

# Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

09 | September 2020

## Sonderregelungen COVID-19

### Schutzschirme der KVen – 10 Antworten auf zentrale Fragen der Radiologiepraxen

Der sogenannte Rettungsschirm für Arztpraxen ist Teil des COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetzes und soll die Arztpraxen vor bedrohlichen Folgen wegen möglicher Einnahmeausfälle infolge der Pandemie schützen. Die Regelungen betreffen unterschiedliche Teile des Honorars für Kassenpatienten und werden in den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) unterschiedlich umgesetzt, und zwar im jeweiligen Honorarverteilungsmaßstab (HVM).

#### KVen spannen Schutzschirme auf

Als unmittelbare Folge der COVID-19-Pandemie sind in vielen Arztpraxen zumindest ab März 2020 die Patientenzahlen und damit verbunden auch die Leistungen und KV-Honorare deutlich zurückgegangen. Laufende Kosten konnten hingegen kaum reduziert werden. Um eine wirtschaftliche Schiefelage für Vertragsärzte zu verhindern, hat der Gesetzgeber mit dem COVID-19-Krankenhausesentlastungsgesetz vom 27.03.2020 in den §§ 87a und 87b SGB V Änderungen eingefügt, die den KVen gemeinsam mit den Krankenkassen ermöglichen, einen „Schutzschirm“ aufzuspannen.

#### Extrabudgetäre Leistungen

Der erste Baustein des Schutzschirms betrifft den Ausgleich bei den Vergütungen für extrabudgetäre Leistungen. Voraussetzung ist ein Rückgang des

Gesamthonorars eines vertragsärztlichen Leistungserbringers um **mehr als zehn Prozent** gegenüber dem Vorjahresquartal. Dieser Rückgang muss auf einen Fallzahlrückgang infolge einer Pandemie, Epidemie, Endemie, Naturkatastrophe oder eines anderen Großschadensereignisses zurückzuführen sein. Die Krankenkassen sind grundsätzlich verpflichtet, den KVen den für diese Ausgleichszahlungen entstehenden Aufwand zu erstatten.

#### „Existenz der Praxen“

Zweiter Baustein des Schutzschirms ist die Verpflichtung der KVen, im Benehmen mit den Krankenkassen Regelungen in ihre Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) aufzunehmen, die den Praxen die Fortführung ihrer Tätigkeit ermöglichen sollen, wenn es – u. a. durch eine Pandemie – zu einem **existenzbedrohenden Rückgang der Patientenzahlen** kommt.

## Inhalt

### Abrechnung

Tomosynthese der Mamma: Auch hier entscheidet das „Zielleistungsprinzip“ der GOÄ ..... 2

### Management

Interview mit Prof. Dr. Hans-Joachim Mentzel: „Kinderradiologie wird nie zur Routine.“ ..... 3

### Recht

Teleradiologie nach dem neuen Strahlenschutzrecht (Teil 2) ..... 5

### Finanzen

Strategisches Controlling in einer Radiologie-Großpraxis (Teil 2) ... 6

### Guerbet informiert

GUERBET.DE – Unser neuer Internetauftritt! ..... 8

### Download

„Honorar: Schutzschirm-Regelungen der KVen – 10 Antworten und Übersichtstabelle“, online unter [rwf-online.de/downloads](http://rwf-online.de/downloads)

Inzwischen haben nahezu alle KVen entsprechende Vereinbarungen und in ihren HVM „Schutzschirm-Regelungen“ aufgenommen, die erheblich voneinander abweichen und differenziert zu betrachten sind. Die Antworten auf 10 für Radiologen relevante Fragen zur Umsetzung der Schutz-

schirm-Regelungen inklusive einer Übersichtstabelle der wichtigsten KV-Regelungen stehen als **Download-Dokument** zur Verfügung.

#### WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Zum Downloaddokument „Honorar: Schutzschirm-Regelungen der KVen – 10 Antworten und Übersichtstabelle“

## Mammografie

### Tomosynthese der Mamma: Auch hier entscheidet das „Zielleistungsprinzip“ der GOÄ

Die Meinung des PKV-Verbands ist seit langem unverändert. Demnach ist die Tomosynthese „ein neues Verfahren: digitale Mammografie. Hierbei handelt es sich um eine besondere Ausführung der Mammografie (Nr. 5266 GOÄ), welche gemäß § 4 Abs. 2a GOÄ nicht mit zusätzlichen Gebührennummern berechnet werden kann.“ So steht es in der „Kommentierung praxisrelevanter Analogabrechnungen“ der PKV. Dieser Einschätzung muss widersprochen werden.

von Dr. med. Bernhard Kleinken,  
Pulheim, und Dr. med. Dietmar  
Seitz, Düsseldorf

#### Wortlaut der GOÄ ist maßgeblich

Der Grund liegt darin, dass die Tomosynthese keine „besondere Ausführung“ der Mammografie ist! Der von der PKV angeführte § 4 Abs. 2a sagt, dass Leistungen, die Bestandteil oder besondere Ausführung einer **anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis** sind, nicht eigenständig berechnet werden dürfen. Die Hervorhebung zeigt auf, dass es hier nicht um medizinisch-klinischen Sprachgebrauch geht, sondern um das, was im Gebührenverzeichnis der GOÄ benannt ist. In weitaus erster Linie also um Wortbedeutung und Grammatik des Textes der jeweiligen Leistungslegenden. Der Vorrang des Wortlauts ist in anderen Fragestellungen vielfach gerichtlich

bestätigt worden, z. B. vom BGH am 05.06.2008, Az. III ZR 239/07 (Anlegung eines „abstrakt-generellen Maßstabs“) und vom BSG am 16.05.2001, Az. B 6 KA 87/00 R (Auslegung der Gebührenordnung in erster Linie nach dem Wortlaut der Leistungslegenden).

#### Tomosynthese ist keine Mammografie

Darzustellen, dass die Tomosynthese der Mamma etwas anderes ist als eine „Mammografie“ nach Nr. 5266 GOÄ (450 Punkte) und dazu „ergänzende Ebene(n) oder Spezialprojektion(en)“ – nach Nr. 5267 GOÄ (150 Punkte) – oder eine „digitale Mammografie“ (Mammografie mit weicher Strahlung und digitalem Detektorsystem) hieße hier, Eulen nach Athen zu tragen. Ergänzend sei nur darauf hingewiesen, dass der BGH im o. a. Urteil auch sagte: „... wird deutlich, dass der Verordnungsgeber bei der Beschreibung der ver-

schiedenen Leistungen ein typisches Bild vor Augen hatte, zu dem nach den Kenntnissen medizinischer Wissenschaft und Praxis („Methode“) ein bestimmter Umfang von Einzelverrichtungen gehört.“

Wenn die Tomosynthese der Mamma im allgemeinen Sprachgebrauch auch als „eine Art dreidimensionale Form der Mammografie“ (in „Tomosynthese ante portas“, DÄ, Jg. 114, Heft 13 vom 31.03.2017) oder „3D Mammografie/digitale Tomosynthese, DBT“ (Leitlinie Mammakarzinom) bezeichnet wird, ist das nach den Kriterien der GOÄ-Anwendung nicht entscheidend. In weitaus erster Linie sind das, wie o. a., die Begrifflichkeiten der GOÄ. Vereinfacht ausgedrückt: „Das, was in der Leistungsbeschreibung steht, muss getan werden um Anspruch auf die dafür vorgesehene Vergütung zu haben.“

#### Fazit

Gerade der von der PKV angeführte § 4 Abs. 2a GOÄ zeigt, dass für die Tomosynthese der Mamma **Nr. 5290 GOÄ** (650 Punkte) zutrifft (ergänzend dazu der **Zuschlag nach Nr. 5298 GOÄ** [hier: 9,47 Euro]). Verbunden mit dem Wissen um die verschiedenen Leistungsinhalte („Was ist das der Wortbedeutung nach?“) ist die Argumentation der PKV mit der „besonderen Ausführung“ als „Nebelkerze“ zu erkennen.

Der Beitrag ist keine Rechtsberatung, sondern lediglich eine „Expertenmeinung“. In erster Linie soll er dazu dienen, dass Ärzte sich vom Hinweis auf § 4 Abs. 2a GOÄ nicht blenden lassen und im Gespräch mit ihrem Anwalt nicht vom „üblichen medizinischen Sprachgebrauch“, sondern von der Terminologie und den „Spielregeln“ der GOÄ leiten lassen.

## Interview

## „Kinderradiologie wird nie zur Routine.“

Kleinen Patienten die Furcht vor dem MRT zu nehmen, ist nur eine der Anforderungen an die Kinderradiologie. Die Spanne vom Ungeborenen bis zum Jugendlichen ist enorm. Jedes Lebensalter erfordert spezielles Wissen. Prof. Dr. Hans-Joachim Mentzel ist Leitender Arzt der Kinderradiologie am Universitätsklinikum Jena und Präsident der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie e. V. (GPR). Ursula Katthöfer ([textwiese.com](http://textwiese.com)) fragte ihn zum Stand seines Fachs.

**Redaktion:** Wo sehen Sie die besonderen Herausforderungen in der Kinderradiologie?

**Mentzel:** Die größte Herausforderung ist, bei knapper werdenden Ressourcen dem Anspruch einer zunehmend individualisierten Kindermedizin gerecht zu werden. Es fehlen Fachärzte mit Schwerpunkt Kinder- und Jugendradiologie und geschultes Assistenzpersonal. Da sind wir als kinderradiologische Fachgesellschaft bei der Weiterbildung gefordert, um interessierte Kolleginnen und Kollegen an das Fach heranzuführen.

**Redaktion:** Sie haben zu diesem Thema ein Strategiepapier veröffentlicht. Was wollen Sie erreichen?

**Mentzel:** Die Kinder- und Jugendradiologie sollte in die Weiterbildung, Nachwuchsförderung und Forschungsprojekte aller Bereiche der Kinder- und Jugendmedizin einbezogen werden. In der Ausbildung der Studierenden sollten spezielle Inhalte zum radiologischen Vorgehen und Erscheinungsbild typischer pädiatrischer Erkrankungen – z. B. bei Verdacht auf Kindesmisshandlung – in kinderradiologischen Pflichtveranstaltungen vermittelt werden.

**Redaktion:** Wie versuchen Sie, Studierende für Ihr Fach zu begeistern?

**Mentzel:** Wir gehen in Jena in die Lehre und schildern, dass wir in der Kinderradiologie das Diagnostische mit dem Pädiatrischen verbinden. Das ist spannend und macht Spaß. Nun sagt jeder Mediziner, dass sein Fach das spannendste ist. Doch wir haben andere Herausforderungen als die Erwachsenenmedizin. Kinder verweigern möglicherweise die Untersuchung, ihre Eltern müssen beim Prozess der Diagnose begleitet werden. Man hat jeden Abend etwas Neues gelernt, die Kinderradiologie wird nie zur Routine.

**Redaktion:** Wie sieht es mit der finanziellen Anerkennung aus?

**Mentzel:** Untersuchungen bei Kindern sind besonders anspruchsvoll und zeitintensiv. Die Vergütungsstrukturen im ambulanten und stationären Sektor müssen das künftig berücksichtigen. Bisher macht sich die Zusatzausbildung auf dem Gehaltszettel nicht bemerkbar.

**Redaktion:** In Kliniken fehlt häufig ein Kinderradiologe, sei es wegen Urlaub, Nacht- oder Wochenenddienst. Was sollten Ihre Kollegen aus der

Erwachsenenradiologie beachten, wenn sie einspringen?

**Mentzel:** Zunächst sollten wir die Möglichkeiten von Telemedizin und Teleradiologie intensivieren und fördern. Sie werden wegen des Anspruchs auf Zweitmeinung und wegen der Beratung durch kinderradiologische Referenzzentren zukünftig stark zunehmen. Wir haben hier in Thüringen bei 2,1 Millionen Einwohnern zwar viele Kinder- und Jugendkliniken, aber nur uns Kinderradiologen am Universitätsklinikum in Jena. Unser Rufdienst wird sehr gerne in Anspruch genommen.

Außerdem haben wir als Fachgesellschaft S1 Leitlinien entwickelt, nach denen jeder Radiologe symptombezogen vorgehen kann. Je nach den Beschwerden eines Kindes empfehlen wir geeignete Methoden. Auch die Orientierungshilfen der Strahlenschutzkommission helfen, je nach Fragestellung das richtige Verfahren zu finden.

**Redaktion:** Wie sieht es mit der Technik aus? Gibt es Besonderheiten bei radiologischen Untersuchungen bei Kindern?

**Mentzel:** Grundsätzlich sollten Kinder immer mit der besten Technik versorgt werden. Es ist ein Irrtum zu glauben, dass kleine Geräte für kleine Kinder ausreichen, im Gegenteil: Wir benötigen für die Kinderradiologie die größten und besten Geräte. Die modernsten sollten es natürlich auch sein.

**Redaktion:** Können Sie ein Beispiel nennen?

**Mentzel:** In der Sonografie kommt die Erwachsenenmedizin mit drei Schall-

köpfen schon sehr weit. In der Kindermedizin brauchen wir viel mehr Schallköpfe, da wir vom Frühgeborenen mit einem Gewicht von 300 Gramm bis zum Adoleszenten mit bis zu 150 Kilo die unterschiedlichsten Patienten haben. Das gilt auch für MRT und CT. Gerade beim CT ist es wichtig, bei strahlungsintensiven Untersuchungen möglichst schonende Verfahren und Mechanismen einzusetzen.

**Redaktion:** KI ist aus der Radiologie nicht mehr wegzudenken. Welchen Stellenwert hat sie in der Kinderradiologie?

**Mentzel:** Sie beginnt Fuß zu fassen und wird auch ein großes Thema unserer Jahrestagung im Oktober sein. Deep Learning kann hilfreich sein, wenn ein CT-Gerät aus der Voruntersuchung lernt, wie viel Dosis es braucht und sich dementsprechend bei Folgeuntersuchungen anpasst. Über die Computertechnik werden bei iterativen Rekonstruktionen Nachbarschaftskriterien berücksichtigt, so dass Dosis eingespart werden kann. Solche Mechanismen werden uns in der Zukunft sehr stark dabei helfen, den Strahlenschutz zu verbessern. Allerdings muss ein Radiologe beurteilen, wann das Bild zu stark abweicht. Es ist also ein Kompromiss.

**Redaktion:** Welche Rolle spielt Big Data?

**Mentzel:** Für uns ist das im Zusammenhang mit seltenen Erkrankungen in Kombination mit der Genetik sehr interessant. Die Zahl der bekannten Syndrome nimmt zu, seltene Erkrankungen können genetisch immer besser beschrieben werden. Wenn wir für verschiedene Syndromkonstellationen Algorithmen hätten, könnten

diese bei der Diagnostik in eine bestimmte Richtung weisen und dem Kind möglicherweise unnötige Untersuchungen ersparen. Das würde auch die Eltern und die Kassen entlasten.

**Redaktion:** Wie beurteilen Sie KI bei der forensischen Altersdiagnostik möglicher Straftäter?

**Mentzel:** Über KI ließe sich der subjektive Faktor Mensch aus der Beurteilung reduzieren. Prinzipiell wäre es gut, ein Verfahren ohne Strahlung zu haben, bei dem jemand z. B. abgescannt wird. Die Forschung ist im Bereich von Sonografie und MRT aktiv dabei, Alternativen zu entwickeln.

**Redaktion:** Wir haben nun viel über die Kinderradiologie gesprochen. Wie fügt Ihr Fach sich grundsätzlich in die Radiologie ein?

**Mentzel:** Wir sind sehr dankbar für die zunehmende Akzeptanz in der gesamten radiologischen Welt. Die Unterstützung durch Fachgesellschaften wie die Deutsche Röntgengesellschaft sowie durch Neuro- und Interventionsradiologen hat sich in den letzten Jahren sehr positiv entwickelt. Wir sprechen berufspolitisch mit einer Stimme, wenn es darum geht, die Radiologie zu stärken. Das gilt für Lehre und Forschung ebenso wie für die Krankenversorgung.

**Redaktion:** Bleiben Wünsche offen?

**Mentzel:** Ich wünsche mir, dass die Kinderradiologie an den Universitäten durch mehr Professuren präsenter wird, sich kinderradiologische Schwerpunktzentren in der Bundesrepublik entwickeln. Dazu braucht es geeignete strukturelle, politische und

ökonomische Aktivitäten. Es gibt günstige Tendenzen. In Hannover wurde gerade eine Professur besetzt und in Berlin läuft ein Berufungsverfahren für eine kinderradiologische Professur. Aber es müsste mehr sein. Derzeit werden wir Kinderradiologen hauptsächlich in der Krankenversorgung gebraucht, für Forschung bleibt keine Zeit. Dabei gibt es viele interessante Themen zu bearbeiten. Wir sollten das in Deutschland zukünftig mit einem Mehr an kinderradiologischer Forschung und maximaler Unterstützung der Kinderradiologie eigentlich hinbekommen.

**Redaktion:** Vielen Dank!

➤ WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Pass für Bildgebung im Kindes- und Jugendalter“ in RWF Nr. 12/2019
- Eine Karte mit Radiologen, die schwerpunktmäßig in der Kinderradiologie tätig oder weiterbildungsberechtigt sind, finden Sie bei der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie online unter [iww.de/s3967](http://iww.de/s3967).

## Impressum

**Herausgeber**  
 Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,  
 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,  
[www.guerbet.de](http://www.guerbet.de), E-Mail [info@guerbet.de](mailto:info@guerbet.de)

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

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

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

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

## Strahlenschutzgesetz

# Teleradiologie nach dem neuen Strahlenschutzrecht (Teil 2)

Das seit dem Jahr 2019 geltende Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) hat u. a. auch einige Konsequenzen für die Teleradiologie gebracht. Im ersten Teil dieses Beitrags (RWF Nr. 08/2020) wurde auf allgemeine Genehmigungsvoraussetzungen für die Teleradiologie nach aktuellem Strahlenschutzrecht eingegangen. In diesem zweiten Beitragsteil geht es um die Frage, wie die geforderte Einbindung des Teleradiologen in den Klinikbetrieb konkret aussehen soll. Zudem wird darauf eingegangen, wann genau ein Medizinphysik-Experte hinzugezogen werden muss.

von RA und FA für MedizinR  
Till Sebastian Wipperfurth, LL.M.,  
Mazars Rechtsanwälte, Berlin,  
[mazars-law.de](http://mazars-law.de)

### Einbindung des Teleradiologen in den klinischen Betrieb – Grundlagen

Neu in das Strahlenschutzgesetz aufgenommen wurde das Erfordernis, dass der Teleradiologe regelmäßig und eng in den klinischen Betrieb des Krankenhauses **eingebunden** sein muss. Nach der Gesetzesbegründung soll auf diese Weise gewährleistet werden, dass der Teleradiologe genaue Kenntnisse

- über die Röntgeneinrichtungen des Krankenhauses und
- die eingesetzten Untersuchungsverfahren erlangt und
- dass ein enger fachlicher Austausch zwischen allen an der Teleradiologie beteiligten Personen stattfindet.

Damit soll die erforderliche Untersuchungsqualität auch bei komplexen und seltenen Untersuchungssituationen sichergestellt werden. Bislang war unklar, wie diese Einbindung in den klinischen Betrieb eigentlich genau zu erfolgen hat.

### Vorgaben des BMU

Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (BMU), das das Strahlenschutzgesetz federführend entworfen hat, hat im Februar 2020 ein Rundschreiben an die Strahlenschutzbehörden der Länder verschickt, das als Auslegungshilfe für das Merkmal der „regelmäßigen und engen Einbindung“ dienen soll (BMU, Rundschreiben vom 14.02.2020, S II 4 – 11600/01).

Danach muss sich der Teleradiologe regelmäßig persönlich mit dem klinischen Betrieb des Krankenhauses befassen, indem er sich **aktiv** mit

- den technischen Eigenschaften der für die teleradiologischen Untersuchungen bestimmten Röntengeräte und Computertomografen,
- der technischen Untersuchungsdurchführung,
- den Arbeitsabläufen und
- dem Personal **vertraut macht**.

### Konkrete Anforderungen an den Teleradiologen

Zur Umsetzung der genannten Vorgaben ist vor der Aufnahme der teleradiologischen Tätigkeit **mindestens ein Besuch** vor Ort im Krankenhaus

erforderlich. Anschließend soll der Teleradiologe **mindestens jährlich** das Krankenhaus besuchen, um auf dem Laufenden zu bleiben. Besuche vor Ort sollen außerdem immer dann erforderlich sein, wenn sich der klinische Betrieb in technischer oder personeller Hinsicht **wesentlich ändert**, z. B. durch

- die Aufstellung neuer Röntengeräte oder
- den Wechsel der **operativen Leitung** der radiologischen Einheit.

Außerdem soll der Teleradiologe an wichtigen Besprechungen (z. B. Fallkonferenzen) teilnehmen.

### Praxistipp

Bei der vorgegebenen Teilnahme des Teleradiologen an Fallkonferenzen oder ähnlichen wichtigen Besprechungen ist eine **virtuelle Teilnahme** ausreichend, z. B. in Form einer Videoschalte.

Da der Teleradiologe persönlich in den klinischen Betrieb eingebunden sein muss, darf er die vorgenannten Aufgaben **nicht an Dritte** delegieren.

### Umsetzung bei Teleradiologie-Dienstleistern

Für Teleradiologie-Dienstleister, die mit angestellten Teleradiologen mehrere Krankenhäuser betreuen, gelten die vorgenannten Grundsätze ebenfalls. Das bedeutet, dass die mit der regelmäßigen und engen Einbindung in den klinischen Betrieb einhergehenden Verpflichtungen des Teleradiologen **nicht** durch ständig wechselnde Teleradiologen wahrgenommen werden dürfen. Es ist aber **zulässig**, dass der Teleradiologie-Anbieter für das jeweilige Krankenhaus einen verantwortlichen Teleradiologen (einschließ-



lich eines Stellvertreters) benennt, der die oben beschriebenen Aufgaben erfüllt und insbesondere das Krankenhaus regelmäßig besucht. Dieser Teleradiologe muss zwar nicht selbst die teleradiologischen Untersuchungen für dieses Krankenhaus durchführen.

Allerdings muss der verantwortliche Teleradiologe alle mit der Untersuchung betrauten Teleradiologen regelmäßig über sämtliche relevanten Begebenheiten des klinischen Betriebs (technische Eigenschaften der Röntgeneinrichtung, technische Durchführung der Untersuchungen und das im Krankenhaus tätige Personal) **unterrichten**, etwa im Wege von Schulungen oder in Handbüchern.

Für die Durchführung der Untersuchungen müssen die Krankenhäuser mit dem verantwortlichen Teleradiologen abgestimmte Protokolle und Arbeitsanweisungen verwenden.

#### Hinzuziehung eines MPE als Genehmigungsvoraussetzung

Neben den in Teil 1 des Beitrags dargestellten teleradiologiespezifischen Genehmigungsvoraussetzungen ist auch auf die allgemeinen Anforderungen für die Anwendung von Röntgenstrahlung am Menschen hinzuweisen. Hier besteht eine Besonderheit: Bei der **Durchführung von CT-Untersuchungen** und – für den Bereich der Teleradiologie allerdings irrelevant – Untersuchungen der interventionellen Radiologie muss grundsätzlich sichergestellt sein, dass ein **Medizinphysik-Experte** (MPE) zur Mitarbeit hinzugezogen werden kann (hierzu im Einzelnen RWF Nr. 04/2019 und Nr. 11/2019).

Für CT-Geräte, die am 31.12.2018 schon in Betrieb waren (Altgeräte), gilt eine Übergangsregelung bis zum

31.12.2022. Sollen jedoch Altgeräte zur Teleradiologie verwendet werden, für die noch keine Teleradiologie-Genehmigung erteilt wurde, gilt diese Übergangsregelung nicht!

#### Merke

Für Altgeräte, die neu zur Teleradiologie verwendet werden sollen, muss die vertragliche Einbindung eines MPE (Hinzuziehung zur Mitarbeit) umgehend gegenüber der Strahlenschutzbehörde nachgewiesen werden. Andernfalls wird die Behörde die Genehmigung verweigern.

Eine Übergangsregelung besteht für Teleradiologie-Genehmigungen, die Kliniken vor dem 31.12.2018, also

### Betriebswirtschaft

## Strategisches Controlling in einer Radiologie-Großpraxis (Teil 2)

Das strategische Controlling kennt zahlreiche Instrumente, die auch in einer größeren Arztpraxis sinnvoll eingesetzt werden können. Im ersten Teil dieses Beitrags (RWF Nr. 08/2020) ging es insbesondere um Umfeld-, Markt- und Potenzialanalysen. Nun folgen Portfolio-Methoden, wobei dieser Beitrag die Boston-Matrix und deren Anwendung auf eine Radiologiepraxis fokussiert, sowie das Benchmarking und das strategische Kostenmanagement.

#### Boston-Matrix im Fokus

Am bekanntesten ist die Boston-Matrix, die die Produkte eines Unternehmens oder einer Praxis auf vier Felder verteilt (4-Felder-Matrix, s. Grafik „4-Felder-Matrix“). Die Achsen bezeichnen das Marktwachstum bzw. den relativen Marktanteil. Alle Leistungen/Produkte der Praxis sollten dann in dieser Matrix positioniert werden. Daraus ergeben sich

dem Tag des Inkrafttretens des Strahlenschutzgesetzes erteilt wurden: Diese Genehmigungen bestehen bis zum Ende ihrer Befristung unter dem Vorgängerregime, also der (alten) Röntgenverordnung (RöV), fort.

Es ist davon auszugehen, dass die Strahlenschutzbehörden die Genehmigungsvoraussetzungen eng auslegen werden. Gegen ablehnende Entscheidungen der Behörden steht der Rechtsweg zu den Verwaltungsgerichten offen.

#### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Teleradiologie nach dem neuen Strahlenschutzrecht (Teil 1)“ in RWF Nr. 08/2020
- „Datenschutz und Datensicherheit bei Teilnahme an der Teleradiologie“ in RWF Nr. 12/2019

von Prof. Günter Stephan, ehem. Hochschule für öffentliche Verwaltung des Landes Baden-Württemberg, Kehl, [stephan@hs-kehl.de](mailto:stephan@hs-kehl.de)

interessante Hinweise für die weitere Strategie:

- „Question Marks“: Anfangsphase/Einführung einer Leistung, eine Prognose zur weiteren Entwicklung kann daher noch nicht gestellt werden.

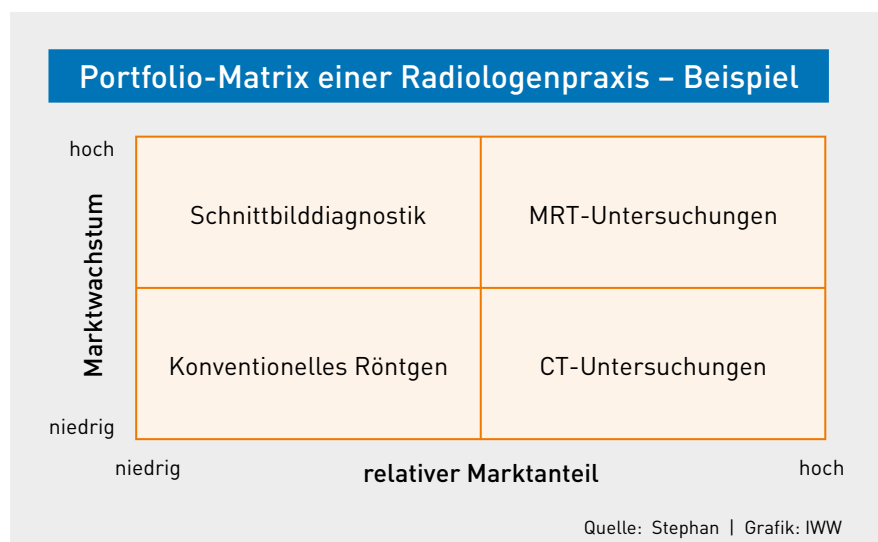
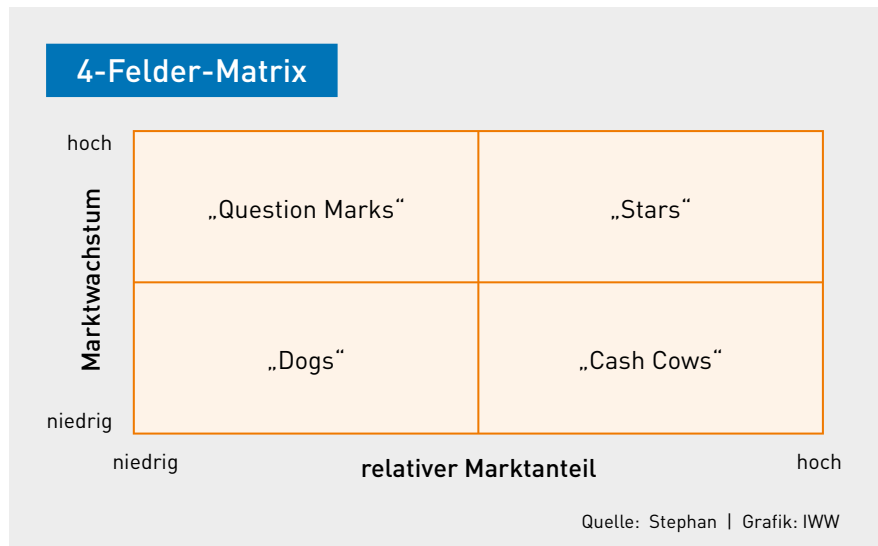
- **„Stars“**: Die Leistung hat im wachsenden Markt einen hohen Marktanteil – Investitionen lohnen sich.
- **„Cash Cows“**: Für die Leistung ist keine größere Innovation nötig, gute Erträge bei geringen Investitionen.
- **„Dogs“**: Die Leistung hat einen geringen Marktanteil, der Markt wächst nicht. Um die Position der Leistung zu halten, müsste investiert werden. Gegebenenfalls ist das Produkt vom Markt zu nehmen.

Für eine Großpraxis kann es bereits hilfreich sein, allein die Daten für eine solche Portfolio-Analyse zusammenzutragen. Dabei beschäftigen sich die Ersteller der Matrix mit jeder einzelnen Leistung, den Strategien und dem Markt. Auf diese Weise können vielleicht Leistungen reduziert oder aufgegeben werden, Star-Leistungen gefördert und Question-Mark-Leistungen ständig beobachtet werden mit der Fragestellung, ob eine Weiterentwicklung angestrebt werden sollte oder nicht.

### Anwendung der Boston-Matrix auf eine Radiologiepraxis

Eine beispielhafte Anwendung der Boston-Matrix auf die (mögliche) Situation und die Leistungen einer radiologischen Praxis zeigt die Grafik „Portfolio-Matrix einer Radiologenpraxis“.

Beim **konventionellen Röntgen** (Dog) steht die Praxis in dem Beispiel vor der Frage, ob man diese Leistung aufgeben kann und will, weil dafür keine Wachstumschancen ersichtlich sind. Bei den **CT-Untersuchungen** als Cash Cow kann weiterhin von hohen Erlösen ausgegangen werden. Evtl. sollte aber in eine neue CT-Ausstattung investiert werden, um Verbesserungen dieser Technologie an die Patienten weiterzugeben. Beim **MRT** als Star ist zu empfehlen, dass dieser Status lan-



ge gesichert bleibt, weil hohe Deckungsbeiträge bzw. Kostenüberschüsse erzielt werden. Auch hier sollte stets investiert werden. Bei der **Schnittfelddiagnostik** als Question Mark bzw. neuem Produkt können sowohl Verluste oder geringe Gewinne erzielt werden. Auch hier ist eine geplante Weiterentwicklung mittels neuer Investitionen zu empfehlen.

### Dynamische Entwicklung des Praxisportfolios möglich

Portfolios von Unternehmen/Praxen können sich sehr dynamisch entwickeln. Die Positionierung von Produkten/Leistungen kann sich ändern. Ein Star-Produkt könnte im Zeitablauf

z. B. eine Cash Cow werden oder sich zum Dog entwickeln.

**Merke**

Achten Sie bei der Beurteilung des Gesamtportfolios auch in einer radiologischen Arztpraxis darauf, dass möglichst alle Geschäftsfelder vertreten sind. Besonders **Stars** und **Question Marks** sollten ausreichend vorhanden sein, um die Zukunft des Unternehmens bzw. der Praxis zu sichern.

### Benchmarking

Beim Benchmarking geht es um den Vergleich der eigenen Praxis mit an-

deren Praxen oder auch Dienstleistern, um vom Besten zu lernen und diese Erkenntnisse in der eigenen Praxis umzusetzen. Eine Teildisziplin ist das **interne Benchmarking**. Dabei geht es um die Entwicklung der Praxis im Zeitablauf. Dazu wird allerdings eine betriebswirtschaftliche Datenbasis benötigt. Wenn z. B. die Erlöse permanent sinken oder die Kosten laufend steigen, dann ist die Ursache zu hinterfragen und zu handeln. Das **externe Benchmarking**, also der Vergleich mit anderen Praxen, könnte über den Steuerberater realisiert werden. Dieser hat viele Vergleichsdaten von anderen Praxen. *Wie entwickeln sich die Kosten/Kostenträger in den Praxen?* Hinter hohen Abschreibungen könnte eine neuwertige Praxisausstattung stehen. Bei niedrigen Abschreibungen ist z. B. die Praxisausstattung

älter. Hier steht die Praxis dann vor neuen Investitionen und entsprechenden Ausgaben. Auch Abläufe und Zufriedenheitsquoten der Patienten können verglichen werden. Die eigene Statistik sollte auch Zahlen liefern können, wie z. B. die *Anzahl neuer Patienten innerhalb eines Jahres* bzw. die *Zahl der Patienten, die die Praxis verloren hat*. Diese Ergebnisse können dann auch mit dem Image der Praxis verglichen werden.

### Strategisches Kostenmanagement

Beim strategischen Kostenmanagement geht es um die Anwendung der Prozess- und der Zielkostenrechnung (auch: Targetkostenrechnung). Die Prozesskostenrechnung hat zum Ziel, die einzelnen Aktivitäten oder Prozesse in der Arztpraxis, die zu einer Leistung führen (z. B. eine Schulerauf-

nahme mittels MRT), mit Kosten zu versehen. Diese Kosten wären dann zu vergleichen mit anderen Großpraxen und/oder mit den Vorjahren. Als Voraussetzung ist vorher eine traditionelle Kostenrechnung aufzubauen (s. RWF Nr. 10/2019).

Bei der **Targetkostenrechnung** als Weiterentwicklung der Prozesskostenrechnung steht die Frage im Vordergrund, was eine med. Leistung kosten **darf**. Man geht also vom gewünschten Produktpreis aus und rechnet dann rückwärts alle Kostenarten aus, die für diese Leistung zutreffen. Somit erhält man die zulässigen, also die Zielkosten.

### Fazit

Beim strategischen Management geht es um die Sicherung der dauerhaften Leistungsfähigkeit der Praxis. Das strategische Controlling unterstützt bei dieser Aufgabe. Es hat viele Instrumente entwickelt, die man je nach Bedürfnis anwenden kann. Viele Informationen liegen in den Praxen bereits vor bzw. können erarbeitet werden. Die Herausforderung besteht in der Zusammenführung und Analyse dieser Informationen für die Unternehmensleitung, damit diese entsprechende Maßnahmen anstoßen kann. Nicht alle Instrumente, die für Unternehmen der Privatwirtschaft entwickelt wurden, sind für eine Großarztpraxis anwendbar. Bei einigen ist eine Anwendung denkbar und möglich. Unterstützung beim Einsatz des strategischen Controllings sollten Sie vom Steuerberater und/oder von betriebswirtschaftlich geschultem Personal erhalten.

## CONTRAST FORUM – Neues von Guerbet

### [GUERBET.DE](http://GUERBET.DE) – Unser neuer Internetauftritt!

Wir freuen uns, Sie zu einem Besuch unserer völlig neugestalteten Homepage [guerbet.de](http://guerbet.de) einladen zu dürfen. Willkommen in der Welt von Guerbet!

In einem modernen und ansprechenden Layout präsentieren wir Ihnen unter vielem anderen:

- **Produkte und Lösungen:** Unsere innovativen Angebote für die diagnostische und interventionelle Bildgebung. Von hier gelangen Sie auch direkt zu speziellen Produktseiten wie z. B. OptiVantage® oder Injektionszubehör.
- **Einblicke:** Nehmen Sie teil an unseren digitalen Fortbildungen in Zusammenarbeit mit führenden medizinischen Fachgesellschaften.
- **Unsere Gruppe:** Lernen Sie Ihren Partner in der diagnostischen und interventionellen Radiologie noch besser kennen und werden Sie Teil unserer Community in den sozialen Medien.

Selbstverständlich darf auch das **Radiologen WirtschaftsForum** nicht in unserer neuen Website fehlen. In einem eigenen Bereich finden Sie die wichtigsten Informationen und werden von hier aus schnell zur Originalseite [RWF-Online.de](http://RWF-Online.de) weitergeleitet. Dort haben Sie auch die Möglichkeit, sich für den Newsletter anzumelden.

Wir hoffen, Sie mit diesen Informationen neugierig auf unseren neuen Internetauftritt gemacht zu haben und Sie bald auf [guerbet.de](http://guerbet.de) begrüßen zu dürfen.