

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

10 | Oktober 2026

GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

„Das GKV-Spargesetz ist insbesondere für radiologische Praxen existenzbedrohend!“

Trotz massiver Proteste der Ärzteverbände haben Bundestag und Bundesrat das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beschlossen. Um die Ausgaben zu begrenzen, müsse überall im Gesundheitswesen gespart werden, bei den Krankenhäusern, den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, den Psychotherapeuten, der Pharmaindustrie und den Patienten. Was bedeutet das für die Radiologie? Wie wird sich die radiologische Versorgung durch die Sparmaßnahmen verändern? Antworten hat Prof. Dr. med. Hermann Helmberger, Chefarzt des Zentrums für Radiologie und Nuklearmedizin am Klinikum Dritter Orden in München Nymphenburg. Er ist Präsident des Berufsverbands der Deutschen Radiologie (BDR, radiologenverband.de). Ursula Katthöfer (textwiese.com) führte das Interview.

Redaktion: Wie stark trifft das GKV-Spargesetz die Radiologie?

Prof. Helmberger: Es ist paradox: Einerseits definiert die Politik im § 75 Abs. 1a Sozialgesetzbuch V die Radiologie als systemrelevantes Fach, weil fast jede Erkrankung radiologisch abgeklärt werden muss. Andererseits soll unser Fach ein Einsparvolumen von 20 bis 30 Prozent haben. Das sehen wir nicht. Das Gros der Diagnosen, Verlaufskontrollen und Entscheidungen über Behandlungen fußt auf CT und MRT. Dennoch trägt die Radiologie am Gesamtvolumen der GKV-Ausgaben weniger als ein Prozent. Die Kosten für eine onkologische Therapie sind viel höher als die Kosten für das CT, das

besagt, dass diese Therapie nicht mehr sinnstiftend ist. Dennoch soll bei der Radiologie überdurchschnittlich viel gespart werden.

Zudem betrifft sowohl die Radiologie als auch die Nuklearmedizin und die Strahlentherapie eine Änderung, die kurz vor der Verabschiedung des GKV-Spargesetzes in einer „Nacht- und Nebelaktion“ eingefügt wurde: Der Bewertungsausschuss (BA), der durch Mitglieder von KBV und GKV-Spitzenverband (GKV-SV) besetzt wird, soll die EBM-Leistungen neu definieren. Das ist ein Paradigmenwechsel, weil der Gesetzgeber in die Selbstverwaltung von KBV und GKV-SV eingreift. Die dritte Absenkung kommt zum

Inhalt

EBM 2026

Beratung für Lungenkrebs-screening auch durch Praktische Ärzte und Gebietslose 3

Berufsrecht

Ausländische Ärzte in Deutschland – Berufserlaubnis, Approbation und Prüfungen 4

Vertragsarztrecht

BSG lehnt Beschwerde eines Radiologen mit teilweisem Berufsverbot ab 6

Vertragsrecht

Vereinbarung zum Ausfall-honorar rechtssicher formulieren, sonst entfällt der Anspruch! 7

Steuertipp

So senken Radiologen die Kirchensteuer bei Betriebsaufgabe 8

01.01.2028, wenn die neue GOÄ in Kraft treten soll. Diese GOÄ-Reform wertet die Radiologie ebenfalls ab.

Redaktion: Wen wird es besonders hart treffen?

Prof. Helmberger: Die ambulante radiologische Versorgung wird das Spargesetz stärker zu spüren bekommen als die Abteilungen in den Kliniken. Sie sind eher von der Krankenhausreform betroffen. Wir haben wegen des GKV-Spargesetzes auf vielen Wegen versucht, mit der Politik zu sprechen und auf die Auswirkungen hinzuweisen. Doch das Bundesgesundheitsministerium verkriecht sich hinter Vorschlägen seiner Expertenkommission. Leider müssen wir feststellen, dass in der Kommission Personen sitzen, die nicht immer den Bezug zum Praxisalltag haben, um es vorsichtig auszudrücken.

Redaktion: Lassen Sie uns die Punkte im Einzelnen durchgehen. Die Bewertung des technischen Leistungsanteils im EBM wird abgesenkt. Mit welchem Honorarverlust müssen niedergelassene Radiologen etwa rechnen?

Prof. Helmberger: Dieser technische Anteil des EBM wurde im Jahr 2020 schon einmal gesenkt. Wenn wir davon ausgehen, dass technische Leistungen 80 Prozent der vergüteten Leistungen in der Radiologie ausmachen, dann führt eine Kürzung von 20 bis 30 Prozent dieser Leistungen zu etwa 25 Prozent Verlust insgesamt. Steigende Energie- und Gerätekosten sind noch nicht eingepreist. Im Gesetz steht, dass es den Beschluss des BA zur oben genannten Absenkung des technischen Leistungsanteils im EBM für Leistungen der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie bis zum 31.03.2027 geben soll. Bis dahin ist es

nicht mehr lange, zumal der BA noch andere Themen auf der Agenda hat. Wir sind deshalb längst mit der KBV in Kontakt, um unsere Forderungen nach einer ausreichenden Vergütung einzubringen.

Redaktion: Sie erwähnen Strahlentherapie und Nuklearmedizin. Sind die Verluste dort ähnlich hoch?

Prof. Helmberger: Die Zielsetzung ist in allen drei Fächern die gleiche. Deshalb müssen wir als Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie geschlossen auftreten.

Redaktion: Hygienezuschläge, TSVG-Zuschläge und die Vergütung der Erstbefüllung der ePA werden gestrichen. Was wird sich wirtschaftlich besonders stark auswirken?

Prof. Helmberger: Radiologische Niederlassungen werden hauptsächlich die wegfallenden TSVG-Zuschläge spüren. In einigen Bundesländern wie beispielsweise Hamburg sind über 90 Prozent der Fälle TSVG-Fälle. Als das TSVG in Kraft trat und 25 Stunden an Sprechstundenzeit vorgehalten werden mussten, haben viele Praxen in Personal und Technik wie neue KI-Systeme investiert. Sie haben sich auf die Politik verlassen und die Vergütung dieser zusätzlichen Ausgaben fest eingeplant. Jetzt fühlen sie sich von der Politik getäuscht und müssen Personal wieder entlassen. Das treibt den Frust.

Redaktion: Der Katalog extrabudgetärer Leistungen wird neu strukturiert. Was bedeutet das für die Radiologie?

Prof. Helmberger: Beim Kardio-CT haben wir noch einen Vorlauf, weil es gerade erst eingeführt wurde und zwei Jahre lang extrabudgetär vergütet

wird. Paradox ist, dass auch Früherkennungsmaßnahmen wie das Mammografiescreening darunter fallen. Diese Leistungen sind präventiv, werden aber nun unter Morbidität eingepreist. Es trägt auch nicht zum Erfolg des gerade verabschiedeten Lungenkrebscreenings bei, dass es nun budgetiert wird.

Redaktion: Wie wird sich die radiologische Versorgung durch die Sparmaßnahmen verändern?

Prof. Helmberger: Erstens wird es in den Praxen wahrscheinlich zu erheblich längeren Wartezeiten kommen. Weil zusätzliche Leistungen durch das TSVG entfallen, werden die Praxen sehr genau hinschauen, welches Budget ihnen zur Verfügung steht und nur die Leistungen anbieten, die vergütet werden.

Zweitens werden die Patienten die Notaufnahmen und Kliniken aufsuchen, weil sie nicht so lange auf die Untersuchung in der Niederlassung warten möchten. Diese Verschiebung in den stationären Bereich ist aber deutlich teurer und führt überhaupt nicht zu einer zügigen Versorgung.

Orientierungspunkt 2027 beschlossen

Auch der Orientierungspunkt (OW) untersteht infolge des GKV-Spargesetzes der Beitragssatzstabilität und darf im Rahmen der jährlichen Anpassung nicht stärker steigen als die Grundlohnrate. Am 23.09.2026 hat der Bewertungsausschuss den OW für 2027 beschlossen. Dieser erhöht sich für alle vertragsärztlichen Leistungen zum 01.01.2027 um 2,2 Prozent auf **13,0207 Cent** (OW 2026: 12,7404 Cent).

Drittens bemerken wir bereits heute, dass die Mittel für Re-Investitionen der Praxen sinken. Durch längere Standzeiten der Geräte werden technische Innovationen nicht bei den Patienten ankommen. Die Zurückhaltung bei den Investitionen in Neuanschaffungen wird sich mittelfristig auf den Medizinstandort Deutschland auswirken, weil medizintechnische Unternehmen Standorte ins Ausland verlagern. Die Pharmaindustrie ist vorangegangen, die Medizintechnik wird nachziehen.

Redaktion: Rechnet der BDR damit, dass Praxen vom Markt verschwinden?

Prof. Helmberger: Für die Radiologie als Fach ist das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz insbesondere in der Niederlassung existenzbedrohend. Es wird eine Marktbereinigung geben. Bereits heute beobachten wir, dass Konglomerate zunehmen, inhaber- und investorengeführt. Die kleine Zwei-Mann-Praxis wird auf Dauer nicht überleben. Wir fürchten, dass auch Praxen mit drei oder vier Teilhabern nicht mehr existieren können. Wahrscheinlich gehen sie in Konglomeraten auf. Möglich ist auch, dass Standorte schließen, zumal die Verluste aus der GOÄ-Reform hinzukommen.

Redaktion: Was empfehlen Sie der Radiologie, um das Ruder herumzureißen und Verluste auszugleichen?

Prof. Helmberger: Alle Praxen – ob inhaber- oder investorengeführt – sind bereits derart optimiert, dass sie nur ein geringes Sparpotenzial haben. Zu welchen Maßnahmen eine Praxis sich entscheidet, hängt von Zuweisungsstruktur, Größe und Standort ab. Natürlich kann man immer noch schneller

untersuchen, was zulasten der Qualität geht. Leistungen auf Selbstzahlerbasis, sogenannte IGeL, werden zunehmen. Allerdings geht das bei Leistungen, die prinzipiell von der GKV abgedeckt sind, nicht ohne Weiteres. In den Niederlassungen wird ausgelotet, was juristisch möglich ist.

Auch die KVen überlegen derzeit, welche zusätzlichen Umsatzmöglichkeiten Praxen haben, nachdem sie ihre 25 Stunden an Sprechstundenzeit erfüllt haben. Die Patienten werden sich daran gewöhnen müssen, dass es bestimmte Leistungen nicht mehr zum Nulltarif gibt.

Redaktion: Wie sollte mit den Patienten über die neue Entwicklung gesprochen werden?

Prof. Helmberger: Der Ärzteschaft ist selbstverständlich klar, dass wegen der Kosten etwas passieren muss. Entweder man pumpt mehr Geld ins Gesundheitswesen oder man spart. Letzteres bedeutet, dass nicht mehr jeder Patient alles zu jeder Tages- und Nachtzeit bekommen kann. Dieser Paradigmenwechsel ist den meisten Patienten nicht bewusst. Es ist eine Selbstbedienungsmentalität entstanden. Patienten denken, sie hätten ihre Krankenversicherungsbeiträge bezahlt, also wollen sie das gezahlte Geld wieder herausbekommen.

Die Politik drückt sich darum, den Patienten klar zu sagen, wie sich der Sparkurs auswirkt. Deshalb bleibt es an uns hängen zu kommunizieren, dass es nicht immer ein CT, ein MRT und schon gar nicht mehrere an unterschiedlichen Standorten geben kann – weder in der Praxis noch in der Klinik. Einer langjährigen Patientin zu vermitteln, dass eine Untersuchung aus Kostengründen wegfällt, sorgt für Diskussionen, die

unangenehm werden können. Wir finden es fast ungehörig, dass unser Sprechstundenpersonal das hauptsächlich aushalten muss.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Deutliche Einschnitte bei radiologischen Leistungen geplant“, in RWF Nr. 08/2026
- „Einigung bei den Finanzierungsverhandlungen: Orientierungswert steigt um 2,2 Prozent“, zur Pressemitteilung der KBV vom 23.09.2026 zur Anpassung des OW für das Jahr 2027

EBM 2026

Beratung für Lungenkrebscreening auch durch Praktische Ärzte und Gebietslose

Ab dem 01.10.2026 dürfen auch Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung die EBM-Positionen für die Erstberatung und Berichterstellung zum Lungenkrebscreening abrechnen.

Bereits seit dem 01.04.2026 gilt das Lungenkrebscreening für starke Raucher. Bislang konnten nur Fachärzte für Allgemeinmedizin oder für das Gebiet Innere Medizin die EBM-Nrn. 01876 (Erstberatung zum Programm) und 01875 (Erstellung des Berichts für die radiologische Praxis) abrechnen. Nun hat der Bewertungsausschuss den Kreis der berechtigten Ärzte erweitert: Ab Quartal IV/2026 dürfen auch Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung diese Leistungen abrechnen, wie die KV Baden-Württemberg mitteilt (siehe www.de/s16203).

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Lungenkrebs-Screening startet am 01.04.2026“, in RWF Nr. 04/2026

Berufsrecht

Ausländische Ärzte in Deutschland – Berufserlaubnis, Approbation und Prüfungen

Deutschland ist seit Jahren auf ausländische Ärztinnen und Ärzte angewiesen, das gilt auch für das Fachgebiet Radiologie. Gleichzeitig gehört der Arztberuf zu den streng regulierten Berufen. Wer im Ausland Medizin studiert hat und in Deutschland arbeiten möchte, benötigt grundsätzlich entweder eine Approbation oder zumindest eine Berufserlaubnis. Die rechtlichen Grundlagen finden sich vor allem in der Bundesärzterordnung (BÄO) und in der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO).

von Rechtsanwalt Jonas Kaufhold und
Rechtsanwalt Michael Frehse, Münster,
kanzlei-am-aerztehaus.de

Der Weg zur Anerkennung variiert je nach Herkunftsland

Der Weg zur Anerkennung hängt maßgeblich davon ab, aus welchem Staat die ärztliche Ausbildung stammt. Besonders wichtig ist die Unterscheidung zwischen

- EU-/EWR-Abschlüssen und
- Abschlüssen aus sogenannten Drittstaaten.

Während EU/EWR-Abschlüsse meist von einer automatischen Anerkennung nach § 3 Abs. 1 S. 2 BÄO bei Vorlage des gesetzlichen Ausbildungsnachweises profitieren, müssen Drittstaatenärzte häufig ihre Ausbildung einer Gleichwertigkeitsprüfung gemäß § 3 Abs. 3 S. 1, 2 BÄO unterziehen lassen oder ihre Kenntnisse im Rahmen einer Kenntnisprüfung gemäß § 3 Abs. 3 S. 3 BÄO nachweisen.

Für alle Ärztinnen und Ärzte mit ausländischem Abschluss ist es jedoch notwendig, die **Fachsprachprüfung Medizin** abzulegen. Diese ist keine medizinische Wissensprüfung, sondern eine Sprachprüfung mit Blick auf die ärztliche Tätigkeit. Geprüft werden typischerweise Vokabeln und

Sätze für das Arzt-Patienten-Gespräch, der Wortschatz für die Dokumentation und die Arzt-Arzt-Kommunikation. Fast alle Landesärztekammern verlangen heute allgemeines Deutsch auf Niveau B2 und medizinische Fachsprache auf Niveau C1. In der Praxis ist die Fachsprachprüfung oft die erste große Hürde.

Berufserlaubnis und Approbation

Die Berufserlaubnis nach § 10 BÄO ist nur eine vorübergehende und eingeschränkte Erlaubnis zur Berufsausübung. Sie wird häufig genutzt, wenn das Approbationsverfahren noch läuft. Die Gesamtdauer einer Berufserlaubnis beträgt zwei Jahre und ist oft auch auf bestimmte Kliniken oder Tätigkeiten beschränkt. Praktisch bedeutet dies: Mit einer Berufserlaubnis kann man oft bereits als Assistenzarzt arbeiten und Geld verdienen, während man sich auf die Fachsprachprüfung oder Kenntnisprüfung vorbereitet.

Die **Approbation** ist das eigentliche Ziel des Anerkennungsverfahrens, weil sie die unbefristete staatliche Zulassung zur Ausübung des Arztberufs in Deutschland darstellt. Wer approbiert ist, darf grundsätzlich bundesweit und selbstständig als Arzt arbeiten. Rechtsgrundlage ist § 3 BÄO.

Voraussetzungen für die Approbation ausländischer Ärzte in Deutschland gemäß § 3 BÄO

- Persönliche Zuverlässigkeit
- Gesundheitliche Eignung
- Ausreichende Deutschkenntnisse
- Bestandene ärztliche Prüfung nach einem Studium der Medizin an einer wissenschaftlichen Hochschule von mindestens 5.500 Stunden und einer Dauer von mindestens sechs Jahren, von denen mindestens acht, höchstens zwölf Monate auf eine praktische Ausbildung in Krankenhäusern oder geeigneten Einrichtungen der ärztlichen Krankenversorgung entfallen

Gleichwertigkeits- und Kenntnisprüfung

Ärztinnen und Ärzte aus Staaten außerhalb der EU/EWR/Schweiz, etwa aus der Türkei, aus Syrien, der Ukraine, dem Iran, Aserbaidschan, Ägypten, Indonesien oder Indien, aber auch aus südamerikanischen Staaten wird die Approbation erteilt, wenn die im Ausland absolvierte Ausbildung der deutschen ärztlichen Ausbildung gleichwertig ist.

Im Zuge der **Gleichwertigkeitsprüfung** gem. § 3 Abs. 3 S. 1, 2 BÄO muss die zuständige Landesbehörde (das sind je nach Bundesland die Bezirksregierung, das Regierungspräsidium, das Landesamt für Gesundheit und Soziales oder andere Stellen) feststellen, ob die ausländische Ausbildung der deutschen medizinischen Ausbildung „auf dem Papier“ gleichwertig ist. Dazu bedienen sich die Behörden medizinischer Sachverständiger. Diese prüfen insbesondere die Studiendauer, Ausbildungsinhalte, die praktische Ausbildung, Prüfungen, kli-

nische Fächer, das praktische Jahr und ergänzend die berufliche Erfahrung. Die Datenbank Anabin bietet dabei umfangreiche Informationen zur Bewertung ausländischer Bildungsnachweise und unterstützt Behörden dabei, eine ausländische Qualifikation in das deutsche Bildungssystem einzustufen. Auf Basis des Sachverständigen-Vorschlags kann die Behörde zu drei Ergebnissen kommen:

1. Ist die Ausbildung gleichwertig, erhält der Arzt – bei Vorliegen aller weiteren Voraussetzungen – die Approbation.
2. Bestehen wesentliche Unterschiede, verlangt die Behörde regelmäßig eine Kenntnisprüfung.
3. In vielen Fällen fehlen aufgrund der Herkunft aus Krisenländern Dokumente oder Ausbildungsnachweise. Diese kann die Behörde nachfordern. Wenn sie jedoch nicht beigebracht werden (können), wird auch dann eine Kenntnisprüfung verlangt.

Merke

Somit ist die *Kenntnisprüfung* für viele Drittstaatenärzte der wichtigste Schritt zur Approbation.

Rechtsgrundlage ist § 3 Abs. 3 S. 3 BÄO i. V. m. § 37 ÄApprO. Die Kenntnisprüfung orientiert sich am deutschen Staatsexamen (M3) und ist eine mündlich-praktische Prüfung (Schwerpunkte der Prüfung siehe Kasten). In der Praxis dauert die Prüfung meist mehrere Stunden und enthält Fallvorstellungen sowie Patientengespräche. Bundesweit gilt grundsätzlich, dass die Kenntnisprüfung zweimal wiederholt werden darf. Insgesamt sind damit drei Versuche möglich. Nicht bestandene Prüfungen aus anderen Bundes-

ländern werden angerechnet. Ein „Bundeslandwechsel“ hilft daher normalerweise nicht. Wer endgültig durchfällt, kann die Approbation regelmäßig nicht mehr erhalten.

Schwerpunkte der Kenntnisprüfung (§ 3 Abs. 3 S. 3 BÄO i. V. m. § 37 ÄApprO)

- Innere Medizin
- Chirurgie
- Notfallmedizin
- Pharmakologie/Pharmakotherapie
- Bildgebung
- Strahlenschutz
- Rechtsfragen der ärztlichen Berufsausübung

Anwaltliche Hilfe bei negativen Entscheidungen

Obwohl die BÄO Bundesrecht ist, unterscheiden sich die Verfahren in der Praxis der einzelnen Bundesländer erheblich hinsichtlich Bearbeitungsdauer, Anforderungen an Unterlagen, Erteilung der Berufserlaubnis, Anerkennung von Weiterbildungszeiten und Prüfungsterminen. Einige Länder gelten als schneller oder pragmatischer als andere.

Es bietet sich an, frühzeitig anwaltlichen Rat einzuholen. Dies gilt umso mehr, wenn die Gleichwertigkeit des ausländischen Abschlusses verneint wird oder wenn bereits Prüfungsversuche fehlgeschlagen sind. Denn grundsätzlich kann man sich auf dem Weg zur Approbation gegen alle belastenden Entscheidungen der Behörden wehren. Die Entscheidungen über die Ablehnung der Approbation, die Ablehnung der Berufserlaubnis, die Nichtzulassung zur Prüfung, die negative Gleichwertigkeitsentscheidung und auch die Prüfungsentscheidungen

sind Verwaltungsakte. Sie müssen mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen sein, aus der hervorgeht, ob (je nach Bundesland verschieden) der Verwaltungsakt mit Widerspruch oder Klage angegriffen werden kann. Wichtige Argumente können dabei sein: fehlerhafte Bewertung der Ausbildung, Verfahrensfehler, Verletzung des rechtlichen Gehörs, unzureichende Sachverhaltsaufklärung oder auch die fehlerhafte Prüfungsbewertung.

In besonderen Fällen ist auch ein einstweiliger Rechtsschutz möglich, wenn eine Berufserlaubnis ausläuft, ein Arbeitsplatz verloren zu gehen droht oder die Behörde jahrelang nicht entscheidet. Gerichte greifen korrigierend ein.

Ausblick: Gesetzesänderung zum 01.11.2026

Der Gesetzgeber hat am 26.03.2026 erhebliche Änderungen zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren beschlossen (Informationen beim Bundesgesundheitsministerium zum Gesetz zur Beschleunigung der Anerkennungsverfahren ausländischer Berufsqualifikationen in Heilberufen). Danach soll eine **direkte Kenntnisprüfung** zur Regel bei der Anerkennung ärztlicher und zahnärztlicher Berufsqualifikationen aus Drittstaaten werden. Dokumentenbasierte Gleichwertigkeitsprüfungen werden nur noch wahlweise angeboten. Im Rahmen der nun regelhaft vorgesehenen Berufszulassungsprüfung muss nachgewiesen werden, dass Grundkenntnisse sowie notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten vorliegen. Inzwischen hat auch der Bundesrat zugestimmt. Das Gesetz tritt daher am 01.11.2026 in Kraft. Die konkrete Ausgestaltung der Prüfungen für die ausländischen Ärztinnen und Ärzte erfolgt jedoch erst durch die Änderung der ärztlichen Approbationsordnung.

Vertragsarztrecht

BSG lehnt Beschwerde des Radiologen mit teilweisem Berufsverbot ab

Das Bundessozialgericht (BSG) macht deutlich, dass für die Geltendmachung der grundsätzlichen Bedeutung einer Rechtssache in der Beschwerdebegründung eine konkrete Rechtsfrage klar formuliert sein muss. Zudem muss aufgezeigt werden, inwiefern diese Frage im angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) und klärungsbedürftig ist. Weiterhin ist es erforderlich, darzustellen, dass diese Rechtsfrage über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist. Fehlt es an diesen Begründungen und Darlegungen, bleibt der Nichtzulassungsbeschwerde der Erfolg versagt, so das BSG (Beschluss vom 09.04.2026, Az. B 6 KA 13/25 B).

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

Sachverhalt und Ausgangslage

Gegenstand des Verfahrens ist die Rechtmäßigkeit einer Honorarrückforderung gegen einen niedergelassenen Vertragsarzt. Gegen den Kläger, ein Radiologe mit Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung, bestanden Vorwürfe wegen Sexualdelikte im Zusammenhang mit der Ausübung des Arztberufs. Neben einer Freiheitsstrafe wurde zunächst ein partielles Berufsverbot ausgesprochen. Außerdem wurde ein Verfahren zur Entziehung der Zulassung des Klägers eingeleitet. Das Landessozialgericht (LSG) hatte dem Radiologen schließlich verboten, „ohne Anwesenheit von Hilfspersonen (ärztliches oder nicht fachärztliches Personal), weibliche Patienten zu behandeln.“ Darüber hinaus wurde ihm untersagt, an weiblichen Patienten körperliche Behandlungen vorzunehmen. Zunächst beschäftigte der Kläger eine Sicherstellungsassistentin, doch nach deren Beschäftigungsende war er weiter als Vertragsarzt tätig. Die KV

ordnete in der Folge eine Honorarrückforderung in Höhe von rund 91.000 Euro wegen Verstoßes gegen das partielle Berufsverbot an (siehe weiterführender Hinweis am Beitragsende). Dagegen ging der Radiologe gerichtlich vor und legte schließlich Nichtzulassungsbeschwerde beim BSG ein. Die Nichtzulassungsbeschwerde zum BSG stellt ein Rechtsmittel gegen Entscheidungen des LSG dar, wenn dieses die Revision nicht zugelassen hat (siehe auch weiterführender Hinweis).

Anforderungen für eine Nichtzulassungsbeschwerde

Die Anforderungen finden sich in § 160 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Wichtig sind die drei Zulassungsgründe des § 160 Abs. 2 SGG:

- Grundsätzliche Bedeutung
- Divergenz
- Verfahrensmangel

Wichtig ist zudem, dass das BSG Revisionsgericht und grundsätzlich keine neue Tatsacheninstanz ist. Es findet daher keine vollumfängliche Prüfung statt. Vielmehr ist darzulegen, dass ein Zulassungsgrund vorliegt, anstatt lediglich zu behaupten, dass das Urteil fehlerhaft sei.

Aus § 160 SGG wird deutlich, dass es nicht ausreicht, das Urteil als fehlerhaft anzusehen. Vielmehr muss einer der folgenden Zulassungsgründe vorliegen.

- Die Sache muss von grundlegender Bedeutung sein. Das bedeutet, dass eine abstrakte Frage zu klären ist, die über den Einzelfall hinaus Bedeutung hat und noch nicht höchstrichterlich geklärt ist.
- Die Entscheidung des BSG ist erforderlich im Sinne der Rechtsfortbildung und Sicherung einer einheitlichen Auslegung. Das Berufungsgericht ist z. B. von der höchstrichterlichen Rechtsprechung abgewichen.
- Es liegt ein schwerwiegender Verfahrensmangel, beispielsweise die Verletzung rechtlichen Gehörs oder Verstoß gegen den Amtsermittlungsgrundsatz vor.

Fazit

Eine Nichtzulassungsbeschwerde zum BSG muss innerhalb eines Monats nach Zustellung des vollständigen Berufungsurteils des LSG eingelegt und innerhalb von zwei Monaten begründet werden. Die Begründung stellt hohe formelle Anforderungen an die Darlegung eines gesetzlichen Zulassungsgrundes nach § 160 Abs. 2 SGG. Nur wenn eine grundsätzliche Bedeutung, Divergenz oder Verfahrensmängel gut begründet werden können, kann die Nichtzulassungsbeschwerde Erfolg haben. Das BSG ist grundsätzlich keine neue Tatsacheninstanz – das zeigt dieser Fall sehr deutlich.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Radiologe darf Patientinnen körperlich nicht untersuchen – Honorarkürzungen bestätigt“, in RWF Nr. 07/2025

Vertragsrecht

Vereinbarung zum Ausfallhonorar rechtssicher formulieren, sonst entfällt der Anspruch!

Eine in einem Anamnesebogen enthaltene Ausfallhonorarregelung „Ansonsten müssen wir Ihnen die freigehaltene Zeit in Rechnung stellen“ lässt für den Patienten nicht hinreichend erkennen, in welcher Höhe und nach welchen Kriterien eine Gebühr für ausgefallene Behandlungstermine anfällt. Eine solche Klausel ist wegen des Verstößes gegen das Transparenzgebot gemäß § 307 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) unwirksam. Dies entschied das Amtsgericht (AG) Bad Urach. Zwar ging es in dem Fall um einen Zahnarzt und dessen Patienten, doch sind die Urteilsbegründungen und Folgerungen auf alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte übertragbar (Urteil vom 12.06.2026, Az. 1 C 3/26).

von Rechtsanwältin
Jule Vehrenberg, Hagen,
kanzlei-am-aerztehaus.de

Sachverhalt

Die beklagte Patientin unterzeichnete vor Behandlungsbeginn einen von dem Zahnarzt vorformulierten Anamnesebogen, der folgenden Hinweis enthielt:

„Wir bieten Ihnen den Service einer reinen Bestellpraxis. Das heißt, an Ihrem Termin ist die Zeit nur für Sie reserviert. Wir bitten Sie daher, Termine rechtzeitig, jedoch mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten müssen wir Ihnen die freigehaltene Zeit in Rechnung stellen. (...)“

Eine Behandlung war für den 21.06.2023 vorgesehen. Den Behandlungstermin sagte die Patientin kurzfristig – etwa 15 Minuten vor Terminbeginn – aufgrund einer Erkrankung ab. Daraufhin stellte ihr Arzt eine Ausfallgebühr in Höhe von 200 Euro sowie sein Honorar für die bereits erbrachten Leistungen in Höhe von 441,19 Euro in Rechnung. Eine Zahlung vonseiten der

Patientin erfolgte nicht. Daraufhin erhob der Arzt Klage vor dem AG und verwies auf den ausdrücklichen Hinweis in dem Anamnesebogen.

Entscheidungsgründe

Das AG gab der Klage nur teilweise statt und sprach dem Arzt lediglich die 441,19 Euro für seine zuvor erbrachten zahnärztlichen Leistungen zu. Ein Anspruch auf Zahlung eines Ausfallhonorars bestehe hingegen nicht. Die Formulierung, die „freigehaltene Zeit in Rechnung stellen“, lasse Art und Umfang der Ausfallpauschale nicht hinreichend erkennen. Für den Patienten sei weder die Höhe noch die Berechnungsweise der Ausfallpauschale erkennbar, sodass keine hinreichende Einschätzung möglich sei, welche Kosten im Falle der Säumnis des Termins anfallen. Zudem gilt: Wird eine entsprechende Klausel lediglich in einen Anamnesebogen integriert, der primär der medizinischen Datenerhebung dient, besteht bereits das Risiko einer fehlenden wirksamen Einbeziehung der Ausfallgebührenregelung in den Behandlungsvertrag (Muster-Terminvereinbarung bei [rwf-online.de](https://www.rwf-online.de) unter tinyurl.com/mvfpv2s4).

Steuertipp

So senken Radiologen die Kirchensteuer bei Betriebsaufgabe

Wird die Radiologie aufgegeben oder veräußert, dann entsteht oft ein hoher steuerpflichtiger Gewinn. Das kostet nicht nur Einkommensteuer, sondern bei konfessionsangehörigen Radiologinnen und Radiologen auch Kirchensteuer. Was dabei oft nicht bekannt ist: Die auf den Gewinn entfallende Kirchensteuer lässt sich unter bestimmten Voraussetzungen um bis zu 50 Prozent reduzieren.

von Dipl.-Finanzwirt
Marvin Gummels, Hage

Die steuerlichen Privilegien bei der Betriebsaufgabe

Bei einer Betriebsaufgabe handelt es sich um einen Vorgang im Sinne des § 16 EStG, sodass der Aufgabegewinn zu ermitteln ist. Zwar unterliegt der Aufgabegewinn der Besteuerung, jedoch lässt sich die tatsächliche Steuerbelastung in der Praxis durch mehrere Privilegien reduzieren. Die Tabelle zeigt die Optionen sowie die jeweilige Rechtsgrundlage.

Steuerprivilegien bei Betriebsaufgabe	
Freibetrag von bis zu 45.000 Euro	(§ 16 Abs. 4 EStG)
Tariffbegünstigung durch 1/5-Regelung	(§ 34 Abs. 1 EStG)
Tariffbegünstigung durch ermäßigte Besteuerung	(§ 34 Abs. 3 EStG)

Zu den Steuerprivilegien sind noch einige Nebenbedingungen zu beachten: So setzt der Freibetrag nach § 16 Abs. 4 EStG voraus, dass die Radiologin bzw. der Radiologe das 55. Lebensjahr vollendet hat oder dauernd berufs unfähig ist. Gleiches gilt für die Tarifiermäßigung nach § 34 Abs. 3 EStG. Zudem können diese beiden Vergünstigungen nur einmal im Leben von einem Radiologen in Anspruch genommen werden.

Kirchensteuerpflicht führt zu zusätzlicher Belastung

Gehört der Radiologe einer kirchensteuererhebenden Religionsgemeinschaft an, dann unterliegt der steuerpflichtige Aufgabe- oder Veräußerungsgewinn grundsätzlich auch der Kirchensteuer.

Diese Kirchensteuer beträgt in den Bundesländern Bayern und Baden-Württemberg 8 Prozent der Einkommensteuer, während sie sich in den übrigen Bundesländern auf 9 Prozent beläuft.

Kirchensteuerbelastung um bis zu 50 Prozent reduzieren

Auf die Kirchensteuerbelastung kann Einfluss genommen werden: Sie lässt sich unter bestimmten Voraussetzungen reduzieren – auch ohne einen Kirchenaustritt. Denn es kann bei der jeweiligen Landeskirche bzw. Diözese (nicht beim Finanzamt!) ein Antrag auf Kirchensteuererlass bzw. -ermäßigung nach den jeweils geltenden kirchenrechtlichen Regelungen gestellt werden. Viele Religionsgemeinschaften stellen hierfür im Internet entsprechende Informationen und teilweise auch Musteranträge zur Verfügung. Welche Unterlagen beizufügen sind, richtet sich nach den Vorgaben der jeweiligen Religionsgemeinschaft. Regelmäßig wird insbesondere der Einkommensteuerbescheid benötigt – ebenso die Bankverbindung, um den zu erlassenen Betrag zu erstatten.

Zwar besteht grundsätzlich kein Rechtsanspruch auf einen Erlass und jede Religionsgemeinschaft entscheidet im Rahmen ihrer jeweiligen Erlassregelungen autonom für ihren Bereich, ob und in welcher Höhe ein Erlass gewährt wird. Dennoch zeigen die Praxis und auch die Erläuterungen auf den Internetseiten der Kirchen, dass die auf außerordentliche Einkünfte im Sinne des § 34 Abs. 2 EStG entfallende Kirchensteuer regelmäßig in Höhe von 50 Prozent erlassen wird. Und zu diesen außerordentlichen Einkünften zählen neben Abfindungen und Entlassungsentschädigungen (Arbeitnehmer) auch Aufgabe- und Veräußerungsgewinne eines Radiologen i. S. d. § 16 EStG.

Merke

Viele Religionsgemeinschaften machen den Teilerlass davon abhängig, ob der Radiologe zum Zeitpunkt des Erlassantrags noch Mitglied der Kirche ist.

Ein Kirchenaustritt vor Antragstellung kann deshalb dazu führen, dass der Erlass nicht mehr gewährt wird. Zahlt der Radiologe also zunächst die Kirchensteuer, tritt dann aus der Kirche aus und beantragt erst im Anschluss den Erlass, dann geht der Radiologe unter Umständen leer aus.

Cave: Kirchensteuererlass reduziert Sonderausgabenabzug

Gezahlte Kirchensteuer lässt sich gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 4 EStG als Sonderausgabe absetzen. Wird bereits gezahlte Kirchensteuer erstattet – zum

Beispiel im Rahmen der Steuerfestsetzung durch das Finanzamt – dann reduziert die Erstattung im Erstattungsjahr den Sonderausgabenabzug. Gleiches gilt auch bei Zufluss der von der Kirchengemeinde erlassenen Kirchensteuer. Die Höhe des Erlasses ist deshalb aktiv in der Einkommensteuererklärung des Radiologen zu deklarieren.

Merke

Regelmäßig versendet die den Erlass gewährende Landeskirche bzw. Diözese eine entsprechende Kontrollmitteilung an das zuständige Finanzamt. Dadurch wird sichergestellt, dass bei Radiologen, die den gewährten Erlass nicht dem Finanzamt mitteilen, trotzdem der Sonderausgabenabzug reduziert wird.



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.