

# Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

12 | Dezember 2017

## Kooperationen

### MVZ-Gründung aus Praxis mit Angestellten: Die Zeit drängt!

Der Gesetzgeber erleichtert die Gründung von MVZ stetig, das Bundessozialgericht bremst: In einer aktuellen Entscheidung vom 11.10.2017 hat es die Zulassungshürden erhöht (Az. B 6 KA 8/16 R). Wer gründen will, sollte schnell handeln!

von RA und FA für MedizinR  
Dr. Thomas Willaschek, DIERKS+BOHLE  
Rechtsanwälte Partnerschaft mbB, Berlin,  
[www.db-law.de](http://www.db-law.de)

#### Der Fall

Ein Hamburger MVZ-Betreiber wollte Arzt- bzw. Psychotherapeutenplätze aus einem bestehenden MVZ an einen anderen Standort verlegen und dort ein neues MVZ gründen. Dabei stützte er sich auf eine gesetzliche Regelung aus 2015, die die Verlegung einer genehmigten Anstellung erlaubt. Der Gesetzgeber wollte damit sicherstellen, „dass MVZ bei Zulassung und Betrieb nicht gegenüber Vertragsärzten benachteiligt werden.“

#### Die Entscheidungsgründe

Das BSG stellte fest, dass durch die Verlegung von Arztanstellungen kein neuer Zulassungsstatus begründet werden könne. Die Norm ermögliche die Verlegung von Arztanstellungen von einem MVZ in ein anderes MVZ

desselben Betreibers oder einer anderen Betreibergesellschaft mit denselben Gesellschaftern. Sie könne aber keine Grundlage für die Schaffung eines neu zugelassenen MVZ sein.

#### Folgen für die Praxis

Das Urteil ist hochproblematisch: Auf die nun „gestutzte“ Norm stützen sich auch alle MVZ-Gründungen, bei denen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Ärzten umgewandelt und Anstellungsgenehmigungen in das MVZ transferiert werden. Falls dies nicht mehr möglich sein sollte, erschwert das die Gründung sehr.

Genaueres weiß man erst, wenn das Urteil schriftlich vorliegt. Auch die Zulassungsgremien ändern ihre Handhabung zumeist erst dann. Das aber kann schon in einigen Monaten der Fall sein. Dann sollte der Antrag auf MVZ-Gründung am besten schon beschieden sein.

## Inhalt

### Download [rwf-online.de](http://rwf-online.de)

Unter Downloads/Musterverträge:  
„Recht: Anstellungsvertrag für  
einen Arzt im MVZ – Änderungs-  
und Entwicklungsklausel“

### Kooperationen

So werden die radiologischen  
Leistungen in einer Praxis-Klinik-  
Kooperation abgerechnet ..... 2

### Kassenabrechnung

Die Qualitätssicherungs-  
vereinbarung PET und PET/CT  
ist zum 01.10.2017 angepasst  
worden ..... 6

### Privatliquidation

Leserforum: Wie wird eine  
Schmerztherapie richtig  
abgerechnet? ..... 6

### Finanzen und Steuern

Bei der Praxisabgabe spielen  
auch negative und positive  
Kapitalkonten eine wichtige  
Rolle ..... 7

### Recht

Klinikarzt hat kein Recht auf eine  
Abrechnungsgenehmigung der  
Klinik ..... 8

**Integrierte radiologische Versorgung**

**So werden die radiologischen Leistungen in einer Praxis-Klinik-Kooperation abgerechnet**

Wenn eine radiologische Praxis in der Klinik die radiologische Versorgung der Patienten übernimmt, stoßen zwei Abrechnungswelten aufeinander: Die Praxis ist an eine Vergütung für jede einzelne Leistung gewöhnt, und zwar unabhängig von der Qualität des Ergebnisses. Eine klinische Radiologie wird aus pauschalen Anteilen der DRG-Erlöse im Umfang des Anforderungsvolumens finanziert und zielt darauf ab, die klinischen Prozesse möglichst effizient zu unterstützen. Wie also lassen sich die ärztlichen Leistungen der Praxis abrechnen, sodass eine langfristige stabile Partnerschaft möglich ist?

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

**Die Ausgangslage in der Klinik**

Zur Erfüllung der Aufgabe, die klinische Versorgung effizient zu unterstützen, muss eine klinische Radiologie ihre Versorgungsschwerpunkte zuerst kongruent zu den klinischen Schwerpunkten ausrichten. Apparative Ausstattung sowie Kenntnisse und Erfahrungen des Radiologen-Teams müssen den klinischen Anforderungen genügen. Die wirtschaftliche Auslastung der Ressourcen ist zu gewährleisten.

**Beispiele**

Bei einer kardiologischen Klinik muss die Radiologie nicht-invasive Herzdiagnostik mit CT und MRT ermöglichen. Bei einer urologischen Klinik mit Prostata-Schwerpunkt muss die Radiologie die Prostata-Diagnostik mit MRT beherrschen.

**Probleme bei der apparativen Ausstattung**

Problematisch dabei ist, dass die meisten 1,5T-MRT-Geräte die letztere Aufgabe nicht erfüllen. Ältere MRT-Geräte verfügen noch nicht einmal über die Kardio-Funktionsdiagnostik. Auch viele CT-Geräte sind für die nicht-invasive Herzdiagnostik nicht ausreichend geeignet.

**Probleme bei der personellen Ausstattung**

Bei Kliniken, besonders in der Größe zwischen 350 und 500 Betten, erfüllt oft die apparative Ausstattung in der Radiologie alle klinischen Anforderungen. Ein kleines Radiologie-Team besteht jedoch oft zu 40 Prozent aus Assistenzärzten mit unzureichenden Kenntnissen und Erfahrungen zur Beantwortung der klinischen Anforderungen. Das verbleibende

Team aus 60 Prozent Fachärzten ist mit der Ausbildung der Assistenzärzte, der Kontrolle und Freigabe der Befunde im Regeldienst, der Bedienung klinischer Besprechungen sowie Tumor-Konferenzen beschäftigt. Diese drei bis fünf Fachärzte können ihre Aufgaben nur als Generalisten und nicht immer mit dem angeforderten klinischen Profil erfüllen.

**Probleme nicht wirtschaftlich ausgelasteter Ressourcen**

Die Problematik nicht wirtschaftlich ausgelasteter Ressourcen schlägt sich u. a. in den Fallkosten nieder, die typischerweise für die am meisten genutzten Modalitäten angegeben sind (siehe dazu Tabelle 1).

Die Geschäftsführungen/Vorstände der Kliniken scheuen Investitionen, die sich nicht wirtschaftlich betreiben lassen. Sie müssten dafür auch immer mehr Eigenmittel einsetzen. Die Finanzierung dieser Vorhaltekosten über die Radiologie-Anteile in den DRG-Pauschalen deckt die Kosten nicht. Je höher der Anteil an Vorhaltekosten ist, desto weniger gelingt es, die Gesamtkosten über die pauschalen Radiologie-DRG-Anteile zu finanzieren.

**Speziell: Komplexuntersuchungen**

In Kliniken kommen Komplexuntersuchungen vor, bei denen in einem Untersuchungsvorgang mehrere Organregionen zu behandeln und abzurechnen sind. Dies steht im Gegensatz zu einem Praxisbetrieb,

**Tabelle 1: Typische Fallkosten**

Modalität (Kliniksituation)	Röntgen	CT	MRT
Typische Fallkosten (Vollkosten) in Euro	45 – 60	110 – 150	220 – 350
Personalkostenanteil (Prozent)	70 – 80	50 – 60	40 – 50
Typischer Anteil Gerätekosten (Prozent)	5 – 8	10 – 15	20 – 25

der vorschriftsmäßig je Untersuchungsvorgang nur eine Organregion untersuchen und abrechnen darf. Nur darauf ist das elektive ambulante Abrechnungssystem nach EBM bzw. GOÄ ausgerichtet.

#### Speziell: Patientenstruktur

Üblicherweise unterscheidet sich auch die Zusammensetzung der Patientenstruktur in der klinischen und der rein ambulanten Radiologie. Würde man die Patienten in gefährliche Patienten, „unruhige Patienten“ (Typ Kind) und Trauma-Patienten einteilen, läge der Anteil gefährlicher Patienten in einer Praxis zwischen 80 und 90 Prozent, in einer Klinik zwischen 20 und 40 Prozent.

#### Speziell: Produktivität

Diese strukturellen Unterschiede haben deutliche Auswirkungen auf die Produktivität der mit der Leistungserbringung befassten Dienste. Durchschnittlich ist die arzt- und gerätebezogene Produktivität in einer Praxis um etwa den Faktor 2 bis 3 höher als in einer schwerpunktversorgenden Klinik, in der auch MRT betrieben wird. Grund- und Regelversorger sind von diesem Vergleich ausgenommen, da diese überwiegend Röntgen- und, in weit geringerem Umfang, CT-Untersuchungsverfahren einsetzen. Insbesondere das Röntgen erlaubt eine im Vergleich zu den Schnittbildverfahren deutlich höhere Produktivität bei der Befunderstellung.

#### Beispiel

Ein typischer Schwerpunktversorger mit 400 Betten betreibt ein Radiologie-MVZ.

Hier werden erfahrungsgemäß stationäre GKV-Patienten deutlich häufiger geröntgt, dafür wird bei ambulanten Patienten öfter ein Schnittbildverfahren eingesetzt. Dabei wiederum werden stationäre GKV-Patienten nahezu doppelt so häufig mit CT als mit MRT behandelt, während KV- und insbesondere ambulante Privatpatienten deutlich häufiger mit MRT als mit CT untersucht werden (ca. Faktor 2).

Dieser typische Fall legt die Frage nahe, warum gerade im stationären Bereich MRT weniger häufig eingesetzt wird. Dies liegt u. a. daran, dass die Kosten einer klinischen MRT um mehr als den Faktor 2 höher liegen als die für eine CT und mehr als den Faktor 4 höher als eine Röntgenuntersuchung (siehe Tabelle: Typische Fallkosten).

Der DRG-Pauschalen-Anteil für radiologische Untersuchungen würde bei intensiverem MRT-Einsatz offenbar die Kosten nicht decken. Das führt dazu, dass in vielen Kliniken der Einsatz von MRT-Untersuchungen vom Chefarzt entschieden wird und deshalb nicht von nachgeordneten Ärzten veranlasst werden kann. Im konkreten Anforderungsfall ist der Chefarzt oft nicht unmittelbar erreichbar, sodass ein nachgeordneter Klinikarzt statt eines notwendigen MRT eine CT-Untersuchungsanforderung stellt. Mit dem Ergebnis, dass anschließend doch noch eine MRT-Untersuchung erforderlich wird.

Auf diese Weise entstehen diagnostische Kaskaden, die mit einer Röntgenuntersuchung zum Abschluss von etwaigen Brüchen beginnen, über CT beim Einsatz der

MRT enden und im Ergebnis zu einer Verlängerung der Verweildauer des stationären Aufenthalts führen. Zu Vollkosten liegt ein Tagessatz eines Schwerpunktversorgers bei ca. 600 Euro, also etwa beim Doppelten dessen, was eine MRT-Untersuchung kostet. Derartige diagnostische Kaskaden sind kliniktypisch und können Kosten in der Größenordnung von 40 Prozent der Kosten der gesamten radiologischen Versorgung – unabhängig von der Klinikgröße – verursachen.

#### Ziele der Klinikleitung bei Praxis Kooperationen (Insourcing)

Die Geschäftsführungen der Kliniken setzen sich nahezu täglich damit auseinander, dass die Gesamtkosten der Klinik durch die erwirtschafteten Erlöse mindestens gedeckt werden.

#### Kosten senken

Die Radiologie gehört mit zu den teuersten Versorgungsbereichen einer Klinik. Insofern steht überwiegend der Kostensenkungsaspekt im Vordergrund, wenn die Versorgung der Patienten einer Klinik durch eine Praxis verhandelt werden soll.

#### Stationäre Versorgung akquirieren

Ein anderes wichtiges Ziel einer Klinikleitung besteht darin, auf den Klinikstandort möglichst viel ambulante Versorgung zu konzentrieren, aus der stationäre Versorgungsfälle akquiriert werden können. Das liefert auf jeden Fall eine radiologische Praxis mit MRT, die für die zuweisenden ambulanten Praxen diagnostischer Ansprechpartner ist und auch erste wie zwingende Hinweise auf notwendige stationäre Anschlussbehandlungen gibt.

**HINWEIS** | Ein wichtiges „Pfund“ in den Händen der Geschäftsführung

einer Klinik bei Verhandlungen mit einer Praxis ist der Anteil der in ihrer Klinik versorgten Privatpatienten, mit denen eine Praxis wahlärztliche Leistungen in eigenem Namen liquidieren kann.

**Auswahlkriterien**

Für jede Klinikleitung sind die Auswahlkriterien für den „richtigen“ ambulanten Partner wichtig:

Dazu gehört möglichst ein ambulantes Radiologen-Team mit **Spezialisten** statt Generalisten, die das klinische Anforderungsspektrum erfüllen können und wollen. Zum Letzteren gehört vor allem, dass **neue Untersuchungsverfahren** Bestandteil der Kooperationsvereinbarungen sind. Die Praxis muss bereit sein, solche Verfahren apparativ wie personell zur klinischen Versorgung einzusetzen, sofern solche Untersuchungsverfahren klinisch anerkannt sind oder dies erwarten lassen (studien- bzw. richtliniengestützt).

Zu den wichtigen Auswahlkriterien gehört auch das **Entscheidungsverhalten** innerhalb der Gruppe des ambulanten Partners mit entweder institutionalisierter Geschäftsführung oder Mehrheitsentscheidungen der Gesellschafter mit großem oder kleinem Gesellschafterkreis.

Ein weiteres wesentliches Kriterium ist die **Innovationskraft und -bereitschaft** des ambulanten Partners. Inakzeptabel wäre beispielsweise, wenn dieser für die stationäre Versorgung ältere, gebrauchte Geräte aus dem Praxisbetrieb einsetzen würde (z. B. ältere CT-Technologien mit hoher Strahlenbelastung im Verhältnis zu aktuellen Technologien).

**HINWEIS** | Bei Kliniken der Grund- und Regelversorgung mit CT ist oft die teleradiologische Verbindung mit einem ambulanten Partner eine günstige Lösung bei der Verbesserung der Versorgung.

**Die Ausgangslage in der Praxis**

Jede radiologische Praxis kämpft mit einer mangelnden Wirtschaftlichkeit auf Basis der EBM-Vergütung.

**Vollkostenrechnung**

Die Vollkosten unter Berücksichtigung sämtlicher Kosten, also insbesondere der investiven und Personalkosten einschließlich derjenigen für einen ärztlichen Dienst im Umfang der untersuchungsmäßigen Inanspruchnahme, liegen für einen **CT-Betrieb** zwischen etwa 450.000 Euro und 900.000 Euro pro Jahr, je nach Geräte- und Personalausstattung. Erstere Zahl gilt für z. B. einen refurbished 16-Zeiler, Letztere für ein High-End-Kardio-CT-Gerät.

Die Vollkosten für ein **MRT-Gerät** liegen zwischen 550.000 Euro und etwa 900.000 Euro pro Jahr, je nach apparativer und personeller Ausstattung, entsprechend einem refurbished 1,5T-Gerät bzw. einem High-End-3,0T-MRT.

Wie bereits erwähnt, werden Praxen nach Einzelleistungen für jeweils eine untersuchte Organregion je Untersuchungsfall vergütet. Typische Einzelleistungsvergütungen sind in der Tabelle 2 aufgelistet.

Legt man einen **CT-Betrieb** mit Vollkosten von z. B. 600.000 pro Jahr zugrunde, würde ein EBM-Betrieb 10.000 Untersuchungsfälle zum Erreichen der Gewinnschwelle erfordern. Das sind bei 250 Arbeitstagen 40 tägliche Untersuchungsfälle und bei einem 10-stündigen Arbeitstag 4 Fälle pro Stunde mit einer Taktzeit von 15 Min. für die Analyse des Überweisungsfalles, ein Patientengespräch/Patientenaufklärung, Prüfung des Untersuchungsergebnisses und Befunderstellung. Ein derartiges Arbeitspensum ist auf Dauer bei Gewährleistung eines ordnungsgemäßen Qualitätsniveaus nicht durchzuhalten.

Bei der **MRT-Versorgung** sieht dies bei jährlichen Vollkosten z. B. von 800.000 Euro nicht anders aus: Legt man eine, je nach Bundesland, durchschnittliche EBM-Vergütung von 100 Euro zugrunde, wird die Gewinnschwelle bei 8.000 Patienten pro Jahr erreicht. Bei 250 Arbeitstagen ist dies eine tägliche Frequenz von 32 Patienten, bei einem 10-stündigen Arbeitstag 3,2 Patienten je Stunde bzw. eine Taktzeit von 18,75 Min. für die Analyse der Zuweisungsindikation, ein Patientengespräch/Patientenaufklärung, evtl. Planung der Untersuchung, Überprüfung des Untersuchungsergebnisses und Befunderstellung. Selbst bei einem modernen 3,0T-MRT ist diese Frequenz bei einem breiten Indikationsspektrum mit speziellen Fragen z. B. zur

**Tabelle 2: Typische Einzelleistungsvergütung**

Durchschnittswerte (indikationsabhängig) in Euro	Röntgen	CT	MRT
Typische EBM-Fallerlöse	15	60 – 70	90 – 110
Typische GOÄ-Fallerlöse (1,0-facher Steigerungssatz)	25	140 – 160	280 – 320

neuroradiologischen bzw. onkologischen Diagnostik nicht durchführbar.

### Kooperationsziele der Praxis

Im Ergebnis muss eine Praxisführung Erlösquellen außerhalb der EBM-Welt suchen. Klinikkooperationen bieten die Möglichkeit.

Im einfachsten Fall gründen Vergütungsvereinbarungen hier auf dem 1,0-fachen GOÄ-Satz. Dieser stellt aus Sicht der Praxis eine Vergütungssituation sicher, die um mehr als das Doppelte die durchschnittliche EBM-Vergütung übersteigt und Arbeitsbedingungen erlaubt, die eine qualitativ überzeugende Versorgung ermöglicht. In der Kombination mit den privaten Versorgungsfällen der klinischen Abteilungen gibt es auch eine Bandbreite für die Versorgung von GKV-Fällen unterhalb des 1,0-fachen GOÄ-Satzes.

### Interessenabwägung beider Parteien

Die Klinikleitung muss vermeiden, dass der Radiologiepartner die Erlöse für Einzelleistungen maximiert/optimiert und ein Interesse an der Mengenausweitung von Einzelleistungen entwickelt.

### Pauschalierter Ansatz

Die Lösung liegt in einem pauschalierter Ansatz. Dieser soll die Mitwirkung von qualifizierten Ärzten der Praxis bei klinischen Besprechungen/Tumorboards sowie strategischen Besprechungen zur Weiterentwicklung der Versorgung der Klinikpatienten enthalten.

Das Interesse der Praxis zielt auf eine Vergütungsregelung ab, die Erlöse deutlich oberhalb der nicht kostendeckenden EBM-Vergütungssätze ermöglicht. Ferner soll das Versorgungsvolumen im Umfang und der Struktur

nach kalkulierbar sein, sodass im Mix mit der ambulanten Versorgung eine Auslastung der teuren Praxisressourcen (Modalitäten, qualifiziertes Personal) sichergestellt werden kann. Hinzu kommen die Erlöse aus der Versorgung von Privatpatienten aus den klinischen Abteilungen, deren Zufriedenheit im Hinblick auf die Versorgungsqualität und den Service (Terminsituation, Befundverfügbarkeit, Patientenbehandlung) unterstellt.

### Bemessungsgrundlage

Die Kernfrage lautet: Welche Bemessungsgrundlage soll für die Vergütung verwendet werden? Wenn ein Patient auf dem Untersuchungstisch einer Modalität liegt, können mehrere Organregionen untersucht werden (je Region eine EBM- bzw. GOÄ-Ziffer). Solche Komplexuntersuchungen kommen im klinischen Umfeld beim MRT in der Größenordnung von 10 Prozent der Fälle vor, bei CT und Röntgen zwischen 20 Prozent und 40 Prozent der Fälle. Als Behandlungsfall wird definiert, wenn ein Patient auf dem Untersuchungstisch einer Modalität liegt.

Bisher fehlt allerdings bei einer Vielzahl von Analysen klinischer Radiologien eine Korrelation zwischen der zeitlichen Bindung eines Radiologen zur Behandlung eines Falles und der Anzahl der unterschiedlich untersuchten Organregion. Der wesentliche Korrelationsfaktor ist der Kenntnis- und Erfahrungsstand des befundenen Arztes.

Als Ansatz für eine Quasipauschalierung der Leistungsvergütung lässt sich der durchschnittliche Behandlungsfall je Modalität mit einem fixen Preis vereinbaren, der sich am GOÄ-Einfachsatz orientieren kann.

Diese Vergütungen gelten für jeden Fall, unabhängig davon, wie viele unterschiedliche Organregionen je Untersuchungsfall im Einzelnen untersucht werden.

Diese Vergütungsregelung kann eine Mindestzahl von stationären Notfalluntersuchungen einschließen, die teleradiologisch behandelt werden (kein Maximalversorger, weil diese radiologische Präsenz erfordern). Wird eine Mindestzahl von CT-Notfalluntersuchungen überschritten (beispielsweise 1.000 pro Jahr, abhängig von der Klinikgröße und -struktur), wird für die teleradiologische Behandlung im Notfall eine gesonderte Pauschale vereinbart, die über dem 1,0-fachen GOÄ-Einfachsatz liegen kann.

Die Menge und Struktur der klinischen Anforderungen an eine Radiologie ändert sich von Jahr zu Jahr nur geringfügig und ist weitestgehend kalkulierbar. Insofern lassen sich auf Basis der genannten Vorschläge Gesamtbudgets vereinbaren, die es dem Radiologiepartner ermöglichen, im Sinne eines Clinical-Pathway-Managements selbst über den bestgeeigneten diagnostischen Behandlungspfad zu entscheiden und dabei die Aufgabe zu erfüllen, die klinischen Versorgungsprozesse effizient zu unterstützen.

Das Budget und die zugrunde liegenden Pauschalen sind so bemessen, dass klinische Besprechungen/Tumorboards mit der Präsenz eines radiologischen Facharztes abgedeckt sind. Diese Besprechungen sind für den Radiologiepartner eine permanente Weiterbildung und damit ein Qualitäts- und Wettbewerbsvorteil im Vergleich zur rein ambulanten Praxis.



## Qualitätssicherung

# Die Qualitätssicherungsvereinbarung PET und PET/CT ist zum 01.10.2017 angepasst worden

Seit Juni 2017 kann eine Positronenemissionstomographie in Verbindung mit einer Computertomographie (PET/CT) bei zwei weiteren Indikationen durchgeführt werden. Als Folge dieser Indikationserweiterung haben KBV und Krankenkassen die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (QS-Vereinbarung PET, PET/CT) mit Wirkung zum 01.10.2017 angepasst.

### Indikationserweiterung

PET/CT ist jetzt Kassenleistung zur Entscheidung

- über die Durchführung einer Neck Dissection bei Patienten mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren oder mit unbekanntem Primärtumorsyndrom des Kopf-Hals-Bereichs sowie
- über die Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie beim Larynxkarzinom, wenn nach Abschluss einer kurativ intendierten Therapie der begründete Verdacht auf eine persistierende Erkrankung oder ein Rezidiv besteht.

### Neuregelung der Qualitätssicherung

Die Änderungen bei den Qualitätssicherungsmaßnahmen betreffen im Wesentlichen das interdisziplinäre Team und die Übergangsregelungen.

### Interdisziplinäres Team

Das interdisziplinäre Team, in dem die Indikationsstellung sowie die Befund- und Nachbesprechungen stattfinden, wird bei den beiden neuen Indikationen um einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einen Facharzt für

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie ergänzt. Eine Erweiterung der Qualitätssicherungskommissionen um einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einen Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie ist nicht zwingend erforderlich.

### Übergangsregelung

Für Ärzte, die bereits über eine Genehmigung für PET- bzw. PET/CT-Leistungen verfügen, wurde eine Übergangsregelung vereinbart. Sie erhalten eine Genehmigung auch für die beiden neuen Indikationen, wenn

- sie diese innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der geänderten Qualitätssicherungsvereinbarung, also bis zum 31.03.2018, bei ihrer KV beantragen und
- die Erfüllung der Anforderungen an das interdisziplinäre Team auch für diese Indikationen nachweisen.

### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Indikationsliste für PET/CT erweitert“ in RWF Nr. 4/2017
- „Bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren ist PET/CT jetzt Kassenleistung“ in RWF Nr. 7/2017
- QS-Vereinbarung PET, PET/CT unter [www.kbv.de/media/sp/PET\\_CT.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PET_CT.pdf)

## Leserforum GOÄ

# Schmerztherapie richtig abrechnen?

**FRAGE:** „Die Krankenversicherung des Patienten beanstandet die Abrechnung der Ziffern 5374 und 5376 GOÄ neben der Schmerztherapie. Ist das tatsächlich korrekt?“

**ANTWORT:** Ja. Denn da es sich bei der CT-gesteuerten Schmerztherapie um eine interventionelle Maßnahme handelt, ist hier nicht Nr. 5374 GOÄ berechnungsfähig. Ebenso scheidet ein Ansatz der Nr. 5376 GOÄ als ergänzende Leistung aus. Im Rahmen der Abrechnung nach GOÄ ist in Verbindung mit einer Bestrahlungsplanung oder zu interventionellen Maßnahmen ausschließlich der Ansatz der Nr. 5378 GOÄ möglich. Die dazu vorliegenden Kommentierungen sind in dieser Hinsicht eindeutig.

Sofern durch ergänzende Serien ein zusätzlicher zeitlicher Aufwand entsteht, muss dieser entsprechend begründet und über einen erhöhten Steigerungssatz bei Nr. 5378 GOÄ berücksichtigt werden. Nr. 5377 GOÄ ist weiterhin auch neben Nr. 5378 GOÄ berechnungsfähig (AG Köln; Urteil vom 01.03.2007, Az. 138 C 64/06, AG Düsseldorf, Urteil vom 20.08.2008, Az. 35 C 6029/07; LG Köln; Urteil vom 06.05.2009, Az. 23 O173/03).

Allerdings beinhaltet Nr. 5377 GOÄ als obligaten Leistungsbestandteil die „Speziell nachfolgende 3D-Rekonstruktion“. Sofern dieser Leistungsbestandteil nicht erfüllt ist, kann die Nr. 5377 nicht berechnet werden (siehe Deutsches Ärzteblatt 2011; 108(37): A-1930 / B-1642 / C-1630).

**Praxisbewertung****Bei der Praxisabgabe spielen auch negative/positive Kapitalkonten eine wichtige Rolle**

Bereits ab Beginn einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), im Laufe der folgenden Jahre und auch aus Transparenz-Gründen ist es wichtig, die Entwicklung der jeweiligen Kapitalkonten der Arztpraxis zu ermitteln. Dies erspart bei jeder Praxisbewertung (z. B. beim Gesellschafterwechsel, bei einer Praxis-[teil]-abgabe oder in einem Zugewinnausgleichsverfahren) zusätzliche, aufwendige und teure Arbeiten.

von Dipl.-Betr. (FH)  
Werner Wenk, Bankkaufmann und  
Rating Advisor, Nürnberg,  
[www.praxiswertgutachter.de](http://www.praxiswertgutachter.de)

**Feste und variable Kapitalkonten**

Bei den Kapitalkonten der (BAG-) Gesellschafter unterscheidet man Festkapital- und variable Konten:

- Bei Festkapitalkonten sollen die Kapitalanteile dauerhaft in der Praxis verbleiben.
- Über die variablen Kapitalkonten werden z. B. Entnahmen für Lebenshaltung, Vorsorgeaufwendungen, Vorweggewinne, Steuern, außergewöhnliche Belastungen, Kapital-/Darlehensverzinsung, Einlagen, Gewinnverteilung etc. der jeweiligen Gesellschafter erfasst.

**Positive und negative Kapitalkonten**

Es versteht sich von selbst, dass die jeweiligen positiven Kapitalkonten dem/den bisherigen Gesellschafter(n) zur Verfügung stehen. Es handelt sich hier um Forderungen der Gesellschafter gegenüber der BAG. Umgekehrt handelt es sich bei negativen

Kapitalkonten der BAG-Gesellschafter um eine Forderung der BAG gegenüber dem/den jeweiligen Gesellschafter(n). Das negative Kapitalkonto des jeweiligen Gesellschafters kann sich durch Verluste und/oder durch gewinnübersteigende (zu) hohe Entnahmen ergeben. Es wird auf der Aktivseite der Bilanz ausgewiesen (sogenannte Unterbilanz).

In jedem Fall sollte es eine differenzierte Regelung zu den Gesellschafterkonten im Gesellschaftsvertrag geben, die möglicherweise die Beschränkung von Entnahme- bzw. Verfügungsmöglichkeiten nach sich zieht. Denn ohne eine solche ist Streit vorprogrammiert, der auch das Finanzamt einschließen kann.

**Regelung der Kapitalrückzahlung**

Sofern im Gesellschaftsvertrag der BAG noch nicht geschehen, sollte jedenfalls in einer Gesellschafterversammlung durch Protokoll geregelt werden, wann und wie im Falle negativer Kapitalkonten das Kapital vom Gesellschafter zurückzuzahlen ist (Zeitpunkt, Regelung bei gewinnübersteigender Entnahme etc.) und wann und wie positive Kapitalkonten von der BAG zurückgezahlt werden.

Wird dies versäumt, könnte eine plötzliche Kapitalentnahme zu einem Liquiditätsengpass oder sogar zu Illiquidität führen. Den finanziellen Praxis-Verpflichtungen kann dann nicht mehr bzw. nicht mehr in vollem Umfang nachgekommen werden.

Auch ein einstiegswilliger Arzt in die bisherige BAG kann das zusätzliche Risiko eines negativen Kapitalkontos so nicht ohne Weiteres akzeptieren, weil er hierdurch eine zusätzliche Verpflichtung übernimmt. Ein möglicher Ausweg ist: Derjenige mit negativem Kapitalkonto muss bei einem Praxisanteilsverkauf eine entsprechende Minderung seines Anteils in Kauf nehmen.

**Praxishinweis**

Bei bilanzierenden Praxen ergibt sich die Aufteilung der Kapitalkonten aus der Bilanz. Dabei wird der Kapitalanteil eines jeden Gesellschafters getrennt ausgewiesen, sodass negative und positive Kapitalkonten in einer Bilanz möglich sind.

Im Gegensatz dazu sind die Kapitalkonten der Gesellschafter bei Praxen, die aus Vereinfachungsgründen nach § 4 Abs. 3 Einkommensteuergesetz ihre wirtschaftlichen Ergebnisse ermitteln (Überschussrechner), nicht ersichtlich. Im Buchungssystem der klassischen Einnahmen-Ausgaben-Rechnung ist das Kapitalkonto nicht vorhanden und Steuerberater informieren die Ärzte nicht immer separat über die Kapitalkontenentwicklung. Achten Sie deshalb darauf, dass gerade im Hinblick auf eine Praxisbewertung nicht nur Forderungen/Verbindlichkeiten, sondern auch die Kapitalkonten ausgewiesen sind.

**Aktuelle Gesetzgebung****Kliniker hat kein Recht auf eine Abrechnungsgenehmigung der Klinik**

Ein angestellter Krankenhaus-Radiologe kann nicht gegen die Ablehnung einer Abrechnungsgenehmigung für Leistungen in der allgemeinen Kernspintomographie für die Klinik klagen. Denn Adressat des ablehnenden Bescheids ist die Klinik und nicht der Arzt. Dieser ist durch die Ablehnung auch nicht in seinen Rechten verletzt (Sozialgericht [SG] Berlin, Urteil vom 11.10.2017, Az. S 83 KA 1155/16).

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

**Der Fall**

Der Kläger ist seit 1989 Facharzt für Radiologische Diagnostik. Er war zunächst selbstständig, dann angestellt und seit 2016 als Facharzt für Radiologie in der Praxis für Radiologie in der Klinik tätig. Die KV hatte ihm bzw. seinen Arbeitgebern in den Jahren 1995, 2004, 2009 und 2012 Abrechnungsgenehmigungen für Leistungen in der allgemeinen Kernspintomographie erteilt.

2015 beantragte der Arzt bei der KV wiederum eine Abrechnungsgenehmigung für solche Leistungen für ihn als „angestellten Arzt in der Klinik nach § 311“. Der Antrag wurde sowohl von ihm als auch vom Klinikleiter unterschrieben. Des Weiteren beantragte er die Feststellung der fachlichen Befähigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen in der allgemeinen Kernspintomographie (Antrag 2).

Die KV lehnte die Abrechnungsgenehmigung (Antrag 1) mit Bescheid an die Klinik ab. Denn die Einrich-

tung erfülle zwar die apparativen Voraussetzungen nach der Kernspintomographie-Vereinbarung, es fehle jedoch an der fachlichen Befähigung des Klägers. Über dessen fachliche Befähigung selbst (Antrag 2) entschied die KV nicht.

Das SG wies die Klage des Arztes gegen die Nichterteilung der Abrechnungsgenehmigung (Antrag 1) als unbegründet ab. Die Richter gaben ihm aber hinsichtlich des Antrags 2 insofern recht, als sie feststellten, dass die KV untätig geblieben sei und nicht zeitnah über seinen Antrag entschieden hatte.

**Folgen für die Praxis**

Die Abrechnungsgenehmigung wird dem anstellenden Vertragsarzt bzw. der anstellenden Einrichtung erteilt. Der angestellte Arzt erhält darüber lediglich eine Mitteilung. Den Antrag auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung muss die Klinik selbst stellen. Der angestellte Arzt kann dies nicht tun, er kann die Klinik nur bei der Antragstellung unterstützen. Wird der Antrag abgelehnt, so sollte die Klinik Widerspruch einlegen.

Wird der Antrag auf Abrechnungsgenehmigung mit der Begründung

abgelehnt, dem angestellten Radiologen fehle die fachliche Befähigung zur Durchführung der Leistungen, so muss der Radiologe aktiv werden. Er muss einen Antrag auf Feststellung der fachlichen Befähigung bei der KV stellen.

Wird über den Antrag ohne zureichenden Grund nicht binnen sechs Monaten seit Antragstellung entschieden, sollte der Arzt die KV vor dem SG auf Verpflichtung zur Bescheidung verklagen, um weiteren Zeitverlust zu verhindern.

Wird der Antrag zwar beschieden, von der KV aber abgelehnt, so sollte der Arzt zeitnah Widerspruch gegen die Ablehnung einlegen. Wird über diesen Widerspruch nicht binnen drei Monaten entschieden, sollte der Arzt wiederum auf Verpflichtung zur Bescheidung klagen.

**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.

**Guerbet** |

Contrast for Life