



Die Erbringung von Befundungsleistungen in der radiologischen Praxis unter Hinzuziehung externer Radiologen

Inhalt

- I. Einführung**
- II. Rechtliche Würdigung**
 - 1. Radiologische Leistungserbringung im ambulanten Bereich**
 - a. Gesetzliche Vorgaben der Erbringung von Leistungen durch externe Radiologen**
 - b. Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung**
 - aa. Persönliche Leistungserbringung bei GKV-Patienten**
 - (1) Bundesmantelvertrag-Ärzte
 - (2) Einheitlicher Bewertungsmaßstab
 - bb. Persönliche Leistungserbringung bei Privatpatienten**
 - c. Zulässigkeit der Befundung durch externe Radiologen**
 - aa. GKV-Patienten**
 - (1) Erbringung von Leistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte
 - (2) Befundung als nichtdelegationsfähige ärztliche Kernleistung
 - (3) Rechtsprechung des Bundessozialgerichts
 - (4) Schlussfolgerungen
 - (5) Leistungsaufteilung zwischen verschiedenen Praxisstandorten
 - (6) Leistungsaufteilung zwischen verschiedenen Arztpraxen
 - bb. Privatpatienten**
 - (1) Anforderungen nach § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ
 - (2) Erforderlichkeit der Eingliederung der externen Radiologen in den Verantwortungsbereich des niedergelassenen Radiologen
 - (3) Aufteilungen von Leistungen im Anwendungsbereich der GOÄ
 - (4) Vorbefundung als abrechnungsfähige ärztliche Leistung

>

(5) Zwischenergebnis

III. Ergebnis

I. Einführung

Seit einigen Jahren besteht in der Radiologie ein Mangel an qualifizierten ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern (Die in diesem Beitrag verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche und männliche Personen. Auf eine Doppelnennung wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet.) Der Personalmangel stellt Praxen und Krankenhäuser vor immer größere Herausforderungen und hat in der Radiologie erhebliche Auswirkungen auf die Patientensicherheit, die Qualität der medizinischen Versorgung und die Effizienz der Abläufe in Praxen und Kliniken. Er führt dazu, dass weniger Fachkräfte zur Verfügung stehen, um die notwendige medizinische Versorgung während der allgemeinen Betriebszeiten und im Bereitschaftsdienst zu gewährleisten. Dies kann zu längeren Wartezeiten für Patienten und möglicherweise zu verzögerten Diagnosen führen.

Neben unbesetzten Stellen für medizinische Technologen für Radiologie (MTR) fehlen auch Fachärzte für Radiologie, die die anfallenden ärztlichen Leistungen in dem erforderlichen qualifizierten und zeitlichen Umfang erbringen können. Radiologische Praxen versuchen daher zunehmend ihre Arbeitsabläufe durch die Kooperation mit anderen Praxen, Krankenhäusern oder Dienstleistern zu optimieren. Größere radiologische Einheiten, wie medizinische Versorgungszentren (MVZ), verfügen häufig über mehrere Zulassungsstandorte und setzen ihre ärztlichen Mitarbeiter daher standortübergreifend nach deren zeitlicher Verfügbarkeit und Qualifikation ein.

Gewerbliche Dienstleistungsunternehmen bieten mittlerweile bundesweit teleradiologische Leistungen im Tag- und Nachdienst für Kliniken, MVZ und Facharztpraxen an, um die Radiologen in den Einrichtungen effektiv zu entlasten. Die Dienstleistungsunternehmen zielen mit ihrem Angebot darauf ab, den Mangel an MTR und Fachärzten für Radiologie zu überbrücken und die Befundung zu jeder Zeit und an jedem Ort sicherzustellen. Diese Angebote können eine Antwort auf den Fachkräftemangel in der Radiologie sein.

Die Unterstützung der Arbeitsabläufe in radiologischen Praxen durch externe Radiologen ist denkbar in Form der Teleradiologie im strahlenschutzrechtlichen Sinne nach § 5 Abs. 38

Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) nachts, am Wochenende und an Feiertagen.

Daneben ist eine Befundunterstützung am Tag bei Kapazitätsengpässen denkbar, wenn der Umfang der anfallenden Befunde zu hoch ist, als dass dieser von dem vorhandenen radiologischen Personal vor Ort in der erforderlichen Geschwindigkeit und Qualität abgearbeitet werden könnte. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob Praxen und MVZ die Erstellung von Befunden außerhalb der Teleradiologie und bei MRT-Leistungen „outsourcen“ können, um das Praxisteam zu entlasten.

Die Befundunterstützung ist dabei sowohl in der vertrags- als auch in der privatärztlichen Versorgung denkbar, indem Fachärzte für Radiologie anderer Praxen, MVZ, Krankenhäuser oder gewerblicher Leistungsanbieter eine Vorbefundung durchführen. Nach Erstellung des Befundes kontrolliert der behandelnde, niedergelassene Radiologe vor Ort diesen Befund und gibt ihn frei oder korrigiert ihn. Eine weitere Möglichkeit wäre, dass der externe Radiologe den Befund des Radiologen vor Ort im Wege einer Doppelbefundung überprüft.

Soweit der beauftragte Radiologe einen inhaltlich fertigen Befund erstellt, stellt sich die Frage, ob der niedergelassene Radiologe vor Ort, der die Leistungen gegenüber dem Privatpatienten bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abrechnet, eine eigenständige Leistung erbracht hat und welche abrechnungsrechtlichen Folgen für ihn bestehen, wenn er den externen Befund lediglich kontrolliert und freigibt. Zu beachten ist, dass in diesen Fällen der externe Radiologe im Außenverhältnis gegenüber Patienten, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kostenträgern nicht als Befunder in Erscheinung tritt und in der Regel nicht über eine vertragsärztliche Zulassung verfügt.

Der nachfolgende Beitrag beschäftigt sich daher schwerpunktmäßig mit der Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen ein arbeitsteiliger Prozess rechtlich zulässig ist, in dem ein niedergelassener Radiologe die technische Durchführung der Untersuchung im Sinne von § 5 Abs. 3 StrlSchG mittels bildgebenden bzw. bildgestützten Verfahren an eigenen gesetzlich krankenversicherten Patienten (GKV-Patienten) und Privatpatienten in seiner Praxis vornimmt, während ein

bei einer anderen Praxis, einem MVZ, einem Krankenhaus oder einem gewerblichen Dienstleister angestellter Radiologe im Rahmen eines Befundungsprozesses die Befundung der Untersuchungsergebnisse vornimmt, die ihm der niedergelassene Radiologe übersandt hat. Der externe Radiologe nimmt die Interpretation der Untersuchungsergebnisse vor und erstellt einen schriftlichen, fachärztlichen Befundbericht, der anschließend von dem niedergelassenen Radiologen kontrolliert und entweder von diesem unverändert als eigener Befund verwandt oder korrigiert wird.

II. Rechtliche Würdigung

Im Grundsatz ist es möglich, dass eine arbeitsteilige Leistungserbringung in der Radiologie erfolgt, denn in der radiologischen Praxis ist es üblich, dass einzelne privat oder vertragsärztliche radiologische Leistungen, die mit einer Gebührenposition in der GOÄ oder dem EBM abrechenbar sind, zwischen verschiedenen Ärzten, Standorten oder sogar Arztpraxen aufgeteilt werden.

Da sich eine radiologische Leistung in drei Teile aufteilen lässt, nämlich in

- rechtfertigende Indikation,
- technische Durchführung und
- Befundung,

ist es denkbar, dass insbesondere die Befundung durch einen anderen Arzt, zu einem anderen Zeitpunkt und an einem anderen Standort, ggf. sogar in einer anderen Arztpraxis, als die anderen beiden Leistungsanteile erbracht wird. Dies geschieht jedoch häufig ohne Klärung der Frage, ob und in welchem Umfang dies nach den regulatorischen Vorgaben und den Abrechnungsbestimmungen zulässig ist. Diese Anforderungen sollen im Folgenden behandelt werden.

In medizinischer Hinsicht ist bei arbeitsteiligen Leistungserbringungsmodellen in der Radiologie zu beachten, dass die Befundung der Untersuchungsergebnisse und die Erstellung eines schriftlichen, fachärztlichen Befundberichts die Kernelemente diagnostischer radiologischer Verfahren darstellen. Erst durch den Befundbericht wird das Ergebnis der Untersuchung archivierbar dokumentiert und vor allem dem Zuweiser, der nicht die Qualifikation besitzt, anhand der Bilder die relevanten Befunde zu erheben, in einer für ihn verwertbaren Form dargelegt. In medizinischer Hinsicht liegt in der Erstellung des Befundberichts die

eigentliche Expertise des Facharztes für Radiologie; damit verbringt er den weitaus größten Teil seiner Arbeitszeit (Vgl. Positionspapier der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG), der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie (DGNR) und der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (GPR) zu den fachlichen Anforderungen an Durchführung und Befundung von MRT-Untersuchungen außerhalb des Fachgebietes Radiologie, RoFo 2021, S. 1050, 1057). Dies hat auch abrechnungstechnische Konsequenzen, da die radiologische Leistung erst mit der Erstellung des Befundberichts abgeschlossen wird und von dem Arzt abzurechnen ist, der mit diesem letzten Schritt die Leistung vollständig erbracht hat.

1. Radiologische Leistungserbringung im ambulanten Bereich

Für die Frage nach einer rechtlichen Zulässigkeit der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen und externen Radiologen im Hinblick auf die radiologische Leistungserbringung im ambulanten Bereich sind insbesondere die unterschiedlichen rechtlichen Vorgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) zu beachten.

a. Gesetzliche Vorgaben der Erbringung von radiologischen Leistungen durch externe Radiologen

Die radiologische Leistungserbringung im ambulanten Bereich unterliegt anderen gesetzlichen Regelungen als in der stationären Versorgung. Einige gesetzliche Regelungen, gelten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich – wie das StrlSchG und die Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) sowie die jeweiligen Satzungen der Ärztekammern (Berufsordnungen, Weiterbildungsordnungen). Ebenfalls gleichermaßen relevant sind die zivilrechtlichen Vorgaben zum Behandlungsvertrag (§§ 630a ff. BGB) sowie strafrechtliche Normen (z. B. §§ 299a ff. StGB). Darüber hinaus bestehen Vorschriften, die nur den ambulanten Bereich oder nur die stationäre Versorgung betreffen. Nachfolgend werden diejenigen Vorschriften betrachtet, die die ambulante Versorgung von GKV-Patienten und Privatpatienten betreffen.

b. Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung

Im Rahmen der Erbringung von Leistungen

durch externe Radiologen für ambulante Praxen und MVZ ist einerseits der Grundsatz zur persönlichen Leistungserbringung zu beachten.

Der Grundsatz zur persönlichen Leistungserbringung findet sich in verschiedenen gesetzlichen Regelungen wieder. Dies sind einerseits die zivilrechtlichen Vorschriften des Dienstvertrages gemäß § 630b BGB i.V.m. § 613 BGB, wonach der zur Dienstleistung Verpflichtete die Dienste im Zweifel in Person zu leisten hat. Dieser Anspruch ist grundsätzlich nicht übertragbar. Diese zivilrechtliche Vorschrift verpflichtet – ebenso wie die nachfolgend benannte berufsrechtliche Vorschrift – Ärzte, die GKV-Patienten und Privatpatienten behandeln. Im ärztlichen Berufsrecht ist das Merkmal der persönlichen Leistungserbringung in § 19 Abs. 1 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) niedergelegt:

„Die ärztliche Praxis muss persönlich ausgeübt werden.“

Darüber hinaus bestehen insbesondere im Vergütungsrecht weitere Regelungen, aus denen die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung hervorgeht.

aa. Persönliche Leistungserbringung bei GKV-Patienten

Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung findet unter anderem im SGB V (vgl. §§ 15 Abs. 1, 28 Abs. 1 S. 2 SGB V), im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) seinen Niederschlag. Diese Vorschriften zur persönlichen Leistungserbringung dienen der Qualitätsicherung in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Sicherung der Qualität kann nur gewährleistet werden, wenn die Leistungen von demjenigen persönlich erbracht werden, der als befähigt angesehen wird, qualitätsgerechte Leistungen zu erbringen (BSG, Urt. v. 13.05.2015, Az.: B 6 KA 23/14R, Rn. 28 – juris).

(1) Bundesmantelverträge-Ärzte

Die persönliche Leistungserbringung ist in § 1a Nr. 24 BMV-Ä wie folgt legaldefiniert:

„Die durch gesetzliche und vertragliche Bestimmungen näher geregelte Verpflichtung des

Vertragsarztes bzw. angestellten Arztes zur unmittelbaren Erbringung der vorgesehenen medizinischen Leistungen, auch im Rahmen zulässiger Delegationen.“

§ 15 BMV-Ä konkretisiert die in § 1a Nr. 24 BMV-Ä definierte Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung. § 15 Abs. 1 S. 1 BMVÄ regelt hierzu Folgendes:

„Jeder an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben.“

§ 15 Abs. 1 S. 2 BMV-Ä macht von diesem Grundsatz eine Ausnahme für genehmigte Assistenten und angestellte Ärzte nach § 32b Ärzte-ZV. Danach gelten Leistungen von genehmigten Assistenten und angestellten Ärzten als persönliche Leistungen des Vertragsarztes. Ferner gelten nach § 15 Abs. 1 S. 4 BMV-Ä Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter als persönliche Leistungen, die der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt, der genehmigte Assistent oder ein angestellter Arzt anordnet und fachlich überwacht, wenn der nichtärztliche Mitarbeiter zur Erbringung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist.

Für gerätebezogene Untersuchungsleistungen wie Röntgen-, CT- und MRT-Leistungen gibt es zudem die Möglichkeit der gemeinschaftlichen Leistungserbringung nach § 15 Abs. 3 BMV-Ä in sogenannten Leistungserbringergemeinschaften.

(2) Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Auch der EBM trifft in seinen Allgemeinen Bestimmungen in Nr. I.2.2 Regelungen zur persönlichen Leistungserbringung. Danach ist eine Gebührenordnungsposition (im Folgenden: GOP) nur berechnungsfähig, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt die für die Abrechnung relevanten Inhalte gemäß §§ 14a, 15 und 25 BMV-Ä persönlich erbringt.

bb. Persönliche Leistungserbringung bei Privatpatienten

In der GOÄ findet sich eine Regelung zur persönlichen Leistungserbringung in § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ:

„Der Arzt kann Gebühren nur für selbständige

ärztliche Leistungen berechnen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen)."

c. Zulässigkeit der Befundung durch externe Radiologen

Soweit ein Radiologe, der nicht niedergelassener oder angestellter Arzt einer Arztpraxis ist, den radiologischen Befund erstellt und der niedergelassene Radiologe diesen vor Ort lediglich kontrolliert und freigibt, stellt sich die Frage, ob dies mit dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung vereinbar ist.

aa. GKV-Patienten

Die Regelungen im BMV-Ä (§§ 1a Nr. 24, 15 Abs. 1 S. 1 BMV-Ä) bringen die Verpflichtung des Vertragsarztes zur unmittelbaren Erbringung der vorgesehenen medizinischen Leistungen zum Ausdruck. Zu hinterfragen ist, ob es sich bei der Befundung um eine Leistung handelt, die persönlich erbracht werden muss.

(1) Erbringung von Leistungen durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte

In einer gemeinsamen Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Persönliche Leistungserbringung, Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, Stellungnahme der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 29.08.2008, DÄBl. 2008, A 2173) wird ausgeführt, dass die persönliche Leistungserbringung eines der wesentlichen Merkmale der frei-beruflichen Tätigkeit ist (Hervorhebungen nicht im Original):

„[Die persönliche Leistungserbringung] prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes und steht dafür, dass der Arzt seine Leistungen auf der Grundlage der besonderen Vertrauensbeziehung erbringt. Persönliche Leistungserbringung bedeutet nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert vom Arzt aber immer, dass er bei Inanspruchnahme nichtärztlicher und ärztlicher Mitarbeiter zur Erbringung eigener beruflicher Leistungen leitend und eigenverantwortlich tätig wird.“

Im Rahmen der Leistungen, die unter dem Arzt-

vorbehalt stehen, ist zwischen den höchstpersönlichen Leistungen, die nicht delegierbar sind und den delegierbaren Leistungen zu differenzieren.

Welche ärztlichen Leistungen unter Arztvorbehalt stehen, ist gesetzlich nicht im Detail geregelt. Ob es sich bei einer Leistung um eine Leistung handelt, die der Arzt höchstpersönlich erbringen muss, hängt davon ab, „*„[o]b das Erbringen einer bestimmten Leistung oder die notwendige Beherrschung gesundheitlicher Gefährdungen ärztliche Fachkenntnisse und damit das Tätigwerden eines Arztes erfordert. Steht danach eine bestimmte Leistung unter Arztvorbehalt, bedeutet dies, abgesehen von Ausnahmefällen, die Erbringung ärztlicher Leistungen auf dem Niveau eines zum Facharzt weitergebildeten Arztes“*“ (Persönliche Leistungserbringung, Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, Stellungnahme der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 29.08.2008, DÄBl. 2008, A 2174).

Der Kernbereich ärztlicher Tätigkeiten steht unter dem Arztvorbehalt. In diesem Kernbereich ist der Arzt prinzipiell verpflichtet, seine ärztliche Tätigkeit selbst und eigenhändig zu erbringen (höchstpersönliche Leistungen). Die Anforderungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Mitarbeiter in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sind beispielhaft in der Anlage 24 zum BMV-Ä, der Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs.1 S. 3 SGB V, dargestellt. Höchstpersönliche Leistungen des Arztes sind gemäß § 2 S. 2 Anlage 24 des BMV-Ä insbesondere die „*Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Stellung der Diagnose, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien einschließlich der Kernleistungen operativer Eingriffe“.*

Die Befundung der radiologischen Bildaufnahmen ist nicht als delegationsfähige Leistung in der Anlage 24 BMV-Ä enthalten.

Die Delegation der unter Arztvorbehalt stehenden Leistungen an ärztliche Mitarbeiter ist unter bestimmten Voraussetzungen zulässig, wenn der Behandlungsablauf dies erlaubt und der andere Arzt über die erforderliche Qualifikation zur Erbringung der Leistung verfügt. Der Arzt kann da-

her Leistungen, die ihm vorbehalten sind und die er selbst erbringen darf, an einen anderen Arzt delegieren, wenn dieser ebenfalls die erforderlichen berufs- und ggf. vertragsärztlichen Voraussetzungen erfüllt (Wigge, Kaufhold, RoFo 2019, S. 580, 581).

Aus der Regelung in Nr. I.2.2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM folgt, dass medizinische Leistungen, die dem Arztvorbehalt unterliegen, nicht von Ärzten, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, erbracht werden dürfen. Soweit ein Arzt nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt ist, darf die Erbringung (auch von Teilen) vertragsärztlicher Leistungen nicht regelhaft auf ihn übertragen werden. Ärztliche Leistungen an denen ein nicht zugelassener Arzt mitwirkt, sind ausnahmsweise dann vertragsärztlich abrechenbar, wenn er sie zulässigerweise als Vertreter i. S. d. § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV erbringt (Wigge, Kaufhold, RoFo 2019, S. 580, 581).

(2) Befundung als nichtdelegationsfähige ärztliche Kernleistung

Die Anforderungen an die Befundung ärztlicher Leistungen werden in der bereits erwähnten gemeinsamen Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an verschiedenen Stellen beschrieben. Einerseits wird dort festgestellt, dass die Anordnung der Leistung und die Befundung und Befundbewertung zwingend dem Arzt obliegt (Persönliche Leistungserbringung, Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, Stellungnahme der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 29.08.2008, DÄBl. 2008, A 2174). Für MRT-Untersuchungen wird vorgegeben, dass die Befundung nur der Arzt durchführen kann (Persönliche Leistungserbringung, Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen, Stellungnahme der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 29.08.2008, DÄBl. 2008, A 2176). Die Befundung kann daher als ärztliche Kernleistung nicht auf nichtärztliches Personal delegiert werden. Diese ist einer Delegation an nichtärztliches Personal daher generell entzogen. Auch im Zusammenhang mit wahlärztlichen Leistungen wird davon ausgegangen, dass die Befundung des Bildmaterials zu den Kernleistungen des Fachgebietes gehört und daher vom Wahlarzt höchstpersönlich zu erbringen ist (Bender in: Rieger/Dahm/Katzenmeier/ Stellpflug/Ziegler, Heidelberger Kommentar Arzt-

recht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, 101. Lieferung, 6/2025, 5485 Wahlleistungen, Rn. 163; vgl. Gutmann in: Staudinger, BGB, 2021, § 630b, Rn. 67).

Insofern ist im Hinblick auf die Regelung in Nr. I.2.2. der Allgemeinen Bestimmungen des EBM festzuhalten, dass die Leistungen, die dem Arztvorbehalt unterliegen und damit auch die Befundung, nicht von Ärzten erbracht werden dürfen, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind.

(3) Rechtsprechung des Bundessozialgerichts

Für die Beurteilung der rechtlichen Zulässigkeit der Durchführung der Befundung durch externe Ärzte im vertragsärztlichen Bereich ist insbesondere die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) relevant.

Das BSG stellte in einem Urteil vom 21.03.2018 (BSG, Urt.v. 21.03.2018, Az.: B 6 KA 47/16R, Rn. 8 – juris) hinsichtlich der Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung bei Leistungen der Pathologie Folgendes fest (Hervorhebungen und Unterstreichungen nicht im Original):

*„Im anschließenden Klageverfahren hat der Kläger insbesondere geltend gemacht, er habe sich **zur Erbringung von Leistungen** im Rahmen seiner Ermächtigung für die notwendigen Vorbereitungstätigkeiten **auch der im Institut für Pathologie vorgehaltenen sachlichen und personellen Mittel bedient und hierfür auch Mitarbeiter auf eigene Kosten angestellt**. Nach Eingang einer Probe sei diese zunächst durch nichtärztliche Mitarbeiter des Instituts entgegengenommen und von diesen allein oder gemeinsam mit einem **im Institut tätigen Assistenzarzt weiterverarbeitet worden, um ein fertiges Präparat (so genannter Dünnchnitt) zu erhalten**, das am Mikroskop untersucht werden könne. Die **Präparate** seien dann in einem **ersten Schritt durch die am Institut tätigen Assistenz- oder Fachärzte am Mikroskop beurteilt** worden, die **auch einen entsprechenden Befundbericht diktiert** hätten. Dies sei regelmäßig während der Zeiträume erfolgt, in denen er seinen weiteren Verpflichtungen (Forschungs- und Lehrtätigkeiten sowie Verwaltungsaufgaben) nachgegangen sei. Bei **Befundberichten, die von Assistenzärzten** im Rahmen ihrer Weiterbildung vorformuliert worden seien, sei in jedem Fall die zugehörige Probe*

nochmals durch einen der Fachärzte unter dem Mikroskop untersucht worden. Bei **Patienten, die aufgrund der ihm erteilten Ermächtigung zu beurteilen** gewesen seien, seien die Präparate in einem **letzten Schritt regelhaft ihm selbst zur erneuten persönlichen Untersuchung am Mikroskop vorgelegt** worden. **Er habe sich dann den Entwurf entweder durch Unterschrift oder Freigabe zu eigen gemacht oder diesen korrigiert.** Diese Tätigkeit habe er regelmäßig nachmittags und abends ausgeführt. Die Befundberichte seien vielfach ohne Unterschrift vorab als Computerfax versandt worden. Er habe regelmäßig mehr als 12 Stunden täglich gearbeitet, weshalb er sich auch im Mai 2007 eine Herzmuskelentzündung zugezogen habe, die ihm nur noch eine reduzierte Tätigkeit erlaubt habe. **Während der krankheits-, urlaubs- oder fortbildungsbedingten Abwesenheit** seien die Präparate und vorbereiteten Befundberichte **seinen Vertretern zur abschließenden Befunderhebung und Unterschreibung** vorgelegt worden.“

Zudem führte das BSG in dem Urteil vom 21.03.2018 (BSG, Urt. v. 21.03.2018, Az.: B 6 KA 47/16R, Rn. 21 – juris) Folgendes aus (Hervorhebung nicht im Original):

„Das Gebot der persönlichen Leistungserbringung wird in zahlreichen Fällen modifiziert. So hat der Senat zum Typus der Berufsausübungsgemeinschaften (BAGen) entschieden, dass – ungeachtet der mittlerweile gegebenen Nachvollziehbarkeit anhand der lebenslangen Arztnummer – bei gleicher Qualifikation der Mitglieder grundsätzlich nicht gekennzeichnet werden musste, welcher der BAG angehörende Arzt welche Leistung erbracht hat (vgl. BSG SozR 4-5532 Allg Nr 2 RdNr 28; BSGE 91, 164 RdNr 19 = SozR 4-5520 § 33 Nr 1 RdNr 18). **Gelockert ist das Gebot teilweise auch durch die erweiterten Möglichkeiten der Anstellung von Ärzten** (BSGE 107, 56 = SozR 4-5520 § 20 Nr 3, RdNr 27 unter Hinweis auf § 95 Abs 9 SGB V und § 32b Ärzte-ZV). Als Ausnahme vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung sieht § 25 Abs 3 S 1 BMV-Ä vor, dass bei der Erbringung von Laborleistungen Teil 3 der Befunderhebung (Laboratoriumsmedizinische Analyse unter Bedingungen der Qualitätssicherung, § 25 Abs 1 Nr 3 BMV-Ä) aus Laborgemeinschaften bezogen werden kann, deren Mitglied der Arzt ist (zur Beschränkung dieser Ausnahme auf Ärzte mit unmittelbarem Patientenkontakt vgl BSG SozR 4-5540 § 25 Nr 1 RdNr 24 ff).“

Schließlich stellte das BSG (BSG, Urt. v. 21.03.2018, Az.: B 6 KA 47/16R, Rn. 24 – juris) im Hinblick auf die Befundung Folgendes fest (Hervorhebung nicht im Original):

„Originär ärztlicher Teil der Leistungen der GOP 19 310 und 19 312 EBM-Ä ist indes die Untersuchung des zu beurteilenden Materials. **Diese Untersuchung muss der Arzt selbst vornehmen.** Dementsprechend heißt es in dem Papier der BÄK und der KÄBV zu den „Technischen Untersuchungen“, die Befundung und Befundbewertung obliege zwingend dem Arzt. Im Schreiben der KÄBV an den Bevollmächtigten des Klägers vom 25.11.2009 sowie im Schreiben der KÄBV an den Senat vom 21.2.2018 ist ausgeführt, dass der Pathologe die Schnittprobe selbst mikroskopieren und beurteilen müsse. **Dazu genügt es aber nicht, dass er die von anderen Ärzten vorgenommene Befundung lediglich kontrolliert.** Entgegen der Auffassung der Vorinstanzen ist dem Gebot der persönlichen Leistungserbringung nicht bereits damit Genüge getan, dass der Kläger sich nach Überprüfung das Ergebnis einer Vorbefundung durch einen anderen Arzt zu eigen gemacht hat. Insofern hat die Beklagte zu Recht ausgeführt, dass es qualitativ etwas grundsätzlich anderes ist, ob der Arzt selbst einen Erstbefund erhebt oder ob er die zuvor erfolgte Befundung durch einen anderen beurteilt. Die Vorbefundung würde **tatsächlich und wirtschaftlich auch keinen Sinn** machen, wenn der Kläger den für den **Leistungsinhalt** der GOP 19 310 und 19 312 EBM-Ä erforderlichen Aufwand in **allen Fällen in vollem Umfang wiederholt** hätte. Darüber hinaus obliegt auch die **Formulierung des Befundes dem Arzt höchstpersönlich** (vgl Nr 7 der Präambel des Kapitels 19 EBM-Ä 2005 iVm GOP 01 600 und 01 601).“

Dem Urteil des BSG ist für technische Untersuchungen zu entnehmen, dass das Zu-Eigen-Machen einer „Vorbefundung“ anderer Ärzte durch den Vertragsarzt nicht ausreicht, um dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung zu genügen. Hierzu heißt es in einer Urteilsanmerkung:

„Nicht nur im Bereich der Pathologie, sondern **auch in anderen Bereichen (z. B. Radiologie)** ist in der Vergangenheit der Versuch unternommen worden, das Gebot der persönlichen Leistungserbringung unter Hinweis auf „Vorbefundungen“ aufzuweichen. Diesem Ansatz hat das BSG nunmehr eine klare Absage erteilt.“ (Hildebrandt, Kontrolle der von anderen Ärzten vorgenommenen

Befundung genügt nicht dem Gebot der persönlichen Leistungserbringung, Fachdienst Medizinrecht 2018, 408301).

(4) Schlussfolgerungen

Die Grundsätze in dem Urteil des BSG (BSG, Urt. v. 21.03.2018, Az.: B 6 KA 47/16 R) sind auf das Fachgebiet der Radiologie vollständig übertragbar, denn sowohl bei der Pathologie als auch bei der Radiologie handelt es sich um sogenannte methodendefinierte Fachgebiete, welche im erhöhten Maße durch eine technische Leistungserbringung geprägt sind.

In dem vom BSG entschiedenen Fall hatten nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte die Probe zu einem untersuchbaren Präparat präpariert. Sodann wurden die Präparate durch einen Assistenz- bzw. Facharzt untersucht, die auch den Befundbericht diktiert haben. Die Präparate wurden regelhaft dem zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Arzt zur erneuten persönlichen Untersuchung am Mikroskop vorgelegt. Der ermächtigte Arzt hatte sich dann den Entwurf entweder durch Unterschrift oder Freigabe zu eigen gemacht oder diesen korrigiert.

Überträgt man den Sachverhalt des BSG auf das Fachgebiet der Radiologie, würden Ärzte, die nicht in der Praxis des niedergelassenen Radiologen angestellt sind und nicht über eine Anstellung vertragsärztliche Leistungen erbringen dürfen, das radiologische Bildmaterial ärztlich beurteilen und einen entsprechenden Befundbericht anfertigen, so dass sich der Leistungsanteil des niedergelassenen Radiologen darauf beschränken würde, das radiologische Bildmaterial nochmals zu sichten. Der niedergelassene Radiologe würde sich die „Vorbefundung“ des externen Radiologen entweder selbst zu eigen machen oder diesen nochmals korrigieren.

Zur Wahrung des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung würde es nach Ansicht des BSG nicht genügen, dass der niedergelassene Radiologe die von externen Radiologen vorgenommene Befundung lediglich kontrolliert. Dem Gebot der persönlichen Leistungserbringung wäre nicht bereits damit Genüge getan, dass der niedergelassene Radiologe sich – nach einer entsprechenden Überprüfung – das Ergebnis einer Vorbefundung durch einen externen Arzt zu eigen macht. Es ist nach Ansicht des BSG qualitativ etwas grundsätzlich anderes, ob der niedergelassene

Radiologe selbst einen Erstbefund erhebt oder ob er die zuvor erfolgte Befundung durch einen anderen Arzt beurteilt. Die Vorbefundung würde überdies tatsächlich und wirtschaftlich keinen Sinn machen, wenn der niedergelassene Radiologe in allen Fällen die Befundung in vollem Umfang wiederholt.

Soweit daher niedergelassene Ärzte die Befundung von radiologischen Untersuchungen auf Ärzte von Krankenhäusern oder Dienstleistern auslagern, verstößt dies gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung und ist vertragsärztlich unzulässig. Die durch den niedergelassenen Radiologen unter zu Hilfenahme von externen Radiologen erbrachten Leistungen sind nicht abrechenbar. Würden die Leistungen dennoch unberechtigterweise abgerechnet, wäre eine sachlich-rechnerische Richtigstellung und die Aufhebung der betreffenden Honorarbescheide durch die zuständige KV zu erwarten.

(5) Leistungsaufteilung zwischen verschiedenen Praxisstandorten

Etwas anderes gilt grundsätzlich nur zwischen zugelassenen und angestellten Ärzten innerhalb einer BAG oder einem MVZ. Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung wird in der BAG und im MVZ durchbrochen und modifiziert. Die Genehmigung der gemeinsamen Berufsausübung bzw. die Zulassung als MVZ bewirkt, dass die BAG bzw. das MVZ gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wie ein Einzelarzt als einheitliche Rechtspersönlichkeit auftritt.

Zu der Abrechnung einer vertragsärztlichen Leistung, die durch mehrere Ärzte innerhalb einer Praxis, einer BAG oder eines MVZ erbracht worden ist, bestimmt Nr. I. 2.1 Satz 3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM folgendes:

„Wirken an der Behandlung mehrere Ärzte zusammen, erfolgt die Berechnung durch denjenigen Vertragsarzt (Arztnummer), von dem die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist.“

Der EBM geht daher davon aus, dass die Aufteilung einer vertragsärztlichen Leistung, die mit einer GOP abrechenbar ist, zwischen verschiedenen Vertragsärzten zulässig ist.

Entsprechendes gilt für die Aufteilung einer vertragsärztlichen radiologischen Leistung zwischen verschiedenen Standorten einer BAG oder eines MVZ. Als zulässig wird beispiels-

weise anzusehen sein, wenn eine vertragsärztliche radiologische Leistung in der Weise aufgeteilt wird, dass rechtfertigende Indikation und technische Durchführung an Standort A erbracht werden, die Befundung jedoch an Standort B.

Zwar enthält der EBM diesbezüglich keine ebenso eindeutige Regelung wie hinsichtlich der Leistungsaufteilung zwischen verschiedenen Ärzten; dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass den Formulierungen im EBM weiterhin die Vorstellung der Einzelpraxis mit nur einem Tätigkeitsort des Arztes zugrunde liegt und der Normgeber bei der Formulierung des EBM die Möglichkeiten der gemeinschaftlichen Berufsausübung an mehreren Standorten noch nicht hinreichend berücksichtigt hat.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestätigt jedenfalls die Zulässigkeit der Aufteilung einer radiologischen Leistung zwischen verschiedenen Standorten ebenfalls und auch Casser geht im Kölner Kommentar zum EBM von der Zulässigkeit der Leistungsaufteilung zwischen verschiedenen Standorten einer BAG aus (Vgl. Casser (Hrsg.), Kölner Kommentar zum EBM, 2025, B1, I, Nr. 2.1).

Für diese Auffassung spricht zudem, dass Nr. I. 2.1 Satz 2 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM von der Möglichkeit einer *arztpraxisübergreifenden Behandlung*, also einer räumlich standortübergreifenden Leistungserbringung, ausgeht (Unter anderem ist dort von „*arztpraxisübergreifender Behandlung*“ und davon, dass „*mehrere Arztpraxen*“ an der Leistungserbringung mitgewirkt haben, die Rede):

„Bei arztpraxisübergreifender Behandlung durch denselben Arzt ist eine Gebührenordnungsposition von derjenigen Arztpraxis zu berechnen, in der die Vollständigkeit des Leistungsinhalts erreicht worden ist.“

(6) Leistungsaufteilung zwischen verschiedenen Arztpraxen

Aufgrund dieser Erwähnung einer „arztpraxisübergreifenden Behandlung“ und auch vor dem Hintergrund der Regelungen zu der sogenannten Leistungserbringergemeinschaft in § 15 Abs. 3 BMV-Ä (§ 15 Abs. 3 S. 1 und 2 BMV-Ä lauten: „*Vertragsärzte können sich bei gerätebezogenen Untersuchungsleistungen zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung mit der Maßgabe zusammenschließen, dass die ärztlichen Untersuchungsleistungen nach fachlicher Weisung durch einen der*

beteiligten Ärzte persönlich in seiner Praxis oder in einer gemeinsamen Einrichtung durch einen gemeinschaftlich beschäftigten angestellten Arzt nach § 32b Ärzte-ZV erbracht werden. Die Leistungen sind persönliche Leistungen des jeweils anweisenden Arztes, der an der Leistungsgemeinschaft beteiligt ist.“, könnte man davon ausgehen, dass auch die Aufteilung radiologischer Leistungen zwischen verschiedenen Arztpraxen als zulässig anzusehen ist, zumal Casser im Kölner Kommentar zum EBM ebenfalls von der Zulässigkeit einer derartigen Leistungsaufteilung auszugehen scheint.

Zudem enthalten die Allgemeinen Bestimmungen des EBM in Nr. I. 2.1 Satz 4 folgende Regelung:

„Haben an der Leistungserbringung in dem selben Arztfall mehrere Arztpraxen mitgewirkt, so hat die die Gebührenordnungsposition berechnende Arztpraxis in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass die Arztpraxis mit den anderen Arztpraxen eine Vereinbarung getroffen hat, wonach nur sie in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungsposition berechnet.“

Eine Aufteilung vertragsärztlicher Leistungen zwischen verschiedenen Arztpraxen wird aufgrund der Formulierung in Nr. I. 2.1 Satz 2 und 4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM von einigen Kassenärztlichen Vereinigungen daher als zulässig angesehen.

Die Rechtsberatertagung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist allerdings zu der Rechtsauffassung gelangt, dass es sich bei den Allgemeinen Bestimmungen des EBM, soweit sie von der Zulässigkeit einer arztpraxisübergreifenden Leistungsaufteilung ausgehen, nur um Abrechnungsregelungen handelt, aus denen nicht hergeleitet werden kann, dass eine derartige Leistungsaufteilung generell zulässig ist. Vielmehr müsse die Zulässigkeit einer arztpraxisübergreifenden Leistungsaufteilung in der jeweiligen GOP geregelt sein (Eine GOP mit einer entsprechenden Regelung ist im EBM aktuell nicht enthalten).

Auch wenn diese Rechtsauffassung wenig überzeugend scheint, da die Geltung der Inhalte der Allgemeinen Bestimmungen des EBM unter Ziffer 1.1 für die Beschreibungen der Leistungsinhalte von Gebührenordnungspositionen vorgegeben wird, ist von der Zulässigkeit der arztpraxisübergreifenden Aufteilung einer vertragsärztlichen radiologischen Leistung bislang nicht ohne Wei-

teres auszugehen. Ohne vorherige Abstimmung mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und der rechtssicheren vertraglichen Vereinbarung einer derartigen Kooperation sollte eine arztpraxisübergreifende Leistungsaufteilung nicht praktiziert werden, um sich nicht dem Vorwurf einer Falschabrechnung auszusetzen (Vgl. Wigge, Kaufhold, RoFo, 2019, S. 672, 673).

bb. Privatpatienten

Im Bereich der privatärztlichen Behandlung bestehen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gesonderte rechtliche Anforderungen an den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung.

(1) Anforderungen nach § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ

Bei Privatpatienten bzw. Selbstzahlern ist die Vorschrift des § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ zu beachten, wonach der Arzt Gebühren nur berechnen kann für Leistungen, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden. Die Norm verlangt in diesem Zusammenhang jedenfalls eine zureichende Anbindung der Behandlung an die Personen der vertraglich verpflichteten Ärzte (Spickhoff in: Spickhoff, 2022, GOÄ § 4, Rn. 3).

Gebühren berechnen darf der Arzt nur für eigene (selbständige) Leistungen. Neben den selbst („höchstpersönlich“) erbrachten Leistungen gelten als eigene Leistungen gemäß § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ auch Leistungen, die unter Aufsicht und nach fachlicher Weisung des abrechnenden Arztes erbracht werden („persönliche Leistungen“) (vgl. Spickhoff in: Spickhoff, 2022, GOÄ §4, Rn. 3; Laufs, Kern, Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 2019, § 82 Rn. 38, S. 577). Hierbei handelt es sich um eine Ausnahmeregelung zu § 630b i.V. m. § 613 S. 1 BGB, wonach der zur Dienstleistung Verpflichtete die Dienste im Zweifel in Person zu leisten hat. Als Ausnahmeverordnung muss die Regelung grundsätzlich eng ausgelegt werden (OLG Celle MedR 2015, 821; LG Bonn MedR 1997, 81, 82; AG München, Urt. v. 09.06.1993, Az.: 232 C 4391/93; Spickhoff in: Spickhoff, 2022, GOÄ § 4, Rn. 9). Erbringt der Arzt die Leistung nicht höchstpersönlich, so ist Voraussetzung für die Leistungsberechnung, dass er eigenverantwortlich an der Leistungserbringung mitwirkt und der Leistung dadurch sein persönliches Gepräge gibt (AG Ulm, Urt. v. 06.12.2000, Az.: 1 C 1536/00). Der Arzt hat die Verantwortung für die delegierte Leistung. Es muss also gewährleistet sein, dass er dieser

Verantwortung im Einzelfall sowohl tatsächlich als auch fachlich gerecht werden kann. Dazu reicht es nicht aus, dass der Arzt lediglich die „Hilfsperson“, derer er sich für die Leistungserbringung bedient, sorgfältig auswählt. Auch das bloße Anordnen einer Leistung entspricht nicht den Anforderungen (Miebach in: Uleer, Miebach, Patt, 2006, GOÄ, § 4, Rn. 39).

§ 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ setzt auch eine zulässige Übertragung der Leistungsausführung an Dritte voraus. Auch wenn die Verrichtung durch unter der Aufsicht des Arztes stehende Personen erbracht wird, diesen die Leistung aber dienstvertraglich oder berufsrechtlich nicht hätte übertragen werden dürfen, kann die Leistung nicht berechnet werden. Kann der Arzt die Verrichtung mangels entsprechender weiterbildungsrechtlicher Qualifikation nicht fachgerecht selbst erbringen, ist er zur Abrechnung nicht berechtigt, da eine „fachliche“ Weisung nicht erteilt werden kann (vgl. Amtliche Begründung zur 3. ÄndV zur GOÄ; Cramer/Henkel, MedR 2004, 593, 596; Miebach in: Uleer, Miebach, Patt, GOÄ, 4, Rn. 39).

Auch im Rahmen der Frage nach der eigenen Leistung und dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung bei der Behandlung von Privatpatienten ist die Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu beachten (Hoffmann, Kleinken, Kommentar zur GOÄ, 2025, § 4, Rn. 3.3).

Ferner ist zu beachten, dass die Befundung Leistungsbestandteil der in Abschnitt O der GOÄ geregelten Leistungen ist. Dies ergibt sich bereits aus den allgemeinen Bestimmungen aus den Ziffern 3 und 4. In der Ziffer 3 ist geregelt, dass die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht mit Angaben zu Befund(en) und zur Diagnose Bestandteil der Leistungen und nicht gesondert berechnungsfähig ist. Aus Ziffer 4. ergibt sich, dass die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) nicht als selbstständige Leistung berechnungsfähig ist.

Wenn die Befundmitteilung und bei Röntgenaufnahmen die Beurteilung der Aufnahmen nicht gesondert berechnungsfähig ist, ist davon auszugehen, dass die Befunderstellung ebenfalls nicht gesondert berechnungsfähig ist. Denn die mit der Gebühr abgegoltene Befundmitteilung umfasst im Wesentlichen die Beschreibung des radiologischen Befundes. Der ebenfalls abgegoltene einfache Befundbericht enthält darüber hinaus diagnostische Feststellungen (Hoffmann, Kleinken, Kommentar

zur GOÄ, 2025, Abschn. O, Rn. 3). Die GOÄ kennt keine eigenständige Befundungsgebühr. Die Beurteilung von Fremdaufnahmen ist ebenfalls nicht eigenständig berechenbar (Hoffmann, Kleinken, Kommentar zur GOÄ, 2025, Abschn. O, Rn. 4). Auch im Rahmen der Teleradiologie nach § 5 Nr. 38 StrlSchG, bei der die Bilderstellung getrennt von der Befundung erfolgt, kann keine gesonderte Berechnung der Befundung erfolgen (Hoffmann, Kleinken, Kommentar zur GOÄ, 2025, Abschn. O, Rn. 4).

(2) Erforderlichkeit der Eingliederung der externen Radiologen in den Verantwortungsbereich des niedergelassenen Radiologen

Die Befunderstellung stellt lediglich einen Teil der Leistung dar, die gegenüber dem Patienten zu erbringen ist. Fraglich ist, ob hierbei angenommen werden kann, dass diese von dem niedergelassenen Radiologen an einen externen Radiologen delegiert werden kann, sodass die radiologische Untersuchungsleistung als „unter seiner Aufsicht und fachlichen Weisung“ erbracht angesehen werden kann bzw. ob dies gebührenrechtlich zulässig ist.

Zunächst kann bei Ärzten, die nicht in den Betrieb einer niedergelassenen Arztpraxis durch eine Anstellung oder Gesellschafterstellung eingegliedert sind, davon ausgegangen werden, dass die Befunderstellung rechtlich nicht unter Aufsicht des niedergelassenen Radiologen erfolgt, denn die Ärzte sind nicht am gleichen Ort („sub tectu“) anwesend.

(3) Aufteilung von Leistungen im Anwendungsbereich der GOÄ

Ob die im EBM vorgesehene Aufteilung von Leistungen – im Lichte des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung – auch nach der GOÄ zulässig ist, ist bisher nicht abschließend geklärt.

Da es bei der privatärztlichen Leistungserbringung keinen konstitutiven Statusakt wie eine Zulassung oder Anstellungsgenehmigung gibt, ist daher zu hinterfragen, ob es eine die Anforderungen des § 4 Abs. 2 S.1 Var. 2 GOÄ erfüllende Verantwortungskette des leistungserbringenden Arztes zum abrechnenden Arzt geben muss. Es ist zu klären, ob § 4 Abs. 2 S. 1 Var. 1 GOÄ lediglich dann anzuwenden ist, wenn Leistungen des nichtärztlichen Hilfspersonals in Rede stehen.

Anders als im wahlärztlichen Bereich, wo die Vertretung des Wahlarztes nur mit Einschränkungen möglich ist, kann sich der Arzt im ambulanten Bereich bei der Behandlung von Privatpatienten grundsätzlich unbeschränkt vertreten lassen und es bedarf dazu keiner vorherigen gesonderten oder gar schriftlichen Vereinbarung mit dem Patienten. Die GOÄ trifft zu der Vertretung des Arztes im ambulanten Bereich, anders als bei wahlärztlichen Leistungen, keine ausdrückliche Regelung, was nur so verstanden werden kann, dass hier die Möglichkeit des Arztes, sich vertreten zu lassen, stillschweigend vorausgesetzt wird (Clausen in: Stellpflug, Hildebrandt, Middendorf, Gesundheitsrecht Kompendium, 2024, 2.3 Persönliche Leistungserbringung im ambulanten Bereich, Rn. 70b. § 4 Abs. 2 GOÄ) trifft keinerlei Vorgaben, wie die Abrechnung von ambulanten Vertreterleistungen zu erfolgen hat (Dahm, MedR 2012, S. 367, 369).

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in seinem Urteil vom 04.04.2024 (BGH, Urt. v. 04.04.2024, Az.: III ZR 38/23, Rn. 17, 30 – juris) hierzu folgendes ausgeführt (Hervorhebungen und Unterstreichungen nicht im Original):

„Deren in § 1 Abs. 1 GOÄ beschriebener Anwendungsbereich setzt nicht voraus, dass Anspruchsteller und Vertragspartner des Patienten ein Arzt ist, sondern dass die Vergütung für die beruflichen Leistungen eines Arztes geltend gemacht wird. Die GOÄ findet deshalb auch dann Anwendung, wenn der Behandlungsvertrag mit einer juristischen Person, zum Beispiel einem Krankenhausträger, abgeschlossen wird und die (ambulanten) Leistungen durch Ärzte erbracht werden, die lediglich im Rahmen eines Anstellungs- oder Beamtenverhältnisses in der Erfüllung ihrer eigenen Dienstaufgaben tätig werden und selbst mit dem Patienten keine Vertragsbeziehung eingehen.“

[...]

„Das Berufungsgericht ist auch zu Recht davon ausgegangen, dass sowohl die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung nach § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ als auch die Verweisung in § 17 Abs. 3 Satz 7 KHEntG auf die entsprechende Anwendung der GOÄ für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen das weite Verständnis des Anwendungsbereichs der GOÄ nicht in Frage stellen. Die von einem Arzt im Rahmen eines Anstellungs- oder Beam-

tenverhältnisses erbrachten ambulanten Behandlungsmaßnahmen sind der juristischen Person, die die Behandlung gegenüber dem Patienten vertraglich schuldet und selbst keine Leistung „persönlich“ erbringen kann, zuzurechnen, so dass die Voraussetzungen einer persönlichen Leistungserbringung im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ erfüllt sind. § 17 Abs. 3 Satz 7 KHEntgG betrifft die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen neben allgemeinen Krankenhausleistungen bei (teil-)stationärer Behandlung. Für die Abrechnung ambulanter Leistungen gibt die Vorschrift nichts her.“

Im Kern hat der BGH damit bereits den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung für den Fall der Behandlung durch eine juristische Person und eines „Anstellungs- oder Beamtenverhältnisses“ aufgeweicht. Die Leistungen eines Arztes sind daher auch dann der abrechnenden juristischen Person zuzurechnen, wenn die Leistungen nicht „unter Aufsicht und fachlicher“ Weisung der juristischen Person erbracht wurden.

Der nächste juristische Schritt – und hier entscheidend, aber durch die Rechtsprechung noch nicht abschließend beurteilt – wäre, dass die Leistung auch dann abrechenbar ist, wenn diese durch einen Arzt erbracht wurde. § 4 Abs. 2 S. 1 Var. 2 GOÄ würde daher nach der hier vertretenen Auffassung ausschließlich im Verhältnis Arzt – nichtärztlicher Mitarbeiter und nicht im Verhältnis Arzt – Arzt Anwendung finden.

Für diese Annahme spricht auch die Regelung in § 5 Abs. 5 GOÄ. Diese regelt:

„Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalfbachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalfbachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8fache des Gebührensatzes.“

Selbst bei Wahlleistungen ist also eine Leistungserbringung – wenn diese nicht den Kernbereich des jeweiligen Fachgebiets betrifft – durch einen anderen Arzt zulässig (vgl. BGH, Urt. v. 13.03.2025, Az.: III ZR 40/24, Rn. 26 m.w.N. – juris). Des reduzierten Gebührenrahmens des § 5 Abs. 5 GOÄ bedürfte es aber nicht, wenn die Leistungen des anderen Arztes dem Wahlarzt

nach § 4 Abs. 2 S. 1 Var. 2 GOÄ zugerechnet werden und diese daher als „eigene Leistungen“ gelten.

In der Literatur wird daher auch vertreten, dass im Bereich der nichtoperativen Fächer zwar die Regie über die Gesamtdiagnostik und die Therapie als nicht delegationsfähige Hauptleistung anzusehen sein, jedoch Einzelschritte delegationsfähig sind (Spickhoff in: Spickhoff, 2022, §4, Rn. 10).

Im Ergebnis ist daher davon auszugehen, dass die Aufteilung von Leistungen zwischen mehreren Ärzten im privatärztlichen Bereich zulässig ist und keine Verantwortungskette bestehen muss, welche die Anforderungen nach § 4 Abs. 2 S. 1 Var. 2 GOÄ erfüllt. Allerdings hat die zivilrechtliche Rechtsprechung diesen Fall bislang noch nicht entschieden.

(4) Vorbefundung als abrechnungsfähige ärztliche Leistung

Insofern ist noch nicht abschließend geklärt, ob es ausreicht, dass der niedergelassene Radiologe den Befund der externen Radiologen medizinisch validiert und es sich mithin um eine „eigene Leistung“ i. S. d. § 4 Abs. 2 S. 1 Var. 1 GOÄ handelt, auch wenn die Eigenart der privatärztlichen Leistungen für diese Annahme spricht.

Entscheidend ist, dass die Leistungen gemäß § 1 Abs. 2 GOÄ nach den Regeln der ärztlichen Kunst erbracht werden. Deshalb hat es die zivilrechtliche Rechtsprechung – mit divergierenden Begründungen – bisher auch nicht verneint, dass MRT-Untersuchungen durch einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie erbracht und abgerechnet werden können (vgl. OLG Nürnberg, Urt. v. 09.01.2020, Az.: 5 U 634/18; BayObLG, Urt. v. 18.01.2022, Az. 1 ZRR 40/20; OLG Frankfurt, Urt. v. 02.06.2022, Az.: 22 U 131/20).

Für die Leistungserbringung in der privatärztlichen Versorgung ist es daher denkbar, dass die medizinische Validierung des Befundes der externen Radiologen durch den niedergelassenen Radiologen eine ausreichende „eigene Leistung“ i. S.d. § 4 Abs. 2 S. 1 Var. 1 GOÄ darstellt, welche die Abrechnung der jeweiligen Gebührennummer des Gebührenverzeichnisses gemäß § 4 Abs. 1 GOÄ i.V.m. Anlage GOÄ rechtfertigt.

Für die gebührenrechtliche Zulässigkeit der Einbeziehung externer Radiologen durch

den niedergelassenen Radiologen könnten auch die Bestimmungen in § 4 Abs. 3 S. 2, Abs. 5 GOÄ sprechen.

§ 4 Abs. 5 GOÄ regelt (Hervorhebung nicht im Original):

„Sollen Leistungen durch Dritte erbracht werden, die diese dem Zahlungspflichtigen unmittelbar berechnen, so hat der Arzt ihn darüber zu unterrichten.“

§ 4 Abs. 3 S. 2 GOÄ bestimmt folgendes (Hervorhebung nicht im Original):

„Hat der Arzt ärztliche Leistungen unter Inanspruchnahme Dritter, die nach dieser Verordnung selbst nicht liquidationsberechtigt sind, erbracht, so sind die hierdurch entstandenen Kosten ebenfalls mit der Gebühr abgegolten.“

Insoweit scheint § 4 Abs. 3 S. 2 GOÄ davon auszugehen, dass der Arzt bei der Leistungserbringung Dritte zulässigerweise miteinbeziehen kann. Denn § 4 Abs. 3 S. 2 GOÄ betrifft gerade Leistungen innerhalb des ärztlichen Verantwortungsbereiches. Auf selbständige Leistungen Dritter außerhalb des ärztlichen Verantwortungsbereichs bezieht sich die Regelung nicht (Spickhoff in: Spickhoff, 2022, GOÄ § 4 Rn. 45; Miebach in: Uleer/Miebach/Patt, 2006, GOÄ § 4 Rn. 105).

Aus § 4 Abs. 5 GOÄ könnte zunächst geschlossen werden, dass der Patient nicht darüber zu informieren ist, wenn Leistungen durch Dritte erbracht werden, wenn diese dem Zahlungspflichtigen nicht unmittelbar berechnet werden (*„argumentum e contrario“*). Ebenso könnte daraus auch geschlossen werden, dass eine Einbeziehung eines Dritten generell zulässig ist. Denn wenn es zulässig ist, einen Dritten die Leistungen erbringen zu lassen, wenn dieser dem Patienten diese unmittelbar berechnet, muss dies erst recht bei der Heranziehung eines Dritten gelten, welcher dem Patienten diese nicht unmittelbar berechnet (*„a maiore ad minus“*).

Letztlich bleibt aber offen, wie viel der abrechnende Arzt „selbst“ nach § 4 Abs. 2 S. 1 Var. 1 GOÄ erbracht haben muss, damit die Leistung durch ihn abrechenbar ist. Denn anders als der EBM (Nr. I.2.1 der Allgemeinen Bestimmungen) sieht die GOÄ gegenwärtig keine Bestimmung vor, in welchem Umfang die Leistung bzw. ein Teil der Leistung erbracht worden sein muss, damit die

Leistung abrechenbar ist. Es wird also in der aktuellen GOÄ ausdrücklich keine „Vollständigkeit“ der Leistungserbringung gefordert, damit die Leistung abrechenbar ist (Der Entwurf einer neuen GOÄ sieht in § 4 Abs. 1 S. 2 GOÄ-E nun vor, dass die Gebühr für eine Leistung nur berechnet werden kann, „wenn deren für die Berechnung erforderlicher Inhalt vollständig erbracht worden ist.“ vgl. Gemeinsamer Entwurf einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von Bundesärztekammer und PKV-Verband, Stand: 30.04.2025). Wie bereits ausgeführt, dürfte Voraussetzung sein, dass er eigenverantwortlich an der Leistungserbringung mitwirkt und der Leistung dadurch sein persönliches Gepräge gibt. Der Arzt soll danach verpflichtet sein, zumindest die grundlegenden Entscheidungen hinsichtlich der Therapie bzw. der vorzunehmenden Eingriffe selbst zu treffen und die Behandlung eigenverantwortlich zu überwachen (Spickhoff in: Spickhoff, 2022, GOÄ § 4 Rn. 10). Der Arzt muss jedenfalls seiner Verantwortlichkeit für die Durchführung delegierter Leistungen im Einzelfall auch tatsächlich und fachlich gerecht werden können und die „Behandlungsregie“ innehalten (Spickhoff in: Spickhoff, 2022, GOÄ § 4 Rn. 10).

Selbst wenn die medizinische Validierung des Befundes der externen Ärzte lediglich einen Teil der zu erbringenden Leistung darstellen würden, würde dies daher dafür sprechen, dass die Leistung dennoch gebührenrechtlich als eigene Leistung abrechenbar ist. Wesentlich ist hier jedoch, an wen die fragliche Leistung delegiert wird; d. h. insbesondere das Ausmaß der Aufsicht muss von der Qualifikation des angewiesenen Arztes abhängen (Spickhoff in: Spickhoff, 2022, GOÄ § 4 Rn. 11).

(5) Zwischenergebnis

Es kann zwar keine rechtlich abschließende Aussage darüber getroffen werden, ob es für die zulässige Abrechnung der Leistungen nach der GOÄ ausreichend ist, dass die durch externe Ärzte erstellten Befunde durch den niedergelassenen Radiologen geprüft und sodann ggf. freigegeben oder korrigiert werden.

Es könnte sich hierbei jedoch bereits um eine ausreichende Leistung des niedergelassenen Radiologen „selbst“ i. S. d. § 4 Abs. 2 S. 1 Var. 1 GOÄ handeln, sodass die Leistungserbringung als „eigene Leistung“ gilt. Selbst wenn man dies verneint, käme es in Betracht, dass die Leistungserbringung im Rahmen der GOÄ zulässigerweise

aufgeteilt werden kann und es gebührenrechtlich lediglich darauf ankommt, dass der ursprüngliche Befund durch einen Arzt erstellt wurde.

III. Ergebnis

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Einbeziehung externer Radiologen, die über keine Abrechnungsgenehmigung (Zulassung, Anstellung) in der vertragsärztlichen Versorgung verfügen, in die Befundung eines niedergelassenen Radiologen vertragsarztrechtlich generell unzulässig ist. Soweit ein Arzt nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt ist, darf die Erbringung (von Teilen) vertragsärztlicher Leistungen nicht regelhaft auf ihn übertragen werden. Ärztliche Leistungen an denen der Arzt, der nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, mitwirkt, sind nur dann vertragsärztlich abrechenbar, wenn er sie zulässigerweise als Vertreter i. S. d. § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV erbringt.

Radiologische Leistungen, die unter Einbeziehung externer, nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte erbracht werden, sind daher gegenüber der KV generell nicht abrechenbar.

Dagegen ist die standortübergreifende Erbringung und Aufteilung von radiologischen Leistungen innerhalb einer BAG oder zwischen mehreren MVZ eines identischen Trägers nach Nr. I. 2.1 Satz 3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM als zulässig anzusehen. Auch eine Aufteilung radiologischer Leistungen zwischen zugelassenen und angestellten Fachärzten für Radiologie verschiedener Arztpraxen dürfte nach Nr. I. 2.1 Satz 4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM als zulässig anzusehen sein. Aufgrund der noch vollständig geklärten Rechtslage und der ableh-

nenden Äußerung der Rechtsberatertagung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sollte ein solches Vorhaben jedoch vorab mit der zuständigen KV abgeklärt werden.

So eindeutig negativ wie das Ergebnis im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ausfällt, ist dies für den Bereich der privatärztlichen Versorgung nicht zu beurteilen, denn die GOÄ sieht eine vergleichbare Differenzierung von Ärzten innerhalb oder außerhalb einer Arztpraxis nicht vor. Es kommt bereits in Betracht, dass die medizinische Validierung des Erstbefundes von externen Ärzten durch den niedergelassenen Radiologen ausreichend ist, damit der niedergelassene Radiologe „selbst“ i. S. d. § 4 Abs. 2 S. 1 Var. 1 GOÄ die radiologischen Leistungen erbringt und diese daher als „eigene Leistung“ gelten. Ebenso ist es denkbar, dass es sich vorliegend ausschließlich um eine zulässige Aufteilung von Leistungen handelt.

Für den privatärztlichen Bereich dürfte daher die Einbeziehung externer Radiologen anderer Arztpraxen, MVZ und von gewerblichen Dienstleistern im Rahmen der Befundung möglich sein, so dass eine Abrechnung der Leistungen nach der GOÄ grundsätzlich zulässig erscheint. Es verbleiben jedoch angesichts der nicht abschließend geklärten Rechtsfragen noch bestehende Risiken. Vor diesem Hintergrund sollte eine vorherige Abstimmung mit der jeweils zuständigen Ärztekammer erfolgen, ob die Einbeziehung externer Radiologen bei der Befundung radiologischer Leistungen gegenüber Privatpatienten bei einer Abrechnung nach der GOÄ zulässig ist. ■

Impressum

Prof. Dr. Peter Wigge,
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Karina Jentsch
Rechtsanwältin

Hendrik Hörlein, LL.M.
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Zertifizierter Healthcare
Compliance Officer (FH)

Rechtsanwälte Wigge
Scharnhorststr. 40
48 151 Münster
Tel.: (0251) 53 595-0
Fax: (0251) 53 595-99
Internet: www.ra-wigge.de