

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

08 | August 2025

KI-Strategie

„Um die Honorierung von KI-Anwendungen zu verbessern, kann die DG-KIMED helfen“

Künstliche Intelligenz (KI) hat in der Radiologie längst einen festen Platz eingenommen. Doch es führt nicht weit, sie hier und da einzusetzen. Strategische Planung hilft, sie gezielt für das Umsatzwachstum zu nutzen. Der Radiologe Prof. Dr. med. Christoph U. Herborn ist seit dem 01.04.2025 Ärztlicher Direktor des Städtischen Klinikums Dessau. Durch unterschiedliche Aufgaben im stationären und ambulanten Sektor bringt er viel strategische Erfahrung mit. Zudem gehört er der 2024 gegründeten Deutschen Gesellschaft für künstliche Intelligenz in der Medizin, DG-KIMED (dg-kim.de), an. Ursula Katthöfer (textwiese.com) sprach mit ihm über die Förderung von KI in der Medizin.

Redaktion: Beginnen wir mit der DG-KIMED. Warum braucht es für KI in der Medizin eine eigene Fachgesellschaft?

Prof. Dr. Herborn: Es ist toll, zu sehen, wie viele Fachdisziplinen an KI denken – doch denkt jede nur an sich. Deshalb brauchen wir eine Gesellschaft, die sich nicht nur der KI in der Radiologie oder der Onkologie widmet, sondern die den Anspruch hat, für viele Bereiche Lösungen anzubieten. Wir haben uns im Oktober 2024 konstituiert, um eher die Medizin und die Gesundheitswirtschaft anzusprechen als nur einzelne Fachgebiete bzw. Interessengruppen.

Redaktion: Welche Ziele verfolgt die neue Gesellschaft?

Prof. Dr. Herborn: Wir wollen unterschiedlichste Player mit unterschiedlichsten Hintergründen aus der Branche zusammenbringen. Ziel ist, KI zu evaluieren, Empfehlungen auszusprechen und in die Praxis zu bringen. Zu unseren Gründungsmitgliedern gehören Ärztinnen und Ärzte von Universitätskliniken und Krankenhäusern sowie Personen aus Beratungsgesellschaften, Industrie, IT und Medizintechnik. Wir verstehen uns als Brückenbauer zwischen klinischer Versorgung, Akademia, Wirtschaft und Politik. Damit meinen wir nicht nur die Berliner Politik, sondern auch Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Im vergangenen April hatten wir die erste Veranstaltung, die mir wegen des Miteinanders auf Augenhöhe

Inhalt

Abrechnung

Lungenkrebs-Screening für Raucher kommt im Jahr 2026 – Informationen für Radiologen 3

Recht

- Barrierefreie Website: Neues Gesetz mit Folgen für Radiologiepraxen 4
- Bürokratieabbau beim Strahlenschutz soll medizinische Forschung vereinfachen 5

Finanzen und Steuern

Wachstums-Booster: Diese lukrativen Steueränderungen betreffen Radiologen 6

Praxis-/Klinikmanagement

Gleich zu Beginn des Arbeitsverhältnisses krank: kein Krankengeld für Arbeitnehmer 8

Download

Recht: BfSG – Das müssen Radiologiepraxen für eine barrierefreie Website wissen

und der vielen konstruktiven Diskussionen hervorragend gefallen hat. Dar aus soll ein regelmäßiges Treffen werden. Wir wollen Positionspapiere verfassen und in der Berliner Welt Eintrittspforten finden, damit KI nicht nur ein Schlagwort bleibt.

Redaktion: Sie wollen konkrete Empfehlungen aussprechen. Haben Sie ein Beispiel?

Prof. Dr. Herborn: In der Radiologie sollten wir darüber nachdenken, in der InEK-Kalkulation Technikzuschläge ebenso abzubilden wie im EBM oder der novellierten GOÄ, um die Anwendung von KI gegenzufinanzieren. Zurzeit kommt jeder Euro, der investiert wird, aus den Gewinnen – abgesehen von Fördermitteln wie zum Beispiel aus dem Innovationsfonds. Selbstverständlich können Honoraranpassungen nie so aktuell sein wie die Entwicklung der Technik. Doch es ließen sich Pauschalen vereinbaren, die dafür Sorge tragen, dass der technische Fortschritt bei der Abrechnung honoriert wird. Da hätte man bei der GOÄ-Novellierung von der Radiologie lernen können. Nun wird das persönliche Gespräch besser honoriert als bisher. Das ist gut, aber die Technik ist eben auch wichtig. Um die Honorierung von KI-Anwendungen zu verbessern, kann ein Verein wie die DG-KI-MED durchaus helfen.

Redaktion: Wollen Sie mit anderen Fachgesellschaften zusammenarbeiten, um sich stärkeres Gehör zu verschaffen?

Prof. Dr. Herborn: Das ist nicht nur denkbar, sondern wünschenswert. Bisher sind wir jedoch auf keine Fachgesellschaft zugegangen, weil wir uns intern erst als professionelle Gesprächspartner aufstellen wollen.

Eine Gesellschaft wie die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG) ist über 100 Jahre alt. Sie ist gewachsen und wird professionell geführt. Ehe wir solchen erfahrenen Partnern unsere Zusammenarbeit anbieten, wollen wir uns noch etwas Zeit geben.

Redaktion: Lassen Sie uns noch über den Gegenstand der neuen Fachgesellschaft sprechen, die KI selbst. Von welchen Algorithmen können radiologische Niederlassungen und Kliniken bereits heute betriebswirtschaftlich profitieren?

Prof. Dr. Herborn: Es sind bereits eine ganze Menge KI-Applikationen auf dem Markt, etwa für Thoraxbefundung, Fraktursuche, Prostata- und Mammadiagnostik. Es können relevante Untersuchungen priorisiert werden. Die MR-Untersuchungszeiten lassen sich durch KI verkürzen. Die Bildakquisition, aber auch die große Bildrekonstruktion sind schneller, weil Daten im Datenraum schneller aufgefüllt werden.

Auch profitieren Abteilungen und Praxen, die KI anwenden, weil einige Patienten inzwischen eine gewisse Technikaffinität entwickelt haben. Für sie haben Anwender von KI eine größere Attraktivität. Das gilt auch für die Zuweiser.

Redaktion: Gibt es bereits messbare Benefits für das Personal?

Prof. Dr. Herborn: Prinzipiell steht Personal digitalen Neuerungen nicht immer offen gegenüber. Doch muss niemand die Sorge haben, durch KI seinen Arbeitsplatz zu verlieren. Die Arbeitswelt verändert sich, es werden aber oft keine Arbeitsplätze eingespart. Technikaffine, gut ausgebildete Mitarbeitende werden immer

gebraucht. Es ist eher so, dass KI ein interessanteres Arbeitsumfeld schafft. Wenn wir an den hohen Patientendurchsatz denken, ergeben sich viele Vorteile: Untersuchungszeiten werden verkürzt, die Zahl der Fehlbefunde sinkt, Rekonstruktionen werden schneller. Redundante Arbeit, die eher langweilig ist, kann heute schon automatisiert werden.

Redaktion: Welche strategischen Schritte empfehlen Sie, um KI zu implementieren?

Prof. Dr. Herborn: Für etwas Neues sollte man offen sein, es ausprobieren und einfach machen. Diese explorative Strategie gehört in ein strategisches Gesamtkonzept, das den Mehrwert der Investition und den Return on Investment einbezieht. Kosten sollten reduziert und Arbeitsabläufe optimiert werden. In Deutschland sind außerdem Haftung und Datenschutz zu berücksichtigen. KI sollte die Arbeit erleichtern und die Ergebnisse im Sinne der Mitarbeitenden und der Patienten verbessern.

Redaktion: Aber die Investitionskosten sind hoch. Wie groß ist das Risiko einer Fehlinvestition?

Prof. Dr. Herborn: Wer Risikokapital gibt, kann viel verlieren, das gehört dazu. Man kann aber auch gewinnen, perspektivisch ist auch mal der „Lucky Punch“ dabei. Ein niedergelassener Radiologe und Praxisgesellschaftler kann natürlich nicht mit Risikokapital arbeiten. Doch er kann KI ausprobieren und sollte so vernünftig sein, dem Projekt etwas Zeit zu geben. Es nach sechs Wochen zu beurteilen, kann hinderlich sein. Besser wäre es, erst nach einem Jahr Bilanz zu ziehen.

Redaktion: Sind wir in Deutschland mit Innovationen zu vorsichtig?

Prof. Dr. Herborn: Wir haben Angst, Fehler zu machen, und die Sorge, dass etwas nicht so funktionieren könnte wie in den vergangenen hundert Jahren. Dabei haben wir in Deutschland beispielsweise mit den Max-Planck- und den Fraunhofer-Instituten und vielen Universitätskliniken tolle Forschungsinstitutionen. Aber der Transfer in Maschinen, Workflow und Standards klappt nicht gut. So könnte die Medizintechnik von der Radiologie lernen, dass KI auch in Plattformen eingebaut werden kann. KI muss integriert werden. Als integraler Bestandteil gehört sie in jeden IT-Konzeptplan, im stationären oder ambulanten Sektor ebenso wie in der Hard- und Software der Hersteller von Medizintechnik.

KI ist nicht nur ein „Nice to have“, sondern muss Medizin sicherer machen. Dennoch sind viele auf dem US-Markt angebotene Lösungen zwar bei uns verfügbar, werden aber nicht eingesetzt. Auch die Schweiz, die Niederlande und Frankreich setzen digitales Potenzial besser ein als wir. Deutschland zieht sich häufig auf den

Datenschutz zurück. Dabei gilt für Frankreich und die Niederlande die gleiche EU-Regulatorik. Sie wird dort lockerer genommen. Deutschland hängt in Europa hinterher.

Redaktion: Besteht ein Risiko, dass das deutsche Gesundheitswesen bei KI den Anschluss verpasst?

Prof. Dr. Herborn: Das glaube ich nicht. Vieles könnte schneller sein, doch haben wir trotz holprigen Starts beispielsweise seit diesem Jahr die elektronische Patientenakte. Wir können Arztbriefe digital versenden und tauschen in der Radiologie seit Jahren schon cloud-basiert Bilddaten aus. Das kann sich sehen lassen. Dennoch müssen wir alte Zöpfe abschneiden. Die Papierakte ist ein Anachronismus. Wir könnten die gesamte Behandlungskette mit allen Schnittstellen zwischen Niederlassungen, Krankenhäusern, Laboren, Notaufnahmen, Intensivstationen und OPs papierlos dokumentieren. Doch es gibt immer jemanden, der es als einfacher empfindet, einen Schmierzettel zu scannen und digital der Akte anzuhängen. Davon sollten wir uns verabschieden. ■

- Der Zigarettenkonsum erstreckt sich über Dauer von mindestens 25 Jahren ohne Unterbrechung.
- Der Zigarettenkonsum dauert noch an oder ist vor weniger als 10 Jahren beendet worden.
- Der Umfang des Zigarettenkonsums beträgt mindestens 15 Packungsjahre (ein Packungsjahr entspricht dem täglichen Konsum von 20 Zigaretten über ein Jahr lang).

Der Ablauf der Früherkennung

Der (Haus-)Arzt erfragt bei dem Versicherten Dauer und Umfang des Zigarettenkonsums und informiert mithilfe einer Versicherteninformation über dieses Programm. Liegen die oben genannten Voraussetzungen vor, erfolgt eine Überweisung an einen qualifizierten **Radiologen** (Erstbefunder). Dieser führt eine Untersuchung der Lunge mittels Niedrigdosis-Computertomografie (LDCT) durch.

Bei einem unauffälligen Befund ist eine erneute Screening-Untersuchung nach zwölf Monaten möglich.

Ist der Befund kontroll- oder abklärungsbedürftig, hat der Radiologe einen weiteren Radiologen (Zweitbefunder) zur gemeinsamen Beurteilung der Aufnahmen hinzuzuziehen. Bei einem kontrollbedürftigen Befund wird dem Versicherten die nächste Früherkennungsuntersuchung bereits vor Ablauf von zwölf Monaten empfohlen. Bei einem abklärungsbedürftigen Befund mit hoher Wahrscheinlichkeit von Lungenkrebs erfolgt eine weitere – kurative – Abklärung.

Die Qualifikationsanforderungen an überweisende (Haus-)Ärzte

Zur Befunderhebung und Überweisung an Radiologen berechtigt sind Vertragsärzte mit den Fachgebietsbezeichnungen

Prävention

Lungenkrebs-Screening für Raucher kommt im Jahr 2026 – Informationen für Radiologen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 18.06.2025 ein neues Präventionsprogramm zur Früherkennung von Lungenkrebs mittels Niedrigdosis-Computertomografie beschlossen. Diese Früherkennung wird im Jahr 2026 eine Kassenleistung. Wir informieren Sie in diesem Beitrag zu den wesentlichen Inhalten des Screenings.

Der anspruchsberechtigte Personenkreis

Anspruch auf Teilnahme an diesem Früherkennungsprogramm haben Ver-

sicherte mit starkem Zigarettenkonsum im Alter zwischen 50 und 75 Jahren.

Der „starke Zigarettenkonsum“ ist wie folgt definiert:

- Innere Medizin,
- Allgemeinmedizin oder
- Arbeitsmedizin.

Zusätzlich erforderlich ist die Teilnahme an einer von einer Landesärztekammer gemäß den Vorgaben der Bundesärztekammer anerkannten Fortbildung.

Die Qualifikationsanforderungen an Erst- und Zweitbefunder

Die Erst- und Zweitbefunder müssen bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen, wenn sie am Lungenkrebs-Screening in der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wollen. Hierzu zählen bestimmte Fallzahlen (als Eingangsvoraussetzung und im Verlauf) sowie die Teilnahme an einer von einer Landesärztekammer gemäß den Vorgaben der Bundesärztekammer anerkannten Fortbildung.

Erstbefunder müssen darüber hinaus eine Kooperationsvereinbarung mit mindestens einem Zweitbefunder nachweisen. Zweitbefunder müssen zudem an einer Einrichtung tätig sein, die auf die Untersuchung und Behandlung von Lungenkrebs spezialisiert ist.

Der weitere Zeitplan

Der Beschluss des G-BA wird jetzt vom Bundesgesundheitsministerium geprüft und – sofern er nicht beanstandet wird – im Bundesanzeiger veröffentlicht. Zudem wird vom G-BA noch eine Versicherteninformation erarbeitet. Der G-BA geht davon aus, dass das Früherkennungsangebot dann im April 2026 starten kann.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- G-BA-Beschluss zur Einführung einer Lungenkrebsfrüherkennung mittels Niedrigdosis-Computertomografie bei Rauchern vom 18.06.2025 online unter www.de/s13256

Barrierefreiheitsstärkungsgesetz

Barrierefreie Website: Neues Gesetz mit Folgen für Radiologiepraxen

Am 28.06.2025 ist das Barrierefreiheitsstärkungsgesetz (BFSG) in Kraft getreten, das die digitale Inklusion für Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen und Personen mit temporären Einschränkungen fördern soll. Für Ihre Radiologiepraxis bedeutet das die Pflicht, Ihre Websites barrierefrei zu gestalten, sofern sie bestimmte Kriterien erfüllen.

Was ist das BFSG?

Das BFSG ist die deutsche Umsetzung der EU-Richtlinie 2019/882 (European Accessibility Act, EAA). Es zielt darauf ab, digitale Produkte und Dienstleistungen so zugänglich zu machen, dass niemand aufgrund von Einschränkungen/Handicaps ausgeschlossen wird. Für Arztpraxen relevant ist insbesondere die Barrierefreiheit von Praxiswebsites und mobilen Anwendungen, die Dienstleistungen wie eine Online-Terminbuchung oder Videosprechstunden anbieten. Schon eine Möglichkeit der Kontaktaufnahme (z. B. Nennung der Telefonnummer, der E-Mail-Adresse und/oder der Kontaktdaten) könnte in diesem Sinne bereits inkludiert sein, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Gilt das BFSG überhaupt für meine Radiologiepraxis?

Nicht jede Praxiswebsite fällt automatisch unter das BFSG. Entscheidend ist, ob Ihre Website „Dienstleistungen im elektronischen Geschäftsverkehr“ anbietet, z. B.

- Online-Terminbuchungen,
- Videosprechstunden,
- den Verkauf von Produkten/Dienstleistungen bzw. deren Anbahnung usw.
- Unter Umständen reicht schon das Angebot der Kontaktaufnahme in Form der Nennung einer Telefonnummer, der E-Mail-Adresse bzw. den konkreten Kontaktdaten.

von Dr. Sebastian Schulz,
ieQ-health GmbH & Co. KG, Münster,
ieQ-health.de

Es gibt auch **Ausnahmen**, diese gelten für

- Kleinunternehmen: Praxen mit weniger als zehn Beschäftigten und einem Jahresumsatz oder einer Jahresbilanzsumme unter 2 Mio. Euro.
- Reine Präsentationswebsites: Websites, die nur Informationen (z. B. Öffnungszeiten, Leistungen) ohne interaktive Funktionen oder spezifische Kontaktmöglichkeiten zur Terminvereinbarung bereitstellen, sind wahrscheinlich nicht betroffen. Dennoch sollte im Sinne der Inklusion (gerade im Gesundheitsbereich, der gewissermaßen eine Vorbildfunktion einnehmen sollte) sowie der perspektivisch besseren Findbarkeit über die Suchmaschinen und KI-Anwendungen überlegt werden, die eigene Praxiswebsite barrierefrei umzusetzen.

Wann ist die Website barrierefrei? Antworten im Download-Dokument!

Welche Kriterien für den Status einer barrierefreien Website erfüllt sein müssen und welche Maßnahmen ggf. ergriffen werden können, damit die Praxiswebsite im Sinne des BFSG als barrierefrei gilt, erfahren Sie im vollständigen Beitrag zum Thema, der als Download unter rwwf-online.de zur Verfügung steht (siehe www.de/s13259).

Strahlenschutzrecht

Bürokratieabbau beim Strahlenschutz soll medizinische Forschung vereinfachen

Seit dem 01.07.2025 gibt es neue Strahlenschutzregelungen. Diese betreffen vorwiegend die medizinische Forschung. Daher sollten Radiologie-Institute und/oder -Praxen, die in diesem Bereich aktiv sind, die gesetzlichen Neuregelungen kennen und beachten. Das gilt auch im Hinblick auf veränderte Zuständigkeiten.

von Rechtsanwältin, Fachanwältin für
Medizinrecht Prof. Dr. Birgit Schröder,
Hamburg, dr-schroeder.com

Bürokratieabbau als Ziel

Das mit dem neuen Medizinforschungsgesetz (MFG) novellierte Strahlenschutzgesetz soll klinische Studien von bürokratischen Hürden befreien. Ziel ist es, Rahmenbedingungen für medizinische Innovationen und den Forschungsstandort Deutschland zu verbessern. Dabei soll die Patientensicherheit gleichbleibend gewährleistet werden. Basis ist das Gesetz zum Schutz vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung (Strahlenschutzgesetz – StrlSchG). Der Umgang mit radioaktiven Stoffen und die Anwendung ionisierender Strahlen müssen einen zielgerichteten Nutzen verfolgen, um gerechtfertigt zu sein. Die Neuregelungen betreffen insbesondere

- vereinfachte Anzeigeverfahren für viele klinische Prüfungen sowie
- eine Verkürzung der Fristen im Genehmigungsverfahren.

Durch den Wegfall der bisherigen Anzeigeverfahren sollen die Prüfungen zügiger abgeschlossen werden. Es gilt weiter, dass es sich bei den strahlenschutzrechtlichen, den arzneimittel- bzw. medizinprodukterechtlichen um voneinander unabhängige Verfahren handelt. Pro klinischer Prüfung ist nur eine Einreichung in einem zentralen Portal (Single Gate) vorgesehen.

Erstanzeigen nun bei BfArM und PEI

Die Kriterien für die Unterscheidung zwischen *Anzeigeverfahren* und *Genehmigungsverfahren* ändern sich zudem insbesondere in zwei Punkten:

- Strahlenschutzrelevante Begleitdiagnostik in Studien, in denen kranke Minderjährige eingeschlossen werden, ist dann nicht mehr genehmigungsbedürftig, wenn die Summe der studienbedingten effektiven Dosen aller Strahlenanwendungen, die im Rahmen des Forschungsvorhabens erfolgen, voraussichtlich *sechs Millisievert* pro Person nicht überschreitet.
- Strahlenschutzrelevante Begleitdiagnostik ist darüber hinaus nur dann lediglich anzeigebedürftig, wenn die Art der Anwendung anerkannten Standardverfahren zur Untersuchung von Menschen entspricht und es sich bei dem Forschungsvorhaben um eine klinische Prüfung i. S. d. § 4 Abs. 23 Arzneimittelgesetz (AMG) oder i. S. d. Art. 2 Abs. 45 Medical Device Regulation (MDR) bzw. einer sonstigen klinischen Prüfung i. S. d. Art. 82 MDR i. V. m. § 3 Nr. 4 Medizinprodukte-recht-Durchführungsgesetz (MPDG) handelt – im Einzelnen nachzulesen unter www.de/s13255

Es gibt zudem eine wesentliche Änderung im Hinblick auf die Zuständigkeiten: Seit dem 01.07.2025 sind das Bundesinstitut für Arzneimittel

und Medizinprodukte (BfArM) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) als verfahrensführende Behörden für das Anzeigeverfahren zuständig. Eine Einreichung von Erstanzeigen beim Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) ist nicht mehr möglich.

Merke

- Die Änderung des StrlSchG durch das MFG gilt seit dem 01.07.2025.
- Die Genehmigungsverfahren für klinische Prüfungen sowie Zulassungsverfahren von Arzneimitteln, Medizinprodukten und forschungsbedingten Strahlenanwendungen werden beschleunigt und entbürokratisiert.
- Das BfS bleibt weiterhin für das **strahlenschutzrechtliche** Genehmigungsverfahren zuständig.
- Die Zuständigkeit für das strahlenschutzrechtliche Anzeigeverfahren wechselt vom Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) auf das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI).

Fazit

Die Neuregelungen sind wichtig für alle radiologischen Einrichtungen, die in der Forschung aktiv sind. Für Forschende vereinfacht sich die Zulassung vieler klinischer Prüfungen deutlich. Damit sollte auch eine Beschleunigung in der Bearbeitung möglich sein.

Es bleibt abzuwarten, ob das Ziel, nämlich die Harmonisierung und Verzahnung des Strahlenschutzrechts sowohl mit den arzneimittel- als auch den medizinprodukterechtlichen Vorgaben erreicht und eine Stärkung der Innovation in der Medizinforschung gelingen wird.

Steuertipps

Wachstums-Booster: Diese lukrativen Steueränderungen betreffen Radiologen

Der Bundesrat hat am 11.07.2025 den Weg für den „Wachstums-Booster“ freigemacht und dem vom Bundestag verabschiedeten Gesetzespaket der Bundesregierung zugestimmt. Milliarden schwere Steuerentlastungen wurden damit auf dem Weg gebracht. Und von diesen profitieren auch die Radiologinnen und Radiologen.

von Dipl.-Finanzwirt Marvin Gummels,
Hage

Elektrofahrzeuge bis 100.000 Euro privilegiert

Die private Mitbenutzung eines betrieblichen Firmenwagens unterliegt der Besteuerung. Entweder bei dem selbstständigen Radiologen als gewinnerhöhende Privatentnahme (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 S. 2 Einkommensteuergesetz [EStG]) oder bei dem begünstigten Mitarbeiter einer Radiologie als steuer- und beitragspflichtiger Sachbezug (§ 8 Abs. 2 S. 2 ff. EStG). Wird, wie in der Praxis üblich, kein ordnungsgemäßes Fahrtenbuch geführt, dann sind für die Privatfahrten pro Monat 1,0 Prozent des Bruttolistenpreises (BLP) im Zeitpunkt der Erstzulassung des Fahrzeugs anzusetzen. Doch das ist nicht zwingend. Um die Elektromobilität zu fördern, wird der BLP bei reinen E-Fahrzeugen nur zur Hälfte angesetzt. Beläuft sich der BLP des E-Fahrzeugs auf nicht mehr als 70.000 Euro (bis 31.12.2023 60.000 Euro), dann ist der BLP nur mit einem Viertel anzusetzen. Das spart erheblich Steuern.

Das ist neu: Die Grenze von 70.000 Euro wurde für alle ab dem 01.07.2025 angeschafften E-Fahrzeuge auf 100.000 Euro angehoben. Das gilt auch für Arbeitnehmern zur privaten Mitbenutzung

überlassener E-Fahrzeuge. Bei Arbeitnehmern kommt es für die auf 100.000 Euro angehobene Grenze jedoch nicht auf das Datum der Fahrzeuganschaffung, sondern auf das Datum der erstmaligen Überlassung an einen Arbeitnehmer an.

Degressive Abschreibung für bewegliche Wirtschaftsgüter reaktiviert!

Erfolgte die Anschaffung eines beweglichen Wirtschaftsguts des Anlagevermögens (z. B. eines MRT-Geräts) nach dem 31.03.2024 und vor dem 01.01.2025, dann bestand ein Wahlrecht: Die Abschreibung des Wirtschaftsguts konnte entweder linear über die betriebsgewöhnliche Nutzungsdauer oder degressiv vorgenommen werden (§ 7 Abs. 1 und 2 EStG). Die degressive Abschreibung betrug dabei das Doppelte der linearen Abschreibung und maximal 20 Prozent pro Jahr. Ein späterer Übergang von der degressiven zur linearen Abschreibung war zulässig (§ 7 Abs. 3 EStG).

Das ist neu: Die Möglichkeit zur Vornahme von degressiven Abschreibungen wurde reaktiviert. Nun können auch bewegliche Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens, die *nach dem 30.06.2025 und vor dem 01.01.2028 angeschafft werden*, als echte Alternative zur linearen Abschreibung degressiv abgeschrieben werden. Dabei wurde die de-

gressive Abschreibung sogar erheblich verbessert. Sie beträgt nun das Dreifache der linearen Abschreibung und maximal 30 Prozent pro Jahr.

Praxistipp

Zusätzlich zur linearen bzw. degressiven Abschreibung können unter den Voraussetzungen des § 7g Abs. 5 EStG **Sonderabschreibungen** von bis zu 40 Prozent geltend gemacht werden. Diese Sonder-Absetzung für Abnutzungen (AfA) eignet sich ideal zur Gestaltung. Denn sie kann flexibel auf das Anschaffungsjahr und die vier Folgejahre verteilt werden.

„Super-AfA“ für Elektrofahrzeuge

Für die Abschreibung von dem Anlagevermögen zugehörigen Elektrofahrzeugen im Sinne des § 9 Abs. 2 KraftStG (z. B. E-PKW) haben Radiologen künftig noch eine weitere Möglichkeit. Sie können die mit § 7 Abs. 2a EStG eingeführte „Super-Abschreibung“ nutzen. Einzige Voraussetzung: Das E-Fahrzeug muss nach dem 30.06.2025 und vor dem 01.01.2028 angeschafft werden. Diese zeitliche Befristung soll für zügige Investitionsentscheidungen sorgen und die Wirtschaft ankurbeln.

Merke

Parallel zur „Super-AfA“ dürfen keine Sonderabschreibungen vorgenommen werden. Das gilt auch für die Sonderabschreibung nach § 7g Abs. 5 EStG. Zusätzlich zur „Super-AfA“ sind aber Teilwert-Abschreibungen möglich.

Entscheiden sich Radiologen für die „Super-AfA“, dann erfolgt die Abschreibung durch einen arithmetisch-degressiv fallenden Abschreibungs-

Tab. 1: AfA-Sätze im Rahmen der „Super-AfA“

	Jahr 1	Jahr 2	Jahr 3	Jahr 4	Jahr 5	Jahr 6
„Super-AfA“:	75 Prozent	10 Prozent	5 Prozent	5 Prozent	3 Prozent	2 Prozent

Tab. 2: Abschreibung 60.000 Euro über 6 Jahre (PKW) mit unterschiedlichen AfA-Optionen

Jahr	Lineare AfA	Degressive AfA	Degressiv, dann linear	„Super-AfA“
2025	834 (zeitanteilig 1/12)	1.500 (zeitanteilig 1/12)	1.500 (zeitanteilig 1/12)	45.000 Euro
2026	10.000 Euro	17.550 Euro	17.550 Euro	6.000 Euro
2027	10.000 Euro	12.285 Euro	12.285 Euro	3.000 Euro
2028	10.000 Euro	8.600 Euro	8.600 Euro	3.000 Euro
2029	10.000 Euro	6.020 Euro	6.880 Euro	1.800 Euro
2030	10.000 Euro	4.214 Euro	6.880 Euro	1.200 Euro
2031	9.166 Euro	9.831 Euro	6.305 Euro	-
Summe	60.000 Euro	60.000 Euro	60.000 Euro	60.000 Euro

satz über einen Zeitraum von sechs Jahren. Konkret sind die AfA-Sätze wie in Tab. 1 dargestellt in den sechs Jahren maßgebend.

Das Besondere ist neben der außer-gewöhnlichen Höhe der Abschreibung im ersten Jahr, dass sich die Abschreibung im Jahr der Anschaffung – anders als bei der linearen bzw. degressiven Abschreibung – nicht zeitanteilig reduziert. Konkret bedeutet das: Auch wenn Radiologen das E-Fahrzeug im Dezember anschaffen, können im Jahr der Anschaffung volle 75 Prozent abgesetzt werden. Dieser Umstand kann genutzt werden, um gezielt Betriebsausgaben zu generieren und damit den Gewinn zu reduzieren.

Die Abschreibungsmöglichkeiten eines Radiologen, der im Dezember 2025 ein E-Fahrzeug für 60.000 Euro (Nutzungsdauer: sechs Jahre) erwirbt, sind in Tab. 2 dargestellt.

Merke

Das Fahrzeug wird in jeder Variante insgesamt nur einmal abgeschrieben, sodass der Betriebsausgabenabzug in Summe immer 60.000 Euro beträgt. Bei Wahl der „Super-AfA“ erfolgt jedoch ein deutlich schnellerer Abzug der Aufwendungen. Und das steigert die betriebliche Liquidität.

Die ab 2028 reduzierte Unternehmensbesteuerung

Wird die Radiologie in Rechtsform einer Kapitalgesellschaft geführt (z. B. als GmbH), dann unterliegt der erzielte Gewinn derzeit einer Körperschaftsteuer von 15 Prozent zzgl. Solidaritätszuschlag (Soli) und ggf. Gewerbesteuer. Das ändert sich. Denn die Körperschaftsteuer wird von 2028 bis 2032 um jährlich 1,0 Prozent reduziert. Damit beträgt die Körperschaftsteuer ab 2032 nur noch 10,0 Prozent.

Sollte die Radiologiepraxis als Einzelunternehmen oder Personengesellschaft geführt werden, dann unterliegt der Gewinn auf Ebene des Radiologen der progressiven Einkommensteuer. Von der reduzierten Körperschaftsteuer profitieren diese Radiologen also nicht. Um jedoch die Belastungsneutralität zwischen der Besteuerung als Kapitalgesellschaft bzw. als Einzelunternehmer oder Gesellschafter einer Personengesellschaft zu wahren, wurde die in § 34a EStG geregelte Gewinnthesaurierung modifiziert. § 34a EStG gestattet es Radiologen, nicht entnommene Gewinne auf Antrag mit einem pauschalen Steuersatz von 28,25 Prozent zzgl. Soli zu versteuern. Damit bleiben der Radiologie etwa 70 Prozent des Gewinns für betriebliche Investitionen. Die Kehrseite: Werden die thesaurierten Gewinne nach einigen Jahren entnommen, erfolgt eine Nachversteuerung mit einem pauschalen Steuersatz

Tab. 3: Reduzierte Körperschaftsteuersätze ab 2028

	Bis VZ* 2027	VZ 2028	VZ 2029	VZ 2030	VZ 2031	Ab VZ 2032
Körperschaftsteuersatz:	15 Prozent	14 Prozent	13 Prozent	12 Prozent	11 Prozent	10 Prozent

* VZ = Veranlagungszeitraum

Tab. 4: Reduzierte Thesaurierungssteuersätze ab 2028

	Bis VZ* 2027	VZ 2028 und 2029	VZ 2030 und 2031	Ab VZ 2032
Steuersatz:	28,25 Prozent	27,00 Prozent	26,00 Prozent	25,00 Prozent

* VZ = Veranlagungszeitraum

von 25 Prozent zzgl. Soli. Oft tritt dadurch eine effektiv höhere Gesamtsteuerbelastung, aber zugleich auch eine zinslose Steuerstundung ein.

Das ist neu: Weil ab 2028 die Körperschaftsteuer in mehreren Schritten von 15 auf 10 Prozent reduziert wird, hat sich der Gesetzgeber zur parallelen Reduzierung der Thesaurierungsbesteuerung entschieden. Die Entwicklung der Thesaurierungssteuer zeigt Tab. 4.

Beispiel: Ein Radiologe thesauriert im Jahr 2032 von dem erzielten Gewinn einen Teilbetrag von 100.000 Euro und verwendet ihn für betriebliche Investitionen.

Lösung: Die thesaurierten 100.000 Euro unterliegen beim Radiologen nicht mehr der progressiven Einkommensteuer von bis zu 45 Prozent, sondern sie werden mit nur 25 Prozent zzgl. Soli besteuert. Damit beträgt die Steuerbelastung nur 26.375 Euro. Sollte in späteren Jahren der thesaurierte Nettobetrag von 73.625 Euro (100.000 Euro abzgl. 26.375 Euro) durch den Radiologen entnommen werden, dann kommt es zur Nachversteuerung mit ebenfalls 25 Prozent zzgl. Soli. Diese zweite Steuerbelastung beträgt 19.418 Euro (73.625 Euro x 25 Prozent zzgl. Soli).

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Mitteilung der Bundesregierung zum Beschluss des „Wachstumsboosters“ online unter [www.de/s13258](https://www.iww.de/s13258)
- „Fortbildung und Urlaub kombinieren – das kann abgesetzt werden!“, in RWF Nr. 5/2025

Personalmanagement/Arbeitsrecht

Gleich zu Beginn des Arbeitsverhältnisses krank: kein Krankengeld für Arbeitnehmer

Ein Beschäftigungsverhältnis wird erst ab dem Beginn der Entgeltfortzahlung und nicht schon mit Abschluss des Arbeitsvertrags begründet. Dies hat das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen im Fall eines Mannes entschieden, der einen neuen Arbeitsvertrag unterschrieben hatte, die Arbeit aber nie antrat, sondern sich zu Beginn des Arbeitsverhältnisses krankmeldete (Urteil vom 21.01.2025, Az. L 16 KR 61/24).

In Zeiten des Fachkräftemangels ist es für Arbeitgeber umso enttäuschender, wenn sich eine neue Mitarbeiterin oder ein neuer Mitarbeiter bereits vor dem ersten Arbeitstag krankmeldet. Das hat zudem auch Auswirkungen auf das Zustandekommen des Beschäftigungsverhältnisses und die sich daraus ergebenden Sozialleistungen.

Die Krankenkasse des Mannes lehnte die Zahlung von Krankengeld mit der Begründung ab, es habe kein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis bestanden, da er kein Einkommen erzielt habe. Der Mann verklagte das Unternehmen und verlangte die Anmeldung zur Sozialversicherung ab dem Beginn des Arbeitsvertrags. „Nein“, sagte dazu das LSG. Der Arbeitgeber müsse ihn nicht zur Sozialversicherung anmelden, da ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis nicht schon mit dem Beginn des Arbeitsvertrags entstanden sei. Erforderlich sei, dass der Arbeitnehmer einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall habe. Dieser Anspruch entstehe bei neuen Arbeits-

verhältnissen generell erst nach einer vierwöchigen Wartezeit (§ 3 Abs. 3 Entgeltfortzahlungsgesetz). Unabhängig davon müsse der Mann sich erst an seine Krankenkasse wenden, bevor er seinen Arbeitgeber verklage.

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
 Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
 Tel.: 0931 41830-70, Fax: 0931 41830-80
 E-Mail: iww-wuerzburg@iww.de

Niederlassung Nordkirchen

Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
 Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, E-Mail: info@iww.de

Redaktion

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur),
 Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns
 (Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.