

Die Reihe „Radiologie in Klinik und Praxis“ auf dem 98. RöKo – zum Nachlesen

Die von DRG und BDR organisierte Reihe „Radiologie in Klinik und Praxis“ auf dem Deutschen Röntgenkongress ist weiter gewachsen und nun ein stabiler und gut besuchter Programmpunkt geworden.

Radiologie in Klinik und Praxis I – Aufklärung und Haftung

Das Risiko, als kurativ tätiger Radiologe mit dem Vorwurf behandlungsfehlerhaften Vorgehens oder unzureichender Aufklärung konfrontiert zu werden, ist heute leider nicht von der Hand zu weisen. Es lauern also viele „juristische Fallstricke“, die zu kennen von großem haftungspräventivem Nutzen ist.

Primäre Haftungsquelle ist der Behandlungsfehler. Im Bürgerlichen Gesetzbuch heißt es: „Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“ (§ 630a Abs.2 BGB). Diese Vorgabe setzt den Rahmen. Ob ein Behandlungsfehler und damit ein Haftungsgrund vorliegt, wird also daran gemessen, ob der „Standard“ eingehalten wurde, oder nicht. Was Standard ist, bestimmt das jeweilige Fachgebiet, ermittelt wird dieser Maßstab unter Zuhilfenahme eines Sachverständigen in jedem Einzelfall. Gleichwohl ist es nach der gesetzlichen Vorgabe möglich, in einem sich rasant entwickelnden Fachgebiet wie der Radiologie, Verfahren einzusetzen, die (noch) nicht dem Standard entsprechen und als Heilversuch der geson-

derten Vereinbarung von Arzt und Patient unterliegen. Was hierbei im Einzelfall zu beachten ist, wurde an zahlreichen Beispielen diskutiert.

In besonderem Maße ist gerade in der Radiologie der Alltag von der Zusammenarbeit von Ärzten und nichtärztlichen Fachkräften (MTRAs) geprägt. Bei der Abgrenzung und insbesondere der Delegation ärztlicher Aufgaben sind ebenfalls Haftungsrisiken zu beachten. Die Schwierigkeit besteht hier schon darin, dass keine klaren rechtlichen Vorgaben existieren, also kein „Katalog“ delegierbarer ärztlicher Leistungen. Fest steht allerdings, dass radiologische „Kernleistungen“ wie (Differenzial-) Diagnostik, Beratung, Therapie und Patientenaufklärung nicht delegationsfähig sind. Gekennzeichnet sind jene Kernleistungen durch ihre Schwierigkeit und Gefährlichkeit, aber auch die Unvorhersehbarkeit etwaiger Reaktionen des Patienten. Die Problematik wurde an einer grundlegenden obergerichtlichen Entscheidung zur Zulässigkeit einer intravenösen Injektion mit Technetium erörtert, wobei Voraussetzungen und Grenzen einer hier als zulässig angesehenen Delegation aufgezeigt wurden.

Wichtig ist, dass jedenfalls die Patientenaufklärung ganz eindeutig als „genuin ärztliche Pflicht“ angesehen wird und konsequenterweise nicht delegiert werden darf, was allerdings unterstützende Maßnahmen im Vorfeld nicht ausschließt. Dennoch – das vom Gesetzgeber und der Rechtsprechung uneingeschränkt geforderte Arzt-Patienten-Gespräch darf weder durch Informationen des nichtärztlichen Mitarbeiters, noch durch ausschließlich schriftliche oder an-

derweitige mediale Informationen ersetzt werden. Die drohenden Haftungsrisiken sind anderenfalls beträchtlich, bedenkt man, dass dann eine vorsätzliche Körperverletzung im Raum steht. Denn jede in die körperliche Integrität des Patienten eingreifende Maßnahme ist primär eine Körperverletzung, die erst durch Aufklärung und Einwilligung gerechtfertigt wird.

Natürlich weiß heute jeder Arzt um die ihm obliegenden Aufklärungspflichten. Unsicherheiten bestehen gleichwohl nicht selten hinsichtlich der Feinheiten und Reichweite der rechtlichen Anforderungen. Zudem kommt im Klinik- oder Praxisalltag gerade die Aufklärung vor „Kleingriffen“, wie etwa im Bereich der Röntgendiagnostik, oft zu kurz. Mag dies nachvollziehbar sein, so bleibt es gleichwohl – zumal bei erheblicher Strahlenbelastung – haftungsrechtlich problematisch. Gleichwohl muss der Patient im Haftungsprozess plausibel darlegen können, dass er bei korrekter Aufklärung möglicherweise von der Untersuchung Abstand genommen hätte. Jedenfalls bei absolut indizierter Diagnostik wird dies regelmäßig nur schwer gelingen, weshalb die Aufklärungsproblematik generell im Bereich von Notfallbehandlungen eine untergeordnete Rolle spielt.

Die Aufklärungspflichten des Arztes sind in § 630e BGB normiert. Zu den für die Einwilligung wesentlichen Umständen, über die der Arzt aufzuklären hat, gehören „insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Thera-



pie“. Hinzuweisen ist auch auf Behandlungsalternativen. Die Praxis der gerichtlichen Arzthaftungsverfahren zeigt, dass jedenfalls die Aufklärungsdokumentation nicht selten unzureichend ist. Gerade jene Aspekte, die individuell von Patient zu Patient unterschiedlich zu bewerten sind, etwa die Dringlichkeit, Notwendigkeit oder die in Betracht kommenden Alternativen, finden oft keinen Niederschlag in der Behandlungsdokumentation. Die Gerichte legen jedoch gerade auf diese Aufklärungsinhalte großen Wert, weil der Patient als medizinischer Laie hier elementar auf die Informationen des ihn behandelnden Arztes angewiesen ist.

Dabei stellt sich die Frage, wie derartige Anforderungen an die Aufklärung und insbesondere deren rechtssicherer Nachweis mit dem Praxis- oder Klinikalltag in Einklang zu bringen sein sollen. Natürlich muss und wird der behandelnde Arzt mit seinem Patienten sprechen und ihm mögliche Therapieoptionen aufzeigen. Je komplexer, gefährlicher und elektiver die Behandlung ist, desto höher sind die Anforderungen. Gleichwohl hat der Bundesgerichtshof gerade in jüngerer Zeit erneut darauf hingewiesen, es dürften an den Arzt „keine unbilligen und übertriebenen Anforderungen gestellt werden“. Dem Arzt solle „im Zweifel geglaubt werden“, wenn seine Darstellung „in sich schlüssig und „einiger“ Beweis für ein Aufklärungsgespräch erbracht ist“ (BGH NJW 2014, 1527). Wann immer möglich, sollte deshalb ein standardisierter Aufklärungsbogen gesprächsbegleitend verwendet und mit zusätzlichen handschriftlichen Anmerkungen versehen werden, um gerade das Gespräch nachvollziehbar zu belegen.

Unzulänglichkeiten der Dokumentation bilden keine eigenständige Haftungsgrundlage, führen aber im Prozess zu Beweismängeln nach dem Grundsatz „was dokumentiert ist, gilt als gemacht – was nicht dokumentiert ist, gilt als nicht gemacht“ (§ 630 h Abs. 3 BGB). Zwar genügt eine knappe, stichpunktartige Dokumentation, diese muss jedoch den Fachmann erkennen lassen, dass die erforderlichen Hinweise,

Untersuchungen, therapeutischen Erwägungen und Behandlungsmaßnahmen tatsächlich erfolgt sind.



Dr. Tonja Gaibler, Rechtsanwältin, München

Radiologie in Klinik und Praxis III – "Ist der § 299a StGB ein Damoklesschwert auch für Radiologen?"

Ob das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen, durch welches bestimmte Verhaltensweisen auch strafrechtlich sanktioniert werden, notwendig war oder nicht, ist auch weiterhin umstritten. Weitgehende Einigkeit besteht aber darüber, dass mit dem Gesetz eine erhebliche Verunsicherung eingetreten ist, auch und gerade soweit Kooperationen zwischen Leistungserbringern betroffen sind. Diese Verunsicherung betrifft insbesondere kooperationsaffine Fachgebiete wie die Radiologie, wo ein originäres Patientenklientel nicht besteht, sondern – geradezu zwangsläufig – Zuweisungen durch andere erfolgen (müssen).

Die besondere Schwierigkeit in der Rechtsanwendung liegt dabei in einer trennscharfen Abgrenzung zwischen (erlaubten) Kooperationen und (verbotener) Korruption. Während nämlich anhand von Trennungs-, Transparenz-, Dokumentations- und Äquivalenzprinzip versucht wird, eine Abgrenzung zwischen legalen und illegalen Verhaltensweisen zu erreichen, besteht oftmals aus der ex-ante-Perspektive eine geringe Trennschärfe. Dies wird noch durch die Breitenwirkung von Strafverfolgungsmaßnahmen erhöht, da Strafverfolgungsbehörden – etwa bei (anonymen) Anzeigen – geradezu gezwungen sind, Ermittlungen aufzunehmen, um eine Tatsachengrundla-

ge ob der Überprüfung einer Strafbarkeit zu schaffen. Hierbei vorzunehmende Abwägungen, insbesondere zur Angemessenheit von Vergütungen, bleiben dabei oft wertungsoffen, sowohl was eine Angemessenheit „im weiteren Sinne“ angeht, also hinsichtlich der Festlegung des manifesten ökonomischen und der latenten Nutzen im Einzelfall, aber auch die Angemessenheit einer Vergütung für die Arbeitskraft des Arztes („Angemessenheit im engeren Sinne“).

Diese notwendige Feststellung der Angemessenheit lässt sich auf jegliche Vereinbarung für Kooperationen im Gesundheitswesen übertragen, beginnend von dem Abschluss eines Mietvertrages für Praxisräumlichkeiten zwischen unterschiedlichen Beteiligten über ambulante-stationäre Kooperationsmodelle bis hin zur konkreten Preisgestaltung im Rahmen von Einkaufs- bzw. Abgabepreisen, etwa für Kontrastmittel. Bisherige Versuche, hierfür Leitplanken festzulegen, befinden sich bislang noch im Anfangsstadium und finden keine unumstrittene Resonanz.

Insoweit kann es dem Arzt zum jetzigen Zeitpunkt nur angeraten werden, in seinem Einflussbereich eine Bestandsaufnahme vorzunehmen über in der Vergangenheit eingegangene vertragliche Verpflichtungen. Sobald eine Motivationslage hervortritt, die eine Kick-Back-Konstellation jedenfalls nahelegen könnte, besteht in jedem Falle weiterer Abklärungsbedarf und ggf. die Notwendigkeit, Änderungen an den eigenen Verhaltensweisen vorzunehmen. Gibt es für die Überprüfung von Verhaltensweisen Clearingstellen und/oder Aufsichtsbehörden, so kann der Gang zu diesen nur angeraten werden, wenn dies nicht – wie etwa in bestimmten Bundesländern (z. B. Ärztekammer Niedersachsen) – sowieso Berufspflicht ist. Leider sieht das Strafprozessrecht eine Vorabanfrage an die für die Korruptionsstrafbarkeit zuständigen Staatsanwaltschaften nicht vor, so dass durch diese keine verbindliche Festlegung im Vorfeld eines Ermittlungsverfahrens erreicht werden kann.

Entsprechende Abwägungen können immer nur im jeweiligen Einzelfall getroffen werden; die Einführung einer Korruptionsstrafbarkeit mag aber jedenfalls den Anlass bilden, mit korruptionsgefährdeten Konstellationen heute noch sensibler umzugehen als in der Vergangenheit.



Prof. Dr. Dr. Thomas Ufer,
Rechtsanwalt und Arzt,
Fachanwalt für Medizinrecht,
Hamburg

- Forschungsinfrastruktur, die wissenschaftlich orientierten Nachwuchs anzieht und von ihm aktiv genutzt wird, muss auf dem klinischen Campus in direkter Nachbarschaft zu den klinischen Einrichtungen vorhanden sein. Begleitende Qualifizierungsmaßnahmen wie das Programm „Forscher für die Zukunft“ von KLR und DRG erhöhen die Sichtbarkeit und Attraktivität solcher Strukturen.
- Die universitäre Radiologie muss offen sein für neue Tätigkeitsmodelle von Leistungsträgern, um Abwanderungen zu entgegenen, beispielsweise durch begleitende Förderung von Ausgründungen im medizintechnischen Bereich.

Radiologie in Klinik und Praxis V – Wie bekommen wir unser Personal? – Sicht des universitären Institutsleiters

- Klinisch-wissenschaftlich orientierte Ärzte/innen müssen in mehreren Generationen gefördert, entwickelt und positioniert werden, da aufgrund der Attraktivität dieser high potentials eine natürlich hohe Fluktuation in andere verantwortliche Positionen (Lehrstuhl, Chefarzt, Niederlassung, Ausland) besteht.
- Eine langfristige Festlegung von Themenfeldern mit klaren Verantwortlichkeitsstrukturen unter dem Leitgedanken der Mission, Vision, Strategie und Umsetzung konkreter Ziele ist wichtig.
- In einer zweidimensionalen Matrixorganisation, in der Verantwortlichkeiten für einzelne radiologische Modalitäten und erkrankungsspezifische Prozesse bei Ärzten/innen mit Führungsrolle verankert werden, kann Personal unterschiedlicher Ausbildungsstufen im Team weiterentwickelt und –qualifiziert werden.
- Für eine gezielte Nachwuchsentwicklung in der universitären klinisch-translationalen Forschung sind interdisziplinäre Partnerschaften mit grundlagenforschungsorientierten Fachgebieten, die der Radiologie nahestehen (z. B. Medizinphysik), von hoher Bedeutung.



Prof. Dr. Stefan Schönberg,
Mannheim

Wie bekommen wir unser Personal? – Sicht des radiologischen Chefarztes

Die Beschreibung der aktuellen Situation der Personalgewinnung für eine Krankenhausradiologie erfordert neben der Bewertung der lokalen, durch das Haus bestimmten Faktoren, eine differenzierte Betrachtung der jeweiligen Berufsgruppe und gesuchten Qualifikation.

Assistenzärzte

Die Radiologie ist eine beliebte Fachrichtung, so dass Initiativbewerbungen von Berufsanfängern oder von wechselwilligen Ärzten mit begonnener Weiterbildung in einem klinischen Fach häufig sind. Ein große radiologische Abteilung mit umfänglicher Weiterbildungsermächtigung in einer Metropolregion oder einem Ballungszentrum tut sich hierbei leichter, Mitarbeiter anzuziehen, als eine kleine Krankenhausabteilung eines Grund- und Regelversorgers in der Peripherie oder einer ländlichen Region. In der eigenen Klinik mit Lage in einer attraktiven Großstadt ist die Nachfrage nach Weiterbildungsstellen deutlich größer als das

Angebot, so dass freiwerdende Stellen in der Regel aus den PJ-Studenten oder aus Initiativbewerbungen selektiert und besetzt werden.

Neben der Sogwirkung einer Großstadt sind für den Bewerber eine umfängliche Weiterbildungsermächtigung und ein breit gefächertes Leistungsspektrum mit klar erkennbaren Schwerpunkten wesentliche Auswahlkriterien. Wichtig für den Bewerber sind zudem eine klar strukturierte Rotation unter Einschluss aller Arbeitsplätze mit Supervision sowie die Perspektive, dass die Weiterbildung in der Richtzeit absolviert werden kann. Neben Anleitung und Wissensvermittlung werden zudem die einigermaßen verlässliche Einhaltung der Arbeitszeit und die frühe Übernahme von Verantwortung bei eigenständiger Leistungserbringung erwartet. Weitere Faktoren für Bewerber sind eine gute Atmosphäre im Team und das Angebot an interner und externer Fortbildung.

Den hohen Erwartungen der Bewerber an ihre zukünftige Stelle und die Qualität der Ausbildung stehen heute die im Krankenhaus reduzierten Personalressourcen und eine fortschreitende Leistungsverdichtung entgegen. Aus Abteilungsperspektive entscheidend ist daher, dass der Bewerber in das vorhandene Team passt und neben Lernwillen eine hohe Leistungsbereitschaft mitbringt. Grundsätzlich muss sehr genau abgewogen werden, wie das Personalgerüst der Abteilung aussehen darf und wie viele Anfänger oder Ärzte in begonnener Weiterbildung in dieses Gerüst eingepasst werden können. Der wachsende wirtschaftliche Druck, insbesondere bei den privaten Klinikbetreibern, erzwingt eine schlanke Personalstruktur mit hohen Anforderungen an Qualität, Eigenständigkeit und Effizienz, denen auch der zukünftige Mitarbeiter genügen muss.

Für die Abteilung ist somit die Auswahl des richtigen Bewerbers von hoher Wichtigkeit und erfordert Zeit. In der eigenen Abteilung hat es sich als vorteilhaft erwiesen, neben einem strukturierten Vorstellungsgespräch den Bewerber zu einer mindestens ganztägigen Hospitation einzuladen. Der Bewerber kann sich so einen willkommenen Überblick über die Abteilung verschaffen. Aus Abteilungsperspektive wichtiger ist,

dass die eigenen Mitarbeiter Zeit haben, sich ein Bild von dem zukünftigen Kollegen zu machen und dass anschließend in der Gruppe eine Bewertung und Rangfolge besprochen wird. Die Erkundigung über den Hintergrund der Bewerber gehört dabei ebenfalls zu den notwendigen Aufgaben. In der eigenen Klinik spielen Konzernstrukturen und die Personalabteilung in der Bewerberauswahl (noch) keine Rolle, sondern die Auswahl obliegt dem leitenden Arzt.

Fach- und Oberärzte

Schwieriger wird es, wenn ein erfahrener Assistenzarzt, Facharzt oder Oberarzt besetzt werden muss. Die Bewerberlage ist auch in der Großstadt angespannt, da der Arbeitsplatz im Krankenhaus aufgrund der Dienststruktur unter Einschluss von Nacht- und Wochenenddiensten hinsichtlich der „Work-Life-Balance“ weniger attraktiv wirkt, als eine angestellte Tätigkeit in der Niederlassung. Objektiv betrachtet ist dem wahrscheinlich nicht so, da heute die Einhaltung des europäischen Arbeitszeitgesetzes und die Bewertung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit den früher üblichen Klinikarbeitszeiten klare Grenzen aufzeigen. Auch sind das Arbeiten im radiologischen Team und mit den Kollegen der klinischen Fachabteilungen durchaus Pluspunkte für das Krankenhaus, was aber bislang nicht zu einem Ansturm von Bewerbern geführt hat.

Die Frage, warum einem Überschuss an Ausbildungsassistenten ein Mangel an Fachärzten gegenübersteht, ist nicht leicht zu beantworten. Neben der zunehmenden Anzahl von Ärzten, die die klinische Medizin wieder verlassen ist auch der wachsende Anteil der jungen Ärzte und Ärztinnen, die in Teilzeit tätig sein wollen ein Faktor.

Trotz des gefühlten Mangels an geeigneten Kandidaten ist es wiederum entscheidend, den Richtigen für die freie Position und Funktion auszuwählen. Ein intensives Kennenlernen über mehrere Gespräche, Hospitation und Prüfung des Hintergrundes sind erforderlich, um Fehlbesetzungen zu vermeiden. Selbst wenn manchmal eine längere Vakanz bis zu einer geeigneten Besetzung nicht zu umgehen ist, ist ein schwieriger Mitarbeiter im Team oder gar in einer Leitungsfunktion am Ende proble-

matischer. Sofern möglich bemühen wir uns, die Besetzung von zukünftigen Fach- und Oberärzten aus den eigenen Weiterbildungsassistenten zu bewerkstelligen. Oftmals bleibt es aber unumgänglich freie Stellen auszuschreiben. Die klassische Anzeige im Deutschen Ärzteblatt ist dabei teuer und lässt in der Wirkung nach, so dass eher im Internet über Bewerberportale und auf der eigenen Homepage geworben wird. Die prinzipiell durch eine Konzernstruktur gegebenen Möglichkeiten einer standortübergreifenden Personalentwicklung und Besetzung befinden sich (zumindest in der eigenen Wahrnehmung) noch in den Kinderschuhen, dürften aber in Zukunft an Bedeutung gewinnen.

Für den Bewerber muss die Position als Fach- oder Oberarzt individuell attraktiv sein. Dies kann die Vergütung betreffen oder eine bestimmte Stellung mit klar definierten Schwerpunkten, Verantwortlichkeiten und Entwicklungsperspektiven. Die Vereinbarkeit von Beruf und Freizeit gewinnt zunehmend an Bedeutung, so dass auch die Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung in Betracht zu ziehen ist. In Zukunft wird es immer häufiger notwendig sein, ein Stellenprofil individuell an die Erwartung eines Bewerbers anzupassen, um engagierte und hochqualifizierte Mitarbeiter zu finden und zu halten.



Prof. Dr. med. Roman Fischbach, Hamburg

Wie bekommen wir unser Personal? – Sicht des am Krankenhaus niedergelassenen Radiologen

Was unterscheidet die Praxis im Krankenhaus? Recht wenig – Personalprobleme haben alle!

Die Personalsuche erfolgt bei uns sowohl klassisch mit Anzeigenschaltung, aber im-

mer mehr ergänzt durch zeitgerechtere Suchen: Stellenangebote auf der eigenen Praxis-Webseite veröffentlichen, Stellenbörsen von DRG und BDR nutzen. Soziale Netzwerke werden stärker eingebunden, die den zielgenauen Verbreitungsgrad wesentlich erhöhen. Unsere Stellenausschreibungen, sowohl ärztlich wie im Bereich der nicht-ärztlichen Stellen, vervielfachen sich durch die Verbreitung via Facebook und Co.

Weitere Möglichkeiten bestehen durch die Einschaltung von Vermittlungsagenturen und Headhuntern. Wir stellen Studenten befristet auf Basis von Werksverträgen ein – die dann auch weiter Kontakt zu uns halten und nach Studienabschluss ggf. in die Praxis zurückfinden. Notsituationen/personelle Engpässe können auch per Rent-a-MTRA oder Rent-a-Doc überbrückt werden – bergen jedoch Probleme sowohl im Arbeitsrecht als auch im Bereich des Teambuildings. Durch die volle Weiterbildungsberechtigung bilden wir im Idealfall unseren eigenen Nachwuchs aus. Die Tendenz auch über die Altersgrenze hinaus tätig zu sein, nimmt zu, so dass auch die Beschäftigung von „Senior-Docs“ eine Option ist.

Auch im Ausland kann man auf Personalsuche gehen – allerdings sind hier die arbeitsrechtlichen Hürden groß – aber nicht unüberwindbar.

Fazit: Personalsuche ist ein weites Feld. Besser ist es, daran zu arbeiten, Personal dauerhaft zu binden, durch familienfreundliche Arbeitszeit-Regelungen, übertarifliche Bezahlung, Telearbeitsplätze, Förderung im Bereich der Weiter- und Fortbildung und und und....



Prof. Dr. Stephan Duda, Berlin

Radiologie in Klinik und Praxis V – Wie bekommen wir unser Personal?

Eine radiologische Praxis benötigt heute nicht nur den Radiologen und die MTRA, sondern auch Nuklearmediziner, Orthopäden, radiologische Weiterbildungsassistenten, Reinigungskräfte, Abrechnungskräfte, Sekretärinnen, Hilfskräfte/ Hausmeister, Betriebswirte, Bilanzbuchhalter, Lohnbuchhalter und EDV – Systemadministratoren. Aber je mehr Personal, umso mehr Fluktuation, z. B. durch Kündigungen, hat die Praxis zu verkraften.

Für alle Bereiche gilt: die Personalakquise wird zunehmend schwieriger. Selbstverständlich sind Voraussetzungen wie Wertschätzung – Respekt – Fairness – Kommunikation und Motivation – angepasste Vergütung – flache Hierarchie und Selbstbestimmungsrechte als künftiger Arbeitgeber zu erbringen.

Für die Suche von ärztlichem wie auch nicht-ärztlichem Personal gilt: Erwartet werden keine Dienste, angenehmes Ambiente, modernste Geräte, attraktive Arbeitszeiten, hohes Einkommen, günstige Lage der Praxis – in ländlichen Regionen ist die Personalakquise schon deshalb zunehmend schwieriger.

Genutzt werden u. a. die eigene Internet-Präsenz, in Bayern Praxis-Verbünde, das (kostenlose) Stellenportal des BDR.

Unser Erfolg in den letzten Jahren verteilte sich folgendermaßen:

2 Fachärzte durch Internet-Jobbörse (Fachärztejobs.de, Berufsverband), 2 Fachärzte nach eigener Ausbildung übernommen, 1 Facharzt durch Personaldienstleister, 1 Facharzt durch direkten Kontakt in Uniklinik, 1 Fachärztin (Teilzeit) nach Initiativbewerbung.

Eine Gemeinschaftspraxis ist heute ein Gesamtkunstwerk, das es gilt auch verstärkt durch soft skills (Beachtung der Work life balance, Fortbildungsangebote u. a.) am Leben zu halten.

Fazit: Personal-Bedarf steigend bei diamentraler Entwicklung der Vergütungssituation der Radiologie – nicht nur in Bayern.



Dr. Rudolf Conrad,
Ingolstadt

Radiologie in Klinik und Praxis IV – Angestellte Ärzte, Geräteüberlassung und andere Steuerfallen für radiologische Praxen

Auf dem Röntgenkongress 2017 hat der Steuerberater des Berufsverbandes Klaus Weippert einen Vortrag zum Thema „Umsatzsteuer, Gewerbesteuer und andere steuerliche Risiken beim Erwerb, Verkauf und Betrieb von Praxen, MVZ und Filialen“ gehalten. Im Folgenden werden die wesentlichen Inhalte der Ausführungen zusammengefasst.

Das Ende des Gewinnverzichtsmodells beim Praxiseinstieg

Das Gewinnverzichtsmodell ist ein Modell zur Aufnahme von Gesellschaftern in eine Berufsausübungsgemeinschaft oder zur Erweiterung der Gesellschafterstellung. Charakteristisch für dieses Modell ist, dass kein Kaufpreis beim Einstieg fällig wird; dieser wird durch Gewinnverzicht des Erwerbers zu Gunsten des Verkäufers über die Folgejahre finanziert. Im Ergebnis erfolgt die Abzahlung des Kaufpreises über Gewinnverschiebungen in Abweichung von der vermögensrechtlichen Beteiligung.

Die Vorteile des Modells liegen darin, dass beim Verkäufer die Sofortversteuerung des Kaufpreises vermieden werden kann; der Verkäufer versteuert den Kaufpreis über den (erhöhten) Gewinnanteil bei Zufluss. Der Erwerber hat somit keine Finanzierungsbelastung. In der Regel ist außerdem die Dauer des Gewinnverzichts kürzer als die Abschreibungsdauer (6 – 10 Jahre), sodass eine schnellere Realisierung der

Steuereffekte beim Praxiseinstieg möglich ist. Nachteilig beim Gewinnverzichtsmodell ist, dass der Abgeber seinen Kaufpreis später erhält und er auch das Finanzierungs- und Bonitätsrisiko trägt. Ferner besteht ein Risiko bei sinkenden Gewinnen mit entsprechenden Auswirkungen auf den Kaufpreis. Den Beteiligten muss bewusst sein, dass nicht ein Kreditinstitut finanzierender Vertragspartner ist, sondern ein BAG-Partner. Problematisch könnte dies bei einer vorzeitigen Trennung oder bei Umstrukturierungen werden.

Der Bundesfinanzhof hat mit Urteil vom 27.10.2015 – VII 47/12, DStR 2016, 292 diesem Modell – nämlich der Tilgung einer Kaufpreisverpflichtung eines Neugesellschafters aus künftigen Gewinnen der Gesellschaft eine Absage erteilt. Der BFH stellt mit diesem Urteil fest, dass es sich um keine unentgeltliche Übertragung handelt, sondern beim Abgeber ein Veräußerungsgeschäft und beim Erwerber ein Anschaffungsgeschäft vorliegt. Wenn die Laufzeit und die Höhe des Gewinnverzichts zum Zeitpunkt des Erwerbs betragsmäßig feststeht, wird steuerlich der gesamte Erwerb zum Zeitpunkt des Eintritts in die Berufsausübungsgemeinschaft angenommen. Lediglich für den Fall, dass zwar eine Laufzeit vereinbart wird – nicht aber ein betragsmäßig vereinbarter Kaufpreis z. B. 5 Jahre 20 % des Gewinns, erkennt der BFH das Gewinnverzichtsmodell weiterhin an. Dies dürfte in der Praxis jedoch weder für Käufer noch für Verkäufer auf Grund der Risiken in Frage kommen.

Risiken bei der Gewerbesteuer

Personengesellschaften, die eine nach den Katalogberufen des § 18 EStG freiberufliche Tätigkeit ausüben – mithin ärztliche Berufsausübungsgemeinschaften unterliegen nicht der Gewerbesteuer.

Die Gesellschaften können dennoch zur Gewerbesteuer herangezogen werden, wenn nicht alle Gesellschafter als „Selbständige“ eingestuft werden – mithin steuerlich die Mitunternehmerschaft verneint wird. Damit die Finanzverwaltung eine Mitunternehmerschaft anerkennt, müssen die Gesellschafter ein Mitunternehmerisiko tragen und Mitunternehmerinitiative entfalten. Das Tragen eines Mitunternehmer-

risikos bedeutet die Beteiligung am laufenden Ergebnis – insbesondere auch an Verlusten, die Beteiligung an den stillen Reserven (incl. Praxiswert) oder einen eigenen Kapitaleinsatz. Das Entfalten der Mitunternehmerinitiative ist durch die Teilhabe an unternehmerischen Entscheidungen geprägt, z. B. Geschäftsführungsbefugnis, Stimm-, Kontroll- oder Widerspruchsrechte. Die beschriebenen Merkmale können unterschiedlich ausgeprägt sein. Ein geringes Mitunternehmerisiko kann durch eine besonders ausgeprägte Mitunternehmerinitiative kompensiert werden. Von der Finanzverwaltung aufgegriffen wurden in der Vergangenheit Vertragsgestaltungen in denen reine umsatzabhängige Vergütungen oder Festvergütungen oder ein Ausschluss an der Beteiligung von stillen Reserven vereinbart wurden. Problematisch in diesem Zusammenhang können auch Konstellationen sein, in denen das gesamte Betriebsvermögen im Eigentum eines Gesellschafters stehen (steuerliches Sonderbetriebsvermögen), wenn nur gemeinschaftliche Geschäftsführung vereinbart ist oder im Rahmen der Geschäftsführungsbefugnis der Katalog der gewöhnlichen Geschäfte zu eng gefasst ist.

Die Beteiligung an Organisationsgesellschaften (z. B. Praxisgemeinschaft/Apparatgemeinschaft) kann ebenfalls zu einer Abfärbung der Gewerbesteuer auf eine Berufsausübungsgemeinschaft führen – nämlich dann, wenn eine solche Organisationsgesellschaft originär gewerbliche Geschäfte ausführt z. B. Personalüberlassung an Dritte, die nicht Mitglieder der Organisationsgesellschaft sind (Krankenhäuser!), Geräteüberlassung oder Raumüberlassung. Kritisch zu sehen sind auch sog. verdeckte Zuweisermodelle, bei denen eine inkongruente Kostenverteilung innerhalb der Organisationsgesellschaft vorgenommen wird.

Der Bundesfinanzhof hat mit Urteil vom 22.01.2004 eine Abgrenzung der freiberuflichen Einkünfte zu den gewerblichen Einkünften vorgenommen. Demnach muss der Freiberufler seine Praxis eigenverantwortlich und persönlich leiten, ihm obliegt die Überwachung seines qualifizierten Fachpersonals – die gesamte Ausübung der freiberuflichen Tätigkeit muss den Stempel der Persönlichkeit des Freibe-

rufers tragen – sog. „Stempeltheorie“. Übertragen auf ärztliche Berufsausübungsgemeinschaften bedeutet dies, die Sicherstellung der Möglichkeit einer patientenbezogenen Einflussnahme durch regelmäßige Kontrollen. Dies kann auch gewährleistet werden, wenn die Durchführung von Voruntersuchung sowie Festlegung der Behandlungsmethoden und die Behandlung von problematischen Fällen durch den Freiberufler vorgenommen werden. Es stellt sich hier die Frage, inwieweit die strengen BFH-Anforderungen in der Praxis der radiologischen Betriebe umgesetzt werden können. Regelmäßig dürfte es an Zeit für die geforderten eingehenden patientenbezo-

genen Kontrollen fehlen. Besonders kritisch sind die Fälle, in denen angestellte Ärzte Filialen betreuen oder leiten. Stets zur Gewerbesteuer führen fachfremde ärztliche Angestellte z. B. angestellte Nuklearmediziner in einer radiologischen Berufsausübungsgemeinschaft, bei denen kein Gesellschafter die Facharztausbildung zum Nuklearmediziner vorweisen kann.

Eine Abfärbung der Gewerbesteuer droht auch beim Verkauf von Waren, bei Beteiligungen an gewerblichen Unternehmen (z. B. Einkaufs-GmbH), Beteiligung von inaktiven Gesellschaftern, bei interprofessioneller Zusammenarbeit (z. B. Zuweisung

Ihre Vorteile einer DRG-Mitgliedschaft

► Inhaltlich MITGESTALTEN

Aktive Beteiligung an der inhaltlichen Arbeit und Entwicklung des Fachs in Arbeitsgemeinschaften, Foren und Programmen.

► Umfassend INFORMIEREN

Immer up to date durch Publikationen, Periodika und News-Services.

► Persönlich VERNETZEN

Fachlicher Austausch zu aktuellen Themen im Mitgliederbereich von drg.de, auf Veranstaltungen und Arbeitstreffen.

► Bedarfsbezogen NUTZEN

Angebote und Leistungen in Anspruch nehmen wie z. B. die Zertifizierungsprogramme der DRG und ihrer Arbeitsgemeinschaften.

► Praktisch ORGANISIEREN

Zusatzfunktionen und Services nutzen wie z. B. den individualisierten RöKo-Kongressplaner.

► Finanziell PROFITIEREN

Weniger bezahlen bei einer Teilnahme am Deutschen Röntgenkongress und weiteren Veranstaltungen der DRG, für Mitgliedschaften in internationalen Vereinigungen, den Bezug von Zeitschriften und für Produkte unserer Kooperationspartner.

« Weiterführende Informationen finden Sie hier:
www.drg.de ► Mitglieder

von Gewinnanteilen fremder Fachrichtungen ohne wirtschaftliche Gründe in MVZ-Personengesellschaften, bei berufsrechtswidrigem Verhalten oder beim Vorliegen einer Betriebsaufspaltung.

Die Rechtsfolge beim Vorliegen einer der vorgenannten Sachverhalte ist, dass die freiberuflichen Einkünfte in gewerbliche Einkünfte umqualifiziert werden. Es entsteht jedoch keine Buchführungspflicht nach der Abgabenordnung, d. h. die steuerliche Gewinnermittlungsart kann beibehalten werden. Eine unangenehme Rechtsfolge bei einer gescheiterten Mitunternehmerschaft kann sich im Bereich der Sozialversicherung ergeben: Der (bisherige) Gesellschafter wird als Arbeitnehmer eingestuft mit der Folge, dass Pflichtbeiträge zur Deutschen Rentenversicherung trotz Mitgliedschaft in einem berufsständischen Versorgungswerk abzuführen sind. Zwar kann dies durch einen Antrag auf Befreiung von der Rentenversicherungspflicht vermieden werden – dieser Antrag muss jedoch innerhalb von 3 Monaten nach Aufnahme einer Beschäftigung gestellt

werden. Ein solcher Antrag wird in der Praxis regelmäßig nicht gestellt, da die Beteiligten von einer selbständigen Tätigkeit ausgehen. Wenn die Vergütungen des Betroffenen unter der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung liegt, entsteht darüber hinaus noch eine Beitragspflicht zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Es ist daher sehr zu empfehlen generell ein Statusfeststellungsverfahren bei der Deutschen Rentenversicherung bei jedem Gesellschaftereintritt durchzuführen!

Die Abfärbung von Gewerbesteuer kann vermieden werden, wenn gewerbliche Tätigkeiten einfach unterlassen werden – mithin auf Vermietungsumsätze o. a. verzichtet wird. Wenn aus wirtschaftlichen Gründen auf solche Umsätze nicht verzichtet werden kann, stellt sich die generelle Frage nach einem Rechtsformwechsel – z. B. die Ausgründung in eine MVZ-Kapitalgesellschaft. Bei einer Kapitalgesellschaft stellen die Gehälter der Gesellschafter gewerbesteuermindernde Betriebsausgaben dar. Die Gründung einer personenidenti-

schen Personengesellschaft, die dann die gewerblichen Geschäfte ausführt, führt ebenfalls zur Vermeidung der Abfärbung bei der Berufsausübungsgemeinschaft. Eventuell kommt auch die Verlagerung der gewerblichen Geschäfte auf andere Personen (Arbeitnehmer / Ehegatten) in Betracht. Eine kritische Prüfung sämtlicher relevanter Verträge zur Vermeidung von Gewerbesteuer ist in jedem Fall geboten!

Wenn die Finanzverwaltung in einschlägigen Fällen eine Umqualifizierung der Einkünfte vornimmt, kommt den Steuerpflichtigen die von der Rechtsprechung entwickelte Bagatellgrenze zu Gute: Der Bundesfinanzhof hat mit Urteil vom 11.08.1999 Warenverkäufe von bis zu 1,25% des Gesamtumsatzes für unbedenklich gehalten. Diese Geringfügigkeitsgrenze wurde in einem Schreiben des Bundesministeriums für Finanzen vom 01.06.2006 im Rahmen der integrierten Versorgung bestätigt. Zuletzt hat der Bundesfinanzhof mit Urteil vom 24.08.2014 in diesem Zusammenhang eine Neuregelung eingeführt – nämlich 3% des Gesamtumsatzes bis max. 24.500€ p. a. sind für die Abfärbung der Gewerbesteuer unschädlich.

Erschienen in DER RADIOLOGE 2017, S. 592 – 594 und S. 680 – 683 (sl)



**Klaus Weippert, LL.M.,
Nürtingen**

WO ALLES BEGANN
Wilhelm Conrad Röntgens Geburtshaus
Jetzt: Im Umbau
Bald: Internationale Begegnungsstätte
für Wissenschaftler aus aller Welt

gefördert durch **LVR** **NRW-STIFTUNG** **BRACCO BECKELMANN**
Qualität für Menschen **NATUR · HERBART · KULTUR** Ein Teil von **ALCANTARA** **ALCANTARA**

Alle Informationen über dieses geschichtsträchtige 200jährige Gebäude und die Möglichkeiten, uns zu unterstützen unter www.roentgen-geburtshaus.de