

# Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

4 | April 2016

## Kassenabrechnung

### PET/PET-CT: Mögliche Kooperationen zwischen Radiologen und Nuklearmedizinern

Die Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung zur Durchführung der zum 1. Januar 2016 neu in den EBM aufgenommenen Positronen-Emissions-Tomographie (PET), ggf. mit Computertomographie (CT), führt in der Praxis zu Problemen. Denn für die Berechnung der EBM-Nrn. 34701 und 34703 sowie der EBM-Nrn. 34700 und 34702 ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie erforderlich, sofern eine Niedrigdosis-Computertomographie durchgeführt wird. Das führt zu neuen Kooperationsmöglichkeiten zwischen Radiologen und Nuklearmedizinern.

#### Wenige Fachärzte erfüllen Genehmigungsvoraussetzungen

Nuklearmediziner, die PET-Untersuchungen zulasten der GKV durchführen möchten, verfügen in der Regel nicht über eine solche Genehmigung. Umgekehrt erfüllen Radiologen überwiegend nicht die fachlichen Anforderungen gemäß der Anlage 1 Nr. 14 „Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden“ der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

#### Neuregelung rückwirkend zum 1. Januar 2016

Der Bewertungsausschuss hat auf diese Probleme reagiert: Am

11. März 2016 hat er – rückwirkend zum 1. Januar 2016 – Kooperationen zwischen Radiologen und Nuklearmedizinern bei der Leistungserbringung ermöglicht.

#### Die Voraussetzungen

Im Einzelnen gilt:

- Sofern ein **Facharzt für Radiologie** nicht die fachlichen Voraussetzungen für die Durchführung einer PET bzw. PET/CT nach der G-BA-Richtlinie erfüllt, kann die Genehmigung unter den folgenden Voraussetzungen erteilt werden: Es wird nachgewiesen, dass zur Durchführung der PET bzw. PET/CT eine Kooperation mit einem Facharzt für Nuklearmedizin

## Inhalt

### Abrechnung

Ganzkörper-CT: Komplizierte Abrechnung nach dem EBM und der GOÄ ..... 2

### Recht

Wann braucht ein Arzt den Radiologen? ..... 3

### Download

Ein Ratgeber für Ärzte als Lohnsteuerzahler ..... 6

### Benchmark

Kommunizieren Sie die Leistungen Ihrer radiologischen Praxis ..... 4

### Kooperationen

Thoraxröntgen: Vergütung setzt persönliche Leistung voraus ..... 7

### Gesetzgebung

Das neue KHSG: Was ist für Kliniken relevant? ..... 8

besteht, der die fachlichen Voraussetzungen für die Durchführung einer PET bzw. PET/CT nach der G-BA-Richtlinie erfüllt.

- Sofern ein **Facharzt für Nuklearmedizin** nicht die fachlichen Voraussetzungen für die Durchführung einer CT nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie erfüllt, kann die Genehmigung unter den folgenden Voraussetzungen erteilt werden: Es wird nachgewiesen, dass zur Durchführung der CT eine Kooperation mit einem Facharzt für Radiologie besteht, der über eine Genehmigung der KV nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) V verfügt.
- **Für beide Konstellationen gilt:** Der/die Kooperationspartner ist/sind gegenüber der KV beim Antrag auf Genehmigung und bei Änderungen zu benennen.

### Praxishinweis

Wenn an der Durchführung der PET/PET-CT mehrere Ärzte mitwirken, muss der die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 34.7 abrechnende Arzt in seiner Quartalsabrechnung bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.

Formal gilt die Regelung nur bis zum Inkrafttreten der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT nach § 135 Abs. 2 SGB V. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sie inhaltlich 1:1 übernommen wird.

### Vergütung

## Ganzkörper-CT: Komplizierte Abrechnung nach dem EBM und der GOÄ

Ein Ganzkörper-CT durch Radiologen kommt nicht oft vor – wenn ein Radiologe aber doch eines erstellt, ist die Abrechnung sowohl nach dem EBM als auch nach der GOÄ knifflig.

### Keine speziellen Gebührenscheitel

Überwiegend wird für ein Ganzkörper-CT von Onkologen überwiesen und dann zumeist zur Darstellung aller knöchernen Strukturen, zum Beispiel bei Patienten mit Plasmozytom. Hier werden die Untersuchung des gesamten knöchernen Skeletts sowie die native Darstellung der inneren Organe einschließlich der Rekonstruktionen erforderlich. Da es hierfür weder im EBM noch in der GOÄ eine Position für die Darstellung des gesamten Körpers mittels CT gibt, müssen für die Abrechnung mehrere Ziffern miteinander kombiniert werden.

### Ganzkörper-CT nach dem EBM

Die EBM-Nummern zur Abrechnung von CT-Untersuchungen sind nach den anatomischen Regionen wie Wirbelsäule, Becken usw. ausgerichtet. Für jede Region gibt es eine Position.

Werden mehrere Regionen untersucht, können die zutreffenden Positionen nebeneinander berechnet

von Dr. med. Heinrich Weichmann, Lippetal

werden – es gibt keine Ausschlüsse und keine Höchstwertregel.

Um den gesamten Körper darstellen zu können, kommt die Abrechnung der Positionen wie in der Tabelle dargestellt infrage (gelistet von kranial nach kaudal).

### Erläuterungen zum EBM

Die EBM-Nr. 34311 ist bei Darstellung der gesamten Wirbelsäule je Wirbelsäulenabschnitt berechnungsfähig, somit bis zu dreimal nebeneinander.

Die EBM-Nr. 34351 ist für die Darstellung der Hand oder des Fußes berechnungsfähig, bei Darstellung von Hand und Fuß somit zweimal.

Die beidseitige Darstellung der Hände und der Füße ist fakultativer

EBM-Position	Punktzahl	Vergütung (Euro)
34320 – Gesichtsschädel	744	77,64
34321 – Schädelbasis	631	65,85
34311 – Wirbelsäule, je Abschnitt berechnungsfähig	743	77,54
34342 – Becken	663	69,19
34350 – Extremitäten	569	59,38
34351 – Hand oder Fuß, ggf. beidseitig, zweimal möglich	569	59,38

Leistungsbestandteil, aus der Darstellung beider Hände und beider Füße resultiert also zweimal die EBM-Nr. 34351.

### Praxishinweis

Die Kombination der aufgeführten Positionen summiert sich zu einem Honorarvolumen von über 600 Euro.

Ob das bei der Abfassung des EBM bedacht worden ist, sei dahingestellt. Festzustellen bleibt, dass die Kombination mehrerer CT-Positionen auch bei anderen Untersuchungsaufträgen bei Tumorpatienten vorkommt, so z. B. bei der Untersuchung des Abdomens, des Thorax, der Halsweichteile usw.

### Ganzkörper-CT nach der GOÄ

Die für das Ganzkörper-CT zutreffenden GOÄ-Positionen finden sich in Abschnitt O17 (Computertomographie). Zur Beurteilung der knöchernen Situation des gesamten Körpers stehen die GOÄ-Nr. 5373 (Wirbelsäule, Extremitäten, oder Gelenke bzw. Gelenkpaare – 1.900 Punkte) und die GOÄ-Nr. 5370 (Kopf – 2.000 Punkte) zur Verfügung.

Bei der Abrechnung ist es müßig, über die Kombination von mehr als zwei der GOÄ-Nrn. 5370 bis 5375 zu sinnieren, da bereits mit zwei von diesen Positionen der Höchstwert 5369 (3.000 Punkte) überschritten wird.

Ergänzende Serien bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben sind nach GOÄ-Nr. 5376 zu berechnen, aber insgesamt nur einmal zu den

GOÄ-Nrn. 5370 bis 5375, auch wenn mehrere dieser Positionen – wie bei der Ganzkörperdarstellung mit den GOÄ-Nrn. 5370 und 5373 – abgerechnet werden.

Der Zuschlag 5377 dagegen kann entgegen der Auffassung einiger Kommentatoren zusätzlich zu jeder CT-Position der GOÄ abgerechnet werden, auch wenn mehrere CT-Leistungen im Rahmen einer Sitzung erbracht und die Untersuchungen mittels computergesteuerter Analyse einschließlich nachfolgender 3D-Rekonstruktion erstellt werden (800 Punkte, nur Einzelsatz möglich).

Mit der Begründung „Zeitaufwendige Untersuchung mehrerer Körperregionen“ kann für die GOÄ-Nrn. 5370, 5373 und 5376 der nach der GOÄ ohne Abbindung höchstmögliche Steigerungsfaktor (2,5-fach) angesetzt werden. Die GOÄ-Nrn. 5370 und 5373 fallen unter den Höchstwert 5369, werden also zusammen nur mit 3.000 Punkten vergütet. Die GOÄ-Nrn. 5376 und 5377 fallen nicht unter den Höchstwert 5369.

### Praxishinweis

Mit etwas mehr als 550 Euro ergibt sich damit für das Ganzkörper-CT nach der GOÄ eine geringfügig niedrigere Vergütung als nach dem EBM.

Hier besteht allerdings der Vorteil, dass die Vergütung nach der GOÄ nicht durch Regelungen zum Praxisbudget geschmälert werden kann. Unter diesem Aspekt sieht es für die Vergütung nach dem EBM unter Umständen dann doch anders aus.

## Befundungs-/Diagnosefehler Wann braucht ein Arzt den Radiologen?

Injektionen mit Kortison nach einem Sturz können grob fehlerhaft sein, wenn der Arzt bei persistierenden Beschwerden keine bildgebende Diagnostik durchführt und so einen Frakturspalt übersieht. Für den (erst-) behandelnden Arzt drängt sich hier die röntgenologische Befundung als absoluter Standard geradezu auf. Einem danach weiterbehandelnden Arzt ist ein Diagnosefehler vorzuwerfen, wenn er zwar Röntgenbilder fertigt, die darauf erkennbare Fraktur mit Einblutungen in den Knochen aber übersieht (Oberlandesgericht [OLG] Hamm, Urteil vom 4.12.2015, Az. 26 U 33/14).

von RA und FA für MedizinR  
Philip Christmann, Berlin/  
Heidelberg, [www.christmann-law.de](http://www.christmann-law.de)

### Der Sachverhalt

Nach einem Sturz wurde die Klägerin von dem beklagten Arzt ambulant behandelt. Dieser diagnostizierte eine Knochenhautreizung und führte mehrere Kortisoninjektionen durch. Ein zweiter Arzt setzte später die Behandlung fort und verabreichte nach einem MRT weitere Injektionen. Erst in einer Klinik wurden eine Beckenfraktur sowie eine erhebliche bakterielle Infektion des Beckens festgestellt.

### Die Entscheidung

Nach dem Urteil des OLG haftet der erstbehandelnde Arzt, weil er die Injektionsbehandlung trotz bleibender Beschwerden fortgeführt hat, ohne die notwendige Befundung in

Richtung auf eine Steißbeinfraktur durch bildgebende Verfahren durchzuführen. Er durfte lediglich bei der Erstuntersuchung mangels Anhaltspunkten für ausgeprägte Schmerzen, Funktionsbeeinträchtigungen oder Behinderungen zunächst auf eine weitergehende bildgebende Diagnostik verzichten.

Ebenso handelte der weiterbehandelnde Arzt fehlerhaft: Nach den Schilderungen des Sturzes und dem MRT-Bild hätte er eine Fraktur nicht ausschließen können. Insofern ist von einem Diagnosefehler auszugehen.

### Anmerkung

Bei persistierenden Beschwerden ist eine radiologische Abklärung erforderlich. In nicht eindeutigen Fällen ist es deshalb jedem Arzt anzuraten, einen Radiologen zumindest bei der Auswertung der Bilder hinzuzuziehen, um wichtige Befunde nicht zu übersehen.

In einem Parallelverfahren hatte die private Krankenversicherung der Patientin auf Kostenersatz geklagt und ebenfalls vom OLG recht bekommen (Az. 26 U 32/14). Beide Urteile sind noch nicht rechtskräftig und beim Bundesgerichtshof anhängig (Az. VI ZR 703/15, VI ZR 704/15).

### Download Steuern 2016

## Ein Ratgeber für Ärzte als Lohnsteuerzahler

Die obersten Finanzbehörden der Länder haben wichtige Informationen und Tipps zur Lohnsteuer 2016 veröffentlicht. Der Ratgeber kann auf der Website des Finanzministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen unter [www.iww.de/sl1769](http://www.iww.de/sl1769) kostenfrei heruntergeladen werden.

### Benchmark

## Kommunizieren Sie die Leistungen Ihrer radiologischen Praxis

Die wirtschaftliche gesunde und zukunftsfähige Radiologen-Praxis setzt ein nachhaltig stabiles Betriebsergebnis voraus. Der Praxisinhaber als Unternehmer steht dabei angesichts der gesetzlich verordneten Kostensenkungen und der erheblich komplexer zu steuernden Versorgungsqualität vor immer neuen Aufgaben. Der Beitrag zeigt, wie radiologische Praxen erfolgreicher sein können als andere und welche Rolle die Kommunikation dabei spielt.

### Die BWA als allgemeines Controllinginstrument

Mit der Betriebswirtschaftlichen Auswertung (BWA) können Abweichungen und Fehlentwicklungen in der radiologischen Praxis zeitnah erkannt werden. Umsatzerlöse, Wareneinsatz und Kosten (Personal, Zinsaufwand, Mietaufwand, Privatentnahmen) sind die allgemeinen, nicht branchentypischen Bestandteile jeder BWA.

### Die BWA in der Radiologie-Praxis

Damit die BWA aber tatsächlich ein wirksames Controllinginstrument ist, müssen bei ihrer Erstellung die speziellen Anforderungen der Branche berücksichtigt werden. Bei den Umsatzerlösen sollte beispielsweise in MRT- und CT-Anteile etc. aufgeschlüsselt werden. Dadurch bekommen Sie genaue Fallzahlen und Indikatoren, um Ihr Versorgungsangebot zu optimieren.

Medizinische Innovationen (z. B. interdisziplinäre Kooperationen, interventionelle Radiologie, MRT-gestützte Behandlung der Prostata etc.), neue Prozesse (IT-gestützt, Telemedizin) und Technologien (höhere Produktivität) müssen jeweils exakt kalkuliert und

von Geschäftsführer Dr. Bernd May, MBM Medical-Unternehmensberatung GmbH, Mainz

ausgewiesen werden, damit das Kosten-Nutzen-Verhältnis stimmt.

### Über die BWA hinaus

Für den Erfolg Ihrer Praxis sind über die BWA hinaus weitere Punkte zu bedenken. Schließen Sie sich z. B. zu lokal oder überregional tätigen größeren Einrichtungen zusammen und bauen Versorgungsnetzwerke auf (mit oder ohne Management-Gesellschaft), gilt: Wenn neue Privatpatienten aus dem stationären Sektor akquiriert werden, kann ein Radiologe diese grundsätzlich nur untersuchen, wenn er mit der Klinik zusammenarbeitet, insbesondere auf dem Klinikgelände einen Praxisbetrieb unterhält.

Trotz Qualitätsmanagements sollten Sie überprüfen, ob die Prozess-Standards in Ihrer Praxis tatsächlich eingehalten werden, was verbessert werden und wie dadurch noch effizienter gearbeitet werden kann. Auch Ihre individuellen Erfahrungen können Sie systematisch erfassen und zugewiesene Indikationen vor einem MRT beurteilen.

Überprüfen Sie, ob Sie mit Ihrem Service gegenüber Patienten und zuweisenden Kollegen punkten können.

**Vergleich verschiedener Praxistypen**

Doch was tragen solche Maßnahmen tatsächlich zu einem positiven Praxisergebnis (= nachhaltig stabile Gewinne) bei? Um dies für Ihre Praxis beurteilen zu können, werden in der Tabelle sechs unterschiedliche Praxistypen W, S, D, H, M und A miteinander verglichen.

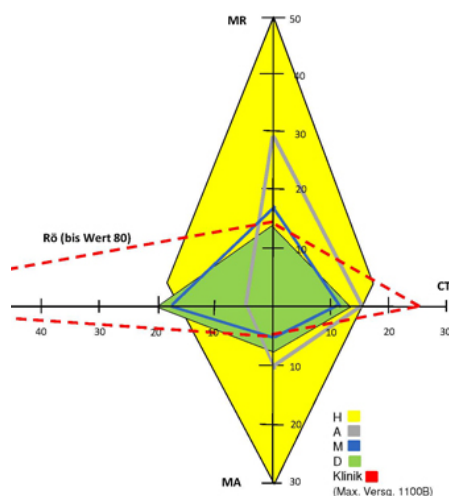
Für den Vergleich dieser Praxistypen werden Kriterien wie Größe (Anzahl der Vollzeit-Radiologen), Anteil der für spezielle Schwerpunkte eingesetzten Radiologen, Anzahl von Klinikkooperationen, Anzahl Standorte, Innovationsstrategien, Art und Weise des gezielten Umgangs mit Patienten und zuweisenden Kollegen (Servicebezug) sowie MRT- und CT-Anteile besonders betrachtet.

**Betrachtung der Fallzahlen**

Der erste Benchmark betrifft die vier größeren Praxistypen und die höchsten Fallzahlen. In der Abbildung 1 hebt die rote gestrichelte Linie den Unterschied der Praxis-

Fallzahlen zu einer typischen maximalversorgenden Klinik hervor. Diese zeigt typisch den überproportional hohen Röntgenanteil und den relativ niedrigen MRT-Anteil, der etwa bei der Hälfte der CT-Fallzahlen liegt.

**Abbildung 1: Fallzahlen**



Wie in der Abbildung erkennbar behandelt die Praxis H die meisten Patienten mit MRT, CT und hat einen Schwerpunkt in der Mamma-Diagnostik (u. a. PVA). Die Praxen D und M haben einen Versorgungsschwerpunkt bei der interventionellen Radiologie. Nach dem Fallzahlauftreten, insbesondere für MRT und CT, und der Anzahl der

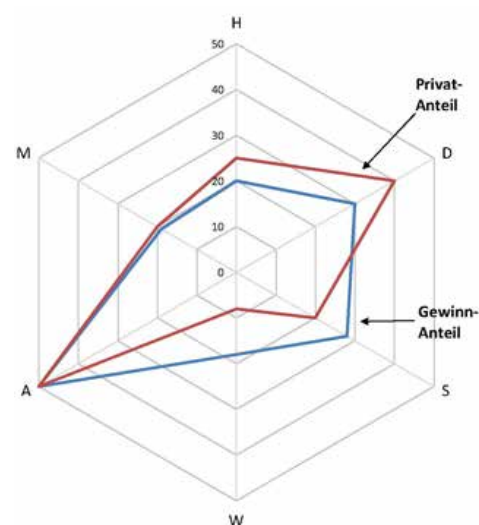
betrieblenen Geräte müsste die Praxis H zu den erfolgreichsten der Benchmark-Gruppe gehören. Das trifft jedoch nicht zu, wenn man zusätzlich Umsatz, Rentabilität und Produktivität betrachtet.

**Betrachtung des Umsatzes**

Die Praxis A (ihr folgt Praxistyp D) ragt – anders als die Praxis H mit hohen Fallzahlen – bei zwei Kriterien aus der Benchmark-Gruppe heraus:

- Privat-Anteil vom Umsatz (50 Prozent) und
- Betriebsergebnis vor Unternehmerlohn (50 Prozent).

**Abbildung 2: Umsatz (Anteil in %)**



**Tabelle: Unterschiedliche Praxistypen**

	Ärzte			Anzahl Klinikkooperationen	Anzahl Standorte	Versorgungsspektrum		Innovation			Service		Anzahl	
	Anzahl gesamt	davon Generalisten	davon Spezialisten			breit	spezial	Medizin	Technologie	Prozesse	Patient	Zuweiser	MRT	CT
W	5	5	–	–	1	+	–	n/m	n	n	m	m	1	1
S	6,5	5	1,5	–	1	+	–	n	n	n/m	n	n	3	1
D	10	2	8	4	5	+	+	h	m/h	m	h	h	3	2
H	22	8	14	2	7	+	+	h	h	h	n	m	8	2
M	12	10	2	–	2	+	(+)	n/m	m	m	n	n	4	2
A	12	3	9	2	4	+	+	h	h	h	h	h	5	3

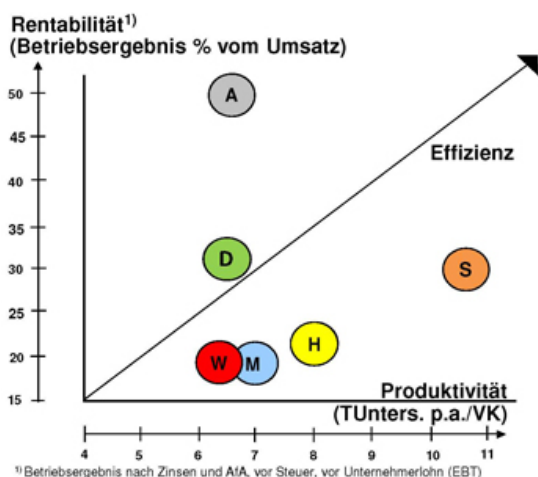
Hinweis: n = niedrig; m = mittelmäßig; h = hoch



## Vergleich Rentabilität/Produktivität

In der folgenden Abbildung 3 wird die Rentabilität mit der Produktivität der Radiologen (Anzahl Befunde pro Jahr) verglichen.

Abbildung 3: Effizienz



Der Praxistyp S setzt bei der Produktivität der Radiologen den Benchmark für die Vergleichsgruppe. Dies erklärt den in der Abbildung 2 ausgewiesenen relativ hohen Gewinnanteil von 28 Prozent vom Umsatz für den Praxistyp S.

Die Abbildung zeigt, dass insbesondere die Praxistypen A und D durch eine Verbesserung ihrer Produktivität noch erhebliche Wirtschaftlichkeitspotenziale heben können.

Die größte Praxis H hat gegenüber Patienten ein niedriges Service-niveau, gegenüber zuweisenden Kollegen ein etwas besseres, aber dennoch mittelmäßiges. So kommen wenig Privatpatienten, obwohl H technologisch stärker innoviert als der Durchschnitt der Praxen.

## Die drei Haupterfolgsfaktoren

Die Korrelation der drei Abbildungen mit den in der Tabelle angege-

benen Kriterien erlaubt die Ableitung von drei Haupterfolgsfaktoren. Zum wirtschaftlichen Praxiserfolg tragen entscheidend bei:

1. Gute Versorgungs- und Servicequalität gegenüber Patienten und zuweisenden Kollegen, die mit einem zutreffenden Befund wiederum ihre eigene Praxistätigkeit verbessern
2. Investition in medizinische Innovationen (durch Spezialisierung, Tätigkeitsschwerpunkte, Weiterbildung auf Spezialgebieten), z. B. muskuloskeletale Untersuchungen, Neuroradiologie, abdominelle Radiologie, Spezialisierungen wie MRT-gesteuerte Diagnostik und Biopsie der Prostata, Kardio-CT und Kardio-MRT, MR-Mammographie, interventionelle Radiologie (in Klinikkooperation)
3. Aufbau von Klinikkooperationen mit integrierten Versorgungsprozessen zur Behandlung von stationären und ambulanten Patienten durch dasselbe Versorgungsteam (der wesentliche Erlösanteil ist hier unabhängig vom EBM)

**BEACHTEN SIE |** Die Innovation in Technologien selbst ist kein Haupterfolgsfaktor. Sie unterstützt nur, wenn sie aus Gründen eines notwendigen Produktivitätszuwachses oder der Qualität (z. B. deutliche Strahlenreduktion durch iterative Rechenalgorithmen am CT oder Aufbau der nichtinvasiven Herzdiagnostik mit CT und MRT u. a.) sinnvoll wird. Auch die Arbeitsweise über „Generalisten“ mit Arbeitsplatzrotation aus Qualitäts- und Produktivitätsgründen ist auf Dauer nicht konkurrenzfähig.

## Am wichtigsten sind Qualität und Kommunikation der Versorgung

Entscheidend ist die gute Versorgungsqualität gegenüber Patienten und zuweisenden Kollegen, die auch ebenso optimal kommuniziert werden sollte. Hierzu gehören z. B. vor der Untersuchung mit einer radiologischen Modalität eine Indikationsprüfung, ein (kurzes) Gespräch mit dem Patienten und eine Rücksprache mit dem zuweisenden Kollegen.

Erfahrungen belegen, dass ca. 30 Prozent der Indikationen das Patientenproblem verfehlen. Wenn eine telemedizinische Versorgung diese Erfolgsfaktoren ausklammert, wird sie sich nicht nachhaltig durchsetzen. Auf Dauer werden auch Praxen, die in Verbundsysteme mit z. T. monopolistischen Strukturen eingebunden sind, mindestens aus Qualitätsgründen nicht bestehen, wenn sie die service- und qualitätsrelevanten notwendigen Maßnahmen nicht beachten.

## Impressum



### Herausgeber

Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,  
65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,  
[www.guerbet.de](http://www.guerbet.de), E-Mail [info@guerbet.de](mailto: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](http://www.iww.de)  
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

### Redaktion

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

### 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.

## Vertragsarztrecht

**Thoraxröntgen in Kooperationen: Vergütung setzt persönliche Leistung voraus**

Die Vergütung des Vertragsarztes hängt von seiner persönlichen Leistungserbringung ab. Zulässige Ausnahmen, z. B. in Leistungserbringungsgemeinschaften, sind eng auszulegen (Landessozialgericht [LSG] NRW, Urteile vom 28.10.2015, Az. L 11 KA 94/13 und L 11 KA 39/14).

von RA, FA für MedR Dr. Tobias Scholl-Eickmann und RA Benedikt Büchling, Dortmund, [www.kanzlei-am-aerztehaus.de](http://www.kanzlei-am-aerztehaus.de)

**Der Fall**

Ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit den Fachrichtungen radiologische Diagnostik, Neuro-radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin hatte mit einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis (ÜBAG) für Pneumologie, Allergologie und Schlafmedizin einen Kooperationsvertrag geschlossen. Danach kooperierten die Beteiligten im vertragsärztlichen Bereich beim konventionellen Röntgen des Thorax als sogenannte Leistungserbringungsgemeinschaft i. S. d. § 15 Bundesmantelvertrag für Ärzte (BMV-Ä).

Konkret verpflichtete sich das MVZ, an einem Standort der ÜBAG einen radiologischen „Bucky“-Arbeitsplatz zu errichten. Aufgaben der Vertragsärzte der ÜBAG waren Indikationsstellung, Aufklärung und technische Untersuchung durch das qualifizierte Personal sowie deren ärztliche Überwachung. Nach Überweisung durch die Vertragsärzte der ÜBAG übernahm das MVZ die Befundung, die Befundmitteilung sowie die Archivierung der Patientenunterlagen

und rechnete die erbrachten Leistungen als eigene Gesamtleistung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab.

Nach Ansicht von KV und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) sei eine Abrechnung durch das MVZ nicht möglich. Zwar können sich Vertragsärzte bei gerätebezogenen Untersuchungen zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung zusammenschließen. Nach der vorliegenden Vertragsgestaltung seien die Thoraxröntgenaufnahmen aber persönliche Leistung des anweisenden Arztes der ÜBAG. Daran ändere auch nichts, dass die Befundung durch das MVZ erfolge.

**Die Entscheidung des LSG NRW**

Das LSG teilte die Auffassung von KV und KBV und bestätigte die Rechtmäßigkeit der festgesetzten Honorarberichtigung zulasten des MVZ.

§ 15 Abs. 1 S.1 BMV-Ä bestimme, dass jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt verpflichtet ist, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben. Die radiologischen Leistungen seien hier nicht von dem MVZ erbracht worden. Der zu einer Abrechnung berechtigende Tatbestand einer Leistung des EBM sei erst erfüllt, wenn alle einzelnen Tatbestands-

merkmale persönlich von dem abrechnenden Arzt erbracht worden sind (z. B. bei der EBM-Nr. 34220 „Röntgenaufnahmen des knöchernen Thorax und/oder seine Teile“ einschließlich Beurteilung, obligatorischer schriftlicher Befunddokumentation, Befunde nach der EBM-Nr. 1600 sowie Briefe, nach der EBM-Nr. 01601 an den auftraggebenden Arzt sowie ggf. Eintragung in ein Röntgennachweisheft nach Abs. 4 der EBM-Präambel 34.1).

Eine Ausnahme von dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung nach § 15 Abs. 3 BMV-Ä liege nicht vor. Federführend, d. h. anweisend, sei nach Kooperationsvertrag und Ablauf allein der Arzt der ÜBAG an deren Standort. Eine Beteiligung des MVZ erfolge erst, nachdem die Indikation der radiologischen Leistungen gestellt und darauf beruhend die Röntgenaufnahmen gefertigt worden seien.

**Praxishinweis**

Nicht jedes vertragsärztliche Kooperationsmodell entspricht von vornherein den gesetzlichen Vorgaben. Neben dem Gesellschaftsrecht müssen vor allem vertragsarztrechtliche Vorgaben berücksichtigt werden, um nachteilige Auswirkungen (wie z. B. Honorarrückforderungen) zu vermeiden. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund der Einführung der neuen Korruptionstatbestände im Gesundheitswesen.

Die vorherige rechtliche Überprüfung von Kooperationsmodellen ist in Bezug auf die beabsichtigte konkrete vertragliche Gestaltung und die gesetzlichen Vorgaben unerlässlich.

**Medizinrecht****Das neue KHSG: Was ist für Kliniken relevant?**

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) ist zum 1. Januar in Kraft getreten. Acht zentrale Inhalte sind:

von Dr. Christian Reuther, FA für  
MedizinR, Dierks + Bohle  
Rechtsanwälte Partnerschaft mbB,  
Berlin, [www.db-law.de](http://www.db-law.de)

**1. Qualität als Planungsziel**

Der (mittelbare) Einfluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) auf die Krankenhausplanung ist gestärkt worden: Der G-BA beschließt nun die Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Patienten-Versorgung. Diese dienen als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung und werden Bestandteil des Krankenhausplans.

Bis zum 31. Dezember 2017 muss der G-BA zudem festlegen, welche Leistungen/Leistungsbereiche sich für qualitätsabhängige Zu- oder Abschläge bei der Vergütung eignen.

Die Krankenhausplanung „vor Ort“ bleibt Ländersache. Die Länder können die Qualitätsindikatoren des G-BA insofern einschränken, ausschließen oder weitere Qualitätsanforderungen machen.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) kontrolliert, ob die Qualitätsvorgaben des G-BA in den Krankenhäusern eingehalten werden. Bei schlechter Qualität wird der Klinik auferlegt, die Mängel innerhalb eines Jahres zu beseitigen. Erst nach diesem Karenzjahr und bei erfolglosem Bemühen greifen die Qualitätsabschläge.

Bei fortbestehenden Mängeln kann der Abschlag für zwölf Monate verdoppelt werden. Werden die Vorgaben dauerhaft unterschritten, kann der Klinik sogar der Versorgungsauftrag entzogen werden.

**2. Abbau von Überkapazitäten**

Mit dem KHSG sollen im stationären Bereich Überkapazitäten abgebaut und stationäre Versorgungsangebote und Standorte konzentriert werden.

Krankenhäuser sollen in nicht akut-stationäre örtliche Versorgungseinrichtungen umgewandelt und palliative Versorgungsstrukturen gefördert werden. Damit die Länder dabei auf einen Strukturfonds von 500 Mio. Euro zugreifen können, müssen sie – ggf. zusammen mit dem Träger – mindestens die Hälfte der förderungsfähigen Kosten selbst tragen.

**3. Neue Qualitätsverträge**

Die Einführung von Qualitätsverträgen zwischen Kliniken und Krankenkassen stellt den ersten Schritt zu Selektivverträgen im Bereich der stationären Versorgung dar.

**4. Rechtsschutz für Leistungserbringer**

Die Rechtsschutzmöglichkeiten von Kliniken bei Streitigkeiten mit den Krankenkassen über die Berechtigung zur Leistungserbringung bei Mindestmengen werden klar formuliert.

**5. Förderung von Pflegestellen**

Ein Pflegestellen-Förderprogramm sieht von 2016 bis 2018 Fördermittel bis zu 660 Mio. Euro und danach zusätzliche 330 Mio. Euro vor.

**6. Geänderte Krankenhausfinanzen**

Für die Krankenhausfinanzierung sind viele Änderungen vorgesehen, u. a.:

- Die Rahmenbedingungen für die Sicherstellungszuschläge werden detailliert ausgestaltet.
- Zuschläge für besondere Aufgaben über die Krankenhausergelte hinaus werden geändert.
- Der Versorgungszuschlag wird durch einen Pflegezuschlag ersetzt.
- Die Einbindung der Kostenträger bei steigenden Kosten durch Tarifabschlüsse wird neu geregelt.
- Die Mengensteuerung wird weiter ausdifferenziert.
- Das Hygieneförderprogramm wird um drei Jahre verlängert.

**7. Budget für ambulante Notfälle**

Das KHSG sieht ein eigenes Honorarvolumen für ambulante Notfalleleistungen vor. Der kassenärztliche Notdienst mit Kooperationen und organisatorischen Verknüpfungen mit zugelassenen Krankenhäusern werden dadurch ergänzt, dass

- Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern eingerichtet oder
- Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst eingebunden werden.

**8. Neues Schlichtungsverfahren**

Für die Schlichtung nach Abschluss von MDK-Prüfverfahren können die Parteien gemeinsam einen unabhängigen Schlichter bestellen. Gegen den Schlichterspruch kann nur vor dem Sozialgericht geklagt werden, wenn geltend gemacht wird, dass die Entscheidung der öffentlichen Ordnung widerspricht.