

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

09 | September 2025

Interview

„Die Interventionelle Radiologie ist integrativer Bestandteil der modernen Medizin!“

Zum ersten Mal beteiligte sich die Deutsche Gesellschaft für Interventionelle Radiologie und minimal-invasive Therapie (DeGIR) in diesem Jahr an der Ausrichtung des Deutschen Röntgenkongresses (Röko). Ein Zeichen dafür, dass die Interventionelle Radiologie sich in den vergangenen 15 Jahren zu einem wichtigen Teil der modernen Medizin entwickelt hat. PD Dr. med. Cornelia L. A. Dewald ist am Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Medizinischen Hochschule Hannover Funktionsoberärztin in der Interventionellen Radiologie. Außerdem ist sie seit vergangenem Mai Mitglied des neuen DeGIR-Vorstands, der während des Röko 2025 erstmals zusammenkam. Sie leitet die Lenkungsgruppe Öffentlichkeitsarbeit und gab Ursula Katthöfer (textwiese.com) ein Interview.

Redaktion: Welches neue minimal-invasive Verfahren unter Bildsteuerung haben Sie zuletzt besonders begrüßt?

Dr. Dewald: Die Interventionelle Radiologie lebt von der kontinuierlichen Optimierung von Materialien und Techniken. Insbesondere bei den gefäßöffnenden und gefäßverschießenden Verfahren macht es große Freude, die Weiterentwicklung von Materialien und Anwendungsmöglichkeiten zu erleben. Aber auch bekannte Techniken eröffnen regelmäßig neue therapeutische Möglichkeiten und Perspektiven, etwa die transarterielle periartikuläre Embolisation (TAPE) bei chronischen Gelenkschmerzen wie der Arthrose im Kniegelenk.

Redaktion: Wohin entwickelt sich die Interventionelle Radiologie außerdem?

Dr. Dewald: Die bildgestützte Therapie mittels CT, MRT, Ultraschall und Angiografie wird insgesamt immer stärker zum integrativen Bestandteil von Behandlungspfaden z. B. in der Onkologie, Gefäßmedizin und Schmerztherapie. Im Zuge dieser interdisziplinären Zusammenarbeit werden wir als Interventionelle Radiologie zunehmend eingebunden und als eigenständiges klinisches Fach wahrgenommen. Das bedeutet auch, dass wir mehr Verantwortung tragen, etwa für die Therapieplanung, die Nachsorge und das Langzeitmanagement.

Inhalt

Qualitätssicherung

QS-Vereinbarung zur Kardio-Comutertomografie (CCTA) in Kraft getreten 3

GOÄ-Entwurf

GOÄ-Reform die Zweite – eine lange Geschichte geht weiter (Teil 2) 4

Wirtschaftlichkeit

Interne-Zinsfuß-Methode als dynamische Methode der Investitionsrechnung 7

Mietrecht

Quadratmetermiete: Tatsächliche Fläche ist entscheidend 8

Download

Rechtsteil zum Entwurf für die neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unter www.de/s13800

Das voranzutreiben, liegt an uns. Wir müssen durch Ausbildung, Qualitätssicherung und Zertifizierung die richtigen Rahmenbedingungen schaffen, damit wir uns als gleichberechtigtes klinisches Fach konsolidieren.

Redaktion: KI spielt in der diagnostischen Radiologie eine enorme Rolle. Auch in der Interventionellen Radiologie?

Dr. Dewald: Ja, allerdings mit einer anderen Stoßrichtung. Es geht weniger um Mustererkennung und Diagnosestellung, wie es in der diagnostischen Radiologie der Fall ist. KI kann die Interventionelle Radiologie bei der Planung, Navigation und Erfolgskontrolle von Eingriffen unterstützen. Die Planung kann zum Beispiel durch automatische Segmentierung von Zielstrukturen effizienter werden. Und durch die automatisierte Berechnung einer arteriellen Tumorversorgung kann beispielsweise ein Eingriff, in dem die entsprechenden Gefäße behandelt werden sollen, sicherer navigiert werden. Durch KI können Eingriffe standardisierter und Verfahren reproduzierbarer werden. Noch ist der Stellenwert geringer als in der diagnostischen Radiologie, doch das ist nur der aktuelle Stand. Die DeGIR hat kürzlich eine Lenkungsgruppe „KI in der Interventionsradiologie“ ins Leben gerufen, um die Entwicklungen voranzutreiben.

Redaktion: Welche interventionellen Behandlungen sind ambulant gut möglich?

Dr. Dewald: Im internationalen Vergleich, zum Beispiel mit den USA, sehen wir, dass eine Vielzahl an Interventionen im ambulanten Umfeld möglich ist: Portimplantationen, Biopsien, perkutane Tumorablationen,

bildgesteuerte Schmerztherapien und auch komplexere Eingriffe wie periphere Angioplastien. Eine Voraussetzung hierfür ist allerdings eine ausreichende Infrastruktur mit entsprechender Vergütung. In Deutschland ist die Interventionelle Radiologie außerhalb der Klinik noch nicht ausreichend rentabel.

Wir haben in der DeGIR eine eigene Lenkungsgruppe, die sich mit der Ambulantisierung interventionsradiologischer Eingriffe beschäftigt. Sie will dafür sorgen, dass die Interventionelle Radiologie auch ambulant wirtschaftlich ist.

Redaktion: Wo entstehen Einsparpotenziale für Kliniken, wenn die Interventionelle Radiologie nicht mehr stationär ist, sondern z. B. ambulant in einem MVZ am Krankenhaus stattfindet?

Dr. Dewald: In den Kliniken sind die Einsparpotenziale erheblich. Ambulante Interventionen entlasten die stationären Budgets, reduzieren den Pflegeaufwand und schaffen Kapazität für stationäre Fälle mit DRG-relevanter Verweildauer. Dazu kommt: Die Patienten profitieren von kürzeren Aufenthalten, sie kehren schneller in ihren Alltag zurück. Das steigert nicht nur ihre Zufriedenheit, sondern auch das Vertrauen der Zuweiser. Wirtschaftlich wie medizinisch ist die ambulante Interventionsradiologie ein Gewinn – sofern die Rahmenbedingungen stimmen.

Redaktion: Lassen Sie uns über die Fachgesellschaft sprechen. Die DeGIR vertritt die Interessen der interventionsradiologisch und minimalinvasiv tätigen Radiologen in der DRG. Was sind besondere Herausforderungen?

Dr. Dewald: Sichtbarkeit ist uns ein großes Anliegen. Wir wollen das Bewusstsein für den Wert der Interventionellen Radiologie sowohl innerhalb der medizinischen Fachwelt als auch bei politischen Entscheidungsträgern, in der Öffentlichkeit und letztlich bei den Patienten steigern. Ein weiteres Anliegen ist die gezielte Förderung von Nachwuchs, um ihn für unser Fach zu begeistern, nachhaltig auszubilden und langfristig für eine Karriere in der Interventionellen Radiologie zu gewinnen. Dazu braucht es attraktive Ausbildungswege und Vorbilder im klinischen Alltag. Gleichzeitig muss die Qualität gesichert werden. Machbar ist das durch ein strukturiertes Fort- und Weiterbildungsprogramm sowie Zertifizierungen. Auch die politische Arbeit ist enorm wichtig: Ambulantisierung, neue Vergütungsmodelle – das sind nur einige der Themen, an denen wir als Fachgesellschaft arbeiten.

Redaktion: Zu Qualitätssicherung und Fortbildung gehören die Simulator-kurse der DeGIR. Was wird darin vermittelt?

Dr. Dewald: Sie bieten tolle Möglichkeiten, technische Fertigkeiten und Abläufe realitätsnah zu üben. Die Simulatoren bilden ein großes Spektrum der endovaskulären Eingriffe ab und vermitteln Sicherheit sowie Routine im Umgang mit Interventionstechniken und Materialien. Die Kurse sind für verschiedene Ausbildungslevel verfügbar, von Einsteigerkursen für Berufsanfänger bis zu Auffrischkursen und dem Training neuer Verfahren für erfahrene Personen. Dazu gehört auch das Komplikationsmanagement, wenn es zum Beispiel zu Gefäßverletzungen oder Blutungen kommt. Ich selbst betreue die Kurse unter anderem auf dem Röko und freue mich zu

sehen, dass das Training am Simulator die Teilnehmenden dazu motiviert, die geübten Eingriffe danach am Patienten vorzunehmen.

Redaktion: Mit dem sogenannten *Next-Gen IR Skills Lab* fördert die DeGIR interventionellen Nachwuchs. Wie groß ist das Interesse junger Radiologen an dieser Spezialisierung?

Dr. Dewald: Das Interesse ist vorhanden, doch fehlt es an frühen Berührungspunkten im klinischen Alltag, weil es häufig erst spät in der Facharztausbildung um Interventionen geht. Das *Next-Gen IR Skills Lab* bietet deshalb einen ersten praxisnahen Einstieg. Die Teilnehmenden können sehr früh in der Weiterbildung unkompliziert mit der Interventionellen Radiologie in Kontakt kommen.

Vor allem junge Kolleginnen sind in der Interventionsradiologie unterrepräsentiert. Unser Fokus liegt daher auch darauf, junge Ärztinnen zu ermutigen, in die Interventionelle Radiologie zu kommen. Eine Lenkungsgruppe der DeGIR kümmert sich ausdrücklich um Frauen und Nachwuchs und baut gerade ein Netzwerk „Junge Interventionelle Radiologie“ auf, das in Anlehnung an die „Junge Radiologie“ der DRG eine Plattform für Austausch und Unterstützung bietet.

Redaktion: Die Qualifizierung *European Board of Interventional Radiology (EBIR)* schließt mit einer Prüfung ab, die mit einer Facharztprüfung vergleichbar ist. Sie haben sie absolviert. Wie groß ist das Interesse an dieser Qualifizierung?

Dr. Dewald: Das EBIR ist ein anerkanntes Qualitätssiegel, das auch in Deutschland zunehmend als Kompe-

tenznachweis gilt. Letztlich sind das EBIR und die Zertifikate der DeGIR unterschiedliche Zertifizierungen, die sich aber sinnvoll ergänzen. Beide prüfen theoretisches Wissen und praxisrelevante Fähigkeiten. Der EBIR-Nachweis eignet sich im internationalen Kontext, zum Beispiel zur Orientierung an europäischen Standards oder bei internationalen Bewerbungen. Die Zertifikate der DeGIR sind stark praxisbezogen und passgenau auf die Versorgung in Deutschland zugeschnitten.

Redaktion: Der Röko 2026 trägt das Motto „Radiologie grenzenlos“. Wel-

Qualitätssicherung

QS-Vereinbarung zur Kardio-Computertomografie (CCTA) in Kraft getreten

Seit dem 01.01.2025 können Radiologen unter bestimmten Voraussetzungen die Computertomografie-Koronarangiografie (CCTA) bei Verdacht auf eine chronische koronare Herzkrankheit (cKHK) oder im Zusammenhang mit einem bereits geplanten operativen Eingriff am Herzen durchführen und mit der EBM-Nr. 34370 (CCTA, bewertet mit 1.285 Punkte) abrechnen. Mit Wirkung zum 01.07.2025 haben KBV und Krankenkassen die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie entsprechend angepasst (Vereinbarung bei der KBV online unter www.de/s14267).

Die fachlichen Voraussetzungen

Neben der für den Strahlenschutz erforderlichen Fachkunde nach § 47 Strahlenschutzverordnung sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgegebenen Tätigkeitszahlen nachzuweisen:

- Befundung der CCTA in mindestens 150 Fällen und
- die Durchführung der CCTA in mindestens 50 Fällen,

jeweils unter Anleitung eines bereits erfahrenen Anwenders.

che Ideen gibt es bereits zur Beteiligung der DeGIR?

Dr. Dewald: Das Motto passt sehr gut zur Interventionellen Radiologie, weil wir im klinischen Alltag eine Schnittstellenfunktion haben und mit vielen anderen Fachabteilungen zusammenarbeiten. Geplant sind Panels, Live-Demos, interaktive Hands-on-Formate und Fallkonferenzen. Wir möchten verdeutlichen, dass die Interventionelle Radiologie ein integrativer Bestandteil der modernen Medizin und ein zukunftsstragender Bestandteil der Radiologie ist.

Als „erfahren“ gelten dabei Ärzte, die selbst diese Tätigkeitszahlen (mindestens 150 CCTA-Befundungen und 50 CCTA-Durchführungen) erbracht haben. Befundungen und Durchführungen der CCTA, die vor dem Inkrafttreten des G-BA-Beschlusses am 27.04.2024 selbstständig erfolgten, werden anerkannt.

Zudem ist die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium, alternativ ein gleichwertiger Prüfungsabschluss – z. B. die Zusatzqualifikation Kardiovaskuläre Radiologie Q2 (Herz-CT)

der Deutschen Röntgengesellschaft – erforderlich.

Merke

Radiologen, die vor dem 01.07.2025 auf Grundlage der Übergangsregelung im Beschluss des Bewertungsausschusses eine KV-Genehmigung erhalten haben, müssen das Kolloquium bis zum 31.12.2025 absolvieren.

Die apparativen und organisatorischen Voraussetzungen

Die Anforderungen an die apparative Ausstattung entsprechen den Vorgaben im G-BA-Beschluss und im EBM. Auch die organisatorischen Anforderungen in § 13b der QS-Vereinbarung entsprechen im Wesentlichen diesen Beschlüssen.

§ 13c der QS-Vereinbarung enthält besondere Dokumentationsanforderungen. Zudem ist ab 2026 – befristet auf fünf Jahre – eine stichprobenartige Prüfung dieser Dokumentation im Hinblick auf

- Vollständigkeit,
- Nachvollziehbarkeit der Entscheidung zur Indikationsstellung,
- den Befund und
- die Empfehlung zum weiteren Vorgehen vorgesehen.

Dabei werden jährlich vier Prozent der abrechnenden Ärzte ausgewählt.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Kardio-CT: Neue EBM-Leistung steht seit dem 01.01.2025 zur Verfügung“, in RWF Nr. 01./2025
- „CCTA künftig Kassenleistung“, in RWF Nr. 3/2024
- Details zur CCTA in Nr. 42 der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ (beim G-BA online unter www.de/s12130)

GOÄ-Entwurf

GOÄ-Reform die Zweite – eine lange Geschichte geht weiter (Teil 2)

Auf dem 129. Ärztetag in Leipzig ist ein GOÄ-Reformentwurf von der Ärzteschaft verabschiedet worden, der an das Bundesgesundheitsministerium übergeben wird. In dieser Beitragsserie wird auf den Paragrafenteil der neuen GOÄ (GOÄ-E) eingegangen. In Teil 1 ging es um die § 1 GOÄ-E (Anwendungsbereich) sowie § 2 GOÄ-E (Abweichende Vereinbarung). In diesem Teil 2 werden § 4 Abs. 1 (Gebühren) und § 4 Abs. 2 (Basislabor) GOÄ-E näher beleuchtet.

Gebühren (§ 4 Abs. 1 GOÄ-E)

Die Vorschrift des § 4 GOÄ, schon immer die Zentralvorschrift der GOÄ, wurde grundlegend neu gefasst und wesentlich erweitert.

Geplante Ergänzung der Regelung

„Die Gebühr für eine Leistung kann nur berechnet werden, wenn deren für die Berechnung erforderlicher Inhalt vollständig erbracht worden ist. Eine Berechnung kann auch dann erfolgen, wenn eine Leistung überwiegend erbracht worden ist, allerdings einzelne Leistungsbestandteile einer Gebühr wegen eines bei Behandlungsbeginn nicht absehbaren, medizinisch begründeten oder durch den Patienten verursachten, vorzeitigen Behandlungsabbruchs nicht mehr erbracht werden können (...).“

Die Regelung, dass die Gebühr für eine Leistung nur berechnet werden kann, wenn deren für die Berechnung erforderlicher Inhalt vollständig erbracht worden ist, ist praktisch sinnvoll, wenn sich für jede einzelne Gebührenposition aus dem neuen Gebührenverzeichnis zur GOÄ-E eindeutig ergibt, was deren für die Berechnung erforderlicher Inhalt ist. Bleibt dies dagegen im Gebührenver-

von Rechtsanwalt, Fachanwalt für Arbeits- und für Medizinrecht
Dr. Tilman Clausen, armedis.de und
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht
Dr. Kyrill Makoski, LL. M. (Boston University), moellerpartner.de

zeichnis unklar, wird es darüber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit im Einzelfall Streit mit den Kostenträgern geben.

Wenn eine Berechnung auch dann erfolgen kann, wenn eine Leistung „überwiegend“ erbracht worden ist, wird dies nur reibungslos funktionieren, wenn im Gebührenverzeichnis für jede einzelne Gebührenposition definiert ist, wann die Leistung überwiegend erbracht worden ist. Geschieht dies nicht, wird es auch hier wieder Streit geben.

Die übrigen Voraussetzungen für die Abrechnung einer Leistung, die nur überwiegend erbracht worden ist, müssen vonseiten des ärztlichen Behandlers sorgfältig dokumentiert werden, ansonsten lässt sich hier die Abrechnung in der Praxis kaum durchsetzen.

Vertretung des Wahlarztes (§ 4 Abs. 2a GOÄ-E)

In § 4 Abs. 2a und Abs. 2b GOÄ-E wurde versucht, die Vertretung des

Wahlarztes im Kernbereich der wahlärztlichen Leistungen, die bisher nur durch Richterrecht geregelt und in der Praxis im Detail sehr umstritten ist, gesetzlich zu regeln. Dieser Versuch schlug nach Meinung der Verfasser leider fehl und sollte überarbeitet werden, bevor man den Text dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorlegt.

Geplante Ergänzung der Regelung

„[...] So kann für den Fall, dass der Wahlarzt aus nicht vorhersehbaren schwerwiegenden Gründen an der Leistungserbringung gehindert ist, die wahlärztliche Leistung auch durch einen einzigen anderen in der Wahlleistungsvereinbarung genannten Arzt desselben Fachgebiets erbracht werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt. In der Wahlleistungsvereinbarung kann darüber hinaus für die Erbringung von in der Wahlleistungsvereinbarung bestimmten Leistungen des jeweiligen Fachgebiets je ein weiterer Vertretungsarzt benannt werden, der durch seine fachliche Qualifikation und Erfahrung die bestimmten Leistungen über die Voraussetzungen nach S. 1 hinausgehend in besonderer Qualität erbringen kann.“

Nach Auffassung des Bundesgerichtshofs (BGH, Urteil vom 20.12.2007, Az. III ZR 144/07) galt bislang, dass Wahlarztes, wenn sie aus bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung nicht vorhersehbaren Gründen verhindert sind, sich durch ihren ständigen ärztlichen Vertreter vertreten lassen können. Nach der Neuregelung müssen diese Gründe zusätzlich „schwerwiegend“ sein, wobei völlig

unklar bleibt, was ein „schwerwiegender“ Grund ist. Dies müssen wiederum erst die Gerichte klären und es wird hier ein Arbeitsbeschaffungsprogramm für Rechtsanwälte aufgelegt. Der Sinn dieser Verschärfung gegenüber der bisherigen Rechtslage ist zudem völlig unklar. Der BGH wies in seinem Urteil vom 20.12.2007 zu treffend darauf hin, dass jeder Patient mit einer bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung unvorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes rechnen müsse. Warum diese Verhinderungsgründe jetzt zusätzlich „schwerwiegend“ sein müssen, erschließt sich den Verfassern nicht. Und warum soll die Vertretung bei „einfachen“ Gründen nicht möglich sein?

Aus mehreren Gründen ausgesprochen problematisch erscheinen auch die zusätzlichen Qualitätsanforderungen, die an die Vertreter des Wahlarztes gestellt werden. Diese müssen die gleiche Qualifikation wie der Wahlarzt haben oder sogar eine darüber hinausgehende Qualität. Qualität ist aber nicht messbar, sodass durch diese Neuregelung wiederum dem Streit „Tür und Tor geöffnet“ wird. Kleinere Krankenhäuser werden im Übrigen durch diese Neuregelung extrem benachteiligt, da es ihnen wesentlich schwerer fallen dürfte, genügend ständige ärztliche Vertreter mit der hier geforderten Qualifikation anzubieten, sodass die Einnahmen dieser Krankenhäuser aus Vertreterleistungen zukünftig deutlich sinken können, wenn nicht die Abrechnung von Vertreterleistungen ganz unmöglich wird.

Nach § 4 Abs. 2 GOÄ-E können für jeden Wahlarzt mindestens zwei ständige ärztliche Vertreter benannt werden, die entsprechend qualifiziert sein

müssen. Auch dies wird schwieriger werden, je kleiner das Krankenhaus ist. Der BGH war bisher davon ausgegangen, dass nur ein ständiger ärztlicher Vertreter pro Wahlarzt zulässig ist, was mit dem Wortlaut der §§ 4 Abs. 2 S. 3 und 5 Abs. 5 GOÄ begründet wurde. Die Rechtsprechung der Instanzgerichte hatte dies dahingehend erweitert, dass jeder Wahlarzt auch mehrere ständige ärztliche Vertreter haben kann, wenn sein Zuständigkeitsbereich so aufgeteilt wird, dass jeder dieser Ärzte alleiniger ständiger ärztlicher Vertreter für einen Teil des Zuständigkeitsbereichs wird. Diese Instanzrechtsprechung wird durch die Neufassung des Paragrafenteils bestätigt, es ist nur negativ zu bemerken, dass die Qualifikation als Vertreter an bestimmte, nicht messbare Voraussetzungen geknüpft wird, was Raum für uferlose Streitigkeiten eröffnet.

Die Vorgaben zur persönlichen Leistungserbringung sollen auch gelten, wenn Wahlleistungen im Rahmen der Hybrid-DRG nach § 115f SGB V erbracht werden (§ 4 Abs. 2a S. 4 GOÄ-E).

Vertretungsvereinbarung (§ 4 Abs. 2b GOÄ-E)

In § 4 Abs. 2b GOÄ-E wird jetzt die Vertretung des Wahlarztes für den Fall geregelt, dass seine Verhinderung absehbar ist. Hier bleibt wiederum – wie überall im Paragrafenteil – vieles unklar. Offen bleibt, wann die Verhinderung des Wahlarztes absehbar sein muss. Während der BGH nicht von „absehbarer“, sondern von „vorhersehbarer“ Verhinderung gesprochen und damit an den Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung angeknüpft hat, bleibt der Anknüpfungspunkt in der Neuregelung des Paragrafenteils völlig unklar. Wann muss

die Verhinderung des Wahlarztes absehbar sein?

Der BGH hat zudem in seinem Urteil vom 20.12.2007 (Az. III ZR 144/07) auf den Kernbereich der wahlärztlichen Leistungen abgestellt, in dem der Wahlarzt persönlich tätig werden muss, wenn die wahlärztlichen Leistungen abgerechnet werden sollen. Außerhalb des Kernbereichs ist eine Vertretung unter den in der GOÄ genannten Voraussetzungen ohne Weiteres möglich.

In § 5 Abs. 5 GOÄ ist bisher zusätzlich geregelt, dass wahlärztliche Leistungen unter den dort genannten Voraussetzungen auch durch nachgeordnete Ärzte erbracht werden können, wenn sie nicht zum Kernbereich der wahlärztlichen Leistungen gehören. Diese Klausel soll in der Neufassung ersatzlos gestrichen werden. Somit wäre völlig unklar, ob es bei der Vertretung des Wahlarztes weiterhin nur um den Kernbereich der wahlärztlichen Leistungen geht oder mehr.

§ 4 Abs. 2b GOÄ-E regelt die Vertretung des Wahlarztes bei absehbarer Verhinderung durch eine individuelle Vertretungsvereinbarung, wobei im Wesentlichen die Vorgaben der Rechtsprechung des BGH vom 20.12.2007 übernommen werden mit der Maßgabe, dass der Patient jetzt über die ihm angebotenen Alternativen aufgeklärt werden muss. Dies dürfte definitiv nur in der Form möglich sein, dass bei Abschluss der individuellen Vertretungsvereinbarung die Aufklärung des Patienten durch einen Arzt erfolgen muss.

Die individuelle Vertretungsvereinbarung soll „rechtzeitig“ vor der Leistungserbringung abgeschlossen werden. Was „rechtzeitig“ bedeutet, ist

wiederum nicht definiert. Auch hierüber wird es zwangsläufig Streit geben.

Bislang wird die Rechtsprechung des BGH zur Vertretung des Wahlarztes im Kernbereich der wahlärztlichen Leistungen so verstanden, dass Grund und Dauer der Verhinderung des Wahlarztes nicht anzugeben sind. § 4 Abs. 2a und Abs. 2b GOÄ-E sind eindeutig so zu verstehen, dass diese Verpflichtung für Behandler nunmehr hinzutritt. Dabei haben diejenigen, die für die Neuregelung verantwortlich sind, offensichtlich übersehen, dass der Angabe des Grundes der Verhinderung des Wahlarztes sowohl der Datenschutz als auch dessen allgemeines Persönlichkeitsrecht entgegenstehen können. Die Dauer der Verhinderung wird man in vielen Fällen bei Abschluss einer Vertretungsvereinbarung gar nicht wissen. Und was passiert, wenn der Zeitraum der Verhinderung überschritten wird? Die BÄK gibt mit diesem Gesetzentwurf Rechtspositionen auf, um die derzeit erbittert vor den ordentlichen Gerichten gestritten wird und zu denen mindestens ein Revisionsverfahren beim BGH anhängig ist. Gründe hierfür sind nicht ersichtlich.

Beschränkung der persönlichen Leistungserbringung (§ 4 Abs. 2c GOÄ-E)

In § 4 Abs. 2c GOÄ-E findet sich eine angepasste Version des bisherigen § 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ, ergänzt um umfangreiche Verpflichtungen des ärztlichen Behandlers bzw. dessen Abrechnungsstelle, die Leistungsdokumentation vorzulegen und die korrekte, der tatsächlichen dokumentierten Leistungserbringung entsprechende Rechnungsstellung zu bestätigen (§ 4 Abs. 2c S. 3 GOÄ-E). Warum dies zusätzlich in die GOÄ aufgenom-

men werden soll, erschließt sich ebenfalls nicht. Anspruch auf die Patientendokumentation hat der Patient bereits aus § 630g Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) bzw. Art. 15 Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO). Einer zusätzlichen Regelung in der GOÄ bedarf es deshalb nicht. Die Tatsache, dass Ärzte korrekt abrechnen, sollte eine Selbstverständlichkeit sein. Warum man dies gesondert bestätigen soll, ist ebenfalls nicht ersichtlich.

Zielleistungsprinzip (§ 4 Abs. 3 GOÄ-E)

In § 4 Abs. 3 GOÄ-E wird das sogenannte Zielleistungsprinzip geregelt, das sich bisher im § 4 Abs. 2a GOÄ findet. Danach können Leistungen, die Bestandteil einer anderen Leistung sind, nicht gesondert berechnet werden. Problematisch ist die Regelung des § 4 Abs. 3 S. 2 GOÄ-E, wonach die besondere Ausführung einer Leistung auch die Modifikation oder methodische Variation in der Art und Weise der Erbringung der Leistung nach dem Gebührenverzeichnis umfasst. Zwar hat der BGH im Rahmen seiner Rechtsprechung zu Analogleistungen eine vergleichbare Linie vertreten. Dennoch ist diese Klausel unklar und beschränkt zudem die Möglichkeiten, auf den medizinischen Fortschritt zu reagieren.

Gestrichen werden soll § 4 Abs. 2a S. 3 GOÄ, wonach die Kosten der Rufbereitschaft nicht gesondert berechnet werden können.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Der 3. und letzte Teil dieser Serie geht auf die geplanten Änderungen in den §§ 6, 10, 11, 12 GOÄ-E ein und folgt in einer der nächsten RWF-Ausgaben.
- „GOÄ-Reform die Zweite – eine lange Geschichte geht weiter (Teil 1)“, in RWF Nr. 07/2025

Wirtschaftlichkeit

Interne-Zinsfuß-Methode als dynamische Methode der Investitionsrechnung

Für Investitionsrechnungen wird oft die interne Zinsfuß-Methode verwendet. Man bezeichnet die Rendite bzw. Effektivverzinsung, die eine Investition erbringt als internen Zinsfuß. Dieser Zinssatz wird i. d. R. mit der Mindestverzinsungsanforderung verglichen, die der Investor (hier die radiologische Praxis) an die Investition stellt. Wenn der interne Zinsfuß (r) über dieser Mindestverzinsungsanforderung liegt, dann ist die Investition vorteilhaft. Die Mindestverzinsungsanforderung stellt i. d. R. die Verzinsung dar, die am Kapitalmarkt mit den eingesetzten Mitteln zu erreichen ist.

von Prof. Günter Stephan, ehem. Hochschule für öffentliche Verwaltung des Landes Baden-Württemberg, Kehl, stephan@hs-kehl.de

Interner Zinsfuß

Der interne Zinsfuß ist der Zinssatz, bei dessen Anwendung der Kapitalwert einer Investition gleich Null ist bzw. die barwertigen Einzahlungen den barwertigen Auszahlungen entsprechen.

Beispielrechnung

Eine radiologische Großpraxis plant die Anschaffung einer neuen Röntgenanlage für 100.000 Euro. Während der Lebensdauer dieser Anlage (4 Jahre) fallen folgende jährliche Einzahlungen (Erlöse) und jährliche Betriebs- und Instandhaltungsauszahlungen an.

Die Praxis rechnet mit einem Zins von 4 %. Zunächst soll der Kapitalwert dieser Investition ermittelt werden.

Der **Kapitalwert** der Investition ist dann die Differenz zwischen dem Barwert der Einnahmen und dem Barwert der Ausgaben:

$$\begin{aligned}
 &158.785 \text{ Euro} \\
 &- 140.626 \text{ Euro} \\
 &= \mathbf{18.159 \text{ Euro}}
 \end{aligned}$$

Die Ermittlung des internen Zinsfußes erfolgt durch lineares Interpolieren. Die Formel dafür lautet:

Ermittlung des internen Zinsfußes	
$r = i_1 - K_{01} \times$	$\frac{(i_2 - i_1)}{(K_{02} - K_{01})}$

Beim Interpolieren werden unterschiedliche Zinssätze und die dazugehörigen Kapitalwerte in die oben angegebene Formel eingesetzt: i_1 ist der erste Zinssatz, i_2 der zweite Zinssatz, K_{01} der erste Kapitalwert und K_{02} der zweite Kapitalwert. Es ist also notwendig, zwei Kapitalwerte zu ermitteln.

Für das obige Beispiel muss nun ein zweiter Kapitalwert mit einem beliebigen Zinssatz ermittelt werden, hier wird z. B. der Zinssatz 7 % gewählt. Der Kapitalwert K_{02} beträgt für i_2 (= 7 %) hier 9.696 Euro (= Barwert der Einnahmen [148.045 Euro] – Barwert der Ausgaben [138.349 Euro]; (Rechnung siehe Tab. 3).

Tab. 1: Zahlungsströme beim Kauf einer Röntgenanlage

	Auszahlungen (Euro)	Einzahlungen (Euro)
Jahr 0	100.000 (= Investitionssumme)	
Jahr 1	20.000	50.000
Jahr 2	8.000	30.000
Jahr 3	9.000	40.000
Jahr 4	7.000	50.000

Tab. 2: Berechnung der Barwerte ($i_1 = 4 \%$)

	Auszahlungen (Euro)	Abzinsfaktor	Barwert	Einzahlungen (Euro)	Abzinsfaktor	Barwert
Jahr 0	100.000	1	100.000			
Jahr 1	20.000	0,962	19.240	50.000	0,962	48.100
Jahr 2	8.000	0,925	7.400	35.000	0,925	32.375
Jahr 3	9.000	0,889	8.001	40.000	0,889	35.560
Jahr 4	7.000	0,855	5.985	50.000	0,855	42.750
	Summe Barwerte der Ausgaben		140.626	Summe Barwerte der Einnahmen		158.785

Tab. 3: Berechnung der Barwerte ($i_2 = 7\%$)

	Auszahlungen (Euro)	Abz.faktor	Barwert	Einzahlungen (Euro)	Abz.faktor	Barwert
Jahr 0	100.000	1	100.000			
Jahr 1	20.000	0,934	18.680	50.000	0,934	46.700
Jahr 2	8.000	0,873	6.984	35.000	0,873	30.555
Jahr 3	9.000	0,816	7.344	40.000	0,816	32.640
Jahr 4	7.000	0,763	5.341	50.000	0,763	38.150
Summe Barwerte der Ausgaben			138.349	Summe Barwerte der Einnahmen		148.045

Berechnung interner Zinsfuß

$r = 4\% - 18.159 \text{ Euro} \times$	$(7\% - 4\%)$	$= 10,4\%$
	$(9.696 \text{ Euro} - 18.159 \text{ Euro})$	

Fazit

Eine Investition ist dann vorteilhaft, wenn der interne Zinssatz „r“ größer oder gleich dem Kalkulationszinssfuß „i“ ist. Sie ist nicht vorteilhaft, wenn der interne Zinssatz kleiner als der Kalkulationszinssfuß ist. Bei einem Alternativenvergleich (Röntgengerät 1 vs. Röntgengerät 2) ist die Investition mit dem höchsten internen Zinssatz die vorteilhafteste.

Die tatsächliche Rendite dieser Investition beträgt 10,4 %. Da eine alternative Verwendung der finanziellen Mittel dieser Investition (= Kalkulationszinssfuß) eine Rendite von 4 % ergibt, stellt sich diese Investition für die Großpraxis als lohnenswert dar.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Annuitätenmethode in einer Radiologiepraxis als Grundlage für Investitionsentscheidungen“, in RWF Nr. 06/2025

Mietrecht

Quadratmetermiete: Tatsächliche Fläche ist entscheidend

Ist eine echte Quadratmetermiete vereinbart – etwa durch Angabe eines Mietpreises pro Quadratmeter (qm) – ist die Miete stets nach der tatsächlichen Fläche zu berechnen. Eine Flächenabweichung führt dann unabhängig vom Ausmaß zur Rückzahlung überzahlter Miete gemäß § 812 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB, Urteil des Oberlandesgerichts [OLG] Dresden vom 19.03.2025, Az. 5 U 1633/24).

Der Kläger hatte Büroräume gemietet. Der Vertrag bestimmte eine Miete von „Euro 5,00/qm“ bei einer Fläche von „ca. 70 qm“. Die tatsächliche Fläche betrug jedoch nur 45,6 qm. Der Vermieter verlangte monatlich 350 Euro, der Kläger begehrte Rückzahlung der Überzahlung von 120 Euro monatlich. Das OLG stellte klar: Auch wenn die Flächenangabe laut Vertrag keine Sollbeschaffenheit festlegte, wurde eine **Quadratmetermiete** vereinbart. In diesem Fall sei die Miete **unabhängig von der Abweichung stets anhand der tatsächlichen Fläche** zu berechnen. Die Rückzahlung überzahlter Miete folge aus § 812 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 BGB. Das gelte unabhängig von der 10-Prozent-Grenze, die bei einem Mangel nach § 536 BGB zu beachten wäre. Die Ansprüche im zugrunde liegenden Fall seien aber teilweise verjährt, soweit sie das Jahr 2020 betrafen.

IWW
INSTITUT

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 922-0, Fax 02596 922-80, 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.