

Jünger und dringender benötigt denn je?

Die Situation der Ärztinnen und Ärzte beim Übergang ins Rentenalter

Wie die Berliner Altersstudie zeigt, ist in den vergangenen Jahrzehnten das subjektive Altersempfinden bei den heute über 60-Jährigen deutlich gesunken. Dies geht einher mit besserer kognitiver Leistungsfähigkeit und vermehrter körperlicher Aktivität. Alter wird heute entwicklungspsychologisch nicht mehr nur als Abbau und Einschränkung der Leistungsfähigkeit gesehen, sondern auch als Chance für Selbstverwirklichung, Verarbeitung und Integration früherer Erfahrungen.



Foto: AdobeStock/Lumos sp

Dabei variieren individuelle Leistungsfähigkeit, Fitness und Interessen in kaum einer Entwicklungsphase so stark wie im Alter. Zugleich stieg die Zufriedenheit mit der Berentung, zumindest bei den wohlhabenderen, gebildeteren und körperlich aktiven Rentnern, wie aktuelle europäische Befragungen zeigen. Auch wenn Berentung einen zeitlich umschriebenen Übergang markiert, vollzieht sie sich in einem langen Lebensabschnitt. Andererseits geht der Bonus der gewonnenen subjektiven „Jugend“ im höheren Alter verloren.

Schaut man sich beispielsweise die Statistik praktizierender Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz an, so hat sich - anders als in anderen Berufen - in den vergangenen zehn Jahren der Anteil Berufstätiger im Alter von über 65 Jahren verdoppelt und bei den Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizинern sogar verdreifacht, was vorwiegend auf die fortgesetzte Berufstätigkeit von Ärztinnen und Ärzten über 65 Jahre hinaus im ambulanten Bereich zurückzuführen ist. Diese Daten veranschaulichen nicht nur ein zunehmendes Problem der ärztlichen Versorgung, das durch ältere Ärztinnen und Ärzte, die Generation der sogenannten Boomer, jenseits der Regelberentungsgrenzen kompensiert wird. Begründet mit dem Versorgungsnotstand, wurde 2009 die Altersgrenze von 68 für die Ausübung ärztlicher Tätigkeit abgeschafft. Damit stellen sich individuell die komplexen Fragen für Ärzte, wann eine Berentung günstig oder gar erforderlich ist, wie sie den Übergang zum Ruhestand gestalten und erleben und was sie gegebenenfalls tun können, um diesen wichtigen Schritt vorzubereiten und zu planen.

Berentung als Prozess der Orientierung und Priorisierung

Die Datenlage für die Berentung von Ärztinnen und Ärzten ist leider begrenzt, vor allem im Hinblick auf psychische Gesundheit, die Rolle von Partner oder Partnerin und den Einfluss von Geschlecht und persönlicher beruflicher Karriereentwicklung. In einer aktuellen deutschen Studie zu Einstellungen zu vorzeitiger Berentung bei berufstätigen Ärztinnen und Ärzten zwischen 25 und 66 Jahren hingen die persönlichen Pläne für das Ausschöpfen der Arbeitszeit oder das Hinausschieben der Berentung vor allem von beruflicher Zufriedenheit und eigener Gesundheit ab. Erlebter Burnout hingegen verstärkte den Wunsch nach vorzeitiger Beendigung der ärztlichen Tätigkeit; Alter oder Geschlecht spielten dabei keine Rolle. Grenzen für die weitere Ausübung ärztlicher Tätigkeit im Alter ergeben sich auch aus Arbeits- und Beschäftigungsverhältnissen, aus der persönlichen Fitness, physischer wie kognitiver Leistungsfähigkeit und spezifischen Anforderungen ihrer jeweiligen Fachdisziplin.

Wie jedes kritische, lebensverändernde Ereignis stellt der Eintritt der Rente eine potenzielle Lebenskrise dar, und die Literatur zeigt eine große Spanne von psychischen Veränderungen. Eine wichtige Rolle spielt, ob die Berentung aus Not beziehungsweise Überforderung heraus erfolgt oder aus dem Wunsch heraus, Neues zu beginnen. Die selbstgewählte oder akzeptierte Berentung eröffnet durch den Wegfall von arbeitsbezogenen Verpflichtungen und Anforderungen neue Freiräume für eigene Entwicklungsschritte und letztlich auch die Entfaltung von Interessen und Fähigkeiten oder Verwirklichung von Träumen, die im Berufsleben zu kurz kamen.

Der Ruhestand kann als Verlust erlebt werden und Erkrankungen hervorrufen

Im ungünstigen Fall kann diese Zäsur als einschneidender Verlust erlebt werden und psychische, körperliche Symptome und Erkrankungen nach sich ziehen. Der Verlust von Status und Bedeutung, Anerkennung, Lebenssinn oder sozialen Kontakten kann zu tiefgreifenden Selbstzweifeln, Inaktivität, Rückzug und Depressionen führen. Neuere Literatur aus Patientensicht zeigt, dass der Verlust der langjährigen ärztlichen Ansprechpartner für viele sehr einschneidend ist. Umgekehrt kann es für Ärzte sehr belastend sein, diese Menschen nach all den Jahren verantwortungsvoller Betreuung „im Stich zu lassen“, etwa, wenn sie keine entsprechende Nachfolge oder Fortführung adäquater Behandlung sichern können.

In den wenigen vorliegenden Studien erwies sich die subjektive Erfahrung der Berentung aus Sicht der befragten Ärztinnen und Ärzte vorwiegend positiv. Wie bei Rentnern aus anderen Berufssparten war eine erfolgreiche Anpassung an die Berentung geknüpft an finanzielle Absicherung, fortgesetzte Einbindung in soziale Netzwerke, ein positives Selbstbild, adaptive Ressourcen, zum Beispiel persönlich geschätzte Freizeitaktivitäten, kulturelle Interessen und gute Gesundheit. Anders als bei vielen anderen Berufen zeigte sich, dass Ärztinnen und Ärzte ihre medizinischen Interessen und Engagement nicht einfach aufgaben, sondern nach Wegen suchten, ihre professionellen Interessen beziehungsweise Fürsorge für kranke oder hilfsbedürftige Menschen weiterzuführen. Erzwungene Weiterbeschäftigung (zum Beispiel aus finanzieller Not) führte gehäuft zu Depressionen. Beschäftigten ohne lohnenswert erscheinende, alternative Interessen ging es subjektiv besser, wenn sie weiterarbeiteten.

Gestaltung der Berentung durch Ärztinnen und Ärzte

Eine Orientierung gibt die Typologie der Identität und des Engagements von Stoller & Rabalais (2025):

- „Fortgesetzte Tätigkeit“: Ärzte halten Identität und Zweck der medizinischen Karriere aufrecht, modifizieren sie aber (zum Beispiel Abgabe von Verantwortung/ Reduktion des Praxisumfangs, Verlagerung der Tätigkeit auf ärztliche Weiterbildung, Lehre oder gemeinnütziges Engagement).
- „Abenteurer“ probieren neue sportliche, kulturell-musische, geschäftliche oder Reise-Aktivitäten, die im Berufsleben keinen Platz fanden.
- „Genießer“ nutzen ihre Freiheit und legen sich nicht auf Verpflichtungen fest.
- „Involvierte Zuschauer“ informieren sich weiterhin in ihrem Tätigkeitsfeld, ohne dieses aktiv klinisch oder wissenschaftlich voranzutreiben.
- „Suchende“ explorieren aktiv neue Möglichkeiten („Versuch und Irrtum“).
- „Rückzug“ kann eine „kreative“ Pause von Verpflichtung zur Neuorientierung oder anhaltende Inaktivität bedeuten.

Die Typologie ist nicht umfassend. Neuorientierung der partnerschaftlichen Rollen oder Aktivitäten und die verstärkte Einbindung in die Versorgung von Enkeln oder anderen, hilfsbedürftigen Familienangehörigen fehlen beispielsweise. Die einzelnen Typen können kombiniert oder nacheinander auftreten, können sich aber auch ausschließen, beispielsweise wenn das fortgesetzte, intensive berufliche Engagement bis ins hohe Alter wenig Spielraum für andere Formen der Lebensgestaltung lässt, solange die erforderlichen physischen und psychischen Ressourcen verfügbar sind.

Mentoring vor und im Prozess der Berentung zu empfehlen

Mediziner sind gewohnt, konkrete Schritte von Studium, Ausbildung und beruflicher Tätigkeit sorgfältig zu planen, nach ihren persönlichen Interessen, Karriere Wünschen oder familiären Notwendigkeiten. Als wegweisend stellt sich oft das Mentoring durch wohlwollende Vorgesetzte, erfahrenere Kollegen oder entsprechende Programme heraus. Auch der lange Lebensabschnitt der Berentung verdient sorgfältige Planung, für den Mentoring zeitig vor und im Prozess der Berentung zu empfehlen ist. Unabhängig von dem individuell gewählten Weg erfordert die Auseinandersetzung mit der Berentung die Arbeit an dem eigenen Identitätsentwurf, vor dem Hintergrund der Rückschau auf das gelebte Leben, die eigenen beruflichen Ambitionen und Leistungen und im Hinblick auf die zukünftige Lebensgestaltung. Dies betrifft Fragen nach

- der eigenen Identität (wer bin ich, wenn ich nicht mehr Patienten heile/ forsche?),
- Beziehungen (wie kann ich meine sozialen Beziehungen erhalten/bereichern/ außerhalb der Arbeit neugestalten?),
- Sinn und Zielen (was sind mein Lebenssinn und Ziele in den kommenden Dekaden?).

Für die Institutionen stellt sich die Frage, ob es altersgerechte und flexible Beschäftigung gibt, die die Kompetenzen der älteren Ärzte und ihre Bindung an ihre Tätigkeit nutzt und fortzuführen ermöglicht, beziehungsweise ob es ein Angebot für Mentoring gibt. Letztlich stellt sich auch die Frage, ob es gelingt, Arbeitsanforderungen so zu gestalten, dass die jungen Ärztinnen und Ärzte nicht wegen überhöhter Arbeitsanforderungen, die zu wenig persönliche Entwicklung zulassen, vorzeitig aus der Patientenversorgung aussteigen.

Literatur beim Autor



Autor

Univ.-Prof. Dr. med. Dipl.-Psych.
Manfred E. Beutel
Seniorforschungsprofessor
Klinik und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Universitätsmedizin Mainz

Foto:
Universitätsmedizin Mainz/ Peter Pulkowski

Erst mit 90 ist wirklich Schluss: Warum der 83-jährige Arzt Dr. Hans-Josef Müller immer noch täglich für seinen Beruf im Einsatz ist

Der letzte Patient an diesem Freitagnachmittag ist guter Dinge. Gerade hat der 78-Jährige mit Dr. Hans-Josef Müller seine Laborwerte besprochen, alles bestens, Patient und Arzt strahlen. Seit vielen Jahren ist der ehemalige Polizist in der Hausarztpraxis in Koblenz-Güls bei Müller in Behandlung, der selbst 83 Jahre alt, immer noch im Dienst ist und einen ganzen Patientenkreis versorgt.

Der Mediziner betreut eine Reihe seiner Patienten seit fünf Jahrzehnten. Müller geht montags und freitags morgens um 8 Uhr in die Praxis und arbeitet dann sechs bis sieben Stunden, nachmittags erledigt er die Hausbesuche. Wenn Not am Mann ist, hilft er auch an den anderen Tagen in der Praxis aus, die seinem Sohn Ralf gehört. Und wenn ein Patient dringend zu Hause Hilfe benötigt, kann der 51-jährige Sohn im Sprechzimmer bleiben: Dann fährt sein Vater raus. Der erinnert sich: „Früher waren das die schlimmsten Momente, wenn das Wartezimmer voller Patienten saß und ich plötzlich zu einem Notfall rausfahren musste.“

Das ist in der Vater-Sohn-Konstellation derzeit zum Glück anders, und wenn man Müller Senior zuhört, mit welcher Leidenschaft er seinen Beruf noch immer ausübt, darf man wohl davon ausgehen, dass weitere Dienstjahre dazukommen. Aber dem Ganzen ist eine Grenze gesetzt. Müllers vor nicht allzu langer Zeit mit 101 Jahren verstorbene Mutter hat zu ihm gesagt: „Wenn Du 90 bist, musst Du aber wirklich Schluss machen.“ Müller erzählt das Bonmot mit verschmitztem Gesicht und fügt hinzu: „Das habe ich ihr versprochen.“

Ein großer Patientenkreis ist bis heute geblieben

Müller sitzt an seinem Schreibtisch, und wenn er, wie selbstverständlich, von seinem Arbeitstag erzählt, als wäre das alles mit über 80 nicht der Rede wert, kommt beim Zuhörer schon die Frage auf: „Haben Sie denn nie daran gedacht, einfach so in Rente zu gehen, vielleicht mit Mitte 60?“ Und die überraschende Antwort lautet: „Doch, natürlich. Ich habe 2010 drei Jahre pausiert.“

Vor 15 Jahren nämlich schien alles seinen Gang zu gehen: Hans-Josef Müller hatte Jahre zuvor bereits seinen Nachfolger, den damaligen Schwiegersohn, eingearbeitet, die Praxis an ihn übergeben und gleichzeitig seiner Frau versprochen, dass er nun endlich mehr Zeit für sie und für den großen Garten, das Hobby des Ehepaares, habe. Doch ein paar Jahre später kam es anders: Müllers Sohn Ralf hatte die Praxis schließlich übernommen und bat den Vater, ihm etwas

auszuhelfen. Und die Eltern entschieden nach ein Tagen Bedenkzeit, dass sie ihrem Sohn helfen würden. Und somit war Hans-Josef Müller wieder drin in seiner Praxis.

Es gab weitere Momente, in denen Müller endgültig hätte in Ruhestand gehen können, aber da waren ja noch die älteren Patienten: „Die haben gesagt, dass sie nicht den Arzt wechseln wollen. Und als Arzt konnte ich sie schlecht im Stich lassen“, beteuert Müller, der nicht nur Facharzt für Allgemeinmedizin, sondern auch für Frauenheilkunde ist.

Liebe für den Beruf und die Kollegenschaft

Müller stammt aus Köln, promovierte in Düsseldorf und eröffnete 1977 seine Praxis in Güls, was ein Stadtteil von Koblenz ist, aber noch dörflichen Charakter hat. Das bedeutet, dass man als alt eingesessener Arzt des Ortes niemals aus seiner Haut kann. „Man wird auf dem Weinfest um Rat und im Gottesdienst nach einem Rezept gefragt.“ Müller, der seinen Beruf liebt und niemals etwas anderes als Arzt hätte werden wollen, erträgt das mit Langmut, auch wenn all das für ihn und seine Familie auch belastend war. Im Dienst Arzt sein, außerhalb der Dienstzeiten auch Arzt sein, das ist viel. Deshalb stellt sich eine weitere Frage: „Warum, Herr Dr. Müller, mussten Sie denn nebenbei noch so viele Ehrenämter übernehmen?“ Müller überlegt und sagt: „Na ja, immer, wenn ich eines ablegen wollte, hat man mich bekniert, weil es angeblich ohne mich nicht ginge – und ich bin jemand, der nicht gut nein sagen kann.“

Ohne alle Ehrenämter Müllers vollständig zu erfassen, seien hier einige doch erwähnt: Seit 2006 ist er Mitglied der Vertreterversammlung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, seit 2012 ist er als Kreisobmann Vorsitzender der Kreisärzteschaft Koblenz und für 2000 Kolleginnen und Kollegen Ansprechpartner. Außerdem hat er weit über hundert Fortbildungsveranstaltungen organisiert und ist als ehrenamtlicher Richter beim Amtsgericht für Heilberufe in Mainz bei medizinischen Fragen im Einsatz. Zugunsten der Organisation „Ärzte ohne Grenzen“ hat er mehrere große Benefizveranstaltungen organisiert.

Also noch einmal die Frage: Warum haben Sie sich das neben Ihrem ausgefüllten Berufsleben alles angetan? „Ich freue mich, wenn ich für andere Menschen und besonders auch für Kolleginnen und Kollegen etwas tun kann.“ So einfach ist das manchmal. Nebenbei wurde Müller freilich für seine Verdienste auch geehrt: Erst vor wenigen Monaten

Foto: Christopher Schäfer



Nach wie vor arbeitet Dr. Hans-Josef Müller in der Praxis in Koblenz-Güls, die seinem Sohn Ralf (rechts) gehört. Die beiden Medizinischen Fachangestellten Gabriele Schmidt (links) und Alexandra Marzi sowie die Pflegefachfrau Romina Sauer (nicht auf dem Foto) gehören ebenfalls zum Team.

Foto: Müller



Dr. Hans-Josef Müller mit Dr. Tankred Stöbe von "Ärzte ohne Grenzen". Für die Organisation hat Müller Benefizveranstaltungen organisiert.

Foto: Müller



Sportlicher Ausgleich: Dr. Hans-Josef Müller ist Karate- und Judoportler.

Foto: Christopher Schäfer



Der Koblenzer Allgemeinmediziner Dr. Hans-Josef Müller im Gespräch mit einem Patienten.

wurde er zum Sanitätsrat ernannt, die Bezirksärztekammer Koblenz verlieh ihm die Johannes-Müller-Medaille, und die ehemalige Ministerpräsidentin Malu Dreyer überreichte ihm die Dr.-Rolf-Eckhart-Hoch-Medaille.

Ohne Verständnis der Ehefrau geht es nicht

Aber wie erträgt das eine Ehefrau, wenn der Mann immer für andere unterwegs ist? Müller ist dankbar und demütig, dass seine Frau so „liebevoll-verständnisvoll“ ist, denn er kennt auch eine Reihe von Kollegen, deren Ehe ein ähnliches berufliches Pensum eines Partners nicht überlebt hat. Bei den Müllers steht dagegen im kommenden Jahr die Diamantene Hochzeit bevor.

Wenn Müller an die Übergabe der Praxis 2010 zurückdenkt, hat er nur gute Erinnerungen. Es funktionierte, weil er einen Nachfolger fand, der in seinem Geiste die Praxis weiterführte. Müller ist aber auch froh, dass er heute kein Inhaber mehr ist, wenn er an die insgesamt stark angestiegenen Ansprüche der Patienten, den Regressdruck der Krankenkassen und die überbordende Bürokratie denkt. Und er weiß auch, dass es viele Kollegen gibt, denen die Nachfolgersuche Probleme bereitet und dass die Praxis heute nicht unbedingt mehr eine Wertanlage fürs Alter ist. Ein Problem bei der Übergabe sei

auf jeden Fall auch die Pflicht, Akten und Karteikarten zehn Jahre aufbewahren und danach viel Geld für eine Entsorgung zahlen zu müssen. Das immerhin könnte, Stichwort elektronische Patientenakte, späteren Arztgenerationen erspart bleiben.

Zurück aus dem Aktenschrank ins Sprechzimmer, wo sich gerade Arzt und Patient verabschieden. Für den Hausarzt beginnt an diesem Freitagnachmittag der zweite Teil des Arbeitstages: Dr. Hans-Josef Müller steigt jetzt ins Auto, fährt über die Mosel zu einer Patientin, die er seit vielen Jahren kennt und jede Woche besucht. Sie ist etwas jünger als er selbst und schwer erkrankt – sie leidet an einer schweren chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung. Hausbesuche stehen zu einer Tageszeit auf dem Programm, wenn manche bereits im Wochenendmodus sind. Doch für Müller, den Arzt, der bereits längst in Rente sein könnte und bis vor kurzem noch als Karatekämpfer und Inhaber des schwarzen Gürtels im Judoport auf der Matte stand, ist noch lange nicht Feierabend. Erst mit 90, das hat er seiner Mutter versprochen.

Christopher Schäfer

Die Praxisübergabe:

Was Ärzte vor dem Renteneintritt beachten müssen

Muss ich noch in meine Praxis investieren, obwohl ich sie bald verkaufen will? Was mache ich mit den stillen Reserven? Und was sollte ich mit meinem Nachfolger in aller Offenheit besprechen? Das sind nur einige von vielen Fragen, die wir drei Experten gestellt haben, die sich mit dem Thema bestens auskennen: ein Unternehmensberater, ein Steuerberater und ein Jurist.

Der Unternehmensberater:

„Auch eine wirtschaftlich erfolgreiche Praxis kann einen Marktwert von null haben“



Foto: Bauernfeind

Bastian Bauernfeind ist Leiter Beratung & Strategie bei der Unternehmensberatungsgesellschaft Dr. Meindl & Kollegen AG.

Bastian Bauernfeind war langjähriger Direktor bei der Apobank und ist nun Leiter Beratung & Strategie bei der Dr. Meindl & Kollegen AG in Nürnberg. Die Unternehmensberatungsgesellschaft betreut Ärztinnen und Ärzte bei betriebswirtschaftlichen Themen mit dem Schwerpunkt Praxisübergaben. Für das Ärzteblatt gibt Bauernfeind Antworten auf die grundlegenden Fragen, wenn jemand seine Praxis übergeben möchte.

Welche Vor- und Nachteile bestehen, wenn ein Arzt seine Praxis an einen anderen Arzt verkauft?

Bauernfeind: Bei einem Verkauf an einen anderen Arzt bestehen die Vorteile darin, dass der Versorgungsauftrag in ärztlicher Hand bleibt. Außerdem ist die Kontinuität im persönlichen Arzt-Patienten-Verhältnis und damit in der Art der Patientenversorgung auch nach der Übergabe gegeben. Schließlich macht der Verkauf an einen Fachkollegen eine vertrauensbasierte Übergabe, mit der Chance auf eine Fortführung der Praxisphilosophie, ohne lange Mitarbeit möglich. Nachteile beim Verkauf an einen anderen Arzt können sein, dass die Zurückhaltung und Ängste potenzieller Übernehmer teilweise die Verhandlungen und den gesamten Prozess verlängern. In Bezug auf den Preis können Unklarheiten bei der Preisfindung durch Unwissenheit und unpassende Gutachten (Bestellerprinzip) auftreten, und es könnte auch ein geringerer Kaufpreis am Ende herauskommen.

Und welche Vor- und Nachteile bestehen, wenn ein Arzt seine Praxis an ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) verkauft?

Ein Vorteil liegt beispielsweise in der professionellen Abwicklung des Verkaufs durch Erfahrung im Übernahmeprozess. In der Regel erzielen Ärzte bei gleichen Rahmendaten einen höheren Preis. Außerdem könnte das Leistungsspektrum durch bestehende Strukturen des MVZs ausgeweitet werden. Die Nachteile ergeben sich aus den Vorteilen der Übergabe an einen Kollegen: So könnte die individuelle Praxisidentität verloren gehen. Je nach Rahmendaten muss man auch beachten, dass die Weiterarbeit des Abgebers für mindestens drei Jahre eine rechtliche Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigung darstellt. Auch könnten die Vertragsstrukturen bei einem Verkauf an ein MVZ komplexer sein.

Gibt es Unterschiede zwischen den Fachgebieten, wie leicht beziehungsweise schwer eine Praxisübergabe fällt?

Ja! Die jeweilige Fachrichtung macht, neben der Region, den wesentlichen Unterschied bei der Suche nach Nachfolgern aus. So fällt es beispielsweise in den Fachrichtungen Ortho-

pädie und Chirurgie aufgrund der Menge der Nachfragenden oder bei einem Fachinternisten mit Schwerpunkt Kardiologie aufgrund der Beschränktheit des Angebotes leichter, eine Praxis zu verkaufen. Im Gegensatz dazu ist es beispielsweise bei einer Praxis für Physikalische- und Rehabilitative Medizin fast unmöglich, einen Nachfolger zu finden. Neben der Fachrichtung ist insbesondere auch die Komplexität einer Praxis ein Kriterium für einen gelungenen Verkaufsprozess. Größe, die beispielsweise einen übernehmenden Arzt abschrecken kann, ist für einen anderen Käufer genau das, was gesucht wird. Gerade bei größeren Praxen oder MVZ mit angestellten Ärzten und eventuell mehreren Standorten oder Fachgruppen ist ein von Beginn an professionelles Vorgehen entscheidend für den Erfolg.

Wie kann der Wert einer Praxis ermittelt werden?

Häufig werden verschiedene Verfahren bei der Kaufpreismittlung angewendet. So haben sich in der Literatur das modifizierte Ertragswertverfahren oder die Bundesärztekammermethode etabliert. Diese finden auch in Gutachten Verwendung. Da es sich allerdings um mathematische Verfahren handeln, die insbesondere wirtschaftliche Kennziffern der Praxis als Berechnungsbasis nehmen, bilden diese die Realität von Angebot und Nachfrage häufig nicht ab. So kann eine Praxis wirtschaftlich aktuell noch so erfolgreich sein, wodurch ein entsprechender Praxiswert im Ergebnis der Formel herauskommen, wenn in dieser Fachrichtung oder Region keine Nachfrage herrscht, liegt der wahre Marktwert der bei null. Wichtig ist hier die Einschätzung eines Spezialisten der die Thematik und den regionalen Markt kennt.

Was ist im Hinblick auf die Übergabe der Patientendaten zu beachten?

Diese müssen grundsätzlich zehn Jahre aufbewahrt werden. Manchmal ist es daher sinnvoller, die Praxis günstiger zu übergeben, bevor man als Abgeber keinen Übernehmer findet und die Daten weiter verwalten muss. Zudem gibt es hierzu verschiedene Formvorschriften, welche bei einem Praxisverkauf Beachtung finden.

Wie können Ärzte im Hinblick auf die Übergabe den Wert ihrer Praxis erhalten oder sogar steigern?

Hier sind zwei Aspekte besonders wichtig. Man sollte sich im besten Fall dann mit der Praxisabgabe beschäftigen, wenn man noch nicht begonnen hat, seine Behandlungszeit, Standorte oder Dienstleistungen zurückzufahren. Die wirtschaftlichen Kennzahlen sollten demnach möglichst hoch und konstant sein. Ein „Ausschleichen“ der ärztlichen Tätigkeit hätte auf diese allerdings direkt einen negativen Einfluss. Zudem sollte versucht werden, sowohl das Interieur, die Technik und die beschäftigten Mitarbeiter stets auf einem hohen Aktualitätsniveau zu halten. Die „Eiche rustikal“

von Anfang der Neunzigerjahre ist zum Beispiel nicht „State-of-the-art“ und kann einen Verkauf erschweren.

Gibt es Förderprogramme, die bei der Praxisübergabe unterstützen können?

Ja. Praxisabgeber können auch in den letzten Jahren ihrer Tätigkeit beispielsweise geförderte Kreditprogramme von Landesförderbanken für Investitionen in Anspruch nehmen. Zudem gibt es für Existenzgründer ebenfalls spezielle Kreditprogramme der Förderbanken oder Förderungen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Wie kommuniziert man eine geplante Praxisübergabe an die Belegschaft und an die Patienten?

Erst dann, wenn eine tragfähige Lösung gefunden wurde. Jegliche Spekulationen oder Gerüchte sollten im Vorfeld vermieden werden. Auch deshalb kann es Sinn machen, sich bei der Praxisübergabe Unterstützung zu holen, welche die Nachfolgesuche im ersten Schritt anonym startet.

In welchem Alter sollten Ärzte beginnen, ihren Austritt zu planen?

Um sich alle Optionen offen zu halten und diese prüfen zu lassen, im besten Fall circa vier Jahre vor dem geplanten Ende der Arbeitszeit.

Welchen Zeitraum müssen Ärzte einkalkulieren bei der Suche nach einem Nachfolger für ihre Praxis?

Das variiert stark von Angebot und Nachfrage beziehungsweise dem Weg, der eingeschlagen werden soll, also der Verkauf an ein MVZ oder einen ärztlichen Kollegen. Man sollte sich aber bewusstmachen, dass selbst im Idealfall bei der Übergabe an einen klassischen Übernehmer, der Prozess bis zur Abgabe zwischen sechs bis neun Monate dauert - und dies nach dem Finden eines Interessenten.

Welche Besonderheiten gibt es bei der Abgabe einer Privatpraxis?

Privatpraxen stellen aufgrund der fehlenden KV-Zulassung eine Besonderheit dar. Oftmals liegt deren wirtschaftlicher Erfolg und damit deren Wert in der Person des Praxisinhabers. Wenn seine Bekanntheit oder auch sein Fachwissen Grund des Patientenzulaufs sind, gilt es genau zu prüfen, was bei einem Verkauf realistisch auf einen Übernehmer übertragen werden kann. Entsprechend verhält es sich bei der Festlegung eines fairen Preises. Erfahrungsgemäß ist es schwer, eine Privatpraxis zu verkaufen.

Die Fragen stellte Christopher Schäfer.

Der Steuerberater:

„Mit der Wahl des Verkaufszeitpunkts können Steuern gespart werden“



Foto: Schaab

Thorleif Schaab ist Steuerberater und Fachberater für das Gesundheitswesen.

Es lässt sich einiges sparen, wenn man nur die Steuergesetze kennt und für Praxisübergaben, die immer individuell betrachtet werden müssen, Lösungen findet. Einer, der sich in dem Thema auskennt, ist Thorleif Schaab, Steuerberater und Fachberater für das Gesundheitswesen (DStV e.V.) und Geschäftsführer der Steuerberatungsgesellschaft ETL/Advimed GmbH. Die Steuerkanzlei mit dem Schwerpunkt in der Beratung von Ärzten, Zahnärzten und Psychotherapeuten hat ihren Sitz in Mainz.

Was ist überhaupt eine Praxisabgabe?

Schaab: Unter einer Praxisabgabe werden die nachfolgenden Lebenssachverhalte subsumiert: Der Verkauf einer Einzelpraxis, der Verkauf eines Teilbetriebs, ein eher seltener Vorgang im beruflichen Exit-Prozess von Arztpraxen, der Verkauf des gesamten Mitunternehmeranteils an einer Berufsausübungsgemeinschaft, die Aufgabe der Einzelpraxis oder des gesamten Mitunternehmeranteils, also die Beendigung der ärztlichen Berufsausübung, ohne dass ein Erwerber zur Verfügung steht. Dies stellt, bedauerlicherweise vor allem im ländlichen Bereich, keine Seltenheit mehr dar. Eine Praxisabgabe kann auch sein: die Einbringung einer Einzelpraxis oder eines Anteils an einer Berufsausübungsgemeinschaft in eine andere Berufsausübungsgemeinschaft oder in eine Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) GmbH. Hier gelten zusätzliche besondere steuerrechtliche Regelungen, beispielsweise nach dem Umwandlungssteuergesetz.

Wann liegt eine steuerbegünstigte Praxisabgabe vor?

Das deutsche Steuerrecht begünstigt die Praxisabgaben, wenn bestimmte steuergesetzliche Voraussetzungen eingehalten werden. Die wichtigsten Bedingungen sind, dass beispielsweise sämtliche sogenannte wesentliche Betriebsgrundlagen im Ganzen übertragen werden. Das bedeutet, dass der oder die Erwerber mit dem Erhaltenen in der Lage sein müssen, die Praxis fortzuführen. Als wesentliche Betriebsgrundlagen versteht man Wirtschaftsgüter, die zur Erreichung des Betriebszwecks erforderlich sind und für die Fortführung des ärztlichen Betriebs ein besonderes Gewicht haben, wie beispielsweise der Patientenstamm,

medizinische Geräte, notwendige Beteiligungen (zum Beispiel an Apparate- oder Laborgemeinschaften). Nicht wesentliche Betriebsgrundlagen sind beispielsweise Forderungen, Verbindlichkeiten oder Bankguthaben.

Welchen Einfluss haben die stillen Reserven auf die Steuervergünstigung?

Als stille Reserven bezeichnet man den Unterschiedsbetrag zwischen dem bilanziellen Buchwert eines Vermögensgegenstandes und dessen tatsächlichem Wert. Diese wertmäßige Reserve in einem Vermögensgegenstand des Betriebsvermögens ist der Besteuerung zuzuführen, sobald sie – auf welche Art auch immer – ihre Eigenschaft als Betriebsvermögen verliert. In der Regel geschieht dies im Rahmen einer Veräußerung oder Entnahme des Vermögensgegenstandes. Soweit einzelne wesentliche Betriebsgrundlagen nicht mitveräußert werden, müssen sie unter Aufdeckung der in ihnen ruhenden stillen Reserven in das Privatvermögen überführt werden – es gilt grundsätzlich, dass sämtliche stillen Reserven aufgedeckt werden müssen.

Welche Bedingungen gibt es noch für eine steuerliche Begünstigung?

Eine weitere wesentliche Voraussetzung dafür, dass der Vorgang steuerlich begünstigt wird ist, dass die bisherige, mit dem veräußerten Praxisvermögen verbundene selbständige Tätigkeit beendet wird. Hier gelten zwar aus der Rechtsprechung entwickelte Ausnahmen, so ist beispielsweise eine geringfügige Weiterbehandlung von bisherigen Patienten unschädlich für die Steuerbegünstigung. Dies ist jedoch grundsätzlich risikobehaftet, da es hier keine festen Grenzen gibt, wann eine nicht mehr nur geringfügige Weiterbehandlung vorliegt – der Veräußerer setzt sich somit dem Risiko aus,

in Falle der Überprüfung durch das Finanzamt die ursprüngliche Steuerbegünstigung durch sein eigenes Handeln zu verlieren. In jedem Falle einer nachfolgenden, auch nur geringen Berufsausübung, ist vorab eine gute Beratung durch spezialisierte Steuerberater zu empfehlen.

Was müssen Praxisinhaber im Jahr der Praxisübergabe hinsichtlich der Steuer beachten?

Das ist ein relativ weites Feld für den Arzt, aber auch für den ihn beratenden Steuerberater, da neben der ärztlichen Berufsausübung oftmals noch weitere Einkunftsquellen wie zum Beispiel Vermietungseinkünfte oder Kapitaleinkünfte vorliegen, die die Steuerlast im Veräußerungsjahr sowohl positiv wie auch negativ beeinflussen können. Als Empfehlung an den veräußernden Arzt kann ich an dieser Stelle nur erwähnen, dass der gesamte Abgabeprozess einer Praxis dann steuerlich und auch wirtschaftlich optimal abläuft, wenn Arzt und Berater frühzeitig die essenziellen Vorstellungen, steuerliche Themen und wichtige Termine kommunizieren und planvoll umsetzen.

Was ist vor der Praxisabgabe steuerlich zu klären?

Erfahrungsgemäß beginnt der Abgabeprozess sehr früh, meist trägt sich der veräußerungswillige Arzt bereits mehrere Jahre vor dem Verkaufszeitpunkt mit dem Gedanken, die Berufsausübung irgendwann einzustellen. Wenn sich dieser erste Gedanke hinsichtlich des Zeitpunktes und der Preisvorstellung und vielleicht sogar im Hinblick auf den potenziellen Nachfolger konkretisiert – erfahrungsgemäß ist das meist zwei bis drei Jahre vor dem Verkauf – ist auch der richtige Zeitpunkt gekommen, den Steuerberater mit „ins Boot“ zu holen.

Was kann der Steuerberater zu diesem frühen Zeitpunkt bereits tun?

Dieser kann mit den entsprechenden Informationen prüfen, ob bereits sämtliche Voraussetzungen für eine steuerbegünstigte Abgabe vorliegen oder noch Handlungen des Abgebers erforderlich sind oder noch Wartezeiten oder Sperrfristen nach Steuergesetzen abgewartet werden müssen. Des Weiteren kann der spezialisierte Steuerberater durch geschickte Gestaltung – beispielsweise durch den Wechsel der Art der Gewinnermittlung, der Festlegung eines konkreten Verkaufszeitpunktes und/oder der Gestaltung übriger Einnahmen und Ausgaben, zum Beispiel Investitionen in vermietete Immobilien, zur deutlichen Senkung der Steuerbelastung auf den Veräußerungsgewinn beitragen. Dies ist meist ein sehr arbeitsintensiver Prozess für den abgebenden Arzt und den Steuerberater, der sich jedoch mit Blick auf das Ergebnis lohnt. Ich empfehle somit, sich mit dem Thema

Foto: AdobeStock/magele-picture



„Das deutsche Steuerrecht begünstigt die Praxisabgaben, wenn bestimmte steuergesetzliche Voraussetzungen eingehalten werden“, sagt Steuerberater Thorleif Schaab.

frühzeitig auseinanderzusetzen, da die Zeit der wesentliche Faktor ist. Sehr kurzfristig vor dem Verkauf ist eine Umsetzung der vorgenannten Maßnahmen meist sehr schwer oder überhaupt nicht mehr möglich.

Welches sind die häufigsten Fehler aus steuerlicher Sicht?

Neben der zeitlichen Komponente, also beispielsweise dem nicht rechtzeitigen Informieren des Beraters, können im Vorfeld oder auch im Nachhinein Fehler passieren, die bei entsprechender Kenntnis nicht passiert wären. Beispielhaft sei hier erwähnt, dass der Freibetrag oder die ermäßigte Besteuerung bereits für einen früheren, monetär weniger relevanten Veräußerungsvorgang genutzt wurden, dass Halte-/oder Sperrfristen (zum Beispiel nach Realteilung) nicht eingehalten wurden, nicht sämtliche stillen Reserven aufgedeckt wurden oder im Nachhinein die ärztliche Tätigkeit in einem steuerschädlichen Umfang fortgeführt wurde. Das alles sind nur wenige mögliche Fehlerquellen: Das Steuerrecht bietet aufgrund seiner grundsätzlichen Komplexität leider eine Vielzahl von Fehlerquellen, die möglichst zu vermeiden sind.

Die Fragen stellte Christopher Schäfer.

Der Rechtsanwalt:

„Auch die unangenehmen Punkte müssen mit dem Nachfolger unbedingt besprochen werden“



Foto: Dorn

Dr. jur. Alexander Dorn
ist Fachanwalt für Medizinrecht.

In juristischen Fragen müssen Ärztinnen und Ärzte einige Punkte beachten, wenn sie ihre Praxis abgeben möchten. Antworten darauf und andere Tipps gibt Dr. jur. Alexander Dorn, Fachanwalt für Medizinrecht, Strafrecht sowie Handels- und Gesellschaftsrecht mit Kanzlei in Mainz. Er berät Ärzte in verschiedenen rechtlichen Angelegenheiten.

Welche Verträge sind zu berücksichtigen, um die Übergabe einzuleiten?

Dr. Dorn: Es ist wichtig, dass sich Käufer und Verkäufer über die wesentlichen Fragen der Übergabe der Praxis einigen. Eine entsprechende Einigung sollte in einem schriftlichen Kaufvertrag fixiert werden. Hierbei müssen einige Besonderheiten berücksichtigt werden, etwa die Absicherung des Kaufpreises. Selbstverständlich ist es auch wichtig, dass die Parteien sich darum kümmern, dass für die Praxis wichtige Verträge (Mietvertrag, Telekommunikationsverträge und andere Dauerschuldverhältnisse) reibungslos von dem Verkäufer auf den Käufer übergehen können, da dies für den weiteren Betrieb der Praxis entscheidend ist. Dasselbe gilt auch für die Arbeitsverträge mit den in der Praxis beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Für diesen Bereich gelten zusätzliche gesetzliche Regelungen.

Welche Besonderheiten muss ich als Teil einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) berücksichtigen?

Will ein Arzt in eine Berufsausübungsgemeinschaft einsteigen, dann wird er in der Regel den Gesellschaftsanteil eines ausscheidenden Gesellschafters übernehmen. Der Einstieg des neuen Mitgesellschafters wird dann durch einen sogenannten Anteilskauf- und Übertragungsvertrag geregelt. Allerdings sollte der einsteigende Arzt sich zuvor auch alle anderen zwischen den bisherigen Mitgliedern der Gesellschaft geltenden Verträge und Vereinbarungen vorlegen und diese sachverständig überprüfen lassen, denn nach seinem Eintritt gelten diese auch für ihn. Wichtig ist noch zu wissen, dass der eintretende Gesellschafter rückwirkend für alle Verbindlichkeiten haftet, die die Gesellschaft in der Vergangenheit eingegangen ist; dies gilt für Verträge ebenso wie für eine

mögliche Haftung aus Behandlungsfehlern. Im Zulassungsverfahren hat der eintretende Arzt jedoch einen Vorteil: Hier entscheiden im Wesentlichen seine zukünftigen Mitgesellschafter, wer der Berufsausübungsgemeinschaft beitreten kann. Der Zulassungsausschuss wird also den Wunsch der Mitgesellschafter berücksichtigen, dass ein bestimmter Kandidat in die Praxis mit eintreten soll.

Inwiefern muss ich den Käufer meiner Praxis beim Schreiben des Kaufvertrags mit einbeziehen?

Verträge werden immer gegenseitig geschlossen. Selbstverständlich ist es wichtig, dass beide Parteien sich gemeinsam auf einen Vertragstext einigen. In unserer Kanzlei ist es üblich, dass sich sämtliche Beteiligten an einen Tisch setzen und die Bestimmungen, die zwischen den Parteien gelten sollen, im Einzelnen durchgehen und besprechen. Nur so kann eine wirklich gute Lösung für alle Beteiligten gefunden werden. Bei Verträgen, dies gilt für Praxiskaufverträge ebenso wie für Gesellschaftsverträge zwischen Ärzten, handelt es sich nicht etwa um Formulare, die einfach unterschrieben werden können. Ein Vertrag ist viel mehr.

Welche Probleme treten bei den Vertragsverhandlungen auf?

Ein Problem, das wirklich häufig auftritt, ist, dass die Parteien lange miteinander verhandeln, die wesentlichen Punkte aber weder thematisiert werden, noch über sie eine Einigung getroffen wird. Dies gilt selbst dann, wenn die Parteien glauben, dass sie doch alles geregelt hätten. Es ist also wichtig, bei Vertragsverhandlungen alle Punkte anzusprechen, die wesentlich sind, auch wenn das manchmal unangenehm ist. In den letzten Jahren ist es zudem vorgekommen, dass der Käufer den Kaufpreis schuldig geblieben ist. Dies kann durch entsprechende Regelungen im Kaufvertrag verhindert wer-

den, beispielsweise dadurch, dass der Käufer dem Verkäufer vor Übergabe der Praxis eine Bankbürgschaft übergibt, die den Kaufpreis absichert. Hier muss auf jeden Fall die Bank zahlen, wenn der Verkäufer ausfällt oder nicht leisten will.

Wenn ich einen Nachfolger ausgesucht habe: Muss ich trotzdem die Ausschreibung beim Zulassungsausschuss beantragen? Oder anders gefragt: Warum sollte ich überhaupt einen Nachfolger selbst suchen, wenn das letztlich die Kassenärztliche Vereinigung entscheidet?

Tatsächlich ist es so, dass ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Arzt grundsätzlich seinen Sitz „aus-schreiben lassen muss“, soll dieser mit einem Nachfolger nachbesetzt werden. Die Kassenärztliche Vereinigung hilft dem Arzt nicht dabei, einen Nachfolger zu finden, sondern der Zulassungsausschuss entscheidet, welcher der potenziellen Nachfolger, die sich auf den Sitz beworben haben, gegebenenfalls der Geeignetste ist. Entscheidend hierbei ist auch, dass sich der Abgeber mit dem Übernehmenden geeinigt hat. Dabei sollte die Einigung durch einen schriftlichen Kaufvertrag besiegelt werden. Gegenüber dem Zulassungsausschuss muss der abgehende Verkäufer dann noch erklären, dass eine „wirtschaftliche Einigung“ erfolgt ist. Vor diesem Hintergrund ist es also schon aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten durchaus sinnvoll, dass sich jemand, der seine Praxis veräußern will, darum kümmert, selbst einen Nachfolger zu finden.

An welchen Punkten hakt es ganz grundsätzlich, wenn eine Praxis verkauft wird?

Gerade die Übergabe der Patientenkartekarten muss juristisch sauber geregelt werden. In der Regel wird es so sein, dass der Käufer die Praxiskartekarten für den Verkäufer verwahrt und in diese nur dann Einblick nehmen darf, wenn der

jeweilige Patient hiermit einverstanden ist. Die Einzelheiten müssen hier in dem Kaufvertrag geregelt werden. Hier gibt es viele Fallstricke, die beachtet werden müssen. Dabei müssen Regelungen des ärztlichen Berufsrechts, des Strafrechts und auch des Rechts des Datenschutzes beachtet werden.

Zum Schutz der Erben gibt es eine Nachhaftungsversicherung: Was ist in dieser Hinsicht zu beachten?

Im Hinblick auf ein mögliches Versterben des Praxisinhabers ist es wichtig, auch für diesen Fall entsprechende Vorsorge zu treffen. Wichtig ist es, dass der Praxisinhaber regelt, was nach einem möglichen Tod mit der Praxis zu geschehen hat. Hier müssen entsprechende Regelungen getroffen werden, die über den Tod des Praxisinhabers hinaus gelten sollen. Sicher ist es von Vorteil, wenn hier eine vertrauenswürdige Person mit entsprechenden Vollmachten ausgestattet wird, die dann beispielsweise gegenüber den Gremien der vertragsärztlichen Versorgung entsprechende Anträge stellen kann. Jedenfalls sollte es vermieden werden, dass die Veräußerung der Praxis am Ende durch eine sogenannte Erbengemeinschaft erfolgen muss, was regelmäßig zu Schwierigkeiten führt, wenn die Mitglieder der Erbengemeinschaft untereinander keine Einigkeit herstellen können.

Die Fragen stellte Christopher Schäfer.



Foto: AdobeStock/MQ-Illustrations

Alle für die Praxis wichtigen Verträge müssen reibungslos auf den Käufer übergehen, mahnt Dr. Alexander Dorn an.

Auf der Nachfolgersuche für die Praxis: Rechtzeitig anfangen

Der Idealfall sieht noch immer so aus: Ein Arzt eröffnet oder übernimmt nach bestandener Facharztprüfung eine Praxis, beschäftigt das Praxisteam, und wenn er ins Rentenalter kommt, übernimmt ein anderer Arzt, der bereits vor einiger Zeit eingestiegen ist, die Praxis und das Team. Das Ganze geht ohne Probleme über die Bühne, der Arzt erhält eine Ab-löse vom Nachfolger und weiß, dass seine Praxis und sei-ne Mitarbeiter in guten Händen sind. Soweit das sehr ver-einfacht dargestellte Idealbild, das aber in immer weniger Fällen der Realität entspricht. Sogar in Großstädten finden beispielsweise Inhaber von Haus- und Kinderarztpraxen nur schwerlich Nachfolger. Das bestätigt eine aktuelle Umfra-ge des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung: Demnach empfinden es 78 Prozent der Praxisinhaber, die schon mit der Nachfolgesuche begonnen hatten, als eine der größten Schwierigkeiten, überhaupt einen Interessenten zu finden. Die Gründe dafür sind vielfältig - ein Trend ist, dass sich junge Kollegen lieber anstellen lassen, als selbst Praxis-inhaber zu werden.

Persönliche Kontakte sollten gepflegt werden

Es ist also schwieriger geworden, die Praxis zu den früher landläufig gewohnten Bedingungen zu übergeben oder gar zu verkaufen. Von einer Altersanlage kann in manchen Fällen keine Rede mehr sein. Dennoch ist die Übergabe der Praxis freilich weiterhin gut möglich, und es gibt Faktoren, die die Chance für eine geordnete Übergabe steigern. Die Kassen-ärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP), die für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung im Land verant-wortlich ist, gibt Inhabern von Praxen den grundsätzlichen Tipp, sich frühzeitig, also mehrere Jahre vor dem geplanten Beginn des Ruhestands, mit der Nachfolge zu beschäftigen. Denn eine Praxisübergabe geht nicht von heute auf morgen über die Bühne.

Eminent wichtig sind die persönlichen Netzwerke. Ärzte sollten in Kontakt bleiben mit Kollegen, etwa bei Qualitäts-zirkeln, Stammtischen, Treffen von Berufsverbänden oder in Kontakt treten mit dem Bürgermeister oder dem Landrat in ihrer Region, die ein großes Interesse an der medizinischen Versorgung ihrer Kommunen haben. Auch der Draht in die Krankenhäuser kann helfen, um Interessenten kennenzuler-nen, die in die Selbstständigkeit wechseln wollen. Wer die Weiterbildungsbefugnis hat, die bei den Bezirksärztekam-mern Koblenz, Pfalz, Rheinhessen oder Trier beantragt wer-den kann, könnte sich auch seinen Nachfolger als Weiterbil-dungsassistenten gleich in die Praxis holen und ihn selbst an die Praxisleitung heranzuführen.

Wann eine Ausschreibung notwendig ist

Welche Anträge der Praxisinhaber beim Zulassungsaus-schuss der KV RLP zu stellen hat, hängt auch davon ab, ob sich die Praxis in einem Planungsbereich mit Zulassungs-beschränkung befindet: Dann muss die Praxis ausgeschrie-ben werden, was im Normalfall sechs Monate dauert. Das passiert nur, wenn der Zulassungsausschuss entscheidet, dass die Praxis weiterbetrieben werden soll. Dort wird letzt-lich befunden, welcher der Kandidaten die Praxis überneh-men soll. Vorher kann sich der Praxisinhaber aber über die Übergabemodalitäten mit den Kandidaten verständigen. Im geöffneten Planungsbereich kann die Übergabe ohne Aus-schreibung vereinbart werden.

In jedem Bereich gilt: Wenn der Nachfolger die Kassenzu-lassung beantragt, muss der Praxisinhaber anschließend schriftlich beim Zulassungsausschuss der KV RLP auf seine eigene Zulassung verzichten. Das gilt auch für den Fall, dass der Inhaber im geöffneten Planungsbereich keinen Nachfol-ger findet und er die Praxis auflösen muss und auch dann, wenn der Arzt in der Rente weiterarbeiten und sich vielleicht sogar beim Nachfolger anstellen lassen möchte.

Christopher Schäfer



WEITERE INFOS

Wer Unterstützung bei der Übergabe braucht, kann sich unter Telefon 06131 326-326 oder per E-Mail an service@kv-rlp.de an die KV RLP wenden.

Weitere Tipps finden sich unter www.kv-rlp.de im Bereich Praxis. Dort sind zudem Links zu erklären-den Videos zum Thema zu finden. Bei der Suche nach einem Praxisnachfolger kann auch eine Anzei-ge im **Ärzteblatt Rheinland-Pfalz, im **Online-Anzei-genmarkt der KV RLP** und in den **Stellenbörsen für Mediziner im Internet** helfen.**



Icons: AdobeStock/Artco

Ärzteversorgung in Rheinland-Pfalz: Drei Einrichtungen sichern die Rente

In Rheinland-Pfalz sind drei Versorgungswerke zuständig für die Rente der Ärztinnen und Ärzte: die Bayerische Ärz-teversorgung für die Pfalz und Rheinhessen, die Versorgungs-einrichtung der Bezirksärztekammer Trier und die Versor-gungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz. Die Zu-ständigkeit richtet sich nach dem Tätigkeitsort. Aufgabe der

Ärzteversorgung ist es, nach den Bestimmungen des Heil-berufsgesetzes Rheinland-Pfalz Versorgung im Sinne der Satzung zu gewähren. Hierunter versteht man im Wesentli-chen die Bereitstellung von Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenrenten. Was es rund um die Mitgliedschaft in den jeweiligen Versorgungseinrichtungen zu beachten gibt.



Die Versorgungseinrichtung der Bezirksärztekammer Koblenz ist zuständig für das Einzugsgebiet der Bezirksärztekammer Koblenz (der Zuständigkeitsbereich ist begrenzt auf den Bereich des ehema-ligen Regierungsbezirks Koblenz in den Grenzen vom 31.12.1999). Der Regierungsbezirk der Versorgungseinrichtung der Bezirksärz-tekammer Trier umfasst das Einzugsgebiet der Bezirksärztekam-mer Trier. Die Bayerische Ärzteversorgung ist in Rheinland-Pfalz zuständig für den Einzugskreis der Bezirksärztekammer Rheinhes-sen und Pfalz.

Quelle: Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Stand April 2025

Basiskarte: AdobeStock/Maxim Grebeshkov

Ist die Mitgliedschaft in der Ärzteversorgung verpflichtend?

Ja, die Mitgliedschaft in der Ärzteversorgung ist für Ärztinnen und Ärzte verpflichtend, sobald sie ärztlich in dem jeweiligen Bereich tätig sind.

Gibt es Ausnahmen?

Ausnahmen gelten unter anderem für vorübergehend oder dauernd berufsunfähige Mitglieder.

Zusätzlich gilt:

Bayerische Ärzteversorgung	Versorgungseinrichtung Koblenz	Versorgungseinrichtung Trier
Befreiungsmöglichkeit für Beamte sowie Zeit- oder Berufssoldaten und Wehrdienstleistende	Ausnahmen gelten unter anderem auch für beamtete Ärztinnen und Ärzte und Sanitätsoffiziere.	

Muss man parallel dazu in die gesetzliche Rentenversicherung einzahlen?

Ja, im Angestelltenverhältnis tätige Mitglieder können sich jedoch von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung befreien lassen. Achtung: Bei jedem Wechsel der Beschäftigung (auch innerhalb des Bundeslandes) muss die Befreiung zwingend neu innerhalb von 3 Monaten elektronisch beantragt werden. Ärztinnen und Ärzte, die keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nachgehen (zum Beispiel niedergelassene Ärzte), zahlen ihren Beitrag zur Altersversorgung ausschließlich an die jeweilige Versorgungseinrichtung.

Wie hoch ist der Beitrag für angestellte Ärztinnen und Ärzte?

Bei Befreiung von der Rentenversicherung ist der Beitrag gleich hoch wie sonst zur gesetzlichen Rentenversicherung: 18,6 Prozent (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil) des sozialversicherungspflichtigen Bruttogehaltes bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Dabei gelten derzeit folgende monatliche Grenzwerte: Beitragsbemessungsgrenze 8.050,00 Euro und Höchstbeitrag 1.497,30 Euro monatlich.

Zusätzlich gilt:

Bayerische Ärzteversorgung	Versorgungseinrichtung Koblenz	Versorgungseinrichtung Trier
Ohne Befreiung: halber Mindestbeitrag 93,00 Euro monatlich.	Mindestbeitrag 149,75 Euro monatlich. Ohne Befreiung: 18,6 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Bruttogehalts.	Mindestbeitrag 149,75 Euro monatlich.

Trier



Foto: Versorgungseinrichtung Trier

Wie hoch ist der Beitrag für selbstständige Ärztinnen und Ärzte?

Bayerische Ärzteversorgung	Versorgungseinrichtung Koblenz	Versorgungseinrichtung Trier
Regelbeitrag: 25 Prozent der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze zur Deutschen Rentenversicherung Bund. Dies sind derzeit aufgerundet 2.013 Euro monatlich. Höchstbeitrag: Der Pflichtbeitrag ist auf den zweifachen Höchstbeitrag der Deutschen Rentenversicherung gedeckelt. Das sind 2025 2.994,60 Euro monatlich. Pflichtbeitrag: 18 Prozent des reinen Berufseinkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Deutschen Rentenversicherung Bund und 7 Prozent darüber hinaus.	Regelbeitrag: 25 Prozent der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze zur Deutschen Rentenversicherung Bund. Dies sind derzeit aufgerundet 2.013 Euro monatlich. Höchstbeitrag: Um zwei Anwartschaftsprozente jährlich zu erwerben, ist der doppelte Höchstbeitrag der Deutschen Rentenversicherung Bund zu zahlen. Das sind 2025 2.994,60 Euro monatlich. Mindestbeitrag: In Abhängigkeit des Umsatzes aus ärztlicher Tätigkeit ist eine Ermäßigung auf ein Drittel des Angestellten-Höchstbeitrages möglich. Das sind 2025 499,10 Euro monatlich.	Regelbeitrag: Das eineinhalbfache des Höchstbetrages zur Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV Bund). Das sind 2025 2.245,95 Euro. Höchstbeitrag: Der Regelbeitrag ist auf das zweieinhalbfache des Höchstbeitrages der DRV Bund gedeckelt. Das sind 2025 3.743,25 Euro. Mindestbeitrag: Das sind 2025 149,73 Euro.

Hinweis: Die Information dient zur Übersicht. Zur individuellen Beratung, Fragen und Ermäßigungen stehen die Ansprechpartner der Versorgungseinrichtungen zur Verfügung.

Wie lange muss man einzahlen, um anspruchsberechtigt zu sein?

Es gibt keine Wartezeit. Die Höhe des Ruhegelds bei Berufsunfähigkeit berechnet sich unter anderem nach den bisher eingezahlten Beiträgen.

Wann hat man Anspruch auf Altersruhegeld?

Anspruch auf Altersruhegeld hat ein Mitglied, das die Regelaltersgrenze erreicht hat.

Zusätzlich gilt:

Bayerische Ärzteversorgung	Versorgungseinrichtung Koblenz	Versorgungseinrichtung Trier
Wie bei der gesetzlichen Rentenversicherung wird die Regelaltersgrenze für die Geburtsjahrgänge 1947 bis 1963 stufenweise angehoben. Für vor dem Jahr 1947 Geborene ist die Regelaltersgrenze mit Vollendung des 65. Lebensjahres, für nach 1963 Geborene mit Vollendung des 67. Lebensjahres erreicht.	Die Regelaltersgrenze mit Vollendung des 65. Lebensjahres gilt für vor 1952 geborene Mitglieder, die Regelaltersgrenze mit Vollendung des 67. Lebensjahres gilt für nach 1974 geborene Mitglieder, zwischen 1952 und 1974 wird die Grenze monatlich je Jahrgang um einen Monat angehoben.	Die Regelaltersgrenze wurde beginnend mit dem Geburtsjahrgang 1947 ab 01.01.2012 bis 2023 schrittweise von 65 auf 67 Jahre angehoben. Ab Geburtsjahrgang 1958 liegt sie somit bei 67 Jahren

Die Versorgungseinrichtung Trier betreut über 2.998 Mitglieder sowie 1.086 Versorgungsempfänger (Stand 31.12.2024).

KONTAKT:
info@ve-trier.de
www.ve-trier.de

Erreichbarkeit (oder nach telefonischer Vereinbarung):
Montag bis Donnerstag: 9 bis 16 Uhr, Freitag: 9 bis 13 Uhr
Telefonzentrale: **0651-170886-0**

Kann man früher in Rente gehen?

Mitglieder, die das 60. Lebensjahr (beziehungsweise das 62. Lebensjahr bei erstmaligem Mitgliedschaftsbeginn nach dem 31.12.2011) vollendet haben, erhalten auf Antrag vorgezogenes Altersruhegeld. Dabei vermindert sich die Rente dauerhaft, das heißt für die gesamte Bezugsdauer um einen Abschlag, der sich nach der Anzahl der Monate des Vorziehens des Ruhegeldbeginns richtet.

Kann man später in Rente gehen?

Der Beginn des Altersruhegeldes kann auf Antrag, der vor Erreichen der Regelaltersgrenze zu stellen ist, auf einen späteren Zeitpunkt verlegt werden.

Zusätzlich gilt:

Bayerische Ärzteversorgung	Versorgungseinrichtung Koblenz	Versorgungseinrichtung Trier
Das Altersruhegeld erhöht sich dabei für jeden Monat des Aufschubs dauerhaft, das heißt für die gesamte Bezugsdauer, um einen ermittelten Zuschlag. Der Aufschub kann durch einen vorab an das Versorgungswerk zu stellenden Antrag jederzeit beendet werden. Bleibt ein solcher Antrag aus, wird das hinausgeschobene Altersruhegeld ab einem Alter von 72 Jahren gezahlt. Beitragspflicht besteht in der Aufschubphase nur bei sozialversicherungspflichtigen Tätigkeiten.	Der Aufschub der Altersrente ist nur bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres möglich. Es wird kein Zuschlag für den Aufschub gezahlt. Es gilt eine Beitragspflicht für jede ärztliche Tätigkeit.	Auf Antrag wird der Beginn der Rentenzahlung über die Regelaltersgrenze hinaus aufgeschoben, jedoch längstens bis zur Vollendung des 72. Lebensjahres. Es wird dann ein versicherungsmathematisch austarierter Zuschlag gezahlt.

Was passiert mit freiwilligen Beiträgen?

Bayerische Ärzteversorgung	Versorgungseinrichtung Koblenz	Versorgungseinrichtung Trier
Diese werden so behandelt wie Pflichtbeiträge. Alle nach Erreichen der Regelaltersgrenze gezahlte Beiträge fließen anteilig in die Verrentung ein.	Generell werden freiwillige Beiträge behandelt wie Pflichtbeiträge, auch nach Erreichen der Altersgrenze und fließen damit voll in die Verrentung.	Diese werden so behandelt wie Pflichtbeiträge.

Die Versorgungseinrichtung Koblenz betreut 9.952 Mitglieder. Hiervon sind 7.510 aktive Mitglieder und 2.442 Versorgungsempfänger (Stand 31.12.2024).

KONTAKT:
Mitglieds-, Beitrags- und Rentenbetreuung
Telefon: **0261-947 637 40**
Telefax: **0261-947 637 99**

mitgliedschaft@ve-koblenz.de
www.ve-koblenz.de

Erreichbarkeit (oder nach telefonischer Vereinbarung):
Montag bis Donnerstag: 8:30 bis 12 Uhr
Montag, Mittwoch und Donnerstag: 13:30 bis 15:30 Uhr

Wie legen die Versorgungseinrichtungen das Geld ihrer Mitglieder an?

Die Versorgungseinrichtungen nutzen bei ihrem Finanzierungssystem das offene Deckungsplanverfahren, als Kombination aus reinem Umlageverfahren und einem Kapitaldeckungsverfahren. Damit ist das offene Deckungsplanverfahren krisenfeuster und weniger abhängig von demografischen Veränderungen und Kapitalmarktschwankungen. Alle Versorgungseinrichtungen legen ihre Anlagen gemischt an, um Risiken zu streuen.

Zusätzlich gilt:

Bayerische Ärzteversorgung	Versorgungseinrichtung Koblenz	Versorgungseinrichtung Trier
Zum 31.12.2023 hatte die Versorgungseinrichtung eine Bilanzsumme von 30 Milliarden Euro; davon sind 29,8 Milliarden Euro Kapitalanlagen. Im Jahr 2023 beliefen sich die Beitragseinnahmen (ohne Überleitungen und Nachversicherungen) auf 1,51 Milliarden Euro. Dem gegenüber standen 1,29 Milliarden Euro Versorgungsleistungen.	Zum 31.12.2023 hatte die Versorgungseinrichtung eine Bilanzsumme von 1,67 Milliarden Euro; davon sind 1,65 Milliarden Euro Kapitalanlagen. Im Jahr 2023 beliefen sich die Beitragseinnahmen (ohne Überleitungen und Nachversicherungen) auf 82,3 Millionen Euro. Dem gegenüber standen 69,3 Millionen Euro Versorgungsleistungen ohne Aufwendungen für Rückkäufe, Rückgewährungsbeträge, Austrittsvergütungen und Überleitungen.	Zum 31.12.2023 wies die Versorgungseinrichtung eine Summe von 844 Millionen Euro an Kapitalanlagen aus. Im Jahr 2023 beliefen sich die Beitragseinnahmen auf 34,6 Millionen Euro. Dem gegenüber standen 35,8 Millionen Euro Versorgungsleistungen. Somit überstiegen diese erstmals die Summe der Beitragseinnahmen.

Das Renteneintrittsalter ist erreicht. Was sind die nächsten Schritte?

Zwei bis vier Monate vor Erreichen der Regelaltersgrenze kontaktieren die Versorgungswerke ihre Mitglieder und informieren über den Anspruch auf reguläres Altersruhegeld. In dem Schreiben wird auch über einen möglichen Aufschub der Altersrente hingewiesen.

Muss ein Antrag zur Auszahlung der Rente gestellt werden oder erfolgt dies automatisch?

Bayerische Ärzteversorgung	Versorgungseinrichtung Koblenz	Versorgungseinrichtung Trier
Ein formeller Antrag ist zur Auszahlung des regulären Altersruhegeldes nicht erforderlich, es werden jedoch die in einer Erklärung abgefragten Daten und Nachweise zur Auszahlung benötigt.	Ein Antrag zur Auszahlung der Regelaltersrente muss nicht gestellt werden. Dies ist nur dann erforderlich, wenn eine vorgezogen oder aufgeschobene Altersrente gewünscht wird.	Zur Gewährung der Altersrente muss grundsätzlich ein schriftlicher Antrag gestellt werden.



Foto: Versorgungseinrichtung Koblenz

Koblenz

Welche Unterlagen werden benötigt?		
Bayerische Ärzteversorgung	Versorgungseinrichtung Koblenz	Versorgungseinrichtung Trier
Die benötigte Erklärung zur Einweisung des regulären Altersruhegeldes ist im Downloadcenter der Homepage unter Service hinterlegt. Diese kann auf digitalem Wege oder per Post an die Bayerische Ärzteversorgung versandt werden. Der Erklärung ist eine Geburtsurkunde des Mitglieds (Kopie/Scan, alternativ der Personalausweis (Kopie/Scan)) sowie zum Download bereitstehende Formblätter zur Ermittlung der Krankenkasse des Versorgungsberechtigten und ergänzende Angaben zur Einleitung eines zwischenstaatlichen Rentenverfahrens beizufügen.	Damit die Rente ausgezahlt werden kann, werden von dem Mitglied Angaben zur Bankverbindung, die Steuer-ID, der Krankenkasse und – sofern dies zutrifft – Geburtsurkunden sowie Schul- beziehungsweise Studiennachweise zur Zahlung einer Kinderzulage benötigt. Durch die Einführung der Europäischen Koordinierung der Sozialsysteme ist die Versorgungseinrichtung verpflichtet, beim Rentenempfänger eventuell im Europäischen Ausland zurückgelegte Versicherungszeiten in Erfahrung zu bringen und diese Zeiten bei der Berechnung der Altersrente zu berücksichtigen. Daher werden diese Angaben auf dem Rentenfragebogen ebenfalls abgefragt.	Damit die Rente ausgezahlt werden kann, werden von dem Mitglied Angaben zur Bankverbindung, die Steuer-ID, der Krankenkasse und – sofern dies zutrifft – Geburtsurkunden sowie Schul- beziehungsweise Studiennachweise zur Zahlung einer Kinderzulage benötigt. Durch die Einführung der Europäischen Koordinierung der Sozialsysteme ist die Versorgungseinrichtung verpflichtet, beim Rentenempfänger eventuell im Europäischen Ausland zurückgelegte Versicherungszeiten in Erfahrung zu bringen und diese Zeiten bei der Berechnung der Altersrente zu berücksichtigen. Daher werden diese Angaben auf dem Rentenfragebogen ebenfalls abgefragt.
Wie wird Rente ausbezahlt?		
Die Rentenzahlungen erfolgen grundsätzlich monatlich per Überweisung.		
Was ist bei der Versteuerung der Rente zu beachten?		
Die Rentenzahlungen der Versorgungseinrichtungen erfolgen ohne den Abzug von Steuern. Die Versteuerung ist vom Mitglied selbst mit der Einkommenssteuererklärung vorzunehmen. Die Versorgungsleistungen der Versorgungseinrichtung unterliegen seit dem 01.01.2005 der Besteuerung nach den Vorgaben des Alterseinkünftegesetzes.		
Zusätzlich gilt:		
Bayerische Ärzteversorgung	Versorgungseinrichtung Koblenz	Versorgungseinrichtung Trier
Die Bayerische Ärzteversorgung übersendet die ergänzenden Hinweise für Versorgungsempfänger als Anlage zum Versorgungsbescheid. Hierin wird die steuerrechtliche Behandlung der Versorgungsleistungen dargelegt. Wer die Voraussetzungen für eine Ertragsanteilsbesteuerung erfüllt (Öffnungsklausel), erhält automatisch eine Bescheinigung.	Die Mitglieder der Versorgungseinrichtungen erhalten unaufgefordert eine Aufstellung der gezahlten Beiträge nach den Vorgaben des BMF, um gegebenenfalls eine für sie günstigere Besteuerung in Anspruch zu nehmen. Diese sichert Mitgliedern, die vor dem 31.12.2004 mindestens zehn Jahre lang Beiträge oberhalb des DRV-Höchstbeitrages gezahlt haben, die Anwendung der Ertragsanteilsbesteuerung auf Rentenbestandteile zu, die auf solchen Beiträgen beruhen. Die Versorgungseinrichtung ist wie gesetzliche oder private Rentenversicherer verpflichtet, der Zulagenstelle für Altersvermögen die Höhe des Versorgungsbezuges eines Mitglieds jährlich mitzuteilen. Für weitere steuerliche Informationen werden die Mitglieder an die zuständige Finanzbehörde verwiesen.	Die Mitglieder der Versorgungseinrichtungen erhalten unaufgefordert eine Aufstellung der gezahlten Beiträge nach den Vorgaben des BMF, um gegebenenfalls eine für sie günstigere Besteuerung in Anspruch zu nehmen. Diese sichert Mitgliedern, die vor dem 31.12.2004 mindestens zehn Jahre lang Beiträge oberhalb des DRV-Höchstbeitrages gezahlt haben, die Anwendung der Ertragsanteilsbesteuerung auf Rentenbestandteile zu, die auf solchen Beiträgen beruhen. Die Versorgungseinrichtung ist wie gesetzliche oder private Rentenversicherer verpflichtet, der Zulagenstelle für Altersvermögen die Höhe des Versorgungsbezuges eines Mitglieds jährlich mitzuteilen. Für weitere steuerliche Informationen werden die Mitglieder an die zuständige Finanzbehörde verwiesen.

Was ist mit dem Renteneintritt in Bezug auf die Krankenversicherung zu beachten?

Die Zahlung eines Zuschusses zum Beitrag zur Kranken-/Pflegeversicherung erfolgt seitens der Versorgungseinrichtungen nicht. Hinsichtlich der Abführung von Beiträgen seitens der Versorgungseinrichtung besteht jedoch folgender Unterschied: Gesetzlich kranken-/pflegeversicherte Mitglieder: Die Versorgungseinrichtungen sind als Zahlstelle der Versorgungsbezüge verpflichtet, den Beginn, das Ende sowie jede Veränderung der Höhe der Versorgungsbezüge elektronisch an die entsprechende Kranken-/Pflegekasse zu übermitteln. Die Kranken-/Pflegekasse teilt der Versorgungseinrichtung mit, ob die Beiträge aus den Versorgungsbezügen unmittelbar von der Versorgungseinrichtung einbehalten und an die Kranken-/Pflegekasse abzuführen sind. Privat kranken-/pflegeversicherte Mitglieder: Dieser Kreis der Versorgungsbezieher muss die Beitragszahlung unmittelbar mit seiner Kranken-/Pflegeversicherung klären.

Hinweis: Bei dem Beitrag handelt es sich um eine allgemeine Information. Weiterführende Informationen über die Spezifika gibt es bei den jeweiligen Versorgungseinrichtungen.



Die Bayerische Ärzteversorgung betreut 105.000 aktive Mitglieder und rund 46.000 Versorgungsempfänger (Stand 31.12.2024).

KONTAKT:
Der zuständige Sachbearbeiter kann dem jährlichen Jahreskontoausweis/ Anwartschaftsmitteilung entnommen werden. Die Zuordnung erfolgt anhand der Mitgliedsnummer. Es kann auch ein verbindlicher Telefontermin unter www.bayerische-aerzteversorgung.de > Service > Beratungstermin gebucht werden. Nutzen Sie auch das Online-Portal BÄV24 (www.baev24.de) und die BÄV-App.

E-Mail: info@bayerische-aerzteversorgung.de

Telefonsprechzeiten:
Mo, Mi, Do: 9:00 bis 15:30 Uhr, Dienstag: 13:00 bis 15:30 Uhr

Mitgliedschafts- und Beitragsangelegenheiten: **089-9235-7011**
Versorgungsangelegenheiten: **089-9235-7413**
Berufsunfähigkeit/Reha: **089-9235-9081**

Seniorforschungsprofessur: Erfahrung weitergeben und ohne Druck forschen

2016 erhielt Univ.-Prof. Dr. Ulrich Walter als erster Mediziner in Rheinland-Pfalz eine Seniorforschungsprofessur am Centrum für Thrombose und Hämostase an der Universitätsmedizin Mainz. Aktuell sind in der Universitätsmedizin Mainz insgesamt sechs Seniorforschungsprofessoren tätig. Je nach Schwerpunkt sind sie weiterhin in der Lehre und in der Forschung aktiv. Dafür wird ihnen seitens des Landes die übliche Pension gewährt, die von der Universitätsmedizin um eine Aufwandsentschädigung ergänzt wird. Die offizielle Seniorprofessur von Professor Walter (75) ist mittlerweile beendet, trotzdem bleibt er als ehrenamtlicher Seniorprofessor aktiv. Was ihn dazu motiviert.



Foto: Universitätsmedizin Mainz/ Peter Pulkowski

„Ein Arzt ist mit 70 Jahren nicht mehr so dynamisch wie mit 30. Er hat aber ganz viel Erfahrung, die er weitergeben kann.“

Univ.-Prof. Dr. Ulrich Walter, Seniorprofessor

Ende 2014 sollten Sie offiziell in Pension gehen. Hatten Sie sich da schon auf Ihre Rente eingestellt oder war schon im Voraus klar, dass Sie eine Seniorprofessur erhalten?

Prof. Walter: Ich habe zunächst noch ein wenig verlängert und war auch nach dem eigentlichen Pensionierungsdatum weiter als Professor am Centrum für Thrombose und Hämostase tätig. Vom Vorhaben der Universitätsmedizin, mich als Seniorprofessor weiter zu beschäftigen, wusste ich lange nichts. Mein Nachfolger Prof. Dr. Wolfram Ruf hatte mir von der Möglichkeit der Seniorprofessur erzählt und sich sehr dafür eingesetzt. Große Pläne für die Rente hatte ich nicht, zumal ich in der Vergangenheit auch vorübergehende Gesundheitsprobleme hatte.

Im Mai 2016 sind Sie dann offiziell in die Seniorprofessur gestartet, die ursprünglich auf ein Jahr befristet war. Wie haben Sie den Start damals erlebt?

Mit der Seniorprofessur konnte ich ohne Druck in meinem Umfeld weiterarbeiten, Promotionen betreuen oder auch das ein oder andere Projekt verfolgen. Ich nahm auch an der Lehre teil. Der Arbeitsumfang insgesamt war aber deutlich niedriger als zuvor.

Inwiefern konnten Sie Ihre Arbeit frei gestalten?

Schon mit Beginn meiner offiziellen Pension Anfang 2015 lag die Gestaltung meines Arbeitspensums bei mir. Was ich leisten konnte, habe ich angepackt, was nicht, eben nicht. Das war sehr wohlthuend. Das hat sich mit der Seniorprofessur so fortgesetzt.

Welche Aufgaben übernahmen Sie weiterhin?

Wie zuvor kümmerte ich mich um den Abschluss von geförderten Projekten und die Veröffentlichung von Ergebnissen der Projekte. Ich nahm an Treffen von Arbeitsgruppen teil und unterstützte die Betreuung von Masterstudenten, Doktoranden und Postdocs. Ich unterstützte auch Forschungsanträge und bin darüber hinaus als Gutachter tätig gewesen. Zu meinen Aufgaben gehörte zudem die Mitarbeit innerhalb

der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina und die Teilnahme an nationalen und internationalen Kongressen.

Welche Aufgaben kamen neu hinzu?

Während meiner Seniorprofessur konnte ich ein EU-gefördertes Doktorandenprogramm Ticardio mit-initiieren. Dabei ist für den Projektzeitraum und darüber hinaus eine Kooperation von Arbeitsgruppen aus Mainz, Maastricht und Marseille entstanden. Das war eine schöne Erfahrung und ich habe dabei international viele neue, junge Leute kennengelernt.

Wofür haben Sie jetzt mehr Zeit?

Zum Lesen und Schreiben für die noch laufenden Forschungsprojekte ist jetzt mehr Zeit.

Arbeit im Rentenalter klingt erst einmal stressig. Wie ist es Ihnen ergangen?

Ein bisschen Stress war es immer. Wenn beispielsweise eine Projektförderung zugesagt wird, muss auch geliefert werden. Wenn ich Doktoranden annehme, sollen diese auch ihren Abschluss machen - das kann auch für alle Seiten, Doktoranden und Betreuer, durchaus stressig werden. Für mich ist dies aber ein positiver Stress.

Worauf liegt Ihr Arbeitsschwerpunkt?

Mein Schwerpunkt liegt auf der Forschung. Mein Forschungsgebiet befasst sich seit vielen, vielen Jahren mit der Regulation wichtiger Blutzellen, insbesondere Thrombozyten durch Hormone, Blutgerinnungsfaktoren und Medikamente. Das ist sehr bedeutend für viele Erkrankungen wie zum Beispiel Thrombose, Herzinfarkt und Schlaganfall. Zu Beginn meiner Professur in Mainz gelang uns im Rahmen eines großen Kooperationsprojektes die Aufklärung des Proteoms, die qualitative und quantitative Erfassung aller Proteine, von Blutplättchen, ein kleiner Quantensprung in unserem Gebiet. Das ermöglichte die Bearbeitung vieler neuer Fragen, die ich dann während der Seniorprofessur weiterverfolgen

konnte, zusammen als Team. Wir gehen derzeit davon aus, dass dies auch für die zukünftige Behandlung von wichtigen Entzündungserkrankungen und auch Krebs wichtig sein wird.

Wie viele Publikationen haben Sie in der Zeit Ihrer Seniorprofessur veröffentlicht?

Zwischen 2016 und Februar 2025 habe ich 30 wissenschaftliche Publikationen, Originalarbeiten und Übersichtsartikel veröffentlicht, fast ausschließlich in internationalen Fachjournalen. In fast allen Arbeiten war ich Ko-Autor, das heißt Erstautor und Letztautor waren jüngere Wissenschaftler meines Umfeldes. Viele dieser Publikationen waren auch wichtiger Bestandteil der Dissertationen von Mitarbeitenden.

Die Stelle hatte ursprünglich eine Laufzeit bis Ende 2017. Warum haben Sie verlängert?

Der formale Vertrag als Seniorprofessor, der im Mai 2016 begann, lief zunächst bis zum 31. Dezember 2017 und wurde dann bis zum 31. August 2018 verlängert. Die erste Phase war ja recht kurz. Viele Doktorarbeiten und andere Projektarbeiten liefen noch und sind teilweise auch erst kurz vorher begonnen worden. Dies und die damit verbundenen Publikationen erforderten meine weitere Mitarbeit. Mit Ende der offiziellen Laufzeit arbeite ich weiterhin als ehrenamtlicher Seniorprofessor mit, auch innerhalb des Ticardio-Doktorandenprogramms, das zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen war.

Ziel der Universitätsmedizin war es, mit der Professur Ihre Forschungskompetenzen nachhaltig an der Universitätsmedizin zu verankern und die nationale und internationale Sichtbarkeit des Centrums für Thrombose und Hämostase zu erhöhen. Ist dieses Ziel aus Ihrer Sicht gelungen?

Die Universitätsmedizin und die Universität Mainz haben mich 2011 nach Mainz rekrutiert, um das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte neue Centrum für Thrombose und Hämostase (CTH) innerhalb

der Universitätsmedizin Mainz aufzubauen. Schon vor 2011 habe ich eng mit Mainzer Kollegen zusammengearbeitet. Gemeinsam ist es uns gelungen, diese große BMBF-Förderung für Mainz zu erhalten, mit mir dann als Wissenschaftlichem Direktor seit 2012. Dieses Mainzer Zentrum und einige ähnliche in Deutschland sollten ja ein neues Modell sein, das Grundlagenforschung, Klinische Forschung, Krankenversorgung und Lehre/Ausbildung verbindet und sich innerhalb der ganzen Universitätsmedizin einbringt. Und es sollte national und international ausstrahlen. Aus meiner rein subjektiven Sicht ist das CTH Mainz ein wirkliches Erfolgsmodell, dank seiner motivierten Mitarbeiter, Arbeitsgruppen und insbesondere auch dank der Leitung nach meiner Pensionierung.

Gibt es für Sie mittlerweile ein Ausstiegsdatum für Ihre Seniorprofessur? Wovon ist dies abhängig?

Meine formale, vertraglich vereinbarte, mit moderater Vergütung versehene Seniorprofessur ist ja schon länger ausgelaufen, zum 1. September 2018. Da ich meinem Arbeitsgebiet sehr verbunden bin, engagiere ich mich gerne weiter als ehrenamtlicher Seniorprofessor. Natürlich wird es mit zunehmendem Alter weniger und weniger.

Warum ist der Einsatz von Seniorprofessuren aus Ihrer Sicht sinnvoll?

Vor zwanzig Jahren war bei vielen Professoren mit der Rente einfach Schluss. Damit ist viel Wissen verloren gegangen. Die Seniorprofessur ist eine tolle Sache. So kann man mit weniger Druck im bisherigen Arbeitsumfeld weiterarbeiten. Wer selbst daran Freude hat und das Arbeitsumfeld bereichert, kann so weiterhin seine Erfahrung einbringen. Ein Arzt – das gilt auch für Professoren – ist mit 70 Jahren nicht mehr so dynamisch wie mit 30. Er hat aber ganz viel Erfahrung, die er weitergeben kann. Das sollte noch viel mehr ausgebaut werden.

Das Interview führte Michaela Kabon.