

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

04 | April 2024

Interview

„Ausreichend spezialisiertes Fachpersonal zu gewinnen, ist auch für die Qualitätssicherung eine große Herausforderung!“

85 Seiten umfasst die Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik. Diese Leitlinie muss täglich in den radiologischen Kliniken und Praxen mit Leben gefüllt werden – auch vor dem Hintergrund zahlreicher Veränderungen in Medizintechnik, Diagnostik, Strahlenschutz und Ausbildung. Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Koops ist Chefarzt des Instituts für Radiologie und interventionelle Therapie am Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum und am Vivantes Wenckebach-Klinikum in Berlin. Er hat eine Zusatzqualifikation im ärztlichen Qualitätsmanagement, unterrichtet QM an der Universität und ist im Konzern für die Gruppe der Radiologie Sprecher des Medical Board. Ursula Katthöfer (textwiese.com) fragte ihn, wie die Neuerungen der vergangenen Monate sich auf das Qualitätsmanagement auswirkten.

Redaktion: Wie oft werden die Standardarbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures [SOPs]) in Bezug auf Qualitätssicherung angepasst und worum geht es dabei in der Regel?

Dr. Koops: Aufgrund des technischen Fortschritts und sich ändernder Dokumentationsauflagen passen wir unsere SOPs intern immer wieder an. Dabei werden die SOPs allerdings eher optimiert durch Präzision und Kondensation als durch immer längere Texte. Grundsätzlich bevorzugen wir einfach lesbare Tabellen, angereichert mit Bildern. Durch das Bildmaterial wird klar, in welcher Projektion geröntgt wird oder wie der Scan-

bereich des CT-Geräts eingestellt werden muss. Das lässt sich mit Screenshots der Gerätebedienoberflächen einfach gestalten. Die Zukunft könnte dahin gehen, dass auch Videos hinzukommen.

Redaktion: Sind eher mehr oder weniger SOPs notwendig?

Dr. Koops: Mit der aktuellen Leitlinie der Bundesärztekammer sind wir nun verpflichtet, auch die seltenen Prozeduren mit SOPs zu versehen. Früher wurden zuerst die täglichen Routineaufgaben geregelt, seltene Verfahren wurden eher individuell gelöst. Heute geht die Vorgabe weiter: Auch und vielleicht sogar gerade die weni-

Inhalt

Kooperationen

Röko im Mai 2024: Highlights der Präsenzveranstaltung in Wiesbaden 3

Recht

- MVZ-Abrechnung: Kein Honorar ohne Unterschrift der ärztlichen Leitung 4
- Jobsharing-Falle durch sinkenden Fachgruppen durchschnitt kennen und meiden 5

Praxis-/Klinikmanagement

Legen Sie die Waffe ab: Kuriose Geschichten aus dem MRT 6

Finanzen und Steuern

Transaktionen in der Radiologie 8

Downloads

- Fachpersonal: Interview aus dem CB ChefarzteBrief zum Recruiting von Pflegekräften aus Mexiko
- PWC: Transaktionsmonitor Gesundheit (Edition 13)

ger häufigen Untersuchungen brauchen eine standardisierte Verfahrensanleitung. Obgleich das für die Kolleginnen und Kollegen die stressige Aufgabe weiterer SOP-Erstellungen bedeutet, lassen sich so doch erkennbar Fehler vermeiden und eine spürbare Anwendungssicherheit vermitteln.

Redaktion: Wie sind die neuen Patientenschutzempfehlungen der Strahlenschutzkommission (SSK) inzwischen umgesetzt worden?

Dr. Koops: Die neuen Empfehlungen vereinfachen Vieles. Sie beziehen sich einerseits auf die personelle Teamleistung, andererseits auf die Aufnahmetechnik. Dokumentation und SOPs mussten vielfach neu entwickelt werden. So wurden ja auch die diagnostischen Referenzwerte deutlich reduziert, insbesondere in der Angiografie und Katheterintervention. Bei uns im Hause hatten wir die Dosisreferenzwerte schon 2018 so angepasst, dass wir eine Einsparung beim Thorax- und Abdomen-CT um 20 Prozent der Dosis gut erreichen konnten, in der angiografischen Intervention konnten wir sogar noch deutlich weiter nach unten korrigieren. Möglich ist das durch unsere modernen CT-Geräte mit verschiedenen Techniken der Dosismodulation und iterativen Bildrekonstruktion, letzteres auch bei den Angiografie-Geräten.

Im konventionellen Röntgen war es für Mitarbeitende und Patienten neu, dass bei vielen Untersuchungen auf Strahlenschutzmittel verzichtet werden kann. Die Mitarbeitenden haben wir geschult und viel Verständnis dafür erhalten, dass z. B. der Ovarien-schutz im Strahlenfeld, der schon länger nicht mehr empfohlen wurde, wegfällt. Werden die Mitarbeitenden

entsprechend ausgebildet, lassen sich Vorbehalte einfach überwinden.

Redaktion: Wie handeln die MTR Ihrer Abteilungen nun, wenn Patienten doch einen Strahlenschutz wünschen?

Dr. Koops: Auf eine Strahlenschutz-Gonadenschürze bei der Thorax-Projektionsradiografie verzichten wir jetzt komplett, weil er keine Vorteile bringt. Wenn es die Psyche des Patienten allerdings beruhigt, ist der Einsatz solcher Schürzen, wenn sie nicht im Strahlenfeld liegen, dennoch gerechtfertigt. Auch ist zu berücksichtigen, dass zusätzliche Bleiabdeckungen außerhalb des Strahlenfelds in der interventionellen Angiografie durchaus hilfreich sind, um die Streustrahlung für das Personal im Untersuchungsraum zu reduzieren.

Wichtiger als manche Strahlenschutzmittel ist aber vor allem die optimale Lagerung und Einblendung des Strahlenfelds. Zudem sind bei oberflächlichen Strukturen wie der Schilddrüse oder der Brustdrüse die geräteseitigen Dosisreduktionsmöglichkeiten in der Art der sektoriellen Röhrenstromabschaltung gerade bei Patienten, die älter als 40 Jahre sind, gute Alternativen zu protektiven Abdeckungen im Strahlenfeld.

Redaktion: Wie kann die Schulung des Personals an den radiologischen Geräten vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der Fluktuation gewährleistet werden?

Dr. Koops: Ausreichende Schulungen zu gewährleisten, ist eine Herausforderung. Wir nutzen vermehrt die Möglichkeiten des digitalen Lernangebots mit vielen Bildern, Videoclips und interaktiven Fragen. Den indivi-

duellen Teil einer Einweisung können sie allerdings nicht ersetzen. Dafür brauchen wir eine gewisse Personalstärke im Team und die Bereitschaft, dass sich die Mitarbeitenden letztlich vielen Geräten zugeordnet fühlen und sich in diese genau einweisen lassen.

Viele Institute vereinheitlichen ihren Gerätepark, auch um diese Einarbeitung zu vereinfachen. Sie haben dann nicht immer das neueste Gerät im Markt und nicht zwingend die Innovationsbreite wie bei der gleichzeitigen Nutzung der Geräte verschiedener Hersteller, dafür aber relativ einheitliche Bedienoberflächen und die Möglichkeit gleichartiger Untersuchungsprotokolle. Das wiederum ermöglicht auch eine Remotesteuerung von außerhalb der Institutsräume. Dabei geht es nicht darum, die Geräte externen Dienstleistern anzuvertrauen, sondern in der Zukunft die Anwendung spezieller Protokolle vornehmlich im MRT an mehreren Standorten vorzuhalten und zu unterstützen.

Redaktion: Seit dem 01.01.2023 gilt die Reform des MT-Berufegesetzes. Welchen Einfluss hat das Gesetz auf die Qualitätssicherung?

Dr. Koops: Die praktische Ausbildung wurde erweitert, das Curriculum modernisiert und das E-Learning integriert. MTR dürfen mehr Tätigkeiten ausüben und lernen nun auch in der Schule, z. B. Pharmaka zu verabreichen. Die Qualität der Ausbildung hat sich sicherlich verbessert, viele Zwischenprüfungen werden absolviert. Aber in der Praxis stehen wir wegen der hohen Zahl der benötigten Praxisanleiterinnen vor erheblichen Schwierigkeiten. Hinzu kommt, dass für 15 Prozent der praktischen

Ausbildungszeit die Praxisanleiterinnen den Auszubildenden zugeordnet sein sollen. Um das zu leisten, müsste man den Stellenschlüssel der Ausbildungsinstitute anpassen, doch gibt der Markt dieses Personal mit entsprechender Zusatzqualifikation gar nicht her.

Redaktion: Die von Ihnen genannte Zusatzqualifikation nimmt 300 Unterrichtsstunden in Anspruch, jährliche Auffrischungen für Praxisanleiterinnen sind vorgeschrieben. Wie stemmen Sie diesen Aufwand?

Dr. Koops: Diese Aufwertung ist für viele Institute schwierig umzusetzen, weil sie viel Zeit kostet. Zum Vergleich: Die Absolventen eines sehr breiten Spektrums aller möglichen medizinischen Ausbildungsberufe können in nur 90 Stunden à 45 Minuten einen Röntgenschein für das selbstständige Röntgen erlangen. Gleichzeitig sind nun ganze 300 Stunden von einer bereits ausgebildeten MTR gefordert, nur um die pädagogische Fähigkeit zu erlernen, das eigene Wissen weiterzugeben. Eine vermeintliche Dysbalance zeigt sich auch in den Aktualisierungsanforderungen: Das Wissen zum Strahlenschutz muss alle fünf Jahre für acht Stunden aufgefrischt werden. Die Praxisanleiterinnen sind hingegen pro Jahr für 24 Stunden zur pädagogischen Fortbildung. Der Zeitaufwand ist hier 15-mal so hoch.

Aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens, in denen es ebenfalls nun die Praxisanleitung gibt, höre ich zudem von einem bedenklichen Trend: Nicht-Praxisanleiterinnen ziehen sich von der Verantwortung für die Auszubildenden zurück. Wo sich vorher alle in der Pflicht fühlten, entsteht nun Neid, weil die Praxisanleite-

rinnen eine besondere Stellung haben und etwas mehr Gehalt bekommen. Glücklicherweise habe ich die Zurückhaltung in der Ausbildungsunterstützung bei Nicht-Praxisanleiterinnen in unserer Radiologie noch nicht beobachtet.

Redaktion: Wie gelingt es, die Akzeptanz neuer Technologien z. B. zur Archivierung und zu künstlicher Intelligenz (KI) beim Personal zu fördern?

Dr. Koops: Sofern die neuen Techniken solide funktionieren, werden sie sehr gut angenommen. Wir haben z. B. die Nachrekonstruktion der multiplanaren Reformatierung im CT automatisiert. Das entlastet die MTR am Gerät erheblich. Dosismanagementsysteme überwachen die großen Datenmengen ständig, das wäre händisch nur noch schwer zu regulieren. KI-Algorithmen erleichtern die Arbeit der Ärzteschaft, Prozesse werden beschleunigt, es kann besser triagiert werden. Das wirkt sich positiv auf die Patientensicherheit aus.

Röntgenkongress

Röko im Mai 2024: Highlights der Präsenzveranstaltung in Wiesbaden

Beim Präsenzteil des 105. Deutschen Röntgenkongresses (Röko) in Wiesbaden vom 08.05. bis 10.05.2024 zählen auch Themen aus dem RWF-Spektrum zu den vom Veranstalter angekündigten Highlights (siehe auch Interview mit den Röko-Präsidenten in RWF Nr. 3/2024).

So wird Prof. Dr. Josef Hecken (unparteiischer Vorsitzender des G-BA) am Mi., den 08.05.2024 um 12:45 Uhr bei der Eröffnungsveranstaltung zur „Transformation des Gesundheitswesens“ vortragen. Am Nachmittag des 08.05. wird dem Physiker Prof. Dr. Gunnar Brix vom Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) beim 27. Forum Strahlenschutzrecht die Ehrenmitgliedschaft verliehen. Die „Röntgen-Vorlesung“ durch Reinhard Heckel am Fr., den 10.05.2024 um 12 Uhr dreht sich um künstliche Intelligenz, die laut Vortragstitel eine „neue Generation der Bildgebung“ ermöglicht. Heckel ist Prof. für Maschinelles Lernen an der TU München.

Redaktion: Mit welchen Herausforderungen rechnen Sie für die Zukunft?

Dr. Koops: Wir brauchen geeignetes Personal. Für die optimale Nutzung der radiologischen Geräte müssen die Mitarbeitenden zunehmend spezialisiert sein, Praxisanleitungen sind eine pädagogische Herausforderung, auch für Qualitätssicherungsmaßnahmen ist geschultes Personal vonnöten. An den Medizinphysikexperten haben wir gesehen, was die Spezialisierung bedeutet. Wir müssen mehr ausbilden. Vivantes hat gerade eine neue MTR-Schule aufgebaut, um hier selbst auszubilden, doch sind auch Lehrkräfte schwer zu finden.

Die technische Entwicklung kommt uns eher entgegen, z. B. um die Vorgaben zum Strahlenschutz leitliniengerecht zu dokumentieren oder mithilfe von KI schneller zu befunden. Auch bei der Archivierung von Big Data sehe ich keine großen Datenschutzbedenken. Doch spezialisiertes Fachpersonal in adäquater Zahl zu gewinnen, ist die große Herausforderung. ■

Vertragsarztrecht

MVZ-Abrechnung: Kein Honorar ohne Unterschrift der ärztlichen Leitung

Eine Honorarsammelerklärung ist zwingend von der ärztlichen Leitung des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) zu unterschreiben, wenn es der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) so vorschreibt. Die Unterschrift der ärztlichen Leitung kann in solchen Fällen auch nicht von der Geschäftsführung der MVZ-Trägerin ersetzt werden. Unterschreibt die ärztliche Leitung nicht, verliert das MVZ das komplette Quartalshonorar! Dies bestätigte das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 13.12.2023 (Az. B 6 KA 15/22 R).

von Rechtsanwältin, Fachanwältin
für Medizinrecht Taisija Taksijan
LL.M., Hamburg, legal.point.de

Hintergrund

Für die Zulassung und den Betrieb eines MVZ ist die ärztliche Leitung schon immer unabdingbar gewesen. Ohne sie droht Zulassungsentzug. Beides ergibt sich eindeutig aus dem Gesetz (§ 95 Abs. 1 SGB V). Das Gesetz regelt jedoch nicht, welche konkreten Aufgaben die ärztliche Leitung zu erfüllen hat. Diese Frage stellt sich besonders dann, wenn die ärztliche und die kaufmännische Leitung nicht identisch sind. Dies ist regelmäßig in größeren Strukturen, in sog. Angestellten-MVZ, also einem MVZ in Form einer GmbH mit nur angestellten Ärzten, wie es beispielsweise auch in **Radiologie-MVZ** vorkommen kann. Die aktuelle Entscheidung des BSG betrifft zwar grundsätzlich jedes MVZ, insbesondere eben größere, als GmbH formierte MVZ-Einheiten. In diesen ist es bereits aufgrund der großen Struktur sachgerecht, dass die ärztliche und die kaufmännische Leitung voneinander getrennt sind. Die kaufmännische Leitung vertritt die GmbH regelmäßig nach außen nach gesellschaftsrechtlichen Regelungen (§ 35 GmbH-Gesetz).

Exkurs

Die ärztliche Leitung muss im MVZ selbst tätig und in medizinischen Fragen weisungsfrei sein. Ein Wechsel der ärztlichen Leitung ist der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) anzuzeigen. Für einen neuen Arzt ist die Genehmigung der Beschäftigung durch den Zulassungsausschuss einzuholen. In jedem Fall ist ein Arbeitsvertrag des MVZ mit der ärztlichen Leitung vorzulegen, aus dem sich die Arbeitsstunden und die Weisungsfreiheit in medizinischen Fragen ergibt. Viele KVen fordern eine Tätigkeit von mindestens 20 Wochenstunden (ohne eine gesetzliche Grundlage hierfür).

Der aktuelle Fall

Die klagende MVZ GmbH wendete sich gegen die Honorarkürzung durch die KV für zwei Quartale aus dem Jahr 2013. Die beklagte KV kürzte das gesamte Quartalshonorar des MVZ mit der Begründung, dass die Unterschrift der ärztlichen Leitung in der Sammelerklärung fehle und die Abrechnungen deswegen formal fehlerhaft gewesen seien – es ging um rund 154.000 Euro.

Die als ärztliche Leiterin benannte angestellte Ärztin bestritt, die ärztliche Leitung übernommen zu haben. Sie hat die Sammelerklärungen auch später – im Rahmen der im HVM vorgesehenen Jahresfrist – nicht unterschrieben. Auch wurde von der im HVM vorgesehenen Möglichkeit nicht Gebrauch gemacht, bei zeitweiser Verhinderung der ärztlichen Leitung einen Vertreter zu bestellen.

Gegen die Kürzung des Honorars hatte die klagende MVZ GmbH zunächst erfolglos Widerspruch gegen die KV, Klage beim Sozialgericht und Berufung beim Landessozialgericht (LSG) erhoben. Das LSG führte aus, dass die Honorare wegen der fehlenden Unterschrift der ärztlichen Leitung auf der Sammelerklärung zu kürzen seien. Es spreche nichts dagegen, die Unterschrift als Voraussetzung für die Auszahlung des Honorars zu fordern. Die ärztliche Leitung trage die Gesamtverantwortung gegenüber der KV. Hierzu gehöre die volle Verantwortung für die Erstellung und Kontrolle der Abrechnung. Es liege daher nahe, der ärztlichen Leitung – unabhängig von der Trägerschaft des MVZ – die Verantwortung für die Sammelerklärung zu übertragen.

Die Entscheidungsgründe des BSG

Das BSG bestätigte das Urteil des LSG. Weil die ärztliche Leitung die Betriebsabläufe steuere und die Gesamtverantwortung gegenüber der KV trage, könne der HVM deren unter der Sammelerklärung verlangen. Zwar sei das MVZ als Träger der Zulassung für die Abgabe einer ordnungsgemäßen Sammelerklärung verantwortlich. Da es als Einrichtung aber nicht selbst handeln könne, ersetze die Unterzeichnung durch die ärztliche Leitung die in einer Einzel-

praxis von dem Vertragsarzt zu leistende Unterschrift.

Die ärztliche Leitung verfüge – anders als die nicht ärztliche Geschäftsführung – über die erforderliche medizinische Fachkompetenz, um beurteilen zu können, ob die von den einzelnen Ärzten angegebenen Behandlungsvorgänge Grundlage für eine korrekte Quartalsabrechnung sind. Auch sei durch die eigene ärztliche Tätigkeit der ärztlichen Leitung im MVZ gewährleistet, dass sie hinreichend in dessen Strukturen und Arbeitsabläufe eingebunden sei und das Verhalten der Mitarbeiter aus eigener Anschauung beurteilen könne. Dieses Ergebnis sei auch angemessen. Bei zeitweiser Verhinderung der ärztlichen Leitung könne ein Vertreter bestellt oder die Sammelerklärung könne innerhalb der im HVM bestimmten Jahresfrist nachgereicht werden.

Und was heißt das jetzt für MVZ?

Es bleibt abzuwarten, ob die genauen Urteilsgründe (zum Redaktionschluss lag nur die Verfahrensmitteilung des BSG vor) weiteren Aufschluss über die Auswirkung der Bestimmungen in den HVM bringen und ob diese von den KVen nun angepasst werden. In der Zwischenzeit können MVZ Folgendes tun:

- Werfen Sie jetzt einen Blick in die Vorgaben Ihres HVM und verzichten Sie jedenfalls dann nicht auf die Unterschrift der ärztlichen Leitung, wenn dies im HVM – wie etwa in Nordrhein – vorgesehen ist.

Regeln Sie die Vertretung der ärztlichen Leitung (falls noch nicht geschehen) und halten Sie diese schriftlich fest. Auch in diesem Punkt unterscheiden sich die regionalen Anforderungen der KV sehr.

Vertragsarztrecht

Jobsharing – Falle durch sinkenden Fachgruppendurchschnitt kennen und meiden

Im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung prüft die Kassenärztliche Vereinigung (KV) u. a., ob für das Jobsharing festgelegte Leistungsobergrenzen (im Folgenden: LOG) eingehalten wurden. Bei Überschreitungen der LOG nimmt die KV eine Berichtigung des Honorars vor. Da die Entwicklung der LOG an den Fachgruppendurchschnitt gekoppelt ist, kann ein sinkender Fachgruppendurchschnitt zu sinkenden LOGen und letztendlich zu Honorarkürzungen führen. Diese Honorarkürzungen sind auch dann rechtmäßig, wenn der Praxis weder die konkrete LOG noch die für die LOG maßgeblichen Fachgruppendurchschnitte bekannt waren. Der Beitrag macht auf diese Falle aufmerksam, die sich auch für radiologische Praxen stellen kann (Urteil des Landessozialgerichts [LSG] Hamburg vom 25.01.2023, Az. L 5 KA 2/21).

Hintergrund: Bestimmung der LOG bei Jobsharing

Die LOG für das erste Leistungsjahr des Jobsharings werden vom Zulassungsausschuss auf der Grundlage der Vorjahresquartale festgesetzt. Der Zulassungsausschuss ist auch für Anträge auf Neufestsetzung der LOG zuständig.

Ab dem zweiten Leistungsjahr passt die KV die LOG dann mithilfe des sog. Anpassungsfaktors automatisch an. Der Anpassungsfaktor wird entsprechend der gesetzlichen Vorgaben in der Bedarfsplanungsrichtlinie von der KV berechnet und beruht u. a. auf dem Fachgruppendurchschnitt.

Sachverhalt

Die Klägerin ist eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) in Hamburg, die im Jahr 2010 die Genehmigung zur gemeinsamen vertragsärztlichen Tätigkeit im Jobsharing erhielt. Die beklagte KV nahm in den Jahren 2017 und 2018 eine sachlich-rechnerische Richtigstellung für den Zeit-

von Rechtsanwältin
Franziska Dickmann, LL.M.,
D+B Rechtsanwälte Partnerschaft
mbB, Berlin, db-law.de

raum von 2012 bis 2015 wegen der Überschreitung der LOG in Höhe von ca. 30.000 Euro vor. Die Honorarkürzung beruhte teilweise auf einer Neufestsetzung der LOG durch den Zulassungsausschuss und teilweise auf einer Anpassung der LOG durch die KV aufgrund eines gesunkenen Fachgruppendurchschnitts. Die BAG wandte sich gegen die Honorarkürzung. Zur Begründung führte sie insbesondere an, dass ihr die von der KV angepassten LOG nicht bekannt waren. Denn die KV hatte weder die LOG-relevanten Fachgruppendurchschnitte veröffentlicht noch hatte sie die BAG über den Anpassungsfaktor informiert. Erst mit dem Rückforderungsbescheid erfuhr die BAG von der neuen – abgesenkten – Obergrenze. Das Sozialgericht Hamburg gab der BAG zunächst recht und hob den Honorarrückforderungsbescheid auf. Gegen dieses Urteil

legte die KV beim LSG Berufung ein – im Ergebnis mit Erfolg.

Entscheidungsgründe

Das LSG Hamburg stellte klar, dass die Honorarkürzung durch die KV rechtmäßig war.

Absenkung der LOG bei sinkendem Fachgruppendurchschnitt

Die Honorarbescheide waren von der KV richtigzustellen, weil die Praxis die LOG überschritten hatte. Dabei ist zwischen den vom Zulassungsausschuss festgesetzten LOG und den von der KV angepassten LOG zu unterscheiden:

- Die bestandskräftigen Festsetzungen der LOG durch den Zulassungsausschuss sind sowohl für die BAG und die KV als auch für die Gerichte bindend. Eine Überprüfung konnte das Gericht daher nicht vornehmen.
- Die Anpassung der LOG durch die KV hält das LSG für fehlerfrei. Insbesondere die von der KV vorgenommene Absenkung der LOG sei rechtmäßig. Denn die Entwicklung der LOG folge der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts. Da die BAG über die Anpassung der LOG vom allgemeinen Wachstum der Fachgruppe profitiere, müsse sich – quasi als Kehrseite – auch eine Verringerung des Fachgruppendurchschnitts auf die BAG auswirken.

Kein Vertrauensschutz für BAG

Außerdem entschied das Gericht, dass die klagende BAG an die LOG gebunden war, obwohl ihr der Anpassungsfaktor und die LOG erst mit dem Richtigstellungsbescheid mitgeteilt worden waren. Ohne Mitteilung des Anpassungsfaktors habe die

BAG sich zwar keine konkrete Vorstellung über die Höhe der LOG machen können. Sie habe jedoch davon ausgehen müssen, dass auch eine

Absenkung „im Bereich des Möglichen“ war. Auf gleichbleibende oder steigende LOG habe sie nicht vertrauen dürfen.

Fazit

Es empfiehlt sich, die Entwicklung der Fachgruppendurchschnitte aufmerksam zu beobachten, um ggf. auf eine Absenkung der LOG vorbereitet zu sein. Möglich ist dies aber nur, wenn die für die LOG relevanten Fachgruppendurchschnitte von der KV auch veröffentlicht werden, z. B. auf der Website der KV oder im Mitgliederportal der KV. Möglicherweise kann auch nur dann Kenntnis erlangt werden, wenn die KV z. B. aufgrund regelmäßiger Nachfragen diese Fachgruppendurchschnitte individuell bekannt gibt.

Es bleibt abzuwarten, ob die klagende BAG gegen das Urteil des LSG Hamburg im Wege der Nichtzulassungsbeschwerde vorgeht und versucht, das Urteil im Revisionsverfahren zu korrigieren. Zu begrüßen wäre dies, denn es wirkt wenig überzeugend, sich an eine Grenze halten zu müssen, die man zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht exakt kennt und auch nicht kennen kann!

Arbeitsicherheit

Legen Sie die Waffe ab: Kuriose Geschichten aus dem MRT

Die Magnetresonanztomografie (MRT) gilt als sehr sichere diagnostische Methode, da die bei Röntgenaufnahmen und Computertomografie unvermeidliche Strahlenbelastung entfällt. Gefährlich kann die Untersuchung aber werden, wenn Sicherheitsbestimmungen nicht beachtet werden und metallische Gegenstände ins Spiel kommen. Die Sicherheit des MRT ist mit mehr als 95 Mio. Untersuchungen im Jahr gut belegt. Patienten fürchten vor allem den Lärm und ein klaustrophobes Gefühl, wobei man mit schallschützenden Kopfhörern, Geräten mit größeren Öffnungen, beruhigender Ansprache oder ggf. auch sedierenden Medikamenten entgegenwirken kann – doch es gibt weitere Sicherheitsrisiken, die zu beachten sind.

Vor der Untersuchung nach Metallteilen fragen

Um die Sicherheit zu gewährleisten, müssen die Patienten sich genau an die Anweisungen des medizinischen Personals halten und sämtliche

von Maria Weiß,
Ärztin und Medizinjournalistin, Berlin

Metallteile ablegen. Das MRT arbeitet mit einem starken Magneten, der ein 30.000-fach stärkeres Magnetfeld erzeugt als das auf der Erde.

Diese magnetische Kraft wirkt dann unselektiert auf alle Metallteile ein, was je nach Lokalisation der Metallteile erheblichen Schaden anrichten kann.

Merke

Patienten müssen daher vor der Untersuchung einen *detaillierten Fragebogen* zu möglichen Metallteilen im Körper ausfüllen und werden auf die Gefahren hingewiesen. Hier wird explizit nach zahlreichen möglichen Metallteilen gefragt – dazu gehören u. a. Herzschrittmacher, Hörgeräte, Prothesen, künstliche Gelenke, Medikamentenpumpen, Piercings und vieles mehr.

Trotzdem wird es wahrscheinlich immer wieder Dinge geben, nach denen nicht speziell gefragt wird und die Patienten nicht angeben. Prof. Adma Taylor, Direktor des Clinical Anatomy Learning Centre an der Lancaster University berichtet von einigen Kuriositäten im Zusammenhang mit dem MRT.

Gefährliche Schüsse im MRT

Eine 57-jährige Frau aus Wisconsin, USA, legte z. B. ihre gut versteckte Schusswaffe vor der Untersuchung nicht ab. Während der Untersuchung löste sich durch die Magnetwirkung ein Schuss, der zu einer Verletzung im Bereich des Gesäßes führte.

Weniger Glück hatte ein Anwalt, der bei der MRT-Untersuchung vergaß, seine im Hosenbund steckende Waffe abzulegen. Auch hier wurde ein Schuss ausgelöst, der in diesem Fall tödlich war. Patienten auch nach versteckten Waffen zu fragen könnte – zumindest in den USA – somit sinnvoll sein.

Gefahr durch medizinische Devices

Meist sind es aber eher Schrittmacher oder andere implantierte Geräte, die Patienten gefährlich werden können oder Betroffene von der Untersuchung ausschließen. Hier wurden inzwischen spezielle Methoden entwickelt, die auch bei diesen Patienten ein MRT ermöglichen. Neuere Schrittmacher-Modelle enthalten keine eisenhaltigen Metalle mehr und können daher auch nicht von Magneten beeinflusst werden. Auch moderne metallische Implantate sind heute in der Regel MRT-kompatibel, bei Unsicherheit kann man beim Hersteller nachfragen.

Merke

Zu den absoluten Kontraindikationen für eine MRT-Untersuchung gehören u. a.

- LVAD-Systeme (LVAD = Linksventrikuläres Unterstützungssystem),
- Cochlea-Implantate,
- implantierte Insulinpumpen, die nicht abgelegt werden können,
- Neurostimulatoren,
- Schwellkörperimplantate,
- Blasenschrittmacher,
- ferromagnetische Metall-Clips (z. B. nach Carotis-TEA),
- Gefäßstents (wenn die Implantation weniger als 72 Stunden zurückliegt) sowie
- großflächige Tätowierungen unter Verwendung metallhaltiger Farbstoffe.

Gefahr durch unbekannte Fremdkörper

Gefährlich kann es auch werden, wenn sich im Körper kleine Fremdkörper aus Metall befinden, von denen keiner weiß. Ein 65-jähriger Patient hatte z. B. Metallbuchsen und

einen Scharnierstift verschluckt, was beim MRT zu einer Magenruptur führte. Bei einem Kind kam es im MRT zu einer Darmperforation – Auslöser waren hier elf kleine verschluckte Magnete. Dramatische Folgen können auch unbemerkte mikroskopisch kleine Metallsplitter im Auge haben, wie man sie häufiger bei Laborarbeitern oder bei Kriegsveteranen findet. Im MRT können sich diese Teile bewegen und zu Blutungen, Schmerzen und im schlimmsten Fall zur Erblindung führen.

Auch in der Nähe des Geräts keine Metallteile

Auch außerhalb des eigentlichen MRT-Geräts kann das starke magnetische Kraftfeld noch seine Wirkung entfalten, wie zwei tragische Vorfälle zeigen:

- Im Jahr 2018 wurde in Indien ein Mann getötet, der einen Sauerstoffbehälter aus Metall neben dem MRT-Gerät abstellte. Der Behälter wurde in das MRT-Gerät eingesaugt, zerplatzte und tötete den Mann.
- Auch in Südkorea wurde im Jahr 2021 ein Mann im MRT durch ein eingesaugtes Sauerstoffgerät getötet.

Praxistipp

Alle Mitarbeiter und Patienten sollten daher mit Nachdruck angewiesen werden, keine metallischen Gegenstände in der Nähe eines MRT-Geräts abzustellen.

Gefahr der „Leiter-Schleife“ bei Hautkontakt

Eine sehr seltene Komplikation im MRT ist die sogenannte „Leiter-

Schleife“. Diese kann in seltenen Fällen entstehen, wenn ein Stück Haut auf ein anderes trifft. Folge ist eine Erhitzung des betroffenen Gewebes bis zur Verbrennung. Passieren kann dies z. B., wenn sich die Oberschenkel oder Hände berühren. Um dem vorzubeugen muss im MRT eine ganz bestimmte Position eingenommen und gehalten werden. Die Hände, die Unterschenkel oder Oberschenkel sollten sich nicht berühren – ggf. muss bei korpulenten Personen ein Tuch oder dünnes Kissen zwischen den Beinen und/oder den Achselhöhlen platziert werden.

Praxistipp

Patienten sollten darauf hingewiesen werden, dass das „Stillliegen“ in der vorgegebenen Position nicht nur wichtig für die Bildqualität ist, sondern auch ihrer eigenen Sicherheit dient.

Fazit

Trotz dieser möglichen Gefahren bleibt das MRT insgesamt eine **sehr sichere** diagnostische Methode, sofern die erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen eingehalten werden!

QUELLEN

- „Magnets, mating and metallic objects – cautionary tales from the MRI scanner“, The Conversation, Online-Beitrag vom 27.12.2023, www.de/s10578
- „Kontraindikationen für eine MR-Untersuchung“, Universitätsklinikum Ulm, Website (Stand 20.03.2024), www.de/s10579

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Schmerzensgeld nach Armbruch bei MRT“, in RWF Nr. 6/2019

Private-Equity-Analyse

Transaktionen in der Radiologie

Nach dem neuen Transaktionsmonitor Gesundheitswesen von PWC sind auch für das Jahr 2023 die meisten Transaktionen innerhalb des Bereichs der „Niedergelassenen Leistungserbringer und Labore“ (im Folgenden: „Niedergelassene“) der Radiologie zuzuordnen: Von den 80 erfassten Transaktionen dieses Untersektors entfallen 17 auf die Radiologie, wobei ein Unternehmen allein acht Zukäufe getätigt hat.

Über 230 Transaktionen erfasst

In der 13. Ausgabe des PWC-Berichts sind in den sechs Bereichen für das Jahr 2023 insgesamt 234 Transaktionen erfasst, das sind 48 mehr als für das Jahr 2022 (186 Transaktionen). Die 234 Transaktionen teilen sich folgendermaßen auf:

- 29: Krankenhäuser u. Fachkliniken
- 12: Rehabilitation (stat./amb.)
- 70: Pflegebetriebe
- 43: Pflegeimmobilien
- 80: Niedergelassene
- n/a: Telemedizin

PWC resümiert, dass in einem „auch 2023 von besonders vielen Herausforderungen geprägten deutschen Gesundheitsmarkt“ die Transaktionsaktivität dennoch höher ausgefallen ist als in den Vorjahren. Zu berücksichtigen sei, dass die Statistik durch zahlreiche Einzelverkäufe aus den Insolvenzen größerer Pflegeheimbetreiber geprägt sei.

Radiologie weiter gefragt

Im Bereich Niedergelassene entfallen mit 17 Transaktionen in 2023 rund 20 Prozent auf Einrichtungen aus der Radiologie und der Strahlentherapie. Das bedeutet zusammen mit der Dermatologie (ebenfalls 17 Transaktionen) den Spitzenplatz, vor den medizinischen Laboren (15). Innerhalb der Radiologie wiederum sind 8 der

17 Transaktionen auf ein einziges Investmentunternehmen entfallen.

Die Anzahl der Transaktionen im Bereich der Niedergelassenen ist um 40 Prozent gegenüber 2022 (57) angestiegen, und zwar laut PWC trotz der angekündigten Verschärfung der regulatorischen Rahmenbedingungen für MVZs, die durch Investoren gehalten werden.

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.