

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

07 | Juli 2019

Kooperationen

Neuigkeiten rund um das „MVZ“ im Zeichen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes

Das zum 11.05.2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) enthält auch einige Neuregelungen hinsichtlich der Gründung von MVZ. Von Interesse sind in diesem Zusammenhang zudem das Ende einer Zulassung als Vertragsarzt sowie die künftigen EBM-Neubewertungen insbesondere bei technischen Leistungen.

von Dipl. Volkswirtin Katja Nies, Köln
praxisbewertung-praxisberatung.com

MVZ-Gründungsbefugnisse – bisherige Regelungen

Bisher sind folgende Personen bzw. Institutionen berechtigt, ein MVZ zu gründen:

- Zugelassene Vertragsärzte (d. h. keine reinen Privatärzte)
- Zugelassene (Plan-)Krankenhäuser (keine Privatkliniken nach § 30 Gewerbeordnung)
- Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V
- Gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen
- Kommunen
- Angestellte Ärzte, sofern sie zugunsten einer Anstellung im MVZ auf ihre Zulassung verzichtet haben und solange sie in diesem MVZ tätig sind

MVZ-Gründungsbefugnisse – neue Regelungen durch das TSVG

Das TSVG bringt nun Änderungen beim Kreis der MVZ-Gründungsberechtigten, wobei die Gründung nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft, einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform möglich ist. Darüber hinaus kann ein MVZ-Träger mehrere MVZ betreiben, d. h. nicht für jeden MVZ-Standort muss eine eigene Gesellschaft gegründet werden.

- **Anerkannte Praxisnetze** (s. § 87 Abs. 4 SGB V, KBV-Rahmenvorgabe sowie regionale Vereinbarungen) werden in den Gründerkreis aufgenommen.
- Die Erbringer **nichtärztlicher Dialyseleistungen** dürfen nur noch „fachbezogene MVZ“ gründen. Der

Inhalt

Abrechnung

- EBM – mpMRT der Prostata bei Kassenpatienten 3
- GOÄ – CT Kopf-Angio korrekt abrechnen 3

Haftungsrecht

- Unterbliebener Rat zur Stanzbiopsie: Gynäkologin verurteilt, Radiologen nicht 4
- Berufshaftpflicht für Radiologen – Was ist zu beachten ... 5

Arbeitsrecht

- Arbeitszeiterfassung: trotz des EuGH-Urteils erst einmal abwarten 6

Finanzierung

- Die Koordinierung von Praxis- und Privat-Finanzierung lohnt sich 7

Digitalisierung

- KI in der Radiologie – zwei Beispiele 8

Guerbet informiert

- Ausbau des Produktangebots Interventionelle Radiologie 8

Fachbezug besteht auch für die ärztlichen Leistungen, die im Zusammenhang mit einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten stehen (z. B. Hausarzt, Urologie, Kardiologie, Radiologie). Für „Alt-MVZ“ gibt es einen Bestandsschutz.

Merke

Es bleibt abzuwarten, wie „eng“ in Zukunft der Begriff „fachbezogene MVZ“ bei den Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen ausgelegt werden wird.

- **Angestellte Ärzte:** Um zu verhindern, dass einem MVZ nach dem Ausscheiden aller originären Gründer die Zulassung entzogen wird, wird geregelt, dass die Gründungsvoraussetzung erhalten bleibt, wenn nachfolgende angestellte Ärzte, solange sie in dem betreffenden MVZ tätig sind, die Gesellschafteranteile übernehmen können.

Gründung von Z-MVZ – Spezialregelung für Krankenhäuser

Aufgrund des besorgniserregenden Eindringens von Fremdinvestoren in den Gesundheitssektor seit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (2015) wurden besondere Regelungen für die Gründung von Zahnärzte-MVZ (Z-MVZ) durch Krankenhäuser im TSVG niedergelegt (hiermit soll dem Vehikel „Aufkauf eines sanierungsbedürftigen Krankenhauses“, das dann als MVZ-Trägergesellschaft dient, eine Grenze gesetzt werden). Ein Z-MVZ kann von einem Krankenhaus in Zukunft nur noch gegründet werden, wenn der Versorgungsanteil der dann insgesamt von dem Krankenhaus gegründeten bzw. betriebenen Z-MVZ in dem

betreffenden Planungsbereich eine bestimmte Grenze nicht überschreitet.

Es fällt auf, dass (bis auf die Beschränkungen bei den Erbringern „nichtärztlicher Dialyseleistungen“) „nur“ bei den Zahnärzten eine Begrenzung der durch Krankenhäuser zu gründenden MVZ durch das TSVG eingeführt wurde (Bei den Zahnärzten sind ca. 50 von 600 MVZ in den Händen von Fremdinvestoren bzw. Private-Equity-Fonds, die zum Teil ihren Sitz im Ausland haben). Ganz allgemein bilden in Deutschland MVZ einen Schwerpunkt für Investments von Private-Equity-Gesellschaften. Bei den Ärzten liegt die Zahl der MVZ, die sich in Händen von Finanzinvestoren befinden, laut aktuellen Zahlen bei ca. 420 (von insgesamt 2.500). Zu den bevorzugten Fachgebieten zählen

- Labormedizin,
- Radiologie und Nuklearmedizin,
- Dialyse,
- Augenheilkunde und
- Dermatologie.

Einbringung einer Praxis in ein MVZ

Ein Arzt kann in dem Planungsbereich, für den er zugelassen war, weiter tätig sein, auch wenn der Sitz des anstellenden MVZ in einem anderen Planungsbereich liegt (§103 Abs. 4a Satz 3 SGB V). Hiermit wird klar gestellt, dass der verzichtende Arzt in einer Zweigstelle, die in seinem bisherigen Planungsbereich liegt, als Angestellter tätig sein kann, obwohl die MVZ-Trägergesellschaft in einem anderen Planungsbereich ihren Sitz hat.

Ende der Zulassung und „ $\frac{3}{4}$ -Versorgungsauftrag“

In § 95 Abs. 7 SGB V steht, dass die Zulassung endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulas-

sungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung angenommen wird. Allerdings muss laut Ansicht von Fachleuten eine Fristverlängerung trotz fehlender gesetzlicher Klarstellung möglich sein. Sie verweisen diesbezüglich auch auf den nichtigen § 19 Abs. 3 Ärzte-ZV, in dem der gleiche Sachverhalt dargestellt wird.

In Zukunft kann ein Vertragsarzt auch auf $\frac{1}{4}$ seines Versorgungsauftrags verzichten, um dann mit einem $\frac{3}{4}$ -Versorgungsauftrag tätig zu sein. (§ 19 a Ärzte-ZV). Die Konsequenz daraus ist, dass der Zulassungsausschuss in Zukunft auch einen $\frac{1}{4}$ -Versorgungsauftrag entziehen bzw. ruhen lassen kann.

Neubewertung des EBM bis 2020

Gemäß § 87 Abs. 2 S. 3 ff. SGB V verlangt der Gesetzgeber, dass bis Ende Februar 2020 eine Neubewertung der ärztlichen Leistungen im EBM auf betriebswirtschaftlicher Grundlage vorgenommen wird. Hierbei geht es auch um die Überprüfung und Neubewertung der Leistungen mit einem hohen technischen Anteil.

Geplant ist u. a. eine „Abstaffelung“ bei den Leistungen, die aufgrund der anfangs hohen Anschaffungskosten der Geräte und damit hohen Kosten für Abschreibungen, eine hohe Punktzahl aufweisen (da die Geräte zu einem bestimmten Zeitpunkt abgeschrieben sind bzw. sich amortisiert haben, sieht der Gesetzgeber hier „Rationalisierungsreserven“). Diese Neubewertungen würden insbesondere die **Radiologie**, die **Strahlenmedizin**, die **Labormedizin**, die **Humangenetik** sowie die **Nuklearmedizin** treffen.

Leserforum EBM

mpMRT der Prostata bei Kassenpatienten

FRAGE | Von kooperierenden Urologen erhalten wir vermehrt Anfragen, ob und ggf. wie bei gegebener Indikation die multiparametrische Magnetresonanztomografie (mpMRT) der Prostata bei Kassenpatienten abgerechnet werden kann, bei entsprechender Indikation auch in Kombination mit einer Fusionsbiopsie. Dem Verfahren wird gegenüber der transrektalen ultraschallgesteuerten Biopsie (TRUS) Überlegenheit bescheinigt (PRECISION-Studie). Gibt es eine Möglichkeit, auch bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die mpMRT durchzuführen und abzurechnen?

ANTWORT | Die S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Prostatakarzinoms empfiehlt die mpMRT insbesondere im Rahmen einer Sekundärbioptie oder bei Patienten mit einer aktiven Überwachung. Damit ergibt sich das Problem, dass i. d. R. Urologen die Indikation zur Durchführung einer mpMRT stellen, die Untersuchung selbst aber von einem Radiologen erbracht wird, eine ggf. erforderliche Fusionsbiopsie in Zusammenarbeit. Uns liegen Erkenntnisse vor, dass die GKV Anträge auf Kostenerstattung der mpMRT nach der GOÄ bei begründeten Indikationen positiv bescheidet. Die GOÄ-Abrechnung sähe so aus:

- **Nr. 5720*** (1-fach: 256,46 Euro)
- Ergänzende Serie nach **Nr. 5731*** (1-fach: 58,29 Euro)
- Computergestützter Analyse nach **Nr. 5733** (46,63 Euro, nur 1-facher Gebührensatz möglich)
- Kontrastmitteleinbringung, i. d. R. mittels Hochdruckinfusion nach **Nr. 346*** (1-fach: 17,49 Euro)
- Kosten für das Kontrastmittel

* Empfohlen wird eine Steigerung mit dem Faktor 1,3.

Zwei mögliche Abläufe sind denkbar: Der überweisende Urologe könnte erstens einen entsprechenden Antrag auf Kostenerstattung ausfül-

len, diesen von dem Patienten bei der zuständigen Krankenkasse einreichen lassen und bei Bewilligung durch die Krankenkasse den Patienten an einen Radiologen überweisen. Zweitens könnte der Radiologe entsprechend verfahren und dem Antrag auf Kostenerstattung gleichzeitig auch den Kostenrahmen bei Berechnung nach der GOÄ beifügen. Der Antrag auf Kostenerstattung sollte neben der Unterschrift des Patienten auch mit dem Stempel und der Unterschrift des Arztes versehen sein.

Die **KBV** hat bei einer Anfrage die Auffassung vertreten, die mpMRT der Prostata sei als vertragsärztliche Leistung mit der EBM-Position 34442 abzurechnen. Unsere Meinung dazu: Wird eine Auftragsüberweisung zur Durchführung der mpMRT der Prostata ausgestellt, kann der die Überweisung annehmende Arzt (Radiologe) nicht „hilfsweise“ diese Leistung als MRT-Untersuchung des Beckens mit der EBM-Nr. 34442 abrechnen. Im Gegensatz zur GOÄ, bei der die Abrechnung der Nr. 5720 eine MRT-Untersuchung im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens voraussetzt, ist bei Abrechnung der EBM-Nr. 34442 die Darstellung des gesamten Beckens Abrech-

nungsvoraussetzung und das entspricht nicht der Auftragsstellung „mpMRT der Prostata“. Bei Erbringung der EBM-Position 34442 müsste neben der Darstellung des gesamten Beckens eine gesonderte Darstellung der Prostata als mpMRT erfolgen, da genau diese Untersuchung per Zielauftrag überwiesen wird. Diese äußerst zeitaufwendige Gesamtuntersuchung entspräche nicht der eigentlichen Auftragsleistung.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Musterantrag für eine Kostenübernahme online unter www.iwww.de/s2801.

Leserforum GOÄ

CT Kopf-Angio
korrekt abrechnen

FRAGE | Welche Technik steht hinter den Nrn. 5300 bis 5339 GOÄ? Wäre z. B. die Nr. 5300 für ein CT Kopf-Angio anzusetzen?

ANTWORT | Bei den Leistungen nach den Nrn. 5300 ff. in Abschnitt O I 5. der GOÄ handelt es sich um Angiografien, also Gefäßdarstellungen in herkömmlicher Röntgentechnik. Ein Angio-CT des Kopfes ist nicht nach diesen Leistungsziffern abrechnungsfähig, sondern muss nach Abschnitt O I 7. (Computertomografie) berechnet werden. In diesem Fall also Nr. 5370 (CT im Kopfbereich). Ergänzende Serien z. B. nach Kontrastmittelgabe sind zusätzlich mit Nr. 5376 berechnungsfähig. Hinzu kommt ggf. auch der Zuschlag für eine computergesteuerte Analyse einschließlich nachfolgender 3D-Rekonstruktion nach Nr. 5377. Kontrastmitteleinbringungen sind nach den Nrn. 340 ff. berechnungsfähig, im vorliegenden Fall also vermutlich Nr. 351 je Halsschlagader (max. 2x).

Haftungsrecht

**Unterbliebener Rat zur Stanzbiopsie:
Gynäkologin verurteilt, Radiologen nicht**

Das Oberlandesgericht (OLG) Hamm hat entschieden, dass in dem zugrunde liegenden Fall nach einem auffälligen Tast- und Sonografiebefund die Stanzbiopsie die Methode der Wahl zum sicheren Ausschluss einer Krebserkrankung gewesen wäre. Da die behandelnde Gynäkologin der Patientin hierzu nicht dringend geraten habe, wurde sie zur Zahlung von Schmerzensgeld in Höhe von 40.000 Euro verurteilt (Urteil vom 12.10.2018, [Az. 26 U 172/17](#)).

von RA und FA für MedizinR
Dr. Rainer Hellweg, Hannover

Sachverhalt

Eine Patientin stellte sich mit Mamma-Beschwerden bei ihrer Gynäkologin vor. Palpatorisch ergab sich eine schmerzhaft, grobknotige Mastopathie, zudem waren in der rechten Mamma diverse Knoten sowie eine unklare Resistenz festzustellen. Sonografisch konnte diese nicht eindeutig zugeordnet werden. Daher überwies die Gynäkologin für eine Mammografie an ein **Radiologie-Zentrum**.

Im radiologischen Zentrum wurde eine digitale Mammografie in zwei Ebenen vorgenommen. Dabei fanden sich mittelknotig konfluirende Parenchymstrukturen mit einem Dichtetyp entsprechend ACR-Typ III, keine Herdbefunde sowie rechtsseitig eine Mikrokalzifikation als kleine Liponekrose rechts. Der Gesamtbefund der Radiologen lautete fibrozystische Mastopathie ohne Malignitätsnachweis sowie eine Einstufung in BI-RADS 1 bei einem ACR-Typ III. Gegenüber der Gynäkologin wurde eine mammografische Kontrolle in zwölf Monaten sowie zwischenzeitliche Palpation und evtl. eine Sonografie zur Befundkontrolle als Individuelle Gesundheits-Leistung (IGeL) empfohlen.

Nachdem die Schmerzen in der Folgezeit zunahmen und die Patientin eine Vergrößerung der festgestellten Struktur bemerkte, konsultierte sie die Gynäkologin erneut. Diese untersuchte und bot eine weitere Sonografie an, die aber nicht mehr durchgeführt wurde. Nach einer Kontrolluntersuchung bei einem anderen Gynäkologen und weiterer Diagnostik – einschließlich einer mehrere Wochen später durchgeführten Stanzbiopsie – wurde die Diagnose auf ein „invasives solides duktales Mammakarzinom rechts“ gestellt. Mehrere Operationen und Chemotherapie konnten die Metastasierung nicht mehr aufhalten. Nach einigen Monaten verstarb die Patientin an multiplen intracerebralen Metastasen.

Entscheidungsgründe des OLG

Die Richter bejahten einen Befunderhebungsfehler der zuerst behandelnden Gynäkologin. Nach dem eingeholten Sachverständigengutachten hätte diese weitere Befunde, insbesondere mittels Stanzbiopsie, erheben müssen. Dass sie der Patientin zur Vornahme einer Stanzbiopsie zumindest nicht mit der erforderlichen Dringlichkeit geraten habe, sei der Gynäkologin anzulasten, da sie „Herrin der Behandlung“ gewesen sei – so die Wertung der Richter.

Radiologen entlastet

Doch auch den Radiologen gegenüber waren Vorwürfe im Prozess erhoben worden, und zwar Diagnosefehler sowie eine fehlerhafte Sicherungsaufklärung: Statt der Einstufung in die Kategorie BI-RADS 1 wäre in die Kategorie 2 – retrospektiv tatsächlich die Kategorie 3 – mit einer Verlaufskontrolle innerhalb von sechs Monaten einzustufen gewesen. Angesichts des dichten Drüsengewebes sei zudem eine ergänzende Sonografie notwendig gewesen, die intolabel nur als IGeL angeraten worden sei.

Dem erteilte das Gericht eine Absage: Der im Prozess beauftragte radiologische Sachverständige beurteilte die Mammografie als korrekt durchgeführt und – nach dem damaligen Erkenntnisstand – auch richtig befundet. Auch wenn die Einstufung als BI-RADS 1 ex post betrachtet unzutreffend gewesen sein möge, sei die Befundung aus Ex-ante-Sicht **fachradiologisch leger artis** gewesen, so der Gutachter. Die Empfehlung einer weiteren Sonografie nur als IGeL habe keine schädlichen Auswirkungen auf den weiteren Behandlungsverlauf gehabt.

Praxistipp

Dass im vorliegenden Fall die Gynäkologin haftungsrechtlich als „Herrin der Behandlung“ eingestuft wurde, ändert nichts daran, dass Radiologen bei abklärungsbedürftigen Befunden von sich aus den Patienten und/oder zumindest den behandelnden Fachkollegen informieren sollten. Gerade bei Zufallsbefunden oder Eilbedürftigkeit empfiehlt sich ein rasches initiatives Tätigwerden, das dokumentiert werden sollte, um einem möglichen späteren Haftungsprozess vorzubeugen.

Versicherung

Berufshaftpflicht für Radiologen – Was ist zu beachten?

Die in Deutschland tätigen Ärzte sind laut § 21 der Musterberufsordnung für Ärzte (MBO-Ärzte) verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern. Einige kritische Punkte sollten Sie dabei im Auge behalten.

von Roman Biehler,
Medicus Wirtschaftsberatung
GmbH & Co.KG, Düsseldorf

Höhe der Deckungssumme prüfen

Welche Deckungssummen für Personen-, Sach- und Vermögensschäden als hinreichend erachtet werden, ist der MBO-Ärzte nicht zu entnehmen. Während ältere Policen zum Teil noch 1,5 Mio. Euro als Deckungssumme versichert haben, werden die neuen Berufshaftpflichtpolicen meist mit einer Deckungssumme von 5 Mio. Euro angeboten.

Merke

Überprüfen Sie aufgrund des Anstiegs der geforderten Schadenssummen die Deckungssummen Ihrer Police und passen Sie diese im Bedarfsfall entsprechend an.

Falls die Deckungssummen zu niedrig gewählt sind oder keine Berufshaftpflichtversicherung vorliegt, haftet der behandelnde Arzt mit seinem Privatvermögen. Wie bei anderen Facharztgruppen passieren auch in der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie Fehler. Diese sind trotz der Einhaltung der Sorgfaltspflichten nicht auszuschließen. So kann z. B. ein Röntgenbild falsch gedeutet werden, was für den Patienten zu einer fehlerhaften Folgebehandlung führt. Die Kosten für einen Schaden, der durch

eine Fehldiagnose entsteht, können sich im hohen sechsstelligen Bereich bis hin zu einem Millionenbetrag bewegen. Hier sind insbesondere Schmerzensgeldzahlungen und Verdienstaufschläge der geschädigten Patienten sehr kostenintensiv. Zudem hat die mediale Berichterstattung, die gestiegene Bedeutung von Bewertungsportalen und „sozialen Netzwerken“ zu einer höheren Bereitschaft geführt, juristisch gegen behandelnde Mediziner vorzugehen.

Umgangsrisiko und Nachhaftung

Bei der Berufshaftpflicht für die Facharztgruppen Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie sollte auch auf die Mitversicherung des **Umgangs- und Behandlungsrisikos** geachtet werden. Dies gilt insbesondere bei

- Röntgenapparaten,
- radioaktiven Stoffen,
- Geräten, in denen ein Strahler/Isotop eingebaut ist,
- offen radioaktiven Stoffen,
- interventioneller Radiologie,
- periradikulärer Therapie,
- Racz-Katheter und
- Stent-Einlagen.

Wichtig ist zudem, bei Eintritt in den Ruhestand auf eine Nachhaftung bei der Berufshaftpflicht zu achten. Nach §199 BGB haftet der behandelnde Mediziner zu dem Zeitpunkt, in dem der Anspruch entstanden ist. Die Behandlung kann unter Umständen

schon viele Jahre vor diesem Zeitpunkt stattgefunden haben. So kann der Patient aufgrund einer fehlerhaften Interpretation eines Röntgenbilds erst Jahre später Kenntnis vom Umstand des schuldhaften Verhaltens des Mediziners erlangen. Eine Verjährung tritt evtl. erst 30 Jahre nach der Behandlung ein. Entscheidend für die Berufshaftpflichtversicherung ist nicht der Tag der fehlerhaften Behandlung, sondern der Zeitpunkt der Erlangung der Erkenntnis des Patienten über die fehlerhafte Behandlung. Wenn keine Nachhaftungsversicherung vorliegt, haftet der behandelnde Mediziner in seinem Ruhestand oder sogar nach seinem Tod mit dem Privatvermögen.

Merke

Überprüfen Sie – insbesondere bei älteren Policen – den Einschluss und die Dauer der Nachhaftung.

Versicherung umgehend informieren

Ob der eingetretene Schaden des Patienten tatsächlich durch die Fehlbearbeitung des Mediziners verursacht wurde, ist zu prüfen. Hier kann es zu zeitaufwendigen juristischen Auseinandersetzungen unter Einbeziehung von medizinischen Gutachten in gerichtlichen Verfahren kommen. Falls ein Patient oder dessen Rechtsanwalt mit Ihnen aufgrund eines vermeintlichen Behandlungsfehlers Kontakt aufnimmt, wenden Sie sich umgehend an Ihre Berufshaftpflichtversicherung. Dort sind Juristen der Versicherungsgesellschaften für Sie tätig, die sich täglich mit dem Thema Schadensbearbeitung befassen.

Merke

Eigenes Handeln nach dem Motto „Das kläre ich doch selbst!“ ist im Schadensfall meist kontraproduktiv.

Arbeitsrecht**Arbeitszeiterfassung: trotz des EuGH-Urteils erst einmal abwarten**

Arbeitszeit muss voll erfasst werden – zurück zur Stechuhr? Unter dieser oder ähnlichen Überschriften ist ein Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zur Arbeitszeiterfassung kontrovers diskutiert worden. Doch was bedeutet es tatsächlich für die Zeiterfassung in Arztpraxen (EuGH, Urteil vom 14.05.2019, Az. C 55/18)?

von RA und FA für MedizinR
Dr. Christian Freund, München

Geltendes deutsches Arbeitsrecht

Nach dem deutschen Arbeitszeitgesetz (ArbZG) ist Arbeitszeit die Zeit vom Beginn bis zum Ende der Arbeit, ohne die Pausen.

Merke

Bei Arbeitszeiten von mehr als sechs und bis zu neun Stunden muss die Arbeitszeit durch eine Ruhepause von mindestens 30 Minuten unterbrochen werden. Die durchschnittliche werktägliche Arbeitszeit darf acht Stunden grundsätzlich nicht überschreiten. Nur in Ausnahmefällen dürfen Arbeitnehmer bis zu zehn Stunden täglich beschäftigt werden; die werktägliche Arbeitszeit darf dann allerdings innerhalb von sechs Monaten bzw. 24 Wochen im Schnitt nicht acht Stunden überschreiten. Die Mitarbeiter haben nach Beendigung der täglichen Arbeitszeit Anspruch auf eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens elf Stunden. Diese Ruhezeit darf jedoch insbesondere in Krankenhäusern und Arztpraxen um bis zu eine Stunde verkürzt werden, wenn die Verkürzung innerhalb eines Kalendermonats entsprechend ausgeglichen wird.

In Deutschland besteht nach dem ArbZG grundsätzlich keine Verpflichtung für den Arbeitgeber, die Arbeitszeiten seiner Mitarbeiter zu erfassen. Nach § 16 Abs. 2 ArbZG ist der Arbeitgeber derzeit nur verpflichtet, die über die werktägliche Arbeitszeit von acht Stunden hinausgehenden Arbeitszeiten seiner Mitarbeiter aufzuzeichnen und ein Verzeichnis der Arbeitnehmer zu führen, die in eine Verlängerung der Arbeitszeit schriftlich eingewilligt haben. Diese Nachweise sind mindestens zwei Jahre aufzubewahren. Vor diesem rechtlichen Hintergrund verzichten viele Arbeitgeber in Deutschland, insbesondere auch die Inhaber von Arztpraxen, auf eine regelmäßige Erfassung der Arbeitszeiten ihrer Mitarbeiter. Zumal viele Mitarbeiter aufgrund der vorgegebenen Sprechstunden in der Praxis feste Arbeitszeiten haben.

Der aktuelle EuGH-Fall: Spanische Arbeitnehmer klagten

Was war passiert? Die Deutsche Bank beschäftigte in Spanien ihre Mitarbeiter, ohne deren Arbeitszeiten zu erfassen. Denn das spanische Recht sah – ähnlich wie das deutsche Arbeitsrecht – die Erfassung von Arbeitszeiten nicht zwingend vor. In einem Rechtsstreit zwischen einer Arbeitnehmervertretung und der Deutschen Bank bestätigte dann aber der EuGH die Frage, dass ein Arbeit-

geber zur Umsetzung der europäischen Arbeitnehmerrechte verpflichtet ist, die Arbeitszeiten seiner Mitarbeiter zwingend zu erfassen.

Das bedeutet das EuGH-Urteil für deutsche Praxisinhaber

Alle Arbeitgeber – also auch Praxisinhaber – sind nach dem EuGH-Urteil verpflichtet, die gesamte Arbeitszeit ihrer Mitarbeiter systematisch und genau zu erfassen. Dies gilt u. a. auch für die Arbeitszeiten von Mitarbeitern, die außerhalb der Praxisräume (Homeoffice) arbeiten. Alle Staaten der EU müssen dies nach dem Willen der Richter in Luxemburg umsetzen. Nach dem EuGH sollen nun von den einzelnen Mitgliedstaaten die „konkreten Modalitäten“ zur Umsetzung eines Systems zur Arbeitszeiterfassung festgelegt werden. Der Bundeswirtschaftsminister hat jüngst angekündigt, das Grundsatzurteil des EuGH vorerst nicht umsetzen zu wollen. Er will ein Rechtsgutachten in Auftrag geben, um zu klären, ob und in welchem Umfang die Entscheidung in Deutschland in nationales Recht transferiert werden muss.

Praxistipp

Nicht zuletzt vor der politischen Diskussion über die Umsetzung der Gerichtsentscheidung kann im Moment jeder Praxisinhaber mit der Einführung von Arbeitszeiterfassungssystemen zurückhaltend sein. Es ist sinnvoll, zunächst den weiteren Gang der nationalen Gesetzgebung abzuwarten. Gerade für kleinere Betriebe wie Arztpraxen, in denen häufig die Arbeitszeiten der Mitarbeiter durch die Sprechstundenzeit fest vorgegeben sind, sind Ausnahmeregelungen nicht unwahrscheinlich. Das deutsche Arbeitszeitrecht gilt und ist nach wie vor zu beachten.

Finanzierung

Die Koordinierung von Praxis- und Privatfinanzierungen lohnt sich

Neben einem günstigen Zinssatz (s. RWF Nr. 05/2019), der Wahl der Tilgungsmethode und der Steuerung der Laufzeit (s. RWF Nr. 06/2019) sollten Sie bei Finanzierungen in Ihrer Praxis weitere Aspekte unbedingt berücksichtigen. So ist aus steuerlichen Gründen die Abstimmung mit privaten Finanzierungen von Bedeutung. Zudem stellt sich die Frage, ob Sie sich extern beraten lassen sollten.

von Dipl.-Kfm. Steuerberater
Dirk Klinkenberg, CURATOR GmbH,
Spezialkanzlei für Heilberufe,
Bergisch-Gladbach, curator.de

Die Gesamtoptimierung der Tilgung inklusive Privatbereich

Existiert neben der Praxisfinanzierung auch eine private Finanzierung (z. B. für ein Eigenheim), sollten die Tilgungsgeschwindigkeiten dieser beiden Finanzierungen aufeinander abgestimmt werden. Da die Zinsen für die Praxisfinanzierung im Gegensatz zur Eigenheimfinanzierung steuerlich geltend gemacht werden können, sollte zuerst die Eigenheimfinanzierung getilgt werden, bevor mit der Tilgung der Praxisfinanzierung begonnen wird.

Auch wenn die Steuerung der Tilgungen in der Praxis in dieser absoluten Form nicht möglich sein wird, sollte man diesen Aspekt immer im Auge haben. Gerade wenn beide Finanzierungen bei einer Bank aufgenommen werden, bieten sich hier gute Gestaltungsmöglichkeiten. Führt eine zu ehrgeizige Tilgung des Eigenheims zu sog. Überentnahmen, sodass laufende Sollzinsen in der Praxis entstehen, wird diese Gestaltung durch § 4 Abs. 4a EStG begrenzt. Eine genaue Berechnung dazu kann ein Steuerberater erstellen.

Kann/Soll ich meine Finanzierung selbst organisieren?

Zum Thema Finanzierungen sollte jeder Unternehmer und damit auch jeder Arzt über ein Grundwissen verfügen. Eine Praxisfinanzierung ohne externe Beratung zu organisieren, ist möglich. Die finanzierende (Haus-) Bank hat auch ein Interesse daran, dass die Finanzierung „funktioniert“ und steht als Berater zur Verfügung. Zwei Punkte sollten Sie bei Ihren Überlegungen jedoch nicht vergessen:

- Für die (Haus-)Bank ist es wichtig, dass die Rückzahlung der Finanzierung sichergestellt ist – im Krisenfall aus der Verwertung von Sicherheiten. Für den Arzt ist es aber entscheidend, dass die Rückzahlung aus der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Praxis geschieht und der Krisenfall nicht eintritt.
- In Bezug auf die Gesamtkosten einer Finanzierung, gehen die Interessen der Bank und des Arztes stark auseinander.

Beide Punkte sind hier nicht als Kritik an Banken zu verstehen. Die (Haus-) Bank kann aber nur begrenzt als unabhängiger Berater im Sinne des Arztes agieren, da sie ein Wirtschaftsunternehmen ist und als solches ein Gewinnmaximierungsinteresse verfolgt. Darum ist es ratsam, einen fachkundigen Berater hinzuzu-

ziehen, der gegen Honorar die Interessen des Arztes vertritt. Neben einer möglichen Zinersparnis hat die Vermeidung von potenziellen Liquiditätsfallen oft existenzielle Bedeutung und stellt einen weiteren hohen Wert dar. Ein guter Berater sollte auf sich vereinen:

- **Kompetenz**
- **Neutralität und Unabhängigkeit:** Der Berater hat keine Interessenkonflikte im Rahmen seiner Beratung – insbesondere keine finanziellen – und darf nicht zusätzlich an der Darlehensvermittlung oder -gewährung verdienen.
- **Kenntnis der Gesamtsituation:** Die Beratung sollte sich nicht nur auf die Praxisfinanzierung beschränken, sondern Ihre Situation ganzheitlich inkl. Ihrer persönlichen Verhältnisse betrachten.

Fazit

Der Zinssatz der Praxisfinanzierung ist nicht der wichtigste Aspekt. Zwar ist ein zu hoher Zinssatz wirtschaftlich sehr ärgerlich, führt aber in aller Regel nicht zu existenziellen Problemen. Eine schlechte Finanzierungsstruktur kann durch zu hohe Liquiditätsbelastungen aber genau dies auslösen. Die Komplexität der zu beachtenden Aspekte und ihre Wechselwirkung untereinander sind deutlich höher als man zunächst denkt und machen einen professionellen Berater an der Seite des Arztes oft unverzichtbar. Steuerberater haben sich im Finanzierungsbereich eine hohe Kompetenz angeeignet, weil sie aufgrund ihrer Neutralität und Unabhängigkeit die natürlichen Ansprechpartner ihrer Mandanten sind. Sie können insbesondere im Verhältnis Arzt – Bank als Interessenvertreter des Arztes zu guten Lösungen beitragen.

Digitalisierung

KI in der Radiologie – zwei Beispiele

Ein zentrales Zukunftsthema in der Diagnostischen Radiologie ist der Einsatz der Künstlichen Intelligenz (KI), der das Berufsbild des Radiologen massiv verändern wird. Dies zeigen zwei aktuelle Beispiele.

von Dr. med. Marianne Schoppmeyer, Medizinjournalistin, medizinundtext.de, Nordhorn

Präzisere Bildgebung

Am Universitätsklinikum Jena werden dank KI ganz neue Wege beschritten. Die Radiologen setzen KI – nach eigenen Angaben weltweit erstmalig – in der radiologischen Routine ein, um CT-Bilder zu rekonstruieren. Damit ist es möglich, CT-Aufnahmen mit höherer Bildschärfe zu erzeugen als mit den bisher zur Verfügung stehenden Me-

thoden der Bildrekonstruktion. Grundlage der eingesetzten KI ist ein neuronales Netzwerk, das aus Erfahrungen lernt. Beim Prozess des Deep Learnings lernen die künstlichen Neuronen des Netzwerks entsprechend ihrem biologischen Vorbild durch intensives Training. Deshalb verbessert sich die Bildqualität mit jeder weiteren Aufnahme. Diese selbstlernende Software verbessert – bei gleicher Strahlendosis wie bisher – das Bildrauschen, sodass mehr diagnostische Sicherheit bei weniger Strahlung möglich erscheint.

Bessere Beurteilung

Ein weiteres KI-Anwendungsgebiet wird an der Universitätsklinik Heidelberg untersucht. Dort zeigte die Auswertung von 2.000 MRT-Untersuchungen von Glioblastomen, dass durch maschinelle Lernverfahren das Therapieansprechen dieser Hirntumoren verlässlicher und präziser wiedergegeben werden kann als mithilfe etablierter radiologischer Verfahren. Entscheidend ist die über MRT-Bildgebung ermittelte Wachstumsdynamik des Tumors. Doch das manuelle Messen der Tumorausdehnung in zwei Ebenen in den kontrastverstärkten MRT-Aufnahmen ist fehleranfällig und führt leicht zu abweichenden Ergebnissen. Die standardisierte, vollautomatisierte Beurteilung mithilfe künstlicher neuronaler Netzwerke steigerte die Verlässlichkeit der Beurteilung um 36 Prozent.

CONTRAST FORUM – Neues von Guerbet

Ausbau des Produktangebots Interventionelle Radiologie (IR)

Mit der Marktverfügbarkeit nach Erhalt des CE-Zeichens stehen dem interventionell tätigen Radiologen ab sofort hoch-innovative Applikationssysteme zur Verabreichung von Kontrastmitteln und Embolisationsmaterialien zur Verfügung:

Vectorio® ist ein Einmal-Set, das speziell zur Zubereitung und Verabreichung von Injektionsflüssigkeiten im Rahmen der angiografischen Leberkarzinomdarstellung entwickelt wurde. Die Besonderheiten des aus insgesamt neun aufeinander abgestimmten Einzelkomponenten bestehenden **Vectorio®**-Sets sind die geprüfte Kompatibilität mit öligem Kontrastmittel („Lipiodol® resistent“) und die Gewährleistung höchster Patientensicherheit durch das geschlossene System.

Mikrokatheter SeQure® und DraKon™ – Durch die Akquisition des Start-Ups **Accurate Medical Therapeutics 2018** und nach erfolgreicher Produkteinführung in den USA stehen nun auch für den deutschen Markt die Mikrokatheter-Systeme **SeQure®** und **DraKon™** für den interventionellen Radiologen zur Verfügung. Insbesondere mit dem **SeQure®** können dank des speziellen Designs der Austrittsschlitze zielgenau und refluxkontrolliert Embolisationspartikel abgegeben werden. Weitere Akquisitionen und Produkteinführungen im Bereich **IR** sind geplant bzw. stehen kurz vor der Realisierung.

- Über das besondere und wachsende Engagement von Guerbet in der **IR** können Sie sich auch mittels dieser speziellen Website informieren*.
- Darüber hinaus steht Ihnen unser **IR Spezial-Außendienstteam** gerne zur Verfügung.

* Die Website wendet sich an internationales Fachpublikum, ohne auf länderspezifische Besonderheiten einzugehen; daher weisen wir auf Einschränkungen bezüglich der deutschen Produktzulassungen hin und bitten um Kenntnisnahme der entsprechenden Fach- und Gebrauchsinformationen.

Impressum



Herausgeber

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

Verlag

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

Redaktion

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