

Radiologie 2022 · 62:781–785
<https://doi.org/10.1007/s00117-022-01045-z>
 Angenommen: 27. Juni 2022
 Online publiziert: 15. Juli 2022
 © The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022

Redaktion

F. Bamberg, Freiburg (Leitung)
 U. Attenberger, Bonn
 M. Eisenblätter, Freiburg
 I. Molwitz, Hamburg
 M. Notohamiprodjo, München
 B. Sigl, Wien
 A.A. Tavakoli, Mannheim
 L. Ullrich, München



Private Equity in der Radiologie

Mike Notohamiprodjo¹ · Ulrike Engelmayer² · Philipp Remplik¹

¹ Radiologische, nuklearmedizinische und strahlentherapeutische Partnerschaftsgesellschaft, DIE RADIOLOGIE, München, Deutschland

² RadiologieZentrum Schwabmünchen, Schwabmünchen, Deutschland

Immer öfter wird über den Aufkauf von ambulanten Gesundheitsdienstleistern durch Private Equity berichtet. Die Thematik erfährt mittlerweile große mediale Aufmerksamkeit und wird breit in der Gesellschaft diskutiert [6, 10].

In diesem Beitrag sollen medizinrechtliche und gesellschaftsrechtliche Hintergründe, aktuelle Entwicklungen und zukünftige Perspektiven vorgestellt und diskutiert werden.

Was ist Private Equity?

Privates Beteiligungskapital von privaten oder institutionellen Kapitalgebern an nicht an der Börse handelbaren Unternehmensbeteiligungen wird *Private Equity* genannt. Private-Equity-Gesellschaften sammeln Kapital bei in der Regel anonymen institutionellen Anlegern wie etwa Banken oder Versicherungen, Pensionskassen aber auch direkt bei vermögenden Privatpersonen/Family Offices.

Eine Unterform des Private Equity ist das *Venture Capital/Wagniskapital*. Hier werden v.a. Beteiligungen bei jungen Unternehmen in sich entwickelnden Branchen mit hohem Wachstums- und Innovationspotenzial, d.h. Start-ups, eingegangen. Diese Investitionen haben ein großes überdurchschnittliches Vermehrungspotenzial, sind aber entsprechend

risikobehaftet mit der realistischen Möglichkeit des Totalverlusts.

In der Regel handelt es sich bei Private-Equity-Gesellschaften um mehrstöckige gesellschaftsrechtliche Konstrukte. Der Sitz der Dachgesellschaften ist aufgrund der steuerlichen Befreiung der Dividenden und der Veräußerungsgewinne häufig in Luxemburg (Luxemburger Schachtelprivileg; [5]).

Das Ziel von Private-Equity-Gesellschaften ist die Vermehrung des eingesetzten Eigenkapitals durch die Beteiligung an Unternehmen mit einem hohen Verhältnis von Rendite zu Risiko [8]. Idealerweise ist der Cashflow stabil und die Unternehmen betreiben ein weitestgehend entwickeltes und profitables Kerngeschäft in einem stabilen oder wachsenden Markt. Die Erzielung der Rendite erfolgt in der Regel nicht über die laufende Dividende aus dem Geschäftsbetrieb, sondern durch die Erhöhung des Unternehmenswerts und einen späteren profitablen Weiterverkauf. Insbesondere ist die Beteiligung darauf ausgelegt, die Wertsteigerung der gehaltenen Gesellschaft durch den Einsatz von seitens der Banken zur Verfügung gestelltem Fremdkapital („leveraged buy out“) zu realisieren.

Die Wertsteigerung kann zum einen über die Optimierung der Prozesse und der Qualität sowie durch eine Verlängerung der Wertschöpfungskette (vertikale



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

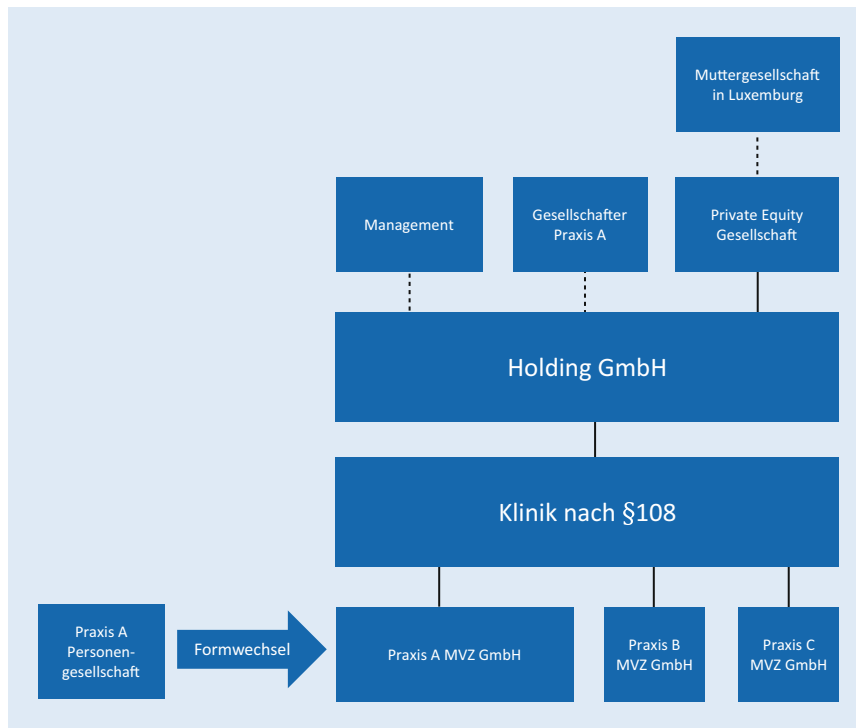


Abb. 1 ▲ Gesellschaftsrechtliches Konstrukt einer MVZ-GmbH. Die übernommene als Personengesellschaft geführte Praxis A wird über einen Formwechsel in eine MVZ-GmbH umgewandelt, welche sich zu mindestens 50,1 % unter der Trägerschaft des im Landesbettenplan (§ 108 SGBV) geführten Krankenhaus befindet. Die zuvor als Gesellschafter tätigen Ärzte werden abgefunden und können ggf. wie das nichtärztliche Management Gesellschafter der das Krankenhaus besitzenden Holdinggesellschaft werden. Mindestens 50,1 % der Holdinggesellschaft sind im Besitz des Private-Equity-Investors, deren Muttergesellschaften in der Regel in Luxemburg oder auch auf den Cayman-Inseln liegen. Bei Weiterverkauf wird die Holding mitsamt Krankenhaus und getragenen MVZ veräußert

Expansion) erzielt werden. Schneller ist die Wertsteigerung in der Regel durch eine größere Marktabdeckung (horizontale Expansion) durch kontinuierliche Zukäufe zu erreichen.

Durch geringen Einsatz von Eigenmitteln lässt sich eine hohe Eigenkapitalrentabilität erzielen, das heißt, solange die Rentabilität des von Banken aufgenommenen Fremdkapitals höher ist als die Fremdkapitalzinsen, kann eine hohe Rendite des Eigenkapitals gewährleistet werden. Die langjährig bestehenden niedrigen Zinsverhältnisse (oder gar Strafzinsen) haben die Attraktivität von z. B. Festgeldkonten oder Staatsanleihen deutlich gemindert, so dass Private Equity eine hohe Attraktivität für häufig anonym verbleibende institutionelle und private Anleger hat. Eine Gewinnabschöpfung an die Gesellschafter ist üblicherweise nicht vorgesehen, vielmehr wird der Cashflow des gehaltenen Unternehmens verwendet, um die aufgenommenen Bankverbindlichkeiten zu tilgen.

Der Vorteil für Private-Equity-Gesellschaften liegt außerdem in der reduzierten Verantwortung bei finanziellem Misserfolg des Investments. Bei hoher Eigenkapitalrate besteht ggf. das Risiko eines vollkommenen Verlusts des Investments. Zur Risikominimierung erfolgt eine Diversifikation des Investments. Der deutsche Medizinmarkt und u. a. die ambulante Radiologie stellen daher attraktive Ziele für Private-Equity-Gesellschaften dar, da es sich um einen stabilen regulierten und stetig wachsenden Markt handelt.

Der Radiologie-Markt

Das Gesamtvolumen des ambulanten Radiologie-Markts beträgt ca. 4 Mrd. €.

Der steigende Kostendruck (zunehmender Investitionsbedarf, Personalkosten, geringere Vergütung, zunehmende Konkurrenzdruck) hat ähnlich wie bei der Dialyse, Labormedizin oder Ophthalmologie zu einer fortschreitenden

Konsolidierung des radiologischen Markts mit Herausbildung größerer Praxen und Praxisketten geführt.

Zurzeit sind ca. 20 % des Markts in der diagnostischen Radiologie durch investorengeführte Ketten konsolidiert. Hiermit liegt die Radiologie hinsichtlich des Konsolidierungsgrads noch deutlich hinter der Ophthalmologie (ca. 30 %), Dialyse (ca. 40 %) und Labormedizin (ca. 50 %; [8]).

Das Durchschnittsalter der Radiologen beträgt bundesweit ca. 53 Jahre. Im Rahmen des Generationenwechsels gehen derzeit die Vertreter der geburtenstarken Jahrgänge derzeit in Ruhestand und sind auf der Suche nach Nachfolgern. In den nächsten 5 Jahren könnten daher aus vornehmlich demographischen Gründen ca. 400 radiologische Praxen den Besitzer wechseln [7]. Daher ist der radiologische Markt hochinteressant für potenzielle Finanzinvestoren. Die durchschnittliche Umsatzrendite einer Radiologie-Praxis beträgt ca. 35 % (Einnahmen, nach Einnahmenarten, Aufwendungen und Reinerträge in Kassenpraxen je Praxisinhaber ohne fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) im Jahr 2015 [3]) und ist somit deutlich höher als von üblichen Geschäftsbetrieben. Der Bedarf nach radiologischen Leistungen ist stetig steigend, so dass es sich hier um einen stabilen, kontinuierlich wachsenden größtenteils unkonsolidierten Markt handelt, also einem idealen Zielmarkt für Private-Equity-Investoren.

Medizinrechtlicher und gesellschaftsrechtlicher Hintergrund

Im Landesbettenplan (nach §108 SGB V) zugelassene Krankenhäuser haben die Möglichkeit, gemäß § 95 SGB V Medizinische Versorgungszentren zu gründen. Über diesen Weg können sie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen mit dem Ziel, einen besseren Übergang zwischen der ambulanten und stationären Versorgung zu gewährleisten. Die Gründungsfähigkeit ist unabhängig von der Größe des Krankenhauses, so dass auch nur sehr kleine Krankenhäuser Trägervehikel von zahlreichen MVZ sein können (■ Abb. 1). Im Rahmen eines Praxisüber-

gangs wird die in der Regel vorher als Personengesellschaft geführte Praxis in eine eigene MVZ-GmbH umgewandelt und in die Trägerschaft der Klinik überführt. Die Klinik wird zu mindestens 50,1 % Gesellschafterin dieses MVZ. In der Regel bestehen Gewinnabführungsverträge des MVZ gegenüber den übergeordneten Gesellschaften [8].

Im Rahmen des Praxisübergangs veräußern die Gesellschafter ihre Unternehmensanteile an den Investor, welches v. a. für Personen über 55 Jahre attraktiv ist, da bei diesen entsprechend § 2 EStG einmalig ein auf 56 % abgesenkter Einkommenssteuersatz (Höchstsatz 45 %) auf den Veräußerungsgewinn angesetzt wird. Maximal unterliegen Veräußerungsgewinne von 5 Mio. € der Tarifermäßigung.

Der Veräußerungswert wird in der Regel über ein *Multiple* vom EBITDA (Gewinn vor Abschreibungen und Zinsen) berechnet, welcher nach der Attraktivität der Praxis (Größe, Krankenhauskooperationen, Gerätepark, Zuweiser- und Patientenstruktur, Beteiligungen etc.) berechnet wird. Das EBITDA kann auch durch potenzielle Faktoren (geplante Zukäufe, Konsolidierungen etc.) optimiert werden. Üblicherweise wird um Einmaleffekte korrigiert und der aktuelle Geldbestand bzw. Verbindlichkeiten gegengerechnet. Da Gesellschafter kein Gehalt beziehen, wird der zukünftige Arztlohn bei der Berechnung des EBITDA abgezogen. Vor einem Verkauf kann eine Optimierung des Multiple erfolgen, beispielsweise durch den Abbau von Personalstellen (z. B. bedeutet ein eingesparter Arzt mit 150.000 € Gehalt bei einem EBITDA Multiple von 10 eine um 1,5 Mio. € höhere Bewertung).

Die Klinik befindet sich in der Regel im Besitz einer Holding-Gesellschaft, welche wiederum im Besitz von verschiedenen Parteien ist. Die Gesellschafter der Holding-Gesellschaft können neben einem Private-Equity-Investor z. B. weitere Privatpersonen, auch in den MVZ tätige Ärzte, ehemalige Gesellschafter und das nicht-ärztliche Management, sein [8]. Ein Private-Equity-Investor wird immer mindestens 50,1 % der Gesellschaft halten, um durch ein eigenes Mehrheitsvotum einen Weiterverkauf auslösen zu können. Im Rahmen eines Weiterverkaufs des Konstrukts wird die Holdinggesellschaft inkl. gehal-

tener Klinik und untergeordneten MVZs verkauft.

Unter Umständen (z. B. bei strategisch sehr wertvollen Praxen) können die Gesellschafter der übernommenen Praxis sich an der Holding beteiligen. Entweder reinvestieren sie die versteuerten Anteile oder werden steuerneutral entsprechend dem Buchwert ihrer ursprünglichen Anteile Gesellschafter in der Holding. Da bei letzterem Vorgang eine Umwandlung der ursprünglichen Personengesellschaft in eine Kapitalgesellschaft erfolgt, ist entsprechend des Umwandlungssteuergesetzes ein steueroptimierter Verkauf erst nach 7 Jahren möglich. Der Veräußerungsgewinn bei Verkauf von Anteilen einer Kapitalgesellschaft unterliegt der Kapitalertragssteuer, welche aktuell 25 % beträgt.

Die Abschreibungen auf den Anschaffungswert der Praxis und das Anlagevermögen verbleiben allerdings in der unter der Klinik hängenden MVZ-GmbH und müssten ggf. finanziell ausgeglichen werden.

Die in der Holding beteiligten Gesellschafter profitieren idealerweise bei einem weiteren Verkauf (z. B. nach 5 Jahren) von der in der Zwischenzeit expandierenden Gesellschaft von einem deutlich höheren Verkaufswert als für die ursprüngliche kleinere Praxis (s. Beispiel 1).

Berufspolitische Überlegungen

Das Private-Equity-Konstrukt ist v. a. in der noch andauernden Niedrigzinsphase attraktiv, da z. B. Staatsanleihen oder Festgeldkonten im letzten Jahrzehnt deutlich an Attraktivität eingebüßt haben. Es ist daher unklar, ob Private Equity angesichts der sich andeutenden Zinssteigerungen in den nächsten Jahren weiterhin eine ähnlich attraktive Anlagevariante bleiben wird.

Weiterhin wurden erste berufspolitische Maßnahmen formuliert, um den Einfluss von Investoren auf die ambulante Versorgung einzuschränken. Um Transparenz für Patientinnen und Patienten zu erreichen, sollte auf dem Praxisschild ein Hinweis auf die Trägerschaft verpflichtend sein. Um Monopolbildungen entgegenzuwirken, schlägt der Deutsche Ärztetag eine Begrenzung der kassenärztlichen Sitze pro Eigentümer und Fachrichtung

ähnlich der Regelung für Zahnärzte in § 95 SGB V vor. Anhand dieses Registers sollen regelmäßige kartellrechtliche Überprüfungen erfolgen können. Außerdem wird der Gesetzgeber aufgefordert, eine gesetzliche Regelung zu schaffen, die nur noch in Ausnahmefällen die Umwandlung von Praxen in investorengeführte MVZ ermöglicht. Ferner rät der Deutsche Ärztetag zur Einführung von zentralen (d. h. bundesland- und betriebsstättennummernübergreifenden) Plausibilitätskontrollen von KV-Abrechnungen innerhalb einer Holdingstruktur und zur regelmäßigen Überprüfung der Erfüllung des Versorgungsauftrags von MVZ, um Leistungsverchiebungen zu erfassen [2].

Eine im Auftrag der KV Bayern durch das IGES-Institut durchgeführte Studie zeigte, dass durch in Investorenhand befindliche MVZ höhere Kosten für die gesetzlichen Krankenkassen entstehen [9]. Hierbei handelte es sich v. a. um augenärztliche und zahnärztliche Praxisketten. Es ist unklar, ob dies v. a. daran liegt, dass wirtschaftlich unattraktive Leistungen nicht mehr und attraktiv vergütete Leistungen vermehrt (ggf. unter unlauteren Bedingungen) angeboten werden, oder ob eine professionellere Erfassung und Abrechnung der Leistungen erfolgt.

Es ist weiterhin festzuhalten, dass die vom Steuerzahler geleisteten Krankenkassenbeiträge nicht mehr den ärztlichen Inhabern zugutekommen, sondern letztlich der Großteil der Wertschöpfung bei den in Luxemburg oder Niederlande ansässigen steuerbefreiten Unternehmen stattfindet. Außerdem ist kritisch zu sehen, dass zahlreichen niederlassungswilligen jungen Ärzten die Grundlage zur freiberuflichen Arbeit entzogen wird, da Private-Equity-Investoren in der Regel höhere Abfindungssummen zahlen als im Rahmen eines natürlichen Gesellschafterwechsels üblich.

Es ist darf allerdings nicht vergessen werden, dass die Einnahmen der nun als Kapitalgesellschaft geführten Arztpraxen nach wie vor steuerpflichtig sind und dass der Verkauf von Praxen an Private-Equity-Investoren ausschließlich freiwillig und nicht im Sinne einer feindlichen Übernahme erfolgt. Bei vielen Praxen besteht eine ungeklärte Nachfolgelösung mit einer freiverhandelbaren Ablöse für Kassenarzt-

sitz und/oder ideellen Praxiswert. Häufig ergibt sich eine signifikante Differenz zwischen erwünschtem und erzielbarem Verkaufspreis. Außerdem geht in den Jahren des Öfteren vor Praxisausstieg ein langjähriger Investitions- und Innovationsstau einher, um größere Reinvestitionen zu vermeiden, von denen der Altgesellschafter nicht mehr profitiert. Die anderen in der Praxis verbleibenden Gesellschafter können wiederum häufig nicht die Mittel aufbringen, um die notwendigen Investitionen zu tätigen und den Altgesellschafter abzulösen. Private Equity kann durch eine Übernahme der Praxis diesen Konflikt lösen und benötigtes Eigenkapital zur Verfügung stellen.

Hinzukommt, dass der auf die Babyboomer (bis Jahrgang 1965) nachfolgende Ärztegeneration (Generation Y, ab 1980) auch in Zusammenhang mit dem zunehmenden Frauenanteil nachgesagt wird, aufgrund der hohen Investitionen und möglichen Risiken eher ein flexibles Anstellungsverhältnis mit gesicherten Arbeitsbedingungen ohne unternehmerisches Risiko [4] zu bevorzugen. Dem steht entgegen, dass gerade dieser Generation unternehmerische Selbstständigkeit zugeschrieben wird, was durch die zahlreichen erfolgreich gegründeten Start-ups durchaus belegt wird.

In der Regel werden Arztpraxen als rein ärztlich geführte Personengesellschaft geführt. Vorteil dieser Rechtsformen ist die einfache unkomplizierte Gründung, die flexible Ausübung der Geschäftsführung und der geringe Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand. Es besteht allerdings eine uneingeschränkte gesamtschuldnerische Haftung der Gesellschafter ins Privatvermögen [1]. Im Rahmen eines Verkaufs wird Gemeinschaftspraxis wird in eine Kapitalgesellschaft (MVZ-GmbH) umgewandelt. Dadurch ergibt sich eine erheblich reduzierte Haftung für die in der Gesellschaft verbleibenden ehemaligen Teilhaber.

Für diese und auch das nichtärztliche Management ist stattdessen ggf. eine Beteiligung an der dem Trägerkrankenhaus übergeordneten Holding möglich, so dass an einem lukrativen Weiterverkauf partizipiert werden kann. Es ist allerdings festzuhalten, dass der Mehrheitsgesellschafter, in diesem Fall der Private-Equity-Investor über den Verkaufszeitpunkt und -konditionen bestimmt. Je nach vertraglicher Aus-

gestaltung ist ein Mitverkauf möglich oder obligat (*Tag-along-* vs. *Drag-along-Klausel*).

Letztlich ist der Verkauf einer Praxis an einen Private-Equity-Investor v. a. für solche Praxen interessant, welche vor allem eine ältere oder durch ältere Teilhaber dominierte Gesellschafterstruktur, einen Investitions- und Innovationsrückstand und/oder keine im Gesellschaftsvertrag geregelte Nachfolge- und Abfindungsregelung aufweisen.

Eindeutig ist jedoch, dass eine weitere Konsolidierung der ambulanten Radiologie erfolgen wird und muss. Zu dem ohnehin steigenden Bedarf für Bildgebung aufgrund der alternden Bevölkerung und immer weiter zunehmenden Weichenstellerfunktion der Radiologie gesellen sich aktuell zunehmende Inflation, stark steigende Lohn- und Energiekosten und Investitionen in digitale Infrastruktur. Diese Herausforderungen erfordern wirtschaftlich optimierte und professionell organisierte Einheiten mit einer erfahrenen kaufmännischen Geschäftsführung und einem hauptamtlichen Personalwesen, unabhängig davon, ob die Praxen in Arzt- oder Investorenbesitz sind. Auch die Ausbildung von lokalen interdisziplinären Clustern mit umfassenden Patientenpfaden erscheint unvermeidbar.

Es ist davon auszugehen, dass diese Ziele auch ohne Verkauf an Investoren umzusetzen sind. Dafür ist aber eine stetige Innovationsbereitschaft und Investment in Technologie und Digitalisierung vonnöten. Weiterhin erlaubt die Herausbildung größerer, idealerweise auch interdisziplinärer Verbünde, den kommenden Herausforderungen besser zu begegnen. Ein Mehrwert kann die Etablierung neuer Techniken in den klinischen Alltag (z. B. künstliche Intelligenz, KI), quantitativer und strukturierter Befundung sein. Über die wirtschaftliche Einheit (z. B. durch Fusionen oder Einkaufsverbünden) hinaus, ist eine engagierte Vertretung der ambulanten Radiologie in berufspolitischen Organen wie z. B. dem Berufsverband, der Deutschen Röntgengesellschaft, der RadiologenGruppe2020 oder dem Marburger Bund ein wichtiger strategischer Schritt, um die Zukunft der ambulanten Radiologie selbstbestimmt und selbstständig gestalten zu können. In dieser Hinsicht erscheint es wichtig, dass

der Radiologe nicht nur als technischer Dienstleister, sondern als klinisch tätiger Kollege an der ambulanten/stationären Schnittstelle mit starker Patienten- und Zuweiserbindung auftritt und somit einen Mehrwert zu anderen Fachgebieten bietet, welche ggf. fachfremd radiologische Leistungen anbieten können.

Fazit für die Praxis

- Die ambulante Radiologie ist ein potenziell lukrativer Zielmarkt für Private-Equity-Investoren.
- Vor allem Praxen mit ungeklärter Nachfolgeregelung sind interessante Übernahmekandidaten, so dass durch zahlreiche Zukäufe ein Weiterverkauf des gesamten Konstrukts zu einer höheren Bewertung erreicht wird.
- Unabhängig von Private-Equity-Investoren wird und muss es aufgrund der zunehmenden demographischen und wirtschaftlichen Herausforderungen zu einer weiteren Konsolidierung und Professionalisierung der ambulanten Radiologie kommen.

Korrespondenzadresse



Prof. Dr. med. Mike Notohamiprodjo

Radiologische, nuklearmedizinische und strahlentherapeutische Partnerschaftsgesellschaft, DIE RADIOLOGIE

Sonnenstr. 17, 80331 München, Deutschland
mike.notohamiprodjo@die-radiologie.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. M. Notohamiprodjo, U. Engel-mayer und P. Remplik geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

1. § 31 BGB. (kein Datum).
2. Beschlussprotokoll 126. Ärztetag. (kein Datum), (S. 121–124).
3. Statistisches Bundesamt (2015) Einnahmen, nach Einnahmenarten, Aufwendungen und Reinerträge in Kassenpraxen je Praxisinhaber ohne fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) im Jahr 2015
4. Garweg L (2019) Die Herausforderungen der Generation Y an die Arbeitgeber der freien Wirtschaft und die Bedeutung für Arbeitgeber in der Sozialen Arbeit
5. Großherzogliche Verordnung über die Umsetzung von Artikel 166 Absatz 9 LIR. (2001).
6. (2022) <https://daserste.ndr.de/panorama/archiv/2022/Spekulanten-greifen-nach-Arztpraxen,arztpraxen112.html> abgerufen. Zugriffen: 01.06.2022
7. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021) Regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung
8. Scheuplein C, Evans M, Merkel S (2019) Takeovers by private equity in the German health sector. An assessment for the years 2013 to 2018. IAT Discussion Papers, 19/1, January
9. Tisch T, Nolting H-D (2022) Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayerns mit besonderem Augenmerk auf MVZ im Eigentum von Finanzinvestoren. IGES
10. (2022) <https://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/arztpraxen-experten-warnen-vor-uebernahme-durch-finanzinvestoren-a-1c9303c8-cf4e-4bc6-a40e-86df1e981509>. Zugriffen: 01.06.2022

Das Wichtigste in Kürze: Interessenkonflikt

Interessenkonflikt

Bestandteil aller Beiträge der Springer-Medizin-Fachzeitschriften ist eine Erklärung aller Autor*innen zum Interessenkonflikt, der sich auf die kommenden 12 Monate und die vergangenen fünf Jahre bezieht. Auch wenn kein Interessenkonflikt besteht, ist dies explizit anzugeben.

Wann besteht ein Interessenkonflikt?

Ein Interessenkonflikt besteht immer dann, wenn finanzielle oder persönliche Beziehungen zu Dritten bestehen, deren Interessen vom Beitragsinhalt positiv oder negativ betroffen sein könnten.

>> Weiterführende Informationen finden Sie über den QR-Code.

Was könnte ein Interessenkonflikt sein? (Beispiele)

Finanziell:

- Beschäftigungsverhältnisse
- Forschungsförderung (persönlich oder zur persönlichen Verfügung)
- Honorar/Kostenerstattung bei Kongressaktivitäten
- Publikations- oder Begutachtungshonorare
- Bezahlte Beratungstätigkeit
- Patent/Geschäftsanteile/Aktien (persönlich oder von Partner*in/Kind).

Nichtfinanziell:

- Mitgliedschaft in nicht-wissenschaftlichen Organisationen
- Mitgliedschaft in wissenschaftlichen Gesellschaften/Berufsverbänden
- Zugehörigkeit zu besonderen Therapieschulen

Mehr Informationen auf

www.springermedizin.de/schreiben



Das Wichtigste in Kürze: Literaturangaben

Bitte achten Sie darauf, dass das Literaturverzeichnis **alle** im Text zitierten Literaturangaben enthält und Literaturangaben, die im Literaturverzeichnis stehen, mindestens einmal im Text erwähnt werden.

Die Referenzen im Literaturverzeichnis sollten mit allen notwendigen Angaben nach den folgenden Beispielen aufgebaut sein:

- **Beispiel Zeitschrift:** Nordmeyer SD, Kaiser G, Schaper A et al. (2022) Das Dreisäulenmodell der klinischen Toxikologie. Monatsschr Kinderheilkd 170, 613–620. <https://doi.org/10.1007/s00112-022-01520-w>
- **Beispiel Buch:** Zernikow B, Printz M (2022) Praktische Schmerztherapie. In: Zernikow, B. (eds) Pädiatrische Palliativversorgung–Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63148-5_2
- **Beispiel Online:** <http://www.springermedizin.de>. Zugriffen: 01. März 2022