

# Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

12 | Dezember 2023

## Interview

### „Die Bedeutung der sektorenübergreifenden Vernetzung für die Radiologie wird steigen!“

Mit der von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach geplanten Krankenhausreform sollen ambulante und stationäre Behandlungen enger vernetzt werden. Prof. Dr. Dr. med. Stephanie Tritt hat bereits Erfahrung mit der Vernetzung. Sie ist Chefärztin und Direktorin des Instituts für Radiologie und Neuroradiologie an den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden und dort stellvertretende Ärztliche Direktorin. Sie führt zudem den Fachbereich Radiologie, Strahlenheilkunde und Nuklearmedizin von „Helios Ambulant“ und wurde kürzlich zum Medical Consultant der Helios Konzerngeschäftsführung ernannt. Neben dem Facharzt für Radiologie und dem Schwerpunkt Neuroradiologie hat sie einen Abschluss in Gesundheitsökonomie. Ursula Katthöfer ([textwiese.com](http://textwiese.com)) sprach mit ihr.

**Redaktion:** Helios betreibt deutschlandweit 240 ambulante MVZ, Sie haben Ihren Sitz in einer Klinik in Wiesbaden und sind bundesweit für die Vernetzung der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie verantwortlich. Mit welchen wirtschaftlichen Zielen?

**Prof. Tritt:** Das ist zunächst ein strategisches Thema. Der Trend geht klar zur Ambulantisierung mit einer verstärkten Verlagerung von stationären Leistungen in ambulante Einrichtungen. Dies ist einerseits ein wesentlicher Teil der notwendigen Strukturveränderungen im Gesundheitswesen. Andererseits erlaubt der medizini-

nische Fortschritt, dass immer mehr Untersuchungen und Behandlungen ohne stationären Aufenthalt durchgeführt werden können. Um diesem Wandel gerecht zu werden, legen wir bei Helios einen verstärkten Fokus sowohl auf die regionale Vernetzung und Schwerpunktbildung als auch auf die sektorenübergreifende Zusammenarbeit. „Überwindung von Sektorengrenzen“ ist in diesem Zusammenhang eines der Schlagworte. Das klingt vielleicht etwas abstrakt. Es geht uns darum, den Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung anbieten zu können – unabhängig davon, ob die medizinische Leistung im ambulanten oder stationären Setting

## Inhalt

### Vertragsarztrecht

Budgetwachstum auch bei Anstellung von Jungärzten in einer Radiologie-Einzelpraxis .... 4

### Haftungsrecht

Urteil: Radiologen müssen Nebenbefunde mitteilen ..... 6

### Betriebswirtschaft

Ermittlung des Cash-Flows in einer Großpraxis der Radiologie ..... 7

### Downloads

Zum G-BA-Beschluss vom 21.09.2023 (Erweiterung der oberen Altersgrenzen im Mammografie-Screening-Programm, bis zum Alter von 75 Jahren):

- [Beschluss des G-BA](#)
- [Pressemitteilung des G-BA](#)

oder in einer Hybridform durchgeführt wird. Dazu stärken wir unsere ambulanten Strukturen um unsere Krankenhäuser herum und intensivieren die Zusammenarbeit von stationären und ambulanten Einrichtungen über die Sektorengrenzen hinweg. Das ist sowohl im Interesse einer patientenzentrierten Gesundheitsversorgung als auch aus unternehmerischer Sicht von großer Bedeutung.

**Redaktion:** Was bedeutet das für die Radiologie?

**Prof. Tritt:** Gerade in der Radiologie sind die standortübergreifende Zusammenarbeit und die sektorenübergreifende Vernetzung nicht völlig neu. Es besteht jedoch erhebliches Entwicklungspotenzial. Bereits heute werden große Teile der prästationären Diagnostik ambulant durchgeführt und auch poststationäre Untersuchungen finden wegen der kürzeren Verweildauer zunehmend außerhalb der Kliniken statt. Dieser Trend wird sich zweifellos dynamisch entwickeln. Für die Klinikradiologien bedeutet dies, dass sie ihre Ressourcen noch stärker auf die stationäre Diagnostik und die Notfalldiagnostik konzentrieren können, was die Versorgungsqualität bei schweren Fällen erhöht.

**Redaktion:** Wird die Krankenhausreform diese Entwicklung verstärken?

**Prof. Tritt:** Die Verlagerung radiologischer Untersuchungen und Dienstleistungen in den ambulanten Sektor betrifft nicht nur die prä- und poststationäre Diagnostik, sondern gewinnt auch in der interventionellen Radiologie an Bedeutung. Gleichzeitig sehen wir eine verstärkte Tendenz zu größeren radiologischen Organisationen und zum Auf- bzw. Ausbau standortübergreifender Netzwerke. Dies er-

öffnet die Möglichkeit zur Spezialisierung, d. h. zur Bildung von Kompetenzzentren, in denen Expertise gebündelt vorgehalten wird, etwa in den Bereichen neuroradiologische Diagnostik, urologische Diagnostik (z. B. Prostata-MRT) oder onkologische und gynäkologische Diagnostik (z. B. Mamma-MRT). Durch vernetzte Fachkompetenz und moderne Bildgebungstechnologie in solchen Zentren kann eine hochwertige spezialisierte Versorgung in der Fläche sichergestellt werden. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, hoher Investitionssummen in neue Untersuchungstechnologien sowie steigender Qualitätsanforderungen und Mindestuntersuchungszahlen ist dies ein nicht zu unterschätzender Aspekt.

**Redaktion:** Wie verändert die Vernetzung den Workflow in den radiologischen Abteilungen?

**Prof. Tritt:** Die entscheidende Stellschraube für den Erfolg dieser Entwicklung ist eine nahtlose Vernetzung ohne Informations- und Reibungsverluste zwischen den beteiligten Kliniken und MVZs. Dies erfordert einen integrierten Workflow, der Prozesse und Informationsflüsse zwischen den Einrichtungen effizient koordiniert sowie beispielsweise die Auslastung von Geräten und Personal steuert. Dabei spielt die Digitalisierung eine wichtige Rolle, aber auch andere Faktoren wie einheitliche Untersuchungs- und Qualitätsstandards.

**Redaktion:** Wie gelingt es Ihnen ganz praktisch, so viele unterschiedliche Radiologie-Standorte unter einen Hut zu bekommen?

**Prof. Tritt:** Die Stärkung der lokalen Kompetenz ist wichtig. Jeder Standort soll seine Expertise und Spezialisie-

rung beibehalten und weiterentwickeln. Dies gewährleistet, dass die Patienten an jedem Standort die bestmögliche Versorgung erhalten. Gleichzeitig gilt es aber auch, standortübergreifende Aufgaben zu bündeln und Synergien zu nutzen, wo dies Sinn macht, z. B. im Bereich einheitlicher Standards bei Qualität, Prozessen und Strahlenschutz sowie IT-Systemen. Eine übergeordnete fachliche und operative Leitung mit regional aufgeteilten Zuständigkeiten koordiniert zwischen unseren Standorten und erleichtert die fachliche und organisatorische Zusammenarbeit. Natürlich spielt die Kommunikation eine entscheidende Rolle. Persönliche Gespräche sind wichtig, aber auch der Einsatz von Video- und Telefonkonferenzen sowie regelmäßige konzernweite Präsenzveranstaltungen zum gemeinsamen Austausch.

**Redaktion:** Wo liegen besondere Herausforderungen bei der Vernetzung?

**Prof. Tritt:** In der Radiologie sind Untersuchungskapazitäten ein zentrales Thema. Vernetzte Strukturen erfordern effiziente Koordination, vertrauensvolle Zusammenarbeit aller Beteiligten und eine gewisse Bereitschaft zur Flexibilität. Dies gilt standort- oder sektorenübergreifend umso mehr – ein klassisches Thema für Kliniken mit Praxis Kooperationen. Aus fachlicher Sicht ist es zudem wichtig, dass die radiologischen Versorgungsschwerpunkte mit den klinischen Schwerpunkten im Einklang stehen. Nur dann können die Patienten, die in der Klinik behandelt werden, in vollem Umfang von kurzen Wegen und abgestimmten Behandlungspfaden profitieren. Gerade bei hochspezialisierten Untersuchungen sind vernetzte Strukturen und gebündelte Fachkompetenz ein enormer Vorteil für die Patienten.

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

**Prof. Tritt:** Sie ist ein Treiber für Vernetzung und Spezialisierung, denn sie ermöglicht ja nicht nur den Austausch zwischen verschiedenen Standorten, sondern auch zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen. Dies erlaubt eine bessere Zusammenarbeit und schafft mehr Flexibilität sowie eine bessere, standortunabhängige Nutzung von personellen Kapazitäten und fachlicher Expertise. Bei Helios haben wir das Ziel, auf einer einheitlichen innovativen Plattform umfassende teleradiologische Leistungen flächendeckend für alle Standorte zu ermöglichen. Richtig interessant wird es, wenn man eine integrierte Sichtweise einnimmt und sich mit Kooperationsmodellen, Prozessen und Strukturen beschäftigt. Dann geht es auch um Aspekte wie attraktive, flexible und individuelle Arbeitszeit- und Arbeitsplatzmodelle für Ärzte und nicht-ärztliche Mitarbeiter, um optimierte Personalauslastung mit verbesserter Lastverteilung zwischen Standorten und Leistungserbringern sowie um nahtlos integrierte Patientenfäden. Konsequenz zu Ende gedacht kann dies durchaus zu einem echten Gamechanger für Radiologien werden. Allerdings sind die rechtlichen Hürden für teleradiologische Lösungen im Krankenhaus noch sehr hoch.

**Redaktion:** Wie werden diese Leistungen vergütet?

**Prof. Tritt:** Die Vergütung von teleradiologischen Leistungen erfolgt allgemein im Rahmen der üblichen Regelungen und Abrechnungsmodalitäten. Zwischen den beteiligten Einrichtungen werden spezifische vertragliche Vereinbarungen für die Erbringung der Dienstleistung getroffen.

In der Regel ist dies ein mengenabhängiges Pay-for-performance-Modell. Diese Vereinbarungen können individuell gestaltet werden und variieren je nach Art und Umfang der erbrachten Leistungen.

**Redaktion:** Sehen Sie in Zukunft auch die Möglichkeit, dass Patienten sich über Smart Devices selbst untersuchen, z. B. mithilfe eines Ultraschallkopfes am Smartphone?

**Prof. Tritt:** Bereits heute gibt es Ultraschallgeräte, die mit Smartphones kompatibel sind und für verschiedene Anwendungen wie Herz-, Bauch-, Fetal- und Beckenuntersuchungen entwickelt wurden. Diese Geräte wurden in der Regel jedoch für Point-of-Care Untersuchungen konzipiert, also für den Einsatz durch medizinisches Fachpersonal. Sie ermöglichen zwar Selbstuntersuchungen, diese können aber nicht als Ersatz für eine professionelle medizinische Untersuchung dienen.

**Redaktion:** Wie bewerten Sie diese Entwicklung der Selbstuntersuchung?

**Prof. Tritt:** Auf der einen Seite ist dies eine spannende Entwicklung mit Potenzial, auf der anderen Seite ist gerade im Bereich der Diagnostik eine differenzierte Betrachtung notwendig. „Dr. Google“ ist heute schon sehr präsent und Anwendungen wie Pulsuhren, Schrittzähler, Apps zum Schlafmonitoring oder smarte Blutzuckermessgeräte werden von vielen Patienten bereits selbstverständlich genutzt. Auch der Gaming-Charakter von Gesundheitsapps kann z. B. im Rahmen einer Therapie dazu beitragen, die Compliance von Patienten zu erhöhen. Allerdings gibt es Fallstricke. So muss sichergestellt werden, dass die Geräte richtig bedient und die Ergebnisse richtig interpretiert werden

können. Zumindest im Bereich der bildgebenden Diagnostik gehe ich nicht davon aus, dass Selbstuntersuchungen in absehbarer Zeit eine wesentliche Rolle spielen werden.

**Redaktion:** Zum Abschluss eine persönliche Frage: Bleibt Ihnen bei den vielen administrativen Aufgaben noch Zeit für die Forschung?

**Prof. Tritt:** Ich bin nicht nur Managerin, sondern in erster Linie Ärztin. Neben der Krankenversorgung spielen Forschung und Lehre und die Ausbildung von Studierenden und Mitarbeitenden eine große Rolle. Das ist mir wichtig und das mache ich mit Begeisterung. Es gibt verschiedene Projekte mit Partnern aus Wissenschaft und Praxis, unter anderem im Bereich Diagnostik und Anatomie, zu minimal-invasiven Behandlungsmethoden und zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz und Digitalisierung. Außerdem beteiligen wir uns an Multicenter-Studien.

## Impressum



### Herausgeber

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

### Verlag

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

### Redaktion

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

### Lieferung

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

### Hinweis

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

## Vertragsarztrecht

# Budgetwachstum auch bei Anstellung von Jungärzten in einer Radiologie-Einzelpraxis

Das Bundessozialgericht (BSG) hat die Wachstumsmöglichkeiten von Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in der Aufbauphase auf die Anstellung von Jungärzten in Einzelpraxen übertragen. Ein Vertragsarzt kann für seine angestellten Vertragsärzte demnach in Einzelpraxis sowohl bei erstmaliger vertragsärztlicher Tätigkeit als auch bei Fortführung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit nach einem Austritt aus einer BAG/einem MVZ für seine angestellten die Wachstumsprivilegien der Aufbauphase beanspruchen (Urteil vom 19.07.2023, Az. B 6 KA 22/22 R).

von Rechtsanwältin, Fachanwältin für  
Medizinrecht Dr. Christina Thissen,  
Kanzlei Voß.Partner Medizinrecht,  
Münster, [voss-medizinrecht.de](http://voss-medizinrecht.de)

### Sachverhalt

Der Kläger war insgesamt sieben Jahre vertragsärztlich als Radiologe im Rahmen einer radiologischen BAG in Hamburg tätig. Ende des Jahres 2013 trat er aus der Praxis aus und ließ sich zum Quartal I/2014 mehrere Kilometer entfernt in einer Einzelpraxis im gleichen Planungsbereich mit vollem Versorgungsauftrag nieder. Er stellte einen jungen ärztlichen Kollegen mit ebenfalls vollem Versorgungsauftrag an. Seine Praxis verfügte also insgesamt über zwei volle Versorgungsaufträge.

Ab dem Quartal I/2013 hatte die KV Hamburg zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung ärztlicher Leistungen statt der vorher hierzu eingesetzten Regelleistungsvolumina (RLV) die individuellen Leistungsbudgets (ILB) in ihrem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) etabliert. Innerhalb des Budgets wird zu den Preisen der regionalen Gebührenordnung

vergütet, darüber hinausgehende Leistungen unterfallen einer Quotierung. Während das RLV mit fallgruppenspezifischen Fallwerten arbeitete, knüpft das ILB u. a. am Leistungsumfang des entsprechenden Quartals im Vorjahr an. Bei neu zugelassenen Ärzten in Einzelpraxis wird das ILB für die ersten zwölf Quartale anhand arztgruppenspezifischer Leistungsbudgets errechnet. Lag in den ersten vier Quartalen nach erstmaliger Praxisaufnahme der relative Anteil des Vorgängers über dem Durchschnitt der Arztgruppe, wurde stattdessen zur Berechnung des ILB der Anteil des Vorgängers herangezogen.

### Argumentation des Radiologen

Für sein erstes Quartal in Einzelpraxis forderte der Kläger rund 256.000 Euro im Rahmen des ILB an. Die zuständige KV Hamburg setzte das Honorar der Praxis für das Quartal I/2014 mit insgesamt nur rund 170.000 Euro fest. Hiervon entfielen rund 146.000 Euro auf das individuelle Leistungsbudget (ILB). Der Kläger vertrat die Ansicht, dass für ihn und seinen Angestellten die besonderen Wachstumsmöglichkeiten von Anfängerpraxen in der Aufbauphase gelten

müssten. Im Sinne des § 17 des maßgeblichen HVM hätte das durchschnittliche ILB der Fachgruppe zugrunde gelegt werden müssen, welches im maßgeblichen Quartal bei 111.421,95 Euro je Arzt lag. Im Fall des klagenden Radiologen hätten demnach zweimal 111.421,95 Euro, also 222.843,90 Euro für das ILB zugrunde gelegt werden müssen.

Auch wenn er zuvor bereits vertragsärztlich im Rahmen der BAG tätig gewesen sei, so entspräche seine neu gegründete Einzelpraxis nach seiner Auffassung aufgrund der räumlichen Distanz zu seinem früheren Tätigkeitsort einer Aufbau- und keiner Bestandpraxis. Er müsse sich einen neuen Patientenstamm erarbeiten und sich auf dem Markt neu positionieren, so wie es auch ein Vertragsarztneuling müsste. Das BSG habe seine Rechtsprechung zu Honoraransprüchen von Einzelpraxen ohne Angestellte auf BAG und MVZ übertragen, sodass auch diese Gesellschaften für sich Wachstumsansprüche beanspruchen könnten, solange es sich sowohl um eine Neuzulassung handele als auch die Angestellten vertragsärztliche Neulinge seien. Diese Grundsätze müssten für Einzelpraxen mit Angestellten gleichermaßen gelten.

Aus den genannten Gründen entspräche seine Praxis einer Neugründung im Sinne des § 17 HVM und auch sein Angestellter sei zuvor nicht vertragsärztlich tätig gewesen. Bei ihm und seinem Angestellten müsste in den ersten zwölf Quartalen der Fachgruppenschnitt für das ILB gelten.

Der Kläger erhob mit entsprechender Begründung erfolglos Widerspruch und scheiterte auch in den ersten beiden sozialgerichtlichen Instanzen.

### LSG Hamburg verneint Wachstumsmöglichkeiten

Das Landessozialgericht (LSG) Hamburg urteilte, dass die Wachstumsmöglichkeiten von Anfängerpraxen in § 17 HVM abschließend geregelt seien. Nur neu zugelassene Vertragsärzte erhielten demnach in Einzelpraxis die Privilegierung. Der Kläger sei nicht neu zugelassen im Sinne dieser Vorschrift, da er im Bezirk bereits zuvor vertragsärztlich tätig gewesen sei.

Darüber hinaus eröffne die Regelung nur noch Gründungsmitgliedern einer BAG oder eines MVZ diese Wachstumsmöglichkeit. Angestellte einer Einzelpraxis seien demnach nicht erfasst. Die KV sei auch nicht verpflichtet, eine entsprechende Regelung für die Konstellation der Einzelpraxis mit Angestellten zu treffen. Die Verlegung des Tätigkeitsorts innerhalb desselben Planungsbereichs sei nicht mit einer Praxisneugründung gleichzusetzen. Durch die Anstellung eines Jungarztes ändere sich hieran nichts. Für die Konstellation der BAG sei bereits höchstrichterlich entschieden, dass auch neu hinzutretende Partner die BAG nicht wieder in den Genuss von Wachstumsprivilegien bringen könnten. Ein lediglich angestellter Jungarzt, der anders als ein BAG-Partner nicht einmal unternehmerisches Risiko trage, dürfe in einer Einzelpraxis damit erst recht nicht Wachstumsmöglichkeiten eröffnen.

Ein Vergleich mit der Anstellung eines Arztes in einem MVZ sei ebenso wenig angezeigt, da ein MVZ mit Gründung selbst eine eigene Zulassung erhalte. Der Radiologe und Kläger in diesem Fall hingegen habe seine persönliche Zulassung nach Austritt aus der BAG in die Einzelpraxis unverändert mitgenommen.

### Entscheidungsgründe des BSG

Die Revision des Klägers gegen das abweisende Urteil des LSG hatte in Teilen Erfolg.

#### BSG sieht keine Neuzulassung des klagenden Radiologen

Zwar ging auch das BSG wie die unteren Instanzen davon aus, dass man bei dem Radiologen selbst nicht von einer Neuzulassung im Sinne des § 17 HVM ausgehen könne. Hier sei allein relevant, dass er seine vertragsärztliche Zulassung im gleichen Bezirk bereits seit vielen Jahren innehat habe. Sein eigenes ILB berechne sich demnach entsprechend regulär und nicht auf Basis des Fachgruppendurchschnitts.

#### BSG bestätigt Wachstumsmöglichkeiten für angestellten Radiologen

Anders verhielte es sich aber mit seinem angestellten Jung-Radiologen. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG müssten Regelungen zur Honorarverteilung im Arztgruppenvergleich unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen die Möglichkeit eröffnen, zumindest den durchschnittlichen Honorarumsatz zu erzielen. In der Aufbauphase, die je nach KV drei oder bis zu fünf Jahre andauern könne, müsse eine Honorarsteigerung sofort realisierbar sein. Dies sei ein Grundsatz, der ganz unabhängig vom konkreten Mechanismus zur Honorarverteilung Gültigkeit habe, also nicht nur beim früheren RLV, sondern auch beim ILB berücksichtigt werden müsse.

Für die Sonderhonorierung in der Aufbauphase sei für BAG und MVZ das doppelte Erfordernis entwickelt worden. Es müsse also

- sowohl eine Praxisneugründung vorliegen,

- als auch der betreffende Arzt sich in der Anfangsphase seiner vertragsärztlichen Tätigkeit befinden.

Da wiederum eine BAG auch dann als Aufbaupraxis eingestuft werde, wenn sie zuvor von einem der BAG-Partner schon als Einzelpraxis betrieben wurde, müsse dies für den hier vorliegenden, umgekehrten Fall – nämlich den Austritt aus einer BAG und Neugründung einer vertragsärztlichen Einzelpraxis an anderem Standort – gleichermaßen gelten.

Demnach sei die Praxis des Klägers als Aufbaupraxis zu qualifizieren. Da der angestellte Arzt zudem zuvor noch nicht vertragsärztlich tätig war, sei die Voraussetzung des doppelten Erfordernisses erfüllt und das ILB des Angestellten in den ersten zwölf Quartalen entsprechend auf das des Fachgruppendurchschnitts anzuheben.

### Fazit

Das BSG hat ausdrücklich betont, seine Rechtsprechung zu Wachstumsmöglichkeiten im RLV-Regime auf alle Mechanismen der Honorarverteilung zu übertragen. Daher dürften mit dem vorliegenden Urteil weit über Hamburg und das ILB-Modell hinaus für alle denkbaren, ggf. noch nicht in Regelungen erfassten Fallkonstellationen einer Aufbauphase grundlegende Maßstäbe gesetzt worden sein.

### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „BSG-Urteil zur Anstellung im ‚eigenen‘ MVZ: das Ende eines beliebigen Gestaltungsmodells?“ in RWF Nr. 11/2022
- „Wachstum bis zum Fachgruppendurchschnitt muss möglich sein“ in RWF Nr. 10/2009

## Haftungsrecht

### Urteil: Radiologen müssen Nebenbefunde mitteilen

Ein Radiologe, dem ein Patient mit der Befundbeschreibung „Kopfschmerzen“ zum MRT überwiesen wird, dürfe auch vor einem sichtbaren Nebenbefund außerhalb des Gehirnschädels nicht die Augen verschließen. So bewertete es im dort entschiedenen Fall das Oberlandesgericht (OLG) Dresden. Was der Radiologe in solch einer Situation tun sollte, zeigt der folgende Artikel auf (Urteil vom 10.10.2023, Az: 4 U 634/23).

von Rechtsanwalt, Fachanwalt für  
Medizinrecht Dr. Rainer Hellweg,  
Hannover

#### Sachverhalt

Bei dem Sachverhalt, den das OLG Dresden zu entscheiden hatte, ging es um einen 24-jährigen Patienten, der sich bei seinem Hausarzt wegen Kopfschmerzen vorstellte. Dieser überwies ihn zum MRT. Seitens der Radiologen wurde – nach durchgeführtem MRT – im Arztbrief an den Hausarzt ein altersentsprechender und unauffälliger Befund geschildert. Über ein halbes Jahr später begab sich der Patient wegen Tinnitus und Schwindels in HNO-ärztliche Behandlung. Im weiteren Verlauf der Diagnostik ergab ein CT destruierte Knochenveränderungen sowie eine ausgedehnte Cholesteatombildung am linken Felsenbein. In zwei Operationen mussten das Cholesteatom sowie Jahre später ein Rezidiv entfernt werden, es verblieb jedoch eine Facialisparese.

Der Vorwurf des Patienten im Prozess: Die Befunderhebung und Auswertung des MRT durch die Radiologen seien grob behandlungsfehlerhaft gewesen. Die sichtbare Läsion sei nicht beschrieben und eine wei-

tere Befunderhebung nicht veranlasst worden. Die Radiologen hätten darauf hinweisen müssen, dass die Läsion mit der Diagnose eines Cholesteatoms vereinbar gewesen sei und daher ein CT schon damals – viel früher – hätte eingeholt werden müssen. Bei einer rechtzeitigen Diagnose und Behandlung hätte ein weiteres Wachstum des Cholesteatoms vermieden werden können. Die bleibende Facialisparese sowie weitere persistierende Beeinträchtigungen wie Gleichgewichtsstörungen, Schmerzen im Gesicht und im Ohrbereich hätten dem Patienten erspart bleiben können. Er forderte daher im Gerichtsverfahren ein Schmerzensgeld in Höhe von mindestens rund 40.000 Euro sowie weiteren Schadenersatz.

#### Entscheidungsgründe

Das Gericht wies die Klage ab und verneinte im Ergebnis einen Haftungsanspruch gegen die Radiologen. Allerdings sei dem Radiologen, der das MRT seinerzeit befundete, durchaus ein Behandlungsfehler vorzuwerfen. Zu dieser Bewertung kamen die Richter deshalb, weil der Radiologe die auf den Bildern zu sehende Läsion nicht als Nebenbefund beschrieben habe. Zu den Pflichten, die einen Radiologen bei einer Überweisung träfen, stellte das OLG fest: Der

Radiologe, dem ein Patient mit einer bestimmten Fragestellung zur weiteren Untersuchung überwiesen wird, könne sich nicht auf den Auftragsumfang beschränken. Aufgrund der ihm gegenüber dem Patienten obliegenden Fürsorgepflicht habe er für die Auswertung eines Befunds all die Auffälligkeiten zur Kenntnis und zum Anlass für gebotene Maßnahmen zu nehmen, die er aus seiner radiologischen Sicht unter Berücksichtigung der in seinem Fachbereich vorausgesetzten Kenntnisse und Fähigkeiten sowie der Behandlungssituation feststellen müsse. Vor in diesem Sinne für ihn erkennbaren „Zufallsbefunden“ dürfe er nicht die Augen verschließen.

Der vom Gericht im Prozess beauftragte Sachverständige war zu dem Schluss gekommen, dass auf dem MRT in der linken Felsenbeinspitze sowie im linken Mastoid eine Signalalteration erkennbar gewesen sei, die weite Teile des Innenohrs einschließlich der Cochlea und der Bogengänge betroffen habe. Dass dies nicht erkannt und vom Radiologen nicht in den Arztbrief an den Hausarzt aufgenommen worden sei, sei als Behandlungsfehler des Radiologen zu qualifizieren – so die Beurteilung des OLG Dresden. Die Richter stufen dies als Diagnosefehler, nicht als Befunderhebungsfehler ein. Infolge dieser juristischen Zuordnung zur Behandlungsfehlerkategorie Diagnoseirrtum verneinte das Gericht eine Beweislastumkehr zugunsten des Patienten. Da dieser den Beweis für den Ursachenzusammenhang zwischen dem Diagnoseirrtum des Radiologen und dem eingetretenen Schaden nicht führen konnte, verlor der Patient den Prozess.

Zu der Frage des Kausalzusammenhangs hatte der Gerichtssachverständige ausgeführt, dass es sich um ein

primäres (d. h. genuines) Cholesteatom gehandelt habe, das über viele Jahre aus embryonalversprengten Epithelinseln langsam entstanden sei. Zwar sei durch den Diagnostikfehler des Radiologen eine Verzögerung des Behandlungsverlaufs von rund eineinhalb Jahren eingetreten. Jedoch sei eine relevante und für die Kausalität der auch postoperativ verbliebenen Gesichtsnervenlähmung wesentliche Größenzunahme in diesem Zeitraum als wenig wahrscheinlich anzusehen.

### Fazit

Dass der Prozess mangels Beweisbarkeit der Kausalität letztlich zugunsten der Behandlerseite und der Radiologen ausging, ändert nichts an der Feststellung des Diagnose- und Behandlungsfehlers seitens des Gerichts. Die Radiologen hätten den sichtbaren Nebenbefund, auch wenn sich dieser außerhalb des Gehirnschädels befand, mitteilen müssen.

Abhängig von der konkreten Fallkonstellation kann es **nicht** ausreichend sein, die Mitteilung eines Nebenbefunds „nur“ mittels Erwähnung im Arztbrief vorzunehmen. Wenn weitere Diagnostik oder Behandlung eilig erforderlich ist, kann für den Radiologen zusätzlich eine unverzügliche telefonische Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt oder Weiterbehandler geboten sein, um zweifelsfrei sicherzustellen, dass die Information nicht „untergeht“. Um sich für einen möglichen späteren Haftungsprozess zu wappnen, sollte der Radiologe das Telefonat in seiner Dokumentation kurz schriftlich festhalten.

### WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Diagnoseirrtum oder Befunderhebungsfehler? Darauf kommt es für Radiologen an“ in RWF Nr. 07/2020

## Betriebswirtschaft

# Ermittlung des Cash-Flows in einer Großpraxis der Radiologie

Die Sicherstellung der Zahlungsfähigkeit stellt eine wichtige Grundvoraussetzung für den Betrieb einer großen Radiologiepraxis dar. Die Praxis ist *erfolgreich*, wenn die Erträge die Aufwendungen übersteigen (die Differenz ist das Ergebnis als Gewinn oder Verlust). Eine Praxis ist *zahlungsfähig*, wenn die Einzahlungen größer sind als die Auszahlungen. Wichtig für das betriebswirtschaftliche Verständnis ist dabei die Differenzierung zwischen Erträgen und Einzahlungen einerseits sowie Aufwendungen und Auszahlungen andererseits.

### Begriff des Cash-Flow

Ein **positiver Cash-Flow** bedeutet, dass die Einzahlungen die Auszahlungen in einer bestimmten Periode übersteigen. Deshalb erhöht sich der Zahlungsmittelbestand der Praxis. Im Gegensatz dazu verringert sich der Zahlungsmittelbestand, wenn die Auszahlungen der Praxis die Einzahlungen übersteigen. Dann spricht man von einem **negativen Cash-Flow**.

### Ergebnis vs. Cash-Flow

Ertragskraft	Finanzkraft
Ertrag	Einzahlungen aus der lfd. Geschäftstätigkeit
– Aufwand	– Auszahlungen aus der lfd. Geschäftstätigkeit
= Ergebnis	= Cash-Flow

Der Cash-Flow zeigt also der Praxis bzw. einem Unternehmen an, ob aus der Umsatztätigkeit liquide Mittel zur Verfügung stehen, die für verschiedene Zwecke verwendet werden können, z. B.:

- Investitionen selbst finanzieren
- Schulden tilgen

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

- Gewinne ausschütten (Ausschüttungskraft)
- Liquide Mittel aufstocken

Aufgrund der Relevanz für weitere Finanzentscheidungen setzt sich die Cash-Flow-Analyse immer mehr durch. Der Cash-Flow kann dabei direkt oder auch indirekt aus dem Jahresabschluss ermittelt werden.

### Direkte Cash-Flow-Analyse

Bei der direkten Ermittlung werden die Einzahlungen den Auszahlungen einer Periode gegenübergestellt.

Hat eine Praxis beispielsweise Einzahlungen in einer Periode in Höhe von 140 Geldeinheiten (GE, z. B. Umsatzerlöse, Zinsen) und Auszahlungen von 80 GE (z. B. für Personal-, Energie- und Mietzahlungen), dann beträgt der Cash-Flow 60 GE.

### Indirekte Cash-Flow-Analyse

Der Cash-Flow kann aber auch indirekt aus der Gewinn- und Verlustrechnung abgeleitet werden.

Für eine Beispielrechnung einer indirekten Cash-Flow-Analyse bietet die Gewinn- und Verlustrechnung in Tabelle 1 die Grundlage. Auf der Basis ergibt sich folgende Berechnung.

Indirekte Cash-Flow-Analyse	
Jahresüberschuss	90 GE
+ Abschreibungen	20 GE
– einzahlungslose Erträge	50 GE
<b>Cash-Flow</b>	<b>60 GE</b>

Die Abschreibungen werden dabei wieder zum Jahresüberschuss addiert, weil sie den Gewinn vermindert haben, obwohl kein Geld geflossen ist. Umgekehrt gilt dies für die einzahlungslosen Erträge.

In der betrieblichen Praxis wird die indirekte Methode der direkten Methode mit der Begründung vorgezogen, dass die indirekte Methode

einfacher sei. Die Zahlen liegen mit der Gewinn- und Verlustrechnung vor, während die einzelnen Aus- und Einzahlungsvorgänge erst ermittelt werden müssen. Dafür ist die direkte Methode genauer, weil die Finanzmittelquellen besser analysiert werden können und somit die Herkunft der Liquidität eindeutiger bestimmt werden kann.

Für radiologische Großpraxen ist die Kenntnis des Cash-Flows von Bedeutung, da diese Praxen ein hohes Investitionsvolumen (insbesondere für neue medizinische Geräte) abwickeln. Deshalb sollten Fragen von Investitions- und Finanzierungskraft im Vordergrund stehen.

**Weitere Kennzahlen in Zusammenhang mit dem Cash-Flow**

Zu empfehlen ist noch die Bildung zweier weiterer Kennzahlen. Bei der

**Cash-Flow-Eigenkapitalrendite** wird das Verhältnis des Cash-Flows zum Eigenkapital oder Gesamtkapital ermittelt. So wird deutlich, wieviel Prozent des Eigen- oder Gesamtkapitals in einer bestimmten Periode als Finanzierungsmittel zugeflossen sind (siehe Tabelle 2, Beispiel zur Cash-Flow-Eigenkapitalrendite).

Das Verhältnis **Cash-Flow zu Praxiserlösen** ist eine weitere Kennzahl zur Beurteilung der Ertrags- und Selbstfinanzierungskraft einer Praxis. Sie besagt, wieviel Prozent der Umsatzerlöse für

- Investitionen,
- Kredittilgung und
- Gewinnausschüttung

zur Verfügung stehen. Mithilfe dieser Kennzahl lässt sich das künftige Finanzierungspotenzial in Abhängigkeit von der Umsatzentwicklung planen.

**Tabelle 1: Beispiel indirekte Cash-Flow-Analyse – Gewinn- und Verlustrechnung**

Aufwendungen		Erträge	
Auszahlungen für Personal, Miete und Energie	80 GE	Einzahlungen von Krankenkassen und Privatpatienten (Praxisumsatz)	140 GE
<i>[daraus ergibt sich ein Cash-Flow i. H. v. 60 GE (140 GE – 80 GE)]</i>			
Aufwendungen, die zu keinen Auszahlungen führen (z. B. Abschreibungen)	20 GE	Erträge, die zu keinen Einzahlungen führen (z. B. Patient zahlt erst im nächsten Jahr, d. h. Einzahlung erst im nächsten Jahr)	50 GE
<i>Jahresüberschuss</i>	<i>90 GE</i>	<i>(Erträge – Aufwendungen)</i>	

**Merke**

Bei zwischenbetrieblichen Vergleichen ist der Cash-Flow nur mit Einschränkungen einsetzbar. Während z. B. bestimmte Praxen verstärkt auf Leasing setzen, ziehen dagegen andere Praxen den Kauf von Anlagen vor. So ergeben sich unterschiedliche Cash-Flows, da bei den erstgenannten Praxen die Abschreibungen auf geleaste Wirtschaftsgüter wegfallen.

➤ **WEITERFÜHRENDE HINWEISE**

- „Deckungsbeitragsrechnung für eine Großpraxis der Radiologie“ in RWF Nr. 08/2023
- „BWA: Die betriebswirtschaftliche Auswertung einer Radiologiepraxis – darauf kommt es an!“ in RWF Nr. 04/2023

**Tabelle 2: Beispiel zur Cash-Flow-Eigenkapitalrendite**

Cash-Flow-Eigenkapitalrendite =	$\frac{\text{Cash Flow} \times 100}{\text{Eigenkapital}}$	
<i>Beispiel:</i>	$\frac{9 \text{ Mio. Euro} \times 100}{30 \text{ Mio. Euro}}$	= 30 %