

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

09 | September 2026

Prävention

„Strukturiertes Lungenkrebsscreening senkt die Mortalität um mindestens 20 Prozent!“

Seit dem 01.04.2026 wird das Lungenkrebsscreening, das sich an aktive und an ehemalige starke Raucher richtet, gemäß EBM vergütet. Die AG Thoraxdiagnostik der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) bietet eine Zusatzqualifizierung zur Lungenkrebsfrüherkennung mit Niedrigdosis-Computertomografie (CT) an. Die Fortbildung basiert auf der Verordnung zur Lungenkrebsfrüherkennung (LuKrFrühErkV) des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (BMUV) vom 15.05.2024. Prof. Dr. med. Jens Vogel-Claussen ist Direktor der Klinik für Radiologie der Charité Universitätsmedizin Berlin und kooptiertes Mitglied im Vorstand der AG Thoraxdiagnostik der DRG. Ursula Katthöfer (textwiese.com) fragte ihn nach Einzelheiten zum Lungenkrebsscreening.

Redaktion: Wer soll mit der Lungenkrebsfrüherkennung erreicht werden?

Prof. Vogel-Claussen: Die Risikopopulation wurde durch das BMUV definiert. Es handelt sich um Menschen im Alter zwischen 50 und 75 Jahren mit einer Rauchdauer von 25 Jahren, davon mindestens 15 Packungsjahren und weniger als 10 Jahren Rauchstopp. Diese Kriterien fußen auf der randomisierten Nelson-Studie aus den Niederlanden und Belgien. Ihr zufolge sinkt die Lungenkrebsmortalität um 20 Prozent, wenn das Screening in einem strukturierten Programm angewendet wird, wenn die Zielgruppe also ähnlich wie bei der Mammografie persönlich angeschrieben wird. Der Nutzen über-

wiegt den Schaden, beispielsweise aus Strahlung und Überdiagnose. Die Nelson-Studie bestätigte Zahlen aus den USA, aus denen zudem eine signifikant sinkende Gesamt mortalität um 6,7 Prozent hervorging. Auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) prüften die wissenschaftliche Evidenz des Lungenkrebsscreenings.

Redaktion: Gibt es denn in Deutschland bereits ein strukturiertes Programm zum Lungenkrebsscreening?

Prof. Vogel-Claussen: Nein, durch ein solches Programm könnte der Effekt sogar noch höher sein als eine um

Inhalt

Abrechnung

- GOÄ-Reformentwurf überarbeitet 3
- MRS nach GOÄ abrechnen 4

Recht

- Keine persönlichen Gründe bei der Fortbildungspflicht vorgesehen 4
- Kann der Patient auf Aufklärung verzichten? 5
- Wann haben Angestellte Anspruch auf ein „Zwischenzeugnis“? 6
- Ärzte haften für halluzinierende Chatbots! 6

Finanzen und Steuern

- Die betriebliche Krankenversicherung (bKV) als Lohnbenefit 7
- Destatis legt Finanzstatistik 2024 für Arztpraxen vor 8

20 Prozent sinkende Lungenkrebsmortalität. Wir können jedoch in Deutschland noch nicht strukturiert jede Person aus der Hochrisikogruppe einladen, weil noch keine EU-Leitlinie zur Qualitätssicherung eines Lungenkrebsfrüherkennungsprogramms vorliegt. Sie wird frühestens 2028 erwartet. Deutschland ist eines der wenigen EU-Länder, die ein organisiertes Screening nach § 25 a SGB V erst einrichten, wenn eine EU-Leitlinie vorliegt – selbst wenn der Nutzen des Screenings längst bewiesen ist. Deshalb sind wir ohne organisiertes Programm gestartet. Ich gehe davon aus, dass wir in etwa vier Jahren eine rechtliche Grundlage dafür haben werden.

Redaktion: Wieso eignet sich das Niedrigdosis-CT besonders für das Screening?

Prof. Vogel-Claussen: Das CT ist besser als das Röntgen-Thorax, weil darüber Lungentumorherde im Stadium 1 oder 1a, also unter einem Zentimeter, erkannt werden können. Wir haben in Deutschland pro Jahr über 50.000 neue Fälle von Lungenkrebs. Weil es ein sehr tödlicher Tumor ist, haben wir über 40.000 Todesfälle pro Jahr. Lungenkrebs ist die häufigste krebserkrankte Todesursache bei Männern und durch die sinkende Mortalität bei Brustkrebs durch das organisierte Mammografie-Früherkennungsprogramm in Deutschland inzwischen auch bei Frauen. Oft wird ein Tumor erst im Stadium 3 oder 4 entdeckt, nachdem klinische Symptome aufgetreten sind. Durch das Niedrigdosis-CT erreichen wir einen Stadiumsschritt hin zu frühen Tumorstadien. Trotz fehlenden organisierten Programms in Deutschland haben wir für die Niedrigdosis-CT-Befundung eine einheitliche Klassifikation in der Lungenkrebsleitlinie entwickelt, um die Rund-

herde zu beurteilen. Das schafft Klarheit, ist verbindlich und sorgt für Vertrauen.

Redaktion: Um welche Klassifikation geht es?

Prof. Vogel-Claussen: Der Gesetzgeber schreibt drei Kategorien vor, doch reichen die für die Radiologie nicht aus. Wir teilen die Lungenrundherde deshalb auf Basis der S3-Leitlinie Lungenkarzinom anhand der modifizierten „V LungRADS 2022-Klassifikation“ ein. Das V steht für Volumen, denn der Gesetzgeber schreibt vor, dass wir das Volumen berechnen, nicht den Diameter. Die volumenbasierte Analyse ist genauer, um das Wachstum des Tumors zu beurteilen. Insbesondere bei Rundherden zwischen 5 bis 15 Millimetern, bei denen oft eine Zunahme von 1 bis 2 Millimetern des mittleren Diameters einer Verdoppelung des Volumens entspricht, wird die Bestimmung der Volumenverdopplungszeit (VDT) genutzt. Die V LungRADS 2022-Klassifikation definiert das Wachstum von Rundherden mit einer Volumenverdopplungszeit in weniger als 600 Tagen. Liegt das Wachstum darunter, reicht es, nach einem Jahr zu prüfen, wie stark es ist. Die volumenbasierte LungRADS-Klassifikation wurde in der norddeutschen Hanse-Studie mit guten Ergebnissen validiert.

Redaktion: Reden wir über die Menschen, die sehr lange geraucht haben oder noch rauchen. Über welche Risiken müssen sie vor der Untersuchung informiert werden?

Prof. Vogel-Claussen: Es muss ein Beratungsgespräch geben. Die Besonderheit: Nicht der Radiologe oder die Radiologin führt dieses Gespräch, sondern ein qualifizierter Hausarzt, In-

ternist oder Arbeitsmediziner. So steht es im Gesetz. Die Kollegen überprüfen die Einschlusskriterien, informieren über das Risiko falsch-positiver oder falsch-negativer Befunde und die Strahlenbelastung. Sie ist gering und entspricht etwa einem Drittel der terrestrischen Strahlung, der wir in Deutschland jährlich ausgesetzt sind. Das BMUV hat zum ersten Mal keinen Richtwert, sondern eine Obergrenze für die Strahlendosis festgelegt. Sie liegt bei einem CTDI von 1,3 Milli-Gray (mGy) und kann je nach Statur der Person erhöht werden. Des Weiteren wird bei aktiven Rauchern der Rauchstopp angesprochen und auf Rauchfrei-Programme hingewiesen. Denn es lohnt sich immer, mit dem Rauchen aufzuhören.

Redaktion: Wie differenzieren Sie die Befunde?

Prof. Vogel-Claussen: Im Niedrigdosis-CT gibt es nur drei Antworten. Unauffällig – dann kommt die Person nach einem Jahr zur nächsten Untersuchung. Kontrollbedürftig – dann wird nach drei bis sechs Monaten erneut geschaut. Und abklärungsbedürftig. In den beiden letztgenannten Fällen muss ein Radiologe in einem auf Lungenkrebs spezialisierten Zentrum die Bilder zweibefunden. So gelingt es im Falle von Lungenkrebs direkt, die Teilnehmer an ein spezialisiertes Zentrum anzubinden. Selbstverständlich bleibt ihnen die freie Arztwahl, doch ein Kontakt ist hergestellt.

Redaktion: Wie groß ist das Risiko eines falsch-positiven Ergebnisses?

Prof. Vogel-Claussen: In der Hanse-Studie hatten 95 von 1.000 untersuchten Personen einen auffälligen CT-Befund, aber nur 20 bis 30 Personen waren abklärungsbedürftig.

Das bedeutet noch nicht, dass sie Lungenkrebs hatten. Letztlich liegt die Lungenkrebsrate bei 40 Prozent von den 20 bis 30 abklärungsbedürftigen CT-Befunden, was noch verbesserungswürdig ist. Allerdings wird aufgrund der Beurteilung in der interdisziplinären Fallkonferenz in einem auf Lungenkrebs spezialisierten Zentrum nicht bei jedem Teilnehmer die Notwendigkeit gesehen, eine Gewebeprobe zu entnehmen, sodass die Lungenkrebsrate auf 60-70 Prozent bei den Patienten mit Gewebeentnahme steigt.

Überdiagnosen liegen bei durchschnittlich bis zu 3 Prozent aller Niedrigdosis-CTs, die Lungenkrebsfälle detektieren. In diesen Fällen wird zwar ein Tumor diagnostiziert, doch führt er nicht zum Tod, weil zuvor der Tod aus anderer Ursache, z. B. durch einen Herzinfarkt oder Ähnliches, eintritt. Der Wert ist deshalb relativ niedrig, weil die Obergrenze für die Lungenkrebsfrüherkennung bei 75 Jahren liegt. Jenseits dieses Alters kann sie höher sein.

Redaktion: Welche Rolle spielt KI bei der Befundung?

Prof. Vogel-Claussen: Für die Detektion ist eine CE-zertifizierte Software vorgeschrieben. Sie muss den Rundherd erkennen, volumetrieren und die Volumenverdopplungszeit berechnen können. Derzeit sind etwa 15 Programme zertifiziert und auf dem Markt. Das heißt nicht, dass alle eine gute Performance haben. Sie genügen schlicht dem Medizinproduktegesetz. Ich gehe davon aus, dass der Markt sich konsolidieren wird.

Redaktion: Ihr Team ist mit dem Wachsmann-Innovationspreis 2025 für den Fortbildungskurs zur Lungenkrebsfrüherkennung mittels Niedrig-

dosis-CT ausgezeichnet worden. Wie üben die Teilnehmenden praktisch, Lungenkrebs zu erkennen?

Prof. Vogel-Claussen: Jeder Radiologe, der Bilder aus dem Lungenkrebs-screening befundet, muss zertifiziert sein. Wir trainieren in der Fortbildung das einheitliche Befundschema. Es geht auch um technische Anforderungen und Strahlenschutz. Die Teilnehmenden müssen 60 Fälle bestehen. Radiologen, die sich am Lungenkrebs-screening beteiligen, müssen im Jahr vor ihrem Beginn mindestens 200 Thorax-CTs klinisch gelesen haben. Zudem müssen sie im ersten Jahr 100 CTs und im zweiten Jahr 200 CTs durchführen, wobei der Zweitbefunder doppelt so viele CTs befunden muss. Derzeit haben wir deutschlandweit etwa 2.500 zertifizierte Ärztinnen und Ärzte.

Redaktion: Die Zusatzqualifizierung ist umfangreich. Lohnt sie sich auch für Niederlassungen?

Prof. Vogel-Claussen: Die Abrechnungsposition 01871, die in den EBM aufgenommen wurde, wird mit 95,04 Euro abgerechnet, das entspricht 746 Punkten. Die Vergütung liegt etwa 20 Euro über einem Niedrigdosis-CT in der Klinik. Sie umfasst die computer-assistierte Software-Befundung, den Zweitbefund und die Vernetzungsarbeit zwischen den Praxen und den Lungenkrebszentren. Die Höhe der Vergütung ist ein akzeptabler Kompromiss. Wir müssen jetzt schauen, dass wir gemeinsam mit niedergelassenen Radiologen, Hausärzten und Arbeitsmedizinern auch noch ohne organisierte Struktur möglichst viele starke Raucherinnen und Raucher erreichen.

Vielen Dank!

Gesetzgebung

GOÄ-Reformentwurf überarbeitet

Die Bundesärztekammer (BÄK) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) haben dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) eine weiterentwickelte Version des GOÄ-Reformentwurfs vorgelegt. Ausgangspunkt für die Aktualisierung waren Vorschläge der beteiligten ärztlichen Berufsverbände und Fachgesellschaften, heißt es in der gemeinsamen Pressemitteilung von BÄK und PKV-Verband vom 31.07.2026 (siehe tinyurl.com/24fcwwhw).

Wann legt das BMG einen Referentenentwurf vor?

BÄK-Präsident Dr. med. Klaus Reinhardt und PKV-Verbandsdirektor Dr. Florian Reuther erklärten gemeinsam, dem Verordnungsgeber eine kontinuierlich an den medizinischen Fortschritt angepasste Entwurfsversion für die neue GOÄ zur Verfügung stellen zu wollen. Man begrüße, dass im BMG bereits ein Referentenentwurf für die neue GOÄ vorbereitet wird. Ein Inkrafttreten der neuen GOÄ zum 01.01.2028 bleibe erreichbar.

Überarbeiteter Entwurf online

Die überarbeitete Version des GOÄ-Reformentwurfs von BÄK und PKV-Verband (Stand: 15.07.2026) umfasst 1.049 Seiten und ist in voller Länge bei der BÄK abrufbar (siehe tinyurl.com/2rx6pd6c). Auch die Anpassungen im Vergleich zur Vorgängerversion sind in einer weiteren Veröffentlichung auf der BÄK-Themenseite erkennbar (siehe tinyurl.com/2v3d32ms).

Privatliquidation**MRS nach GOÄ abrechnen**

Frage: „Wie können wir beim Privatpatienten eine Magnetresonanztomographie (MRS) abrechnen?“

Antwort: Die MRS ist in der GOÄ weder exakt abgebildet noch beschrieben. Die Leistung kann mit den in der GOÄ vorhandenen Gebührenpositionen für Magnetresonanztomografien (MRT) abgerechnet werden. Eine Analogbewertung ist nicht erforderlich, da es sich um eine MRT-Leistungsvariante handelt, die mittlerweile breite Anwendung findet. Der im Vergleich zur normalen MRT-Leistung ggf. höhere Aufwand kann ggf. durch einen erhöhten Steigerungssatz kompensiert werden. Für die 3-D-Rekonstruktion ist Nr. 5733 GOÄ („Zuschlag für computergesteuerte Analyse [z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion]“; 800 Punkte; 46,63 Euro [1,0-fach, nicht steigerungsfähig]) als Zuschlag berechnungsfähig.

Merke

Im überarbeiteten Entwurf zur neuen GOÄ (GOÄ-E 26, Stand 15.07.2026) ist die MR-Spektroskopie mit einer eigenen Gebührenposition enthalten:

Nr. 13399 GOÄ-E 26 (zuvor: Nr. 13395 GOÄ-E 25) ist die Position für die „MRT-Spektroskopie, einschließlich Auswertung“, die mit 596,72 Euro bewertet wird.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Informationen zum Stand des Entwurfs der GOÄ-Reform (GOÄ-E 26) bei der Bundesärztekammer online unter tinyurl.com/2v3d32ms

Vertragsarztrecht**Keine persönlichen Gründe bei der Fortbildungspflicht vorgesehen**

Die Pflicht zur kontinuierlichen ärztlichen Fortbildung gehört zu den zentralen Voraussetzungen für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Diese Verpflichtung ist strikt an die gesetzlichen Fristen gebunden – selbst dann, wenn schwerwiegende persönliche Umstände dazu geführt haben, dass Fortbildungspunkte nicht rechtzeitig gesammelt werden konnten. Das hat das Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen hat in einem Beschluss erneut betont (Beschluss vom 18.12.2025, Az. L 11 KA 17/25 B ER).

Gesetzliche Fortbildungspflicht für Vertragsärzte

Vertragsärzte, d. h. auch alle Radiologinnen und Radiologen mit Kassensitz, müssen innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren gegenüber ihrer KV nachweisen, dass sie ihrer Fortbildungspflicht nachgekommen sind. Das ist gesetzlich festgelegt (§ 95d Sozialgesetzbuch [SGB] V). Grundlage ist zudem die Regelung der KBV, nach der innerhalb dieses Zeitraums mindestens 250 Fortbildungspunkte zu erwerben sind. Wird der Nachweis nicht oder nicht vollständig erbracht, sieht das Gesetz Honorarkürzungen vor: Für die ersten vier Quartale nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums reduziert sich das vertragsärztliche Honorar um 10 Prozent, danach um 25 Prozent.

Sachverhalt

Im entschiedenen Fall hatte eine HNO-Ärztin die erforderlichen Punkte innerhalb des maßgeblichen Zeitraums nicht nachgewiesen. Zum Zeitpunkt des Fristablaufs lagen lediglich 83 der notwendigen 250 Fortbildungspunkte vor. Die KV nahm deshalb ab dem Jahr 2024 eine Honorarkürzung um 10 Prozent vor. Die Ärztin wandte sich im einstweiligen Rechtsschutz gegen diese Kürzungen. Sie machte erhebliche persönliche Belas-

von Rechtsanwältin Lea Herrmann,
Voss.Partner, Münster,
voss-medizinrecht.de

tungen geltend: Ihre Tochter war an Krebs erkrankt und schließlich verstorben. Während der Erkrankung hatte die Ärztin ihre Praxis zeitweise geschlossen, um ihr Kind im Sterbeprozess zu begleiten.

Entscheidungsgründe

Das LSG gab der Ärztin teilweise recht – allerdings allein aus formalen Gründen. Die KV hatte der Ärztin eine Fristverlängerung für den Fortbildungsnachweis eingeräumt. Ohne diese Fristverlängerung durch die KV wäre das Ergebnis somit hart ausgefallen. Nach Auffassung des Gerichts durfte eine Honorarkürzung nämlich erst nach Ablauf der verlängerten Frist erfolgen. Da die KV bereits vorher eine Kürzung vorgenommen hatte, war diese für das betreffende Quartal rechtswidrig. Das Gericht ordnete daher die aufschiebende Wirkung des Widerspruchs an und verpflichtete die KV, das einbehaltene Honorar vorläufig auszuzahlen.

In der Sache bestätigt der Beschluss jedoch die strikte gesetzliche Systematik.

matik der Fortbildungspflicht. Das LSG stellt klar, dass das Gesetz keine allgemeine Härtefallregelung vorsieht. Eine Verlängerung des Fortbildungszeitraums kommt grundsätzlich nur in den ausdrücklich geregelten Fällen in Betracht, etwa wenn die vertragsärztliche Tätigkeit ruht. Persönliche Belastungen – so tragisch sie im Einzelfall sein mögen – führen rechtlich nicht automatisch zu einer Verlängerung der Frist. Ebenso wenig verfügt die KV über ein Ermessen hinsichtlich der Sanktionen: Wird der Fortbildungsnachweis nicht erbracht, ist die Honorarkürzung gesetzlich zwingend vorgesehen. Vertragsärzte können fehlende Fortbildung zwar innerhalb von zwei Jahren nachholen – die Honorarkürzung läuft jedoch bis zu dem Quartal weiter, in dem der vollständige Nachweis erbracht wird.

Fazit

Der Beschluss verdeutlicht damit erneut die Strenge der gesetzlichen Vorgaben. Für Vertragsärzte bedeutet dies vor allem, Fortbildungspunkte kontinuierlich zu sammeln und Fristen im Blick zu behalten. Selbst außergewöhnliche persönliche Umstände schützen nicht automatisch vor den gesetzlichen Konsequenzen eines fehlenden Fortbildungsnachweises.

Ob diese starre gesetzliche Ausgestaltung auch künftig Bestand haben wird, bleibt eine politische Frage. Im Instanzenzug ist die Entscheidung jedenfalls nicht mehr angreifbar: Das Gericht hat eine Beschwerde zum Bundessozialgericht nicht zugelassen.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Keine Überraschung aus Kassel: Rechtsprechung zur Fortbildung bleibt streng“, in RWF Nr. 12/2025

Patientenaufklärung

Kann der Patient auf Aufklärung verzichten?

Jede Ärztin und jeder Arzt weiß, dass vor der Behandlung eine Einwilligung des Patienten einzuholen ist. Die Einwilligung ist nur wirksam, wenn zuvor eine ordnungsgemäße Aufklärung über Chancen, Risiken und gleichwertige Alternativen erfolgte. Das Oberlandesgericht (OLG) Frankfurt am Main hat in einer Entscheidung ausführlich zu einem solchen Verzicht Stellung genommen (Urteil vom 22.10.2025, Az. 17 U 78/24).

Die Aufklärung darf sich demnach nicht auf die Übergabe von Aufklärungsbögen beschränken, sondern muss mündlich durch den behandelnden Arzt erfolgen.

Doch gibt es auch Patienten, die bekunden, dass sie keine Aufklärung wünschen. Es stellt sich die Frage, unter welchen Voraussetzungen Patienten auf die Aufklärung verzichten können. Dazu hat das OLG Frankfurt am Main in den Urteilsgründen Stellung bezogen:

- „Ein Patient kann rechtswirksam auf eine vollständige Aufklärung verzichten...“ Dies ist „Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts des Patienten“ (Randziffer 67).
- „An die Wirksamkeit eines solchen Verzichts sind allerdings strenge Anforderungen zu stellen. Der Patient muss den Verzicht deutlich, klar und unmissverständlich äußern und dabei im großen Ganzen wissen, worauf er sich einlässt. Erforderlich ist eine grobe Grundorientierung des Patienten in Form von Basisinformationen zur Diagnose, zum Verlauf des Eingriffs und zum Umstand, dass dieser nicht ohne Risiko versehen ist. ... Eine freie Entscheidung, bestimmte Informationen nicht erhalten zu wollen, setzt ferner voraus, dass der Betroffene weiß, dass es Informationen dieser Art

von Rechtsanwalt, Fachanwalt
für Medizinrecht Dr. med. dent. Wieland
Schinnenburg, Hamburg,
rechtsanwalt-schinnenburg.de

gibt, die er zur Kenntnis nehmen könnte. ... Der Verzicht muss individuell und ohne Beeinflussung durch den Arzt freiwillig und ernsthaft erklärt werden.“ (Randziffer 68)

Mit anderen Worten: Es reicht nicht, dass der Patient jede Aufklärung pauschal ablehnt, bevor der behandelnde (Chef-)Arzt etwas dazu gesagt hat. Und: Der Verzicht muss sorgfältig dokumentiert werden!



Impressum

Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
 Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
 Tel: 0931 41830-70, Fax: 0931 41830-80
 E-Mail: iww-wuerzburg@iww.de

Niederlassung Nordkirchen

Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
 Tel. 02596 9222-0, Fax 02596 9222-80, E-Mail: info@iww.de

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 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

Wann haben Angestellte Anspruch auf ein „Zwischenzeugnis“?

Wenn ein Mitarbeiter auf Sie zutritt und ein Zwischenzeugnis verlangt, sollten Sie ihn nicht vorschnell darauf verweisen, dass kein gesetzlicher Anspruch bestünde. Dieser Anspruch kann nämlich auch bestehen, wenn ein „triftiger Grund“ vorliegt. Wann dies der Fall ist, ergibt sich aus einer Entscheidung des Landesarbeitsgerichts (LAG) Köln (Urteil vom 04.03.2026, Az. 5 SLa 495/25).

von Rechtsanwalt Michael Röcken,
Bonn, ra-roecken.de

Arbeitgeber verweigert Zwischenzeugnis, Arbeitnehmer klagt erfolgreich

Der Kläger, ein Angestellter, war seit 2018 bei seinem Arbeitgeber beschäftigt. Nach einer längeren krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit bat er um Erteilung eines Zwischenzeugnisses. Seine Bitte begründete er damit, dass er aufgrund seiner längeren Erkrankung und den daraus resultierenden Einschränkungen eine aktuelle Beurteilung seiner bisherigen Tätigkeit und Leistungen erhalten wolle. Nach einer ersten Ablehnung wies er darauf hin, dass er sich auch „beruflich neu orientieren“ wollte. Der Arbeitgeber blieb bei seiner Ablehnung. Die Klage des Arbeitnehmers hatte in beiden Instanzen Erfolg.

Darum sahen die Gerichte den Anspruch als gegeben an

Das LAG Köln sah einen Anspruch des Arbeitnehmers auf ein Zwischenzeugnis. Zwar bestehe nach § 109 Gewerbeordnung (GewO) nur ein Anspruch auf Erteilung eines Zeugnisses bei der Beendigung des Arbeitsverhältnisses, jedoch könne sich die Verpflichtung zur Erteilung eines Zwischenzeugnisses als vertragliche Nebenpflicht ergeben. Dies ist dann der Fall, wenn der Arbeitnehmer aus einem triftigen

Grund auf ein Zwischenzeugnis angewiesen ist.

Merke

Als triftig ist ein Grund anzusehen, wenn er bei verständiger Betrachtungsweise den Wunsch des Arbeitnehmers als berechtigt erscheinen lässt, beispielsweise, dass das Zwischenzeugnis zu Bewerbungszwecken benötigt wird.

Die Darlegungs- und Beweislast trägt der Arbeitnehmer, sodass er den Grund darzulegen und zu beweisen hat, was hier der Fall war. Wenn der Arbeitgeber jedoch vermutet, dass der Wunsch rechtsmissbräuchlich ist, muss der Arbeitnehmer seinen Wunsch begründen. Verlangt der Arbeitnehmer z. B. kurz nach Erhalt eines Zwischenzeugnisses erneut ein Zwischenzeugnis, muss er den Anlass dafür nennen. Maßgeblich ist der Einzelfall. Das Gericht sah hier auch keine „übermäßige Belastung“ des Arbeitgebers, sodass der Anspruch bestand.

Fazit und Praxistipp

Auch wenn das LAG Köln im vorliegenden Fall die Revision zugelassen hat, sollten Sie dem Wunsch des Arbeitnehmers nach einem Zwischenzeugnis eher nachkommen, um unnötige Streitigkeiten zu vermeiden.

Künstliche Intelligenz

Ärzte haften für halluzinierende Chatbots!

Es ist irreführend und daher rechtswidrig, einem Arzt einen Facharzttitel zuzuschreiben, wenn dieser tatsächlich keine entsprechende Weiterbildung absolviert hat. Dies gilt auch, wenn die Falschbezeichnung durch ein Computerprogramm – etwa einen „Chatbot“ – technisch gestützt oder automatisiert erfolgt (Oberlandesgericht [OLG] Hamm, Urteil vom 12.05.2026, Az. 4 UKI 3/25).

von Rechtsanwalt Tim Hesse,
Münster/Dortmund,
kanzlei-am-aerztehaus.de

Chatbot auf Klinik-Website informiert Nutzer falsch

Eine unter anderem minimalinvasive Beautybehandlungen anbietende GmbH hatte auf ihrer Webseite einen Chatbot zur Kommunikation und Terminbuchung implementiert. Der Chatbot antwortete auf die Frage, ob es sich bei ihnen beiden als „Dr. Rick“ und „Dr. Nick“ bekannten Geschäftsführern um Fachärzte handele, ohne menschliches Zutun und auf von außen nicht nachvollziehbare Weise wahrheitswidrig, die beiden seien Fachärzte für plastische und ästhetische Chirurgie bzw. Fachärzte für ästhetische Medizin.

Das OLG hielt die GmbH für den Betrieb des Chatbots verantwortlich und verurteilte die Geschäftsführer zur Unterlassung und Kostentragung.

OLG: KI-Einsatz ist geschäftliche Handlung der Betreiber

Beim Einsatz künstlicher Intelligenz (KI) handele es sich um eine geschäftliche Handlung der das System betreibenden Praxis. Dieser sei zumutbar gewesen, vor der Inbetriebnahme des Chatbots sicherzustellen, dass die Anwendung keine unzutreffenden Auskünfte zur Facharztqualifikation der bei ihr tätigen Ärztinnen und Ärzte gibt. Es hätte klar sein müssen, dass der Bot auf die naheliegende Frage nach der Facharztqualifikation der medial bekannten Geschäftsführer der Praxis unzutreffende Antworten halluzinieren könnte, was letztlich auch geschah. Die erteilte Falschinformation stelle eine rechtlich unzulässige Irreführung dar.

Fazit

Die Tendenz der Rechtsprechung ist eindeutig: Für die Erteilung falscher Informationen haftet auch derjenige, der Auskünfte von einer Software generieren lässt. Dies gilt zumindest dann, wenn die das System betreibende Person Einfluss auf die Anwendung hat und sie in Gang setzt. In dem entschiedenen Fall griff der eingesetzte Chatbot zur Beantwortung der an ihn herangetragenen Fragen vor allem auf Datenmaterial zurück, das ihm von der Betreiberin zur Verfügung gestellt wurde.

Wer KI-gestützte Programme einsetzt, sollte daher umsichtig prüfen, was die Software an Falschinformationen ausgeben könnte. Wie weit diese Antizipationspflicht geht, bleibt allerdings noch weitgehend unklar. Generische Disclaimer wie „KI kann Fehler machen“ verhindern jedenfalls regelmäßig nicht die Haftung.

Lohnbenefits

Die betriebliche Krankenversicherung (bKV) als Lohnbenefit

Die betriebliche Krankenversicherung (bKV) gewinnt als attraktiver Lohnbenefit zunehmend an Bedeutung. Sie bietet Mitarbeitern der Radiologie zusätzlichen Krankenversicherungsschutz und kann zugleich steuer- und beitragsfrei gestaltet werden. Voraussetzung ist allerdings, dass die lohnsteuerlichen Vorgaben – insbesondere zur Einordnung als Sachbezug – eingehalten werden.

Darum geht es bei der bKV

Die bKV ist eine vom Arbeitgeber finanzierte Zusatzversicherung für die Mitarbeiter. Sie kann Leistungsdefizite der gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen und beispielsweise Leistungen für

- Zahnersatz,
- Sehhilfen,
- Vorsorgeuntersuchungen,
- Krankentagegeld oder eine
- Chefarztbehandlung im Krankenhaus umfassen.

Welche Leistungen der Versicherungsschutz konkret beinhaltet, richtet sich nach dem jeweils vereinbarten Tarif. Radiologen haben daher die Möglichkeit, die bKV nach Bedarf, finanziellen Möglichkeiten und Wünschen der Arbeitnehmer auszurichten.

Viele Versicherer verzichten bei der bKV zudem auf eine individuelle Gesundheitsprüfung der Mitarbeiter oder bieten eine vereinfachte Aufnahme an. Das kann ein wesentlicher Vorteil sein.

bKV führt zu Arbeitslohn

Führt ein Radiologe für seine Mitarbeiter eine bKV ein, wendet er diesen damit den Vorteil „Versicherungsschutz“ zu. Dieser Vorteil stellt grundsätzlich Arbeitslohn dar. Parallel können die vom Arbeitgeber getragenen Ver-

von Dipl.-Finanzwirt Marvin Gummels, Hage

sicherungsprämien bei diesem als Betriebsausgaben abgezogen werden.

Die Steuer- und Beitragspflicht auf Ebene der Mitarbeiter ist jedoch nicht zwingend. Denn die Gewährung von Krankenversicherungsschutz kann auch einen steuer- und beitragsfreien Sachbezug darstellen. Voraussetzung dafür ist insbesondere, dass der Radiologe der Versicherungsnehmer ist, die Beiträge selbst zahlt und die Mitarbeiter aufgrund der arbeitsvertraglichen Vereinbarung ausschließlich Versicherungsschutz, nicht aber alternativ eine Geldleistung verlangen können (siehe Bundesministerium der Finanzen [BMF], Bundessteuerblatt [BStBl] I/2022 vom 15.03.2022, S. 242).

Liegt ein Sachbezug vor, dann greift die Freigrenze des § 8 Abs. 2 S. 1 Einkommensteuergesetz (EStG). Danach bleiben Sachbezüge, die nach § 8 Abs. 2 S. 1 EStG zu bewerten sind, außer Ansatz, wenn die Summe beim Mitarbeiter im Kalendermonat 50 Euro nicht übersteigt. Die Freigrenze gilt dabei für die Summe aller einzubeziehenden Sachbezüge und nicht isoliert für die bKV. Sozialversicherungsrechtlich führt die Steuerfreiheit grundsätz-

lich zur Beitragsfreiheit (§ 1 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 der Verordnung über die sozialversicherungsrechtliche Beurteilung von Zuwendungen des Arbeitgebers als Arbeitsentgelt [SvEV]).

Beispiel 1

Ausgangslage: Ein Arbeitnehmer erhält einen monatlichen Sachbezug (Tankgutschein) über 30 Euro. Nun soll eine bKV eingeführt werden.

Lösung: Damit beide Sachbezüge steuer- und beitragsfrei bleiben, darf der Sachbezugswert für die bKV maximal 20 Euro betragen. Fällt der Sachbezugswert höher aus, wird die 50-Euro-Freigrenze überschritten. Dann ist der komplette Betrag steuer- und beitragspflichtig (nicht nur der übersteigende Anteil).

Dann stellt die bKV einen privilegierten Sachbezug dar

Damit die bKV keinen Barlohn (grundsätzlich steuer- und beitragspflichtig), sondern einen innerhalb der 50-Euro-Freigrenze steuer- und beitragsfreien Sachbezug darstellt, müssen folgende Kriterien eingehalten werden:

1. Die Mitarbeiter der Radiologie dürfen bei dem Lohnbenefit kein Wahlrecht zwischen Versicherungsschutz und Geldleistung haben. Das bedeutet: Bietet der Radiologe den Mitarbeitern die bKV oder alternativ eine Gehaltserhöhung an, handelt es sich bei der bKV um steuer- und beitragspflichtigen Arbeitslohn. Das gilt auch, wenn sich ein Mitarbeiter tatsächlich für die bKV entscheidet (Urteil des Bundesfinanzhofs [BFH] vom 04.07.2018, Az. VI R 16/17).
2. Die bKV ist durch den Radiologen abzuschließen und von diesem zu

bezahlen. Schädlich ist es folglich, wenn der Mitarbeiter selbst Versicherungsnehmer wird und der Radiologe ihm lediglich die Versicherungsprämien erstattet. Denn dann handelt es sich um eine Geldleistung und nicht um einen Sachbezug.

Beispiel 2

Ausgangslage: Ein Radiologe schließt für alle Mitarbeiter eine bKV ab und leistet die Beiträge direkt an den Versicherer. Mitarbeiter, die auf die bKV verzichten, erhalten im Gegenzug keine gesonderten Vorteile oder Leistungen. Andere Sachbezüge werden den Mitarbeitern nicht gewährt und die auf jeden Mitarbeiter entfallende Versicherungsprämie beträgt nicht mehr als 50 Euro monatlich.

Lösung: Der Radiologe wendet seinen Mitarbeitern Versicherungsschutz und damit einen Sachbezug zu, der nach § 8 Abs. 2 S. 1 EStG zu bewerten ist. Weil sich die Summe der einzubeziehenden Sachbezüge je Mitarbeiter und Monat auf nicht mehr als 50 Euro beläuft, bleibt die bKV bei den Mitarbeitern steuer- und beitragsfrei (§ 8 Abs. 2 S. 11 EStG). Der Radiologe kann die Versicherungsprämien weiterhin als Betriebsausgaben absetzen.

Fazit

Die steuer- und beitragsfreie bKV steht und fällt mit der konkreten arbeitsvertraglichen und versicherungsrechtlichen Ausgestaltung. Zudem sollte vor Einführung einer bKV geprüft werden, ob bereits andere Sachbezüge gewährt werden und ob und in welcher Höhe diese in die 50-Euro-Freigrenze einzubeziehen sind. Nur so lässt sich der Lohnbenefit „bKV“ steuer- und beitragsfrei einführen.

Statistik

Destatis legt Finanzstatistik 2024 für Arztpraxen vor

Das Statistische Bundesamt (Destatis) hat neue Finanzkennzahlen für Arztpraxen veröffentlicht. Es geht um das Jahr 2024.

Demnach erzielten die Arztpraxen in Deutschland im Jahr 2024 durchschnittliche Einnahmen von 854.000 Euro je Praxis. Wie Destatis mitteilt, ergibt sich daraus ein Anstieg der Einnahmen gegenüber dem Vorjahr um 6,2 Prozent (2023: 804.000 Euro). Die Aufwendungen sind 2024 lediglich um 4,7 Prozent auf durchschnittlich 516.000 Euro je Praxis angestiegen (2023: 493.000 Euro).

Für Praxen der Fachgebiete Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie liegen die Zahlen deutlich über dem Durchschnitt: Die Einnahmen betrugen 2024 in diesen Fachgebieten 3,675 Mio. Euro je Praxis. Das ist ein Zuwachs um 11,5 Prozent gegenüber 2023. Die Aufwendungen sind in den genannten Fachgruppen in 2024 um 13,3 Prozent gegenüber 2023 auf 2,388 Mio. Euro je Praxis geklettert. Während über alle Fachgruppen zum Stichtag 30.09.2024 durchschnittlich 9,9 Personen tätig waren, beträgt die Zahl für Praxen der Fachgebiete Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie 26,9!

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Pressemitteilung von Destatis zu den Zahlen vom 23.07.2026 online unter tinyurl.com/2s3rchwn
- „Radiologie-Reinerträge haben 2023 zugelegt“, in RWF Nr. 03/2026