

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

08 | August 2021

Forschung

„Wir erforschen das Zusammenspiel von Radiologie und Künstlicher Intelligenz!“

„Etablierung einer Plattform zur Entwicklung und Validierung von KI-Lösungen in der klinischen Routine“ lautet der Titel eines Projekts, das vom Bundesministerium für Gesundheit mit 1,7 Mio. Euro gefördert wird. Maßgeblich mitgestaltet wird das Projekt von der Machine Learning and Data Science Group am Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Uniklinik Köln. Priv.-Doz. Dr. Daniel Pinto dos Santos hat die Mittel zur Erforschung von Algorithmen der Künstlichen Intelligenz (KI) in der Radiologie eingeworben. Ursula Kathhöfer (textwiese.com) fragte ihn nach den Zielen des Projekts.

Redaktion: Was soll die geplante Plattform leisten?

Dr. Daniel Pinto dos Santos: Ziel ist ein Zusammenspiel von Radiologie und KI. Indem der Radiologe strukturierte Befunddaten erhebt, legt er die Grundlage für das Training eines KI-Algorithmus. Das geschieht in der laufenden Klinik-Routine. Der Algorithmus lernt dazu, er wird mit jedem Befund besser. Irgendwann ist er so gut, dass der Radiologe die KI zuschalten und darüber Befunde generieren kann. Dann erleichtert KI die Arbeit des Radiologen. Der Clou ist, dass das Zusammenspiel in beide Richtungen funktioniert.

Redaktion: Wie lässt sich das an einem Beispiel beschreiben?

Dr. Daniel Pinto dos Santos: Das Forschungsprojekt arbeitet mit dem Beispiel der Lungenembolie. Am Tag Null erkennt KI noch gar nichts. Der Radiologe befundet, es kommen Tag für Tag neue Daten hinzu, also beispielsweise CTs, in denen eine Lungenembolie gefunden wurde, und CTs ohne Lungenembolie. So sieht die KI genug Daten und lernt, Lungenembolien recht gut zu erkennen. Von da an kann die KI bei einem neuen CT den Befund schon vorbefüllen. Der Radiologe kontrolliert dann den Befund des Algorithmus und korrigiert, wenn nötig. Diese Korrektur wird der KI wiederum zurückgemeldet, sodass diese aus ihren Fehlern weiter lernen kann.

Redaktion: Könnte der Algorithmus sich irren?

Inhalt

Leserforum UV-GOÄ

CT/MRT nach Besonderer Heilbehandlung abrechnen – ist das möglich? 3

Wirtschaftlichkeit

„Autopilot-Radiologie“: Produktivität durch Befundunterstützung mittels KI steigern 4

Gesellschaftsformen

Mauracher Entwurf – Neues Gesellschaftsrecht für die alte Gemeinschaftspraxis 6

Vertragsarztrecht

Anstellung eines Entlastungsassistenten für Kindes-Betreuung bis zum 18. Lebensjahr! 7

Arbeitsrecht

Fristlose Kündigung vielleicht unwirksam? Dann schon voraus-eilend Urlaub gewähren! 8

Download

Aktuelle UV-GOÄ (Stand 01.07.2021) online unter www.de/s5187

Dr. Daniel Pinto dos Santos: Wir haben zwei Sicherheitsebenen eingebaut. Erstens überwacht ein weiterer Algorithmus, ob viel mehr oder weniger Lungenembolien in den finalen Befunden auftauchen als üblich. Gibt es statistische Ausreißer, kann der Radiologe noch einmal nachsehen, ob es sich um eine echte besondere Häufung handelt, oder ob vielleicht fehlerhafte KI-Befunde übernommen wurden. Zweitens wird die KI abgeschaltet, wenn der Radiologe den KI-Befund zu oft ändert. Dann liegt KI offenbar zu oft falsch. Sie wird dann erstmal weiter trainiert und erst wieder zugeschaltet, wenn sie sich weiter verbessert hat. Durch die Kontrollmechanismen handelt es sich um ein organisches Tool, das sich mit jedem Einsatz weiterentwickelt und verbessert.

Redaktion: Welche Rolle spielt dabei die im Titel des Projekts ausdrücklich benannte klinische Routine?

Dr. Daniel Pinto dos Santos: Da die Daten in einem klinischen Prozess mit strukturierter Befunderstellung sowie so anfallen, entsteht kein zusätzlicher Aufwand. Die Plattform wird so entwickelt werden, dass prinzipiell jede Klinik mit ihren strukturierten Daten überlegen könnte, eigene Tools für eigene spezielle Fragestellungen zu trainieren. In unserem Projekt haben wir uns zunächst die Lungenembolien herausgegriffen. Prinzipiell müsste es aber mit der Technik möglich sein, KIs dahin zu trainieren, auch z. B.

- Schlaganfälle,
- Knochenbrüche,
- Pleuraergüsse etc. zu erkennen.

So ließen sich im Grunde KI-Tools auf Basis der Bedürfnisse der eigenen klinischen Routine entwickeln und nutzen.

Redaktion: Ist es nicht sehr langwierig, mit Tag Null anzufangen?

Dr. Daniel Pinto dos Santos: Im Prinzip natürlich schon. Da wir diese Technologien jetzt aber erst einmal im Rahmen eines Forschungsprojekts ausprobieren werden, können wir die Entwicklung etwas beschleunigen und trainieren die KI sozusagen im Zeitraffer mit den Datensätzen von Patienten, die in den vergangenen Jahren mit der Frage nach einer Lungenembolie zu uns kamen. Das Tool werden wir zunächst natürlich nicht in der Patientenversorgung einsetzen, aber wir werden in realistischen Simulationen eines klinischen Arbeitsplatzes schauen, wie Radiologen mit einem solchen Tool interagieren würden. Denn aus unserem Projekt könnte ein zukünftiges Modell für die Patientenversorgung werden.

Redaktion: Wie lange würde das dauern?

Dr. Daniel Pinto dos Santos: Das hängt vor allem von regulatorischen Aspekten ab. KI-Tools müssen natürlich zertifiziert werden. Sind sie einmal auf dem Markt, dürfen sie sich kaum verändern oder müssen erneut zertifiziert werden. Doch unser Modell basiert ja gerade darauf, dass es sich durch das Training ständig wandelt. Zu unserem Projekt gehören daher auch Wirtschaftswissenschaftler, die untersuchen, wie solche Tools sich regulatorisch erfassen lassen.

Redaktion: Ein Ziel des Projekts ist, die patientenzentrierte Versorgung zu verbessern. Wie kann das geschehen?

Dr. Daniel Pinto dos Santos: Wir haben uns ein potenziell kritisches Krankheitsbild wie die Lungenembo-

lie auch deshalb herausgesucht, um den Vorteil für den Patienten zu zeigen. Kommt jemand beispielsweise mit einem Verdacht auf Lungenembolie ins CT, entstehen meist keine Verzögerungen in der Diagnostik. Der Radiologe ist vor Ort und gibt den Befund direkt weiter. Aber es gibt Fälle, z. B. Patienten zur Tumorerlaufs-kontrolle, bei denen das CT eventuell für ein paar Stunden unbefundet liegen bleibt. In so einem Fall würde der Algorithmus dann eine möglicherweise relevante Lungenembolie früher erkennen und könnte schon vorab eine Meldung herausgeben, sodass der Radiologe sich sofort kümmern kann. Wir hoffen, dass sich manche Abläufe so beschleunigen lassen.

Redaktion: Profitieren auch niedergelassene Radiologen von der Plattform?

Dr. Daniel Pinto dos Santos: Prinzipiell sicherlich auch, aber soweit ich weiß, sind manche Abläufe in Praxen anders. Oft ist es üblich, dass der Radiologe den Befund unmittelbar direkt nach Untersuchung ansieht. Dann wäre der oben genannte Anwendungsfall nicht relevant. Denkbar wäre auch, solch eine Technologie institutionsübergreifend einzusetzen. Dann könnten Niedergelassene und Kliniken Daten beitragen und so das Training der KI jeweils beschleunigen. In unserem Projekt werden wir das allerdings zunächst nicht umsetzen.

Redaktion: Sicherheit ist ein großes Thema. Wie gewährleisten Sie, dass Patientendaten geschützt werden?

Dr. Daniel Pinto dos Santos: Wir haben die Plattform für die klinische Routine zunächst lokal angelegt, so-

dass keine Daten verschickt werden müssen und der Schutz sensibler Patientendaten jederzeit gewährleistet ist. In dem Projekt setzen wir uns aber auch mit Fragen zum Datenschutz auseinander, um abzuschätzen, ob und wie ein solches Tool institutionsübergreifend genutzt werden könnte.

Redaktion: Wie ordnen Sie Ihr Projekt in die aktuelle KI-Entwicklung in der Radiologie ein? Wohin geht die Reise?

Dr. Daniel Pinto dos Santos: Es passiert zurzeit sehr viel im Hinblick auf KI in der Radiologie. Hersteller bringen immer wieder neue Tools auf den Markt. Ich glaube, dass bei einigen dieser Tools noch nicht klar ist, wie sie die Arbeit des Radiologen effektiv unterstützen und helfen können, Zeit zu sparen. Die Investition muss sich ja auch lohnen. Vermutlich wird es noch einige Zeit dauern, aber am Ende der Reise wird KI sicher einen relevanten Stellenwert in der Radiologie haben.

Technisch würde ich sagen, dass wir mit unserem Projekt relativ innovativ sind. Nachdem *Deep Learning* inzwischen etabliert ist, kommen neue Technologien wie *Federated Learning*, also das Trainieren an unterschiedlichen Orten und *Continuous Learning*, also das ständige Weitertrainieren wie es unser Algorithmus tut, in den Fokus. Diese Themen gehen wir aktiv an und wollen schauen, welche Strukturen es dafür braucht. Was ist bei heutigen regulatorischen Bedingungen realistisch und wie müssten die Bedingungen sich ändern, damit solche Techniken in der klinischen Routine angewandt werden können? Diese Fragen wollen wir beantworten.

Leserforum UV-GOÄ

CT/MRT nach Besonderer Heilbehandlung abrechnen – ist das möglich?

Frage: „Ein Unfallversicherungsträger lehnt die Erstattung einer CT- oder einer MRT-Untersuchung zu den Sätzen der Besonderen Heilbehandlung ab, obwohl der D-Arzt diese eingeleitet hat. CT und MRT seien immer nur zu den Sätzen der Allgemeinen Heilbehandlung abzurechnen, egal welches Verfahren der D-Arzt eingeleitet habe. Ist dies richtig?“

Antwort: Im Rahmen der Erstversorgung oder Nachschau (§ 27/§ 28 BG-Vertrag) sind durchgeführte Behandlungsmaßnahmen einschließlich Röntgenaufnahmen unabhängig von der Art der eingeleiteten Behandlung (allgemeine oder besondere Heilbehandlung) nach den Sätzen der **Besonderen Heilbehandlung** abzurechnen.

Im Prinzip gehört die Röntgendiagnostik zu den D-ärztlichen Aufgaben, auch dann, wenn z. B. die Röntgenleistungen vom Radiologen des Krankenhauses oder in für die D-Arzt-Zulassung genehmigten Ausnahmefällen von einem niedergelassenen Radiologen im gleichen Ärztehaus erbracht werden.

Dies gilt nach den Arbeitshinweisen der Unfallversicherungsträger zur Bearbeitung von Arztrechnungen jedoch **ausdrücklich nicht** für die weitergehende radiologische Diagnostik, also für CT- und MRT-Leistungen, da diese nicht zu den Aufgaben des D-Arztes gehören.

Eine andere Situation kann sich nur ergeben, wenn sich erst im Laufe einer fortlaufenden Behandlung durch den D-Arzt die Notwendigkeit einer weiteren radiologischen Abklärung ergibt, sodass der dann im Rahmen

einer Hinzuziehung tätig werdende Radiologe (§ 12 BG-Vertrag) auch nach den für die besondere Heilbehandlung vorgesehenen Gebührensätzen abrechnen kann.

Fazit

Abrechnung radiologischer Leistungen im Rahmen der Unfallversicherung:

- Erstversorgung sowie Nachschau
 - Röntgen: nach den Sätzen der **Besonderen Heilbehandlung**
 - CT/MRT: nach den Sätzen der **Allgemeinen Heilbehandlung**
- Hinzuziehung zur radiologischen Abklärung:
 - Röntgen: nach den Sätzen der **Besonderen Heilbehandlung**
 - CT/MRT: nach den Sätzen der **Besonderen Heilbehandlung** (sofern Besondere Heilbehandlung durchgeführt wurde)

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „MRT-Untersuchungen bei bestimmten Überweisergruppen?“ in RWF Nr. 02/2018
- „UV-GOÄ-Änderungen für Radiologen“ in RWF Nr. 01/2018
- Aktuelle UV-GOÄ bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) online unter www.de/s5051

Wirtschaftlichkeit

„Autopilot–Radiologie“: Produktivität durch Befundunterstützung mittels KI steigern

Die Radiologie-Praxen geraten wirtschaftlich zunehmend unter Druck, z. B. durch die EBM-Reform 2020. Eine Möglichkeit, dies zu kompensieren, ist die Steigerung der Produktivität. Helfen können dabei neue Technologien auf Basis Künstlicher Intelligenz (KI).

von Dr. Bernd May, Geschäftsführer
 MBM Medical-Unternehmens-
 beratung GmbH, Mainz

Hintergrund

Die Radiologie hat eine erhebliche Bedeutung bei der Bestimmung des klinisch relevanten Patientenproblems. Prof. Emily M. Webb, in der Radiological Society of North America (RSNA) zuständig für die Aus- und Weiterbildung von Radiologen, hat sich in der Radiologie immer für den Impact auf die klinische Versorgung der Patienten interessiert. Die Bedeutung der Radiologie wird besonders bei komplexen Erkrankungen in der Onkologie, bei Autoimmun-Prozessen oder in der Neurologie wichtig. Eine ordnungsgemäße Ergebnisqualität erfordert u. a. den Vergleich als Therapiekontrolle während der Therapie. Doch dieser Vergleich kostet Zeit.

Druck durch EBM-Reform

Zur Quantifizierung der wesentlichen betriebswirtschaftlichen Fakten wird in der Tabelle die Situation **bis zur EBM-Reform 2020** beschrieben sowie **danach**. Wichtige Ergebnisse sind die zum Erreichen der Gewinnschwelle mindestens notwendige Fallzahl (Untersuchungstermine an den Modalitäten CT und MRT) und schließlich die sich daraus ableitende durchschnittliche **Arztbindungszeit** für einen Befund. Diese liegt für MRT bei etwa 15 Minuten. In dieser Zeit soll der Radiologe die Indikation zur Untersuchung prüfen, das Untersuchungsergebnis überprüfen (z. B., ob dies im Hinblick auf die Untersuchungsindikationen aussagefähig ist) und einen ordnungsgemäßen Befund erstellen sowie erforderlichenfalls

- mit dem Patienten sprechen und
- eine Untersuchung planen, die

von Standards abweicht (wie z. B. bei den o. g. Krankheitsbildern).

Software-Tools unterstützen

In der Onkologie gehört dazu beispielsweise der Vergleich mit früheren Untersuchungen zur Therapiekontrolle. Zudem ist dieser Vergleich bei der Schlaganfalldiagnostik erforderlich, in der Neuroradiologie, in der Hirnmorphometrie (Volumetrie z. B. bei Demenzerkrankungen mit der standardisierten Anordnung von etwa 50 Hirnsegmenten). Diese Segmentierung wird auch inzwischen in der Prostatadiagnostik zur gezielten Biopsie eingesetzt. Auch gibt es, induziert durch Covid-19, standardisierte und mithilfe von **Machine-Learning (ML)**-Tools erstellte Reports für Thorax-CT mit schneller, präziser und automatischer Vermessung von morphologisch signifikanten Merkmalen, wobei auch Herz, Aorta und Wirbelkörper beurteilt werden. Die Firmen bieten herstellerunabhängige Plattformen an mit der Möglichkeit, ML-basierte Software aus der Cloud herunterzuladen. Für die Mamma-Diagnostik gibt es bereits seit vielen Jahren Entscheidungsunterstützungssysteme, neuerdings auch ML-basierte. Die Firma deepc aus München will neue ML-basierte Entscheidungsunterstützungssysteme für den klinischen Einsatz testen und zu-

Tabelle: Gewinnschwellen CT, MRT/EBM-Fallzahlen zur Kostendeckung

	Gewinnschwelle ¹ (in tausend Euro pro Jahr)	Ø EBM-Erlöse je Untersuchungstermin (Euro)		Notwendige Anzahl Patienten-Termine zur Kostendeckung		Produktivität: Ø Anzahl Befunde je Arzt und Stunde bei 8 h/Tag ³		EBM-Welt Ø Befundzeit je Termin (Minuten)		zum Vergleich: DRG-Welt Ø Arztbindungszeit je Arzt (Minuten)
		bis 2019	ab 2020	bis 2019	ab 2020	bis 2019	ab 2020	bis 2019	ab 2020	
CT	400–900 ²	Ø 60	Ø 53	≥ 6.700	≥ 7.550	≥ 4	≥ 4,5	15	13	≥ 35
MRT	600–950 ²	Ø 100	Ø 87	≥ 6.000	≥ 6.900	≥ 3,6	≥ 4,1	17	15	≥ 25

¹ Vollkosten inkl. Personal, Opportunitäts- und Baukosten

² Abhängig von Technologie und Gesamtanschaffungskosten mit Wartung, Klima, Hochfrequenzabschirmung (bei MRT)

³ 30 Tage Urlaub, 10 Tage Krankheit, Fortbildung

sammen mit der Hochschule Landshut auch solche Testverfahren entwickeln, die z. B. bei mangelnder Datengrundlage (vor allem die Menge an klinischen Testdaten) geeignete Simulationsverfahren zum Erzielen ausreichender Testergebnisse entwickelt.

Merke

Grundsätzlich bieten ML-basierte Entscheidungsunterstützungssysteme den großen Vorteil, dass sie evidenzbasiert sind und den befundenden Arzt eine Unterstützung anbieten, an der er sich sicher orientieren kann.

Lösungsansätze – die „Autopilot-Radiologie“

Grundsätzlich stehen der niedergelassenen Radiologie zwei Lösungsansätze zur Verfügung:

1. Erhöhung der durchschnittlichen Fallerlöse durch Behandlung von Privatpatienten und Kooperationen mit Kliniken (frei verhandelbare Fallerlöse zur Versorgung der Patienten der Klinik) sowie
2. Erhöhung der Produktivität in der EBM-Welt durch Workflow-Optimierung.

Vertieft werden soll die 2. Option, also die Erhöhung der Produktivität durch Workflow-Optimierung. Zu beachten sind die Rüstproblematik (Lagerung des Patienten, Umgang mit unruhigen Patienten, Vorbereiten für KM-Gabe), der Messvorgang mit unterschiedlichen Untersuchungsprotokollen und schließlich die Befunderhebung.

Zur Problematik der Patientenlagerung bietet die Industrie bereits KI-gestützte Hilfen an. Ebenso bei dem Einsatz der unterschiedlichen Messprotokolle mit organspezifischen Pro-

grammabfolgen. Es verbleibt das komplexe Feld der **Befundung** mit KI-gestützten bzw. ML-getriebenen, evidenzbasierten Entscheidungsunterstützungssystemen.

Jede der großen Herstellerfirmen bietet inzwischen Plattformen mit Befundungs- und Reporting-Lösungen an, die den Einsatz von ML-basierten Entscheidungsunterstützungssystemen ermöglichen, insbesondere auch die Klassifizierung von Krankheitsbildern und z. T. mit der Ableitung von Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Krankheitsbilder. Diese Systeme sind ganz sicher Qualifizierungskriterien für die Ergebnisverbesserung der Befunde, möglicherweise am Anfang noch nicht zur Beschleunigung der Befunde: Doch im Laufe des Umgangs mit diesen Systemen haben diese sicher auch eine Beschleunigungswirkung.

Folgen für die Praxis

Die Problematik der Verkürzung der dem Radiologen verbleibenden Zeit zur Erhebung eines ordnungsgemäßen Befunds führt sicher zunächst dazu, dass der Radiologe den Patientenkontakt meidet, oftmals auch unter nicht ausreichendem klinischen Kontext eine Untersuchung durchführt und auf der Grundlage einer wenig fundierten Hypothese einen Befund erhebt. Im Zusammenhang mit dieser Problematik ist festzustellen, dass etwa 30 bis 40 Prozent der dem Radiologen zugewiesenen CT- und vor allem MRT-Untersuchungsindikationen das klinisch relevante Problem des Patienten gar nicht betreffen, weil die entsprechend vorausgegangene Untersuchung beim Zuweiser/Anforderer der Untersuchung unsystematisch abgelaufen war (z. B. aufgrund von Zeitdruck). Die Folge ist, dass der Radiologe in solchen Fällen dem Patienten keine Hilfe bedeutet. Der Radiologe ist nicht in der Lage,

das Patientenproblem zu bestimmen und kann keine helfende Untersuchung durchführen. Im Krankenhauszukunftsgesetz (KZHG) ist diese Situation im Fördertatbestand 4 gespiegelt, bei dem der anfordernde Kliniker Wissensdatenbanken (Entscheidungsunterstützungssysteme) für seine Befundhypothese vor Anforderung einer radiologischen Untersuchung verwenden soll und zusätzlich seine Untersuchungsanforderung digital stellt unter Verwendung des zur ordnungsgemäßen radiologischen Untersuchung notwendigen klinischen Kontextes.

Ein Vorgehen wie nach dem KZHG würde sicherlich auch in der EBM-Welt die Versorgung der Patienten wesentlich verbessern. In Zukunft wird voraussichtlich auf beiden Seiten, also der des anfordernden Kliniklers sowie der des Radiologen, ML-basierte Entscheidungsunterstützungs-Software eingesetzt. Dies wird mit einer deutlichen Verbesserung der Versorgungssituation der Patienten einhergehen und, was die radiologische Ergebnisqualität betrifft, eine Verbesserung der Befundqualität (evidenzbasiert) bedeuten. Möglicherweise verschafft diese neue Welt der Befundunterstützungssysteme den Radiologen die Möglichkeit, sich wieder mit dem Patienten zu beschäftigen und dazu beizutragen, den Impact auf die Patientenversorgung zu verbessern.

Fazit

Wenn die höhere Honorierung der sprechenden Medizin dazu führt, dass die KI-/ML-gestützten Untersuchungen systematischer durchgeführt und die Business-Basis bei der Anforderung radiologischer Untersuchungen verbessert werden, würde dies dem Patientenwohl insgesamt dienen.

Praxisformen

Mauracher Entwurf – Neues Gesellschaftsrecht für die alte Gemeinschaftspraxis

Der Gesetzgeber plant noch in diesem Jahr, das Personengesellschaftsrecht – insbesondere das teilweise noch aus dem 19. Jahrhundert stammende Recht der Gesellschaften bürgerlichen Rechts (GbR) – umfassend zu reformieren. Hierfür wurde in Maurach ein Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Personengesellschaftsrechts (MoPeG, auch als „Mauracher Entwurf“ bekannt) erarbeitet. Das Gesetz soll 2023 in Kraft treten. Erfahren Sie, warum es sich insbesondere für die radiologische GbR lohnt, sich frühzeitig damit zu beschäftigen.

von RAin, FAin MedizinR
Taisija Taksijan, LL.M., Hamburg
legal.point.de

Was hat die Gemeinschaftspraxis damit zu tun?

Viele radiologische Gemeinschaftspraxen – heute: Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) – wurden in Form einer GbR gegründet, für die gesellschaftsrechtlich die gesetzlichen Regelungen zur GbR (§§ 705 ff. Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]) gelten, soweit im Gesellschaftsvertrag nichts Abweichendes vereinbart ist. Dies gilt übrigens auch für ein radiologisches MVZ in Form einer GbR.

Warum wieder eine Reform?

Grund für den Mauracher Entwurf ist das veraltete gesetzliche Regelungskonzept der GbR, das den Interessen und den praktischen Bedürfnissen der Gesellschafter schon lange nicht mehr gerecht wird und deswegen detaillierte, vom Gesetz abweichende Regelungen in Gesellschaftsverträgen unabdingbar macht.

Mit der Reform soll das Gesetz an die gelebte Praxis in einem modernen Wirtschaftsleben angepasst werden. So werden Regelungen zur GbR, die von den Gerichten in den letzten Jahrzehnten festgelegt und in der Praxis

umgesetzt wurden, nun auch im Gesetz verschriftlicht.

Was bringt die Reform für radiologische Kooperationen?

Im Zuge der Reform darf neben der Neuordnung der gesetzlichen Regelungen mit Neurungen gerechnet werden, die den Aufbau und die Umstrukturierung von Kooperationen – nicht nur für die BAG – erleichtern werden:

eGbR

Das „e“ steht ausnahmsweise nicht für „elektronisch“, sondern für eine im Register „eingetragene“ GbR. Die Registrierung soll auf freiwilliger Basis stattfinden. Der Gesellschaftsvertrag soll nicht eingereicht werden müssen. Die Angaben im öffentlich für jeden einsehbaren Register werden sogenannten „öffentlichen Glauben“ genießen. Das bedeutet, dass sich jeder grundsätzlich darauf verlassen darf, dass die Angaben im Register richtig und stets aktuell sind. Nach einmaliger Eintragung wird eine Austragung nur bei Liquidation der Gesellschaft möglich sein.

Mit einer solcher Eintragung gewinnt die GbR an Transparenz und damit auch Vertrauen im Rechtsverkehr, wie es bei anderen Gesellschaftsformen der Fall ist, etwa der im Handelsregister eingetragenen GmbH. Wichtig

wird nach einer Eintragung aber auch die Pflege und Aktualisierung der gemachten Angaben sein.

Umwandlungsrecht für die eGbR

Eine wichtige Änderung für die Umgestaltung und Veräußerung von Strukturen steht im sogenannten Umwandlungsgesetz an. Die GbR wird „umwandlungsfähig“, d. h., sie soll zukünftig direkt in eine GmbH umgewandelt werden können, wenn sie im Register eingetragen ist. Dadurch werden insbesondere Praxisumstrukturierungen von einer BAG GbR zu einer MVZ GmbH – etwa zur Vorbereitung des Verkaufs oder zur Flexibilisierung der Praxisstruktur – wesentlich erleichtert. Wer mittelfristig eine Umstrukturierung ins Auge fasst, sollte diese Änderung unbedingt miteinbeziehen.

„Öffnung für freie Berufe“?

Mit der Reform sollen die Personengesellschaften (OHG, KG, GmbH & Co. KG) nicht mehr den „Kaufleuten“ vorbehalten sein. Auch **Ärztinnen und Ärzte** sollen sich zu diesen Gesellschaften zusammenschließen können. Die Öffnung, die im Zusammenhang mit dem Mauracher Entwurf stets erwähnt wird, wird allerdings nur insoweit möglich sein, als das Berufsrecht diese zulässt. Eine wirkliche Öffnung wäre – gerade für die radiologischen Praxisstrukturen – mit ganz neuen rechtlichen und steuerlichen Möglichkeiten der Praxisübertragung verbunden. Inwiefern die Neuerung in der Praxis Relevanz entfalten kann, hängt von der Entwicklung der berufsrechtlichen Regelungen ab.

Was ist mit den Gesellschaftsverträgen?

Die Gesellschafter sind weiterhin grundsätzlich frei bei der Ausgestal-

tung ihrer Gesellschaft, soweit nicht zwingende gesetzliche Vorschriften wie die persönliche Haftung der Gesellschafter einer GbR betroffen sind. Bestehende Gesellschaftsverträge gelten insofern weiter. Anlässlich der anstehenden Reform bieten sich aber ein Vertrags-Check und ggf. eine Anpassung an.

Fazit

Viele radiologische Gemeinschaftspraxen haben seit Jahrzehnten laufende Gesellschaftsverträge, in die erst beim Ausscheiden eines Partners reingeschaut wird. Oft liest dann mindestens einer der Partner enttäuscht, was drin steht. Besser läuft es, wenn die Verträge – etwa anlässlich des Einstiegs jüngerer Kollegen – an die aktuellen Bedürfnisse der Gesellschaft und der Gesellschafter angepasst werden, solange es noch gemeinsame Interessen und bevor es eine Auseinandersetzung gibt.

Gerade die Aktualisierung bestehender GbR-Verträge gestaltet sich immer wieder mal als ein langwieriger Prozess, was für die beteiligten Ärzte häufig unerwartet kommt. Die Partner haben dann nach Jahren oft eine andere Haltung zu grundlegenden Regelungen entwickelt als beim Vertragsschluss, sodass es viel Diskussionsbedarf gibt, z. B. zu Folgen bei Krankheit oder eben bei Ausscheiden eines Partners.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Welches Niederlassungsmodell hat Zukunft? – MVZ und BAG im Vergleich“ in RWF Nr. 03/2020
- „Loten Sie die Chancen einer Kooperation aus“ in RWF Nr. 07/2017

Vertragsarztrecht

Anstellung eines Entlastungsassistenten für Kindes-Betreuung bis zum 18. Lebensjahr!

Das Recht eines Vertragsarztes, während der Erziehung von Kindern einen Entlastungsassistenten anzustellen, besteht auch dann, wenn das Kind bereits älter als 14 Jahre alt ist. Es endet erst, wenn das Kind volljährig (18 Jahre alt) ist (Landessozialgericht [LSG] Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 28.10.2020, Az. L 3 KA 31/20).

Sachverhalt und Entscheidung

Die Entscheidung ist auch für solche Ärzte relevant, die ihre Kinder im Zusammenhang mit der Coronapandemie zu Hause betreuen müssen. Im vorliegenden Fall wollte eine zugelassene Ärztin und Mutter zweier adoptierter Söhne eine Entlastungsassistenz (20 Wochenstunden) beschäftigen, um sich um ihre Söhne kümmern zu können. Die KV lehnte dies teilweise ab, weil der eine Sohn bereits älter als 14 Jahre war und damit kein „Kind“ mehr sei im Sinne des § 32 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 Ärzte-ZV. Dagegen klagte die Ärztin. Das Sozialgericht gab der Ärztin Recht, wogegen die KV in Berufung ging. Aber auch das LSG entschied im Sinne der Ärztin.

Folgen für die Praxis

Die Entscheidung des LSG verbessert das Recht der Vertragsärzte, ihre nicht volljährigen Kinder bei Bedarf selbst zu betreuen und zugleich ihren Versorgungsauftrag beizubehalten sowie die Praxis in vollem Umfang weiter zu führen. Es verhindert Fallzahl- und Umsatzrückgänge sowie Personalentlassungen. Gerade in Zeiten von Lockdowns und Quarantänen bzw. Unterrichtsausfall an Schulen kann ein Home-Schooling notwendig sein. Die Entscheidung verbessert die Möglichkeiten der Vertragsärzte, auf diese besonderen Situationen angemessen zu reagieren

von RA, FA Medizin R Philip
 Christmann, Berlin/Heidelberg,
christmann-law.de

und eine Genehmigung einer angemessenen Entlastungsassistenz bei der KV zu beantragen.

Merke

Die Entlastungsassistenz kann bei nicht volljährigen Kindern bis zu 36 Monate dauern, wobei dieser Zeitraum nicht am Stück laufen muss. Der Zeitraum von 36 Monaten gilt aber nicht je Kind, sondern für alle Kinder insgesamt.

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.

Arbeitsrecht**Fristlose Kündigung vielleicht unwirksam?
Dann schon vorauseilend Urlaub gewähren!**

Mit dem Ausspruch einer fristlosen Kündigung kann der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer vorsorglich Urlaub für den Fall gewähren, dass die fristlose Kündigung unwirksam ist (Bundesarbeitsgericht [BAG], Urteil vom 25.08.2020, Az. 9 AZR 612/19).

von RA Kristian Schwiegk, LL.M.,
Voß & Partner, Münster,
voss-medizinrecht.de

Sachverhalt

Ein Arbeitgeber kündigte dem Arbeitnehmer außerordentlich („fristlos“) und hilfsweise ordentlich („fristgerecht“). In dem Kündigungsschreiben ging es auch um die noch offenen Urlaubsansprüche (siehe Kasten).

**Auszüge aus dem
Kündigungsschreiben**

„Für den Fall der Wirksamkeit der fristlosen Kündigung gelte ich Ihnen bis zum Kündigungszeitpunkt nicht genommenen Urlaub ab.

Für den Fall der nicht anzunehmenden Unwirksamkeit der fristlosen Kündigung habe ich Ihnen hilfsweise ordentlich gekündigt. In diesem Fall gilt Folgendes: Sie werden Ihren sämtlichen noch nicht genommenen Urlaub direkt im Anschluss an den Zeitpunkt des Zugangs dieser Kündigung in der Zeit vom 19.09.2017 bis 11.10.2017 nehmen. Die gezahlte Abgeltung ist dann als Zahlung des Urlaubsentgelts für den betreffenden Zeitraum zu verstehen. In jedem Fall sage ich Ihnen für die Zeit Ihres Urlaubs die Urlaubsvergütung vorbehaltlos zu.“

Das durch Klage des Arbeitnehmers eingeleitete Kündigungsschutzverfahren vor dem Arbeitsgericht endete mit einem gerichtlichen Vergleich, der keine (ausdrückliche) Regelung zu den Urlaubsansprüchen des Arbeitnehmers enthielt.

Nachfolgend erhob der Arbeitnehmer erneut Klage, mit der er weitergehende Zahlungen des Arbeitgebers zur Abgeltung seiner Urlaubsansprüche begehrte. Nachdem seine Klage in erster und in zweiter Instanz scheiterte, versagte auch das BAG den geltend gemachten Zahlungsanspruch des Arbeitnehmers.

Begründung

Das BAG begründete seine Ablehnung damit, dass die Urlaubsansprüche des Arbeitnehmers durch die – im Rahmen des Kündigungsschreibens – ausdrücklich bestimmte, vorbehaltlose und unwidersprochene Urlaubsgewährung erfüllt und abgegolten wurden.

Von entscheidender Bedeutung für das BAG war, dass der Arbeitgeber eindeutig zum Ausdruck brachte, den Arbeitnehmer für den angegebenen Zeitraum zur Erfüllung seines Urlaubsanspruchs endgültig von dessen Arbeitspflicht zu befreien und eine Urlaubsvergütung vorbehaltlos zu sichern. Maßgeblich war auch, dass der Arbeitnehmer keine anderslauten-

den Urlaubswünsche eingewandt hatte.

Folgen für die Praxis

Die Entscheidung des BAG ist aus Arbeitgebersicht zu begrüßen und schafft – jedenfalls in ähnlich gelagerten Konstellationen – Rechtssicherheit und weitere Gestaltungsmöglichkeiten. Allerdings können und sollten die Erkenntnisse aus dem Urteil nicht ungeprüft übernommen werden. Die Tücke liegt hier im Detail: Die Formulierung des Kündigungsschreibens birgt erhebliche Risiken, insbesondere wenn mit einer Reaktion des Arbeitnehmers (z. B. anderslautende Urlaubswünsche, „Krankheit“, usw.) zu rechnen ist.

Zudem gilt es zu beachten, dass die Kündigung eines Arbeitnehmers stets nicht unerhebliche Prozess- und Kostenrisiken mit sich bringt. Besonders achtsam sollte agiert werden, wenn eine außerordentliche Kündigung eines Arbeitnehmers erwägt wird oder wenn aufgrund der Größe der eigenen Praxis das Kündigungsschutzgesetz Anwendung findet.

Praxistipp

Es empfiehlt sich daher eine anwaltliche Beratung (weit) im Vorfeld des eigenen Handelns. Die

- rechtssichere **Formulierung des Kündigungsschreibens** und/oder
- das Einleiten ggf. erforderlicher vorausgehender Maßnahmen (z. B. eine **Abmahnung**)

können regelmäßig unangenehme und kostenintensive Überraschungen vor den Arbeitsgerichten vermeiden.