

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

6 | Juni 2018

Gesundheitsdatenschutzrecht

Vorsicht Abmahnfalle DS-GVO: Anforderungen an einen „abmahnsicheren“ Außenauftritt

Seitens der Aufsichtsbehörden wird zwar fehlende Kapazität für eine flächendeckende Überprüfung der Umsetzung der Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) signalisiert. Nicht außer Acht zu lassen ist jedoch, dass die Behörden verpflichtet sind, das neue Recht letztlich effektiv umzusetzen. Außerdem drohen Abmahnrisiken durch Abmahnanwälte, die sichtbare und offenkundige Verstöße schnell identifizieren können. Sorgen Sie deshalb insbesondere für einen einwandfreien – digitalen wie persönlichen – Außenauftritt und legen Sie ein besonderes Augenmerk auf die Einhaltung der neuen Informationspflichten gemäß Art. 13 DS-GVO.

von RAin und FAin für MedizinR
Taisija Taksijan, LL.M., D+B Rechts-
anwälte Partnerschaft mbB, Berlin,
www.db-law.de

Neue Informationspflichten

Praxen und Kliniken treffen beim Beginn der jeweiligen Datenverarbeitung neue Pflichten gemäß Art. 13 DS-GVO, die Betroffenen über die Verarbeitung ihrer Daten umfassend zu informieren.

Die Informationspflichten entfallen nur, wenn und soweit die betroffene Person bereits über die Information verfügt (Art. 13 Abs. 4 DS-GVO).

HINWEIS | Die Unterscheidung zwischen den Informationen, die nach Art. 13 Abs. 1 DS-GVO „mitzuteilen“ sind, und den Informationen, die nach Art. 13 Abs. 2 DS-GVO „zur Verfügung zu stellen“ sind, hat keine praktische Relevanz. Der Unterschied ergibt sich lediglich aus der deutschen Übersetzung und taucht in der englischen und französischen Fassung nicht auf („provide“ und „fournir“).

Zu den erforderlichen Informationen gehören insbesondere folgende:

- Vor- und Nachname und Anschrift, elektronische und/oder telefonische Erreichbarkeit des Verantwortlichen sowie seines Vertreters

Inhalt

Downloads

- [Datenschutzerklärung](#)
 - [Patienteninformation](#)
- Dabei handelt es sich um geschlossene Links, d. h. es ist ein Passwort erforderlich. Dieses kann angefordert werden bei Frau Valadkhany, Tel.: 030 327787-13, E-Mail: valadkhany@db-law.de

Steuern

Schwerpunkte in der Betriebsprüfung von radiologischen Praxen 4

Kassenabrechnung

Indikationsliste für PET/CT bei malignen Lymphomen erweitert 6

Privatliquidation

Wann sind ergänzende Serien nach Nr. 5731 GOÄ abrechenbar? 6

Abrechnung im Krankenhaus – Teil 2

Es gibt kein perfektes Erlössteuerungs-Modell 7

- Anschrift und elektronische und/oder telefonische Erreichbarkeit des Datenschutzbeauftragten
- Zweck der Datenverarbeitung

Praxistipp

Für jede Datenverarbeitung ist der Zweck vorher festzulegen. Der Zweck muss eindeutig sein, damit die Aufsichtsbehörde die Zulässigkeit der Datenverarbeitung prüfen kann.

- Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Praxistipp

Jeder Umgang mit sensiblen Patientendaten ist grundsätzlich verboten und bedarf daher (weiterhin)

- entweder einer gesetzlichen Erlaubnis oder
- einer Einwilligung durch den Patienten (sogenanntes Verbot der Datenverarbeitung mit Erlaubnisvorbehalt).

- Empfänger bei Übermittlung der Daten
- Dauer der Datenspeicherung oder Kriterien der Festlegung der Speicherdauer

Praxistipp

Ärztliche Aufzeichnungen sind i.d.R. 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren (§ 630f Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch, § 57 Abs. 2 Bundesmantelvertrag Ärzte). Für radiologische Behandlungsunterlagen gelten spezielle Aufbewahrungszeiten (z. B.

sind Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen nach § 28 Abs. 3 S. 1 Röntgenverordnung 30 Jahre lang nach der letzten Behandlung aufzubewahren).

- Ggf. Pflicht der Patienten, die Daten bereitzustellen
- Rechte der Betroffenen

Praxistipp

Es geht insbesondere um Rechte auf

- Auskunft, Art. 15 DS-GVO
- Berichtigung, Art. 16 DS-GVO
- Löschung („Vergessenwerden“), Art. 17 DS-GVO
- Einschränkung der Datenverarbeitung, Art. 18 DS-GVO
- Datenübertragung, Art. 20 DS-GVO
- Widerruf der Einwilligung, Art. 7 Abs. 3 DS-GVO
- Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, Art. 77 DS-GVO

Um zu gewährleisten, dass die neuen Betroffenenrechte auch effektiv genutzt werden können, sind entsprechende Informationen erforderlich. Was die Betroffenenrechte im Einzelnen ausmacht, lesen Sie in einem gesonderten Beitrag in einer der nächsten Ausgaben.

Homepage „abmahnsicher“ gestalten

Schon immer konnten etwaige Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorgaben am einfachsten anhand der Homepage identifiziert werden. Dies gilt jetzt insbesondere für eine zunächst oberflächliche

Überprüfung, ob den Informationspflichten Genüge getan wird. Seit dem 25.05.2018 müssen auch die neuen Informationen (z. B. über Rechte der Betroffenen) auf der Homepage enthalten sein.

Bereits beim Aufruf einer Homepage wird regelmäßig die IP-Adresse des Nutzers erhoben. Hierdurch wird ein „personenbezogenes Datum“ i. S. d. DS-GVO verarbeitet – diese Datenverarbeitung löst wiederum Informationspflichten nach der DS-GVO aus. Werden zusätzlich zur Erhebung der IP-Adresse personenbezogene Daten im Rahmen der Nutzung einer Homepage verarbeitet (z. B. durch Cookies, E-Mail-Newsletter, Terminvergabesysteme, Social Media-Anbindungen), sind entsprechende Informationen darüber erforderlich.

Praxistipp

Die Pflichtangaben gemäß Art. 13 DS-GVO sollten in der Datenschutzerklärung Ihrer Praxis-Homepage enthalten sein.

Bei der Formulierung sind die Regelungen zur Gestaltung der erforderlichen Informationen in Art. 12 DS-GVO zu beachten. Danach müssen die Informationen

- präzise, transparent, verständlich und in leicht zugänglicher Form sowie
- in klarer einfacher Sprache verfasst sein.

Informationsformulare für Patienten „abmahnsicher“ ergänzen

Patienten müssen noch vor Beginn der Behandlung und einer damit zusammenhängenden Erhebung

ihrer ganz besonders sensiblen (Gesundheits-)Daten alle notwendigen Informationen über die Verwendung dieser Daten erhalten. Abhängig von dem jeweiligen Praxisgeschehen müssen die Patienten dabei über alle Datenverarbeitungsvorgänge im Einzelnen erfahren, von denen ihre unter besonderem Schutz stehenden (Gesundheits-)Daten betroffen sind.

Die Informationen auf der Homepage reichen hierfür in der Regel nicht aus. Denn die Patienten müssten vorab auf die Homepage hingewiesen werden und noch vor der Erhebung der Daten die Informationen nachweisbar zur Kenntnis nehmen können. Die Informationen sollten den Patienten daher schriftlich ausgehändigt werden.

Praxistipp

Seit dem 25.05.2018 treffen die Praxen und Kliniken umfassende Dokumentations- und Rechenschaftspflichten. Sie müssen also nachweisen können, alle Vorgaben der DS-GVO beachtet zu haben.

Dies gilt auch für die Einhaltung der Informationspflichten. Lassen Sie sich deshalb von den Patienten schriftlich bestätigen, dass sie die Informationen über die Verwendung ihrer Gesundheitsdaten vor der Behandlung erhalten und verstanden haben und archivieren Sie diese Bestätigungen.

Terminvergabe am Telefon

Die praktische Umsetzung der vorgenannten DS-GVO-Anforderungen ist insbesondere im Rahmen

einer telefonischen Terminvergabe schwierig. Eine vollständige Aufklärung gemäß Art. 13 DS-GVO ist einerseits noch vor Erfassung des Namens des Patienten im System erforderlich, die Durchführung per Telefon ist andererseits nicht praktikabel.

Praxistipp

Hier könnte z. B. eine telefonische Menüfunktion mit Sprachwiedergabe der entsprechenden Informationen angeboten werden, um den Anforderungen der DS-GVO zu genügen.

Von vielen Aufsichtsbehörden wird hierzu bisher die Auffassung vertreten, dass in dieser Situation die Ausnahme des Art. 13 Abs. 4 DS-GVO greift. Es könne demnach davon ausgegangen werden, dass die Patienten bereits wissen, dass ihre persönlichen Daten gespeichert und verwendet werden, wenn sie bei ihrem Arzt anrufen, um einen Termin zu erhalten. Dem ist hinsichtlich einiger Informationen – wie etwa Kontaktdaten des Verantwortlichen, Verwendung der Daten zum Zweck der Terminvereinbarung – zuzustimmen.

Praxistipp

Es ist aber nicht ohne Weiteres davon auszugehen, dass jedem Patienten auch weitergehende Informationen – insbesondere die Rechte auf Auskunft, Löschung etc. – ebenfalls bereits bekannt sind. Hier sollte zumindest umgehend nach dem Telefonat eine E-Mail zur Terminbestätigung mit einem Link zur Homepage versendet werden.

Unter dem Link sollten die Informationen hinterlegt sein, die im Zusammenhang mit der Terminvergabe erforderlich sind.

Außerdem sollten die Patienten bereits am Telefon auf die Informationen auf der Homepage hingewiesen werden. Welches Prozedere die Behörden und insbesondere die Gerichte bei der telefonischen Terminvergabe letztlich als ausreichend ansehen werden, bleibt abzuwarten.

Fazit

Es wird befürchtet, dass gerade die Internetseiten und die Informationsformulare der Ärzte das Einfallstor für Abmahnungen wegen Nichterfüllung der datenschutzrechtlichen Informationspflichten sein werden. Im Übrigen gehört es leider auch regelmäßig zum Praxisalltag dazu, dass etwa unzufriedene Patienten, ausgeschiedene Mitarbeiter und Konkurrenten aus unterschiedlichen Motivationen datenschutzrechtliche Rechtsverstöße geahndet wissen möchten. Damit die DS-GVO Ihnen hier nicht zusätzlich unnötige Unannehmlichkeiten bereitet, sollten Sie besonders auf einen datenschutzkonformen Außenauftritt achten.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Die Muster einer Datenschutzerklärung und einer Patienteninformation stellt die Kanzlei D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB, Berlin, kostenlos unter <https://www.db-law.de/de/mandanten/mvz/datenschutzrecht> zur Verfügung. Dabei handelt es sich um einen geschlossenen Link, d. h. es ist ein Passwort erforderlich. Dieses kann angefordert werden bei Frau Valadkhany, Tel.: 030 327787-13, E-Mail: valadkhany@db-law.de). Ihre Datenschutzerklärung und Ihre Patienteninformation sollte jeweils individuell angepasst werden.

Betriebsprüfung

Schwerpunkte in der Betriebsprüfung von radiologischen Praxen

Das Finanzamt prüft radiologische Praxen bei steuerlichen Betriebsprüfungen seit einigen Jahren intensiver als zuvor. Die Praxen sollten deshalb vor allem eine sogenannte gewerbliche Infizierung vermeiden und ihre Einnahmen solide dokumentieren, um Steuernachzahlungen zu vermeiden.

von StB Dipl.-FW (FH) Christoph Gasten, LL.M.

Wandel bei der steuerlichen Betriebsprüfung von Arztpraxen

Lange waren die Betriebsprüfer der Meinung, Ärzte bedürften keiner intensiven Prüfung, da dort keine größere Mehrergebnisse zu erwarten seien. Dies hat sich jedoch in den letzten Jahren stark geändert. Spätestens seitdem der Bundesrechnungshof 2013 feststellte, dass „steuerpflichtige Leistungen von Ärzten nur unzureichend erfasst würden“, misst die Finanzverwaltung der Betriebsprüfung von Arztpraxen größere Bedeutung zu.

Einige Bundesländer bilden inzwischen Schwerpunktprüfer aus, die sich auf die Betriebsprüfung von Heilberuflern spezialisieren. Diese verstehen die Abrechnung sowie die Zusammenhänge im Gesundheitswesen. Sie sollen die Risiken vor dem Hintergrund der damit zusammenhängenden medizinrechtlichen Sichtweisen steuerlich würdigen.

Gewerblichkeit der Praxis

Das finanziell größte Risiko in einer radiologischen Gemeinschaftspraxis besteht in einer Feststellung der Gewerbesteuerpflicht. Die Folgen

können im Einzelfall erheblich sein. Nach der Anrechnung der Einkommensteuer müssen dabei je nach Hebesatz der Gemeinde ca. 2,5 bis 3,0 Prozent des Praxisingewinns als „Mehrbelastung“ gezahlt werden. Im Extremfall kann sich die Definitivbelastung auf 17 Prozent erhöhen. Außerdem kann die Praxis zu einer Bilanzierung aufgefordert werden. Hierdurch müssen die offenen Forderungen auf einen Schlag versteuert werden. Aus diesem Grund sollte eine gewerbliche Infizierung möglichst vermieden werden.

Beispiel

Eine Gemeinschaftspraxis in Köln (Hebesatz 475 %) hat einen Jahresgewinn von 1.000.000 Euro und offene Forderungen zum Jahresende von 400.000 Euro.

In diesem Fall betrüge die bei einer Betriebsprüfung über 3 Jahre festgestellte Mehrbelastung:

- Gewerbesteuer nach Anrechnung:
 $3 \times 2,6 \% \times 1.000.000 \text{ Euro} = 78.000 \text{ Euro}$
- Steuer auf den Übergangsgewinn = 200.000 Euro
- In Summe beträgt die steuerliche Mehrbelastung also rund 278.000 Euro.

Hinzu kommen noch eine IHK-Beitragspflicht durch die festgestellte Gewerblichkeit und gegebenenfalls sonstige Folgen wie längere Abschreibungen auf Praxiswerte.

Originär gewerbliche Tätigkeit

Übt eine Gemeinschaftspraxis eine originär gewerbliche Tätigkeit aus (z. B. durch Personalgestellungen, MRT-Verleih etc.), führt dies zur gewerblichen Infizierung aller Einkünfte. Die Einkünfte werden aber dann nicht gewerblich, wenn die Einnahmen (nicht der Gewinn) weniger als 3 Prozent der Gesamtumsätze der Praxis und weniger als 24.500 Euro pro Jahr betragen. Im Rahmen der Gestaltung sollte immer eine beteiligungsidentische Schwesterpersonengesellschaft gegründet werden, die die gewerblichen Tätigkeiten übernimmt.

Mehrere Standorte einer Praxis

Gerade größere Praxen gehen dazu über, mehrere Standorte zu eröffnen. Hier ergibt sich häufig ein gewerbesteuerliches Problem durch angestellte Ärzte, die aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig werden. Die Inhaber müssen dann durch „geeignete Maßnahmen“ sicherstellen, dass sie die Angestellten überwachen.

Beispiel

Eine radiologische Praxis eröffnet einen neuen Standort. Ein angestellter Arzt soll den Standort eigenständig leiten. Doch die Überwachung des Angestellten zur Sicherstellung der „leitenden und eigenverantwortlichen Tätigkeit“ kann nicht sichergestellt werden und der vollständige Praxisingewinn würde gewerblich infiziert.

Gestaltungstipp

Soll ein neuer Standort gegründet werden, muss sichergestellt sein, dass dort auch Gesellschafter tätig sind, die die **angestellten Ärzte überwachen**. Diese Überwachung kann durch Telemedizin sichergestellt werden – Voraussetzung ist jedoch, dass die Überwachung tatsächlich durchgeführt wird. Dies sollte dokumentiert werden.

Eine andere Lösung bestünde darin, den Standort von einem Minderheitsgesellschafter („**Nullbeteiligung**“) führen zu lassen. Dieser Gesellschafter wäre dann kein Angestellter und müsste nicht überwacht werden.

Fachfremde, angestellte Ärzte

Damit angestellte Ärzte „aufgrund eigener Fachkenntnisse“ überwacht werden können, ist es notwendig, dass mindestens einer der Gesellschafter die entsprechende fachliche Qualifikation hat, um diese überwachen zu können. Für eine radiologische Gemeinschaftspraxis bedeutet daher die Anstellung eines Nuklearmediziners ein Steuerrisiko, falls kein Gesellschafter ebenfalls diese Qualifikation aufweist.

Betriebsprüfer fordern in diesem Zusammenhang häufig die Anstellungsverträge der angestellten Ärzte an, um deren fachliche Qualifikation zu überprüfen. Bei allen angestellten Ärzten sollten die Praxisinhaber daher immer deren Qualifikation mit den eigenen Qualifikationen abgleichen. So stellen sie sicher, dass sie rein fachlich in der Lage sind, die Tätigkeit des angestellten Arztes zu überwachen.

Vollständigkeit der Einnahmen

Für die Arztpraxen ist bei einer steuerlichen Betriebsführung neben der möglichen gewerblichen Infizierung auch die Überprüfung der Vollständigkeit der Einnahmen wichtig. So gehen Betriebsprüfer insbesondere in den Bundesländern Berlin und Niedersachsen immer mehr dazu über, diese Vollständigkeit zu untersuchen. Eine Radiologie-Praxis sollte daher geeignete Maßnahmen treffen, um gegenüber der Finanzverwaltung die Vollständigkeit der (versteuerten) Einnahmen dokumentieren zu können. Gelingt dies nicht, drohen empfindliche Hinzuschätzungen von Einnahmen, die in einer Steuernachzahlung münden können.

Privaterlöse im Fokus

Da radiologische Praxen im Regelfall keine oder nur sehr unbedeutende Privaterlöse haben, entfällt normalerweise die Beschäftigung mit einem ordnungsgemäß geführten „Kassenbuch“. Dennoch werden auch die sonstigen Einnahmen, im Wesentlichen Privaterlöse, auf Vollständigkeit geprüft. Hierzu hat der Betriebsprüfer das Recht, sich – anonymisierte – Rechnungen und deren Verbuchung zeigen zu lassen.

Anforderungen an Praxissoftware

Radiologen sollten mit den Anbietern ihrer Praxissoftware abklären, ob die Software in der Lage ist, anonymisierte Patientendaten für bestimmte Zeiträume auszuspielen. Die Praxissoftware sollte zudem dem Betriebsprüfer einen teilweise technischen Zugriff gewähren können, damit dieser – anonymisierte – Rechnungen und Zahlungseingänge überprüfen kann. Darüber hinaus sollte die Praxissoftware

sicherstellen, dass Rechnungen nicht ohne Dokumentation storniert oder korrigiert werden können.

Gestaltungstipp

Gerade bei größeren Praxen empfiehlt sich die Einführung einer sogenannten **Verfahrensdokumentation** (siehe dazu RWF Nr. 3/2018). Diese wird von der Finanzverwaltung gefordert und entwickelt sich immer mehr zu einem Schwerpunkt in Betriebsprüfungen. In dieser Dokumentation werden detailliert bestimmte Verfahrensprozesse und Abläufe niedergelegt. Diese Dokumentation kann dem Prüfer dann vorgelegt werden und vermeidet so Streitigkeiten. Im Rahmen der Erstellung der Verfahrensdokumentation sollten auch die wesentlichen Möglichkeiten der Praxis-EDV überprüft werden.

Die Einführung eines **Qualitätsmanagement-Systems entbindet nicht** von der Verpflichtung einer Verfahrensdokumentation.

Fazit

Radiologen sollten sich intensiv mit ihrem Steuerberater über steuerliche Risiken in ihrer Praxis austauschen. Dieser Beitrag beleuchtet nur einige ausgewählte Themen. Gewerblichkeit und Vollständigkeit der Einnahmen sind mittlerweile in Betriebsprüfungen allgegenwärtig. Zu diesem Zweck sollte Vorsorge getroffen werden, damit keine (großen) Nachzahlungen drohen.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Bei mangelhafter Verfahrensdokumentation droht erhebliche Steuerzuschätzung“ in RWF Nr. 3/2018

G-BA-Richtlinie**Indikationsliste für PET/CT bei malignen Lymphomen erweitert**

Die Positronenemissionstomographie (PET)/Computertomographie (CT) kann künftig in der vertragsärztlichen Versorgung (und im Krankenhaus) zur Unterstützung von Therapieentscheidungen bei bestimmten malignen Lymphomen eingesetzt werden. Die Indikationsliste für PET-/CT-Untersuchungen ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit einem Beschluss vom 17.05.2018 insofern erweitert worden.

Untersuchungen bei bestimmten malignen Lymphomen

Die Indikationen für die Untersuchungsverfahren PET/CT sind bei bestimmten malignen Lymphomen erweitert worden um den

- Einsatz zum Interim-Staging (Stadienzuordnung nach Vorbehandlung) bei fortgeschrittenen Hodgkin-Lymphomen und
- Einsatz bei malignen Lymphomen bei Kindern und Jugendlichen.

Inkrafttreten

Der Beschluss des G-BA wird jetzt vom Bundesministerium für Gesundheit geprüft und tritt bei Nichtbeanstandung am Tag nach seiner Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Anschließend muss der Bewertungsausschuss innerhalb von 6 Monaten über die Aufnahme entsprechender Abrechnungspositionen im EBM entscheiden.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Richtlinie PET/CT zum Interim-Staging bei fortgeschrittenen Hodgkin-Lymphomen

- „Indikationsliste für PET/CT erweitert“ in RWF Nr. 4/2017
- „Bei fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren ist PET/CT jetzt Kassenleistung“ in RWF Nr. 7/2017
- „Die Qualitätssicherungsvereinbarung PET und PET/CT ist zum 01.10.2017 angepasst worden“ in RWF Nr. 12/2017

Leserforum**Wann sind ergänzende Serien nach Nr. 5731 GOÄ abrechenbar?**

FRAGE | „Wie sind die in Zusammenhang mit der MRT in Nr. 5731 GOÄ genannten „Ergänzenden Serien“ definiert? Wann können wir diese Nr. abrechnen?“

ANTWORT | Eine GOÄ-„Serie“ ist in der GOÄ selbst nicht definiert. Sie ist nicht mit den „Untersuchungssequenzen“ des EBM zu verwechseln. Eine „Sequenz“ umfasst (vereinfacht) eine Serie von Störimpulsen unveränderter Einstellungen der physikalischen und technischen Parameter (wie z. B. Repetitionszeit, Gradientenvorgabe).

Eine „Serie“ umfasst mehrere Bilder einer Sequenz. Eine andere Serie liegt vor, wenn die Einstellungen des MRT-Geräts geändert wurden und die zusätzlichen Schichtbilder aus einem anderen Datensatz als dem zuvor gewonnen werden.

„Ergänzend“ ist die Serie, wenn sie ergänzend zu einer Grunduntersuchung erfolgt. Das wird auch aus den in der Nr. 5731 GOÄ genannten Beispielen deutlich. Somit handelt es sich nicht um „ergänzende“ Serien, wenn z. B. die Untersuchung eines Kniegelenks von

vornherein und einzig mit Einstellungen für die Fettsuppression „gefahren“ wird – sie muss vielmehr zusätzlich (ergänzend) zur Standarduntersuchung erfolgen.

Beispiele für Untersuchungen, die die Berechnung der Nr. 5731 GOÄ auslösen können, sind u. a.:

- Diffusionsgewichtung und Perfusionsimaging
- HÄM-Sequenz
- Fettsättigung
- Fettunterdrückung im Vergleich mit bereits untersuchter Projektion
- MR-Myelographie
- Late enhancement
- Schrägkoronare oder schrägsagittale Projektion entlang des Kreuzbandes
- Vierte Projektion bei Untersuchung von Bändern des Sprunggelenkes
- Untersuchung ab dritter Projektion zu den Nrn. 5700 und 5705

Ergänzende Serien und somit der Ansatz der Nr. 5731 GOÄ sind bei MRT-Untersuchungen häufig. Die Abrechnungsziffer ist allerdings in die allgemeine Bestimmung zur nur einmaligen Berechenbarkeit je Sitzung einbezogen. Bei der Fassung der Bestimmung (1995) wurden damit Bedenken von Kostenträgern hinsichtlich einer (aus ihrer Sicht) unangemessenen Honorarausweitung bei zusätzlichen Serien berücksichtigt.

Praxistipp

Zur Transparenz der Berechenbarkeit sollten in der Rechnung die Nr. 5731 GOÄ nicht nur mit ihrem Kurztext, sondern auch die Art der ergänzenden Serie angegeben werden.

Steuerung im Krankenhaus

Es gibt kein perfektes Erlössteuerungs-Modell

Krankenhäuser müssen sowohl die Kosten als auch die Erlöse auf die verschiedenen Fachabteilungen wie z. B. die Radiologie aufteilen. Einfache Modelle zur Verteilung der Erlöse bieten zwar eine Reihe von Vorteilen. Dennoch können solche Modelle auch Fehlanreize setzen. Der Beitrag zeigt, worauf es ankommt.

von Andreas Wenke und
Priv.-Doz. Dr. med. Dominik Franz,
Franz und Wenke – Beratung im
Gesundheitswesen GbR, Münster

Interdisziplinäres Arbeiten bestimmt den Klinikalltag

Der Erfolg der Behandlung eines Krankenhaus-Patienten hängt oft davon ab, wie gut die verschiedenen Fachgebiete zusammenarbeiten. Zahlreiche Schnittstellen ergeben sich dabei zwischen Fachabteilungen mit operativem, interventionellem und konservativem Behandlungsschwerpunkt. Zudem bedarf es einer engen Zusammenarbeit mit weiteren Abteilungen wie z. B. der Radiologie oder der Intensivmedizin. Aus der Perspektive des G-DRG-Systems ergibt sich jedoch nach der Entlassung des Patienten nur eine Fallpauschale je Behandlungsfall. Hier stellt sich die Frage, wie der Erlös auf die verschiedenen, an der Behandlung des Patienten beteiligten Fachabteilungen aufwandsgerecht verteilt werden soll.

Einfachste Lösung: Erlös geht an entlassende Fachabteilung

Viele Krankenhäuser regeln die Erlösverteilung unkompliziert: Der gesamte DRG-Erlös geht an die Abteilung, die den Patienten entlässt.

Grundsätzlich ist dies kein „schlechtes“ Modell. Patienten werden bei interdisziplinärer Leistungserbringung mal von der einen, mal von der anderen Fachabteilung behandelt und entlassen. Im Jahresverlauf kann angenommen werden, dass die jeweiligen Anteile an der Behandlung der anderen Abteilung vergleichbar aufwendig sind und dass sich komplizierte Verteilungen erübrigen.

Nachteile werden z. B. anhand von Behandlungsketten sichtbar: Im Rahmen der Zusammenarbeit einer Fachabteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie und einer Fachabteilung für Geriatrie im gleichen Haus operiert die Orthopädie und Unfallchirurgie die Patienten. Anschließend verlegt sie diese in die hauseigene Geriatrie zur geriatrischen Frührehabilitation. Für beide Abteilungen und für die Patienten hat dieses Modell zunächst viele Vorteile:

- In der Orthopädie und Unfallchirurgie werden früher Betten frei, die ggf. für zusätzliche Patienten genutzt werden können.
- Die Geriatrie kann mit einem strukturierten Zufluss von Patienten rechnen.
- Die Patienten profitieren von einer qualifizierten geriatrischen Frührehabilitation nach orthopädisch-unfallchirurgischer Behandlung.

Aber: Es handelt sich um eine strukturierte Kooperation, die nahezu ausnahmslos nur in eine Richtung geht. Die Patienten werden in diesem Modell ausschließlich aus der Abteilung für Geriatrie entlassen. Sofern die DRG-Erlöse der entlassenden Fachabteilung zugeordnet werden, profitiert in diesem Modell ausschließlich die Geriatrie. Die Orthopädie und Unfallchirurgie gehen leer aus. Es resultiert eine Schiefelage zulasten der Orthopädie und Unfallchirurgie. Diese trägt 100 Prozent der Kosten für die Leistungserbringung und erhält keine Kompensation aus der Erlösverteilung.

Beispiel für Fehlanreize

Vor allem vom Kosten-Nutzen-Aspekt her ist es für die erstversorgende Abteilung mehr als nachteilig, den Erlös allein der entlassenden Abteilung zuzuordnen. Die resultierenden Fehlanreize haben in der Praxis für die Patienten und das Klinikum zu unerwünschten Vermeidungsstrategien geführt: Anstatt die Patienten in die hauseigene Geriatrie zu verlegen, entließ die Orthopädie und Unfallchirurgie sie in eine externe Geriatrie. Somit erhielt sie als entlassende Abteilung die DRG-Erlöse. Die hausinterne Kooperation drohte zu scheitern.

Verschiedene Perspektiven: Krankenhaus vs. Fachabteilung

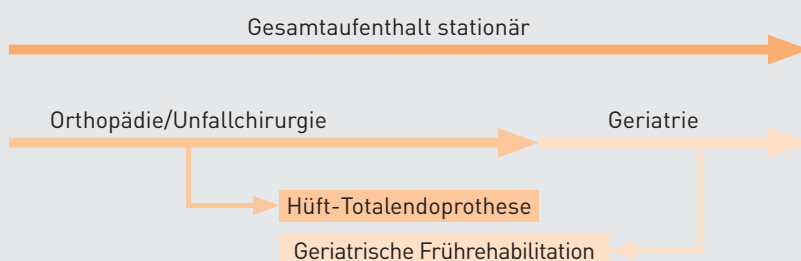
Das Krankenhausmanagement nimmt die beschriebene Problematik der Erlösverteilung oft nicht wahr. Ursache sind unterschiedliche Perspektiven: Aus der Perspektive des Krankenhausmanagements ist die Erlösverteilung zugunsten der

entlassenden Fachabteilung primär unproblematisch. Es macht bezogen auf die Höhe des Erlöses für das gesamte Krankenhaus keinen Unterschied, ob der Gesamtbetrag oder die Summe von Einzelbeträgen betrachtet wird. Chefärzte müssen

jedoch 2 Perspektiven berücksichtigen: die des gesamten Klinikums und die der jeweiligen Fachabteilung. Da sie am Erfolg ihrer Abteilung gemessen werden, steht diese Perspektive für die Chefärzte im Vordergrund.

zwischen verschiedenen Fachabteilungen einer Klinik nachhaltig belasten. Interdisziplinäre medizinische Strukturen erfordern differenzierte Modelle der Erlös- und Kostenverteilung. Je differenzierter und komplexer so ein Modell ist, desto größer sind auch die Anforderungen an die interne Kommunikation. Das Krankenhausmanagement steht vor der Herausforderung, eine gesunde Mischung aus Einfachheit und Komplexität zu finden und mit den Beteiligten abzustimmen.

Geriatrische Reha nach chirurgischem Eingriff



Quelle: Franz und Wenke | Grafik: IWW Institut

Geeignete Verteilungsparameter

Die Parameter für eine sachgerechte Erlösverteilung sind vielfältig. Hier können nur wesentliche methodische Grundlagen auf Basis der Parameter Operation und Intervention sowie der Verweildauer in einer Fachabteilung beschrieben werden.

In strukturierten internen Verlegungsketten sollten bei der Erlösverteilung operative bzw. interventionelle Behandlungsinhalte einer Fachabteilung berücksichtigt werden. I. d. R. sind mit diesen Maßnahmen erhebliche (Sach-)Kosten aufseiten der operativ/interventionell tätigen Fachabteilung verbunden. Diese Kosten haben maßgeblichen Einfluss auf deren Erfolgsrechnung. Ziel ist eine ausgewogene Betrachtung der operativ/interventionellen sowie der konservativen Behandlungsinhalte.

Sofern operative und konservative Behandlungsinhalte nicht klar abzugrenzen sind, kann bei der

Erlösverteilung zusätzlich die Verweildauer herangezogen werden. Es dürfen aber keine Fehlanreize zur Verweildauerverlängerung gesetzt werden.

Im Sinne einer effizienten Leistungserbringung sind ergänzende Parameter (z. B. aus den abgerechneten DRGs) zu berücksichtigen, die keine „Verschiebung“ der Effizienz zulasten einer Fachabteilung ermöglichen. Zusätzlich können bestimmte OPS-Prozeduren, Schnitt-Naht-Zeiten, Fallcharakteristika herangezogen werden. Kosten sind dort zuzuordnen, wo die zugehörigen Erlöse verbucht werden.

Kein perfektes Modell

Es gibt kein perfektes Modell der Erlösverteilung. Transparenz steht im Vordergrund. Allerdings können beim Thema Erlösverteilung vermeintlich „einfache“ Modelle schnell in eine Sackgasse führen. Sie können auch die Atmosphäre der Zusammenarbeit

Praxistipp

Sollten Sie als Chefarzt der Radiologie das Modell der Erlösverteilung in Ihrer Klinik noch nicht kennen, lassen Sie es sich vorstellen. So können Sie mit dem Klinikmanagement mögliche Fehlanreize erkennen und ggf. alternative Strukturen finden.

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

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

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.