. Der Beitritt in eine BAG kostete 137.000 Euro, die Übernahme einer BAG durch mehrere Ärzte schlug mit 122.000 Euro pro Arzt zu Buche. Mit

einem Finanzierungsvolumen von 116.000 Euro war die Überführung einer Einzelpraxis in eine BAG die günstigste Form der Existenzgründung. In den vergleichsweise geringeren Finanzierungsvolumina spiegeln sich die Synergien einer Kooperation wider.

Während in den neuen Bundesländern die Finanzierungskosten für eine Einzelpraxisneugründung stabil bei 98.000 Euro lagen, stiegen die Kosten für eine Einzelpraxisübernahme leicht auf 113.000 Euro an. Trotzdem lagen die Preise in den neuen Bundesländern weiterhin deutlich unter dem Niveau der alten Bundesländer.

Hierin zeigt sich, dass es in den neuen Bundesländern weniger potenzielle Nachfolger für eine Praxis gibt und deshalb auch geringere Preise bei der Praxisabgabe erzielt werden. Grundsätzlich kann es aber auch eine Chance für Existenzgründer sein: Für eine Praxis auf dem Land müssen Ärzte weniger Kapital aufbringen, sind finanziell weniger belastet. Und die Wettbewerbssituation ist oft nicht so stark wie in Ballungszentren.

Die meisten Existenzgründungen wurden in großstädtischen Gebieten mit einer Einwohnerzahl von 100.000 und mehr realisiert. In den alten Bundesländern entschieden sich 50,5% und in den neuen Bundesländern 38,8% der Existenzgründer für die Großstadt. Existenzgründungen auf dem Land waren sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern verhältnismäßig selten (2,2 bzw. 2,9%). Die Kooperation steht für Flexibilität, fachlichen Austausch und Synergien – genau das suchen viele junge Ärzte. Derzeit scheinen sie die besten Voraussetzungen hierfür in städtischen Gebieten zu finden.

# 5/12.6.5 Jetzt wird`s ernst: Das Schreiben der Prüfungsstelle

## Checkliste zum Schreiben der Prüfungsstelle

- Ruhe bewahren, wenn das Schreiben eintrifft, sorgsam prüfen, Notizen machen.
- Unbedingt Frist zur Abgabe einer Stellungnahme notieren.
- Schreiben inhaltlich prüfen (welcher Vorwurf, welche Rechtsgrundlage, was wird die Prüfungsstelle tun, was ist seitens des Arztes zu leisten (bei Unklarheiten telefonisch nachfragen). Häufig wird ein Informationsschreiben mit einem Bescheid verwechselt. Prüfen, ob wirksame Prüfvereinbarung vorliegt (rückwirkend vereinbart?).
- Prüfen, welcher Prüfzeitraum betroffen ist (wird ein ganzes Jahr geprüft?).
- Nachberechnen des Richtgrößenvolumens; Verordnungsdaten und Fallzahlen kontrollieren.

## Kritisches Hinterfragen der ausgerechneten Überschreitung

- Stimmt die zugeordnete Richtgröße (besonders bei fachübergreifenden Praxen)
- Hat die Prüfungsstelle die Prüffristen (der Prüfvereinbarung) eingehalten?
- Vorlage der elektronischen Verordnungsdaten beantragen.
- elektronische Rezepte einsehen, nachrechnen, falsche Rezepte notieren (hat sich der Apotheker an die Verordnung gehalten?).
- Bitte um Hinweis, wenn weiterer Sachvortrag erforderlich ist.

## Formelle Fehler bei Richtgrößenprüfungen

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen die ärztlichen Verordnungen verstärkt mittels Richtgrößenprüfungen überprüft werden. Doch vor Einleitung der Prüfung sind formelle Hürden zu bestehen. Formelle Verstöße sind durch den Arzt zu rügen.

### Zu späte Bekanntgabe

Die Richtgrößen für jedes Jahr müssen nach der Rechtsprechung dem Arzt spätestens am 31.12. des Vorjahres bekannt gegeben werden. Ein rückwirkendes In-Kraft-Treten ist wegen Verstoßes gegen das Gebot der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes rechtswidrig (LSG Berlin vom 11.04.2003 – L 7 KA 301/02; LSG NRW vom 14.07.2004 – L 11 KA174/03). Wird auf der Grundlage verspätet veröffentlichter Richtgrößen geprüft, sind die Prüfungen rechtswidrig (Urteile des BSG vom 02.11.2005 – B 6 KA 63/04 R).

Ab In-Kraft-Treten des AVWG zum 01.05.2006 gilt, dass die alten Richtgrößen zur Vereinbarung neuer weitergelten. Neue Richtgrößen können nur dann Rückwirkung entfalten, wenn diese höher als die alten sind. Sind die neuen Richtgrößen niedriger, findet eine Anwendung der alten Richtgrößen pro rata temporis bis zur Bekanntgabe der neuen Richtgrößen statt.

Wurden keine Richtgrößen vereinbart, können allenfalls die weniger restriktiven Fachgruppen-Durchschnittsprüfungen durchgeführt werden. Ab 2008 findet auch in solchen Fällen eine Richtgrößenprüfung statt, als Richtgröße dient der Fachgruppendurchschnitt.

### Schlechte Datenlage

Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 27.04.2005 – B 6 KA 1/04 R hat die Rechte von Ärzten, die von einer Regressforderung bedroht sind, gestärkt.

Kann der Arzt demnach das dem Prüfungsausschuss vorliegende Belastungsmaterial erschüttern, müssen die Kassen die Verordnungsblätter im Original (oder die Printimages) vollständig vorlegen, um ihren Anspruch zu belegen. Gelingt dies nicht, erfolgt ein Abschlag vom Regress in Höhe der nicht beweisbaren Summe.

Die gerichtliche Entscheidung stellt viele Richtgrößenprüfungen in Frage, denn Erfahrungen zeigen, dass die Krankenkassen häufig nicht in der Lage sind, die angeblichen Verordnungskosten vollständig mit Rezepten zu belegen. Der Schadens muss indes auf den Cent genau nachgewiesen werden Ersatzforderung verschuldensunabhängig ist, muss der Schaden stets nachgewiesen werden.

Als Konsequenz aus diesem Urteil müssen Ärzte jedoch in der Lage sein, die Glaubhaftigkeit der vorgelegten Kassendaten zu erschüttern. Dieses kann z.B. dadurch gelingen, dass der Arzt anhand seiner eigenen PC-erfassten Verordnungsdaten einen Gegenbeweis führt. Erforderlich ist es deshalb, dass alle Arzneiverordnungen stets mit Angabe des verordneten Präparates und der Pharmazentralnummer in das Praxis-PC-Verordnungsprogramm eingetragen werden.

**Die Kassendaten können nach Akteneinsicht beanstandet werden.**

Zweifel an der Richtigkeit der Daten ergeben sich nicht bereits aus einer Differenz elektronischer und vorliegender Originalverordnungsblätter. Bei substantiierten Einwendungen anhand der Unterlagen des Arztes der für ihn erfassten Verordnungen müssen die elektronischen Verordnungen überprüft bzw. korrigiert werden.

Bei Unrichtigkeit der Daten in erheblichem Umfang (mindestens 5% der Beträge sind unberechtigt zugeordnet) ist der Anscheinsbeweis der elektronischen Daten widerlegt. Hier müssen sämtliche Verordnungsblätter bzw. Printimages ermittelt werden, bei Nichtvorlage ist ein entsprechender Abschlag des Regressbetrages vorzunehmen (BSG vom 27.04.2005 – B 6 KA 1/04 R und vom 02.11.2005 – B 6 KA 63/04 R).

Die Höhe der Richtgrößen ist zu prüfen, denn sie weichen teilweise gravierend von den Richtgrößen des Vorjahres ab (obwohl sie auf den Durchschnittswerten basieren müssen). Dies ist auf neue Einsparziele oder auf strukturelle Änderungen des gesetzlichen Rahmens zurückzuführen.

## Checkliste formeller Gründe bei Richtgrößenprüfung

Bei Eingang der Prüfmitteilung sofort antworten, dass eine „ausführliche Stellungnahme“ folgt. Damit erkennen Sie anstehende Rückforderung nicht an, gewinnen aber Zeit, sich mit der Situation professionell auseinander zu setzen. Von der Prüfungsstelle sämtliche Verordnungen anfordern (CD-ROM), Stichprobenartig kontrollieren, ob

- Bruttosumme aller Rezepte im Vergleich zum Prüfantrag stimmt (stimmt praktisch nie!),
- die Verordnungen wirklich von Ihnen stammen (häufig Fehlbuchungen!),
- die Verordnungen aus dem zu prüfenden Kalenderjahr stammen,
- Privatrezepte zu Unrecht hineingerechnet wurden,
- die ausgewiesenen Fälle Quartalsweise mit der Fallzahl Ihrer KV-Abrechnung übereinstimmen (stimmt praktisch nie!),
- Sie Ihr Patientengut hinsichtlich Altersverteilung (hoher Rentneranteil) analysieren.

## Materielle Fehler bei Richtgrößenprüfung

Hierbei geht es um die richtige Anerkennung und Quantifizierung von Praxisbesonderheiten. Die Prüfungsstelle muss die Kriterien zur Bestimmung von Praxisbesonderheiten offen legen. Diese sind in den Anlagen zur Richtgrößen- bzw. Prüfvereinbarung gelistet, die Anerkennung dieser Anlagen-Praxisbesonderheiten ist jedoch unterschiedlich:

- In einigen Kassenärztlichen Vereinigungen werden die auf die Anlagen-Praxisbesonderheiten entfallenden Verordnungskosten in vollem Umfang aus dem Verordnungsvolumen herausgerechnet. Hier sind die Anlagen-Praxisbesonderheiten nicht Gegenstand der Richtgrößenprüfung.
- In weiteren Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt auch eine vollständige Anerkennung der auf die Anlagen-Praxisbesonderheiten (Kap. 5/12.6.9) entfallenden Verordnungskosten, doch behalten sich die Prüfgremien vor, die Verordnungen hinsichtlich Art, Menge und Auswahl der erfassten Ver-

ordnungen vorher noch einmal einer Wirtschaftlichkeitsbetrachtung zu unterziehen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass auch Anlagen-Praxisbesonderheiten theoretisch unwirtschaftlich verordnet werden können.

- Sodann werden die Anlagen-Praxisbesonderheiten in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen auch wie klassische Praxisbesonderheiten behandelt, d. h. anerkannt werden lediglich diejenigen Verordnungskosten, die über dem Fachgruppendurchschnitt liegen. Hierbei kann dann differenziert werden zwischen einer Anerkennung der tatsächlich über dem Fachgruppendurchschnitt liegenden Kosten eines Arztes und einer Berechnung des Umfangs der Praxisbesonderheit anhand der durchschnittlichen Arzneimittel-Fallkosten der Vergleichsgruppe.
- Schließlich wird in zunehmend mehr KV-Bezirken je nach Praxisbesonderheit zwischen einer vollständigen und einer nur den Fachgruppendurchschnitt überschreitenden Anerkennung differenziert.

Hier muss das Vorgehen der Prüfgremien mit dem Wortlaut der Vereinbarung verglichen werden. Nach der Rechtsprechung des BSG vom 23.03.2011 – B 6 KA 9/10 R (Richtgrößenprüfung 2002 Bayern) sind Praxisbesonderheiten anzuerkennen, wenn ein spezifischer, vom Durchschnitt der Vergleichsgruppe signifikant abweichender Bedarf der Patientenklientel und die hierdurch hervorgerufenen Mehrkosten nachgewiesen werden.

Die Prüfgremien können einen solchen Vortrag nicht pauschal als unsubstantiiert zurückweisen. Nach der Rechtsprechung (LSG Berlin-Brandenburg vom 06.06.2012 – L 7 KA 99/09 zu Richtgrößenprüfung 2000) können die Prüfgremien ihren Pflichten nur genügen, wenn sie zumindest einmal den Arzt darauf hingewiesen haben, welche Daten im Einzelnen von ihm noch beizubringen sind und anhand welcher Maßstäbe und Kriterien sie die vereinbarten bzw. von ihnen darüber hinaus entwickelten Praxisbesonderheiten prüfen.

Vergleichsdaten über Alters- und Geschlechtsstruktur sowie zur Häufigkeit der wichtigsten Diagnosen nach ICD-10 sind in Form der sogenannten Panel-Basisstatistik beim Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung erhältlich (Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, E-Mail: zi-berlin@kbv.de). Die Panel-Basisstatistik ist auf Quartalsbasis erhältlich für die wichtigsten Facharztgruppen und getrennt für die alten und neuen Bundesländer. Die Ver-

wendung dieser Statistiken ist in der Rechtsprechung mittlerweile anerkannt (SG Berlin vom 22.06.2011 – S 83 KA 443/09).

Die Liste der Praxisbesonderheiten ist nicht abschließend, der Arzt kann die Anerkennung weiterer Praxisbesonderheiten beantragen. Dies setzt voraus, dass der Arzt diese Umstände in einer Stellungnahme darlegt. Entscheidend kommt es dabei auf die Dokumentation, die Darstellung der medizinischen Notwendigkeit und die Berechnung der finanziellen Auswirkungen auf das Verordnungsvolumen an.

# 5/12.6.6 Vergleich statt Regress

## Minderung des Regresses durch Vergleich

Bleibt es trotz Anerkennung von Praxisbesonderheiten bei einer Überschreitung von mehr als 25%, so ist der über diesem Schwellenwert liegende Betrag den Krankenkassen als Mehraufwand zu erstatten (Regress). Nach § 106 Absatz 5a Satz 4 SGB V sollen die Prüfungseinrichtungen aber vor ihren Entscheidungen und Festsetzungen auf eine entsprechende Vereinbarung mit dem Vertragsarzt hinwirken, die eine Minderung des Erstattungsbetrages um bis zu 1/5 zum Inhalt haben kann.

Häufig übersenden die Prüfungsstellen zugleich mit dem Regressbescheid ein entsprechendes Angebot. Soweit das Angebot (Minderung des Regressbetrages in Form eines Vergleichsvertrages) nicht innerhalb einer bestimmten Frist unterschrieben zurückgesandt wird, würde der Regressbescheid bestandskräftig.

Der Vergleichsvertrag könnte wie folgt aussehen.