

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

07 | Juli 2020

Interview

„Die Zusammenarbeit mit mathematischen Instituten ist zwingendes Zukunftsmodell.“

Prof. Dr. Ulrike Attenberger ist neue Direktorin der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum Bonn. Die Radiologin blickt auf Forschungsaufenthalte in Harvard, Zürich und Wien zurück. Sie wurde u. a. mit dem „Fellow Award der Radiological Society of North America“ (2010) und dem Walter-Friedrich-Preis der Deutschen Gesellschaft für Radiologie (2012) ausgezeichnet. Vor ihrer Berufung nach Bonn war sie stellvertretende Klinikdirektorin des Instituts für klinische Radiologie und Nuklearmedizin der Universität Mannheim. Ursula Katthöfer (textwiese.com) fragte sie zu ihren Forschungsansätzen.

Redaktion: In Mannheim leiteten Sie das Geschäftsfeld „Präventive und Onkologische Diagnostik“. Welche onkologischen Diagnoseverfahren möchten Sie in Bonn vorantreiben?

Attenberger: Wir wollen aus Bilddaten bildbasierte Biomarker entwickeln, um mit der radiologischen Diagnostik quantifizierbare und reproduzierbare Aussagen treffen zu können, in etwa so wie ein Labortest. Im Moment arbeiten wir bei Bilddatensätzen weitestgehend mit – auf individuellen Erfahrungshorizonten basierenden – Einschätzungswahrscheinlichkeiten. Sie haben zwar eine gewisse Genauigkeit, sind aber nicht so standardisierbar, reproduzierbar und quantifizierbar, wie man es sich nicht zuletzt im

Hinblick auf immer spezifischere onkologische Therapien wünschen würde. Einer der Grundsätze ist nun, möglichst standardisierbare Daten für den Analyseprozess zur Verfügung zu stellen. Ein wesentlicher Punkt in diesem Zusammenhang ist die weitere Optimierung der Messtechnik.

Redaktion: Zu Ihren Schwerpunkten gehört die Diagnostik von Prostata-, Enddarm- und Leberkrebs. Was wird sich verändern?

Attenberger: Wir werden Bildgebung, Genetik, Laborwerte und klinische Daten in Zukunft mittels Methoden der künstlichen Intelligenz integrativ bewerten, um Erkrankungen besser zu charakterisieren. Anhand der Bilddaten

Inhalt

Röntgenkongress

Erster „Röko digital“ gut angelaufen 3

Abrechnung

- KV-Honorar 2018: Die Eckdaten für Radiologen 3
- Mammografie-Screening: Rückwirkende Änderungen zum 01.06.2020 4
- Steigerung bei radiologischen Leistungen aufgrund von Corona (GOÄ) 4

Haftungsrecht

- Diagnoseirrtum oder Befunderhebungsfehler? Darauf kommt es für Radiologen an ... 5
- Fachgebietsgrenze Radiologie: (hier) kein Diagnosefehler des Pneumologen 7

Leserforum Datenschutz

Stichprobenprüfung: Informationspflicht erstreckt sich nicht nur auf „geprüfte“ Patienten! 8

Finanzen

BÄK pro MVZ-Register 8

Download

Sonderausgabe für Chefarzte „Chefarzt-Verträge im Fokus“

ten eines Leberherds messen wir bisher z. B. die Größe und können mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit anhand seiner Morphologie sagen, ob der Verdacht auf einen Tumor besteht. Man kann aber aus diesen Bilddaten noch ganz andere Informationen wie Kurtosis oder Grey-White-Matter-Informationen ableiten.

Über die integrative Bewertung mittels Methoden der künstlichen Intelligenz möchten wir in Zukunft voraussagen können, wie ein Patient auf eine gewählte Therapie anspricht und welche Prognose er hat. Im nächsten Schritt stellt sich die Frage, ob Zusammenhänge zwischen der Bilddateninformation und speziellen genetischen Konstellationen bestehen, die das Outcome des Patienten beeinflussen. Das ist eine mehrdimensionale Datenmatrix.

Redaktion: Könnten Sie das am Beispiel eines Tumors erläutern?

Attenberger: Bisher wird ein Tumor diagnostiziert, die Therapie wird eingeleitet und wir sehen im Verlauf der Therapie, wie der Patient darauf anspricht. Uns geht es nun darum, die Heterogenität eines Tumors zu erfassen. Selbst ein singulärer HCC-Herd kann in sich molekular inhomogen sein. Die bisherige Therapie kann daher für einen Teil der Areale wirken, für andere nicht. Unser Ziel ist vorherzusagen, welche Herde auf welche Therapie ansprechen. Dann ließen sich z. B. lokal ablativ Therapien mit Medikamenten zielgerichtet kombinieren.

Auch für die Immuntherapien öffnen sich neue Perspektiven. Der Patient kann stadienspezifisch und somit möglichst schonend therapiert werden. Man muss ihn nicht mehr teilwei-

se starken Nebenwirkungen aussetzen, wenn man vorher weiß, dass diese Therapie für ihn nicht geeignet ist. Jeder Tumorfokus erhält die für ihn maßgeschneiderte Therapie.

Redaktion: Woher bekommen Sie die Daten?

Attenberger: In Studien haben wir meist eine sehr saubere Forschungslandschaft zu klinischen Parametern und zu Laborparametern. In Tierstudien gibt es beispielsweise genetische Mausmodelle, die dem hepatozellulären Karzinom sehr verwandt sind und Rückschlüsse erlauben. In einer DFG-geförderten, randomisierten Studie wollen wir konkret untersuchen, wie genetisch unterschiedliche Mäuse auf systemische Therapien ansprechen. Ferner gibt es mittlerweile viele Gruppen, die anonymisierte Daten zur Verfügung stellen. Daran lassen sich Algorithmen trainieren, das nennt sich Challenge. In der Informatik ist dieses Verfahren schon bekannter, in der Medizin bisher weniger.

Redaktion: Stichwort Informatik. Wie interdisziplinär arbeiten Sie?

Attenberger: Die Radiologie pflegt traditionell eine sehr starke Partnerschaft mit der Physik. Für unsere transdisziplinären Forschungsansätze bauen wir nun lokal, national und international Netzwerke mit klinischen Partnern wie Onkologen, Dermatologen und Kardiologen auf, aber auch mit Mathematikern und Informatikern.

Redaktion: Ist die Zusammenarbeit mit mathematischen Instituten grundsätzlich ein Zukunftsmodell für die Radiologie?

Attenberger: Das ist ein zwingendes Zukunftsmodell, nicht nur für die

Radiologie, sondern für alle Fächer. In der Radiologie sollten diese Ausbildungsinhalte in die Facharztausbildung integriert werden, wenn nicht sogar ins Medizinstudium. Dieses Thema wird auch die Epidemiologie, die Humangenetik und die internistischen Fächer stark beschäftigen. Die Studierenden benötigen ein Grundverständnis.

Redaktion: Sie sind nun am Universitätsklinikum Bonn Direktorin. Welche Strategie haben Sie verfolgt, um Ihre heutige Position zu erreichen?

Attenberger: Zum einen ging es mir darum, in Klinik und Wissenschaft erstklassige Arbeit zu leisten. Zum anderen habe ich sehr früh Verantwortung übernommen, schon vor dem Facharztniveau. Dazu gehört, strukturiert zu denken, Abläufe zu optimieren und auch, sich um Mitarbeiter zu kümmern. Damals war mir noch nicht klar, dass das mit Führung zu tun hat. Doch früh auch organisatorische Verantwortung zu übernehmen und strategisch zu denken, hat mich in meine heutige Position gebracht. Fachliche Exzellenz allein macht noch keine Führungskraft. Es ist immer eine Frage der inneren Haltung.

Redaktion: Welche Weichen möchten Sie stellen, um talentierte Mediziner zu fördern?

Attenberger: Ich suche den engen Kontakt zu den jüngsten Nachwuchskräften. Das tue ich z. B. mithilfe von strukturierten Mitarbeitergesprächen. Darin schaue ich mir an, wer ein wissenschaftliches Interesse hat und fördere das während der Facharztausbildung. Eine Möglichkeit dazu ist der internationale Austausch. Wenn jemand zu einem internationalen Kongress reist und seine Arbeit vor-

stellt, kann das einen inneren Motivationsschub schaffen.

Redaktion: Wie begleiten Sie talentierte Kräfte zur Habilitation?

Es ist wichtig, die Struktur von Tag eins an vorzugeben und mit dem Mitarbeiter kurz-, mittel- und langfristige Ziele zu vereinbaren. Fehlt ein strukturierter Fahrplan, dann erscheint das Thema Habilitation irgendwann so „groß“, dass es schwer zu bewältigen ist. Ich ordne den wissenschaftlichen Nachwuchs daher Arbeitsgruppen zu. Dort ergeben sich Themen, aus denen sich ein Paper oder ein Abstract entwickeln ließe. Das wird dann bei Kongressen oft zum Selbstzünder.

Röntgenkongress

Erster „Röko digital“ gut angelaufen

Aufgrund der COVID-19-Pandemie haben die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG) und die Österreichische Röntgengesellschaft (ÖRG) kurzfristig den Röko digital konzipiert (21.05.2020 bis 14.11.2020). Ein erstes Zwischenfazit fällt positiv aus.

Kongresspräsident Prof. Dr. Günter Layer auf RWF-Anfrage: „Mit Röko Digital ist es uns in kurzer Zeit gelungen, COVID-19 zum Trotz ein digitales radiologisches Fort- und Weiterbildungsprogramm zu konzipieren, das Ärzte, MTRA und Medizinphysiker bei ihren Bedürfnissen und Interessen abholt. Rund 3.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind ein sichtbarer Beleg dafür, dass Röko Digital bereits jetzt ein Erfolg ist. Darüber sind mein Kollege Professor Hausegger und ich sehr glücklich und auch ein wenig stolz.“

Statistik

KV-Honorar 2018: Die Eckdaten für Radiologen

Die KBV veröffentlicht für jedes Quartal einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, die Fallzahlen und das Honorar sowie Tabellen mit den wesentlichen Eckdaten der verschiedenen Fachgruppen. Aus diesen Tabellen haben wir für alle 17 KV-Bezirke die Durchschnittsumsätze, Fallzahlen und Fallwerte von insgesamt fast 2.800 Radiologen für das Jahr 2018 ermittelt.

KV Hamburg an der Spitze

Den höchsten durchschnittlichen Honorarumsatz erzielten im Jahr 2018 Radiologen im Bezirk der KV Ham-

burg (141.320 Euro); Schlusslicht in der Umsatzstatistik ist die KV Berlin (86.589 Euro). Die Fallwerte schwanken zwischen 112,03 Euro (Hamburg) und 65,04 Euro (Niedersachsen).

Durchschnittliches KV-Honorar für Radiologen

KV-Bezirk	KV-Umsatz 2018 je Arzt und Quartal	Fälle 2018 je Arzt und Quartal	Fallwert
Baden-Württemberg	127.671 Euro	1.619	78,84 Euro
Bayern	99.850 Euro	1.213	82,34 Euro
Berlin	86.589 Euro	1.205	71,84 Euro
Brandenburg	100.408 Euro	1.489	67,43 Euro
Bremen	105.684 Euro	1.132	93,34 Euro
Hamburg	141.320 Euro	1.261	112,03 Euro
Hessen	104.703 Euro	1.492	70,19 Euro
Mecklenburg-Vorpommern	116.804 Euro	1.775	65,81 Euro
Niedersachsen	104.135 Euro	1.601	65,04 Euro
Nordrhein	92.342 Euro	1.267	72,86 Euro
Rheinland-Pfalz	111.078 Euro	1.341	82,82 Euro
Saarland	88.452 Euro	1.063	83,20 Euro
Sachsen	107.861 Euro	1.613	66,88 Euro
Sachsen-Anhalt	130.492 Euro	1.929	67,64 Euro
Schleswig-Holstein	110.760 Euro	1.513	73,21 Euro
Thüringen	117.133 Euro	1.768	66,26 Euro
Westfalen-Lippe	118.719 Euro	1.378	86,16 Euro
Durchschnitt alle KVen	108.376 Euro	1.429	75,84 Euro

Quelle: Abrechnungsstatistik der KBV; zugelassene und angestellte Ärzte; eigene Berechnungen

Umsatzplus in Höhe von 1,5 Prozent gegenüber 2016

Im Vergleich zum Jahr 2016 ist der KV-Umsatz aller von der KBV erfass-

ten Radiologen bei einer um 5,2 Prozent niedrigeren Fallzahl um 1,5 Prozent gestiegen, der Fallwert ist um 7 Prozent geklettert. Die Aus-

zahlungsquote für alle abgerechneten Leistungen beträgt in 2018 bundesweit jedoch lediglich ca. 81 Prozent. Durch die Budgetierung wurden also im Jahr 2018 bei den

Radiologen ca. **19 Prozent** der Leistungen **nicht vergütet**.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Honorarberichte bei der KBV online unter www.de/s3730

Vorsorge

Mammografie-Screening: Rückwirkende Änderungen zum 01.06.2020

Rückwirkend zum 01.06.2020 sind Änderungen beim Mammografie-Screening in Kraft getreten, die wir nachfolgend vorstellen.

Konsensuskonferenzen online

Konsensuskonferenzen zur Befundung von Mammografie-Aufnahmen können jetzt auch **online** erfolgen. Die organisatorischen und apparativen Vorgaben für die Durchführung von Online-Konsensuskonferenzen sind in einem neuen Anhang 14 des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs verankert.

Übergangsregeln zur Fortbildung

Befristet bis zum 31.12.2020 wurden aufgrund der Corona-Pandemie Übergangsregelungen für die Durchführung von Fortbildungskursen vereinbart. Danach können Abweichungen von den **Fristen** und der **Reihenfolge** der Fortbildungskurse zum Erhalt der fachlichen Befähigung und der angeleiteten Tätigkeiten anerkannt werden. Außerdem ist die Anerkennung eines Fortbildungskurses gemäß Anhang 2 auch dann möglich, wenn dieser **online** durchgeführt wird.

Wartefrist bei Abklärungsdiagnostik

Die bereits seit 2016 relevanten differenzierten Wartezeiten – Wartefrist zwischen dem Beginn der Abklärung und der Mitteilung des Ergebnisses

von höchstens einer Woche bei 70 Prozent der Frauen und von höchstens zwei Wochen bei 90 Prozent der Frauen – wurden in die Vorgaben an die interne Qualitätssicherung und Evaluation der Qualitätssicherungsmaßnahmen übernommen.

Anforderungen an den Referenzpathologen

Die Anforderungen an den Referenzpathologen wurden klar geregelt: Die Durchführung der histopathologischen Zweitbefundung erfolgt jetzt durch einen im Mammografie-Screening erfahrenen Pathologen, der hierfür von dem jeweiligen Leiter des Referenzzentrums benannt wird.

Zertifizierung bzw. Rezertifizierung der Dokumentationssoftware

Die turnusgemäße Veröffentlichung der Protokolle zur Dokumentation und Evaluation wurde auf den 1. Februar (zuvor: 1. September) eines Jahres verlegt, der Termin für die Zertifizierung bzw. Rezertifizierung der Dokumentationssoftware auf den 1. Oktober (zuvor: 1. April) verschoben. Damit kann die jeweils neue Version der Software zum Jahreswechsel eingesetzt werden und nicht wie bisher unterjährig.

Privatliquidation

Steigerung bei radiologischen Leistungen aufgrund von Corona

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat Abrechnungsempfehlungen zur Berechnung von ärztlichen Leistungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie veröffentlicht (s. [RWF Nr. 06/2020](#)). Die Nr. 245 GOÄ wurde u. a. als Analogziffer für erhöhte Hygienemaßnahmen durch COVID-19 befristet bis zum 31.07.2020 eingeführt. Wer versucht, daneben die Steigerung von radiologischen Leistungen mit entsprechender Begründung durchzusetzen, sollte einige Aspekte beachten.

von Ernst Diel, ehem. Leiter
Grundsatzfragen PVS Büdingen

Begründungen, die von Kostenträgern nicht akzeptiert werden

Zu den Begründungen, die Kostenträger nicht akzeptieren, zählen dabei Formulierungen wie diese: „Erhöhter Zeitaufwand und Umstand bei der Untersuchung/Therapie wegen

- erforderlicher aufwendiger Infektionsschutzmaßnahmen (organisatorische Maßnahmen,
- Kontaktbeschränkung,
- Verständigungsschwierigkeiten aufgrund der Maske oder
- erhöhten hygienischen Aufwands.“

Doch ist ein erhöhter organisatorischer Aufwand für Hygieneschutzmaßnahmen allein kein ausreichendes

des Begründungskriterium. Dies ist für die meisten Leistungen selbst dann nicht vertretbar, wenn auf die Berechnung von Nr. 245 GOÄ analog **verzichtet** wird!

Patientenindividuell jede einzelne Leistung begründen

In diesem Zusammenhang ist dringend zu beachten, dass neben Nr. 245 GOÄ analog eine Steigerung der anderen, in derselben Sitzung erbrachten Leistungen über den Schwellenwert (z. B. 2,3-facher Satz) nur aufgrund **sonstiger** Erschwerungsgründe vorgenommen werden kann. Grundsätzlich sind die Bemessungskriterien für die Höherbewertung, also Schwierigkeit, Zeitaufwand oder Umstände bei der Ausführung patientenindividuell für jede einzelne Leistung zu erläutern.

Merke

Keinesfalls möglich ist eine **einzigste Pauschalbegründung** für alle abgerechneten Leistungen; dies führt häufig zu Beanstandungen!

So sollte z. B. der – im Verhältnis zu einer „normalen“ Untersuchungsabfolge – überdurchschnittliche Zeitaufwand plausibel dargelegt werden, um eine Höherbewertung begründen zu können. Die sachlichen Gründe hierfür können vielfältig sein (s. Beispiele).

Begründungs-Beispiele

- Erhöhte Serienanzahl
- Lagerungsprobleme
- Patientenbedingte, verlängerte Untersuchungszeit
- Erhöhter permanenter Überwachungs- und Betreuungsaufwand bei Untersuchung und komplizierter Begleiterkrankung

Haftungsrecht

Diagnoseirrtum oder Befunderhebungsfehler? Darauf kommt es für Radiologen an

Nach dem Motto von Kurt Tucholsky „Wenn der Deutsche hinfällt, dann steht er nicht auf, sondern sieht sich um, wer schadenersatzpflichtig ist“ versuchen immer mehr Patienten Ansprüche geltend zu machen, wenn sie mit einer Behandlung nicht zufrieden sind. Allerdings müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, damit ein Fehler auch zur Haftung führt. Es kommt nicht nur darauf an, ob ein einfacher oder ein grober Fehler vorliegt. Vielmehr geht es auch um die Art eines Fehlers. Denn diese hat entscheidenden Einfluss auf die Beweislast, also die Frage, wer den Beweis zu erbringen hat.

Einleitung

Es ist zunächst auch in der Rechtsprechung anerkannt, dass es schwierig sein kann, eine **„richtige“ Diagnose** zu stellen. Unspezifische oder mehrdeutige Symptome können den Arzt schnell in die Irre führen. Daher hat der Bundesgerichtshof (BGH) bereits 1981 festgestellt, dass eine unzutreffende Diagnose nur sehr zurückhaltend als Behandlungsfehler gewertet werden kann (BGH, Urteil vom 14.07.1981, Az. VI ZR 35/79).

Entscheidend für die Frage der Haftung ist die Abgrenzung, ob

- ein *Diagnosefehler* oder
- ein *Befunderhebungsfehler*

vorliegt. Dazu gibt es eine Reihe wichtiger Gerichtsentscheidungen, die bekannt sein sollten.

Diagnosefehler, Diagnoseirrtum, Befundauswertungsfehler

Diagnosefehler, Diagnoseirrtum, Befundauswertungsfehler werden nebeneinander als Begriffe verwendet, die das Gleiche meinen. Dazu hat der BGH festgestellt (Urteil vom 26.01.2016, Az. VI ZR 146/14):

von RAin, FAin MedR
Dr. Birgit Schröder, Hamburg,
dr-schroeder.com

„Ein *Befunderhebungsfehler* ist gegeben, wenn die Erhebung medizinisch gebotener Befunde unterlassen wird. Im Unterschied dazu liegt ein *Diagnoseirrtum* vor, wenn der Arzt erhobene oder sonst vorliegende Befunde falsch interpretiert und deshalb nicht die aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs gebotenen – therapeutischen oder diagnostischen – Maßnahmen ergreift.“

Ein Diagnosefehler (oder Diagnoseirrtum oder Befundauswertungsfehler) liegt also vor, wenn ein Arzt vorliegende Befunde **falsch** interpretiert oder ausgewertet. Beispielsweise wird ein Ultraschallbild fehlerhaft interpretiert. Ein Diagnosefehler setzt aber zunächst voraus, dass der Arzt die medizinisch notwendigen Befunde überhaupt erhoben hat, um sich eine ausreichende Basis für die Einordnung der Krankheitssymptome zu verschaffen.

Für die rechtliche Beurteilung ist entscheidend, dass ein Diagnosefehler

dann gegeben ist, wenn die Diagnose des Arztes in der gegebenen Situation schlicht nicht mehr vertretbar war. Mangelnde Vertretbarkeit wird angenommen, wenn sich die Diagnose als nicht mehr „verständliche“ Deutung der Befunde darstellt bzw. wenn Befunde nicht berücksichtigt wurden.

Diagnosefehler kommen i. d. R. nur beim **Übersehen** eindeutiger Befunde bzw. klassischer Krankheitsbilder vor. Die Beweislast trägt der Patient.

Zwischenfazit

Die entscheidende Frage für die Einordnung ist, ob eine Fehlinterpretation von Befunden *oder* deren Nichterhebung im Vordergrund steht. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei einem Diagnosefehler Befunde erhoben, aber fehlerhaft gedeutet wurden.

Befunderhebungsfehler

Anders ist dies bei einem Befunderhebungsfehler: Ein solcher wird angenommen, wenn ein Arzt nicht alle notwendigen Befunde erhoben hat und der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis gebracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre. Es fehlen also Befunde – bereits die Diagnostik war unvollständig.

Merke

Da die Gerichte sehr zurückhaltend bei der Annahme eines Diagnosefehlers sind, kommt von Patientenanzwaltsseite zunehmend der Vorwurf eines Befunderhebungsfehlers erhoben.

Wichtig ist aber auch, dass bei einer fachgerechten Befunderhebung und ihrer ausreichenden Dokumentation der Vorwurf des Diagnosefehlers i. d. R. ins Leere geht!

Beweislastverteilung

Im Grundsatz beweist in einem Zivilprozess jeder die für ihn günstigen Tatsachen. Daher trägt die Patientenseite die Beweislast für das Vorliegen eines Behandlungsfehlers, die Verantwortlichkeit des Arztes, den Schaden und die Ursächlichkeit.

Um den Vorwurf zu klären, wird das Gericht i. d. R. ein Sachverständigen-gutachten in Auftrag geben. Nur ein Sachverständiger kann aufklären, ob eine Behandlung lege artis durchgeführt wurde. Ausnahmen gibt es beispielsweise bei groben Fehlern, also besonders gravierenden Pflichtverstößen, d. h. dann, wenn grobes Fehlverhalten eines Arztes vorliegt, welches aus medizinischer Sicht schlicht unverständlich ist. Dann kann sich die Beweislast umkehren. Bei einem Diagnosefehler kommt eine Beweislastumkehr nur dann in Betracht, wenn der Fehler als grob einzustufen ist.

Der BGH führt dazu erläuternd aus: „Ein Fehler bei der Interpretation der erhobenen Befunde stellt allerdings nur dann einen schweren Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst und damit einen ‚groben‘ Diagnosefehler dar, wenn es sich um einen fundamentalen Irrtum handelt. Wegen der bei Stellung einer Diagnose nicht seltenen Unsicherheiten muss die Schwelle, von der ab ein Diagnoseirrtum als schwerer Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst zu beurteilen ist, der dann zu einer Belastung der Behandlungsseite mit dem Risiko der Unaufklärbarkeit des weiteren Ursachenverlaufs führen kann, hoch an-

gesetzt werden.“ (BGH, Urteil vom 21.12.2010, Az. VI ZR 284/09)

Nur bei einem fundamentalen Irrtum kommt die Umkehr der Beweislast in Betracht. Diese Schwelle wird i. d. R. relativ hoch liegen, denn Voraussetzung ist, dass ein Sachverständiger die ärztliche Bewertung als schlicht unverständlich einstuft.

Fazit

Die Gerichte sind sehr zurückhaltend mit der Annahme eines Diagnosefehlers. Prozess entscheidend, gerade für **Radiologen**, ist die Abgrenzung zwischen einem

- Diagnosefehler (Befundauswertungsfehler) und einem
- Befunderhebungsfehler.

Wer ein **Röntgenbild** fehlerhaft auswertet, wird haftungsrechtlich privilegiert im Verhältnis zu demjenigen, der auf das Erheben notwendiger Befunde verzichtet, also das Röntgenbild gar nicht erst erstellt.

Da medizinische Befunde und Daten oftmals eine Vielzahl von Interpretationsmöglichkeiten zulassen, sind fehlerhafte Interpretationen möglich. Die Abgrenzung erfolgt danach, ob die Bewertung des Arztes noch vertretbar ist. Ist dieses der Fall, kommt lediglich ein u. U. nicht vorwerfbarer Diagnoseirrtum in Betracht. Gerade für **Radiologen** ist entscheidend, *sorgfältig zu dokumentieren*. Es muss nachvollziehbar sein, welche Erwägungen angestellt wurden, um zu einer Diagnose zu kommen. Gerade, wenn ein Sachverständiger beurteilen soll, ob eine getroffene Beurteilung noch vertretbar ist, kann er die Entscheidung nur anhand der Behandlungsdokumentation nachvollziehen.

Haftungsrecht

Urteil zur Fachbereichsgrenze Radiologie: (hier) kein Diagnosefehler des Pneumologen

Die Durchführung und Befundung von Röntgenaufnahmen fällt nicht ausschließlich in das Fachgebiet der Radiologie. Für pneumologische Sachverhalte fallen diese Tätigkeiten auch in das Fachgebiet der Inneren Medizin und der Pneumologie. Der Pneumologe darf – im Gegensatz zu einem Allgemeinarzt – die Bilder anfertigen und auswerten, hat das Landgericht (LG) Flensburg entschieden (Urteil vom 02.08.2019, Az. 3 O 198/15). Pneumologen sollten jedoch in Zweifelsfällen ein radiologisches Konsil hinzuziehen.

von RA, FA MedR Philip
Christmann, Berlin/Heidelberg,
christmann-law.de

Sachverhalt

Ein in einem MVZ tätiger Pneumologe übersah auf Röntgenbildern des Thorax, die er Anfang 2014 angefertigt hatte, einen Lungenkrebs. Der Patient verstarb später an diesem Lungenkrebs. Die Erben des Patienten warfen dem MVZ und dem Pneumologen einen Diagnosefehler vor und verlangten Schmerzensgeld für das Leid des verstorbenen Patienten.

Entscheidungsgründe

Im Ergebnis wies das LG Flensburg die Klage als unbegründet ab. Denn das Übersehen der Krebserkrankung sah das LG Flensburg nicht als vorwerfbaren Diagnosefehler an. Das Gericht hatte zwei Ärzte als Sachverständige hinzugeholt, einen Pneumologen und einen Radiologen.

Zwar hatte der vom Gericht hinzugezogene **Radiologe** später auf denselben Bildern einen Lungentumor festgestellt. Allerdings hatte der vom Gericht ebenfalls als Sachverständiger

hinzugezogene Facharzt für Pneumologie keinen Krebs auf den Bildern erkannt. Maßgeblich ist für einen Arzt nach allgemeiner Ansicht in der Rechtsprechung immer der Facharztstandard seines Fachbereichs, solange der Arzt sich bei seiner Tätigkeit in seinem Fachgebiet bewegt. In dem Fall habe der beklagte Pneumologe sich bei der Anfertigung und der Auswertung des Röntgen des Thorax noch in seinem Fachgebiet bewegt (und nicht etwa die Fachbereichsgrenze zum Facharzt für Radiologie überschritten), so das LG Flensburg.

Zwar sei die Röntgendiagnostik in der einschlägigen Weiterbildungsordnung der Pneumologen nicht erwähnt (wohl aber in der der Radiologen). Eine eigene Anfertigung und Befundung von Röntgenbildern durch einen niedergelassenen internistischen Pneumologen sei aber – so der Sachverständige – üblich, wenn auch rückläufig. Aus ärztlicher Sicht sei nicht festzustellen, dass ein Pneumologe keine Röntgenbilder befunden dürfe. Es sei aber eine schwierige Diagnostik. Der Sachverständige gab an, er selbst lasse in Facharztprüfungen für Innere Medizin und Pneumologie auch Röntgenbilder bewerten.

Nach alledem konnte das LG Flensburg nicht feststellen, dass die Durchführung und Befundung einer Röntgenaufnahme allein in das Fachgebiet der Radiologie fällt, sondern für pneumologische Sachverhalte aufgrund einer bestehenden Übung auch in das Fachgebiet der Inneren Medizin und Pneumologie.

FAZIT

Das Ergebnis steht im Einklang mit der Linie der herrschenden Rechtsprechung: Ein Diagnosefehler als (vorwerfbarer) Behandlungsfehler liegt danach nur vor, wenn die fehlerhafte Diagnose als in der gegebenen Situation objektiv unvertretbar und subjektiv unverständlich war. Dies war hier nicht der Fall, weil der als Sachverständiger herangezogene andere Pneumologe den Krebs ebenfalls nicht gesehen hatte.

Für den Pneumologen ist es der sicherste Weg, in solchen Fällen ein **radiologisches Konsil** hinzuzuziehen. Denn es ist nicht auszuschließen, dass in einem anderen Streitfall vor Gericht ein anderer Gerichtssachverständiger die Fachgebiete anders definiert und das Röntgen allein den Radiologen zuschlägt. Sofern das Gericht dem Sachverständigen dann folgen sollte, führt dies dazu, dass die Auswertung durch den Pneumologen doch als fachbereichsfremd angesehen würde, womit man bei einem verwertbaren Diagnosefehler ankäme.

➤ **WEITERFÜHRENDE HINWEISE**

- „Zur Berechtigung anderer Fachärzte und fachkundiger Weiterbildungsassistenten“ in RWF Nr. 07/2016
- „Strahlentherapeuten scheitern vor dem BSG“ in RWF Nr. 07/2016
- „Strahlentherapie ist für Radiologen fachfremd“ in RWF Nr. 05/2011

Leserforum Datenschutz

Stichprobenprüfung: Informationspflicht erstreckt sich nicht nur auf „geprüfte“ Patienten!

FRAGE | „Zu den Datenschutz-Informationen der Patienten bezüglich der Stichprobenprüfung (s. RWF Nr. 06/2020): Der Aufwand, jedem Patienten das Merkblatt durch einen Arzt auszuhändigen, erscheint angesichts der geringen Zahl der geprüften Unterlagen nicht gerechtfertigt. Halten Sie es für zulässig, nur diejenigen Patienten mit dem Merkblatt zu informieren, deren Unterlagen auch angefordert werden?“

ANTWORT | Die Information auf die Patienten zu beschränken, deren Daten tatsächlich angefragt werden, kann zur Zeit leider noch nicht empfohlen werden. Jeder Patient sollte über eine mögliche Weitergabe zur Qualitätsprüfung durch den Arzt informiert werden und die Gelegenheit erhalten haben, das Merkblatt mitzunehmen.

Hintergrund

Nach § 299 Abs. 1 S. 4 Nr. 3 SGB V i. V. m. § 18 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL) muss die Information in *qualifizierter, geeigneter Weise durch den Arzt* erfolgen.

Es handelt sich jeweils um erhöhte Anforderungen an eine adäquate Information. In den Normen wird auf die Information der „betroffenen“ Patienten abgestellt. Eine Beschränkung auf die tatsächlich von den Prüfungen betroffenen Patienten scheint auf den ersten Blick *nicht ausgeschlossen*. Doch es ist zu beachten, dass die hohen Anforderungen an die Information der Tatsache geschuldet sind, dass sensible Patientendaten vollständig und nicht pseudonymisiert weitergegeben werden. Eine dritte Stelle bekommt den vollen Datensatz über einen Patienten, um die Qualität der ärztlichen Arbeit zu überprüfen. Die Datenweitergabe steht somit **nicht** im direkten Zu-

sammenhang zur ärztlichen Behandlung, sondern dient zur Überprüfung der Untersuchungsqualität. Es geht daher um eine *datenschutzrechtlich besonders sensible Konstellation*, die zur Realisierung einer Gesetzesänderung bedurfte! Dies ist bei der Auslegung der Vorschriften im Blick zu behalten und ermöglicht derzeit wenig Spielraum.

Angesichts des Wortlauts des Merkblatts des G-BA ist davon auszugehen, dass die **Informationen aller Patienten**, die von einer Stichprobenprüfung betroffen sein **könnten**, gefordert werden. U. a. wird erläutert, in welchem Fall die Daten des Patienten verarbeitet werden, dort heißt es: „Dabei kann es sein, dass auch Ihr Behandlungsfall darunter ist.“ Daraus ist abzuleiten, dass der G-BA die Information der Patienten über die *Möglichkeit* einer Datenweitergabe und nicht erst im Fall einer *tatsächlichen Datenweitergabe* verlangt.

Wie die Behörden im Fall einer Prüfung mit den Vorgaben letztlich umgehen werden, bleibt abzuwarten. Angesichts des erheblichen administrativen Mehraufwands, der den Ärzten nun abverlangt wird, ist eine Erleichterung denkbar.

(mitgeteilt von RAin, FAin MedR
Taisija Taksijan, LL.M., legal-point.de)

Private Equity

BÄK pro MVZ-Register

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat sich in einer Stellungnahme für den Gesundheitsausschuss im Bundestag für ein öffentliches Register ausgesprochen, in dem alle MVZ mit ihren Trägerstrukturen abgebildet sind. Die BÄK will so Transparenz schaffen und fordert weitere gesetzgeberische Maßnahmen, um die Größe und den Versorgungsumfang von MVZ zu begrenzen sowie die MVZ-Gründung durch Kliniken an fachliche und räumliche Bezüge zum Versorgungsauftrag zu koppeln. Monopolartige Groß-MVZ sollen demnach verhindert werden.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Wie Private-Equity-Gesellschaften den deutschen Radiologie-Markt durchdringen“ in RWF Nr. 05/2019

Impressum



Herausgeber

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

Verlag

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

Redaktion

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur),
Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns (Redakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose
Serviceleistung der **Guerbet GmbH**.

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszusagen 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.