

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

10 | Oktober 2019

Integrierte radiologische Versorgung

Rechtsprobleme bei Kooperationsverträgen von niedergelassenen Radiologen in Kliniken

Zahlreiche Radiologen arbeiten in unterschiedlichen Konstellationen auf Vertragsbasis mit Kliniken zusammen. Aktuelle Rechtsstreitigkeiten zeigen, dass die Risiken derartiger Kooperationen vielfältig sind. Doch wo liegen grundsätzlich die wichtigsten rechtlichen Probleme bei den Kooperationsverträgen? Lesen Sie in dieser und in den kommenden Ausgaben, welche Problemfelder relevant sind und was Sie beachten sollten.

von RA, FA für ArbeitsR und MedizinR Dr. Tilman Clausen, armedis Rechtsanwälte, Hannover, armedis.de

Wenn die Klinik-Kooperation zum Konfliktfall wird

In zwei Urteilen befasste sich das Oberlandesgericht (OLG) Stuttgart mit den Rechtsbeziehungen zwischen niedergelassenen Radiologen und einem Klinikum in Baden-Württemberg (Urteile vom 01.08.2019, Az. 14 U 72/18 und Az. 14 U 70/18). Die Radiologen arbeiten im Rahmen mehrerer Verträge seit Jahren mit der Klinik zusammen. Seitdem aufseiten des Krankenhauses die handelnden Personen gewechselt haben, streiten sich die Parteien vor verschiedenen Gerichten, wobei mal die eine, mal die andere Seite obsiegt. In den o. g. Urteilen hat das OLG Stuttgart dem Krankenhaus Recht gege-

ben, weil es der Meinung war, dass die anwaltlichen Bevollmächtigten der Radiologen ihre Berufungen nicht fristgerecht begründet hatten. Eine Entscheidung in der Sache ist in diesen Fällen also nicht getroffen worden. Dieser Konflikt, der für einen Teil der Beteiligten inzwischen „albtraumhafte Züge“ annimmt, macht deutlich, welche Risiken mit Kooperationen verbunden sind. Praktische Relevanz bekommen die Risiken insbesondere dann, wenn eine der Parteien etwas sucht, um sich aus der Kooperation zu lösen und dabei der anderen Partei auch noch möglichst den maximalen Schaden zuzufügen.

Die Frage der Abrechnung im Rahmen einer Kooperation

Lange vor Inkrafttreten des Antikorrupcionsgesetzes hatte sich der BGH mit der Frage zu befassen, ob Vereinbarungen zwischen Krankenhausträgern

Inhalt

Abrechnung

- Nrn. 5731, 5733 GOÄ auch bei MRT des Schädels samt DWI berechnungsfähig 3
- Portoerhöhung für Standardbriefe erhöht Verlust für Ärzte auf 25 Cent pro Brief 4
- EBM-Reform erneut verschoben 5

Forschung

- 7 Tesla-MRT für Deutschen Forschungspreis nominiert 5

Vorsorge

- BfS bemängelt Früherkennungsangebote mittels CT 5

Organisation

- Mehraufwand durch Regeln zur Arbeitszeiterfassung erwartet 5

Leistungsrecht

- Krankenkasse muss Kosten für privatärztliche Upright-MRT-Untersuchungen tragen 6

Wirtschaftlichkeit

- Kostenrechnung in der Radiologie-Praxis: Was bringt sie und wie wird sie eingeführt? 7

und niedergelassenen Ärzten bei der Erbringung radiologischer Leistungen den Vorschriften der GOÄ unterliegen (Urteil vom 12.11.2009, Az. III ZR 110/09). Der BGH ist in dieser Entscheidung zu dem Ergebnis gekommen, dass die GOÄ nur im Verhältnis zwischen Leistungserbringer und denjenigen, die die Leistungen bezahlen müssen, zwingend zur Anwendung kommt, da sie hier einen Interessenausgleich schaffen soll.

Im Verhältnis zwischen niedergelassenen Ärzten (hier Radiologen, die die Leistungen in eigener Praxis auf dem Krankenhausgelände mit eigenen Geräten erbracht haben) und dem Krankenhausträger findet die GOÄ dagegen zwingend keine Anwendung. Dies bedeutet, dass ihre Anwendung vereinbart werden kann, aber nicht vereinbart werden muss.

Merke

Die Anwendung der GOÄ kann in Kooperationsverträgen vereinbart werden. Ein Zwang zur Anwendung besteht jedoch nicht.

Die Vergütung bei Kooperationsverträgen zwischen niedergelassenen Radiologen und Krankenhausträgern kann somit grundsätzlich sowohl durch Pauschalen als auch durch Abrechnung nach der GOÄ nach einem zu definierenden Steigerungssatz vereinbart werden.

Abrechnung über Pauschalen

Die Vereinbarung von Pauschalen beinhaltet seit Inkrafttreten des Antikorruptionsgesetzes 2016 das Risiko, dass diese erst einmal nicht transparent ist und zu Nachfragen Dritter (Staatsanwaltschaft) führen kann. Wenn man Pauschalen vereinbart, sollten die Vertragspartner deshalb in

der Lage sein, im Konfliktfall nachweisen zu können, dass diese Pauschalen keine verdeckten Zuweiserpauschalen enthalten. Ein solcher Nachweis belegt, dass keine Unrechtsvereinbarung i. S. d. Antikorruptionsgesetzes vorliegt. Dies gilt insbesondere dann, wenn es im Rahmen der Kooperationsvereinbarung auch zur Zuweisung von Patienten kommt.

Abrechnung über die GOÄ

Verständigt man sich dagegen auf die Abrechnung nach Maßgabe der GOÄ, kommt es zunächst auf die Wahl des Steigerungssatzes an. Hier entstehen ebenfalls Schwierigkeiten durch das Antikorruptionsgesetz. Das Gesetz mit § 299 a und § 299 b StGB ist zwar seit 2016 in Kraft, es gibt aber bislang keine Gerichtsentscheidungen, die allen Beteiligten Auskunft darüber geben, was bei der Gestaltung von Vergütungsvereinbarungen zulässig ist und was nicht. Orientierung gibt daher bislang allein die Rechtsliteratur. Danach besteht bei der Vergütung ein **Korridor** zwischen einer Vergütung nach

- der InEK-Matrix und
- dem GOÄ-Einfachsatz.

Eine Vergütung nach der InEK-Matrix würde bedeuten, dass die niedergelassenen Radiologen den für ihre ärztlichen Leistungen jeweils in der abgerechneten **DRG-Fallpauschale** kalkulierten Anteil bekommt. Diese Vergütungsmöglichkeit scheidet zu meist daran, dass die meisten DRG-Fallpauschalen dafür keine gesonderte Kalkulation enthalten. Wenn für die Vergütung der GOÄ-Einfachsatz gewählt wird, gehen die meisten Autoren in der Rechtsliteratur von operativ tätigen Ärzten aus, die Hauptbehandlungsleistungen erbringen. Bei niedergelassenen Radiologen kann (z. B. bei interventionellen Eingriffen),

muss dies aber nicht der Fall sein. Daher sollte außerhalb von Hauptbehandlungsleistungen bei der zu vereinbarenden Vergütung für die Radiologen über einen reduzierten Steigerungssatz (z. B. GOÄ-Faktor von 0,8) nachgedacht werden.

Insbesondere wenn die Vertragsparteien eine Vergütung nach einem im Kooperationsvertrag bestimmten GOÄ-Satz vereinbaren, sollte man besonderen Wert darauf legen, vertraglich zu regeln, in welchem Umfang die GOÄ darüber hinaus Anwendung findet. Die GOÄ kennt bekanntlich eine Vielzahl von **Abrechnungsbeschränkungen**. Hierzu zählen die Vorschrift des § 4 Abs. 2a GOÄ, wonach nur selbstständige Leistungen abrechenbar sind, sowie weitere Beschränkungen in den allgemeinen Bestimmungen vor dem Abschnitt O der GOÄ und teilweise hinter den ärztlichen Leistungen im Abschnitt O. Die Vertragspartner einer Kooperationsvereinbarung, sowohl aufseiten der niedergelassenen Radiologen als auch aufseiten des Krankenhauses sollten hier genau regeln, welche der Abrechnungsbeschränkungen der GOÄ zu radiologische Leistungen bei der Abrechnung dieser Leistung zur Anwendung kommen.

Praxistipp

Versäumen Sie es nicht, im Kooperationsvertrag zu regeln, welche Abrechnungsbeschränkungen der GOÄ gelten und welche nicht. Denn dieses Versäumnis kann sowohl zu Rückforderungsansprüchen des Krankenhausträgers als auch zu Strafanzeigen wegen des Verdachts des Abrechnungsbetrugs führen.

Wahlärztliche Leistungen

Bei der Abrechnung wahlärztlicher Leistungen durch niedergelassene Radiologen im Rahmen von Kooperationsverträgen mit Krankenhäusern stellen sich weitere rechtliche Fragen. Es geht u. a. darum, ob der Krankenhausträger mit den niedergelassenen Radiologen im Rahmen eines Kooperationsvertrags die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen vereinbaren kann.

Niedergelassene Radiologen werden im Rahmen von Kooperationsverträgen mit Kliniken im Regelfall in eigenen Räumen, die sich auf dem Klinikgelände befinden können, und mit eigenen Geräten tätig und somit **juristisch außerhalb des Krankenhauses**. Damit gehören sie zu den Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses, die nach § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG auf Veranlassung von angestellten oder beamteten Ärzten des Krankenhauses wahlärztliche Leistungen erbringen können. Diese Schlussfolgerung bedeutet, dass im Rahmen eines Kooperationsvertrags zwischen einem niedergelassenen Radiologen und einem Krankenhaus nicht geregelt werden kann, dass der Radiologe zur Erbringung wahlärztlicher Leistungen befugt ist (LG Stade, Urteil vom 20.05.2016, Az. 4 S 45/14). Im Kooperationsvertrag kann allenfalls geregelt werden, dass die niedergelassenen Radiologen auf Veranlassung der Wahlärzte des Krankenhauses tätig werden können, alles andere ist unwirksam.

Merke

Die Erbringung wahlärztlicher Leistungen kann nicht Teil eines Kooperationsvertrags zwischen niedergelassenen Radiologen und einem Krankenhaus sein.

Privatliquidation

Nrn. 5731 und 5733 GOÄ auch bei MRT des Schädels samt DWI berechnungsfähig

FRAGE | „Kann bei der Durchführung einer MRT des Schädels mit den Standardsequenzen zuzüglich einer Diffusionswichtung (DWI) neben der Nr. 5700 GOÄ für die DWI auch – als ergänzende Sequenz – die Nr. 5731 und für die aus der DWI berechnete ADC-Mapping auch noch die Nr. 5733 berechnet werden? Oder ist die Nr. 5733 nur für 3D-Rekonstruktionen (z. B. MIP, VRT aus einer TOF-Angiografie) zulässig?“

ANTWORT | Die Definition des Umfangs einer „Basis-MRT-Leistung“ fehlt leider in der GOÄ.

Nr. 5731 kann für DWI einmal angesetzt werden

Aufgrund dieser Lücke gibt es immer wieder Diskussionen zur Frage, ab welcher Anzahl von Serien die Nr. 5731 GOÄ (Legende: „Ergänzende Serie[n] zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 [z. B. nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie]“, 1.000 Punkte, 104,92 Euro beim Faktor 1,8) für ergänzende Serien zum Ansatz kommen kann.

Eine wesentliche Aussage hierzu lässt sich aus einem bereits 2005 erschienenen Beschluss der Bundesärztekammer (BÄK) auf die hier erfolgte Diffusionsbildgebung oder diffusionsgewichtete Bildgebung (diffusion weighted imaging, DWI) übertragen: „Wird durch die medizinische Notwendigkeit über die Standardeinstellung (zwei Ebenen und zwei Gewichtungen) hinausgehend die Darstellung in einer dritten Ebene und/oder mit einer zusätzlichen Gewichtung (z. B. fettgesättigt oder fettsupprimiert) vorgenommen, so kann z. B. neben der Nr. 5729 GOÄ für die Grundleistung einmal die Nr. 5731

von Ernst Diel, ehem. Leiter
Grundsatzfragen PVS Büdingen

GOÄ angesetzt werden. Die Aufzählung zur Nr. 5731 GOÄ ‚Kontrastmitteleinbringung‘ und ‚Darstellung von Arterien‘ ist beispielhaft und nicht abschließend. Ein Mehrfachansatz der Gebührenposition Nr. 5731 GOÄ ist nicht möglich, da in der Leistungslegende eindeutig die Mehrzahl beschrieben ist.“

Nr. 5733 für das ADC-Mapping ist ebenfalls berechnungsfähig

Im Gegensatz zur Ergänzungsleistung bei CT-Leistungen nach Nr. 5377 enthält Nr. 5733 nicht den Zusatz „einschließlich 3D-Rekonstruktion“, sodass bei jeder Form einer rechnerisch („computergesteuert“) durchgeführten Analyse (hier: ADC-Mapping) auch die Nr. 5733 zum Ansatz kommen kann. Die nur beispielhaft in der Leistungslegende genannten Methoden „...z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion“ lassen auch weitere rechnerisch durchgeführte Analyseverfahren zu.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- BÄK-Beschluss u. a. zu Nr. 5731 in „Die Abrechnung kernspintomographischer Leistungen am Beispiel von Kniegelenksuntersuchungen“ beim Dt. Ärzteblatt online unter www.de/s2957

EBM und GOÄ

Portoerhöhung für Standardbriefe erhöht
Verlust für Ärzte von 15 auf 25 Cent pro Brief

Portokosten gehören zu den nicht zu umgehenden Kosten einer Arztpraxis, führen aber im EBM-Bereich bei jeder Portoerhöhung erneut zu großem Ärger.

von Dr. med. Heiner Pasch, Kürten

EBM

Vertragsärzte erhalten für den Versand eines Standardbriefs eine Kostenpauschale in Höhe von 55 Cent (EBM-Nr. 40120), die auch beim Versand des Arztbriefs per Fax oder E-Mail angesetzt werden kann. Die als Portokosten bezeichneten Beträge sind im eigentlichen Sinne mehr, nämlich „Kostenpauschalen für die Versendung bzw. den Transport von Briefen, Szintigrammen und/oder schriftlichen Unterlagen, Kostenpauschale für Telefax“ (EBM Kapitel 40.4; EBM-Nrn. 40120 bis 40126). Danach erhalten Vertragsärzte für den Versand eines Standardbriefs, der seit dem 01.07.2019 Portokosten in Höhe von 80 statt zuvor 70 Cent verursacht, eine Kostenpauschale in Höhe von lediglich 55 Cent.

Nicht nachvollziehbar ist, dass die Erstattungsbeträge nicht mit den Portoerhöhungen der Deutschen Post Schritt gehalten haben.

Schaut man sich die Leistungslegende genau an, so heißt es dort nicht „Portokosten“ sondern „Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von ...“. Damit sind auch alternative Wege möglich. Denkbar sind z. B. ein **Botendienst** oder sonstige, meist **lokal tätige Briefversender**.

Bei Versand per **Telefax** ist ebenfalls die EBM-Nr. 40120 einmalig abrechenbar, aber auch bei mehrseitigen Vorlagen.

Eine weitere Variante ist der **elektronische Arztbrief** (eArztbrief), dessen Voraussetzungen in der „Richtlinie über die Übermittlung elektronischer Briefe in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 291f SGB V (Richtlinie Elektronischer Brief)“ geregelt sind (online unter kbv.de/media/sp/RL_eArztbrief.pdf). Danach erhalten Vertragsärzte

- 28 Cent für den Versand eines eArztbriefs (EBM-Nr. 86900) und
- 27 Cent für den Empfang eines eArztbriefs (EBM-Nr. 86901).

Neben den Kostenpauschalen für Briefe gibt es weitere EBM-Nrn. für besondere Versandinhalte.

Für Radiologen ist beispielsweise die EBM-Nr. 40104 für den Versand von Röntgenfilmen (5,10 Euro) interessant, wobei diese Nr. nicht berechnungsfähig ist, wenn Röntgenaufnahmen, Filmfolien und Szintigramme dem Patienten mitgegeben werden.

Eine eigene Nr. existiert auch für den Versand bzw. Transport digitaler Befunddatenträger – eine heute in der Radiologie übliche Speicherung. Das ist die EBM-Nr. 40122, bewertet mit 90 Cent und damit 5 Cent unter dem Preis eines DHL-Kompaktbriefs.

GOÄ

Im Rahmen der GOÄ ist die Abrechnung entstehender Portokosten gerechter geregelt, da hier die entstandenen Kosten in Ansatz gebracht und dem Patienten berechnet werden können.

Aus § 10 GOÄ

Versand- und Portokosten können berechnet werden, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist.

Der Absatz 3 des § 10 GOÄ beinhaltet insbesondere das Abrechnungsverbot für Portokosten innerhalb von Gemeinschaftseinrichtungen wie einem MVZ oder einem Krankenhaus. Aber auch beim Versand von Proben innerhalb einer Laborgemeinschaft können dem Patienten keine Portokosten in Rechnung gestellt werden. In allen genannten Situationen handelt es sich um eine innerbetriebliche Verlagerung der Leistungserbringung.

Merke

Auch für die Versendung einer ärztlichen Liquidation dürfen dem Patienten gemäß § 10 Abs. 3 S. 4 GOÄ **keine** Portokosten in Rechnung gestellt werden.

Eine Berechnung anfallender Portokosten ist allerdings denkbar bei der Zusendung von

- ausgestellten Rezepten,
- Befundberichten,
- Arztberichten und
- Röntgendokumentationen jeglicher Art.

Diese Berechnungsfähigkeit gilt immer dann, wenn die Zusendung **auf Wunsch des Patienten** erfolgt.

Kassenabrechnung

EBM-Reform erneut verschoben

Die EBM-Reform verzögert sich um ein weiteres Quartal. Statt des bisherigen Starttermins 01.01.2020 soll die Reform nun erst ab dem 01.04.2020 gelten. Die dazu notwendigen Beschlüsse sollen laut KBV im Dezember 2019 gefasst werden.

Forschung

7 Tesla-MRT für Deutschen Zukunftspreis nominiert

Für Innovationen zur MRT mit ultrahoher Feldstärke für klinische Untersuchungen wurden Dr. Christina Triantafyllou von Siemens Healthineers, Prof. Dr. Arnd Dörfler, Leiter der Neuro radiologie am Universitätsklinikum Erlangen (FAU), sowie Prof. Mark E. Ladd vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg für den Deutschen Zukunftspreis 2019 nominiert. Die Entscheidung, wer den mit 250.000 Euro dotierten Preis gewinnt, fällt am 27.11.2019.

Mit dem Ultra-Hochfeld-MRT des Magnetom Terra von Siemens Healthineers gelinge es, Veränderungen im Submillimeterbereich darzustellen, so das FAU. Das Gerät, das mit einer Feldstärke von 7 Tesla operiert, mache krankhafte Veränderungen auf Stoffwechselebene sichtbar, die in der strukturellen Bildgebung nicht zu sehen seien.

Vorsorge

BfS bemängelt Früherkennungs-Angebote mittels CT

Das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) weist darauf hin, dass Untersuchungen zur Früherkennung schwerer Krankheiten mittels Computertomografie (CT) rechtlich nicht zulässig sind. Anlass sind die Ergebnisse einer exemplarischen Auswertung von 150 Webseiten radiologischer Praxen und Kliniken, die solche CT-Untersuchungen anbieten.

BfS: Risiken unzureichend dargestellt

Laut BfS würden die Internet-Informationen der Anbieter teilweise auf Qualitätsmängel schließen lassen. So seien die Angaben über die Strahlungsrisiken insgesamt unzureichend. Informationen über

- Alter der jeweiligen Zielgruppe,
- Risikofaktoren,
- Anzahl von bzw. Zeitabstände zwischen Tests,
- Durchführung der jeweiligen Untersuchung sowie
- Abklärungsdiagnostik

variierten erheblich und entbehrten oft der wissenschaftlichen Grundlage.

BDR rät zur Prüfung der Website

Der Berufsverband der Deutschen Radiologen (BDR) betont, dass nur die Brustkrebs-Früherkennung mittels CT zugelassen ist, und rät Radiologen dazu, die Praxis-Website zu überprüfen.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Vollständiges Statement des BDR online unter www.de/s3031
- Pressemitteilung des BfS online unter www.de/s3017

Organisation

Mehraufwand durch Regeln zur Arbeitszeiterfassung erwartet

Das Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zur Arbeitszeiterfassung vom 14.05.2019 sorgt für Verunsicherung ([Az. C 55/18](http://Az.C.55/18)). Bereits jetzt erfasst jedes zweite Unternehmen die Arbeitszeiten mit einem elektronischen System, dennoch wird mit Mehrbelastungen gerechnet. Dies ergibt eine Umfrage des ifo-Instituts im Auftrag von Randstad Deutschland.

Zusatzbelastungen erwartet

Zunächst muss der Gesetzgeber die Regeln zur Arbeitszeiterfassung verschärfen. Für Arztpraxen, in denen häufig die Arbeitszeiten durch die Sprechstunden vorgegeben sind, sind dabei Ausnahmeregelungen denkbar. Nach einer gesetzgeberischen Anpassung erwarten 54 Prozent der insgesamt 900 befragten Personalleiter aus Deutschland einen deutlichen bürokratischen Mehraufwand.

Keine Erfassung ist Ausnahme

Die Mehrheit der deutschen Unternehmen erfasst die Arbeitszeit ihrer Beschäftigten bereits. In 51 Prozent der Firmen wird dazu ein elektronisches Zeiterfassungssystem verwendet, weitere 20 Prozent setzen auf andere Systeme, 2 Prozent erfassen nur die Überstunden. 19 Prozent nutzen kombinierte Systeme. Nur 8 Prozent erfassen die Arbeitszeit gar nicht.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Arbeitszeiterfassung: trotz des EuGH-Urteils erst einmal abwarten“ in RWF Nr. 07/2019

Leistungsrecht**Krankenkasse muss Kosten für privatärztliche Upright-MRT-Untersuchungen tragen**

Die Kosten für ein MRT in aufrechter Körperposition (Upright-MRT) und die damit verbundenen Fahrtkosten zum Arzt sind von der gesetzlichen Krankenkasse zu erstatten, wenn diese den Leistungsantrag des Versicherten zu Unrecht abgelehnt hat und dieser sich die Leistung sodann selbst privatärztlich verschafft hat. Sieht sich die Krankenkasse außerstande, dem Versicherten notwendige Leistungen anzubieten, darf das Systemversagen nicht zu dessen Lasten gehen, so das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg (Urteil vom 25.06.2019, Az. L 11 KR 4517/18).

von RAin Dina Gebhardt,
Kanzlei am Ärztehaus, Münster,
kanzlei-am-aerztehaus.de

Sachverhalt

Ein gesetzlich krankenversicherter Patient mit einem Schwerbehindertenausweis und dem Pflegegrad 3 litt an Multipler Sklerose und war aufgrund der Lähmung beider Beine auf einen Rollstuhl angewiesen. Er beantragte bei seiner Krankenkasse unter Vorlage eines Kostenvoranschlags einer Privatpraxis die Übernahme der Kosten

- von vier Upright-MRT-Untersuchungen der LWS, BWS, HWS und des Schädels,
- der Fahrten zum Arzt und
- der Hotelübernachtung.

Den Antrag begründete er mit der drastischen Verschlechterung seines Gesundheitszustands. Aufgrund der Beugespastik seiner Beine seien MRT in liegender Position nicht möglich. Die Kasse lehnte die Kostenübernahme unter Hinzuziehung eines MDK-Gutachtens ab. Die MRT-Untersuchungen wurden dennoch durchgeführt. Der Widerspruch des Versicherten gegen die Ablehnung der Kosten-

übernahme wurde zurückgewiesen; seine daraufhin erhobene Klage blieb zunächst erfolglos.

Entscheidungsgründe

Nach Ansicht des LSG hat die Krankenkasse dem Versicherten die Kosten der Upright-MRT nebst Fahrtkosten jedoch zu erstatten. Hat eine Krankenkasse eine notwendige Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dem Versicherten dadurch Kosten für die selbstbeschaffte Leistung entstanden, sind diese von der Kasse zu erstatten, befand das Gericht.

Die streitigen Upright-MRT seien nach dem EBM abrechenbare Leistungen. Dass diese angesichts der entsprechenden Geräteausstattung überwiegend in Privatpraxen angeboten würden, stehe dem Selbstbeschaffungsrecht der Versicherten bei einer un gerechtfertigten Ablehnung nicht entgegen. Die Versicherten müssten sich notwendige Leistungen erst recht beschaffen können, wenn diese im GKV-System nicht zur Verfügung stehen. Alternativleistungen seien dem Patienten nicht zumutbar gewesen. Eine Myelografie hätte zu keinem vergleichbaren Ergebnis geführt. Auch

ein MRT im Liegen unter Vollnarkose sei aufgrund des damit verbundenen stationären Aufenthalts weder zumutbar noch erfolgversprechend.

Weiterhin bestätigte das LSG einen Anspruch des Versicherten auf die Übernahme der Fahrtkosten zu dem durchführenden Arzt. Die Kosten seien erstattungsfähig, wenn ein Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „aG“ vorgelegt wird. Die Kosten für die Hotelübernachtung seien wiederum nicht zu erstatten, da es an einer entsprechenden Rechtsgrundlage mangle.

Praxistipp

Der behandelnde, die Indikation stellende Arzt sollte den GKV-Patienten darauf hinweisen, dass das Upright-MRT eine Kassenleistung ist. Dabei darf er wiederum nicht vergessen, den Patienten auch darauf aufmerksam zu machen, dass die Kostenübernahme einer privatärztlichen Behandlung nur erfolgt, sofern der Versicherte vorher einen Antrag bei seiner Krankenkasse gestellt hat.

Fazit

Sofern die medizinische Indikation gegeben ist, hat der GKV-Patient einen Anspruch auf Durchführung eines Upright-MRT. Das Upright-MRT stellt keine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode dar, sondern ist eine nach EBM abrechenbare Leistung. Kann ein Upright-MRT von keinem vertragsärztlichen Leistungserbringer erbracht werden, kann sich der Versicherte diese Leistung bei einem Privatarzt selbst beschaffen und die Erstattung der Kosten von seiner Krankenkasse verlangen.

Wirtschaftlichkeit

Kostenrechnung in der Radiologie-Praxis: Was bringt sie und wie wird sie eingeführt?

Geschäftsführende Ärzte bzw. das Management einer radiologischen Praxis oder eines MVZ benötigen einen transparenten und sauberen Überblick über die Leistungen der Praxis und die Kostensituation. Zu diesem Zweck ist die betriebswirtschaftliche „Kosten- und Leistungsrechnung“ (kurz: Kostenrechnung) geeignet, die sich in vielen Punkten von den steuerlichen Berechnungen unterscheidet und die Kosten innerhalb der Praxis den einzelnen Leistungen bzw. Produkten möglichst verursachungsgerecht zuordnet. Kostenstrukturen und Möglichkeiten der Kostenbeeinflussung können auf diese Weise offengelegt werden.

von Prof. Günter Stephan, ehem.
Hochschule für öffentliche Verwaltung
des Landes Baden-Württemberg, Kehl,
stephan@hs-kehl.de

Wer führt eine Kostenrechnung ein?

Für die Einführung einer Kostenrechnung kommt zunächst der zuständige Steuerberater infrage, der über ein entsprechendes betriebswirtschaftliches Wissen verfügen und auch die Unterschiede zwischen Steuerrecht und Kostenrechnung kennen sollte. Steuerliche Sachverhalte stellen sich oft anders als in der Kostenrechnung dar.

Denkbar wäre auch, dass ein betriebswirtschaftlicher Berater oder Spezialist die Kostenrechnung einführt und ggf. das notwendige Know-how an einen Mitarbeiter der Praxis weitergibt. Dieser könnte dann die Kosten- und Leistungsrechnung (evtl. nach anfänglicher Betreuung) weiter fortführen.

Einführung einer Kostenrechnung in drei Schritten

Die Einführung einer Kosten- und Leistungsrechnung erfolgt in drei Schritten,

die aufeinander aufbauen. Als Basis fungiert die

- Kostenartenrechnung, auf die die
- Kostenstellenrechnung folgt, die ihrerseits eine
- Kostenträgerrechnung ermöglicht.

1. Schritt: Kostenartenrechnung

Der erste Schritt zur Einführung einer Kostenrechnung besteht im Aufbau der Kostenartenrechnung. Dabei werden die verschiedenen Kosten eines Jahres gesammelt und systematisiert.

Zu den Kosten zählen die **Personalkosten** des ärztlichen und nichtärztlichen Personals. Auch die Personalnebenkosten sowie evtl. Fortbildungskosten sind anzusetzen. Details zu den **Miet-, Energie-, Reinigungskosten**, den **Kosten für Medikamente und Infusionen** sowie für **Kleidung**, für **Versicherungen** und **Kommunikation** sind i. d. R. in der Buchführung verfügbar. Zudem sind **Abschreibungen** und **Zinsen** zu berücksichtigen.

2. Schritt: Kostenstellenrechnung

Kostenstellen sind Orte der Kostenentstehung. Die Ergebnisse bilden die Grundlage der daran anschließen-

den Kostenträgerrechnung. Deshalb sind mehrere Kostenstellen nach den Wünschen der geschäftsführenden Ärzte bzw. des Praxismanagements zu etablieren. Es könnten beispielsweise folgende Kostenstellen gebildet werden:

- Empfang
- Verwaltung
- Röntgen
- CT
- MRT
- Untersuchungen unter Einsatz von Kontrastmitteln
- Ultraschall
- Arzt 1, Arzt 2, Arzt 3 etc.

Die Anzahl der Kostenstellen ist vom Informationsbedarf des leitenden Arztes bzw. des Praxismanagements abhängig. Es gibt keine Einschränkungen bei der Anzahl der möglichen Kostenstellen. So wäre beispielsweise nur eine Kostenstelle „bildgebende Verfahren“ denkbar, wenn man ausschließlich an den Gesamtkosten „bildgebender Verfahren“ interessiert wäre. Sind jedoch die Kosten jedes bildgebenden Verfahrens von Interesse, dann sollten jeweils eigene Kostenstellen für diese drei Verfahren eingerichtet werden.

Merke

Beachten Sie bei der Wahl der Anzahl der Kostenstellen den Grundsatz: Je mehr Kostenstellen etabliert werden, desto höher ist der Aufwand in der Kostenrechnung.

Die in der Kostenartenrechnung erfassten Kosten sind jetzt auf die Kostenstellen zu verteilen, i. d. R. durch sogenannte Schlüssel (also indirekt). Die Personalkosten können zumeist direkt verteilt werden, da bekannt ist, wer in welcher Kostenstelle arbeitet. So dient z. B. die Raumgröße in Qua-

dratmetern als Schlüssel für die Raumkosten/Miete. Im Anschluss ist die jeweilige Summe pro Kostenstelle zu bilden.

3. Schritt: Kostenträgerrechnung

Im Rahmen der Kostenträgerrechnung erfolgt die Ermittlung der sogenannten **Stückkosten**, also z. B. der Kosten pro

- Röntgenuntersuchung,
- CT,
- MRT.

Die Ergebnisse der Kostenstellenrechnung werden dazu durch die Anzahl der erbrachten Leistungen dividiert. Voraussetzung ist eine genaue Ermittlung der Leistungen je Kostenstelle.

Ein Ziel der Kostenrechnung könnte z. B. sein, die Kosten pro Arbeitsstunde eines Arztes zu ermitteln. Diese Berechnung würde wiederum auch die Darstellung der Kosten pro Patientkontakt ermöglichen.

Beispiel

Ein Patient wird vom Arzt untersucht (Dauer: 10 Min.), dann werden zwei Röntgenbilder angefertigt (Kosten sind der Kostenstelle Röntgen zu entnehmen), im Anschluss erfolgt noch eine ärztliche Beratung (Dauer: 10 Min.). Die Kosten für diesen „Prozess“ liefert die Kostenträgerrechnung.

Mit den so gewonnenen Daten können beispielsweise die entsprechenden Vergütungen nach GOÄ/EBM mit den Kosten der Kostenstellen verglichen werden. Somit ist es möglich, defizitäre Bereiche zu identifizieren und den jeweiligen Kostendeckungsgrad jeder Kostenstelle zu errechnen und darzustellen. Der Kostendeckungsgrad ist das Verhältnis der Einnahmen zu den Kosten in Prozent.

Die Ermittlung und Darstellung der Auslastung jeder Kostenstelle werden ebenfalls möglich. So können Unterlastungen und evtl. Leerläufe erkannt werden.

Auswertung der Kostenrechnung

Es ist ständig zu prüfen, welche Nutzungs-/Einsatzmöglichkeiten es für die Kostenrechnung gibt, und welche Informationen die leitenden Ärzte bzw. das Praxismanagement benötigen. I. d. R. sollte die Kostenrechnung empfängerorientiert aufgebaut sein, d. h., sie orientiert sich am Informationsbedarf des Managements. Verschiedene betriebswirtschaftliche Fragestellungen und Verantwortlichkeiten können so geklärt werden.

Wie entwickeln sich Kosten?

Die in den einzelnen Kostenstellen ermittelten Gesamtkosten geben den Ressourcenverbrauch für die von dieser Kostenstelle erbrachten Leistungen wieder. Somit ist eine Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung in jeder Kostenstelle möglich, z. B. durch einen Vergleich der geplanten mit den tatsächlichen Leistungen. Allerdings müssen die Kosten der Leistungen auch geplant sein.

Zudem sind mithilfe der Ergebnisse, die die Kosten- und Leistungsrechnung liefert, auch Zeitvergleiche zwischen verschiedenen Perioden möglich.

Wer ist verantwortlich?

Die Ernennung und Zuordnung von Kostenstellenverantwortlichen sind die Voraussetzungen für eine Wirtschaftlichkeitssteuerung. Diese Kostenstellenverantwortlichen sollen Optimierungspotenziale nutzen und Verbesserungsvorschläge umsetzen.

Fazit

Die aufgebaute Kostenrechnung liefert Kostentransparenz und ist damit Grundlage für Optimierungsmaßnahmen. Damit wird eine Wirtschaftlichkeitssteuerung möglich. Ein Vergleich mit den Kosten der Vorjahre zeigt Kostentwicklungen auf. Zweckmäßig ist auch der Einsatz von Kostenstellenverantwortlichen, die für die Kosten in „ihrer“ Kostenstelle verantwortlich sind. Somit dient die Kostenrechnung als Baustein für das Controlling der Arztpraxis.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Frühwarnsysteme der radiologischen Praxis: Controlling mittels BWA und Praxissoftware“ in RWF Nr. 08/2019

Impressum



Herausgeber

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

Verlag

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

Redaktion

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

Lieferung

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

Hinweis

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