

# Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

05 | Mai 2026

## Entwurf des GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetzes

### „Wir müssen die Patienten stärker an den Gesundheitskosten beteiligen!“

Am 16.04.2026 erschien der Referentenentwurf des Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz; seit dem 30.04.2026 liegt auch der Kabinettsentwurf vor). In der Radiologie regt sich Widerstand. So warnt die Radiologengruppe 2020 (RG20, [rg20.org](http://rg20.org)) – ein deutschlandweiter Verbund radiologischer und nuklearmedizinischer Praxen – die Einsparungen würden die flächendeckende Versorgung mit moderner Bildgebung gefährden. Prof. Dr. med. Henrik Michaely ist Facharzt für Radiologie. Er ist im Vorstand der RG20 für Strategie und Politik zuständig und im Vorstand des Berufsverbands der Deutschen Radiologie e. V. (BDR) Schriftführer. Ursula Katthöfer ([textwiese.com](http://textwiese.com)) sprach mit ihm.

**Redaktion:** Der Gesetzentwurf wurde Ende April von der Bundesregierung beschlossen. Es geht um Änderungen bei Krankenversicherungsbeiträgen, Zuzahlungen, Rabatten, ambulante und stationäre Versorgung sowie Pflege. Woran stört die RG20 sich besonders?

**Prof. Michaely:** Gehen wir zuvor einen Schritt zurück: Im Krankenhausreformgesetz (KHAG), das im März 2026 vom Bundestag verabschiedet wurde, wird die Radiologie noch explizit als ein systemrelevantes Fach genannt, bei dem die Terminvergabe über die Servicestelle nicht länger als drei Wochen dauern darf. Das sehen wir nicht unähnlich. Doch obwohl uns diese spezifische Leis-

tungspflicht auferlegt wird, betrifft uns dennoch weiterhin die Budgetierung. Im Gesetzentwurf zum neuen GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz werden wir nicht ausdrücklich genannt, sondern sitzen mit allen Fachärzten in einem Boot. Dort betrifft uns u. a. die geplante Abschaffung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG). Für uns ist es wenig sinnvoll, dass im KHAG einerseits von uns gefordert wird, schnell zu liefern und dass im GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz das TSVG durch eine Änderung des § 87 SGB V gestrichen wird. Der Wegfall wirkt sich auf der Einnahmenseite radiologischer Praxen stark aus, weil die mit dem TSVG eingeführten Zuschläge 3 bis 15 Prozent der KV-

## Inhalt

### GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

So werden Radiologen nach dem aktuellen Gesetzentwurf beim KV-Honorar getroffen ..... 3

### EBM 2026

Neues Lungenkrebscreening, angepasste Qualitätssicherungsvereinbarung ..... 4

### Vertragsrecht/ Praxisnachbesetzung

Praxisverkäufer verliert Anspruch auf Zahlung bei überlangem Verfahren ..... 4

### Verdachtskündigung

Wann ist eine Verdachtskündigung wegen vorgetäuschter AU unwirksam? ..... 5

### Notfallradiologie

„Gut auf Notfälle vorbereitet zu sein, ist das A und O“ ..... 7

### Röko 2026

„Radiologie grenzenlos“ als Themenfeld ..... 8

Zahlungen ausmachen. Je nach KV-Bezirk treffen diese Einnahmekürzungen die Kolleginnen und Kollegen besonders hart.

**Redaktion:** Das Bundesgesundheitsministerium argumentiert, dass die Zuschläge den Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung nicht verbessert hätten, sondern lediglich höhere Ausgaben zur Folge hatten.

**Prof. Michaely:** Laut Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) kamen radiologische Patienten in sieben bis acht Tagen früher zu einem Termin. Das ist im Vergleich zu den Internisten z. B. sensationell schnell bei einer extrem hohen Buchungszahl. Das Grundproblem ist Folgendes: Die Patienten können Leistungen ungebremst in Anspruch nehmen, aber die Budgets der Leistungserbringer sind gedeckelt. Selbst wenn wir als Radiologen 10.000 zusätzliche Termine anbieten würden, wären nicht alle auch abzurechnen. Unsere Leistungen werden nur zum Teil vergütet. Allein in Baden-Württemberg erbrachten Fachärzte in den vergangenen zehn Jahren unentgeltliche Leistungen im Wert von 1,78 Mrd. Euro.

**Redaktion:** Auch die extrabudgetären Leistungen sollen begrenzt werden. Was heißt das für die Radiologie?

**Prof. Michaely:** Das betrifft vor allem die Strahlentherapie im Setting größerer Praxen, die Radiologie und Strahlentherapie anbieten. Beim Mammografie-Screening ist noch nicht klar, ob es auch dafür gelten wird. Weil bislang extrabudgetäre Leistungen einen Deckel bekommen sollen, wird eine Leistungssteigerung auch hier nicht mehr zu einer Mehreinnahme führen. Auch hier drohen dann unbezahlte Leistungen. Der

Punktwertezuwachs beim EBM steigt zwar jeweils ein bisschen, doch wird auch hier der Einnahmendeckel mittelfristig restriktiver, weil der Zuwachs des Fallwerts begrenzt ist.

Auch an anderer Stelle hakt es. Die GOÄ wurde seit fast 30 Jahren nicht reformiert. Bei den Reformbemühungen werden technische Fächer wie die Radiologie nicht aufgewertet, sondern aktiv abgestraft. Zu dieser Gemengelage kommt nun das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz mit der Maxime, dass die Ausgaben nicht höher sein dürfen als die Einnahmen. Doch das gilt auch für radiologische Praxen. Unsere Leistungen waren im GKV-Bereich nie kostendeckend, mittelfristig werden die Einnahmen mit diesem Gesetz sinken. Gleichzeitig steigen die Ausgaben der Praxen.

**Redaktion:** Wo nehmen die Ausgaben besonders zu?

**Prof. Michaely:** Der größte Ausgabenposten von 50 bis 60 Prozent ist der Personalposten. Wir wollen unseren Mitarbeitenden gerecht werden, sie machen hervorragende Arbeit. Das zu honorieren, ist selbstverständlich. Zudem stehen wir im Wettbewerb zu anderen Arbeitgebern. Doch hat mir kürzlich eine Mitarbeiterin geschrieben, sie wolle nicht mehr Geld, sie wolle lieber fünf Stunden weniger pro Woche arbeiten – bei gleichem Gehalt. Andere wollen Lohnsteigerungen oder Tankgutscheine. Auch die Energiekosten sind enorm gestiegen. Vor dem Ukraine-Krieg zahlten wir vier bis fünf Cent pro Kilowattstunde. Jetzt sind es 20 Cent vor Steuern und Abgaben.

**Redaktion:** Wären in der Radiologie noch Produktivitäts- oder Effizienzsteigerungen möglich?

**Prof. Michaely:** Nein. Beim MRT kam etwa 2006 die parallele Bildgebung, Anfang der 2020er Jahre folgte die KI, die die Zeit in der Akquisition nochmals halbierte. Die Untersuchungen werden schneller und gleichzeitig diagnostisch besser. Sechs Knieuntersuchungen pro Stunde wären möglich, würden die Untersuchungen aber sehr verdichten und wären für Personal und Patienten sehr anstrengend. Effizienzsteigerungen setzen voraus, dass sich aus der Effizienz auch Gewinne erzielen lassen. Der Gewinn bleibt bei gedeckelter Einnahmenseite jedoch aus. Praxen, die ein Gerät schließen, würden nur teilweise Personal sparen.

**Redaktion:** Zurück zu den geplanten Kürzungen. Wie würden sie sich auf die Patientenversorgung auswirken?

**Prof. Michaely:** Ich kann mir vorstellen, dass sich mehr Fachärzte in Zukunft zurückziehen und die Kassenleistung auf das reduzieren, was bezahlt wird. Uns allen als Ärzten tut das weh. Doch sollte die Politik verstehen, welch enormen positiven Hebel die Radiologie im System bietet. Mit nur zwei Prozent der Gesamtausgaben des Gesundheitssystems beeinflussen wir 60 Prozent der Behandlungen. Die Radiologie ist eine „Low-cost-high-yield“-Disziplin.

**Redaktion:** Was passiert langfristig, wenn bei der Radiologie gekürzt wird?

**Prof. Michaely:** Das lässt sich an Beispielen schildern. Angenommen, ein junger Mensch kommt zur Tumornachsorge. Obwohl wir ein Thorax-CT und Abdomen-MRT machen, wird nur eine Untersuchung bezahlt. Doch niemand kann erwarten, dass wir dauerhaft defizitär arbeiten. Also könnten wir dem Patienten sagen, dass wir nur

eine von beiden Untersuchungen machen. Für die andere müsse er im nächsten Quartal kommen oder zu einer anderen Praxis gehen. Wie auch immer: Es würde mehr Aufwand bei – mutmaßlich – schlechterer Qualität entstehen.

Oder eine Patientin kommt mit der Erstdiagnose Mammakarzinom. Vor einer Operation benötigen die Gynäkologen häufig eine Staginguntersuchung, um zu wissen, ob sich Metastasen gebildet haben. Die Kollegen müssen entscheiden, ob vielleicht erst eine Chemo- oder Strahlentherapie sinnvoll ist. Wenn wir die Staginguntersuchung nicht schnell genug anbieten, dann wird der Therapiebeginn verschoben. Für Frauen mit einer solchen Erstdiagnose ist das nicht nur eine immense psychische Belastung. Es besteht auch das Risiko der Metastasierung. So entsteht ein negativer Domino-Effekt.

**Redaktion:** Im Gesetzentwurf heißt es, dass die sehr hohen Zuwächse bei den Ausgaben wieder in Einklang mit der Einnahmenentwicklung gebracht werden. Was schlägt die RG20 vor, um zu sparen?

**Prof. Michaely:** Unser liebster Vorschlag ist, die Patienten stärker durch Pauschalzahlungen an die Krankenversicherung oder Selbsthalte in die Pflicht zu nehmen und gleichzeitig die ärztlichen Leistungen zu entbudgetieren, damit wir alle Leistungen nach EBM ausbezahlt bekommen. Durch Selbsthalte ließen sich enorme Ressourcen einsparen. Derzeit erbringen wir viele Leistungen, von denen wir selbst nicht überzeugt sind. Das geschieht beispielsweise, wenn Patienten bei einer Diagnose sichergehen möchten und mit Überweisungen von mehreren Zuweisern kommen, die nichts von

einander wissen. Eine Selbstbeteiligung würde hier zu weniger Untersuchungen bei besserer Medizin führen und das Verursacherprinzip und die Eigenverantwortung der Patienten stärken. Wer weiß, welche Kosten er verursacht, wird darauf eher Rücksicht nehmen.

**Redaktion:** Enthält der Gesetzentwurf dazu einen Passus?

**Prof. Michaely:** Nein, es stört uns, dass die Patientensteuerung darin keine Rolle spielt. Obwohl gespart werden soll, können Patienten in Deutschland weiterhin unbegrenzt

zum Arzt gehen. Vielleicht müssen sie zukünftig das Primärarztsystem nutzen. Bei Privatpatienten sehen wir, dass Selbsthalte dazu führen, bewusst über die Notwendigkeit von Behandlungen nachzudenken. Doch wenn die Leistung den Patienten nichts kostet, wird gerne „nur zur Sicherheit“ nachgeschaut.

**Vielen Dank!**

➤ **WEITERFÜHRENDER HINWEIS:**

- Zum Kabinettsentwurf für das GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz beim Bundesgesundheitsministerium

## GKV-Beitragssatzstabilisierungsgesetz

### So werden Radiologen nach dem aktuellen Gesetzentwurf beim KV-Honorar getroffen

Der Bericht der Finanzkommission Gesundheit vom 30.03.2026 mit 66 Empfehlungen zur Stabilisierung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab 2027 enthält auch eine für radiologische Praxen bedeutsame Empfehlung: Vorgeschlagen wird eine Absenkung der EBM-Bewertung im Bereich der technischen Leistungen um 20 bis 30 Prozent. Zur Überprüfung vorgeschlagen sind die Fachgruppen Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearmedizin. Im Kabinettsentwurf für das Spargesetz findet sich diese Empfehlung nicht wieder.

Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, dass auch dieser heikle Prüfauftrag im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens noch relevant wird.

Und auch diejenigen Änderungen in der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen, die im Kabinettsentwurf vom 30.04.2026 enthalten sind, betreffen die Radiologinnen und Radiologen. Vorgesehen sind unter anderem:

- Streichung der Zuschläge auf die Konsiliarpauschalen für die Vermittlung dringender Facharzttermine durch Hausärzte und die Vermittlung durch die Terminservicestelle

- Ende extrabudgetärer Vergütung der Leistungen in Vermittlungsfällen
- Begrenzung der Steigerung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und des Orientierungswerts durch den Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität
- Begrenzung des Ausgabenzuwachses für Leistungen der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) und Vorgaben zur Vergütung von Leistungen mit dem Orientierungswert
- Wegfall der Vergütung für die Erstbefüllung und Aktualisierung der elektronischen Patientenakte (ePA; EBM-Nrn. 01431, 01647, 01648)

**EBM 2026****Neues Lungenkrebs-screening, angepasste Qualitätssicherungsvereinbarung**

Wegen der Aufnahme der Lungenkrebs-Früherkennung mittels Niedrigdosis-Computertomografie (NDCT) für starke Raucherinnen und Raucher seit dem 01.04.2026 haben KBV und Krankenkassen auch die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie zum 01.04.2026 angepasst (bei der KBV online unter [www.de/s15527](http://www.de/s15527)). Die neu aufgenommenen Anforderungen an die fachliche Qualifikation entsprechen den Vorgaben in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

**200 Thorax-CTs im Jahr**

Nachzuweisen ist demnach die fachliche Qualifikation durch 200 Thorax-CTs im Jahr vor der Genehmigungserteilung, durch die Teilnahme an einer von einer Landesärztekammer (LÄK) anerkannten Fortbildung sowie über den Nachweis einer Kooperationsvereinbarung. Zweitbefunder müssen darüber hinaus eine Tätigkeit an einer Einrichtung, die auf die Untersuchung und Behandlung von Lungenkrebs spezialisiert ist, nachweisen.

Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung müssen

- Erstbefunder 100 NDCT-Untersuchungen im ersten Jahr und jährlich 200 NDCT ab dem zweiten Jahr durchführen.
- Bei Zweitbefundern werden 200 NDCT- im ersten Jahr und jährlich

400 NDCT-Untersuchungen ab dem zweiten Jahr verlangt.

**Keine Nachweise, keine NDCT für das Lungenkrebscreening**

Wird die jährliche Frequenz nicht erfüllt, muss eine erfolgreiche Teilnahme an der Fortbildung mit Fallbeispielen nachgewiesen werden. Bis zum erfolgreichen Abschluss der Fortbildung darf dann keine NDCT-Unter-

suchung zur Lungenkrebsfrüherkennung durchgeführt werden.

Die organisatorischen Voraussetzungen entsprechen ebenfalls den Vorgaben in der G-BA-Richtlinie.

**WEITERFÜHRENDE HINWEISE**

- „Lungenkrebscreening startet am 01.04.2026“, in RWF Nr. 04/2026
- G-BA-Themenseite: Lungenkrebs-Früherkennung für Raucherinnen u. Raucher

**Vertragsrecht/Praxisnachbesetzung****Praxisverkäufer verliert Anspruch auf Zahlung bei überlangem Verfahren**

Praxisnachfolgeverfahren können sich im ungünstigsten Falle über Jahre hinziehen, wenn es mehrere Bewerber gibt und diese den Rechtsweg ausschöpfen. Wird die Praxis in der Zeit nicht weiterbetrieben, beispielsweise aus Alters- oder Gesundheitsgründen, so kann der Praxisverkäufer unter Umständen von dem Praxiskäufer keinen Kaufpreis mehr verlangen, auch wenn der Praxiskäufer die Zulassung erhält. So hat das Oberlandesgericht (OLG) Hamm im Fall einer Nephrologiepraxis entschieden, die auch auf andere Fachgebiete wie z. B. die Radiologie übertragbar ist (Urteil vom 08.01.2026, Az. 2 U 54/24).

**Sachverhalt**

Der klagende Arzt hatte seine Praxis in den Räumlichkeiten eines Dialyседienstleiters betrieben, mit dem ein langjähriger Kooperationsvertrag bestand. Als er mit diesem in Streit geriet, verlegte der Arzt seine Praxis trotz des noch laufenden Kooperationsvertrags an einen anderen Standort. Der Mediziner wurde dann zwei Jahre später rechtskräftig dazu verurteilt, den Kooperationsvertrag fortzusetzen und einen Antrag auf Rückverlegung des Vertragsarztsitzes an den alten Standort zu stellen. Der Zulassungsausschuss genehmigte auch den (Rück-)Verlegungsantrag. Da der Vertragsarzt an dem alten Standort aber nicht seine

von Rechtsanwalt, Fachanwalt für  
Medizinrecht Sören Kleinke, Münster,  
[rechtsanwalt-kleinke.de](http://rechtsanwalt-kleinke.de)

vertragsärztliche Tätigkeit aufnahm, sondern seine Patienten weiter an dem zwischenzeitlichen Standort betreute, entzog der Zulassungsausschuss ihm die vertragsärztliche Zulassung. Aufgrund dessen stellte der Arzt einen Antrag auf Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 Abs. 3a SGB V, dem auch entsprochen wurde, und beendete seine ärztliche Tätigkeit kurze Zeit danach. Er schloss mit dem beklagten, potenziellen Nachfolger einen Praxiskaufvertrag ab, wonach er seine Arztpraxis an den Beklagten verkauft zu einem Kaufpreis

von 300.000 Euro, wovon 275.000 Euro für den ideellen Wert der Praxis gezahlt werden sollten. Der Praxiskaufvertrag stand unter der aufschiebenden Bedingung der bestandskräftigen Zulassung des Erwerbers.

Die Nachbesetzung verzögerte sich, da der Berufungsausschuss die Nachfolgezulassung insgesamt nicht vornehmen wollte und dieser Rechtsstreit vom Landessozialgericht entschieden werden musste. In dem dann wieder an den Berufungsausschuss verwiesenen Verfahren führte ein Konkurrenzstreit zwischen mehreren Bewerbern dazu, dass der potenzielle Nachfolger erst knapp **sieben Jahre** nach der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Praxisverkäufers die vertragsärztliche Zulassung erhielt. Der beklagte Nachfolger verweigerte daraufhin die Zahlung des Kaufpreises von 300.000 Euro, da die Praxis, insbesondere der Patientstamm, gar nicht mehr vorhanden sei.

### Entscheidungsgründe

Das OLG Hamm hat entschieden, dass der Kaufpreisanspruch des Verkäufers gemäß § 326 Abs. 1 S. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) entfallen ist. Denn die Fortführbarkeit einer Arztpraxis setze die Möglichkeit voraus, die (vertrags-)ärztliche Tätigkeit unter den **üblichen Bedingungen** zu entfalten. Maßgeblich sei damit nicht allein, dass noch Praxisräume vorhanden sind. In den Räumlichkeiten müssten **vielmehr noch nennenswerte vertragsärztliche Leistungen erbracht werden**. Aus diesem Erfordernis ergebe sich ohne Weiteres, dass über die reinen Sachwerte wie Geräte und Mobiliar hinaus ein **Patientenstamm** vorhanden sein müsse. Denn Räumlichkeiten, Ausstattung, Internetauftritt und Ähnliches erlangten erst durch den Bezug zur tatsäch-

lichen vertragsärztlichen Tätigkeit einen spezifischen Praxiswert. Ohne Praxissubstrat, das sich nach dem immateriellen Wert der Praxis, also dem Patientstamm, dem guten Ruf (Goodwill), der bestehenden Organisation und dem Standort richtet, könne nichts davon tätigkeitsspezifisch und damit vertragsgemäß genutzt werden.

### Praxistipp

Das Urteil des OLG Hamm verdeutlicht, dass es wichtig ist, die Praxisabgabe frühzeitig zu planen und einzuleiten, damit der Praxisabgeber notfalls auch mehrere Jahre während eines langwierigen Nachbesetzungsverfahrens weiterarbeiten kann und damit das Praxissubstrat, also der Goodwill, erhalten bleibt.

Durch entsprechende Regelungen im Praxiskaufvertrag sollte außerdem ein Verzicht auf die Einlegung von Rechtsmitteln für vom Zulassungsausschuss abgelehnte Bewerber sowie ein beiderseitiges Rücktrittsrecht bei zu langer Verfahrensdauer vereinbart werden.

### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Verkauf einer Radiologiepraxis – Steuertipps“, in RWF Nr. 04/2026
- „Steuerliche Begünstigungen bei der Praxisaufgabe – der Freibetrag“, in RWF Nr. 12/2024
- „Der Verkauf einer Radiologiepraxis – wichtige Hinweise für Abgeber“, in RWF Nr. 11/2022
- „Die Gestaltungsfreiheit in der eigenen Praxis ist ein Privileg!“, RWF Nr. 10/2022
- „Rechtssichere Praxisabgabe/-nachfolge: Drei Fliegen mit einer Klappe schlagen – Jobsharing“, in RWF Nr. 06/2019
- „Von der Klinik in die Niederlassung (Teil 3): Was muss im Praxiskaufvertrag stehen?“, in RWF Nr. 11/2015

### Verdachtskündigung

## Wann ist eine Verdachtskündigung wegen vorgetäuschter AU unwirksam?

Arbeitnehmer können in Verdacht geraten, eine Arbeitsunfähigkeit (AU) nur vorzutäuschen, um sich Vorteile zu verschaffen. Arbeitgeber können dann eine sogenannte Verdachtskündigung aussprechen (s. u.). Doch eine Verdachtskündigung ist an besondere Voraussetzungen geknüpft, wie ein Urteil des Landgerichts (LG) Köln zeigt (Urteil vom 30.07.2025, Az. 6 SLa 540/24). Konstellationen wie die im zugrunde liegenden Fall sind auch für Radiologinnen und Radiologen in ihrer Rolle als Arbeitgeber bekannt und regelmäßig von Interesse.

von Ass. jur. Petra Wronewitz, Bonn

### Hintergrund: Verdachtskündigung

Bei einer Verdachtskündigung wird eine fristlose Kündigung auf einen dringenden Tatverdacht des Arbeitnehmers (z. B. vorgetäuschte AU) gestützt. Der Arbeitgeber muss beweisen, dass objektive Tatsachen vorliegen, die einen Grund zum Ausspruch der Kündigung liefern können. Durch diesen Grund muss das zur Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses notwendige Vertrauen des Arbeitgebers in die Redlichkeit des Arbeitnehmers zerstört sein und/oder zu einer unerträglichen Belastung des Arbeitsverhältnisses führen. Damit eine Verdachtskündigung wirksam ist, muss der Arbeit-

geber zuvor den Arbeitnehmer anhören. Er muss seinen Verdacht mitteilen und ihm Gelegenheit geben, den vorliegenden Verdacht zu entkräften. Wenn der Arbeitnehmer bei der Anhörung entlastende Umstände vorträgt, muss der Arbeitgeber ggf. erneut ermitteln und den Arbeitnehmer nochmals anhören, bevor er über eine fristlose Verdachtskündigung entscheidet.

### **Sachverhalt: Beschäftigter erhält Verdachtskündigung nach „vorgetäuschter“ AU**

Im vom LG Köln entschiedenen Fall ging es um eine Verdachtskündigung wegen vorgetäuschter AU. Der Kommissionierer einer Drogeriemarktkette bat am 14.08.2025 seinen Vorgesetzten um einen früheren Feierabend. Der Vorgesetzte lehnte ab, weil der Kommissionierer bereits viele Minusstunden auf seinem Arbeitszeitkonto angesammelt hatte. Als der Vorgesetzte aus dem Betrieb verschwunden war, meldete sich der Arbeitnehmer beim stellvertretenden Vorgesetzten krank und verließ den Betrieb.

Zwischen dieser engen Koinzidenz von Krankmeldung und Bitte um Freizeit hegte der Arbeitgeber den Verdacht, der Arbeitnehmer sei nicht wirklich krank gewesen. In der Folgezeit wollte er den Sachverhalt in einem Anhörungsgespräch aufklären. Eine Vereinbarung hierzu scheiterte wiederholt an dem Wunsch des Arbeitnehmers, Herr B. aus dem Betriebsrat möge bei dem Gespräch dabei sein. Als der Mitarbeiter erfuhr, dass der Arbeitgeber ein Gespräch ohne Herrn B. durchführen wolle, meldete er sich erneut krank und verließ den Betrieb. Kurz nach Schichtbeginn am 14.09.2023 meldete er sich telefonisch für den 14.09.2023 und für den 15.09.2023 arbeitsunfähig. Für den 14.08.2023 und vom 14.09.2023 bis zum

15.09.2023 wurden von der Krankenkasse AU-Zeiten an den Arbeitgeber gemeldet. Der Arbeitgeber kündigte das Arbeitsverhältnis fristlos und hilfsweise ordentlich. Es bestehe ein dringender Verdacht, dass der Arbeitnehmer an zwei Tagen, – am 14.08.2023 und am 14.09.2023 – nicht nur unentschuldigt gefehlt, sondern auch eine AU vorgetäuscht und damit Entgeltfortzahlung erschlichen habe. Somit habe er einen Betrug begangen. Der Arbeitnehmer erhob Kündigungsschutzklage. Sowohl vor dem Arbeitsgericht Bonn (Urteil vom 11.09.2024, Az. 5 Ca 1624/23) als auch vor dem LAG Köln war die Klage erfolgreich.

### **Darum gaben die Gerichte dem Arbeitnehmer recht**

Im Zeitpunkt des Zugangs der Kündigungserklärung lagen keine objektiven Tatsachen vor, die den dringenden Verdacht hätten begründen können, der Arbeitnehmer habe an den zwei fraglichen Tagen eine AU nur vorgetäuscht. Aufgrund der sehr differenzierten und glaubhaften Zeugenaussage der Ärztin ergab sich, dass der Mann an den beiden Tagen tatsächlich arbeitsunfähig war:

- Am 14.08.2023 habe der Arbeitnehmer infolge eines Alkoholexzesses anlässlich seines Geburtstags über Übelkeit geklagt und nicht arbeiten können.
- Am 14.09.2023 habe er von einer Abmahnung berichtet. Er habe sich von seinem Arbeitgeber unter Druck gesetzt gefühlt, sodass die Ärztin eine AU wegen psychischer Belastung ausgestellt habe.

In einem Rechtsstreit über die Wirksamkeit einer Verdachtskündigung sind nicht nur die dem Arbeitgeber bei

Kündigungsausspruch bekannten tatsächlichen Umstände von Bedeutung. Es sind auch solche später bekannt gewordenen Umstände zu berücksichtigen (zumindest dann, wenn sie bei Kündigungszugang objektiv bereits vorlagen), die den ursprünglichen Verdacht abschwächen oder verstärken. Bei dem Verdacht, ein bereits Gekündigter habe eine AU vorgetäuscht, ist dies z. B., ob tatsächlich eine AU vorgelegen hat.

Zudem hat ein Arbeitnehmer das Recht, bei der Anhörung zu einer Verdachtskündigung die Hinzuziehung einer bestimmten Vertrauensperson zu verlangen. Dieses Recht ist hier verletzt worden. Daher ist davon auszugehen, dass der Arbeitnehmer nicht ausreichend angehört worden ist und der Arbeitgeber die Verdachtsmomente nicht ausreichend ausermittelt hat.

### **Fazit und Praxistipp**

Eine Verdachtskündigung ist nie einfach für den Arbeitgeber, aber Fehler lassen sich vermeiden. Zunächst muss der Arbeitgeber den Verdacht, so gut er kann, erhärten. Dazu hat er Zeugen zu befragen, aber vor allem den Arbeitnehmer selbst. Hätte der Arbeitgeber hier das Mitarbeitergespräch durchgeführt, hätte er erkennen können, dass die Verdachtskündigung keine Chance hat. Wird die Verdachtskündigung auf eine vorgetäuschte Krankmeldung gestützt, wird es noch schwieriger, denn es können Ärzte und Ärztinnen in den Zeugenstand gerufen werden, die über die Erkrankung aussagen. Ist das der Fall und sagen diese Zeugen aus, dass der Mitarbeiter tatsächlich erkrankt war, besteht praktisch keine Chance, die Kündigungsklage zu gewinnen.

## Notfallradiologie

### „Gut auf Notfälle vorbereitet zu sein, ist das A und O“

In Notfällen kann das Leben eines Patienten vom radiologischen Befund abhängen. Je frühzeitiger die Diagnose, desto höher die Überlebenschancen. Zusätzlich zu Unfall, Herzinfarkt oder Schlaganfall können Notfälle unerwartet in Zusammenhang mit der radiologischen Untersuchung auftreten – in der Klinik und in der Niederlassung. PD Dr. med. Katharina Müller-Peltzer ist geschäftsführende Oberärztin an der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum Freiburg. Sie leitet dort die Sektion Notfalldiagnostik. Ursula Katthöfer ([textwiese.com](http://textwiese.com)) fragte sie, was die Notfallradiologie auszeichnet.

**Redaktion:** Sie verantworten als geschäftsführende Oberärztin Weiterbildung und Lehre. Notfallradiologie ist aber keine Fachbezeichnung, die eine offizielle Zusatzausbildung wie in der Neuro- oder Kinderradiologie erfordert. Wie qualifizieren Sie den Nachwuchs der Notfallradiologie?

**Dr. Müller-Peltzer:** Das beginnt mit der Rotation während der fachärztlichen Weiterbildung. Die Station im Notfallzentrum ist Voraussetzung für die Dienststreife. Mit dieser gezielten Weiterbildung können wir das spezialisierte Wissen um die Notfallradiologie aufbauen, z. B. pathophysiologische Zusammenhänge erarbeiten oder OP-Techniken vermitteln. Erst danach gehen die jungen Kolleginnen und Kollegen in die Dienste. Hinzu kommen sowohl interne Fortbildungen sowie Vorträge zu Notfällen bei großen Kongressen wie dem European Congress of Radiology und dem Deutschen Röntgenkongress. Gleichgesinnte treffen sich auch auf europäischer Ebene in der European Society of Emergency Radiology. Klinikintern etablieren wir Fellowships in verschiedenen Bereichen. Das ist eine großartige Zwischenstufe, um angehende Fachärzte zu trainieren und sie gezielt Fälle bestimmte Bereiche der Radiologie befunden zu lassen.

**Redaktion:** Wie gut muss ein Radiologe oder eine Radiologin in der Notfallradiologie andere medizinische Fächer beherrschen?

**Dr. Müller-Peltzer:** Je breiter eine Klinik aufgestellt ist, desto mehr müssen wir uns mit den Fächern der Zuweiser beschäftigen. Wir brauchen kein Detailwissen, doch müssen wir eine Übersicht haben und uns für neue Therapieoptionen oder OP-Techniken anderer Fachdisziplinen interessieren. Durch persönlichen Austausch zu lernen, hilft dabei sehr gut, denn viele Informationen sind für uns nicht gut zugänglich. Sobald eine neue Fragestellung reinkommt, können wir uns erkundigen und vorbereiten. Das betrifft alle Fächer. Das nötige Fachwissen zu den anderen Fächern muss sich dann auch nach der Spezialisierung der Klinik richten.

**Redaktion:** Welche persönlichen Eigenschaften muss jemand in der Notfallradiologie mitbringen, um gut mit dem Zeitdruck und der Verantwortung für die Patienten umgehen zu können?

**Dr. Müller-Peltzer:** Zuerst ist Kommunikationsfähigkeit wichtig. In der Notfallradiologie arbeiten wir mit vielen anderen Disziplinen zusammen. Wir müssen bereit sein, die

Standpunkte der anderen anzuhören und uns in ihre Positionen hineinzuversetzen. Was ist ihr Anliegen? Welchen Zugang hatten sie bereits zum Patienten? Bei jungen Menschen in der ärztlichen Weiterbildung ist es manchmal sehr schön zu beobachten, wie gut sich ihr Kommunikationsbewusstsein entwickelt – nicht nur fachintern, sondern auch interdisziplinär und interprofessionell. Je länger ein Team zusammenarbeitet, desto besser die Kommunikation. Denn alle wissen, wie die anderen kommunizieren.

**Redaktion:** Welche Eigenschaften braucht es noch?

**Dr. Müller-Peltzer:** Empathie, Neugier, Interesse, Belastbarkeit und eine strukturierte Arbeitsweise, um unter Druck arbeiten zu können und sich vom Chaos drumherum nicht ablenken zu lassen. Eine gewisse Durchsetzungsfähigkeit ist auch nötig. Manchmal muss man Ruhe ins Team bringen, manchmal muss eine gemeinsame Diagnostik- und Therapieentscheidung vorangetrieben werden. Ich würde sagen, dass wir in der Notfallradiologie schon alle vom gleichen Schlag sind.

**Redaktion:** Zusätzlich zu Patienten, die als Notfall eingeliefert werden, gibt es Zufallsbefunde. Bei welchen Anzeichen werden Sie bei der Bildbefundung aufmerksam, weil sich ein Notfall abzeichnen könnte?

**Dr. Müller-Peltzer:** Ich unterscheide zwei Kategorien: Zum einen gibt es Befunde wie beispielsweise eine Lungenarterienembolie, die bei einer Verlaufskontrolle nach einer Tumorerkrankung zufällig entdeckt wird und klar als Notfall ersichtlich ist. Zum anderen kann sich ein Notfall abzeichnen, weil zum Beispiel Metastasen

eine Frakturgefährdung oder Kompression von Risikostrukturen verursachen. Es gibt einige Szenarien, für die eine Dokumentation im Befund nicht ausreicht. In Abhängigkeit von Schweregrad und Symptomatik verweisen wir die Patienten direkt an unser Notfallzentrum oder fragen sie, wann ihr nächster Termin bei dem behandelnden Kollegen ist.

**Redaktion:** Notfälle können auch durch die Radiologie verursacht werden, z. B. durch eine, zwar sehr selten auftretende, aber dennoch mögliche akute Kontrastmittelreaktion. Welche Symptome sind dabei zu beachten?

**Dr. Müller-Peltzer:** Die Reaktionen können sehr unterschiedlich sein. Juckreiz, Urtikaria und Rötungen sind gut bekannt, doch sind nicht alle Symptome so eindeutig. Es können bei schweren Reaktionen auch Erbrechen oder eine ungewollte Defäkation auftreten. Rhinorrhoe und Heiserkeit können Zeichen für eine Beteiligung der Atemwege sein. Auch kann der Patient verwirrt oder schläfrig werden.

**Redaktion:** Kliniken sind auf einen Atem- oder Kreislaufstillstand jederzeit vorbereitet. Aber wie gut wird in Niederlassungen reagiert?

**Dr. Müller-Peltzer:** In der Klinik können wir Situationen wie diese hausintern eskalieren. Es ist sehr beruhigend zu wissen, dass der hausinterne Notruf sehr schnell mit vor Ort ist. Aus den Niederlassungen wird berichtet, dass es viel Anspannung verursacht, manchmal sieben oder zehn Minuten bis zur Ankunft des Rettungsteams zu überbrücken. Deshalb ist es das A und O, gut auf Notfälle vorbereitet zu sein. Aus diesem Gedanken heraus hatte ich vor drei Jahren – damals noch als Vorsitzende der

Arbeitsgemeinschaft (AG) Notfallradiologie in der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) – die Idee, einen Reanimationskurs anzubieten. Es freut mich sehr, dass ich den Kurs mit der DRG umsetzen und ins Programm des Röntgenkongresses (Röko) integrieren konnte. Der Kurs findet in diesem Jahr zum dritten Mal statt. Es geht um den Basic Life Support von Erwachsenen bis zum Kleinkind sowie um die medikamentöse Therapie möglicher allergischer Reaktionen nach Kontrastmittelgabe. Der Kurs wird sehr gut angenommen, die Rückmeldungen sind durchweg positiv.

**Redaktion:** Gibt es weitere Notfälle, die während der Untersuchung unerwartet auftreten können, etwa durch Magnetfelder im MRT?

**Dr. Müller-Peltzer:** Magnetische Objekte stellen eine Gefahr dar. Unsere MTR sind wahnsinnig aufmerksam und befragen alle, die den MRT-Untersuchungsraum betreten. Unsere Mitarbeitenden erhalten eine Sicherheitsunterweisung, zum Beispiel zu speziellen, MR-fähigen Feuerlöschern. Auch die externen Rettungskräfte sind geschult. Dennoch kann es passieren, dass Patienten mehrmals glaubhaft versichern, keine Metalle an sich zu haben und dennoch sehen wir Artefakte zu Beginn der Untersuchung und müssen erneut gezielt nachfragen und reevaluiert, ob die Untersuchung sicher ist. Um für Notfallsituationen gewappnet zu sein, zählt daher immer eine gute Vorbereitung.

#### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Informationen über die AG Notfallradiologie in der DRG online unter [ag-notfall.drg.de](http://ag-notfall.drg.de)
- Videofolge zum Thema „Notfälle in der Radiologie“ der Reihe „Fit fürs Radiologie-PJ“ mit Referentin Dr. med. Müller-Peltzer bei Youtube (rd. 16 Min.)

## Röko 2026

### „Radiologie grenzenlos“ als Themenfeld

Vom 13.05. bis 15.05.2026 findet der Präsenzteil des Röntgenkongresses (Röko) 2026 im Congress Center Leipzig statt. Auf das Themenfeld „Radiologie grenzenlos“ weisen die Veranstalter nun hin.

Das Fach lebe vom Austausch, heißt es in der [Mitteilung vom 22.04.2026](#) – innerhalb der Radiologie, mit anderen Disziplinen, Patienten sowie durch neue Perspektiven von außen. Rund 20 Sessions werden aufgelistet, die zum Thema passen, nicht zuletzt die „Highlight-Sitzung“ zum „Zukunftsprojekt Radiologie 2035: Von der Vision zur Umsetzung“ am 15.05.2026. Auch Guerbet ist in Leipzig mit einem Messtand vertreten (Stand Nr. A10) und freut sich auf den Austausch.



## 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](mailto:iww-wuerzburg@iww.de)

### Niederlassung Nordkirchen

Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen  
 Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, E-Mail: [info@iww.de](mailto: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 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.