



Aufhören

Praxisabgabe –
Wann, wie und an wen?

Joachim Loch-Falge

Sorge für eine gute Gesundheitsversorgung der Zukunft zu tragen kann auch bedeuten, die eigene Praxis in gute Hände abzugeben. Unser Autor schildert damit einhergehende Überlegungen, Herausforderungen und Fallstricke.

Nach 40 Jahren ärztlicher Tätigkeit, davon über 30 Jahre in eigener Praxis, ist es naheliegend, sich mit dem Thema Praxisab/übergabe zu beschäftigen. Will man den Beratungsfirmen glauben, die sich mit dieser Materie beschäftigen, sollte man schon zehn Jahre vorher damit beginnen, den Ausstieg zu planen. Aber das wäre wohl etwas zu früh und würde Möglichkeiten von Planbarkeit völlig überschätzen, zumindest in diesen zeitlichen Dimensionen.

Den vorliegenden Artikel möchte ich in drei Teilen entwickeln: Ich werde zunächst ausgehen von meiner persönlichen Situation und den besonderen Gegebenheiten einer Praxis für Neurologie und Psychiatrie. Im zweiten Teil werde ich die konkreten Schritte auflisten, die notwendig sind, um eine Praxis zu übergeben. Zum Abschluss werde ich versuchen, das Thema Praxisabgabe im Kontext einer zukünftigen Medizin einzuordnen und welche Regelungen von den medizinischen Institutionen und der Politik einzufordern wären, um eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erreichen oder zumindest eine Verschlechterung zu verhindern.

Warum und wann aufhören?

Seit 30 Jahren betreibe ich mit einem Kollegen beziehungsweise mittlerweile mit seinem Nachfol-

ger im Rahmen einer Praxisgemeinschaft eine Praxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Mittlerweile 69 Jahre alt beschäftigt mich das Thema Praxisabgabe seit mehr als zehn Jahren. Am Anfang war die Beschäftigung damit eher abstrakter Natur, im Sinne von: „Mit 65 Jahren geht man in Rente!“ Als mein sechs Jahre älterer Praxispartner mit 70 Jahren ging und an einen jüngeren Kollegen übergeben hatte, war die Frage eher: „Wie lange will ich noch machen?“ Da die Zusammenarbeit mit dem neuen Kollegen besonders gut lief, arbeitete ich einfach weiter, zumal ich – wie schon in der gesamten Zeit meiner Selbstständigkeit – immer noch jeden Morgen gerne zur Arbeit fuhr und mir auch dieses Privilegs bewusst war. Auch trotz viel Arbeit machte mich der Kontakt zu meinen Patient:innen zufrieden. Lästig, aber nicht schlimm waren der bürokratische Aufwand und Störungen der EDV, aber ich konnte damit auch einen Umgang finden und mir wirklichen Stress vom Leibe halten. Auch wenn ich meine Arbeit nach wie vor gut hinbekomme und sich auch keine Fehler häufen, sind natürlich bei ehrlicher Selbstbeobachtung und Selbstreflexion durch das Alter bedingte Veränderungen – zwar nicht in dramatischem Ausmaß, aber schon deutlich – feststellbar: Ich werde schneller müde; die Konzentration wird nicht nach vier, sondern schon nach drei Stunden weniger. Nach der Arbeit bringe ich mehr Erschöpfung nach Hause und die Aktivitäten in der Freizeit werden weniger und erfordern mehr Energie.

Hinzu kam im letzten Jahr noch eine schwere Erkrankung mit viermonatiger Ausfallzeit, die das

Thema Aufhören notwendigerweise in den Fokus rückte. Ich habe jetzt zunächst einen Kollegen halbtags eingestellt und meine Arbeitszeit um die Hälfte reduziert – und könnte das in der Form und in diesem Umfang noch mindestens zwei bis drei Jahre weitermachen. Vorausgesetzt natürlich, dass ich gesund bleibe, was mit dann über 70 Jahren nicht mehr selbstverständlich sein wird.

Auch wenn ich, was Praxisnachfolge angeht, in den vergangenen Jahren nicht sehr aktiv gewesen bin, gab es über informelle Kanäle Kontaktaufnahmen, um eventuell einen halben Praxissitz abzugeben. Dabei wurde deutlich, dass der Weg in die Selbstständigkeit für viele Kolleg:innen doch angstbesetzter ist, als ich es mir vorgestellt hatte, beziehungsweise als es sich aus den realen Risiken ergibt. Dass diese Risiken überschätzt werden, mag auch an den Klagen der jetzt Niedergelassenen liegen – über Regresse der Krankenkassen, eingefrorene Honorare, steigende Kosten, Gewalt in den Praxen, zunehmende Bürokratisierung. Eine Reihe, die noch lange fortgesetzt werden könnte. Dabei geraten die Vorteile einer selbstständigen ärztlichen Tätigkeit leicht aus dem Blick: weitestgehende Entscheidungskompetenz über Diagnostik und Behandlung, Zeit- und Urlaubsplanung in Umfang und Zeiten unter selbst definierten Rahmenbedingungen, einfachere Vertretungsabsprachen und letztlich auch ein deutlich höheres Einkommen, wenn man betriebswirtschaftlich ausreichend gut organisiert ist. Auch das Investitionsrisiko ist bei Praxisübergabe zumindest in unserem Bereich Neurologie/Psychiatrie praktisch nicht gegeben, bei etwa eineinhalbfachem Quartalsumsatz als Ablösesumme.

Aus meinen Erfahrungen, auch im Vergleich zu meiner vorangegangenen Tätigkeit in Kliniken, kann ich nur zur Niederlassung raten. Ich fühlte mich freier und war es letztlich auch, hatte immer auch das Gefühl, besser zu arbeiten. Auch wenn dieses Privileg es mir jetzt schwerer macht, zu einem Ende zu kommen.

Konkret: Was muss ich tun, wenn ich meine Praxis übergeben will?

Online lassen sich die notwendigen Informationen dazu relativ schnell beschaffen. Wenn man die gesponserten Anzeigen wegscrollt hat, findet man Artikel im *Deutschen Ärzteblatt*, welche die Probleme im Umfeld der Praxisübergabe gut umreißen.

Am wichtigsten ist es, und das wird auch in diesen Artikeln deutlich, zunächst auf verschiedenen Ebenen für sich, aber auch für eine:n eventuelle:n Praxisnachfolger:in Informationen zusammenzutragen und sich in einem weiteren Schritt auch über die eigenen Prioritäten bei einem Praxisverkauf klar zu werden.

Mit der Kassenärztlichen Vereinigung sollte geklärt werden, ob irgendwelche Zulassungssperren vorliegen und wie das Ausschreibungsverfahren für den freierwerbenden Kassensitz ablaufen wird. Wichtig ist darüber hinaus, festzustellen, ob irgendwelche Hindernisse drohen und welcher zeitliche Rahmen zu erwarten ist. Im zweiten Schritt sollten die laufenden Verträge gesichtet werden. Dazu gehört natürlich der Mietvertrag selbst, aber auch Arbeitsverträge und Praxiskooperationsverträge sowie im Weiteren EDV-Verträge, Versicherungen und Wartungsverträge.

Weiterhin ist es ratsam, den Praxiswert richtig zu bestimmen. Hierzu kann man professionelle Schätzer:innen von Beraterfirmen oder auch der Apobank einsetzen – oder einfach Kolleg:innen befragen, die kürzlich verkauft haben. In der Regel ergibt sich der Wert aus Ertragsbestand (bisherige Umsätze und Gewinne) und Einrichtungs-/Gerätebestand. Im Detail sollte daher eine Bestandsliste vorliegen, eventuell mit noch laufenden Abschreibungen, außerdem die Umsatz- und Gewinnzahlen der letzten drei Jahre.

Dann sollte man sich entscheiden, ob und wo man den Verkauf inseriert, ob man die Praxisbörsen bspw. von der Apobank, der Kassenärztlichen Vereinigung, Berufsvertretungen oder Praxismaklerfirmen nutzt, die sich natürlich ihre Arbeit direkt oder indirekt honorieren lassen. Sinnvoll ist es auf jeden Fall, eigene Netzwerke zu nutzen oder wieder zu aktivieren, um die Information über den beabsichtigten Praxisverkauf entsprechend breit zu streuen. Optimal wäre es, schon lange vor dem beabsichtigten Ende junge Kolleg:innen auszubilden und an diese später zu verkaufen: Man selbst hätte so ein gutes Gefühl für die Fortsetzung der eigenen Arbeit, der Käufer oder die Käuferin wüsste, was auf ihn/sie zukommt. Aber dafür wird es meistens zu spät sein, wenn der Verkauf ansteht.

Was ist mir wichtig, wenn ich die Praxis übergebe? Welche Prioritäten setze ich?

Aus diesen zentralen Fragen vor dem Verkauf ergeben sich die folgenden Unterfra-

gen, die zum Teil gegenteilige Interessen widerspiegeln und damit verknüpfte ethische Konflikte aufzeigen:

Wieviel wirtschaftlichen Gewinn soll (oder muss) der Verkauf der Praxis erbringen?

Manche Kolleg:innen, insbesondere diejenigen, die wegen hoher Investitionen noch Schulden haben, meist in Bereichen mit hohem Geräteinsatz (Radiologie, Labor, Kardiologie) benötigen das Geld, um die Schulden abzulösen oder als Ergänzung zur Altersversorgung. Manche wollen einfach – wie in anderen Branchen ja auch üblich – einen hohen wirtschaftlichen Gewinn für sich und die Erben mitnehmen. Sollte es sich um hohe Summen handeln und sollte dieser Punkt eine hohe Priorität einnehmen, wäre es sicherlich sinnvoll und notwendig, sich frühzeitig steuerlich und finanztechnisch beraten zu lassen, noch bevor man mit möglichen Praxisnachfolger:innen in Verhandlung geht. Am einfachsten und meist auch lukrativsten ist es, den Sitz – vor allem in für die Zulassung gesperrten Bezirken – an Praxen, die sich vergrößern wollen, zu veräußern, oder gleich an private Krankenhausgesellschaften oder Investorengruppen. Dies kollidiert mit den weiter unten ausgeführten ethischen Implikationen gegenüber Patient:innen, Kolleg:innen, Mitarbeiter:innen und letztlich auch gegenüber der Gesellschaft. Um einen maximalen Erlös als oberste Priorität einfach durchziehen zu können, wäre sicherlich auch ein gewisses Maß an soziopathischer Grundhaltung von Vorteil.

Welche Interessen meiner Patient:innen muss ich berücksichtigen?

Rechtlich ist es natürlich und eigentlich auch selbstverständlich so, dass ich die Daten meiner Patient:innen nicht ohne ihr Einverständnis an eine:n Nachfolge:r:in weitergeben darf. Dies muss auch in jedem Fall im Praxisübergabevertrag festgehalten sein, mit der Festlegung, dass jede:r einzelne Patient:in zur Akteneinsicht durch den/die Nachfolge:r:in befragt werden muss, das Einverständnis dokumentiert ist und die persönlichen Daten erst nach Eingabe eines Passwortes einsehbar sind. Wichtiger als diese Formalie sind Dinge, die sich aus einer ethisch begründeten und empathischen Haltung gegenüber den Patient:innen ergeben. Dazu gehört die rechtzeitige Information darüber, wann eine Beendigung der eigenen Praxistätig-

keit ansteht, sodass die Möglichkeit besteht, gegebenenfalls zu einer anderen Praxis zu wechseln. Patient:innen sollten alle relevanten Informationen über die Praxisnachfolge erhalten, sobald diese feststeht. Zudem ist es bedeutsam, sich rechtzeitig von ihnen zu verabschieden und ihnen dabei nicht nur Ratschläge, sondern auch Wertschätzung mit auf ihren weiteren Weg zu geben.

In welchem Maße müssen die Interessen meiner Praxiskolleg:innen und Mitarbeiter:innen berücksichtigt werden?

Eigentlich ist es klar, dass ich mit Menschen, mit denen ich womöglich seit Jahrzehnten zusammengearbeitet habe, fair umgehe. Deshalb sollten diese schon früh erfahren, wann ein Praxisverkauf ansteht. Auch wenn mir jemand dadurch verlorengelht, weil er oder sie sich dann schon eine andere Stelle sucht. Bei einer Gruppenpraxis oder Praxismgemeinschaft müssen die Kolleg:innen in den Verkaufsprozess mit einbezogen werden. Schließlich werden sie zukünftig mit dem oder der Neuen eng zusammenarbeiten. Gegebenenfalls müssen sie auch eigene Verträge abschließen.

Welche gesellschaftliche Verantwortung gilt es zu beachten?

Bei der selbst gestellten Frage, wie und an wen ich meine Praxis verkaufe, wird auch wieder die Frage auftauchen: Welche Art der Medizin habe ich betrieben? War das in Ordnung? Was hätte besser sein können? Welche Medizin wünsche ich mir zukünftig? – Zumal ich mich in naher Zukunft selbst viel auf der Patient:innen- oder zumindest der Angehörigenseite aufhalten werde. Ist mein:e potenzielle:r Nachfolger:in willens und in der Lage, „meine“ Medizin weiterzuführen? Vielleicht ist er oder sie sogar bemüht, sie besser fortzuführen oder weiterzuentwickeln? – So, dass ich selbst zu ihm oder ihr als Patient gehen würde und mich dort gut versorgt wüsste.

Bessere Medizin

Dies leitet zu dem Thema über, was ich von einer künftigen guten Medizin erwarte. Konkret knüpfen sich daran die Fragen an, von denen ich mir wünsche, dass sie sich auch ein:e Nachfolger:in stellt:

– Wieviel kritisches Bewusstsein gegenüber der Pharmaindustrie kann ich mir leisten, ohne Außenseiter:in und besser-

wisserische:r Eigenbrötler:in zu werden?
– In welchem Maße vertraue ich oder unterwerfe ich mich einer evidenzbasierten Medizin, die bei besten Absichten in Zahlenkorsetten erstarrt ist, den Blick für die eigenen Grenzen verloren hat und doch nicht unabhängig von wirtschaftlichen und politischen Interessengruppen agieren kann?

– Wie kann ich den Patient:innen gerecht werden, ohne mich selbst aufzuopfern, ohne meine Familie zu vernachlässigen, ohne im zynischen Burnout zu enden?

– Wie verhindere ich ein Absacken in Routine, bürokratische Geschäftigkeit?

– Wie begegne ich Ungerechtigkeiten, denen meine Patient:innen ausgesetzt sind – oder vielleicht auch ich selbst?

Dies ist eine Liste, die sich noch um einige Fragen ergänzen ließe, für die es aber ähnliche Antworten gibt: Wach bleiben, auch bei der Arbeit genießen lernen! Das heißt: nicht Work-Life-Balance als Leitwort sondern „Work and Life“, Arbeit in seinen ganzen Möglichkeiten des Schöpferischen als wohlthuender Teil des Lebens sehen können, diesen Luxus können wir als Ärzt:innen haben, solange wir über unsere Möglichkeiten zur Selbstbestimmung und Selbststrukturierung verfügen. Um dies erreichen zu können, sind Orte der Selbstreflexion wichtig: in Qualitätszirkeln, Balint-Gruppen und Treffen mit Kolleg:innen, ebenso – für die, denen es liegt – in gesundheitspolitischen Standesgremien. Und: auch wenn Arbeit ein wesentlicher Teil des Lebens ist, ist es nicht das ganze Leben. Auch das Private sollte ein Ort sein mit genug Platz für Sport, Genuss und Liebe.

Im Kleinen, jenseits von Hightech, Versprechungen einer wachsenden Gesundheitsindustrie, aller Statistik, theoretischer Überlegungen und Ideologien, wäre eine gute Medizin aus Sicht der Patient:innen: Ich bekomme zeitnah einen Termin, werde freundlich empfangen, habe Zeit mich zu äußern, bekomme passende Fragen gestellt. Es werden notwendige Untersuchungen durchgeführt. Ich werde über die Therapiemöglichkeiten aufgeklärt, bekomme vielleicht ein Rezept und dafür auch das Medikament in der Apotheke. Im Krankenhaus – wenn ein Besuch mal notwendig ist – haben Unterkunft und Verpflegung den Standard eines einfachen Hotels. Bei Problemen erfolgt zeitnahes Reagieren auf die Klingel. Eigentlich Selbstverständlich-

keiten, fast Banalitäten, aber sie scheinen mittlerweile zunehmend schwieriger umsetzbar – selbst für die gutwilligen Akteur:innen im Gesundheitssystem.

Es sind nicht die schwierigen oder gar gewalttätigen Patient:innen oder ein überfordertes, schlecht ausgebildetes Personal, zu junge oder zu weibliche Ärzt:innen. Es sind die Kollateralschäden einer immer noch zunehmenden Ökonomisierung – oder besser: Kommerzialisierung – des Gesundheitswesens, die bei ihren Entscheidungen Kostenersparnis und technische Qualität priorisiert, ohne Rücksicht auf die subjektiven Notwendigkeiten seitens der Patient:innen und Beschäftigten. Die damit verknüpften fatalen Entwicklungen zu stoppen und vielleicht auch noch zurückzudrehen, wird die Aufgabe einer gesundheitspolitischen Arbeit der nächsten Jahre sein. Sich daran, auch zu seinem oder ihrem eigenen Wohl und seiner/ihrer eigenen Gesundheit, zu beteiligen, das wünsche ich mir von einem oder einer Praxisnachfolger:in. ■

Was stimmt Sie optimistisch?

„Abgesehen davon, dass ich von meiner persönlichen Grundhaltung ein vorsichtig optimistischer Mensch bin, der an die grundsätzliche Hilfsbereitschaft und Solidarität unter Menschen glaubt, denke ich, dass es bei den Akteuren im Gesundheitswesen genügend Menschen gibt bzw. dass ihre Mehrheit eine bessere Medizin zum Wohle des Patienten – und letztlich über eine als sinnvoller erlebte Arbeit auch zum eigenem Wohl – wünscht und anstrebt. Hier braucht es eine Schärfung der Werkzeuge (gezielte Nutzung der sozialen Medien, Engagement in berufspolitischen Gremien, gute Lobbyarbeit). Wenn dies gelingt, wird auch eine Umkehr aktuell zerstörerischer Prozesse im Gesundheitssystem möglich sein.“

Joachim Loch-Falge

war 1976 Mitbegründer von Dr. med. Mabuse, Mitglied der Lokalredaktion Frankfurt bis 1981, der Lokalredaktion Bremen bis 1985. Seit 1983 ist er in der Psychiatrie und Neurologie tätig. 1987 bis 1992 tiefenpsychologische psychotherapeutische Ausbildung. 1991 bis



1995 ärztlicher Leiter einer Drogenrehabilitationseinrichtung, seit 1993 selbstständiger Psychiater, Neurologe und Psychotherapeut in Bremen. Seit 2006 Teilnehmer des Bremer Arbeitskreises für Philosophie und Psychiatrie.

Nichts bleibt, wie es war

Ein anonym Bericht zur Praxisabgabe

Vor über zwanzig Jahren, als sich meine jüngste Tochter für das Medizinstudium entschieden hat, kam so etwas wie Hoffnung auf, sie könnte eines Tages die ländliche Großpraxis übernehmen, die meine Frau und ich seit mehreren Jahrzehnten führten. Dass daraus nichts geworden ist, spiegelt in gewisser Weise nicht nur die Entwicklung der Medizin wider, sondern auch die veränderten Le-

bensentwürfe einer neuen Ärztegeneration.

Kaum mehr vorstellbar ist heute, dass es vor vier Jahrzehnten eine Art Ärzteschwemme gab: überall sprießten neue Praxen aus dem Boden; manche Kollegen (so auch ich) bauten sogar ein Wohnhaus mit Praxis auf die grüne Wiese, in der Hoffnung, die Schulden während eines

langen Berufslebens auch abzahlen zu können. Wochenend- und Nachtvertretung gab es nicht, und der Jahresurlaub wurde von den älteren Kollegen auf zwei Wochen limitiert. Honorarmäßig waren wir Hausärzte natürlich am unteren Ende der Rangliste. Das und vieles mehr gehörte zum Berufsbild des Hausarztes und wurde lange Zeit kritiklos akzeptiert. Soviel zur „guten alten Zeit“!

Auslaufmodell Hausarzt?

Fast alles hat sich inzwischen zum Besseren entwickelt: Ein guter Praxisumsatz, Freizeit und Urlaub und der Komfort, im eigenen Wohnhaus zu arbeiten, ohne bei Wind und Wetter zur Praxis oder zum Patienten unterwegs sein zu müssen, sollten doch auch heute noch genügend Anreiz sein, diesen Beruf zu erwählen, oder?

Nach über vier Jahrzehnten haben meine Frau und ich jedoch vergeblich versucht, unsere Praxis an einen oder mehrere Nachfolgerinnen oder Nachfolger zu übergeben. Bundesweite Inserate, ein teurer Makler und die praktisch kostenlose Übernahmemöglichkeit der Praxis haben nicht geholfen. So haben wir letztlich unsere Praxis geschlossen, und unsere Patienten mussten sich notgedrungen auf die wenig begeisterten Ärzte der Umgebung verteilen, was manchen bis heute nicht gelungen ist. Ein Blick in die Medien zeigt, dass es vielen anderen alteingesessenen Kollegen

und ihren Patienten nicht besser geht. Die „Hausarzt-dichte“ und damit die primärärztliche Versorgung gehen kontinuierlich zurück.

Warum aber ist der frühere „Traumberuf“ Hausarzt, einstmals in vielen Fernsehserien gefeiert, mittlerweile für viele junge Kolleginnen und Kollegen keine Option mehr? Ein niedergelassener Arzt ist eben auch Unternehmer, hat sich mit Investitionen, Finanzierungen, sozialrechtlichen Anforderungen und vielem mehr zu befassen, alles Dinge, für die wir im Studium nicht ausgebildet wurden. Ganz zu schweigen von der bürokratischen Überfrachtung, von der Politik seit Jahrzehnten betrieben (Motto: „Alles, was Ärzte belästigt, ist gut für das Gesundheitssystem.“). Dazu kommt die langfristige berufliche Bindung, die mit einer Praxisgründung oder -übernahme einhergeht. Ein Wohnort- oder sogar ein Berufswechsel ist nicht mehr ohne weiteres realisierbar. Deshalb ist die früher „normale“ Einzelpraxis auch weitgehend verschwunden, es dominieren Gemeinschaftspraxen von mehreren Ärzten, seit einigen Jahren auch die sogenannten „Medizinischen Versorgungszentren“, bei denen der Arzt mit Verwaltung und Organisation überhaupt nichts mehr zu tun hat.

Veränderte Bedingungen, neue Chancen

Hier vollzieht sich auch eine tiefgreifende Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses: die frühere jahrzehntelange kontinuierliche Betreuung, oft über Generationen hinweg, verschwindet zugunsten einer lockeren und häufig wechselnden Beziehung.

Und das muss für Patienten nicht unbedingt ein Nachteil sein. Wechselnde Arztkontakte bieten auch die Möglichkeit, verschiedene Meinungen einzuholen und neue Optionen der Diagnostik und Therapie zu ermöglichen. Auch für Ärztinnen und Ärzte liegen die Vorteile einer gemeinsamen Berufsausübung auf der Hand: das finanzielle Engagement ist überschaubar, Orts- und Arbeitgeberwechsel sind möglich, Schwangerschaften, Entbindungen oder auch eigene Erkrankungen sind keine existenziellen Probleme mehr. Dass inzwischen mehr Frauen als Männer in unserem Beruf sind, viele in Teilzeit und mit Kindern, spricht ja auch für sich.

Und so komme ich zurück auf meine Tochter: nach ihrer klinischen Ausbildung als Internistin hat sie sich inzwischen in einer großstädtischen Hausarztpraxis assoziiert. In Teilzeitarbeit kann sie ihre familiären und beruflichen Anforderungen (hoffentlich!) vereinbaren. ■



Foto: / Adobe Stock