

Veranstaltung der Arbeitsgruppen Berufsrecht und Vertragsgestaltung

Am 28. November 2025 trafen sich zum 21. Mal die Mitglieder der Arbeitsgruppen Berufsrecht und Vertragsgestaltung der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im Deutschen Anwaltsverein zu ihrem jährlichen Treffen, diesmal in Hannover. Organisiert und geleitet wurde die Tagung von den Vorsitzenden der Arbeitsgruppen, Herrn Rechtsanwalt *Jörg Müssig*, pwk & Partner, Dortmund, und Herrn Rechtsanwalt *Dr. Andreas Meschke*, Möller und Partner, Düsseldorf.

Den ersten Vortrag hielt Herr Rechtsanwalt *Dr. Stefan Bäune*, Schmidt, von der Osten und Huber, Essen, zum Thema „**Gewinnverteilung in der BAG in Sonderfällen (Krankheit, Schwangerschaft, Nebentätigkeit usw.)**“. Einleitend stellte er die verschiedenen Grundmodelle der Gewinnverteilung dar, beginnend mit der Gewinnverteilung nach Köpfen oder nach Gesellschaftsanteilen, gefolgt von umsatzbezogenen Modellen, gegebenenfalls mit einer Kostenzuordnung, der Profit-Center-Betrachtung und entsprechenden Mischmodellen, gegebenenfalls auch eine Aufteilung des Gewinns auf verschiedene Töpfe. Einen „Goldstandard“ gebe es nicht. Der Vortrag sei eher ein Erfahrungsbericht.

Für den Krankheitsfall sei immer zu überlegen, inwieweit das Krankheitsrisiko selbst vergesellschaftet werden solle. Üblich sei häufig, dass für eine bestimmte Zahl an Tagen eine unentgeltliche Vertragung durch die Gesellschafter erfolge. Dabei sei insbesondere auch der Umfang der Vertretungspflicht festzulegen, d.h. ob diese z.B. nur innerhalb der Sprechzeiten des Vertreters erfolge oder ob die Vertreter auch zusätzliche Sprechzeiten anbieten müssten. Bei der Vertretung durch einen externen Vertreter (gegebenenfalls nach Ablauf eines entsprechenden Zeitraums) sei die Kostenübernahme durch den erkrankten Gesellschafter zu regeln. In der Praxis stelle sich darüber hinaus das Problem, dass es immer schwieriger werde, einen Vertreter zu finden. Häufig finde man daher Regelungen, wonach der Gewinnanteil des Erkrankten nach Ablauf des gesellschaftsvertraglich vorgesehenen Vertretungszeitraums reduziert werde. Hierbei könne es jedoch erhebliche Probleme bei der Ermittlung des Reduzierungsbetrages geben. Soweit ein fester Eurobetrag je Fehltag festgelegt werde, müsse für die Angemessenheit berücksichtigt werden, dass die anwesenden Gesellschafter an einem solchen Gewinnvorab, ohnehin beteiligt gewesen wären. Ein durchschnittlicher Gewinnbetrag je Praxistag könne kaum ermittelt werden, zumal diese Regelung auch noch den erkrankten Gesellschafter selbst begünstige, da an dessen Fehltagen durchschnittlich weniger Umsatz erzielt worden sein dürfte. Möglicherweise könne

ein tätigkeitsbezogener Gewinnvorab reduziert werden, wobei es auch hier wieder auf die Angemessenheit ankomme. Bei einer umsatzorientierten Gewinnverteilung gebe es im Regelfall kein Problem. Bei gewinnreduzierenden Regelungen müsse schließlich auch immer die Frage gestellt werden ob der Gewinnanteil negativ werden könne.

Bezüglich der Schwangerschaft sei grundsätzlich zu berücksichtigen, dass es eine unterschiedliche „Risikoverteilung“ gebe, da dieser Fall vor allem Frauen im jüngeren Alter betreffe. Die Ansprache dieses Punktes erfordere Fingerspitzengefühl. Hier bestehe ein erheblicher Regelungsbedarf bezüglich der entsprechenden „Ausfallzeit“, wobei diese auch sehr stark individuell variere, u.a. abhängig von der Tätigkeit und individuellen Gesundheit der Schwangeren. Auch müsse eine Regelung zur Gewinnverteilung getroffen werden. Bei einer kurzen Ausfallzeit könnten die Regelungen zum Krankheitsfall übernommen werden. Bei längerer Ausfallzeit gebe es teilweise Modelle, wonach in dieser Zeit der Gewinnanteil entfalle, wobei hier die Abgrenzungsfragen definitionsbedürftig seien. Teilweise werde auch immer noch ein geringfügiger Gewinnanteil vereinbart, insbesondere bei kapitalintensiven Fachgebieten, denn auch während der Schwangerschaft liefen Bankverbindlichkeiten etc. weiter. Insbesondere wenn in der Praxis eine Vielzahl von angestellten Ärzten tätig seien, könne es auch angemessen sein, den Gewinnanteil nur geringfügig anzupassen. Besondere Herausforderungen ergäben sich durch die Vorgaben der Ärzte-ZV, z.B. wegen eines Ruhens mit den damit verbundenen Folgen für die Honorierung.

Soweit im Gesellschaftsvertrag vorgesehen sei, dass ein Gesellschafter seine Arbeitszeit reduzieren könne, müsse zunächst geprüft werden, ob dies zunächst auf Grundlage eines Gesellschafterbeschlusses erfolgen könne oder ob sogar der Vertrag geändert werden müsse. Wenn ein einseitiges Reduzierungsrecht, z.B. wegen Erreichen eines bestimmten Lebensalters, vorgesehen werde, müsse im BAG-Vertrag auch die Auswirkung geregelt sein. Bei den Gewinnverteilungsmodellen gebe es dann kein Problem, wenn ein arbeitsbezogener Teil des Gewinnanspruchs, z.B. ein Gewinnvorab, anteilig reduziert werde. Hier stelle sich allerdings immer die Frage, ob dies bei einem hohen Restgewinn noch angemessen sei. Gegebenenfalls müsse dann die Gewinnverteilungsregelung angepasst werden. Bei umsatzbezogener Verteilung bedürfe es ebenfalls eines Anpassungsbedarfs, nämlich bei unverändert bleibenden Fixkosten.

Soweit ein Gesellschafter Tätigkeiten außerhalb der BAG ausübe, seien dies regelmäßig die „klassischen“ Tätigkeiten wie z.B. Vorträge, Veröffentlichungen oder Notarztätigkeiten. Die Einnahmen hierzu seien grundsätzlich dem einzelnen Arzt zuzuordnen, der häufig auch im eigenen Namen abrechne. Nutze der Arzt hierfür die Ressourcen der Praxis, sei es sinnvoll, eine Kostenerstattung vorzusehen. Soweit die Nebentätigkeiten hingegen im Zusammenhang mit der BAG stünden, z.B. die Angestelltentätigkeit in einem Krankenhaus oder

die Teilnahme an einer belegärztlichen Teilberufsausübungsgemeinschaft, bestünden verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten. Soweit es sich um eigene Einnahmen des jeweiligen Arztes handeln solle, dann müsse dies aber auch bei der BAG berücksichtigt werden wegen der notwendigen Arbeitszeitreduzierung. Teilweise gebe es auch „Schattenrechnungen“, wonach die Einnahmen im Innenverhältnis so behandelt würden als seien es Einnahmen der BAG, d.h. als fiktive Entnahme.

Zuletzt betrachtete *Bäume* noch Sonderfälle, nämlich die unterschiedliche ärztliche Tätigkeit der Gesellschafter wegen unterschiedlicher Fachgebiete oder unterschiedlicher Tätigkeitsschwerpunkte. Hier sei bei der Gewinnverteilung insbesondere zu berücksichtigen, dass keine interne Zuweisung gegen Entgelt erfolge, sondern immer eine angemessene Verteilung der Einnahmen. Zuletzt ging es noch um die gemischte Berufsausübungsgemeinschaft zwischen Vertragsärzten und Privatärzten. Hier sei die Frage des Gesellschaftszwecks gesondert klärungsbedürftig. Teilweise werde von den Zulassungsgremien gefordert, dass die Gewinnverteilung nicht aus einem Topf erfolgen dürfe, da dann ein Dritter an der vertragsärztlichen Tätigkeit partizipiere.

Sodann befasste sich Rechtsanwalt *Michael Fritz*, HFBP, Giesen, mit dem Thema „**Russian Roulette & Co – kreative deadlock-Lösungen in ärztlichen Gesellschaftsverträgen**“. Die grundlegende Frage stelle sich dann, wenn die Gesellschafter zu gleichen Teilen an einer Gesellschaft beteiligt seien und keine Entscheidungen mehr getroffen werden könnten, d.h. die Gesellschaft in einer Sackgasse stecke. Dies sei eine ausweglose Situation, weil kein Beteiligter zu Kompromissen bereit sei und insbesondere keine Mehrheitsbildung möglich sei. Zur Lösung dieser Probleme werden verschiedene Klauseln vorgeschlagen mit dem Ziel, einen Entscheidungsstillstand zu verhindern. Dabei werde meist die Pattsituation definiert und es werden Eskalationsstufen zur Konfliktlösung festgelegt, beginnend von internen Schlichtungen über externe Mediation bis hin zum Exit. Diese Klauseln seien nach der Vertragsfreiheit grundsätzlich möglich, wobei hier verschiedene Grenzen zu beachten sei, z.B. die Einschränkung des Kündigungsrechts nach § 725 BGB analog, Sittenwidrigkeit nach § 138 BGB, Verstoß gegen Treu und Glauben nach § 242 BGB oder gegebenenfalls auch die unangemessene Benachteiligung nach § 307 BGB. Insbesondere werde gerichtlich die Durchführbarkeit und Fairness geprüft. Steuerlich handelt es sich jeweils um einen Veräußerungsvorgang. Insgesamt gebe es wenig Literatur¹ und Rechtsprechung² zu den genannten Klauseln, wobei die Rechtsprechung zu den

¹ Z.B. *Schulte/Sieger*, NZG 2005, 24; *Fleischer/Schneider*, DB 2010, 2713.

² *OLG Nürnberg*, Urt. v. 20.12.2013 – 12 U 49/13, NJW-RR 2014, 418.

Hinauskündigungsklauseln angezogen werden könne. In jedem Fall bedürfe es eines Sachgrundes, wobei dieser in der Entscheidungsunfähigkeit der Gesellschaft liege.

In der Folge stellte *Fritz* die gängigen Typen aus der Vertragspraxis vor. Zunächst begann er mit der „Russian-Roulette“-Klausel: Dabei sei jeder Gesellschafter berechtigt, dem anderen seine Beteiligung an der Gesellschaft unter Nennung eines bestimmten Preises zum Ankauf anzubieten. Erhalte der andere als erster ein Angebot, habe er die Wahl: Entweder nehme er das Angebot an und werde gegen Zahlung des geforderten Preises Alleingesellschafter oder er verkaufe seine Beteiligung zum gleichen bindenden Preis an den anbietenden Mitgesellschafter.

Eine Fortentwicklung stelle die „Texas-Shoot-out“-Klausel dar. Dabei sei jeder Gesellschafter berechtigt, dem anderen unter Nennung eines bestimmten Preises ein Angebot für dessen Gesellschaftsbeteiligung zu unterbreiten. Der andere könne das Angebot annehmen oder er könne dem anderen Gesellschafter ein höheres Angebot für den Kauf seiner Gesellschaftsbeteiligung unterbreiten. Dies wechsele dann hin und her, bis die „Auktion“ mit dem höchsten Gebot ihr Ende finde. In der Varianten des „Mexican-Shoot-out“ geben beide Gesellschafter gleichzeitig ein Angebot zum Ankauf der Anteil des jeweils anderen gegenüber einem Notar ab. Derjenige, der das höchste Angebot unterbreite habe, erhalte den Zuschlag, d.h. er werde Alleingesellschafter. Bei der „Dutch-Auction“-Klausel werden ebenfalls Angebote abgegeben, wobei hier das Angebot mit dem niedrigeren Kaufpreis zum Tragen komme, wobei auch hier immer noch eine Annahmefähigkeit bestehen muss.

Die beste Vertragsklausel helfe nichts, wenn die zur Verfügung stehenden Mittel nicht ausreichen. Insofern müsse immer geklärt werden, wie mit den Fällen umzugehen sei, in denen der Kaufpreis nicht aufgebracht werden könne. Dann müsse eventuell vereinbart werden, dass dann doch der andere Gesellschafter zum Zuge komme. Die Klauseln sollten jeweils einen Anreiz zur fairen und realistischen Preisfindung bieten. Sie ermöglichen eine relative unkomplizierte Auflösung des Stillstandes und eine schnelle Trennung der Beteiligten bei einer Preisgerechtigkeit des Verfahrens. Zudem habe das Verfahren auch ein gewisses Drohpotential – nämlich durch das Risiko, alles zu verlieren – so dass angesichts dessen, die Klauseln oft nicht zum Vollzug kommen und sich die Parteien doch noch einigen.

Nachteilig sei zudem, dass ein Gesellschafter den Stillstand mutwillig selbst herbeiführen könne, so dass man hier Vorsorge treffen müsse.

Die Liquiditätsanforderung sei üblicherweise hoch und damit ein Risiko für den schwächeren Gesellschafter. Das Ergebnis könne auch zufällig sein und die Umsetzung des Ergebnisses müsse sorgfältig überdacht werden, denn am Ende gibt es immer noch ein Kauf- und Abtretungsvertrag von Gesellschaftsanteilen.

In der Folge machte *Fritz* mehrere Gestaltungshinweise. So sei die Klausel so zu gestalten, dass Angebot und Annahme wirksam erklärt werden könnten. Die Finanzierung müsse gesichert sein, teilweise auch mit Sanktionsnachweis. Ebenso müssten Abläufe und Fristen klar geregelt sein, und auch die Bewertungsmechanismen sollten geregelt werden (gegebenenfalls mit Gutachterklausel). Die Informationslage für alle Beteiligten müsse insoweit gleich sein. Sinnvoll seien auch sanktionierende Elemente, um z.B. eine leichtfertige Einleitung zu verhindern, in dem z.B. durch einen Wirtschaftsprüfer ein objektiver Wert der Anteil ermittelt wird und sich daraus ein Preiskorridor ergibt. Bei ärztlichen Gesellschaftsverträgen seien darüber hinaus Klauseln zu den Verfahren im zulassungsrechtlichen Bereich zu beachten. Bei einer MVZ-GmbH könne es das Problem geben, wenn es zu einem Statuswechsel komme und ein angestellter Vertragsarzt in einer Ein-Mann-GmbH nicht tätig werden könne. Teilweise sei auch das Problem, dass die „Ressource Arzt“ nicht verfügbar sei, wenn dann in einem MVZ nur ein Arzt tätig sei (dann mit einem vollen Versorgungsauftrag, aber eben alleine). Die Alternativen zu diesen Klauseln seien eine Schlichtung, Mediation oder ein Schiedsgerichtsverfahren, was man gegebenenfalls als Eskalationsstufe einbauen könne. Zuletzt gab *Fritz* verschiedene Formulierungsbeispiele für die einzelnen Klauseln, anhand derer das Vorgehen diskutiert wurde. Dabei stellte sich auch heraus, dass die entsprechenden Klauseln teilweise sehr lang seien und dies auch ein Hindernis für ihre Einführung sein könne, da der Vertrag dadurch noch komplexer erscheine.

Nach der Pause trug Herr Rechtsanwalt *Dr. Christoph Weinrich*, Leiter Stabsbereich Recht der KBV, zu **aktuellen Gesetzgebungsverfahren im Gesundheitswesen und ihren Auswirkungen auf die anwaltliche Beratung** vor. Ausgehend vom Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung³ und den dort genannten Aspekten wies er jeweils darauf hin, zu welchen Bereichen es schon Gesetzentwürfe gebe und zu welchen nicht. Dabei kommentierte er auch die im Koalitionsvertrag festgesetzten Ziele teilweise kritisch unter Berücksichtigung der praktischen Erfahrungen.

Bei den laufenden Gesetzgebungsverfahren verwies er auf das Gesetz zur Befugnisenerweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege⁴, welches sich aktuell im Vermittlungsausschuss befinde⁵. Dort seien auch Änderungen für die Vertragsärzte enthalten, so die Möglichkeit zur Anforderung einer elektronischen Ersatzbescheinigung nach § 291 Abs. 9 SGB V. Zudem gebe es auch noch Klauseln zu dem Thema Sozialversicherungspflicht im ärztlichen Bereitschaftsdienst, wobei diese nur bedingt praxistauglich seien.

³ <https://www.koalitionsvertrag2025.de/> (7.1.2026).

⁴ <https://dip.bundestag.de/vorgang/gesetz-zur-befugnisenerweiterung-und-entb%C3%BCrokratisierung-in-der-pflege/324802> (7.1.2026).

⁵ Anmerkung: Das Gesetz ist inzwischen in Kraft getreten, BGBl. 2025 I Nr. 371 vom 29.12.2025.

Des Weiteren gebe es einen Referentenentwurf zur Anpassung der Ärzte ZV⁶. Diese Verordnung solle im Jahre 2026 in den Bundesrat eingebracht werden. Wesentliche Änderungen seien z.B. die Anpassung der Arztregister, die vereinheitlicht werden und digital geführt werden sollen. Nunmehr solle auch geregelt werden, dass Dritte ein Einsichtsrecht in das Arztregister erhalten. In den Arztregistern sollen auch die angestellten Ärzte, die ermächtigten Ärzte und ermächtigten Einrichtungen und BAG sowie MVZ aufgeführt werden. Es soll also von einem Personenregister zu einem Organisationsregister erweitert werden. Der Registereintrag sei insbesondere bei ermächtigten Ärzten oder Einrichtungen rein informativer Natur, insbesondere sei die Eintragung auch nicht Voraussetzung für die Erteilung der Ermächtigung. Problematisch sei insoweit, dass teilweise Ermächtigungen per Gesetz vorgesehen seien und hierzu die KVen überhaupt keine Informationen hätten. Hier bedürfe es noch einer Anpassung. Der Anwendungsbereich der gesamten Ärzte-ZV soll ausgeweitet werden und erfasse dann auch die Berufsausübungsgemeinschaften und alle weiteren angestellten Ärzte, d.h. auch die in Eigeneinrichtungen oder Einrichtungen nach § 402 Abs. 2 SGB V bestimmten Einrichtungen. Das Arztregister habe darüber hinaus weitere Zwecke, denn es diene auch der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und der Bedarfsplanung. Bezüglich der Anträge auf Eintragung in das Arztregister sei vorgesehen, dass diese Anträge in Schriftform oder qualifizierter elektronischer Signatur hergestellt werden könnten. Da viele Urkunden jedoch in Urschrift oder in amtlich beglaubigter Abschrift beizufügen seien, werde die elektronische Fassung nicht praktikabel sein. Beim Zulassungsantrag sei nunmehr vorgesehen, dass ein Arztregisterauszug nicht mehr vorgelegt werden müsse und auch Bescheinigungen der KV über bisherige Niederlassung oder Zulassung nicht mehr vorgelegt werden sollen. Die Versicherungsbescheinigung solle weiterhin vorgelegt werden. Es sei noch einmal ausdrücklich geregelt, dass die KVen auf der Internetseite ein Formular für die Antragstellung bereitstellen müssten. Anträge (auch auf Erteilung einer Anstellungsgenehmigung) sollen in Zukunft nur noch schriftlich möglich sein. Bei den Anstellungsgenehmigungen seien reduzierte Anforderungen vorgesehen, wenn ein Arzt zugunsten der Anstellung auf seine Zulassung verzichte. Bei Facharztgruppen, bei denen die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zu erwarten sei, solle ein erweitertes Führungszeugnis vorgelegt werden.

Die Vertretungsregelungen sollen neu gefasst werden. So sei die Vertretung des Vertragsarztes anders geregelt als die Einstellung an Assistenten, Ärzten oder die von angestellten Ärzten oder die Vertretung angestellter Ärzte oder von ermächtigten Ärzten. Die genehmigungsfreie Vertretung sei erweitert um den humanitären Einsatz. Bei Krankheit sei die

⁶ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/aend-zulassungs-vo-aerzte.html> (7.1.2026).

Vertretungsdauer auf sechs Monate erweitert worden, wobei dies auch die maximale Höchstdauer der genehmigungsfreien Vertretung darstelle. Für die genehmigungspflichtige Vertretung bleibe es bei den bisherigen Gründen, wobei die Zeiträume von der KV verlängert werden könnten. Die Vertretung im Todesfall (Praxisvertreter) soll verlängert werden auf neun Monate nach dem Ende des Todesquartals. Dies sei sinnvoll, da die entsprechenden Verfahren teilweise länger dauerten. Bezüglich der Vertretung des Vertragsarztes werde nunmehr zwischen der internen und der kollegialen Vertretung getrennt. Hier bestehe maximal eine Mitteilungspflicht, aber gegebenenfalls keine Genehmigungspflicht. Allerdings sei auch die interne Vertretung nicht zeitlich unbegrenzt möglich. Dabei sei auch vorgesehen, dass Ärzte mit reduziertem Versorgungsauftrag zum Zwecke der internen Vertretung ihre Tätigkeit ausweiten dürften. Hier sei zumindest eine Mitteilung an die KV erforderlich.

Bei der Beschäftigung von Assistenten sei als neuer Grund auch das Auffangen von Patienten erwähnt. Wie sich dies in der Praxis auswirken werde, bleibt abzuwarten. Bezüglich der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten sei vorgehen, deren Anzahl zu erhöhen, wobei die Arbeitszeiten der Weiterbildungsassistenten innerhalb der eigenen regulären Praxiszeit liegen müssten und auch dadurch der Tätigkeitsumfang nicht erweitert werden dürfe. Die Beschäftigung eines Assistenten zum Auffangen von Patienten diene vor allem den Fällen, wenn in der näheren Umgebung eine Praxis geschlossen werde und die Weiterbehandlung dieser Patienten nicht mehr gesichert sei. Hier könne dann die andere Praxis übernommen und dort ein Assistent tätig werden. Auch ein angestellter Arzt könne entsprechend den anderen Regelungen vertreten werden, diese Regelungen sollen so bleiben. Zudem könne eine Vertretung von angestellten Ärzten aus Gründen der Sicherstellung genehmigt werden. Bezüglich der Arbeit der Zulassungsausschüsse sei vorgesehen, dass diese auch elektronisch arbeiten könnten und auch hybrid oder virtuell Sitzungen durchführen könnten.

Zuletzt stellte *Weinrich* die geplante Notfallreform dar⁷. Hier handelt es sich um ein Wiederaufgreifen der Entwürfe der vergangenen Legislaturperioden. Vorgesehen sei, dass es vor Einleitung einer Akutversorgung einen Kontaktpunkt für die vitale Ersteinschätzung bedürfe. Dies solle die Patienten besser steuern. Insoweit sei eine Akutleitstelle zur Steuerung des ambulanten Notfalldienst vorgesehen. Es sollen integrierte Notfallzentren gebildet werden, die aus einer Ersteinschätzungsstelle, der KV-Notdienstpraxis und der Krankenhaus-Notaufnahme bestehen. In praktischer Hinsicht gebe es das Problem, dass es hier um drei verschiedene Sektoren gehe. Bei der Akutleitstelle sei eine digitale Notfalldokumentation

⁷ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/notfallreform.html> (7.1.2026).

angedacht, die eine lückenlose Datenübertragung zwischen allen Beteiligten ermögliche. Die KVen selber sollen verpflichtet werden, einen aufsuchenden Dienst, und zwar 24 Stunden täglich, anzubieten. Dieser solle dann vor Ort versorgen, wenn Praxisbesuche oder Telemedizin nicht möglich oder ausreichend seien. Wie dies mit der Sicherstellungsverpflichtung tagsüber und der Verpflichtung zum Hausbesuch vereinbar sei, bleibe offen. Die integrierten Notfallzentren sollen auch mit einer Apotheke am Standort kooperieren, damit jederzeit, auch außerhalb der üblichen Öffnungszeiten, eine Medikamentenversorgung sichergestellt werden könne. Die KVen erhielten ebenfalls Aufgaben im Rahmen der INZ.

Den letzten juristischen Beitrag liefert Rechtsanwalt *Dr. Marcus Schiller*, Hüttenbrink-Partner, Münster, als „**Update ärztliches Berufsmittel- und Heilmittelwerberecht**“. Er verwies zunächst auf die unterschiedlichen Zuständigkeiten, d.h. die Kompetenzen des Bundes für den Berufszugang und die Kompetenzen der Länder für die Berufsausübung. Hier seien die Ländergesetze die Grundlagen für die Berufsordnungen und die Weiterbildungsordnungen. Er legte verschiedene Berufspflichten dar, insbesondere die Pflicht zur gewissenhaften Berufsausübung. Dies sei die zentrale ärztliche Berufspflicht, die als im Ergebnis als Generalklausel fungiere. Hieraus seien insbesondere die Sachverhalte erfasst, die approbationsrechtlich zum Widerruf der Approbation wegen Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs führen könnten. Im Extremfall könnten sogar Behandlungsfehler einen Verstoß gegen § 2 Abs. 2 MBO darstellen. Bei Verstößen gegen ärztliche Berufspflichten seien viele Sanktionsmöglichkeiten vorgesehen aufgrund der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Ärztekammer oder die Berufsgerichte. Daneben gäbe es auch Untersagungsverfügungen, im Extremfall den Widerruf der Approbation und wettbewerbsrechtliche Sanktionen.

Bei aktuellen Entscheidungen verwies *Schiller* unter anderem auf eine Entscheidung des Landesberufsgerichts für Heilberufe Münster vom 23. April 2025 – 36 A 925/23.T⁸. Es gehe um die Angemessenheit ärztlicher Honorarforderungen. Ein Arzt habe seine Honorarforderungen falsch bemessen, und zwar wiederholt. Da der Arzt schon einmal wegen des gleichen Vorgangs verurteilt worden sei, habe das Berufsgericht diesmal auf die Feststellung der Unwürdigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs, d.h. die härteste Sanktion, entschieden. Denn die Gebührenrechnungen des Arztes seien unvertretbar gewesen, insbesondere in Kenntnis einer früheren, gegenüber dem Arzt ergangenen Entscheidung des Landesberufsgerichts aus dem Jahre 2013. Einer strafrechtlichen Verurteilung bedürfe es insoweit

⁸ Dazu *Eibl/Schulenburg*, RhÄBl. 8/2025, S. 22.

nicht, ebenso sei es unbeachtlich, ob die Approbationsbehörde schon von sich ein Verfahren eingeleitet habe. Spätestens jetzt dürfte sie dies aber tun.

Festpreisangaben und Rabattgewährungen verstießen ebenfalls gegen das Gebot angemessener Honorarabrechnung nach § 12 MBO. So seien pauschale Rabattgewährungen unzulässig⁹. Die Regelung des § 5 Abs. 2 S. 1 GOÄ stehe der pauschalen Gewährung eines Rabatts entgegen. Auch eine entsprechende Werbung sei unzulässig. Erstelle ein Arzt mangelhafte Gutachten (z.B. zur Berufsunfähigkeit), verstoße dies ebenfalls gegen die Berufsordnung, so dass Sanktionen möglich seien. Auch die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen allein aufgrund von Ferndiagnosen sei unzulässig.

Im Zusammenhang mit der Werbung von Ärzten gebe es auch immer wieder Probleme. Die normativen Rahmenbedingungen ergäben sich insbesondere aus der Vorschrift des § 27 MBO, nach der die sachliche berufsbezogene Information von der berufswidrigen Werbung abzugrenzen sei. Daneben sei im Anwendungsbereich des § 1 HWG die werberechtlichen Regelungen des HWG zu beachten. Es gebe zwar eine Liberalisierung der Publikumswerbung. Aber auch hier seien sachliche Grenzen zu beachten. Kliniken und MVZ seien zwar nicht primäre Adressaten der Berufsordnung, aber auch hier sei die Berufsordnungswidrigkeit anzunehmen bei einer anzupreisenden, irreführenden oder vergleichenden Werbung. Bei den Verstößen gegen die werberechtlichen Vorgaben kämen insbesondere wettbewerbsrechtliche Sanktionen in Betracht, da es sich bei den betreffenden Vorschriften um Marktverhaltensregelungen i.S.d. § 3a UWG handele. Auch gebe es im HWG absolute Verbote. Bei den aktuellen Entscheidungen verwies *Schiller* unter anderem auf das Urteil des BGH zur Frage, wer Unterspritzungen mit Hyaluron-Säure vornehmen dürfe. Hier handele es sich grundsätzlich um Heilkunde, deren Ausübung entweder eine Heilpraktikererlaubnis oder eine Approbation erfordere (und die von der zahnärztlichen Approbation wegen § 1 Abs. 3 ZHG nicht abgedeckt sei). Soweit das IRI-Filler-System verwendet werde, sei dies nach einer aktuellen Entscheidung des VG Düsseldorf jedoch keine heilkundliche Tätigkeit, da insoweit ein nadelfreies Applikationsgerät zur Anwendung gelange, so dass keine Gefahr für die Verursachung von Gesundheitsschäden bestehe, wie dies Voraussetzung für die Annahme von Heilkunde sei¹⁰.

Demgegenüber sei eine Hyaluron-Nasenkorrektur nach einer aktuellen Entscheidung des BGH ein plastisch-chirurgischer Eingriff, so dass eine Vorher-Nachher-Darstellung nach § 11 Abs. 1 S. 3 Nr. 1 HWG zulässig sei¹¹.

⁹ KG, Urt. v. 28.1.2025 – 5 U 13/22, GRUR 2025, 765.

¹⁰ VG Düsseldorf, Beschl. v. 12.6.2025 – 20 L 1075/25, NRWE.

¹¹ BGH, Urt. v. 31.7.2025 – I ZR 170/24, NJW-RR 2025, 1387.

Für die Werbung für Fernbehandlungen gebe es nur ältere Entscheidungen¹². Maßgeblich seien § 9 HWG und § 7 Abs. 4 S. 3 MBO. Durch die Liberalisierung der Telemedizin sei jedoch eine veränderte Bewertung möglich – und auch geboten.

Abschließend gab es den traditionellen Vortrag des Steuerberaters, hier von Steuerberater *Joachim Blum*, Laufenberg Michels und Partner, Köln, zum Thema „**Das Kapitalkonto – Schnittstelle zwischen Gesellschaftsrecht und Steuerrecht**“. Er legte die praktische Relevanz dar und wies insbesondere darauf hin, dass schlecht oder nicht geführte Kapitalkonten im Ausscheidensfall zu erheblichen Problemen führen könnten. Das Kapitalkonto habe zwei Funktionen, zum einen stelle es den Anteil eines Gesellschafters am Gesamtkapital zu steuerlichen Buchwerten dar und diene zum anderen der Dokumentation von Gewinnanteilen, Entnahmen und Einlagen. Regelmäßig werde in ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften ein Einheitskapitalkonto geführt. Zwar gäbe es Mehrkontenmodelle; diese seien in der Praxis aber insbesondere für die ärztlichen Gesellschafter einer Berufsausübungsgemeinschaft schwer nachzuvollziehen. Freiberufler würden nicht in Festkapital, gebundenen Rücklagen und variablen Kapitalkonten denken, sondern häufig in Liquiditätsströmen, daher würden Mehrkontenmodelle in der Praxis häufiger zu Verständnisproblemen führen als Einheitskapitalkonten. Insbesondere stoße ein Mehrkontenmodell auf Unverständnis bei Abfindungsberechnungen. Sodann erläuterte *Blum* anhand verschiedener Beispiele die Entwicklung eines Kapitalkontos, wie die einzelnen Beträge gebucht werden und welche Folgen einzelne Vorgänge hätten. Ziel sollte es immer sein, dass die Kapitalkonten einer Berufsausübungsgemeinschaft möglichst den Beteiligungsverhältnissen der Gesellschafter entsprechen. Wenn Gesellschafter hingegen Kapitalkonten hätten, die stark von den Beteiligungsverhältnissen abweichen und mittunter sogar negativ sind, würde dies faktisch wirtschaftlich einer Darlehensgewährung zwischen den Gesellschaftern gleichkommen. Diese faktische Darlehensgewährung sei in der Praxis häufig weder gewollt noch den Gesellschaftern bewusst. Im Veräußerungsfall sei besondere Sorgfalt darauf zu legen, wie die Kapitalkonten behandelt würden. In ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaften sei es üblich, dass Gegenstand der Kauf- und Übertragungsverträge das anteilige materielle und immaterielle Praxisvermögen wäre, während nicht entnommene Gewinne bis zum Stichtag nicht Kaufgegenstand seien. Bei der Veräußerung sei deswegen zu beachten, dass der durch den Kaufpreis bezahlte Anteil am immateriellen und materiellen Gesellschaftsvermögen über eine Umbuchung der steuerlichen Buchwerte auf den Erwerber umgebucht werde.

¹² Z.B. *OLG München*, Urt. v. 9.7.2020 – 6 U 5180/19, GRUR-RR 2020, 461.

Die Umbuchung habe darüber hinaus auf Einfluss auf die steuerliche Ergänzungsrechnung des Erwerbs und den Veräußerungsgewinn des abgebenden Arztes.

Alle Beteiligten waren sehr zufrieden mit dem Ablauf der Veranstaltung und freuen sich bereits auf das 22. Treffen im Jahre 2026 – vermutlich wieder im Rheinland.

Dr. Kyrill Makoski, RA, FA MedR, Möller und Partner, Düsseldorf