

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

8 | August 2018

Gesundheitsdatenschutzrecht

Mayday – ein Datenleck! Das ist bei einer Datenpanne zu tun

Das RIS und das PACS einer radiologischen Praxis enthalten eine Vielzahl hochsensibler Gesundheitsdaten der Patienten. Es versteht sich schon von selbst, dass solche Daten technisch besonders zu schützen sind. Diese Pflicht ist zuletzt aber auch durch die Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) (erneut) gesetzlich angeordnet. Doch was ist zu tun, wenn die tatsächlichen Fehler in der Datenverarbeitung auftreten?

von RA, FA für Medizin R Christian Pinnow, D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB, Düsseldorf, www.db-law.de

Datenpannen nicht auszuschließen

Nach Art. 25 DS-GVO sind „unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Kosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Datenverarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeit und Schwere der mit der Verarbeitung verbundenen Risiken“ für Patientendaten geeignete technische und organisatorische Maßnahmen zu treffen, um Daten vor dem Zugriff Dritter zu schützen.

Aber selbst wenn alle nötigen Maßnahmen getroffen sind, können dennoch Datenpannen eintreten: Ein Hackerangriff ist nie auszuschließen

– das ist sicherlich die am schwersten wiegende Form des Datenlecks. Aber auch weniger kriminelle Umstände können eintreten: Die Festplatten des Servers werden unsachgemäß entsorgt oder Arztbriefe gehen auf dem Weg zur Post verloren.

Anforderungen an den Datenschutz sind gestiegen

In welcher Weise mit solchen Ereignissen mit Blick auf die Patienten umzugehen ist, war schon vor dem Inkrafttreten der DS-GVO dem Grunde nach geregelt. Gleichwohl sind die Anforderungen nun geschärft worden. Die DS-GVO regelt in 2 Vorschriften, welche Meldepflichten im Fall einer Datenpanne zu erfüllen sind:

- Einerseits regelt Art. 33 DS-GVO eine Informationspflicht gegenüber den Datenschutzaufsichtsbehörden.

Inhalt

Privatliquidation

Leserforum: Zuschlag für einen Spulenwechsel? 2

Kassenarztrecht

Genehmigt oder nicht? Gemeinschaftspraxis klagt erfolgreich gegen Abrechnungskürzung 3

Kooperationen

Integrierte radiologische Versorgung: Dann ist Teleradiologie sinnvoll 4

Krankenhaus Rating Report 2018

Der Fachkräftemangel bleibt die große Herausforderung 7

Download

Unter www.rwf-online.de finden Sie die Sonderausgabe „Personalmanagement für Chefärzte“

- Andererseits ordnet Art. 34 DS-GVO eine Anzeigepflicht gegenüber dem Betroffenen – also dem Patienten – an.

Meldung an die Datenschutzbehörde

Tritt eine Datenpanne ein, ist dies gemäß Art. 33 DS-GVO unverzüglich und möglichst binnen 72 Stunden, nachdem dem Arzt die Verletzung bekannt wurde, der zuständigen Datenschutzbehörde zu melden. Erfolgt die Meldung an die Aufsichtsbehörde nicht binnen dieser 72 Stunden, so ist die Verzögerung mit der Meldung zu begründen. Jede Meldung muss folgende bestimmte Pflichtangaben enthalten:

- Eine Beschreibung der Art der Datenpanne, soweit möglich mit Angabe der Kategorien und der ungefähren Zahl der betroffenen Personen, der betroffenen Kategorien und der ungefähren Zahl der betroffenen personenbezogenen Datensätze
- Den Namen und die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten oder einer sonstigen Anlaufstelle für weitere Informationen
- Eine Beschreibung der wahrscheinlichen Folgen der Datenpanne und der ergriffenen oder vorgeschlagenen Maßnahmen zur Behebung des Datenlecks sowie ggf. Maßnahmen zur Abmilderung ihrer möglichen nachteiligen Auswirkungen

Meldung an die Patienten

Auch Patienten müssen über ein Datenleck informiert werden. Bedeutet die Datenpanne „voraussichtlich ein hohes Risiko für die persönlichen Rechte und Freiheiten“ des Betroffenen, ist dieser unverzüglich (= ohne schuldhaftes Zögern) nach Art. 34 DS-GVO von der

Datenschutzverletzung „in klarer und einfacher Sprache“ zu unterrichten.

Eine Nachricht an die Patienten darf unterbleiben, wenn durch bereits vor der Datenpanne ergriffene technische und organisatorische Maßnahmen eine unbefugte Kenntnisnahme der Daten durch Dritte ausgeschlossen werden kann. Das ist z. B. der Fall, wenn ein Datenträger mit darauf gespeicherten Patientendaten verloren gegangen ist, die Daten aber ausreichend verschlüsselt sind. Hier kann ein Finder diese Daten nicht auslesen.

Konsequenzen bei Verstößen

Werden die Meldungen nicht wie von der DS-GVO angeordnet vorgenommen, drohen Geldbußen von bis zu 10.000.000 Euro. Auch wenn dieser Summe ein erhebliches Drohpotenzial innewohnt, darf sie bei einer Datenpanne nicht zur Paralyse oder Panik der Ärzte führen.

Handlungsempfehlung: Ermitteln und Ruhe bewahren!

Im Falle einer Datenpanne sollte in Ruhe ermittelt werden, um welche Daten es geht und im welchen Umfang diese gefährdet sind. Ein entdecktes Datenleck sollte zunächst geschlossen werden. Dies gilt insbesondere, wenn die Gefahr besteht, dass auch weiterhin Daten dem Zugriff Dritter zugänglich sind.

In Bezug auf die Meldungen an die Patienten und die Datenschutzbehörde ist es ratsam, die erforderlichen Meldungen durchaus unter anwaltlicher Beratung zu formulieren. Gerade weil die Patienten-Meldungen in einfacher und klarer Sprache abzufassen sind, erscheint externer Sachverstand zweckmäßig.

GOÄ-Leserforum

Zuschlag für einen Spulenwechsel?

FRAGE | „Eine KV beanstandet die Berechnung der Nr. 5732 GOÄ (Zuschlag für Spulenwechsel) neben Nr. 5735 GOÄ (Höchstwert für MRT-Leistungen). Zu Recht?“

ANTWORT | Der Beschluss des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer (BÄK) beinhaltet u. a. folgende Feststellung (Stand: 19.10.2005):

„8.3 Untersuchungen verschiedener Organe (Nrn. 5700-5730 GOÄ): Die Untersuchung verschiedener Organe mit verschiedenen Spulen und ggf. Umlagerung des Patienten, die jeweils eine Gebührenposition (GOP) nach den Nrn. 5700-5730 GOÄ nach sich ziehen würden, bei denen jedoch dann der Höchstwert nach Nr. 5735 GOÄ greift, sind weder als Positions- noch als Spulenwechsel nach Nr. 5732 GOÄ zu verstehen. Dieser Aufwand wird durch die zutreffende Gebührenposition bzw. den Höchstwert vergütet.“

Gebührenrechtlich ist der generelle Ausschluss der Zuschlagsposition 5732 allerdings nicht zu vertreten. Denn die Nr. 5735 GOÄ (Höchstwert) bezieht sich nach der Leistungslegende ausschließlich auf die Nrn. 5700 bis 5730 GOÄ und umfasst nicht die Zuschlagspositionen 5731 ff. GOÄ. Richtig ist die Auffassung, dass Verschiebungen oder Spulenwechsel, die aus der Untersuchung unterschiedlicher Körperregionen (die zwangsläufig unter den Höchstwert fallen) resultieren, nicht mit der Zuschlagsposition 5732 GOÄ berechnet werden dürfen. Ergibt sich jedoch bei

der Untersuchung von 2 unter den Höchstwert fallenden Organregionen innerhalb der Untersuchung einer Körperregion ein Anlass für Positions- oder Spulenwechsel, ist dieser berechnungsfähig.

Auch der BÄK-Beschluss geht von keiner anderen Ausgangslage aus: „... verschiedener Organe, ... jeweils ...“. Also ist nur ein erforderlicher Spulenwechsel bei Untersuchung unterschiedlicher Organgebiete ausgeschlossen und nicht eine Verschiebung bzw. Spulenwechsel innerhalb einer in den jeweiligen Leistungslegenden definierten Organregion.

Beispiel

Höchstwert 5735 (aus 5700 + 5705)

z. B.: 5700 MRT Kopf, Hals => Verschiebung/Spulenwechsel innerhalb der in der Leistungslegende genannten Region

+ 5732 + 5705 MRT Wirbelsäule => keine Verschiebung

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.

Kassenarztrecht

Genehmigt oder nicht? Gemeinschaftspraxis klagt erfolgreich gegen Abrechnungskürzung

Wie alle Willenserklärungen sind auch behördliche Schreiben nach dem „Empfängerhorizont“ eines verständigen (objektiven) Beteiligten auszulegen. Unklarheiten gehen zulasten der Behörde. Vor diesem Hintergrund darf eine radiologische Gemeinschaftspraxis (GP) nach dem Erhalt einer entsprechenden informellen Mitteilung davon ausgehen, dass sie zur Erbringung und Abrechnung von MRT-Leistungen berechtigt ist (Sozialgericht [SG] München, Urteil vom 21.03.2018, Az. S 38 KA 305/17).

Fall: Klage gegen Honorarkürzung

Die GP klagte gegen eine Honorarkürzung. MRT-Leistungen aus Abschnitt 34.4 des EBM waren für 2 in einer Praxisfiliale tätige Ärzte wegen fehlender Genehmigung zum Zeitpunkt der Leistungserbringung abgesetzt worden. Im Mittelpunkt des Verfahrens stand die Auslegung eines Schreibens der KV an die Praxis. Umstritten war, ob dieses Schreiben nur bestätigen sollte, dass die beiden Ärzte in der Filiale tätig werden durften, oder ob das Schreiben als Abrechnungsgenehmigung zu verstehen war.

Entscheidung pro Praxis

Das Gericht gab der GP recht und betonte, gerade in Statussachen sei besonders sorgfältiges Handeln der Behörde (hier: der KV) erforderlich. Dies gelte auch, wenn mit einem Verwaltungsverfahren mehrere Abteilungen innerhalb der KV befasst sind. Unklare Äußerungen einer Abteilung seien der Behörde insgesamt zuzurechnen. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze habe die GP davon ausgehen können, dass sie zur Erbringung und Abrechnung der in der Filiale erbrachten MRT-Leistungen berechtigt

von RA Tim Hesse, Kanzlei am
 Ärztehaus, Dortmund/Münster

sei. Dass es sich formal nicht um einen Genehmigungsbescheid handelte, spielt keine Rolle.

Auffassung der GP nachvollziehbar

In dem umstrittenen Schreiben hatte die KV ausdrücklich festgestellt, dass die angestellten Ärzte der GP auch in der Praxisfiliale beschäftigt werden konnten. Zudem seien die von diesen Ärzten erbrachten Leistungen durch deren Arztnummer (LANR) und die Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) der Filiale zu kennzeichnen. Insofern ist nachvollziehbar, dass die Betroffenen diese Mitteilung als Genehmigung auffassen und auffassen durften.

Praxistipp

Das Urteil gibt Ärzten eine gewisse Sicherheit im Umgang mit behördlichen Mitteilungen. Im Falle missverständlicher Formulierungen oder sonstiger Zweifel sind dennoch die Nachfrage und Bitte um schriftliche Bestätigung der richtige Weg, um streitige Auseinandersetzungen zu vermeiden.

Integrierte radiologische Versorgung Dann ist Teleradiologie sinnvoll

Die Teleradiologie ist durch die moderne IT zu einer feinen Sache für alle Beteiligten geworden, wenn Bilder an einen beliebig entfernten Ort schnell übertragen werden können. Die Röntgenverordnung schränkt diese Freiheitsgrade auf solche Fälle ein, in denen bestehende Versorgungslücken geschlossen werden müssen, wenn es um die Anwendung von Röntgenstrahlen zur Untersuchung von Menschen geht. Hier ein Überblick über praktische Erfahrungen im Versorgungsalltag und mögliche Schlussfolgerungen.

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

Transfer von Experten-Know-how wird möglich

Bildgebende Verfahren spielen im modernen Versorgungsprozess eine wesentliche Rolle bei der Unterstützung zielgerichteter Therapien (Diagnostik) unter erhöhtem Kostendruck, zunehmender Personalknappheit und einer stetigen Veränderung der Behandlungsansätze. Bei der Anpassung der radiologischen Versorgung an diese Rahmenbedingungen werden grundsätzlich technisch-methodische Innovationen genannt.

Die Vorteile für die Bevölkerung in dünn besiedelten, strukturschwachen Regionen liegen auf der Hand: Mit Hilfe der Teleradiologie lässt sich das Know-how von Experten in diese Regionen exportieren.

Selbst in hochverdichteten Ballungsräumen erobert die Teleradiologie überzeugende Positionen: So kann beispielsweise eine Uniklinik andere Häuser der Schwerpunkt- und

Regelversorgung teleradiologisch versorgen. Diese Häuser verfügen ggf. über medizin-technisches Personal, das im Vergleich zu den mit modernen Verfahren hochtrainierten MTRA der Uniklinik nicht in gleicher Weise geschult ist. Die MTRA der Uniklinik steuern hier zentral das erforderliche Know-how z. B. beim Einsatz spezieller Sequenzen zur Verbesserung von Untersuchungsergebnissen bei bestimmten Erkrankungen. Auch hier geht es also um den Export von besonderem Know-how in stationäre Einrichtungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität.

In der Praxis gibt es jedoch eine Schnittstellenproblematik

Die genannten Modellbeispiele überzeugen. Die Wirklichkeit hält jedoch bisher nicht gelöste Probleme bereit. Zu deren Verständnis soll die Schnittstelle zwischen anfordernden Kliniken/Praxen und der radiologischen Versorgung tiefer ausgeleuchtet werden.

Bereits im bayerischen Ärzteblatt 2/2007 hat D. Hahn (damaliger Direktor des Instituts für diagnostische und interventionelle Radiologie an der Uniklinik Würzburg) den

Wandel in der radiologischen Diagnostik vieler Erkrankungen beschrieben: „Ausreichende Kenntnisse der diagnostischen Möglichkeiten der modernen CT und MRT aufseiten der Überweiser sowie kritische Indikationsstellung aufseiten der Radiologie sind die Voraussetzungen für einen sinnvollen Einsatz moderner bildgebender Verfahren ... Die Zeiten der Stufendiagnostik, beginnend mit klinischer Untersuchung, Labor und einer konventionellen Röntgenaufnahme, danach einer Denkpause vor dem Einsatz weiterer Untersuchungsverfahren, gehören bereits seit langem der Vergangenheit an“.

In jeder Klinik werden – unabhängig vom Versorgungsstatus Uniklinik, nicht universitärer Maximalversorger, Schwerpunkt- oder Regelversorger – in einem unvergleichbar hohen Ausmaß Mehrfachuntersuchungen mit Röntgenstrahlen durchgeführt. Ausnahmslos werden zwischen 10 und 20 Prozent der Röntgenfälle nach zwei bis drei Tagen erneut mit CT untersucht. Eine CT schließt die Röntgenuntersuchung auf jeden Fall ein und macht diese überflüssig.

2018 wurde dem Autor bei der Diskussion der vorgenannten nicht notwendigen röntgenbasierten Mehrfachuntersuchungen mit den Chefärzten der anfordernden Kliniken eines Schwerpunktversorgers die Frage gestellt, ob er schon einmal von Stufendiagnostik gehört habe. Es handelte sich um den Unfallchirurgen, in dessen Klinik 21 Prozent der Röntgenuntersuchungen an Gelenken und 13 Prozent der Röntgenuntersuchungen an der Wirbelsäule durchgeführt wurden mit folgenden weiteren diagnostischen Verfahren:

- Bei 20 Prozent der mit Röntgen untersuchten Gelenke wurde im Abstand von 2 bis 3 Tagen zu zwei Dritteln erneut CT und zu einem Drittel MRT eingesetzt.
- Bei 18 Prozent der zuvor mit Röntgen untersuchten Wirbelsäulen wurde zu zwei Dritteln CT als Folgeverfahren und zu einem Drittel MRT als Folgeverfahren eingesetzt, CT im Abstand zwischen 2 und 3 Tagen, MRT im Abstand zwischen 3 und 4 Tagen.

Die Grafik zeigt die Struktur der Mehrfachuntersuchungen an gleichen und anderen Organen mit CT/MRT innerhalb eines stationären Aufenthalts in 2016.

CT und MRT wurden hier jeweils als erstes Verfahren sowie als Folgeverfahren eingesetzt und zwar für die Untersuchung der jeweils gleichen Organregion bzw. einer anderen Organregion als bei der ersten Untersuchung.

Nach einer zuerst durchgeführten MRT-Untersuchung wird CT als Folgeuntersuchung zwischen 59 und 83 Prozent für die Untersuchung eines anderen Organs als bei der ersten MRT-Untersuchung verwendet.

Die MRT wird als Folgeuntersuchung nach einer zuerst durchgeführten MRT-Untersuchung zwischen 59 und 79 Prozent zur Untersuchung eines anderen Organs als bei der ersten MRT-Untersuchung durchgeführt.

Nach dem Stufendiagnostik-Argument blieb der Chefarzt die Erklärungen für die Notwendigkeit der Folgeuntersuchungen schuldig.

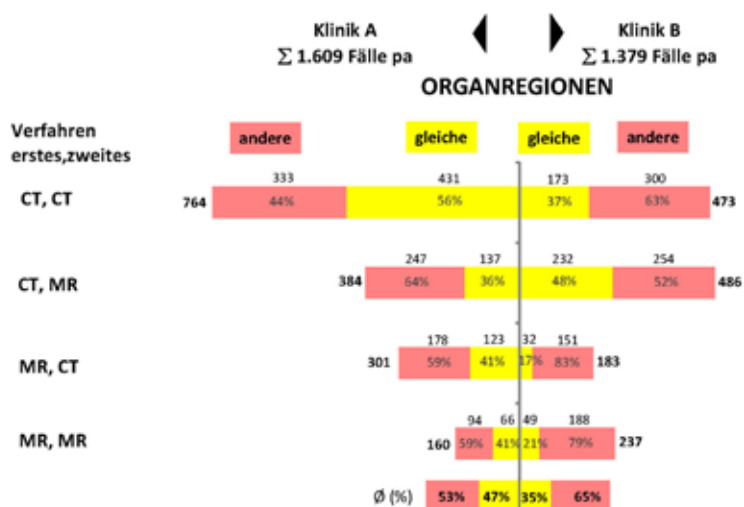
Sind Mehrfachuntersuchungen (nicht) notwendig?

Eine deutliche Aussage für die (Nicht-)Notwendigkeit von Mehrfachuntersuchungen im Zusammenhang mit dem Einsatz von CT und MRT bei 2 Schwerpunktversorgern liefert die folgende Abbildung:

Am häufigsten wird CT zur Wiederholung einer Untersuchung eingesetzt und zwar zwischen 44 und 63 Prozent an einem anderen Organ als bei der ersten Untersuchung, jeweils während eines stationären Aufenthalts. Wenn CT als erstes Untersuchungsverfahren eingesetzt worden ist, wird MRT zwischen 52 und 64 Prozent als Folgeuntersuchung an einem anderen Organ als bei der ersten CT-Untersuchung eingesetzt.

Im Durchschnitt werden die Folgeuntersuchungen mit CT und MRT zwischen 53 und 65 Prozent an einem anderen Organ durchgeführt als bei der jeweils ersten Untersuchung mit diesem Schnittbildverfahren, und zwar in einem zeitlichen Abstand von durchschnittlich 4 Tagen. Dies ist ein starker Hinweis darauf, dass die erste Untersuchung nicht das erwartete Ergebnis geliefert hat, sodass eine Folgeuntersuchung nach durchschnittlich 4 Tagen an einem anderen Organ notwendig wurde.

Struktur der Mehrfachuntersuchungen an gleichen u. anderen Organen mit CT, MRT (innerhalb eines stationären Aufenthaltes)



Wie sinnvoll ist die Folgeuntersuchung mit CT oder MRT?

Angesichts dieser Zahlen stellen sich die Fragen:

- Wie sinnvoll ist die Folgeuntersuchungsanforderung?
- Welche Auswirkung hat sie auf die klinische Versorgung der Patienten während ihres stationären Aufenthalts?
- Welchen Einfluss hat sie auf die Verlängerung der Verweildauer?
- Welche anfordernden Kliniken sind die Hauptverursacher für solche Folgeuntersuchungen?

Die hier genannten Prozesse von Mehrfachuntersuchungen finden in

jeder Klinik statt. Die Innere Med ist meistens Hauptverursacher, wohl auch der komplexen Fragestellungen wegen. Die Ursachen liegen nach in der Literatur hinreichend bekannten Analysen bei der Indikationsstellung zur radiologischen Untersuchung durch den anfordernden Arzt. Die Anforderungen beruhen häufig auf einem nicht sorgfältig durch systematische Untersuchungen begründeten Verdacht (z. B. Zeitdruck). Die Radiologie wird in solchen Fällen zur Verifikation bzw. Falsifikation dieses Verdachts benutzt. Eine durch die Radiologie vorgeschriebene Rechtfertigung der Indikation findet im Tagesgeschehen überwiegend nicht statt.

Der Autor schätzt auf der Basis von mehr als über 60 analysierten Kliniken den Anteil von Rechtfertigungen der Indikationsstellung durch die Radiologie auf deutlich unter 10 Prozent. Die Ursachen? Die Radiologen scheuen den Zeitverlust durch Diskussionen mit den Anforderern und führen stattdessen die angeforderte Untersuchung mit erheblichen Folgen für die Klinik durch (Qualität und Kosten der Versorgungsprozesse).

Bei einem Kongress wurde der Leiter einer Universitätsradiologie gefragt, ob er den Prozentsatz der nicht das klinisch-relevante Patientenproblem beschreibenden Untersuchungs-Anforderungen kenne. Seine Antwort nach einigem Überlegen: „Ich kenne diese Zahl, sage sie Ihnen aber nicht, weil ich mir das gute Verhältnis zu meinen Zuweisern nicht verderben will“.

Folgen für die Praxis

In der theoretischen Betrachtung hat D. Hahn das Verhalten der klinischen

Anforderer sowie der Radiologen an der Schnittstelle zur radiologischen Versorgung vorschriftsmäßig beschrieben. Die Praxis legt jedoch nahe, dass ca. 30 Prozent der angeforderten radiologischen Untersuchungen das klinisch-relevante Patientenproblem nicht oder nicht klar beschreiben und in der Radiologie die angeforderte Untersuchungsindikation nicht kritisch durch einen erfahrenen Radiologen geprüft wird. Im Ergebnis bestimmen die klinischen Anforderer das Leistungsgeschehen in der Radiologie überwiegend selbst.

Im klinischen Alltag einer unter einem Fachradiologen geführten Radiologie hat der Radiologe immerhin die Möglichkeit zur kritischen Überprüfung der angeforderten Indikationsstellung und kann z. B. das Pathway-Management ändern/bestimmen. Dadurch wird sicher ein erheblicher Prozentsatz der angeforderten Röntgenuntersuchungen überflüssig. Auch hat der Radiologe die Möglichkeit, mit dem Patienten zu sprechen, ihm Fragen zu stellen und ihn sogar zu untersuchen.

Über diese Möglichkeiten verfügt der Teleradiologe nicht. In praxi befundet er wie sein Kollege in der Klinik, wenn die Untersuchungsergebnisse über das PACS auf dem Befundungsmonitor erscheinen.

Abhilfe ließe sich durch eine **strukturierte Anforderung** erreichen, die den Anforderer von radiologischen Untersuchungen zur kritischen Prüfung der Indikationsstellung zwingt, und dabei die Anforderungsstruktur **systematisch** vom jeweiligen Patientenproblem abgeleitet wird.

An dieser Stelle sieht der Autor **künstliche Intelligenz (KI)** in zweierlei Hinsicht segensreich wirken:

1. Jeder Computer lässt sich indikationsbezogen mit dem Weltwissen füttern. Dabei übertrifft er immer das Wissen der erfahrensten Ärzte.
2. Die Erfahrungen trainierter Ärzte lassen sich zunehmend nutzen, indikationsbezogen die archivierten Wissensbestandteile systematisch zu verknüpfen.

Mit diesen beiden Stufen würden sich für den klinischen Anforderer radiologischer Leistungen Hinweise auf das klinisch relevante Patientenproblem mit Wahrscheinlichkeitsgewichten systematisch ableiten lassen – mit der dazu jeweils aussagefähigsten radiologischen Untersuchung. In dieser Zusammenführung von archiviertem Wissen und lernenden IT-Systemen erwächst ein starker Impact auf eine Verbesserung der Bestimmung des klinisch relevanten Patientenproblems und seiner Therapie.

Mit KI-Unterstützung wird die Teleradiologie in Zukunft sicher zu einer für die Patienten segensreichen Einrichtung.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Zu den mit der Teleradiologie verbundenen Rechtsfragen sowie Genehmigungspraxis: RA P. Wigge, RöFO-Beitrag 1, 66 - 70, Januar 2015
- Klar umgrenzte Einsatzszenarios der Teleradiologie: H. Krüger-Brand, DÄBL 2007; 104 (39)
- Aktueller Stand Telerad. Recht, Anforderung, Technik: M. Waltz, TÜV Industrie Service, AG Telerad BRD, 21.04.2015
- Qualitative Anforderungen an Ärzte und MTRA: M. Waltz, R. Bolte, U. Cramer; Teleradiologie; TÜV Süd

Krankenhaus Rating Report 2018**Der Fachkräftemangel bleibt die große Herausforderung**

Die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser war im Jahr 2016 besser als im Vorjahr – bei nach wie vor unzureichender Kapitalausstattung. Eine noch größere Herausforderung stellt die abnehmende Zahl verfügbarer Fachkräfte dar, die zu einer Rationierung von Leistungen führen könnte. Zu diesen und vielen weiteren Ergebnissen kommt die 14. Ausgabe des „Krankenhaus Rating Report“, der vom RWI und der Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) in Kooperation mit Deloitte erstellt wurde.

von Prof. Dr. Boris Augurzky, RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen, www.rwi-essen.de

Insolvenzgefahr

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser hat sich 2016 verbessert. Die geschätzte Insolvenzwahrscheinlichkeit der Krankenhäuser lag bei rund 0,8 Prozent – das ist besser als 2014 und 2015 (0,9 Prozent) und deutlich besser als 2012 (1,2 Prozent). Nur noch 7 Prozent der Krankenhäuser befanden sich im roten Bereich mit erhöhter Insolvenzgefahr, 9 Prozent im gelben und 84 Prozent im grünen Bereich.

Ertragslage

Die Ertragslage kann 2016 ebenfalls als gut bezeichnet werden: Nur 13 Prozent der Krankenhäuser schrieben 2016 auf Konzernebene einen Jahresverlust. Betrachtet man stattdessen die Standort-Ebene, dürften 2016 dagegen 24 Prozent einen Verlust erwirtschaftet haben.

Krankenhauszahl

Die Zahl der Krankenhäuser (Institutskezziffern) verringerte sich im Jahr 2016 minimal um 0,3 Pro-

zent auf 1.951. Die Krankenhausstrukturen sind nach wie vor in einigen Regionen mit hoher Standortdichte, vielen kleinen Einheiten und geringer Spezialisierung ungünstig. Allerdings ist in dieser Hinsicht inzwischen eine positive Dynamik festzustellen, u.a. durch den Strukturfonds.

Marktanteile

Die Marktanteile nach Trägerschaft blieben im Jahr 2016 unverändert. Der Marktanteil (Betten) öffentlicher Krankenhäuser lag bei 49 Prozent, von freigemeinnützigen Einrichtungen bei 34 Prozent und von privaten Häusern bei 17 Prozent.

Verweildauer und Fallzahl

Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten sank leicht auf unter 7,3 Tage, die Bettenauslastung stieg geringfügig auf 78 Prozent. Das gesamte Case-Mix-Volumen stieg in 2016 um 1,9 Prozent, die Fallzahl um 1,5 Prozent. Es zeigt sich, dass mittelgroße Krankenhäuser zwischen 2012 und 2015 den stärksten Anstieg der Fallzahlen verzeichneten, gefolgt von großen Krankenhäusern. Bei kleinen Häusern fiel der Anstieg unterdurchschnittlich aus. In länd-

lichen Regionen war das Fallzahlwachstum am geringsten. Krankenhäuser mit einer höheren Patientenzufriedenheit erreichten ein erkennbar höheres Fallzahlwachstum.

Fachkräftemangel ...

Bis zum Jahr 2025 wird die Zahl der erwerbsfähigen Personen zwischen 20 und 65 Jahren aller Voraussicht nach kontinuierlich sinken. Gleichzeitig wird die Zahl der Patienten und pflegebedürftigen Menschen steigen, sodass mit einem deutlich wachsenden Engpass an Fachkräften zu rechnen ist. Die Kennzahl „Vollkräfte je Leistungsmenge“ wird sich dann nicht mehr wie in der Vergangenheit ohne Weiteres konstant halten können. Dazu wären bis 2025 in den medizinischen Diensten in Krankenhäusern 80.000 mehr Vollkräfte als noch 2015 nötig.

Mit dem Rückgang der Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter müssen darüber hinaus etwa 20.000 Vollkräfte ersetzt werden. Hinzu kommt ein Zusatzbedarf von rund 80.000 Pflegekräften in der Altenpflege bei Fortschreibung des Status quo.

... und wie man ihm begegnen kann

Immer wichtiger werden daher arbeitssparende technische Innovationen. Darunter fallen z. B. Innovationen aus den Bereichen Digitalisierung, künstliche Intelligenz, Robotikassistenz, Sensorik, Ambient Assisted Living und Telemedizin.

Die Verringerung der im internationalen Vergleich hohen Zahl an stationären Patienten in Deutschland könnte ebenfalls zu einem signifikanten Rückgang der Nachfrage nach Fachkräften führen und so die Engpasssituation entschärfen.

Trotzdem gilt es, das Angebot an Fachkräften im Gesundheitswesen durch qualifizierte Zuwanderung, Gewinnung von Nachwuchs, Erhöhung der Anzahl der Berufsrückkehrer und Ausweitung der Wochenarbeitszeit von Teilzeitkräften zu erhöhen. Hierzu sind vielfältige Maßnahmen zu ergreifen, z. B.

- die Erarbeitung eines Zuwanderungsgesetzes,
- die Steigerung der Attraktivität der Ausbildung und generell der Gesundheitsberufe,
- Schaffung interessanter Karrierewege für Pflegeberufe sowie neuer Berufsbilder,
- das Aufbrechen der gegenwärtigen starren hierarchischen Strukturen,
- Abbau bürokratischer Tätigkeiten und
- ein höheres Lohnniveau für qualifizierte Pflegekräfte.

... und wie eher nicht

Einerseits sieht die aktuelle Regierungskoalition einige Maßnahmen vor, die geeignet sind, dieses Bemühen zu unterstützen. Andererseits beabsichtigt sie, durch regulierende Maßnahmen im Bereich der Pflege die Personalknappheit sogar zu verschärfen. Darunter fallen die Einführung von Personaluntergrenzen in Krankenhäusern und die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System.

Prozessinnovationen von Krankenhäusern können dann nicht mehr ohne Weiteres eigenständig umgesetzt werden, weil abhängig von der Art der Umsetzung zuerst ein Beschluss auf politischer Ebene gefasst werden müsste, in welchen Kostenbereich eine Innovation fallen soll. Zudem entfielen bei einer reinen

Kostenerstattung der Pflegeaufwendungen jeglicher Anreiz zur effizienten Organisation der Pflege.

Je knapper die personellen Ressourcen jedoch werden, desto wichtiger wird die Effizienz, um eine Rationierung von Leistungen für Patienten zu vermeiden. Statt dieser beiden Vorhaben sollte vielmehr die Pflegequalität für die Patienten transparent gemacht werden. Es ist die Aufgabe der Leistungserbringer, eine unter Qualitätsaspekten optimale Personalallokation unter der Restriktion beschränkter Finanzmittel herzustellen.

Neu: Analyse der Qualitätsmedizin

Erstmals wurden im diesjährigen „Krankenhaus Rating Report“ Daten der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) analysiert. Dabei wurden Sterblichkeitsindikatoren mit und ohne Risikoadjustierung einbezogen. Als Qualitätsmaß wird auf das standardisierte Sterblichkeitsverhältnis („SMR“) zurückgegriffen, dem Verhältnis zwischen beobachteter und erwarteter Sterblichkeit.

Gesundheitsagenda 2025

Mehr noch als eine zunehmende Knappheit finanzieller Ressourcen dürften Personalengpässe das Gesundheitswesen nachhaltig verändern und die Gefahr der Rationierung von Leistungen heraufbeschwören. Daher

1. werden Antworten auf den zu erwartenden weiter wachsenden Fachkräftemangel benötigt.
2. gilt es, das Gesundheitswesen in das digitale Zeitalter zu überführen (Stichworte: standardisierte elektronische Patientenakte, Telemedizin, künstliche Intelligenz und Robotik).

3. braucht es eine Reform des G-BA, um die Innovationsoffenheit des Gesundheitswesens zu erhöhen.
4. ist die Lücke bei den Investitionsfördermitteln im Krankenhausbereich zu schließen, um auf schwierigere Zeiten in den 2020er-Jahren vorbereitet zu sein.
5. sollte die Notfallversorgung neu ausgerichtet werden. Denn eine gut funktionierende und von der Bevölkerung akzeptierte Notfallversorgung ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Krankenhausstrukturen optimiert werden können.
6. ist die Qualitätstransparenz konsequent weiter auszubauen und für die Patienten (z. B. über digitale Angebote) nutzbar zu machen.
7. sind die sektorenübergreifende Versorgung und die Ambulantisierung der Medizin zu fördern, wozu Adjustierungen am Vergütungssystem erforderlich sind. Empfehlenswert sind z. B. populationsorientierte Vergütungsmodelle mit Qualitätszielen, die die Gesamtverantwortung für die Versorgung einer Region in eine Hand legen. Damit ließe sich eine sektorenübergreifende Versorgung etablieren, die konsequent am Patientennutzen ausgerichtet ist.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Eine Sonderausgabe des „CB ChefärzteBrief“ finden Sie im Downloadbereich unter www.rwf-online.de: „Personalmanagement für Chefärzte“
- „Krankenhaus Rating Report 2018: Personal – Krankenhäuser zwischen Wunsch und Wirklichkeit“: Die Studie kann für 349,99 Euro bei dem Verlag medhochzwei (www.medhochzwei-verlag.de) bestellt werden (Buch inklusive eBook, ISBN 978-3-86216-466-0).