

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

07 | Juli 2026

Lehre in der Radiologie

„Nachhaltig ist das, was ich verstehe und anwende!“

Die Plattform LernRad (lernrad.com) bietet digitale Lehre rund um die Radiologie. Interaktive Kurse mit Videos, Falltrainings und Quizformaten richten sich an Studierende, Ärzte in Weiterbildung und Fachärzte. Auch bereitet LernRad gezielt auf die Facharztprüfung vor. Gründerin und geschäftsführende Gesellschafterin ist PD Dr. Bettina Baeßler, Fachärztin für Radiologie. In diesem Jahr gehörte sie – neben Prof. Dr. Saif Afat und PD Dr. Daniel Pinto dos Santos ([Interview siehe RWF Nr. 03/2026](#)) – dem Präsidium des 107. Deutschen Röntgenkongresses an. Ursula Katthöfer (textwiese.com) fragte sie, was die moderne Lehre ausmacht.

Redaktion: Wie haben Sie die Lehre während Ihrer eigenen Ausbildung erlebt?

Dr. Baeßler: Die schlechte Lehre hat mich während des Studiums und der Weiterbildung schockiert. In einem Blockpraktikum hörte ich, dass „Studenten nur ein Klotz am Bein“ seien. Deshalb habe ich mir schon im Studium geschworen, es später anders zu machen.

Auch die Weiterbildung war kaum strukturiert, es galt das Prinzip: Mach Fehler und lerne daraus. Die Bereitschaft von Oberärzten, Wissen weiterzugeben, war nicht bei allen gleichermaßen groß. Was ich in Kursen oder bei Kongressen in Vorträgen gehört hatte, ließ sich anschließend meist nicht in die Praxis umsetzen, weil es schnell vergessen wurde.

Redaktion: Auf Ihrer Homepage schreiben Sie, dass Sie heute die digitale Lehre machen, von der Sie in Ihrer Weiterbildung geträumt haben. Was für ein Traum war das?

Dr. Baeßler: Mein Traum war, Lernen nicht als passive Berieselung zu gestalten, sondern als etwas Aktives, das zu echtem Denken führt. Diesen Weg habe ich schon als junge Radiologin eingeschlagen, als ich die studentische Lehre an meiner Weiterbildungsstätte erneuert habe. Schon in dieser Zeit – weit vor LernRad – entstand mein Radiologie-Kanal auf Youtube ([siehe youtube.com/c/bettinabaessler](https://youtube.com/c/bettinabaessler)), damals mit der Idee, dass Studierende bundesweit besser Radiologie lernen können. 2019 wurde ich dafür für den Ars legendi Fakultätenpreis nominiert. Inzwischen wurde mein Engagement in

Inhalt

Umfrage

KI im radiologischen Versorgungsaltag 3

BG-Abrechnung

Patella-Röntgenaufnahme: Ist Nr. 5035 neben Nr. 5030 UV-GOÄ berechnungsfähig? 4

Vertragsrecht/ Gebührenrecht

Verjährung bei falscher GOÄ-Rechnung 5

Vertragsarztrecht

Honorarkürzung: Verlängerung der Nachbesetzungsfrist kein „Okay“ zur Vertretung 6

IGES-Studie

GOÄ-Reform würde der Radiologie erhebliche Erlösminderungen bescheren 7

PwC-Studie

So fließt das Kapital im deutschen Gesundheitsmarkt 8

Download

IGES-Studie „Auswirkungen der GOÄ-Reform auf die Radiologie“

der Lehre mehrfach mit Preisen ausgezeichnet, wie etwa 2022 mit dem „Most effective radiology educator award“ von Auntminnie Europe. Nach und nach bin ich an den Universitäten jedoch an die Grenzen des Machbaren gestoßen, es fehlten finanzielle und technische Ressourcen. Inzwischen habe ich die Universitätsmedizin verlassen und arbeite gemeinsam mit PD Dr. Hanna Styczen, ebenfalls geschäftsführende Gesellschafterin bei LernRad, nach einem eigenen didaktischen Konzept, dem Active Learning Konzept.

Redaktion: Was verbirgt sich dahinter?

Dr. Baeßler: Wir kommen in der Regel immer mit einem Fall und simulieren in unserem Dicom-Viewer die klinische Routine. Wie in der Klinik gibt es mal gute, mal weniger gute klinische Angaben dazu. Es folgen in der Regel eine eigenständige, geführte Befundung und diverse unterschiedliche interaktive Formate. Daran schließt sich eine ausführliche Videoauflösung an.

Redaktion: Hätten Sie dazu ein Beispiel?

Dr. Baeßler: Bei unserem CME-zertifizierten „Expertcase“, einem neuen Format für Fachärzte, beziehen sich unsere Fälle meist auf aktuelle Entwicklungen, zuletzt zum Beispiel auf das Lungenkrebscreening. Fachärzte, die an diesem Falltraining teilnehmen, sollen sich zuerst die Bilder ansehen. In einer ersten interaktiven Runde checken wir, was sie schon über den Fall wissen. War es beispielsweise ein Bronchialkarzinom, das von der KI und vom Befunder nicht gesehen wurde, können die Teilnehmenden sich selbst testen, ob sie das Karzinom erkannt hätten. Es hat einen Lerneffekt, wenn sie selbst

etwas übersehen haben. Haben sie die Pathologie erkannt, ist das ein Erfolgserlebnis. Oft ist auch ein strukturiertes Befundtemplate samt ausführlicher Videoerklärung enthalten, das man direkt in seinen klinischen Alltag mitnehmen kann. Wir bringen immer auch die aktuellen Leitlinien ins Spiel, denn in der klinischen Routine fehlt oft die Zeit, diese im Blick zu behalten. Schließlich kommt auch hier das ausführliche Auflösungsvideo.

Redaktion: Warum ist dieses didaktische Konzept nachhaltiger als das Hören eines Vortrags?

Dr. Baeßler: Wir haben uns wissenschaftlich mit nachhaltigem Lernen auseinandergesetzt und arbeiten evidenzbasiert. Entscheidend ist, sich einen Fall aktiv selbst zu erarbeiten. Dabei setzen wir interaktive Formate so ein, dass sie den besten Lerneffekt haben. Gerade bei Studierenden nutzen wir beispielsweise gerne Quizformate, in denen man auf die Pathologie klicken soll, um zu testen, ob man sie erkennen kann. In der Anatomielehre arbeite ich gerne mit Drag-and-Drop-Formaten. Dabei haben die Studierenden ein Bild und sollen den anatomischen Strukturen die passenden Bezeichnungen zuordnen. Das Aktive hat einen viel nachhaltigeren Lerneffekt als sich ein Video anzusehen und anschließend fünf Multiple-Choice-Fragen zu beantworten. Nachhaltig ist nicht das, was ich auswendig lerne, sondern das, was ich verstehe und anwende.

Redaktion: Wie betrachten Sie Ihre eigene Rolle als Dozentin?

Dr. Baeßler: Wir bieten nur eine Hilfestellung, sind also der „Guide by the side“, nicht der „Sage on the stage“. Wir erklären wertschätzend und auf

Augenhöhe. Dumme Fragen gibt es bei uns nicht. Zudem sprechen wir unterschiedliche Lerntypen über unterschiedliche Formate an: Mal interaktiv, mal als Video, mal als Bild- oder Textlektion. Bei vielen Themenbereichen erhalten die Teilnehmenden ein Befundtemplate oder eine Checkliste, damit sie in ihrer Praxis sofort wissen, was für die Untersuchung, aber auch für Patienten und Zuweiser relevant ist.

Redaktion: Sie gehörten in diesem Jahr dem Präsidium des Röntgenkongresses an. Welche Weiterbildungsthemen waren besonders nachgefragt und was übernehmen Sie in Ihr Programm?

Dr. Baeßler: In der Fortbildung war das Lungenkrebscreening das dominierende Thema, es hat die Herz-CT ein wenig abgelöst. Letztere spielt natürlich immer noch eine Rolle, weil sie erst seit diesem Jahr Kassenleistung ist. Das war vor allem für Niedergelassene interessant. Ansonsten findet der Diskurs eher auf der Metaebene statt: Perspektiven der Weiterbildung, andere Karrierewege, berufliche Möglichkeiten außerhalb von Klinik und Praxis. Wir lassen uns bei LernRad gerne davon inspirieren.

Redaktion: Außerhalb von Klinik und Praxis bieten Sie auch für Unternehmen didaktische Konzepte an. Welche Arten von Unternehmen sind das?

Dr. Baeßler: Unternehmen aus Pharma, KI und Medizintechnik können auf uns zukommen. Sie treten als Sponsor für Kurse auf, in denen Radiologinnen und Radiologen CME-Punkte erwerben können. In unserem fünfständigen Aria-Training (Amyloid-Related Imaging Abnormalities) lernen sie zum Beispiel, echte Aria-Fälle aus Zulas-

sungsstudien zu diagnostizieren und die Veränderungen im Gehirn durch Antikörpertherapien zu erkennen. Wir bekommen bei all unseren Kursen dabei von der Ärztekammer die doppelte Punktzahl anerkannt, weil wir alle Qualitätskriterien E-Learning der Bundesärztekammer erfüllen.

Redaktion: Sie sind aus der universitären Forschung in die freie Wirtschaft gewechselt. Wie haben Sie sich auf die Position als Geschäftsführerin eines Unternehmens vorbereitet?

Dr. Baeßler: Ich habe es einfach gemacht. LernRad entstand 2021 während der Pandemie, die erste Plattform habe ich allein programmiert. Ich wollte einfach experimentieren. Das Unternehmerintum kam mit der Zeit. Wir haben keine Investoren, sondern finanzieren alles aus Eigenmitteln. Erlöse stecken wir sofort wieder ins Unternehmen. Zu Marketing und Unternehmertum habe ich viel gelesen. Das Schöne an diesem kleinen, agilen Unternehmen ist, vieles ausprobieren zu können. Obwohl ich als junge Radiologin die Vision hatte, Institutsdirektorin zu werden, möchte ich heute nie wieder zurück in die Abhängigkeiten der Universitätsmedizin.

Redaktion: Was sagt es über das Studium der Humanmedizin in Deutschland aus, wenn sich erst ein privatwirtschaftliches Institut gründen muss, um praxisnahe Kurse anzubieten?

Dr. Baeßler: Die Widerstände, die eigene Lehre zu hinterfragen, sind unglaublich groß. Für viele Dozierende ist die Lehre vor allem ein notwendiges Übel, um habilitieren zu können. Die Wenigsten empfinden sie als erfüllend. Das spüren die Studierenden. Die Gründe liegen im System: Der Fokus liegt nicht auf der Lehre, sondern auf

der klinischen Versorgung. Die Lehre kommt immer on top, muss schnell zwischen mehreren Befunden zusammengechustert werden. Sie wird nicht geschätzt. Warum sollte man dann Energie reinstecken?

Redaktion: Wie kann es gelingen, Ihre Erfahrungen und Ansätze in das Studium der Humanmedizin zurückzuführen?

Dr. Baeßler: Wenn die Universitäten dafür offen sind, würde ich nichts lieber tun, als mit ihnen zu kooperieren. Doch habe ich bereits die Erfahrung gemacht, dass bestehende Strukturen sich nur sehr schwer ändern lassen – trotz eines Chefarztes an der Uniklinik Köln, der mir viele Freiheiten ließ.

Heute versuche ich es mit einer anderen Strategie, indem ich das Thema von hinten angehe: Wenn die Weiterbildungsassistenten heute mit LernRad erfahren, wie Lehre sein kann, können sie unser didaktisches Konzept des Active Learning später selbst umsetzen. Der Nachwuchs kann unsere Haltung weitertragen. Das wäre zumindest ein wunderbares Ergebnis unserer Arbeit.

Vielen Dank!

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Auszeichnungen beim Röko 2026“, in RWF Nr. 06/2026
- „Wir müssen den Zugang zur IR bereits zu Beginn der Weiterbildungszeit ermöglichen!“, in RWF Nr. 02/2026
- „Nur wer im PJ aktiv mitarbeiten kann, begeistert sich für die Radiologie!“ in RWF Nr. 01/2026
- „Talente der Radiologie stellen die richtigen Fragen und übernehmen Verantwortung“, in RWF Nr. 10/2025
- „In der Radiologie müssen wir für den Nachwuchs attraktive Karriere-möglichkeiten schaffen!“, in RWF Nr. 02/2022

Umfrage

KI im radiologischen Versorgungsalltag

Die Radiologie gilt als technisches und zukunftsorientiertes medizinisches Fachgebiet, dem eine gewisse Offenheit für neue Technologien unterstellt wird. Das gilt auch für die Anwendung von diagnostischen oder organisatorischen Tools auf Basis künstlicher Intelligenz (KI), die in der Radiologie schon lange diskutiert wird.

Wie steht es aktuell um die Nutzung von KI-Tools in den radiologischen Versorgungseinheiten – ganz egal, ob Klinik oder Praxis? Um ein Bild skizzieren zu können, laden wir Sie herzlich zur anonymen „Minuten-Umfrage“ ein, in der es um die Einsatzgebiete, die Anbieter und die Perspektiven sowie den rechtlichen Rahmen für den Einsatz von KI-Systemen in Ihrem ärztlichen Alltag geht (direkt zur Teilnahme an der anonymen KI-Kurzumfrage)!

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 auszusweise 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.

BG-Abrechnung**Patella-Röntgenaufnahme: Ist Nr. 5035 neben Nr. 5030 UV-GOÄ berechnungsfähig?**

Seit einiger Zeit beanstanden einzelne Berufsgenossenschaften (BG) Abrechnungen, in denen neben einer Aufnahme des Kniegelenks (Nr. 5030 UV-GOÄ) zusätzlich die Nr. 5035 UV-GOÄ (Teile des Skeletts in einer Ebene) für eine Patella-Aufnahme berechnet wurde. Warum die zusätzliche Berechnung der Nr. 5035 UV-GOÄ trotzdem korrekt ist, zeigt dieser Beitrag.

von Ernst Diel, ehem.
Leiter Grundsatzfragen PVS Büdigen

Argumentation der BG

Eine typische Beanstandung einer BG zur separaten Berechnung der Nr. 5035 neben Nr. 5030 UV-GOÄ könnte z. B. so aussehen

Aus dem Ablehnungsschreiben einer BG

„Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren, die von Ihnen eingereichte Rechnung wurde von uns gekürzt. Begründung: Nach den Arbeitshinweisen der DGUV zur UV-GOÄ ist die Patella axial mit der Nr. 5031 zu berechnen. Daher wird die Leistung nach Nr. 5035 durch die Nr. 5031 UV-GOÄ ersetzt. Die Korrektur Ihrer Rechnung erfolgte auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte für die Leistungs- und Kostenabrechnung mit den Unfallversicherungsträgern (UV-GOÄ) und den uns vorliegenden medizinischen Unterlagen. (...)“

Die Ablehnung wurde u. a. mit den zum 01.01.2026 neu gefassten „Arbeitshinweisen der Unfallversicherungs-(UV-) Träger zur Bearbeitung von Arztrechnungen“ begründet (kurz: „Arbeitshinweise Arztrechnungen“, bei der DGUV online unter www.de/s15813, relevante Passagen siehe Kasten „Arbeitshinweise Arztrechnungen“).

Arbeitshinweise Arztrechnungen, Stand: 01.01.2026, Seite 317/342 (Auszug):

„(...) Auch wenn diese Ausschlussregelung nicht eindeutig gefasst ist, soll sie nach ihrem Sinn und Zweck eine gesonderte Berechnung für solche Skeletteile unterbinden, die im Rahmen einer einzigen Röntgenaufnahme erfasst und mit dargestellt werden (Brück, Komm. zur GOÄ, Nr. 5035, RdNr. 2, unter Hinweis auf das Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit v. 24.09.1994). (...) Entsprechend der Leistungslegende der Nr. 5035 ist die Leistung nicht neben den Leistungen nach den Nrn. 5000 bis 5031 und 5037 bis 5121 berechnungsfähig. Dieser Abrechnungsausschluss bezieht sich auf Skeletteile, die im Einzelfall in derselben Sitzung bereits mittels einer Röntgenaufnahme nach den genannten Nummern erfasst wurden. Die Nr. 5035 kann daher **nicht** neben der Nr. 5030 für eine zusätzlich erforderliche Spezialaufnahme der Patella – z. B. zur Darstellung der Patella-Rückseite neben der Darstellung des Kniegelenks in zwei Ebenen nach Nr. 5030 berechnet werden.

Diese zusätzliche Ebene ist nach Nr. 5031 (ergänzende Ebene(n) zu berechnen.

Dies gilt auch für andere der in den Nrn. 5010, 5020 und 5030 genannten Bereiche.“

Warum die Argumentation der BG nicht schlüssig ist

In der oben genannten Kommentierung von Brück wird allerdings auch auf das Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 24.09.1994 Bezug genommen, das letztendlich zu einem anderen Schluss kommt.

BMG, Schreiben vom 24.09.1994, Geschäftszeichen 211-0332/97 (Auszug)

„Bei verständiger Würdigung ihres Regelungszwecks und des systematischen Gebührenordnungszusammenhangs kann sich dieser Abrechnungsausschluss aber nur auf Skeletteile beziehen, die im konkreten Einzelfall in derselben Sitzung bereits mittels einer Röntgenaufnahme nach den vorgenannten Nummern erfasst werden.“

Dazu ist zu beachten, dass die Anmerkungen zu den Nrn. 5030 und 5031 UV-GOÄ in den „Arbeitshinweisen Arztrechnungen“ in deren Anmerkung eindeutig in diesem Sinne gefasst wurden.

Arbeitshinweise Arztrechnungen, Stand: 01.01.2026, Seite 315/342 (Auszug):

„Werden mehrere ... Skeletteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so dürfen ... Nummern 5030 und 5031 nur einmal und nicht je aufgenommenem Skeletteil berechnet werden.“

Aus dem Voranstehenden ergibt sich, dass, wenn aus medizinischen Gründen Skeletteile in unterschiedlicher Darstellung mittels verschiedener Röntgenaufnahmen erfasst werden

müssen, es sich um verschiedene Leistungen handelt, die die Berechnung der Nr. 5035 UV-GOÄ, ggf. auch mehrfach, neben einer der in der Anmerkung genannten Position zulassen.

Die vorherige Fassung der Arbeitshinweise war schlüssig

In der vorherigen Fassung der Arbeitshinweise war dies folgerichtig auch berücksichtigt:

Arbeitshinweise Arztrechnungen, „alte Fassung“ (Auszug):

„Die Nr. 5035 ist auch berechenbar, wenn aus medizinischen Gründen Skeletteile in unterschiedlicher Darstellung mittels verschiedener Röntgenaufnahmen untersucht werden müssen. Wird z. B. ein Kniegelenk in zwei Ebenen geröntgt und zusätzlich eine Patella-Aufnahme in einer Ebene gefertigt, so ist neben der Nr. 5030 die Nr. 5035 berechenbar (vgl. Brück, wie zuvor, RdNr. 2, vorletzter u. letzter Absatz).“

Folgen für die Praxis

Die Ausführungen in den Arbeitshinweisen der BG ab 01.01.2026 zu Nr. 5035 UV-GOÄ sind in sich widersprüchlich und bedürfen dringend einer Korrektur, um weitere Auseinandersetzungen und unnötigen Schriftwechsel zu vermeiden.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Wie ist das Röntgen des Acromioclaviculargelenks nach GOÄ abzurechnen?“, in RWF Nr. 12/2022
- „Bei Knie-TEP: Nr. 5110 neben Nr. 5030 GOÄ?“, in RWF Nr. 12/2021
- „Wie oft ist Nr. 5035 GOÄ abrechenbar?“, in RWF Nr. 04/2019

Vertragsrecht/Gebührenrecht

Verjährung bei falscher GOÄ-Rechnung

Bei aller ärztlicher Sorgfalt kann es immer passieren, dass eine GOÄ-Rechnung falsch ausgestellt wird und dadurch zu hoch ausfällt, z. B. durch die Wahl einer unzutreffenden GOÄ-Position oder durch einen zu hohen Steigerungssatz. Zur Frage, wann Rückforderungsansprüche von Patienten infolge einer fehlerhaften GOÄ-Rechnung verjähren, hat das Oberlandesgericht (OLG) Köln ausführlich Stellung genommen (Urteil vom 19.12.2025, Az. 5 U 87/25).

Sachverhalt

Vor dem OLG Köln ging es um eine (nicht zulässige) Pauschalpreisvereinbarung für ambulante ärztliche Leistungen. Wegen eines Verstoßes gegen § 2 Abs. 2 GOÄ (Abweichende Vereinbarung) war diese Vereinbarung gemäß § 125 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB; Nichtigkeit wegen Formmangels) nichtig. Die Patientin forderte die Zahlung der Rechnung zurück und hatte in diesem Fall die Rolle der Gläubigerin inne.

Eine Besonderheit ist in diesem Fall zu beachten: Im Jahr 2017, als die Pauschalvereinbarung zwischen der Patientin und einer juristischen Person (nicht einer Ärztin oder einem Arzt) abgeschlossen wurde, war noch nicht höchstrichterlich entschieden, ob die GOÄ auch für juristische Personen (hier: eine GmbH), die ambulante ärztliche Leistungen abrechnen, zwingend anzuwenden war. Erst am 04.04.2024 stellte der Bundesgerichtshof (BGH) dann klar, dass die GOÄ für die Abrechnung von ärztlichen Behandlungsleistungen auch dann zwingend anzuwenden ist, wenn der Behandlungsvertrag nicht zwischen dem Patienten und dem behandelnden Arzt selbst, sondern mit einer MVZ- oder Klinik-GmbH zustande gekommen ist (Urteil vom 04.04.2024, Az. III ZR 38/23).

von Rechtsanwalt, Fachanwalt
für Medizinrecht Sören Kleinke,
Kanzlei für Medizin- & Sportrecht,
Münster, rechtsanwalt-kleinke.de

Entscheidungsgründe

Gemäß §§ 195, 199 BGB beginnt die regelmäßige Verjährungsfrist von drei Jahren mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger (hier: die Patientin) von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Es sei nicht erforderlich, dass der Gläubiger aus den ihm bekannten Tatsachen auch die zutreffenden rechtlichen Schlüsse zieht. Im entschiedenen Fall kannte die Patientin die Tatsachen, aus denen sich das Fehlen des Rechtsgrunds ergab, allein schon deshalb, weil sie wusste, dass eine Pauschalabrechnung erfolgt war.

Praxistipp

Es besteht weder eine zivilrechtliche noch eine strafrechtliche Verpflichtung des Arztes, eine versehentlich unzutreffend erstellte GOÄ-Abrechnung nachträglich zu korrigieren. Anders sieht es natürlich aus, wenn die Rechnung absichtlich zu hoch erstellt worden war.

Vertragsarztrecht

Honorarkürzung: Verlängerung der Nachbesetzungsfrist kein „Okay“ zur Vertretung

Die Nachbesetzung einer Stelle als angestellter Vertragsarzt und die Vertretung für diese Vakanz hängen eng zusammen. Allerdings führt die Verlängerung der Frist zur Nachbesetzung einer Angestelltenstelle durch den Zulassungsausschuss nicht automatisch dazu, dass während der verlängerten Frist eine Vertretung des ausgeschiedenen Angestellten zulässig ist. Dies kann zur Folge haben, dass die durch den Vertreter abgerechneten Honorare nicht vergütet werden. Auf die Unzulässigkeit einer solchen Vertretung hat das Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen in einem Urteil hingewiesen (Urteil vom 24.09.2025, Az. L 11 KA 8/23).

von Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht Dr. Jan Moeck, Kanzlei D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB, db-law.de

Sachverhalt

Nachdem die angestellte Ärztin Frau O. ihre Tätigkeit zum 31.12.2017 beendet hatte, zeigte das klagende MVZ die Vertretung ab dem 01.01.2018 durch den Arzt Herrn N. an. Da eine Nachfolge für Frau O. bis zum 30.06.2018 nicht gefunden werden konnte, beantragte das MVZ die Verlängerung der Nachbesetzungsfrist, die vom Zulassungsausschuss bis zum 31.12.2018 gewährt wurde. Herr N. war im Zeitraum von 01.07. bis zum 31.12.2018 weiterhin als Vertreter tätig. Mit Schreiben aus Januar 2019 wies die KV darauf hin, dass eine Vertretung nur für die Dauer von sechs Monaten, mithin nur bis zum 30.06.2018 zulässig gewesen sei. Im Ergebnis verweigerte die KV eine Vergütung der von Herrn N. in den Quartalen III/2018 und IV/2018 erbrachten Leistungen in Höhe von rund 30.000 Euro. Die Klage des MVZ wurde vom Sozialgericht Dortmund abgewiesen (Az. S 16 KA 133/19). Dagegen erhob das MVZ die Berufung.

Entscheidungsgründe

Das LSG bestätigte die Honorarkürzung. Hinsichtlich der ärztlichen Tätigkeit von Herrn N. in den beiden strittigen Quartalen habe ein Fall genehmigungsfreier Vertretung auf der vakanten Angestelltenstelle in unmittelbarer Anwendung von § 32b Abs. 6 S. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) nicht mehr vorgelegen. Eine über die dort geregelte Dauer von sechs Monaten hinausgehende genehmigungsfreie Vertretung für den Fall der Verhinderung wegen einer verzögerten Nachbesetzung sei nicht vorgesehen.

Eine analoge Anwendung in dem Sinne, dass im Fall der Verlängerung der Nachbesetzungsfrist durch den Zulassungsausschuss die Beschäftigung eines Vertreters für einen angestellten Arzt für die Dauer der verlängerten Nachbesetzungsfrist zulässig ist, scheidet aus. Denn die hierfür erforderliche planwidrige Regelungslücke sei nicht erkennbar. Der Verordnungsgeber habe die Dauer der zulässigen Vertretung ausdrücklich sowohl im Fall des Todes als auch im Fall der Kündigung auf **sechs Monate** begrenzt und ausdrücklich einen Ausnahmetat-

bestand zulässiger Vertretung (für den Fall eines gesetzlichen Anspruchs auf Freistellung) über die geregelten sechs Monate hinaus vorgesehen. Demnach habe er die Notwendigkeit einer längeren Vertretung nur in diesem Ausnahmefall erkannt.

Der Zeitraum zulässiger Vertretung – und damit die Vergütungsfähigkeit der erbrachten EBM-Leistungen – sei somit nicht an die Verlängerung der Nachbesetzungsfrist gekoppelt. Die Fristverlängerung zur Nachbesetzung löse nicht die Verlängerung der zulässigen Vertretung aus oder fingiere sie.

Folgen für die Praxis

Inhabern von Radiologiepraxen ist zu raten, für den Fall, dass das Arbeitsverhältnis mit angestellten Radiologinnen und Radiologen endet, die Nachbesetzungsfrist im Auge zu behalten. Diese beträgt

- sechs Monate bei 0,5-, 0,75- oder 1,0-Arztstellen bzw.
- zwölf Monate bei 0,25-Arztstellen

Suchbemühungen nach Nachfolger dokumentieren

Es sollten die Bemühungen, einen Nachfolger zu finden, dokumentiert werden, da eine Verlängerung der 6-Monats-Frist von den Zulassungsausschüssen in der Regel nur bei Nachweis entsprechender Bemühungen gewährt wird. Der Antrag sollte rechtzeitig, d. h. in jedem Fall **vor Ablauf** der 6-Monats-Frist, gestellt werden.

Vertreter binnen Wochenfrist bei KV anzeigen

Soweit auf der vakanten Angestelltenstelle zwischenzeitlich ein Vertreter tätig ist, muss die Tätigkeitsaufnahme durch diesen der **KV nach Ablauf einer Woche angezeigt** werden. Die übliche genehmigungsfreie Vertre-

tungsdauer beträgt drei Monate innerhalb von zwölf Monaten.

Für den Fall, dass der Vertreter für einen angestellten Arzt tätig wird und dieser zu vertretende Arzt freigestellt oder das Anstellungsverhältnis durch Tod, Kündigung oder andere Gründe beendet ist, beträgt die genehmigungsfreie Vertretungsdauer sechs Monate. Diese Dauer wird nicht dadurch verlängert, dass die Nachbesetzungsfrist verlängert wird.

Ärzte-ZV passt nicht zur BSG-Linie

Es ist zu konstatieren, dass die Regelungen der Ärzte-ZV an dieser Stelle nicht mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) harmonisieren. Wenn eine Verlängerung der Nachbesetzungsfrist (einmalig) um sechs Monate zulässig ist, erschließt sich nicht, wieso die Vertretungsdauer sich in diesem Fall nicht ebenfalls verlängert. Das Ende der Vertretung führt dazu, dass die Patientinnen und Patienten des ausgeschiedenen Angestellten nicht anschlusslos weiterversorgt werden können.

Tatsächlich dürfte nach der aktuellen Rechtslage – anders als in den Fällen der regelhaften Vertretung bei Urlaub, Krankheit, Fortbildung – auch keine Genehmigung der Verlängerung der Vertretungszeit durch die KV in Betracht kommen. Insofern könnte zumindest die Möglichkeit einer Genehmigung durch eine Ergänzung der Regelungen in § 32b Ärzte-ZV durch den Verordnungsgeber angedacht werden.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Praxisverkäufer verliert Anspruch auf Zahlung bei überlangem Verfahren“, in RWF Nr. 05/2026
- „Leistungen der Interventionellen Radiologie nicht nur Radiologen vorbehalten“, in RWF Nr. 02/2026

IGES-Studie

GOÄ-Reform würde der Radiologie erhebliche Erlösminderungen bescheren

Im Mai 2025 wurde der Entwurf der GOÄ-Reform vom Deutschen Ärztetag verabschiedet (GOÄ-E). Doch nicht alle Facharzttrichtungen waren dafür. Insbesondere die Vertreter der Radiologinnen und Radiologen stimmten angesichts deutlicher Honorarkürzungen für radiologische Leistungen dagegen. Nach Einschätzung der drei radiologischen Verbände BDR, DRG und DGIR kämen mit dem Entwurf der GOÄ-E auf die Radiologie im Schnitt Honorareinbußen um 29 Prozent zu. Nun haben DRG und BDR gemeinsam das IGES-Institut aus Berlin mit einer umfassenden Auswirkungsanalyse dieser Honorareinbußen beauftragt. Die Ergebnisse zeigen deutliche Erlösminderungen.

Abwertung technischer Leistungen

Die Bundesregierung hat die GOÄ-Reform auf der Agenda. Zuletzt erklärte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken, dass das Gesetzgebungs- und Ordnungsverfahren Ende 2026 beginnen soll. Eine neue GOÄ könnte dann Anfang 2028 in Kraft treten. Der aktuelle Entwurf enthält ein grundlegend überarbeitetes Leistungsverzeichnis mit neuen Gebühren. Wesentliches Ziel der GOÄ-Reform bestand in einer relativen Besserstellung der Vergütung von patientenbezogenen Gesprächsleistungen. Dieser Aufwertung stehen Abwertungen technischer Leistungen gegenüber. Hiervon wäre speziell der Leistungsbereich Radiologie betroffen.

Ergebnis der Szenarienanalyse für Radiologiepraxen

Für Radiologiepraxen wurden im Ergebnis der Szenarien-Analyse „Auswirkungen der GOÄ-Reform auf die Radiologie“ (die IGES-Studie steht im Downloadbereich von RWF-online zur Verfügung) die höheren Erlöseinbußen infolge der geplanten GOÄ-Reform ermittelt. Die Erlöse der dabei im Fokus stehenden CT- und MRT-Leistun-

gen, auf die das Gros der GOÄ-Umsätze entfällt, würden um knapp 36 Prozent sinken. Unter Berücksichtigung von Abschreibungen und Kapitalkosten (Zinsen) würde für den Großteil der Praxen das wirtschaftliche Ergebnis negativ werden, so das Fazit der IGES-Untersuchung.

Ergebnis für Radiologieabteilungen in Kliniken

Für die Radiologie-Fachabteilungen in Krankenhäusern wurden die Erlöseinbußen infolge der geplanten GOÄ-Novellierung auf rund 25 Prozent geschätzt, wobei dieses Minus je nach Kliniktyp zwischen etwa 23 und 27 Prozent schwankt.

Für BDR und DRG bestätigt die Analyse damit die erheblichen Risiken für Investitionsfähigkeit, Innovationskraft und Versorgungssicherheit. Der Entwurf sei „nicht nur nicht auskömmlich vergütet, sondern auch versorgungsgefährdend“. Die Verbände fordern eine substanzielle Korrektur der geplanten Abwertung technischer Leistungen sowie die Einführung eines Überweisungs- und Qualifikationsvorbehalts, um Fehlanreize durch Selbstzuweisung und qualitative Defizite zu vermeiden.

PwC-Studie**So fließt das Kapital im deutschen Gesundheitsmarkt**

Die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PwC hat die 15. Edition des Transaktionsmonitors Gesundheitswesen für Deutschland herausgebracht. In fünf Teilbereichen des Gesundheitssektors werden die Kapitalflüsse und Private-Equity-Beteiligungen des Jahres 2025 gezeigt und analysiert. Ein wichtiger Teilbereich, vor allem im ambulanten Sektor, ist dabei die Radiologie. Alles in allem zieht PwC das Fazit, dass die Transaktionsaktivität in 2025 trotz aller Herausforderungen und Unsicherheiten weiterhin stabil geblieben ist.

Transaktions-Trends im Überblick

PwC gibt an, dass in 2025 insgesamt 240 Transaktionen im deutschen Gesundheitssektor getätigt wurden, was dem Niveau des Vorjahres entspricht (2024: 237 Transaktionen). Auffällig sei, dass zahlreiche insolvente Krankenhäuser verkauft worden sind. Dies betreffe insbesondere kommunale und freigemeinnützige Krankenhäuser. Die großen konfessionellen Betreiber und einzelne private Krankenhauskonzerne hätten die Chance zur Marktconsolidierung genutzt.

Der Bereich Private Equity tue sich weiterhin schwer, Ausstiege aus größeren MVZ-Gruppen zu realisieren, so ein weiterer Trend laut PwC. Von Private-Equity-Gesellschaften gehaltene Praxisketten, die mit ausreichenden Finanzmitteln ausgestattet waren, hätten auch in 2025 weiter zugekauft.

Fokus Klinik-Radiologie

Der Transaktionsmonitor für das Gesundheitswesen ist in die folgenden fünf Teilbereiche untergliedert:

- Krankenhäuser und Fachkliniken
- Rehabilitation (stationär/ambulant)
- Pflegebetriebe

- Pflegeimmobilien
- Niedergelassene Leistungserbringer und Labore

Für die Radiologie ist neben den „Niedergelassenen“ auch der Krankenhausbereich interessant, da innerhalb dieses Sektors die Radiologieabteilungen jeweils „mitbetroffen“ sein können. PwC hat für 2025 insgesamt 33 Transaktionen im Krankenhaussektor ermittelt, von denen 5 mit Beteiligung von Private Equity erfolgt sind, d. h., es handelt sich um außerbörsliche Kapitalanlagen, die i. d. R. durch spezialisierte Private-Equity-Gesellschaften abgewickelt werden und dem Kernziel einer möglichst hohen Kapitalrendite folgen. Im Bereich der Krankenhäuser sieht PwC eine anhaltend prekäre wirtschaftliche Lage, die 2025 zu weiteren Insolvenzen und zur Schließung von Abteilungen geführt hat.

Im Zuge der Krankenhausreform 2024 gewinnt zudem die Einführung von Leistungsgruppen zunehmend an Bedeutung. Einrichtungen ohne entsprechende Zuweisung geraten dadurch verstärkt unter wirtschaftlichen Druck.

Nach Einschätzung von Experten büßt die Radiologie die Stellung als qualifizierter Diagnostikdienstleister inner-

halb des Krankenhausbetriebs durch die Krankenhausreform jedoch nicht ein (siehe Interview: „Die Radiologie büßt ihren Stellenwert durch die geplante Krankenhausreform nicht ein!“, in RWF Nr. 09/2023).

Fokus Radiologiepraxen

Für den breit aufgestellten Bereich „Niedergelassene Leistungserbringer und Labore“ zählt PwC in 2025 insgesamt 68 Transaktionen, von denen 59 Transaktionen (rund 87 Prozent) mit Private-Equity-Beteiligung erfolgte, das ist ein Rekordanteil.

Im Bereich Radiologie und Strahlentherapie haben laut PwC 2025 zwei Transaktionen besonders hervorgestochen: Die Übernahme der Radiologischen Allianz Hamburg mit 20 Einrichtungen und 300 Mitarbeitenden durch Sanecum (Aduva Capital) sowie der Erwerb von Stingray Healthcare durch Amethyst Radiotherapy (Fremman Capital) mit 11 Standorten. Damit hätten sich 2 der 3 größten europäischen Plattformen für Krebsbehandlung zusammengeschlossen. Als weitere Marktentwicklung in der Radiologie nennt PwC „einzelne Zukäufe der Quartz Healthcare“ (Infravia). Insgesamt werden für den Unterbereich „Radiologie und Strahlentherapie“ 7 Transaktionen aufgelistet, im Vorjahr 2024 waren es lediglich 5 Radiologie-Transaktionen.

Wie PwC abschließend erklärt, basieren die im Transaktionsmonitor Gesundheitswesen zusammengestellten Daten auf Informationen, die öffentlich zugänglich sind und keiner Verifizierung unterzogen worden sind.