



## Zulässigkeit der selbständigen radiologischen Befundung durch Ärzte in Weiterbildung im Krankenhaus

### Inhalt

- I. Einleitung**
- II. Strahlenschutzrecht**
  - 1. Erfordernis der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz
  - 2. Anforderungen für die Anwendung ionisierender Strahlen am Menschen
  - 3. Anforderungen in der Teleradiologie
  - 4. Zwischenergebnis
- III. Krankenhaus- und Krankenhausvergütungsrecht**
- IV. Gestuftes System von Notfallstrukturen nach § 136c Absatz 4 SGB V**
  - 1. CT-Untersuchungen (§ 11 Abs. 1 2. Spiegelstrich G-BA Beschluss)
  - 2. Voraussetzungen eines Schockraums (§ 11 Abs. 1 1. Spiegelstrich G-BA Beschluss)
    - a. Technische Voraussetzungen
    - b. Personelle Voraussetzungen
  - 3. Magnetresonanztomographie
- V. Wahlleistungspatienten nach § 17 KHEntgG und ambulante Privatpatienten**
- VI. Einsatz von Ärzten in Weiterbildung des Krankenhauses bei vertragsärztlichen Leistungen**
  - 1. Persönliche Ermächtigung
  - 2. Institutsermächtigung
- VII. Weiterbildungsrecht**
  - 1. Ziele der Weiterbildung, § 1 MWBO
  - 2. Art, Inhalt und Dauer der Weiterbildung, § 4 MWBO
  - 3. Weiterbildung in der Radiologie
  - 4. Zwischenergebnis
- VIII. Zusammenfassung**

### **I. Einleitung**

Die radiologische Versorgung in Krankenhäusern erfolgt nicht nur durch Fachärzte (Die in diesem Beitrag verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich gleichermaßen auf weibliche und

männliche Personen. Auf eine Doppelnennung wird zugunsten einer besseren Lesbarkeit verzichtet) für Radiologie, sondern auch durch Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Radiologie. Diese befinden sich bei der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in einem Lernprozess, der auf

den Erwerb theoretischer Kenntnisse und praktischer Fähigkeiten abzielt. Vor dem Hintergrund dieses Prozesses ergibt sich die Frage, welche Tätigkeiten Ärzte in Weiterbildung ausüben können und dürfen, da sie zwar bereits über eine Approbation verfügen, jedoch im Bereich der radiologischen Befundung über unterschiedliche Kenntnisse und Erfahrungen je nach dem Stand ihrer Weiterbildung verfügen. Im Krankenhausbetrieb werden Ärzte, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Radiologie befinden, unter anderem eingesetzt, um Röntgen-, CT- und MRT-Aufnahmen zu befunden. Hier stellt sich die Frage, ob eine abschließende Befundung dieser Leistungen durch Ärzte in Weiterbildung rechtlich zulässig ist, ohne dass ein Facharzt für Radiologie den Befund kontrolliert oder abschließend freigibt.

Im Rahmen dieses Beitrages werden insbesondere die strahlenschutzrechtlichen Anforderungen (**II.**) sowie die Anforderungen aus dem Krankenhaus- und Krankenhausvergütungsrecht (**III.**), dem System der Notfallstrukturen nach § 136c Abs. 4 SGB V (**IV.**), dem bei Wahlleistungspatienten anzuwendenden Recht nach § 17 KHEntgG (**V.**) und dem Vertragsarztrecht (**VI.**) untersucht. Zum Schluss wird Bezug auf die Vorgaben des ärztlichen Weiterbildungsrechts genommen (**VII.**).

Neben den vorbenannten Rechtsgebieten ist auch das (zivilrechtliche) Behandlungsvertragsrecht relevant, welches nicht Gegenstand dieses Beitrages ist. Nach § 630a Abs. 2 BGB ist bei der Behandlung der im Zeitpunkt der Behandlung bestehende, allgemein anerkannte fachliche Standard zu wahren. Gemeint ist damit der Facharztstandard. Das bedeutet, dass in jeder Phase der medizinischen Behandlung der Standard eines erfahrenen Arztes der jeweiligen Fachrichtung zu gewährleisten ist (*Katzenmeier* in: Beck OK BGB, 75. Ed., BGB, § 630a BGB, Rn. 161). Grundsätzlich ist hier zu beachten, dass sich der Facharztstandard losgelöst von der formellen Ernennung zum Facharzt bestimmt. Der Begriff des Facharztstandards beschreibt vielmehr die dem Patienten geschuldete Sorgfalt im Rahmen der ärztlichen Behandlung. So kann auch bei einer Behandlung durch einen Nicht-Facharzt der Facharztstandard gewahrt sein, sofern dieser bei der Behandlung durch einen Facharzt angeleitet und überwacht wurde (*Wigge/Feldmeier-Budermann* in: RoFo, 2021, S. 480, 481). Wie sich aus der Vielzahl der angespro-

chenen Rechtsgebiete ergibt, ist die Rechtslage im Hinblick auf die abschließende und alleinige Befundung von radiologischen Aufnahmen durch Ärzte in Weiterbildung rechtlich komplex.

## II. Strahlenschutzrecht

Fraglich ist, ob es in strahlenschutzrechtlicher Hinsicht zulässig ist, dass ein Arzt in Weiterbildung Befundungen vornimmt und diese freigegeben werden, ohne dass diese abschließend von einem Facharzt für Radiologie kontrolliert werden. Hier ist zunächst zu beachten, dass die nachfolgenden Ausführungen für die Befundung von MRT-Aufnahmen nicht relevant sind, da die Magnetresonanztomographie nicht mit ionisierender Strahlung arbeitet. Relevanz haben die nachfolgenden Ausführungen allerdings für Röntgen- und CT-Aufnahmen.

Maßgebliche Vorschriften im Bereich des Strahlenschutzrechts ergeben sich aus dem Strahlenschutzgesetz (nachfolgend: StrlSchG) und der Strahlenschutzverordnung (nachfolgend: StrlSchV).

Weder in dem StrlSchG noch in der StrlSchV wird erwähnt, ob Ärzte in Weiterbildung CT-Untersuchungen bzw. Röntgenuntersuchungen durchführen und befunden können, ohne dass ein Facharzt für Radiologie den Befund kontrolliert. Das StrlSchG und die StrlSchV stellen nicht darauf ab, ob der die Befundung durchführende Arzt Facharzt für Radiologie ist bzw. die Weiterbildung hierzu abgeschlossen hat. Das Strahlenschutzrecht stellt lediglich auf die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz ab.

### 1. Erfordernis der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz

Der Begriff der erforderlichen Fachkunde wird sowohl in der StrlSchV (z. B. §§ 47, 145 StrlSchV) als auch im StrlSchG (z. B. §§ 5, 74 StrlSchG) erwähnt. § 74 StrlSchG definiert die Anforderungen an die erforderliche Fachkunde sowie die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz und bildet u. a. für den Erwerb der erforderlichen Fachkunde und die erforderlichen Kenntnisse einen rechtlichen Rahmen (*Vahlbruch/Petzholdt* in: Akbarian/Raetzke, 2. Aufl. 2026, StrlSchG, § 74, Rn. 1). § 74 Abs. 1 StrlSchG bestimmt, dass für den Erwerb der erforderlichen Fachkunde eine geeignete Ausbildung, praktische Erfah-

nung (Sachkunde) und die erfolgreiche Teilnahme an von der zuständigen Stelle anerkannten Kursen erforderlich ist (*Vahlbruch/Petzholdt* in: Akbarian/Raetzke, 2. Aufl. 2026 StrlSchG, § 74, Rn. 20). Die drei vorbenannten Voraussetzungen müssen dabei kumulativ erfüllt sein und entsprechen den Voraussetzungen nach § 18a der außer Kraft getretenen Röntgenverordnung (nachfolgend: RöV). Der Bundesgesetzgeber ist ausweislich seiner Gesetzesbegründung davon ausgegangen, dass die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz auch im Studium erworben werden kann; dies sei in der Zahnmedizin der Fall (BT-Drs. 18241, S. 320). Für Ärzte ist in der Regel davon auszugehen, dass diese die erforderliche Fachkunde nach Bestehen der ärztlichen Prüfung und während der Weiterbildung erwerben (*Vahlbruch/Petzholdt* in: Akbarian/Raetzke, 2. Aufl. 2026, StrlSchG, § 74, Rn. 23). In diesem Zusammenhang ist auch die Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin (nachfolgend: Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz) zu beachten (*Vahlbruch/Petzholdt* in: Akbarian/Raetzke, 2. Aufl. 2026, StrlSchG, § 74, Rn. 23), die noch vor Inkrafttreten des Strahlenschutzgesetzes und der neuen Strahlenschutzverordnung unter Geltung der Röntgenverordnung und der alten Strahlenschutzverordnung erlassen und noch nicht an die neuen gesetzlichen Vorgaben angepasst wurde.

Die Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz regelt unter 3.2, dass Ärzte, die eigenverantwortlich Röntgenstrahlung zur Untersuchung oder Behandlung am Menschen anwenden oder die die rechtfertigende Indikation stellen oder in der Teleradiologie die Verantwortung für die Anwendung der Röntgenstrahlung haben, die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzen müssen. Der Erwerb der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz gliedert sich in die Bereiche der Sachkunde, der Kurse im Strahlenschutz und den Fachkundenachweis (4.1 der Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz). Unter 4.2.1 der Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlung werden die Ziele der Fachkunde genannt. So soll der Erwerb dieser Sachkunde insbesondere das Erlernen der rechtfertigenden Indikation, der technischen Durchführung und der Befundung von Röntgenuntersuchungen unter besonderer Beachtung des Strahlenschutzes beinhalten. Die Mindestanforderungen zum

Sachkunderwerb in den verschiedenen Arten der Untersuchungen von Menschen mit Röntgenstrahlung unterteilen sich in Rö1 – Rö10. Um die Fachkunde für die jeweiligen Röntgenmethoden zu erhalten, muss dementsprechend die Anzahl der dokumentierten Untersuchungen in unterschiedlichen Mindestzeiten vorliegen. Diese variiert je nach Reichweite der Fachkunde. Auch hier ist ein Erlangen der notwendigen Untersuchungen im Rahmen der Weiterbildung möglich. Im Rahmen des Sachkunderwerbs sind dabei für die Rö5 (Computertomographie (CT) einschließlich sonstiger tomographischer Verfahren zur Hochkontrastbildgebung) 1.000 dokumentierte Untersuchungen und eine Mindestzeit von 12 Monaten erforderlich. Für die Rö5.1 (CT bei Erwachsenen und Kindern – nur in Verbindung mit Rö3.1, Rö3.2 und Rö3.3) und die Rö5.2 (CT des Schädels – nur in Verbindung mit Rö3.1) sind weitere dokumentierte Untersuchungen und eine Mindestzeit erforderlich. Ein Arzt in Weiterbildung, der sich bereits in einem fortgeschrittenen Stadium der Weiterbildung befindet, kann demnach über die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz verfügen bzw. diese erlangen.

## 2. Anforderungen für die Anwendung ionisierender Strahlen am Menschen

§ 145 Abs. 1 StrlSchV regelt den Kreis der berechtigten Personen bei der Anwendung ionisierender Strahlung am Menschen. In § 145 Abs. 1 StrlSchV ist Folgendes geregelt (Hervorhebung nicht im Original):

*„Der Strahlenschutzverantwortliche hat dafür zu sorgen, dass ionisierende Strahlung und radioaktive Stoffe am Menschen nur angewendet werden von **Personen, die als Ärzte oder Zahnärzte approbiert sind oder denen die vorübergehende Ausübung des ärztlichen oder zahnärztlichen Berufs erlaubt ist** und die*

*1. entweder die **für die Anwendung erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzen** oder*

*2. auf ihrem speziellen Arbeitsgebiet über die für die Anwendung radioaktiver Stoffe und ionisierender Strahlung **erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz verfügen und unter ständiger Aufsicht und Verantwortung einer der unter Nummer 1 genannten Personen tätig sind**“.*

Aus der Regelung ergibt sich, dass ionisierende Strahlung nur von Personen angewendet werden darf, die approbiert sind oder denen die vorübergehende Ausübung des ärztlichen Berufs erlaubt ist. Da die Ärzte in Weiterbildung bereits approbierte Ärzte sind, dürfen sie, sofern sie die erforderliche Fachkunde besitzen, ionisierende Strahlung am Menschen anwenden. Sofern sie die erforderliche Fachkunde nicht besitzen, müssen sie über die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz verfügen und unter ständiger Aufsicht und Verantwortung eines Arztes sein, der über die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz verfügt. Dies ergibt sich auch aus 6.2.1 der Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz. Ärzte in Weiterbildung, die CT-Untersuchungen bzw. Röntgenuntersuchungen durchführen, müssen daher entweder selbst über die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz verfügen oder unter ständiger Aufsicht und Verantwortung eines Arztes, der die erforderliche Fachkunde besitzt, tätig sein und über die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz verfügen.

### 3. Anforderungen in der Teleradiologie

§ 5 Abs. 38 StrlSchG nimmt eine Legaldefinition des Begriffs des Teleradiologen vor. Hierbei handelt es sich um einen Arzt, der sich während einer Untersuchung eines Menschen mit Röntgenstrahlung nicht am Ort der technischen Durchführung befindet und der die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzt. Weiterhin wesentlich für die Teleradiologie ist, dass die Untersuchung des Menschen mit Röntgenstrahlung unter der Verantwortung des Teleradiologen erfolgt.

Bei der Teleradiologie ist zwischen der Person, die am Ort der technischen Durchführung anwesend ist und die CT-Untersuchung durchführt, und der Person, die die CT-Aufnahmen bzw. die Röntgenaufnahmen befundet, zu differenzieren. Die Person, die am Ort der technischen Durchführung der Teleradiologie anwesend ist, muss die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz haben (§ 49 Abs. 1 Nr. 2 StrlSchV, § 14 Abs. 2 Nr. 3 lit. b. StrlSchG). Für die Befundung im Rahmen der Teleradiologie ist daher die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz erforderlich, wohingegen der Arzt, der die Untersuchung durchführt, nur die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz haben muss.

Zu beachten ist darüber hinaus, dass nach § 14 Abs. 2 Nr. 4 lit. b. StrlSchG erforderlich ist, dass ein Gesamtkonzept vorliegt, das eine im Einzelfall erforderliche persönliche Anwesenheit des Teleradiologen am Ort der technischen Durchführung innerhalb eines für eine Notfallversorgung erforderlichen Zeitraums ermöglicht. Diese Voraussetzung der im Einzelfall erforderlichen persönlichen Anwesenheit des Teleradiologen am Ort der Untersuchung ist dann erfüllt, wenn der Standort des Krankenhauses maximal 30 Minuten entfernt ist und der Teleradiologe bis zu seinem Eintreffen im Krankenhaus maximal 45 Minuten benötigt. Die Notfallversorgung umfasst im teleradiologischen Kontext jede problematische Untersuchungssituation, die die Anwesenheit des Teleradiologen erfordert, beispielsweise bei Unverträglichkeit eines Kontrastmittels oder der Durchführung akut indizierter Behandlungen oder Untersuchungen.

§ 14 Abs. 2 Nr. 4 lit. b. StrlSchG liegt der Gedanke zugrunde, dass in den Fällen der teleradiologischen Untersuchung eine Ausnahme von dem Grundsatz der persönlichen Anwesenheit des die rechtfertigende Indikation stellenden Arztes gemacht wird. Daher muss sichergestellt sein, dass der Schutz der Gesundheit des Patienten vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung in nahezu gleicher Weise dem Regelfall, bei dem ein Arzt mit der vollen Fachkunde im Strahlenschutz persönlich anwesend ist, entspricht.

### 4. Zwischenergebnis

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass im Strahlenschutzrecht lediglich das Erfordernis der Fachkunde im Strahlenschutz besteht. Dieses Erfordernis gilt insbesondere auch für den befundenden Teleradiologen. Darüberhinausgehende Anforderungen, wie die abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt für Radiologie, werden im Strahlenschutzrecht für eine abschließende Befundung radiologischer Leistungen durch Ärzte in Weiterbildung nicht gefordert.

### III. Krankenhaus- und Krankenhausvergütungsrecht

Für Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind, ist ferner zu prüfen, ob sich aus dem KHG oder dem KHEntgG Anforderungen hinsichtlich der Frage ergeben, ob Ärzte, die radiologische Aufnahmen befunden, Fachärzte für Radiologie sein müssen

oder ob es ausreicht, wenn diese in Weiterbildung (zum Facharzt für Radiologie) sind und über eine ausreichende Fachkunde im Strahlenschutz verfügen.

Hierzu ist festzustellen, dass sich aus dem KHG oder dem KHEntgG für die Abrechnungen der Leistungen keine Anforderungen an die Facharztqualität des Arztes ergeben, der die Befundung durchführt.

Vorgaben zur Behandlung durch Fachärzte gibt es für die sog. Komplexbehandlungen und weitere Behandlungen, die aus der Anlage 6 (Erforderliche Unterlagen zu OPS-Codes (OPS-Version 2025)) der LOPS-RL hervorgehen. Die OPS-Codes aus dem Kapitel 8 (nicht operative therapeutische Maßnahmen), die Komplexbehandlungen betreffen, schreiben häufig vor, dass eine fachärztliche Behandlungsleitung zu erfolgen hat. Die Anforderungen an die fachärztliche Behandlungsleitung und deren Nachweis werden in der Anlage 6 näher ausgeführt. Das Bundessozialgericht (im Folgenden: BSG) hat in einem Urteil vom 10.03.2015 hierzu Folgendes festgehalten (BSG, Ur. v. 10.03.2015, Az.: B 1 KR 4/15, Rn. 14, juris):

*„Nach den für die Auslegung von Vergütungsregelungen oben aufgezeigten Kriterien folgt schon aus dem Wortlaut ‚Behandlungsleitung‘ – und nicht bloß Leitung oder Teamleitung –, dass es dabei um eine gesteigerte Verantwortung für die unmittelbare Behandlung der Patienten und nicht nur um die Verantwortung für die Organisation und das Funktionieren der Behandlungseinheit geht. Eine derartige Verantwortung kann aber nur bei persönlicher Anwesenheit eines über die in OPS (2007) 8–550. genannten Qualifikationen verfügenden, seine Behandlungsleitung für die Dauer der Behandlung tatsächlich ausübenden Facharztes wahrgenommen werden.“*

Für CT-Leistungen, die in Kapitel 3, 3–20 – 3–26 geregelt sind, gibt es keine Vorgaben in den einzelnen OPS-Codes dazu, dass die Aufnahmen von einem Facharzt zu befunden sind. Das gleiche gilt für OPS-Codes der Projektionsradiographie mit Kontrastmittelgabe (Kapitel 3, 3–130–3–13x) und Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Kapitel 3, 3–100). Ferner sind auch Maßnahmen der nativen Magnetresonanztomographie (Kapitel 3, 3–800–3–80x) als auch im Spezialverfahren (Kapitel 3, 3–840–3–84x) eingeschlossen.

#### IV. Gestuftes System von Notfallstrukturen nach § 136c Absatz 4 SGB V

##### 1. CT-Untersuchungen (§ 11 Abs. 1 2. Spiegelstrich G-BA Beschluss)

Der gemeinsame Bundesausschuss hatte nach § 136 Abs. 4 S. 1 SGB V bis zum 31.12.2017 ein Stufensystem der Teilnahme an der Notfallversorgung zu entwickeln, in dem strukturelle Voraussetzungen definiert werden, z.B. zur Anzahl von Intensivbetten, zur Vorhaltung bestimmter Abteilungen sowie zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Personals (*Regelin* in: Spickhoff, 4. Aufl. 2022, SGB V, § 136c, Rn. 8). Dies wurde in dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (nachfolgend: G-BA Beschluss) geregelt.

Im gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern gibt es insgesamt drei Stufen, die in § 3 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 des Beschlusses des G-BA aufgezählt werden: Die Basisnotfallversorgung, deren Anforderungen in Abschnitt III des Beschlusses des GBA geregelt sind, die erweiterte Notfallversorgung, die im Detail in Abschnitt IV geregelt ist und die umfassende Notfallversorgung, die näher in Abschnitt V geregelt ist.

In der Basisnotfallversorgung (Stufe 1) nach § 9 des Beschlusses des G-BA ist beispielsweise erforderlich, dass ein für die Notfallversorgung verantwortlicher Arzt, der über die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ verfügt, benannt sein muss (§ 9 Nr. 1 und 2 des Beschlusses des G-BA). Ferner muss jeweils ein Facharzt im Bereich Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar sein (§ 9 Nr. 3 des Beschlusses des G-BA). Weiterhin regelt § 11, der die medizinisch-technische Ausstattung des Krankenhauses betrifft, dass eine computertomographische Bildgebung 24-Stunden verfügbar ist (§ 11 Abs 1 2. Spiegelstrich, S. 1 des Beschlusses des G-BA). Diese ist auch gegeben, wenn sie durch die Kooperation mit einem im unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer jederzeit (24 Stunden) sichergestellt wird (§ 11 Abs. 1 2. Spiegelstrich, S. 2 des Beschlusses des G-BA).

In den Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (nachfolgend: Tragende Gründe des G-BA Beschlusses) wird hierzu ausgeführt ((2.11, zu Abs. 1) Hervorhebung nicht im Original):

**„Die Computertomographie ist für die Notfalldiagnostik unverzichtbar. Beispiele hierfür sind die Diagnostik von Schlaganfällen und die schnelle Diagnostik von Mehrfachverletzten (Trauma CT). Die computertomographische Bildgebung kann auch durch einen kooperierenden Leistungserbringer im unmittelbaren räumlichen Bezug gewährleistet werden.“**

Hieraus folgt, dass für die Notfallversorgung auf der Stufe der Basisversorgung im Rahmen der Notfalldiagnostik die Computertomographie verfügbar sein muss. Weitere Anforderungen an die computertomographische Diagnostik gehen aus den Tragenden Gründen des G-BA Beschlusses nicht hervor. § 11 Abs. 2 2. Spiegelstrich des Beschlusses des G-BA ermöglicht es sogar, dass die Anforderungen an die CT-Notfalldiagnostik in Kooperation mit einem in unmittelbaren räumlichen Bezug zum Standort befindlichen Leistungserbringer erbracht werden kann. Daraus lässt sich ableiten, dass es weder einer eigenen radiologischen Abteilung noch eines am Krankenhaus angestellten Facharztes für Radiologie mit der erforderlichen Fachkunde für CT-Untersuchungen bedarf.

Aus § 6 Abs. 1 des G-BA Beschlusses ergibt sich ergänzend, dass die Gewährleistung der CT-Diagnostik „zu jeder Zeit (24 Stunden an sieben Tagen pro Woche) am Standort“ zu erfüllen ist. Hierzu wird in den Tragenden Gründen des G-BA Beschlusses zu § 6 Abs. 1 Folgendes ausgeführt:

**„Hier wird klargestellt, dass das Krankenhaus rund um die Uhr an der Notfallversorgung teilnehmen muss. Krankenhäuser, die z. B. nachts oder am Wochenende nicht aufnahmebereit sind, nehmen nicht an der strukturierten Notfallversorgung im Sinne dieser Regelung teil.“**

Die Ausführungen in den Tragenden Gründen gehen näher auf die Anforderung an die Rund-um-die-Uhr-Versorgung ein und stellen klar, dass die Versorgung auch nachts oder am Wochenende gewährleistet sein muss.

Zu der Ausstattung auf der Stufe der Basisnotfallversorgung mit Fachabteilungen hält § 8 des G-BA Beschlusses fest, dass Krankenhäuser der Basisnotfallversorgung mindestens über die Fachabteilungen Chirurgie oder Unfallchirurgie oder Innere Medizin am Standort verfügen müssen. Die Anforderungen an das Personal in der Basisnotfallversorgung ergeben sich aus § 9 des G-BA Beschlusses. Radiologisches Fachpersonal wird hier nicht benannt.

Auf der zweiten Stufe (erweiterte Notfallversorgung) sind neben den in § 8 für die erste Stufe genannten Fachabteilungen vier weitere Fachabteilungen erforderlich, wobei die Radiologie nicht darunterfällt (§ 13 des G-BA Beschlusses). Auch für die umfassende Notfallversorgung (Stufe 4) ist die Radiologie nicht erforderlich (§ 18 G-BA Beschluss).

In der speziellen Notfallversorgung ist für das Modul Notfallversorgung Kinder vorgeschrieben, dass eine 24-stündige Verfügbarkeit eines CT erforderlich ist, die auf die besonderen Bedürfnisse pädiatrischer Patienten angepasst ist (§ 25 Abs. 4 9. Spiegelstrich des G-BA Beschlusses). Auch wird verlangt, dass die Kriterien der § 25 Abs. 2, 3 einzuhalten sind. Dies setzt voraus, dass ebenfalls eine 24-stündige Verfügbarkeit der Magnetresonanztomographie vorhanden ist (§ 25 Abs. 3 5. Spiegelstrich des G-BA Beschlusses). Für das Modul Durchblutungsstörungen am Herzen ist erforderlich, dass ein Thorax-CT jederzeit durchgeführt werden kann (§ 28 Abs. 2 7. Spiegelstrich des GBA Beschlusses). Weiterhin ist nach § 28 Abs. 4 6. Spiegelstrich des G-BA Beschlusses die ständige Möglichkeit zur Durchführung einer Computertomographie erforderlich.

Die Tragenden Gründe des G-BA Beschlusses enthalten in diesem Zusammenhang jedoch keine näheren Ausführungen zu den personellen Anforderungen in Bezug auf die Ärzte, die die CT-Untersuchungen durchführen oder befunden. Insofern kann diesbezüglich keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Befundung von Ärzten in Weiterbildung ohne die Freigabe durch einen Facharzt für Radiologie im gestuften System der Notfallstrukturen zulässig ist oder nicht.

## 2. Voraussetzungen eines Schockraums (§ 11 Abs. 1 1. Spiegelstrich G-BA Beschluss)

### a. Technische Voraussetzungen

Eine explizite Erwähnung von Röntgenuntersuchungen lässt sich in dem G-BA Beschluss nicht finden. Lediglich im Rahmen des Vorhaltens eines Schockraums finden radiologische Vorrichtungen Erwähnung. So erwähnt § 11 Abs. 1 1. Spiegelstrich des Beschlusses des G-BA, dass auch für die Notfallversorgung der Basisstufe ein Schockraum vorzuhalten ist. Zu der technischen Ausstattung eines jeden Schockraums gehört auch ein Röntgengerät oder die Verfügbarkeit eines CT in unmittelbarer Nähe. Dies ergibt sich aus den aktuellen Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen vom 15.07.2024 von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (nachfolgend: DIVI) bzw. der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (nachfolgend: DGINA). So wird bezüglich der notwendigen Ausstattung von Schockräumen für (nicht-)traumatologische Patienten Folgendes vorgegeben (Empfehlungen der DGINA und DIVI zur Struktur und Ausstattung von Notaufnahmen, 2024, S. 20) (Hervorhebungen nicht im Original):

*„Die **Weißbücher zum traumatologischen und nicht-traumatologischen Schockraum** beinhalten die notwendige Ausstattung (34, 35). Darüber hinaus müssen die im **GBA-Beschluss zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern** aufgeführte medizinisch-technische Ausstattung für die jeweilige Versorgungsstufe berücksichtigt werden (2).“*

Im Weißbuch der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (nachfolgend: DGU) ergibt sich bzgl. der technischen Ausstattung Folgendes (DGU Weißbuch Schwerverletztenversorgung, 3. erweiterte Auflage, 2019, S. 16) (Hervorhebungen nicht im Original):

*„Für die zeitnahe Erkennung und Behandlung von Verletzungen einschließlich lebensbedrohlicher Körperhöhlenverletzungen müssen **geeignete bildgebende Methoden jederzeit verfügbar sein**. Im **Schockraum** muss **entweder eine Bildgebung auf Basis von Röntgen mit Möglichkeit zur vollständigen Projektionsradiografie des Thorax/Beckens und Ultraschall oder***

*eines Computertomografen (CT) in räumlicher Nähe vorhanden sein.“*

Und auch die S3 Leitlinie „Polytrauma/Schwerverletzten Behandlung“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. und Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. gibt eine Empfehlung zu einer baunahen CT-Einrichtung vor (S3-Leitlinie: Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung, Version 4.1, 2022, Kap.2.1 Der Schockraum – strukturelle und apparative Voraussetzungen, S. 168) (Hervorhebungen nicht im Original):

*„Anhand einer Analyse von 8.004 Patienten des TraumaRegisters® der DGU und der Trauma-NetzwerkDatenbank konnten Huber-Wagner et al. nachweisen, dass die CT-Lokalisation einen **signifikanten Effekt auf die Mortalität Polytraumatisierter** hat. Je näher das CT im bzw. am Schockraum (< 50 m) lokalisiert ist, umso günstiger ist dieser Effekt. Eine Lokalisation > 50m zum Schockraum hatte einen signifikant ungünstigen Effekt auf das Outcome. Die Autoren folgern, dass im Rahmen von Neubzw. Umbauten von Notaufnahmen das **CT im oder so nahe wie möglich (≤50m) baulich am Schockraum positioniert werden sollte** [6].“*

Auch in 2.11 zu Abs. 1 der Tragenden Gründe des G-BA Beschlusses werden diese technischen Gerätschaften erwähnt, so heißt es dort (Hervorhebungen nicht im Original):

*„Es ist ein **Schockraum** vorzuhalten, da die Versorgung der Patienten in einem separaten, speziell für die Versorgung kritisch kranker Patienten ausgestatteten Raum möglich sein muss, in dem die **erforderlichen Gerätschaften** (z. B. Beatmungsgerät, **Röntgen**, Sonographie) zur Verfügung stehen.“*

Aus dem Wortlaut der Tragenden Gründe ergibt sich nur, dass ein Röntgengerät vorzuhalten ist.

### b. Personelle Voraussetzungen

Die Notwendigkeit eines Facharztes für Radiologie hingegen wird nicht explizit gefordert. So finden sich weder in dem G-BA Beschluss selbst noch in den Tragenden Gründen zum G-BA Beschluss personelle Anforderungen für Röntgenuntersuchungen.

Auch für Röntgenuntersuchungen ergeben sich die Voraussetzungen für das vorzuhaltende Per-

sonal aus § 9 des G-BA Beschlusses, sodass auch hier kein radiologisches Fachpersonal Erwähnung findet. Dies gilt auch für die erweiterte bzw. umfassende Notfallversorgung. Somit lässt sich auch hier festhalten, dass ein Facharzt für Radiologie nur bei Bedarf hinzugezogen werden muss und lediglich die technischen Voraussetzungen stets vorgehalten werden müssen. Weitere Anforderungen ergeben sich auch nicht aus den Tragenden Gründen des G-BA Beschlusses. Somit lässt sich insbesondere nicht aus dem G-BA Beschluss die Folgerung ziehen, dass der befundende Arzt Facharzt für Radiologie sein muss.

### 3. Magnetresonanztomographie

Auch das Verfahren der Magnetresonanztomographie findet nur bedingt Erwähnung. Das ständige Vorhalten eines Magnetresonanztomographen wird lediglich ab der Stufe der umfassenden Notfallversorgung gefordert, vgl. § 21 Abs. 1 Nr. 3 des G-BA Beschlusses. In der speziellen Notfallversorgung für das Modul Notfallversorgung Kinder findet die MRT ebenfalls Erwähnung. Es wird verlangt, dass die Kriterien der § 25 Abs. 2, 3 einzuhalten sind. Dies setzt voraus, dass ebenfalls eine 24-stündige Verfügbarkeit der Magnetresonanztomographie vorhanden ist (§ 25 Abs. 3 5. Spiegelstrich des G-BA Beschlusses). Personell wird jedoch Bezug auf § 9 des G-BA Beschlusses genommen, der keinen Facharzt der Radiologie als Voraussetzung zur Befundung nennt.

### V. Wahlleistungspatienten nach § 17 KHEntgG und ambulante Privatpatienten

Neben den allgemeinen Krankenhausleistungen können auch Wahlleistungen vereinbart werden, die dem Patienten gegenüber gesondert berechnet werden (§ 17 Abs. 1 S. 1 KHEntgG). Für Patienten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind (nachfolgend: GKV-Patienten), bedeutet dies, dass die Vergütung dieser Leistungen nicht durch die GKV erfolgt.

Mit der zur allgemeinen Krankenhausleistung zusätzlich vereinbarten Wahlleistung schuldet der Krankentuäger das persönliche Tätigwerden eines bestimmten Arztes oder mehrerer bestimmter Ärzte (§ 17 Abs. 3 KHEntgG). Als persönliche Leistung ist unter Anknüpfung an das ärztliche Gebührenrecht jede selbstständige ärztliche Leistung des gewählten und zur geson-

dernten Abrechnung berechtigten Krankenhausarztes, die er selbst eigenhändig erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung durch qualifiziertes Personal erbracht wurde, anzusehen (§ 17 Abs. 3 S. 7 KHEntgG, § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ). Entscheidend ist also, welche einzelnen Behandlungsmaßnahmen einem bestimmten Arzt nach herkömmlichem Verständnis zur eigenen Verantwortung zuzurechnen sind (*Stollmann/Wollschläger* in: *Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts*, 5. Aufl. 2019, § 81, Rn. 133).

Dabei ist die das Behandlungsgeschehen prägende Kernleistung höchstpersönlich zu erbringen. Die Befundung von CT-, MRT- und Röntgenaufnahmen dürfte eine solche Kernleistung darstellen. Dies ergibt sich u. a. daraus, dass die Befundung – neben der Durchführung der röntgenologischen Untersuchung – eine wesentliche Maßnahme im Rahmen der diagnostischen Leistung und damit im Rahmen der Untersuchung durch den Arzt ist. Dass die Befundung wesentlicher Teil der Untersuchung ist, wird dadurch deutlich, dass diese nach Ziffer 4 der Allgemeinen Bestimmungen zu Kapitel O. der GOÄ nicht gesondert berechnungsfähig ist, da die GOÄ keine eigene Befundungsgebühr kennt. Da für die Berechnung von wahlärztlichen Leistungen nach § 17 Abs. 3 S. 7 KHEntgG auf die GOÄ verwiesen wird, sind auch die Allgemeinen Bestimmungen der einzelnen Kapitel der GOÄ zu beachten und als Auslegungshilfe bei der Frage, ob es sich bei der Befundung um eine Kernleistung handelt, heranzuziehen. Dadurch, dass die Befundung als Teil der Leistung, die in den einzelnen GOÄ-Ziffern abgebildet wird, angesehen wird, ergibt sich, dass diese zusammen mit der Durchführung der Untersuchung ein einheitliches Behandlungsgeschehen darstellt. Sie ist insofern integraler Bestandteil der einzelnen GOÄ-Ziffern, was für die Annahme einer Kernleistung spricht.

In der Chirurgie ist beispielsweise die Durchführung der Operation als Kernleistung anzusehen, die nicht delegierbar ist. Aus einem Papier der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Persönlichen Leistungserbringung vom 29.08.2008 (Persönliche Leistungserbringung, BÄK und KBV, 29.08.2008) geht hervor, dass die Durchführung der Röntgenuntersuchung oder MRT-Untersuchung an nicht-ärztliches Personal delegierbar ist (Persönliche Leistungserbringung, BÄK und KBV, 29.08.2008, Punkt VII Nr. 4. und 5). Im Rahmen der MRT-Untersuchung wird zudem ausdrücklich

erwähnt, dass diese nur vom Arzt befundet werden kann. Auch aus diesem Papier lassen sich daher Rückschlüsse darauf ziehen, dass es sich bei der Befundung um eine Kernleistung handelt.

Dass diese Leistung von dem Wahlarzt selbst durchgeführt werden muss, ist daher anzunehmen. Wird die Befundung daher von einem Arzt in Weiterbildung vorgenommen, obwohl in der Wahlleistungsvereinbarung vereinbart wurde, dass der in der Wahlleistungsvereinbarung benannte Arzt (z. B. Chefarzt (Facharzt für Radiologie)) die Wahlleistung erbringt, liegt ein Verstoß gegen den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung mit der Folge vor, dass die Leistungen nicht abrechenbar sind.

Ferner ist zu beachten, dass eine Wahlleistungsvereinbarung durch den Patienten in der Regel deswegen abgeschlossen wird, da er die besondere Expertise eines erfahrenen Arztes in Anspruch nehmen möchte. Eine Vereinbarung, in der der Weiterbildungsassistent als Wahlarzt benannt wird, dürfte daher nicht in Betracht kommen, da der Arzt in Weiterbildung während der Ausbildung noch die erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen sammelt.

## VI. Einsatz von Ärzten in Weiterbildung des Krankenhauses bei vertragsärztlichen Leistungen

Auch wenn sich die Fragestellung primär auf Ärzte in Weiterbildung im Krankenhaus bezieht, sollten auch die vertragsarztrechtlichen Anforderungen an den Einsatz von Ärzten in Weiterbildung geprüft werden. Dies ist auch relevant, weil Krankenhausärzte häufig über eine Ermächtigung nach § 116 SGB V verfügen oder das Krankenhaus über eine Institutsermächtigung nach § 116a ff. SGB V verfügt.

Zu dem Verhältnis von persönlicher Ermächtigung und Institutsermächtigung ist anzumerken, dass das BSG bereits im Jahr 2000 festgestellt hat, dass die Institutsermächtigung gegenüber der persönlichen Ermächtigung nachrangig ist (BSG, Urt. v. 26.01.2000, Az.: B 6 KA 51/98).

### 1. Persönliche Ermächtigung

Die persönliche Ermächtigung setzt nach § 116 S. 1 SGB V voraus, dass der Anspruchsteller ein Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung ist. Was darunter zu verstehen ist, richtet

sich nach § 116 S. 1 i.V.m. § 95a Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2, 3 (vgl. auch die Parallelvorschriften in § 3 Abs. 3, 4 Ärzte-ZV). Die Gesetzesbegründung stellt ausdrücklich klar, dass es nur auf die fachliche Qualifikation ankommt und damit nicht nur Chefarzte unter die Antragsberechtigten fallen (Becker in: Becker/Kingreen, 9. Aufl. 2024, SGB V, § 116, Rn. 12). In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu wörtlich (BT-Drs. 11/2237, 201) (Hervorhebung nicht im Original):

*„Die Regelung stellt außerdem klar, daß **jeder geeignete Krankenhausarzt mit abgeschlossener Weiterbildung** (nicht stets der Chefarzt) einen Rechtsanspruch auf Ermächtigung hat, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die von ihm beherrschten besonderen Methoden oder Kenntnisse nicht sichergestellt ist.“*

Aus dem Wortlaut der Gesetzesbegründung ergibt sich daher eindeutig, dass die Ermächtigung eine abgeschlossene Weiterbildung voraussetzt. Ärzte in Weiterbildung können daher keine Ermächtigung nach § 116 SGB V erhalten und dementsprechend keine Leistungen nach § 116 SGB V erbringen. Da bei einer persönlichen Ermächtigung der ermächtigte Arzt selbst die Leistung erbringen muss, ist es auch nicht möglich, dass der Arzt in Weiterbildung die Befundung für den persönlich ermächtigten Arzt vornimmt.

Auch § 31 Ärzte-ZV setzt im Rahmen der persönlichen Ermächtigung voraus, dass die Ärzte, die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden, über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen. Diese Voraussetzung ergibt sich zwar nicht unmittelbar aus dem Gesetz, folgt aber aus der systematischen Stellung der Ermächtigung als weitere Form der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, für die der Facharztstandard gilt (Bogan in: BeckOK SozR, 78. Ed. 1.9.2025, Ärzte-ZV, § 31, Rn. 5).

Das BSG hatte über die Erteilung einer Ermächtigung über pneumologische Leistungen eines Facharztes für Innere Medizin eines Krankenhauses zu entscheiden. So stellte es im Rahmen des Urteils von 2008 bzgl. der Ermächtigung von Ärzten fest, dass die Ermächtigung eines Krankenhausarztes nicht Leistungen erfassen dürfe, für die ihm die vertragsarztrechtlich erforderliche formelle Qualifikation fehlt. Dies gelte auch dann, wenn sich daraus für die Versicherten Versorgungserschwernisse ergäben (BSG, Urt. v.

09.04.2008, Az.: B 6 KA 40/07, Rn. 15, juris.)  
(Hervorhebungen nicht im Original):

„Zusätzlich ist zu beachten, dass Ermächtigungen einem Krankenhausarzt nicht für solche Leistungen erteilt werden dürfen, die er aus Rechtsgründen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung **nicht erbringen und abrechnen darf** (BSG SozR 3–2500 § 95 Nr 30 S 149; SozR 4–2500 § 135 Nr 10 RdNr 12 mwN). Soweit ein Arzt bestimmte Leistungen **nicht** erbringen darf, ginge eine Ermächtigung für sie ins Leere, denn durch sie könnte die im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bestehende Versorgungslücke nicht geschlossen werden (BSG SozR 4–2500 § 135 Nr 10 RdNr 12).“

Der Kläger hatte sich darauf berufen, dass die Erbringung bzw. Abrechnung vertragsarztrechtlicher Leistungen nicht an das Führen einer Schwerpunktbezeichnung geknüpft sein dürfe, da es sehr unterschiedliche Anforderungen an die Weiterbildungen in den Schwerpunkten in den einzelnen Bundesländern gibt. Hierzu stellte das BSG fest, dass die Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte (nachfolgend: EBMÄ) ihre gesetzlichen Grundlagen sowohl in § 87 SGB V, § 82 Abs. 1 SGB V als auch § 135 Abs. 2 SGB V haben können und Qualifikationsanforderungen im Vertragsarztrecht über berufsrechtliche Regelungen hinausgehen können (Hervorhebungen nicht im Original):

„Die Befugnis, im EBM-Ä bzw auf der Grundlage des § 82 Abs 1 SGB V **das Führen einer Schwerpunktbezeichnung als Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen zu normieren**, unterliegt auch nicht deshalb Bedenken, weil die Schwerpunkte in den landesrechtlichen WBOen **zum Teil sehr unterschiedlich ausgestaltet sind**, wie der Kläger am Beispiel von Hessen und Brandenburg dargelegt hat. **Der bundesrechtliche Normgeber ist nicht gehindert, zB im EBM-Ä an Qualifikationen anzuknüpfen, die in den landesrechtlichen WBOen näher ausgeformt sind, auch dann nicht, wenn sie in den verschiedenen Ländern unterschiedlich ausgestaltet worden sind.** Dies ergibt sich aus der Rechtsprechung des BSG. Dieses hat zum Bedarfsplanungsrecht am Beispiel der darin in Bezug genommenen Arztgruppe der Nervenärzte entschieden, dass die Arztgruppe iS des Bedarfsplanungsrechts nicht notwendigerweise mit dem Fach- bzw Teilgebiet iS des landesrechtlich geregelt ärztlichen Weiterbildungsrechts

identisch sein muss, dh dass einem vertragsarztrechtlichen Begriff (zB „Nervenärzte“) kein entsprechender – bundeseinheitlich festgelegter – berufsrechtlicher Begriff korrespondieren muss (BSG SozR 3–2500 § 101 Nr 3 S 16 ff). Nicht anders liegt es hier. **Vertragsarztrechtlich kann an die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie angeknüpft werden, auch wenn die Weiterbildung in diesem Schwerpunkt in den landesrechtlichen Berufsordnungen unterschiedlich ausgestaltet ist.**“

Die Anknüpfung einer persönlichen Ermächtigung an die Eigenschaft des Facharztes für ein bestimmtes Gebiet zur Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen ist somit erlaubt. Dies bedeutet im Umkehrschluss, dass ein Arzt ohne entsprechende Facharztkenntnisse von einer Ermächtigung ausgeschlossen werden kann.

## 2. Institutsermächtigung

Über die persönliche Ermächtigung hinaus gibt es allerdings noch die Institutsermächtigungen nach § 117ff. SGB V. Ebenso wie die persönliche Ermächtigung ermöglicht die Institutsermächtigung die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Spricht der Zulassungsausschuss eine sogenannte Institutsermächtigung aus, ist der Krankenhausträger berechtigt, die vom Ermächtigungskatalog umfassten Leistungen im eigenen Namen und auf eigene Rechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen (Rehborn in: Laufs/Kern/Rehborn ArztR-HdB, 5. Aufl. 2019, § 116, Rn. 18). Das SGB V kennt Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V), Geriatriische Institutsambulanzen (§ 118a SGB V), Pädiatrische Institutsambulanzen (§ 118b SGB V) und Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V). Auch im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen im Rahmen der Institutsermächtigung ist zu beachten, dass diese Leistungen nur durch Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung erbracht werden dürfen (Bogan in: BeckOK SozR, 78. Ed. 1.9.2025, Ärzte-ZV, § 31, Rn. 5). Für die Ermächtigung einer geriatrischen Institutsambulanz § 118a Abs. 1 S. 3 SGB V muss die ärztliche Leitung über eine geriatrische Weiterbildung verfügen (BT-Drs. 17/9992, S. 30). Wird ein Krankenhausarzt ermächtigt, muss dieser über die entsprechende Weiterbildung verfügen (BT-Drs. 17/9992, S. 30). Die vorbenannten Voraussetzungen hat der Gesetzgeber für die in § 118a SGB V genannten geriatrischen Institutsambulanzen festgehalten. Radiologische

Leistungen wie die Röntgen-, CT-, oder MRT-Befundung kommen insbesondere Hochschulambulanzen in Betracht. Hierbei ist zu beachten, dass entsprechend der Gesetzesbegründung davon auszugehen ist, dass eine Überweisung in die Hochschulambulanz erfolgt, wenn die diagnostischen oder therapeutischen Möglichkeiten in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschöpft sind und daher eine Fortführung der Versorgung in der Hochschulambulanz mit ihrer besonderen Kompetenz geboten ist (BT-Drs. 17/10817, S. 3). § 117 Abs. 1 S. 2 SGB V stellt klar, dass in den Fällen des § 117 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V eine Behandlung nur auf Überweisung eines Facharztes in Anspruch genommen werden kann. Für die Person des Überweisenden besteht daher für diesen Fall die Vorgabe, dass dieser Facharzt sein muss (und damit einer abgeschlossenen Weiterbildung bedarf). Zu der Qualifikation des Arztes, der Leistungen in der Hochschulambulanz erbringt, sieht § 117 SGB V hingegen keine Vorgaben vor.

Ferner gilt es § 116a SGB V zu beachten. Bei dieser Vorschrift handelt es sich ebenfalls um eine Institutsermächtigung (Becker in: Becker/Kingreen, 9. Aufl. 2024, SGB V, § 116a, Rn. 3). Die Vorschrift ermöglicht die Teilnahme von Krankenhäusern an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Da die persönliche Ermächtigung nach § 116 SGB V jedoch Vorrang hat, ist die Vorschrift von geringer Bedeutung (Becker in: Becker/Kingreen, 9. Aufl. 2024, SGB V, § 116a, Rn. 2; Szabados in: Spickhoff, 4. Aufl. 2022, SGB V, § 116a, Rn. 6). Gleichwohl ist im Zusammenhang mit § 116a SGB V zu beachten, dass es sich hierbei um eine Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung handelt, für die der Facharztstandard einzuhalten ist (Bogan in: BeckOK SozR, 79. Ed. 1.12.2025, Ärzte-ZV § 31, Rn. 5).

### 3. Zwischenergebnis

Sowohl im Rahmen der persönlichen Ermächtigung als auch im Rahmen der Institutsermächtigung ist zu beachten, dass die Leistungen, die im Rahmen der Ermächtigung erbracht werden, nur von Ärzten mit abgeschlossener Weiterbildung erbracht werden dürfen. Eine Leistungserbringung durch Ärzte in Weiterbildung bzw. persönliche Ermächtigung von Ärzten in Weiterbildung ist daher ausgeschlossen.

## VII. Weiterbildungsrecht

Die vorstehenden Ausführungen beziehen sich – mit Ausnahme der strahlenschutzrechtlichen Ausführungen – auf die Befundung durch Ärzte in Weiterbildung im Krankenhaus. Dieser Abschnitt befasst sich mit dem ärztlichen Weiterbildungsrecht, welches auch außerhalb des Krankenhauses, in den niedergelassenen Praxen und medizinischen Versorgungszentren (MVZ) relevant ist. Auch vor dem Hintergrund der Regelungen im Weiterbildungsrecht, welches durch die einzelnen Ärztekammern in Form der Weiterbildungsordnungen erlassen wird, stellt sich die Frage, ob Ärzte in Weiterbildung alleinverantwortlich einen radiologischen Befund erstellen dürfen, ohne dass dieser anschließend von dem weiterbildenden Arzt bzw. einem Facharzt für Radiologie kontrolliert wird. Bereits in der Präambel der Muster-Weiterbildungsordnung 2018 der Bundesärztekammer in der Fassung vom 03.07.2025 (im Folgenden: MWBO) ist Folgendes geregelt (Hervorhebung nicht im Original):

*„Die Weiterbildung wird in angemessen vergüteter hauptberuflicher Ausübung der ärztlichen Tätigkeit an zugelassenen Weiterbildungsstätten durchgeführt. **Sie erfolgt unter Anleitung befugter Ärzte in praktischer Tätigkeit und theoretischer Unterweisung**“.*

Diese Formulierung in der Präambel der MWBO spricht zunächst für das Erlernen neuer Kenntnisse im Rahmen der praktischen Tätigkeit. Jedoch wird hier bereits die Anleitung durch die befugten weiterbildenden Ärzte während der praktischen Tätigkeit betont. Durch die Verwendung *„und theoretischer Unterweisung“* wird deutlich, dass die Ausbildung theoretisch und praktisch erfolgt, dass aber auch während der praktischen Tätigkeit des Arztes in Weiterbildung eine Anleitung durch den Weiterbilder zu erfolgen hat. Weiter wird bereits an bedeutender Stelle in der Präambel beschrieben, dass *„der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung [...] durch eine Anerkennungsurkunde bestätigt [wird]“* und *„die Weiterbildungsbezeichnung der Nachweis für erworbene Kompetenz [ist]“*. Dementsprechend kann in weiterbildungsrechtlicher Hinsicht vor dem Erwerb der Weiterbildungsbezeichnung nicht nachgewiesen werden, dass der Arzt in Weiterbildung die Qualifikation besitzt, eine CT-, MRT- oder Röntgenuntersuchung alleinverantwortlich durchzuführen und auch alleinverantwortlich Befunde freizugeben. Insgesamt soll die Weiterbildung *„der Qualitätssicherung der Pati-*

entenversorgung [dienen]". Daran ist erkennbar, dass eine alleinverantwortliche CT-Untersuchung eines Arztes in Weiterbildung ohne Weiterbildungsbezeichnung unter dem Aspekt der Qualitätssicherung haftungsrechtlich zu einem Spannungsverhältnis führen könnte, soweit aufgrund von Unerfahrenheit und unbeaufsichtigter Befundung Behandlungsfehler auftreten.

### 1. Ziele der Weiterbildung, § 1 MWBO

Gem. § 1 S. 1 der Muster-WBO ist das „Ziel der Weiterbildung [...] der geregelte Erwerb festgelegter Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach Abschluss der Berufsausbildung besondere ärztliche Kompetenzen zu erlangen“. Die Weiterbildung hat das Sammeln vertiefter Berufserfahrungen in spezifischen Schwerpunkten der beruflichen Tätigkeit unter Anleitung berufserfahrener Spezialisten zum Inhalt (Scholz in: Spickhoff, 4. Aufl. 2022, MWBO, § 1, Rn. 1). Der Wortlaut des § 1 S. 1 MWBO spricht weniger dafür, dass die Ärzte in Weiterbildung im Bereitschaftsdienst alle anfallenden Untersuchungen alleine durchführen sollen.

So soll der Arzt in Weiterbildung in der Facharztausbildung für Radiologie unter Anleitung vertiefte Kenntnisse in der diagnostischen Bildgebung erlangen, indem dieser die Aufnahmen selbst erstellt, interpretiert und befundet und durch diese praktische Erfahrung versteht, Krankheitsprozesse im klinischen Kontext zusammenhängend zu beurteilen. Die Fertigkeiten für die Facharztkompetenz erlangt der Arzt in Weiterbildung jedoch erst im Zuge der Gesamtausbildung und schließt diese durch eine Prüfung ab. Das Erlangen von Kompetenzen ist gerade erst Ziel der Weiterbildung. Im Rahmen des „ge-regelte[n] Erwerb[es] festgelegter Kenntnisse“ ist so für das Gebiet der Radiologie unter Abschnitt B der MWBO genau festgelegt, welche kognitiven Kenntnisse erlangt werden sollen und welche Handlungskompetenzen durch Erfahrungen absolviert werden müssen.

Zudem soll „die Weiterbildung der Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung [dienen]“. Dies spricht dafür, dass die Ärzte in Weiterbildung zu jeder Zeit in jedem Ausbildungsstadium einen Weiterbildungler zu Rate ziehen können sollten, insbesondere, da in höheren Ausbildungsstadien auch andere, ggf. qualifiziertere und abschließende Fragen zu praktischen Untersuchungen bestehen können, wodurch Ärzte in Weiterbildung abschließende Erkenntnisse gewinnen kön-

nen, die dann dem Facharztstand entsprechen und abschließend die Qualität der Facharztfertigkeiten sichern. Soweit sich ausschließlich alleinverantwortliche Untersuchungen ohne Anleitung und Rückversicherungsmöglichkeit als gängige Praxis während Bereitschaftsdiensten in der Weiterbildung etablieren, könnte hiervon die Ausbildung dauerhaft negativ beeinflusst werden und zu einer dauerhaft geringeren Qualität der medizinischen Versorgung führen.

### 2. Art, Inhalt und Dauer der Weiterbildung, § 4 MWBO

Nach § 4 Abs. 2 MWBO ist eine Anleitung des zur Weiterbildung befugten Arztes gefordert. In der Literatur wird hierzu wie folgt ausgeführt:

„Gefordert wird sowohl eine fachliche Leitung als auch eine hierarchische Leitungsbefugnis; der Weiterbildungler muss rechtliche und tatsächliche Einflussmöglichkeiten auf die Tätigkeit der Assistenzärzte haben (VG Hannover MedR 2014, 904 (905)); **der Weiterbildungsassistent muss in fachlicher Hinsicht und im Hinblick auf die zeitliche und inhaltliche Gestaltung der Weiterbildung weisungsgebunden sein (OVG Saarl MedR 2012, 335 (337)). Er darf allerdings ein seinen Leistungen und seinem Weiterbildungsstand entsprechendes Maß an Selbstständigkeit erhalten, um das Ziel der Weiterbildung zu erreichen. In diesem Rahmen müssen ihm auch Aufgaben zur selbständigen Erledigung übertragen werden; er muss Verantwortung übernehmen (Art. 25 II 4 der RL 2005/36/EG). Anweisung und Überwachung durch den zur Weiterbildung befugten Arzt bleiben jedoch in dem Umfang bestehen, wie dies dem jeweiligen Kenntnisstand des Weiterbildungsassistenten und dem Fachgebiet (VG Hannover MedR 2014, 904 (906)) angemessen ist. Demzufolge darf ein Weiterbildungsassistent nur zu solchen Aufgaben herangezogen werden, die er aufgrund seiner bisherigen Erfahrungen und Fähigkeiten beherrscht. Dies gilt insbes. bei der Durchführung von Operationen oder der Einteilung zu Diensten (HessLAG ArztR 1996, 187). Mit Aufgaben, die Spezialkenntnisse voraussetzen, darf der noch in der Weiterbildung befindliche Assistent erst nach entsprechender Unterweisung, Einarbeitung und Aufsicht betraut werden. Hat der Weiterbildungsassistent Bedenken, einen Eingriff durchzuführen, muss er diese Bedenken äußern und notfalls eine Operation ohne Aufsicht des Weiterbildenden ablehnen (BGH NJW 1988, 2298 (2300)).“**

Diese Ausführungen in der Literatur legen nahe, dass ein dem Weiterbildungsstand entsprechendes Maß an Selbstständigkeit möglich sein soll. In diesem Zusammenhang ergibt sich daher die Frage, ob damit auch die CT-Befundung im Bereitschaftsdienst gemeint sein kann. Das Verwaltungsgericht Hannover (im Folgenden: VG) führt im Zusammenhang mit der Möglichkeit des weiterbildenden Arztes, den Arzt in Weiterbildung zu kontrollieren, Folgendes aus (VG Hannover, Ur. v. 26.03.2014, Az.: 5 A 824/13, Rn. 27, juris):

*„Für eine zielführende Weiterbildung ist dabei insbesondere auch die Möglichkeit einer Überwachung durch den Weiterbilder zu verlangen, also die Möglichkeit, Arbeitsschritte und Arbeitsergebnisse des Assistenzarztes zu kontrollieren.“*

Daraus ist zu folgern, dass zumindest sichergestellt sein muss, dass der weiterzubildende Arzt die Möglichkeit hat, den Arzt in Weiterbildung zu überwachen. Insofern dürfte es erforderlich sein, dass der weiterbildende Arzt die Befundergebnisse des Arztes in Weiterbildung prüfen kann. Hierfür ist stets erforderlich, dass er auf diese zugreifen kann. Die Befundung von CT-Aufnahmen durch den Arzt in Weiterbildung ist jedoch möglich, soweit dies dem Kenntnisstand der Ärzte in Weiterbildung entspricht. Gerade wenn der Arzt in Weiterbildung bereits die CT-Fachkunde in strahlenschutzrechtlicher Hinsicht erlangt hat und in seiner Weiterbildung bereits fortgeschritten ist, spricht dies für die Befundung der CT-Aufnahmen durch den Arzt in Weiterbildung. Ein vollständiger Entfall der Kontrolle durch den Weiterbilder bzw. einen Facharzt für Radiologie ist jedoch nicht zulässig.

Zudem muss gem. § 4 Abs. 3 MWBO Nordrhein die „Weiterbildung gründlich sein“, sodass ein regelmäßiger Bereitschaftsdienst mit Untersuchungen ohne regelmäßige Instanz für Rückfragen in Anbetracht dieser Formulierung nicht beabsichtigt erscheint. Gem. § 4 Abs. 5 S. 2 MWBO soll die „Beteiligung“ an „sämtlichen ärztlichen Tätigkeiten“ erfolgen. Der Arzt in Weiterbildung ist daher auch an der CT-Befundung zu beteiligen. Bereits die Formulierung „Beteiligung“ legt nahe, dass dabei nicht eine eigenständige Tätigkeit des Arztes in Weiterbildung gemeint ist, sondern dass dieser an der Tätigkeit des weiterbildenden Arztes teilnimmt, wobei davon auszugehen ist, dass der weiterbildende Arzt über die Beteiligung im Konkreten entscheidet.

Die gründliche und umfassende Weiterbildung

wird dadurch gewährleistet, dass der Arzt an sämtlichen fachbezogenen ärztlichen Tätigkeiten an der Weiterbildungsstätte einschließlich des Bereitschaftsdienstes beteiligt wird (§ 4 Abs. 5 S. 2 MWBO; Art. 25 III 2 der RL 2005/36/EG) (Scholz in: Spickhoff, 4. Aufl. 2022, MWBO, § 4, Rn. 10). Insofern ist entsprechend der RL 2005/36/EG zu beachten, dass der Arzt in Weiterbildung auch im Bereitschaftsdienst einzusetzen ist. Er soll hierbei zwar entsprechend seines Weiterbildungsstandes Verantwortung übernehmen; ob dabei jedoch die eigenständige Befundung während des gesamten Dienstes gemeint ist, ist fraglich. Letztlich kann das Weiterbildungsrecht nicht isoliert betrachtet werden, sondern ist stets im Zusammenhang mit den übrigen Regelungen zu bewerten. So ist stets der Facharztstandard zu gewährleisten.

### 3. Weiterbildung in der Radiologie

Für das Gebiet der Radiologie ergeben sich die Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz Radiologie aus den einzelnen Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern. Im Folgenden wird Bezug genommen auf die unter Abschnitt B dargestellten Inhalte der MWBO für das Gebiet der Radiologie. Im Rahmen der Bildgebung mit ionisierender Strahlung einschließlich Computertomographie und Digitaler Volumetomographie sind Erfahrungen und Fertigkeiten (Handlungskompetenz) im Rahmen der Indikation, Durchführung und Befunderstellung von Untersuchungen aller Körperregionen mit Röntgenstrahlung einschließlich CT, digitaler Subtraktionsangiographie (DAS) und Fluoroskopie (davon mindestens 4.000 CT und 4.000 konventionelles Röntgen), davon: ZNS und Skelett: Richtzahl 4.000, Thorax, Thoraxorgane, Hals: Richtzahl 4.000, Abdomen, Becken, Retroperitoneum: Richtzahl: 3.000, Gefäße: Richtzahl 500 zu sammeln. Hinzu kommen 3.000 MRT-Untersuchungen aller Körperregionen (Indikation, Durchführung und Befunderstellung) und 800 sonographische Untersuchungen aller Organe und Organsysteme sowie Untersuchungen der interventionellen Radiologie und Bildgebung an der Mamma.

### 4. Zwischenergebnis

In weiterbildungsrechtlicher Sicht ist zu berücksichtigen, dass das Weiterbildungsziel nur dann zu erreichen ist, wenn eine ausreichende Weiterbildung unter Aufsicht eines Facharztes erfolgt. Der Arzt in Weiterbildung ist zur Erreichung des Weiterbildungsziels (in der Radiologie

die Erkennung von Krankheiten mithilfe ionisierender Strahlen, kernphysikalischer und sonographischer Verfahren sowie die Anwendung interventioneller, minimal-invasiver radiologischer Verfahren in der Erwachsenen-, Kinder- und Neuroradiologie sowie Belange des Strahlenschutzrechts) an sämtlichen ärztlichen Tätigkeiten zu beteiligen. Insbesondere die Vorgaben für das Gebiet der Radiologie sind dabei zu beachten. Aussagen, ob eine Befundung durch den Arzt in Weiterbildung ohne Freigabe durch den Weiterbilder oder Facharzt möglich sind, trifft die MWBO nicht. Es ist jedoch aufgrund der Formulierungen in der MWBO nicht davon auszugehen, dass dies dem Sinn und Zweck des Weiterbildungsrechts entspricht.

### VIII. Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass es fest definierte Anforderungen an die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz, festgelegt in der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) und dem Strahlenschutzgesetz (StrlSchG), gibt. Ärzte in Weiterbildung haben bereits ihre Approbation erhalten und sind somit in der Lage, bei entsprechendem Nachweis der Fachkunde ionisierende Strahlung am Menschen anzuwenden. Sofern diese Fachkunde jedoch nicht vorliegt, kann eine entsprechende Anwendung nur bei Anwesenheit und ständiger Aufsicht eines Arztes erfolgen, der über die entsprechende Fachkunde im Strahlenschutz verfügt, § 145 Abs. 1 StrlSchV. Dies gilt sowohl für die Durchführung von CT-Untersuchungen als auch Röntgenuntersuchungen. Bei der Teleradiologie fallen die Person des durchführenden bzw. des befundenden Arztes auseinander. Hier muss lediglich die Person, die die technische Durchführung ausführt, die erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz haben (§ 49 Abs. 1 Nr. 2 StrlSchV, § 14 Abs. 2 Nr. 3 lit. b StrlSchG). Eine Befundung hingegen kann nur durch denjenigen Arzt durchgeführt werden, der über die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz verfügt. Ferner muss nach § 14 Abs. 2 Nr. 4 lit. b StrlSchG ein Gesamtkonzept vorliegen, sodass im Einzelfall eine persönliche Anwesenheit des Arztes mit der entsprechenden Fachkunde im Strahlenschutz zur Befundung innerhalb einer Zeitspanne von 45 Minuten möglich ist.

Im Rahmen des KHG bzw. des KHEntgG ergeben sich keine Anhaltspunkte, die zu der Beantwortung der Frage, ob Ärzte in Weiterbildung eigenverantwortlich Befunde vornehmen dürfen, bei-

tragen. Im Rahmen der Notfallversorgung ist das gestufte System von Notfallstrukturen nach § 136c Abs. 4 SGB V, vorgegeben durch den Beschluss des G-BA, ausschlaggebend. In der Basisnotfallversorgung nach § 9 des Beschlusses des G-BA werden keine Angaben bezüglich der Anwesenheit eines Facharztes der Radiologie getroffen. Lediglich das Vorhalten eines sogenannten „Schockraums“ wird verlangt (§ 11 Abs. 1 1. Spiegelstrich des Beschlusses sowie 2.11 zu Abs. 1 der Tragenden Gründe des Beschlusses), damit entsprechende technische Möglichkeiten für eine etwaige radiologische Untersuchung vorliegen. Ein Facharzt für Radiologie hingegen gehört zum erweiterten Team des Schockraums, das lediglich innerhalb eines 30-minütigen Zeitfensters bei Bedarf nachgefordert werden kann. Für CT-Leistungen hingegen ist vorgesehen, dass diese 24-Stunden verfügbar sein müssen (§ 11 Abs. 1 2. Spiegelstrich, S. 1 des Beschlusses des G-BA). Auch in den Tragenden Gründen des G-BA Beschlusses werden die CT-Leistungen als unverzichtbare Leistungen im Rahmen der Notfalldiagnostik beschrieben. Allerdings werden auch hier keine personellen Voraussetzungen für diese 24-Stunden Bereitschaft genannt und somit auch nicht vorgeschrieben, dass der befundende Arzt ein Facharzt der Radiologie sein muss. In § 21 Abs. 1 Nr. 3 des G-BA Beschlusses findet das Verfahren der Magnetresonanztomographie Erwähnung. Dieses muss lediglich ab der Stufe der umfassenden Versorgung vorgehalten werden und in der speziellen Notfallversorgung im Rahmen des Moduls der Notfallversorgung von Kindern wird eine 24-stündige Verfügbarkeit der Magnetresonanztomographie vorausgesetzt (§ 25 Abs. 3 5. Spiegelstrich des G-BA Beschlusses). Personell wird jedoch ebenfalls Bezug auf § 9 des G-BA Beschlusses genommen, der keinen Facharzt der Radiologie als Voraussetzung zur Befundung nennt.

Der Einsatz von Ärzten in Weiterbildung des Krankenhauses im Vertragsarztrecht ist ebenfalls zu berücksichtigen. Sowohl im Rahmen der persönlichen Ermächtigung als auch der Institutsermächtigung ist zu beachten, dass die CT-, MRT- und Röntgenleistungen lediglich durch einen Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung erbracht werden dürfen. Die eigenständige Befundung durch Ärzte in Weiterbildung ist daher problematisch, wenn das Krankenhaus über eine Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt.

Ein Blick auf das Weiterbildungsrecht zeichnet ein ähnliches Bild. Dort wird den Ärzten in Weiterbildung zwar aufgetragen, sowohl praktische als auch theoretische Erfahrungen zu sammeln. § 4 Abs. 2 MWBO schreibt vor, dass die Weiterbildung unter „Anleitung zur Weiterbildung befugter Ärzte“ zu erfolgen hat. Daher ist im Rahmen des Weiterbildungsrechts auch vorgesehen, dass ein erfahrener Arzt mit Fachkunde zu jeder Zeit zur Überprüfung der Aktivitäten der Ärzte in Weiterbildung zu Rate gezogen werden können muss. Somit ist anzunehmen, dass eine eigenständige Befundung ohne anschließende Kontrolle eines ausgebildeten Facharztes dem Ausbildungsgedanken der MWBO und der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern widerspricht. ■

---

**Impressum**

Prof. Dr. Peter Wigge,  
Rechtsanwalt  
Fachanwalt für Medizinrecht

Karina Jentsch  
Rechtsanwältin

Rechtsanwälte Wigge  
Scharnhorststr. 40  
48 151 Münster  
Tel.: (0251) 53 595-0  
Fax: (0251) 53 595-99  
Internet: [www.ra-wigge.de](http://www.ra-wigge.de)  
E-Mail: [kanzlei@ra-wigge.de](mailto:kanzlei@ra-wigge.de)