

# Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

04 | April 2020

## Interview

### „Der Fortschritt in der Radiologie wird nicht ausreichend gewürdigt!“

Im Dezember 2019 verlieh die Radiological Society of North America (RSNA) **Prof. Dr. Bernd Hamm** in Chicago die Ehrenmitgliedschaft, die „RSNA Honorary Membership“. Der Direktor der Klinik für Radiologie an der Charité – Universitätsmedizin Berlin ist erst der vierte deutsche Radiologe, dem diese Ehre in den vergangenen 50 Jahren zuteil wurde. RSNA-Präsidentin Valerie Jackson würdigte ihn als „herausragenden Mentor, Forscher und Leader“. Seine Arbeit und Hingabe habe die Radiologie weltweit beeinflusst. Ursula Katthöfer ([textwiese.com](http://textwiese.com)) sprach mit ihm.

**Redaktion:** Sie haben die Auszeichnung u. a. für die Etablierung von Forschungsk Kooperationen in Deutschland und der ganzen Welt erhalten. Wie weit verzweigt sind diese Kooperationen?

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Wir kooperieren weltweit. Z. B. in den USA mit Yale und der Harvard Medical School, in Japan mit Kyoto, in Südkorea mit Seoul, mit Singapur und in Peking mit der PUMC, sozusagen der Charité von China. Hinzu kommen viele europäische Institute. Allein das Forschungsprojekt zur kardialen Bildgebung von Prof. Dr. Marc Dewey hat weltweit 76 Partner in 22 Ländern.

**Redaktion:** Können Sie ein internationales Forschungsbeispiel nennen?

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Ein ganz aktuelles Ergebnis ist, dass die nicht-invasive CT perfekt geeignet ist, um die koronare Herzkrankheit auszuschließen. Erst bei Patienten, deren Risiko einer KHK über 67 Prozent liegt, ist eine Koronarangiografie geeigneter. Wird dieses Ergebnis in die Kliniken überführt, reduziert das unnötige Herzkatheteruntersuchungen, die Strahlenexposition sowie die Krankenhausaufenthaltsdauer.

**Redaktion:** Die Radiologie in Deutschland ist technisch gut aufgestellt. Wo liegen die Vorteile internationaler Kooperationen?

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Ziel aller Projekte ist der wissenschaftliche Austausch. Wir ergänzen unsere Kompe-

## Inhalt

### Abrechnung

- Privatpatient mit Platzangst: Beratung ohne MRT berechnen ..... 3
- Coronavirus-Pandemie: Mammografie-Screening unterbrochen ..... 3
- Strahlentherapie: Neue QS-Vereinbarung vereinfacht Abrechnungs-Genehmigungsverfahren ..... 4

### Recht

- Kurzarbeitergeld in der Arztpraxis im Zeichen von Corona ..... 5
- Neues Gesetz entlastet Kliniken und Praxen ..... 6

### Management

Herausforderungen einer Radiologiepraxis im Wandel und Konsequenzen für die Leitung ... 7

### Download

Fachbeitrag Arbeitsrecht: „Coronavirus, Grippe & Co. – wann muss der Arbeitgeber zahlen?“

tenzen. Ein sehr schönes Nebenprodukt ist der interkulturelle Austausch. Doch Radiologie ist viel mehr als Technik. Sie ist hochqualifizierte Diagnostik von Früherkennung wie der Mammographie bis hin zur minimalinvasiven bildgeführten Therapie. Es geht letztendlich um das medizinische Outcome.

**Redaktion:** *Steht die Technik Ihrer Ansicht nach zu sehr im Vordergrund?*

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Die EBM-Reform 2020 hat die sprechenden Fächer aufgewertet und die technischen Fächer abgewertet. Doch wenn jemand sich beim Skifahren das Knie verdreht hat, können Sie es besprechen, so lange Sie wollen. Sie brauchen ein Bild. Der Fortschritt der Radiologie wird nicht ausreichend gewürdigt.

**Redaktion:** *Nach Jahren der Globalisierung leben wir in einer Zeit der Abschottung. Macht sich das auch in der Radiologie bemerkbar?*

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Wir schotten uns in Deutschland mit dem Datenschutz zu sehr ab. Gerade die Firmen, mit denen wir kooperieren, finden den Datenschutz in Deutschland unglaublich. Die DS-GVO beispielsweise wird in anderen EU-Ländern deutlich flexibler interpretiert. Zwischen internationalen Institutionen haben wir keine Abschottungsprobleme, da dominieren der akademische Austausch und der liberale Geist. Hauptproblem ist der Datenschutz – so wie er derzeit gehandhabt wird.

**Redaktion:** *Es wurden aber schon schlecht gesicherte PACS entdeckt.*

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Manche Computer brauchen eine bessere Sicher-

heit. Zudem können Radiologen nicht wissen, was mit den Bildern geschieht, die sie ihren Patienten auf einer CD mitgeben. Es geht mir aber um etwas anderes. Der Datenschutz sollte eher praxisorientiert und liberaler ausgelegt werden. Wir wollen nicht gesetzeswidrig handeln, sondern gut kooperieren können.

**Redaktion:** *Was können Radiologen aus Deutschland von Kollegen in anderen Ländern lernen?*

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Die genannten Kollegen sind alle auf einem hohen Niveau. Dennoch kann man immer von anderen lernen. Der eine hat eine besondere Patientenkohorte, der andere hat größere Datensätze. In China kommen in einer Woche so viele Daten zusammen wie bei uns in einem Jahr. Das ist z. B. der Vorteil der Zusammenarbeit mit den Chinesen. Wir sind in vielen Punkten beim Know-how weiter vorne.

**Redaktion:** *Was gucken sich die anderen noch bei den Deutschen ab?*

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Die Chinesen gucken sich das Mentoring ab. Beim Heranführen des wissenschaftlichen Nachwuchses an das eigenständige Arbeiten können wir immer noch von den Amerikanern lernen.

**Redaktion:** *Ein weiterer Grund für die Ehrung durch die RSNA ist die Erforschung neuer bildgebender Verfahren. Welche technischen Neuerungen werden auf Kliniken und Niederlassungen zukommen?*

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Die Künstliche Intelligenz (KI) wird für die Radiologie nicht disruptiv sein, wir werden nicht verdrängt werden. Denn wie in anderen Punkten auch sind wir bei

der Digitalisierung Vorreiter. Wir haben schon lange computergestützte Diagnostik und digitale Bildnachbearbeitung. KI-Methoden wie Deep Learning werden uns weiter unterstützen und entlasten, wenn es z. B. um aufwendige und zeitraubende Untersuchungen wie Verlaufskontrollen bei Krebserkrankungen geht.

**Redaktion:** *Wird KI denn für andere Fächer disruptiv?*

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** KI wird in der sprechenden Medizin zu signifikanten Veränderungen führen. Der Patient wird demnächst morgens von seinem Spiegel erfahren, dass seine Depression etwas stärker oder schwächer ausgeprägt ist als sonst. Dafür brauchen Psychiater wahrscheinlich mehrere Sitzungen.

**Redaktion:** *Der technische Fortschritt hat auch das Ultrahochfeld-MRT hervorgebracht. Kommt das in die Praxen?*

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Das 7-Tesla-MRT ist vor allem ein Forschungsgerät. Das 3-Tesla kam schnell in die Kliniken, doch beim 7-Tesla erwarte ich das nicht. Für gute Diagnostik reicht ein 1,5- oder 3-Tesla-Gerät.

**Redaktion:** *Erwarten Sie, dass die Patientenzahlen aufgrund der zusätzlichen diagnostischen Möglichkeiten weiter steigen werden?*

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Ja, auf jeden Fall, die Bildgebung wird zunehmen.

**Redaktion:** *Das erfordert hohe Investitionen in Geräte und Software. Ist die Radiologie finanziell gut gerüstet?*

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Das hängt von der Erstattungssituation ab. Doch der

zentrale Punkt sind Human Resources. Haben wir demnächst genügend Radiologen und MTRAs? Wer jetzt in eine Praxis investiert, muss fürchten, wegen der Investitionsrisiken keinen Nachfolger zu finden.

**Redaktion:** *Private-Equity-Gesellschaften würden sicher gern einspringen.*

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Es stimmt, dass Investoren zurzeit lieber in Praxen einsteigen als bei der Bank Negativzinsen zu zahlen. Ich sehe diese Entwicklung sehr kritisch. Mittelfristig sind fremdgesteuerte Unternehmen nicht gut für unser Gesundheitssystem. In Großstädten mag sich die Praxiskette rechnen, doch was geschieht mit der Versorgung der Menschen auf dem Land? Außerdem sind die privat geführten Praxen für die Krankenversicherungen teurer, da sie mehr und besser abrechnen als arztgeführte Praxen. Kurz: HR und die Investitionsstruktur sind die großen Herausforderungen.

**Redaktion:** *Wie bewerten Sie zurzeit die Kooperation zwischen Radiologen in Kliniken und Niederlassungen?*

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Ich sehe eine steigende Tendenz der Zusammen-

arbeit. Niederlassungen und Krankenhäuser bilden eine Notgemeinschaft, um die Geräte gut auszulasten. Eher rechne ich mit einer wachsenden Schere bei der radiologischen Versorgung zwischen Stadt und Land. Dort nehmen die Probleme zu. Doch auch dort hat die Digitalisierung ihre Vorteile: Teleradiologie und Fernbefundung können Engpässe auffangen. Wir machen beides für Krankenhäuser, bei denen nachts oder am Wochenende kein Radiologe vor Ort ist oder bei denen Radiologen fehlen, weil offene Stellen nicht besetzt sind.

**Redaktion:** *Könnte der Expertenmangel der Radiologie insgesamt schaden?*

**Prof. Dr. Bernd Hamm:** Das ist die dritte Herausforderung: Wir dürfen eine kritische Größe nicht unterschreiten, damit die Radiologie – sei es z. B. bei Gehirndiagnostik, Infektionen, Fehlbildungen, Rheuma, Krebs oder der Durchführung minimalinvasiver Therapien – weiterhin ein breites Expertenwissen vorhalten kann. Das betrifft Krankenhäuser und Praxen gleichermaßen. Es bedarf einer kritischen Größe, auch um uns gegenüber Interessen von außerhalb gut zu behaupten.

## Coronavirus-Pandemie

### Mammografie-Screening unterbrochen

Aufgrund der Infektionsgefahr mit dem sich ausbreitenden Coronavirus (SARS-CoV-2) wird das Mammografie-Screening vorerst ausgesetzt. Dies hat der G-BA am 25.03.2020 beschlossen. Das entsprechende Einladungswesen wird bis zum 30.04.2020 eingestellt und die Standorte aller Screening-Einheiten werden vorübergehend geschlossen. Frauen, die bereits einen Termin erhalten haben, werden angeschrieben und bekommen später einen Alternativtermin. Für aktuelle Mammografien mit auffälligen Befunden soll eine Abklärungsdiagnostik erfolgen. Sollten jedoch kooperierende Ärzte/Standorte wegen der Pandemie nicht mehr zur Verfügung stehen, werde laut KBV im Einzelfall entschieden.

## Leserforum GOÄ

### Privatpatient mit Platzangst: Beratung ohne MRT berechnen

**FRAGE |** *„Welche Beratungsleistungen sind bei einem Privatpatienten berechnungsfähig, wenn dieser zwar zum MRT-Termin erscheint, wegen Platzangst aber keine Untersuchung möglich ist. Der Radiologe bespricht mit dem Patienten die weiteren Möglichkeiten, wobei auf die MRT-Untersuchung verzichtet wird. Darf der Radiologe die Beratung gemäß GOÄ abrechnen?“*

**ANTWORT |** Da keine MRT-Untersuchung durchgeführt wird, steht die Beratung auch nicht im Zusammenhang mit einer Leistung, die ggf. eine Beratungsleistung in gleicher Sitzung ausschließen würde. Ein solcher Ausschluss würde z. B. greifen, wenn im Zusammenhang mit der MRT-Untersuchung ein Gespräch über die Indikation oder den Untersuchungsumfang stattgefunden hätte.

In dem dargestellten Fall liegt hingegen sogar eine eigenständige Indikation (Klaustrophobie) vor, die ein Beratungsgespräch erforderlich macht. Die Beratung ist also als eigenständige Leistung nach Nr. 1 (80 Punkte/10,72 Euro bei Faktor 2,3) oder Nr. 3 GOÄ (150 Punkte/20,11 Euro bei Faktor 2,3) berechnungsfähig.

#### WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Nr. 1 GOÄ neben MRT?“ in RWF Nr. 06/2016

## Strahlentherapie

# Neue QS-Vereinbarung vereinfacht Abrechnungs-Genehmigungsverfahren

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben mit Wirkung zum 01.01.2020 die Qualitätssicherungsvereinbarung (QS-Vereinbarung) für Strahlendiagnostik und -therapie geändert. Für Vertragsärzte, die die Qualifikationsanforderungen erfüllen sowie genehmigungspflichtige strahlentherapeutische Leistungen erbringen und abrechnen möchten, sind Erleichterungen vorgesehen. Das Genehmigungsverfahren für die Erteilung der gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erforderlichen Abrechnungsgenehmigung wird vereinfacht. Für bestehende Abrechnungsgenehmigungen bleibt alles beim Alten.

von RAin und FAin für Medizin R Dina Gebhardt, Kanzlei am Ärztehaus, Münster, [kanzlei-am-aerztehaus.de](http://kanzlei-am-aerztehaus.de)

### Vereinfachung bei den Nachweisen der apparativen Ausstattung

Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von **Leistungen der Strahlentherapie** ist zu erteilen, wenn der Arzt

- die fachliche Befähigung und
- die apparative Ausstattung erfüllt.

Die Anforderungen an die im Antragsverfahren zu erbringenden Nachweise der *apparativen Ausstattung* wurden durch die Änderung der QS-Vereinbarung für Strahlendiagnostik und -therapie *gesenkt*. Zukünftig kann die apparative Ausstattung erfüllt werden durch

- eine Genehmigung nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bzw. Nr. 3 Strahlenschutzgesetz (StrlSchG), also die behördliche Genehmigung zum Betrieb einer Anlage zur Erzeugung ionisierender Strahlung, sowie
- den Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung nach § 88 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV).

Bei Bedarf kann die KV den jeweils aktuellen Prüfbericht zur regelmäßigen Sachverständigenprüfung und den Bericht über die Prüfung der ärztlichen Stelle nach § 130 StrlSchV anfordern.

### Merke

Gewährleistungserklärungen der Hersteller, die belegen, dass die verwendeten Geräte die Anforderungen an die apparative Ausstattung erfüllen, sind damit **nicht mehr** erforderlich. Die behördlichen Genehmigungen sind nun insoweit ausreichend.

Die QS-Vereinbarung für Strahlendiagnostik/-therapie wurde damit an das neue StrlSchG (Gesetz zur Neuordnung des Rechts zum Schutz vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung) angepasst.

Mit dem Gesetz wird der Strahlenschutz bereits seit dem Jahr 2017 schrittweise

- neugestaltet,
- systematisiert,
- vereinheitlicht und
- verbessert.

### Strahlentherapie erfordert Abrechnungsgenehmigung

Bestimmte ärztliche Leistungen dürfen nur erbracht und abgerechnet werden, sofern zuvor eine Abrechnungsgenehmigung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V durch die KV erteilt wurde. In der **Radiologie** gilt dies – neben Leistungen der Strahlentherapie – beispielsweise auch für *PET, PET/CT* oder *MR-Angiografie*.

Ärzte, die die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, müssen zwingend darauf achten, zeitgleich auch die erforderlichen **Abrechnungsgenehmigungen** zu beantragen. Gleiches gilt für *Vertragsärzte, BAG* oder *MVZ*, die Ärzte nach § 95 Abs. 9 SGB V anstellen. Für Vertretungen gilt: Wird der Vertragsarzt gemäß § 32 Abs. 1 S. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) vertreten, so darf der Praxisvertreter die genehmigungspflichtigen Leistungen nur erbringen, wenn auch er über die erforderlichen Abrechnungsgenehmigungen verfügt.

### Fazit

Die Änderung der QS-Vereinbarung zur Strahlentherapie ist ein weiterer, begrüßenswerter Schritt zur Vereinheitlichung des Strahlenschutzes, der den bürokratischen Aufwand sinnvoll begrenzt.

### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Informationen der KBV zur Strahlendiagnostik und -therapie online unter [www.de/s3399](http://www.de/s3399)
- „Folgen der Strahlenschutzverordnung: Änderungen der Aufbewahrungspflichten“ in RWF Nr. 01/2019
- „PET/PET-CT: Qualitätssicherungsvereinbarung seit 1. Juli 2016 in Kraft“ in RWF Nr. 08/2016

## Arbeitsrecht

### Kurzarbeitergeld in der Arztpraxis im Zeichen von Corona

Seit der ersten Märzwoche gibt es kaum noch ein anderes Thema als die Coronavirus-Pandemie. Neben den gesundheitlichen Aspekten stehen wirtschaftliche Folgen durch eine virusbedingte Rezession und der Verlust von Arbeitsplätzen im Vordergrund der Diskussion. Die wirtschaftlichen Folgen von Corona treffen immer stärker auch die Praxen niedergelassener Ärzte, weil die Patienten ihre Arztbesuche unter den aktuellen Umständen auf ein Minimum reduzieren. Eine Entwicklung, die derzeit auch in radiologischen Praxen zu beobachten ist.

von RA, FA für ArbeitsR und  
MedizinR Dr. Tilman Clausen,  
armedis Rechtsanwälte,  
Hannover, [armedis.de](http://armedis.de)

Bei der großen Masse der Praxisinhaber, bei denen die Patienten in großer Zahl nicht mehr kommen, stellt sich die Frage, wie hierauf reagiert werden kann.

#### Kündigungen

Ein Weg kann die **Kündigung von Personal** sein. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen Praxen,

- die i. d. R. zehn oder weniger Mitarbeiter beschäftigen (Auszubildende zählen nicht mit) und solchen,
- die i. d. R. mehr als zehn Mitarbeiter beschäftigen.

Im ersten Fall findet § 23 Kündigungsschutzgesetz (KSchG) keine Anwendung, d. h., die Kündigung ist unter erleichterten Voraussetzungen möglich, es müssen im Wesentlichen nur die arbeitsvertraglich vereinbarten Kündigungsfristen beachtet werden. Im zweiten Fall sind zudem die Voraussetzungen des KSchG zu beachten. In beiden Fällen gilt allerdings: Eine sofortige Senkung der Personal-

kosten wird dadurch nicht erreicht und Mitarbeiterinnen, die man gekündigt hat, kommen so schnell nicht wieder.

#### Kurzarbeitergeld

Demgegenüber steht die Möglichkeit einer Soforthilfe, wenn die Praxisinhaber für ihre Mitarbeiterinnen **Kurzarbeitergeld** beantragen. Um bestehende Arbeitsplätze möglichst zu erhalten, hat der Gesetzgeber am 13.03.2020 das „Gesetz zur befristeten krisenbedingten Verbesserung der Regelungen für das Kurzarbeitergeld“ beschlossen, das rückwirkend zum 01.03.2020 in Kraft getreten ist. Durch dieses Gesetz werden die Voraussetzungen für den Bezug von Kurzarbeitergeld wesentlich erleichtert. Die Neufassung des für den Bezug von Kurzarbeitergeld maßgeblichen § 109 SGB III lockert (derzeit bis zum 31.12.2021 befristet) die bisherigen Voraussetzungen.

Gefordert war und ist ein erheblicher Arbeitsausfall mit Entgeltausfall. Davon ist auszugehen, wenn der Ausfall auf

- wirtschaftlichen Gründen oder einem unabwendbaren Ereignis beruht,

- vorübergehend und unvermeidbar ist sowie
- (neu!) zehn Prozent der in dem Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer vom Entgeltausfall betroffen sind.
- Außerdem ist auf den Einsatz negativer Arbeitszeitsalden zur Vermeidung von Kurzarbeit vollständig oder teilweise zu verzichten.
- Ferner kann eine vollständige oder teilweise Erstattung der von den Arbeitgebern allein zu tragenden Beiträgen zur Sozialversicherung der Arbeitnehmer, die Kurzarbeitergeld beziehen, eingeführt werden.

Vor der aktuellen Änderung musste *mindestens ein Drittel* der im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer von einem Entgeltausfall von jeweils *mehr als zehn Prozent* betroffen sein. Und es durfte keine Möglichkeit bestehen, dass der Arbeitsausfall durch die Nutzung von im Betrieb zulässigen Arbeitszeitschwankungen ganz oder teilweise vermieden werden kann.

#### Arbeitsrechtliche Hürden ...

Der Arzt als Arbeitgeber kann allerdings nicht ohne Weiteres in seiner Praxis Kurzarbeit einführen, um von den erleichterten Möglichkeiten zum Bezug von Kurzarbeitergeld für sein Personal Gebrauch zu machen.

Die Anordnung von Kurzarbeit in einer Arztpraxis ist grundsätzlich nur dann möglich, wenn eine arbeitsvertragliche Regelung besteht, die dies gestattet. Hierzu müssen die Arbeitsverträge mit dem Praxispersonal so gefasst sein, dass der Arzt als Arbeitgeber berechtigt ist, nach Ablauf einer entsprechenden Frist Kurzarbeit anzuordnen. Eine wirksame Regelung im Arbeitsvertrag muss auch die Voraussetzungen nennen, bei deren Vorliegen der Arzt Kurzarbeit anordnen darf.

**Merke**

Erfahrungsgemäß enthält praktisch kaum einer der in Arztpraxen geschlossenen Arbeitsverträge eine solche Regelung, da niemand sich vorstellen konnte, dass dies einmal benötigt werden würde.

**... und wie man sie überwindet**

Vor diesem Hintergrund muss sich der Arzt, der Kurzarbeit anordnen will, anderweitig behelfen und mit seinem Personal entsprechende **Zusatzvereinbarungen** zum Arbeitsvertrag schließen, die ihn berechtigen, Kurzarbeit anzuordnen und Kurzarbeitergeld zu beantragen. Der Abschluss solcher Vereinbarungen hilft erst einmal unmittelbar, um die Voraussetzungen für die Anordnung von Kurzarbeit zu schaffen.

Nachdem derzeit völlig unklar ist, wie es mit der Coronakrise weitergeht, sind allerdings auch Szenarien denkbar, bei denen der Betrieb in der Arztpraxis nach einiger Zeit wieder „hochgefahren“ werden kann, um ihn dann später, wenn die Menge der Infizierten wieder steigen sollten, erneut „herunterzufahren“. Daher geht nach Meinung des Verfassers kein Weg daran vorbei, die Arbeitsverträge mit dem Praxispersonal zu ändern und auch die Anordnung von Kurzarbeit bei Vorliegen von bestimmten – in dieser Änderung zu definierenden – Voraussetzungen zu ermöglichen.

**Beantragung von Kurzarbeitergeld**

Der Antrag auf Kurzarbeitergeld, der bei der Bundesagentur für Arbeit zu stellen ist, muss begründet werden.

**An erster Stelle der Begründung** sollte auf das gesunkene Patientenaufkommen abgestellt werden. Es sollten die

durchschnittlichen Patientenzahlen täglich „vor Corona“ und die durchschnittlichen Patientenzahlen täglich, nachdem die Corona-Epidemie in der ersten Märzhälfte zum überregionalen Ausbruch gekommen ist, verglichen werden, um die Anordnung von Kurzarbeit zu begründen. Bei der genauen Formulierung der Begründung kommt es ggf. darauf an, ob Kurzarbeit für das gesamte Praxispersonal angeordnet werden soll oder nur für einen Teil.

**An zweiter Stelle** kann grundsätzlich auch auf Sicherheitsaspekte abgestellt werden, d. h. darauf, dass nur noch eine begrenzte Zahl von Patienten gleichzeitig in die Praxis gelassen werden kann, damit diese Distanz wahren können und das Ansteckungsrisiko klein gehalten wird.

Jede Arztpraxis, die jetzt Anträge auf Kurzarbeitergeld stellt, muss sich darüber im Klaren sein, dass die Bundesagentur derzeit völlig überlastet ist. Gleichwohl sollte dies der Antragsstellung nicht entgegenstehen, um so den wirtschaftlichen Druck zumindest teilweise von der Praxis zu nehmen.

**Und wenn die Praxis inkl. Personal unter Quarantäne gestellt wird?**

Arztpraxen, in denen sich Ärzte oder Mitarbeiter infiziert haben, müssen aufgrund der Regelung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) geschlossen werden. In diesem Fall gibt es für den Ausfall von Umsatz eine Entschädigung über das IfSG. Für die ersten sechs Wochen in Höhe des Verdienstausfalls – dieser Zeitraum sollte nach den bisherigen Erfahrungen ausreichen. Kommt es zu einer Existenzgefährdung, werden auf Antrag auch Mehraufwendungen (z. B. weiterlaufende Betriebsausgaben) erstattet (§ 56 Abs. 4 IfSG).

**Covid-19****Neues Gesetz entlastet Kliniken und Praxen**

Im Schnellverfahren ist Ende März das „Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz“ beschlossen worden, das Regelungen für **Klinken** und den **ambulanten Bereich** umfasst. In den Krankenhäusern sollen insbesondere die Bettenkapazitäten erhöht und zusätzliche intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten geschaffen werden. Für verschobene, planbare OPs ist ein finanzieller Ausgleich vorgesehen. Für die Arztpraxen ist ein Ausgleich vor allem bei einem Ausfall extrabudgetärer Leistungen geplant. Zudem sollen die KVen sicherstellen, dass die vertragsärztliche Tätigkeit fortgeführt werden kann. Vieles an den Regelungen ist noch unklar. Über die weitere Umsetzung halten wir Sie auf dem Laufenden!

**Impressum****Herausgeber**

Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,  
65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,  
[www.guerbet.de](http://www.guerbet.de), E-Mail [info@guerbet.de](mailto: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](http://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.

## Betriebsführung

# Herausforderungen einer Radiologiepraxis im Wandel und Konsequenzen für die Leitung

Die diagnostische Radiologie ist ein Querschnittsfach, das im stationären wie im ambulanten Sektor die klinische Versorgung möglichst effizient unterstützen soll. Das gelingt nur, wenn die Leistungsschwerpunkte der ambulanten radiologischen Versorgung den klinischen Anforderungen gerecht werden, d. h. kongruent sind. Der Beitrag zeigt, wie verschiedene Entwicklungen die Radiologie verändern und was das für die Leitung einer radiologischen Praxis bedeutet.

von Dr. Bernd May, Geschäftsführer  
MBM Medical-Unternehmensberatung  
GmbH, Mainz

### Technologie verändert Radiologie

Mit Aufnahme der MRT in das radiologische Versorgungsspektrum Mitte der 80er-Jahre wurde die Aufgabe und Herausforderung, ein passendes radiologisches Leistungsspektrum vorzuhalten, deutlich komplexer. Die erforderliche Kongruenz wurde durch die MRT potenziell breiter, umfassender und subtiler, weil die MRT das Leistungsspektrum gegenüber der CT wesentlich erweitert hat. Dies gilt insbesondere bei der Weichteildiagnostik aufgrund der großen Kontrastauflösung.

Mit der MRT entstand auch der Druck zur Ausbildung von Spezialisierungen sowie zur Zusammenarbeit in einem Team von Radiologen mit entsprechenden Schwerpunkten. Dies immer mit dem Ziel, potenziell kongruenter Partner der klinischen Anforderer zu sein. Betrachtet man allein das Spektrum der heutigen MRT, so dürfte es schwer fallen, einen Radiologen zu finden, der in gleicher Weise als Experte

- muskuloskelettale Erkrankungen,
- solche in der Neurologie,

- der Kardiologie,
- der Onkologie oder
- der Urologie (besonders Prostata) beherrscht, und zwar jeweils nach dem aktuellen Qualitätsstandard. Das wachsende Einsatzspektrum der Multislice-CT (MSCT) mit mehr als 125 Zeilen und Messzeiten von einer ¼ Sekunde verstärkt diese Entwicklungen zusätzlich.

Der Druck zur **Teambildung** mit unterschiedlichen fachlichen Schwerpunkten entsteht bereits aus dem Erfordernis, den sich schnell erweiternden jeweiligen *Qualitätskriterien* zu genügen. Qualität wird hier zu einem entscheidenden Wettbewerbsvorteil.

Hinzu kommt der Druck zur **wirtschaftlichen Betriebsführung**. Im ambulanten Sektor ist die Radiologie ein auf Gewinnerzielung ausgerichteter Wirtschaftsbetrieb. Diese Ausgangslage ist eine permanente Herausforderung.

Wie lassen sich diese beiden Anforderungen (wachsende Qualitätskriterien mit immer größeren Teams sowie eine wirtschaftliche Betriebsführung), die häufig auch als Zwänge wahrgenommen werden, in einem modernen Radiologiebetrieb oder Imaging-Center bewältigen?

### Effiziente Betriebsführung unerlässlich

Die dargestellten Entwicklungen in der Radiologie sowie im Gesundheitssektor insgesamt haben sich auch auf die Versorgung mit Radiologie-Leistungen in Kliniken ausgewirkt. So sind inzwischen selbst mittelgroße Kliniken als Schwerpunktversorger im Hinblick auf die gewachsenen klinischen Anforderungen an eine radiologische Diagnostik (mit kongruenten fachlichen Schwerpunkten) gar nicht oder nur noch mühsam in der Lage, eine chefarztgeführte Radiologie vorzuhalten. Die Anforderungen und der damit verbundene Aufwand, das gesamte apparativen Spektrum und vor allem trainierte Ärzte mit entsprechenden fachlichen Schwerpunkten zu organisieren, lohnen aus verschiedenen Gründen nicht mehr. Ein wichtiger Grund ist die fehlende wirtschaftliche Auslastung.

In solchen Fällen ist ein **großer ambulanter Partner** mit einem Team von Radiologen mit unterschiedlichen fachlichen Schwerpunkten eine willkommene Dienstleistungs-Alternative. Die erkennbare Folge ist, dass es heute bereits eine Reihe von Mehrstandort-Großpraxen mit verschiedenen Klinik-Kooperationen gibt. Kooperationspartner von solchen Kliniken können selbstverständlich auch entsprechend ausgestaltete Imaging-Center größerer Kliniken in der Region sein. Für solche Partnerschaften sprechen gute Gründe.

Es geht in einem Imaging Center inzwischen um Investitionen in Millionenhöhe und häufig um einen Betrieb mit mehreren Standorten und zahlreichen angestellten Radiologen sowie MTRAs (s. Kasten „Eckdaten moderner Radiologiebetriebe“).

### Eckdaten moderner Radiologiebetriebe

Die apparative Minimalausstattung umfasst heute das konventionelle Röntgen, die CT und MRT. Legt man eine Auslastung im täglichen Regelbetrieb von

- ca. 30 Terminen beim konventionellen Röntgen,
  - 20 bis 40 beim CT und
  - 20 bis 30 beim MRT zugrunde,
- erfordert ein solcher Betrieb auf Dauer drei Radiologen, wenn die o. e. Kriterien für Qualität und Kongruenz zu den klinischen Schwerpunkten nachhaltig erfüllt werden sollen. Die Zwänge zur Teambildung mit Spezialisierung und wirtschaftlichen Betriebsführung führen zu Konzentrationsprozessen mit Mehrstandort-Radiologien und Kooperationen mit überwiegend kleineren und mittelgroßen Kliniken. Sie umfassen 20 Radiologen und mehr, die in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) zusammenarbeiten.

Die zugrunde liegenden Investitionen in mobile Einrichtungen (radiologische und IT-Modalitäten) starten bei ca. 3 Mio. Euro und übersteigen leicht die 20-Mio.-Euro-Grenze. Solche BAG beschäftigen mindestens acht nichtärztliche Mitarbeiter, in Betrieben mit mehr als 20 oder mehr als 50 Mitarbeitern. Die Kosten für Verbrauchsmaterial einschließlich Kontrastmittel liegen pro Jahr selbst für radiologische Kleinbetriebe im fünfstelligen Bereich, bei größeren BAG übersteigen sie leicht die Millionengrenze.

### Aufgaben der ärztlichen Leitung einer BAG mit Klinikkooperation

Am wichtigsten ist für ein Imaging Center der Erhalt und der Ausbau der Wettbewerbsfähigkeit durch ein bedarfs- und mitunter auch angebots-

orientiertes Innovations- und Qualitätsmanagement! Das Spektrum der diagnostischen Anforderungen vonseiten der klinischen Partner/Zuweiser nimmt stetig zu. Das bedeutet zunächst vermehrte Investitionen in **Weiter- und Fortbildung** der Radiologen zur Übernahme medizinischer Innovationen in den Routinebetrieb.

### Merke

In einer großen BAG kann das Weiterbildungswesen nicht dem einzelnen Radiologen überlassen bleiben. Besser ist ein planvolles, gezieltes und zentral gesteuertes Innovations-Management.

Die Inhalte sind immer wissens- und methodenbasiert. Ohne IT und inzwischen KI lassen sich diese Aufgaben nicht mehr bewältigen. Zu den Fortbildungsaufgaben zählt auch das Training des MTRA-Teams. Neben den medizinischen gehören auch die technologischen Innovationen dazu, also die radiologischen Modalitäten und vermehrt die IT (RIS, PACS, Vernetzung, KI, Business-Intelligence-Tools). Eine weitere wichtige Aufgabe der ärztlichen Führung ist die Pflege einer **Teamkultur**, denn genau daran scheitern viele BAGs. Teamkultur ist ein wesentlicher Image- und Marketingfaktor. Dazu gehört die Einstellung neuer Kollegen und deren systematische Eingliederung in das vorhandene Ärzteteam ebenso wie eine faire Behandlung ausscheidender Kollegen.

Ein weiteres großes Feld ist die **Kommunikation mit den Kooperationspartnern** wie Kliniken. Schließlich ist auch das **Controlling** des gesamten Betriebs nach Kennzahlen von Bedeutung, z. B. zur Prozesssteuerung mit Darstellung der Produktivität der zusammenarbeitenden Dienste, zu den Turnaround-Zeiten angeforderter Auf-

träge, zum Qualitätsmanagement, zu den Zuweiserprofilen (Anforderungsspektrum nach Aufgaben und Kostenträgern), zu den Kosten/Erlösen und deren Strukturen u. a.

### Führungsaufgaben delegieren

Zahlreiche Tätigkeiten können delegiert werden, dazu zählen v. a.

- das Rechnungswesen,
- das Personalmanagement,
- die Schnittstellen zu den Steuer- und Rechtsberatern,
- das Abrechnungswesen bei Kassen- sowie Privatpatienten,
- der Zahlungsverkehr und
- der Einkauf.

Die Erledigung dieser Aufgaben würde den Ärzten einen wesentlichen Teil ihrer produktiven Arbeitszeit entziehen. Sie sind an professionelle kaufmännische Mitarbeiter mit technischem Hintergrund delegierbar. *Faustregel:* Wenn der tägliche Arbeitsaufwand für kaufmännische Tätigkeiten/Controlling eine Stunde pro Radiologen/Arzt übersteigt, ist die Delegation der kaufmännischen Tätigkeiten und zunehmend die des IT-Supports betriebswirtschaftlich sinnvoll.

### Fazit

Die Aufgaben der technisch-kaufmännischen Leitung bestehen darin, der ärztlichen Leitung die relevanten Kennzahlen/Ergebnisse zuzuarbeiten. So kann das ärztliche Management die für eine wettbewerbsorientierte Weiterentwicklung des Imaging-Centers notwendigen Entscheidungen treffen und umsetzen.