

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

02 | Februar 2024

Interview

„Ein Austausch zwischen Radiologie und Geburtshilfe wäre perfekt!“

Bei der Geburt eines Kindes spielen zahlreiche Faktoren eine Rolle: Größe und Form des knöchernen Beckens der Gebärenden, die Kraft der uterinen Kontraktionen, die Größe des kindlichen Kopfes, seine Verformbarkeit sowie seine Haltung. Besteht ein Kopf-Becken-Missverhältnis, kann eine natürliche Geburt zum Risiko für Mutter und Kind werden. Es kann zu einer längeren Geburt oder sogar zum Stillstand kommen. Dem könnte vorgebeugt werden, wenn in Zukunft Geburtsabläufe durch die MRT virtuell simuliert werden. Auch fetale Fehlbildungen lassen sich mit MRT-Untersuchungen deutlich präziser erkennen. Dr. Anna Dückelmann ist Oberärztin an der Klinik für Geburtsmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Sie erläutert gegenüber Ursula Kathhöfer (textwiese.com), wie die Bildgebung zu mehr Sicherheit für Mutter und Kind beitragen kann.

Redaktion: Beginnen wir mit der Schwangerschaft und dem Wohl des ungeborenen Kindes. Welche Rolle spielen dort die Radiologie und speziell die MRT?

Dr. Dückelmann: Obwohl es zu fetalen Fehlbildungen von Hirn, Herz oder anderen Organen sehr viele Fragestellungen gibt und diese Auffälligkeiten im MRT präzise und mit zusätzlichen Informationen erkannt werden können, haben wir kaum Radiologinnen und Radiologen, die sich damit befassen. Bei uns an der Charité haben wir eine Oberärztin, die für das fetale

MRT verantwortlich zeichnet. Lange gab es nur in Wien Prof. Dr. Daniela Prayer, die sich ihr Leben lang auf fetale Fehlbildungen spezialisiert und ein Zentrum gegründet hatte. Es kam zu einem regelrechten Tourismus. Aus allen Teilen Deutschlands reisten schwangere Frauen nach Wien, um ihr ungeborenes Kind untersuchen zu lassen. Diese Situation hat sich Gott sei dank in den letzten Jahren in Deutschland verbessert.

Redaktion: Hätte man die Bilder nicht einfach von deutschen Instituten nach Wien senden können, statt die wer-

Inhalt

Abrechnung

- GOÄ: Feste Steigerungssätze beim Standard-/Basistarif 3
- Keine Mehrfachabrechnung der Nr. 34230 beim Stitching 4

Kooperationen

- Weltweit erstes Ganzkörper-MRT-Gerät zur Echtzeitbildgebung in Dresden 4
- Roadmap und Interview zu KI bei Herzbildgebung 4
- Schreiben lassen, statt selbst schreiben: auf dem Weg zum KI-gestützten Arztbriefgenerator 5

Recht

- Arzt scheitert vor dem BGH: jameda darf ärztliche Daten für den Portalbetrieb nutzen 6

Finanzen und Steuern

- Kostenstellenrechnung in einer Großpraxis der Radiologie 7

Download

- Zur „Roadmap on the use of artificial intelligence for imaging of vulnerable atherosclerotic plaque in coronary arteries“

denden Mütter einer Reise auszusetzen?

Dr. Dückelmann: Es handelt sich nicht um banale Untersuchungen. Das Kind darf sich während der MRT so wenig wie möglich bewegen. Daher muss die Mutter spezifisch betreut werden. Auch müssten MTR geschult werden, um Schwangere speziell zu lagern und Artefakte zu vermeiden. Das große Problem ist jedoch, dass die Radiologie in Deutschland sich kaum mit Schwangerschaft und Geburt befasst, diese Themen kommen in der Facharztausbildung meines Wissens kaum vor. Radiologen lernen nicht, das Becken sonografisch zu befunden, weil dabei eine transvaginale Untersuchung notwendig ist. Sie verwenden keine transrektale Sonde, sondern setzen eher CT oder MRT ein, obwohl zahlreiche Fragestellungen sich sonografisch lösen ließen. Hat eine Frau Unterbauchschmerzen, hört die Untersuchung in der Radiologie oftmals beim Appendix auf. Auch auf Kongressen findet praktisch kein Austausch zwischen Radiologie sowie Gynäkologie und Geburtsmedizin statt. Für die Radiologie gibt es Veranstaltungen rund um den Ultraschall des Abdomens, wir besuchen die Veranstaltungen zu fetalen Fehlbildungen. Dabei wäre eine Überlappung perfekt.

Redaktion: Wie kommt es zu dieser strikten Trennung?

Dr. Dückelmann: Das hat historische und kulturelle Gründe. Die Röntgenstrahlung verhinderte, dass die Radiologie sich mit der Schwangerschaft befasst. In vielen Häusern gab es zudem bis vor etwa 20 Jahren jeweils eine Sonografeurin für den gynäkologischen Ultraschall, den machte also immer eine Frau. Als Geburtshelfer

schallen wir zum Glück selbst, um das Schätzwert zu messen und die kindliche Lage sowie Einstellung, Haltung und Höhenstand des Kopfchens zu eruieren. So bleibt alles in einer Hand, wir können die Patientin gleichzeitig fragen, ob etwas schmerzt und erhalten einen kompletten Eindruck von ihr und dem Zustand des Kindes, ohne auf die Angaben anderer angewiesen zu sein.

Redaktion: Womit wir bei der Geburt angekommen wären. Wie werden Umfang, Einstellung und Haltung des kindlichen Kopfes üblicherweise in Geburtskliniken bestimmt?

Dr. Dückelmann: Den Leitlinien folgend werden diese Parameter sub partu digital bestimmt. Eine Bildgebung ist in der low-risk Population nicht Pflicht. Dennoch wird die Sonografie routinemäßig durchgeführt und hat sich durchgesetzt. Um abschätzen zu können, wie der Geburtsverlauf etwa sein wird und ob eine vaginale Geburt möglich ist, ist eine sonografische Untersuchung zeitlich betrachtet gegen Ende des dritten Trimesters akzeptabel. Bei uns ist zusätzlich eine Sonografie zu Geburtsbeginn Standard. Zudem lassen sich per Ultraschall auch Plazenta, Fruchtwassermenge und Gebärmutterhals beurteilen. Studien zufolge gibt es in Häusern, die sonografisch untersuchen, unter der Geburt weniger Komplikationen. Dennoch beäugen viele Hebammen die Bildgebung grundsätzlich kritisch. Knackpunkt ist, dass es sich bei der Sonografie um eine ärztliche Tätigkeit handelt. Hebammen fühlen sich in ihrer Kompetenz beschnitten. Dabei ist das überhaupt nicht so gemeint.

Redaktion: Von der Pelvimetrie ist man abgekommen. Warum?

Dr. Dückelmann: Das Becken der Mutter kann man unter der Geburt nicht messen. Auch ein schwangeres Becken sonografisch zu messen, ist schwierig. Doch sind die Beckenmaße für die Geburt weniger maßgeblich als Gewicht und Kopfumfang des Kindes. Bei Beckenendlage-Geburten ist es anders. Wünscht die Mutter eine vaginale Geburt statt einer Sectio, übernehmen die Krankenkassen sogar eine Untersuchung im MRT. An der Charité machen wir das allerdings nicht. Aus unserer Sicht ist evidenzbasiert, dass wir mit der Sonografie den Kopf- und Abdomenumfang präzise messen können.

Redaktion: Dennoch spielt die MRT eine große Rolle. Im Jahr 2010 gab es an der Charité eine Weltpremiere, eine Geburt im offenen MRT. Es lief alles glatt, dennoch blieb es bei dieser einen Geburt. Warum?

Dr. Dückelmann: Es war sehr schwierig, von der Ethikkommission eine Genehmigung zu bekommen. Um die Sicherheit von Mutter und Kind zu gewährleisten und jederzeit eine Not-Sectio machen zu können, müssen Kreißsaal und MRT sehr nah beieinander liegen. An der Charité waren die Geburtsräume und ein offener 1,0-Tesla-Kernspintomograph zufällig nebeneinander auf der gleichen Etage, das ließ sich also realisieren.

Um die Herztöne des Kindes überwachen zu können, musste eine besondere MRT-kompatible CTG-Lösung gefunden werden. Das Ganze war sehr teuer. Auch gab es Kritik seitens der Öffentlichkeit. In Doha in Katar ist heute in jedem Kreißaal ein MRT-Gerät, um bei gewissen Fragestellungen eine kurze Sequenz machen zu können. Das ist in Deutschland allein aus Kostengründen unvorstellbar.

Redaktion: Bezog sich die Kritik an der MRT sub partu damals auf die hohe Geräuschbelastung für das Kind?

Dr. Dückelmann: Auch. Doch dauerte die MRT-Untersuchung nur bis zum Blasensprung. Die Fruchtblase wurde nicht geöffnet, sie sprang erst bei Geburt des Kopfes. Man weiß, dass das Fruchtwasser die Lautstärke um 30 Dezibel reduziert. Die Lautstärke lag daher während der MRT im Bauchraum immer unter 90 Dezibel, das ist zu rechtfertigen.

Das im Jahr 2010 geborene Kind ist inzwischen 13 Jahre alt, es wurde mehrfach untersucht und ist wohlauf.

Redaktion: Wie nutzen Sie die Bilder von 2010 heute für Forschung und Lehre?

Dr. Dückelmann: In der Geburtsmedizin nutzen wir bis heute die Leopold'schen Handgriffe, um die Gebärende zu untersuchen. Sie sind über 100 Jahre alt. Doch wie die Geburtsmechanik am Ende der Geburt verläuft, wussten wir lange nicht. Wie stellt sich der Kopf ein? Wie ist seine Haltung? Wie verformt er sich? Was passiert mit dem Beckenboden? Das ist hochspannend und extrem zuträglich, um beispielsweise zu verstehen, wann unter der Geburt ein vaginaloperativer Eingriff sicher durchgeführt werden kann und welche Bewegungen mit der Saugglocke notwendig sind. Rotation und Hochsteigen des Köpfchens kann man im MRT sehr gut simulieren und den Studierenden zeigen.

Digital lässt sich das nicht beurteilen und sonografisch ist die dreidimensionale Darstellung wegen des Kopfschattens ebenfalls nicht möglich.

Redaktion: Gibt es weitere Forschungsergebnisse?

Dr. Dückelmann: Durch Untersuchungen vor Geburtsbeginn haben wir weitere MRT-Bilder von 31 Schwangeren. Daran konnten wir zeigen, dass die sonografische Beurteilung des Höhenstands des kindlichen Kopfes zur MRT komplett gleich ist. All diese Bilder zeigen wir in der Lehre als Film oder 3D-Aufnahmen, um zu vermitteln, wie sich der kindliche Kopf bewegt und sich zum Becken verhält. Das lässt sich mit der MRT super darstellen. Allerdings dauern diese Untersuchungen beispielsweise zu fetalen Fehlbildungen 30 Minuten. Ein so langer Zeitraum wäre unter der Geburt unzumutbar. Es wäre ein fantastischer Fortschritt, wenn es in Zukunft eine schnellere Technik gäbe.

Redaktion: Würden mehr MRT-Untersuchungen unter der Geburt zu mehr Kaiserschnitten führen?

Dr. Dückelmann: Erfahrungsgemäß würden es weniger. Denn wenn ich von vornherein eine Sectio plane, brauche ich keine Bildgebung. Sie ist nur dann notwendig, wenn eine Entscheidung getroffen werden muss. Wenn beispielsweise eine Patientin, die bei der ersten Geburt einen Geburtsstillstand und eine sekundäre Sectio hatte, bei der zweiten Geburt vaginal gebären möchte, würde man in Doha kurz vor der Entbindung vielleicht eine MRT machen und danach entscheiden. Die große Euphorie, die wir vor über zehn Jahren hatten, ist zunichte, weil Schwerpunkte anders gesetzt wurden und Ressourcen fehlen. Nicht nur in der Ausstattung, sondern gerade auch bei der Manpower.

Vielen Dank!

Leserforum

GOÄ: Feste Steigerungssätze beim Standard-/Basistarif

Frage: „Zur Faktorsteigerung bei erhöhtem Aufwand bei Abrechnung der Nr. 5371 GOÄ (CT im Hals- und/oder Thoraxbereich, 2.300 Punkte): Ist es so, dass bei Privatpatienten mit Standard- oder Basistarif auch mit Begründung eine Steigerung über die üblichen Faktoren (1,8/1,38 resp. 1,2/1,0) hinaus **nicht** gesteigert werden kann?“

Antwort: Leider ist dies so! Bei Patienten, die im Standard- oder im Basistarif der privaten Krankenversicherung (PKV) versichert sind, gelten fest definierte Steigerungssätze. Eine Höherbewertung ist somit nicht möglich. Im Rahmen des Basistarifs sind die Sätze auf Grundlage von § 75 Sozialgesetzbuch (SGB) V festgelegt und orientieren sich am Vergütungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Allerdings besteht keine Verpflichtung, die Behandlung dieser Versicherten zu übernehmen.

Praxistipp

Der Versicherte hat Ärzte vor Behandlungsbeginn darüber zu informieren, dass er in diesem Tarif versichert ist. Erfolgt diese Information nicht, hat der Patient, falls er eine Privatrechnung nach den vollen Sätzen der GOÄ erhalten hat, keinen Anspruch auf nachträgliche Rechnerkorrektur!

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Honorarvereinbarung zum PKV-Basistarif ab 1. April 2010“ in RWF Nr. 03/2010

Leserforum

Keine Mehrfachabrechnung der Nr. 34230 beim Stitching

Frage: „Bei der EBM-Abrechnung der Röntgenaufnahmen für die Beinachse (a.p.-Projektion) wird nach der korrekten Einstellung für diese Aufnahme nur einmal ausgelöst. Dabei werden aber fünf Abschnitte abgebildet, nämlich die Beckenübersicht, die Knie mit Teilen des Oberschenkels und Unterschenkels (rechts und links) und das Sprunggelenk mit dem Unterschenkel (rechts und links). Können wir dafür die EBM-Nr. 34230 nur einmal oder ggf. mehrfach (hier: fünfmal) abrechnen? Falls für diese Aufnahmetechnik (Stitching) nur einmal die Nr. 34230 berechnungsfähig ist, erscheint uns die Bewertung (74 Punkte bzw. 8,83 Euro) doch sehr wenig.“

Antwort: Für die spezielle Aufnahmetechnik im Stitching-Verfahren sieht der EBM keine besondere Berechnungsmöglichkeit vor. Berechnungsfähig ist somit – da nur eine Aufnahme in einer Ebene angefertigt wird – lediglich die EBM-Nr. 34230. Werden die Extremitäten in zwei Ebenen dargestellt, käme auch eine Berechnung mit der Nr. 34233 infrage.

Technologieförderung

Weltweit erstes Ganzkörper-MRT-Gerät zur Echtzeitbildgebung in Dresden

Im „OncoRay – Nationales Zentrum für Strahlenforschung in der Onkologie“ an der Technischen Universität (TU) Dresden wurde der weltweit erste Prototyp eines Ganzkörper-MRT-Geräts zur Echtzeit-Bildgebung mit einer Protonentherapieanlage eingeweiht.

Mit der Anlage soll eine neue Form der Strahlentherapie zur Behandlung von Krebserkrankungen erprobt werden. Es gehe darum, Krebspatienten während ihrer Bestrahlung mittels Echtzeit-MRT-Bildgebung zu überwachen und so die Zielgenauigkeit der Protonentherapie zu verbessern, teilte die TU Dresden in einer [Pressemitteilung](#) mit. Aufgebaut ist der Prototyp in einem Experimentalraum der Protonentherapieanlage am OncoRay auf dem Gelände der Hochschulmedizin Dresden. Der wissenschaftliche Betrieb der Anlage startete

im Januar 2024. „Mit diesem neuen Prototyp mit integriertem Ganzkörper-MRT ist es möglich, bewegliche Tumore durch Hochkontrast-Echtzeit-Bildgebung darzustellen“, so Prof. Aswin Hoffmann, Medizinphysikexperte und Leiter der Forschungsgruppe „Experimentelle MR-integrierte Protonentherapie“ am OncoRay. Finanziert wurde das Gerät vom Helmholtz-Zentrum Dresden-Rossendorf (HZDR), die Infrastruktur sowie anteilig auch Personalkapazitäten werden durch die Hochschulmedizin Dresden gestellt.

Künstliche Intelligenz

Roadmap und Interview zu KI bei Herzbildgebung

Die Deutsche Röntgengesellschaft (DRG) weist auf eine Roadmap hin, die die Vorteile des Einsatzes von künstlicher Intelligenz (KI) in der Herzbildgebung und bei der Analyse der Bilddaten von Ablagerungen in den menschlichen Herzkranzgefäßen herausstellt. Die „Roadmap on the use of artificial intelligence for imaging of vulnerable atherosclerotic plaque in coronary arteries“ (siehe www.de/s10191) wurde in der Fachzeitschrift „Nature Reviews Cardiology“ veröffentlicht und zeigt u. a. auch die Voraussetzungen für einen sinnvollen Einsatz der KI im klinischen Alltag.

Zudem verweist die DRG auf ein ausführliches [Interview](#) mit den Experten Bernhard Föllmer und Prof. Marc Dewey über die Roadmap. Föllmer von der Klinik für Radiologie an der Charité ist Erstautor der Roadmap, Prof. Dewey ist Letztautor der Roadmap, stellvertretender Direktor der Klinik für Radiologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin am Campus Mitte.

„Bevor KI in der koronaren Bildgebung in großem Umfang in den klinischen Alltag integriert werden kann, müssen die KI-Systeme an repräsentativen Datensätzen trainiert und evaluiert werden, um ihre Robustheit und Generalisierbarkeit sicherzustellen“, betont Marc Dewey.

Digitalisierung

Schreiben lassen, statt selbst schreiben: auf dem Weg zum KI-gestützten Arztbriefgenerator

Wenn es um den Abbau von Bürokratieaufwand geht, setzen viele Fachleute auf die Anwendung künstlicher Intelligenz (KI). Und dabei gibt es schon jetzt weitaus bessere Lösungen als den bekannten Chatbot „ChatGPT“: Präziser und auf die professionellen Bedürfnisse von Kliniken zugeschnitten kann etwa das sogenannte Natural Language Processing (NLP) bei der Erstellung von Arztbriefen helfen. Entwickelt werden solche Lösungen aktuell vom Fraunhofer-Institut für Intelligente Analyse- und Informationssysteme (IAIS) in Sankt Augustin in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Essen.

Medizindaten sind meist Textdaten

Die Menge an Gesundheitsdaten nimmt unaufhaltsam zu. Das bedeutet nicht nur, dass die Informationsdichte stetig wächst und damit Fortschritte in Diagnostik und Therapie erzielt werden können, sondern diese Entwicklung formuliert auch einen Auftrag an ein effizientes Prozessmanagement. Denn ein Großteil der medizinischen Daten liegt in Form von Texten vor, deren manuelle Auswertung und Weiterverarbeitung oft mühsam und aufwendig ist. Genau das jedoch prädestiniert sie umgekehrt dank textbezogener KI-Tools für die maschinelle Weiterverarbeitung. So gibt es bereits erste Lösungen, dies zu automatisieren. Informationen aus Texten werden beim sogenannten Natural Language Processing (NLP), einer Kombination aus Algorithmen und KI, extrahiert und in strukturierter Form zur Verfügung gestellt. Dadurch lassen sich in einem Bruchteil der Zeit, die bisher dafür benötigt wird, neue Texte wie Arztbriefe erzeugen.

Wissenschaftliches Whitepaper zeigt Potenziale

Aber nicht nur das ist realisierbar, sondern auch Prozesse wie Qualitäts-

sicherung, Erstellen von Statistiken, klinische Entscheidungsunterstützungen und Abrechnungen sind auf diese Weise künftig viel einfacher und schneller möglich. Welche Chancen sich außerdem noch durch NLP für den medizinischen Bereich ergeben, haben Wissenschaftler des Fraunhofer IAIS im neuen Whitepaper „Natural Language Processing in der Medizin“ zusammengefasst (siehe weiterführender Hinweis).

Das eingängigste Anwendungsbeispiel ist der schon erwähnte Arztbriefgenerator, schließlich werden rund 150 Mio. Arztbriefe pro Jahr in Deutschland geschrieben. Ein Prototyp des Generators soll im kommenden Jahr an der Universitätsmedizin Essen im Zuge des KI.NRW-Flagship-Projekts SmartHospital.NRW getestet werden. Für die automatisierte Erstellung der Arztbriefe wertet die KI alle vorliegenden Dokumente sowie strukturierten Daten aus und erstellt einen natürlich klingenden Text, der zusätzlich leicht verständliche Erklärungen für die Patienten enthält. Nach einer Kontrolle und möglichen Ergänzung oder Änderung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt wird der Entlassbrief automatisiert erzeugt.

Perspektiven bei der Diagnose

Nicht nur beim Arztbrief, sondern auch schon im Vorfeld können NLP-Systeme künftig viel Zeit und Ressourcen einsparen. So lassen sich etwa eingetragene Notizen in Gesundheitsapps auf relevante Symptome und Beschwerden hin analysieren. Zusammen mit Daten z. B. von Smartwatches wird es möglich sein, auf drohende Gesundheitsgefahren hinzuweisen. Bei akutem Bedarf für eine medizinische Behandlung könnten Chatbots dabei helfen, die korrekte Anlaufstelle zu finden und Patientenströme zwischen Krankenhäusern, Versorgungszentren und Arztpraxen zu leiten, heißt es im Whitepaper.

Auch die Dokumentation des Aufnahmegesprächs könne durch eine automatische Erstellung von klinischen Notizen unterstützt werden und sei für die nachgelagerte Behandlung nützlich. Besonders in der Notaufnahme könne KI die behandelnden Ärzte enorm unterstützen, indem Risiken eingeschätzt und Diagnose- sowie Therapieempfehlungen gemacht würden. Dazu könnten KI-Modelle bei der *Erstellung von Befunden bei radiologischen Bildgebungen* Vorschläge machen oder durch Literaturanalyse wissenschaftliche Publikationen aufbereiten und dem ärztlichen Personal zur Entscheidungsunterstützung zur Verfügung stellen.

Unterstützung bei der Therapie

Während therapeutischer Maßnahmen könnten NLP-Ansätze helfen, Operationen und Pflegemaßnahmen automatisch zu dokumentieren, um die Qualität der Behandlung zu sichern und gleichzeitig die Abrechnung zu vereinfachen, so die Autoren des Whitepapers weiter. Umfangreiche medizinische Leitlinien könnten

analysiert und auf den vorliegenden Fall bezogen werden, sodass direkt nur die relevanten Abschnitte hervorgehoben werden. Insbesondere in zeitkritischen und stressigen Situationen ist dies ein unschätzbare Vorteil.

Ebenfalls hoch therapierelevant sind bei der Medikation automatisierte und gezielte Hinweise auf Wechselwirkungen oder Kontraindikationen – immer bezogen auf den jeweiligen Fall. Im Hinblick auf die eigenen therapeutischen Maßnahmen verschaffen intelligente Lösungen einen Überblick des gesamten Behandlungsverlaufs, indem sie Aufzeichnungen automatisch chronologisch strukturieren und so helfen, Entwicklungen frühzeitig zu identifizieren.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Das Whitepaper können Sie nach kostenloser Registrierung von der Website des Fraunhofer IAIS herunterladen. Nutzen Sie hier für den Shortlink www.iww.de/s8605

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
(Stv. Chefredakteur, 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.

Datenschutz

Arzt scheitert vor dem BGH: jameda darf ärztliche Daten für den Portalbetrieb nutzen

Die Verwendung ärztlicher Daten für die Gestaltung des Internetportals zur Arztsuche und -bewertung jameda.de ist grundsätzlich zulässig. Die Interessen der Betreiberin und der Nutzer des Portals überwiegen die Interessen der dort aufzufindenden Ärztinnen und Ärzte (Bundesgerichtshof [BGH], Urteil vom 13.12.2022, Az. VI ZR 60/21).

Arzt klagt erfolglos gegen die Verwendung seiner Daten

Ein niedergelassener Arzt klagte gegen die Verwendung seiner Daten im Zusammenhang mit der Gestaltung der Internetplattform jameda.de. Besonders störte ihn, dass die Betreiberin des Angebots andere – für ihre Darstellung monatlich zahlende – Ärzte anders behandelt als ihn, den Inhaber eines kostenlosen Basisprofils. Zahlende Kunden haben mehr Möglichkeiten, das Plattformprofil (etwa durch die Verwendung eines Portraitbilds oder die Einbindung von Fachartikeln, Interviews und Videos) zu gestalten. Zudem bleiben Inhaber von „Premium-“ und „Platin-“ Profilen vor der Einblendung von Werbung und von Verweisen auf andere Profile „verschont“. Auf dem Klageweg wollte der Arzt daher die Unterlassung der Verwendung seiner Daten erreichen. Die Klage hatte jedoch keinen Erfolg.

Portal als „neutrale Informationsmittlerin“ zulässig

Der BGH hält die Gestaltung des Portals jameda.de grundsätzlich auch datenschutzrechtlich für zulässig – soweit die Portalbetreiberin als „neutrale Informationsmittlerin“ agiert. Eine gezielte Leitung von Basisprofilnutzern zu für die Dargestellten kostenpflichtigen Profilen anderer Ärzte konnte das Gericht nicht feststellen. Die Richter sahen auch weder unan-

von Rechtsanwalt Tim Hesse,
Kanzlei am Ärztehaus, Dortmund/
Münster, kanzlei-am-aerztehaus.de

gemessenen Druck auf den Kläger noch eine Irreführung der Portalbesucher in Bezug auf dessen Profil. Die kritisierte Handhabung der Profile zahlender jameda-Kunden lasse in aller Regel keine oder allenfalls geringfügige Rückschlüsse bezüglich der ärztlichen Qualifikationen der dargestellten Personen zu.

Fazit und Praxistipp

Die Argumentation des BGH fügt sich in den Kontext bisher zur Thematik getroffener Entscheidungen ein und bestätigt deren Ergebnis. Ein weiteres Mal wird deutlich: An der grundsätzlichen Zulässigkeit der Verwendung ärztlicher Daten für die Gestaltung von Such- und Bewertungsportalen ist nicht (mehr) zu rütteln. Anders ist die Rechtslage jedoch zu beurteilen, wenn veröffentlichte Äußerungen einen Straftatbestand verwirklichen oder wenn sie Schmähkritik, unwahre Tatsachenbehauptungen oder Werturteile ohne Tatsachenkern umfassen. Dann haben Betroffene das Recht, sich zur Wehr zu setzen und von der Portalbetreiberin eine Entfernung der Bewertungseinträge zu verlangen.

Wirtschaftlichkeit

Kostenstellenrechnung in einer Großpraxis der Radiologie

Die Kostenstellenrechnung soll dokumentieren, welche Kosten für die einzelnen Teilbereiche einer Radiologiepraxis innerhalb einer Periode angefallen sind. Es geht um die Orte der Kostenentstehung. Dies setzt voraus, dass die Praxis in Kostenstellen untergliedert wird, für die die Kosten gesondert erfasst und kontrolliert werden.

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

Kategorisierung von Kostenstellen

Als Kostenstellen werden grundsätzlich die „Orte“ bezeichnet, an denen Kosten entstehen. Doch der Begriff des Orts ist hier weit gefasst. Kostenstellen lassen sich auf vier Arten einteilen:

- Verantwortungsbereiche: Arzt 1, Arzt 2 etc.
- Leistungsarten: Röntgen, MRT, CT
- Abrechnungstechnisch: Therapien, Beratungen etc.
- Räumlich: Gebäudeteil 1, Gebäudeteil 2 etc.

Auch Kombinationen der genannten Kategorisierungen sind möglich. Es gibt keinerlei Vorgaben, wie Kostenstellen in einer Praxis gebildet werden. Beachten Sie, dass die Aussagefähigkeit der Kostenrechnung durch die Differenzierung (Anzahl) der Kostenstellen erhöht wird. Der Aufwand der Detaillierung sollte in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen. Je Kostenstelle sollte zudem ein Kostenverantwortlicher ernannt werden.

Haupt- und Hilfskostenstellen

Die Arten und die Anzahl der Kostenstellen hängen von den Zielen

des Praxismanagements ab. Denkbar ist also bei einer Großpraxis der Radiologie die folgende Kostenstelleneinteilung:

- 1)Arztbereich 1 bis n
- 2)Röntgen
- 3)MRT
- 4)Ultraschall
- 5)Nuklearmedizin
- 6)Empfang
- 7)Verwaltung
- 8) Labor
- 9)Fahrzeuge (falls vorhanden)

Die Kostenstellen 1–5 stellen Hauptkostenstellen dar, die Kostenstellen 6–9 sind Hilfskostenstellen. In den Hauptkostenstellen werden Kosten für die Leistungen abgebildet, die sich direkt aus dem Betriebszweck ergeben. Hier wird das eigentliche Leistungsspektrum der Radiologiepraxis erfasst. Hilfskostenstellen

dagegen erbringen ihre Leistungen für bestimmte nachgelagerte Kostenstellen. Diese Leistungen sind Vorleistungen für die Erstellung der Hauptleistungen. In den Kostenstellen Empfang, Verwaltung und Fahrzeuge werden Leistungen entweder für alle Hauptkostenstellen oder lediglich für einzelne Hauptkostenstellen erbracht.

Die Darstellung der Kostenstellenrechnung erfolgt im sogenannten Betriebsabrechnungsbogen (BAB). Hier wird die Kostenartenrechnung mit der Kostenstellenrechnung verbunden. In den Zeilen erfolgt der Ausweis der einzelnen Kostenarten, in den Spalten die jeweilige Kostenstelle. Dann erfolgt die Verteilung der Kostenarten auf die einzelnen Kostenstellen.

Primäre und sekundäre Kostenarten

Primäre Kostenarten sind die Kostenarten, die unverändert aus der Kostenartenrechnung übernommen werden und anschließend auf die einzelnen Kostenstellen verteilt werden.

Sekundäre Kosten dagegen stellen die Summen der Hilfskostenstellen dar, die dann auf die Hauptkostenstellen verteilt/verrechnet werden zumeist mithilfe von Verrechnungsschlüsseln.

Ablaufschema der Kostenstellenrechnung		
Kostenstellen:	Hilfskostenstellen	Hauptkostenstellen
Kostenarten: primäre Kostenarten	1. Schritt: Verteilung der primären Kostenarten auf die Kostenstellen	
Zwischensumme	2. Schritt: Ermittlung der Summe der primären Kosten je Kostenstelle	
sekundäre Kostenarten	3. Schritt: die Kosten der Hilfskostenstellen werden auf die Hauptkostenstellen verrechnet	
Gesamtkosten	4. Schritt: Ermittlung der Gesamtkosten je Hauptkostenstelle	

Beispiel einer Kostenstellenrechnung für eine radiologische Großpraxis

Kostenarten:	Kostenstellen:		Hilfskostenstellen		Hauptkostenstellen				
	Summe (Euro)	Verteilung	Verwaltung	Labor	Arzt 1	Arzt 2	Röntgen	MRT	Nuklear-med.
Gehälter Ärzte	250.000	Einsatzpläne			100.000	90.000	20.000	25.000	15.000
Medikamente	80.000	Einsatzpläne		5.000	10.000	10.000	15.000	20.000	20.000
Materialien MRT	15.000	Rechnungen						15.000	
Gehälter nicht ärztl. Pers.	56.000	Einsatzpläne	20.000	8.000			10.000	10.000	8.000
Raumkosten	20.000	qm	2.000	1.000	4.000	4.000	4.000	3.000	2.000
Versicherungen	4.000	Verwaltung	4.000						
Energiekosten	17.700	Zähler	500	600	300	300	5.000	7.000	4.000
Büromaterial	1.000	Verwaltung	1.000						
kalk. Abschreibungen	100.000	Standort	5.000	1.000	800	700	25.000	40.000	27.500
kalk. Zinsen	40.000	Standort	2.000	800	300	500	10.000	15.000	11.400
<i>Summe primärer Kosten</i>	<i>583.700</i>		<i>34.500</i>	<i>16.400</i>	<i>115.400</i>	<i>105.500</i>	<i>89.000</i>	<i>135.000</i>	<i>87.900</i>
Umlage Verwaltung	(34.500)	Stellen		5.175	1.725	1.725	8.625	13.800	3.450
Umlage Labor	(16.400 + 5.175 = 21.575)	Stellen			1.500	2.200	8.000	7.000	2.875
<i>Summe sekundäre Kosten</i>	<i>56.075</i>				<i>3.225</i>	<i>3.925</i>	<i>16.625</i>	<i>20.800</i>	<i>6.325</i>
Gesamtkosten	583.700				118.625	109.425	105.625	155.800	94.225

Es gibt verschiedene Verfahren zur Verrechnung, die hier nicht weiter ausgeführt werden.

Wirtschaftlichkeitssteuerung mit der Kostenstellenrechnung

Die in einer Kostenstelle ermittelten Gesamtkosten geben den Ressourcenverbrauch für die in dieser Kostenstelle erbrachten Leistungen wieder. Daraus können sich Anhaltspunkte für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung ableiten. Dies trifft auf alle Kostenstellen zu. Beginnen könnte man mit einem Zeitvergleich, d. h., die Kos-

ten je Kostenstelle mit den Kosten dieser Kostenstelle in den Vorjahren vergleichen.

Auch ist zu empfehlen, dass pro Kostenstelle ein Verantwortlicher ernannt wird. Dieser sollte Optimierungspotenziale ermitteln und Verbesserungsvorschläge umsetzen. Der Kostenstellenverantwortliche kann lediglich die Einzelkosten beeinflussen. Einzelkosten sind direkt den einzelnen Kostenstellen zuzuordnen.

Möglich ist auch, dass die Erlöse, die in einzelnen Kostenstellen ange-

fallen sind, dargestellt werden. Dann können Kostendeckungsgrade ermittelt werden. Das entspricht der Antwort auf die Frage, ob die Erlöse die Kosten decken und Gewinn anfällt.

Der nächste Schritt nach der Kostenstellenrechnung stellt die Kostenträgerrechnung dar. Hier erfolgt die Zuordnung der entstandenen Kosten auf die erstellten Leistungen.