

Ausgabe Winter 2025



WIR ZIEHEN UM

ab 1. JANUAR 2026

Neue Adresse:
Ziegelländeweg 4
89077 Ulm

KRANKENHAUS-EXITUS

Kommt jetzt die Niederlassungswelle?

MERK ON MANAGEMENT	02
Über Wohlfahrtsverluste, Kausalketten und Inseln der Glückseligkeit	
FAST FACTS	04
Die wichtigsten Gesundheitsnews	
TOPTHEMA	
KRANKENHAUS-EXITUS –	06
Kommt jetzt die Niederlassungswelle?	
RECHT & STEUERN	10
HEALTH CARE MANAGER	13
Dr. Siegfried Hammerl	
M & A/IMPRESSUM	15



MERK ON MANAGEMENT

Über Wohlfahrtsverluste, Kausalketten und Inseln der Glückseligkeit



Liebe Leserinnen,
liebe Leser,

das Jahr 2025 neigt sich dem Ende entgegen, Zeit für einen Rück- bzw. Ausblick. Wir hatten wieder ein spannendes Jahr, mit einem wirklich tollen MedMaxx-Forum und Spitzenreferenten im April. Auch haben uns erfreulicherweise viele Mandanten ihr Vertrauen geschenkt. So richtig spannend wird es aber erst zum Jahresende, denn ab dem neuen Jahr finden Sie uns in neuen Büroräumen, direkt am Donauufer, und jetzt steht der unvermeidliche Umzug an. Mein Team und ich freuen uns schon wahnsinnig darauf, Mieter in einem außergewöhnlichen Gebäudekonzept werden zu dürfen, das die Wirtschaftskanzlei Schneider Geiwitz und Partner entwickelt hat. Das QVier ist wirklich „alles außer gewöhnlich“. Kommen Sie doch gerne mal auf einen Kaffee vorbei, wenn Sie in der Nähe sind – wir freuen uns auf Sie!

Auch privat durfte ich schöne Momente erleben. Ein Highlight war für meine Familie und mich eine „Fan-Reise“ nach Tampere in Finnland, wo wir beim EM-Basketballspiel Deutschland-Litauen waren. Die Top-Stars wie Franz Wagner oder Dennis Schröder live zu sehen, war wirklich phänomenal. Spitzenleistungen faszinieren einfach, egal ob in Sport, Wissenschaft oder anderen Bereichen.

Aber wo Licht war, gab es auch Schatten: Geärgert habe ich mich z. B. über inkompetente Bürokraten und Menschen, die ohne jeglichen moralischen Kompass durchs Leben gehen. Mit welcher Selbstverständlichkeit manche Zeitgenossen den Diebstahl von intellektuellem Eigentum behandeln, indem sie etwa einen MedMaxx-Zugang einfach an Dritte weitergeben, ist schon bemerkenswert.

Außer diesem kollateralen, unvermeidlichen Ärger, denke ich mir manchmal: Eigentlich geht es uns wirklich sehr gut, irgendwie leben wir auf einer Insel der Glückseligkeit. Vielleicht kennen Sie noch den Song „Streets of London“ von Ralph McTell. Der Text handelt davon, dass einem Menschen, der meint, dass es ihm schlecht geht, bei einem Spaziergang durch London vor Augen geführt wird, dass es um uns herum ganz viel Leid und Armut gibt. Und wenn Sie mit offenen Augen durch die Straßen gehen, müssen Sie allerdings nicht erst nach London reisen, um dies festzustellen. In nicht allzu ferner Zukunft reicht es aus, wenn Sie durch die Straßen von Stuttgart spazieren (siehe unten).



Ralph McTell: **Streets of London**

Das Gegenteil von Armut ist ja Wohlstand, und dieser Begriff wird ja tatsächlich in der Ökonomie häufig gebraucht. Die Wohlfahrtsökonomie (Welfare Economics) beschäftigt sich ja mit dem Nutzen aller Individuen in einer Volkswirtschaft und der optimalen Allokation von Ressourcen. Aktuell hört man das Wort „Wohlfahrtsverluste“ immer häufiger in der Presse. Tatsächlich: Wenn man den Blick auf die aktuelle Situation unserer Volkswirtschaft wirft, wird einem Angst und Bange. BDI-Präsident Leibinger hat jüngst ausgeführt, dass der Wirtschaftsstandort Deutschland sich in seiner historisch tiefsten Krise seit Bestehen der Bundesrepublik befindet. Die Wirtschaftsweise Frau Prof. Dr. Veronika Grimm hat ausgerechnet, dass wir ab 2029 die gesamten Einnahmen des Staates für Soziales, Verteidigung und Zinszahlungen ausgeben. Sie bezeichnet die aktuelle Finanzplanung des Staates als Offenbarungseid. Der „Doom Loop“, also eine Abwärtsspirale, droht. Herr Prof. Dr. Hans-Werner Sinn benennt klar die Gründe für das Desaster: Das grüne Narrativ, dass wir als Vorreiter auf dem Bereich der CO₂-freien Umwelttechnologien einerseits das Weltklima retten und zudem noch Wettbewerbsvorteile realisieren, weil alle anderen Nationen diese Technologien von uns abkaufen und so für Wachstum sorgen. „Das war von vornherein vollkommener Unsinn“.



**Hans-Werner Sinn sieht schwarz:
Kann Deutschlands Wirtschaft noch
gerettet werden?**

Die Auswirkungen der dysfunktionalen Entscheidungen der letzten Jahre werden jetzt insbesondere an den Autoindustriestandorten sichtbar: Stuttgart ist zwischenzeitlich de facto pleite. Die Kausalkette, die ein VWL-Professor an die Tafel zeichnen würde, ist einfach zu skizzieren: Klimarettungsplan >> EU-Verbrennerverbot >> ideologische Planwirtschaft am Kunden vorbei >> Absatzkrise bei Daimler, Porsche, Bosch & Co. >> Einbruch der Gewerbesteuer >> Kollaps der Gemeindefinanzen.



**Prof. Dr. Dr. h. c. Clemens Fuest:
Wie steht es um die deutsche
Wirtschaft?**

Außerdem steigt natürlich die Arbeitslosigkeit, die GKV-Einnahmen vermindern sich und die Kassen haben kein Geld mehr für die Leistungserbringer. Ohne „Umweg“ lässt sich dieser Zusammenhang sehr schön am Klinikum Friedrichshafen betrachten: Einer der größten Automobilzulieferer, ZF Friedrichshafen, gerät in die Krise, die zugehörige Zeppelinstiftung, die bisher das Defizit des Klinikums stets ausgeglichen hat, bekommt keine Zuweisungen mehr und Anfang November ging es für den Klinikverbund Medizincampus Bodensee in die Insolvenz.



**Insolvenz in Eigenverwaltung:
Sanierungsprozess: Medizin Campus
Bodensee ist offiziell insolvent**

An dieser Stelle möchte ich es Ihnen überlassen, sich über die Zukunftsfähigkeit der deutschen Wirtschaft und des Gesundheitswesens ein eigenes Bild zu machen (z. B. bei Tichys Einblick oder achgut.de). Mir gefällt jedenfalls der ironisch-euphemistische Begriff des „umweltverträglichen Industrieablebens“ ziemlich gut. Persönlich halte ich die Lage für dramatisch und vor allem nicht ohne weiteres reversibel. Viele Investitionen und Jobs sind schon ins Ausland abgewandert und dort werden sie auch bleiben. Glauben Sie im Ernst, ein kurzfristiger Industriestrompreis (mit speziellen Auflagen) hätte Auswirkungen auf langfristige Investitionsentscheidungen? Um Herrn Sinns Worte zu übertragen: „Das war von vornherein vollkommener Unsinn“.

Angesichts so düsterer Wirtschaftsaussichten fällt es schwer, optimistisch ins neue Jahr zu blicken. Das mache ich dennoch, weil mir meine persönliche Insel der Glückseligkeit Kraft und Zuversicht gibt. Best Things In Life Are Free, oder? Ich freue mich auf die schönen Momente mit meiner Familie, etwa dass wir zusammen an Weihnachten traditionell „Kevin – Allein zu Haus“ schauen. Da spielen der Ärger und der Frust über die Wirtschaftspolitik keine Rolle, sondern das Lachen und die Freude regieren.

Ich wünsche Ihnen und Ihren Lieben zur Weihnachtszeit Ihre ganz persönliche Insel der Glückseligkeit, genießen Sie die schönen Momente.

Frohe Weihnachten und ein glückliches und erfolgreiches 2026!

Herzlichst, Ihr

Prof. Dr. Wolfgang Merk

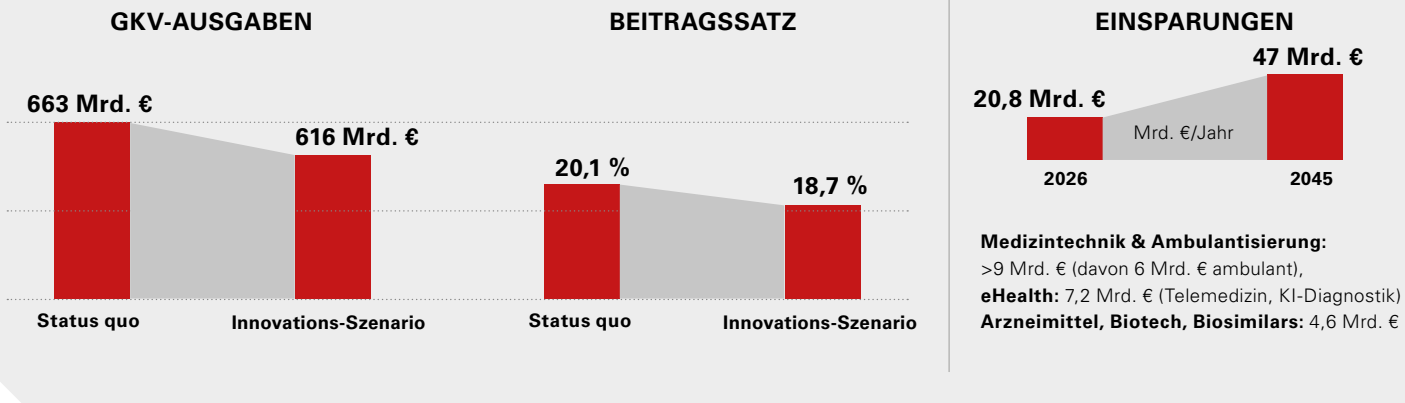
FAST FACTS

Die wichtigsten Gesundheitsnews

GESUNDHEITSWIRTSCHAFT 2045

MILLIARDEN-EINSPARPOTENZIAL DURCH INNOVATIONEN

Eine Analyse der Prognos AG zeigt: Medizintechnik, Digitalisierung und Biotechnologie könnten die GKV massiv entlasten. **Zwei Szenarien bis 2045 in Mrd. €:**



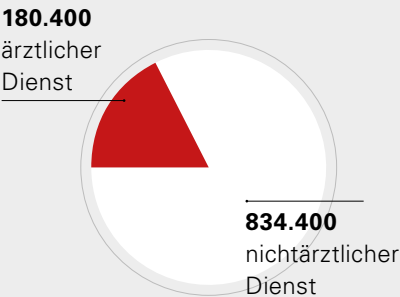
REKORDPERSONAL IN KLINIKEN

ÜBER 1 MIO. VOLLZEITKRÄFTE

2024 überschritt die Zahl der Vollzeitstellen in Krankenhäusern erstmals die Millionengrenze.

PERSONALSTRUKTUR 2024

1.014.800 Vollzeitstellen



Insgesamt arbeiten 1,46 Mio. Beschäftigte in Kliniken

ENTWICKLUNG

Patienten:	+2 % (17,5 Mio.)
Bettenzahl:	-0,9 % (472.900)
Auslastung:	72 % (2019: 77,2 %)
Verweildauer:	7,1 Tage (1991: 14 Tage)

INSOLVENZEN 2025

WEITERHIN AUF REKORDHOCH

Die wirtschaftliche Schwäche trifft Unternehmen hart – die Pleitezahlen bleiben extrem hoch.

z. B. SEPTEMBER 2025

laut IWH:

1.481 Insolvenzen

- +5 % zum Vormonat
- +14 % YoY
- +64 % gegenüber 2016–2019

Q3: 4.478 Insolvenzen – zweithöchster Wert seit 2005

GRÜNDE

- » schwache Konjunktur
- » Nachholeffekte nach Corona-Hilfen
- » Ende der Niedrigzinsphase

Destatis meldet: +10,4 % Regelin-solvenzen im Vergleich zum Vorjahr.

DIGITALISIERUNG IN PRAXEN

eAU, eREZEPT, eARZTBRIEF

PraxisBarometer 2025 zeigt deutliche Fortschritte, aber weiterhin große Lücken zur Klinikseite.

NUTZUNG & ZUFRIEDENHEIT

eAU
94 % Nutzung, 78 % Zufriedenheit

eRezept & eArztbrief via KIM:
ähnlich hohe Nutzung, positive Entwicklung

40 % bieten Videosprechstunden
33 % bieten Online-Termine

Schwachstelle Klinikanbindung:
Nur 12 % kommunizieren digital mit Krankenhäusern.

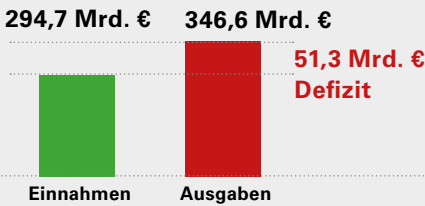
85 % sehen dringend Bedarf an **digitalem Entlassbrief** – aber nur 15 % erhalten ihn.

GVK-ZUSATZBEITRAG 2026: 2,9 %

STABILITÄT DANK FINANZHILFEN

Das BMG bestätigt: Der Zusatzbeitrag bleibt 2026 bei 2,9 %, allerdings nur durch Milliardenhilfen.

Finanzlage 2025:



AUSGLEICH DURCH

Bundeszuschuss

14,5 Mrd. €

Klinik-Soforthilfe

1,5 Mrd. €

Bundesdarlehen (Rückzahlung ab 2029)

2,3 Mrd. €

Folge: Ohne Reformen drohen ab 2027 erneut Beitragserhöhungen!

APOTHEKENKRISE

ANZAHL FÄLLT AUF 16.732 – NIEDRIGSTER STAND SEIT 1977

ABDA meldet dramatische Entwicklung.

Stand Q3 2025:

355 Schließungen
in 9 Monaten

nur
46 Neueröffnungen

Q3 allein:
-71 Apotheken

Rückgang seit
Jahresende 2024:
-309 Betriebe

GRÜNDE

- » 10 Jahre stagnierende Honorare
- » steigende Kosten
- » Personalmangel
- » Kritik an der geplanten Apothekenreform

SOZIALVERSICHERUNG 2026

HÖHERE GRENZEN, MEHR KOSTEN FÜR GUTVERDIENER

Neue Rechengrößen gelten ab 1. Januar 2026 – besonders relevant für Arbeitnehmer mit höheren Einkommen.

ÄNDERUNGEN

PKV-Wechselgrenze steigt auf

77.400 €

Beitragsbemessungsgrenze GKV/Pflege

69.750 €

Beitragsbemessungsgrenze Rente/ALV

8.450 € pro Monat

GRUND: Lohnanstieg 2024 von 5,16 %.

FOLGE: Höhere Abgaben für Arbeitnehmer & Arbeitgeber.

DELOITTE WARNT VOR MEGA-DEFIZIT IN DER GKV

89 – 98
Mrd. €

GVK Defizit 2030

- » Die gesetzliche Krankenversicherung steuert laut einer neuen Deloitte-Analyse ohne grundlegende Reformen auf ein massives Finanzloch zu. Bereits bis 2030 könnte das Defizit 89–98 Mrd. € erreichen. In der ersten Jahreshälfte 2025 stiegen die Ausgaben der Kassen bereits um 7,8 % – deutlich oberhalb des langfristigen Durchschnitts.
- » Langfristig zeichnet sich ein noch drastischeres Bild: Bis 2050 erwarten die Experten ein Defizit von 140 bis über 300 Mrd. €, selbst wenn geplante Sparprogramme umgesetzt werden.
- » Hauptgründe: demografischer Wandel, steigende Krankheitslast, teure High-techmedizin (Gen- & Zelltherapien, neue Neuro- und Adipositasmedikamente).

EMPFEHLUNGEN: Steueranpassungen, höhere Abgaben auf ungesunde Lebensmittel, stärkere Eigenbeteiligung, mehr Präventionsanreize sowie Effizienzsteigerungen im gesamten Versorgungssystem.

KRANKENHAUS- EXITUS

Kommt jetzt die Niederlassungswelle?

Die wirtschaftliche Situation deutscher Krankenhäuser hat sich in den Jahren 2024 und 2025 weiter zugespitzt. Aktuelle Analysen der Creditreform Wirtschaftsforschung verdeutlichen das Ausmaß dieser Entwicklung: Zwischen 2020 und 2024 mussten insgesamt 88 Kliniken Insolvenz anmelden. Besonders gravierend ist der Anstieg der Insolvenzen in den letzten Jahren – allein 2023 waren 34 Krankenhäuser betroffen, im Jahr 2024 kamen weitere 23 hinzu. Zum Vergleich: In den Jahren 2018 und 2019 lag die Zahl der Insolvenzen jeweils bei lediglich zehn Einrichtungen. Diese Entwicklung ist nicht als kurzfristige Schwankung zu interpretieren, sondern stellt einen tiefgreifenden, strukturellen Substanzverlust im Krankenhauswesen dar. Im Jahr 2024 traf die Welle an Klinikinsolvenzen und -schließungen vor allem die Bundesländer Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. Ursächlich hierfür sind insbesondere u. a. steigende Personal-, Energie- und Materialkosten, die auf ein Vergütungssystem treffen, das mit den realen Kostensteigerungen nicht Schritt halten kann.

Eine exakte Quantifizierung der Anzahl von Ärzten, die infolge von Klinikinsolvenzen, Übernahmen oder Zusammenschlüssen ihre Tätigkeit im stationären Bereich aufgeben und in den ambulanten Sektor wechseln, ist aufgrund fehlender zentraler Erfassungsdaten sowie variabler Einflussfaktoren nur näherungsweise möglich. Nach aktuellen Schätzungen und Auswertungen von Branchenverbänden sowie Veröffentlichungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Marburger Bundes kann jedoch von einem signifikanten Umfang ausgegangen werden.

Im Jahr 2023 waren laut DKG etwa 30 bis 40 Klinikstandorte von Insolvenz, Schließung oder Fusion betroffen. Pro Klinikstandort bestehen durchschnittlich zwischen 30 und 100 ärztliche Arbeitsplätze, wobei kleinere Einrichtungen am unteren und größere am oberen Ende dieser Spanne liegen. Erfahrungswerte aus vergangenen Restrukturierungsprozessen zeigen, dass im Rahmen von Insolvenzen und Fusionen etwa 10 bis 30 % der ärztlichen Stellen abgebaut oder verlagert werden.

Struktureller Schwund: Die Kliniklandschaft im Wandel

In den vergangenen zehn Jahren ist die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland infolge von Schließungen und Fusionen um etwa 200 Einrichtungen zurückgegangen. Aktuell existieren bundesweit rund 1.840 Krankenhäuser, wobei der Trend weiterhin rückläufig ist. Nahezu jede zweite Klinik verzeichnet ein negatives Jahresergebnis; lediglich etwa 20 Prozent der Einrichtungen gelten als wirtschaftlich tragfähig. Besonders betroffen sind Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, die häufig auf kommunale Zuschüsse angewiesen sind, um den Betrieb aufrechterhalten zu können.

Berufliche Perspektiven für Klinikärzte: Startsignal zum „Klinik-Exit“?

Der aktuelle Strukturwandel im stationären Sektor hat erhebliche Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation von Klinikärzten. Jede einzelne Klinikschließung betrifft – abhängig von der Größe der Einrichtung – zwischen mehreren Dutzend und mehreren Hundert Mitarbeitenden, darunter zahlreiche Ärzte. Allein durch die 88 in den letzten vier Jahren verzeichneten Insolvenzen ergibt sich ein Verschiebungspotenzial für ärztliches Personal, das kurzfristig aus dem stationären Versorgungsbereich ausscheidet. Da viele der verbleibenden Krankenhäuser derzeit unter erheblichem Einstellungs- und Kostendruck stehen, reduziert sich für betroffene Ärzte die Möglichkeit zur Weiterbeschäftigung im stationären Bereich. Infolgedessen rückt der ambulante Sektor zunehmend in den Fokus als potenzielles Beschäftigungsfeld für Klinikärzte.

Berechnungsbeispiel:

Für das Jahr 2023 wird exemplarisch von 34 betroffenen Klinikstandorten ausgegangen. Bei durchschnittlich 50 ärztlichen Arbeitsplätzen pro Standort und einer angenommenen Betroffenheit von 20 % (Stellenabbau bzw. -verlagerung) ergibt sich folgende Rechnung:

$$0,2 \times 50 = 10 \text{ Ärzte pro Klinik} \\ 34 \text{ Standorte} \times 10 \text{ betroffene Ärzte} = 340$$

Die tatsächliche Bandbreite variiert in Abhängigkeit vom Umfang der jeweiligen Restrukturierung und regionalen Besonderheiten und liegt Schätzungen zufolge zwischen mehreren Dutzend und bis zu mehreren Hundert Ärzten jährlich, die sich infolge solcher Prozesse neu orientieren müssen.

Mögliche Zukunftswege für Klinikärzte nach Insolvenz „ihres“ Krankenhauses

Vier Szenarien

I.

Wechsel in große Klinikverbünde

Nach aktuell verfügbaren Statistiken existieren keine spezifischen, öffentlich zugänglichen Erhebungen oder validen quantitativen Analysen dazu, wie viele Ärzte nach einer Insolvenz ihrer „eigenen“ Klinik in einen anderen großen Klinikverbund wechseln. Die Datenlage in diesem Bereich ist begrenzt, da derartige Berufswege zumeist individuell verlaufen und nicht systematisch erfasst werden.

Allgemein ist bekannt, dass nach einer Insolvenz medizinischer Einrichtungen häufig Personalfuktuationen auftreten. Ärzte und medizinisches Fachpersonal suchen im Anschluss an die Schließung oder Umstrukturierung ihrer bisherigen Arbeitsstätte neue Beschäftigungsmöglichkeiten, wobei große Klinikverbünde aufgrund ihrer Struktur, Stabilität und Ressourcen als potenzielle Arbeitgeber attraktiver erscheinen als kleine Krankenhäuser. Konkrete Zahlen zu Wechselquoten oder -motiven liegen jedoch nicht vor. Für eine belastbare Aussage wären detaillierte Erhebungen durch Berufsverbände, Kammern oder Forschungseinrichtungen erforderlich, die bislang nicht veröffentlicht wurden.

Der Wechsel von stationär tätigen Ärzten in große Klinikverbünde, wie beispielsweise Universitätskliniken oder überregionale Krankenhausgesellschaften, stellt erfahrungsgemäß eine häufig gewählte Option im Rahmen der beruflichen Neuorientierung dar. Die Attraktivität dieser Verbünde resultiert aus erweiterten diagnostischen und therapeutischen Kapazitäten sowie einer größeren Bandbreite an Fachabteilungen.

Allerdings sind auch in großen Klinikverbünden die strukturellen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen durch strikte Budgetierung limitiert. Die finanziellen Ressourcen der einzelnen Abteilungen sind gedeckelt, wodurch Neueinstellungen nur in Ausnahmefällen realisiert werden können. Infolgedessen bleibt die Personaldecke häufig knapp, was zu einer erhöhten Arbeitsintensität führt. Die Arbeitsbelastung ist insbesondere aufgrund hoher Patientenzahlen und umfangreicher administrativer Aufgaben signifikant. Dies zeigt sich in einer überdurchschnittlichen Zahl an Überstunden und einer eingeschränkten Work-Life-Balance.

Zusammenfassend ist der Wechsel in große Klinikverbünde zwar eine relevante und realistische Option, jedoch mit spezifischen Herausforderungen wie limitierten Budgets, geringen Neueinstellungskapazitäten und hoher Arbeitsbelastung verbunden. Diese Faktoren sind bei der individuellen Karriereplanung zu berücksichtigen.



II.

Wechsel in den ambulanten Facharztbereich mit Neuniederlassung

Ein weiterer Zukunftsweg für Klinikärzte ist die Niederlassung im ambulanten Sektor. Der Übergang in die vertragsärztliche Versorgung ist jedoch mit einer Vielzahl infrastruktureller und regulatorischer Herausforderungen verbunden.

Ein Hemmnis hierbei könnte die begrenzte Verfügbarkeit geeigneter Praxisräume und die Notwendigkeit umfangreicher Investitionen in moderne Medizintechnik, Sterilisationseinrichtungen, Überwachungsgeräte und IT-Infrastruktur darstellen. Darüber hinaus ist die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung an komplexe administrative und rechtliche Verfahren geknüpft. Die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen limitiert die Zahl der Kassensitze, insbesondere in urbanen Regionen, was den Zugang je nach Facharztgruppe unter Umständen erschweren kann.

Ggf. sollte auch mit einem Wettbewerbsdruck durch etablierte Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gerechnet werden, die oftmals über umfangreichere Ressourcen sowie eine gefestigte Patientenbasis verfügen. Die erfolgreiche Integration in bestehende Versorgungsstrukturen erfordert daher neben unternehmerischem Know-how auch ausgeprägte Kompetenzen im interdisziplinären Kooperationsmanagement.

Die genaue Anzahl der Ärzte, die nach einer Klinikinsolvenz in den ambulanten Sektor wechseln und sich dort neu niederlassen, ist nicht flächendeckend statistisch erfasst. Erfahrungswerte aus Fachverbänden und Berichten deuten darauf hin, dass der Anteil derjenigen, die nach einer Klinikschließung eine eigene ambulante Facharztpraxis gründen, vergleichsweise gering ist.

Insgesamt setzt der Übergang in den ambulanten Facharztbereich eine sorgfältig ausgearbeitete strategische Planung, erhebliche Investitionen sowie betriebswirtschaftliche und regulatorische Fachkenntnisse voraus.

Vorteile für Klinikärzte beim Schritt in die Niederlassung

- **Mehr Autonomie im Arbeitsalltag**
Eigene Entscheidungen, weniger Hierarchie, größere medizinische Freiheit.
- **Bessere Planbarkeit und Arbeitszeiten**
Praxisstrukturen ermöglichen feste Sprechzeiten, weniger Nacht- und Wochenenddienste.
- **Höhere Einkommenserwartung**
Je nach Fachrichtung und Standort können Praxisärzte deutlich höhere Gewinne erzielen als Klinikärzte, vor allem in fachärztlichen Disziplinen.
- **Möglichkeit zum Aufbau eigener Schwerpunkte**
Eigene Spezialisierungen lassen sich strategisch entwickeln, ohne Vorgaben großer Träger.
- **Direkte Arzt-Patient-Beziehung**
Mehr Kontinuität, persönlicher Austausch und langfristige Betreuung.
- **Unternehmerische Gestaltungsspielräume**
Von Personalführung über Prozesse bis Diagnostik: Die Praxis kann so geführt werden, wie es fachlich und organisatorisch sinnvoll ist.
- **Regionale Versorgungslücken bieten Chancen**
In vielen Regionen besteht Versorgungsbedarf – insbesondere in der Allgemeinmedizin, der Pädiatrie, der Psychotherapie und Teilen der Inneren Medizin. Das erleichtert Start, Förderung und Praxisauslastung.
- **Gute Fördermöglichkeiten**
Zuschüsse durch KVen und Kommunen, Investitionsförderungen, Niederlassungsboni und Unterstützung bei Praxisübernahmen.
- **Stabilere Rahmenbedingungen**
Trotz Reformen: Budgetierung, Vergütungen und Planbarkeit sind im ambulanten Sektor in vielen Bereichen weniger volatil als die wirtschaftliche Lage vieler Kliniken.
- **Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie**
Durch planbare Zeiten, weniger Schichtsystem und mehr Kontrolle über den eigenen Kalender.



Ambulantes OP-Zentrum: Gründung oder Einstieg

Die Gründung oder der Einstieg in ambulante Operationszentren (AOP-Zentren) stellt eine weitere Option dar, die jedoch ebenfalls mit Herausforderungen verbunden ist. AOP-Zentren sind ein integraler Bestandteil der gesundheitspolitischen Strategie zur Entlastung stationärer Einrichtungen und zur Förderung der ambulanten Versorgung.

Die Realisierung eines solchen Vorhabens erfordert zunächst ein signifikantes Startkapital für medizinische Geräte, bauliche Anpassungen, IT-Infrastruktur sowie die Einhaltung umfassender Hygiene- und Sicherheitsvorschriften. Der anhaltende Fachkräftemangel, insbesondere bei Anästhesisten, OP-Pflegekräften und spezialisierten Chirurgen, erschwert die Personalgewinnung und damit die Betriebsfähigkeit erheblich.

Ein weiteres zentrales Hemmnis ist die Honorierung ambulanter Operationen. Die Vergütungssätze werden vielfach als nicht kostendeckend bewertet, insbesondere bei komplexeren Eingriffen. Hinzu kommen umfangreiche regulatorische Anforderungen, wie Zulassungsbedingungen, Qualitätsmanagement-Richtlinien, Datenschutzvorgaben und Dokumentationspflichten, deren Einhaltung erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen bindet.

Aktuelle Entwicklungen, wie die Einführung (Januar 2024) und Weiterentwicklung der Hybrid-DRG sowie die politische Forcierung der Ambulantisierung, führen zu einer verstärkten Verlagerung operativer Leistungen in den ambulanten Sektor. Dennoch bestehen weiterhin erhebliche Hürden, insbesondere hinsichtlich der Finanzierung, der Personalgewinnung, der Vergütungssystematik und der regulatorischen Anforderungen. Eine nachhaltige Förderung des Ausbaus ambulanter OP-Zentren erfordert daher nicht nur gezielte gesetzliche Anreize, sondern auch eine kontinuierliche Optimierung der Rahmenbedingungen, um eine adäquate Versorgungssicherheit und Wirtschaftlichkeit sicherzustellen.

Kliniken geraten unter wirtschaftlichen Druck



steigende Kosten und Personalmangel

Verschlechterung der Arbeitsbedingungen



hohe Arbeitsbelastung und geringe Planungssicherheit für Ärzte

Unzufriedenheit im ärztlichen Personal wächst



steigender Frust

Ärzte verlassen die Kliniken



Suche nach besseren Arbeitsbedingungen und mehr Selbstbestimmung

Wechsel in die Niederlassung oder amb. Versorgung



attraktivere Arbeitszeiten und höhere Eigenverantwortung

IV.

Rückzug aus der kurativen Medizin

Für eine wachsende Zahl von Ärzten wird der Rückzug aus der direkten Patientenversorgung zu einer zunehmend realistischen Perspektive. Hauptursachen sind wirtschaftliche Unsicherheiten, hohe Arbeitsbelastung und fehlende Planungsperspektiven.

Aktuell liegen keine flächendeckenden, systematisch erfassten Zahlen darüber vor, wie viele Ärzte konkret den Rückzug aus der direkten Patientenversorgung in Erwägung ziehen oder bereits vollzogen haben. Allerdings existieren verschiedene Studien und Umfragen, die auf eine steigende Tendenz hinweisen.

Laut einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gaben rund 45 % der befragten niedergelassenen Ärzte an, innerhalb der nächsten fünf Jahre ihre Praxis abgeben oder schließen zu wollen. Die Gründe hierfür umfassen insbesondere wirtschaftliche Unsicherheiten, eine hohe administrative und medizinische Arbeitsbelastung sowie mangelnde Planungssicherheit hinsichtlich der beruflichen Zukunft.

Eine weitere Erhebung der Bundesärztekammer (BÄK) zeigt, dass der Anteil der Ärzte, die in nicht-kurativ-medizinische Tätigkeitsfelder wie Verwaltung, Forschung oder Industrie wechseln, kontinuierlich zunimmt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass valide und aktuelle Zahlen zur Gesamtquote des Rückzugs aus der direkten Patientenversorgung fehlen. Die vorliegenden Umfragen und die Entwicklung der Tätigkeitsverteilung deuten jedoch auf eine wachsende Zahl von Ärzten hin, die diesen Schritt zumindest erwägen oder bereits vollzogen haben. Die Hauptursachen hierfür sind u. a. wirtschaftliche Unsicherheiten, hohe Arbeitsbelastung und fehlende Planungsperspektiven.

Das Insolvenzrisiko von Arztpraxen in Deutschland ist äußerst gering und liegt statistisch im nahezu vernachlässigbaren Bereich. Aufgrund der stabilen Nachfrage nach medizinischen Leistungen, verlässlicher Einnahmestrukturen und des hohen sektoralen Sicherungsniveaus zählen Arztpraxen zu den wirtschaftlich sichersten Betrieben im Gesundheitswesen.

Die „gefühlte“ wirtschaftliche Unsicherheit resultiert primär aus einer als unzureichend empfundenen Vergütung ärztlicher Leistungen sowie aus steigenden Betriebskosten, insbesondere im Bereich Personal und Energie.

> 60 %

der niedergelassenen Ärzte sehen ihre wirtschaftliche Existenz gefährdet – laut einer Umfrage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Parallel hierzu überschreitet die wöchentliche Arbeitszeit vieler Ärzte regelmäßig

50 Stunden

Insbesondere in der hausärztlichen Versorgung führt die Zunahme administrativer Aufgaben, wie Dokumentationspflichten und Bürokratie, zu einer erheblichen Mehrbelastung.

Nach einer Studie des Deutschen Ärzteblatts berichten

74 %

der befragten Ärzte von einer Zunahme administrativer Tätigkeiten in den letzten fünf Jahren.

Die fehlende Planungsperspektive wird durch Unsicherheiten bezüglich zukünftiger gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen, Reformen der Vergütungsstrukturen und Anforderungen im Zuge der Digitalisierung weiter verstärkt. Besonders für junge Ärzte wirken sich unattraktive Arbeitsbedingungen und mangelnde Entwicklungsmöglichkeiten negativ auf die Attraktivität der kurativen Medizin aus.

Diese Entwicklungen führen dazu, dass immer mehr Mediziner auch alternative Karrierewege in der Gesundheitsadministration, der pharmazeutischen Industrie oder der Forschung in Betracht ziehen. Der Rückzug aus der kurativen Medizin birgt jedoch erhebliche Risiken für die Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung, insbesondere im ländlichen Raum.

Fazit

Ob die aktuelle Welle der Klinikinsolvenzen unmittelbar zu einer verstärkten Niederlassungstätigkeit im ambulanten Sektor führen wird, bleibt differenziert zu betrachten. Zwar könnte der Rückgang stationärer Versorgungskapazitäten grundsätzlich einen erhöhten Bedarf an ambulanten Versorgungsangeboten nach sich ziehen, jedoch sind verschiedene strukturelle und regulatorische Faktoren zu berücksichtigen. Die Niederlassung von Ärzten ist weiterhin durch restriktive Zulassungsregelungen sowie den Fachkräftemangel limitiert. Darüber hinaus erfordert der Aufbau eigenständiger Praxen erhebliche Investitionen und eine sorgfältige Standortanalyse, insbesondere in Regionen mit bereits bestehender Unterversorgung. Insgesamt ist davon auszugehen, dass Klinikinsolvenzen den Druck auf das ambulante Versorgungssystem erhöhen. Eine unmittelbare „Niederlassungswelle“ im Sinne einer flächendeckenden Expansion ist jedoch aufgrund bestehender Hemmnisse und der Komplexität des Gesundheitssystems derzeit nicht zu erwarten. Vielmehr bedarf es koordinierter Maßnahmen auf politischer und struktureller Ebene, um die ambulante Versorgung nachhaltig zu stärken und eine adäquate Patientenversorgung auch in Zukunft sicherzustellen.

Die dargestellten Szenarien verdeutlichen, dass Klinikärzte bei der beruflichen Neuorientierung mit einer Vielzahl komplexer Herausforderungen konfrontiert sind. Jede Option erfordert eine differenzierte Analyse der individuellen und strukturellen Rahmenbedingungen sowie eine fundierte strategische Planung. Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten medizinischen Versorgung bleibt angesichts dieser Entwicklungen eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung.

RECHT & STEUERN

SG München, Urteil vom 08.05.2025, Az.: S 49 KA 417/23

Sorgfaltspflicht bei Abrechnung: Arzt haftet auch für Fehler des Praxispartners

// FRAGESTELLUNG UND SACHVERHALT

Das Sozialgericht München entschied, dass jeder Arzt seine Abrechnungen „peinlich genau“ prüfen muss – auch bei gemeinsamer Praxisführung; wer unrichtige Abrechnungen unterschreibt, trägt die volle Verantwortung und riskiert den Verlust seiner Zulassung.

Das Sozialgericht München hatte dabei zu klären, ob ein Arzt, der eine von einem Praxispartner vorbereitete Abrechnung lediglich unterschreibt, ohne sie selbst eingehend zu prüfen, für fehlerhafte oder betrügerische Abrechnungen haftet. Zentral war die Frage, ob und in welchem Umfang ein Arzt für die Richtigkeit seiner eigenen Abrechnung persönlich verantwortlich ist, auch wenn innerhalb der Praxis eine Arbeitsteilung vereinbart wurde.

// VERHANDELT FALL

- Im vorliegenden Fall handelte es sich um einen in Bayern tätigen Gynäkologen, der gemeinsam mit einem Kollegen in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig war. Beide Ärzte verfügten über eine Genehmigung zur belegärztlichen Tätigkeit. Nach Überprüfungen durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) wurden in mehreren Quartalen Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung festgestellt.
- Die KV beanstandete insbesondere, dass der Arzt bestimmte Leistungen gleichzeitig stationär und ambulant abgerechnet hatte, unter anderem im Zusammenhang mit Geburten. Zudem setzte er wiederholt Gebührenordnungspositionen (GOP 01100 und 01101 EBM) für „unvorhergesehene Inanspruchnahmen“ an, obwohl es sich meist um planbare Vorsorge- oder Kontrolluntersuchungen handelte. In anderen Fällen rechnete er dieselbe Leistung mehrfach am selben Tag oder zur selben Uhrzeit ab. Auch für zahlreiche sonographische Untersuchungen fehlten sowohl Bilddokumentationen als auch schriftliche Befunde.
- Insgesamt entstand ein finanzieller Schaden von 874.000 €. Die KV hob daraufhin vier Honorarbescheide auf und forderte die Rückzahlung des Gesamtbetrags.
- Der betroffene Arzt verteidigte sich damit, dass die Abrechnungen von seinem damaligen Praxispartner vorbereitet worden seien. Er selbst habe diese lediglich unterschrieben und auf deren Richtigkeit vertraut. Zudem argumentierte er, die Verstöße seien nicht so gravierend, dass sie den Entzug seiner Zulassung rechtfertigten. Das Vertrauen zur KV sei nicht nachhaltig gestört.

- Zuvor war der Arzt bereits strafrechtlich belangt worden: Er hatte nach einem Strafbefehl wegen Betrugs - über 160 Tagessätze - seine Klage nach einer ersten Zeugenvernehmung zurückgezogen und den von der KV geforderten Betrag vollständig bezahlt. Trotz dieser Vorgeschichte blieb er der Ansicht, dass die zivilrechtlichen und berufsrechtlichen Folgen überzogen seien.
- Nach abgelehnten Widersprüchen gegen den Zulassungsentzug legte er Klage beim Sozialgericht München ein.

// ENTSCHEIDUNG UND KONSEQUENZEN

- Das Sozialgericht München wies die Klage als unbegründet ab (Az.: S 49 KA 417/23). Es stellte klar, dass die Pflicht des Arztes zur „peinlich genauen“ Prüfung der Abrechnung nicht auf andere Personen - etwa Praxispartner oder Mitarbeiter - übertragen werden könne. Jeder Arzt trage mit seiner Unterschrift die volle Verantwortung für die Richtigkeit der eingereichten Abrechnungen.
- Die Richter verwiesen auf die gefestigte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), das bereits 2016 entschieden hatte, dass eine bloß oberflächliche Kontrolle der Abrechnungen nicht genügt. Das Vertrauen auf die korrekte Abrechnung bilde ein tragendes Fundament der vertragsärztlichen Versorgung.
- Im vorliegenden Fall sah das Gericht die Verstöße als „gröblich“ und über einen langen Zeitraum fortgesetzt an. Der Arzt habe selbst nach dem ersten Prüfbescheid und trotz laufender staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen keine Änderungen vorgenommen, sondern weiterhin falsche Abrechnungen unterschrieben. Damit habe er wirtschaftliche Interessen über seine Pflicht zur korrekten Abrechnung gestellt.

Die Entscheidung bestätigt:

- » Arbeitsteilung entbindet nicht von der Verantwortung.
- » Jeder Arzt muss die Abrechnung vor der Unterschrift persönlich und sorgfältig prüfen.
- » Wiederholte oder systematische Verstöße können nicht nur strafrechtliche Konsequenzen, sondern auch den Verlust der vertragsärztlichen Zulassung nach sich ziehen.



Kommentar

Daniela Groove, Fachanwältin für Medizinrecht

Die Entscheidung reiht sich in die bisherige obergerichtliche Rechtsprechung ein. Für jeden Vertragsarzt, also auch für einen Gesellschafter einer Berufsausübungsgemeinschaft, gilt die Pflicht zur sorgfältigen und gewissenhaften Abrechnung. Ausnahmen von dieser Pflicht oder die Bestimmung eines innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft Verantwortlichen können nicht geltend gemacht werden.

BAG, Urteil vom 30.01.2025, Az.: 2 AZR 68/24

Bundesarbeitsgericht: Kündigung unwirksam – Einlieferungsbeleg reicht nicht als Beweis für Zugang aus!

// FRAGESTELLUNG UND SACHVERHALT

Das Bundesarbeitsgericht (BAG) befasste sich mit der Frage, ob der Zugang einer Kündigung per **Einwurf-Einschreiben** allein durch einen **Einlieferungsbeleg** und den Sendungsstatus der Deutschen Post als bewiesen gelten kann.

Im Zentrum stand die arbeitsrechtliche Grundregel, dass eine Kündigung nur dann wirksam wird, wenn sie dem Arbeitnehmer **nachweislich zugegangen** ist (§ 130 BGB).

Im konkreten Fall hatte eine **augenärztliche Berufsausübungsgemeinschaft** einer medizinischen Fachangestellten **außerordentlich gekündigt**, da gegen sie der **Verdacht der Urkundenfälschung** im Zusammenhang mit **Coronaimpfungen** bestand. Der Arbeitgeber versandte das Kündigungsschreiben per **Einwurf-Einschreiben** und konnte:

- » einen Einlieferungsbeleg sowie
- » den Sendungsstatus der Deutschen Post vorlegen.

Die **Arbeitnehmerin bestritt den Zugang** der Kündigung. Ein **Auslieferungsbeleg**, der Datum, Uhrzeit und Zustellerkennung enthält, lag nicht vor.

// VERHANDELT FALL

Das Arbeitsgericht und das Landesarbeitsgericht hatten bereits festgestellt, dass der Zugang der Kündigung **nicht nachgewiesen** sei. Der Arbeitgeber legte Revision beim Bundesarbeitsgericht ein. Zentraler Streitpunkt:

- Reicht der Einlieferungsbeleg eines Einwurf-Einschreibens aus, um den Zugang der Kündigung zu beweisen, oder ist zusätzlich ein Auslieferungsnachweis erforderlich?
- Das BAG urteilte am 30. Januar 2025 (Az. 2 AZR 68/24):
 - Der Einlieferungsbeleg begründet keinen Anscheinsbeweis dafür, dass das Schreiben im Hausbriefkasten des Empfängers eingeworfen wurde.
 - Der Sendungsstatus im Internet genügt ebenfalls nicht, da daraus nicht hervorgeht, wer die Sendung entgegengenommen hat oder ob sie tatsächlich eingeworfen wurde.
 - Ein Zeugenbeweis kam nicht in Betracht, da der Arbeitgeber keine Angaben zur Person des Zustellers oder zum genauen Zustellvorgang machen konnte.

// ENTSCHEIDUNG UND KONSEQUENZEN

Das BAG bestätigte die Urteile der Vorinstanzen und entschied:

- Ohne **Auslieferungsbeleg der Deutschen Post** ist der **Zugang der Kündigung nicht bewiesen**.
- Die Kündigung gilt daher als **nicht zugegangen** und ist **unwirksam**.
- Das **Arbeitsverhältnis bestand fort**.

Konsequenzen für Arbeitgeber:

- Ein Einwurf-Einschreiben bietet **keine ausreichende Rechtssicherheit**, wenn kein Auslieferungsnachweis vorliegt.
- Der fehlende Zugangsnachweis kann dazu führen, dass eine Kündigung **fristversäumend oder unwirksam** ist.
- Arbeitgeber sollten den Zugang künftig:
 - » durch einen **Auslieferungsbeleg** dokumentieren oder
 - » einen **persönlichen Boten** einsetzen, der den Zustellvorgang als **Zeuge** bestätigen kann.
- Außerdem sollten **Zeitpunkt, Ort und Umstände** der Zustellung intern genau dokumentiert werden.

Das Bundesarbeitsgericht stellte klar, dass der Zugang einer Kündigung per Einwurf-Einschreiben nur durch einen Auslieferungsbeleg mit Zustellnachweis bewiesen werden kann; ein bloßer Einlieferungsbeleg genügt nicht, wodurch die Kündigung im vorliegenden Fall als nicht zugegangen und damit unwirksam galt.



Kommentar

Daniela Groove, Fachanwältin für Medizinrecht

Die Problematik, ob eine Kündigung wirksam zugestellt wurde, haben die Arbeitgeber nach wie vor, die auch die Beweislast hierfür tragen. Kann der Beweislast nicht nachgekommen werden, weil z. B. der Auslieferungsbeleg nicht vorgelegt werden kann, müssen die Arbeitgeber im Bestreitsfall mit einer unwirksamen Kündigung rechnen. Die Übergabe einer Kündigung durch einen Boten, der allerdings vom Inhalt der Kündigung Kenntnis haben muss, wird daher von Fachkreisen angeraten.

BFH, Urteil vom 14.05.2025, Az.: XI R 24/23

Umsatzsteuerfreiheit für ärztlichen Notdienst auch bei Vertretung: BFH stärkt Klarheit für Praxisvertretungen

// FRAGESTELLUNG UND SACHVERHALT

Der BFH stellt mit seiner Entscheidung vom 14.05.2025 klar: Die Übernahme eines ärztlichen Notfalldienstes durch einen Vertreterarzt ist umsatzsteuerfrei, wenn sie selbst als ärztliche Heilbehandlung ausgeübt wird. Eine Umsatzsteuerpflicht scheidet auch dann aus, wenn der Vertreter für seine Dienstübernahme ein Entgelt vom vertretenen Arzt erhält. Dies sorgt für Rechtssicherheit bei der ärztlichen Vertretung im Bereitschaftsdienst und vermeidet Wettbewerbsnachteile durch steuerliche Ungleichbehandlung.

// VERHANDELT FALL

- Das zentrale rechtliche Problem bestand in der Frage, ob die vertretungsweise Übernahme eines ärztlichen Notfalldienstes gegen Entgelt - also für einen anderen, zur Teilnahme verpflichteten Arzt - der Umsatzsteuer unterliegt oder umsatzsteuerfrei ist.
- Konkret ging es darum, ob es sich hierbei um eine umsatzsteuerfreie Heilbehandlung nach § 4 Nr. 14 a UStG handelt oder um eine sonstige steuerpflichtige Leistung ohne therapeutischen Zweck.
- Der Kläger war ein selbstständiger Arzt, der mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Westfalen-Lippe eine Vereinbarung über die freiwillige Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst abgeschlossen hatte. In den Jahren 2012 bis 2016 übernahm er „Sitz- und Fahrdienste“ im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes vertretungsweise für andere, zur Dienstleistung verpflichtete Ärzte. Die Abrechnung erfolgte direkt mit den vertretenen Kollegen auf Stundenlohnbasis (zwischen 20 € und 40 €). Der Kläger selbst ging von einer umsatzsteuerfreien Tätigkeit aus.
- Das Finanzamt und das Finanzgericht hingegen betrachteten die Vertretungsleistung als sonstige Leistung gegenüber dem vertretenen Arzt - ohne direkten therapeutischen Bezug - und damit als umsatzsteuerpflichtig.
- Der Streitfall wurde vor dem BFH unter dem Aktenzeichen XI R 24/23 verhandelt.
 - » Kläger: selbstständiger Arzt, der vertretungsweise Notfalldienste leistete
 - » Beklagter: Finanzamt
- Das Finanzamt hatte die Umsätze aus der Übernahme der ärztlichen Notfalldienste der Umsatzsteuer unterworfen, mit der Begründung, dass der Kläger keine Heilbehandlung für Patienten, sondern eine Dienstleistung für den vertretenen Arzt erbringe. Auch das Finanzgericht bestätigte zunächst diese Sichtweise.

// ENTSCHEIDUNG UND KONSEQUENZEN

Der BFH hob das Urteil des Finanzgerichts auf und entschied zugunsten des Klägers: Die vertretungsweise Übernahme ärztlicher Notfalldienste gegen Entgelt ist als Heilbehandlung im Sinne des § 4 Nr. 14 a UStG umsatzsteuerfrei. Begründung des BFH:

- Der ärztliche Notfalldienst erfüllt eine medizinisch-therapeutische Zielsetzung, da er die Versorgung von Patienten in akuten Situationen sicherstellt, insbesondere außerhalb regulärer Sprechzeiten.
- Dass der vertretene Arzt dadurch Freizeit gewinnt, ändert nichts an der heilberuflichen Qualität der vom Vertreter erbrachten Leistung.
- Maßgeblich ist, dass der Vertreter selbst den Notfalldienst als ärztliche Heilbehandlung gegenüber Patienten erbringt - unabhängig davon, ob und wie viele Patienten konkret versorgt wurden.
- Die Leistung ist daher als unmittelbare ärztliche Heilbehandlung zu qualifizieren - und nicht etwa als unternehmerische Serviceleistung gegenüber dem vertretenen Arzt.

Mit dieser tätigkeitsbezogenen Betrachtungsweise sorgt der BFH für eine bundesweit einheitliche steuerrechtliche Behandlung ärztlicher Notfalldienste - unabhängig von regionalen Unterschieden in der Organisation durch die KVen. Er stellt außerdem klar, dass es für die Steuerfreiheit unerheblich ist, ob der Notdienst durch den ursprünglich eingeteilten Arzt oder einen fachlich qualifizierten Vertreter erbracht wird.



Kommentar

Daniela Groove, Fachanwältin für Medizinrecht

Mit dieser Entscheidung wird eine bundeseinheitliche Handhabung hergestellt. In der Entscheidung des BFH wird nunmehr klargestellt, dass der ärztliche Notfalldienst eine ärztliche Heilbehandlung darstellt und als umsatzsteuerfreie Tätigkeit einzustufen ist. Es wurde nachvollziehbar begründet, dass durch den ärztlichen Notdienst die ärztliche Versorgung von Notfallpatienten im Einsatzgebiet gewährleistet wird. Wichtig ist auch die Klarstellung, dass dies für die Notfalldienste eines Vertreters in gleicher Weise gilt wie für die Notfalldienste der von der KV dafür eingeteilten Ärzte.

HEALTH CARE MANAGER

Dr. Siegfried Hammerl

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG



**// Ihr beruflicher Hintergrund:
Welche Stationen waren für Sie besonders prägend?**

Zahlen und analytische Zusammenhänge haben mich schon immer fasziniert. Seit 1989 bringe ich diese Affinität als promovierter Mathematiker und geschäftsführender Gesellschafter der ärztlichen Verrechnungsstelle PAS Dr. Hammerl in Nördlingen voll und ganz ein. Die Kombination aus mathematischer Präzision, unternehmerischer Verantwortung und stetiger Weiterentwicklung unseres Unternehmens war für mich beruflich wie persönlich prägend – hier habe ich meine echte Erfüllung gefunden.

**// Ihre aktuelle Aufgabe:
Was treibt Sie in Ihrer täglichen Arbeit an?**

Mich treibt an, für unsere ärztlichen Mandanten echten Mehrwert zu schaffen und dabei wirtschaftliche Sicherheit zu gewährleisten. Die Verantwortung, stabile Arbeitsplätze zu bieten und effiziente Prozesse im Gesundheitswesen umzusetzen, motiviert mich Tag für Tag.

**// Ihr Unternehmen in drei klaren Aussagen:
Wofür stehen Sie?**

- Wir bieten individuelle, verlässliche Abrechnungslösungen und entlasten nachhaltig.
- Unser Service steht für höchste Transparenz, modernste Technik und gleichzeitig persönliche Betreuung.
- Als TOP-Arbeitgeber schaffen wir sichere Arbeitsplätze, fördern Teamgeist und verbinden langjährige Erfahrung mit verantwortungsvollem, nachhaltigem Handeln in der Region Schwaben.

// Gibt es eine Führungs- oder Managementhaltung, nach der Sie Entscheidungen ausrichten?

Ich richte meine Entscheidungen an einer klaren wertorientierten Führung aus: Offenheit, Verlässlichkeit und Teamgeist stehen dabei im Mittelpunkt.

// Welche Entwicklung im Gesundheitswesen beobachten Sie aktuell besonders aufmerksam und warum?

Die bevorstehende GOÄ-Novelle wird zu tiefgreifenden Veränderungen in der Privatabrechnung führen, weshalb ich die Entwicklungen sehr genau verfolge. Unser Ziel ist es, unsere Mandanten hier eng zu begleiten und gemeinsam nachhaltige Strategien zu entwickeln, die auch künftig den wirtschaftlichen Erfolg der Praxen gewährleisten. Gleichzeitig sehe ich in der Reform eine wichtige Voraussetzung für ein modernes, leistungsfähiges duales System von GKV und PKV.

// Welche technologische Entwicklung wird Ihrer Meinung nach die Abrechnung im Gesundheitswesen am stärksten verändern?

Künstliche Intelligenz (KI) wird auch die Abrechnung im Gesundheitswesen fundamental verändern. Wir haben bereits verschiedene KI-basierte Werkzeuge in unsere Prozesse integriert, um die Qualität und Effizienz unserer Dienstleistung weiter zu steigern. Die größte Herausforderung besteht darin, bei der Verarbeitung sensibler Gesundheitsdaten stets die besonders hohen Anforderungen an den Datenschutz und die Datensicherheit zu erfüllen.

// Was ist für Sie ein guter Ausgleich zum Berufsalltag und wie sorgen Sie im Alltag für Ihre Gesundheit?

Am besten kann ich bei Aktivitäten an der frischen Luft abschalten. Ich gehe gerne joggen und fahre Fahrrad. Die Bewegung in der Natur ist für mich der ideale Ausgleich zum Schreibtisch. Außerdem verbringe ich gern Zeit mit meiner Familie; das gibt mir Energie und hält mich geerdet. Für die Gesundheit achte ich im Alltag auf ausreichend Bewegung und eine ausgewogene Ernährung. Das klingt einfach, ist aber für mich der Schlüssel, um langfristig leistungsfähig und gesund zu bleiben.

// Ein Satz, der Ihren persönlichen Blick aufs Leben gut trifft:

„ *Cuncta fluunt – Veränderung ist für mich Antrieb und Inspiration zugleich.* ”

// Bücher, Medien oder Personen, die Sie inspirieren:

Ich lasse mich gerne von mathematischer Literatur inspirieren – insbesondere von Büchern und Aufsätzen, die große ungelöste oder historisch bedeutende Probleme der Mathematik behandeln, etwa Simon Singhs Buch „Fermats letzter Satz“, das die fesselnde Geschichte der jahrhundertelangen Suche nach dem Beweis von Fermats berühmter Vermutung erzählt. Solche Themen zeigen eindrucksvoll, wie viel Leidenschaft, Ausdauer und Kreativität in der Mathematik steckt. Ebenso lese ich gerne Technothriller mit wissenschaftlichem Hintergrund. Solche Romane eröffnen spannende Perspektiven auf zukünftige Entwicklungen an der Schnittstelle von Wissenschaft, Ethik und Gesellschaft. Diese Kombination aus mathematischer Tiefe und visionärer Literatur liefert mir wertvolle Impulse – beruflich wie privat.

// Musik, die Sie gern hören:

Die Musik von Lacy J. Dalton, besonders der Song „Black Coffee“ fasziniert mich durch seine rauchige Intensität und diese einzigartige Mischung aus Country-Soul und emotionaler Ehrlichkeit. Beim Hören spüre ich oft eine besondere Stimmung aus Ruhe, Tiefe und einem Hauch Melancholie. Die Musik wirkt authentisch, erdig und schenkt mir auf ganz eigene Weise Kraft und Klarheit.

KONTAKT

Dr. Siegfried Hammerl

PAS Dr. Hammerl GmbH & Co. KG
Gewerbestraße 21
86720 Nördlingen
Telefon: 09081 2926-90



www.pas-hammerl.de



PAS DR. HAMMERL
IHRE ZEIT. IHR GELD. UNSERE ERFAHRUNG.

M&A

Verkauf an Investoren: Sie möchten eine Praxis an Investoren verkaufen? Für ausgewählte Mandanten und Kooperationspartner initiieren und begleiten wir strukturierte Verkaufsprozesse (M&A-Beratungen). Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme!

Angebote und Gesuche

Neurochirurgische Zulassung in Baden-Württemberg gesucht!

Radiologisches MVZ (GmbH)

Süddeutsche Metropolregion, Umsatz ca. 4,2 Mio. €
Gewinn für Alleingesellschafter ca. 1,16 Mio. €

Zahnärztliche Einzelpraxis

Ca. 20 min. östlich von Stuttgart. Ca. 1,1 Mio. € Umsatz,
ca. 420.000 € Gewinn.

50 % Anteil an chirurgisch/orthopädischer BAG in Baden-Württemberg

Ca. 1,7 Mio. € Umsatz (100 %), ca. 850.000 € Gewinn.

Klinik in Süddeutschland zu verkaufen.

Die Einrichtung ist profitabel, hat einen Versorgungsauftrag nach § 109 SGB V mit den Verbänden der Krankenkassen und ist im Krankenhausbedarfsplan.

Anteil an fachübergreifender BAG

Mit fachärztlich-internistischem Sitz (Gastroenterologie)
Süddt. Metropolregion, Gewinnanteil ca. 500.000 € p. a.

Lungenpraxis (MVZ-GmbH) in Norddeutschland

4,1 Mio. € Umsatz, Gewinn vor GF-Gehalt, Afa und Zinsen ca. 800.000 €. 3 fachärztliche Versorgungsaufträge, 1 Hausarztsitz.

Nuklearmedizinische Einzelpraxis in Bayern

Ca. 1,3 Mio. € Umsatz, Gewinn ca. 530.000 €.

Zahnärztliche Einzelpraxis in der Nähe von Ulm

Ca. 1,25 Mio. € Umsatz, Gewinn ca. 530.000 €.

KONTAKT

Für weitere Informationen kontaktieren Sie uns!

**Sachverständigeninstitut
Prof. Dr. Wolfgang Merk**

München/Ulm
Telefon: 0731 - 140 343 50

info@wm-institut.de

IMPRESSUM

Herausgeber und verantwortlich im Sinne des Presserechts

Medinomicus GmbH
Zur Hammerschmiede 20
89287 Bellenberg
info@medmaxx.de

Geschäftsführung

Diplom-Ökonomin Heike Merk
Amtsgericht Memmingen, HRB 13592
USt.-IdNr. DE 264429940

Redaktion

Sachverständigeninstitut
Prof. Dr. Wolfgang Merk*
Hirschstraße 9
89073 Ulm
Tel.: 0731 140 34 35 - 0
info@wm-institut.de

Gestaltung & Satz

IKONS INTERMEDIA CONCEPTS GmbH
www.ikons.de

Datenschutz

Copyright 2025 Medinomicus GmbH, 89287 Bellenberg, Deutschland. Alle Rechte vorbehalten. Bei Zitaten wird um Quellenangabe „Medinomicus GmbH“ gebeten. Vorstehende Angaben stellen keine Anlage-, Rechts- oder Steuerberatung dar. Alle Meinungsäußerungen geben die aktuelle Einschätzung der Redaktion wieder, die nicht notwendigerweise der Meinung der Medinomicus GmbH oder ihrer assoziierten Unternehmen entspricht. Alle Meinungen können ohne vorherige Ankündigung geändert werden. Die Meinungen können von Einschätzungen abweichen, die in anderen von der Medinomicus GmbH veröffentlichten Dokumenten, einschließlich Research-Veröffentlichungen, vertreten werden. Die vorstehenden Angaben werden nur zu Informationszwecken und ohne vertragliche und sonstige Verpflichtung zur Verfügung gestellt. Für die Richtigkeit, Vollständigkeit oder Angemessenheit der vorstehenden Angaben oder Einschätzungen wird keine Gewähr übernommen.

Bildnachweis: © Freepik.com (S. 1, 6, 7)

* Von der IHK München und Oberbayern öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger zur Bewertung von Unternehmen und Praxen im Gesundheitswesen, Betriebsanalysen und Betriebsunterbrechungsschäden.