



FRAGEBOGEN KOOPERATION

Dieser Fragebogen ist Grundlage für die Ausarbeitung eines Kooperationsvertrages für eine Berufsausübungsgemeinschaft, ein Medizinisches Versorgungszentrum eine Organisationsgemeinschaft (Praxisgemeinschaft oder Apparategemeinschaft) und ganz allgemein für Kooperationen, die Ärzte für ihre Praxistätigkeit mit anderen Ärzten oder Leistungserbringern im Gesundheitsmarkt abschließen wollen.

Er kann zur Vorbereitung eines Beratungsgesprächs zur Planung der Kooperation oder als Vorlage für einen Vertragsentwurf, der von einem Rechtsanwalt gefertigt werden soll, dienen.

Er soll alle Umfeldfragen abklären, die Voraussetzung einer Kooperation sind. Der Diagnosebogen ist umfassend für unterschiedliche Variationen einer Berufsausübungsgemeinschaft konzipiert. Soll lediglich eine Organisationsgemeinschaft (Praxisgemeinschaft oder Apparategemeinschaft) gegründet werden, entfallen die Angaben, die sich auf die Zusammenarbeit und die Honorarvereinnahmung beziehen. Es gibt zu diesem Zweck auch einen weiteren Fragebogen zur Gründung einer Organisationsgemeinschaft.

Im vorliegenden Fragebogen werden einerseits betriebswirtschaftliche Fragen angesprochen und andererseits auch die Informationen abgefragt, die die rechtliche Basis der geplanten Kooperation betreffen.

Auftrag und Regelung der Kosten der Vertragserstellung

Diesen Fragebogen überreichen wir den

Rechtsanwälten **Raffelsieper & Partner GbR in Hamburg, Berlin, Heidelberg**

mit dem Auftrag, dass

- ein Vertragsentwurf unter Berücksichtigung der Angaben in diesem Fragebogen gefertigt und zur Verfügung gestellt wird (**Entwurf**)
- Änderungen und Ergänzungen in den auszuarbeitenden Entwurf eingearbeitet werden (**Überarbeitung**)
- und – soweit angefordert – in einem Beratungsgespräch der Entwurf und ggf. erforderliche Änderungen besprochen werden (**Besprechung**)

Das Honorar setzt sich wie folgt zusammen:

	netto	USt 19 %	brutto
1. für den Erstentwurf			
2. für die Überarbeitung			
3. für das Gespräch (je Std)			

Auftrag erteilt durch:	Honoraranteil	Datum	Unterschrift

**Korrespondenz-Adressen:**

	Kooperationspartner 1	Kooperationspartner 2
Name		
Vorname		
Straße		
Nummer		
PLZ		
Ort		
Telefon		
Telefon		
Telefax		
Email		

	Kooperationspartner 3	Kooperationspartner 4
Name		
Vorname		
Straße		
Nummer		
PLZ		
Ort		
Telefon		
Telefon		
Telefax		
Email		

**Inhalt:**

Auftrag und Regelung der Kosten der Vertragserstellung.....	1
Korrespondenz-Adressen:.....	2
Inhalt:	3
Angaben zur geplanten Kooperation	4
Honorarabrechnung und Dokumentation	6
Trägersgesellschaft / Rechtsform.....	7
Kooperationspartner / Gesellschafter	10
Beteiligung am Gesellschaftsvermögen.....	11
Mitarbeit	12
Kooperationen mit Dritten.....	14
Vertragsärztliche Situation.....	15
Dauer der Kooperation / des Gesellschaftsvertrages.....	17
Praxisräume	18
Bei bestehender Praxis: Anstellungsverträge	19
Daten der angestellten Mitarbeiter.....	19
Bei bestehender Praxis: Verträge zur Praxis	20
Betriebswirtschaftliche Daten der bisherigen Kooperationspraxis.....	22
Einrichtung (ggf. nach Medizintechnik, sonstiger Einrichtung, Mieteinbauten sortieren)	23
Bewertung der Kooperationspraxis bei Einstieg	24
Beteiligungsverhältnisse:.....	25
Geschäftsführung und Gesellschafterversammlung.....	26
Gewinnverteilung.....	28
Ausscheiden / Trennung / Abfindung.....	32
Sonstige Regeln	33
Anmerkungen.....	34



Angaben zur geplanten Kooperation

Art der Kooperation	
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft (BAG = Gemeinschaftspraxis)	
<input type="checkbox"/> Jobsharing	
<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum	
<input type="checkbox"/> Organisationsgemeinschaft <input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft <input type="checkbox"/> Apparategemeinschaft <small>Anmerkung: In diesem Fall werden nur die Kosten der Infrastruktur gemeinsam getragen. Die berufliche Tätigkeit erfolgt außerhalb der Organisationsgemeinschaft. Viele Angaben im Diagnosebogen entfallen deshalb.</small>	
<input type="checkbox"/> Praxisnetz	
<input type="checkbox"/> Zweigpraxis in:	
<input type="checkbox"/> gleicher KV-Bezirk	<input type="checkbox"/> verschiedene KV-Bezirke
<input type="checkbox"/> Ausgelagerter Sitz in:	
<input type="checkbox"/> KrankenhausKooperation mit:	
<input type="checkbox"/> Belegbetten am Krankenhaus:	
<input type="checkbox"/> Ambulante OP	
<input type="checkbox"/> Stationäre OP	
<input type="checkbox"/> Integrierte Versorgung, Vertragspartner:	
<input type="checkbox"/> Strukturvertrag, Vertragspartner:	
<input type="checkbox"/> Vertrag hausärztliche Versorgung:	
Kooperation fachübergreifend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
gemeinsame Abrechnung alle Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
gemeinsame Abrechnung für privatärztliche Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
gemeinsame Abrechnung für kassenärztliche Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
gemeinsame Abrechnung für belegärztliche Leistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gemeinsame Abrechnung für die folgenden Leistungen:	



Gegenstand der Kooperation	
Berufsausübungsgemeinschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Organisationsgemeinschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Apparategemeinschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Fachrichtung(en)?	
Kooperation begrenzt auf Teilleistungen? Ggf. welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwerpunktpraxis? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kooperation begrenzt auf Teilleistungen? Ggf. welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erbracht werden:	<input type="checkbox"/> vertragsärztliche Leistungen
	<input type="checkbox"/> privatärztliche Leistungen
	<input type="checkbox"/> belegärztliche Leistungen
	<input type="checkbox"/> konsiliarärztliche Leistungen
Die Kooperation ist ortsübergreifend?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
In verschiedenen KVen? Welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> ärztliche Tätigkeit außerhalb der Gesellschaft
	<input type="checkbox"/> Kostenverteilung
	<input type="checkbox"/> Qualitätssicherung
	<input type="checkbox"/> gemeinsame Abrechnung
	<input type="checkbox"/> getrennte Abrechnung
Praxissitz und ggf. Nebenbetriebsstätten:	
Anmerkungen zum Gegenstand der Kooperation:	



Honorarabrechnung und Dokumentation

Vertragspartner für
Abrechnung
Abrechnungssoftware
Softwarepflegevertrag
Privatärztliche Abrechnung
Abrechnungssystem:

Dokumentation	
Karteikarten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
EDV	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Röntgenfilme	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
RIS	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
PACS	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Dokumentationssysteme:	
Anmerkungen:	



Trägergesellschaft / Rechtsform

Gesellschaft (Trägergesellschaft)	
Einstieg in bestehende Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zusammenschluss von Einzelpraxen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einstieg in bestehende Kooperation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Probezeit für einzelne Gesellschafter? nämlich für:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> gleichberechtigte Kooperation aller Kooperationspartner <input type="checkbox"/> Differenzierung nach Seniorpartner und Juniorpartner <input type="checkbox"/> Probezeitregelung Erläuterung von Sonderregelungen für einzelne Kooperationspartner:	
Gesellschaft besteht bereits	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gesellschaft wird neu gegründet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rechtsform:	<input type="checkbox"/> Gesellschaft bürgerlichen Rechts
	<input type="checkbox"/> Partnerschaftsgesellschaft
	<input type="checkbox"/> GmbH
	<input type="checkbox"/> andere:
Name der Gesellschaft	
Tritt die Praxis unter diesem Namen auf?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls Nein: Wie ist die Geschäftsbezeichnung der Praxis?	



Bei bestehender Gesellschaft: Zahl der Gesellschafter	
- derzeit vorhandene Gesellschafterzahl:	
- Gesellschafterzahl nach Änderung:	
Scheidet Gesellschafter aus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie viele scheiden aus?	
Wird Nachfolger aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Altgesellschafter verkauft an Nachfolger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nachfolger erwirbt von verbleibenden Gesellschaftern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Tritt Gesellschafter zusätzlich ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wer tritt ein?	
Erwirbt der neue Gesellschafter Anteile gegen Kaufpreis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Von wem?	
Oder Einlage in Gesellschaftsvermögen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Was wir eingelegt?	



Bei Neugründung der Gesellschaft:	
Zahl der Gesellschafter:	
Einbringung von vorhandenen Praxen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Praxen werden von wem eingebracht?	
Einbringung von Wirtschaftsgütern (Einrichtungen, Goodwill)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bareinlagen ins Gesellschaftsvermögen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Wirtschaftsgüter werden von wem eingebracht?	
Welche Bareinlagen werden von wem geleistet?	
Jeder Gesellschafter bringt gleiche Werte ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Werden Schulden mit eingebracht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nähere Angaben zu den eingebrachten Wirtschaftsgütern:	
Nähere Angaben zu <input type="checkbox"/> bestehenden oder <input type="checkbox"/> eingebrachten Darlehen:	



Kooperationspartner / Gesellschafter

Kooperationspartner:	-1-	-2-	-3-	-4-
Name				
Fachrichtung				
Schwerpunkte				
Vertragsarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Belegarzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Konsiliararzt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zulassungssperren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Jobsharer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges:				



Beteiligung am Gesellschaftsvermögen

für KoopPartner:	-1-	-2-	-3-	-4-
Beteiligung zunächst insgesamt:				
materielle Werte				
Goodwill				
Änderung nach Probezeit oder ab Datum:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	ab:	ab:	ab:	ab:
Beteiligung dann insgesamt				
:				
materielle Werte				
Goodwill				
Beteiligung an Investitionen wie Vermögensbeteiligung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Darlehen grundsätzlich Sache des einzelnen Gesellschafters?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einlagepflicht bei Investitionen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges:				



Mitarbeit

Gleichberechtigte Kooperation aller Gesellschafter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Gleicher Arbeitsumfang für alle Gesellschafter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Falls Nein: Welche Differenzierung?				
Gesamte ärztliche Arbeitskraft in Praxis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Nebentätigkeiten erlaubt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Nebentätigkeiten nur mit vorheriger Zustimmung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Anspruch auf Zustimmung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Unter welchen Voraussetzungen?				
Nebentätigkeit erlaubt, wenn Praxisbelange gewahrt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Kostenerstattung wenn Praxisinfrastruktur für Nebentätigkeiten genutzt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Welche Nebentätigkeiten erlaubt?				
Umfang der Tätigkeit je Kooperationspartner in der Kooperationspraxis				
Kooperationspartner:	-1-	-2-	-3-	-4-
Montag				
Dienstag				
Mittwoch				
Donnerstag				
Freitag				
Samstag				
Sonntag				
Ggf. Erläuterungen:				



Urlaubsanspruch mit gegenseitiger Vertretung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Urlaubsanspruch mit externer Vertretung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dauer im Kalenderjahr	<input type="checkbox"/> _____ Wochen <input type="checkbox"/> _____ Tage <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Mo - Fr <input type="checkbox"/> 6-Tage-Woche <input type="checkbox"/> Kalendertage/-wochen <input type="checkbox"/> Sprechstundentage/-wochen	
Urlaub verfällt im nächsten Kalenderjahr		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Aber erst nach _____ Monaten / _____ Wochen		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Extrurlaub für Fortbildung?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dauer für Fortbildung: _____ Tage / _____ Wochen je Kalenderjahr		
Bei Krankheit gegenseitige Vertretung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bis zur Dauer von	je Krankheitsfall:	im Kalenderjahr:
	<input type="checkbox"/> _____ Wochen <input type="checkbox"/> _____ Tage <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Mo - Fr <input type="checkbox"/> 6-Tage-Woche <input type="checkbox"/> Kalendertage/-wochen <input type="checkbox"/> Sprechstundentage/-wochen	<input type="checkbox"/> _____ Wochen <input type="checkbox"/> _____ Tage <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Mo - Fr <input type="checkbox"/> 6-Tage-Woche <input type="checkbox"/> Kalendertage/-wochen <input type="checkbox"/> Sprechstundentage/-wochen
bei längerer Erkrankung externe Vertretung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Auf Kosten des Erkrankten		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
bei längerer Erkrankung weiter gegenseitige Vertretung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mit Gewinnplus für die vertretenden Kooperationspartner		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Dauer	<input type="checkbox"/> _____ Wochen <input type="checkbox"/> _____ Tage <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Mo - Fr <input type="checkbox"/> 6-Tage-Woche <input type="checkbox"/> Kalendertage/-wochen <input type="checkbox"/> Sprechstundentage/-wochen	



Kooperationen mit Dritten

Bestehen Kooperationen mit Dritten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mit welchen Personen / Gruppen?	
mit anderer Berufsausübungsgemeinschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
mit anderer Organisationsgemeinschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
mit Laborgemeinschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
mit Apparategemeinschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
mit Ärztehaus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
mit Praxisnetz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstige	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nämlich mit:	
Sind alle Kooperationspartner dabei integriert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls nicht: welcher oder welche nicht?	
Anmerkungen:	



Vertragsärztliche Situation

Praxissitz:	
Nebenbetriebsstätten (Zweigpraxis):	
Ausgelagerter Praxissitz:	
Zuständige KV(en) /KZV(en)	
Planungsbezirk	
Belegbetten am Krankenhaus:	
Zulassungssperre Für wen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bei überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft:
Wo ist der Hauptsitz?
Welche Nebenbetriebsstätten?
Welcher Kooperationspartner ist hauptsächlich an welcher Betriebsstätte?
Anmerkungen:



Welcher Kooperationspartner hat noch keine Zulassung als Vertragsarzt?	
Eintrag Arztregister	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zulassung beantragt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nachfolgezulassungsverfahren	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonderbedarfzulassung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zulassung soll anderweitig erworben werden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Zunächst Jobsharing?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Bei Berufsausübungsgemeinschaft oder MVZ:	
Sind alle Voraussetzungen erfüllt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche nicht?	
Genehmigung beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Antrag vollständig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Unterlagen fehlen?	
Bis wann muss alles vollständig sein?	
Zulassungsausschuss	
Sitzungstermin ist voraussichtlich:	



Dauer der Kooperation / des Gesellschaftsvertrages

Beginn des Vertrages	
Laufzeit des Vertrages bis zum:	
Auf unbestimmte Zeit abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Probezeit für einzelne Gesellschafter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Für welche?	
Welche Kündigungsfrist? ___ Monate zum Ende eines <input type="checkbox"/> Kalendermonats <input type="checkbox"/> Kalendervierteljahres <input type="checkbox"/> Kalenderjahres	
Folgen einer Kündigung? <input type="checkbox"/> Ausscheiden <input type="checkbox"/> Auflösung <input type="checkbox"/> Fortführung	
Ausscheiden des Kündigenden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
In Probezeit Ausscheiden eines bestimmten Gesellschafters?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welcher?	
Bei Kündigung Auflösen der Gesellschaft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei Kündigung Fortführen der Gesellschaft durch die anderen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Können sich einzelne Gesellschafter der Kündigung eines anderen anschließen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Auch wenn die Kündigungsfristen schon abgelaufen sind?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Was gilt bei Tod? Folgen wie bei eigener Kündigung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn Nein: Was soll gelten?	
Was gilt bei Berufsunfähigkeit? Folgen wie bei eigener Kündigung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann liegt Berufsunfähigkeit vor? <input type="checkbox"/> wie Versorgungswerk <input type="checkbox"/> wie private BU <input type="checkbox"/> wie Deutsche Rente	
Was gilt bei fristloser Kündigung? <input type="checkbox"/> Ausschluss <input type="checkbox"/> Auflösung <input type="checkbox"/> Schuldiger geht <input type="checkbox"/> Wahl der Unschuldigen	



Praxisräume

Vermieter:	
Vermieter ist Kooperationspartner	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gesellschaft ist Eigentümer	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mietvertrag wird fortgeführt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Es wird neuer Mietvertrag abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mieter ist die Gesellschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mieter sind einzelne Gesellschafter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anmerkungen:	
Investitionsbedarf (Umbauten):	



Bei bestehender Praxis: Verträge zur Praxis

Leasingverträge, Mietkaufverträge und ähnliches			
für (Gerät)	Hersteller	Laufzeit	Aufwand

Wartungsverträge, Serviceverträge			
für (Gerät)	Vertragspartner	Laufzeit	Aufwand

Datenverarbeitung, Abrechnung und Software			
für	Vertragspartner	Laufzeit	Aufwand

Versicherungen			
Art	Vertragspartner	Laufzeit	Aufwand



Kommunikation (Telekommunikation, Internet)		
Art	Vertragspartner	Nummer, Adresse

Darlehen		
Bank	Restlaufzeit	Höhe



Betriebswirtschaftliche Daten der bisherigen Kooperationspraxis

Für Kalenderjahr	1.	2.	3.	Schnitt
Umsätze				
KV-Umsätze				
Privat-Umsätze				
IGeL-Umsätze				
Gutachten				
Belegärztliche Tätigkeit				
Konsiliarverträge				
Sonstige				
Kosten				
Personal				
Raum				
Praxisbedarf				
Versicherungen				
Vertretung extern				
Wartung, Instandsetzung				
Abschreibungen				
GWG				
Finanzierung				
Beratung				
Sonstige				
Grundlage der Information sind:	für Zeitraum			
Einnahmen-Überschuss-Rechnungen				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Betriebswirtschaftliche Auswertungen				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
KV-Abrechnungen				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Inventarverzeichnis				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Lohnjournal				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein



Bewertung der Kooperationspraxis bei Einstieg

Praxiswertgutachten liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Praxiswert ausgehandelt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wertermittlung gewünscht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einrichtung funktionsfähig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Umbauten erforderlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Investitionen erforderlich	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Investitionen?	
Darlehen werden übernommen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Darlehen?	
Ergänzende Angaben zu Wert und Zahlung:	
Wert der Kooperationspraxis insgesamt	
davon für Einrichtung	
davon für Goodwill	
davon für Zulassung	
davon für Vorräte	
davon für Sonstiges	
Minderung durch Darlehen	
Minderung durch sonstige Verbindlichkeiten	
Wert des Anteils je Kooperationspartner:	
Wert des Anteils für neuen Kooperationspartner:	



Wert der erforderlichen Einlage bei Einstieg:	
Ausgleichszahlung an bisherige KoopPartner:	

Beteiligungsverhältnisse:

Kooperationspartner:	-1-	-2-	-3-	-4-
zum Stichtag _____				
zum Stichtag _____				
Anmerkungen:				
Sonstiges:				



Geschäftsführung und Gesellschafterversammlung

Wer führt die Geschäfte der Gesellschaft?	<input type="checkbox"/> alle Gesellschafter gleichberechtigt <input type="checkbox"/> einzelne Gesellschafter
Welche?	
Änderung nach bestimmter Zeit / Probezeit?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Alleingeschäftsführung bei alltäglichen Geschäften?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Alltägliche Geschäfte nur bis zu Wert von €	
Bestimmte Geschäfte von Alleingeschäftsführung ausgenommen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- keine Alleingeschäftsführung bei Personalentscheidung:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- Ausnahme für fristlose Kündigung von Personal	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- keine Alleingeschäftsführung bei Investitionen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- keine Alleingeschäftsführung bei Geldgeschäften	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
- keine Alleingeschäftsführung bei Praxismietvertrag	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welche sonst?	
Widerrufliche Kontoführungsbefugnis für alle Gesellschafter?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Widerrufliche Kontoführungsbefugnis für einzelne Gesellschafter?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welche Gesellschaft zu welchen Konten?	
Wann finden Gesellschafterversammlungen statt (evtl. Turnus festlegen)?	<input type="checkbox"/> einmal im Jahr <input type="checkbox"/> wöchentlich am <input type="checkbox"/> monatlich am <input type="checkbox"/> nach Bedarf <input type="checkbox"/> jeder Gesellschafter kann einladen
Einladung nur mit Tagesordnung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Gesellschafterbeschlüsse	<input type="checkbox"/> einfache Mehrheit <input type="checkbox"/> Einstimmigkeit
Stimmenthaltung ist Zustimmung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Stimmenthaltung wird bei Stimmauszählung nicht berücksichtigt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>



Einstimmigkeit nur für bestimmte Geschäfte	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welche?	<input type="checkbox"/> Investitionen <input type="checkbox"/> Darlehen <input type="checkbox"/> Geldgeschäfte <input type="checkbox"/> Kündigungen von Personal <input type="checkbox"/> Ausnahme für fristlose Kündigungen von Personal <input type="checkbox"/> Aufnahme neuer Gesellschafter <input type="checkbox"/> Praxismietvertrag <input type="checkbox"/> neue Leistungsangebote <input type="checkbox"/> neue Standorte <input type="checkbox"/> neue Kooperationen mit Dritten <input type="checkbox"/> vertragsärztliche Zulassungen und Genehmigungen <input type="checkbox"/> KV- Abrechnung <input type="checkbox"/> Gewinnfeststellung / Gewinnverteilung
Frist für Einberufung Gesellschafterversammlung	<input type="checkbox"/> _____ Wochen <input type="checkbox"/> _____ Tage <input type="checkbox"/> _____
Voraussetzung für Beschlussfähigkeit Gesellschafterversammlung	<input type="checkbox"/> Anwesenheit aller Gesellschafter <input type="checkbox"/> Einhaltung Ladefrist und Vorabbenachrichtigung der Beschlussvorschläge <input type="checkbox"/> Anwesenheit der Mehrheit der Gesellschafter und Vorabbenachrichtigung der Beschlussvorlage <input type="checkbox"/>
Wiederholung der Versammlung, wenn keine Beschlussfähigkeit erreicht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wiederholung nach Frist von	_____ Tagen / Wochen
Wiederholungsversammlung immer beschlussfähig zu alten Beschlussvorschlägen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Letztentscheidungsrecht eines Gesellschafters bei nicht ausreichender Mehrheit oder Patt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Letztentscheidungsrecht hat Gesellschafter:	



Gewinnverteilung

<p>Welche Einnahmen stehen der Gesellschaft zu?</p>	<p>Umsätze aus</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> vertragsärztliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> privatärztliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> konsiliarärztliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> belegärztliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> Vortragstätigkeit <input type="checkbox"/> Gutachtertätigkeit <input type="checkbox"/> Nebentätigkeit <input type="checkbox"/> Studien <input type="checkbox"/> _____
<p>Welche Einnahmen stehen dem einzelnen Gesellschafter gesondert zu?</p>	<p>Umsätze aus</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> vertragsärztliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> privatärztliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> konsiliarärztliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> belegärztliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> Vortragstätigkeit <input type="checkbox"/> Gutachtertätigkeit <input type="checkbox"/> Nebentätigkeit <input type="checkbox"/> Studien <input type="checkbox"/> _____
<p>Welche Kosten trägt die Gesellschaft?</p>	<p>Alle Kosten im Zusammenhang mit</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ärztlicher Tätigkeit in der Praxis <input type="checkbox"/> vertragsärztlicher Tätigkeit <input type="checkbox"/> privatärztlicher Tätigkeit <input type="checkbox"/> konsiliarärztlicher Tätigkeit <input type="checkbox"/> belegärztlicher Tätigkeit <input type="checkbox"/> Vortragstätigkeit <input type="checkbox"/> Gutachtertätigkeit <input type="checkbox"/> Nebentätigkeit <input type="checkbox"/> Tätigkeit für Studien <input type="checkbox"/> soweit nicht gesondert als Sonderbetriebsausgabe definiert



<p>Welche Kostenarten werden als Betriebsausgaben von der Gesellschaft getragen?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Praxisbedarf<input type="checkbox"/> Raumkosten<input type="checkbox"/> Personalkosten<input type="checkbox"/> Wartungskosten<input type="checkbox"/> Reparaturen<input type="checkbox"/> Abschreibungen<input type="checkbox"/> GWG<input type="checkbox"/> Bankspesen<input type="checkbox"/> Darlehenszinsen<input type="checkbox"/> Verwaltung<input type="checkbox"/> Kommunikation<input type="checkbox"/> Versicherung<input type="checkbox"/> Berufshaftpflichtversicherung<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeugen<input type="checkbox"/> Fortbildung<input type="checkbox"/> Weiterbildung<input type="checkbox"/> Repräsentation<input type="checkbox"/> Reisen
<p>Welche Kosten trägt der einzelne Gesellschafter als Sonderbetriebsausgabe</p>	<p>Alle Kosten im Zusammenhang mit seiner</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ärztlichen Tätigkeit in der Praxis<input type="checkbox"/> vertragsärztlichen Tätigkeit<input type="checkbox"/> privatärztlichen Tätigkeit<input type="checkbox"/> konsiliarärztlichen Tätigkeit<input type="checkbox"/> belegärztlichen Tätigkeit<input type="checkbox"/> Vortragstätigkeit<input type="checkbox"/> Gutachtertätigkeit<input type="checkbox"/> Nebentätigkeit<input type="checkbox"/> Tätigkeit für Studien<input type="checkbox"/> soweit nicht allgemeine Praxiskosten



<p>Welche Kosten sind immer Sonderbetriebsausgabe?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> alle individuell veranlassten oder verursachten Kosten <input type="checkbox"/> Kosten im Zusammenhang mit <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Eintritt in die Gesellschaft <input type="checkbox"/> Finanzierung seines Gesellschaftsanteils <input type="checkbox"/> Finanzierung eines auf ihn entfallenden Investitionsanteils bei Investitionen der Gesellschaft <input type="checkbox"/> Fortbildung <input type="checkbox"/> Weiterbildung <input type="checkbox"/> Repräsentation <input type="checkbox"/> Reisen
<p>Wie erfolgt Gewinnverteilung?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nach Beteiligung am Gesellschaftsvermögen <input type="checkbox"/> nach Umfang der Mitarbeit <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gemessen nach Umsatz <input type="checkbox"/> gemessen nach Arbeitszeit <input type="checkbox"/> gemessen nach Patientenzahlen <input type="checkbox"/> zunächst Gewinnvorab für Mitarbeit, dann Restgewinnverteilung nach Mitarbeit, gemessen wie oben <input type="checkbox"/> zunächst Gewinnvorab für Mitarbeit, gemessen wie oben, dann Restgewinnverteilung nach Beteiligung am Gesellschaftsvermögen <input type="checkbox"/> anders nämlich:
<p>Wie wird das Gewinnvorab berechnet?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> fester Basiswert von _____ € <input type="checkbox"/> Anpassung nach Arbeitszeit <input type="checkbox"/> Anpassung nach Eigenumsatz <input type="checkbox"/> _____ % vom Eigenumsatz
<p>Wie wird die Gewinnverteilung festgestellt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> nach Vorlage des Vorschlages des Steuerberaters <input type="checkbox"/> durch einstimmigen Beschluss <input type="checkbox"/> durch Mehrheitsbeschluss <input type="checkbox"/> bis zum 30.06. des Folgejahrs <input type="checkbox"/> bis zum 30.09. des Folgejahrs



Welche monatlichen Entnahmen sind geplant?	für KoopPartner 1: _____ KoopPartner 2: _____ KoopPartner 3: _____ KoopPartner 4: _____	
Wann erfolgt Ausgleichszahlung für vom tatsächlichen Gewinnanteil abweichende Entnahmen?	<input type="checkbox"/> bis zum 30.06. des Folgejahrs <input type="checkbox"/> bis zum 30.09. des Folgejahrs <input type="checkbox"/> nach wirksamen Beschluss zur Gewinnverteilung innerhalb von 4 Wochen <input type="checkbox"/> nach wirksamen Beschluss zur Gewinnverteilung innerhalb von 3 Monaten	
Verzinsung von Mehr- und Minderentnahmen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zinssatz?	für Mehrentnahme: _____ % für Mindernetnahmen _____ %	
Wie wird verfahren, wenn sich die Gewinnverteilung ändert?	<input type="checkbox"/> maßgeblich sind die Verhältnisse, die galten, als die die Leistung erbracht wurde oder die Kosten verursacht wurden <input type="checkbox"/> es erfolgt eine zeitanteilige Abgrenzung der Umsätze und Kosten <input type="checkbox"/> es erfolgt eine stichtagsbezogene Abgrenzung der Umsätze und Kosten	
Gilt dies auch bei Ausscheiden durch Kündigung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gilt dies auch bei Ausscheiden durch Ausschluss oder fristlose Kündigung?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gilt dies auch bei Ausscheiden wegen Tod oder Berufsunfähigkeit?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erhält der Ausgeschiedene weiter Entnahmen, nach Maßgabe der ihm voraussichtlich noch zustehenden Gewinnanteile?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erfolgt die Gewinnverteilung nach Ausscheiden einheitlich mit der Abwicklung des Ausscheidens und den damit zusammenhängenden Abfindungsansprüchen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erfolgt die Gewinnverteilung nach Ausscheiden getrennt von der Abwicklung des Ausscheidens und den damit zusammenhängenden Abfindungsansprüchen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>



Ausscheiden / Trennung / Abfindung

Jeder Gesellschafter in nach Trennung in seiner zukünftigen Tätigkeit frei	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Vertragsärztliche Zulassung eines ausscheidenden Gesellschafters muss in für Neuzulassungen gesperrten Bereichen für Kooperationspraxis erhalten bleiben	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bei Ausscheiden wegen <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kündigung <input type="checkbox"/> Tod <input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeit <input type="checkbox"/> fristloser Kündigung <input type="checkbox"/> Ausschluss wird die Praxis von den verbleibenden Gesellschaftern fortgeführt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Der Nachfolger wird vom ausscheidenden Gesellschafter bestimmt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Der Nachfolger wird von den verbleibenden Gesellschaftern bestimmt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ein Nachfolger muss gesucht werden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Über Nachfolger entscheiden die verbleibenden Gesellschafter	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Der Ausscheidende ist verpflichtet an einen Nachfolger zu verkaufen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Der ausscheidende Gesellschafter (bzw. seine Erben) erhält eine Abfindung für seinen bisherigen Anteil	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Maßgeblich ist, was ein Nachfolger als Kaufpreis für den Anteil insgesamt als Kaufpreis bezahlen würde	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bei einem Anteilsverkauf, muss der Kaufpreis der Höhe nach mit der Abfindung identisch sein	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Der Anteil ist gesondert zu bewerten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Der Wert des Anteils bestimmt sich anteilig nach dem Gesamtwert der Praxis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bei der Bewertung sind zukünftige Veränderungen wegen des Ausscheidens zu berücksichtigen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, ob ein Nachfolger in die Fußstapfen des ausscheidenden Gesellschafters treten kann	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, ob <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> vertragsärztliche Leistungen <input type="checkbox"/> privatärztliche Leistungen <input type="checkbox"/> belegärztliche Leistungen <input type="checkbox"/> konsiliarärztliche Leistungen <input type="checkbox"/> _____ Leistungen nach dem Ausscheiden von den verbleibenden oder einem Nachfolger noch wie bisher erbracht werden können	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>



Bei der Bewertung ist zu berücksichtigen, ob der ausscheidende Gesellschafter nach seinem Ausscheiden konkurrierend tätig wird	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Einigen sich die verbleibenden und der ausscheidende Gesellschafter nicht auf die Abfindung, wird Sachverständigenverfahren durchgeführt	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sachverständigengutachten ist verbindlich	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bei Uneinigkeit muss 2. Sachverständigengutachten eingeholt werden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kosten des Sachverständigenverfahrens trägt die Gesellschaft unter Einschluss des ausscheidenden Gesellschafters – maßgeblich sind die Verhältnisse am Tag vor seinem Ausscheiden	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Der ausgeschiedene Gesellschafter darf nicht konkurrierend tätig werden, soweit dies verbindlich vereinbart werden kann	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Das Konkurrenzverbot gilt	<input type="checkbox"/> für konkurrierende Tätigkeit <input type="checkbox"/> innerhalb von _____ Jahren nach Ausscheiden <input type="checkbox"/> innerhalb von _____ km Luftlinie Entfernung <input type="checkbox"/> innerhalb folgender örtlicher Grenzen: _____ <input type="checkbox"/> für am Ausscheidenstag vorhandene Patienten der Praxis <input type="checkbox"/> für Patienten der am Ausscheidenstag vorhandenen Zuweiser der Praxis
Bei Verstoß gegen Konkurrenzverbot Vertragsstrafe	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welche Höhe?	
Bei Verstoß gegen Konkurrenzverbot Unterlassungsanspruch	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Bei Verstoß gegen Konkurrenzverbot Schadenersatzansprüche	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Sonstige Regeln

Ehevertrag für alle Gesellschafter empfohlen, um Beteiligung an Kooperationspraxis bei Zugewinnausgleichsansprüchen nicht zu berücksichtigen	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Möglichkeit, eigenen Anteil auf Familienangehörige oder Abkömmlinge zu übertragen, wenn diese geeignete Fachärzte sind	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schlichtungsverfahren bei Meinungsverschiedenheiten	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schiedsgerichtsverfahren bei Rechtsstreit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Ausschluss des ordentlichen Rechtswegs	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Vertrag abhängig von Zulassungsverfahren	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>



Anmerkungen