

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

10 | Oktober 2020

Umfrage

Folgen der COVID-19-Pandemie für die Radiologie in Praxis und Klinik

Die Folgen der COVID-19-Pandemie für die Radiologinnen und die Radiologen in den Krankenhäusern und den Praxen waren im RWF bereits in zahlreichen Beiträgen mit unterschiedlichen Schwerpunkten Thema. Gerne möchten wir Sie, liebe Leserinnen und Leser, nun auch direkt befragen, was Corona unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten (denn wir sind ein Wirtschaftsforum) bedeutet, welche Konsequenzen damit verbunden waren und in Zukunft noch sein werden. Die zu diesem Zweck eingerichtete [Online-Umfrage](#) ist geöffnet!

Ihre Angaben für ein treffendes Bild

Um ein möglichst genaues Bild über die Folgen der Pandemie zeichnen zu können, sind belastbare Daten und Angaben notwendig. Diese liegen teilweise vor, doch in einigen Teilbereichen ist die Datenbasis dünn. Mit der nun gestarteten Online-Umfrage zu den **Folgen der COVID-19-Pandemie für die Radiologie** verfolgen wir zwei Ziele! Die eine Zielrichtung ist der Erkenntnisgewinn. Über die Folgen einer tiefgreifenden Pandemie für die Radiologie-Institute in den Kliniken oder für radiologische Arztpraxen wollen wir möglichst realitätsnah berichten und uns möglichst wenig im Bereich der Spekulation bewegen. Der beste Weg, um dies zu tun, besteht darin, die Radiologen – also Sie – ganz einfach zu fragen...

Konsequenzen für Berichterstattung

Die Folgen der Pandemie verschieben möglicherweise auch den Fokus der Berichterstattung im RWF. Die Redaktion ist bestrebt, Ihre Themen, Fragen und Wünsche abzubilden, die Erwartungen an Themenauswahl und Schwerpunktsetzung zu erfüllen. Auch dazu dient diese [Online-Umfrage](#). Bitte nehmen Sie sich fünf bis zehn Minuten Zeit, damit wir die redaktionellen Weichen auch „nach Corona“ richtig (d. h. in Ihrem Sinne) stellen. Herzlichen Dank!

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- [Direkt zur Teilnahme an der Online-Umfrage „Folgen der COVID-19-Pandemie für die Radiologie“](#)
- [„Zur Situation und zu den Folgen der COVID-19-Pandemie für die Radiologie“ in RWF Nr. 06/2020](#)

Inhalt

Kassenabrechnung

- Orientierungswert steigt um 1,25 Prozent 2
- Obergrenze für Porto, Fax und Kopien kommt erst zum 01.10.2021 2
- Deutliche Senkung der Vergütung für Orthovolt-therapie ab 2021 2

Privatliquidation

- GOÄ-Hygienepauschale als „Lightversion“ bis zum 31.12.2020 verlängert 3

Recht

- BGH-Urteil: Beim Mammografie-Screening sind sämtliche Unklarheiten zu beseitigen 4
- Juristische Fallstricke zur SV-Pflicht bei der Beauftragung eines Vertretungsarztes 5

Röntgenkongress

- Röko auch 2021 digital 6

Praxis-/Klinikmanagement

- Compliance Management System: Was haben Radiologen damit zu tun? 7

Download

- [EBM 2021: Liste mit 65 radiologischen Leistungen inkl. Bewertungen in Euro ab 2021](#)

Honorarverhandlungen

Orientierungswert steigt um 1,25 Prozent

Da sich KBV und Krankenkassen im Bewertungsausschuss zum Orientierungswert 2021 nicht einigen konnten, musste der um unparteiische Mitglieder ergänzte Erweiterte Bewertungsausschuss entscheiden. Dieser hat gegen die Stimmen der KBV-Vertreter eine Anpassung des Orientierungswerts um 1,25 Prozent beschlossen. Zusammen mit der Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) ergibt sich aus dieser Honorarverhandlungsrunde nach KBV-Lesart ein Gesamtergebnis von 570 Mio. Euro.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat eine Erhöhung des **Orientierungswerts** von derzeit 10,9871 Cent um 1,25 Prozent beschlossen. Der Orientierungswert steigt somit zum 01.01.2021 auf **11,1244 Cent**. Dies entspricht einer Erhöhung bundesweit um ca. **500 Mio. Euro**.

Eine Erhöhung der **MGV** resultiert – regional unterschiedlich – aus der Entwicklung der Morbidität (Behandlungsdiagnosen) und der Demografie (Alter und Geschlecht). Der Bewertungsaus-

schuss hat hierzu Empfehlungen an KVen und Krankenkassen gegeben, die bei den Verhandlungen für 2021 zu berücksichtigen sind. Der Mittelwert beider Veränderungsdaten schwankt zwischen +0,63 Prozent (Mecklenburg-Vorpommern) und –0,25 Prozent (Bremen). Bundesweit geht die KBV von einem zusätzlichen Honorarvolumen in Höhe von **70 Mio. Euro** aus.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Eine Liste der radiologischen Leistungen mit den Bewertungen in Euro ab 2021 steht zum [Download](#) bereit.

Kassenabrechnung

Obergrenze für Porto, Fax und Kopien kommt erst zum 01.10.2021

Mit den Änderungen der Abrechnungsregelungen für Porto, Fax und Kopien sollten zum 01.07.2020 auch Höchstwerte für die neuen Kostenpauschalen (EBM-Nrn. 40110 und 40111) eingeführt werden ([RWF Nr. 05/2020](#)). Die Einführung wurde aber verschoben.

Der Bewertungsausschuss hat die Einführung dieser Höchstwerte um fünf Quartale verschoben, weil die Ausstattung für die elektronische Kommunikation in den Arztpraxen länger dauert als angenommen. Der Höchstwert für die Kostenpauschalen 40110 und 40111 in Höhe von 445,50 Euro

je Arzt und Quartal gilt somit erst ab dem 01.10.2021. Auch die Absenkung dieser Höchstwerte in den beiden Folgejahren verschiebt sich um fünf Quartale (ab Quartal IV/2022 auf 306,99 Euro und ab Quartal IV/2023 auf 76,95 Euro je Arzt und Quartal).

EBM 2021

Deutliche Senkung der Vergütung für Orthovolttherapie ab 2021

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 01.01.2021 die strahlentherapeutischen Leistungen des Kapitels 25 umstrukturiert und **neu bewertet**. Von diesen Änderungen sind auch Radiologen betroffen, die über eine Genehmigung zur Weichstrahl- oder Orthovolttherapie verfügen.

Der Bewertungsausschuss hat folgende Änderungen beschlossen:

- Die Bewertung der **Nr. 25310** für die Weichstrahl- oder Orthovolttherapie sinkt zum 01.01.2021 von bisher 126 Punkten je Behandlungstag auf 92 Punkte (10,23 Euro).
- Die Kostenpauschale **Nr. 40841** (23,85 Euro) für individuell angepasste Ausblendungen, Kompensatoren und/oder individuell gefertigte Lagerungs- bzw. Fixationshilfen wurde zum Jahresende **gestrichen**.
- Die Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung – **Nr. 25314** – steigt zum 01.01.2021 von bisher 90 Punkten auf 257 Punkte (28,59 Euro).
- Die strahlentherapeutischen Leistungen werden ab 2021 für zunächst zwei Jahre innerhalb der **morbiditätsbedingten Gesamtvergütung** vergütet. Die Höhe der Vergütung ist damit abhängig von den regionalen Honorarverteilungsregelungen.

Sonderregelungen COVID-19

GOÄ-Hygienepauschale als „Lightversion“ bis zum 31.12.2020 verlängert

Die Bundesärztekammer (BÄK), der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und die Beihilfekostenträger haben den Geltungszeitraum der GOÄ-Abrechnungsempfehlungen für die Erfüllung aufwendiger Hygienemaßnahmen im Rahmen der COVID-19-Pandemie erneut verlängert, allerdings in einer abgespeckten Variante!

von Ernst Diel, ehem. Leiter
Grundsatzfragen PVS Büdingen

GOÄ-Hygienepauschale ab
01.10.2020 auf 6,41 Euro reduziert

Im Rahmen einer Kompromisslösung erfolgt die Berechnung der **Nr. 245 GOÄ analog** in der Zeit vom 01.10.2020 bis 31.12.2020 nur noch zum 1,0-fachen Satz in Höhe von 6,41 Euro (bis 30.09.2020: 2,3-facher Satz, 14,75 Euro). Ursprünglich sollte die Abrechnungsempfehlung, die zunächst bis zum 30.06.2020 befristet war, nach der ersten Verlängerung zum 30.09.2020 auslaufen (RWF Nr. 08/2020).

Die neue Formulierung in der Abrechnungsempfehlung ändert sich für die Zeit ab dem 01.10.2020 dementsprechend.

GOÄ-Hygienepauschale
(01.10. bis 31.12.2020)

- Erfüllung aufwendiger Hygienemaßnahmen im Rahmen der COVID-19-Pandemie, je Sitzung.
- Analog Nr. 245 GOÄ, erhöhte Hygienemaßnahmen, zum 1,0-fachen Satz.

Steigerung weiterer Leistungen

Weiterhin gilt, dass bei der Berechnung der Analoggebühr nach

Nr. 245 GOÄ ein erhöhter Hygieneaufwand nicht zeitgleich durch Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes für die in der Sitzung erbrachten ärztlichen Leistungen berechnet wird. Wird der Zuschlag nach Nr. 245 GOÄ analog berechnet, so dürfen die weiteren abgerechneten Leistungen also nicht mit der Begründung „Besonderer Hygieneaufwand“ zum erhöhten Steigerungssatz berechnet werden.

Merke

Ein erhöhter Steigerungssatz **aus anderen Gründen** ist neben dem Ansatz der Nr. 245 GOÄ analog durchaus möglich!

Hygienezuschläge bei Krankenhausaufenthalten

Die Nr. 245 GOÄ analog ist nicht berechnungsfähig, sofern eine stationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V erfolgt und für diese Krankenhäuser nach Maßgabe des Krankenhauszukunftsgesetzes entsprechende Hygienezuschläge vereinbart worden sind.

Merke

Nr. 245 GOÄ analog kann bei **jedem** persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt angesetzt werden, also ggf. auch mehrmals wöchentlich!

Empfehlungen zur Telemedizin
ebenfalls verlängert

Die Abrechnungsempfehlungen von BÄK, Bundespsychotherapeutenkammer, PKV-Verband und den Trägern der Beihilfe zu **telemedizinischen Leistungen** im Rahmen der COVID-19-Pandemie („Telemedizin-Psychotherapie-Abrechnungsempfehlungen“) wurden ebenfalls bis zum 31.12.2020 in sonst unverändertem Wortlaut verlängert. Für Radiologen dürfte dabei das Konsil (Nr. 60 GOÄ) von Interesse sein, das aufgrund der COVID-19-Pandemie auch in Form von Videokonferenzen möglich ist.

Konsil nach Nr. 60 GOÄ

- Vorstellung eines Patienten und/oder Beratung über einen Patienten in einer interdisziplinären und/oder multiprofessionellen Videokonferenz, zur Diagnosefindung und/oder Festlegung eines fachübergreifenden Behandlungskonzepts, originär Nr. 60 GOÄ. Die Leistung nach Nr. 60 darf grundsätzlich nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt zuvor oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung persönlich mit dem Patienten und dessen Erkrankung befasst hat.
- Zunächst befristet bis zum 31.12.2020 ist die vorherige oder im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der konsiliarischen Erörterung stehende persönliche Befassung mit dem Patienten nicht erforderlich, sofern es sich aus Umständen im Rahmen der COVID-19-Pandemie ergibt. In diesen Fällen kann die Befassung mit dem Patienten auch per Videoübertragung (z. B. Videosprechstunde) erfolgen.

Haftungsrecht

BGH-Urteil: Beim Mammografie-Screening sind sämtliche Unklarheiten zu beseitigen

Bei einer Brustuntersuchung zur Früherkennung einer Krebserkrankung soll ein Radiologe Auffälligkeiten (hier: eingezogene Brustwarze) zur Kenntnis nehmen und dann weitere fachlich gebotene diagnostische Maßnahmen einleiten. Da die eingezogene Brustwarze ein Anzeichen für Brustkrebs sein kann, hat er dann den Verdacht auf Brustkrebs diagnostisch abzuklären. Tut der Radiologe dies nicht und erkrankt die Frau an Brustkrebs, so ist dies ein fehlerhaftes Verhalten des Arztes, ein **Befunderhebungsfehler**. Der Arzt ist der Patientin deshalb zu Schadenersatz und Schmerzensgeld verpflichtet (Bundesgerichtshof [BGH], Urteil vom 26.05.2020, Az. VI ZR 213/19).

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

Sachverhalt

Der beklagte und in einer Gemeinschaftspraxis tätige Radiologe untersuchte die Brüste der Klägerin (Mammografie-Screening) zunächst im Jahr 2010. Die Brüste waren dabei unauffällig.

Im Jahr 2012 untersuchte eine Frauenärztin die Klägerin zur Krebsvorsorge, ebenfalls **ohne** auffälligen Befund.

Die Klägerin ließ sich im April 2012 erneut vom beklagten Radiologen zur allgemeinen turnusmäßigen Krebsfrüherkennung untersuchen. Dabei gab sie gegenüber dem Radiologen an, die rechte Brustwarze sei seit ca. einem Jahr leicht eingezogen (sog. Retraktion der Mamille). Der Arzt bewertete die Brust als „normal“ (BI-RADS 1 = Normalbefund) und teilte der Patientin mit, es bestünden keine Auffälligkeiten. Der eingezogenen Brustwarze ging der Radiologe nicht weiter nach.

Weil sich die rechte Brustwarze weiter einzog, ging die Patientin im Jahr 2014 zu einem Frauenarzt, der Brustkrebs diagnostizierte. Es folgten Operationen, bei denen Karzinome und Lymphknoten entfernt wurden. Die Patientin erhielt auch Bestrahlungen und eine Chemotherapie.

Die Patientin warf dem Radiologen vor, er habe seine Mammografie-Screenings fehlerhaft bewertet und erforderliche weitere Befunderhebungen unterlassen. Bei korrektem Vorgehen wäre der Brustkrebs in einem Stadium entdeckt und behandelt worden, in dem noch keine Lymphknoten befallen gewesen wären. Einer Chemotherapie hätte es dann nicht bedurft und die Anzahl der Bestrahlungen wäre geringer gewesen.

Das Landgericht hat die beklagte radiologische Praxis unter Abweisung der Klage im Übrigen gesamt-schuldnerisch zur Zahlung eines

- Schmerzensgelds von 10.000 Euro und
- zum Ersatz des materiellen Schadens in Höhe von 773,14 Euro zuzüglich Nebenkosten verurteilt.

Zudem wurde die Ersatzpflicht für künftige Schäden festgestellt. Die Berufung der Radiologiepraxis hat das Oberlandesgericht (OLG) zurückgewiesen. Die Praxis legte Revision beim BGH ein. Sie wandte unter anderem ein, der Radiologe hätte darauf vertrauen dürfen, dass die von der Klägerin angegebene Mamillenretraktion bei der 2012 bereits erfolgten Brustkrebsvorsorgeuntersuchung abgeklärt worden war.

Entscheidungsgründe

Der BGH bestätigte die Entscheidung des OLG, das einen Befunderhebungsfehler des Arztes bejaht hatte. Dabei nahm der BGH auf seine bisherige Rechtsprechung Bezug und führte zu dem vorliegenden Fall aus:

Auszug aus der BGH-Entscheidung

„Der für die Auswertung eines Befundes verantwortliche Arzt hat all die Auffälligkeiten zur Kenntnis und zum Anlass für die gebotenen Maßnahmen zu nehmen, die er aus berufsfachlicher Sicht seines Fachbereichs unter Berücksichtigung der in seinem Fachbereich vorausgesetzten Kenntnisse und Fähigkeiten sowie der Behandlungssituation feststellen muss. Diese Pflicht besteht erst recht dann, wenn, wie bei einem Mammografie-Screening, Zweck der Untersuchung die Früherkennung einer Krebserkrankung ist und es sich um eine im Rahmen der Anamnese nachgefragte und angegebene Auffälligkeit (hier: Mamillenretraktion) handelt, die auf eben eine solche Krebserkrankung hindeuten kann.“

Der Schwerpunkt der Vorwerfbarkeit ärztlichen Fehlverhaltens lag hier aus

Sicht des BGH in der unterbliebenen Befunderhebung als solcher (und nicht in dem Unterlassen von Warnhinweisen zum Zwecke der Sicherstellung des Behandlungserfolgs = Aufklärungsfehler).

Der BGH verwarf auch den Einwand des beklagten Radiologen, der vorbehandelnde Arzt hätte (im Rahmen der sog. horizontalen Arbeitsteilung) die Mamillenretraktion abklären müssen. Der BGH verneinte schon eine Arbeitsteilung, weil die Frauenärztin kurativ behandelte, während die Radiologen zur Krebsfrüherkennung tätig wurden, und zwar ohne dass die Frauenärztin die Klägerin überwiesen hatte. Die Klägerin kam nämlich wegen einer allgemeinen turnusmäßigen Krebsfrüherkennungsuntersuchung zu dem Radiologen.

Praxistipp

Ist die medizinische Lage nicht eindeutig, sollte der Arzt im Zweifel weitere Diagnostik durchführen!

Im vorliegenden Fall lag keine eindeutige Situation vor, weil die Ursache der eingezogenen Brustwarze unklar war. Der Auftrag an den Arzt lautete auf Krebsfrüherkennung (Mammografie-Screening). Bei diesem Auftrag muss der Arzt die unklare Situation weiter aufklären. Denn eine eingezogene Brustwarze kann – wie der Gerichtssachverständige ausführte – auch eine Folge einer Brustkrebserkrankung sein.

Bei der Diagnostik gilt: Lieber zu viel als zu wenig. Wegen übermäßiger Diagnostik ist bisher noch kein Arzt bestraft worden (auch wenn es im Einzelfall dann zu abrechnungstechnischen Problemen kommen kann).

Sozialversicherungsrecht

Juristische Fallstricke zur SV-Pflicht bei der Beauftragung eines Vertretungsarztes

Radiologen müssen sich – wie alle anderen Vertragsärzte auch – im Falle der Verhinderung nach § 32 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) vertreten lassen. Üblicherweise wird zwischen Vertragsarzt und Vertreter auf Basis eines mündlichen oder schriftlichen Vertrags ein entsprechendes Honorar vereinbart und die Vertragsparteien gehen (zumindest stillschweigend) davon aus, dass zwischen ihnen **kein** sozialversicherungsrechtliches Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 7 SGB IV zustande kommt. Doch das ist nicht immer zutreffend.

Deutsche Rentenversicherung versus BSG-Urteil von 1959

Zumindest ist die Deutsche Rentenversicherung (DRV) bei Ärzten in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) hinsichtlich der Beurteilung des sozialversicherungsrechtlichen Beschäftigungsverhältnisses anderer Auffassung. Dies zeigen aktuelle Urteile auf.

Dabei hatte das Bundessozialgericht (BSG) bereits in seinem Urteil vom 27.05.1959 (Az. 3 RK 18/55) entschieden, dass ein **Röntgenfacharzt**, der einen Praxisinhaber in seinen Räumen vertritt, nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht, wenn dieser bei der Ausübung seiner Tätigkeit als Arztvertreter nicht aufgrund besonderer Vereinbarungen den Weisungen des Praxisinhabers unterworfen ist.

Dem Umstand, dass der Vertreter dabei notwendigerweise in den Betriebsablauf der bestehenden Praxis durch Nutzung der sächlichen und personellen Mittel eingebunden ist, hat das BSG demgegenüber nur eine untergeordnete Rolle zugemessen.

von RA, FA für SozR und ErbR
Andreas Mikysek, Moers/Düsseldorf
bueting-tessmer.de

LSG Baden-Württemberg sieht keine SV-Pflicht bei BAG

Das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg hatte nun über die Frage zu entscheiden, ob eine **Fachärztin für Radiologie**, die für verschiedene Vertragsärzte einer BAG Urlaubsvertretungen übernommen hatte, in einem Beschäftigungsverhältnis zur BAG stand (Urteil vom 21.02.2017, Az. L 11 R 2433/16). Die DRV hatte zuvor eben dies angenommen. Dabei hat sich die DRV insbesondere darauf gestützt, dass zwischen der Vertretung in einer **Einzelpraxis** und in einer **Gemeinschaftspraxis** unterschieden werden müsse.

Auch bei längerer Abwesenheit eines Praxispartners könne eine **Gemeinschaftspraxis** fortgeführt werden. Der fehlende Arzt müsse nicht „von außen“ ersetzt werden. Der Vertreter sei dementsprechend im Rahmen einer fremden Betriebsorganisation tätig. Diese pauschalen Annahmen hat das LSG so nicht stehen lassen und im Ergebnis hier kein Beschäftigungsverhältnis angenommen. Dabei

hat das Gericht durchaus die strukturellen Unterschiede bei der Vertretung in einer Einzelpraxis und einer Gemeinschaftspraxis gewürdigt. Im Rahmen der zu treffenden Gesamtwürdigung hat das LSG aber angenommen, dass die Vertreterin nicht derart in die betriebliche Eigenorganisation eingegliedert war, dass von einem Beschäftigungsverhältnis auszugehen ist.

LSG Berlin-Brandenburg stellt SV-Pflicht im Fall eines MVZ fest

Zu einem anderen Ergebnis kam das LSG Berlin-Brandenburg bei der sozialversicherungsrechtlichen Beurteilung eines Facharztes für Innere Medizin, der die Urlaubsvertretung für Ärzte in einem MVZ übernahm (Urteil vom 17.02.2020, Az. L 9 BA 92/18). Das Gericht hat ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis angenommen, da der Vertreter gegenüber dem MVZ weisungsgebunden und in dessen Betriebsabläufe eingegliedert sei. Das Weisungsrecht hat das LSG unter anderem daraus geschlossen, dass der Vertreter Patienten behandelt hat, die vom MVZ einbestellt wurden. Die Einbindung in die Betriebsorganisation hat das Gericht beispielsweise daraus hergeleitet, dass der Vertreter die Infrastruktur des MVZ genutzt hat und dem nichtärztlichen Personal im Rahmen seiner Tätigkeit Anweisungen erteilt hat.

Zwischenfazit

Die Entscheidung des LSG Berlin-Brandenburg überzeugt nicht, weil sie sich **nicht** mit den maßgeblichen Argumenten des BSG-Urteils von 1959 auseinandergesetzt hat. Dennoch zeigen beide LSG-Urteile auf, dass bei der Beauftragung eines Vertreters in einer Gemeinschaftspraxis oder in einem MVZ Vorsicht geboten ist!

Vertragsgestaltung und „gelebte Verhältnisse“ entscheidend

Ob ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 7 SGB IV vorliegt, entscheidet die Rechtsprechung im Rahmen einer Gesamtabwägung, bei der die

- Weisungsgebundenheit und
- Eingliederung in den Betrieb

anhand verschiedener Einzelkriterien festgestellt werden.

Um hier nicht in eine Falle zu tappen, bedarf es zum einen einer **Vertragsgestaltung**, die Risiken minimiert. Zum anderen kommt es aber auch auf die „**gelebten Verhältnisse**“ an. Hier muss jeweils im Einzelfall sehr genau geschaut werden, welches Maß an Weisungsgebundenheit und Eingliederung in den Betrieb noch unschädlich ist und ab wann das Risiko einer Scheinselbstständigkeit zu groß ist. Dies gilt letztlich auch bei der Vertretung in einer Einzelpraxis.

Fazit

Auch wenn das BSG in seinem Urteil vom 27.05.1959 bei der Beurteilung des sozialversicherungsrechtlichen Beschäftigungsverhältnisses im Fall einer ärztlichen Vertretung grundsätzlich zu einem „**arzneifreundlichen**“ Ergebnis (= **keine** Sozialversicherungspflicht) gekommen ist, darf nicht verkannt werden, dass auch in dieser Entscheidung maßgeblich auf die Einzelfallverhältnisse abgestellt worden ist. Im Zweifel sollte daher vor der Beauftragung eines Praxisvertreters anwaltlicher Rat in Anspruch genommen werden, um das Vertretungsverhältnis auf eine belastbare rechtliche Grundlage zu stellen und sozialversicherungsrechtliche Risiken zu minimieren.

Röntgenkongress Röko auch 2021 digital

Auch der 102. Deutsche Röntgenkongress (Röko) im Jahr 2021 wird nicht als viertägige Präsenzveranstaltung, sondern digital stattfinden, so die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG).

Bereits der Röko 2020 wurde wegen der COVID-19-Pandemie als „Röko digital“ durchgeführt. Für DRG-Präsident Prof. Dr. Gerald Antoch war es eine „schwere Entscheidung“, die durch positive Rückmeldungen zum diesjährigen Röko digital ein wenig erleichtert wurde. Ursprünglich sollte der Röko 2021 mit Präsenzveranstaltungen in Wiesbaden stattfinden.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Vollständige Mitteilung des DRG-Präsidenten zum Röko 2021 online unter www.de/s4061

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 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.

Haftung

Compliance Management System: Was haben Radiologen damit zu tun?

Für alle Radiologen, die nicht in einer Einzelpraxis tätig sind, könnte Compliance in der Zukunft interessant werden, da die Regierung einen Gesetzesentwurf vorgelegt hat, mit dem Straftaten in Unternehmen mit hohen Geldbußen sanktioniert werden sollen. Das Gesetz zur Stärkung der Integrität in der Wirtschaft soll auch für Gesellschaften und damit Berufsausübungsgemeinschaften und zumindest nicht freigemeinnützige Krankenhäuser gelten. Compliance-Maßnahmen können sich positiv auf die Sanktionszumessung auswirken.

von RAin Babette Christophers LL.M.,
FAin für MedizinR und SozialR,
Münster, christophers.de

Was ist ein Compliance Management System (CMS)?

Bei dem Begriff „Compliance“ wird der Arzt zuerst an das kooperative Mitwirken des Patienten bei der Therapie denken. Compliance im Sinne eines CMS bedeutet aber, dass

- Gesetze,
- Richtlinien und
- selbst auferlegte Kodizes

eingehalten werden. Dabei geht es vor allem darum, strafrechtlich relevantes Mitarbeiterverhalten und damit Skandale sowie die Zahlung von Schadenersatz zu vermeiden, die das Haus finanziell ruinieren können. Daneben gilt es, alle rechtlichen Regelungen zu befolgen, die der Klinik oder der Praxis auferlegt sind.

Aufbau eines Compliance-Programms

Der Weg zur Compliance startet von oben. Die „Kultur“ einer Klinik oder einer Praxis wird durch die Geschäftsleitung bestimmt. Deshalb kann ein Compliance-Programm nur funktio-

nieren, wenn die Geschäftsleitung und die führenden Köpfe – wie etwa Chefärzte – von diesem System überzeugt sind und es selbst vorleben. Dafür sollte zunächst ein Verhaltenskodex festgelegt werden. Darin werden ethische Grundsätze formuliert; zudem wird auf geltende Gesetze und Richtlinien hingewiesen, um alle Mitarbeiter für rechtliche Risiken im Berufsalltag zu sensibilisieren. Jeder Mitarbeiter muss auf dieses schriftlich niedergelegte Compliance-Programm jederzeit Zugriff haben.

Einbeziehung der Mitarbeiter

In einem zweiten Schritt werden diese Grundsätze an die Mitarbeiter regelmäßig und in geeigneter Form kommuniziert; eine einmalige Schulung genügt hier nicht. Auch der Hinweis, jeder Mitarbeiter möge doch bitte die neu vereinbarten Verhaltensregeln studieren, genügt nicht, um zu erreichen, dass jeder Mitarbeiter die vereinbarten Grundsätze verinnerlicht und den Sinn für das Unternehmen und sich persönlich nachvollziehen kann.

Anonymes Meldesystem – CIRS

Um auf Fehlverhalten von Mitarbeitern zu reagieren, sollte ein anonymes Hinweisgebersystem installiert

werden. Dabei kann jeder Mitarbeiter – ohne Repressalien zu fürchten – Hinweise auf Personen, Abläufe oder besondere Vorfälle geben. Der Compliance-Beauftragte muss unverzüglich diesen Hinweisen nachgehen und reagieren, um Schaden abzuwenden oder zu begrenzen. Beispielhaft sei auf das Critical Incident Reporting System (CIRS; vgl. kh-cirs.de) verwiesen, das jedoch nur ein Hinweisgebersystem für **klinische Zwischenfälle** abbildet, damit können also nur Fehler in der Behandlung von Patienten gemeldet werden.

Welche Rolle spielen Ärzte im CMS?

Für führende Klinikärzte und Verantwortliche in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) bietet ein funktionierendes CMS die Möglichkeit,

- das Risiko des Organisationsverschuldens zu verringern,
- die Überwachung bestimmter Risiken zu delegieren und Organisationsaufgaben und Kompetenzen klar abzugrenzen sowie
- fahrlässig aufgetretene Fehler aufzudecken und zu korrigieren.

Beispiel 1 – die alkoholkrankes Krankenschwester

Chefarzt C hat durch seinen Chefarztvertrag die ärztliche und fachliche Verantwortung für die Behandlung, Untersuchung und die sonstigen Dienstleistungen am Patienten in seiner Abteilung. Er hat insbesondere für die Überwachung des nachgeordneten Personals zu sorgen und bei Auswahl und Einsatz der Mitarbeiter auf ihre Qualifikation zu achten.

Mitarbeiterin M ist eine gut ausgebildete Krankenschwester, die jedoch aufgrund einer Alkoholkrankheit, die niemandem bekannt ist, oft nicht konzentriert bei der Sache ist. Den Kolle-

gen fällt lediglich auf, dass es vermehrt in den Schichten der M zu Fehlern kommt, die nicht vollständig aufgeklärt werden. M ist bei ihren Kolleginnen und Kollegen beliebt und niemand will einen Verdacht äußern.

Hotline eröffnet Möglichkeiten

Bei diesem Beispiel kann eine anonyme Hotline helfen, die Bestandteil des CMS ist. Damit wird die Grundlage für weitere Ermittlungen geschaffen, ohne dass M direkt beschuldigt wird oder der anzeigende Kollege als Veräter dasteht. In Schulungen muss vermittelt werden, dass Loyalität gut ist, aber auch Grenzen hat. Sie sind dort zu ziehen, wo ein Verhalten Leib und Leben anderer gefährden kann. Dann muss sofort gehandelt werden, um dieses gefährliche Verhalten abzustellen.

Überwachungspflichten erfüllt?

Wenn der Chefarzt nachweisen kann, dass regelmäßig zwischen ihm und den Mitarbeitern kommuniziert wird, es eine Hotline gibt und von dieser auch Gebrauch gemacht wird und die Mitarbeiter zudem regelmäßig geschult werden, kann dem Chefarzt nicht der Vorwurf gemacht werden, er habe seine Überwachungspflichten gegenüber dem nachgeordneten Personal verletzt.

Beispiel 2 – Ermächtigter Radiologie-Chefarzt delegiert an Oberarzt

Chefarzt D leitet eine radiologische Klinik und ist ermächtigt, auf Überweisung niedergelassener Ärzte Leistungen zu erbringen. Die Leistungen werden über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) abgerechnet. Da D sehr eingebunden ist in die tägliche Arbeit sowie Forschung und Lehre, delegiert er die Durchführung der Leistung an seinen Oberarzt O, der fachlich gleich qualifiziert ist. Mit der

Zeit wird es gang und gebe, dass O einen Teil der Leistungen erbringt, die im Rahmen der Ermächtigung abgerechnet werden.

Merke

Die Abrechnung ärztlicher Leistungen dürfte in nahezu allen Krankenhäusern ein nicht zu unterschätzendes Risiko darstellen. Wird die Abrechnungspraxis im Rahmen einer Ermächtigung (so wie im Beispiel skizziert) durch interne Kontrollen, die zum Compliance-Management gehören, hinterfragt, so wird auffallen, dass eine Delegation dieser Leistungen nicht zulässig ist. Honorarrückforderungen durch die KV drohen.

Chefarzt durfte Leistungen nicht an Oberarzt delegieren

Der persönlich ermächtigte Arzt darf seine Leistungen grundsätzlich nicht an ärztliche Mitarbeiter delegieren, weil er keine Ärzte anstellen oder Assistenten beschäftigen darf; insofern ist er zur höchstpersönlichen Leistung verpflichtet. Chefarzt D muss daher die Delegation der Leistungserbringung sofort einstellen, um drohenden Schaden abzuwenden. D darf lediglich delegieren im Fall von

- Krankheit,
- Urlaub,
- Fortbildung oder
- einer Wehrübung.

Verfahren wegen Abrechnungsbetrug droht

Neben der Honorarrückforderung droht auch ein Disziplinarverfahren durch die KV sowie die Einleitung eines staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahrens wegen Abrechnungsbetrugs. Letzterer läge dann vor, wenn D vorsätzlich die von O erbrachten Leistungen über seine

Ermächtigung abgerechnet hat und dabei wusste, dass keine Vertretung gem. § 32a Ärzte-Zulassungsverordnung vorlag (also Krankheit, Urlaub, Fortbildung, Wehrübung) und O die Leistung nicht erbringen durfte.

Das Beispiel wirft die Frage auf, wie die Abrechnungsabteilung überwacht werden kann. Das CMS muss vorgeben, ob die Überwachung durch

- Mitarbeiter der eigenen Abteilung im Vier-Augen-Prinzip,
- durch Externe,
- durch eine – ggf. einzurichtende – Compliance-Abteilung oder
- durch den Vorgesetzten erfolgt.

Allein die Festlegung dieser Prozedur kann komplex sein und ist im Hinblick auf Kosten und Effizienz gut zu überlegen.

Fazit

Ein professionell eingerichtetes Compliance Management System (CMS) mit den drei Säulen

- **vorbeugen,**
- **aufdecken** und
- **reagieren**

bringt mehr Transparenz und dadurch eine Offenlegung von Risiken im Unternehmen bzw. in der Klinik. Compliance erfordert also Mut, sich den kritischen Stellen im Unternehmen zu stellen. Gerade im Gesundheitswesen, das sich durch eine hohe Verantwortung gegenüber den Patienten und den Kostenträgern auszeichnet und in dem Ärzte aus ihrem Berufsrecht heraus eine hohe ethische Verantwortung tragen, sollte Compliance selbstverständlich sein.