

# Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

8 | August 2016

## Arzneimittelversorgung

### Der Bezug von Arznei-/Kontrastmitteln über die Krankenhausapotheke im ambulanten Bereich

Die KV Niedersachsen hat im Rahmen der Vereinbarung über die Verordnung von Sprechstundenbedarf (SSB-V) zum 1. Januar 2016 eine Änderung hinsichtlich der Abrechnung von Kontrastmitteln beschlossen. Gemäß dieser Änderung können Radiologen, Nuklearmediziner und Urologen – sowie die mit diesen Fachgruppen in Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte anderer Fachrichtungen – Kontrastmittel nicht mehr als Sprechstundenbedarf verordnen bzw. beziehen. Die genannten Ärzte haben die Kontrastmittel seit dem 1. Januar 2016 im Rahmen der neu geschaffenen Sachkostenregelungen zu fest vereinbarten, pauschalen Preisen abzurechnen.

von RAin, FAin für MedizinR  
Dr. Constanze Püschel, Dierks+Bohle  
Rechtsanwälte Partnerschaft mbB,  
Berlin, [www.db-law.de](http://www.db-law.de)

In einigen Krankenhäusern kam vor diesem Hintergrund die Frage auf, ob Kontrastmittel zukünftig sowohl für stationäre Patienten als auch für ambulante – bspw. von einem ermächtigten Radiologen versorgte – Patienten über die Krankenhausapotheke bezogen werden können.

Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die Befugnis der Krankenhausapotheken zur Abgabe von Arzneimitteln für bzw. an ambulante Patienten und legt in einem online

verfügbaren Teil die Bezugsmöglichkeiten von Kontrastmitteln in unterschiedlichen Versorgungskonstellationen in Niedersachsen dar.

#### I. Krankenhausversorgung versus Versorgung der Bevölkerung

Gemäß § 26 Abs. 1 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) sollen Krankenhausapotheken die ordnungsgemäße Versorgung von Krankenhäusern mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten sicherstellen. Dementsprechend bestimmt § 14 Abs. 7 S. 2 Teilsatz 1 Apothekengesetz (ApoG), dass Krankenhausapotheken Arzneimittel an einzelne Stationen und andere Teileinheiten des Krankenhauses zur Versorgung der Patienten, die im Krankenhaus voll-

## Inhalt

### Download

Kontrastmittelpauschale Niedersachsen: Die neue Sachkostenregelung zur Versorgung und Abrechnung in Niedersachsen ... 3

### Kassenabrechnung

PET/PET-CT: Qualitätssicherungsvereinbarung seit 1. Juli 2016 in Kraft ..... 4

### Kurz informiert

G-BA beabsichtigt Erprobungsstudie zur PET/CT bei kolorektalem Karzinom ..... 5

### Zulassungsauswahl

Räumliche Verteilung der Ärzte im Planungsbereich ist mitentscheidend ..... 5

### Benchmark

Zum Anforderungsverhalten der zuweisenden Abteilungen/Kliniken an die Radiologie ..... 6

### Krankenhausvergütung

BSG verschärft Qualitätsanforderungen für die Abrechnung von Krankenhausleistungen ..... 8

teil-, vor- oder nachstationär behandelt oder ambulant operiert werden, abgeben dürfen.

Die Arzneimittelversorgung von Patienten in ambulanter/vertragsärztlicher Behandlung ist hingegen grundsätzlich den öffentlichen Apotheken vorbehalten. Insoweit greift der in § 1 Abs. 1 ApoG formulierte Auftrag an die öffentlichen Apotheken, die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sicherzustellen. In abschließend gesetzlich definierten Fällen darf jedoch auch die Krankenhausapotheke für ambulant im Krankenhaus versorgte Patienten Arzneimittel liefern. § 14 Abs. 7 S. 2 Teilsatz 2 ApoG sieht vor, dass Arzneimittel von der Krankenhausapotheke ferner abgegeben werden dürfen

*„zur unmittelbaren Anwendung bei Patienten an ermächtigte Ambulanzen des Krankenhauses, insbesondere an Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V), psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V), sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) und ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116 SGB V) sowie an Patienten im Rahmen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus, wenn das Krankenhaus hierzu ermächtigt (§ 116a SGB V) oder berechtigt (§§ 116b und 140b Abs. 4 Satz 3 SGB V) ist“.*

Die zitierte Regelung beinhaltet keine grundsätzliche Öffnung des ambulanten Bereichs für die Versorgung von Patienten aus der Krankenhausapotheke. Wäre dem anders, führte das zu einem vom Gesetzgeber nicht intendierten ungleichen Wettbewerb zwischen den inhabergeführten öffentlichen Apotheken und den Krankenhausapotheken, die keine selbständigen

Wirtschaftssubjekte, sondern (lediglich) Teileinheiten der Krankenhäuser sind. Dementsprechend darf die Abgabe von Arzneimitteln durch Krankenhausapotheken an bzw. für ambulant versorgte Patienten nur in den gesetzlich geregelten, eng auszulegenden Einzelfällen erfolgen.

## II. Abgabebefugnis der Krankenhausapotheke nach § 14 ApoG

Ob ein geregelter Fall des § 14 Abs. 7 S. 2 Teilsatz 2 ApoG vorliegt, ist in jedem Einzelfall zu prüfen. Allen dort geregelten Berechtigungen ist gemein, dass eine Abgabe von Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke nur erfolgen darf, wenn die Arzneimittel für die unmittelbare Behandlung des Patienten im Krankenhaus durch einen (bspw. ermächtigten) Arzt des Krankenhauses im Rahmen einer ambulant erbrachten Leistung verwendet werden.

Dieser Grundsatz wird vor allem in den Fällen relevant, in denen es zu einer engen Zusammenarbeit von Vertrags- und Krankenhausärzten an unterschiedlichen Standorten kommt. § 14 Abs. 7 S. 2 Teilsatz 2 ApoG ist im Zuge der Schaffung der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) in § 116b SGB V zum 1. Januar 2012 bzw. dessen Änderung zum 23. Juli 2015 nicht überarbeitet worden, sodass sich der in § 14 Abs. 7 S. 2 Teilsatz 2 ApoG vorgenommene Bezug zur Berechtigung des Krankenhauses nach § 116b SGB V historisch zunächst einmal auf die ambulante Versorgung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der Fassung bis zum 31. Dezember 2011 bezieht. Da die Krankenhäuser auf der Grundlage entsprechender Bestimmungen gem. § 116b SGB V a. F. nach wie vor tätig sind, steht fest,

dass die Krankenhausapotheke insoweit Arzneimittel an im Krankenhaus versorgte ambulante Patienten abgeben darf. Laufen die nach altem § 116b SGB V erteilten und derzeit noch fortwirkenden Bestimmungen für die Krankenhäuser aus, wie es für die gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle Mitte 2017 konkret der Fall sein wird, stellt sich die Frage nach der Lieferberechtigung der Krankenhausapotheke neu.

Im Zusammenhang mit der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wird man – dem Grundsatz der engen Auslegung der Ausnahmen nach § 14 Abs. 7 S. 2 Teilsatz 2 ApoG folgend – festhalten müssen, dass eine Abgabebefugnis der Krankenhausapotheke nur besteht, wenn der Patient im Krankenhaus durch ein krankenhauseigenes ASV-Teammitglied versorgt wird. Erfolgt die Behandlung hingegen in der Praxis eines Vertragsarztes als ASV-Teammitglied, ist ein Arzneimittelbezug über die Krankenhausapotheke vom Wortlaut des § 14 Abs. 7 S. 2 Teilsatz 2 ApoG nicht gedeckt, selbst wenn der Vertragsarzt Räume auf dem Gelände des Krankenhauses nutzt. Der Arzneimittelbezug muss in diesen Fällen über die öffentlichen Apotheken entsprechend den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Normen erfolgen. Angesichts der Tatsache, dass bis Ende 2015 bundesweit nur ca. 400 Patienten (Angabe: KV Schleswig-Holstein) insgesamt in der jetzt bestehenden ASV behandelt worden sind, ist die Versorgung dieser Patienten zwischen Krankenhausapotheken und öffentlichen Apotheken noch nicht zu einem wesentlichen Streitpunkt geworden. Sollte die ASV 2016 und in den Folgejahren Fahrt aufnehmen, kann sich das schnell ändern.

Zu beachten ist zudem, dass eine Krankenhausapotheke Arzneimittel zulasten der gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 129a S. 3 SGB V nur abgeben darf, wenn eine entsprechende Vereinbarung nach § 129a S. 1 SGB V zwischen den Krankenkassen/Kassenverbänden und dem Träger des jeweiligen Krankenhauses geschlossen wurde. Fehlt eine solche Vereinbarung, können die Krankenhäuser die über die Krankenhausapotheke abgegebenen Arzneimittel an ambulant versorgte Patienten nicht gegenüber den Krankenkassen abrechnen. Hintergrund für die Notwendigkeit des die Abrechnungspreise regelnden Vertrages nach § 129a SGB V ist die generell fehlende Preisbindung der Krankenhausapotheke gem. § 1 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 Arzneimittelpreisverordnung.

Folglich dürfen Krankenhausapotheken Arzneimittel für die ambulante Versorgung von Patienten zulasten der gesetzlichen Krankenkassen nur abgeben, wenn

- die Behandlung im Rahmen eines in § 14 Abs. 7 S. 2 Teilsatz 2 ApoG genannten Ausnahmetatbestands erfolgt,
- das Arzneimittel für die unmittelbare Anwendung am Patienten im Krankenhaus durch einen Arzt des Krankenhauses verwendet wird
- und eine Vereinbarung gemäß § 129a SGB V besteht.

### III. Keine anderen Abgabebefugnisse der Krankenhausapotheke?

Wie schon festgehalten, besteht außerhalb des § 14 Abs. 7 S. 2 Teilsatz 2 ApoG – und den weiteren hier nicht näher vertieften Ausnahmen nach §§ 14 Abs. 7 S. 3-5, Abs. 9 ApoG – keine Abgabebefugnis der

Krankenhausapotheke im ambulanten Bereich. So gelten für die mittlerweile von den Krankenhausträgern betriebenen mehr als 840 MVZ (so die KBV für 2014) die allgemeinen Regeln der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, sodass Arzneimittel – auch jene, die unmittelbar von Ärzten im MVZ an Patienten angewendet werden – über öffentliche Apotheken abzugeben sind.

Gleiches gilt bei der ambulanten Behandlung von Patienten durch Vertragsärzte, die einzelne Leistungen aufgrund kooperationsrechtlicher Verträge für die Patienten in den Räumen eines Krankenhauses erbringen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um Leistungen des Vertragsarztes, auch wenn sich dieser zur Erfüllung seiner Leistungspflicht der Hilfe und Mittel des Krankenhauses bedient. Die Krankenhausapotheke kann insoweit grundsätzlich nicht in Anspruch genommen werden.

Zur erlaubten Reichweite des die Kooperation in der onkologischen Versorgung regelnden § 11 Abs. 3 ApoG zwischen einer öffentlichen Apotheke und einer Krankenhausapotheke sei auf eine Entscheidung des SG Marburg vom 10. September 2014 (Az: S 6 KR 84/14) hingewiesen. Das SG Marburg führte unter Hinweis auf die beschränkten Befugnisse der Krankenhausapotheke im ambulanten Bereich konkret aus:

*„ ... Der Gesetzesbegründung nach sollte mit dieser Regelung [gemeint ist § 11 Abs. 3 ApoG] lediglich eine Vorkehrung getroffen werden für den Fall, dass eine öffentliche Apotheke (aufgrund des Abgabezwangs) eine solche Rezeptur herstellen muss, ohne über die dafür notwendigen*

*besonderen personellen, räumlichen und apparativen Ausstattungen zu verfügen“. Gedacht war somit an den Einzelfall, nicht daran, Krankenhausapotheken, die wegen § 14 Abs. 7 ApoG grundsätzlich auf die Versorgung im stationären Bereich beschränkt sind, über diese Vorschrift die Versorgung im ambulanten Bereich zu eröffnen, indem sie im Lohnauftrag fortlaufend eine zur Herstellung solcher Zubereitungen gerade nicht befähigte Apotheke mit diesen Zubereitungen beliefern, die öffentliche Apotheke mithin nur dazu dient, der Krankenhausapotheke den Zugang zum Arzneimittelmarkt im ambulanten Segment zu ermöglichen.“*

**DOWNLOAD** | Ein extra Beitrag unter [rwf-online.de](http://rwf-online.de) im Bereich „Downloads“ beleuchtet die Folgen der neuen Sachkostenregelung für die Hauptanwender, was **Bezugsweg und Abrechnung von Kontrastmitteln in Niedersachsen** betrifft.

## 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

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 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.

## Abrechnungsgenehmigung

### PET/PET-CT: Qualitätssicherungsvereinbarung seit 1. Juli 2016 in Kraft

Zum 1. Januar 2016 wurde die Positronen-Emissions-Tomografie (PET) – ggf. mit Computertomografie – bei bestimmten Indikationen mit den Abrechnungspositionen Nrn. 34700 bis 34703 in den EBM aufgenommen (siehe RWF 1/2016). Sechs Monate später, zum 1. Juli 2016, ist die neue Qualitätssicherungsvereinbarung in Kraft getreten. Sie regelt, welche Voraussetzungen Radiologen und Nuklearmediziner für eine Abrechnungsgenehmigung erfüllen müssen.

#### Fachliche Anforderungen

Voraussetzung ist zunächst die Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung Nuklearmedizin oder Radiologie. Radiologen müssen jedoch zur Erbringung der PET nach der für sie geltenden Weiterbildung berechtigt sein. Zusätzlich müssen mindestens 1.000 PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen – beinhaltend selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation –, unter Anleitung eines zur Weiterbildung im Fachgebiet Nuklearmedizin berechtigten Arztes, der die fachlichen Anforderung für PET-Untersuchungen erfüllt, nachgewiesen werden. Für Nuklearmediziner gilt, dass auf eine Anleitung verzichtet werden kann, wenn die Untersuchungen im Rahmen einer nuklearmedizinischen Facharztstätigkeit in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte für Nuklearmedizin erbracht wurden.

Ferner sind Kenntnisse und Erfahrungen bei der Einordnung von PET-Befunden in den Kontext anderer bildgebender Verfahren erforderlich, nachzuweisen durch Einordnung von mindestens 200 CT oder MRT in den Kontext mit PET-Befunden.

#### Übergangsregelungen

Übergangsregelungen stellen sicher, dass Ärzte, die schon vor dem Inkrafttreten der Vereinbarung am 1. Juli 2016 regelmäßige Leistungen der PET beziehungsweise PET/CT durchgeführt haben, eine Genehmigung von der KV erhalten können. Der entsprechende Antrag mit den erforderlichen Nachweisen muss jedoch bis zum 31. Dezember 2016 gestellt werden. Ebenso behalten Genehmigungen ihre Gültigkeit, die seit dem 1. Januar 2016 auf der Grundlage der G-BA-Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ erteilt wurden.

#### Kooperation zwischen Radiologen und Nuklearmedizinern

Sofern eine PET-Untersuchung mit CT erfolgen soll, muss der Arzt zusätzlich über eine CT-Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Strahlendiagnostik und -therapie verfügen. Allerdings kann die Durchführung der PET/CT auch in Kooperation erfolgen, wenn die Anforderungen für die PET einerseits und die CT andererseits nicht vom selben Arzt erfüllt werden (siehe RWF 4/2016).

#### Aufrechterhalten der Befähigung

Ärzte, denen eine Abrechnungsgenehmigung erteilt wurde, müssen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung an Fortbildungsmaßnahmen zu onkologischen Fragestellungen teilnehmen, nachzuweisen durch mindestens 20 Fortbildungspunkte innerhalb eines Zeitraums von jeweils 24 Monaten. Kann der Nachweis nach Ablauf von weiteren 24 Monaten nicht geführt werden, wird die Genehmigung widerrufen.

#### Apparative Anforderungen

Für die Tumordiagnostik mittels PET bzw. PET/CT ist unter anderem der Einsatz eines PET-Systems mit einer räumlichen Auflösung von  $\leq 5,5$  Millimetern erforderlich.

#### Übergangsregelung

Für Altgeräte, mit denen in den letzten fünf Jahren regelmäßige PET-Untersuchungen durchgeführt wurden, gilt eine Übergangsregelung. Sie dürfen eine Auflösung von  $\leq 7$  Millimetern haben, wenn die Genehmigung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der QS-Vereinbarung beantragt wurde. Diese Geräte dürfen längstens bis sechs Jahre nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung verwendet werden.

Es ist eine Notfallausrüstung vorzuhalten, die mindestens aus Frischluftbeatmungsgerät, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Rufanlage und Notfall-Arztkoffer bestehen muss.

#### Organisation und Dokumentation

Indikationsstellung, Befund- und ggf. erforderliche Nachbesprechung müssen in interdisziplinärer

Zusammenarbeit erfolgen. Die genaue Zusammensetzung des interdisziplinären Teams ist abhängig von der konkreten Indikation. Eine Präsenzpflcht der beteiligten Ärzte bei der interdisziplinären Zusammenarbeit im Team ist nicht vorgeschrieben.

Die Vereinbarung sieht eine stichprobenartige Überprüfung der ärztlichen Dokumentation vor. Die KV fordert die Dokumentationen zu zwölf abgerechneten PET- bzw. PET/CT-Untersuchungen innerhalb eines Zeitraums von jeweils drei Jahren an. Das Intervall zwischen den Prüfungen ist erfolgsabhängig gestaltet.

#### WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- QS-Vereinbarung unter [www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php](http://www.kbv.de/html/qs-vereinbarungen.php)

#### Kurz informiert

### G-BA beabsichtigt Erprobungsstudie zur PET/CT bei kolorektalem Karzinom

Für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, die jedoch das Potenzial einer Behandlungsalternative erkennen lassen, kann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Richtlinien für eine Erprobung beschließen (§ 137e SGB V). Nach Ansicht des G-BA besitzt die PET/CT das Potenzial einer solchen Behandlungsalternative beim rezidivierenden kolorektalen Karzinom. Zudem liegen derart aussagefähige wissenschaftliche Daten vor, dass auf ihrer Grundlage Studien geplant werden können, die eine Bewertung des Nutzens der Methode auf einem ausreichend sicheren Erkenntnisniveau erlauben.

#### Zulassungsrecht

### Zulassungsauswahl: Räumliche Verteilung der Ärzte im Planungsbereich ist mitentscheidend

Im Rahmen von Auswahlentscheidungen in Zulassungsverfahren ist die räumliche Verteilung der Ärzte in der entsprechenden Fachgruppe im Planungsbereich zu berücksichtigen (Sozialgericht [SG] Marburg, Urteil vom 16.3.2016, Az. S 12 KA 170/15).

#### Der Fall

Einer Fachärztin für Diagnostische Radiologie wurde die Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eines Facharztes für Radiologie nach partieller Öffnung der Raumordnungsregion Mittelhessen zu Unrecht versagt. Zum Zeitpunkt der Reaktivierung des Planungsbereichs lag der Versorgungsgrad bei knapp 118 Prozent. Auf einen Radiologen kamen durchschnittlich rund 42.000 Bewohner, wobei die Verteilung der Leistungserbringer innerhalb der Region sehr ungleichmäßig war: Während ein Radiologe in vier der fünf Landkreise der Raumordnungsregion knapp 40.000 Bewohner versorgte, lag die Verhältniszahl im fünften Kreis bei nahezu 110.000 Bewohnern je Radiologe.

#### Die Entscheidung

Im Rahmen der Auswahlentscheidung hätten die Zulassungsgremien die räumliche Verteilung der Ärzte der Fachgruppe innerhalb der Raumordnungsregion stärker in die Ermessensentscheidung einbeziehen müssen. Hintergrund sei das vom Gesetzgeber verfolgte Ziel einer wohnortnahen Versorgung der Versicherten.

Zudem sei zu prüfen gewesen, ob bestehende Ermächtigungen durch eine Zulassung ganz oder teilweise abgebaut werden können.

von RA Stephan Peters, Kanzlei  
am Ärztehaus, Münster,  
[www.kanzlei-am-aerztehaus.de](http://www.kanzlei-am-aerztehaus.de)

#### Folgen für die Praxis

Durch das Urteil wird das in der Praxis häufig vernachlässigte Kriterium einer Gewährleistung der „bestmöglichen Versorgung“ deutlich aufgewertet und mit Leben gefüllt. Inwiefern die Zulassungsgremien dies in Zukunft im Rahmen der Ermessensentscheidungen berücksichtigen werden, bleibt trotz der vorliegend dargestellten Einzelfallentscheidung zunächst abzuwarten. Ein zusätzlicher Argumentationsansatz für Bewerber auf Zulassung in regional weniger stark versorgten Gebieten dürfte darin aber allemal zu sehen sein.

#### Kriterien gemäß § 26 Abs. 4 Nr. 3 Bedarfsplanungs-RL

- Berufliche Eignung
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit
- Approbationsalter
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Abs. 5 S. 1 SGB V
- Bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes
- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten

## Benchmark

Zum Anforderungsverhalten der zuweisenden  
Abteilungen/Kliniken an die Radiologie

Die Kennzahlen zur Beschreibung des Anforderungsverhaltens von zuweisenden klinischen Abteilungen an ihre Radiologie geben die Rahmenbedingungen für die Personalbedarfsbestimmung vor. Diese Kennzahlen sind die Fallmenge und das modalitätenbezogene Fallspektrum. Dazu folgende Einzelheiten:

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

## Vergleichbare Gesamtfallzahlen

Das Verhältnis von trainierten Ärzten zu Assistenzärzten bestimmt im Wesentlichen die mittlere Arztbindung je Untersuchungsfall. Ein MRT-Befund erfordert im Mittel einen wesentlich höheren Zeitraum als ein Röntgenbefund. Je höher also der relative Fallanteil durch das Röntgen ist, desto relativ niedriger sind die entsprechende Arztbindung und folglich der gesamte Personalbedarf im ärztlichen Dienst.

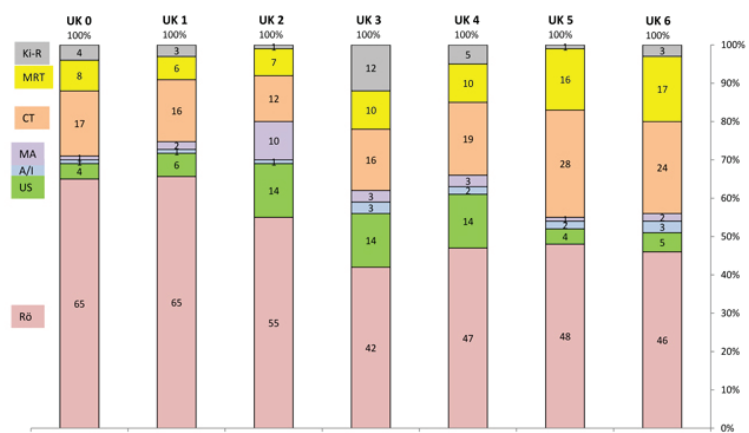
Der Personalbedarf für den medizinisch-technischen Dienst wird im Wesentlichen durch die Taktzeiten an den einzelnen Modalitäten bestimmt.

Das Anforderungsvolumen einer gesamten Klinik an ihre Radiologie lässt sich als Anzahl der Fälle je Modalität und Jahr ausdrücken. Die Abbildung 1 zeigt einen Benchmark von sieben (realen) Uniklinika: UK1, UK2, UK4 und UK5 haben eine Größe zwischen 1.100 und 1.200 Betten, UK0, UK3 und UK6 haben ca. 1.400 Betten. Das Verhältnis der modalitätenbezogenen angeforderten Fallzahlen ist gut vergleichbar.

UK2 hat einen herausragenden Schwerpunkt in der Mamma-Diagnostik und UK3 in der Kinderradiologie. Bei den Kliniken UK2, UK3 und UK4 wird die Sonographie auch gezielt in der Unfallchirurgie eingesetzt.

## Qualitätsrelevante Fallmenge

Im Einzelnen lässt sich das Anforderungsverhalten einer bestimmten Klinik-Abteilung aus deren modalität-



Ki-R: Kinderradiologie; MA: Röntgen-Mammographie; A/I: Angio/Intervention; US: Ultraschall

Abb. 1 Fallanteil nach Modalitäten im Benchmark

Offensichtlich spielt der Einsatz der Schnittbildverfahren CT und MRT für die Qualität eine wichtige Rolle:

- So überragen die beiden Exzellenzklinika UK5 und UK6 der Abbildung 1 beim Anteil der Schnittbilddiagnostik, insbesondere MRT, alle anderen Klinika.
- Die beiden Kliniken UK0 und UK1 mit dem jeweils höchsten Anteil an konventionellem Röntgen haben aber ein Qualitätsproblem, was von wichtigen zuweisenden Kliniken berichtet wurde. Dies betrifft in UK1 besonders die MRT-Abteilung mit drei Geräten, die außerhalb des zentralen Workflows in einem eigenen Gebäude installiert sind, das nicht durch überdachte Zuwege erreichbar ist (Akzeptanzproblem).

tätenbezogenem Fallspektrum der Abbildung 2 (bei einem kleineren Schwerpunktversorger) diskutieren.

Die kardiologische Klinik (Kar) betreibt einen gut ausgelasteten Linksherzkatheter-(LHK-)Messplatz (60 Prozent Diagnostik-Anteil) und nutzt die Radiologie mit einem modernen MRT und einem modernen 128 Zeilen-CT nicht für nicht-invasive Herzdiagnostik. Von der Neurologie (Neu) werden MRT und CT ebenfalls unterdurchschnittlich genutzt.

Eine aktiv geführte radiologische Abteilung ist keinesfalls ein passives Ausführungsorgan der zuweisenden Kliniken, sondern kann diesen die eigenen Möglichkeiten aktiv vermitteln und dabei z. B. auf best-practice-Standards verweisen.

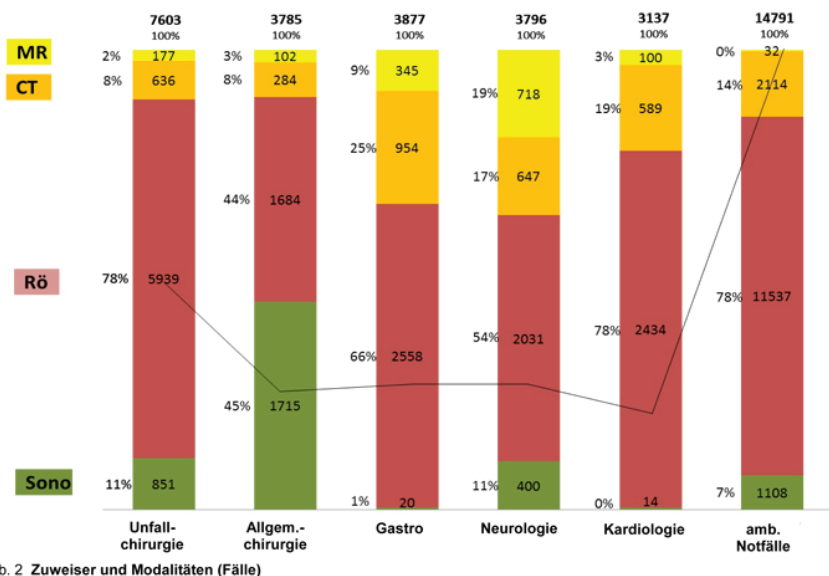


Abb. 2 Zuweiser und Modalitäten (Fälle)

gesamten Arztkapazität für Angio und Intervention, 31 Prozent für MRT, 26 Prozent für CT und 23 Prozent für das konventionelle Röntgen.

**Beispiel**

Die mittlere Arztbindung für einen Interventionsfall beträgt knapp 190 Minuten (zwei beteiligte Ärzte), der Fallanteil knapp 2 Prozent. Daraus ergeben sich im Mittel 3,75 Minuten durchschnittliche Arztbindung, verteilt auf alle Ärzte.

Im Fall der Abbildung 2 verfügt die Radiologie lediglich über drei trainierte Fachärzte mit drei Assistenzärzten und war nicht in der Lage, die klinischen Schwerpunkte mit der geringen Zahl von Fachärzten radiologisch aktuell abzubilden, obwohl die apparativen Voraussetzungen gegeben waren.

Die insgesamt durch eine zuweisende Klinik von einer radiologischen Abteilung angeforderte Fallmenge und dabei das Verhältnis der Fallzahlen der einzelnen Modalitätengruppen zueinander sind also Kennzahlen (z. B. Rö : CT : MRT : Sono : Angio/Intervention = 60 : 20 : 10 : 8 : 2), die im Benchmark sowie im Zusammenhang mit der Klinikstruktur gezielte Fragen und auch bereits Antworten darauf ermöglichen.

**Quantitätsrelevante Arztbindung**

Die Fallmenge und Fallstruktur sind nicht nur qualitätsrelevant, sondern vor allem auch für die Personalbindung (Minuten) wesentlich (Abbildung 3 im Benchmark von vier Kliniken und einer radiologischen Großpraxis).

Die hier ermittelten Minutenwerte sind mittlere Angaben je Klinik für alle tätigen Radiologen und das Ergebnis eines Mittelungsprozesses aus der tatsächlichen Arztbindung in Minuten je durchschnittlichem Modalitätenfall und dem Fallanteil der jeweiligen Modalität an der Gesamtzahl der Fälle.

Die in der rechten Spalte angegebenen Zahlen geben die durchschnittliche Arztbindung in Minuten für einen radiologischen Fall mit den vier bezeichneten Modalitäten an. Der gelb bezeichnete Maximalversorger verwendet 17 Prozent seiner

Die miteinander verglichenen Kliniken zeigen deutlich die Einsatzschwerpunkte der beteiligten Radiologen:

- Der Regelversorger hat seinen Einsatzschwerpunkt in der Röntgendiagnostik, die 63 Prozent seiner Arztkapazitäten bindet. Dagegen beansprucht er beim CT lediglich 23 Prozent der gesamten Arztkapazität.
- Die beiden Maximalversorger und der Schwerpunktversorger haben demgegenüber eine deutlich stärkere Arztbindung durch die Schnittbildverfahren (zwischen 50

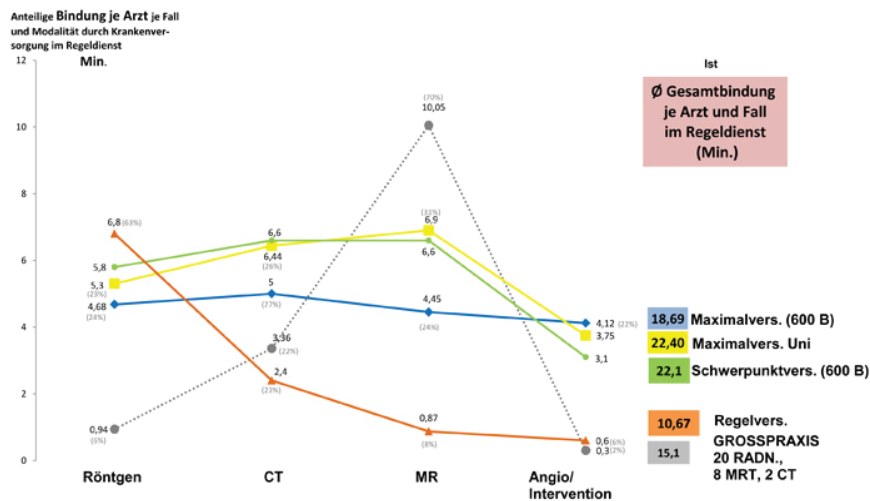


Abb. 3 Gesamtbindung je Arzt und Fall im Regeldienst

und 60 Prozent), aber auch durch die interventionelle Radiologie (etwa 20 Prozent).

- Im Vergleich dazu hat die radiologische Großpraxis – und dies ist typisch für den ambulanten Sektor – einen herausragenden Schwerpunkt bei der MR-Diagnostik, die in diesem Fall 70 Prozent der Arztkapazität bindet.

### Gesamter ärztlicher Personalbedarf

Die durchschnittliche Arztbindung je Fall ist für den ärztlichen Personalbedarf maßgebend.

Beispielsweise für den mit einem blauen Feld bezeichneten Maximalversorger aus Abbildung 3 berechnet sich der Personalbedarf für die Regelversorgung auf 11,66 Vollzeitkräfte (und zwar aus der Multiplikation der mittleren Gesamtarztbindung von 18,69 Minuten je Fall und der gesamten Anzahl der Fälle 64.000, geteilt durch die Jahresarbeitszeit je Arzt in Minuten).

Hinzu kommt der Bedarf für den klinischen Overhead (Management, Ausbildung, klinische Besprechungen, Tumorboards).

### Bedarf ärztliche Vollzeitkräfte

Mittlere Gesamtarztbindung (min)  
x alle Fälle  
: Jahresarbeitszeit je Arzt (min)

### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Ergebnis- und prozessrelevante Kennzahlen in der klinischen radiologischen Regelversorgung in RWF 7/2016
- Fortsetzung folgt: Zum Anforderungsverhalten der zuweisenden Abteilungen/Kliniken an die Radiologie in RWF 9/2016

### Krankenhausvergütung

## BSG verschärft Qualitätsanforderungen für die Abrechnung von Krankenhausleistungen

Die Bedeutung der Vorgaben aus den Qualitätssicherungs-Richtlinien (QS-RL) sind vom Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 19. April 2016 verschärft worden (Az. B 1 KR 28/15 R).

### Fall und Entscheidungsgründe

Krankenkasse und Krankenträger stritten darüber, welche Bedeutung der QS-RL Bauchortenaneurysma des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zukommt und ob allein die Nichterfüllung der Anforderungen dieser RL dazu führt, dass bestimmte Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nicht angesetzt werden dürfen. Konkret ging es um die Frage, wie § 4 Abs. 3 S. 6 QS-RL auszulegen ist, der lautet: „Die Stationsleitung hat zusätzlich einen Leitungslehrgang absolviert.“ Im Unterschied zu den Anforderungen für Mitarbeiter und insbesondere Ärzte enthält die RL keine detaillierten Vorgaben an den Leitungslehrgang.

Der zuständige Klinik-Mitarbeiter hatte einen modularen Führungskurs absolviert, der inhaltlich nach Ansicht des Krankenhauses den staatlichen Lehrgängen entspricht. Das BSG vertrat aber die gegenteilige Ansicht: Der Kurs umfasse eine erheblich geringere Stundenzahl als z. B. die Weiterbildung zur Stationsleitung nach dem Landesgesetz über die Weiterbildung. Außerdem habe der Führungskurs keine Prüfungen enthalten.

### Die BSG-Rechtsprechung

Das BSG hatte bereits mit Urteil vom 1. Juli 2014 (Az. B 1 KR 15/13 R) entschieden, dass eine Verletzung der Anforderungen der QS-RL zu einem

von RA, FA Medizin Dr. Kyrill  
Makoski, Möller und Partner,  
Düsseldorf, [www.moellerpartner.de](http://www.moellerpartner.de)

Abrechnungsausschluss führen kann. Die Behandlung sei dann nämlich nicht im rechtlichen Sinne „erforderlich“. Diese Beschränkung der Berufsausübungsfreiheit sei verfassungsgemäß, weil der G-BA gemäß § 137 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch V ermächtigt sei, Qualitätsanforderungen in RL zu erlassen und die hier in Rede stehende RL formell ordnungsgemäß erlassen worden sei. Diese Rechtsprechung wurde verschiedentlich kritisiert, jetzt allerdings vom BSG bestätigt.

### Anmerkung

Klinikträger und Chefärzte sollten prüfen, ob nicht nur die Ärzte die Anforderungen der QS-RL und der OPS erfüllen, sondern auch das nichtärztliche Personal. Selbst wenn die Vorgaben vage sind, bedeutet dies nicht, dass jede Art von Lehrgang ausreicht, um den Anforderungen zu genügen. Falls es landesgesetzliche Regelungen gibt, sind diese zu erfüllen. Insgesamt sollten nur solche Weiterbildungen gefördert werden, die den jeweiligen Anforderungen gerecht werden.