

# Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

04 | April 2023

## Interview

### „Wenn eine Serverfarm uns nicht ersetzen soll, sollten wir uns mehr um die Patienten kümmern!“

Für eine Studie baten britische Wissenschaftler 26 Radiologen, die ihre Facharztprüfungen des Royal College of Radiologists in London kürzlich bestanden hatten, in einem Test-Examen gegen Künstliche Intelligenz (KI) anzutreten. Das Ergebnis: Die Radiologen waren zwar besser als die KI, aber der Abstand der KI war nur noch gering. Eine Spielerei? Prof. Dr. Stephan Schmitz, Facharzt für Radiologie in einer BAG in Aschaffenburg und Mitglied der Radiologie Initiative Bayern, hat sich mit der Studie und der Rolle von KI innerhalb der Radiologie auseinandergesetzt. Er ordnet das Probeexamen im Gespräch mit Ursula Kathöfer ([textwiese.com](http://textwiese.com)) ein und wirft einen Blick auf die Zukunft der Radiologie.

**Redaktion:** Wie bewerten Sie die Studie des Royal College?

**Prof. Schmitz:** Das ist eine durchaus ernst zu nehmende Studie. Das Royal College of Radiologists ist mit einer Fachgesellschaft vergleichbar. Es wurden Standardfragen zu konventionellen Röntgenbildern gestellt, nicht-interpretierbare Bilder waren ausgeschlossen worden. Bei einer Genauigkeitsquote von 90 Prozent galt die Prüfung als bestanden. Die Radiologen erreichten im Durchschnitt eine Richtigkeit von 84,8 Prozent und bestanden vier der zehn Prüfungen. KI schaffte 79,5 Prozent Richtigkeit. Das reichte für das Bestehen von zwei der zehn Prüfungen.

**Frage:** Warum nehmen Sie dieses Ergebnis so ernst?

**Prof. Schmitz:** Zum einen, da hier nicht irgendeine Labor-KI geprüft wurde, sondern ein in Europa zugelassenes Medizinprodukt, das also jetzt schon klinisch einsetzbar ist. Zum anderen, weil das Studiendesign recht gut war. Es konnten 26 Radiologen als human-reader für die Studie gewonnen werden.

**Redaktion:** Wo sehen Sie die Schwächen?

**Prof. Schmitz:** Das sind die üblichen Begrenzungen der KI: Die KI ist ein One-Trick-Pony, d. h., sie kann in der Regel nur eine einzige binäre Frage mit einer Wahrscheinlichkeit zwischen 0 und 1 beantworten. In der aktuellen Studie wurden immerhin sieben klinische Fragestellungen beantwortet: Bei

## Inhalt

### Praxis-/Klinikmanagement

- Radiologie: Frauenanteil hinkt hinterher ..... 3
- Ausstattungsgrad mit elektronischem Heilberufsausweis steigt ..... 3

### Abrechnung

- Lassen Sie sich bei der GOÄ-Abrechnung von Kontrastmitteln nicht unnötig limitieren ..... 4

### Recht

- Kooperationen im Spannungsfeld zwischen Gewünschtem und rechtlich Zulässigem (Teil 2) ..... 5

### Finanzen und Steuern

- BWA: Die betriebswirtschaftliche Auswertung einer Radiologiepraxis – darauf kommt es an! .... 7

### Download

- Leitfaden „Erfolgreich in die eigene Praxis“ für die Selbstständigkeit in der Radiologie (von Funrad [DRG] und BDR)

den Knochen waren das Fragen zu Fraktur, Gelenkerguss oder Luxation, bei den Lungen waren es vier weitere Fragen. Für andere Fragestellungen war der KI-Kandidat nicht trainiert worden, also ahnungslos. Aber die KI der französischen Firma SmartUrgences soll auch primär für die Notfalldiagnostik eingesetzt werden.

**Redaktion:** Wie dicht ist KI den menschlichen Radiologen auf den Fersen?

**Prof. Schmitz:** Wenn wir die Entwicklungsdynamik der KI in die Zukunft projizieren, dann könnte der britisch-kanadische Informatiker und Kognitionspsychologe Geoffrey Hinten damit recht haben, dass KI in der Zukunft viele Aufgaben übernimmt. Hinten hat sich nur mit dem Zeitpunkt vertan, als er 2016 meinte, es sei in fünf Jahren so weit. Die medizinische Welt ist sehr viel komplexer als von KI-Forschern angenommen. Natürlich muss sie auch als Medizinprodukt getestet werden, das kostet Zeit. Um ihre Qualität zu beurteilen, brauchen wir sehr gute Methoden. Es muss Regelwerke geben.

**Redaktion:** Bisher sprechen wir nur über die konventionelle Radiologie. Wie steht es um CT und MR?

**Prof. Schmitz:** Da geht es um spezialisierte Fragen. Mithilfe der CT Metastasen in der Lunge zu befunden, funktioniert mit KI schon seit einigen Jahren ganz gut. Auch das Hirnvolumen lässt sich z. B. bei Patienten mit Erkrankungen wie Alzheimer, Demenz und MS gut berechnen. Denn KI ist dem menschlichen Auge darin überlegen, diskrete subtile Veränderungen zu quantifizieren. Das Auge hingegen kann Bildinhalte in komplexen Bildern gut erkennen.

**Redaktion:** Machen Radiologen, die zur KI forschen, ihre eigene Zunft überflüssig?

**Prof. Schmitz:** Das kann man so sehen, aber das ist nicht die Frage. Denn es geht um bessere Diagnostik. Wir wollen ja eine höhere Qualität erreichen. Auch bin ich ganz gespannt, weil der Bedarf an Bildgebung angesichts der Demographie enorm steigt. Menschen überleben viele Tumorerkrankungen und haben komplizierte Anamnesen. Die Datensätze alter Menschen sind sehr komplex. Wir müssen Veränderungen bewerten, die bei KI zu Fehldiagnosen führen könnten.

Dennoch wird unser Berufsbild sich ändern, wenn die Aufgabe vor allem darin besteht, vorproduzierte Ergebnisse der KI zu bewerten und z. B. falsch-positive Befunde auszusortieren und die richtigen übrig zu lassen.

**Redaktion:** Die radiologische Forschung beschäftigt sich ja seit Jahren mit der KI. Warum ist der große Umbruch, die Disruption, bisher ausgeblieben? Wo ist das Chat-GPT der Radiologie?

**Prof. Schmitz:** Die radiologische Forschung ist tatsächlich sehr auf KI fokussiert und es gibt stetige Fortschritte. Google und Chat-GPT sind sprachbasierte Systeme, die immer eine Antwort aus anderen Texten ableiten können. Chat-GPT kann sogar schöne radiologische Befunde schreiben, allerdings ohne jemals ein Bild gesehen zu haben. In der Radiologie geht es um bildbasierte KI, die jeweils nur eine oder eine Auswahl von klinischen Fragestellungen beantworten kann. Die Schwierigkeit in der Radiologie ist es daher nicht, irgendeine Antwort zu geben, sondern für jeden

Patienten individuell die richtigen Fragen zu stellen. Um diesen Ansatz zu verfolgen, habe ich vor zwei Jahren das Start-up Raiys mit nun acht Mitarbeitenden gegründet. Es geht uns aber nicht um die Bildinterpretation, sondern wir konzentrieren uns auf die Befundgenerierung. Die Software soll die richtige KI anstoßen und medizinische Bild- und Textdaten, die aus Untersuchungen, Arztbriefen oder Patientengesprächen stammen, zu einem Befund zusammenfassen. Kurz, sie soll Radiologen helfen, die wachsenden Datenmengen zu bewältigen und unseren Patienten besser zu helfen.

**Redaktion:** Womit wir bei den Patienten wären. Wo bleiben die, wenn Radiologen sich nicht mal mehr mit Bildern, sondern nur mit daraus abgeleiteten Daten befassen?

**Prof. Schmitz:** Die Pandemie hat vieles verändert. Viele Radiologen haben nun eine größere Distanz zu den Patienten, manche sprechen kaum noch mit ihnen. Doch der Dialog verbessert die Befunde und den medizinischen Nutzen, den die Patienten und behandelnden Ärzte aus unseren Untersuchungen ziehen. Wenn wir als Radiologen nicht von einer Serverfarm ersetzt werden wollen, müssen wir uns dringend wieder mehr um unsere Patienten kümmern. Wir müssen sie in den Mittelpunkt rücken, um besser zu befunden.

**Redaktion:** Wie kann das gehen?

**Prof. Schmitz:** Noch gehen die Angaben eines Patienten zu seinen Beschwerden und Vorerkrankungen zu oft verloren. Auch zum Versorgungsansatz fehlen Erkenntnisse. Wie bewerten uns z. B. die Überweiser? Sind sie mit unseren Befunden zufried-

den? Wir haben in der Radiologie sehr viel technische Qualitätssicherung. Aber zur Qualität des Informationsflusses wissen wir noch zu wenig. Dort müssen wir ansetzen und fragen, ob der wichtige Beitrag unserer Bilder überhaupt richtig ankommt.

**Redaktion:** Könnte KI irgendwann an ihre Grenzen stoßen?

**Prof. Schmitz:** Das ist eine spannende Frage. Noch können wir die Grenzen nicht absehen, denn die KI entwickelt sich noch. KI-Lösungen einzubinden ist noch kompliziert, es entstehen Konflikte. Manche Radiologen sagen, dass sie KI nicht brauchen. Kleine Praxen können die notwendigen IT-Teams nicht stemmen. Zudem existieren in Deutschland noch zu große Vorbehalte gegen Cloud-Lösungen. Bevor wir die Grenzen der KI einschätzen können, muss sie erst einmal Akzeptanz gewinnen. Sie muss sich als eine Hilfe bewähren. Es kann sein, dass Radiologen irgendwann so viele Bilder haben, dass KI für sie zur willkommenen Entlastung wird.

**Redaktion:** Welche Rolle spielt die Haftungsfrage?

**Prof. Schmitz:** Die medico-legalen Aspekte müssen berücksichtigt werden. Der Radiologe haftet, wenn KI Fehler macht. Deshalb muss er sich fragen, in welchem Fall KI sinnvoll ist. Es kann natürlich in Zukunft sein, dass KI so smart wird, dass sie den Großteil des Befundungsprozesses übernimmt. Doch beim autonomen Fahren in der Radiologie sind wir noch lange nicht.

**Redaktion:** Bleibt die Frage der Vergütung.

**Prof. Schmitz:** KI ist relativ teuer. Bei gesetzlich versicherten Patienten

haben wir ein bisher nicht gelöstes wirtschaftliches Problem. Nicht einmal die privaten Krankenversicherungen haben Abrechnungsziffern für KI. Dabei bietet KI einen Mehrwert, wenn z. B. der Tumor eines Patienten genau bestimmt werden kann. Dennoch wird in der breiten Versorgung immer noch das Zentimetermaß benutzt. Bei MS-Patienten misst KI das genaue Volumen der Läsionen in einer Volumeneinheit, die dem menschlichen Auge möglicherweise entgeht. Fehlschlüsse können dazu führen, dass der Patient ein nicht mehr wirksames Präparat einnimmt, obwohl ein anderes verordnet werden müsste. Da werden 100 Euro gespart, obwohl die Kosten dafür in die Tausende gehen. Das ist unverhältnismäßig. Unsere Gesellschaft bzw. die Politik hat noch nicht ausreichend erkannt, dass wir eine Quantifizierung von Befunden brauchen.

#### QUELLE

- Shelmerdine SC et al.: Can artificial intelligence pass the Fellowship of the Royal College of Radiologists examination? Multi-reader diagnostic accuracy study. *BMJ*. 2022 Dec 21; 379:e072826. doi: [10.1136/bmj-2022-072826](https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072826).

#### Statistik

### Radiologie: Frauenanteil hinkt hinterher

Nach der [Arztzahlstatistik der KBV](#) (Stand: 31.12.2022) beträgt der Frauenanteil unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Medizinern im Bereich der Radiologie rund 35 Prozent und hinkt damit gegenüber dem Anteil über alle Fachgruppen hinterher. Der Anteil aller Ärztinnen und Psychotherapeutinnen in der ambulanten Versorgung liegt erstmals bei über 50 Prozent. In der Gruppe bis 39 Jahre liegt das Verhältnis sogar bei 58 Ärztinnen zu 42 Ärzten.

#### Digitalisierung

### Ausstattungsgrad mit elektronischem Heilberufsausweis steigt

In der ambulanten Versorgung sind inzwischen fast 80 Prozent der Ärztinnen und Ärzte mit einem elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) ausgestattet, im stationären Bereich hingegen sind es lediglich rund 40 Prozent. Über alle Versorgungsbereiche hinweg liegt der Ausstattungsgrad im März 2023 in Deutschland bei 56 Prozent, wie die Bundesärztekammer (BÄK) berichtet (s. [www.de/s7765](https://www.de/s7765)).

#### Wozu benötigen Sie den eHBA?

Der eHBA ist eine personenbezogene Chipkarte im Scheckkarten-Format und dient unter anderem als Sichtausweis. Mit dem eHBA können Sie sich als Ärztin oder Arzt aber auch digital ausweisen und vertrauliche Daten verschlüsseln. Der eHBA ermöglicht zudem die sogenannte qualifizierte elektronische Signatur (QES), die als rechtssichere digitale Unterschrift gilt. Die eHBA wird u. a. auch für die elektronische Patientenakte (ePA) oder den elektronischen Arztbrief (eArztbrief) benötigt.

#### Wo erhalten Sie den eHBA?

Herausgegeben wird der eHBA von der für Sie zuständigen Ärztekammer. Die Ärztekammern kooperieren mit Kartenanbietern, die für die Produktion und Auslieferung der Karten verantwortlich sind. Wie Sie einen eHBA beantragen können, erfahren Sie unter dem Suchwort „elektronischer Heilberufsausweis“ oder „eHBA“ bei Ihrer Ärztekammer.

## Angiografie

### Lassen Sie sich bei der GOÄ-Abrechnung von Kontrastmittelgaben nicht unnötig limitieren

Bei der Abrechnung von Angiografien werden Kontrastmitteleinbringungen in Verbindung mit den Höchstwertleistungen (z. B. Nrn. 5302, 5305, 5308, 5310 und 5312 GOÄ) hin und wieder falsch berechnet. Offenbar verleitet der jeweilige Leistungstext „... weitere **Serien** ... insgesamt“ dazu, die Kontrastmittelapplikation in Verbindung mit den für die Aufnahmeserien geltenden Abrechnungsbeschränkungen ebenfalls nur einmal anzusetzen. Doch bei der intraarteriellen Einbringung von Kontrastmittel (KM) nach Nr. 350 GOÄ ist sehr wohl eine mehrfache Abrechnung möglich.

von Ernst Diel, ehem. Leiter  
Grundsatzfragen PVS Büdingen

#### Kostenträger überinterpretieren Abrechnungsbestimmung

Vereinzelte beanstanden auch Kostenträger den Mehrfachansatz der Nr. 350 GOÄ selbst bei Aufnahmeserien, die nicht der genannten Beschränkung unterliegen. Sie argumentieren u. a., dass das KM ja bei liegender Kanüle verabreicht werde, was ja auch bei **Injektionen** aufgrund der allgemeinen Bestimmungen in **Abschnitt C II GOÄ** nicht möglich ist.

Dabei wird übersehen, dass sich diese Bestimmung lediglich auf nicht mischbare Arzneimittel bezieht, die nacheinander verabreicht werden. Die allgemeine Bestimmung zu **Abschnitt C II GOÄ** gilt aber nur für diesen Abschnitt.

KM-Einbringungen im Zusammenhang mit interventionellen Leistungen sind jedoch in **Abschnitt C IV GOÄ** enthalten und unterliegen somit nicht den allgemeinen Bestimmungen eines anderen GOÄ-Abschnitts, der lediglich therapeutische Leistungen enthält.

#### Differenzierung: Anzahl der Serien und der KM-Gaben

Nach den allgemeinen Bestimmungen zu den Angiografieleistungen (Abschnitt OGOÄ) wird die Zahl der Serien im Sinne der Leistungsbeschreibungen durch die Zahl der KM-Gaben bestimmt. Dabei ist die Anzahl der abrechnungsfähigen Serien durch die eingangs aufgezählten GOÄ-Positionen limitiert.

#### Merke

**Jede Serie** – auch wenn sie durch die genannte Limitierung nicht als radiologische Leistung nach der GOÄ ansatzfähig ist – bedingt aber eine gesonderte KM-Gabe, die auch berechnungsfähig ist!

Die Leistungsbeschreibung zu Nr. 350 GOÄ (*Intraarterielle Einbringung des Kontrastmittels*) ist ausdrücklich im **Singular** gehalten und die Anzahl der Leistung ist **nicht limitiert**.

Sofern beabsichtigt war, dass mehrere KM-Einbringungen Leistungsbestandteil einer einzigen Leistung sind, wurde dies vom Gesetzgeber eindeutig in der Leistungslegende durch An-

gabe der Pluralform berücksichtigt. Zudem sind Limitierungen des Ansatzes einer Leistung bereits eindeutig in der Leistungslegende bzw. in den allgemeinen Abrechnungsbestimmungen zur Leistungsziffer erkennbar. Beispielhaft für derartige Einschränkungen stehen die Leistungslegenden der Nrn. 351 und 355 GOÄ.

#### Beispiele: GOÄ-Leistungslegenden mit Einschränkungen

##### Nr. 351 GOÄ:

Einbringung des Kontrastmittels zur Angiographie von Gehirnarterien, **je Halsschlagader**.

Die Leistung nach Nr. 351 ist je Sitzung **nicht mehr als zweimal berechnungsfähig**.

##### Nr. 355 GOÄ:

Herzkatheter-Einbringung(en) und anschließende intrakardiale bzw. intraarterielle **Einbringung(en) des Kontrastmittels** mittels Hochdruckinjektion zur Darstellung des Herzens und der herznahen Gefäße (Aorta ascendens, Arteria pulmonalis) – einschließlich Röntgenkontrolle und fortlaufender EKG-Kontrolle, je Sitzung.

#### Fazit

Anhand der eindeutigen Leistungslegende von Nr. 350 GOÄ, die im Singular und ohne Limitierungen formuliert ist, können Beanstandungen der Kostenträger entschieden zurückgewiesen werden.

Aber auch in der täglichen Abrechnungspraxis sollte auf die vollständige Abrechnung aller KM-Gaben geachtet werden, wenn die Anzahl der tatsächlich durchgeführten Aufnahmeserien die Limitierung nach den o. a. Höchstwertleistungen übersteigt.

## Vertragsrecht

# Kooperationen im Spannungsfeld zwischen Gewünschtem und rechtlich Zulässigem (Teil 2)

Im Teil 1 dieses Beitrags zur Vertragsgestaltung bei der Zusammenarbeit zwischen Radiologen und niedergelassenen Kollegen anderer ärztlicher Fachgebiete oder zwischen Radiologen und stationären Leistungserbringern ging es um regulatorische Rahmenbedingungen sowie grundsätzliche und datenschutzrechtliche Aspekte. In diesem Teil 2 wird speziell auf Vergütungs- und Haftungsfragen bei derartigen Verträgen eingegangen.

von RA, FA für MedizinR  
Kristian Schwiegl LL.M, Köln

### Vergütung

Werden die (gegenseitig) erbrachten Leistungen durch Entgelte oder sonstige geldwerten Vorteile vergütet, ist dieses rechtliche Austauschverhältnis auf Grundlage gleich mehrerer rechtlicher Tatbestände auf seine Rechtskonformität zu prüfen.

#### „Klassiker“ ist die (verdeckte)

#### Zuweisung

Unzulässig ist dabei insbesondere die (verdeckte) Zuweisung von Patienten gegen Entgelt – und zwar gleichermaßen nach

- ärztlichem Berufsrecht (vgl. § 31 Musterberufsordnung – Ärzte [MBO]),
- vertragsärztlichem Disziplinarrecht (§§ 73 Abs. 7, 128 Sozialgesetzbuch V [SGB V]) und
- Strafrecht (§§ 299a f. Strafgesetzbuch [StGB]).

Das Verständnis der Entgeltlichkeit bzw. des Vorteils (in den § 299a f. StGB) ist dabei weit zu verstehen. Erfasst ist nicht nur die Zahlung einer Einweisungsprämie, die regelmäßig unzulässig wäre, sondern z. B. auch

- Rabatte,
- Nutzungsmöglichkeiten oder
- Vergünstigungen.

Auch müssen diese nicht ausdrücklich als Gegenleistung im Sinne eines *quid pro quo* erfolgen – es reicht die konkludente, ggf. auch zeitversetzte Vorteilsgewährung.

#### Zentrale Frage: Trägt der wirtschaftliche Erfolg die Entscheidung?

Hierbei muss nicht jeder (mittelbar) gezogene Vorteil eines Kooperationspartners gleich zur Unzulässigkeit der gesamten Zusammenarbeit führen – oftmals lassen sich einhergehende Synergien und ein wirtschaftlicher Nutzen nicht vermeiden bzw. sind gar (gesundheitspolitisch) erwünscht. Jedoch erhärtet und bestätigt sich der Verdacht einer Unzulässigkeit i. d. R. dann, wenn der Kooperation nicht mehr die bestmögliche Patientenbehandlung auf Grundlage unabhängiger ärztlicher Entscheidungen zugrunde liegt.

Lässt sich aufgrund objektiver Gegebenheiten annehmen, dass vielmehr die eigenen wirtschaftlichen Vorteile die Entscheidung des jeweiligen Kooperationspartners tragen, dürften Verstöße gegen Berufs-, Vertragsarzt- und Strafrecht gegeben sein.

### Typische Beispiele aus der Praxis

Bekannte Praxisbeispiele, die oftmals den Anfangsverdacht von Verstößen gegen Berufs-, Vertragsarzt- und Strafrecht indizieren, finden sich in **unentgeltlichen Überlassungen von medizinischer Infrastruktur** (Geräte/Personal/Räume) im Rahmen der Kooperation. Hier gilt es, im Rahmen einer Gesamtabwägung der Einzelfallumstände zu prüfen, ob noch ein wirtschaftlich adäquates Austauschverhältnis zwischen den wechselseitigen Leistungen anzunehmen ist, oder ob diese Form der Vorteilsgewährung geeignet ist, die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen infrage zu stellen.

### Vertragsarztwesen im Fokus

Eine besondere Sensibilität für rechtskonforme Kooperationen gilt im vertragsärztlichen Bereich. Auf Grundlage des § 81a SGB V haben die KVen gesonderte organisatorische Einheiten eingerichtet, deren Aufgabe in der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen liegt – mit besonderem Blick auf die hier angesprochenen Rechtsnormen. Aufgrund eines engen Informationsaustauschs der jeweilig zuständigen KV mit anderen KVen, den Ärztekammern und Staatsanwaltschaften, droht das Risiko, dass im Falle einer Kenntnisnahme der KV und der dortigen Annahme eines Anfangsverdachts eine Kaskade von Anhörungs-, Prüf- und Ermittlungsverfahren folgt.

Zur Vermeidung derartiger Verfahren sollten Praxisinhaber/-verantwortliche hinsichtlich der Vertragsgestaltung und gelebter Praxis von Kooperationen einige grundlegende Prinzipien einhalten:

- **Trennung** von Leistungserbringung und Vergütung! Diese Trennung



kann erfolgen durch eine Vereinbarung, nach der die Kooperationspartner ihre jeweils erbrachten Leistungen in eigenem Namen gegenüber den jeweiligen Kostenträgern abrechnen – gesetzt den Fall, dass dies rechtlich möglich und praktisch umsetzbar ist.

- In den Fällen, in denen dies rechtlich nicht zulässig bzw. nicht praktisch umsetzbar ist, sollte eine angemessene Vergütung vereinbart und deren Berechnung **transparent dokumentiert** werden.
- Betreffend die **Angemessenheit der Vergütung** sollte sich an den jeweils einschlägigen gesetzlichen Abrechnungssystemen/-katalogen orientiert werden; insbesondere aus berufsrechtlichen Gründen, aber auch aus praktischen Erwägungen wird regelmäßig das Gebührenverzeichnis der GOÄ als Grundlage herangezogen.

## Haftung

Die Abwicklung eines Schadenfalls ist oftmals erst dann Thema zwischen den Kooperationspartnern, wenn dieser Fall bereits eingetreten ist. Um sowohl den Fortbestand der Kooperation als solche aufgrund möglicher Unstimmigkeiten der Kooperationspartner zu vermeiden als auch nerven-, zeit- und ggf. auch kostenintensive Verfahren mit Dritten, z. B. Haftpflichtversicherern, zu minimieren, bedarf es klarer vertraglicher Regelungen. Zwischen den Kooperationspartnern sollte einvernehmlich ein vertragliches Haftungsregime vereinbart werden, sodass die Kostentragung im Innenverhältnis auf rechtssicherer Vertragsgrundlage steht und eine (gerichtliche) Klärung im Regelfall nicht eingeleitet werden muss.

## Achtung

Nicht nur die klassischeren Schadensfallgruppen (z. B. Behandlungsfehler an Patient:innen), sondern auch neuartige Konstellationen sollten bedacht und ggf. vertraglich reglementiert werden. Insbesondere im Bereich gemeinsamer EDV-/IT-Strukturen, z. B. im Rahmen teleradiologischer Behandlungskonzepte, sollten Schäden durch Hacking, Malware (u. a. Trojaner, Viren) oder Ransomware (u. a. Verschlüsselungs-Trojaner) kalkuliert und ggf. durch Cyberversicherungen gedeckt werden.

## Praxistipp

In der Praxis bewährt haben sich Regelungen, nach denen die Verantwortungsbereiche – sofern und soweit möglich – definiert und zwischen den Kooperationspartnern abgegrenzt werden. Die Kostentragung im Innenverhältnis wird dem verursachenden Kooperationspartner zugewiesen. In Zweifelsfällen soll ein unabhängiger Sachverständiger die jeweiligen Verschuldensgrade der Kooperationspartner feststellen, die allseits verbindlich gelten. Sofern über die Person des Sachverständigen keine Einigkeit erzielt werden kann, wird dieser durch eine unabhängige Institution (z. B. die Ärztekammer) bestimmt.

## Schlussbemerkung

Radiologinnen und Radiologen, die mit dem Gedanken einer Kooperation spielen, sich in Vertragsverhandlungen oder bereits in einer Kooperation befinden, ist gleichermaßen zu empfehlen, sich bei der Vertragsgestaltung fachanwaltlich beraten zu lassen.

Aufgrund der umfangreichen und sich in teils kurzen Intervallen fortentwickelnden Regulatorik, die in bestimmten Konstellationen auch die Prüfung ungeahnter Teilrechtgebiete erforderlich werden lässt, sollten auch langjährige und bewährte Kooperation in regelmäßigen Abständen auf ihre Rechtskonformität geprüft werden.

## WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Kooperationen im Spannungsfeld zwischen Gewünschtem und rechtlich Zulässigem (Teil 1)“ in RWF Nr. 03/2023
- „Anstellungsverträge: was geregelt und worauf geachtet werden sollte (Teil 1)“ in RWF Nr. 12/2022
- „Anstellungsverträge: was geregelt und worauf geachtet werden sollte (Teil 2)“ in RWF Nr. 01/2023
- „Der Verkauf einer Radiologiepraxis – wichtige Hinweise für Abgeber“ in RWF Nr. 11/2022
- „Praxisübernahmeverträge – diese Punkte sollten Erwerber beachten“ in RWF Nr. 10/2022

## 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  
(Stv. Chefredakteur, 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.

## Wirtschaftlichkeit

# BWA: Die betriebswirtschaftliche Auswertung einer Radiologiepraxis – darauf kommt es an!

Steuerberater von Arztpraxen erstellen monatlich oder vierteljährlich auf der Basis der genutzten Buchhaltungssoftware die sog. betriebswirtschaftliche Auswertung (BWA). Wie grenzt diese sich von einer Bilanz ab, was sagt sie aus und welche Missverständnisse können auftreten?

*von Prof. Günter Stephan, ehem. Hochschule für öffentliche Verwaltung des Landes Baden-Württemberg, Kehl, stephan@hs-kehl.de*

### Abgrenzung der BWA zur Bilanz

Grundlage der BWA stellen die Daten der Finanzbuchhaltung zu

- Erträgen,
- Aufwendungen und
- Umsatzerlösen dar.

Somit enthält die **BWA** wichtige Informationen über die Leistungsfähigkeit sowie die wirtschaftliche Ertragslage des ärztlichen Betriebs. Auf einen Blick ist es möglich, Umsatz sowie Aufwendungen zu sehen und zu beurteilen. Außerdem ist der Gewinn ggf. der Verlust ersichtlich. Eine gesetzliche Pflicht zur Erstellung einer BWA liegt nicht vor. Sie wird allerdings durch die gesetzlichen Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) beeinflusst.

Für die Erstellung einer **Bilanz** und der Gewinn- und Verlustrechnung gibt es dagegen die Vorschriften des HGB und des Steuerrechts. Ärztliche Betriebe erstellen i. d. R. lediglich

Einnahmen-Überschussrechnung und sind nach § 18 Einkommenssteuerrecht nicht verpflichtet, Bücher zu führen und Abschlüsse zu erstellen. Dem Finanzamt haben sie eine ordnungsgemäße Aufzeichnung ihrer Betriebseinnahmen und -ausgaben zu übermitteln. Die Differenz zwischen diesen beiden Größen ergibt den **steuerlichen Gewinn**, der der Besteuerung zugrunde liegt.

Im Gegensatz zur BWA werden in der Bilanz das Vermögen, die Schulden sowie das Eigenkapital zum Bilanzstichtag (i. d. R. der 31.12.) gegenübergestellt. Die Bilanz ist für jedes Geschäftsjahr gesetzlich vorgeschrieben. Arztpraxen brauchen diese nicht zu erstellen. Eine Pflicht zur Bilanzierung entsteht erst, wenn eine ärztliche Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) als GmbH oder als andere Kapitalgesellschaft gegründet werden. Die Bilanz ist eine stichtagsbezogene wertmäßige Gegenüberstellung von Vermögen und Kapital eines Unternehmens bzw. einer Praxis in Kontoform. Sie muss nach dem HGB jährlich aufgestellt werden. Auch die Gliederung ist vorgegeben.

Zu beachten ist, dass in der BWA keine wirtschaftliche Abgrenzung der Einnahmen und Ausgaben erfolgt. Einnahmen und Ausgaben werden dann verbucht, wenn sie zahlungsmäßig anfallen. Das HGB verlangt dagegen, dass Aufwendungen und Erträge in den Jahren zu erfassen sind, in den sie dem Grunde nach entstanden sind. So sind z. B. Mietzahlungen für den Januar des Folgejahres, die im Dezember des alten Jahres veranlasst werden, dem neuen Jahr zuzuordnen. In der BWA werden diese im Dezember des alten Jahres ausgewiesen. Für die Leitung einer Radiologie-Großpraxis geht es bei der BWA um Erkenntnisgewinne und um Steuerungsmöglichkeiten. Möglichst früh will sie mithilfe der BWA ein Bild der Praxis gewinnen und Abweichungen von der geplanten Entwicklung schnell erkennen.

### Ansatz der Einnahmen in der BWA

Bei den Einnahmen in der BWA ergibt sich das Problem, dass die Leistungen der Krankenkassen verzögert gezahlt werden. Für jedes Quartal werden drei Abschlagszahlen (z. B. bei der KV Nordrhein, s. Tabelle) und eine Restzahlung gewährt. Insgesamt erhält die Praxis 16 Zahlungen pro Jahr. Ein Abschlag für jeden Monat und eine Restzahlung für jedes Quartal. Im Januar eines Jahres erhält die Praxis den ersten Abschlag für das neue Jahr sowie die Restzahlung aus dem dritten Quartal des Vorjahres, im April ist dann neben dem Abschlag für den Monat April die Restzahlung des vierten Quartals des alten Jahres fällig.

**Tabelle: Auszahlungstermine für KV-Honorare**

Zahlung	Jan.	Febr	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Abschläge	01.21	02.21	12.20	04.21	05.21	03.21	07.21	08.21	06.21	10.21	11.21	09.21
Restzahlung	III/20			IV/20			I/21			II/21		

Tabelle s. „Frühwarnsysteme der radiologischen Praxis: Controlling mittels BWA und Praxissoftware“ in RWF Nr. 08/2019

Das bedeutet, dass die Praxis am Jahresende noch auf eine Abschlagszahlung und zwei Restzahlungen wartet, die erst im neuen Jahr ausgezahlt werden. Auch Privatleistungen werden später bezahlt.

Erbringt die radiologische Praxis monatlich in etwa gleiche Leistungen, dann gibt es bei den Einnahmen keine größeren Schwankungen. Wenn die Leistungen rückläufig sind, dann spiegeln sich die verringerten Einnahmen erst zwei oder drei Quartale später wider. Über die Praxissoftware, die die Leistungen täglich erfasst, können rechtzeitig Hinweise auf die zukünftigen geringen Einnahmen gegeben werden. Das Schema einer BWA unterliegt keinen Regelungen. In der Ausgestaltung sind die Praxen frei. Die BWA gibt auch keine Auskunft über die Liquidität, da die Einnahmen und die Ausgaben zeitlich auseinanderfallen.

### Auswertungsmöglichkeiten

Ein **interner Praxisvergleich** vergleicht die aktuellen Zahlenwerte mit denen der Vorjahre (i. d. R. drei bis fünf Jahre). Der direkte Vergleich des aktuellen Monats mit den entsprechenden Monaten der Vorjahre kann positive und negative Abweichungen aufzeigen. Allerdings sollten die Rahmenbedingungen wie z. B. Urlaubszeitraum, Ausfallzeiten beim Personal oder Preissteigerungen möglichst identisch sein bzw. Änderungen dieser Bedingungen sollten entsprechend berücksichtigt werden. Bei Abweichungen der Kennzahlen einer BWA ist dann Ursachenforschung angesagt.

Auch **externe Vergleiche** sind möglich. Entweder wird der Vergleich mit einer anderen – ähnlich aufgestellten – Praxis erfolgen oder mit Durchschnittswerten der Branche. Empfeh-

len wird eine zusätzliche **Kostenrechnung**, die dann weitere Auswertungsmöglichkeiten bietet, z. B. Kosten und Erlöse pro Kostenstelle und pro Kostenträger (Leistung) sowie Vergleiche der einzelnen Kostenarten, Kostenstellen und Kostenträger mit den Vorjahren (s. „Kostenrechnung in der Radiologie-Praxis: Was bringt sie und wie wird sie eingeführt?“ in RWF Nr. 10/2019). Denkbar sind auch grafische Darstellungen zum schnelleren Überblick über die Lage der Großpraxis. Eine aussagefähige BWA sollte folgende Kriterien erfüllen:

- Der zugrunde liegende Kontenplan sollte nachvollziehbar sein.
- Alle Rechnungen sind zeitnah zu verbuchen.
- Abschreibungen und Rechnungsabgrenzungen sollten nicht erst am Jahresende, sondern monatlich anteilig verbucht werden.
- Jährliche Zahlungen, z. B. Versicherungsbeiträge, Weihnachts- und Urlaubsgeld, Lizenzgebühren für Software, Mieten etc. sollten ebenfalls monatlich verteilt werden.

### Mögliche Missverständnisse

Die BWA kann zu den folgenden vier typischen Irrtümern führen (in Anlehnung an Rinker, Carola: BWA lesen und verstehen, S. 16 ff):

- **Irrtum Nr. 1: „Umsatz ist Gewinn.“**  
Um den Gewinn zu ermitteln, müssen vom Umsatz die Aufwendungen abgezogen werden.
- **Irrtum Nr. 2: „Zins und Tilgung mindern den Gewinn.“**  
Während die Zinsen für ein Darlehen Aufwendungen darstellen und somit den Gewinn mindern, handelt es sich bei Tilgungen um Rückzahlungen des Darlehens. Diese sind kein Aufwand und mindern somit den Gewinn nicht.
- **Irrtum Nr. 3: „Die BWA zeigt die Liquidität der Praxis.“**

Die BWA als kurzfristige Erfolgsrechnung zeigt keine Liquiditätslage der Praxis. Die Liquidität ist ableitbar aus der Bilanz und der Gewinn- und Verlustrechnung (GuV).

- **Irrtum Nr. 4: „Die BWA weist immer die richtigen Ergebnisse aus.“**

Die BWA umfasst alle Buchungen, die während des entsprechenden Zeitraums vorgenommen wurden. Je genauer gebucht wurde, desto aussagekräftiger ist die BWA. Wichtig ist auch, ob jährliche Buchungen, wie z. B. Abschreibungen, auch unterjährig gebucht werden. Außerdem erfolgt in der BWA keine Periodenabgrenzung in Form von sog. Rechnungsabgrenzungsposten. Es werden auch keine kalkulatorischen Mieten (die Praxis nutzt eigene Räumlichkeiten) angesetzt und erfasst deshalb in diesem Fall keine Mietaufwendungen. Dafür werden in der Kostenrechnung kalkulatorische Mieten angesetzt. Außerdem erfolgt kein Ausweis von kalkulatorischen Zinsen, d. h., nur Fremdkapitalzinsen werden in der BWA berücksichtigt, aber keine Verzinsung des Eigenkapitals (s. „Kalkulatorische Zinsen in einer Großpraxis der Radiologie“ in RWF Nr. 04/2022).

Auch zur Beurteilung der Bonität einer Großpraxis dient die BWA nur sehr eingeschränkt. Um Kredite von einer Bank zu erhalten, sind zumeist weitere Unterlagen als nur die BWA erforderlich. Die Bank wird die Vorlage von diversen Kennzahlen, z. B. zur Liquidität, zur Verschuldung (Anteil des Fremdkapitals), zur Umsatzrentabilität, zum Gewinn, zur Entwicklung des Umsatzes etc. verlangen.