

Praxisübergabe-Alternativen 2007–2012

Sein Lebenswerk sichern innerhalb Vertragsarztrechtsänderungs- und Wettbewerbsstärkungsgesetz

Ideelle Praxiswerte sinken aktuell für Facharzt- und Hausarztpraxen. Die denkbaren Nachfolger bleiben lieber im geschützten Bereich des Krankenhauses.

Jeder Praxisinhaber, der sein engagiertes Lebenswerk nicht weitergeben kann, hat innerlich das Gefühl, versagt zu haben. Noch niemals gab es eine so wenig übersichtliche Gemengelage von Ängsten, enttäuschten Erwartungen und neuen, stabilen Zukunftskonzepten.

Diskriminierung des Arztberufes – Wunsch nach Kooperation – Angestelltenfunktion

Das bisherige Rollenmodell eines unternehmerischen, freiberuflichen, männlichen Arztes, der pro Woche 45–60 Stunden fremdbestimmt in seine Tätigkeit investiert, geht zurück.

Immer mehr Frauen suchen eine Kombination zwischen geregelter ärztlicher Tätigkeit – ohne Managementfunktion – und der Möglichkeit, eine Familie aufzubauen. Damit entfallen schon aktuell 40% der potenziellen Nachfrage. Gleichzeitig sind die Arztfunktionen auf dem Lande oft mit langen Fahrstrecken für die Ausbildung von Kindern verbunden und bringen Konfrontation mit einem andersartigen sozialen Umfeld.

Bei einer Teilzeitfunktion auf dem Lande kann man oft in einer Stadt wohnen und dennoch auf dem Lande beruflich tätig sein. Entscheidend ist, wie man Fahrstrecken sinnvoll kombiniert, um antizyklisch das jeweilige Ziel zu erreichen.

Wie ein neuartiges Praxisabgabekonzept angehen?

Wichtig ist ein Planungs- und Gestaltungszeitraum von ca. 2–5 Jahren. Im

Wettbewerbsstärkungsgesetz heißt es zur zukünftigen Bedarfsplanung:

§ 87 Abs. 7 SGB V

„Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2012 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 87 a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Absatz 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum 30. Juni 2012, ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.“

Hier hat der Gesetzgeber darauf hingewiesen, dass er sich vorbehält, von der Bedarfsplanung zum 1.7.2012 abzurücken. Somit wird jede finanzierende Bank und jeder niederlassungswillige Arzt darauf hingewiesen, dass es in absehbarer Zeit nicht mehr das 50 Jahre alte, bisherige stabile Konzept der Versorgung der Patienten durch die Praxen mit stabilen Einnahmestrukturen über Kassenärztliche Vereinigungen gibt.

Somit ändern sich sowohl die Formen der Leistungserbringung und das Praxismodell wie auch die Vergütungsstrukturen. Niederlassungswillige Ärzte stehen deshalb vor dem Dilemma, dass sie für etwas bezahlen sollen, was nicht mehr voraussehbar, planbar und ökonomisch berechenbar ist.

Symbolisch wird im Kopf eines Abgebers der Dialog wie folgt lauten:

Symbolischer Dialog

„Als Abgeber biete ich Ihnen meine Praxis an. Für meine Lebensleistung erwarte ich von Ihnen einen angemessenen ideellen Wert. Wie Sie aber in Zukunft verbindlich und dauerhaft Einnahmen erzielen können mit den neuen Sonderverträgen außerhalb der KV und mit wesentlich stärkerer Spezialisierung, weiß ich auch nicht!“

Weiterarbeiten statt Abgabe?

Eine Praxisabgabe eines 65-Jährigen mit einem ideellen Wert von 100 000 € bringt beim halben Steuersatz einen Einzelbetrag in Höhe von 75 000 €. Die konsequente Weiterarbeit eines Arztes bis zum 68. Lebensjahr ergibt pro Jahr ggf. einen Gewinn von 100 000 € ; nach Steuern sind es 50 000 €. Somit steht eine Liquidität von 6 Jahren á 50 000 € zur Verfügung = 300 000 €.

Zur Tilgung von Krediten oder zur besseren Gestaltung der Lebensführung ergibt sich hier folgende Alternative: **Gegebenfalls unter verbesserten Bedingungen kooperativ weiter arbeiten!**

Weiterarbeiten und die Praxis stufenweise abgabefähig machen?

Inhaber größerer und mittlerer Praxen können somit einen dritten Weg gehen. Dieser würde verlangen, über unterschiedliche, enge Kooperationsmodelle fachgleich nachzudenken.

Fachgleiche räumliche Zusammenarbeit oder überörtliche Kooperation?

Mit der neuen Gesetzgebung der Gestattung ortsübergreifender Kooperationsmodelle, der Integration von Angestellten auf Vollzulassungen und der Mitarbeit von Krankenhausärzten entsteht ein Bewusstsein über neue Formen fachgleichen Zusammenwirkens.

Überall, mit Ausnahme nur einer Praxis eines Facharzttypes auf dem Dorf/einer Kleinstadt – stellt sich die Frage des fachgleichen Kooperierens an einem räumlichen Standort.

Mit Fertigbaustrukturen können hier wachsende Ärzthäuser gerade auch in Klein- und Mittelstädten geschaffen werden. Für fachgleiche Zentren stellen Kommunen und Krankenhäuser kostenlose Grundstücke in Erbpacht zur Verfügung.

Interdisziplinäre, vertikale Kooperation vs. fachgleichen, horizontalen Zusammenwirkens

Hier war unter der ausschließlichen Leitidee der Einzelpraxis ein Ärzthaus idealtypisch, in dem Ärzte verschiedener Fachrichtungen getrennte Einzelpraxen betrieben. Betriebswirtschaftliche Vorteile, Spezialisierungen etc. fanden interdisziplinär nur zum Teil statt.

Anders wird es bei fachgleicher, horizontaler Kooperation sein. Hier bieten sich Öffnungszeiten von 6:00 Uhr morgens bis 21:00 Uhr abends an 6 Tagen pro Woche an. Über Schichtsysteme und Spezialisierung können wesentlich stärkere ökonomische Vorteile erzielt werden. Krankenkassen streben an, mit solchen fachgleichen Zentren Exklusivverträge zu schließen, die ggf. auch die Notdienstfunktion übernehmen. Externe Managementspezialisten können die Ärzte von Verwaltungsroutine, Kontrolle der Abrechnung, Personalsteuerung, Marketing und Management befreien.

Ein mittelfristig abgebender Haus-/Facharzt könnte sich in einem solchen System mit seinen Helferinnen innerhalb eines Schichtsystems umfassend um seine alten Patienten kümmern. Er könnte eingebettet sein in das von der Verwaltung mit den Mitarbeitern neu gestaltete Qualitätsmanagement, er könnte sich an extern ausgehandelten Kooperationsverträgen mit Krankenhäusern und Krankenkassen einbinden lassen.

An künftigen Investitionen bräuchte er sich nicht zu beteiligen, er könnte auch im Wesentlichen seine alten Gewinn- und Verluststrukturen erhalten.

Individuelle Zuordnung von Kosten, Zusatz-Gewinn

Die zentrale Angst vieler Ärzte liegt darin, dass es in einem Kooperationsmodell zu einer fremdbestimmten Verteilung von Kosten und Gewinn kommen könne. Das kann bei den neuen Rechts- und Steuermodellen vollkommen ausgeschlossen werden. Sie können maximal an der Struktur einer Einzelpraxis innerhalb eines fachgleichen Kooperationsmodells orientiert sein.

Der künftige Abgeber braucht sich auch nicht an der ggf. neuen Einrichtung und Medizintechnik des Kooperationsstandortes beteiligen. Dies können investitionsbereite Kollegen oder eine externe Investitionsgesellschaft übernehmen.

Seinen gewohnten Stil beibehalten

Der abgebende Arzt oder das gemeinsame, die Abgabe planende Arztehepaar nutzen mit ihrem Altpersonal im Schichtsystem die gemeinsame Infrastruktur. Durch eine genaue Zurechnung von Raum, Personal und Sachkosten wird alles zeitlich und räumlich exakt erfasst. Auch die Umsätze werden vertragsärztlich, privatmedizinisch und dem Selbstzahlerbereich zugeordnet. Neue Einrichtung/Medizintechnik wird analog kostenmäßig umgerechnet.

Soweit in der Gruppe medizinische Schwerpunkte existieren, kann man im Rahmen einer solch neuartigen Berufsausübungsgemeinschaft auch maximale Arbeitsteilung vereinbaren. Für Spezialisierung wären dann auch die Patienten der anderen Verbund-Partner mit abrechenbar.

Im Hausarztbereich könnte z.B. ein Diabetes-Spezialist die Patienten der anderen Kollegen der Berufsausübungsgemeinschaft mitbetreuen. Ein operativ hausärztlicher Kollege mit Proktologie hätte weiteres Patientengut, ebenso ein onkologisch tätiger Arzt, etc.

Fachärztlich könnten operative Kollegen die Patienten der konservativen Kollegen mitbehandeln und ihnen auch Vorteile aus der Gewinnverteilung zukommen lassen, bzw. diese auch im Auftrag des Krankenhauses als neuer Konsiliararzt behandeln.

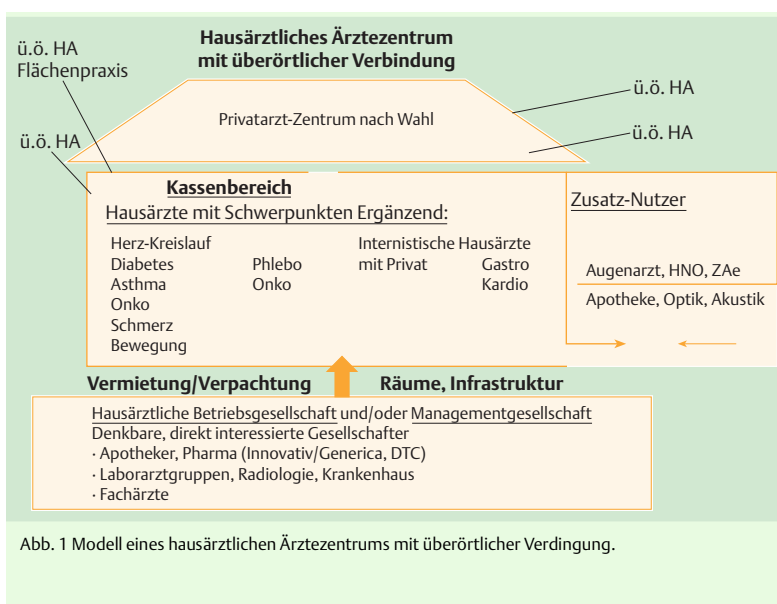


Abb. 1 Modell eines hausärztlichen Ärzteentrums mit überörtlicher Verdingung.