

# Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

06 | Juni 2020

## Aktueller Lagebericht

### Zur Situation und zu den Folgen der COVID-19-Pandemie für die Radiologie

Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie sind in allen Lebensbereichen spürbar, besonders deutlich im Gesundheitssektor. Um die Entwicklungen und Konsequenzen in der Radiologie gebündelt zu erfassen, haben wir den Berufsverband der Deutschen Radiologen (BDR) um eine Einschätzung gebeten, wie sich die Situation in den Praxen und Kliniken darstellt. Lesen Sie die eindrückliche Darstellung von Dr. med. Andreas Bollkämper, Radiologe aus Hamburg und Kassenführer des BDR.

von Dr. med. Andreas Bollkämper,  
Hamburg, Kassenführer des  
Berufsverbands der Deutschen  
Radiologen (BDR)

#### Anfangsphase: Mangel bei Schutz- ausrüstung und Personal

Die radiologischen Praxen in Deutschland sind von der COVID-19-Pandemie ganz unterschiedlich betroffen. Zu Beginn der Pandemie hat es eine große Unsicherheit gegeben. Viele unklare Thorax-Röntgen- und Thorax-CT-Aufträge trafen auf schlecht bis gar nicht ausgerüstete Praxen. Der Mangel an Schutzausrüstung war eklatant. Teilweise herrschte auch Personalmangel wegen der sehr weitgehenden Praxis bei der Verhängung von Quarantäne-Maßnahmen, auch für das Röntgen-Personal. Die Gesundheitsämter haben regional und individuell völlig jenseits

der RKI Empfehlungen Mitarbeiter in Quarantäne versetzt, großteils ungetestet. Dann waren diese Ämter, auch völlig unvorbereitet, gar nicht mehr erreichbar, total überlastet.

#### Fachliches Defizit schnell aufgelöst

Das fachliche Defizit war sehr schnell aufgelöst. Nach wenigen Tagen/Wochen wussten die Radiologen, wie Corona-Lungen-CTs aussehen und schnell gab es (aus den USA vom RSNA) Empfehlungen zur Befundung und Klassifikation. Die Beschaffung der Schutzausrüstung – eigentlich ein „Cent-Artikel“ – war viel schwieriger und teilweise auch peinlich! Und inzwischen handelt es sich dabei um „wertige“ Masken mit Preisen im Euro-Bereich – welch ein Geschäft!

Die hohe Leistungsfähigkeit der Thorax-CT zur Klassifizierung auch der

## Inhalt

### COVID-19-Hilfen

Kurzarbeitergeld für  
Arztpraxen doch möglich ..... 2

### Privatliquidation

COVID-19-Pandemie: Details zu  
den neuen GOÄ-Abrechnungsempfehlungen der BÄK ..... 3

### Kassenabrechnung

Versand und Empfang von  
Arztbriefen – Die Details  
zum eArztbrief ..... 4

### Datenschutzrecht

- Stichprobenprüfungen: So geben Sie Patientenunterlagen datenschutzkonform weiter ... 5
- Datenschutzerklärung – Einscannen schützt vor Aufbewahrung nicht ..... 6

### Betriebswirtschaft

Wie viel kaufmännisches  
Management braucht die  
Radiologie? ..... 7

### Download

GOÄ-Abrechnungsempfehlungen  
der BÄK zur COVID-19-Pandemie

Schwere der Corona-Fälle kam wegen der schleppenden Bereitstellung der Schutzausrüstung nur wenig zum Tragen. Dabei ist Thorax-CT eine herausragende Methode, neben dem Feststellen des Corona-Falls (das macht die PCR), die Schwere und Behandlungsnotwendigkeit einzuschätzen.

### Patientensteuerung „unter Corona“

In den Kliniken wurde für das Personal viel schneller auf die RKI-Richtlinien für Quarantäne umgestellt, aber auch dort fehlten und fehlen teilweise Mitarbeiter wegen Quarantäne und häusigen Infizierungen.

Die Trennung zwischen ambulanter Diagnostik und Separierung der Patienten in Corona-positiv-Einrichtungen und Corona-negativ getesteten Patienten für die „normale Routine-Medizin“ kam langsam in Gang. Im ambulanten Bereich gelang dies erst mit dem völligen Abflachen der Infektion wie gewünscht. Vielleicht hilft diese Erfahrung, falls eine zweite Infektionswelle mit dem Coronavirus kommen sollte. Zurzeit sind die Corona-Sprechstunden/-Praxen weitgehend unbenutzt bzw. wieder stark reduziert.

### Wirtschaftliche Folgen differieren

Die wirtschaftlichen Folgen in der ambulanten Radiologie sind auch sehr unterschiedlich. Während „Versorger-Praxen“ nur wenig Fallzahlrückgang hatten, sind andere Standorte, mit mehr „Lifestyle Medizin“ und Innenstadtlagen viel stärker betroffen. Vom Runterfahren der Routinen, auch im Krankenhaussektor, um Intensivbetten für Corona-Patienten (die dann nicht kamen!) freizuhalten, ist die zugehörige ambulante Diagnostik mit betroffen. Vorsorgeuntersuchungen, allen voran die Mammadiagnostik und Screening, sind eine Zeit lang ganz ausgesetzt worden. Das half zwar, den Personal-

mangel durch Quarantäne auszugleichen, stellt aber einen erheblichen Verlust dar. Der Personalmangel wurde und wird fortwährend durch die unsägliche Schließung von Kitas und Schulen noch graviert. Was hilft hier die Einstufung „systemrelevant“, wenn diese Institutionen einfach mauern? Das trifft die Versorgung in Krankenhäusern und Praxen gleichermaßen.

Entsprechend der unterschiedlichen Betroffenheit hat es auch in der radiologischen ambulanten Versorgung Kurzarbeit gegeben. Sehr wichtig ist, dass die irrierte Anweisung von Minister Heil für die Arbeitsagentur, Kurzarbeitergeld Arztpraxen (wegen Rettungsschirm) vorzuenthalten, inzwischen revidiert wurde. Es handelt sich bei diesen Mitteln ja um Versicherungsleistungen der Mitarbeiter, die mit evtl. Schutzschirmen im KV-System rein gar nichts zu tun haben. Im Übrigen decken Schutzschirme die Umsätze nur im KV-Bereich und das nur in Quoten. Fehlende Leistungen im Bereich der PKV-Versorgung, der BG-Praxis, in der Mitversorgung von Krankenhäusern und das völlige Erliegen z. B. von Forschungsarbeiten, reißen tiefe Löcher in die Umsätze der Praxen. Aber dies erfolgt auch sehr individuell, je nach „normaler“ Ausrichtung. Entsprechend ist die individuelle Prüfung auch von Kurzar-

beitergeld wie von allen anderen Hilfen erforderlich.

### Fazit und Perspektiven

Die „Glaskugel“ für den sicheren Blick in die Zukunft steht auch hier nicht. Ich denke, die Versorgung – ambulant wie stationär – steht und war m. E. auch radiologisch nie gefährdet! Unsere Mitarbeiter und die Radiologen haben sich erfolgreich der Hausforderung durch Corona gestellt. Der Mangel an Schutzausrüstung war dabei am schwierigsten und hätte fast die Versorgung gekippt. Radiologie kann für Lungenerkrankungen (Thorax-CT und -Röntgen), aber auch in anderen Bereichen (Neurocranium, MRT), sehr wertvolle Dienste leisten.

Für die nahe Zukunft sind Konzepte zur separierten Versorgung von Corona-positiv und -negativ getesteten Patienten Erfolg versprechend und etabliert. Entscheidend wird die Herausforderung und Aufgabe sein, die Finanzierung und die Budgets angemessen in das Jahr 2021 zu bringen (auf Basis der Vor-Corona-Zeit 2019!). Alle sollten, wo es irgend geht, sehr schnell zu normalen Routinen der Versorgung zurückkehren. Das schafft die beste Datenbasis für 2021 und die folgenden Jahre.

## COVID-19-Hilfen

### Kurzarbeitergeld für Arztpraxen doch möglich

Die interne Anweisung der Bundesagentur für Arbeit (BA), nach der Praxen von Vertragsärzten kein Kurzarbeitergeld erhalten sollten, wurde zurückgenommen. Nach neuer Anweisung (seit 08.05.2020) kann auch das Personal in diesen Praxen grundsätzlich Kurzarbeitergeld bekommen, teilte die KBV mit.

#### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Irritation um Kurzarbeitergeld“ in Arztpraxen in RWF Nr. 05/2020
- RWF-Download: [Musterformulierungen für die optionale Einführung von Kurzarbeit](#)

## Privatliquidation

# COVID-19-Pandemie: Details zu den neuen GOÄ-Abrechnungsempfehlungen der BÄK

Der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) hat am 07.05.2020 Abrechnungsempfehlungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie beschlossen. Die Abrechnungsempfehlungen sind zunächst zeitlich befristet und gelten vom 05.05.2020 bis zum 30.06.2020 bzw. bis zum 31.07.2020.

von Ernst Diel, ehem. Leiter  
Grundsatzfragen PVS Büdingen

### Hygienepauschale als Alternative

Ein besonderer Fokus der neuen Abrechnungsempfehlungen richtet sich auf die sogenannte Hygienepauschale, die nun von BÄK, PKV-Verband und den Beihilfestellen für die GOÄ vereinbart wurde.

Wichtig ist, dass diese Empfehlung die Regelungen der GOÄ im Hinblick auf Höherbewertung und Auslagenberechnung nach den Regelungen des § 10 GOÄ (Ersatz von Auslagen) **nicht** außer Kraft setzt.

In der GOÄ erlaubt § 3 (Vergütungen) in Verbindung mit § 10 GOÄ den Auslagenersatz grundsätzlich für das gesamte Gebührenverzeichnis. Erst Einzelregelungen bei bestimmten Leistungen oder im § 10 GOÄ schränken die Kostenberechnungen ein.

### Merke

Für den ärztlichen Bereich ist somit ein „Hygieneausgleich“ über Faktor und Auslagenberechnung nach § 10 GOÄ auch anstelle dieser aktuellen, zeitlich befristeten Empfehlung **weiterhin möglich!** Dies gilt insbesondere dann, wenn z. B. die entstandenen Auslagen höher sind.

Weiterhin können Infektionsschutzmaßnahmen mit besonderen Umständen bei der Ausführung und auch erhöhtem Zeitaufwand verbunden sein, etwa durch das zusätzlich in Einzelfällen erforderliche Anlegen von Schutzkleidung. In solchen Fällen ist ein höherer Steigerungssatz einzelner Leistungen (z. B. bei Untersuchungen und Eingriffen) begründet. Die Bemessungskriterien nach § 5 GOÄ (Bemessung der Gebühren) erlauben dies.

### Merke

Ein erhöhter Hygieneaufwand allein ist kein Kriterium für eine Faktorsteigerung! Die Begründung für den erhöhten Steigerungssatz muss stets patientenindividuell für jede einzelne Leistung erfolgen.

Eine Verpflichtung, diese Abrechnungsempfehlung zur Hygienepauschale anzuwenden, besteht also nicht. Die GOÄ selbst eröffnet ausreichend Möglichkeiten, die durch Abrechnungsempfehlungen generell nicht außer Kraft gesetzt werden. Die Abrechnungsempfehlung stellt deshalb eine **Alternative** zu den im Rahmen der GOÄ bestehenden Möglichkeiten dar, insbesondere dann, wenn sich der Materialaufwand und auch der Zeitaufwand bei der Behandlung in Grenzen hält und die dafür in der Empfehlung vorgesehene Gebühr ausreichend erscheint.

Sofern Nr. 245 GOÄ analog Anwendung findet, gelten z. B. **Ausschlüsse** bei wiederholten Arzt-Patienten-Kontakten (APK; z. B. Leistungen nach den Nrn. 1 und/oder 5 sind neben Leistungen der Abschnitte C bis O GOÄ im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig) **nicht**. Der Grund hierfür ist, dass sich Ausschlüsse in der GOÄ nur auf den Begriff „Leistungen“ beziehen. Da es sich hier um keine „Leistung“ handelt, sondern nur um eine Aufwandsentschädigung für Hygienemaßnahmen, greifen auch die Allgemeinen Bestimmungen in Abschnitt B GOÄ, Satz 2 nicht.

### Telemedizinische Leistungen

Abgestimmt zwischen BÄK, PKV-Verband, Beihilfestellen sowie der Bundespsychotherapeutenkammer) sind die Abrechnungsempfehlungen zu den Erfordernissen eines persön-

### Erfüllung aufwendiger Hygienemaßnahmen im Rahmen der COVID-19-Pandemie, je Sitzung

Nr. 245 GOÄ analog, erhöhte Hygienemaßnahmen, zum 2,3-fachen Satz (14,75 Euro)

Die Abrechnungsempfehlung gilt zunächst befristet **bis zum 31.07.2020** und ist nur bei unmittelbarem, persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt anwendbar. Bei Berechnung der Analoggebühr nach Nr. 245 GOÄ kann ein erhöhter Hygieneaufwand nicht zeitgleich durch ein Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes für die in der Sitzung erbrachten ärztlichen Leistungen berechnet werden. ...

lichen APK bei psychotherapeutischen Leistungen sowie den zusätzlichen Einsatzmöglichkeiten für Videokonferenzen (s. Kasten „Telemedizin“). Hierbei muss es sich um besondere Ausnahmefälle handeln. Es empfiehlt sich, die durch die Pandemie bedingten Umstände entsprechend zu dokumentieren (z. B. bei Patienten in Quarantäne).

Weitere Abrechnungsempfehlungen betreffen neue Möglichkeiten der Mehrfachabrechnung von Nr. 3 GOÄ bei telefonischen Beratungen der Patienten.

### Telemedizin – Videokonferenz bei konsiliarischen Erörterungen

Vorstellung eines Patienten und/oder Beratung über einen Patienten in einer interdisziplinären und/oder multi-professionellen Videokonferenz, zur Diagnosefindung und/oder Festlegung eines fachübergreifenden Behandlungskonzepts – originär Nr. 60 GOÄ

*Zunächst befristet bis zum 30.06.2020 ist die vorherige oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung stehende persönliche Befassung mit dem Patienten nicht erforderlich, sofern es sich aus Umständen im Rahmen der COVID-19-Pandemie ergibt. In diesen Fällen kann die Befassung mit dem Patienten auch per Videoübertragung (z. B. Videosprechstunde) erfolgen.*

#### WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Abrechnungsempfehlungen zur COVID-19-Pandemie bei der BÄK online unter [www.de/s3677](http://www.de/s3677)

## EBM 2020

### Versand und Empfang von Arztbriefen – Die Details zum eArztbrief

Über die Änderungen bei der Abrechnung von Kostenpauschalen für den Versand von Arztbriefen, Faxen usw. haben wir berichtet (s. RWF Nr. 05/2020). Wegen der Höchstwertregelungen dürfte für die meisten Praxen der Umstieg auf den elektronischen Versand (und Empfang) von Arztbriefen eine Alternative sein.

Nrn. 86900 und 86901 ein Höchstwert: Dieser beträgt 23,40 Euro je Arzt und Quartal. Befristet bis zum 30.06.2023 wird der Versand von eArztbriefen ab dem 01.07.2020 zusätzlich mit der EBM-Nr. 01660 gefördert, und zwar ohne Mengengrenzung für jeden versandten eArztbrief.

#### Einrichtungspauschale

Sind die Zugangsvoraussetzungen erfüllt (u. a. Verbindung über „KV-Connect“ und elektronischer Heilberufsausweis [eHBA]), so zahlt die KV den Vertragsärzten für die Installation der notwendigen Komponenten für einen sicheren Dienst eine einmalige Einrichtungspauschale von 100 Euro/Praxis.

#### Betriebs- und Versandpauschalen

Zusätzlich wird eine Betriebskostenpauschale von 23,40 Euro je Praxis und Quartal gezahlt.

Für die Übermittlung und den Empfang von eArztbriefen gibt es zwei Versandpauschalen. Allerdings gilt auch für die Abrechnung der EBM-

#### EBM-Nrn. 86900 und 86901

Legende	Wert
Versenden eines elektronischen Briefes je Empfänger-Praxis	28 Cent
Empfangen eines elektronischen Briefes	27 Cent

#### EBM-Nr. 01660

Legende (Kurzfassung)	Wert
Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale	1 Punkt bzw. ca. 11 Cent

### 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.

## Gesundheitsdatenschutz

# Stichprobenprüfungen: So geben Sie Patientenunterlagen datenschutzkonform weiter

Nach der Neufassung der – rückwirkend zum 01.01.2020 in Kraft getretenen – Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für Radiologie (QBR-RL) und Kernspintomografie (QBK-RL) werden die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wieder Stichprobenprüfungen in den Leistungsbereichen Radiologie, CT und Kernspintomografie durchführen (s. RWF Nr. 03/2020). Auch wenn mit den ersten Anforderungen der Unterlagen erst ab Quartal III/2020 zu rechnen ist und viele KVen die Prüfungen aufgrund der Corona-Situation ggf. für einen längeren Zeitraum aussetzen, benötigen Sie bereits jetzt eine ordentliche Dokumentation. Dies gilt auch für die datenschutzrechtlichen Aspekte im Zusammenhang mit den neuen Regelungen.

von RAin, FAin für MedR Taisija  
Taksijan, LL.M., Hamburg,  
[legal-point.de](http://legal-point.de)

### Hintergrund der Neufassungen: Datenschutz

Die Neufassung der QBR-RL und QBK-RL erfolgte infolge der Überarbeitung der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL). Hintergrund der Überarbeitung der QP-RL war wiederum die Änderung des § 299 SGB V durch das TSVG, und zwar dahingehend, dass der G-BA in seinen Richtlinien ausnahmsweise von einer **Pseudonymisierung der Daten absehen kann**, wenn dies für die Qualitätssicherung erforderlich ist.

Zuvor hatte der G-BA die Stichprobenprüfungen als Reaktion auf das Urteil des LSG Berlin-Brandenburg ausgesetzt. Die alten Richtlinien sahen für die Stichprobenprüfung bereits eine Übermittlung von umfassenden Versichertendaten an die KV vor. Das LSG Berlin-Brandenburg hatte 2018 entschieden, dass dies mit der früheren Fassung des § 299 SGB V, die noch

keine Ausnahme von der Pseudonymisierung vorsah, nicht vereinbar war.

### Datenübermittlung zur Stichprobenprüfung ohne Pseudonymisierung

Nun wurden für die Qualitätsprüfungen im Rahmen der QBR-RL und QBK-RL Ausnahmen von dem Grundsatz der Pseudonymisierung von Patientendaten vorgesehen. Nach den neuen Regelungen müssen Sie Ihrer KV **auf Anfrage** die nicht pseudonymisierten Röntgen-, CT- und MRT-Bilder vorlegen. Die KV prüft, ob die eingereichte Dokumentation vollständig ist und leitet die Unterlagen – ebenfalls nicht pseudonymisiert – an die Qualitätssicherungs-Kommission der KV zur fachlichen Beurteilung weiter. Nur so lässt sich die korrekte Kennzeichnung der Bilder überprüfen.

Teil der Qualitätsprüfung ist die Überprüfung, ob bei den CT- und Röntgenuntersuchungen die Vorgaben gemäß Strahlenschutzrecht zur Bildkennzeichnung eingehalten worden sind. Die **Befundberichte** werden ebenfalls **nicht pseudonymisiert**, da aufgrund der nicht möglichen Pseudonymisierung

des Bildmaterials die versichertenbezogenen Daten der Qualitätssicherungs-Kommission bereits bekannt sind.

### Datenübermittlung erfordert besondere Information der Patienten

Wegen der fehlenden Pseudonymisierung bei der Weitergabe sensibler Patientendaten außerhalb des Behandlungsgeschehens ist eine besondere **„qualifizierte“ Information der Patienten** über die Art und den Umfang dieser Datenverarbeitung in geeigneter Weise erforderlich. Beachten Sie dabei die folgenden sieben Aspekte.

#### 1. Qualifizierte Patienten-Information

Die Forderung nach der qualifizierten Information ist sowohl auf die *Form* als auch den *Inhalt* der Information bezogen. Da die zu erläuternden Datenströme relativ komplex sind, sollte die Information schriftlich und in einfacher Sprache erfolgen. Erforderlich sind Angaben dazu, welche Datenkategorien an wen und wie übermittelt werden. Der G-BA hat dazu ein [Patientenmerkblatt](#) veröffentlicht.

#### 2. Information durch Ärztin/Arzt

Die Information über die Art und den Umfang der Verarbeitung der Daten im Falle einer Stichprobenprüfung muss nach den Bestimmungen der QP-RL durch einen Arzt oder eine Ärztin erfolgen. Das Patientenmerkblatt dient insofern als Unterstützung.

#### 3. Keine Einwilligung erforderlich

Über die qualifizierte Information hinaus ist keine gesonderte Einwilligung des Patienten in die Datenweitergabe erforderlich, weil die Weitergabe der Daten für den Fall der Stichproben gesetzlich geregelt ist.

#### 4. Keine Unterschrift erforderlich

Ihre Patienten müssen die Information auch nicht unterschreiben. Wichtig ist



aber, dass Sie die Merkblätter nachweisbar in Ihrer Praxis einsetzen und die Patienten aktiv unterrichten. Ein Aushang oder Auslegen der Merkblätter in der Praxis allein wird hierfür nicht ausreichen. Die neuen Informationsblätter sollten jedem Patienten ausgehändigt werden.

### 5. Nachweis der Information

Sie müssen nachweisen können, den Patienten informiert zu haben.

#### Merke

Auf eine belastbare Dokumentation – etwa ein Vermerk über die Information und die Aushändigung des Merkblatts in der Patientenakte – sollte daher auf keinen Fall verzichtet werden.

### 6. Qualitätsprüfung beinhaltet keine Datenschutzprüfung

Bei der Qualitätssicherung und -prüfung geht es nicht um die Prüfung des Datenschutzes. Gegenstand der Qualitätsprüfung sind Indikationsstellung, Durchführung der Untersuchung, Darstellung der diagnostisch wichtigen Bildinformationen, Befundbericht, Kennzeichnung der Bilder sowie Identifizierbarkeit des Befundberichts. Eine datenschutzrechtliche Prüfung kann aber – etwa wegen eines unzufriedenen Patienten oder auch ehemaligen Praxismitarbeiters – schneller als zunächst vermutet erfolgen.

### 7. Keine Verwechslung mit der üblichen Patienteninformation

Die Neuregelung berührt nicht Ihre aufgrund der DS-GVO bestehenden Informationspflichten. Verwenden Sie daher am besten Ihre normalen Informationsformulare und händigen Sie Ihren Patienten zusätzlich das neue Formular mit der Information über die Stichprobenprüfungen aus.

### Leserforum Datenschutz

## Datenschutzerklärung – Einscannen schützt vor Aufbewahrung nicht

**FRAGE** | „Dürfen wir die Datenschutzerklärungen der Patienten nach dem Einscannen vernichten?“

**ANTWORT** | Das Ergebnis vorweg: Der Radiologe sollte die unterschriebene Einwilligung eines Patienten zum Datenschutz aufbewahren. Eine Frist zur Löschung als solche gibt es nicht – aber: Die Einwilligung ist quasi wie ein Vertrag einzustufen und einen Vertrag würde man ja auch nicht wegwerfen.

Mit der „Datenschutzerklärung“ in der Frage ist wohl die „Einwilligung des Patienten“ gemeint. Eine solche ist nicht erforderlich, wenn es um eine routinemäßige radiologische Behandlung geht. Denn hier erfolgt die Datenverarbeitung für die Erfüllung des (Behandlungs-)Vertrags und kann meistens auf eine gesetzliche Grundlage gestützt werden (Art. 9 Abs. 2 Buchst. h Datenschutz-Grundverordnung [DS-GVO] i.V.m. § 22 Abs. 1 S. 1 Buchst. b Bundesdatenschutzgesetz [BDSG]). Doch dies gilt nur für den einfachen Grundfall. So benötigt der Radiologe bei einer über die Vertragserfüllung hinausgehenden „Abwicklung“ eine Einwilligung des Patienten, z. B. bei der ärztlichen Abrechnung unter Hinzuziehen einer privaten Verrechnungsstelle oder bei der Teilnahme an einem Online-Terminservice.

Die Voraussetzungen für eine wirksame Einwilligung sind in Art. 7 DS-GVO geregelt: Sie muss über Reichweite und Umfang der Datenverarbeitung informieren, auf einen Fall zugeschnitten, freiwillig und

unmissverständlich sein. Die Einwilligung kann mündlich, schriftlich oder elektronisch erfolgen. Aber: Eine schriftliche Einwilligung ist in jedem Fall rechts- und beweissicher.

Der Radiologe muss im Zweifel nachweisen können, dass alles ordnungsgemäß gelaufen ist und dass der Patient eingewilligt hat. Diese Pflicht ist Ausprägung der allgemeinen Rechenschaftspflicht. Sie kann am besten mit einer Einwilligung im Original erfüllt werden! Scannt man die Einwilligung ein: umso besser. Doch eine eingescannte Unterlage kann theoretisch nachträglich verfälscht werden, indem z. B. auf dem Scanner entsprechende Passagen abgedeckt werden. Deshalb ist es besser, das Original zu behalten.

#### Merke

Holen Sie die Einwilligung des Patienten in die Datenverarbeitung ein, sobald seine Daten zu Zwecken genutzt werden, die über das Erfüllen des Behandlungsvertrags hinausgehen. Bewahren Sie die Einwilligung im Original auf.

(mitgeteilt von RAin, Externe Datenschutzbeauftragte Heike Mareck, Dortmund)

#### WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Update DS-GVO – Datenlecks vermeiden in der Radiologie“ in RWF Nr. 02/2020

## Betriebswirtschaft

# Wie viel kaufmännisches Management braucht die Radiologie?

Die Radiologie ist ein Querschnittsfach im Zentrum der ambulanten und klinischen Versorgung. Doch wie bemisst man den „Wert“ der Radiologie? Eine Frage, die sich beispielsweise auch im Begriff der „**value driven radiology**“ widerspiegelt. Sofern der Wertbeitrag der radiologischen Versorgung als Quotient aus *klinischem Outcome* und den *Kosten der radiologischen Versorgung* verstanden wird, können auf dieser Basis auch Aussagen und Abschätzungen zum sinnvollen Einsatz von kaufmännischem Management abgeleitet werden.

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

## Wertstellung der Radiologie

Aus der beschriebenen Formel zum Wertbeitrag der radiologischen Versorgung (s. Tabelle 1) lassen sich einige allgemeine Schlussfolgerungen ziehen. Werden die *Kosten der radiologischen Versorgung* bei gleichbleibendem Outcome gesenkt, erhöht sich der Wertbeitrag; wird der *klinische Outcome* bei gleichbleibenden Kosten erhöht, verbessert sich der Wertbeitrag ebenfalls. Wird der klinische Outcome zusammen mit den Kosten erhöht, verbessert sich der Wertbeitrag nur dann, wenn der klinische Outcome sich stärker entwickelt als die Kosten erhöht werden.

Die Beherrschung der Kostenstruktur und -steuerung ist das klassische Feld der kaufmännischen Leitung, das Management des **klinischen Outcomes**

dagegen kann nur einem **Arzt** obliegen. Dieser Themenkomplex ist vielschichtiger und weit schwieriger mit seinem Wertbeitrag zur radiologischen Versorgung zu steuern als das Kostenthema. Der klinische Outcome umfasst Inhalte wie

- die strategische Entwicklung,
- das Qualitätsmanagement, in diesem Zusammenhang
- die Einstellung und Führung von ärztlichen Spezialisten zu einem Team mit einem gemeinsamen Qualitätsverständnis und
- das Innovationsmanagement mit Weiterentwicklung der Kenntnisse und Spezialisierungen innerhalb des Ärzteteams sowie der apparativen Basis mit den eingesetzten Technologien, sowie
- die Orientierung an der Berufspolitik und den Erweiterungen im klinischen Nachfragebereich einschließlich der Möglichkeiten von Kooperationen mit Kliniken.

Der überwiegende Teil der Praxen konzentriert sich auf das Manage-

ment des einfacheren Komplexes, nämlich die Kosten!

### Merke

Diejenigen Radiologie-Praxen, die den Themenkomplex des klinischen Outcomes facettenreich beherrschen und steuern, sind nach Kenntnis des Autors deutlich in der Minderzahl, aber die weit- aus erfolgreicher!

Dennoch ist die Organisation eines *professionellen Kostenmanagements* eine wesentliche **Voraussetzung** dafür, dass das Management des klinischen Outcomes sich erfolgreich entwickeln kann. Denn anderenfalls muss das Outcome-Management sich zusätzlich um mangelhaft geführte Bereiche beim Kostenmanagement kümmern.

## Aktuelle ambulante/stationäre Versorgungsstrukturen

Ärzte sind die Träger der Versorgung, insofern soll die Zahl der in den radiologischen Versorgungseinheiten (BAG /MVZ) zusammenarbeitenden **Ärzte** als zentraler Orientierungsindikator dienen. Eine an notwendigen kaufmännischen Strukturen orientierte Klassifikation bilden folgende Einheiten:

- bis zu 10 Radiologen
- 11 bis 25 Radiologen
- 26 bis 50 Radiologen
- 51 bis 100 Radiologen

Die meisten ambulanten radiologischen Versorger bestehen aus den beiden erstgenannten Klassen. Wichtige Unterscheidungsmerkmale innerhalb jeder Klasse sind:

- Zahl der Standorte,
- Zahl der Klinikkooperationen,
- Anzahl der MRT-Geräte und davon der Anteil mit 3-Tesla-Technologie.

**Tabelle 1: Formel „Wertbeitrag der rad. Versorgung“**

$$\text{Wertbeitrag der radiologischen Versorgung} = \frac{\text{klinischer Outcome}}{\text{Kosten der radiologischen Versorgung}}$$

Die Anzahl der MRT-Geräte in Verbindung mit dem **Anteil der 3-Tesla-Technologie** ist ein deutlicher Hinweis auf die *Innovationsbereitschaft*. Dies gilt besonders in Verbindung mit trainierten Spezialisten wie Neuroradiologen und Radiologen mit unterschiedlichen Schwerpunkten (MSK, Onkologie, Urologie, Kinderradiologie, Kardiologie). Erst mit Spezialisten lassen sich die subtileren Möglichkeiten der 3-Tesla-Technologie nutzen. Ein spezielles Unterkriterium im Zusammenhang mit Klinikkooperationen ist zudem der **Anteil und Umfang interventioneller radiologischer** Versorgung.

### 1. Klasse: bis 10 Radiologen

In der ersten Klasse der Versorgungseinheiten (bis 10 Radiologen) gibt es durchaus solche mit Klinikkooperationen. Diese fordern im Vergleich zu rein ambulanten Versorgungsstrukturen einen höheren Anteil an konventionellem Röntgen sowie CT an. Deshalb muss beim Unterscheidungskriterium „Anzahl der MRT-Geräte“ zusätzlich differenziert werden zwischen

- rein ambulanten Praxen und
- Praxen, die auch Kliniken versorgen.

Insgesamt liegt in dieser Klasse der Anteil der MRT-Geräte kaum höher als etwa ein Drittel, bezogen auf die Anzahl der Ärzte.

### 2. Klasse: 11 bis 25 Radiologen

Anders sieht es in der zweiten Klasse (zwischen 10 und 25 Radiologen) aus, die bis zu sechs Klinikkooperationen betreiben. Zudem sind diese Versorgungseinheiten, bezogen auf die Anzahl der Ärzte, bis zu 50 Prozent mit MRT-Geräten ausgestattet. Das liegt hauptsächlich an der Möglichkeit der Ausprägung einer bedarfsorientierten **Spezialisierungsstruktur**. In dieser Gruppe gibt es auch Kooperationen mit einem

Schwerpunkt in der interventionellen Radiologie. Die kaufmännische Leitung ist in dieser Größenklasse nicht immer differenziert ausgeprägt. In Personalunion sind dort meistens die Aufgaben Finanzierung, Controlling, Personal sowie weitere besetzt. Das IT-Management ist mit bis zu drei Vollzeitkräften stark entwickelt, während die ärztliche Geschäftsführung meistens auch die Aufgabenbereiche Technik und Infrastruktur mit abdeckt.

### 3./4. Klasse: bis 100 Radiologen

In der 4. Klasse mit bis zu 100 Ärzten kommen bis zu 30 Klinikkooperationen vor. Das sind im Durchschnitt etwa doppelt so viele wie in den Klassen darunter. In den Klassen mit bis 100 Radiologen gibt es große Unterschiede bei der Ausstattung mit ärztlichen Spezialisten unterschiedlicher Schwerpunkte und mit 3-Tesla-MRT-Geräten (zwischen 6 und 45 Prozent aller MRT-Modalitäten)! Die Gruppe mit bis zu 100 Ärzten wird dabei aus mittelständischen Betrieben mit einer differenzierten kaufmännischen Leitung gebildet, die verschiedene kaufmännische Disziplinen (u. a. Finanzmanagement/Controlling, Standortleitungen, Personalmanagement, IT-Management, Privatabrechnung) mit jeweils eigenständigen Fachleuten abdeckt.

### Konsequenzen für das Management

Grundsätzlich liegt der kaufmännische Management-Anteil über alle hier beschriebenen Größenklassen von radiologischen Versorgungseinheiten – je nach Bandbreite diagnostischer und interventioneller Radiologie und Anzahl der Klinikkooperationen – bei etwa 20 bis 30 Prozent der in Vollzeit tätigen Ärzte.

Das kaufmännische Management mit dem Schwerpunkt Finanzen und Controlling ist die Basis für ein erfolg-

reiches ärztliches Management des klinischen Outcomes (Ergebnisqualität), welches ein wesentlich größeres wirtschaftliches Potenzial birgt als das kaufmännische Controlling. Wesentliche Erfolgsfaktoren für eine positive Entwicklung des Outcomes sind:

- Die Investition in ein Team von ärztlichen Spezialisten mit unterschiedlichen Schwerpunkten, durchaus auf verschiedene Standorte verteilt.
- Die Ausstattung dieses Teams mit Modalitäten aktueller Technologie; das ist bei MRT, je nach klinischen Anforderungen, die 3-Tesla-Technologie, wie auch speziell die interventionelle Radiologie.
- Das Management einer guten Teamkultur.

### Fazit

Bei mehr als drei in einer Versorgungseinheit zusammenarbeitenden Radiologen ist die Organisation eines professionellen kaufmännischen Managements sinnvoll, weil so die **Produktivität der Radiologen** erhalten bleibt und einen höheren Ergebnisbeitrag erwirtschaften kann als die Kosten für das kaufmännische Management betragen. Für größere Einheiten mit *Klinikkooperationen*, einem *differenzierten diagnostischen Spektrum* und einem *Team von Spezialisten* ist ein professionelles kaufmännisches Management eine wesentliche **Erfolgsvoraussetzung**. Umgekehrt ist ein professionelles kaufmännisches Management in einer größeren Gruppierung allein kein Erfolgsfaktor, wenn das ärztliche Outcome-Management nicht einmal eine mittelmäßige Ergebnisqualität gewährleistet.