

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

05 | Mai 2023

Interview

„Mit dem Herz-MRT können wir das Broken-Heart-Syndrom zuverlässig diagnostizieren!“

Die *Radiological Society of North America* (RSNA) zeichnete Dr. Alexander Isaak, Facharzt der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum Bonn (UKB), Ende vergangenen Jahres mit dem *Trainee Research Prize* aus. Sie würdigte seine Forschung zum Broken-Heart-Syndrom – auch Takotsubo-Syndrom, Stress-Kardiomyopathie oder Apical-Ballooning-Syndrom genannt. Forschende in Japan beschrieben diese Herzfunktionsstörung erstmals in den 1990er-Jahren und benannten sie nach der traditionellen Tintenfischfalle Takotsubo. Wie der Schritt zur radiologischen Forschung gelang, fragte Ursula Katthöfer (textwiese.com) den Preisträger.

Redaktion: Was hat es mit dem Krankheitsbild des Broken-Heart-Syndroms auf sich?

Dr. Isaak: Es handelt sich um eine akut einsetzende, meist reversible Funktionseinschränkung des linken Ventrikels mit einer meist charakteristischen, ballonartigen Aufweitung. Die Symptomatik ähnelt sehr dem akuten Koronarsyndrom, sodass beide Krankheitsbilder sich klinisch oft nicht gut unterscheiden lassen.

Redaktion: Was sind die Ursachen für das Broken-Heart-Syndrom?

Dr. Isaak: Obwohl die Erkrankung seit Jahrzehnten bekannt ist, sind die genauen Ursachen für ihr Entstehen

noch unklar. Wir wissen aber, dass wahrscheinlich bestimmte Hormone sowie genetische Faktoren eine Rolle spielen. Zudem wird das Broken-Heart-Syndrom durch Verlusterlebnisse, persönliche Konflikte oder Ereignisse wie Naturkatastrophen und Kriege getriggert. Es kann auch durch eine extreme physische Anstrengung wie eine schwere Erkrankung oder erschöpfende körperliche Arbeit entstehen. Wir diagnostizieren das Broken-Heart-Syndrom im klinischen Alltag relativ selten, im Schnitt vielleicht ein- bis zweimal im Monat. Doch nach der Flutkatastrophe im Ahrtal, das vom Bonner Universitätsklinikum etwa 30 Kilometer entfernt ist, beobachteten wir eine deutliche Anhäufung der Diagnose. Das Krank-

Inhalt

Abrechnung

- Zuschüsse zu Energiekosten in 2023 4
- Leichter Honoraranstieg bei deutlich höherer Fallzahl in 2021 5

Praxis-/Klinikmanagement

KBV-Qualitätsbericht Radiologie 2021: Kaum Beanstandungen 6

Finanzen und Steuern

Telefonkosten: So gelingt der Steuerabzug 7

Download

Sämtliche Honorarberichte stehen bei der KBV online zur Verfügung unter iwwww.de/s7946.

heitsbild korreliert mit solch schwerwiegenden Ereignissen.

Redaktion: Wer sind die typischen Patienten?

Dr. Isaak: Ganz typisch wäre eine ältere, postmenopausale Frau mit einem emotionalen Stressereignis wie dem Tod eines geliebten Menschen. Das männliche Pendant könnte jemand sein, der bei einem Hausbrand oder einer Überflutung unter starkem Stress körperlich schwer gearbeitet hat. Auslösende Trigger können aber individuell ganz unterschiedlich sein. Triggert z. B. eine neurologische Erkrankung wie eine akute Hirnblutung oder ein Schlaganfall das Broken-Heart-Syndrom, kann letzteres auch übersehen werden, weil die andere Erkrankung erst einmal im Vordergrund steht.

Redaktion: Wie wird das Broken-Heart-Syndrom radiologisch untersucht?

Dr. Isaak: Das Herz-MRT kommt oft etwas später ins Spiel, ist dann aber meist der Schlüssel zur korrekten Diagnose. Auf Anamnese, Labor und Echokardiografie folgt in einer Akutsituation bei hoher Prätestwahrscheinlichkeit für einen Herzinfarkt meist eine zeitnahe Herzkatheteruntersuchung. Bei stabilerer Situation und entsprechender Prätestwahrscheinlichkeit für eine koronare Herzerkrankung kann alternativ auch ein Herz-CT angezeigt sein. Heutzutage haben wir dank neuer Techniken die Möglichkeit, die Herzkranzgefäße mittels Koronar-CT mit einer relativ geringen Strahlendosis darzustellen. Ist eine relevante Koronarstenose ausgeschlossen, sollte ein zeitnahes Herz-MRT erfolgen, um den Grund der Symptomatik abzuklären. Das ist der

nicht-invasive Goldstandard zur Abklärung von Herzmuskelerkrankungen, der die Diagnose des Broken-Heart-Syndroms zuverlässig bestätigen kann. Er ermöglicht gleichzeitig eine weitere Differentialdiagnostik, z. B. einer Myokarditis, einer Perikarditis oder einer anderen Herzmuskelkrankung.

Redaktion: Wie hebt sich diese Bildgebung vom MRT eines Herzinfarktpatienten ab?

Dr. Isaak: Um das Broken-Heart-Syndrom zu diagnostizieren, haben wir im MRT drei Säulen: In der Funktionsbildgebung untersuchen wir, ob eine typische Kontraktionsstörung der linken Herzkammer besteht, die meist die vorderen Anteile betrifft, ein sogenanntes „apical ballooning“. Zweitens prüfen wir, ob in den funktionseingeschränkten Herzsegmenten ein Myokardödem vorliegt. Das spricht für eine akute Erkrankung. Die dritte Säule ist ganz wichtig: Über die Kontrastmittelbildgebung im Herz-MRT prüfen wir infarkttypische oder entzündliche Narben. Liegen diese nicht vor und sind die ersten beiden Punkte erfüllt, können wir uns mit der Diagnose des Broken-Heart-Syndroms ziemlich sicher sein.

Redaktion: Was war Ziel Ihrer Forschung?

Dr. Isaak: Obwohl die meisten Patienten sich vom Broken-Heart-Syndrom erholen, kann es zu Spätkomplikationen kommen. Bisher können wir die langfristige Prognose nicht gut abschätzen. Wir wissen noch nicht, wer Risikopatient ist und Spätfolgen wie Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz oder Thrombenbildung entwickeln wird. Deshalb suchten wir nach Merkmalen im Herz-MRT, die

bereits bei der Erstdiagnostik erhoben werden und mit solchen Spätkomplikationen assoziiert sind.

Redaktion: Wie sind die Ergebnisse?

Dr. Isaak: Wir haben herausgefunden, dass relativ einfach zu erhebende Merkmale wie ein Perikarderguss, Pleuraerguss, ventrikulärer Thrombus und eine Rechtsherzbeteiligung mit Spätkomplikationen assoziiert sind. In unserer Kohorte hatten 62 Prozent der Patienten mindestens eines dieser Merkmale, 27 Prozent der Patienten mindestens zwei. Je mehr Merkmale vorlagen, desto höher war das Risiko für Spätkomplikationen in unserer Kohorte.

Redaktion: Für Ihre Forschung haben Sie den Trainee Research Prize der RSNA erhalten. Was ging in Ihnen vor, als Sie den Preis in Chicago entgegennahmen?

Dr. Isaak: Es hat mich total gefreut, mit unserer Forschung internationale Resonanz geweckt zu haben. Das ist extrem motivierend, noch dazu in meiner frühen wissenschaftlichen Karriere. Es freut mich auch sehr für unsere Arbeitsgruppe, denn Wissenschaft ist immer auch Teamarbeit. Dann beim weltgrößten Radiologiekongress einen Vortrag zur Studie zu halten, ist recht aufregend.

Redaktion: Auch der diesjährige Röntgenkongress hat das Thema „Abenteuer Forschung“. Welche Rahmenbedingungen braucht ein junger Mediziner, um erfolgreich zu forschen?

Dr. Isaak: Zeit. Der Workload ist in der Radiologie extrem gestiegen, die Bildgebung wird immer wichtiger. Für junge Mediziner ist es herausfor-

dernd, gute wissenschaftliche Projekte mit der klinischen Arbeit zu vereinen, also als „Clinician Scientist“ tätig zu sein. Mir hat es geholfen, über mein Netzwerk und die Arbeitsgruppe „Abkürzungen“ nehmen zu können. Denn von den Vorarbeiten und Erfahrungen anderer zu profitieren, hilft enorm. Auch Synergien zwischen Klinik und Forschung können sehr helfen. Das ist meine Strategie: Ich mache die Herzbildgebung in der Klinik sehr gerne und erkenne dabei automatisch wissenschaftliche Fragestellungen. Für ambitionierte Studienprojekte brauchen wir mehr geschützte Forschungszeit, beispielsweise über Clinician-Scientist-Programme für Assistenzärzte.

Redaktion: Wie wichtig sind Mentoren?

Dr. Isaak: Extrem wichtig. Die Mentorenwahl ist entscheidend. Man sollte sich den Mentor aussuchen dürfen und umgekehrt sollte auch der Mentor entscheiden können, wen er unterstützt. Denn die Wellenlänge sollte nicht nur fachlich stimmen. Wichtig sind ein kurzer Draht und schnelles Feedback. Es kann frustrierend sein, wenn Mentoren sich manchmal erst nach einem Monat zurückmelden. Es kann hilfreich sein, mehrere oder auch externe Mentoren zu haben. Es geht um ein produktives Umfeld, das dem Mentee Feedback gibt, ihn vor Sackgassen bewahrt und Kontakte herstellt.

Redaktion: Was sollten erfahrene Radiologen nicht tun, wenn ein junger Wissenschaftler seinen Weg sucht?

Dr. Isaak: Die Geduld verlieren und darauf beharren, etwas immer so zu machen, wie es immer schon ge-

macht wurde. Sie sollten Kreativität zulassen und jungen Wissenschaftlern eigene Projektideen ermöglichen.

Redaktion: Künstliche Intelligenz (KI) nimmt in der radiologischen Forschung zunehmend Raum ein. Sie hingegen widmen sich weniger den Daten, sondern mehr den Patienten. Eine bewusste Entscheidung?

Dr. Isaak: Auf jeden Fall. Unsere Arbeitsgruppe deckt auch den Schwerpunkt der KI ab, aber mich persönlich motiviert es viel mehr, Daten prospektiv zu erheben und mit den Patienten zusammenzuarbeiten. Von ihnen kommt oft positives, motivierendes Feedback. Auch interdisziplinäre Kooperationen mit anderen Fachabteilungen wie der Hepatologie, der Kardiologie, der Intensivmedizin oder zuletzt auch der Epilepsie sind für uns in der Arbeitsgruppe sehr wertvoll. Wenn die radiologische Forschung einen klinischen Nutzen haben soll, brauchen wir den Input anderer Fächer. Sonst besteht das Risiko, am klinischen Alltag vorbei zu forschen. Nichtsdestotrotz wird die KI uns vor allem in der Radiologie in Zukunft stärker begleiten als in anderen Fächern.

Redaktion: Welche Entwicklung ist für die Forschung am Patienten abzusehen?

Dr. Isaak: Wir müssen Patienten in Zukunft stärker einbinden, um am Ende in ihrem Interesse zu forschen. Die Digitalisierung und die Vernetzung mit anderen Kliniken werden dazu beitragen, dass Studien mit größeren Patientenzahlen und -daten möglich sind. Ich nehme an, dass durch verschiedene neue Imaging Biomarker invasive Verfahren wie eine Biopsie zukünftig weniger ge-

braucht werden und dass die finale Diagnosestellung zunehmend rein nicht-invasiv, also nur anhand der Bildgebung gestellt werden wird. Auch da hilft KI, um große Mengen quantitativer Imagingmarker systematisch zu analysieren sowie Muster zu erkennen und auszuwerten, die dem menschlichen Auge entgehen. Verschiedene klinische Daten, wie aus der Radiologie, dem Labor und der Pathologie zu einer integrierten Diagnostik zusammenzuführen und daraus Therapieempfehlungen zu initiieren – das wäre die Vision einer intelligenten, patientenzentrierten Medizin.

➤ WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Wenn eine Serverfarm uns nicht ersetzen soll, sollten wir uns mehr um die Patienten kümmern!“ in RWF Nr. 04/2023
- „Ein Fach, in dem nicht geforscht wird, stirbt über kurz oder lang.“ in RWF Nr. 03/2023
- „In der Radiologie müssen wir für den Nachwuchs attraktive Karriere-möglichkeiten schaffen!“ in RWF Nr. 02/2022

Impressum

Herausgeber
 Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,
 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,
www.guerbet.de, E-Mail info@guerbet.de

Verlag
 IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
 Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
 Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, www.iww.de
 Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

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 Informationsdien-
 stes 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.

KV-Honorar

Zuschüsse zu Energiekosten in 2023

Im Newsletter-Editorial der RWF-Ausgabe Nr. 04/2023 hatten wir bereits kurz über die zusätzlichen Finanzhilfen für radiologische Praxen mit besonders hohem Energieverbrauch berichtet. Hier folgen weitere **Details zur Ausgestaltung** und den Folgen für die betroffenen Praxen.

Erstattungen bei einem Strompreis von über 29 Cent/kWh

Die wesentlichen Inhalte dieser Regelungen, die für das gesamte Jahr 2023 gelten, lassen sich in den fünf Unterpunkten zusammenfassen:

- Für die Zeit vom 01.01.2023 bis zum 31.12.2023 wurde im neuen Anhang 7 zum EBM eine Regelung über die Abrechnung und Vergütung der zusätzlichen Stromkosten für energieintensive Leistungen getroffen.
- Die Regelung gilt für **Praxen**, die **CT- und/oder MRT-Untersuchungen** abrechnen. Darüber hinaus sind auch dort weitere Regelungen für Praxen mit strahlentherapeutischen Leistungen (Hochvolttherapie) sowie für Dialyseeinrichtungen zu finden.
- Ein Anspruch auf Erstattung zusätzlicher Stromkosten besteht nur, wenn die Stromkosten der Praxis mehr als 29 Cent je Kilowattstunde (kWh) betragen (Referenzpreis; als „zusätzliche Stromkosten“ gelten die Kosten, die oberhalb dieses Referenzpreises liegen und nur für diesen Kostenblock ist eine Erstattung vorgesehen) **und** die sich auf Basis der nachfolgenden Berechnungen ergebende Erstattung mindestens 500 Euro beträgt.
- Für die Berechnung des Erstattungsbetrags melden die Praxen quartalsweise ihren Stromverbrauch (in

kWh) sowie die Stromkosten des jeweiligen Abrechnungsquartals (in Euro) mithilfe einer Selbstausskunft an ihre KV.

- Da von den gesetzlichen Krankenkassen nur der auf die GKV entfallende Anteil der zusätzlichen Stromkosten übernommen wird, müssen zusätzlich die steuerrelevanten Gesamteinnahmen und GKV-Einnahmen der Praxis im Jahr 2021 sowie etwaige durch andere Stellen erstattete Stromkosten angegeben werden. Für die Berechnung des GKV-Anteils werden die Nicht-GKV-Einnahmen der Praxis mit einem Faktor von 0,44 multipliziert.
- Die so ermittelten zusätzlichen Stromkosten werden sodann mit dem Faktor von 0,95 multipliziert. Dies entspricht einem Eigenanteil von fünf Prozent.

Beispielrechnung

Die Stromkosten einer radiologischen Praxis betragen 48.000 Euro pro Quartal, und zwar bei einem Stromverbrauch von 120.000 kWh (das entspricht einem Strompreis in Höhe von 40 Cent/kWh). Kostenerstattungen durch andere Stellen erfolgen nicht.

Die Gesamteinnahmen der Praxis im Jahr 2021 betragen 4 Mio. Euro, davon 2,4 Mio. Euro GKV-Einnahmen. Die Nicht-GKV-Einnahmen (1,6 Mio.

Euro) werden zu 44 Prozent berücksichtigt, also mit 704.000 Euro. Aus dieser Summe errechnet sich ein GKV-Anteil von 77,32 Prozent (Rechnung: $2,4 \text{ Mio. Euro} / [2,4 \text{ Mio. Euro} + 704.000 \text{ Euro}] = 77,32 \text{ Prozent}$)

Die zusätzlichen Stromkosten gegenüber dem Referenzpreis von 29 Cent/kWh betragen 13.200 Euro. (Rechnung: $[0,40 \text{ Euro/kWh} - 0,29 \text{ Euro/kWh}] \times 120.000 \text{ kWh} = 13.200 \text{ Euro}$). Dies ergibt auf Basis des GKV-Anteils (77,32 Prozent) einen Betrag von 10.206,24 Euro. Erstattet werden davon 95 Prozent, somit 9.695,93 Euro.

Merke

- Die Selbsterklärung muss für jedes Quartal, in dem zusätzliche Stromkosten geltend gemacht werden, spätestens bis zum Ende des auf das Abrechnungsquartal folgenden Monats, abgegeben werden. Für das Quartal II/2023 muss also die Selbsterklärung bis zum 31.07.2023 erfolgen!
- Praxen, die im Jahr 2023 zusätzliche Stromkosten abrechnen, müssen die entsprechenden Unterlagen bis zum 31.12.2026 aufbewahren. Zudem sind Stichprobenprüfungen zu den Angaben auf der Selbsterklärung und anlassbezogene Auffälligkeitsprüfungen der KVen vorgesehen.
- Rechtzeitig bis zum 31.12.2023 soll darüber hinaus geprüft werden, ob eine Verlängerung der Regelungen erforderlich ist.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Weitere Details zu diesem Beschluss finden Sie bei der KBV online unter www.de/s7921

KBV-Honorarbericht

Leichter Honoraranstieg bei deutlich höherer Fallzahl im Jahr 2021

Die KBV hat die Honorarberichte für die vier Quartale des Jahres 2021 vorgelegt. Im Vergleich zu den ersten „Corona-Quartalen“ des Jahres 2020 ist der Honorarumsatz der Fachgruppe bundesweit bei einer um 6,1 Prozent höheren Fallzahl nur um 2,7 Prozent bzw. 43,4 Mio. Euro gestiegen. Dies entspricht einem Rückgang des Fallwerts von 3,2 Prozent – von 83,30 Euro in 2020 auf 80,61 Euro in 2021.

Auszahlungsquote bei 86 Prozent

Bezogen auf den einzelnen Radiologen – berechnet nach Teilnahmeumfang – weist der Honorarbericht eine Umsatzsteigerung im Vergleich zu 2020 um 4,4 Prozent aus – bei einer allerdings um 7,9 Prozent höheren Fallzahl. Die Auszahlungsquote für alle abgerechneten Leistungen betrug in 2021 bundesweit 85,7 Pro-

zent. Durch die Budgetierung werden also gut 14 Prozent der Leistungen nicht vergütet.

In fünf KVen ist der Honorarumsatz der Fachgruppe gegenüber 2020 zurückgegangen, und zwar um bis 3,6 Prozent (Berlin). In allen anderen KVen weist der Honorarbericht eine Erhöhung im Vergleich zu 2020 aus. Spitzenreiter ist Hamburg mit

einem um 12 Prozent höheren Honorarumsatz, gefolgt von Thüringen mit 5,9 Prozent und Baden-Württemberg mit 5,7 Prozent.

Die Fallzahl hat in allen 17 KVen im Vergleich zu 2020 deutlich zugenommen. Die Steigerung beträgt zwischen 2,1 Prozent (Sachsen) und 13,9 Prozent (Bremen).

Radiologen in Hamburg unverändert Umsatz-Spitzenreiter

Den höchsten durchschnittlichen Honorarumsatz erzielten – wie in den Vorjahren – die Radiologen in der KV Hamburg mit 255.655 Euro. Schlusslicht in der Umsatzstatistik ist – ebenfalls wie in den Vorjahren – die KV Saarland mit 104.218 Euro. Die Fallwerte schwanken zwischen 119,84 Euro in Hamburg und 68,54 Euro in Niedersachsen.

Kassenhonorare für Radiologen im Jahr 2021 in den KVen

KV	KV-Umsatz je Arzt* & Quartal	Anzahl Fälle je Arzt* & Quartal	Fallwert
Baden-Württemberg	162.418 Euro	1.877	86,54 Euro
Bayern	142.510 Euro	1.591	89,56 Euro
Berlin	134.982 Euro	1.629	82,84 Euro
Brandenburg	133.973 Euro	1.835	73,00 Euro
Bremen	166.355 Euro	1.885	88,25 Euro
Hamburg	255.655 Euro	2.133	119,84 Euro
Hessen	147.346 Euro	1.980	74,41 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	143.313 Euro	2.001	71,62 Euro
Niedersachsen	127.154 Euro	1.855	68,54 Euro
Nordrhein	131.890 Euro	1.828	72,15 Euro
Rheinland-Pfalz	137.959 Euro	1.654	83,43 Euro
Saarland	104.218 Euro	1.316	79,19 Euro
Sachsen	140.574 Euro	1.823	77,13 Euro
Sachsen-Anhalt	165.032 Euro	2.304	71,61 Euro
Schleswig-Holstein	145.552 Euro	1.811	80,38 Euro
Thüringen	164.149 Euro	2.009	81,70 Euro
Westfalen-Lippe	151.434 Euro	1.818	83,30 Euro
Durchschnitt aller KVen	145.940 Euro	1.810	80,61 Euro

* nach Teilnahmeumfang

Quelle: Abrechnungsstatistik der KBV (s. www.de/s7946); zugelassene und angestellte Ärzte; eigene Berechnungen

Qualitätssicherung

KBV-Qualitätsbericht Radiologie 2021: Kaum Beanstandungen

Die KBV hat dem für die Prüfung zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ihren Bericht über die von den KVen im Jahr 2021 durchgeführten Qualitätsprüfungen Radiologie, Computertomografie und Kernspintomografie übermittelt (www.de/s7909). Im folgenden Beitrag informieren wir über die wesentlichen Ergebnisse.

Prüfergebnis Kernspintomografie

Im Rahmen der Routineprüfung wurden die Dokumentationen von 118 Ärzten geprüft. Dies entspricht etwa 2,9 Prozent aller abrechnenden Ärzte. In 93 Fällen lautet die Gesamtbewertung „keine Beanstandung“, in 18 Fällen „geringe Beanstandungen“, in 6 Fällen „erhebliche Beanstandungen“ und in einem Fall „schwerwiegende Beanstandungen“.

In 94,1 Prozent der Routineprüfungen wurden somit „sehr gute bzw. gute Ergebnisse“ festgestellt, in nur 5,9 Prozent „mängelbehaftete Ergebnisse“.

Neben der Routineprüfung wurden vier anlassbezogene Stichprobenprüfungen durchgeführt, davon in einem Fall mit dem Ergebnis erheblicher Beanstandungen. Die „erheblichen bzw. schwerwiegenden Beanstandungen“ betreffen

- fehlerhafte Beurteilungen des Befundes (27,3 Prozent),
- inadäquate Untersuchungsvolumina (24,2 Prozent),
- nicht fachgerechte Indikationsstellungen (18,2 Prozent),
- inadäquate Untersuchungsparameter sowie unvollständige Befundberichte (jeweils 12,1 Prozent) oder
- inadäquate Untersuchungsmethode (6,1 Prozent).

Prüfergebnis Computertomografie

Wie im Vorjahr waren die Beanstandungen bei der Computertomografie (CT) sehr gering. Geprüft wurden die Dokumentationen von 116 Ärzten (2,7 Prozent aller abrechnenden Ärzte). In 104 Fällen lautet die Gesamtbewertung „keine Beanstandung“ und in 12 Fällen „geringe Beanstandungen“. Erhebliche bzw. schwerwiegende Beanstandungen wurden nicht festgestellt.

Prüfergebnis konventionelle Radiologie

Etwas differenzierter stellt sich auch in 2021 das Prüfergebnis in der konventionellen Radiologie dar. Im Rahmen der Routineprüfung wurden die Dokumentationen von 527 Ärzten geprüft (2,9 Prozent aller abrechnenden Ärzte). Der Anteil der geprüften Radiologinnen und Radiologen an den insgesamt geprüften Ärzten geht aus dem Bericht leider nicht hervor.

In 369 Fällen lautet die Gesamtbewertung „keine Beanstandung“, in 121 Fällen „geringe Beanstandungen“, in 25 Fällen „erhebliche Beanstandungen“ und in 12 Fällen „schwerwiegende Beanstandungen“. In 93 Prozent der Routineprüfungen handelt es sich somit um „sehr gute

bzw. gute Ergebnisse“, in 7 Prozent um „mängelbehaftete Ergebnisse“.

Neben der Routineprüfung wurden 7 anlassbezogene Stichprobenprüfungen durchgeführt, davon in einem Fall mit dem Ergebnis erheblicher Beanstandungen.

Die „erheblichen bzw. schwerwiegenden Beanstandungen“ verteilen sich auf 14 Mängelarten, am häufigsten geht es um

- inadäquate Einblendungen (16,1 Prozent),
- nicht fachgerechte Indikationsstellungen (13,3 Prozent) oder
- inadäquate Untersuchungsmethoden sowie fehlende oder fehlerhafte Seitenkennzeichnungen (10,5 Prozent).

Fazit des G-BA

In seiner Kommentierung stellt der G-BA fest, dass die befristete Aussetzung der Stichprobenprüfungen in den beiden Jahren 2018 und 2019 und der reduzierte Prüfungsumfang im Jahr 2020 in keinem Leistungsbereich eine nachteilige Auswirkung auf die Beanstandungsquote hatte. Da die Anzahl „erheblicher“ und „schwerwiegender“ Beanstandungen in den Bereichen Kernspintomografie und CT sowohl in 2020 als auch 2021 sehr gering war, sind die diesbezüglichen Ergebnisse der Mängelanalysen weiterhin nicht aussagekräftig. Die Ergebnisse der Mängelanalyse zur konventionellen Röntgendiagnostik ermöglichen erste Eindrücke, sind aber aufgrund ebenfalls geringer Fallzahlen und aufgrund regionaler Unterschiede in der Höhe der Prüfquoten und sich daraus ergebender Verzerrungen nicht ausreichend belastbar, so der G-BA.

Steuertipp**Telefonkosten: So gelingt der Steuerabzug**

Jeder Radiologe telefoniert – privat und beruflich. Das Problem in der Praxis: Wie lassen sich die beruflich veranlassten Kosten von der Steuer absetzen? Denn häufig besteht nur ein gemischt genutzter (Handy-) Vertrag. Hierfür gibt es zum Glück praxistaugliche Vereinfachungsmöglichkeiten, die sowohl von angestellten als auch niedergelassenen Radiologen genutzt werden können. Zudem kann der niedergelassene Radiologe seinen Mitarbeitern steuerfreie Zuschüsse gewähren.

von Dipl.-Finanzwirt
Marvin Gummels, Hage

Für niedergelassene Radiologen

Bei dieser Gruppe sind die steuerlichen Spielregeln einfach: Niedergelassene Radiologen prüfen im ersten Schritt, welche Handy- und Telefonverträge sie ganz oder teilweise beruflich nutzen. All diese Verträge und damit zusammenhängenden Kosten wie

- Verbindungsentgelte,
- Datenvolumen,
- Gerätekosten,
- Zubehör
- usw.

erfassen Sie in Ihrer Gewinnermittlung als Betriebsausgabe. Rein privat genutzte Verträge und Kosten dürfen nicht abgezogen werden. Im zweiten Schritt wird der Abzug um die in den Aufwendungen enthaltenen privat veranlassten Kostenanteile korrigiert. Das geht über zwei Wege: Entweder wird der in den Aufwendungen enthaltene und privat veranlasste Anteil geschätzt – beispielsweise mit 25 Prozent der Aufwendungen. Oder es werden pauschal 360 Euro pro Jahr angesetzt. Diesen Betrag beanstandet das Finanzamt regelmäßig nicht (vgl. auch FG Niedersachsen, 21.05.1997; Az. XII 536/96).

Beispiel 1

In der Radiologiepraxis von R. kostet der Telefon- und Internetanschluss im Jahr 800 Euro. Für das beruflich und privat genutzte Smartphone bezahlt R. 600 Euro. Die gemietete Telefonanlage kostet jährlich 500 Euro.

Lösung: R behandelt sämtliche Aufwendungen als Betriebsausgabe (1.900 Euro) und bucht eine Privatentnahme von 360 Euro. Damit wurde sein Gewinn effektiv um 1.540 Euro gemindert.

Für angestellte Radiologen

Hier sind die Abzugsmöglichkeiten komplizierter. Grundsätzlich können nur die auf berufliche Telefonate entfallenden Kosten abgesetzt werden. Das bedeutet, dass der Radiologe die gesamten Telefonkosten (Gesprächs- und Gerätekosten, Grund- und Anschlussgebühren) in

- nicht abzugsfähige private Kosten und
- abzugsfähige berufliche Kosten

aufteilen muss. Wurde das Verhältnis zwischen privater und beruflicher Nutzung für einen repräsentativen Zeitraum von drei Monaten ermittelt, dann kann dieses Verhältnis auch für alle anderen Monate angesetzt wer-

den (R 9.1 Abs. 5 S. 2 LStR). Diese genaue Ermittlung gelingt in der Praxis regelmäßig nur mit einem Einzelnachweispapier und ist mit erheblichem Arbeitsaufwand verbunden.

Deshalb gibt es eine Vereinfachungsmöglichkeit: Fallen beim Radiologen erfahrungsgemäß beruflich veranlasste Telefonkosten an (was infolge der Coronapandemie der Normalfall sein sollte), dann dürfen gemäß R 9.1 Abs. 5 S. 4 Lohnsteuer-Richtlinien (LStR) pauschal und ohne Einzelnachweis bis zu 20 Prozent des Rechnungsbetrags als Werbungskosten abgesetzt werden. Dieser Abzug ist jedoch begrenzt auf 20 Euro pro Monat. Der Radiologe hat also lediglich seine gesamten Telefonkosten pro Monat zu ermitteln und diese mit 20 Prozent anzusetzen. Nur wenn die Telefonkosten im Monat mehr als 100 Euro betragen sollten, erfolgt die Deckelung auf den Höchstbetrag von 20 Euro. Es geht aber noch einfacher. Es ist ausreichend, wenn der Radiologe den monatlichen Durchschnittsbetrag, der sich aus den Rechnungsbeträgen für einen repräsentativen Zeitraum von drei Monaten ergibt, für das ganze Jahr zugrunde legt (R 9.1 Abs. 5 S. 5 LStR).

Beispiel 2

Der angestellte Radiologe S. nutzt sein privates Handy auch für berufliche Zwecke. Für das Handy musste er für Januar 60 Euro, Februar 50 Euro und März 85 Euro bezahlen.

Lösung: Der durchschnittliche Rechnungsbetrag beläuft sich auf 65 Euro pro Monat. S. kann ohne weitere Nachweise in seiner Einkommensteuererklärung 156 Euro als Werbungskosten geltend machen (65 Euro x 12 Monate x 20 Prozent).

Steuerfreie Arbeitgebererstattungen

Doch auch der niedergelassene Radiologe kann sich an den beruflich veranlassten Telefonkosten seiner Mitarbeiter und angestellten Radiologen beteiligen. Der Vorteil: Werden die in R 3.50 Abs. 2 LStR definierten Grenzen eingehalten, dann ist die Kostenerstattung

- gemäß § 3 Nr. 50 Einkommensteuergesetz (EStG) steuerfrei und
- gemäß § 1 Abs. 1 Sozialversicherungsbeitragverordnung (SvEV) beitragsfrei in der Sozialversicherung (SV).

Der Mitarbeiter erhält die Erstattung also „brutto wie netto“, während auch für den niedergelassenen Radiologen keine Arbeitgeberanteile zu den Sozialversicherungen anfallen. Zulässig ist die steuer- und beitragsfreie Erstattung immer insoweit, wie die Beträge erstattet werden, welche der Mitarbeiter entsprechend obiger Grundsätze selbst als Werbungskosten geltend machen könnte.

ausspielen. Sie leisten keinen Kostenzuschuss, sondern schließen einen Smartphone-Vertrag ab und überlassen das Smartphone ihren Mitarbeitern zur Nutzung. Der Vorteil: Der Radiologe kann sämtliche Kosten als Betriebsausgabe absetzen, während der Nutzungsvorteil beim Mitarbeiter

- gemäß § 3 Nr. 45 EStG steuerfrei und
- gemäß § 1 Abs. 1 SvEV SV-beitragsfrei ist.

Damit spart auch der niedergelassene Radiologe gegenüber einer regulären Gehaltserhöhung die SV-Arbeitgeberanteile ein. Zudem ist es nicht erforderlich, dass der Mitarbeiter das Smartphone auch beruflich nutzt. Selbst eine vollständige Privatnutzung des Smartphones wäre steuer- und beitragsfrei. Das gilt im Übrigen nicht nur für das überlassene Smartphone selbst, sondern auch für alle damit in Zusammenhang stehenden Kosten (Zubehör, Verbindungsentgelte, Datenvolumen, Wartung usw.).

Merke

Die einzige Voraussetzung für die Steuer- und Beitragsfreiheit ist, dass der Radiologe das Smartphone seinem Mitarbeiter überlässt. Das Eigentum an dem Smartphone muss also beim Radiologen und darf nicht beim Mitarbeiter liegen. Daraus folgt auch, dass der Mitarbeiter das Smartphone bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses an den Radiologen zurückgeben muss.

Praxistipp

Viele Mitarbeiter haben bereits ein Smartphone und würden deshalb in der Praxis die Gehaltserhöhung wählen. Der Radiologe kann jedoch auch das aktuelle Smartphone des Mitarbeiters erwerben und es dann steuer- und beitragsfrei überlassen. Das geht sogar, wenn lediglich ein Kaufpreis von nur einem Euro vereinbart wird (BFH, 23.11.2022, Az. VI R 50/20, VI R 51/20 und VI R 49/50).

Beispiel 3

Wie Beispiel 2. Der Arbeitgeber möchte im höchstmöglichen Umfang steuer- und beitragsfreie Erstattungen leisten.

Lösung: Erstattungen des Arbeitgebers sind bis zu 156 Euro pro Jahr steuer- und beitragsfrei. Übersteigende Beträge gehören zum steuer- und beitragspflichtigen Arbeitslohn. Die Erstattungen mindern die abzugsfähigen Werbungskosten des Mitarbeiters.

Steuerfreie Handyüberlassung als Benefit

Niedergelassene Radiologen können einen noch größeren Benefit

Beispiel 4

Mitarbeiter M erhält ein Gehalt von 4.000 Euro brutto (Steuerklasse I). Der Radiologe bietet ihm eine Gehaltserhöhung von 50 Euro an. Alternativ kann er sich ein Smartphone mit Vertrag aussuchen. Das kostet auch monatlich 50 Euro.

Lösung:	Gehaltserhöhung	Smartphone*
Lohnaufwand niedergel. Radiologe	4.860,00	4.850,00
Kosten Handyvertrag	–	- 50,00
Sozialabgaben AG-Anteil (20 %)	- 810,00	- 800,00
Bruttogehalt (Steuerpflichtig)	4.050,00	4.000,00
Sozialabgaben AN-Anteil (20 %)	- 810,00	- 800,00
Lohnsteuer (Jahr 2023)	- 602,00	- 588,00
Nettogehalt	2.638,00	2.612,00
Vorteil Handyvertrag	–	50,00
Nettoeinkommen Mitarbeiter	2.638,00	2.662,00

* Während der niedergelassene Radiologe beim Lohnaufwand 10 Euro einspart, erhält der angestellte Radiologe ein um 24 Euro höheres Nettoeinkommen.