

# Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

02 | Februar 2019

## Aktuelle Gesetzgebung

### Folgen der Strahlenschutzverordnung (Teil 2): Dosismanagement nach neuem Recht

Zum Ablauf des letzten Jahres sind das Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) sowie die neue Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) in Kraft getreten. StrlSchG und StrlSchV setzen die Euratom-Richtlinie 2013/59 in nationales Recht um und bilden das neue rechtliche Fundament des Strahlenschutzrechts in Deutschland. Die Röntgenverordnung (RöV) und die alte Strahlenschutzverordnung sind damit seit dem 31.12.2018 Rechtsgeschichte. In diesem zweiten Beitrags- teil stehen die Folgen für das Dosismanagement im Fokus.

von RA und FA für Medizin  
Till Sebastian Wipperfürth, LL.M.,  
D+B Rechtsanwälte, Berlin,  
[www.db-law.de](http://www.db-law.de)

#### Bislang kein Dosismanagement- System vorgeschrieben

Derzeit verpflichten weder das StrlSchG noch die StrlSchV Radiologen ausdrücklich dazu, Dosismanagement-Systeme einzusetzen. Die StrlSchV enthält jedoch schon jetzt umfangreiche Monitoring-, Melde- und Aufzeichnungspflichten, die ein Dosismanagement sinnvoll erscheinen lassen, wenn nicht gar erforderlich machen.

#### Dosisüberwachung mit System

Nach der StrlSchV sind Radiologen nicht nur verpflichtet, nachteilige Auswirkungen einer unbeabsichtigten Ex-

position (nach der StrlSchV als „Vorkommnis“ definiert) einzudämmen. Vielmehr müssen sie schon im Vorfeld sicherstellen, dass Vorkommnisse vermieden und erkannt werden.

Zwar lässt die StrlSchV dem Radiologen grundsätzlich freie Hand, welche vorbeugenden Maßnahmen er trifft, solange er diese am konkreten radiologischen Untersuchungs- oder Behandlungsrisiko ausrichtet.

Seinen Verpflichtungen genügt er jedoch nur, wenn er die Maßnahmen „in systematischer Weise“, also zielgerichtet und strukturiert, ergreift.

Was darunter im Einzelnen zu verstehen ist, geht aus der StrlSchV nicht unmittelbar hervor. Die Euratom-Richtlinie 2013/59 ist an dieser Stelle

## Inhalt

### Vertragsarztrecht

Berufsverbot eines Radiologen begründet Honorarrückforderung von fast 1 Mio. Euro ..... 3

### Kassenabrechnung

- Screening auf Baucharterienaneurysmen: neue Abrechnungsoption seit 2019 ..... 5
- PET/CT: Qualitätssicherungsvereinbarung angepasst ..... 5
- Osteodensitometrie – Bewertung deutlich erhöht ... 5

### Teleradiologie

„Künstliche Intelligenz kann die Radiologie unterstützen“ ..... 6

### Finanzinvestoren im Gesundheitswesen

Spekulationsobjekt MVZ – Wie ist die Lage? ..... 7

### Download

Neue Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) online unter [www.iww.de/s2364](http://www.iww.de/s2364)

deutlicher. In der Euratom-Richtlinie ist von einem „System zur Aufzeichnung und Analyse von Ereignissen mit tatsächlicher oder potenzieller unfallbedingter oder unbeabsichtigter medizinischer Exposition“ die Rede. Hierzu dürfte ohne Weiteres ein softwarebasiertes Dosismanagement-System zählen.

### Umfangreiche Meldepflichten

Kommt es doch zu einer unbeabsichtigten Exposition (insbesondere in Not- und Störfällen), muss der Radiologe das Vorkommnis der Strahlenschutzbehörde unverzüglich melden. Meldepflichtig sind jedoch nur sog. „bedeutsame Vorkommnisse“. Die

wichtigsten „bedeutsamen Vorkommnisse“ im Sinne der StrlSchV (Anlage 14 zur StrlSchV) im Bereich der radiologischen Diagnostik sind in der Tabelle dargestellt. Vorsätzliche oder fahrlässige Verstöße gegen die Meldepflicht können mit einem Bußgeld bis zu 10.000 Euro sanktioniert werden.

**Tabelle: Bedeutsame Vorkommnisse im Sinne der StrlSchV**

#### 1. Interventionen

##### Bezogen auf eine Personengruppe:

Jede Überschreitung des Mittelwerts über die letzten 20 aufeinanderfolgenden Interventionen gleicher Untersuchungsart um mehr als 100 % des jeweiligen diagnostischen Referenzwerts, sobald der diagnostische Referenzwert einer einzelnen Untersuchung um 200 % überschritten wurde.

##### Bezogen auf eine einzelne Person, wenn die Intervention zum Zweck der Untersuchung erfolgt:

- a) Jede Überschreitung des Gesamt-Dosisflächenprodukts von 20.000 cGy x cm<sup>2</sup>.
- b) Jede Wiederholung einer Anwendung, insbesondere aufgrund einer Körperteilverwechslung, eines Einstellungsfehlers oder eines vorausgegangenen Gerätedefekts, wenn für die daraus resultierende gesamte zusätzliche Exposition das Kriterium unter a) erfüllt ist.
- c) Jede Personenverwechslung.
- d) Jedes Auftreten einer deterministischen Wirkung, die für die festgelegte Intervention nicht zu erwarten war.

##### Bezogen auf eine einzelne Person, wenn die Intervention zum Zweck der Behandlung erfolgt:

- a) Jede Überschreitung des Gesamt-Dosisflächenprodukts von 50.000 cGy x cm<sup>2</sup>, wenn akut oder innerhalb von 21 Tagen nach der interventionellen Untersuchung ein deterministischer Hautschaden zweiten oder höheren Grades auftritt.
- b) Jede Personen- oder Körperteilverwechslung.
- c) Jedes Auftreten einer deterministischen Wirkung, die für die festgelegte Intervention nicht zu erwarten war.

#### 2. Sonstige Röntgenuntersuchungen (außer konventionelle Projektionsaufnahmen, DVT der Zähne und des Kiefers)

##### Bezogen auf eine Personengruppe:

Jede Überschreitung des Mittelwerts über die letzten 20 aufeinanderfolgenden Untersuchungen gleicher Untersuchungsart um mehr als 100 % des jeweiligen diagnostischen Referenzwerts, sobald der diagnostische Referenzwert einer einzelnen Untersuchung um 200 % überschritten wurde.

##### Bezogen auf eine einzelne Person:

- a) Jede Überschreitung des volumenbezogenen Computertomografie-Dosisindex einer computertomografischen Anwendung am Gehirn von 120 mGy und einer sonstigen computertomografischen Anwendung am Körper von 80 mGy sowie jede Überschreitung des Gesamt-Dosisflächenprodukts einer Röntgendurchleuchtung von 20.000 cGy x cm<sup>2</sup>. Für Anwendungen mit Geräten zur DVT gilt der zuerst überschrittene Wert von Computertomografie oder Durchleuchtung.
- b) Jede durch radioaktive Stoffe verursachte Überschreitung der vorgesehenen effektiven Dosis um mehr als 20 mSv oder einer Organdosis um mehr als 100 mSv bei einer einzelnen Untersuchung.
- c) Jede Wiederholung einer Anwendung, insbesondere aufgrund einer Körperteilverwechslung, eines Einstellungsfehlers oder eines vorausgegangenen Gerätedefekts, wenn für die daraus resultierende gesamte zusätzliche Exposition das Kriterium unter a) erfüllt ist.
- d) Jede Personenverwechslung, wenn für die daraus resultierende gesamte zusätzliche Exposition das Kriterium unter a) erfüllt ist.
- e) Jedes Auftreten einer deterministischen Wirkung, die für die festgelegte Untersuchung nicht zu erwarten war.

### Untersuchung, Aufzeichnung und Aufbewahrung von Vorkommnissen

Schließlich müssen Radiologen bei jeder unbeabsichtigten Exposition, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob es sich um ein bedeutsames Vorkommnis handelt oder nicht, deren Ursachen und Auswirkungen systematisch untersuchen. Vorgelagert ist die Verpflichtung, solche Vorkommnisse überhaupt erst einmal zu erfassen und Name, Vorname, Geburtsdatum und -ort, Geschlecht und Anschrift des exponierten Patienten, Daten zu seiner Exposition sowie zu den gesundheitlichen Folgen der Exposition unverzüglich aufzuzeichnen.

Ferner sind Aufzeichnungen über die Untersuchungsergebnisse sowie die getroffenen Maßnahmen zur Behebung der Auswirkungen und zur Vermeidung eines Vorkommnisses zu erstellen.

Sämtliche Aufzeichnungen sind vor dem unbefugten Zugriff Dritter zu schützen und im Anschluss an die unbeabsichtigte Exposition 30 Jahre lang aufzubewahren. Die zuständige Strahlenschutzbehörde kann jederzeit verlangen, dass man ihr die Aufzeichnungen vorlegt. Wurden diese nicht erstellt oder nicht mindestens 10 Jahre aufbewahrt, droht eine Geldbuße von bis zu 10.000 Euro. Behalten Radiologen ihre Aufzeichnungen zehn Jahre, vernichten Sie dann aber vor Ablauf der 30-jährigen Aufbewahrungsfrist, bleibt dies sanktionslos, auch wenn es einen Verstoß gegen die Aufbewahrungspflicht darstellt. Um den Untersuchungs-, Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten ordnungsgemäß nachkommen zu können, dürfte man um den Einsatz von Dosismanagementsystemen kaum mehr herumkommen.

### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Folgen der Strahlenschutzverordnung (Teil 1): Änderungen der Aufbewahrungspflichten“ in RWF Nr. 1/2019
- „Individuelle Früherkennungsuntersuchungen nach dem neuen Strahlenschutzgesetz“ in RWF 11/2017
- Informationen des Bundesamts für Strahlenschutz zur neuen StrlSchV online unter [www.iww.de/s2322](http://www.iww.de/s2322)

### Hinweis der Redaktion

Informationen zu den Dosismanagement-Lösungen Dose&Care® von Guerbet finden Sie online unter [www.guerbet.com](http://www.guerbet.com) > Our Products > Digital Services oder kontaktieren Guerbet direkt per E-Mail an [info@guerbet.de](mailto:info@guerbet.de).

### Vertragsarztrecht

## Berufsverbot eines Radiologen begründet Honorarrückforderung von fast 1 Mio. Euro

Ein vertragsärztlich zugelassener Facharzt für Radiologie muss peinlichst genau abrechnen. Zu der korrekten Abrechnung gehört mehr als die zutreffende Anwendung der Abrechnungsbestimmungen des EBM. Das Bundessozialgericht (BSG) hat in zwei Beschlüssen über Honorarrückforderungen der KV gegenüber einem Facharzt für Radiologie in Höhe von insgesamt fast 1 Mio. Euro einen raschen Überblick über die Zulässigkeit der Honorarabrechnung gegeben (Beschlüsse des BSG v. 24.10.2018, Az. B 6 KA 9/18 und B 6 KA 10/18).

### Mal vorläufiges, mal eingeschränktes Berufsverbot

Gegen einen Facharzt für Radiologie bestand dringender Tatverdacht wegen der Straftaten der Beleidigung, des Missbrauchs von Schutzbefehlen und der Vergewaltigung. Aus diesem Grund verboten ein Amtsgericht sowie ein Landgericht dem Radiologen ab 2004 für verschiedene Zeiträume die Ausübung des Arztberufs. Teilweise wurde ihm insbesondere die körperliche Untersuchung weiblicher Personen verboten.

### Entzug der Zulassung und Honorarrückforderungen

Die zuständige KV erhielt später Kenntnis von dem Strafverfahren.

von RA Dr. Tim Oehler,  
Lehrbeauftragter der Universität  
Witten/Herdecke, Wallenhorst

Dem Facharzt für Radiologie wurde die Zulassung entzogen, was auch gerichtlich bestätigt wurde.

Die KV nahm gegenüber dem Facharzt für Radiologie sachlich-rechnerische Berichtigungen und damit Honorarrückforderungen vor. Für bestimmte Zeiträume wurde ein Drittel des Honorars zurückgefordert, für andere Zeiträume das gesamte Honorar. Weitere Rückforderungen beschränkten sich auf das Honorar für die Behandlung weiblicher Patienten.

### Strafrechtliches Berufsverbot schließt Kassenabrechnung aus

Das BSG hat die Beschwerden des Vertragsarztes gegen die Honorarberichtigungen zurückgewiesen. Es stellte klar, dass die Zulassung der KV zwar eine notwendige, aber nicht die ausschließliche Voraussetzung für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen wäre. Die obersten Richter erklärten, dass eine solche Zulassung nicht rückwirkend begründet und auch nicht rückwirkend aufgehoben werden könne. Bei dem Radiologen wäre es nicht erst auf den Entzug seiner Zulassung durch den KV-Ausschuss angekommen.

Die Anordnung des vorläufigen Berufsverbots u. a. durch das Amtsgericht hätte ausgereicht, damit der Facharzt seiner beruflichen und damit auch der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht mehr hätte nachgehen dürfen. Das strafrechtliche Berufsverbot hätte also nicht erst in eine sozialrechtliche Untersagung der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit „umgewandelt“ werden müssen. An den Auswirkungen des Berufsverbots auf die Zulassung ändere sich auch dadurch nichts, dass das Berufsverbot zwischenzeitlich mal aufgehoben und dann auf die Behandlung weiblicher Patienten beschränkt worden wäre.

### Honorarrückforderung nicht nur bei Verletzung des Vertragsarztrechts

Im Hinblick auf die spätere „endgültige“ Anordnung des Berufsverbots

machte das BSG die Ausführung, dass eben nicht nur Verletzungen vertragsärztlicher Regelungen eine KV zur Honorarrückforderung berechtigen können.

### Berufsverbot schließt Vertragsarzt-tätigkeit umgehend aus

Eine weitere wesentliche Erwägung des BSG erfolgte dahingehend, dass die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung schon mit der Bekanntmachung eines vorläufigen Berufsverbots nicht mehr gegeben wäre. Es bedürfte dann weder der Aufhebung der Approbation noch der Beseitigung der vertragsärztlichen Zulassung.

Daran würde sich auch dadurch nichts ändern, dass im strafrechtlichen Verfahren gegen Ärzte der KVen eine Mitteilung über ein solches Verfahren zu machen wäre. Denn die KV sollte hierdurch lediglich die Gelegenheit erhalten, zu überprüfen, ob der Arzt sein Berufsverbot beachtet oder weiterhin unter Verstoß gegen das Berufsverbot abrechnet.

### Verstoß gegen Berufsverbot ist eine Straftat

Wenigen ist bekannt, dass ein Verstoß gegen ein Berufsverbot – auch ein vorläufiges – eine selbstständige Straftat darstellt (§ 145 c StGB). Ein solcher Verstoß hat bis zu einem Jahr Freiheitsstrafe oder eine Geldstrafe zur Konsequenz. Der strafbare Verstoß gegen das Berufsverbot erfasst dabei Umgehungsformen. Eine straf-

bare Umgehung des Berufsverbots könnte bspw. sein, dass in einer Praxismgemeinschaft von Radiologen der vom Berufsverbot Betroffene für seinen Kollegen die radiologischen Verfahren an den weiblichen Patienten durchführt, der Kollege diese dann aber abrechnet.

### Fazit

Eine KV ist zur sachlich-rechnerischen Berichtigung befugt, wenn der Arzt Leistungen ...

- ... unter Verstoß gegen seine generellen berufsrechtlichen Pflichten oder
- ... im Widerspruch zu seinen speziellen kassenärztlichen Pflichten erbringt oder
- ... rechnerisch falsch oder unter gebührenordnungsmäßigen Fehlern abrechnet.

Auch wenn sich gegen einen Arzt ein Berufsverbot später als haltlos darstellt, ist dieses zu 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

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur),  
Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns (Redakteur, 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 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.

### Merke

- Die weiterhin vorhandene Approbation und Vertragsarztzulassung ändern nichts am Durchgreifen des strafrechtlichen Berufsverbots!
- Verwaltungsrechtlich ist eine Approbation zwar nicht aufteilbar. Strafrechtlich darf ein vorläufiges Berufsverbot auf einen bestimmten Teil ärztlicher Tätigkeit (hier: die Behandlung weiblicher Patienten) beschränkt werden.

**Kassenabrechnung****Screening auf Bauch-  
aortenaneurysmen:  
neue Abrechnungs-  
option seit 2019**

Seit dem 01.04.2018 können auch Radiologen auf Überweisung das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen durchführen und mit den EBM-Nrn. 01747 (Aufklärungsgespräch) und 01748 (Screeningsonografie) abrechnen. Nun wurde ein bestehender Abrechnungsausschluss zu diesen Nrn. aufgehoben.

Wurde bei einem Versicherten am gleichen Behandlungstag neben dem Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen auch eine sonografische Untersuchung der Urogenitalorgane durchgeführt, konnte bisher die für diese Untersuchung vorgesehene Nr. 33043 nicht berechnet werden. Diesen Abrechnungsausschluss hat jetzt der Bewertungsausschuss beseitigt: Seit dem 01.01.2019 ist die Nr. 33043 auch neben der Nr. 01748 berechnungsfähig.

**Merke**

Die Bewertung der EBM-Nr. 33043 wird allerdings bei Abrechnung am gleichen Tag wegen sich überschneidender Leistungsinhalte von 87 Punkte (= 9,42 Euro) auf 79 Punkte (= 8,55 Euro) gemindert.

**WEITERFÜHRENDER HINWEIS**

- „Screening auf Bauchaortenaneurysmen ab Januar 2018 auch von Radiologen abrechenbar“ in RWF 01/2018

**Qualitätssicherung****PET/CT: Qualitäts-  
sicherungsverein-  
barung angepasst**

Nachdem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die PET/CT bei zwei weiteren Indikationen in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen hat, haben KBV und Krankenkassen die entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarung mit Wirkung zum 01.12.2018 angepasst und die vom G-BA beschlossenen Ergänzungen umgesetzt.

Für Ärzte, die bereits eine Genehmigung für PET- beziehungsweise PET/CT-Leistungen haben, 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 31.05.2019 – bei ihrer KV beantragen und die Erfüllung der Anforderungen nachweisen.

**WEITERFÜHRENDE HINWEISE**

- Informationen zu den Änderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT im Dtsch Arztebl 2019; 116(1-2): A-51 / B-43 / C-43, online unter [www.iww.de/s2312](http://www.iww.de/s2312)
- Die aktuelle Fassung der Qualitätssicherungsvereinbarung finden Sie im Netz bei der KBV unter [www.kbv.de/media/sp/PET\\_CT.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PET_CT.pdf)
- „Weitere Indikationen für PET-/CT-Untersuchungen werden in den EBM aufgenommen“ in RWF Nr. 12/2018
- „Indikationsliste für PET/CT bei malignen Lymphomen erweitert“ in RWF Nr. 6/2018

**EBM 2019****Osteodensitometrie  
– Bewertung deutlich  
erhöht**

Die Bewertung der Osteodensitometrie wurde zum 01.01.2019 deutlich angehoben. Dies hat der Bewertungsausschuss am 12.12.2018 beschlossen.

**Punktwert steigt von 161 auf 268**

Die Punktzahl für die EBM-Nrn. 34600 (Osteodensitometrie I) und 34601 (Osteodensitometrie II) steigt von bisher 161 auf jetzt 268 Punkte. Wie bisher wird die Osteodensitometrie II nach der Nr. 34601 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), also extrabudgetär mit dem Orientierungswert (2019: 10,8226 Cent bzw. 29,00 Euro) vergütet, die Osteodensitometrie I hingegen nach der Nr. 34600 innerhalb der MGV. Diese wird jedoch zur Finanzierung der Bewertungsanhebung entsprechend erhöht.

**Prüfzeit wird deutlich reduziert**

Parallel dazu wurde die Prüfzeit für beide Leistungen von bisher sieben Minuten im Tages- und Quartalsprofil auf nunmehr zwei Minuten gesenkt.

KBV und Krankenkassen hatten ursprünglich vereinbart, die Osteodensitometrie im Rahmen der EBM-Reform neu zu bewerten. Nachdem diese jedoch auf den 01.01.2020 verschoben wurde, wurde die Neubewertung jetzt vorgezogen.

**WEITERFÜHRENDER HINWEIS**

- „Osteodensitometrie – Anpassung der Nr. 34600 und Neuaufnahme der Nr. 34601“ in RWF Nr. 1/2014



## Interview

## „Künstliche Intelligenz kann die Radiologie unterstützen“

Künstliche Intelligenz (KI) wird nicht gleich alle Radiologen arbeitslos machen, sie sollten sich jedoch mit dem Gedanken anfreunden, mit KI zusammenzuarbeiten. Über das Thema sprach Ursula Katthöfer ([www.textwiese.com](http://www.textwiese.com)) mit Prof. Dr. med. Werner Weber, Leiter des Instituts für Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin am Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum. Er zählte im Oktober 2010 zu den fünf Pilotmitgliedern des Westdeutschen Teleradiologieverbands, dem inzwischen 376 Kliniken und Praxen angehören.

**Redaktion:** Welche Aufgaben kann KI in der Radiologie übernehmen?

**Prof. Weber:** KI kann Muster erkennen. Überall dort, wo wir es mit standardisierbaren Auswertungen von Bildbefunden zu tun haben, kann dem Computer eine Abweichung vom Muster auffallen. Beispiele, die auf dem letzten Radiologiekongress Ruhr vorgestellt wurden, sind Knochenalterungsbestimmungen, Mammografie und Prostadiagnostik. Der Computer könnte eindeutige normale Befunde erkennen und filtert so die auffälligen Bilder heraus, der Radiologe schaut nur diese Bilder an und stellt die Diagnose.

**Redaktion:** Machen Radiologen, die KI nutzen, sich damit überflüssig?

**Prof. Weber:** Nein, der Computer unterstützt die Radiologie. Er ermüdet nicht, kann mehr Daten speichern als der Mensch und sie in einer kontinuierlichen Qualität abrufen. Deshalb denke ich, dass KI insbesondere dort kommen wird und sinnvoll ist, wo viele Untersuchungen anfallen und durchgesehen werden müssen. Ein Beispiel wäre die Etablierung einer Methode als Standardverfahren,

wenn in einem Institut statt zwei plötzlich deutlich mehr Prostata MRTs anfallen und sich die Frage stellt: Wer soll das alles auswerten?

**Redaktion:** Was steckt hinter der Idee des KI-Marktplatzes des Westdeutschen Teleradiologieverbands?

**Prof. Weber:** KI ist nur dann gut, wenn Sie viele Fälle eingeben und eine große Datenmenge als Grundlage der Auswertung schaffen. Diese große Datenmenge ist für die Softwareentwicklung notwendig. Denn in der Datenbank müssen möglichst alle theoretischen Abweichungen vom Normalen und das Normale in seiner Variabilität hinterlegt sein. Der Computer kann nur so gut sein wie die Daten, die eingegeben werden.

**Redaktion:** Wie steigen die Heilungschancen der Patienten?

**Prof. Weber:** Das können wir noch nicht sagen, mir sind keine Studien bekannt. Doch ich könnte mir vorstellen, dass Fehler, die durch menschliches Versagen entstehen, in den o. g. Anwendungsbereichen vermieden werden können.

**Redaktion:** Wie gehen Radiologen mit der Sorge um, dass der Computer Ergebnisse liefert, die der Mensch nicht treffen würde?

**Prof. Weber:** Das ist ein juristisches Problem. Die Hersteller der Computersysteme müssen klären, wer die Haftung übernimmt. Ihre Spezialisten für IT-Sicherheit müssen auch das Risiko von Datendiebstahl und Programmierungsfehlern bewerten und dafür Verantwortung übernehmen. Als Arzt muss ich mich z. B. darauf verlassen können, dass ich mir die vom Computer als normal aussortierten Bilder nicht mehr anschauen muss. Wenn ich nicht darauf vertrauen kann, brauche ich keine KI.

**Redaktion:** Zurückhaltend oder aufgeschlossen – wie stehen die Mitglieder des Westdeutschen Teleradiologieverbands der KI gegenüber?

**Prof. Weber:** Wir sind eine sehr heterogene Gruppe aus niedergelassenen Ärzten und Kliniken, da gibt es keine einheitliche Meinung. Ich bin Berufsverbandspräsident der Deutschen Neuroradiologen. Für die interventionelle und diagnostische Neuroradiologie kann ich sagen, dass der Computer hier z. -B. in der MS-Diagnostik eingesetzt werden könnte. In der Schlaganfalldiagnostik gibt es ein IT-basiertes System zur Bestimmung der Schlaganfallgröße. Ich bin hier für eine offene Diskussion, man sollte der KI in der Radiologie eine faire Chance geben.

**Redaktion:** Herr Prof. Weber, vielen Dank für das Gespräch!

## WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „KI in radiologischen Diagnosesystemen: die wichtigsten rechtlichen Fragen“ in RWF 9/2018

## Finanzinvestoren in der Radiologie

### Spekulationsobjekt MVZ – Wie ist die Lage?

Nach Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren in Deutschland zum Ende des Jahres 2017 mehr als 2.800 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zugelassen, in denen rund 18.000 Ärzte angestellt oder freiberuflich tätig waren. Da sich der deutsche Gesundheitsmarkt umsatzstark und wenig konjunkturanfällig zeigt, ist er für Kapitalanleger von Interesse. So betätigen sich Finanzinvestoren – gerade im Bereich der Radiologie und Nuklearmedizin – vermehrt als MVZ-Betreiber. Sich hieraus ergebende (Rechts-)Fragen beantwortet der folgende Beitrag.

von RA Tim Hesse, Kanzlei am  
Ärztehaus, Münster/Dortmund

#### MVZ: rechtlicher Hintergrund

Im Jahr 2004 führte der Gesetzgeber das MVZ-Modell ein, um neue Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärzte in der ambulanten Versorgung und die Möglichkeit der Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete oder mit nichtärztlichen Leistungserbringern zu schaffen.

Heute ist der Kreis möglicher MVZ-Gründer gemäß § 95 Abs. 1a SGB V zur Sicherung der Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen auf zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen, gemeinnützige Träger mit Versorgungsauftrag und Kommunen beschränkt.

Früher entstandene MVZ, die zulässigerweise durch andere Leistungserbringer (z. B. Heil- und Hilfsmittelbringer, Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen, Apotheker) gegründet worden waren, genießen Bestandsschutz.

#### Merke

Die Gründung eines MVZ ist heute nur noch in der Rechtsform einer Personengesellschaft (also etwa einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Partnerschaftsgesellschaft), einer eingetragenen Genossenschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung sowie in öffentlich-rechtlicher Form erlaubt.

#### Welche Gründungsvoraussetzungen existieren?

Abgesehen von der passenden Gründereigenschaft und der Wahl einer zulässigen Rechtsform müssen für eine MVZ-Gründung mindestens zwei halbe vertragsärztliche Zulassungen zur Verfügung stehen. Im MVZ muss ein ärztlicher Leiter als angestellter Arzt oder selbstständiger Vertragsarzt tätig sein. Auch eine kooperative Leitung durch Angehörige verschiedener Fachgebiete ist denkbar. Bereiche des Managements können z. B. auch durch Nichtmediziner geleitet werden.

#### Wer investiert – und wie?

Sog. Private-Equity-Gesellschaften (Investmentfonds) sammeln Kapital

und investieren es in Unternehmensbeteiligungen, um diese später gewinnbringend wieder zu verkaufen. Es geht also um die – regelmäßig zeitlich begrenzte – Investition privaten Kapitals zu Anlagezwecken.

Auch Unternehmen wie z. B. der Geräte-Hersteller Siemens investieren. Aufgrund der strengen Vorgaben zur zulässigen Gesellschaftsform ist Investoren grundsätzlich verwehrt, selbst MVZ zu gründen oder zu erwerben. Allerdings kommt eine mittelbare Beteiligung durch den Erwerb einer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Klinik in Betracht, deren MVZ-Beteiligung und -Betrieb zulässig ist.

Im Übrigen können freiberuflich tätige Ärzte zum Zweck der Anstellung an einem MVZ auf ihre Zulassung verzichten und diese auf das MVZ übertragen. Ein MVZ kann so Zulassungen niedergelassener Vertragsärzte unmittelbar erwerben. Voraussetzung ist, dass die Abgeber in dem MVZ noch mindestens drei Jahre lang als Angestellte weiterarbeiten. Eine Ausschreibung der zu übertragenden Zulassung ist dabei nicht erforderlich – was auch bedeutet, dass die Zulassungsausschüsse der KVen keine Steuerungsfunktion bei der Nachbesetzung übernehmen können.

Darüber hinaus kann ein MVZ wie jeder andere Leistungserbringer eigene Zulassungen zur Nachbesetzung ausschreiben und sich auf ausgeschriebene Kassenarztsitze bewerben. Übernommene Praxen können mit einem angestellten Arzt am bisherigen Ort weitergeführt werden. So finden branchenfremde Investoren Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung. Mit den erworbenen Arztsitzen lässt sich ei-

ne lukrative, hochspezialisierte fachärztliche Versorgung organisieren.

Niedergelassenen Radiologen, die sich mit der Aufgabe ihrer Praxis beschäftigen, bleibt angesichts der zunehmenden Investitionsbereitschaft möglicherweise eine langwierige Suche nach einem Praxisnachfolger erspart. Vielfach dürfte sich – abhängig von Steuervor- und -nachteilen – die Möglichkeit bieten, die Praxis lukrativ zu veräußern und die eigene Tätigkeit zu finanziell ansprechenden Konditionen, ggf. unter Reduzierung der Arbeitszeit und befreit von lästigem Verwaltungsaufwand im Anstellungsverhältnis fortzusetzen.

### Zahlen und Trends

Die Zahl der in Deutschland zugelassenen MVZ steigt wie die Anzahl der MVZ in Krankenhaus-Trägerschaft stetig. Im Jahr 2016 wuchs die Summe der MVZ-Zulassungen um mehr als 13 Prozent. Die weitaus meisten MVZ arbeiten mit angestellten Ärzten. Im Jahr 2017 waren bei MVZ

- 1.112 Fachärzte für diagnostische Radiologie und
- 342 Nuklearmediziner beschäftigt.

Von 2.821 zu Beginn des Jahres 2018 in Deutschland zugelassenen MVZ wurden 1.163, also gut 40 Prozent, von Krankenhäusern getragen. Im Freistaat Thüringen befanden sich zu dieser Zeit bereits fast drei Viertel aller MVZ in Klinikhand, Vertragsärzte machten dort lediglich knapp ein Fünftel der MVZ-Träger aus. In Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt trugen Krankenhäuser jeweils rund 60 Prozent aller MVZ.

Die Zahl der Praxis- und MVZ-Standorte hierzulande in Private-Equity-Hand wurde 2018 auf 420 ge-

schätzt. Im Jahr 2017 waren 35 MVZ-Übernahmen durch Privatinvestoren zu verzeichnen, 2018 noch deutlich mehr. Wie viele Investoren-MVZ aktuell in Deutschland tatsächlich existieren, ist offenbar nicht bekannt. Für den ärztlichen Bereich kann laut KBV eine verlässliche Zuordnung der Träger zu Private-Equity Gesellschaften nicht vorgenommen werden. Die Situation ist daher undurchsichtig.

### Welchen Bedenken unterliegt die Investitionszunahme?

Die in Bezug auf die zunehmende Investorenbeteiligung an MVZ-Trägergesellschaften geäußerten Bedenken sind vielfältig.

- Hauptsächlich wird die Befürchtung angeführt, der Betrieb von MVZ in der Hand von Finanzinvestoren ohne medizinischen Bezug orientiere sich eher an **Gewinnerzielung** als an adäquater medizinischer Versorgung.
- Kritiker sehen die **Unabhängigkeit** medizinischer Entscheidungen gefährdet.
- Die Ausbildung konzernartiger Strukturen in der medizinischen Versorgung begünstige das allgemein beobachtete „**Praxissterben**“, fördere damit **Unterversorgung** in ländlichen und strukturschwachen Gebieten und befeue gleichzeitig eine Über- und Fehlversorgung in Großstädten und einkommensstarken Regionen.
- Bei fortschreitender Entwicklung drohe eine Einschränkung der **freien Arztwahl** einerseits und der Ausübung des freien Arztberufs andererseits. Auf lange Sicht gehe die Vielfalt des ärztlichen Leistungsangebots verloren.

### Fazit

Anzunehmen ist, dass sich die Investorenexpansion in das Gesundheitswesen weiter fortsetzt. Wirksame gesetzliche Vorgaben gegen diesen Trend existieren bisher nicht. Es dürfte jedoch z. B. wenig sinnvoll sein, etablierte ärztliche Einzelpraxen auf Dauer in einen Wettbewerb mit Praxisketten treten zu lassen – oder in einem Planungsbereich die Bündelung eines Großteils der Arztsitze einer Fachgruppe in der Hand eines Konzerns zuzulassen. Insgesamt sollte verhindert werden, dass medizinfremde Kapitalanlagegesellschaften allzu hohe Summen aus dem mit Solidarmitteln finanzierten deutschen Gesundheitssystem herausziehen können.

Um ausuferndem Investitionsverhalten entgegenzuwirken, wäre es denkbar, ausschließlich die in einem MVZ tätigen **Ärzte als dessen Betreiber** zuzulassen oder ihnen zumindest eine Mehrheitsbeteiligung zu garantieren.

Bei anderen MVZ-Betreibern wie etwa **Krankenhäusern** könnte (um einer Ausweitung des Krankenhaus-Leistungsangebots über das MVZ vorzubeugen) ein medizinisch-fachlicher Bezug zwischen Klinik- und MVZ-Angebot verlangt oder ein räumlich-regionaler Bezug – bzw. die Erlaubnis zum MVZ-Betrieb nur innerhalb des Klinik-Planungsbereichs – vorgeschrieben werden. Ausnahmen könnte bzw. sollte es für Gebiete geben, für die Unterversorgung festgestellt wurde oder droht.