

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

01 | Januar 2020

Vergütung

Einkommen der Klinik-Radiologen auch im Jahr 2019 gestiegen

Die Grundvergütung der Ärzte in der Radiologie stieg im Jahr 2019 um durchschnittlich 2,7 Prozent. Dabei stiegen die Grundgehälter von Radiologie-Chefärzten um durchschnittlich 2,6 Prozent. Dies sind Ergebnisse des Kienbaum-Vergütungsreports 2019 „Ärzte, Führungskräfte und Spezialisten in Krankenhäusern“, in den die Daten von 119 Krankenhäusern mit Vergütungsinformationen zu 2.203 Ärzten sowie 615 nichtärztlichen Funktionen eingeflossen sind.

von Thomas Thurm und Patrick Koll,
Kienbaum Consultants International
GmbH, Köln, kienbaum.de

Vergütung der Chefärzte in der Radiologie

Dieser Beitrag zeigt die aktuelle Vergütungssituation von Ärzten in der Radiologie, Isotopendiagnose, Röntgen und Radioonkologie (im weiteren Verlauf als Abteilung bzw. Radiologie bezeichnet).

Mit einem durchschnittlichen Jahreseinkommen von 360.000 Euro gehören Chefärzte in der Radiologie zu den Spitzenverdienern in Krankenhäusern. Ihr Einkommen liegt durchschnittlich um 20 Prozent höher als das Durchschnittsgehalt aller Chefärzte in Krankenhäusern. Die Spanne der Jahresgesamtvergütung ist bei Chefärzten in der Radiologie mit am

größten: Sie reicht von 155.000 Euro im unteren Quartil bis 433.000 Euro im oberen Quartil (s. Tab. 1).

Die Grundvergütung von Chefärzten der Radiologie liegt bei durchschnittlich 128.000 Euro, die variablen Vergütungen bei 172.000 Euro und die Vergütungen aus Nebentätigkeiten – sofern dies zutrifft – bei durchschnittlich 184.000 Euro. Zu den variablen Vergütungen der Chefärzte zählen Einkünfte aus

- den Privatliquidationen,
- der Beteiligungsvergütung oder
- einer Bonusvereinbarung.

Diese Vergütungen variieren sehr stark, je nachdem, ob sie über Privatliquidationen oder eine andere Vergütungsart erzielt werden. Die Ausgestaltung der variablen Vergütung hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verändert: Während der Anteil der

Inhalt

Leserforum

Whole-body SPECT:
Kein 5-facher Ansatz von
EBM-Nr. 17363 sowie
Nrn. 5486/5487 GOÄ 3

EBM-Reform 2020

- Deutliche Abwertung radiologischer Leistungen ab dem 01.04.2020 4
- Tabellen mit den Änderungen bei radiologischen Leistungen (Konsiliarpauschalen, Sonografie, Röntgen, CT, MRT) 5

Radiologie in Klinik und Praxis

Interview mit Prof. Dr. Stephan Miller (FuNRad): „Das Spektrum in der ambulanten Praxis ist anders als in der Klinik“ 7

Download

Unter rwf-online.de finden Sie im Downloadbereich den Fachbeitrag zum Vertragsarztrecht „Ärzte dürfen auf Überweisungen weitgehend vertrauen“.

Tabelle 1: Spannen der Jahresgesamtvergütung von Chefärzten nach Fachabteilungen (in Tausend Euro)

Abteilung	Unteres Quartil	Median	Oberes Quartil	Durchschnitt
Anästhesie/Intensivmedizin	161	198	336	296
Chirurgie	181	254	346	331
Geriatric	131	163	215	177
Gynäkologie	174	222	268	257
Innere Medizin	191	260	448	372
Neurologie/Psychiatrie	164	205	296	234
Orthopädie	177	203	394	313
Pädiatrie	162	198	238	208
Radiologie	155	251	433	360
Urologie	150	226	331	256
sonstige Abteilungen	162	206	336	282
Insgesamt	186	248	345	300

Privatliquidationen an der variablen Vergütung rückläufig ist, gewinnen andere Formen der variablen Vergütung wie Bonusvereinbarungen immer mehr an Bedeutung. Die absolute Höhe der variablen Vergütung nimmt im Zuge dieser Entwicklung ab, wie ein Vergleich nach Vertragsalter zeigt: Im Durchschnitt erzielten die Chefärzte mit Verträgen, die älter als 15 Jahre sind, im Jahr 2018 ca. 250.000 Euro mehr aus ihrer variablen Vergütung als die Kollegen mit neuen Verträgen. Die aktuelle Höhe der verschiedenen variablen Gestaltungsformen ist in Tabelle 2 dargestellt.

Vergütung der Oberärzte in der Radiologie

Die Oberärzte in der Radiologie erhalten ein durchschnittliches Jahreseinkommen von 134.000 Euro. Die variable Vergütung beträgt durchschnittlich 16.000 Euro und die Einkünfte aus Nebentätigkeiten 5.000 Euro. Die Vergütungen aus Ruf- und Bereitschaftsdiensten liegen im Durchschnitt bei 18.000 Euro. Insgesamt liegen die Oberärzte in der Radiologie mit ihrem Durchschnittseinkommen um 2.000 Euro unter dem Einkommen aller Oberärzte im Krankenhaus.

Vergütung von Fachärzten und Ärzten in Weiterbildung

Im Gegensatz zu den Chefärzten und Oberärzten spielt für die Fachärzte und Ärzte in Weiterbildung weder die variable Vergütung noch die Nebentätigkeit eine größere Rolle für die Höhe ihrer Jahresgesamtvergütung. Sie erhalten im Jahr durchschnittlich 3.000 bzw. 2.000 Euro aus diesen Vergütungsbestandteilen. Die Jahresgesamtbezüge der Fachärzte betragen durchschnittlich 96.000 Euro, die der Ärzte in Weiterbildung 79.000 Euro. Aus der Ruf-

Tabelle 2: Gestaltungsformen der variablen Vergütung bei Chefärzten der Radiologie

Gestaltungsformen	Gestaltungsform (in Prozent der Berechtigten**)	Durchschnittliche Höhe (in Tsd. Euro)
Liquidationsrecht* (bzw. Beteiligung an den Privatliquidationen des Chefarztes)	50	198
Beteiligungsvergütung	10	113
Bonusvereinbarung, Tantieme, Prämie etc.	20	94
Kombinationen	20	88
insgesamt	100	173

* Nach Abzug von Kostenerstattung, Vorteilsausgleich und Poolverpflichtung.

** 13 Prozent der Chefärzte in der Radiologie erhalten keine variable Vergütung.

bereitschaft und den Bereitschaftsdiensten erhalten die Ärzte im Jahr eine durchschnittliche Vergütung von 13.000 Euro bzw. 11.000 Euro.

In der Tabelle 3 sind die Jahresgesamtbezüge der einzelnen Arztpositionen in der Radiologie mit ihrer Schwankungsbreite aufgelistet. Ange-

geben sind neben dem Durchschnitt auch die Lagemaße „Unteres Quartil“, „Median“ und „Oberes Quartil“. Hierzu zwei Anmerkungen:

- Zum einen fällt auf, dass bei den Chefärzten der Durchschnittswert weit über dem Median liegt. Das rührt im Wesentlichen daher, dass die Durchschnittswerte durch den

Einfluss einiger sehr hoher Einkommen (s. oberes Quartil) nach oben gezogen werden.

- Zum anderen ist zu beachten, dass die Werte des unteren bzw. oberen Quartils bedeuten, dass jeweils 25 Prozent der Ärzte noch unter bzw. über den ausgewiesenen Werten liegen.

Tabelle 3: Jahresgesamtvergütung von Ärzten in der Radiologie (in Tausend Euro)

	Chefärzte	Oberärzte	Fachärzte*	Ärzte in Weiterbildung*
Unteres Quartil	155	103	78	72
Median	251	118	94	77
Oberes Quartil	433	153	107	87
Durchschnitt	360	134	96	79

* Durchschnittswerte aller Abteilungen im Krankenhaus.

➤ **WEITERFÜHRENDER HINWEIS**

- Dieser Artikel basiert – soweit nicht anders ausgewiesen – auf dem Kienbaum-Vergütungsreport „Ärzte, Führungskräfte und Spezialisten 2019“. Neben der Vergütung von nichtärztlichen Führungs- und Fachkräften wird ausführlich die Vergütungssituation von Chefärzten beschrieben. An der Auswertung beteiligten sich 119 Krankenhäuser. In die Auswertung konnten die Vergütungsinformationen von 615 nichtärztlichen Funktionen sowie 2.203 Ärzten einbezogen werden. Die Studie ist zum Preis von 800 Euro (zzgl. MWSt.) zu beziehen bei der Kienbaum Vergütungsberatung, Edmund-Rumpler-Straße 5, 51149 Köln, Tel. +49 40 32 57 79-33, kienbaum.de.

Leserforum

Whole-body SPECT: Kein 5-facher Ansatz von EBM-Nr. 17363 sowie Nrn. 5486/5487 GOÄ

Frage: „Im Bereich der Nuklearmedizin wurde uns ein neues Gerät zur Durchführung von Whole-body SPECT vorgestellt. Dabei werden Bilder von fünf Bettpositionen aneinandergereiht und über die Software zu einem 3D-Bild dargestellt. Eine planare Aufnahme wäre dann nicht mehr erforderlich. Wie wird diese Leistung nach EBM und GOÄ korrekt abgerechnet? Können in diesem Fall z. B. die EBM-Nr. 17363 bzw. die Nrn. 5486 bzw. 5487 der GOÄ jeweils fünf Mal berechnet werden?“

Antwort – GOÄ

Zunächst sind SPECT-Untersuchungen stets auf szintigrafischen Basisuntersuchungen aufbauende Unter-

suchungen, d. h., sie sind Ergänzungsleistungen, die gebürentechnisch stets auf einer vorausgehenden planaren Szintigrafie aufbauen, also nur in Kombination mit der ent-

sprechenden Basisleistung (in diesem Falle wäre das die Nr. 5425 GOÄ) abzurechnen sind.

Zu beachten ist dabei, dass zu jeweils einer szintigrafischen Basisleistung nur **einmal** die Leistung für die SPECT-Untersuchung abgerechnet werden kann. Im vorliegenden Fall kann wegen des erhöhten Zeitaufwands bei Untersuchung in fünf Bettpositionen ein **erhöhter Steigerungssatz** für Nr. 5486 bzw. Nr. 5487 zum Ansatz kommen.

Antwort – EBM

Die EBM-Nr. 17363 ist nur als Zuschlag zu den Nrn. 17310, 17311, 17312, 17330 bis 17333 berechnungsfähig. Die Berechnung der Nr. 17363 selbst ist nur **einmal** möglich.

EBM-Reform**Deutliche Abwertung radiologischer Leistungen ab dem 01.04.2020**

Nach langen Vorbereitungen und zähen Verhandlungen haben sich KBV und Krankenkassen sich im Bewertungsausschuss am 11.12.2019 über eine EBM-Reform verständigt. Die Reform tritt am 01.04.2020 in Kraft. Damit werden die Vorgaben aus dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sowie aus früheren Beschlüssen des Bewertungsausschusses umgesetzt.

EBM-Reform bringt Abwertung der technischen Leistungen

Der Startschuss für eine Überarbeitung des EBM erfolgte bereits im Oktober 2012. Eine erste Anpassung erfolgte im hausärztlichen Bereich zum 01.10.2013. Anschließend stockten offenbar die Verhandlungen und der Termin für die noch ausstehenden Anpassungen wurde mehrfach verschoben. Im TSVG vom 11.05.2019 wurde dem Bewertungsausschuss schließlich aufgegeben, spätestens bis zum 29.02.2020 die Bewertung der Leistungen auf aktueller betriebswirtschaftlicher Basis vorzunehmen.

Durch das TSVG vorgegeben war eine Absenkung der technischen Leistungen zugunsten einer Förderung der sprechenden Medizin. Die jetzt erfolgte Abwertung der technischen Leistungen betrifft im Wesentlichen die technischen Fächer im fachärztlichen Versorgungsbereich und hier insbesondere die **Radiologen**:

- MRT-Leistungen wurden um ca. 13 Prozent,
- CT-Leistungen um durchschnittlich ca. 12 Prozent und
- sonografische Leistungen um durchschnittlich ca. 12 Prozent abgewertet!

Auch die Röntgenleistungen wurden überwiegend abgewertet, aber weniger stark. Die Bewertung der Mammografie wurde hingegen angehoben, ebenso die Bewertung der Konsiliarpauschalen.

Umsetzung der „Punktsummenneutralität“

Aufgrund einer Vorgabe im Beschluss des Bewertungsausschusses von 2012 musste die EBM-Reform punktsummenneutral erfolgen. Mit anderen Worten: Durch die EBM-Reform durfte sich das insgesamt abzurechnende Punktvolumen sowohl für Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als auch für extrabudgetäre Leistungen – von wenigen Ausnahmen abgesehen – nicht verändern.

Durch die Vorgabe der Punktsummenneutralität musste die gesetzlich vorgegebene Höherbewertung der Gespräche und anderer zuzwendungsintensiver Leistungen offenbar komplett durch eine Absenkung der technischen Leistungen finanziert werden.

Anpassung der Kalkulations- und Prüfzeiten

Bei der Überprüfung der Zeitansätze der Leistungen im EBM hatte sich herausgestellt, dass die im Anhang 3 des EBM verwendeten Kalkulations-

zeiten weit überwiegend deutlich zu hoch angesetzt waren. Die medizinische Plausibilisierung der Zeitansätze unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts und der Delegationsfähigkeit von Leistungen hatte im Ergebnis zur Folge, dass die Zeiten – ausgenommen Leistungen mit konkreten Zeitvorgaben – um durchschnittlich **30 Prozent** abgesenkt werden konnten.

Merke

Das Risiko, wegen der Überschreitung der Auffälligkeitsgrenze von 780 Stunden/Quartal mit einer **Plausibilitätsprüfung** konfrontiert zu werden, dürfte dadurch deutlich sinken!

Nach der Reform ist vor der Reform Mit dem Beschluss vom 11.12.2019 wurden noch nicht alle EBM-Baustellen beseitigt. So wurde beispielsweise die gesetzlich vorgegebene Abstufung der Bewertungen ab einem bestimmten Schwellenwert für Untersuchungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil mit diesem Beschluss nicht umgesetzt.

Es ist zu erwarten, dass die regionalen KVen ihre Honorarverteilungsregelungen an die Neubewertung der Leistungen anpassen werden. Daher ist eine Aussage zu den finanziellen Auswirkungen dieser EBM-Reform derzeit noch nicht möglich.

In den Tabellen auf den beiden folgenden Seiten finden Sie – gegliedert nach Leistungsbereichen – für die wichtigsten radiologischen Leistungen die Bewertungen und Prüfzeiten bis zum 31.03.2020 sowie die ab dem 01.04.2020 geltenden Werte.

EBM-Reform zum 01.04.2020: Änderungen bei radiologischen Leistungen
Konsiliarpauschalen

EBM-Nr.	Legende (Kurzfassung)	Bewertung (Punkte)		Prüfzeit (Minuten)	
		bis 31.03.2020	ab 01.04.2020	bis 31.03.2020	ab 01.04.2020
24210	Konsiliarpauschale bis 5. Lbj.	53	73	5	5
24211	Konsiliarpauschale 6. bis 59. Lbj.	44	61	4	4
24212	Konsiliarpauschale ab 60. Lbj.	53	73	5	5

Sonografie

EBM-Nr.	Legende (Kurzfassung)	Bewertung (Punkte)		Prüfzeit (Minuten)	
		bis 31.03.2020	ab 01.04.2020	bis 31.03.2020	ab 01.04.2020
33040	Sonografie Thorax	127	110	9	6
33041	Mamma-Sonografie	164	150	9	6
33042	Sonografie Abdomen	157	143	9	7
33043	Sonografie Urogenitalorgane	87	82	5	4
33050	Gelenk-Sonografie	80	68	6	4
33051	Sonografie Säuglingshüfte	115	103	9	6
33081	Sonografie weitere Organe	67	56	6	4

Röntgen

EBM-Nr.	Legende (Kurzfassung)	Bewertung (Punkte)		Prüfzeit (Minuten)	
		bis 31.03.2020	ab 01.04.2020	bis 31.03.2020	ab 01.04.2020
34220	Röntgen-Thorax	95	91	2	1
34221	Röntgen-Teile Wirbelsäule	152	140	4	2
34222	Röntgen-Gesamte Wirbelsäule	187	164	7	3
34230	Röntgen-Teile Skelett/Kopf	78	74	2	1
34231	Röntgen-Schulter	141	137	3	1
34232	Röntgen-Hand/Fuß	106	99	2	1
34233	Röntgen-Extremitäten	106	99	2	1
34234	Röntgen-Becken	74	71	2	1
34240	Röntgen-Brustorgane I	85	82	2	1
34241	Röntgen-Brustorgane II	152	146	4	2
34243	Röntgen-Abdomen I	95	93	2	1
34244	Röntgen-Abdomen II	141	141	3	1
34245	Röntgen-Teile Abdomen	106	106	2	1
34270	Mammografie-2 Ebenen	265	274	5	2
34271	Zuschlag Stanzbiopsie	833	869	16	12
34275	Mammografie-1 Ebene	198	213	4	2
34282	Schichtaufnahmen	400	372	7	5

CT

EBM-Nr.	Legende (Kurzfassung)	Bewertung (Punkte)		Prüfzeit (Minuten)	
		bis 31.03.2020	ab 01.04.2020	bis 31.03.2020	ab 01.04.2020
34310	CT-Neurocranium	614	534	9	6
34311	CT-Teile der Wirbelsäule	743	662	9	7

CT (Fortsetzung)					
EBM-Nr.	Legende (Kurzfassung)	Bewertung (Punkte)		Prüfzeit (Minuten)	
		bis 31.03.2020	ab 01.04.2020	bis 31.03.2020	ab 01.04.2020
34312	Zuschlag Kontrastmittelgabe	426	394	9	7
34320	CT-Gesichtsschädel	744	650	11	8
34321	CT-Schädelbasis	631	561	10	7
34322	CT-Halsweichteile	769	677	12	8
34330	CT-Thorax	660	586	12	8
34340	CT-Oberbauch	663	581	13	8
34341	CT-Abdomen	819	724	18	10
34342	CT-Becken	663	581	14	9
34343	Zuschlag zweite Serie	492	431	9	6
34344	Zuschlag dynamische Serie	509	466	10	7
34345	Zuschlag Kontrastmitteluntersuchung	228	216	5	4
34350	CT-Extremitäten	569	500	9	6
34351	CT-Hand/Fuß	569	500	9	6
34360	CT-gestützte Bestrahlungsplanung	387	354	5	5
MRT					
EBM-Nr.	Legende (Kurzfassung)	Bewertung (Punkte)		Prüfzeit (Minuten)	
		bis 31.03.2020	ab 01.04.2020	bis 31.03.2020	ab 01.04.2020
34410	MRT-Neurocranium	1.213	1.053	14	9
34411	MRT-Teile der Wirbelsäule	1.213	1.053	14	9
34420	MRT-Gesichtsschädel	1.213	1.053	14	9
34421	MRT-Schädelbasis	1.213	1.053	14	9
34422	MRT-Halsweichteile	1.213	1.053	14	9
34430	MRT-Thorax	1.213	1.053	14	9
34431	MRT-Mamma	2.193	2.007	14	10
34440	MRT-Oberbauch	1.213	1.053	14	9
34441	MRT-Abdomen	1.213	1.053	14	9
34442	MRT-Becken	1.213	1.053	14	9
34450	MRT-Extremitäten	1.213	1.053	14	9
34451	MRT-Hand/Fuß	1.213	1.053	14	9
34452	Zuschlag weitere Sequenzen	446	380	9	7
34460	MRT-Bestrahlungsplanung	835	677	5	5
34470	MRT-Angiografie-Hirngefäße	797	692	./.	./.
34475	MRT-Angiografie-Halsgefäße	1.059	919	./.	./.
34480	MRT-Angiografie-thorakale Aorta	1.059	919	./.	./.
34485	MRT-Angiografie-abdominale Aorta	1.059	919	./.	./.
34486	MRT-Angiografie-Venen	1.059	919	./.	./.
34489	MRT-Angiografie-Becken-/Beinarterien	2.122	1.842	./.	./.
34490	MRT-Angiografie-Armarterien	1.059	919	./.	./.
34492	Zuschlag weitere Sequenzen	488	416	./.	./.

Radiologie in Klinik und Praxis

„Das Spektrum in der ambulanten Praxis ist anders als in der Klinik“

Für Radiologen aus Kliniken und ihre Kollegen aus den Praxen ergeben sich hin und wieder Spannungsfelder. Prof. Dr. Stephan Miller, Facharzt für Radiologie, kennt beide Seiten. Bis 2010 war er Oberarzt und stellvertretender ärztlicher Direktor am Universitätsklinikum Tübingen. Anschließend ließ er sich in der radiologischen Gemeinschaftspraxis Tübingen nieder. Er will den Erfahrungsaustausch zwischen niedergelassenen und Klinik-Radiologen fördern und ist Mitbegründer des Forums Niedergelassener Radiologen in der DRG (FuNRad). Darüber sprach er mit Ursula Katthöfer (textwiese.com).

Redaktion: Was wäre ein typischer Fall, in dem ein niedergelassener Radiologe sich von einem Kollegen aus der Klinik missverstanden fühlt?

Prof. Dr. Stephan Miller: Ich war in der Klinik u. a. für die Abteilung Chirurgie zuständig. Daher kenne ich folgenden Fall sehr gut: Bei einem Tumor an der Bauchspeicheldrüse möchte der Chirurg wissen, wo der Tumor liegt, wie weit er fortgeschritten ist. Es geht um die Entscheidung, ob der Befund operabel ist. Geht aus der Diagnostik keine Antwort auf diese Frage hervor, entsteht schnell eine falsche Schlussfolgerung: Wer hat das denn gemacht? Hat die Person keine Ahnung?

Redaktion: Und? Hat der niedergelassene Kollege keine Ahnung?

Prof. Dr. Stephan Miller: Nein, im Gegenteil. Als ich hier in der Praxis anfing, war ich von der Präzision und der Organisation der Arbeit unglaublich beeindruckt. Doch den ambulant tätigen Radiologen stellen sich ganz andere Fragen als den Kollegen im Krankenhaus. Sie wissen ja noch nicht, warum der Patient zu ihnen kommt. Ich habe erst heute Morgen

bei uns am Empfang einen Mann erlebt, der von seinem Hausarzt geschickt wurde und nicht wusste, mit welcher Verdachtsdiagnose er untersucht werden sollte. Ohne genaue Fragestellung kann der Radiologe mit einer Untersuchung keine genauen Antworten herausarbeiten. Missverständnisse entstehen daher z. B. aus Mangel an Informationen. Die Radiologen in den Krankenhäusern wissen selten, wie der Alltag in einer Praxis aussieht. Schon die Zahl der Fälle liegt viel höher als im Krankenhaus. Wir erfassen mit unserer Bildgebung sehr viel. Doch unsere Diagnostik ist vielleicht nicht immer so speziell, wie z. B. ein Chirurg sie für die OP-Planung bräuchte.

Redaktion: Und umgekehrt: Wo fühlt sich der Radiologe aus der Klinik falsch verstanden?

Prof. Dr. Stephan Miller: Ich glaube, dass das seltener vorkommt. Denn die meisten niedergelassenen Radiologen kennen die Abläufe in den Kliniken ja aus der Facharztausbildung.

Redaktion: Nun gibt es in allen Fachdisziplinen Kollegen in Praxis und Klinik. Ist der gegenseitige Argwohn

bei den Radiologen größer als bei anderen Fachärzten?

Prof. Dr. Stephan Miller: Als Radiologe höre ich in klinischen Besprechungen mit anderen Fächern so manchen Kommentar. Manchmal verrät der Tonfall unterschwellige Kritik. Doch in den klinischen Fächern sind die niedergelassenen Kollegen ja die Zuweiser. Ein Chefarzt im Krankenhaus wird sich tunlichst zurückhalten, über niedergelassene Kollegen zu schimpfen, die der Klinik jeden Tag Patienten schicken. In der Radiologie könnte die Hemmschwelle niedriger sein. Doch ich will keinen falschen Eindruck erwecken. So groß sind die Spannungsfelder nach meiner Erfahrung auch nicht.

Redaktion: Sie gründeten 2017 mit weiteren Kollegen in der DRG die Arbeitsgruppe FuNRad, deren Vorsitzender Sie sind. Was ist das Ziel?

Prof. Dr. Stephan Miller: Wir möchten, dass die DRG Themen der niedergelassenen Radiologen aufnimmt und bearbeitet. Es sind sehr viele Radiologen in die ambulante Praxis gegangen, die lange wissenschaftlich an Universitätskliniken gearbeitet haben. Unter wissenschaftlich geprägtem Blick stellt man schnell fest, dass es eine Menge unbearbeiteter Themen in diesem Bereich gibt. Die DRG stellt die akademische Vereinigung der Radiologie in Deutschland dar. In der DRG geht es u. a. um Fortbildung, das Erstellen von Leitlinien, Zertifizierungen etc. Bisher war unsere Fachgesellschaft sehr von den Kollegen aus den Krankenhäusern geprägt. Wir wollen auch die Niedergelassenen mitnehmen. FuNRad widmet sich daher z. B. der gezielten Fortbildung für die Praxis, der Vernetzung zwischen Krankenhaus und Praxis sowie Workflow-Themen.

Redaktion: Gibt es eine Schnittmenge zum BDR?

Prof. Dr. Stephan Miller: In inhaltlichen Dingen ja, berufspolitisch nein. Das ist klar getrennt. Wir haben z. B. die Abrechnungsempfehlungen für die Herzbildgebung gemeinsam erstellt, da sie beides betrifft: eine inhaltliche Begründung und die sachlich fundierte Abrechnung auf GOÄ-Basis. Das hat gut geklappt. Unser Ziel ist es, als eine Fachgruppe aufzutreten, sowohl in der DRG als auch im Schulterschluss mit dem BDR.

Redaktion: Sie sprechen von der Fortbildung. Um welche Inhalte geht es?

Prof. Dr. Stephan Miller: Das Spektrum in der ambulanten Praxis ist anders als in der Klinik. Es gibt eine Reihe von Erkrankungen, die ambulant diagnostiziert und therapiert werden und daher in der Klinik nie vorkommen. Das betrifft u. a. die Neurodiagnostik, muskuloskeletale Medizin oder auch Lungenerkrankungen. FuNRad ist es daher wichtig, den Radiologen, die aus der Klinik in die Praxis kommen, nach dem Pareto-Prinzip z. B. die wichtigsten Diagnosen am Kniegelenk oder an der Wirbelsäule zu vermitteln.

Redaktion: Was können beide Seiten jeweils voneinander lernen?

Prof. Dr. Stephan Miller: Der Radiologe im Krankenhaus kann die behandelnden Kollegen sehr genau mit Informationen versorgen, von denen die Therapie abhängt. Bei vielen interdisziplinären Veranstaltungen und unterschiedlichsten Boards ist die Radiologie beteiligt. Das ist in der Niederlassung komplett anders. In diesem Setting sind die Kollegen noch auf der Suche nach dem Befund. Der Aus-

tausch mit anderen Fachdisziplinen ist leider gering. Wenn dieser Umstand allen klar ist, dann haben wir schon viel voneinander gelernt. Beide Seiten gehören zum Fachgebiet der Radiologie und wir sind eine Gemeinschaft.

Redaktion: Wie groß ist die Bereitschaft, sich auszutauschen?

Prof. Dr. Stephan Miller: Seitdem es FuNRad gibt, kommen kontinuierlich neue Mitglieder dazu. Beim Deutschen Röntgenkongress waren wir nun im dritten Jahr dabei. Die Teilnehmerquoten bei unseren Sitzungen und Vorträgen sind hoch.

Redaktion: Wer kommt? Chefärzte? Assistenten?

Prof. Dr. Stephan Miller: Es beginnt bei den fortgeschrittenen Kollegen in der Weiterbildung. Sie überlegen, wie es für sie weitergeht. Auch Fachärzte aus Kliniken und Praxen kommen. Chefärzte sehen wir seltener. Sie haben ganz andere Themen als die Aspekte einer Praxis. Allerdings beteiligt der FuNRad-Vorstand satzungsgemäß auch Chefärzte. Denn es ist uns wichtig, Verständnis füreinander zu schaffen und gut zusammenzuarbeiten. Dafür brauchen wir den Input beider Seiten.

Redaktion: Würden Sie auch Hospitationen befürworten?

Prof. Dr. Stephan Miller: Eine Hospitation ist zu wenig. Wir brauchen eher eine Rotation, damit Kollegen aus der Klinik sich das ambulante Spektrum aneignen können, z. B. mal in einer Woche 100 MRT-Untersuchungen des Kniegelenks sehen. So hat man i. d. R. rasch die meisten relevanten Pathologien kennengelernt. Insbesondere bei der Mammografie

sind Rotationen sinnvoll und bereits etabliert, da Mammografie in manchen Kliniken nicht angeboten wird. Es gibt also durchaus Raum für einen Wechsel über die eigenen Grenzen hinaus. Das sollte man ausbauen.

Redaktion: Wie können Radiologen an FuNRad teilnehmen?

Prof. Dr. Stephan Miller: Wer Mitglied in der DRG oder im BDR ist, kann kostenfrei teilnehmen. Übrigens haben wir viel zu wenig Kolleginnen unter den Mitgliedern. Die Feminisierung der Medizin findet auf allen Ebenen statt und die Anforderungen bzw. Möglichkeiten sind in der Praxis ganz anders als in einer Klinik. Da wäre es wichtig, dass gerade Kolleginnen sich bei FuNRad einbringen.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- FuNRad: Informationen und Antragsformulare online unter funrad.drg.de

Impressum



Herausgeber
 Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,
 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,
www.guerbet.de, E-Mail info@guerbet.de

Verlag
 IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
 Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
 Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, www.iww.de
 Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion
 Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur),
 Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns (Redakteur, verantwortlich)

Lieferung
 Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

Hinweis
 Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.