

# Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

09 | September 2021

## Korruption

### Radiologie-Kooperationen: Fünf Jahre §§ 299a/b, 300 StGB – viel Lärm um nichts?

Am 30.05.2016 wurde das Gesetz zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen beschlossen und ist unmittelbar nach seiner Verkündung wenige Tage später in Kraft getreten. Obwohl das Gesetz an sich nichts Neues regelte, da schon zuvor in den Berufsordnungen die **Zuweisung von Patienten** oder Untersuchungsmaterialien ohne hinreichenden Grund nicht erlaubt war und die Annahme von Vorteilen in diesem Zusammenhang immer verboten war, sind mit der Einführung zahlreiche Kooperationen überprüft – und einige auch beendet worden. Letzteres übrigens auch, obwohl dies rechtlich nicht notwendig war.

von Rechtsanwalt, Fachanwalt für  
Medizinrecht Jan P. Schabbeck  
und Dipl.-Pfleger Thorsten Müller, MScN

#### Kick-Back-Zahlungen bislang im Fokus

Nach einem ersten Run bei den Prüfungen von Kooperationen geschah allerdings wenig. So berichtete das Deutsche Ärzteblatt (2020; 117 (10):A-512/B-440) davon, dass bundesweit keine 100 Ermittlungsverfahren für das Jahr 2018 bekannt geworden waren und dass es bis dato zu keiner einzigen (!) Anklage gekommen war. Das hat sich mittlerweile geändert.

Zwar berichtet die juristische Datenbank „juris“ nach wie vor noch von keiner Verurteilung, jedoch beschäftigen sich mittlerweile die Strafgerichte mit derartigen Fällen. Dabei handelt es sich – soweit bekannt – allerdings um Verfahren, in denen sogenannte „Kick-Back-Zahlungen“ für Verordnungen gezahlt wurden. So wurden beispielsweise 10 Prozent der Umsätze bei Laborleistungen an den Einweiser zurückbezahlt (LG Saarbrücken, Az. 2 Kls 5/20). Für den Fall, dass es jeweils so war, dass aufgrund einer Zuweisung eine Zahlung erfolgte, ist „unproblematisch“ klar, dass ein strafbares Handeln vorliegt. In diesen Verfahren wird es i. d. R. lediglich um die Beweisbarkeit der Vorwürfe gehen.

## Inhalt

### Kassenabrechnung

PET/CT: G-BA beschließt Erweiterung des Leistungskatalogs bei Hodgkin-Lymphomen ..... 3

### Interview

„Mit einem Niederfeld-MRT lässt sich eine radiologische Praxis energieautark betreiben“ ..... 4

### Honorarrecht

Zuschläge auf das RLV bei kooperativer Tätigkeit ..... 6

### Wirtschaftlichkeit

Amortisationsrechnung in der Radiologie ..... 7

### Guerbet informiert

Symposium am 09.09.2021: Moderne Techniken und Fortschritte in der Interventionellen Radiologie ..... 8

## Typische Konstellationen in der Radiologie

Die Krux bei Kooperationen im Gesundheitswesen und den §§ 299a/b, 300 Strafgesetzbuch (StGB) ist allerdings eine andere. Wer kooperiert, der bekommt i. d. R. zum einen Patienten zugewiesen, zum anderen folgen für Leistungen, die extern – beispielsweise für das Kooperationskrankenhaus – bestellt worden sind, Zahlungen von diesen. Die radiologische Praxis wird wiederum häufiger Zahlungen an den Kooperationspartner, z. B. für Miete, bezahlen. Eine Zahlung, die im Zusammenhang mit Zuweisungen steht, stellt ohne Frage einen Vorteil dar. Offensichtlich wird dies allein aber noch nicht als Korruption gewertet, denn ansonsten gäbe es wohl deutlich mehr Verfahren.

Wesentlich ist in diesem Zusammenhang, dass die Leistungen und Gegenleistungen, die gewährt werden, ausgeglichen sind. Je nach Richtung des Zahlungsstroms darf die Leistung also

- weder „zu billig“ sein
- noch darf die Leistung zu teuer eingekauft werden.

Ein Vorteil darf für die Zuweisung also beispielsweise nicht dadurch gewährt werden, dass Leistungen für ein Kooperationskrankenhaus zu günstig erbracht werden, weil dieses im Umkehrschluss Patienten an die radiologische Praxis leitet. Umgekehrt dürfen radiologische Praxen für Leistungen, die vom Krankenhaus bezogen werden, keine zu hohen Zahlungen leisten – immer davon ausgehend, dass die wesentliche Leitungsfunktion vom Krankenhaus zugunsten der radiologischen Praxis geht. Diese Grundsätze gelten aber auch umgekehrt.

### Merke

Bei der Prüfung, ob unerlaubte Zahlungen getätigt werden/Korruption vorliegt, kommt es nicht darauf an, welche Leistungen bezogen werden! Ob es sich dabei um

- Miete,
- Personalbestellungen,
- Dienstleistungen oder den
- Bezug von Materialien

handelt, ist insofern also nicht relevant.

Ein denkbarer Ausweg scheint, dass Patienten nicht kanalisiert werden, sondern diese lediglich „zufällig“ in der kooperierenden radiologischen Praxis als Patienten erscheinen. Dies entspricht allerdings nicht der Lebenswirklichkeit. Gerade das im Krankenhaus tätige, nicht für derartige Sachverhalte sensibilisierte Personal empfiehlt häufig den vor Ort vorhandenen Leistungserbringer, ohne dass ein zulässiger Ausnahmefall vorliegt – und das ganz ohne bösen Willen. Die Rechtswirklichkeit zeigt schlichtweg, dass selbst gut geschultes Personal hier jedenfalls auf lange Sicht versagen kann.

### Maßnahmen zur Vorbeugung

Damit muss sichergestellt werden, dass keine unzulässigen Vorteile vorliegen. Doch wie ist dies zu bewerkstelligen?

#### 1. Ortsübliche Preise

Zum einen ist beim Erwerb von Leistungen vom Kooperationspartner dringend darauf zu achten, dass **ortsübliche Preise** bezahlt werden. D. h., über das allgemeine Marktniveau hinausgehende Preise sind zu unterlassen. Hierauf sollte peinlich

genau geachtet werden. Gegebenenfalls sollte für den Fall der Fälle regelmäßig dokumentiert werden, dass und warum das bezahlte Preisniveau marktüblich ist.

Ein **Sonderfall** liegt insofern bei der **Miete** vor. Hier auf eine ortsübliche Miete für Radiologen in den Krankenhausräumen abzustellen, die i. d. R. hohe Mieten rechtfertigen, stellt dennoch einen Vorteil dar, denn hier wird der Vergleichsmarkt zu klein gefasst. Ortsüblich ist eben nicht nur die konkret am Krankenhaus geltende Miete, sondern die des räumlichen Umfelds. Zulässig dürfte allerdings ein gewisser Aufschlag auf die Miete wegen der besonderen Attraktivität der Räumlichkeiten sein. Denkbar ist der Aufschlag in der Form, wie ihn auch andere Mieter zahlen würden, die nicht dem § 299a StGB unterliegen – also andere als Heilberufler.

#### 2. Leistungen nicht zu günstig anbieten

Zum anderen muss unbedingt vermieden werden, dem Kooperationspartner einen Vorteil zuzuwenden, indem **Leistungen zu günstig** angeboten werden. Hierin läge zweifellos ein versteckter Vorteil.

Wann eine Leistung zu günstig ist, ist – vor dem Hintergrund dessen, dass höchstrichterliche Urteile (noch) nicht vorliegen – natürlich nicht eindeutig. Es bieten sich verschiedene Wege der Bestimmung an. Ein möglicher ist sicherlich die kaufmännische Kalkulation, die nachvollziehbar dargelegt werden muss und insbesondere auch

- das Wagnis,
- den üblichen Gewinn und
- die Abschreibungen beachtet.

Im Übrigen wird ein Korridor zwischen der Matrix des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus

(InEK-Matrix) und dem GOÄ-Einfachsatz diskutiert. Zu Recht weist Clausen („Rechtsprobleme bei Kooperationsverträgen von niedergelassenen Radiologen in Kliniken“ in RWF Nr. 10/2019) darauf hin, dass bei den meisten DRG-Fallpauschalen die InEK-Matrix die Radiologieleistungen nicht ausweist. In dem Fall bliebe der GOÄ-Einfachsatz, bei dem über den Steigerungssatz gesprochen werden muss. Zudem sind dabei die GOÄ-Abrechnungsbeschränkungen zu beachten. Diese Faktoren sollten in einem Kooperationsvertrag dargestellt werden, um hier keinen Streit aufkommen zu lassen.

### Vielfältige weitere Varianten

Neben den hier erläuterten offensichtlichen Vorteilen gibt es eine Vielzahl von anderweitigen Modellen, in denen beispielsweise über Mittelsmänner Beteiligungen an Gesellschaften ausgegeben werden. Bei all diesen Varianten ist höchste Vorsicht angezeigt. Genauso wie bei der Frage von anderen „versteckten Entgelten“. Dies sei hier nur am Rande erwähnt.

### Fazit

Die §§ 299a/b, 300 StGB machen in der Rechtspraxis bei Kooperationen **derzeit** nur wenige Fälle aus.

Es zeigen sich allerdings erste anderweitige Entwicklungen, sodass eindrücklich dazu geraten wird, die entsprechende Ausgewogenheit der Leistungen und Gegenleistungen im eigenen Haus zu prüfen.

### WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Strafrechtliche Folgen beim Verstoß gegen das Kick-Back-Verbot“ in RWF Nr. 01/2018

## Kassenabrechnung

### PET/CT: G-BA beschließt Erweiterung des Leistungskatalogs bei Hodgkin-Lymphomen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Juli 2021 beschlossen, den Leistungskatalog für Untersuchungen mittels Positronenemissionstomographie/Computertomographie (PET/CT) bei Hodgkin-Lymphomen zu erweitern. Vorbehaltlich der Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium kann die Methode des PET/CT zukünftig bei sämtlichen Untersuchungen zur Bestimmung des Stadiums (sogenannte Staging-Untersuchungen) des Hodgkin-Lymphoms in der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt werden.

#### Bisherige Indikationen

Derzeit können die Staging-Untersuchungen mittels PET/CT nur bei bestimmten Patienten mit Hodgkin-Lymphom und einzelnen Fragestellungen – beispielsweise im frühen Stadium bei Erstdiagnose zur Bestimmung des Schweregrads – zulasten der gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden (siehe „Weitere Indikationen für PET-/CT-Untersuchungen werden in den EBM aufgenommen“ in RWF Nr. 12/2018).

#### Gründe für die Indikations-erweiterung

Für die Entscheidung hat der G-BA die Ergebnisse aus Studien zum Nutzen des Interim-Staging mittels PET/CT bei Patienten mit Hodgkin-Lymphom im frühen und intermediären Stadium ausgewertet. Die Studien bestätigen die prognostische Aussagekraft des PET/CT nach Abschluss der ersten Behandlungszyklen. Zur Optimierung der Behandlung kann den Patienten damit – in Abhängigkeit vom Ergebnis der PET/CT-Untersuchung – eine Intensivierung oder Reduktion der ursprünglich geplanten Therapie angeboten werden.

#### Künftiger Leistungsanspruch

Der zukünftige Leistungsanspruch gilt für sämtliche Stadien (früh, intermediär, fortgeschritten) des Hodgkin-Lymphoms. Der Anspruch umfasst neben dem

- Initial-Staging auch das
- Interim-Staging sowie das
- Staging nach Rezidiv.

#### Kein PET/CT bei Routine-Nachsorge ohne begründeten Verdacht

Durch den Beschluss hat der G-BA gleichzeitig auch klargestellt, dass in der Routine-Nachsorge ohne einen begründeten Verdacht auf ein Rezidiv des Hodgkin-Lymphoms weiterhin kein Anspruch auf PET/CT-Untersuchungen zulasten der gesetzlichen Krankenkassen besteht. Diese Festlegung steht laut G-BA im Einklang mit der aktuellen Studienlage und einschlägigen Leitlinien.

#### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „PET-CT/MRT-Untersuchung gebilligt“ in RWF Nr. 04/2021
- „PET-Beratungen werden eingestellt“ in RWF Nr. 01/2021
- „PET/CT: Qualitätssicherungsvereinbarung angepasst“ in RWF Nr. 02/2019

## Interview

## „Mit einem Niederfeld-MRT lässt sich eine radiologische Praxis energieautark betreiben!“

Das Unternehmerportal „Die Deutsche Wirtschaft“ (DDW) zeichnete im Jahr 2020 die radiologische Praxis GreenScan aus dem Siegerland als Innovator des Jahres aus. Allein das ist ungewöhnlich. Noch ungewöhnlicher ist die Innovation, um die es geht: GreenScan arbeitet mit einer Technik aus den 1980er Jahren, dem Niederfeld-MRT. Betrieben wird es mit Solarstrom aus einer Photovoltaik-Anlage auf dem Dach der Praxis. Prof. Dr. Hans-Martin Klein ist Facharzt für Radiologie und geschäftsführender Gesellschafter der GreenScan GmbH. Mit Ursula Katthöfer ([textwiese.com](http://textwiese.com)) sprach er über die Renaissance der Niederfeldtechnik.

**Redaktion:** Forschungseinrichtungen rühmen sich ihrer 7-Tesla MRTs. Sie antworten mit einem Niederfeld-MRT, dessen Feldstärke unter 0,5 Tesla liegt. Warum?

**Prof. Dr. Klein:** Manchmal kann weniger mehr sein. Das Augenmerk der klinischen MRT-Forschung wie auch der industriellen Entwicklung liegt seit vielen Jahren am oberen Ende der Feldstärke-Skala. Das ist historisch bedingt. Bis in die 80er Jahre standen mit den Permanentmagneten und den klassischen resistiven Elektromagneten zwei Magnettechniken zur Verfügung, die sinnvoll nur Feldstärken bis 0,5 Tesla erlaubten. Ab Mitte der 80er wurden heliumgekühlte Supraleiter eingeführt, die höhere Feldstärken erzeugen konnten. Da eine Verdoppelung der Feldstärke das nutzbare Signal-zu-Rausch-Verhältnis etwa um 40 Prozent erhöht, war der hohe technische Aufwand gerechtfertigt. Feldstärke wurde zum Synonym für Qualität – wobei 1,5 Tesla der Standard wurde und bis heute ist.

Doch mittlerweile sind ganz neue technische Möglichkeiten verfügbar,

um die Bildqualität zu verbessern: Mehrkanalspulen, bessere digitale Signal- und Bildverarbeitung, Compressed Sensing oder Deep-Learning-basierte Bildrekonstruktion. Diese Verfahren ermöglichen ganz neue Qualitäten, auch bei geringerer Feldstärke.

**Redaktion:** Wo liegen die technischen Vorteile bei geringerer Feldstärke?

**Prof. Dr. Klein:** Das augenfälligste Argument sind immer noch andere, offenere Magnetgeometrien. Das ist für Patienten mit Platzangst ein großer Vorteil. Die T1-Zeit ist kürzer, der T1-Gewebekontrast besser. Der Einfluss von Magnetisierbarkeitsunterschieden des Gewebes, die Suszeptibilität, sinkt mit der Feldstärke. Das bedeutet weniger Metallartefakte und bessere Bildqualität, z. B. bei Diffusionssequenzen an der Schädelbasis. Dielektrische Effekte sind geringer, was zur Verbesserung der HF-Homogenität (B1-Feld) führt. Bei geringerer Frequenz und größerer Wellenlänge ist die Durchdringungsfähigkeit der HF-Strahlung besser. Das führt zu erstaunlich guter Bildqualität bei Abdomen-Untersuchungen. Eine Arbeitsgruppe des

National Institutes of Health (NIH) in den USA berichtet aktuell sogar über Lungendiagnostik bei COVID-19-Patienten mit einem 0,55 T MRT.

**Redaktion:** Nachhaltigkeit ist das große Thema unserer Zeit. Wo liegen die Vorteile in Bezug auf Klima- und Umweltschutz sowie bei der Patientensicherheit?

**Prof. Dr. Klein:** Wenn Permanentmagneten verwendet werden, reduziert dies die Energieaufnahme drastisch. Das macht es unserer Praxis möglich, energieautark zu sein. Zudem wird kein Helium verbraucht. Auch muten wir den Patienten eine geringere Hochfrequenzenergie zu. Die emittierte HF-Energie sinkt quadratisch mit der Feldstärke. Bei geringerer Feldstärke sind die Gefahren durch magnetische Anziehung von Metallen deutlich reduziert. Narkose im MRT oder MR-gesteuerte Interventionen werden sicherer und weniger aufwendig. Das Gleiche gilt für Patienten mit biomedizinischen Implantaten wie z. B. Shunt-Ventilen, Schmerzpumpen, Cochlear-Implantaten und Endoprothesen. Bei Schrittmachern bleibt das Risiko zum Teil. Zwar ist das Problem der Erhitzung von Elektroden deutlich geringer. Aber die elektromagnetische Beeinflussung bleibt.

**Redaktion:** Reicht die Bildqualität?

**Prof. Dr. Klein:** Das ist die entscheidende Frage. Es gibt vom G-BA Richtlinien zur Qualitätssicherung in der Kernspintomografie. Die hier geforderten Kriterien sind mit unserem Gerät erfüllt. Aufgrund der durchaus vorhandenen Nachteile von höheren Feldstärken und der relevanten Verbesserungen in Bild- und Signalverarbeitung muss jetzt eine Re-Evaluierung erfolgen. Die Frage ist: Wie viel

Feldstärke brauchen wir heute für die richtige Diagnostik?

**Redaktion:** Ihre Praxis ist energieautark, denn Sie produzieren den Strom selbst. Was für eine Anlage haben Sie installiert?

**Prof. Dr. Klein:** Eine 29,8 Megawatt Peak (MWp) Photovoltaik-Anlage mit einem 10 kWh Lithium-Ionen Speicher. Wir produzieren damit ca. 30 Megawattstunden (MWh) pro Jahr und verbrauchen mit der Praxis inklusive Heizung, Klimaanlage und Kaffeemaschine 22 MWh. Also haben wir in der Bilanz ca. 40 Prozent Überschuss.

**Redaktion:** Die Photovoltaik-Anlage produziert den Strom aber nur bei Licht bzw. Sonnenschein. Wie verteilt sich die Stromerzeugung?

**Prof. Dr. Klein:** Die Autarkierate liegt zwischen 85 Prozent im Sommer und 0 Prozent im Winter. Im Jahresmittel ist sie bei ca. 50 Prozent. Die Stromüberschüsse aus dem Sommer können wir mit der Batterie nicht kompensieren, daher müssen wir im Winter Strom aus dem Netz ziehen.

**Redaktion:** Was leistet die Batterie und was machen Sie im Sommer mit dem Stromüberschuss?

**Prof. Dr. Klein:** Der Batteriespeicher schafft eine Glättung der Verbrauchskurve und deckt einen Teil des Stand-By-Verbrauchs in der Nacht ab. Durch mehr Speicher könnte man die Autarkie erhöhen, doch diese Lösung ist nicht wirtschaftlich. Lieber warte ich auf technische Neuerungen, es ist viel Dynamik im Markt. Durch die Elektromobilität entstehen ganz neue Konzepte, das wird schnell gehen. Den Überschuss speisen wir ins Netz ein und erhalten dafür eine Vergü-

tung. In der Summe kompensieren sich Einspeisevergütung und Stromkosten.

**Redaktion:** Ihre Investitionen sparen mittel- bis langfristig Kosten?

**Prof. Dr. Klein:** Das ist ganz erheblich. Die Stromkosten machen etwa 30 Prozent der Betriebskosten einer MRT-Anlage aus. Der Verbrauch eines Hochfeld-MRT inkl. Klimaanlage liegt bei ca. 350 MWh pro Jahr. Das macht bei 30 Cent pro kWh bis zu 100.000 Euro Stromkosten pro Jahr. Unser Verbrauch liegt, wie gesagt, inklusive Klimaanlage und Kaffeemaschine, bei 22 MWh. Das sind 5 Prozent des Verbrauchs eines Hochfeld-MRTs. Ökologie und Ökonomie sind da absolut kongruent.

**Redaktion:** Was hat Sie veranlasst, in die innovative Technik zu investieren?

**Prof. Dr. Klein:** Angeregt wurde mein Interesse für geringe Feldstärken durch einen Artikel von Leon Kaufman aus dem Jahr 1989, quasi eine Apologetik der offenen Niederfeld-Geräte. Im Jahr 2002 habe ich mir bei den Kollegen Kolbe und Loretan in Brig in der Schweiz ein 0,2 Tesla MRT mit 8-Kanal Technik angeschaut. Die Bilder waren exzellent. 2004 habe ich mein erstes 0,35 Tesla MRT installiert und war überzeugt von der Qualität. Selbst die Techniker des Herstellers fanden die Bilder besser als erwartet.

Die Klimaschutz-Thematik beschäftigt uns alle in zunehmendem Maße. Daher war die Kombination von Niederfeld-MRT und regenerativer Energiegewinnung naheliegend und wir haben vor drei Jahren die GreenScan Konzeption aufgelegt. Eine energieautarke Praxis war immer mein Traum.

**Redaktion:** Sie sind Vorreiter?

**Prof. Dr. Klein:** Ich habe viele Jahre eine Minderheitsmeinung vertreten. Doch in den letzten Jahren ist das Niederfeld-MRT ins Blickfeld gerückt. In dieser Entwicklung stecken riesige Chancen. Es ist wie mit einem Stein, der ins Wasser geworfen wird. Er stößt viele Wellen an, die zu neuen Entwicklungen führen.

**Redaktion:** Was empfehlen Sie anderen Radiologen, die ebenfalls ins Niederfeld-MRT investieren wollen?

**Prof. Dr. Klein:** Bisher gibt es nur wenige Hersteller von qualitativ hochwertigen Niederfeld-MRT, doch das ändert sich gerade. Ein deutscher Hersteller hat für Ende dieses Jahres die Vermarktung eines High-End-Niederfeldsystems angekündigt. Das Interesse ist jetzt schon sehr groß. Peter Rinck, ein bekannter Pionier der MRT, hat im Februar den Vorschlag in den Raum gestellt, 0,5 Tesla zur Brot- und Butter-Feldstärke zu machen. Hochfeld-MRT würden dann besonderen Fragestellungen vorbehalten.

Mit Blick auf interessierte Kollegen würde ich an deren Stelle die Entwicklung auf Kongressen verfolgen, bei denen technische Neuerungen vorgestellt werden.

Allerdings haben die Maschinen noch keine Kassenzulassung. Es sind derzeit eher Add-on-Geräte. Wir haben hier am Standort auch ein 1,5 Tesla. Ich gehe aber davon aus, dass die zukünftigen Niederfeld-MRT sicherlich die Kassenzulassung bekommen werden. Das radiologische Establishment wird jetzt aufmerksam, das ist das Entscheidende.

**Redaktion:** Vielen Dank!



## Honorarrecht

### Zuschläge auf das RLV bei kooperativer Tätigkeit

Eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Ärzte mit einer sog. Doppelzulassung (hier: Fachärzte für Nuklearmedizin und Fachärzte für Diagnostische Radiologie) angehören, erhalten keinen Zuschlag zum Regelleistungsvolumen (RLV) von 10 Prozent, da sie nicht arztgruppen- und schwerpunktgleich ist. Arztgruppe bzw. Schwerpunkt sind dabei im Sinne des Weiterbildungsrechts zu verstehen (Sozialgericht [SG] Marburg, Gerichtsbescheid vom 04.01.2021, Az. S 12 KA 35/15, S 12 KA 39/15).

von Rechtsanwältin Anika Mattern,  
Kanzlei am Ärztehaus, Münster,  
[kanzlei-am-aerztehaus.de](http://kanzlei-am-aerztehaus.de)

#### Sachverhalt

Eine BAG, bestehend aus einem Facharzt für Diagnostische Radiologie sowie vier Fachärzten für Radiologie, zwei zugleich auch als Fachärzte für Nuklearmedizin zugelassen, erhielt für die Quartale I/2009 und II/2009 keinen Zuschlag auf das RLV in Höhe von 10 Prozent für fachgleiche BAGen. Dagegen legte die BAG zunächst Widerspruch ein und erhob schließlich Klage. Die Doppelzulassung dürfe nicht dazu führen, dass der Zuschlag verwehrt werde. Der Bewertungsausschuss spreche eindeutig ausschließlich von derselben Arztgruppe/demselben Schwerpunkt. Diese Abgrenzung knüpfe an das Weiterbildungsrecht an. Die Regelung spreche zudem lediglich von schwerpunktgleich, nicht von schwerpunktidentisch.

#### Entscheidungsgründe

Das SG Marburg wies jedoch die Klage der BAG ab und gab der KV im Ergebnis recht. Die BAG habe für die strittigen Quartale keinen Anspruch auf einen Zuschlag für fach-

gleiche BAGen. Nach dem zu der Zeit gültigen Honorarverteilungsvertrag werde die Höhe des zutreffenden RLV für arztgruppen- und schwerpunktgleiche BAGen und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/dessselben Schwerpunkts unter Berücksichtigung eines Aufschlags i. H. v. 10 Prozent berechnet. Erst ab dem Quartal III/2009 erhielten auch fachübergreifende Praxen einen Zuschlag.

Dabei seien Arztgruppe bzw. Schwerpunkt im Sinne des Weiterbildungsrechts zu verstehen. Es sei nicht zu beanstanden, dass die KV davon ausgehe, aufgrund einer sog. Doppelzulassung liege **keine** arztgruppen- und schwerpunktgleiche BAG vor.

#### Merke

Das Urteil erging zum „alten“ Honorarverteilungsvertrag, der in den Jahren von 2004 bis 2011 die Verteilung der von den Krankenkassen bereitgestellten Gesamtvergütung regelte. Seit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes am 01.01.2012 werden die Honorarverteilungsmaßstäbe (wieder) als Satzungsrecht durch die jeweiligen KVen festgesetzt.

#### Folgen für die Praxis

Gem. § 87b Abs. 2 Satz 2 SGB V hat der Verteilungsmaßstab der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen. Aufgrund der regional, von jeder KV gesondert festgelegten Honorarsystematik muss jedoch im Einzelfall geprüft werden, ob solche Zuschläge bei kooperativer Tätigkeit auch für Radiologen/Nuklearmediziner relevant sind.

Im Bereich der KV Westfalen-Lippe ist dies nicht der Fall, da Radiologen und Nuklearmediziner dem RLV nicht (mehr) unterfallen und ein Zuschlag insoweit nicht möglich ist.

Die Systematik kann jedoch von KV zu KV verschieden sein. So wird für beide Arztgruppen beispielsweise im Bereich der KV Bayerns oder der KV Niedersachsen weiterhin ein RLV festgesetzt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Kooperationen i. d. R. ein zehnpromentiger Zuschlag auf das praxisbezogene Honorarbudget gewährt wird. Bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen bzw. fach- und schwerpunktübergreifenden Kooperationsformen hingegen wird bei der Zuschlagshöhe regelmäßig auf den Kooperationsgrad abgestellt. Je nach Kooperationsgrad sind Zuschläge bis zu 40 Prozent möglich.

#### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Neue Zuschlagsregelung für Berufsausübungsgemeinschaften ab 1. Juli 2011“ in RWF Nr. 02/2011
- „Zuschlag zum RLV und auf die Konsiliarpauschale in Berufsausübungsgemeinschaften“ in RWF Nr. 07/2009

## Wirtschaftlichkeit

### Amortisationsrechnung in der Radiologie

Bei der Amortisationsrechnung geht es um den Zeitraum, innerhalb dessen das in einem Investitionsobjekt eingesetzte Kapital aus den Rückflüssen wiedergewonnen wird. Dieser Zeitraum wird auch als Amortisationszeit bzw. Amortisationsdauer bezeichnet. Man spricht auch von Pay-off-Rechnung, Kapitalrückflussrechnung oder Kapitalwiedergewinnungsrechnung. Zwei Arten der Amortisationsrechnung sind zu unterscheiden, die wir in diesem Beitrag darstellen.

von Prof. Günter Stephan, ehem.  
Hochschule für öffentliche Verwaltung  
des Landes Baden-Württemberg, Kehl,  
[stephan@hs-kehl.de](mailto:stephan@hs-kehl.de)

#### Berechnung der Amortisationszeit

Rückflüsse sind in der Amortisationsrechnung definiert als durchschnittlicher Gewinn der Anlage(n) pro Jahr zuzüglich der kalkulatorischen Abschreibung. Das Ergebnis ist die **Amortisationszeit**.

#### Amortisationszeit

Anschaffungskosten einer  
medizinischen Anlage (z. B. CT, MRT)

Rückflüsse pro Jahr

Bei Investitionen in Maßnahmen zur Rationalisierung werden die Anschaffungskosten durch die Kostenersparnisse pro Jahr geteilt.

#### Durchschnittsrechnung

Bei der Durchschnittsrechnung wird der durchschnittliche Rückfluss pro

Jahr ermittelt. Die Anschaffungskosten werden dann durch diesen Rückfluss dividiert. So erhält man die Amortisationszeit (siehe Tabelle 1).

Für die Berechnung der Amortisationszeit bei CT-Gerät 1 wird der Anschaffungswert (200.000 Euro) durch die Summe aus dem durchschnittlichen, jährlichen Gewinn (30.000 Euro/Jahr) und den jährlichen Abschreibung (40.000 Euro/Jahr) – zusammen also durchschnittliche jährliche Rückflüsse in Höhe von 70.000 Euro/Jahr – geteilt. Das Ergebnis für **CT-Gerät 1** beträgt **2,85 Jahre** bzw. 2 Jahre, 10 Monate.

Das Ergebnis für **CT-Gerät 2** beträgt **2,40 Jahre** bzw. 2 Jahre, 5 Monate (240.000 Euro / 100.000 Euro pro Jahr). CT-Gerät 2 hat gegenüber CT-Gerät 1 nach der Durchschnittsrechnung eine kürzere Amortisationsdauer.

#### Kumulationsrechnung

Im Rahmen der Kumulationsrechnung werden – im Gegensatz zur Durch-

schnittsrechnung – die Unterschiede in der Höhe der periodischen Rückflüsse während der Amortisationszeit berücksichtigt. Es werden die Rückflüsse so lange aufaddiert, bis das Jahr  $t$  erreicht wird, in dem die kumulierten Rückflüsse den Anschaffungswert erreichen. Bei der Berechnung wird der Anschaffungswert (ggf. abzüglich eines Restwerts) durch die kumulierten Rückflüsse pro Jahr geteilt (siehe Tabelle 2).

**Tabelle 2: Ausgangsdaten Kumulationsrechnung**

CT-Gerät 1		
Jahr	Anschaffungswert 200.000 Euro	
	Rückflüsse/Jahr	kumulierte Rückflüsse
1	54.000	54.000
2	55.000	109.000
3	60.000	169.000
4	62.000	<b>231.000</b>
5	65.000	
6	52.000	
7		
CT-Gerät 2		
Jahr	Anschaffungswert 240.000 Euro	
	Rückflüsse/Jahr	kumulierte Rückflüsse
1	75.000	75.000
2	70.000	145.000
3	75.000	220.000
4	77.000	<b>297.000</b>
5	55.000	
6		
7		

Bei **CT-Gerät 1** erreichen die kumulierten Rückflüsse den Anschaffungswert (200.000 Euro) vor Ablauf des 4. Jahres. Die Amortisationszeit liegt also zwischen dem 3. und dem 4. Jahr (**3,50 Jahre** bzw. 3 Jahre, 6 Monate).

**CT-Gerät 2** erzielt eine Amortisationszeit (Anschaffungswert: 240.000 Euro) von **3,12 Jahren** (3 Jahre, 1 Monat).

**Tabelle 1: Ausgangsdaten Durchschnittsrechnung**

	CT-Gerät 1	CT-Gerät 2
Anschaffungswert	200.000 Euro	240.000 Euro
Nutzungsdauer	5 Jahre	4 Jahre
Abschreibungen	40.000 Euro	60.000 Euro
durchschnittl. jährl. Gewinn	30.000 Euro	40.000 Euro
durchschnittl. jährl. Rückfluss	70.000 Euro	100.000 Euro

### Zusammenfassung der Ergebnisse

Amortisationszeit ...	CT-Gerät 1	CT-Gerät 2
... nach Durchschnittsrechnung	2,85 Jahre	2,40 Jahre
... nach Kumulationsrechnung	3,50 Jahre	3,12 Jahre

In beiden Fällen ist das CT-Gerät 2 wegen der kürzeren Amortisationszeit vorzuziehen. Da die Rückflüsse in den einzelnen Jahren nicht identisch sind, sondern schwanken, ist die **Kumulationsrechnung die bevorzugte Variante**. Die Ergebnisse der Durchschnittsrechnung sind zu ungenau. Nur bei geringen Schwankungen der jährlichen Rückflüsse sind sie brauchbar.

#### Beurteilung der Amortisationsrechnung

Das Verfahren ist einfach zu handhaben. Die Amortisationsrechnung ist

brauchbar als Zusatzkriterium für Investitionsentscheidungen, wenn es um die Beurteilung des Laufzeitrisikos und eines möglichst schnellen Liquiditätsrückflusses geht. Damit bekommt die radiologische Praxis wichtige Informationen für die Finanzplanung, sodass sich die Zins- und Tilgungszahlungen für Kredite an den Rückflüssen orientieren können.

Die Entwicklung der Investition(en) sowie deren Rückflüsse *nach Ablauf der Amortisationsdauer* werden allerdings nicht berücksichtigt. Es könnte

beispielsweise erst nach der Amortisationszeit zu höheren Rückflüssen kommen, die sich positiv auf die Rentabilität auswirken. Dies wäre im obigen Beispiel bei CT-Gerät 1 der Fall, weil die Rückflüsse in den Jahren 4 und 5 sehr hoch sind.

### Fazit

Es ist trotz einer kurzen Amortisationszeit möglich, dass eine Investition nicht rentabel ist – und umgekehrt. Die Amortisationszeit ist somit ein hilfreicher Indikator für eine bevorstehende Investitionsentscheidung, aber nicht der einzige.

#### WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Kostenmanagement und -beeinflussung in der radiologischen Großpraxis“ in RWF Nr. 07/2021

## CONTRAST FORUM – Neues von Guerbet

Guerbet lädt ein zum Symposium auf dem 102. Deutschen Röntgenkongress, zum Thema:

### Moderne Techniken und Fortschritte in der Interventionellen Radiologie

Donnerstag, den 9. September 2021 von 17:00 bis 17:45 Uhr

Moderation: Prof. Dr. med. Thomas J. Vogl

Zum **Programm** und zu den **Referenten**:

#### 1. Lymphographie: Die Renaissance eines Klassikers!

(mit **Prof. Dr. med. Tatjana Gruber-Rouh**, Universitätsklinikum Frankfurt am Main)  
Die Lymphographie ist eine wirksame Behandlungsmethode bei inguinalen Lymphfisteln. Im Vortrag soll diese fast aussterbende Indikation der Lymphographie wiederbelebt werden.

#### 2. Lipiodol als radiologischer Marker vor CT-gesteuerten Interventionen

(mit **Prof. Dr. med. Thomas J. Vogl**, Universitätsklinikum Frankfurt am Main)  
Durch eine i. v. Kontrastmittelgabe können die Zielläsionen bei einer CT-gesteuerten Intervention zwar kurzzeitig sichtbar gemacht werden, ein schnelles Verteilen des Kontrastmittels beeinträchtigt jedoch oft die Visualisierung. Im Vortrag wird über Lipiodol als Hilfsmittel bei CT-gesteuerten Interventionen berichtet.

#### Anmeldung:

Nutzen Sie die Express-Anmeldung. Als registrierter Teilnehmer des Röko finden Sie bei Veranstaltungen wie dieser oben rechts einen grünen „Teilnehmen“-Button. Wenn Sie kein Kongress-Teilnehmer sind, haben Sie die Möglichkeit, als Gast kostenfrei an den Industrie-Veranstaltungen von Guerbet teilzunehmen.

## Impressum



#### Herausgeber

Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,  
65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,  
[www.guerbet.de](http://www.guerbet.de), E-Mail [info@guerbet.de](mailto:info@guerbet.de)

#### Verlag

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

#### Redaktion

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

#### Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose  
Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

#### Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.