

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

07 | Juli 2023

Interview

„Die Radiologie spielt eine zentrale Rolle im medizinischen 3D-Druck-Prozess!“

Die Technologie des medizinischen 3D-Drucks etabliert sich zunehmend in der klinischen Praxis. Der Radiologie kommt eine Schlüsselrolle zu, da Bilddaten die Grundlage für viele Anwendungen sind. Robert Rischen ist Assistenzarzt an der Klinik für Radiologie des Universitätsklinikums Münster und Mitglied der Arbeitsgemeinschaft (AG) Physik und Technik der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG). Ursula Katthöfer (textwiese.com) fragte ihn, wie der medizinische 3D-Druck sich auf die Radiologie auswirken könnte.

Redaktion: Wo werden medizinische Produkte aus dem 3D-Druck eingesetzt?

Rischen: Wir unterscheiden zwischen *anatomisch basierten* und *speziell designten* Produkten. Anatomisch basierte 3D-Modelle werden für die Patientenaufklärung, die Kommunikation unter den Fachdisziplinen und die Lehre eingesetzt, um das Verständnis komplexer anatomischer Verhältnisse zu fördern. So kann z. B. eine Operation am patientenindividuellen Modell simuliert werden. Das Training an einem konkreten Modell hilft, die Aufgabe im wahrsten Sinne des Wortes zu begreifen und bringt bessere Ergebnisse als die rein visuelle Vorbereitung. Speziell entwickelte bzw. designte Produkte umfassen neben Instrumenten und Hilfsmitteln auch Bauteile für die Forschung.

Redaktion: Könnten anatomisch basierte und designte Produkte auch eine Symbiose bilden?

Rischen: Patientenindividuelle Medizinprodukte können aus anatomischen und designten Anteilen bestehen, beispielsweise in der Prothetik und bei Implantaten. Hat ein Patient z. B. eine Gesichtsverletzung, lässt sich auf Basis seiner Anatomie die gesunde Gesichtshälfte spiegeln und ein individueller Knochenersatz drucken. Perspektivisch wird auch das Bioprinting von Geweben und Organen relevant. Hierbei können wir von Schnittmengen zum Druck herkömmlicher Implantate ausgehen.

Redaktion: Es handelt sich um ein interdisziplinäres Thema. Welche Fachgebiete gehören dazu?

Inhalt

Abrechnung

Röntgenbilder, Rechnungen: Verschlüsselung der E-Mails erforderlich und abrechenbar? ... 3

Recht

- BSG: Nuklearmedizinische Untersuchung und die Anforderungen an die Selbstbeschaffung 4
- Urteil: Ärztesiegel „Top Mediziner“ ist irreführend 6

Praxis-/Klinikmanagement

Rund ums Gerät – Beschaffung und Unterhaltung von radiologischer Medizintechnik 7

Finanzen und Steuern

Jeder neunte Niedergelassene hatte schon Übernahmeangebote 8

Download

Investoren im Gesundheitswesen: Detaillierte Informationen zur Umfrage der Stiftung Gesundheit online unter iww.de/s8060

Rischen: Zunächst ist ein Techniker notwendig. Bei uns in Münster ist das ein Orthopäde, der außerdem Ingenieur ist – eine Sondersituation. Es kann auch ein Radiologe mit technischer Expertise sein. Zudem wird ein 3D-Designer benötigt, wenn über die reine Anatomie hinaus Produkte wie Instrumente oder OP-Schablonen hergestellt werden sollen. Radiologen liefern die Bilddaten und haben im besten Falle den gesamten Prozess im Blick. Für Spezialfragen ist es sinnvoll, Naturwissenschaftler im Team zu haben. Chemiker kennen sich mit der Oberflächenbeschaffenheit der 3D-Produkte aus. Biologen wissen, wie Gewebe aufgebaut sind und ob das gedruckte Produkt gewebeverträglich ist.

Redaktion: Das ist der engere Kreis. Wer kommt aus der Ärzteschaft hinzu?

Rischen: Anwendungen für den 3D-Druck gibt es fast für jedes Fach. In der Klinik ist das klassischerweise die Zahnmedizin mit 3D-Modellen für den Mund-Kiefer-Gesichtsbereich. Die Orthopädie und Unfallchirurgie benötigt z. B. Modelle des Beckens und der Wirbelsäule. Die Urologie kann ein Modell aus dem 3D-Drucker bei Harnwegsanomalien wie der ektopen Uretermündung zur besseren Therapieplanung nutzen. In der Gefäßchirurgie lassen sich die Gefäße darstellen. Nicht zuletzt können wir in der interventionellen Radiologie komplexe vaskuläre Anatomien vor der Intervention am Modell anschauen und das gefäßinterventionelle Verfahren simulieren.

Redaktion: Welche Kenntnisse aus der Radiologie sind für ein gutes Ergebnis beim 3D-Druck wichtig?

Rischen: Für den 3D-Druck braucht es ein Fach, das sowohl die Bildgebung

als auch die Anatomie gut kennt. Damit sind wir bei der Radiologie. Wir bringen Kenntnisse der Bildakquisition, Visualisierung und Bilddatenverarbeitung sowie Wissen über den klinischen Kontext ein. Auch eine gezielte Kommunikation mit den Anforderern hinsichtlich spezieller Fragestellungen gehört fest in unseren Berufsalltag. Beispiel Neurochirurgie: Wer bestimmte Strukturen des Gehirns und der Gefäße darstellen will, muss bereits die zugrunde legende Bildgebung entsprechend wählen und dabei technische Voraussetzungen des 3D-Drucks u. a. zu Schichtdicke, Auflösung und Kontrast beachten.

Redaktion: Wie begleitet die Radiologie anschließend den Druckprozess?

Rischen: Wir stellen die Bilddaten bereit und fungieren als interdisziplinärer Übersetzer. Eine gute Qualität gelingt nur, indem anatomische und radiologisch-technische Expertise in den Prozess integriert wird. Denn wir verstehen, welches Produkt der Endanwender braucht und welche Daten für das Ausgangsbild nötig sind. Wenn wir diese Aufgabe nicht wahrnehmen, besteht die Gefahr, dass Radiologen zu Bildlieferanten verkommen. Alternativ können wir verantwortungsvoll den gesamten 3D-Druckprozess mit allen seinen Fragestellungen als „process owner“ begleiten. Die Frage ist, wie tief man sich einarbeiten und wie viel man investieren möchte.

Redaktion: Welche Rolle wird der medizinische 3D-Druck nach Ihrer Einschätzung in Zukunft in der Radiologie spielen?

Rischen: Es sind verschiedene Szenarien möglich. Ich denke, dass einige

größere Kliniken 3D-Druck-Kapazitäten für die eigene Versorgung aufbauen werden. Zudem wird es wenige spezialisierte radiologische Zentren geben, die hochwertige 3D-Modelle anbieten. Dabei ist eine Integration von Dienstleistern auf verschiedenen Prozessstufen möglich. Eine andere Möglichkeit ist, dass ein Hersteller aus ohnehin vorliegenden Daten ein Modell fertigt. Dann wäre die Radiologie völlig raus. Radiologische Praxen können somit diskutieren, ob und wie weit der 3D-Druck für sie spannend ist. Neben dem hochwertigen Druck für professionelle Zwecke ihrer Zuweiser könnte eine Praxis Modelle zu Werbezwecken nutzen, um sie im Wartezimmer auszustellen oder um Patienten daran ihre Pathologien zu demonstrieren. Dann würde ein relativ preiswerter 3D-Drucker reichen.

Redaktion: Was brauchen radiologische Institute, um die neue Technik in ihre Arbeitsabläufe zu integrieren?

Rischen: Ergänzend zur Bildakquisition, meist CT und MRT, ist eine Software für die Bilddatenverarbeitung nötig. Diese gibt es in einer weniger performanten Version für den Einstieg auch als Freeware. 3D-Drucker für den Hobbybereich sind schon für wenige Hundert Euro zu haben. Industrielle 3D-Drucker können je nach Verfahren fünf- bis sechsstelligen Summen kosten. Dann ist eine entsprechende Infrastruktur mit Reinräumen, spezieller Belüftung, Materiallager sowie Vor- und Nachbereitungsanlagen nötig. Wer das nicht investieren möchte, kann auch mit Anbietern kooperieren, die Fertigungsstraßen für Modelle haben.

Redaktion: Wie steht es um die Vergütung?

Rischen: Aktuell finanzieren wir uns über Forschungsgelder. Die GOÄ ist lange nicht aktualisiert worden, eine analoge Ziffer dürfte schwierig sein. Die gesetzlichen Krankenversicherungen übernehmen die Kosten nicht. In der Klinik könnten 3D-Modelle intern verrechnet werden. Der 3D-Druck ermöglicht individualisierte Anfertigungen und kostengünstige Kleinserien. Bei entsprechendem Nutzen für die Versorgung bzw. resultierenden Einsparungen an anderer Stelle findet sich dann auch jemand, der bereit ist, dafür die Kosten zu übernehmen. Wenn zum Beispiel ein 3D-Modell aus Daten, die sowieso vorlagen, eine halbe Stunde der teuren OP-Zeit einspart, ist das für die Klinik ein Gewinn. Denkbar ist auch, dass Patienten auf Selbstzahlerbasis die Kosten übernehmen.

Redaktion: Sie sind Vorstandsmitglied im Forum Junge Radiologie der DRG. Sind neue Techniken wie diese ein Argument, um Medizinstudierende für die Radiologie zu begeistern?

Rischen: Absolut. Die Radiologie ist ein hochinnovatives und interdisziplinäres Fach. Die Verzahnung mit dem 3D-Druck und anderen Technologien interessiert viele technikaffine Personen und demonstriert gleichzeitig einen Mehrwert für unsere Patienten. Entsprechend erhalte ich viele positive Reaktionen von Studierenden.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Rischen R, Jürgensen L, Schulze M.: Medizinischer 3D-Druck und die Rolle der Radiologie. Fortschr Röntgenstr 2022; Abstract online unter doi.org/10.1055/s-0042-1756561
- „Ohne Vergütung werden KI-Anwendungen zur Detektion die Ausnahme bleiben!“ in RWF Nr. 02/2023
- „Mit dem Weiterbildungscurriculum und der Raducation-Plattform bieten wir Orientierung!“ in RWF Nr. 08/2022

E-Mail-Versand

Röntgenbilder, Rechnungen: Verschlüsselung der E-Mails erforderlich und abrechenbar?

Frage: „Wenn wir Behandlungsunterlagen, insbesondere Röntgenaufnahmen, per E-Mail verschicken, muss das verschlüsselt geschehen. Wie ist das aber mit den Rechnungen? Einige Patienten wünschen den Empfang per E-Mail. Dürfen wir diese einfach so zustellen? Und: Können wir das Verschlüsseln des Versands von Unterlagen, z. B. der Röntgenbilder, auch separat abrechnen?“

Antwort: Zunächst zur Frage, ob die **Rechnungen unverschlüsselt per E-Mail versendet** werden dürfen: Nein, diese dürfen Sie nicht einfach so verschicken, denn auch Rechnungen enthalten personenbezogene bzw. sensible Daten. Daher dürfen und sollten Rechnungen bei Versand per E-Mail nur verschlüsselt gestellt werden, entweder über eine Inhalts- oder eine Transportverschlüsselung. Das bedeutet: Entweder wird die Rechnung oder aber der Übertragungsweg verschlüsselt.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) hatte unverschlüsselte E-Mails in seinem 28. Tätigkeitsbericht zum Datenschutz 2019 (Erscheinungsdatum 17.06.2020, Seite 63, online unter www.de/s5599) dem Versand per **Postkarte** gleichgestellt. Dabei ging es auch um die Frage, ob eine zuvor eingeholte Einwilligungserklärung der Patienten (ausdrückliche oder konkludente Zustimmung zum unverschlüsselten Versand) das Problem lösen kann. Das ist zwar strittig, jedoch äußerst kritisch zu sehen. Dazu hatte der BfDI gleichermaßen klar Stellung bezogen (Seite 10 des o. g. Tätigkeitsberichts): „*Ein unverschlüsselter Datenversand per E-Mail ist bei sensiblen Daten auch dann nicht rechtmäßig, wenn vorher eine entsprechende Einwilligung des Empfängers eingeholt wurde, da diese*

i. d. R. nicht datenschutzkonform erteilt werden kann. Nationale Vorschriften, die einen unverschlüsselten E-Mail-Versand legitimieren, sind darüber hinaus nicht DS-GVO-konform.“ Manche Datenschützer stufen eine fehlende Verschlüsselung von E-Mails für Berufsgeheimnisträger wie Ärzte, Steuerberater und Anwälte sogar als Straftat nach § 203 Abs. 1 Strafgesetzbuch (StGB) ein.

Für eine separate **Abrechnung für die Verschlüsselung des Versands von Unterlagen, z. B. der Röntgenbilder**, sehe ich grundsätzlich keine Rechtsgrundlage, zumal entsprechend frei verfügbare Software erhältlich ist. Die Verantwortung für eine entsprechend ordnungsgemäße – datenschutzkonforme – Versendung liegt bei der Klinik bzw. der Praxis. Wenn Röntgenbilder versendet werden, dann geschieht das i. d. R. zur Weiterbehandlung und/oder ist das Teil der Wahrnehmung der Verpflichtung zur Erledigung des Einsichts-/Auskunftsrechts des Betroffenen. Solche Anfragen sind mit Blick auf die DS-GVO-Vorschriften nicht kostenpflichtig (Art. 15 DS-GVO).

(beantwortet von Anja Mehling, RAin und FAin für MedizinR, Hamburg)

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Telefax: Nicht mehr datenschutzkonform?“ in RWF Nr. 04/2021

Kostenerstattung PSMA-PET/CT/MRT-Untersuchung BSG: Nuklearmedizinische Untersuchung und die Anforderungen an die Selbstbeschaffung

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte sich mit der Erstattung der Kosten einer nuklearmedizinischen Untersuchung zu befassen und dabei zu bewerten, ob die Voraussetzungen des Kostenerstattungsanspruchs im Sinne von § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V oder § 13 Abs. 3 SGB V gegeben sind. Das Urteil des BSG zeigt, worauf es im Rahmen einer solchen Kostenerstattung ankommt – Hintergrundwissen, das auch für Radiologinnen und Radiologen im Rahmen der Patientenkommunikation hilfreich sein dürfte (Urteil v. 10.03.2022, Az. B 1 KR 6/21 R).

von RAin, FAin für MedizinR
Prof. Dr. Birgit Schröder, Hamburg

Sachverhalt und Verfahrensgang

Der bei der beklagten Krankenkasse versicherte und wegen eines Prostatakarzinoms voroperierte Kläger wandte sich bei Verdacht eines Rezidivs an das Universitätsklinikum, um eine Positronenemissionstomografie/Computertomografie/Magnetresonanztomografie bei prostataspezifischem Membranantigen durchführen zu lassen (PSMA-PET/CT/MRT-Untersuchung). Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine **Kombination nuklearmedizinisch-radiologischer Verfahren** zur Sichtbarmachung von Prostatakarzinomzellen und Metastasen. Das Universitätsklinikum übersandte dem Patienten und Kläger mit Schreiben vom 20.12.2017 einen Kostenvorschlag über 1.883,68 Euro. Der Kläger überwies den Betrag am 23.12.2017. Am 27.12.2017 beantragte er bei der Krankenkasse die Übernahme der Kosten der PSMA-PET/CT/MRT-Untersuchung. Die Krankenkasse teilte dem Kläger mit Schreiben vom 15.01.2018 mit, dass beabsichtigt sei, eine Stellungnahme beim Medizinischen Dienst der Krankenver-

sicherung (MDK) einzuholen. Dieser verwies darauf, dass der G-BA für diese neue Untersuchungsmethode bei dieser Indikation noch keine Empfehlung ausgesprochen habe. Es fehle noch an evidenzgesicherten Daten, dass diese zweifelsfrei sensitive Methode einen patientenrelevanten Vorteil mit sich bringe. Am 29.01.2018 ließ der Patient die Untersuchung durchführen. Die Kosten beliefen sich auf 1.723,39 Euro. Mit Bescheid vom 06.02.2018 lehnte die Krankenkasse die Kostenübernahme ab. Der Widerspruch des Klägers blieb erfolglos. Gegen den Widerspruchsbescheid vom 24.05.2018 wurde sodann Klage zum Sozialgericht (SG) Chemnitz erhoben.

Das SG hat die Krankenkasse mit Urteil vom 13.11.2018 zur Zahlung von 1.723,39 Euro verurteilt. Die hiergegen gerichtete Berufung der Krankenkasse hat das Sächsische Landessozialgericht (LSG) zurückgewiesen. Das LSG begründete die Entscheidung damit, dass dem Kläger der Kostenerstattungsanspruch gemäß § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V zustehe. Die Krankenkasse habe den Antrag nicht innerhalb der Drei-Wochen-Frist des § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V beschieden und

den Kläger auch nicht innerhalb dieser Frist über die beabsichtigte Einschaltung des MDK informiert. Der Patient habe sich die Leistung erst nach Fristablauf am 29.01.2018 selbst beschafft – und nicht bereits mit der Überweisung des im Kostenvorschlag ausgewiesenen Betrags. Von einer Selbstbeschaffung könne erst die Rede sein, wenn die beantragte Leistung tatsächlich in Anspruch genommen werde.

Mit der Revision rügt die Krankenkasse eine Verletzung von § 13 Abs. 3a SGB V. Die notwendige Kausalität zwischen dem Fristversäumnis und der Leistungsbeschaffung sei nicht gegeben, da der Patient die Zahlungsverpflichtung schon vor Antragstellung eingegangen sei. Die Krankenkasse beantragt, die Urteile des LSG und des SG aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Entscheidungsgründe

Die Revision der Krankenkasse sei, so das BSG, im Sinne der Aufhebung und Zurückverweisung begründet (§ 170 Abs. 2 S. 2 SGB V). Der Senat könne nicht abschließend darüber entscheiden, ob dem Kläger ein Anspruch auf Erstattung der Kosten der von ihm selbst bezahlten PSMA-PET/CT/MRT-Untersuchung nach § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V oder § 13 Abs. 3 SGB V zustehe. Das Urteil des LSG wird aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen. Zu klären ist dabei, ob die verspätete Entscheidung der Krankenkasse über den Leistungsantrag für die Selbstbeschaffung der Leistung durch den Kläger ursächlich war. Bezüglich des Anspruchs nach § 13 Abs. 3 S. 1 Fall 1 SGB V müsse sodann weiter festgestellt werden, ob die PSMA-PET/CT/MRT-Untersuchung unaufschiebbar war

und vom Patienten nach Maßgabe des § 2 Abs. 1a SGB V beansprucht werden konnte. Auf der Basis sei dann zu entscheiden.

Folgen für die Praxis

Bereits 2013 wurden zahlreiche Bestimmungen im SGB V geändert, u. a. wurde in § 13 SGB V, der die sog. Kostenerstattung regelt, ein neuer **Abs. 3a** eingefügt. Danach hat *„die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antrags- eingang zu entscheiden (...). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.“*

Die Praxis nach rund zehn Jahren zeigt indes, dass von der Regelung in § 13 **Abs. 3a** SGB V mit Vorsicht Gebrauch gemacht wird. Es ist in jedem Einzelfall genau zu prüfen, ob die Krankenkasse nicht doch innerhalb der Frist reagiert hat bzw. doch die notwendige Kausalität fehlt. Daraus ergibt sich:

1. Versicherten steht grundsätzlich ein Kostenerstattungsanspruch gemäß § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V zu. Allerdings sind bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen.
2. Wenn eine Krankenkasse einen Antrag nicht innerhalb der Drei-Wochen-Frist des § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V bescheidet und den Versicherten auch nicht innerhalb

dieser Frist über die beabsichtigte Einschaltung des MDK informiert und sich der Versicherte die Leistung erst nach Fristablauf selbst beschafft, besteht ein Kostenerstattungsanspruch. Notwendig ist aber die **Kausalität** zwischen dem Fristversäumnis und der Leistungsbeschaffung, d. h., die verspätete Entscheidung der Krankenkasse muss für die Selbstbeschaffung ursächlich gewesen sein.

3. Die Genehmigungsfiktion vermittelt dem Versicherten eine Rechtsposition „sui generis“. Diese erlaubt es ihm, sich die beantragte Leistung nach Fristablauf bei Gutgläubigkeit zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung selbst zu beschaffen und verbietet es dieser, nach erfolgter Selbstbeschaffung eine Kostenerstattung mit der Begründung abzulehnen, es bestehe kein Rechtsanspruch auf die Leistung.
4. Maßgeblich für die – die fünfjährige Entscheidungsfrist auslösende – rechtzeitige Unterrichtung des Versicherten über die Beauftragung des MDK ist der tatsächliche Zugang der Mitteilung beim Versicherten, für den die Krankenkasse die objektive Beweislast trägt, während die für Verwaltungsakte geltende Bekanntgabefiktion insofern keine Anwendung findet.
5. Der **Abschluss eines Behandlungsvertrags** mit dem Leistungserbringer über die beantragte Leistung vor Ablauf der für die Krankenkasse maßgeblichen Entscheidungsfrist ist ein **gewichtiges Indiz** für eine den Kostenerstattungsanspruch aufgrund des Eintritts der Genehmigungsfiktion **ausschließende Vorfestlegung**.

Wenn Patienten bereits sehr früh einen Behandlungsvertrag abschließen, dann kann ihnen dieses Verhal-

ten als Vorfestlegung ausgelegt werden. Es kann dann schwer werden, die notwendige Kausalität zwischen dem Fristversäumnis und der Leistungsbeschaffung zu beweisen. Insofern kann die Reihenfolge der einzelnen Schritte, also auch zwischen Antragstellung und Selbstbeschaffung, von Bedeutung sein! Nun bleibt in dieser Frage abzuwarten, welches Ergebnis die weiteren Ermittlungen des Sächsischen LSG ergeben.

Zudem bleibt es dabei: Voraussetzung für eine Kostenerstattung nach § 13 **Abs. 3 S. 1 Fall 2** SGB V für selbstbeschaffte Leistungen ist eine Entscheidung der Krankenkasse über den Leistungsantrag **vor** der Selbstbeschaffung.

Praxistipp

Alle Ärzte sind gut beraten, Patienten auf die Notwendigkeit einer Genehmigung durch die Krankenkasse hinzuweisen und dieses zu dokumentieren. Um die Genehmigungsfiktion nicht zu gefährden, ist bis auf Weiteres **Vorsicht bei Vorabzahlungen** geboten. Diese könnten als Vorfestlegung ausgelegt werden. Eine Rechnungslegung nach Inanspruchnahme der Leistung ist der sichere Weg – jedenfalls, solange noch nicht abschließend geklärt ist, wie die Rechtsprechung die Vorabzahlung rechtlich bewertet.

Bei einer tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistung und der dann folgenden Zahlung nach Ablehnung des Antrags bestehen keine Zweifel an der Kausalität. Da dieses bei einer vorherigen Zahlung anders sein könnte, ist zu empfehlen, auf Vorabzahlungen erst einmal zu verzichten, um den Leistungsanspruch der Patienten nicht zu gefährden.

Wettbewerbsrecht

Urteil: Ärztesiegel „Top Mediziner“ ist irreführend

Die Verleihung von Ärztesiegeln verstößt gegen Wettbewerbsrecht, wenn die Siegel den Eindruck erwecken, dass eine neutrale und sachgerechte Prüfung stattgefunden hat, obwohl der Prüfung größtenteils subjektive Kriterien zugrunde lagen. Auf diese Weise könnten (potenzielle) Patienten in die Irre geführt werden (Landgericht (LG) München, Urteil vom 13.02.2023, Az. 4 HK O 14545/21).

von RAin Anika Mattern, Münster,
kanzlei-am-aerztehaus.de

Sachverhalt

Die Wettbewerbszentrale klagte gegen einen Verlag. Dieser hatte Ärztinnen und Ärzten gegen eine jährlich zu zahlende Lizenz i. H. v. 1.900 Euro netto die Verwendung von Siegeln angeboten, die für die Außenwerbung genutzt werden konnten. Die Siegel beruhten auf einer jährlich erscheinenden „Ärzteliste“ und zeichneten die Verwendenden als „Top Mediziner“ oder „Focus Empfehlung“ aus.

Nach Ansicht der Wettbewerbszentrale erweckten die Siegel den Eindruck, es habe eine neutrale, sachgerechte Prüfung stattgefunden. Hierin sah die Wettbewerbszentrale eine Irreführung, da in Wirklichkeit subjektive Kriterien wie

- Patientenbewertungen,
- Kollegenmeinungen und die
- eigene Bewertung

zugrunde lagen. Der Verlag begründete die Einführung kostenpflichtiger Siegel damit, dass sie eine Reaktion auf den „Wildwuchs“ seien, d. h., die Verwendung selbst gestalteter und grafisch minderwertiger Siegel zu Werbezwecken. Außerdem dien-

ten sie der Refinanzierung redaktioneller Inhalte. Das Gericht verurteilte den Verlag, die Verwendung der Siegel zu unterlassen.

Entscheidungsgründe

Das Gericht sah einen Verstoß gegen das Irreführungsverbot nach dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG). Die Verwendung der Siegel erwecke den Eindruck, die betreffenden Ärzte seien aufgrund einer neutralen und sachgerechten Prüfung ausgezeichnet worden und nähmen dadurch unter den Ärzten gleicher Fachdisziplin eine Spitzenstellung ein. Die angesprochenen Verkehrskreise würden die Siegel ähnlich wie Prüfsiegel der Stiftung Warentest auffassen.

Die Kriterien beruhten jedoch teilweise ausschließlich auf subjektiven Elementen, z. B. Kollegenempfehlungen oder Patientenzufriedenheit. Es handele sich somit im Ergebnis um eine mathematisch nicht nachvollziehbare Wertungsentscheidung.

Die Refinanzierung der redaktionellen Inhalte durch die Vergabe von Prüfsiegeln sei zudem eine unübliche, nicht zwingend erforderliche Art der Finanzierung von redaktionellen Beiträgen, so die Richter.

Fazit

Die Qualität ärztlicher Leistungen lässt sich kaum anhand objektiver Kriterien bestimmen und hängt i. d. R. von subjektiven Faktoren wie der Erfahrung und Empathie des Arztes sowie der individuellen Bewertung des Patienten ab. Ein Siegel, das den Eindruck erweckt, es habe eine objektive Prüfung der Leistung stattgefunden kann (potenzielle) Patienten in die Irre führen und den Wettbewerb verzerren.

Denkbar wäre ein Anknüpfen an rein objektive Faktoren (z. B. Anzahl und Art der durchgeführten Untersuchungen bzw. Operationen oder die Qualifikationen des Arztes). In diesen Fällen kann die Auszeichnung als Top-Mediziner nützlich sein, um (potenziellen) Patienten bei der Wahl eines qualifizierten Arztes zu helfen.

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
(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.

Gerätemanagement

Rund ums Gerät – Beschaffung und Unterhaltung von radiologischer Medizintechnik

Aus der modernen radiologischen Praxis sind bildgebende Verfahren wie Röntgen, CT und MRT mitsamt den modernen dazugehörigen Geräten nicht mehr wegzudenken. Gleichwohl sind die Anschaffung sowie das Betreiben der Gerätschaften regelmäßig mit hohen Kosten verbunden. Nicht nur Radiologinnen und Radiologen, die sich niederlassen möchten, müssen sich daher früher oder später die Frage stellen, wie eine Einbindung dieser kostspieligen Strukturen in die eigene Praxis realisiert werden kann.

von RA Vincent Holtmann,
Münster, voss-medizinrecht.de

Überblick

Während neben dem Kauf (etwa im Rahmen einer Praxisübernahme) inzwischen auch das Leasing von bildgebenden Geräten eine etablierte Vorgehensweise darstellt, eröffnen sich seit einigen Jahren zudem neue Möglichkeiten durch die Zusammenarbeit mit spezialisierten Dienstleistern, die ausgelagert die benötigten Strukturen anbieten. Die nachfolgenden Ausführungen bieten einen prägnanten Überblick über **drei Modelle**, die in der (Beratungs-)Praxis üblicherweise anzutreffen sind.

Der Gerätekauf

Wer über die Anschaffung etwa eines CT-Scanners nachdenkt, muss sich – abhängig von Typ, Hersteller und Alter – auf einen Kaufpreis im jedenfalls sechststelligen Rahmen einstellen. Typischerweise taucht der Gerätekauf allerdings im Rahmen einer Praxisübernahme auf: Haben Verkäufer und Käufer einer radiologischen Niederlassung sich gefunden, sind neben Posten wie dem Patientenstamm, der Praxismöblierung und den Anstellungsverhältnissen häufig

auch die bildgebenden Gerätschaften Gegenstand der Übertragung.

Praxistipp

Damit die Praxisnachfolge auch in Bezug auf die Funktionsfähigkeit der diagnostischen Instrumente reibungslos funktioniert, sollte grade die Käuferseite darauf bedacht sein, sich eine herstellergemäße regelmäßige Wartung der Gerätschaften sowie das Vorliegen der etwaig erforderlichen Zertifizierungen vom Verkäufer vertraglich garantieren zu lassen. Die entsprechenden Prüfbelege sollten dementsprechend schon während der Vertragsverhandlungen kritisch geprüft werden. Auf diese Weise kann nachgelagerten Auseinandersetzungen nach dem Inhaberwechsel effektiv entgegen gewirkt werden!

Abseits der regelmäßigen Gerätewartung kann es je nach Gerätezustand natürlich auch zu unvorhergesehenen Defekten, Schäden durch Dritteinwirkung oder sogar folgenschweren Bedienfehlern kommen. Um diesbezüglich bestmöglich abgesichert zu sein, kann es sich lohnen, entsprechende **Versicherungen für die vorgehaltene Medizintechnik** abzuschließen. Je nach Art der Versiche-

rung und der konkreten Ausgestaltung der Versicherungsbedingungen sind dann mitunter auch Schäden durch Bedienfehler und andere interne Eigenschäden mitversichert. Dies kann ratsam sein, wenn der Praxisbetrieb – wie in der Radiologie – doch entscheidend von den technischen Geräten abhängig ist.

Um die Anschaffungs- sowie die laufenden Unterhaltungskosten abbilden zu können, schließen Radiologen sich in der Praxis schließlich häufig – unabhängig von einer gemeinsamen Niederlassung – auch zu einer Kostengemeinschaft zusammen. Die Partner der **Gerätegemeinschaft** tragen dann die anfallenden Verbindlichkeiten gemeinsam und verständigen sich auf eine wechselseitige Nutzung der Gerätschaften.

Das Geräteleasing

Ist eine Neuanschaffung eines Scannergeräts erforderlich, kommt neben einem (finanzierten) Kauf durchaus auch ein Geräteleasing in Betracht. Wie auch aus anderen Branchen bekannt, wird dabei dem Leasingnehmer (hier also dem radiologischen Leistungserbringer) das betreffende Gerät gegen eine monatliche Rate zur Nutzung in den Praxisräumlichkeiten zur Verfügung gestellt. Je nach vertraglichen Vereinbarungen besteht dann am Ende einer vereinbarten Festlaufzeit regelmäßig die Möglichkeit, das Gerät entweder gegen eine Restzahlung vollständig als Eigentum zu übernehmen oder dieses an den Leasinggeber zurückzugeben.

Die konkreten Konditionen sind dabei durchaus flexibel und selbstverständlich entscheidend von dem Angebot der Leasinggeber bzw. den Bedürfnissen der Praxis abhängig. Eine Besonderheit des Leasings besteht dar-

in, dass dem Leasingnehmer vertraglich grundsätzlich sämtliche Gewährleistungsansprüche gegen den Hersteller abgetreten werden. Werden also während des Leasingzeitraums Mängel an dem betreffenden Gerät erkannt und ist die zweijährige, gesetzliche Gewährleistungsfrist noch nicht abgelaufen, so kann der Leasingnehmer sich damit unmittelbar an den Hersteller wenden.

Daneben besteht in aller Regel die Möglichkeit, über den Leasingpartner eine umfassende Geräteversicherung abzuschließen. Die Frage, welche Stelle im Falle eines Defekts zu adressieren ist, kann im Einzelfall nicht ohne Weiteres leicht zu beantworten sein. Angesichts der komplexen Vertragsstrukturen im Bereich des Leasings kann es daher im Schadensfall durchaus erforderlich werden, für die Anspruchsprüfung und -abwicklung rechtliche Beratung einzuholen.

Kooperationen mit externen Dienstleistern

Einen gänzlich anderen Ansatz stellt die Inanspruchnahme externer Dienstleister zur Durchführung bildgebender Verfahren dar. So existieren inzwischen mehrere Unternehmen am Gesundheitsmarkt, welche an verschiedenen Standorten Räumlichkeiten, Röntgen-, CT- bzw. MRT-Scanner und ggf. sogar medizinisches Fachpersonal bereitstellen. Die Idee ist, dass der Radiologe den jeweiligen Scanner nicht selbst in der eigenen Praxisstruktur vorhält, sondern die erforderliche Untersuchung in eine Plattform des Dienstleisters auslagert. Die Anschaffungs- und fixen Unterhaltungskosten entfallen damit gänzlich. Je nach Ausgestaltung der Kooperation und den konkreten vertraglichen Vereinbarungen können Patienten ihre Termine für das anstehende Bild-

gebungsverfahren schließlich unmittelbar mit dem Dienstleister vereinbaren. Die Abrechnung erfolgt dabei nach wie vor durch den radiologischen Leistungserbringer, der jedoch seinerseits – anstelle der Kosten für ein eigenes Gerät – Gebühren für den Service des Dienstleisters zu erbringen hat.

Interessant kann ein solches Modell insbesondere für MVZ sein, in denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen tätig sind und wo die Radiologie mit-

hin nicht das alleinige „Kerngeschäft“ definiert. Nicht zu unterschätzen sind hier jedoch die diversen Fallstricke, die sich insbesondere im Hinblick auf datenschutz-, abrechnungs- sowie berufsrechtliche Erwägungen ergeben können. Besondere Vorsicht ist zudem im vertragsärztlichen Sektor geboten (Stichwort: Ausgelagerte Praxisräume!). Wer erwägt, eine entsprechende Kooperation einzugehen, sollte sich daher frühestmöglich anwaltlich beraten und bei etwaigen Verhandlungen fachlich betreuen lassen.

Fazit

Die Radiologie zählt zweifellos zu den besonders kostenintensiven Sparten im Bereich der medizinischen Leistungserbringung. Ein entscheidender Grund hierfür liegt in dem Bedarf an komplexen technischen Gerätschaften, deren Anschaffung und Unterhaltung mit hohen finanziellen Aufwendungen einhergehen. Kommt ein (Neu-)Kauf bzw. die Übernahme eines Scanners nicht in Betracht, verbleiben durchaus alternative Möglichkeiten, die benötigten Gerätschaften in den eigenen Praxisbetrieb zu implementieren. Welches Modell konkret sinnvoll erscheint, ist höchst einzelfallabhängig und sollte grundsätzlich mit Bedacht erörtert werden. Um das mit dem Zugriff auf die erforderliche Medizintechnik einhergehende, finanzielle Risiko möglichst gering zu halten, bietet es sich dabei in jedem Falle an, bei den entscheidenden Schritten unabhängige und fachlich versierte Beratung zurate zu ziehen.

Umfrage zu Investoren

Jeder neunte Niedergelassene hatte schon Übernahmeangebote

Die Stiftung Gesundheit hat die ambulanten Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen nach den Erfahrungen und Einstellungen zu Investoren befragt. 11,7 Prozent der niedergelassenen Ärzte haben bereits ein Kaufangebot erhalten (Anteil bei Fachärzten: 17,1 Prozent). Eine kategorische Ablehnung gegenüber solchen Angeboten ist nicht feststellbar (Auswertung online unter www.de/s8060).

Etwa ein Drittel der Ärzte, die ein Angebot erhalten haben, zeigte sich aufgeschlossen für eine Praxisübernahme durch Investoren, so die Stiftung. 8,5 Prozent haben das Angebot angenommen (rd. ein Prozent bezogen auf die Grundgesamtheit),

weitere 25,5 Prozent hätten es getan, wenn die Konditionen gestimmt hätten. Zwei Drittel lehnten ab.