

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

7 | Juli 2018

Gesundheitsdatenschutzrecht

DS-GVO: So gehen Sie mit Auskunftersuchen und Lösungsansprüchen von Patienten um

Wissen Sie, was zu tun ist, wenn ein Patient verlangt, dass die von Ihnen erhobenen, personenbezogenen Daten gelöscht werden, da die Behandlung beendet ist und damit der Verarbeitungszweck nicht mehr besteht oder wenn er der weiteren Datenverarbeitung widerspricht? Die neue Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) trifft dazu differenzierte Vorgaben. Die Einzelheiten regeln Art. 12, 13, 17 und 18 DS-GVO.

von RA und FA für MedizinR
Dr. Jan Moeck, D+B Rechtsanwälte
Partnerschaft mbB, Berlin,
www.db-law.de

Sie müssen über Umfang und Zweck der Datenerhebung informieren

Einen wesentlichen Bestandteil der DS-GVO bildet die Information der Betroffenen (hier: der Patienten) über Umfang und Zweck der Datenerhebung sowie über ihre Rechte nach Art. 12, 13 DS-GVO. Die Grundsätze einer fairen und transparenten Verarbeitung machen es erforderlich, dass der Betroffene über die Existenz des Verarbeitungsvorgangs und seine Zwecke unterrichtet wird. Die Information soll präzise, aber leicht verständlich, d. h. in einer klaren und einfachen Sprache gefasst, und leicht zugänglich sein. Sie kann entweder in Papierform oder elektronisch erfolgen.

Grundsätzlich kann dies durch Informationen auf der Praxis-Homepage, einen gut sichtbaren Aushang in den Praxisräumen oder durch Aushändigung eines Patienteninformationsblatts erfolgen (zu den Einzelheiten siehe RWF Nr. 6/2018).

Praxistipp

Zur Erleichterung dieses (unbezahlten) Bürokratieaufwands können die Muster von Patienteninformationen bzw. standardisierten Formblättern der Landesärztekammern und der BÄK oder den KVen und der KBV genutzt werden. Ein Muster stellt auch die Kanzlei D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB, Berlin, unter www.db-law.de/de/mandanten/mvz/datenschutzrecht zur Verfügung.

Inhalt

Download

Patienteninformation:

Dabei handelt es sich um einen geschlossenen Link, d. h., es ist ein Passwort erforderlich. Dieses kann kostenlos und unverbindlich angefordert werden bei der Kanzlei D+B, Frau Valadkhany, Tel.: 030 327787-13, E-Mail: valadkhany@db-law.de

Privatliquidation

Leserforum: Abrechnung CT-gesteuerter Sympathikolyse im Lumbalbereich? 3

Recht

Interview mit Dr. Florian Weiß, Geschäftsführer jameda: „Wir behandeln alle Ärzte gleich“ 4

Klinikmanagement

Kostensteuerung zwischen den Abteilungen oder: Wie viel kostet ein CT-Abdomen? 6

Dabei handelt es sich um einen geschlossenen Link, d. h., es ist ein Passwort erforderlich. Dieses kann kostenlos und unverbindlich angefordert werden bei Frau Valadkhany, Tel.: 030 327787-13, E-Mail: valadkhany@db-law.de. Bei Verwendung eines Musters ist in jedem Fall darauf zu achten, dass individuelle Anpassungen erforderlich sind.

Bisher: Patient hat Einsichtsrecht aus dem Behandlungsvertrag

Bereits nach den Vorschriften über den Behandlungsvertrag haben Patienten gemäß § 630g Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ein umfassendes Einsichtsrecht in die vollständige Patientenakte. Der Einzelne kann danach auch Abschriften von der Patientenakte, d. h. die Übersendung von Kopien der Behandlungsdokumentation, verlangen.

Bisher: Berufsrecht gibt Patienten Einsichtsrecht

Darüber hinaus ist das Einsichtsrecht in die Patientenakte auch in den Berufsordnungen der Landesärztekammern geregelt (vgl. § 10 Abs. 2 der Musterberufsordnung der Ärzte).

DS-GVO regelt zusätzliche Auskunftsrechte des Patienten

Neben diese Einsichtsrechte ist nun das datenschutzrechtliche Auskunftsrecht nach Art. 15 DS-GVO getreten. Danach können Patienten Auskunft über die zu ihrer Person gespeicherten Daten wie folgt verlangen:

- Der Patient hat das Recht auf Auskunft über die eigenen gesundheitsbezogenen Daten.

- Das umfasst auch die Daten aus der Patientenakte wie beispielsweise Diagnosen, Untersuchungsergebnisse, Befunde der behandelnden Ärzte und Angaben zu Behandlungen oder Eingriffen.
- Außerdem steht dem Patienten ein Recht auf Aushändigung von Kopien dieser Daten zu.

Das Recht kann eingeschränkt sein

Nach den behandlungsvertraglichen und berufsrechtlichen Regelungen besteht das Einsichtsrecht nur, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Ist dies der Fall, kann der Arzt die Patientenakte oder Teile davon zurückhalten.

Wie weit geht der Datenschutz?

Zwar gilt auch nach der DS-GVO, dass das Auskunftsrecht des Betroffenen nicht die Rechte anderer Personen beeinträchtigen darf. Die Verweigerung aus therapeutischen Gründen ist dagegen ausdrücklich nicht vorgesehen.

Derzeit ist ungeklärt, ob der Auskunftsanspruch des Patienten nach DS-GVO tatsächlich weiter reichen kann als das behandlungsvertragliche und berufsrechtliche Einsichtsrecht des Patienten. Nach Auffassung z. B. der Landesärztekammer Berlin ist davon auszugehen, dass die Verweigerung aus therapeutischen Gründen auch nach Inkrafttreten der DS-GVO gilt, also auch dem datenschutzrechtlichen Auskunftsanspruch entgegengehalten werden kann.

Evtl. sind die Kopien kostenfrei

Ein weiterer Unterschied zwischen Datenschutz- und Behandlungsvertragsrecht ist:

- Nach § 630g Abs. 2 S. 2 BGB hat der Patient die für die Gewährung der Einsichtnahme entstandenen Kosten zu erstatten.
- Ein solcher Kostenerstattungsanspruch ist dagegen beim datenschutzrechtlichen Auskunftsanspruch, der ebenfalls auf Aushändigung von Kopien gerichtet sein kann, nicht vorgesehen.

Es ist daher fraglich, ob der (vertragliche) Kostenerstattungsanspruch noch gilt. Jedenfalls sollte die Aushändigung an den Patienten nicht von einer vorherigen Kostenerstattung abhängig gemacht werden.

Löschungsrechte des Patienten und Löschungspflichten des Arztes

Nach Art. 17 DS-GVO hat der Patient ein Recht auf Löschung seiner (Gesundheits-)Daten (= „Recht auf Vergessenwerden“). Darüber hinaus ist der Arzt – unabhängig von der Geltendmachung des Löschungsanspruchs – verpflichtet, personenbezogene Daten unverzüglich zu löschen, sofern die personenbezogenen Daten für die Zwecke nicht mehr notwendig sind, für die sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden.

Gesetzliche Aufbewahrungsfristen stehen Löschen entgegen

Etwas anderes gilt nur, solange noch gesetzliche Aufbewahrungsfristen laufen, die sowohl dem Recht auf Löschung als auch der entsprechenden Pflicht entgegenstehen:

- Für die (allgemeine) Patientenakte besteht nach den Regelungen über den Behandlungsvertrag und den berufsrechtlichen Vorgaben eine 10-jährige Aufbewahrungspflicht (§ 603f Abs. 3 BGB, § 10 Abs. 3 der Musterberufsordnung-Ärzte).
- Es können allerdings auch längere Aufbewahrungspflichten gesetzlich vorgegeben sein. Nach § 28 Abs. 3 der Röntgenverordnung sind Aufzeichnungen über Röntgenbehandlungen 30 Jahre lang nach der letzten Behandlung aufzubewahren.
- Röntgenbilder und Aufzeichnungen über Röntgenuntersuchungen sind 10 Jahre lang nach der letzten Untersuchung aufzubewahren.
- Röntgenbilder und die Aufzeichnungen von Röntgenuntersuchungen einer Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, sind bis zur Vollendung des 28. Lebensjahres dieser Person aufzubewahren.
- Entsprechende Aufbewahrungsfristen gelten nach der Strahlenschutzverordnung für Aufzeichnungen über die Anwendung von Strahlen bei Untersuchungen bzw. Behandlungen von Patienten.

RECHTSFOLGE | Während der Zeit der Aufbewahrungspflicht besteht keine Löschungspflicht, da die Datenverarbeitung nach Beendigung der Behandlung (= Datenaufbewahrung) zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung (= gesetzliche Aufbewahrungspflicht) erforderlich ist, der der Verantwortliche unterliegt (Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO).

Auch soweit der Patient innerhalb der Aufbewahrungspflichten der Verarbeitung widerspricht und ein

Löschen der Daten oder eine Einschränkung der Verarbeitung (früher: Sperrung) beansprucht, kann sich der Arzt auf die gesetzliche Aufbewahrungspflicht berufen (§ 17 Abs. 3 b) DS-GVO).

Aufbewahrungsende kann mit Verjährung kollidieren

Die Pflicht zur Löschung von Daten nach Ablauf der 10-jährigen Aufbewahrungspflichten kann mit der zivilrechtlichen Verjährungsfrist zur Geltendmachung von Behandlungsfehlern kollidieren, die mitunter 30 Jahre betragen kann. Macht der Patient nach Ablauf der Aufbewahrungspflicht und Löschung der Behandlungsdaten durch den Arzt Haftungsansprüche geltend, ist die Verteidigung des Arztes erschwert, da ihm die Behandlungsunterlagen nicht mehr als Beweis seiner lege-artis-Behandlung zur Verfügung stehen.

Praxistipp

Da die Verjährungsfrist keine Aufbewahrungspflicht darstellt, kann sie die Löschungspflicht nach DS-GVO nicht per se aushebeln. Allerdings kann der Zweck der Datenaufbewahrung zur Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen nach der DS-GVO einer Löschungspflicht entgegenstehen.

Wenn sich beispielsweise schon Komplikationen nach Ende des Behandlungsverhältnisses abzeichnen, dürfte das berechnigte Interesse des Arztes an der Aufbewahrung der Behandlungsdokumentation wohl das Interesse des Patienten an der Löschung der Daten überwiegen.

Leserforum

Abrechnung CT-gesteuerter Sympathikolysen im Lumbalbereich?

FRAGE: „Wir führen CT-gesteuerte Sympathikolysen im Lumbalbereich durch, vornehmlich in der Indikation der Therapie höhergradiger pAVK ohne andere Interventionsmöglichkeit. Wie ist dies abzurechnen? Wäre neben der Nr. 5378 GOÄ (CT) auch die Nr. 2583 GOÄ (Neurolyse) anzusetzen?“

ANTWORT: Neurolysen sind nach Nr. 2583 GOÄ lediglich für operativ durchgeführte Nervenlösungen berechnungsfähig. Eingriffe am Grenzstrang (Sympathikus) im Brust- oder Lendenwirbelbereich sind mit den Nrn. 2920 GOÄ „Thorakale Sympathektomie“ und Nr. 2921 GOÄ „Lumbale Sympathektomie“ im Kapitel L. XI. Gefäßchirurgie unter 4. Sympathikuschirurgie aufgeführt.

Bei perkutanen Eingriffen, die z. B. mittels Anästhetika erfolgen, ist für den Lumbalbereich Nr. 497 GOÄ „Blockade des Truncus sympathicus (lumbaler Grenzstrang oder Ganglion stellatum) mittels Anästhetika“ abzurechnen.

In Verbindung mit der Nr. 5378 GOÄ wäre bei einer 3-D-Darstellung zusätzlich der Zuschlag nach Nr. 5377 berechnungsfähig. Hierbei ist zu beachten, dass tatsächlich eine Winkel-, Flächen- oder Volumensmessung und nicht nur eine einfache Zweipunktmessung erfolgt. Die Berechnung der Nr. 5377 GOÄ neben der Nr. 5378 GOÄ wurde u. a. durch das LG Köln bestätigt (vom 6.5.2009, Az. 23 O 173/03).

Interview

**Dr. Florian Weiß, Geschäftsführer jameda:
„Wir behandeln alle Ärzte gleich“**

Im Februar 2018 hat der Bundesgerichtshof (BGH) mit einem Urteil zum Geschäftsmodell des Online-Bewertungsportals jameda bundesweites Aufsehen erregt: Zwar wird nicht die Plattform an sich infrage gestellt. Die Richter bestehen aber auf Nachbesserungen. Dr. Florian Weiß, Geschäftsführer von jameda, erläutert im Gespräch mit Bernd Hein, Fachjournalist Gesundheitswesen, warum die Veröffentlichung von Kritik durch Patienten den Ärzten eher nützt als schadet.

FRAGE | „Herr Dr. Weiß, nach dem BGH-Urteil mussten Sie das Profil einer Ärztin löschen. Bedroht die Rechtsprechung Ihr Geschäftsmodell, zu dem auch der Anspruch der vollständigen Leistung niedergelassener Ärzte gehört?“

ANTWORT | Unser Ziel ist es, Ärzte und Patienten passgenau zusammenzuführen, indem wir die Transparenz über Leistungen niedergelassener Ärzte erhöhen. Vollständige Arztlisten sind hierfür ein elementarer Baustein. Das BGH-Urteil hat das grundsätzliche Recht auf vollständige Leistung nicht infrage gestellt. Vielmehr haben die Richter befunden, dass Portale wie jameda Ärzte dann nicht ohne ihr Einverständnis führen dürfen, wenn im näheren Umfeld ihres Eintrags Anzeigen für relevante andere Ärzte in der unmittelbaren Umgebung erscheinen. Diese Anzeigen haben wir von der Plattform entfernt, sodass sich kein Anspruch auf Löschung aus unserem Verzeichnis ergibt.

FRAGE | „Welchen Vorteil haben Ärzte, die eine Mitgliedschaft in Ihrem Portal bezahlen, gegenüber jenen, die dort kostenfrei erwähnt sind?“

ANTWORT | Mit einem jameda-Premium-Profil können sich Ärzte den über 6 Mio. Patienten auf der Plattform präsentieren. Man kann dies mit einer Homepage vergleichen, die umfangreiche Informationen, Expertenartikel, Bilder und Videos enthält und die den Patienten Orientierung bei der Suche nach dem passenden Arzt gibt. Einen Einfluss auf die Position in den jameda-Ärztelisten oder auf den Umgang mit Bewertungen hat der Kundenstatus nicht. Wir behandeln alle Ärzte gleich.

FRAGE | „Was denken Sie über die Haltung des BGH, eine kommerzielle Nutzung der Einträge auf jameda verletze den Datenschutz?“

ANTWORT | Das Urteil stellt keinen allgemeinen Zusammenhang zwischen dem Datenschutz und der kommerziellen Nutzung der Einträge her. Das Recht auf eine umfassende Darstellung auf unserer Seite gegen Entgelt wird also nicht infrage gestellt. Hervorgehoben wird aber, dass ein Plattformbetreiber, der vollständige Arztlisten anbieten möchte, neutral agieren muss. Diese Neutralität ist auch für uns von höchster Bedeutung, weshalb wir

Kunden im Hinblick auf Bewertungen in keiner Weise bevorteilen.

FRAGE | „Im Schnitt zeigen Ärzte, die mit jameda einen Vertrag geschlossen haben, tendenziell nicht nur mehr Bewertungen, sondern auch eine bessere Stellung im Ranking als die Kollegen, die keine jameda-Kunden sind. Ist dieser Eindruck korrekt?“

ANTWORT | Es ist möglich, dass Ärzte mit einem Premium-Eintrag im Durchschnitt mehr oder bessere Bewertungen haben. Hier darf jedoch Korrelation nicht mit Kausalität verwechselt werden. Vielmehr gibt es eine Reihe von Möglichkeiten, weshalb sie bessere oder mehr Bewertungen haben.

Vielleicht legen diese Ärzte größeren Wert auf zufriedene Patienten, führen ihre Praxen kundenfreundlicher, haben die Vorteile des Praxismarketings für sich entdeckt oder bitten ihre Patienten aktiv darum, ihre Erfahrungen auf jameda zu teilen. Andersherum ist es möglich, dass sich Ärzte, die zeitweilig viele gute Bewertungen bekommen haben, eher für ein Premium-Profil entscheiden, um Zusatzinformationen auf ihrem Profil zu hinterlegen. Auf keinen Fall – dieser Punkt ist uns sehr wichtig – können sich Ärzte mit einem Premium-Profil positive Bewertungen kaufen oder negative Bewertungen gegen Geld löschen lassen.

FRAGE | „jameda soll Patienten informieren und ihnen die Entscheidung erleichtern, welchen Arzt sie konsultieren. Sehen Sie auch für die Ärzte, die negative Kritik erhalten haben, Vorteile durch Ihr Portal?“

ANTWORT | jameda hilft Ärzten, passende Patienten für ihre Praxis zu gewinnen. Als Deutschlands größte Arztempfehlung bieten wir Ärzten die Möglichkeit, ihre Praxis und ihr Leistungsspektrum ausführlich und zielgerichtet zu präsentieren – und zwar dort, wo die meisten Patienten sind. Zudem sind wir Marktführer für die Online-Terminvergabe – ein Service, mit dem Ärzte gezielt Patienten gewinnen, Praxisabläufe optimieren und Terminausfälle reduzieren können. Alle Bewertungen sind hilfreich, weil sie ein wertvolles Feedback bilden. So ergab eine Studie der Universität Erlangen-Nürnberg, dass 55 Prozent der auf jameda registrierten Ärzte aufgrund der Bewertungen Maßnahmen zur Verbesserung der Patienten-zufriedenheit durchführen.

FRAGE | „Ein Arzt berichtet, dass durch jameda-Bewertungen erheblicher Druck entsteht. Patienten könnten ungefiltert ungerechtfertigte Kritik veröffentlichen. Was halten Sie von dieser Meinung?“

ANTWORT | Bei Online-Bewertungen handelt es sich immer um subjektive Erfahrungen, die z. B. ein Patient in einer Praxis gemacht hat. Essenziell ist, dass die Kritik fair und nicht beleidigend ist und dass sie keine falschen Tatsachenbehauptungen enthält. Aus diesem Grund hat jameda ein Qualitätssicherungsverfahren implementiert, das Bewertungen mithilfe von Algorithmen und manuell überprüft. Zudem hat jeder Arzt in Deutschland die Möglichkeit, sich über Bewertungen automatisch informieren zu lassen und einen Prüfprozess einzuleiten, wenn ihm eine Bewertung nicht rechtmäßig erscheint. Auch kann jeder Arzt seine Bewertungen kommentieren.

Zusätzlich arbeiten wir an einer neuen Form der Arztsuche, die neben Erfahrungsberichten von Patienten weitere – objektive – Qualitätsindikatoren berücksichtigt. Mit der Konferenz „Arztsuche 3.0 – Versorgungsqualität transparent machen“ (www.arztsuche3null.de), haben wir eine intensive Diskussion unter allen Verantwortlichen angestoßen.

FRAGE | „Die Anonymität der kommentierenden Nutzer senkt deren Hemmschwelle, unwahre Behauptungen oder kurzfristige Reaktionen auf beispielsweise emotional belastende Situationen ins Netz zu stellen. Wie beurteilen Sie die Zuverlässigkeit der dadurch zustande kommenden Noten?“

ANTWORT | Wir ermöglichen eine anonyme Bewertungsabgabe, da wir überzeugt sind, dadurch aussagekräftigere Erfahrungsberichte zu erhalten. Wer möchte schon unter einem Klarnamen von seinem Besuch beim Gynäkologen, Urologen oder Psychiater berichten? Das Ergebnis nicht anonymer Bewertungen wäre ein verkürzter Bericht mit wenig Aussagekraft.

Gleichzeitig sind wir uns der Verantwortung bewusst und betreiben sehr viel Aufwand, um nur authentische Bewertungen zu veröffentlichen. Manipulierte Bewertungen sowie solche, die Schimpfwörter enthalten, werden zuverlässig identifiziert und nicht veröffentlicht.

FRAGE | „Sie löschen immer wieder kritische Kommentare. Nach welchem Prinzip gehen Sie dabei vor, um trotzdem die Unabhängigkeit und Vertrauenswürdigkeit Ihres Portals sicherzustellen?“

ANTWORT | Bewertungen werden nach umfangreicher Prüfung entfernt, wenn sie

- entweder den rechtlichen Anforderungen nicht genügen, also falsche Tatsachenbehauptungen, Beleidigungen oder Schmähkritik enthalten, oder
- unseren Nutzungsrichtlinien nicht entsprechen und es sich etwa um Eigen- oder Mehrfachbewertungen handelt und die Authentizität nicht nachzuweisen ist.

Trotz unseres sehr zuverlässigen Prüfalgorithmus sind wir hier auch auf die Hilfe der Ärzte angewiesen, die uns darüber informieren können, wenn eine Bewertung nicht den Tatsachen entspricht.

FRAGE | „Medizinische Behandlungen sind häufig sehr komplex und greifen tief in das Befinden der Patienten ein. Wie werden Sie in Ihrem Portal solchen außergewöhnlichen Lebenssituationen gerecht?“

ANTWORT | Patienten können auch bei komplexen Behandlungen einschätzen, wie es ihnen geht und ob ihnen die Behandlung geholfen hat. Natürlich müssen die Bewertungen stets fair sein und den Tatsachen entsprechen. Daher können diese Menschen entsprechend der Meinungsfreiheit über ihre Erfahrung beim Arztbesuch in Form von Bewertungen berichten. Zusätzlich sind Patienten auf Arztsuche durchaus in der Lage, Arztbewertungen differenziert zu betrachten. So achtet über die Hälfte derjenigen, die Arztbewertungen lesen, auf Bedürfnisse des Verfassers. Ist eine Bewertung unsachlich oder einseitig geschrieben, schätzen die Nutzer von jameda diese als weniger relevant ein. ■

Steuerung im Krankenhaus

Kostensteuerung zwischen den Abteilungen oder: Wie viel kostet ein CT-Abdomen?

Erlöse und Kosten sind 2 Seiten derselben Medaille. Genauso wie Sie als Chefarzt Kenntnisse über die Mechanismen der Erlösverteilung haben sollten (RWF Nr. 6/2018, RWF Nr. 5/2018), benötigen Sie auch einen Einblick in die innerbetriebliche Kostenverteilung Ihres Krankenhauses. Nur so können Sie die wirtschaftliche Entwicklung Ihrer Abteilung transparent nachvollziehen sowie die medizinischen und ökonomischen Aspekte Ihrer Entscheidungen als Chefarzt ausgewogen berücksichtigen.

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

Kostenverteilung: Transparenz schafft Vertrauen

Neben den Erlösen sind auch die Kosten zu verteilen, die bei der Leistungserbringung angefallen sind. Nur so ist eine abteilungsbezogene Gegenüberstellung von Erlösen und Kosten möglich.

Dabei müssen die klinisch Tätigen die Methode der Kostenverteilung aus ihrer Perspektive nachvollziehen können. Dies ist wesentlich, um Anreize zur wirtschaftlichen Leistungserbringung zu setzen. Anderenfalls besteht das Risiko, dass durch fehlende Kostenbelastung bei positiver Erlösverteilung Fehlanreize zur Steigerung von Kosten entstehen, da dem Kosten-„Verursacher“ keine Gegenrechnung präsentiert wird.

Die Methode der Kostenverteilung ist dabei idealerweise eng mit der Methode der Erlösverteilung verknüpft.

Grundsätzlich stehen zahlreiche Verteilungsmodelle zur Wahl. Diese sollten möglichst Anreize zu einer wirtschaftlichen Leistungserbringung setzen und individuelle Besonderheiten einer Klinik- und Leistungsstruktur berücksichtigen.

Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf das Einkaufs- und das Matrixmodell. Die beiden Modelle werden am Beispiel einer CT-Untersuchung des Abdomens (CT-Abdomen) durch die radiologische Abteilung des Krankenhauses im Auftrag der Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie detaillierter beschrieben.

Einkaufsmodell: Das kostet ein CT-Abdomen

Nach dem Einkaufsmodell erhält eine Fachabteilung nach der Entlassung des Patienten den kompletten DRG-Erlös als „Einnahme“ gutgeschrieben. Gleichzeitig werden ihr die Kosten in Rechnung gestellt, die die Behandlung des Patienten in anderen Abteilungen des Krankenhauses verursacht hat. Dies betrifft z. B. Laborleistungen, radiologische Leistungen, Konsile durch andere Fachabteilungen und vor allem die

Kosten der Intensivstationen und der Anästhesie. Hierbei sind die „Währung“ und die Höhe der Bewertung der zu verrechnenden Leistungen aus der Perspektive des „Rechnungsempfängers“ von besonders großem Interesse.

Bewertungsmaßstab wird krankenhausindividuell festgelegt

Wird z. B. bei einem Patienten aus der chirurgischen Fachabteilung ein CT-Abdomen durchgeführt, so stellt die Radiologie die anfallenden Kosten der anfordernden Fachabteilung im Rahmen der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung in Rechnung. Welcher Bewertungsmaßstab angewendet wird, steht dem Krankenhaus zunächst einmal völlig frei: der EBM, die GOÄ oder eine Kombination bzw. Modifikation von beidem. Unabhängig vom gewählten Bewertungsmaßstab ist unabdingbar, dass die „Rechnungsstruktur“ für alle Beteiligten transparent ist.

Einkaufsmodell: So wird ein CT-Abdomen abgerechnet

Die Rechnung der radiologischen Abteilung an die allgemeinchirurgische Fachabteilung, die das CT-Abdomen angefordert hat, ist angelehnt an die Nr. 5372 GOÄ (computergesteuerte Tomographie im Abdominalbereich). Der Punktwert kann klinikindividuell variieren (z. B. Abrechnung zum einfachen Satz bei Untersuchung innerhalb der Regelarbeitszeiten, mehrfacher Satz im Nachtdienst oder am Wochenende).

Das Einkaufsmodell schafft diese Anreize und Fehlanreize

Das Einkaufsmodell schafft zwischen den Abteilungen folgende Anreize bzw. Fehlanreize:

- + Die anfordernde Fachabteilung erhält das Signal, dass die Radiologie „kein Selbstbedienungsladen“ ist. Die anfordernden Stellen werden daher die Zahl der radiologischen Leistungen aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots beschränken.
- + Die Leistungsbeschränkung führt auch dazu, dass die Kapazitäten der radiologischen Abteilung effizienter gesteuert werden können. Solange sich die Höhe der „Rechnung“ im Rahmen der in einer G-DRG kalkulierten Kosten bewegt, ist durch eine Fakturierung (zumindest in der Theorie) zunächst keine Leistungseinschränkung zu erwarten. Denn durch den G-DRG-Erlös ist mit einer ausreichenden Gegenfinanzierung zu rechnen.
- Wird die innerbetriebliche Bewertung zu hoch angesetzt, könnte z. B. eine medizinisch notwendige Bildgebung aus falsch verstandenem „Kostenbewusstsein“ unterbleiben. Schlimmstenfalls könnten sogar bildgebende Verfahren unter Umgehung der hauseigenen Radiologie nach extern verlagert werden. Daher kommt insbesondere der ausgewogenen Bewertung der zu verrechnenden Leistungen eine sehr große Bedeutung zu.

Matrixmodell: „Radiologie-Flatrate“ für Anforderer

Grundlage des Matrixmodells ist die Kostenmatrix des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) als fixer Bewertungsmaßstab. So können z. B. die radiologischen Kosten aus der DRG-Matrix nach jeder Abrechnung einer Fallpauschale als „Erlöse“ der radiologischen

Abteilung direkt zugeordnet werden. Das Modell verlangt eine differenzierte Verteilung der G-DRG-Erlöse.

Matrixmodell: So wird ein CT-Abdomen abgerechnet

Die G-DRG G03A (Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > – / 368 / – Aufwandspunkte) berücksichtigt 391,51 Euro für radiologische Leistungen.

Dieser Betrag wird der radiologischen Abteilung nach jeder Abrechnung der G-DRG G03A „gutgeschrieben“. Dabei ist unerheblich, ob bzw. wie viele radiologische Leistungen beim einzelnen Patienten in Anspruch genommen wurden.

Fordert nun die Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie ein CT-Abdomen an, werden für die Durchführung innerbetrieblich keine Kosten mehr verteilt, da die radiologischen Leistungen per Gutschrift bereits „bezahlt“ sind“.

Exkurs: die InEK-Kostenmatrix als Bewertungsmaßstab

Das InEK veröffentlicht für jede bundeseinheitlich bewertete Fallpauschale jährlich eine Kostenmatrix. Diese macht die durchschnittliche Höhe der Kostenarten (Personal- und Sachkosten) und die klinischen Kostenträger einer Fallpauschale transparent. Grundlage sind die Kostendaten, die die Kalkulationskrankenhäuser nach den Vorgaben des Kalkulationshandbuchs des InEK an das InEK übermitteln (weitere Informationen dazu finden Sie unter www.g-drg.de).

Die Matrix erlaubt die Identifikation verschiedener Kostenstellen (siehe Tabelle in der mit Zahlen gefüllten Originalvariante, die zeigt, wie hoch z. B. die kalkulierten Kosten für die Radiologie in der entsprechenden Fallpauschale waren. Die Nummerierung ist keine chronologische, sondern eine „historische“, aus der im Laufe der Zeit einige Ziffern weggefallen sind).

| Die InEK-Kostenmatrix (vereinfachte Darstellung) | | | |
|--|-----------------|-------------|---------------------|
| Kostenstelle | Kostenarten | | |
| | Personal-kosten | Sach-kosten | Infrastrukturkosten |
| 01. Normalstation | | | |
| 02. Intensivstation | | | |
| 04. OP-Bereich | | | |
| 05. Anästhesie | | | |
| 07. Kardiologische Diagnostik/Therapie | | | |
| 08. Endoskopische Diagnostik/Therapie | | | |
| 09. Radiologie | | | |
| 10. Laboratorien | | | |
| 11. Diagnostische Bereiche | | | |
| 12. Therapeutische Verfahren | | | |
| 13. Patientenaufnahme | | | |
| Summe | | | |

Das Matrixmodell schafft diese Anreize und Fehlanreize

Das Matrixmodell schafft zwischen den Abteilungen des Krankenhauses die folgenden Anreize bzw. Fehlanreize:

- + Die transparente Erlöszuordnung beugt Streit zwischen anfordernder und durchführender Fachabteilung über die Höhe der Leistungsbewertung vor.
- + Da für die Erzielung einer korrekten DRG eine sachgerechte Erfassung einer OPS-Kodierung erforderlich ist, werden solche Kodierungen in der durchführenden Abteilung sorgfältiger vorgenommen: Vergisst z. B. die Radiologie bei der Kodierung eines Zusatzentgelts die relevante Schlüsselnummer, kann der resultierende Betrag auch nicht an die Radiologie verteilt werden und die angefallenen Sach- und Personalkosten werden nicht refinanziert.
- Es gibt kaum Anreize für einen wirtschaftlichen Umgang bzgl. der Anzahl der Anforderungen. Das kann erhebliche Einflüsse auf die Kapazitäten und somit auch auf die Wartezeiten auf radiologische Leistungen innerhalb des Krankenhauses haben.

- Durch das Gefühl der anfordernden Abteilungen, im Sinne eines „Flatrate- Modells“ unbegrenzten und ohne zusätzliche Kosten realisierbaren Zugang zu radiologischen Leistungen „gebucht“ zu haben, steigen die Kosten für das Gesamtklinikum häufig an.

Fazit

Ähnlich wie für die Fallzuordnung (RWF Nr. 5/2018) und die Erlösverteilung (RWF Nr. 6/2018) gibt es auch für die innerbetriebliche Kostenverteilung kein perfektes Modell:

So unterschiedlich die Lösungen der Kliniken auch ausfallen – Anreize und Fehlanreize sind immer vorhanden. Es gilt, sie unter Berücksichtigung der Prioritäten des individuellen Krankenhauses zu minimieren.

Stellen Sie sich als Chefarzt die folgenden Kernfragen:

- Gibt es in meinem Krankenhaus eine innerbetriebliche Kostenverrechnung?
- Nach welcher Methode werden die Kosten verrechnet (Einkaufsmodell, Matrixmodell oder ggf. eine Mischform)?

- Nach welcher Methodik werden die Kosten bewertet (Kostenverrechnung nach dem Einkaufsmodell vorausgesetzt)?
- Wie hängen Erlös- und Kostenverteilung zusammen?
- Wer stellt sicher, dass bei entstandenen Kosten auch ein Erlös sicherstellende Kodierung erfolgt?

Sind diese Fragen beantwortet und herrscht unter den verschiedenen Fachabteilungen Transparenz und Vertrauen, wird die Steuerung der eigenen Abteilung hierdurch wesentlich erleichtert.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Die Franz und Wenke – Beratung im Gesundheitswesen GbR bietet Beratung zu ökonomischen Belangen der ambulanten und stationären Leistungserbringung sowie zu Markteinführung und Betreuung von Produkten aus Pharmazie und Medizintechnik: www.dasgesundheitswesen.de

Impressum



Herausgeber

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

Verlag

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

Redaktion

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.

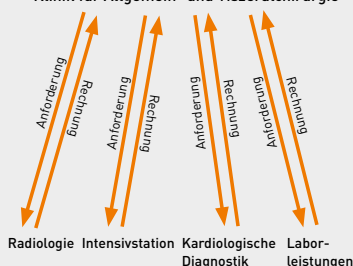
Guerbet



Contrast for Life

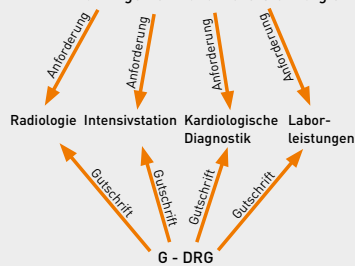
Das Einkaufsmodell

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie



Das Matrixmodell

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie



Quelle: Franz und Wenke GbR, Münster | Grafik: IWW Institut