

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

06 | Juni 2026

Selbstzahlerleistungen

„Mit IGeL kann die Radiologie neue Versorgungsmodelle entwickeln!“

Während des Röko2026 lud das Forum Niedergelassene Radiologie der DRG (Funrad) zu einem interaktiven Diskussionsforum ein. In einer „Sprechstunde Niederlassung“ ging es um „Honorar ohne Grenzen - IGeL and beyond“. Dr. med. Ulrike Engelmayer, Fachärztin für Diagnostische Radiologie und Inhaberin des Radiologie Zentrums Schwabmünchen, hielt den Impulsvortrag. Ursula Katthöfer (textwiese.com) fragte sie nach den Erlösmodellen bei individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

Redaktion: IGeL spielen für die Umsätze radiologischer Niederlassungen bisher eine geringe Rolle. Woran liegt das?

Dr. Engelmayer: Wir Radiologinnen und Radiologen konnten nur begrenzt IGeL anbieten, da die meisten radiologischen Leistungen Bestandteil des EBM sind und darüber hinaus für die Anwendung ionisierender Strahlen eine rechtfertigende Indikation vorliegen muss. Der rechtliche Rahmen, der das Sozialgesetzbuch (SGB) V, das Heilmittelwerbegesetz, die Muster-Berufsordnung, die GOÄ und den EBM umfasst, muss beachtet werden.

Redaktion: Warum werden IGeL jetzt für die Radiologie interessant?

Dr. Engelmayer: Das Gesundheitssystem und die Vergütung werden sich

neu sortieren. Mit der GOÄneu und den Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung werden unsere Umsätze nicht wachsen. Bereits heute werden aufgrund der reduzierten Auszahlungsquoten nur 65 bis 85 Prozent der erbrachten Leistungen vergütet. Die wirtschaftliche Tragfähigkeit der radiologischen Diagnostik ist gefährdet.

Redaktion: Sind Patienten denn bereit, für IGeL in der Radiologie Geld in die Hand zu nehmen?

Dr. Engelmayer: Sie werden in Zukunft mehr für ihre Gesundheit bezahlen müssen als bisher. Studien zufolge sind sie bereits heute dazu bereit, Geld für – vermeintlich – gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Nahrungsergänzung und Fitness auszugeben, wollen aber gleichzeitig keine höheren Krankenkassenbeiträge bezahlen. Es

Inhalt

Berufsordnung

Erste Kopie der Patientenakte frei 3

Berufsrecht

Medical Influencer – was gerade in der Radiologie zu beachten ist 4

Vertragsarztrecht/ Digitalisierung

Urteil: Kosten für die Telematikinfrastruktur werden nicht kostendeckend erstattet 6

Vertragsarztrecht/ Delegation

Neues Gesetz zur Befugnis-erweiterung in der Pflege: Auswirkungen auf Vertragsärzte 7

Ärztestatistik/ Gehaltsreport

Paradox: Versorgung wird weiblich – Strukturen und Gehälter weiterhin männlich 8

Forschung

Auszeichnungen beim Röko 2026 8

ist deshalb sinnvoll, jetzt Nischen im Gesundheitsmarkt aufzutun und neue Versorgungsmodelle zu entwickeln, um die ambulante radiologische Versorgung langfristig leistungsfähig und zukunftsfest zu halten und Fehlversorgung, späte Diagnosen und unnötige Behandlungskosten zu verhindern. Unsere Ansätze umfassen neben der Primärversorgung Gesundheitsförderung und Prävention. Mithilfe von IGeL können wir patientenzentrierte Angebote schaffen.

Redaktion: Welche Angebote können das sein?

Dr. Engelmayer: Ich sehe drei Krankheitsspektren, die hohe Kosten verursachen: Erstens Frailty und Osteoporose. Zu einem „Vitalitäts-Check“ kann die Messung von Knochendichte, Muskelmasse und Fettverteilung zählen. Zweitens Brain Health und Demenz. Der „Neuro-Check“ kann Volumetrie, Mikroangiopathie und Aneurysma-Detektion umfassen. Und drittens das kardiometabolische Risiko, das im „Stoffwechsel- und Herz-Check“ aus beispielsweise Koronarkalk, Brustarterienkalk und Leberfett dargestellt wird. Die Checks ließen sich als Einzelleistung oder Gesamtpaket anbieten.

Redaktion: Hieße das, auf Gesundheitstrends aufzuspringen?

Dr. Engelmayer: Ich sehe das nicht als Lifestyle-Medizin, sondern als Longevity im positiven Sinn. Vielleicht gelingt es uns sogar, gemeinsam mit der Hausärzteschaft neue Versorgungskonzepte zur Prävention oder im Rahmen der Primärversorgung zu etablieren. So wird die Radiologie zum Bindeglied zwischen Haus- und Facharztmedizin – weg von der organbezogenen und hin zur symptombezo-

genen Diagnostik, z. B. bei kardinalen Leitsymptomen wie Rückenschmerzen, Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen. Wir könnten Handlungspfade für die Erstdiagnostik von Gelenksbeschwerden, von unspezifischen neurologischen Symptomen oder bei Verdacht auf ein Tumorleiden entwickeln. Dafür sind starke Radiologie-Netzwerke wichtig, wie z. B. die Radiologie Initiative Bayern, die sich als Mitglied der Radiologengruppe 20 (RG20) regional für die berufspolitischen Belange von uns Radiologen einsetzt.

Redaktion: Wie machen Sie auf Ihr IGeL-Untersuchungsangebot aufmerksam?

Dr. Engelmayer: Das Marketing ist aufwendig. Es bieten sich Videos im Wartezimmer, die Praxishomepage, Flyer und Aufklärungsgespräche an. Investoren und große Praxiskonsortien tun sich leichter, weil sie Maßnahmen zentral steuern und flächendeckend umsetzen können. Inhabergeführte Praxen können dem etwas entgegenzusetzen, indem sie sich vernetzen und Wissen bündeln, so wie wir das z. B. in Bayern innerhalb des Verbunds der Radiologisch-Nuklearmedizinischen Zentren (VRNZ) tun. Gerade die Einführung von IGeL bietet eine gute Gelegenheit zum Informationsaustausch.

Redaktion: Kommen Patienten von sich aus wegen IGeL auf Sie zu?

Dr. Engelmayer: Nehmen wir das Beispiel der Hirnvolumenmessung: Bei Verdacht auf Demenz haben Angehörige oft einen hohen Leidensdruck und nehmen die IGeL in Anspruch, um ggf. eine höhere Pflegestufe beantragen zu können. Neurologen schicken uns Patienten, um zwischen Antriebs-

armut bei Altersdepression oder Demenz unterscheiden zu können. Wenn Patienten wegen Konzentrationsschwäche oder Vergesslichkeit zur MRT kommen, kann die IGeL einen Zusatznutzen haben. Allerdings ist Fingerspitzengefühl erforderlich, Patienten jüngerer Alters auf die Messung des Hirnvolumens anzusprechen, da viele dies automatisch mit einer Demenz assoziieren. Die Akzeptanz von IGeL hat viel mit dem individuellen Empfinden zu tun.

Redaktion: Gibt es auch bei anderen Untersuchungen Synergien, die sich als IGeL nutzen ließen?

Dr. Engelmayer: Beim Rumpf-CT, z. B. zur Abklärung einer Standardfrage oder zum Tumorstaging, kann die Knochendichte mittels KI gemessen werden und Anhaltspunkte geben, ob eine Osteoporose vorliegt. Bei der Mammografie lässt sich über den Brustarterienkalk auf das Risiko von Arteriosklerose schließen. Bei der Bauch-MRT kann das Leberfett Hinweise auf eine Stoffwechselerkrankung liefern. Als Radiologen müssen wir entscheiden, welche KI wir als IGeL nutzen wollen. Einerseits macht KI die Bildbefundung effizienter, etwa bei der Auszählung von Läsionsherden bei MS-Patienten. Andererseits wertet sie Metadaten aus und liefert Zusatzinformationen, beispielsweise bei der Knochendichtemessung oder Hirnvolumetrie. Dadurch verbessert KI nicht nur die Befundqualität, sondern schafft einen zusätzlichen diagnostischen Mehrwert.

Redaktion: Was geschieht, wenn Sie einen Befund entdecken, der eine Weiterbehandlung erfordert?

Dr. Engelmayer: Dann muss ich den Patienten im Gespräch und ggf. den

Zuweiser im Befund über die weiteren Schritte informieren, damit die geeignete Therapie eingeleitet wird. Dafür muss ich mir neues Wissen aneignen und die Befunde richtig einordnen. Dieses Wissen aufzubauen, ist aufwendig. Auch hier können sich perspektivisch Expertennetzwerke gegenseitig unterstützen.

Redaktion: Lassen Sie uns zur Vergütung der IGeL kommen. Was kostet eine IGeL?

Dr. Engelmayer: Sofern die Leistung im EBM abgebildet ist und eine Abrechnungsgenehmigung für die Leistung vorliegt, darf die Leistung gesetzlich Versicherten nicht als IGeL angeboten werden. Liegt keine Abrechnungsgenehmigung, z. B. für die Knochendichtemessung, vor, ist eine IGeL möglich. Auch die Hirnvolumetrie hat (noch) keine eigenständige Position im EBM. Wir können aber kein Honorar nach Gusto festsetzen, sondern müssen uns an der GOÄ orientieren. Abziehen vom Umsatz sind die Lizenzgebühr oder das Pay-per-Use-Bezahlmodell, was an den KI-Anbieter abgeführt wird.

Redaktion: Zu jedem neuen Angebot gehören Anfangsinvestitionen. Welche sind es bei IGeL?

Dr. Engelmayer: Zunächst muss man sich über die rechtlichen Voraussetzungen informieren und einen Aufklärungsbogen sowie eine Einwilligungserklärung entwerfen. Denn wir müssen den Patienten bei jeder IGeL ausreichend informieren. Dabei muss transparent erläutert werden, dass wir beispielsweise bei einer Knochendichtemessung im CT Röntgenstrahlen anwenden und welche Aussagekraft die Untersuchung besitzt. Der Patient muss sich freiwillig für die Untersuchung ent-

scheiden können und schriftlich einwilligen. Aufwendig sind auch die erforderlichen IT-Installationen, da es noch keine einheitlichen Datenstandards und zu wenig Interoperabilität der Systeme gibt. Zu den administrativen Aufgaben gehört ferner, die Rechnungsstellung einzurichten. Hierfür muss das Personal geschult und der Abrechnungsprozess unter Einbindung des Steuerbüros etabliert werden.

Redaktion: Wie nehmen Sie Ihr Praxisteam mit?

Dr. Engelmayer: Ein Teil des Teams hatte anfangs Hemmungen, IGeL anzubieten. Die Mitarbeitenden verstehen sich nicht als Verkäufer, sondern wollen Patienten behandeln. Die Akzeptanz stieg, als sie den diagnostischen und therapeutischen Mehrwert der Untersuchung erkannten. Doch es bleibt ein schmaler Grat. Wir dürfen nicht aus den Augen verlieren, dass wir Ärzte sind. Deshalb finde ich es sinnvoll, IGeL und Präventionsmedizin zu verknüpfen oder in die Primärversorgung einzubinden. IGeL bieten uns die Chance, beim Patienten als Diagnostiker aufzutreten, die digital akquirierte Daten nachhaltig verarbeiten.

Redaktion: Wie schnell können Patienten, die eine IGeL wünschen, einen Termin bekommen?

Dr. Engelmayer: IGeL sind häufig zeitnah realisierbar bzw. können im Rahmen der geplanten Untersuchung abgebildet werden.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- IGeL-Mustervertrag im Downloadbereich von rwf-online.de
- „Rechnungen früh erstellen – konsequent mahnen!“, in RWF Nr. 3/2026
- „Leserforum: Inwieweit darf ein IGeL-Vertrag vereinfacht werden?“, RWF Nr. 7/2025

Berufsordnung

Erste Kopie der Patientenakte frei

Auf dem 130. Deutschen Ärztetag in Hannover ist u. a. ein Beschluss des Ärzteparlaments zu den Kosten für Kopien der Patientenakte (ggf. auch der radiologischen Bilder) getroffen worden. Es handelt sich um eine Umsetzung in der (Muster-)Berufsordnung.

Beim Ärztetag (12.05. bis 15.05.2026) wurde u. a. die (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) angepasst. Patienten sollen demnach künftig die **erste Kopie** ihrer Patientenakte unentgeltlich zur Verfügung gestellt bekommen, soweit keine erheblichen therapeutischen Gründe oder Rechte Dritter entgegenstehen. Ausgangspunkt dieser Anpassung ist die Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO, Art. 15) sowie ein entsprechendes Urteil des Europäischen Gerichtshofs (Az. C-307/22). In dieser Frage gab es ebenfalls bereits eine Änderung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB, § 630g). Aufgrund des Anwendungsvorrangs des EU-Rechts sei die bisherige Gebührenregelung nicht mehr haltbar gewesen, wird Wolfgang Miller, Vorsitzender der Ständigen Konferenz und des Ausschusses „(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte“ zitiert. Zugleich stelle die Neuregelung klar, dass der Anspruch auf eine kostenfreie Kopie **nur einmal** besteht und sich nicht auf beliebig viele Ausfertigungen erstreckt.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Erste Kopie der Patientenakte für Patienten kostenlos – BGB ist angepasst“, in RWF Nr. 4/2026

Berufsrecht**Medical Influencer– was gerade in der Radiologie zu beachten ist**

Medfluencer ist der Begriff für diejenigen, die sich mit Gesundheitsthemen auseinandersetzen und entsprechende Inhalte auf ihren Social-Media-Kanälen (Instagram, Tiktok etc.) posten. Dabei geht es beispielsweise um Erkrankungen, Behandlungen, Ernährung oder eine gesunde Lebensweise. Speziell die Bildgebung in der Radiologie verleitet dazu, Röntgen-, MRT- oder CT-Bilder zu posten und zu kommentieren. Dieser Beitrag geht auf die rechtlichen Rahmenbedingungen ein, in denen sich die Mediziner dabei bewegen und skizziert die möglichen Folgen, falls der Rahmen verlassen werden sollte.

von Rechtsanwältin, Fachanwältin für
Medizinrecht Prof. Dr. Birgit Schröder,
Hamburg, dr-schroeder.com

Was machen Medfluencer?

Viele Medfluencer posten in den Social-Media-Kanälen nicht nur Informationen zu Gesundheitsthemen, sondern geben auch Einblicke in ihren (Praxis)Alltag und ihr Privatleben. Das macht sie für die Follower besonders authentisch und nahbar. Die Grenzen zwischen Selbstdarstellung, Unterhaltung und Medizin verschwimmen dann zunehmend – das macht Infotainment auch in diesem Bereich erfolgreich. Grundsätzlich kann jeder als Medfluencer auftreten – Voraussetzungen gibt es keine. Und daher finden sich nicht nur Ärzte und Gesundheitsfachberufe, sondern auch Medizinstudenten und medizinische Laien darunter. Gerade weil es in den sozialen Medien auch viele Medfluencer ohne Expertenwissen gibt, ist es durchaus wünschenswert, wenn auch Ärztinnen und Ärzte ihr Wissen dort teilen.

Dabei unterliegen speziell die Mediziner vielfältigen Regelungen, die zu beachten sind. Wer es schafft, in einfacher Sprache komplexe Zusammenhänge so zu erklären, dass sie medizi-

nisch korrekt, aber auch für Nicht-Fachleute verständlich sind, hat das Potenzial für eine große Reichweite. Wer dann noch Privates preisgibt, kann viele Follower und somit Einfluss gewinnen.

Rechtlicher Rahmen

Wie immer gilt: Das Internet ist kein rechtsfreier Raum und so gilt unabhängig von der Plattform: Es gibt Spielregeln, die unbedingt beachtet werden müssen. Den Rahmen legen u. a.

- die ärztliche Berufsordnung,
- das Heilmittelwerbegesetz (HWG) und
- das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) fest.

Speziell bei Radiologinnen und Radiologen finden sich oftmals Szenarien, in denen die Aufnahmen bildgebender Verfahren gezeigt und besprochen werden. Da werden dann Befunde geteilt und auch Erkrankungen erklärt. Gelegentlich werden anatomische Besonderheiten beschrieben. Es gibt auch Fälle, in denen anhand von Bildern Versäumnisse von Berufskollegen kommentiert werden oder anhand von Bildern Fragen gestellt werden, die dann in den Kommentaren zu beantworten sind. Bei Social-Media-Accounts ist zunächst generell zu beachten, dass keine Qualifikationen vorge-

täuscht werden dürfen, die nicht vorhanden sind. Das gilt für Titel ebenso wie für Berufs- und/oder Facharztbezeichnung – beispielsweise Facharzt/Fachärztin für Radiologie. Wer sich daran nicht hält, riskiert u. U. eine Abmahnung.

Das Thema Datenschutz ist indes gerade dann besonders zu beachten, wenn es um Originalbilder geht. Es sollte keiner Erwähnung bedürfen, dass keinerlei Daten veröffentlicht werden sollen, die eine Zuordnung zu Personen ermöglichen. Das gilt nicht nur für Namen, Geburtsdatum etc., sondern auch für Termine. Auch die Tatsache, dass eine Person überhaupt Patient der Praxis oder Klinik ist, unterliegt der Schweigepflicht – selbst dann, wenn keine Diagnosen etc. geteilt werden. So kann eine Zuordnung zu einer bestimmten Person auch dadurch ermöglicht werden, dass so viele Informationen geteilt werden, dass damit eine Individualisierung gelingt.

Praxistipp

Sinnvoll kann es beispielsweise sein, bei einem Social-Media-Eintrag neben der Anonymisierung zusätzlich ganz bewusst Details der „erzählten Geschichte“ so zu verändern, dass eine Zuordnung zu Personen nicht gelingen kann.

Um als Medfluencer und Mediziner nicht angreifbar zu sein, sollten folgende Punkte beachtet werden:

- Werden Berufskollegen kritisiert, etwa dergestalt, dass bestimmte Dingen auf Bildern nicht gesehen oder fehlerhaft eingeordnet wurden, ist besondere Vorsicht geboten. Ein sachlicher und konstruktiver Umgang spielt eine besondere Rolle.
- Die ärztliche Schweigepflicht und der Datenschutz sind besonders zu

beachten. Berufskollegen sind nur sachlich-konstruktiv und keinesfalls namentlich zu kritisieren.

- Bei der Kommunikation mit der Community ist Vorsicht geboten: Verhindern Sie, dass Patienten unter den Posts/Videos in Kommentaren eigene Beschwerden offenbaren. Wirken Sie darauf hin, dass persönliche Krankheitsdetails nicht offenbart werden. Dazu können die Nutzer auf den Weg der Direktnachricht verwiesen werden. Die Grundsätze der Fernbehandlung sind zu beachten.
- Vorsicht ist insbesondere dann geboten, wenn Zweitmeinungen erhoben werden.
- Wer auf Produktempfehlungen verzichtet, ist rechtlich auf der sicheren Seite. Edukativer Content schlägt Werbung.
- Livestreams in Praxen und Kliniken sind besonders datenschutzrechtlich hoch sensibel und sollten möglichst vermieden werden, weil Inhalte, schlimmstenfalls Patientennamen und Diagnosen – etwa durch eine Nachbearbeitung – nicht mehr verändert werden können.
- Überlegen Sie gut, ob es sinnvoll sein kann, Berufliches und Privates strikt getrennt zu lassen oder der Community auch ausgewählte Einblicke in Persönliches zu geben.
- Im Angestelltenverhältnis sollte mit Arbeitgeber und Personalabteilung rechtzeitig im Gespräch geklärt werden, was gepostet werden darf und worauf zu achten ist. Das gilt insbesondere für Bildmaterial, das im Eigentum der Praxis/Klinik steht.

Abmahnung als Folge rechtlicher Verstöße

Sofern gewisse Regelungen des rechtlichen Rahmens für Radiologinnen oder Radiologen als Medfluencer nicht beachtet oder eingehalten wer-

den, kann es zu einer Abmahnung kommen. Eine Abmahnung umfasst

- ein Abmahnschreiben, in dem die Rechtsverstöße aufgelistet sind,
- eine vorformulierte Unterlassungserklärung, bei der der Abgemahnte aufgefordert wird, diese Rechtsverstöße in Zukunft zu unterlassen sowie
- eine Ankündigung, bei Zuwiderhandlung eine festgelegte Vertragsstrafe zu zahlen.

Abgemahnt werden Wettbewerbsverstöße nach dem UWG. Gegen einen (fairen) Wettbewerb verstößt, wer unlauter handelt. Eine unlautere Geschäftshandlung ist beispielsweise die Irreführung. Was unter Irreführung speziell bei der Werbung der Heilberufe zu verstehen ist, regelt zusätzlich § 3 HWG. Beide Gesetze bilden die rechtliche Grundlage für Werbung auf dem Gebiet medizinischer Behandlungsmaßnahmen. Ein Verstoß gegen das HWG ist immer auch ein Verstoß gegen das UWG. Im Abmahnschreiben heißt es dann z. B. „Verstoß gegen § 3 HWG in Verbindung mit den §§ 1, 3, 5 UWG“. Unlauter und damit irreführend handelt, wer beispielsweise Behauptungen aufstellt, die er durch entsprechende Studien nicht belegen kann, während Mitbewerber die gleichen Behauptungen nicht aufstellen, eben weil sie sie nicht belegen können. Damit verschafft sich der Abzumahnende einen unlauteren Wettbewerbsvorteil gegenüber seinen Mitbewerbern. Werbebehauptungen können irreführend und täuschend im Sinne des § 5 Abs. 1 Nr. 1 UWG und des § 3 HWG sein. Es darf für diese Behandlungs-/Untersuchungsverfahren nicht mit (weit) übertriebenen und wissenschaftlich nicht gesicherten Aussagen bzw. belegten Wirkungsbehauptungen geworben werden. Die angesprochenen Verkehrskreise (Patienten/Verbraucher) könnten die Werbung dahin-

gehend verstehen, dass mithilfe dieser Therapie aufgeführte Wirkungen auf den menschlichen Körper erzielt und die genannten Krankheiten und Leiden wirkungsvoll behandelt werden können. Dies ist jedoch nicht wissenschaftlich nachgewiesen und könnte daher als unzulässig eingeschätzt werden.

Fazit

Mit mehr Reichweite wächst auch die Verantwortung. Infotainment kann für Ärztinnen und Ärzte eine gute Möglichkeit sein, Themen zu adressieren, aufzuklären und gleichzeitig die eigene Tätigkeit für medizinische Laien transparent zu machen. Ärztliche Werbung muss berufsbezogen, sachlich und angemessen sein und darf das Vertrauen in den Berufsstand nicht gefährden. Wer zwar Imagewerbung für sich selbst macht und dabei aber nicht für die Produkte anderer wirbt, ist rechtlich auf der sicheren Seite. So bleibt das große Vertrauen, das Ärzte genießen, auch in den sozialen Netzwerken langfristig erhalten. Medfluencer sind mittlerweile ein fester Bestandteil der Gesundheitskommunikation. Je größer der Account, desto erheblicher der Einfluss auf das Gesundheitsverhalten. Damit einher geht eine besondere Verpflichtung zu Seriosität – gerade auch, weil oft sehr junge Menschen die sozialen Netzwerke konsumieren. Wer mit einer gewissen Seriosität und Sensibilität seinen Account betreut, kann nicht nur Wissen vermitteln, sondern sich auch als Experte und ggf. potenzieller Arbeitgeber positionieren. So gelingt niedrighschwelliger Zugang zu medizinischen Themen und echter Mehrwert – auch für medizinische Laien. Digitale Gesundheitskommunikation ist eine echte Chance für Ärzte, die sie nutzen sollten.

Vertragsarztrecht/Digitalisierung

Urteil: Kosten für die Telematikinfrastruktur werden nicht kostendeckend erstattet

Das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg hat klargestellt, dass Vertragsärzte keinen Anspruch auf eine vollständige Erstattung ihrer tatsächlichen Kosten für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) haben. Die gesetzlich vorgesehenen Pauschalen sind nach Auffassung des Gerichts abschließend und müssen nicht kostendeckend sein (Urteil vom 26.11.2025, Az. L 5 KA 2730/24).

von Rechtsanwältin, Fachanwältin für
Medizinrecht Christiane Dieckmann,
Kanzlei Voß.Partner, Münster,
voss-medizinrecht.de

Sachverhalt

Die Klägerin ist Fachärztin für Orthopädie und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie wandte sich gegen einen Honorarbescheid ihrer KV für das Quartal III/2018, mit dem für die Anbindung ihrer Praxis an die TI eine Pauschale für die Erstausrüstung in Höhe von 3.054 Euro sowie eine Pauschale für Betriebskosten, Praxisausweis und Heilberufsausweis in Höhe von insgesamt 94,30 Euro festgesetzt wurden.

Nach Auffassung der Ärztin deckten diese Pauschalen die tatsächlich entstandenen Aufwendungen nicht ab. Sie machte geltend, ihr seien für Erstausrüstung und Betrieb der TI Kosten in Höhe von insgesamt 3.889 Euro entstanden. Der Gesetzgeber habe vorgesehen, dass Krankenkassen die Kosten der TI-Anbindung tragen müssen. Daraus leitete sie einen Anspruch auf Erstattung der tatsächlich angefallenen Kosten ab.

Entscheidungsgründe

Das Sozialgericht (SG) Stuttgart folgte zunächst dieser Argumentation. Es ging davon aus, dass § 291a Abs. 7 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der zum entscheidungserheblichen Zeitpunkt

geltenden Fassung eine Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten vorsehe. Die in der TI-Finanzierungsvereinbarung vorgesehenen Pauschalen seien deshalb rechtswidrig, soweit sie die tatsächlichen Kosten nicht abdecken. Das Gericht verpflichtete die beklagte KV daher zur erneuten Bescheidung unter Beachtung dieser Rechtsauffassung, woraufhin diese Berufung gegen die Entscheidung einlegte.

Das LSG hob das Urteil des SG auf und wies die Klage ab. Nach Auffassung des Senats hat die Ärztin keinen Anspruch auf eine über die Pauschalen hinausgehende Kostenerstattung. Die maßgeblichen gesetzlichen Regelungen der §§ 291, 291a SGB V a. F. verpflichteten die Vertragspartner lediglich, eine Vereinbarung über die Finanzierung der TI-Kosten zu treffen. Dem sei jedoch nicht zu entnehmen, dass die Finanzierung zwingend vollständig kostendeckend sein müsse. Vielmehr habe der Gesetzgeber die konkrete Ausgestaltung bewusst den Vertragspartner des Bundesmantelvertrags überlassen.

Die vereinbarten Pauschalen seien vielmehr als Anschubfinanzierung zu verstehen. Pauschalen könnten typischerweise über oder unter den tatsächlichen Kosten liegen. Unzulässig wäre lediglich eine rein symbolische Kostenerstattung, was bei den vorgesehenen Beträgen jedoch nicht der Fall sei. Auch systematische und teleologi-

sche Erwägungen sprächen gegen eine Pflicht zur vollständigen Kostenerstattung. Die Einführung der TI diene der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Eine gewisse finanzielle Beteiligung der Leistungserbringer sei daher zumutbar und stelle keinen unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit dar.

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtsfrage hat das LSG die Revision zum Bundessozialgericht (BSG) zugelassen.

Fazit

Das Urteil bestätigt die bislang überwiegende Rechtsprechung zur Finanzierung der TI, nach der Vertragsärzte grundsätzlich nur die in der TI-Finanzierungsvereinbarung vorgesehenen Pauschalen beanspruchen können. Ein Anspruch auf Erstattung der tatsächlich entstandenen Kosten besteht nicht.

Für radiologische und andere Vertragsarztpraxen bedeutet dies, dass mögliche Mehrkosten bei Anschaffung und Betrieb der TI grundsätzlich selbst zu tragen sind, solange der Gesetzgeber oder die Vertragspartner keine Anpassung der Pauschalen vornehmen.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Übersicht über die Dienste und Komponenten der TI bei der KBV online unter www.de/s15673
- „Fristverlängerung für ältere Heilberufsausweise“, in RWF Nr. 12/2025
- „Die neue elektronische Patientenakte ab 2025“, in RWF Nr. 12/2024
- „BSG: Honorarkürzung bei TI-Verweigerung ist rechtens!“, in RWF Nr. 5/2024
- „Radiologen müssen bei der IT-Sicherheit wachsam bleiben!“, in RWF Nr. 4/2022

Vertragsarztrecht/Delegation

Neues Gesetz zur Befugnisserweiterung in der Pflege: Auswirkungen auf Vertragsärzte

Das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege (BEEP, Informationen zum Gesetz beim Bundesgesundheitsministerium unter www.de/s15396) ist zum 01.01.2026 in Kraft getreten und wirkt sich auf die tägliche Arbeit von Ärztinnen und Ärzten aus. Das BEEP öffnet die bislang arztzentrierte Struktur des Sozialgesetzbuch (SGB) V zugunsten von Pflegefachpersonen. Bislang kannte der § 15 SGB V ausschließlich ärztliche Leistungen, die ausschließlich von Ärztinnen und Ärzten zu erbringen waren.

von Rechtsanwältin, Fachanwältin
für Medizinrecht und Sozialrecht
Dr. Babette Christophers LL.M.,
Münster, aesculaw.de

Berufsrechtliche Verschiebung hin zu Pflegefachpersonen

Mit § 15a SGB V wird nun geregelt, dass Pflegefachpersonen bestimmte – bisher ärztliche – Leistungen eigenverantwortlich erbringen können, sofern diese in einem Leistungskatalog nach § 73d Abs. 1 SGB V festgelegt sind. Ein Vertrag zwischen den Krankenkassen und der KBV, in dem dieser Leistungskatalog enthalten ist, soll bis zum 31.12.2026 vereinbart sein. Der Gesetzgeber unterscheidet dabei zwischen Leistungen, die weiterhin eine ärztliche Diagnose und Indikationsstellung voraussetzen, und solchen, bei denen eine pflegerische Diagnose genügt. Die pflegerische Diagnose wird damit als eigenständiger leistungsrechtlicher Anknüpfungspunkt anerkannt. Der o. g. Vertrag nach § 73d Abs. 1 SGB V soll auch bestimmen, aufgrund welcher konkreten Kompetenzen eine Pflegefachperson eine Leistung erbringen darf. Die bloße Anerkennung als Pflegefachperson genügt dabei nicht.

Einbindung in die Versorgung

Die durch Pflegefachpersonen erbringbaren Leistungen können sowohl

ambulant (Vertragsarztpraxen) als auch **stationär** erbracht werden. Vertragsärzte können in ihren Praxen bzw. in den medizinischen Versorgungszentren (MVZ) Pflegefachpersonen mit erweiterten Kompetenzen einsetzen, die bestimmte Leistungen eigenverantwortlich erbringen, ohne dass diese nur als „Hilfspersonal“ im Sinne des § 28 Abs. 1 S. 2 SGB V gelten. Die Pflegefachperson hat also einen eigenen grundsätzlichen fachlichen Entscheidungsbereich, der nicht täglich oder im Einzelfall neu festgelegt wird. Im Bereich der Eigenverantwortlichkeit handelt die Pflegefachperson folglich nicht mehr im Rahmen der Delegation von Leistungen. Vielmehr ist sie in diesem Bereich in ihrer Eigenverantwortlichkeit mit derjenigen von Ärzten vergleichbar. Die fachliche Eigenverantwortung ist dabei zu trennen von der arbeits- bzw. sozialversicherungsrechtlichen Statusfrage.

Abrechnung und Organisation

Auch die Frage, wie diese Leistungen der Pflegefachpersonen abgerechnet werden können, wird im BEEP aufgegriffen: Gemäß § 73d Abs. 2 S. 2 SGB V erfolgt die Abrechnung der von Pflegefachpersonen erbrachten Leistungen

- entweder über ärztliche Leistungserbringer (Vertragsärzte)

- oder über ambulante Pflegedienste nach § 132a SGB V.

Organisatorisch müssen Vertragsärzte ihre Praxisabläufe, Dokumentation und internen Delegations-/Substitutionsstrukturen an die neuen Kataloge und Kompetenzanforderungen anpassen.

Übergang von Modellvorhaben in die Regelversorgung

Ausgangspunkt für die Verschiebung ärztlicher Aufgaben sind die bisherigen Modellvorhaben nach §§ 63 Abs. 3c und 64d SGB V, die eine Übertragung bestimmter ärztlicher Tätigkeiten auf qualifizierte Pflegefachpersonen ermöglicht haben. Der Rahmenvertrag nach § 64d SGB V enthält bereits einen Katalog ärztlicher Tätigkeiten (u. a. bei Diabetespatienten, speziell bei der Wundversorgung oder bei Demenzpatienten), die nach ärztlicher Erstdiagnose eigenverantwortlich von Pflegefachpersonen durchgeführt werden (Informationen zu diesen Modellvorhaben beim G-BA online unter www.de/s15397).

Fazit

Das BEEP öffnet das Leistungsrecht des SGB V zugunsten von Pflegefachpersonen und etabliert diese als eigenverantwortliche heilkundliche Leistungserbringer in der ambulanten und stationären Versorgung. Die Wirkung des BEEP für **Radiologinnen und Radiologen** ist vor allem mittelbar über eine generelle Entlastung und Neuordnung der pflegebezogenen Aufgaben und der interprofessionellen Zusammenarbeit zu erwarten, während radiologische Kernleistungen weiterhin ärztlich geprägt und – nach der zitierten Rechtsprechung – Radiologen vorbehalten bleiben.

Ärzttestistik/Gehaltsreport

Paradox: Versorgung wird weiblich – Strukturen und Gehälter weiterhin männlich

Die aktuelle Ärzttestistik der Bundesärztekammer (BÄK) sowie neue Coliquio-Reports zeigen massive Diskrepanzen: Während Ärztinnen erstmals die Mehrheit in der Versorgung stellen, offenbart der Gehaltsvergleich eine Lücke von 32 Prozent zu ihren männlichen Kollegen.

Ärztinnen in der Überzahl

Die deutsche Ärzteschaft hat einen Wendepunkt erreicht: Laut BÄK-Ärzttestistik sind zum 31.12.2025 erstmals über 50 Prozent der insgesamt rund 446.000 berufstätigen Ärztinnen und Ärzte weiblich. Der Prozentanteil der rund 225.400 berufstätigen Ärztinnen beträgt 50,5 Prozent. In der Radiologie ist der Anteil der Ärztinnen etwas geringer: 38,2 Prozent der insgesamt rund 10.400 Radiologinnen und Radiologen sind weiblich (BÄK-Ärzttestistik online unter iww.de/s15674).

Die Auswertungen des neuesten Gehaltsreports 2025 (online unter iww.de/s15258) und des aktuellen Stimmungsbarometers des Ärztenetzwerks Coliquio (iww.de/s15259) zeigen gleichzeitig, dass Ärztinnen finanziell erheblich benachteiligt werden.

67.000-Euro-Graben

Zwar liegt nach Angaben der Befragten das durchschnittliche Bruttojahresgehalt über alle Fachgruppen hinweg bei soliden 155.300 Euro. Doch der Durchschnitt verdeckt eine tiefe Kluft zwischen den Geschlechtern. Während Ärzte im Durchschnitt 182.100 Euro erzielen, kommen Ärztinnen nur auf 114.800 Euro – eine Differenz von rund 67.300 Euro jährlich! Besonders alarmierend: Dieser „Gender Pay Gap“ lässt sich nicht allein durch die höhere Teilzeitquote bei Frauen (46 Prozent vs. 18 Prozent bei Männern) erklären.

Selbst im direkten Vergleich von Vollzeitkräften verdienen Ärztinnen im Schnitt 32 Prozent weniger als ihre männlichen Kollegen (138.600 Euro vs. 203.700 Euro)!

Ärztinnen beklagen unfaire Vergütung

Diese Zahlen korrelieren stark mit der gefühlten Realität. Das Coliquio-Stimmungsbarometer zeigt, dass sich Ärztinnen signifikant häufiger unfair vergütet fühlen als Ärzte. „Die Medizin ist weiblich geworden, aber die Karrierestrukturen und Vergütungsmodelle bilden diese Realität oft noch nicht ab“, so die Coliquio-Redaktion. „Ärztinnen sind eine tragende Säule der Versorgung. Dennoch berichten sie überproportional oft von fehlender Wertschätzung und strukturellen Hürden.“

Fachgruppen-Ranking

Der Report liefert zudem Einblicke in die Verdienstmöglichkeiten nach Fachrichtung und Standort:

- Spitzenreiter: Die Fachbereiche Augenheilkunde, Radiologie oder Kardiologie liegen gehaltlich weit vorne.
- Schlusslichter: Am unteren Ende der Skala finden sich Fachgebiete wie die psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
- Standortfaktor: Baden-Württemberg führt das Gehaltsranking mit durchschnittlich 182.000 Euro an. Berlin (131.100 Euro) und Sachsen-Anhalt (130.100 Euro) landen am Ende des Rankings.

Forschung

Auszeichnungen beim Röko 2026

Auf dem Röntgenkongress (Röko) im Mai 2026 in Leipzig wurden wieder zahlreiche Auszeichnungen an Mediziner und Persönlichkeiten aus der Radiologie-Szene verliehen (siehe drg.de/presse).

Besonderes Interesse gilt, neben zahlreichen weiteren Auszeichnungen, dem Wilhelm-Conrad-Röntgen-Preis, der in diesem Jahr an Dr. med. Katerina Deike (Uniklinik Bonn) für neue Einblicke in die „Brain-Clearance durch innovative Bildgebung“ gegangen ist. Zudem hat Univ.-Prof. Dr. med. Roman Klöckner (Uniklinik Schleswig-Holstein) für „wissenschaftliche Exzellenz, Innovation und Nachwuchsförderung“ den Marie-Curie-Ring erhalten.



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 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.