

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

12 | Dezember 2019

Interview

Zukunft der Radiologie? „Arzt bleiben!“

Die Radiologie hat in den letzten Jahren große Veränderungen erfahren. Entscheidungen können zunehmend evidenzbasiert und automatisiert getroffen werden. Radiologen erhalten validere Ergebnisse in kürzerer Zeit. Diana Runge M.A., „Ressourcen Detektiv“ und Chefarzt Coach (dianarunge.de), sprach mit **Prof. Dr. Stefan Schönberg**, Direktor des Instituts für Klinische Radiologie und Nuklearmedizin des Universitätsklinikums Mannheim, über Möglichkeiten und Grenzen der Digitalisierung in der Radiologie. Prof. Schönberg ist ehemaliger Präsident der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) (2017-2019) sowie wissenschaftlicher Beirat u. a. von Online-Diensten wie z. B. smart-radiology.com.

Redaktion: Mit welchen Herausforderungen beschäftigt sich die Radiologie aktuell?

Prof. Dr. Stefan Schönberg: Im Bereich der Diagnostik gibt es drei große Herausforderungen.

1. Klinisch, bedingt durch die steigende Anzahl an Notfallpatienten, ist eine **permanente Anwesenheit der Radiologen** erforderlich. Der Notfallversorgung mit Schock- und Schlaganfallversorgung kommt daher eine zentrale Rolle zu.
2. Die ärztliche Tätigkeit wird hochwertgeschätzt, und erfordert eine 24/7-Präsenz, die durch die Zentrierung großer Krankenhäuser

erfolgt. Dies führt zu **neuen Arbeitszeitmodellen**, die entgegen dem allgemeinen Trend noch mehr Präsenz außerhalb der üblichen Kernarbeitszeiten ermöglichen. Am Universitätsklinikum Mannheim haben wir deshalb extra einen neuen 24/7-Schichtdienst eingeführt.

3. In die Diagnosen fließen **große Datenmengen** ein. Ärzte sind gezwungen, diese Daten in ihre Entscheidungen miteinzubeziehen. Digitale Systeme und Künstliche Intelligenz (KI) gleichen ein Bild mit vorhandenen Bildern bzw. Vorwissen ab und können binnen kürzester Zeit Diagnosen, die bereits hundertfach gestellt wurden, reproduzieren und angeben.

Inhalt

Privatliquidation

CT und Kontrastmittelgabe:
In welchen Fällen ist Nr. 5376
GOÄ berechnungsfähig? 3

Kommentar

Die „GOÄneu“ verschimmelt ... 4

Leistungsrecht

Die Abrechnung der IMRT-
Behandlung – Ein Drama mit
offenem Ende! 5

Dokumentation

Pass für Bildgebung im
Kindes- und Jugendalter 6

DS-GVO

Datenschutz und Datensicherheit
bei Teilnahme an der
Teleradiologie 7

Downloads

Fachbeitrag „So funktioniert die
korrekte Analogabrechnung bei
Privatpatienten“ sowie das
Verzeichnis analoger Bewertungen
der Bundesärztekammer

Redaktion: Welche strategischen Schwerpunkte gibt es?

Prof. Dr. Stefan Schönberg: Während in der Diagnostik Herausforderungen bestehen, ergeben sich zunehmend Chancen in der minimal-invasiven Therapie. Im Forschungscampus M2OLIE (Mannheimer Molecular Intervention Environment), einem durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungscampus-Projekt mit Partnern aus Industrie und Forschung, beschäftigen wir uns beispielsweise mit innovativen robotischen Assistenzsystemen für eine präzisere Nadelführung bei der perkutanen Tumorablation. Gleichzeitig geht es darum, Wissen zu objektivieren, in den Befund strukturiert einzubinden und Unsicherheiten zu eliminieren. Hierzu zählt auch die Nutzung von Assistenten, die Berichte, Daten und Einschätzungen optimieren und strukturieren, sodass z. B. Konturen von Tumorverläufen besser erkannt werden können.

Redaktion: Inwieweit werden Online-Dienste für Radiologen angeboten?

Prof. Dr. Stefan Schönberg: Das Universitätsklinikum hat einen wissenschaftlichen Kooperationsvertrag beispielsweise mit dem 2014 gegründeten Online-Dienst smart-radiology.com abgeschlossen. Die radiologischen Befunde können mithilfe dieses Online-Dienstes strukturiert erstellt, anonymisiert in eine zentrale Datenbank gebracht und zukünftig auch wissenschaftlich ausgewertet werden. Radiologen können dort beispielsweise das von uns entwickelte Template „Prostata MRT“ kostenfrei nutzen.

Redaktion: Was schätzen die Nutzer an diesem Online-Dienst?

Prof. Dr. Stefan Schönberg: Radiologinnen und Radiologen sowie andere klinische Fachdisziplinen lieben objektiviertes Wissen. Es nützt den weniger erfahrenen Generalisten und kann auch sie zu Spezialisten machen. Die zunehmende Komplexität bzw. die steigende Zahl an Daten wäre sonst eine kaum zu bewältigende Herausforderung. Daten können so auch besser vernetzt und global genutzt werden. Neue Technologien und KI-Anwendungen werden auch für andere medizinische Fachdisziplinen zunehmend wichtiger.

Redaktion: Welchen Mehrwert bieten Cloud-basierte Online-Dienste den Radiologen?

Prof. Dr. Stefan Schönberg: Crowd Intelligence wird bisweilen überbewertet. Unstrukturierten Datenbanken fehlt häufig die objektive Erfassung und ein gezieltes Vorgehen mit qualitätsgesicherter Überprüfung der Daten. Befunde brauchen Struktur und benötigen annotierte Daten für die Objektivierung. Globales Wissen wird abgeglichen und in die eigene Entscheidung mit einbezogen. Computerprogramme können lernen, Diagnosen werden objektiver und sicherer.

Redaktion: Wie unterstützt KI den Radiologen?

Prof. Dr. Stefan Schönberg: KI ist hilfreich und unterstützt auf drei Ebenen:

1. Prozessmanagement: gepflegt, strukturiert, iterativ überprüfend
2. Annotierte Daten: Algorithmen definieren, quantitative Analyse und qualitative Sicherung der Daten
3. Assoziative Intelligenz: Zusammenhänge und qualitative Umfänge

evaluieren, ein bestmögliches Qualitätsmanagement durchführen

Nötig ist der Kontext zum Befund, Zusammenhänge zu verifizieren, neue Assoziationen zwischen Daten zu erstellen – transparent; einer Datenethik sowie Qualitätskriterien folgend.

Redaktion: Was ist wichtig für die Zukunft?

Prof. Dr. Stefan Schönberg: Zur Weiterentwicklung der KI ist ein Datenpool nötig, der qualitativ gesichert ist. Beispielsweise baut die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG) in einer Public Private Partnership eine internationale Radiomics Plattform auf, die es Forschern ermöglicht, KI-Algorithmen auf Basis qualitätsgesicherter, anonymisierter, annotierter Datensätze für unterschiedliche radiologische Fragestellungen zu überprüfen.

Notwendig ist auch eine entsprechende Qualifizierung und Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Die DRG vermittelt Themen wie den Einsatz von KI z. B. im Rahmen ihres Nachwuchsprogramms „Forscher für die Zukunft“.

Redaktion: Welche Chancen eröffnen die neuen Technologien?

Prof. Dr. Stefan Schönberg: Ziel ist, durchgängige Methoden für die Diagnose und Behandlung der Patienten zu erarbeiten, um den Versorgungsaufwand zu optimieren und dem Arzt mehr Zeit für die Patientenzuwendung zu ermöglichen.

Mittels KI ist beispielsweise eine genauere Berechnung der Patientenpositionierung im CT-Scanner und der Applikation des Kontrastmittels

möglich, die optimal an die Erfordernisse des Patienten angepasst werden kann. Die Analyse ist schneller, sicherer und effektiver.

Redaktion: Gibt es Risiken oder worauf sollte man achten?

Prof. Dr. Stefan Schönberg: Die Datenethik ist ein großes Thema. Es gilt, die bestehenden Datenschutzvorgaben einzuhalten und die Durchführung von Datenanalysen transparent und nach klaren Regeln durchzuführen. Digital Science und KI müssen als Prozess begleitet werden: überprüft, validiert, qualitätsgesichert – bis hin zu einer Zertifizierung, z. B. durch den TÜV. Ergebnisse sollten reproduzierbar sein und zu einer fortwährenden Optimierung beitragen. Es erfolgt distribuiertes Lernen. Intelligente Assistenten sind wichtig und hilfreich. Globale Referenzen können als Basis einbezogen werden. Letztlich entscheidet jedoch der Arzt.

Redaktion: Was empfehlen Sie den Radiologen in Klinik und Niederlassung für den Umgang mit den neuen Technologien?

Prof. Dr. Stefan Schönberg: Vor allem und an sich selbstverständlich: Arzt bleiben! Nicht nur Diagnostik anbieten. Ärztlich und therapeutisch tätig sein und dem Patienten Zuwendung geben. Wichtig ist auch, selbst in die Ausbildung zu gehen in der Informationstechnologie. Eine Nachwuchsakademie wird derzeit beispielsweise von der DRG geplant. Sich selber tiefer einarbeiten in die Informatik, neue Anwendungen und Hintergründe erlernen. Analysetools selbst beherrschen und so vom Nutzer zum Informations-„Knowlogist“ werden, das wären meine Empfehlungen mit Blick auf die zukünftige Entwicklung.

Privatliquidation

CT und Kontrastmittelgabe: In welchen Fällen ist Nr. 5376 GOÄ berechnungsfähig?

FRAGE | Wir fragen uns, wie die Nr. 5376 GOÄ korrekt angesetzt wird? Folgende Konstellationen treten bei uns beispielsweise auf:

1. CT Gehirnschädel nativ und Kontrastmittelgabe intravenös (KM i. v.). Dies rechnen wir mit den Nrn. 346, 5370 und 5377 GOÄ ab.
2. CT Thorax mit KM i. v. und CT Hals (nur 1x KM-Gabe). Dies rechnen wir mit den Nrn. 346, 5369 und 5377 GOÄ ab. Kann in den Beispielen der Zuschlag nach Nr. 5376 GOÄ abgerechnet werden oder bedarf dies einer Konstellation, in der schon in der ersten Serie ein KM verabreicht wurde und dann in der nächsten Serie noch eine weitere KM-Gabe erfolgte?

ANTWORT | Im Grunde wird die CT je Sitzung bewertet. Die Leistungslegende der Nr. 5376 GOÄ weist dies nur als **ergänzende Serie** aus, die ein gesondertes diagnostisches Mittel (hier KM-Einbringung) erfordert.

Nr. 5376 GOÄ

Ergänzende computergesteuerte Tomographie(n) **mit mindestens einer zusätzlichen Serie** (z. B. bei Einsatz von Xenon, bei Einsatz der High-Resolution-Technik, **bei zusätzlichen Kontrastmittelgaben**) – zusätzlich zu den Leistungen nach den Nummern 5370 bis 5375.

Die Verabreichung von KM in der ersten Serie ist somit nicht für die Berechnung erforderlich. Im ersten Beispiel wäre der Ansatz der Nr. 5376 korrekt (1x nativ und dann 1x mit KM).

Im zweiten Beispiel (ohne Nativserie mit direkter KM-Gabe bereits in der 1. Serie) wäre die Nr. 5376 **nicht** berechnungsfähig, wenn man von der Leistungslegende der Nr. 5376 ausgeht, die eine „**zusätzliche Serie**“ voraussetzt.

von Ernst Diel, ehem. Leiter
Grundsatzfragen PVS Büdingen

Allerdings ist neben der Nr. 5369, die hier als Höchstwert aus den erbrachten Leistungen nach den Nrn. 5371 und 5372 ermittelt wird, der Ansatz der Zuschlagsziffer 5377 (im Gegensatz zu Nr. 5376) zu jeder unter den Höchstwert nach Nr. 5369 fallenden Leistung ebenfalls möglich. Voraussetzung ist dabei, dass sowohl beim Hals wie auch beim Thorax eine 3D-Rekonstruktion erfolgte.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Nrn. 5731 und 5733 GOÄ auch bei MRT des Schädels samt DWI berechnungsfähig“ in RWF 10/2019
- „CT Kopf-Angio korrekt abrechnen“ in RWF 07/2019
- „GOÄ-Höchstsatz bei der Abrechnung von Thorax und Halsweichteil-CT ausgeschlossen“ in RWF 03/2019
- „Schmerztherapie richtig abrechnen?“ in RWF 12/2017
- „Nr. 5376 GOÄ für CT?“ in RWF 11/2017

Kommentar**Die „GOÄneu“ verschimmelt**

Zum 01.01.2020 tritt die 5. Änderungsverordnung zur GOÄ in Kraft. Sie betrifft allerdings nur Leistungen im Zusammenhang mit der Leichenschau. Eine völlig neue GOÄ auf Grundlage des seit Jahren mit viel Aufwand von privater Krankenversicherung (PKV), Beihilfe und Bundesärztekammer (BÄK) – und auch von Fachverbänden – entwickelten Entwurfs der „GOÄneu“ ist nun aber auch offiziell in weite Ferne gerückt.

von Dr. med. Bernhard Kleinken,
Pulheim

Spahn hält Einheitsgebührenordnung ggf. für „anschlussfähig“ ...

Am 30.10.2019 sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bei der Podiumsdiskussion von „Düsseldorfin“ zu den Aussichten einer völlig neuen GOÄ, dass er zunächst den Bericht der im Koalitionsvertrag vereinbarten Honorarkommission zur Reform der Honorarordnungen von GKV und PKV abwartet (vorgesehen bis Ende 2019). Dann sei zu prüfen, ob die Kommission auch eine Antwort darauf gebe, ob es eine einheitliche Gebührenordnung für gesetzlich und für privat Versicherte geben solle und wie die dann aussehen könne. Solch ein Vorschlag sei ggf. „anschlussfähig“. Sei dies nicht der Fall, dann „wird in dieser Legislaturperiode nichts mehr passieren“.

... aber ist sie auch abstimmungsfähig?

Diese Äußerungen muss man vor dem Hintergrund sehen, dass in Teilen der Koalition (und auch in starken Parteien außerhalb der Regierung) das Ziel ist, die „Reform“ solle zu einer Angleichung der Vergütungssysteme führen, möglichst zu einem einheitlichen System zur Vorbereitung einer „Bürger-

versicherung“. Nach Einschätzung des Verfassers würde aber auch dann, wenn die Kommission einen „anschlussfähigen“ Vorschlag machen würde, noch lange Zeit vergehen, bis solch eine „Einheitsgebührenordnung“ überhaupt beschlossen werden könnte. Abgesehen von zu klärenden rechtlichen Fragen wären zwei völlig verschiedene Vergütungssysteme (der EBM mit weitgehender Pauschalierung und als Verteilungssystem der Einnahmen aus der GKV sowie die GOÄ als Gebührenordnung eines freien Berufs mit Einzelleistungsvergütungen) in eine für beide Systeme anwendbare Fassung zu bringen. Viele Fachleute halten das – ohne Maßnahmen politischer Willkür – für nicht machbar. Naheliegender wäre deshalb, dass man zunächst die längst fällige Reform der GOÄ durchführt. Dazu sagte der Minister aber, dass eine neue GOÄ mit dem jetzigen Koalitionspartner nicht hinzubekommen sei („Das werden die nicht machen“). Nach Auffassung des Verfassers dürften die Aussichten in anderen Koalitionen (z. B. Schwarz/Grün) auch nicht besser sein.

Auch mit der GOÄneu gibt es nicht nur „Gewinner“

Ob man einem baldigen Inkrafttreten der GOÄneu nun nachtrauern oder wegen der unsicheren derzeitigen

Lage erleichtert aufatmen soll, hängt natürlich von der persönlichen Betroffenheit ab.

Radiologen unter den Verlierern

Wie bei jeder Reform würde es „Gewinner“ und „Verlierer“ geben. Details, die dem einzelnen Arzt eine Einschätzung erlauben würden, können hier leider nicht genannt werden. Das Projekt läuft unter ähnlicher Geheimhaltung wie einst das Transatlantische Freihandelsabkommen TTIP.

Merke

Das, was „durchgesickert“ ist, erlaubt die Aussage, dass Chefärzte, insbesondere in den operativen Fächern, durch eine GOÄneu auf jeden Fall verlieren würden. Dazu alle Ärzte, bei denen sogenannte „technische Leistungen“ (bildgebende Verfahren, Labor) einen hohen Anteil des Honorars ausmachen. Alle Ärzte würden durch Änderungen im Paragrafenteil der GOÄ nachteilig betroffen sein. „Gewinner“ wären am ehesten dort zu erwarten, wo Leistungen mit relativ geringem Kostenanteil (die sogenannte „sprechende Medizin“) prägend sind.

„Echte“ Anpassung an die Kostenentwicklung nicht zu erwarten

Nicht zuletzt wäre, auch mit der GOÄneu keine Anpassung der Arzthonorare an die Kosten- und Einkommensentwicklung gegenüber 1996 verbunden. Man spricht von „etwa 6 bis 8 Prozent“ gesamter Steigerung. Und das, wo schon 1996 statt der erreichten „etwa 12 Prozent“ eigentlich 20 bis 25 Prozent Steigerung nötig gewesen wären. Man vergleiche einmal die Indices des statistischen Bundesamtes und die Entwicklung z. B. im Rechtsanwaltsvergütungsgesetz (RVG).

Leistungsrecht

Die Abrechnung der IMRT-Behandlung – Ein Drama mit offenem Ende!

Für Fachärzte für Strahlentherapie, die in größeren Berufsausübungsgemeinschaften häufig mit Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmedizinern zusammenarbeiten, ist die Abrechnung der intensitätsmodulierten Strahlentherapie (IMRT) in der privaten Krankenversicherung (PKV) in bestimmten Fällen problematisch. Während die meisten privaten Krankenversicherungen eine Abrechnung grundsätzlich akzeptieren, ist dies bei einer Versicherung aus Niedersachsen mit Hauptsitz in Lüneburg bislang nicht der Fall.

von RA, FA für ArbeitsR und MedizinR
Dr. Tilman Clausen, [armedis Rechtsanwälte](http://armedis-Rechtsanwälte.de), Hannover, armedis.de

Betroffene Patienten haben das Nachsehen

Im Gegensatz zur überwiegenden Mehrheit der Konkurrenten orientiert sich die private Krankenversicherung aus Niedersachsen bei der Abrechnung der IMRT nicht an den Abrechnungsempfehlungen des Vorstands der Bundesärztekammer (BÄK) vom 18.02.2011 und des Bundesverbands Deutscher Strahlentherapeuten (BVDST). Die Leidtragenden dieses Verhaltens sind die Patienten, die bei dieser privaten Krankenversicherung versichert sind und bei denen eine IMRT-Behandlung medizinisch indiziert ist. Sie bleiben seit Jahren auf erheblichen Beträgen aus den Rechnungen sitzen, die diese private Krankenversicherung nicht erstattet. Die Versicherung kalkuliert offensichtlich damit, dass viele Patienten

- zu krank sind, um eine gerichtliche Auseinandersetzung zu suchen,
- möglicherweise vor einem Prozess Angst haben oder
- die mit derartigen Prozessen verbundenen Kosten scheuen.

Zudem könnte auch die Erwartung der Versicherung, dass die Ärzte ebenfalls davor zurückschrecken, ihre Patienten zu verklagen, eine Rolle spielen. Nach anonymen Quellen liegt die Quote der Versicherten dieser Krankenversicherung, die sich gegen die Nichterstattung ihrer Behandlungskosten gerichtlich zur Wehr setzen, derzeit bei ca. 20–30 Prozent.

Frage nach der Befangenheit

Die Prozessstrategie der privaten Krankenversicherung ist dabei nicht ungeschickt. So ist es ihr zeitweise gelungen, die Rechtsprechung dazu zu bringen, deutsche Sachverständige, die selbst die IMRT-Behandlung nach den Abrechnungsempfehlungen der BÄK und des BVDST abrechnen, als befangen abzulehnen. Dies sind praktisch alle bundesdeutschen Strahlentherapeuten mit der Folge, dass die Gerichte sich zeitweise um Sachverständige aus Österreich bemüht haben. Dieser Strategie hat der Bundesgerichtshof (BGH) vor Kurzem ein Ende gesetzt. Der BGH stellte fest, dass der Umstand, dass der gerichtlich bestellte Sachverständige im Rahmen der von ihm ausgeübten Tätigkeit gegenüber der Versicherungsnehmerin einer privaten Kranken-

sicherung Behandlungsleistungen erbringt (IMRT-Strahlentherapie) und abgerechnet hat (hier: Nr. 5855 GOÄ analog), für sich allein noch nicht die Besorgnis der Befangenheit begründet. Vielmehr müssten andere Umstände für eine solche Besorgnis hinzutreten (Beschluss vom 06.06.2019, Az. III ZB 98/18).

Strategie: Entscheidungen vermeiden

Weiterhin versucht die private Krankenversicherung aus Niedersachsen seit Jahren, systematisch Entscheidungen höherer Gerichte (Oberlandesgericht [OLG], BGH) zu verhindern. Dazu nimmt die Versicherung entweder die von ihr selbst eingelegte Berufung zurück, um ein für sie negatives Urteil zu verhindern oder sie erkennt die Klageforderung des Patienten an, weil sich aus einem Anerkenntnisurteil keine weiterführenden Erkenntnisse ziehen lassen. Diese Strategie der Versicherung hat sich inzwischen zumindest bei einigen Oberlandesgerichten rumgesprochen, weshalb das OLG Celle jetzt einen eher seltenen Weg gewählt hat, der aber möglicherweise zu etwas mehr Klarheit führt und hilft, den Streit um die IMRT-Behandlung im Sinne von Patienten und Ärzten voranzubringen.

Normalerweise äußert sich ein OLG in der Berufungsinstanz erst zur Sache, nachdem beide Prozessparteien Gelegenheit hatten, ihre Sicht der Dinge vorzutragen, es sei denn, man kommt zu dem Ergebnis, dass die Berufung erkennbar unbegründet ist. Das OLG Celle hat nun sofort nach Vorlage der Berufungsbegründung vonseiten der behandelnden Ärzte, die an dem Verfahren beteiligt sind, seine Sicht der Rechtslage in einem ausführlichen Beschluss dargelegt. Das OLG wollte offensichtlich verhindern, dass die Beklagte die Forde-

rung anerkennt, ohne dass sie Gelegenheit hat, sich zur Sache selbst zu äußern. Der Beschluss lässt an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig:

- Nach Meinung des OLG unterfällt die Abrechnung einer IMRT § 6 Abs. 2 GOÄ. Für die analoge Abrechnung sei die Nr. 5855 GOÄ heranzuziehen, da die IMRT und die Intraoperative Strahlentherapie (IORT) nach Art sowie Kosten- und Zeitaufwand gleichwertig sei.
- Eine Abrechnung der IMRT, die sich an den Abrechnungsempfehlungen von BÄK und BVDST orientiert, sei für die ersten 30 Fraktionen nicht zu beanstanden, mit der Folge, dass hier sogar der 1,8-Fache Gebührensatz berechnet werden kann. Ab der 31. Fraktion könne höchstens das 1,3-Fache des Gebührensatzes angesetzt werden. Die Ärzte hatten in dem Fall, auf den sich der Beschluss bezieht, nur den einfachen Gebührensatz angesetzt und somit deutlich weniger abgerechnet.

Der Beschluss des OLG Celle soll den Instanzgerichten (Amts- und Landgerichten) im Oberlandesgerichtsbezirk Celle Orientierung geben (Beschluss vom 15.07.2019, Az. 8 U 83/19).

Konsequenzen für die Praxis

Die Krankenversicherung aus Niedersachsen kann es sich offensichtlich leisten, eine Vielzahl von Verfahren über die Abrechnung der IMRT-Behandlung zu führen und zumeist zu verlieren, weil immer noch zu wenig Versicherte die gerichtliche Auseinandersetzung suchen. Alle Patienten, die gegen die Nichterstattung der Behandlungskosten einer IMRT-Behandlung gerichtlich vorgehen wollen, sollten die Klage vor dem Amts- oder mit

anwaltlicher Hilfe vor dem Landgericht Lüneburg einreichen, wo die Krankenversicherung ihren Sitz hat. Insbesondere das LG Lüneburg ist derzeit dazu übergegangen, in Verfahren über die Abrechnung der IMRT-Behandlung nur noch in Ausnahmefällen ein ärztliches Sachverständigengutachten einzuholen, dessen Kosten der Kläger zunächst vorstrecken müsste. Das LG ist der Auffassung, prinzipiell genügend Sachverständigengutachten für jede denkbare Fallkonstellation, bei der eine IMRT-Behandlung medizinisch indiziert sein könnte, vorrätig zu haben. So sinken die Kosten derartiger Verfahren. Zudem ist die Erfolgsquote hoch, weil das LG Lüneburg sich an der Rechtsprechung des OLG Celle orientiert.

Praxistipp

Die behandelnden Ärzte sollten daher erwägen, ihre Patienten bei einer gerichtlichen Auseinandersetzung zu unterstützen.

Eine Unterstützung der Ärzte kann **nicht** darin bestehen, dass diese sich die Erstattungsansprüche der Patienten abtreten lassen, um die Krankenversicherung selbst zu verklagen, da § 6 Abs. 6 der Musterbedingungen der privaten Krankheitskostenversicherung (MB/KK) solche Abtretungen verbietet. Die Ärzte können allerdings ihre Patienten, wenn diese über keine Rechtsschutzversicherung verfügen, bei der Durchführung der Prozesse **finanziell unterstützen**, wobei empfohlen wird, in einem solchen Fall eine **Vereinbarung zwischen Praxis und Patienten** aufzusetzen, in der die Einzelheiten genau geregelt werden. Diese Vorgehensweise kann dazu dienen, wirtschaftlichen Druck aufzubauen, um die Versicherung aus Lüneburg zum Einlenken zu bewegen.

Dokumentation Pass für Bildgebung im Kindes- und Jugendalter

Der neue Pass für Bildgebung im Kindes- und Jugendalter ersetzt den bisherigen Röntgenpass. Er beinhaltet neben der Dokumentation von Röntgenaufnahmen sowie CT-, MRT- und nuklearmedizinischen Untersuchungen auch die Gabe von Kontrastmitteln. Der Pass kann gegen eine Schutzgebühr bei der Geschäftsstelle der Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie angefordert werden (kinder-radiologie.org).

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.

DS-GVO**Datenschutz und Datensicherheit bei Teilnahme an der Teleradiologie**

Das Thema Datenschutz beschäftigt Radiologen nicht erst seit der jüngsten Berichterstattung über Datenlecks in Zusammenhang mit radiologischen Bilddaten oder dem Inkrafttreten der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) im Mai 2018, die zunächst eher für Versäumnis gesorgt hatte als diese zu beseitigen. Der Beitrag strukturiert das Thema Datenschutz, zeigt sinnvolle Wege zu einem höheren Datenschutz-Niveau und beleuchtet konkret, welche Maßnahmen die Teilnehmer der genehmigten Teleradiologie ergreifen sollten.

von Prof. Dr. Thomas Jäschke, Leiter
Institut für Sicherheit und Datenschutz
im Gesundheitswesen und Vorstand
Datatree AG

Informationssicherheit, Datenschutz und IT-Sicherheit

Für Radiologen, die so viele Ressourcen wie möglich auf ihre Kerntätigkeiten bündeln möchten, sind Themen wie

- Informationssicherheit,
- Datenschutz und
- IT-Sicherheit

häufig nichts anderes als Kostenstellen und „Verhinderer“ eines reibungslosen Tagesgeschäfts.

Doch was steckt eigentlich genau hinter diesen Begrifflichkeiten, die nach dem Inkrafttreten der DS-GVO im Rahmen der medialen Berichterstattung häufig unsauber abgegrenzt wurden?

Informationssicherheit

Informationssicherheit bezeichnet den Schutz jeglicher Unternehmenswerte (auch: Assets), die sowohl analog als auch digital existieren können. In ihrer Definition finden sich schnell Schnittmengen zur IT-Sicherheit, die aus-

schließlich die Sicherheits- und Schutzmaßnahmen von IT-Systemen bezeichnet. Insbesondere die Betrachtung von Unternehmen und Institutionen, die laut IT-Sicherheitsgesetz zu den Kritischen Infrastrukturen (KRITIS) zählen, verdeutlichen, welche Anforderungen Unternehmen erfüllen sollten oder müssen. Dazu zählen eine strukturierte Vorgehensweise, ein Informationssicherheitsmanagementsystem (ISMS) und ggf. auch die Installation einer Stabsstelle für einen Informationssicherheitsbeauftragten (ISB).

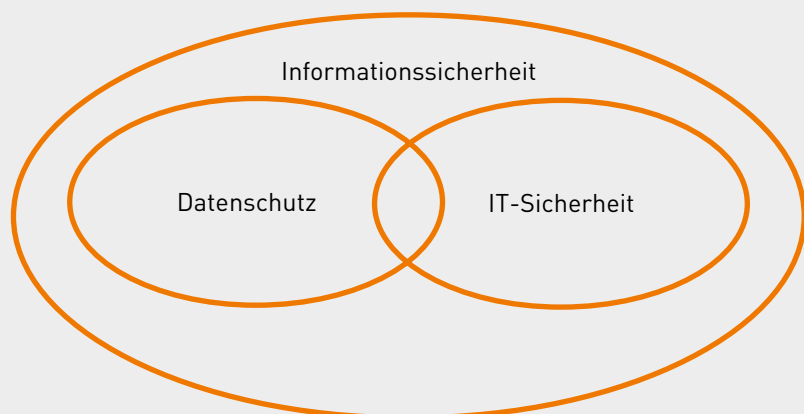
Datenschutz

Der Datenschutz ist zentraler Bestandteil der Informationssicherheit.

Enger gefasst: Der Datenschutz befasst sich mit dem Schutz von personenbezogenen Daten. Dies betrifft u. a. Gesundheitsdaten, die bekanntermaßen einem besonders hohen Schutzbedarf unterliegen. Hier sind insbesondere die einschlägigen Gesetze grundlegend zu beachten. Auf der einen Seite, die seit 25.05.2018 umzusetzende DS-GVO, aber auch die besonderen Gesetze, wie Gesundheitsdatenschutzgesetz, Landesdatenschutzgesetze, Strafgesetzbuch oder Regelungen, Datenschutzgesetze der kirchlichen Träger usw. Dazu kommen die Regelungen der ePrivacy-Verordnung, welche ursprünglich auch zum 25.05.2018 in Kraft treten sollten, die jedoch aktuell nicht vor 2021 zu erwarten ist. Diese Verordnung, die anders als die ePrivacy-Richtlinie von 2002 mit Inkrafttreten sofort geltendes Recht innerhalb der EU-Mitgliedsstaaten darstellt, beschäftigt sich vor allem mit dem Schutz der Daten in der elektronischen Kommunikation.

IT-Sicherheit

Genau wie der Datenschutz handelt es sich bei der IT-Sicherheit begrifflich um einen Teil der Informationssicherheit, der sich mit dem Schutz und Sicherheit von IT-Systemen befasst.

Zusammenspiel und Schnittmenge

Quelle: Jäschke | Grafik: IWW

Ihre To-Dos für die Teleradiologie

Aufgrund der Heterogenität von Schnittstellen und komplexer Vorgänge zur Datenübertragung innerhalb der teleradiologischen Möglichkeiten ist die datenschutzrechtliche Betrachtung in Fällen außerhalb des Standards stets auf den Einzelfall zu betrachten. Grundsätzlich existieren allerdings Rahmenbedingungen innerhalb der „genehmigten“ Teleradiologie, die bereits gemäß der DS-GVO umgesetzt wurden. Damit sind die Teilnehmer der Teleradiologie bzw. des Telekonsils bei radiologischen Fragestellungen in Deutschland, vergleichsweise gut aufgestellt. Das liegt u. a. daran, dass der Ablauf sowie die Verantwortlichkeiten in §123 StrlSchV sowie § 14 StrlSchG grundsätzlich geregelt sind. Dennoch gilt es, zusätzliche organisatorische Rahmenbedingungen zu erfüllen.

Erstellen und Führen des Verzeichnisses von Verarbeitungstätigkeiten

Der Prozess der Teleradiologie ist im Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten (VVT) nach Art. 30 DS-GVO aufzunehmen. Beim Einsatz von Teleradiologie ist im VVT darauf zu achten, ob

- die Teleradiologie angeboten oder
- in Anspruch genommen wird.

Diese beiden Fälle können unter Umständen zwei unterschiedliche Verarbeitungstätigkeiten darstellen. Für das Verzeichnis von Verarbeitungstätigkeiten existieren vielzählige Vorlagen und Muster, an denen Sie sich orientieren können. Ebenfalls stellt die Datenschutzkonferenz das [Kurzpapier Nr.1](#) zur Verfügung, welches eine Orientierungshilfe bei der Erstellung eines VVT bietet. Wenn Sie die **Teleradiologie in Anspruch nehmen**, sprich die Daten an andere Radiolo-

gen übermitteln, ist dies in der Information zum Datenschutz gem. Art. 13 DS-GVO aufzunehmen. Die Information über die Datenerhebung muss vor der Datenerhebung durch den Verantwortlichen (Arzt) erfolgen. Sollten Sie die Teleradiologie in Anspruch nehmen, müssen Sie die Empfängergruppe in Ihrer Information zum Datenschutz um den Teleradiologen ergänzen.

Falls Sie **Teleradiologie anbieten**, d. h., Sie empfangen und befunden teleradiologische Daten, müssen Sie die Herkunft (Datenquelle) ergänzen.

Gewährleistung der Sicherheit und verschlüsselte Kommunikation

Nach Art. 32 DS-GVO ist die Sicherheit der Kommunikation zu gewährleisten. Für Teilnehmer der Teleradiologie gilt, dass bei der Verwendung der DICOM-E-Mail oder eines VPN-Zugriffs die Datensicherheit während der Übermittlung durch eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung gegeben ist. Bei der Verwendung von anderen Verfahren ist die Sicherheit bei der Übermittlung individuell zu prüfen. Eine unberechtigte Offenbarung kann ggf. in den Praxen an ungesperrten oder ungesicherten Rechnern passieren.

Merke

Bei der richtigen Konfiguration der DICOM-E-Mail bzw. des VPN-Zugriffs durch Ihren IT-Dienstleister sind keine weiteren Maßnahmen notwendig. Nutzen Sie eine individuelle Lösung, sollte diese durch einen Experten geprüft und dokumentiert werden.

Auftragsverarbeitung

Sowohl die Befundung durch einen Teleradiologen sowie das Telekonsil sind keine Auftragsverarbeitung

i. S. v. Art. 28 DS-GVO. Die Befundung von radiologischen Aufnahmen stellt eine ärztliche Leistung dar, welche dieser im Rahmen seiner Tätigkeit als Arzt weisungsfrei durchführt.

Ebenfalls stellt die Datenschutzkonferenz in ihrem [Kurzpapier Nr. 13](#) zur Auftragsverarbeitung klar, dass die Inanspruchnahme von Berufsgeheimnisträgern (wie einem Arzt) keine Auftragsverarbeitung i. S. v. Art. 28 DS-GVO ist.

Praxistipp

Werden Ihnen von Kollegen in Zusammenhang mit der Teleradiologie Verträge zur Auftragsverarbeitung zur Unterschrift übermittelt, verweisen Sie auf die obige Argumentation und schließen Sie keinen Vertrag zur Auftragsverarbeitung für die Teleradiologie bzw. das Telekonsil bei radiologischen Fragestellungen ab.

Fazit

Die Teleradiologie ist ein Beispiel für gute Ansätze im Gesundheitswesen. Nichtsdestotrotz ist das Bewusstsein für Datenschutz und Informationssicherheit innerhalb von Gesamtstrategien oft noch zu gering betrachtet. Wenn wichtige Aspekte innerhalb dieser Themen erst im Laufe des Projekts identifiziert werden, ggf. vom Datenschutzbeauftragten der Institution, als datenschutzrechtlich nicht akzeptabel bewertet werden, so entstehen im Nachhinein Probleme innerhalb des Projekts. Werden diese nämlich zu spät berücksichtigt, dann wird es im Grunde schlecht oder teuer: oder beides.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Kurzpapiere der Datenschutzkonferenz online unter www.de/s3109