

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

02 | Februar 2020

Integrierte Versorgung

Spitzenmedizin in die Breite tragen am Beispiel der Neuroradiologie

Im Zuge der Entwicklung zu einer zentrumsbasierten Spitzenmedizin stellt sich die Frage nach einer wohnortnahen, finanzierbaren und gleichzeitig kompetenten Versorgung. Am Beispiel der Neuroradiologie wird gezeigt, wie Spezialkompetenzen aus einem maximal-versorgenden Krankenhaus anderen Teilnehmern im Gesundheitswesen sektorübergreifend zur Verfügung gestellt werden können.

von Prof. Dr. med. Adrian Ringelstein,
Sektionsleitung Neuroradiologie,
Kliniken Maria Hilf GmbH,
Mönchengladbach

Ausgangslage und Bedarf

Im Jahr 2017 wurde die Sektion Neuroradiologie in die Klinik für Radiologie der Kliniken Maria Hilf GmbH Mönchengladbach integriert. Die Herausforderung bestand darin, diese Spezialkompetenz den Kollegen

- im Haus,
- in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung und
- in der Niederlassung (zunächst regional)

zur Verfügung zu stellen. Grundsätzlich ist es für alle Teilnehmer im Gesundheitswesen mühevoll, Spezialkompetenzen vorzuhalten. Je kleiner die teilnehmende Einheit ist, desto schwieriger ist es, das gesamte Spek-

trum der medizinischen Expertise abzubilden. Daraus wurde ein Unterstützungsbedarf abgeleitet, der sich im Nachhinein auch bestätigte.

Sicherung der internen Qualität

Zunächst wurde ein Konzept zur Sicherung der internen Qualität entwickelt, und zwar im 24-Stunden-Dienstbetrieb. Zu diesem Zweck wurde ein Kommunikationssystem etabliert, das den Kollegen im Krankenhaus einen Pool neuroradiologisch ausgebildeter Kollegen anbot, die in die Lage versetzt wurden, jederzeit und von überall spezielle Fragestellungen zu beantworten und Entscheidungshilfen zu bieten.

Diese Option vermittelte jungen Kollegen Sicherheit und stärkte den Mut, beispielsweise auch als junger Oberarzt neuroradiologische Interventionen durchzuführen. Das wiederum er-

Inhalt

Qualitätsbeurteilung

Kernspintomographie:
Neufassung der QBK-RL
tritt in Kraft 3

Abrechnung

- Cobb-Winkel-Messung nach GOÄ und EBM abrechnen ... 3
- EBM-Reform: Leichte Verbesserungen beim Mammographie-Screening ... 4
- G-BA: PET/CT auch bei Non-Hodgkin-Lymphomen 4

Datenschutzrecht

Update DS-GVO – Datenlecks vermeiden in der Radiologie ... 5

Wirtschaftlichkeit

Controlling in einer radiologischen Großpraxis 7

Downloads

- EBM-Reform ab April 2020: Liste der Änderungen bei radiologischen Leistungen
- Steuern: Jobticket, Fahrtkostenzuschüsse, Praxisfahrrad für die Mitarbeiterbindung – das ist begünstigt

2 Kooperationen

möglichte dem Krankenhaus die erfolgreiche Erlangung bestimmter Zertifizierungen und die Etablierung von Kompetenzzentren.

Gleichzeitig sanken die Personalkosten für die Hintergrunddienste, weil sich die Einsatzzeiten verkürzten und keine Vor-Ort-Zweitbefundung im Krankenhaus nötig war. Auch subjektiv sank die Dienstbelastung, obwohl häufiger mit den Kollegen im Krankenhaus kommuniziert wurde. Das neue System „befreit“ den Hintergrunddienst von den „Fesseln“ eines VPN-Tunnels und beschleunigt die Kommunikation deutlich.

Datenschutzgerechte Lösung

Bei solchen Anfragen werden in vielen Krankenhäusern wider besseren Wissens handelsübliche Messenger genutzt, auch wenn deren Einsatz aus Datenschutzgründen höchst bedenklich ist. Diese datenschutzrechtlichen Bedenken animierten in diesem Beispiel dazu, nach einer technisch sicheren und legalen Lösung zu suchen. Das neue, verwendete Produkt ist DS-GVO-kompatibel. Die Kommunikation erfolgt verschlüsselt. Zudem greift das Produkt nicht auf die gespeicherten Kontakte auf dem mobilen Endgerät zu.

Eine Zuordnung der Bilder zu einem Patienten ist nur dem versendenden Behandlungsteam in der Klinik (**innerhalb der Firewall**) möglich. Die DICOM-Datensätze werden anonymisiert versendet. Der Grad der Anonymisierung kann von dem Krankenhausträger frei definiert werden, etwa wie viele Ziffern der Patienten-ID angezeigt werden sollen. Die Bilder werden automatisch nach einer vom Krankenhausträger definierten Zeit gelöscht. Praktikabilität, Schnel-

ligkeit und einfache Bedienbarkeit herkömmlicher Messenger bleiben aber erhalten, sodass sich eine entsprechend hohe Nutzungsrate entwickeln konnte und zudem kaum Einarbeitungszeit erforderlich war.

Zwischenfazit

Der erste Schritt war die Sicherstellung eines legalen Bildaustauschs. Auf diese Weise konnte neuro-radiologische Expertise in diesem Beispiel 24 Stunden/Tag intern zur Verfügung gestellt werden.

Ausweitung auf externe Teilnehmer

Im Laufe der Zeit entwickelte sich auch bei den niedergelassenen Kollegen und benachbarten Krankenhäusern der Wunsch nach Unterstützung für bestimmte komplexe Fragestellungen, sodass einige größere Praxen verschiedenster Fachgebiete in das System integriert wurden. Hierzu waren einfache technische Modifikationen des Netzwerks nötig, weil die Aufnahmen der Patienten jetzt von **außerhalb der Krankenhausfirewall** zur Verfügung gestellt werden mussten.

Laptop für Niedergelassene dient auch als Gatewayserver

Die Lösung lag darin, den niedergelassenen Kollegen einen Laptop zur Verfügung zu stellen, der einerseits als Lesegerät für die auf DVDs gespeicherten Bilder dient und andererseits als anonymisierender Gatewayserver fungiert. Dadurch entstand ein Netzwerk, das den niedergelassenen Kollegen eine neuro-radiologische, radiologisch-onkologische oder radiologisch-interventionelle Kompetenz bietet, und zwar immer und „on time“. D. h., die Kollegen können Ex-

pertenmeinungen in die Behandlung oder Beratung des Patienten direkt einfließen lassen. Zudem vereinfachte sich die Begleitung der von der Klinik behandelten und von den niedergelassenen Kollegen weiterbetreuten Patienten. Der Versand von DVDs und das Warten auf eine konsiliarische Mitbeurteilung der Bilder entfiel.

Kosten sind überschaubar

Im Beispiel wird allen Teilnehmern die neuro-radiologische Kompetenz kostenlos angeboten. Die technischen Voraussetzungen für die internen sowie für die niedergelassenen Kollegen wird selbst geschaffen. Die Kosten sind gering und belaufen sich auf etwa 120 Euro/Jahr pro Netzwerkteilnehmer. Ein entsprechend vorbereiteter Laptop kostet einmalig etwa 300–400 Euro.

Vorteile des Netzwerks

Das neue System unterstützt die Zusammenarbeit von interdisziplinären Teams, die in der Maximal- und Regelversorgung Hand in Hand miteinander arbeiten.

Patienten suchen Netzwerk gezielt

Mittlerweile wird dies von den Patienten zunehmend honoriert und gefordert. Möglicherweise ergibt sich daraus ein „Wettbewerbsvorteil“ der nutzenden Praxen nach dem Motto: „Nur wenn wir (als Patienten) in eine der „Netzwerk-Praxen“ gehen, erhalten wir eine Zweitmeinung von einem Experten und müssen nicht warten.“

Klinik steigert Qualität und verbreitert Zuweiserpool

Aus Sicht der Klinik ergibt sich aus diesem System intern eine zunehmende Qualitätssicherung und extern ein wachsender Zuweiserpool, insbesondere für interventionelle oder opera-

tiv zu versorgende Patienten. Gleichzeitig gelingt so auch der Schutz eines Alleinstellungsmerkmals. Denn beispielsweise entsteht in einer benachbarten Klinik kein Bedarf für die Etablierung einer möglicherweise wenig genutzten Spezialkompetenz. Zudem wird für diese Krankenhäuser eine Verlegung des Patienten in ein übergeordnetes Zentrum nicht mehr notwendig.

Gesamtfazit

Von dem neu etablierten Netzwerk profitieren die Patienten, die teilnehmenden Partner im Gesundheitswesen und das übergeordnete Krankenhaus. Letztlich werden so Spezialkompetenzen aus einem Zentrum in die Regionen getragen.

G-BA

Kernspintomographie: Neufassung der QBK-RL tritt in Kraft

Die neue Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Kernspintomographie (QBK-RL) tritt nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 30.01.2020 zum 01.01.2020 in Kraft und löst die alte QBK-RL vom 09.02.2001 ab. Auslöser für die Anpassung war ein Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 09.05.2018 (Az. L 7 KA 52/14), in dem es um die unzulässige Übermittlung personenbezogener Daten im Rahmen des Qualitätsbeurteilungs-Verfahrens ging. Über weitere Details berichten wir in der nächsten Ausgabe des RWF.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- G-BA-Beschluss und neue QBK-RL online unter www.de/s3288

Leserforum

Cobb-Winkel-Messung nach GOÄ und EBM abrechnen

FRAGE | „Welche Abrechnungsziffern sind für eine Cobb-Winkel-Messung bei Wirbelsäulenverkrümmung/Skoliose im Rahmen der Privatliquidation sowie der Kassenabrechnung berechnungsfähig?“

ANTWORT | Für eine Cobb-Winkel-Messung bei Wirbelsäulenverkrümmung/Skoliose gibt es neben der Nr. 5705 keine spezielle Leistungsziffer in der **GOÄ**. Auch die Berechnung als ergänzende Serie für diese Messung nach Nr. 5731 GOÄ scheidet aus, da die Nr. 5705 bereits zwei Projektionen, die zur Messung erforderlich sind, beinhaltet.

Abrechnungsfähig ist allerdings die Nr. 5733 GOÄ als Zuschlagsposition für die Winkelmessung. Grundlage dafür ist eine Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK) vom 18.11.2005 zur Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen (DÄB 102,46 (2005), S. A-3207-3211), die mit ihren Grundaussagen auch auf andere MRT-Untersuchungen übertragbar erscheint.

Stellungnahme der BÄK

„Gerechtfertigt ist die Berechnung der Nr. 5733 GOÄ dann, wenn eine Winkel-, Flächen- oder Volumenmessung oder eine (beim Kniegelenk eher seltene, aber präoperative, z. B. zum Ersatz eines Kreuzbands, ggf. notwendige) 3-D-Rekonstruktion durchgeführt werden muss, da es sich hierbei um aufwendige ärztliche Leistungen handelt, die nicht delegiert werden können und die eine Bewertung mit 800 Punkten rechtfertigen.“

Nach dem **EBM** ist diese Leistung mit der Nr. 34411 zu berechnen, wenn die Cobb-Winkelmessung zur Feststellung des Fehlstellungswinkels bei einer Skoliose mittels MRT-Untersuchung durchgeführt wird.

Merke

Da in der Leistungsbeschreibung der Nr. 34411 die MRT-Untersuchungen der verschiedenen WS-Abschnitte (HWS, BWS, LWS) mittels „oder“ verknüpft sind, ist diese Position bei der Untersuchung mehrerer WS-Abschnitte entsprechend mehrfach nebeneinander berechnungsfähig.

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 auszugswise 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.

Kassenabrechnung

EBM-Reform: Leichte Verbesserungen beim Mammographie-Screening

Während die meisten kurativen Leistungen der Radiologen mehr oder weniger deutlich abgewertet wurden, bleiben die Bewertungen der Leistungen im Mammographie-Screening im Wesentlichen unverändert.

Deutliche Aufwertung des Aufklärungsgesprächs

Bedingt durch die gesetzlich vorgegebene Förderung der „sprechenden Medizin“ und der Anhebung des kalkulatorischen Arztlohns von bisher

105.571,80 auf jetzt 117.060 Euro wurde die Bewertung des Aufklärungsgesprächs nach der EBM-Nr. 01751 deutlich angehoben, und zwar von bisher 63 Punkten auf künftig 92 Punkte. Auch die EBM-Nr. 01758 für die Teilnahme an einer

multidisziplinären Fallkonferenz wird künftig mit 86 Punkten – aktuell 64 Punkte – höher bewertet.

Prüfzeiten werden angepasst

Zudem werden die Prüfzeiten für die Abklärungsdiagnostik und die Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle abgesenkt.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Deutliche Abwertung radiologischer Leistungen ab dem 01.04.2020“ in RVF Nr. 01/2020
- Download-Dokument: [EBM-Reform zum 01.04.2020: Liste der Änderungen bei radiologischen Leistungen](#)

Mammographie-Screening

EBM-Nr.	Legende (Kurzfassung)	Bewertung (Punkte)		Prüfzeit (Minuten)	
		bis 31.03.2020	ab 01.04.2020	bis 31.03.2020	ab 01.04.2020
01750	Röntgenuntersuchung	558	558	./.	./.
01751	Aufklärungsgespräch	63	92	5	5
01752	Beurteilung Mammographieaufnahme	41	41	1	1
01753	Abklärungsdiagnostik I	897	897	25	20
01754	Abklärungsdiagnostik II	630	630	20	16
01755	Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle	1.124	1.124	15	12
01758	Teilnahme Fallkonferenz	64	86	10	11

G-BA

PET/CT auch bei Non-Hodgkin-Lymphomen

Die Positronenemissionstomographie (PET)/Computertomographie (CT) kann künftig in der vertragsärztlichen Versorgung (und im Krankenhaus) auch bei einer weiteren Gruppe von Erkrankungen aus dem Bereich der hämatologischen Neoplasien eingesetzt werden. Die Indikationsliste für PET-/CT-Untersuchungen ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit einem Beschluss vom 19.12.2019 um das initiale Staging bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen erweitert worden.

PET/CT-Untersuchung statt Biopsie

Ein vom G-BA beauftragtes Sachverständigengutachten ist zu dem Ergeb-

nis gekommen, dass die Diagnostik mittels PET/CT die Detektion eines Knochenmarkbefalls mit hoher Sensitivität und Spezifität ermöglicht.

Durch die PET/CT kann in der Mehrzahl der Fälle auf eine für die Patienten belastende invasivere Untersuchung (Knochenmarkbiopsie) verzichtet werden.

EBM-Aufnahme nach BMG-Prüfung

Der Beschluss des G-BA wird nun vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geprüft und tritt bei Nichtbeanstandung nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Im Anschluss entscheidet der Bewertungsausschuss innerhalb von sechs Monaten über die Aufnahme entsprechender Abrechnungspositionen in den EBM.

Gesundheitsdatenschutz

Update DS-GVO – Datenlecks vermeiden in der Radiologie

Ein Datenleck in der Radiologie – Patientendaten aus PACS-Servern im Netz. Ein solches Horrorszenario kann die in der DS-GVO vorgesehenen Geldbußen für die betroffenen Praxen real werden lassen. Nach fast zwei Jahren DS-GVO folgt ein Überblick über die zehn häufigsten Datenschutz-Fehlerquellen, die Sie unbedingt vermeiden sollten.

von RAin, FAin für MedR Taisija
Taksijan, LL.M., legal.point.de

1. Fehlerquelle: Praxisalltag

Ihre Pflicht zum Schutz sensibler Patientendaten beginnt aus Sicht Ihrer Patienten spätestens mit dem Betreten Ihrer Praxis. Grobe Datenschutzverstöße können durch einfache Maßnahmen vermieden werden:

- Sorgen Sie für Vertraulichkeit in Ihren Praxisräumen – keine Videoaufnahmen, keine Versicherungskarten auf dem Empfangstresen, keine Gespräche über die Behandlung auf dem Flur.
- Achten Sie darauf, dass Ihre Bildschirme zügig gesperrt werden, wenn Sie diese nicht brauchen und verwenden Sie sichere Passwörter.
- Stellen Sie sicher, dass Ihre Patienten beim Betreten des Behandlungszimmers keine Informationen über Ihre vorherigen Patienten sehen können.
- Überprüfen Sie jedenfalls bei häufigen Patientennamen weitere Identifikationsmerkmale wie Geburtsdatum und Adresse, um Verwechslungen zu vermeiden.
- Hinterlassen Sie keine sensiblen Informationen auf einem Anrufbeantworter, bitten Sie lieber nur um Rückruf.

2. Fehlerquelle: PACS-Server

Wegen des erheblichen Volumens der Bilddaten, mit denen Sie täglich arbeiten, sind Sie als Radiologe regelmäßig auf die Verwendung der PACS-Server angewiesen. Gerade nach dem Bekanntwerden technischer Fehlerquellen im Zusammenhang mit PACS-Servern sind Sie in der Pflicht, Ihre IT-Infrastruktur kritisch zu prüfen. Nach Einschätzung des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik ergab sich die neueste Datenpanne, weil einfachste IT-Sicherheitsmaßnahmen wie ein Zugriffsschutz durch Nutzernamen und Passwort oder Verschlüsselung nicht umgesetzt wurden.

Praxistipp

Prüfen Sie, wie die Datenflüsse in Ihrer Praxis funktionieren und was genau mit Ihren Dateien passiert. Stellen Sie – auch durch Verwendung sauberer Auftragsverarbeitungsverträge (s. u.) – sicher, durch welche technischen Maßnahmen die Daten Ihrer Patienten durch Ihre IT-Dienstleister geschützt werden.

3. Fehlerquelle: Outsourcing der Datenverarbeitung

Wenn Sie etwa zur Datenaufbewahrung, Vernichtung von Patientenakten

oder Abrechnung Ihres Honorars externe Dienstleister beauftragen, gewähren Sie Dritten Zugang zu sensiblen Patientendaten. I. d. R. benötigen Sie dann einen Vertrag über die Auftragsverarbeitung nach den Vorgaben der DS-GVO, der den externen Dienstleister streng weisungsgebunden einbindet.

Schließen Sie schriftliche Verträge ab, mit denen Sie zugleich dokumentieren, dass Sie Ihren Pflichten als Datenverarbeiter nachkommen.

Zur Vermeidung von Strafbarkeitsrisiken sollten Sie außerdem darauf achten, dass

- Ihre Dienstleister jeweils nur die Informationen erhalten, die sie auch wirklich brauchen,
- die von Ihnen eingesetzten Personen zur Geheimhaltung verpflichtet sind und
- ein Hinweis auf die Strafbarkeit der eingesetzten Personen bei Offenlegung enthalten ist.

Praxistipp

Verzichten Sie **nicht** auf die Einholung der Patienteneinwilligung im Sinne einer Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht. Die straf- und datenschutzrechtlichen Vorschriften, die eine Datenweitergabe an Dritte erleichtern, können die ärztliche Schweigepflicht aus dem Berufsrecht regelmäßig nicht einschränken.

4. Fehlerquelle: Patienteninformation

Mittlerweile gibt es zahlreiche Muster datenschutzkonformer Informationsschreiben für Patienten, die nach geringfügiger Anpassung für die eigene Praxis verwendet werden können. Wichtig ist, diese auch nachweisbar in der Praxis einzusetzen.

Die Information kann an der Rezeption oder im Wartezimmer der Praxis gut sicht- und lesbar ausgehängen werden. Erforderlich ist zudem eine aktive Unterrichtung des Patienten. Die Informationsschreiben sollten den Patienten ausgehändigt werden. Eine Unterschrift der Patienten ist nicht nötig. Sie müssen jedoch nachweisen können, den Patienten informiert zu haben. Auf eine belastbare Dokumentation – etwa ein Vermerk über die Aushändigung der Informationen in der Patientenakte – sollte daher auf keinen Fall verzichtet werden.

5. Fehlerquelle: E-Mail-Verkehr

Zur Gewährleistung eines angemessenen Schutzniveaus müssen Gesundheitsdaten wie Röntgenbilder bei der elektronischen Übermittlung verschlüsselt werden. Die Übermittlung dieser Daten durch Versenden einer einfachen, unverschlüsselten E-Mail kommt nur ausnahmsweise – etwa bei medizinischen Notfällen – in Betracht.

Praxistipp

Weniger sensible Daten – z. B. reine Terminanfragen – können i. d. R. unverschlüsselt per E-Mail übermittelt werden.

6. Fehlerquelle: Datenschutzbeauftragter

Sie benötigen einen Datenschutzbeauftragten (DSB) und müssen diesen der Aufsichtsbehörde anzeigen, wenn

- in Ihrer Praxis 20 Mitarbeiter oder mehr ständig mit automatisierter Datenverarbeitung beschäftigt sind oder
- Sie zur Durchführung einer Datenschutz-Folgeabschätzung verpflichtet sind.

Letzteres ist regelmäßig bei einer umfangreichen Datenverarbeitung oder bei hohem Risiko der Datenverarbeitung der Fall. Nicht auszuschließen ist es, dass gerade die radiologischen Praxen nach dem Bekanntwerden der Datenlecks eher als Einheiten mit hohem Risiko eingestuft werden. Dann müssen Sie die Datenschutz-Folgeabschätzung durchführen und in der Folge einen DSB bestellen.

Praxistipp

Wenn Sie sich für einen internen DSB aus Ihrer Praxis entscheiden, beachten Sie, dass für ihn besondere Kündigungsvorschriften gelten.

7. Fehlerquelle: Verarbeitungsverzeichnis

Das Verarbeitungsverzeichnis sollte alle Datenverarbeitungsprozesse in Ihrer Praxis detailliert beschreiben. Auch wenn die erstmalige Erstellung des Verzeichnisses mit zeitintensiver Arbeit verbunden ist, sollte Ihre Praxis darüber verfügen. Das Verarbeitungsverzeichnis muss auf Anfrage der Aufsichtsbehörde zur Verfügung gestellt werden.

Praxistipp

Es besteht auch die Möglichkeit, das Verarbeitungsverzeichnis im elektronischen Format zu führen. Dies erleichtert insbesondere die Datenpflege und Aktualisierung.

8. Fehlerquelle: Arztportale

Es ist Ihr gutes Recht, eine schlechte Bewertung in einem Arztportal entfernen zu lassen, wenn sie beleidigend ist oder unzutreffende Tatsachen enthält. Hierfür müssen Sie durch eine eigene (Gegen-)Darstellung des Sach-

verhalts den Portalbetreiber über die unzulässige Bewertung informieren. Sie dürfen aber zunächst keine identifizierenden Patientendaten gegenüber dem Portalbetreiber preisgeben.

Praxistipp

Überprüfen Sie daher lieber einmal mehr Ihre Gegendarstellung, bevor Sie diese an den Portalprovider richten. Stellen Sie den Sachverhalt klar, ohne dass Rückschlüsse auf die Identität des Patienten möglich sind.

9. Fehlerquelle: Dokumentation

Als Praxisinhaber trifft Sie eine umfassende Dokumentations- und Rechenschaftspflicht, durch die die Einhaltung aller Vorgaben der DS-GVO nachgewiesen werden soll.

Das Verarbeitungsverzeichnis, das dem Nachweis der Einhaltung der Datenschutz-Vorgaben dient, bietet Ihnen eine gute Grundlage für eine strukturierte Dokumentation.

10. Fehlerquelle: Aktualisierung

Bei den datenschutzrechtlichen Verpflichtungen handelt es sich um fortwährende Pflichten. Achten Sie insbesondere bei Veränderungen Ihrer Praxisprozesse darauf, ob die datenschutzrechtlichen Anforderungen weiterhin eingehalten werden.

Praxistipp

Haben Sie einen neuen DSB oder haben Sie sich dafür entschieden, neue Technologien in Ihrer Praxis zu verwenden, so überprüfen Sie erneut die Datenschutzkonformität Ihrer Praxis (Patienteninformation, Verarbeitungsverzeichnis, Datenschutz-Folgeabschätzung etc.).

Wirtschaftlichkeit

Controlling in einer radiologischen Großpraxis

Controlling dient der Unterstützung der Betriebsführung zur besseren Erreichung von Zielen sowie zur Verbesserung der Effektivität und Effizienz. Controlling sorgt für systematische und entscheidungsrelevante Informationen und schlägt Maßnahmen vor. In einer großen Arztpraxis oder einem MVZ haben der bzw. die leitenden Ärzte bestimmte Informationsbedürfnisse zur Führung der Einrichtung, die durch Controlling mit der Auswertung der vorhandenen Kosten- und Leistungsrechnung und dem Berichtswesen bedient werden können.

von Prof. Günter Stephan, ehem.
 Hochschule für öffentliche Verwaltung
 des Landes Baden-Württemberg, Kehl,
stephan@hs-kehl.de

Operatives Controlling im Fokus

In diesem Beitrag wird das *operative* Controlling im Vordergrund stehen, bei dem die Abläufe innerhalb der Arztpraxis betrachtet werden. Hingegen steht beim *strategischen* Controlling die Umwelt bzw. das Umfeld im Vordergrund und es geht um die langfristige Planung und Kontrolle der Praxis, beispielsweise um die Frage, wie sich bestimmte Gesetzesänderungen im MVZ umsetzen lassen.

Bei der Auswertung einer vorhandenen Kosten- und Leistungsrechnung (KLR) sind

- Kostenarten-,
- Kostenstellen- und
- Kostenträgerebene zu unterscheiden.

Analyse auf Kostenartenebene

Die Darstellung aller **Kostenarten** einer Arztpraxis ergibt bereits Steuermöglichkeiten. I. d. R. wird mit einer ABC-Analyse begonnen. Die Kosten werden nach ihrer absoluten

Höhe sortiert und im Anschluss wird der jeweilige relative Anteil an den Gesamtkosten ermittelt. Die „A-Kosten“ betragen bis ca. 70–80 Prozent der Gesamtkosten, die „B-Kosten“ weitere 15 Prozent und die „C-Kosten“ stellen den Rest dar (s. Bsp. ABC-Analyse).

Bei der Kostenanalyse sollten zunächst die A-Kosten betrachtet wer-

den, da sie das größte Kostenvolumen ausmachen, dann die B-Kosten und zum Schluss die C-Kosten. Eine solche ABC-Analyse ist auch für die Kostenstellen möglich und zu empfehlen.

Durch einen **Vergleich** der Kosten (z. B. Personalkosten, kalk. Abschreibungen, etc.) **mit den Vorjahren** können sich Hinweise auf Unwirtschaftlichkeiten ergeben. „Ausreißer“ bedürfen hier einer genauen Betrachtung. Haben sich die Kostendeckungsgrade verändert? Welche Möglichkeiten bestehen, um die Kosten bzw. Kostenartengruppen zu beeinflussen? Das Controlling kann Antworten auf diese Fragen geben.

Im Beispiel Mehrjahresvergleich (s. u.) sind die Ursachen der Kostensteigerungen für Energie von 2017 auf 2018 detaillierter zu erfassen. Gründe könnten u. a. sein, dass die Fenster schlecht isoliert sind und/

Beispiel ABC-Analyse				
Kostenarten	Summe (Euro)	relativer Anteil	kum. Anteil	Kostentyp
Personalkosten	1.500.000	49,3 %	49,3 %	A
Mietkosten	560.000	18,4 %	67,7 %	A
Kalk. Abschreibung	450.000	14,8 %	82,5 %	A
Medikamente	350.000	11,5 %	94,0 %	B
Kalk. Zinsen	120.000	3,9 %	97,9 %	C
Unterhaltung	60.000	2,0 %	100,0 %	C
Gesamtsumme	3.040.000	100,0 %		

Beispiel Mehrjahresvergleich				
	2016	2017	2018	Gründe für Kostensteigerungen
Personalkosten	150.000	153.000	205.000	2016/17 Tarifsteigerung, 2017/18 Neueinstellung
Energiekosten	22.000	23.000	28.000	2016/17 Tarifsteigerung, 2017/18 Steigerung durch erhöh. Energieverbrauch
Fahrzeugunterhaltung	280.000	300.000	315.000	2016/2018 gestiegenes Alter der Fahrzeuge, daher erhöhte Reparaturkosten

oder, dass die Praxiseingangstür längere Zeit offen steht. Zu beachten ist stets, ob sich die Aufgaben oder der Output verändert haben und bereits dadurch höhere Kosten anfallen.

Weitere Analysen auf Kostenstellen- und Kostenträgerebene

Auf der Ebene der **Kostenstellen** (z. B. Empfang, Röntgen, CT, MRT, Arzt 1, Arzt 2 usw.) ist neben Periodenvergleichen auch ein Vergleich mit den geplanten Kosten möglich. Somit kann der Ressourcenverbrauch jeder Kostenstelle beurteilt werden, der allerdings im Zusammenhang mit den Kostenträgern noch aussagefähiger ist.

Kostenträger sind die Produkte/Dienstleistungen einer Arztpraxis (z. B. Kosten pro Röntgen-, CT-, MRT-Untersuchung), die Ressourcen verursachen und in der Kostenträgerrechnung sichtbar werden. Auch hier sind Zeitvergleiche möglich sowie Vergleiche mit Angeboten Dritter.

Bei einer **Break-Even-Analyse** (auch: Gewinnschwellenanalyse) werden rechnerisch die Erlöse einer Kostenstelle den entsprechenden Kosten gleichgesetzt. Somit kann die jeweilige Leistungsmenge für den Break-Even-Point ermittelt werden. Dazu benötigt man die Aufteilung der Kosten in fixe und variable Bestandteile.

Die Break-Even-Analyse ist für das Controlling von besonderer Bedeutung. Die Veränderung des Break-Even-Points kann anhand verschiedener Optimierungsmaßnahmen erreicht werden; z. B. durch

- Kostensenkungen,
- Erlössteigerungen,
- Erhöhung der Fallzahlen (mehr untersuchte Patienten) etc.

Beispiel Break-Even-Point

In der Kostenstelle Röntgen sind für das Jahr 2018 Kosten in Höhe von 150.000 Euro angefallen, die Erlöse betragen 140.000 Euro. Das **Defizit** betrug also 10.000 Euro. **30.000 Patienten** wurden behandelt (Erlöse pro Patient = 4,67 Euro). Die Kosten sind zu 80 Prozent variabel (var.) (= 120.000 Euro bzw. 4,00 Euro pro Patient) und zu 20 Prozent fix (= 30.000 Euro). Für die Ermittlung des Break-Even-Points werden die Erlöse mit den Kosten gleichgesetzt. Die Anzahl der Patienten beim Break-Even-Point ist zunächst x (Erlöse = fixe Kosten + var. Kosten):

$$4,67 * x = 30.000 + 4,00 * x$$

$$x = 44.777$$

Bei **44.777 Patienten** entsprechen die Erlöse den Kosten, d. h., das Defizit von 10.000 Euro wird aufgelöst. Dafür muss allerdings die Patientenzahl von 30.000 auf 44.777 gesteigert werden.

In diesem Beispiel sind keine Kostensteigerungen/-senkungen oder Erlössteigerungen berücksichtigt.

Berichterstattung mittels Controlling

Eine weitere wichtige Aufgabe des Controllings ist die Berichterstattung an die Betriebsleitung. Die Betriebsleistung benötigt viele Informationen, um die Großpraxis erfolgreich zu steuern. Dabei haben sich in der Controllingpraxis verschiedene Aspekte bzw. Fragen und ggf. Antworten herauskristallisiert:

- Wozu soll berichtet werden?
Die Leitung benötigt Informationen über Leistungen, Kosten, Abweichungen, um rechtzeitig eingreifen zu können.
- Wer soll berichten und an wen?
Controller/Buchhalter an Betriebsleitung.
- Was soll berichtet werden?
Es geht um den Berichtsinhalt, der

vorab mit der Betriebsleitung abgestimmt sein sollte.

- Für welchen Zeitraum/Zu welchem Zeitpunkt sollte berichtet werden?
Denkbar sind Jahresberichte oder auch halb-/vierteljährliche Berichte. Bei der Einführung dürfte ein jährliches Berichtswesen ausreichend sein, empfohlen wird der 31.03. des Folgejahres als Stichtag.

Nachfolgend einige Vorschläge zum **Berichtsinhalt eines MVZ**. Gesetzliche Vorschriften existieren dazu nicht:

1. Einnahmen/Ausgaben der Praxis
2. Betriebsabrechnungsbogen mit Kostenarten und Kostenstellen
3. Erbrachte Leistungen getrennt nach EBM und GOÄ (zumindest Hauptleistungen, „Top-Produkte“) mit Vorjahresvergleich
4. Kostendeckungsgrade der einzelnen Kostenstellen mit Vorjahresvergleich
5. Kostenveränderungen bei den Kostenarten und Kostenstellen gegenüber dem Vorjahr
6. Kosten der einzelnen Leistungen/Produkte
7. Wert des Anlagevermögens nach Kostenstellen

Fazit

Ein gutes operatives Controlling erleichtert die erfolgreiche Leitung Ihrer Praxis. Nehmen Sie dabei nur Informationen in das Controlling auf, die für die Leitung von Interesse sind. Der Informationsbedarf sollte immer wieder aktualisiert werden. Der Aufbau eines Controllings in einem MVZ sollte durch einen betriebswirtschaftlich geschulten Berater oder Mitarbeiter erfolgen.