

Vorstand	Geschäftsführer	Geschäftsstelle
Prof. Dr. Detlef Moka (1. Vorsitzender)	Dr. Andreas Hey Wolziger Zeile 30 A 12307 Berlin	Iris Herzogenrath Weserstr. 86 45136 Essen
Dr. Ronald Jochens (2. Vorsitzender)		
Dr. Volker Meusel (Schriftführer)	Tel: (030) 85764273 Fax: (030) 70784162	Tel: (0201) 251297 Fax: (0201) 8965599
Dr. Norbert Czech FEBNM (Kassenwart)	Mobil: (0172) 3133735 Mail: <a href="mailto:hey@bdn-online.de">hey@bdn-online.de</a>	Mobil: (0162) 4567142 Mail: <a href="mailto:herzogenrath@bdn-online.de">herzogenrath@bdn-online.de</a>

## BDN-Interna

### 1. PET & PET/CT im EBM: QS-Vereinbarung ab 1. Juli d.J.

Letzte Woche wurde seitens der KBV die Qualitätssicherungsvereinbarung für PET- bzw. PET/CT-Leistungen im EBM veröffentlicht, die rückwirkend seit dem 1. Juli d.J. in Kraft getreten ist (Details abrufbar über die KVen oder als Download unter [http://www.kbv.de/media/sp/PET\\_CT.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PET_CT.pdf)).

Nachfolgend die u.E. wichtigsten Punkte der QS-Vereinbarung:

#### Abrechnungsgenehmigung: Das sind die Anforderungen

Grundlage für die Anforderungen in der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung (kurz „QSV“) waren die G-BA-Beschlüsse aus den Jahren 2006-2008. Zur fachlichen Befähigung müssen Nuklearmediziner (oder ggf. Radiologen) deshalb weiter 1.000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen nachweisen, die sie unter Anleitung innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragstellung vorgenommen haben (§3 Abs. (1) Punkt 2.). Zudem sind Kenntnisse und Erfahrungen bei der Einordnung von PET-Befunden in den Kontext anderer bildgebender Verfahren (mindestens 200 PET oder MR-Untersuchungen) erforderlich (§3 Abs. (1) Punkt 3.).

Für die Tumordiagnostik mittels PET beziehungsweise PET/CT ist unter anderem der Einsatz eines PET-Systems mit einer räumlichen Auflösung von  $\leq 5,5$  Millimetern erforderlich. Für Alt-Geräte gilt eine Übergangsregelung (s. u.). Auch ist eine Notfallausrüstung vorzuhalten (§4).

In der Vereinbarung (§5) ist ferner festgelegt, dass Indikationsstellung, Befund- und gegebenenfalls erforderliche Nachbesprechung in interdisziplinärer Zusammenarbeit erfolgen. Dabei ist die genaue Teamzusammensetzung abhängig von der konkreten Indikation. Eine Präsenzpflcht der Teammitglieder ist nicht vorgeschrieben.

#### Fortbildung und Stichprobenprüfungen

Damit sie ihre Genehmigung behalten, müssen die abrechnenden Ärzte an Fortbildungsmaßnahmen zu onkologischen Fragestellungen teilnehmen (§7). Dazu sind gegenüber der KV mindestens 20 Fortbildungspunkte innerhalb von jeweils 24 Monaten nachzuweisen; andernfalls wird die Genehmigung widerrufen.

Die ärztliche Dokumentation der PET und PET/CT wird stichprobenartig überprüft (§8). Dazu müssen alle Ärzte, die eine Genehmigung haben, innerhalb von jeweils drei Jahren zwölf abgerechnete PET-beziehungsweise PET/CT-Untersuchungen einreichen. Das Intervall zwischen den Prüfungen wurde erfolgsabhängig gestaltet.

Die diese Dokumentation überprüfenden Kommissionen sind bei der jeweiligen KV angesiedelt und setzen sich (in der Regel) aus drei in onkologischer PET-Befundung erfahrenen Mitgliedern zusammen, von denen einer ein Nuklearmediziner mit bereits bestehender Erlaubnis zur PET-Abrechnung sein muss, ein zweiter ein Facharzt für Innere Medizin (mit Zusatzbezeichnung Pneumologie, Onkologie oder Hämatologie und Onkologie) oder Strahlentherapeut und der dritte die Facharztbezeichnung Thoraxchirurgie führen soll bzw. wenn ein solcher nicht zur Verfügung steht, dies auch ein Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunktbezeichnung Thoraxchirurgie sein kann.

### Übergangsregelungen bis Jahresende 2016

Es gibt folgende Übergangsregelungen bis Jahresende 2016 (§12 der QS-Vereinbarung):

- Genehmigungen, die zwischen dem 1. Januar und 1. Juli 2016 auf der Grundlage der G-BA-Richtlinie erteilt wurden, behalten ihre Gültigkeit (Rahmenbedingungen s.u.).
- Auch Ärzte, die im I. Halbjahr 2016 noch keine Abrechnungsgenehmigung beantragt haben, können diese bis Ende 2016 beantragen, wenn sie die o.g. Anforderungen (u.a. 1.000 PET Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen in den letzten fünf Jahren und Kenntnisse in der Einordnung von PET-Befunden im diagnostischen Kontext) nachweisen können. Dabei legt der Zusatz „in der Regel“ zu der Anforderung von 1.000 Untersuchungen nahe, dass dies vor Ort in der jeweiligen KV durchaus anders gehandhabt werden kann.

Weiterhin gibt es noch folgende apparative Übergangsregelungen:

- Für PET-Geräte mit einer Auflösung von  $\leq 7$  mm kann bis Jahresende 2016 eine Genehmigung beantragt werden, die längstens bis zum 30. Juni 2022 gültig ist.
- Bei kombinierten PET/CT-Geräten reichen für die apparativen Anforderungen für den CT-Anteil eine Genehmigung nach §3 Abs. 1 oder die Betriebserlaubnis nach §4 Abs. 1 der Röntgenverordnung.

### Bewertung seitens BDN

Bei den Verhandlungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband war erfreulicherweise der BDN als Berater mit involviert. Die Vertreter der Krankenkassen waren bei den Verhandlungen nur zu minimalen Zugeständnissen bereit, wenn es um Abweichungen vom G-BA-Beschluss ging (Credo „Der G-BA-Beschluss darf nur durch den G-BA geändert werden“).

Auch zeigten die Verhandlungen nach unserer Einschätzung, dass die Krankenkassen kein Interesse an der Förderung der PET/CT im Rahmen der onkologischen Diagnostik haben, sondern im Gegenteil versucht haben, den Einsatz der Methode möglichst auf das unbedingt Notwendige zu begrenzen. Die in der QSV vorgegebenen Maßnahmen sollen deshalb nach unserer Meinung einen Breitereinsatz des PET/CT verhindern und die Untersuchung möglichst auf wenige Zentren konzentrieren.

Dies zeigt auch der Beschluss zur EBM-Vergütung (verhandelt zwischen KBV und GKV-SV ohne BDN-Beteiligung): Nur Zentren mit einer hohen Anzahl von PET-Untersuchungen können unter diesen finanziellen Rahmenbedingungen kostendeckend arbeiten. Für Praxen mit < 10 Untersuchungen pro Woche wird das zukünftig (und das ist politisch so gewollt!) ein kostspieliges „Hobby“ werden.

Unabhängig vom Wortlaut der QSV haben jedoch die regionalen KVen ein großes Mitspracherecht in deren Umsetzung. Viele Punkte enthalten in den Formulierungen „soll“ und „kann“. Hier haben die KVen praxisnahe Auslegungsmöglichkeiten.

Dies betrifft insbesondere den Nachweis der 1.000 Untersuchungen durch das PET-Zertifikat der DGN (der BDN steht hier in Kontakt mit der DGN, um das Zertifikat für alle regionalen KVen akzeptabel zu machen) und die Zusammensetzung der Prüfungskommissionen.

Für alle Nuklearmediziner, die zukünftig weiterhin unter praktikablen Bedingungen PET/CT machen möchten empfiehlt sich deshalb, hier ein sachpolitisches/berufspolitisches Engagement auf Landesebene bei der zuständigen KV.

### Generelle Situation

Vor allem aus Bayern erreichen uns in letzter Zeit Mitteilungen, dass nicht nur PET-Abrechnungsgenehmigungen sehr eingeschränkt erteilt werden, sondern insbesondere auch die Krankenkassen und der MDK selbst bei „glasklaren“ Nicht-G-BA-Indikationen PET-Untersuchungen verweigern. Bitte lassen Sie uns wissen, wenn Sie ähnliche Erfahrungen machen, damit wir uns ein Bild machen können, ob dies regionale oder doch bundesweite Trends sind.

Wir haben zunehmend den Eindruck, dass Selbstverwaltung (KBV & viele KVen) und GKV die Methode PET sehr stark einschränken wollen, letztlich auf dem Rücken der Patienten.

Unser Umgang mit der Situation bei PET wird deshalb das beherrschende Thema auf dem berufspolitischen Part auf der BDN-Jahrestagung am Samstagnachmittag (24. September d.J. in Nürnberg) sein.

## 2. GOÄneu & EBM: derzeitiger Stand

### GOÄneu

Nach der „Notbremse“ der BÄK hinsichtlich der GOÄneu im März d.J. hat sich die BÄK diesbezüglich neu aufgestellt und bindet jetzt alle Berufsverbände in den Prozess ein.

Wir hatten im Oktober letzten Jahres zusammen mit Vertretern der DGN begonnen, für die GOÄneu alle Leistungslegenden inkl. Bewertung zu überarbeiten und Anfang Januar d.J. die Legenden mit BÄK und PKV-Vertretern weitgehend konsentiert. In einem Gespräch mit der BÄK (unter Vorsitz von Prof. Montgomery) zusammen mit Radiologen und Strahlentherapeuten haben wir im Juni d.J. den Feinschliff bei den Legenden besprochen. Kein Thema waren allerdings die Bewertungen.

Die BÄK wird nach unserem Verständnis die Verhandlungen mit PKV und Beihilfe zur GOÄneu unter Einbeziehung der Berufsverbände fortsetzen wissend, dass die GOÄneu höchstwahrscheinlich diese Legislaturperiode nicht mehr verabschiedet wird.

### EBM

Schon im Oktober letzten Jahres haben wir der KBV unsere Vorschläge (Leistungslegenden und Bewertungen) zum geplanten neuen EBM übermittelt, bis heute aber noch keine Rückmeldung bekommen. Wir rechnen im Herbst mit einem ersten Gespräch mit der KBV dazu.

Als Termin für die Einführung des neuen EBM steht nach wie vor der 1. Juli 2017; ob dieser zu halten ist, wird sich bis Ende d.J. zeigen.

## 3. SLN-Diagnostik: immer mit Bilddokumentation!

Die Sentinel-Szintigraphie (prä- und intraoperative Lokalisation der Lymphknoten, kurz „SLN“) ist ein etabliertes Verfahren, v.a. bei chirurgischer Mammakarzinom-Therapie, und dessen Ergebnis hat nicht selten erheblichen Einfluss auf die Therapieoptionen.

Zunehmend wird uns berichtet, dass zuweisende Ärzte nur die radioaktive Markierung der Lymphknoten beauftragen, nicht aber die szintigraphische Darstellung. Aus unserer Sicht sprechen juristische und medizinische Gründe gegen dieses Vorgehen. Beispielsweise können durch eine

fehlerhafte Injektion des Radiopharmakons verursachte falsch-negative Befunde ohne Szintigraphie nicht erkannt werden. Weiterer Vorteil ist z.B. auch, dass durch Einsatz des SPECT-CT kleinere Hautschnitte, folglich eine Reduktion des operativen Traumas, möglich sind.

Nach unserer Information haben sich die Ärztlichen Stellen mit dieser Situation befasst und sind der Auffassung, dass zur eindeutigen Lokalisierung eines jeden Sentinel-Lymphknotens eine szintigraphische Darstellung notwendig ist. Dabei sei daran erinnert, dass Sie als untersuchender Nuklearmediziner, nicht aber der überweisende Arzt, die rechtfertigende Indikation stellen und entscheiden müssen, ob und wie eine Untersuchung durchzuführen ist. Wir gehen davon aus, dass die Ärztlichen Stellen zukünftig einen genaueren Blick darauf werfen werden, ob bei SLN-Diagnostik die szintigraphische Darstellung auch durchgeführt wurde.

In diesem Zusammenhang möchten wir auch darauf verweisen, dass präoperative SLN-Diagnostik bei stationärem Aufenthalt Teil der DRG-Vergütung der operierenden Klinik ist und es deshalb nicht nachvollziehbar ist, dass die Diagnostik im ambulanten Bereich über EBM abgerechnet wird statt dass die Klinik den die Diagnostik ambulant durchführenden Nuklearmediziner extrabudgetär vergütet.

#### 4. Vorschau auf BDN-Jahrestagung am 23./24. September d.J. in Nürnberg

Wir rufen Sie alle zur Teilnahme an der 45. Jahrestagung des BDN vom 23.-24. September d.J. in Nürnberg auf (Programm auf unserer Webseite unter <http://www.bdn-online.de/index.php?id=8>). Motto ist diesmal „Nuklearmedizin 2016. Ein Fach im Wandel?“

Am Freitagnachmittag stehen nach dem Labor-Part Vorträge zu den Themen Schilddrüse und Osteopathien auf dem Programm, um mit einem Vortrag über die Ärztliche Stelle Nuklearmedizin in Bayern zu schließen.

Am Samstagmorgen beschäftigen wir uns mit Zukunftsfragen unseres Faches und dem Thema „Fachfremdheit am Beispiel der PET/CT“.

Beherrschendes Thema der berufspolitischen Diskussion am Samstagnachmittag dürfte PET/CT werden mit der Frage, wie gehen wir mit den politischen Rahmenbedingungen dazu um (s. auch Bewertung im Eingangartikel dieser BDN-Info). Bei der anschließenden Mitgliederversammlung stehen Vorstandswahlen an.

Ein besonderes Highlight ist dieses Jahr das Event am Begrüßungsabend am Freitag: Abend(essen) in der „historischen Nemberger Stroßaboo“. Die Anzahl der Teilnehmer ist begrenzt. **Melden Sie sich deshalb bitte frühzeitig an!**

#### 5. BDN-Pressemitteilungen & Webseite

Große Resonanz fand unsere dritte Pressemitteilung in 2016 mit dem Thema „*Häufig verkannt: Schilddrüsenentzündung nach der Entbindung*“ (s. <http://www.bdn-online.de/index.php?id=138>). Mit der Postpartum-Thyreoditis haben wir ein Thema aus dem Kerngebiet unseres Faches aufgegriffen, das von der Presse breit veröffentlicht wurde. Wir sind immer auf der Suche nach solchen Themen, die die Chance haben, eine breite Öffentlichkeit zu finden, um unserem Fach höhere mediale Präsenz zu geben. *Wir sind offen und dankbar für Ihre Vorschläge zu weiteren Pressemitteilungen!*

Nach der Sommerpause werden wir mit den Arbeiten zur Erstellung einer neuen Webpräsenz beginnen. Sie sind herzlich zur Mitarbeit eingeladen. Interessenten melden sich bitte bei Dr. Hey (Email: [hey@bdn-online.de](mailto:hey@bdn-online.de); Tel. 0172-3133735).

## Berufspolitik

### 6. Gewerbesteuer-Falle bei angestellten Ärzten

Gemäß aktueller Rechtsprechung des Bundesfinanzhofes (BFH, Urteil v. 3.11.2015 – VIII R 62/13; veröffentlicht am 30.3.2016) sowie weiterer BFH-Urteile aus 2014 müssen freiberuflich tätige Ärzte, die angestellte Ärzte beschäftigen, auch weiterhin noch selbst aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig sein.

Andernfalls droht der Verlust des Freiberufler-Status mit der Folge gewerblicher Einkünfte und somit der Verpflichtung, Gewerbesteuer auf den Gesamtgewinn der Praxis zu zahlen (sog. „Infizierung“). In vielen Fällen kann die Gewerbesteuer zwar auf die zu zahlende Einkommensteuer angerechnet werden, jedoch gibt es durchaus Situationen, beispielsweise wenn noch Verluste aus Vermietung und Verpachtung vorhanden sind, in denen die Gewerbesteueranrechnung ins Leere laufen kann. Besonders ärgerlich ist es zudem, wenn als Folge einer Betriebsprüfung die Gewerblichkeit für viele Jahre rückwirkend festgestellt wird.

Ärzte können nach ständiger Rechtsprechung zwar auch dann freiberuflich tätig sein, wenn sie fachlich vorgebildete Arbeitskräfte (zum Beispiel MFA und MTA) einsetzen. Allerdings erbringen Ärzte eine höchstpersönliche und individuelle Arbeitsleistung am Patienten und müssen deshalb, um den Freiberufler-Status zu erhalten, einen wesentlichen Teil der ärztlichen Leistungen selbst erbringen. Die Mitarbeiter dürfen jedoch die Arbeit des Berufsträgers jedenfalls in Teilbereichen ersetzen.

Um selbst leitend tätig zu sein, muss der Praxisinhaber die Grundzüge der Tätigkeiten und der Organisation festlegen. Er muss grundsätzliche Fragen selbst entscheiden und die Arbeitsabläufe regelmäßig überwachen. Durch systematische Stichproben und Arbeitskontrollen muss sichergestellt sein, dass die festgelegten Arbeitsabläufe eingehalten werden.

Eigenverantwortlich tätig kann nur sein, wer noch selbst im ausreichenden Maße an der praktischen Tätigkeit teilnimmt und dem die uneingeschränkte fachliche Verantwortung, auch für die Tätigkeit seiner Angestellten, zukommt. Von Bedeutung ist auch das äußere Erscheinungsbild der Betätigung.

Die Arbeitsabläufe und deren Überwachung sollten bei angestellten Mitarbeitern, auch den Ärzten!, in jedem Fall sorgfältig dokumentiert werden, um diese gegebenenfalls gegenüber der Finanzverwaltung nachweisen zu können.

Die im SGB V ausdrücklich vorgesehene Möglichkeit, dass z.B. eine Praxis eine Filiale betreibt, in der ausschließlich angestellte Ärzte tätig sind, führt deshalb in steuerrechtlicher Hinsicht in jedem Fall zur Gewerblichkeit der dort erzielten Umsätze. Das gleiche gilt für die fachfremde Anstellung, nachdem der Arbeitgeber den angestellten Arzt eines anderen Fachgebietes unmöglich aufgrund eigener Fachkenntnis überwachen und anleiten kann.

Urteile aus dem Bereich der Nuklearmedizin liegen zu dieser Frage noch nicht vor (die o.g. betrafen Augenärzte). Einige Praxen gehen mittlerweile so weit, dass Befunde von angestellten Ärzten immer durch einen freiberuflichen Partner gegengezeichnet werden, um die Überwachung zu dokumentieren.

Wir empfehlen, sich mit dieser Problematik auseinanderzusetzen, denn wir gehen davon aus, dass die Finanzämter zukünftig bei Betriebsprüfungen, v.a. auch bei MVZ, dieses Thema verstärkt „auf dem Radar“ haben werden.

Wenn Sie zu den Urteilen mehr Hintergrundinformation wünschen oder Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Dr. Hey (Email: [hey@bdn-online.de](mailto:hey@bdn-online.de); Tel. 0172-3133735)..

## 7. KBV lädt zu 11. Nationalen QZ-Tutorentreffen

Qualitätszirkel (QZ) sind eine etablierte Form der Fortbildung. Ärzte und Psychotherapeuten tauschen sich in moderierten Arbeitskreisen über ihre Arbeit aus, um die eigene Behandlungspraxis zu analysieren und gezielt weiterzuentwickeln. Die KBV lädt zum 11. Nationalen QZ-Tutorentreffen am 11./12. November d.J. in Berlin ein; am 09./10. September d.J. finden die nächsten Ausbildungsstaffel zum QZ-Tutor statt (Infos unter <http://www.kbv.de/html/qualitaetszirkel.php>).

### Service: Terminkalender

Hier nur ein Auszug der regionalen Tagungstermine. **Alle Termine** finden Sie auf der Startseite unserer Homepage [www.bdn-online.de](http://www.bdn-online.de).

16. – 17.09.2016	23. Jahrestagung Berlin-Brandenburgische Gesellschaft für Nuklearmedizin in Berlin
<b>23. – 24.09.2016</b>	<b>45. Jahrestagung Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. in Nürnberg</b>
04. – 05.11.2016	27. Jahrestagung Südwestdeutsche Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. in Konstanz
26.11.2016	Mittelrheinische Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. in Trier
02. – 03.12.2016	37. Jahrestagung Rheinisch-Westfälische Gesellschaft für Nuklearmedizin e.V. in Aachen
<b>22. – 23.09.2017</b>	<b>46. Jahrestagung Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. in Berlin</b>
<b>28. – 29.09.2018</b>	<b>47. Jahrestagung Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V. in Berlin</b>

### Service: Inserate unserer Mitglieder

Inserate sind für unsere Mitglieder ein kostenloser Service, auch auf unserer Homepage!

Sehr gut eingeführte Nuklearmedizinische Gemeinschaftspraxis im schönen Potsdam mit großem Einzugsbereich sucht ab 2017 eine(n) engagierte(n) FÄ / FA für Nuklearmedizin. Gleichberechtigte Mitarbeit sowohl in Anstellung als auch in Partnerschaft bis zur späteren Übernahme möglich. Schwerpunkte der Praxis sind Myocard-, Skelett-, Nierenfunktions- und SD-Szintigraphien. Ausstattung: 3 Kameras, davon eine Doppelkopf- und eine SD-Kamera. Sie werden von einem netten und motivierten Team erwartet. Kontaktaufnahme: [nukprax.popiennapieralski@freenet.de](mailto:nukprax.popiennapieralski@freenet.de)

Nachfolger/in als FA/FÄ für Nuklearmedizin von großer GMP im PLZ-Gebiet 4 für 40 Std./W. (Vollzeit) zum ca. 01.10.2016 (oder früher) gesucht. Vertragsarztsitz vorhanden, Beginn der Tätigkeit im Angestelltenverhältnis, spätere Partnerschaft erwünscht. Engagiertes Team, gute Arbeitsatmosphäre. Chiffre 03/2016

Essen, den 29.07.2016  
gez. Prof. Dr. med. Detlef Moka

Berlin, den 29.07.2016  
gez. Dr. med. Andreas Hey

Impressum:

Verlag: Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner e.V., Geschäftsstelle, Weserstraße 86, 45136 Essen  
Herausgeber: Prof. Dr. med. Detlef Moka, Vorsitzender des BDN, Henricistraße 40, 45136 Essen  
Redaktion: Dr. med. Andreas Hey, Geschäftsführer des BDN, Wolziger Zeile 30 A, 12307 Berlin, Tel. 030-85764273, Fax: 030-70784162, [hey@bdn-online.de](mailto:hey@bdn-online.de)  
Geschäftsstelle: Iris Herzogenrath, Weserstraße 86, 45136 Essen, Tel. 0201 25 12 97, Fax: (0201) 896 55 99, [herzogenrath@bdn-online.de](mailto:herzogenrath@bdn-online.de)