

# Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

10 | Oktober 2021

## Interview

### „Ein guter Berater trägt sich selbst, weil er die Ausgaben deutlich senkt!“

Radiologische Praxen und Abteilungen müssen erheblich in Medizintechnik investieren, um eine gute Versorgung zu gewährleisten. Doch was sind MRT- und CT-Geräte nach einer gewissen Zeit noch wert? Stimmen die in der Buchhaltung aufgeführten Restwerte mit den tatsächlichen Werten überein? Jörg Franz, Ing. grad., ist zertifizierter Sachverständiger für radiologische Geräte und Einrichtungen sowie für die Bewertung von Arztpraxen. Er ist Mitglied im Verband Deutscher Gutachter und Sachverständiger (DGuSV) und im Bundesverband Deutscher Sachverständiger und Fachgutachter (BDSF). Ferner ist er Geschäftsführer der deutschen Niederlassung des auf Radiologie spezialisierten Beratungsunternehmens Medical Systems Consulting Ltd. mit Sitz in Großbritannien. Ursula Katthöfer ([textwiese.com](http://textwiese.com)) fragte ihn nach Buch-, Markt- und Nutzwerten.

**Redaktion:** Wie realistisch schätzen niedergelassene Radiologen den Wert ihres Geräteparks ein?

**Jörg Franz:** Zum großen Teil schätzen sie den Wert viel zu hoch ein. Denn sie orientieren sich an den Anschaffungspreisen und den Abschreibungswerten, die der Steuerberater errechnet und im Anlagevermögen ausweist. Der Gesetzgeber schreibt für die Geräte einen Abschreibungszeitraum von acht Jahren vor. Wünschenswert wären aber kürzere Abschreibungszeiten, die der heutigen Wertentwicklung eher entsprechen.

**Redaktion:** Könnte man mit seinem Finanzamt kürzere Abschreibungszeiten vereinbaren?

**Jörg Franz:** Ja, dann muss aber eine geringere Nutzungsdauer begründet werden. Ein Argument wäre z. B. überhöhter Geräteverschleiß bei einer Praxis, die täglich von 7 bis 20 Uhr und evtl. sogar zusätzlich am Samstag geöffnet hat, im Vergleich zu einer Praxis mit den üblichen Öffnungszeiten. Bei einem hohen Patientenvolumen kann ein Gerät wie z. B. ein Computertomograf bereits nach fünf Jahren erneuerungsbedürftig sein.

## Inhalt

### Abrechnung

- Orientierungswert legt um 1,275 Prozent zu ..... 3
- PKV erkennt Berechnung selbst hergestellter Radionuklide nicht an – was tun? ... 4
- Hygienepauschale bis Ende 2021 ..... 4

### Recht

- BSG bestätigt: Keine CT-Genehmigung für Nuklearmedizinerin, die auch Radiologin ist ..... 5
- Organisationsverschulden: Chefarzt muss das Personal überwachen! ..... 6

### Finanzen

Strategien und Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit in Praxis und Klinik (Teil 1) ..... 7

### Guerbet informiert

Webinar (06.10.2021): „Obesity management and need for adjusted injection protocols“ ..... 4

### Downloads

- Sonderausgabe für Chefarzte: „Der Chefarzt als Wahlarzt“
- Schaubild „Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen an GKV-Versicherte“

**Redaktion:** Sind andere Geräte länger als acht Jahre wirtschaftlich?

**Jörg Franz:** Die Qualitätsrichtlinien in der Radiologie sind nicht an ein Maximalalter der Geräte gekoppelt. Ein 12 oder 14 Jahre altes Gerät kann in Einzelfällen durchaus noch die Qualitätsvorgaben erfüllen. Der Radiologe als Betreiber eines „alten“ Geräts erhält die gleiche Vergütung wie ein Kollege, der ein vor kurzem angeschafftes Spitzengerät nutzt. Die Frage ist allerdings, ob es diagnostisch und wirtschaftlich sinnvoll ist, ein Gerät so lang zu betreiben.

Wann eine Neuanschaffung notwendig wird, hängt häufig auch von der Konkurrenzsituation einer Praxis ab. In großstädtischen Zentren mit entsprechender Praxisdichte informieren Patienten sich schon über Leistungsfähigkeit und technische Ausstattung der radiologischen Geräte und vergleichen – wenn auch laienhaft. Speziell beim MRT schauen die Patienten vermehrt auf die Feldstärke und denken, ein 3 Tesla System muss besser sein als ein MRT mit 1,5 Tesla.

**Redaktion:** Wie kommt es, dass die Geräte so schnell an Wert verlieren?

**Jörg Franz:** Pauschal betrachtet verlieren nicht alle Geräte gleich schnell an Wert. Es hängt vom jeweiligen Gerät und der Situation ab. Ein Beispiel ist der MRT. Hier haben wir den Trend zu Systemen, die zum Kühlen kein oder nur noch sehr wenig Helium brauchen. Die Magneten sind gekapselt, wodurch der bisher alltägliche Heliumverlust entfällt. Gleichzeitig sind nicht seltene Magnetstörungen wie ein Quench ausgeschlossen, die zu beheben zu mehrtägigen Nutzungsausfällen und Kosten von ca. 50.000 Euro führen. In Zeiten stei-

gender Energiekosten spielt auch der geringere Stromverbrauch der neuen Systeme eine wichtige Rolle. Neue Geräte haben meist kürzere Untersuchungszeiten, was bei gleichen Praxiszeiten einen höheren Patientendurchsatz ermöglicht.

**Kurz:** Die technische Entwicklung in der Medizintechnik ist ein Grund für den Wertverlust, sie arbeitet der langen Abschreibungsdauer entgegen.

**Redaktion:** Wie ist es bei den Durchleuchtungsgeräten?

**Jörg Franz:** Deren Betrieb ist durch den Einsatz anderer modernerer und strahlungsfreier Untersuchungsmethoden nicht mehr wirtschaftlich möglich. Wenn eine Praxis vor wenigen Jahren noch ein Durchleuchtungsgerät für 300.000 bis 400.000 Euro angeschafft hat, dieses noch gute Bilder liefert und laut Steuerberater einen erheblichen Wert im Anlagevermögen der Praxis hat, kann der Praxisbetreiber nicht verstehen, wenn ein Sachverständiger dieses Gerät mit null Euro bewerten muss. Dabei vergisst der Gerätebetreiber, dass nur noch zwei Patienten pro Woche kommen, das Gerät aber trotzdem hohe Wartungs-, Fix- und Personalkosten verursacht sowie 25 bis 30 Quadratmeter teure Praxisfläche blockiert. Das ist in höchstem Maße unwirtschaftlich. Wenn der Inhaber Glück hat, findet er einen Händler, der das Gerät kostenlos demontiert und es ganz oder teilweise in Drittländer verkauft.

**Redaktion:** Sie sagten, dass der Wert auch situationsabhängig sein könne. Wieso?

**Jörg Franz:** Nehmen wir als Beispiel eine radiologische Praxis mit vier

Gesellschaftern. Einer scheidet aus und will sich seinen Anteil ausbezahlen lassen. Entscheidend ist hier nicht der Marktwert des Geräteparks, sondern was die übrigen drei Teilhaber mit dem Gerät leisten und welchen Umsatz sie damit erzielen können. Dieser Nutzwert kann um einiges höher, aber auch niedriger als der Marktwert sein. Wird z. B. eine schlecht laufende Praxis veräußert, tendiert der Gerätewert meistens gegen null. Die gleichen Geräte können bei einer gut laufenden Praxis, die lagebedingt zusätzlich keinem starken Wettbewerb unterliegt, einen deutlich höheren Wert erzielen.

Auch für eine Einzelpraxis, in deren Einzugsgebiet sich ein Konkurrent ansiedelt, ändert sich die Situation deutlich. Oder aber eine Praxis in der Nachbarschaft bietet Untersuchungen in einem 3 Tesla Gerät an und zieht damit Patienten ab. Es gibt viele situative Gründe, die den aktuellen Gerätewert beeinflussen und einen Praxisbetreiber zu einer Neuinvestition zwingen.

**Redaktion:** Lohnt es sich, gebrauchte Geräte zu verkaufen?

**Jörg Franz:** Entscheidend für die Antwort sind in erster Linie der Zeitpunkt des Verkaufs und in zweiter Linie der Grund. Bleiben wir beim MRT: Die Anschaffung kostet im Mittelwert 800.000 Euro. Hinzu kommen etwa 30 Prozent des Anschaffungswerts für Transport, Umbau, Klimatechnik, Elektrotechnik, Hochfrequenz(HF)-Käfig usw. Das macht zusätzliche 250.000 bis 270.000 Euro aus. Wer ein Gerät nach einem Jahr wieder verkauft, nimmt enorme Verluste in Kauf. Der Wertverlust verläuft nicht, vergleichbar der Abschreibung, linear. Die Differenz zwischen An-

schaffungskosten und erzielbarem Verkaufspreis ist in den ersten Betriebsjahren am größten und wird danach nur langsam geringer.

**Redaktion:** Bei welchen Gelegenheiten fällt auf, dass die Geräte weniger wert sind als gedacht?

**Jörg Franz:** Meistens erst dann, wenn die Praxiszahlen wegen der Aufteilung einer Gemeinschaftspraxis, der Trennung der Partner, Nachfolgersuche, Verkauf an eine Anlagegesellschaft oder einer Ehescheidung analysiert werden. Solange das Geld fließt, gibt es für viele Praxisinhaber keinen Grund, auf die betriebswirtschaftlichen Zahlen zu gucken. Viele Praxen sind gemäß Definition der Finanzverwaltung von den Umsatzzahlen her durchaus mittlere oder sogar große Wirtschaftsunternehmen, werden aber betriebswirtschaftlich laienhaft geführt.

**Redaktion:** Wann kommen Sie ins Spiel?

**Jörg Franz:** Traurigerweise oft erst dann, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist. Wenn Geschäftspartner sich zerstritten haben, ein Teilhaber verstorben ist oder sich eine Scheidung abzeichnet, stehen alle mit dem Rücken zur Wand. Ich empfehle Praxisbetreibern, den Wert alle fünf Jahre durch einen Sachverständigen mit Marktkenntnis schätzen zu lassen. Ein reales Bild ist für die Zukunftsplanung wichtig, um auf geänderte Situationen und den Markt reagieren zu können.

**Redaktion:** Sind Kliniken ähnlich aufgestellt?

**Jörg Franz:** In den Kliniken ist die wirtschaftliche Situation durch die

staatliche Unterstützung und Fördermittel eine völlig andere. Sie messen mit anderen Maßstäben und sind keine Wettbewerber für den niedergelassenen Arzt. Sie müssen z. B. ein Durchleuchtungsgerät vorhalten, auch wenn es betriebswirtschaftlich unsinnig ist.

**Redaktion:** Sollten radiologische Praxen denn – ähnlich wie das in den Kliniken der Fall ist – einen Betriebswirt fest anstellen?

**Jörg Franz:** Das wirtschaftlich Beste ist, einen nachweislich qualifizierten Fachberater zu suchen, Vertrauen aufzubauen und ihn bei allen Fragen zu Gerätetechnik und zur Beschaffung einzuschalten. Berater mit einer guten Marktkenntnis können dem Praxisinhaber beim Gerätekauf viel Geld sparen, wenn sie Preisverhandlungen mit den Herstellern führen. Sie kennen die Preise, die für Neugeräte am Markt ausgewiesen werden, und die deutlich günstigeren Preise, die tatsächlich gezahlt werden. Auch in Wartungsverträgen, die mit den Herstellern bereits beim Gerätekauf ausgehandelt werden, steckt ein hohes Sparpotenzial.

Ab einer gewissen Größe der Praxis ist es empfehlenswert, sowohl einen Vollkaufmann als auch einen Berater zu beschäftigen. Sie halten der ärztlichen Leitung der Praxis den Rücken frei, sodass sie sich auf ihr „Kerngeschäft“ konzentrieren kann.

**Redaktion:** Manche Praxis scheut aber die Kosten für den Berater.

**Jörg Franz:** Ein guter Berater verursacht keine zusätzlichen Kosten, sondern trägt sich wirtschaftlich selbst.

Vielen Dank!

## EBM 2022

### Orientierungswert legt um 1,275 Prozent zu

Der erweiterte Bewertungsausschuss hat den Orientierungswert für das Jahr 2022 um 1,275 Prozent angehoben. Dieser Wert steigt damit von 11,1244 Cent im Jahr 2021 auf **11,2662 Cent**. Die KBV beziffert die damit verbundene Honorarsteigerung auf ca. 540 Mio. Euro. Hinzu kommt ein Honorarvolumen von ca. 60 Mio. Euro aus der Entwicklung der Morbidität und der Demografie.

### Krankenkassen für „Nullrunde“

Der gegen die Stimmen der Krankenkassen – diese hatten eine „Nullrunde“ angeboten – gefasste Beschluss ist auch aus KBV-Sicht nicht zufriedenstellend, aber mit Blick auf die im Gesetz festgelegten Anpassungsparameter noch akzeptabel. Die KBV kritisiert, dass mit dieser auf die Kostenentwicklung vom Jahr 2019 auf 2020 bezogene Anpassung die höheren Personalkosten infolge der Ende 2020 beschlossenen Tarifsteigerungen für Medizinische Fachangestellte nicht berücksichtigt wurden.

### Wartemodus bei Hygienekosten

Die Beratungen zur Kompensation der Kosten für allgemeine Hygienekosten, die der erweiterte Bewertungsausschuss mit 98 Mio. Euro jährlich beziffert hatte, konnten hingegen nicht abgeschlossen werden. Laut KBV ist vorgesehen, dass zum 01.01.2022 alle Praxen einen – der Höhe nach noch nicht bezifferten – Zuschuss erhalten sollen.

## Leserforum GOÄ

### PKV erkennt Berechnung selbst hergestellter Radionuklide nicht an – was tun?

**FRAGE:** „Im Rahmen radiologischer Leistungen wenden wir Radionuklide an, die wir selbst hergestellt haben. Die mit der Herstellung verbundenen Kosten für Synthese und Qualitätskontrolle rechnen wir als Auslagen nach § 10 GOÄ ab. Regelmäßig verweigern Private Krankenversicherer (PKVen) die Erstattung, da kein Sachkostennachweis vorhanden sei (siehe Kasten). Wie können wir selbst hergestellte Radionuklide berechnen und welche Nachweise sind erforderlich?“

**ANTWORT:** Nach den Regelungen des § 12 Abs. 2 S. 5 GOÄ ist bei der Berechnung von Auslagenersatz der Betrag und die Art der Auslage in der ärztlichen Liquidation aufzuschlüsseln. Weiterhin muss der Abrechnung ein Beleg oder sonstiger Nachweis über den Bezugspreis beigelegt werden, wenn der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 Euro („50,- Deutsche Mark“) übersteigt. Weitere Bestimmungen sind der GOÄ nicht zu entnehmen.

Wenn die Herstellung der Radionuklide in einer „eigenen“ Einrichtung erfolgt, ist also ebenfalls ein entsprechender Beleg der Rechnung beizufügen.

Synthese-Kosten für die Herstellung und Qualitätskontrollen sind nach unserer Auffassung interne Kosten, die sich allerdings auf den Preis des Radionuklids kalkulatorisch auswirken müssen, genau wie bei anderen Arzneimitteln. Diese sind nicht zu verwechseln mit den nicht berechnungsfähigen Praxiskosten nach § 4 GOÄ. Ggf. ist es ratsam, gegenüber Kostenträgern Begriffe wie „Synthesekosten“ und „Qualitätskontrolle“ in entsprechenden Eigenbelegen oder Rechnungen nicht zu verwenden, da daraus falsche Schlüsse gezogen werden könnten. Es reicht aus, die verbrauchte Menge unter Nennung des Radionuklids mit

seinem Gesamtpreis darzustellen, da weitere Ausstellungs- oder Formvorschriften in der GOÄ nicht genannt sind. Ggf. sollte der Beleg oder die Lieferrechnung auch einen entsprechenden Briefkopf mit der Bezeichnung des Herstellers (z. B. des Instituts) enthalten, um auch Zweifel dahingehend auszuräumen, dass es sich nicht lediglich um eine allgemeine Preisinformation, sondern um eine individuelle Aufstellung über verbrauchte Radionuklide handelt. Zu beachten ist, dass Selbstkostenpreise anzusetzen sind, bei denen evtl. auch Mengenrabatte etc. zu berücksichtigen sind.

#### Aus dem Schreiben der PKV

„Es fehlt ein Sachkostennachweis für die konkret verbrauchten Sachkosten. Eine pauschalierende Berechnung bzw. eine allgemeine Preisinformation des Krankenhauses erfüllen die Voraussetzungen nicht. Darüber hinaus sind „Synthesekosten“ und die „Qualitätskontrolle“ unserer Auffassung nach keine berechnungsfähigen Sachkosten. Auch die Kosten bei der Verwendung von 104 MBq Ga-68-PSMA in Höhe von 808,47 Euro sind ebenfalls nicht nachvollziehbar ...“

beantwortet von Ernst Diel, ehem. Leiter  
Grundsatzfragen PVS Büdingen

## CONTRAST FORUM – Neues von Guerbet

Guerbet lädt ein zu einem **Webinar** zum Thema

„**Obesity management and need for adjusted injection protocols**“

am **Mi., den 6. Oktober 2021**, wahlweise um **13 Uhr** oder um **20 Uhr**.

#### Moderation:

Prof. Charbel Saade, Ph. D.

APAC clinical applications and education manager, Guerbet employee

#### Referent:

Prof. Dr. med. Dr. rer. medic. Stefan Markus Niehues, MHBA

Deputy director of the Department of Radiology,

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Benjamin Franklin Campus

Die Teilnahme ist kostenfrei. Hier gelangen Sie zur **Registrierung!**

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Ihr Guerbet-Team

## COVID-19/GOÄ

### Hygienepauschale bis Ende 2021

Die Hygienepauschale (Nr. 245 GOÄ analog mit dem Faktor 1,0 bei unmittelbarem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt) gilt auch im Schlussquartal 2021. Es soll die letztmalige Verlängerung dieser COVID-19-Sonderregelung gewesen sein, so die Bundesärztekammer ([www.de/s5444](http://www.de/s5444)).

## Vertragsarztrecht

### BSG bestätigt: Keine CT-Genehmigung für Nuklearmedizinerin, die auch Radiologin ist

Eine Radiologin, die Doppelfachärztin und als Fachärztin für Nuklearmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, kann keine CT-Genehmigung erhalten. Dies gilt auch, wenn sie die rein fachlichen Voraussetzungen erfüllt. Diese Konstellation ist aus Sicht des Bundessozialgerichts (BSG) auch nicht von grundsätzlicher Bedeutung und klärungsbedürftig. Das BSG konkretisiert die Kriterien der Abgrenzung bei qualifikationsgebundenen Abrechnungsgenehmigungen (Beschluss vom 17.03.2021, Az. B 6 KA 27/20 B).

von RAin, FAin für MedizinR  
Dr. Birgit Schröder, Hamburg,  
[dr-schroeder.com](http://dr-schroeder.com)

#### Der Fall

Die Klägerin ist als Fachärztin für Nuklearmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Zugleich ist sie Fachärztin für Diagnostische Radiologie. Sie beantragte bei ihrer KV erfolglos die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomografie (CT) nach der „Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie“ (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie; bei der KBV online unter [iww.de/s5398](http://iww.de/s5398)).

#### Fachliche Voraussetzungen erfüllt, vertragsarztrechtliche nicht

Das Landessozialgericht (LSG) hatte als Vorinstanz im Wesentlichen ausgeführt, dass die Klägerin als Fachärztin für Diagnostische Radiologie mit nachgewiesenen, eingehenden Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der CT-Diagnostik zwar die

in der Vereinbarung normierten fachlichen Voraussetzungen für die Erteilung der Genehmigung erfülle. Allerdings könne sie, da sie vertragsärztlich nur als Ärztin für Nuklearmedizin zugelassen sei, die CT-Leistungen nicht fachgebietskonform erbringen. Der Grund: Ein in einem Methodenfach vertragsärztlich zugelassener Arzt (z. B. für Nuklearmedizin) könne keine Leistung eines anderen Methodenfachs (z. B. der Radiologie) erbringen. Eine entsprechende Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sei also ausgeschlossen (siehe auch Schaubild „Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen an GKV-Versicherte“, online unter [iww.de/s5402](http://iww.de/s5402)).

#### Ärztin verweist auf grundsätzliche Bedeutung

Die Ärztin legte Beschwerde ein, weil ihre Revision gegen das LSG-Urteil nicht zugelassen wurde. Bei ihrer Beschwerde machte sie die nach ihrer Auffassung grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache geltend.

#### Die Entscheidung

Die Beschwerde der Klägerin hielt das BSG für unbegründet und bestätigte die Rechtsauffassung des LSG.

Die Voraussetzungen für eine Zulassung der Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache wurden verneint. Diese sei nur dann gegeben, wenn eine Rechtsfrage vorliege, die im angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig/entscheidungsrelevant sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung sei, was nicht der Fall sei.

Ausgangspunkt für die qualifikationsgebundene Abrechnungsgenehmigung seien zum einen die Qualitätssicherungsvereinbarungen im Sinne des § 135 Abs. 2 SGB V, wobei die Anforderungen an die fachliche Befähigung zu beachten sind.

#### Merke

Die Gebietsgrenzen des jeweiligen Fachgebiets sind laut BSG nach der Definition des Gebiets der Weiterbildungsordnung zu bestimmen, dem der Facharzt zugerechnet werden kann. Die Bestimmung erfolgt demnach anhand der Weiterbildungsordnung im Einzelfall. Bei sogenannten Doppelfachärztinnen ist es erforderlich, dass die Leistungen, auf die sich die qualifikationsgebundene Abrechnungsgenehmigung bezieht, auch dem Fachgebiet zugehörig sind, für die die **vertragsärztliche** Zulassung besteht.

#### Fazit

Das Verhältnis qualifikationsgebundener Abrechnungsgenehmigungen zu den Fachgebietsgrenzen war bereits Gegenstand verschiedener Entscheidungen. Das BSG bleibt seiner bisherigen Rechtsprechungslinie treu und präzisiert mit dem Beschluss die Abgrenzungskriterien.



## Haftungsrecht

### Organisationsverschulden: Chefarzt muss das Personal überwachen!

Als medizinischer Leiter seiner Abteilung trifft einen (Radiologie-) Chefarzt besondere Verantwortung – auch haftungsrechtlich. Unter dem Gesichtspunkt des sogenannten Organisationsverschuldens kann er haftbar gemacht werden, wenn es zu Fehlern des ärztlichen oder des Pflegepersonals kommt. Wie schnell ein Haftungsfall ausgelöst werden kann, wenn eine Pflegekraft gegen eine organisatorische interne Klinikregelung verstößt, zeigt das Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) München vom 06.08.2020 Az. 24 U 1360/19).

von RA und FA für MedizinR  
Dr. Rainer Hellweg, Hannover

#### Fall und Entscheidung

In dem Fall ging es um die unterbliebene Vorlage eines geschriebenen EKGs durch eine Pflegekraft. Wer dieses EKG vornahm und auf wessen Anordnung es erfolgte, konnte im Prozess nicht mehr geklärt werden. Jedenfalls zeigte das EKG ein deutlich verlängertes korrigiertes QT-Intervall einer Patientin. Die Patientin hätte weiter unter Monitorüberwachung auf der Intensivstation bleiben müssen. Außerdem hätte die Gabe eines Medikaments unterbleiben müssen – so die Beurteilung der Richter nach Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens. Als der Oberarzt auf der Intensivstation visitierte, war das angefertigte EKG **nicht** in der Patientenkurve vermerkt. Die Patientin wurde auf eine Normalstation verlegt und erhielt das Medikament, das bei Kenntnis des EKGs nicht hätte gegeben werden dürfen. Die Patientin stürzte, wurde reanimiert und erlitt infolge des Herz-Kreislauf-Stillstands einen schweren hypoxischen Hirnschaden. Sie wurde infolgedessen vollständig pflegebedürftig.

In der Klinik war es üblich – und das Pflegepersonal war entsprechend mündlich angewiesen –, ein geschriebenes EKG obenauf zur Patientenakte zu geben und diese dem Arzt vorzulegen. Zusätzlich sollte die Anfertigung eines EKGs im Pflegebericht dokumentiert werden. Die **Krankenschwester handelte jedoch weisungswidrig**, indem sie beides unterließ. Das fahrlässige Handeln der Krankenschwester rechnete das Gericht aber dem verklagten Krankenhausträger zu und verurteilte diesen zur Zahlung eines Schmerzensgelds von 225.000 Euro!

#### Zurechnung von Fehlern anderer und Organisationsverschulden

Im Prozess hatte die Klägerseite die Klage zwar lediglich gegen den Krankenhausträger und nicht gegen den Chefarzt gerichtet. Aber auch der Chefarzt als medizinisch Gesamtverantwortlicher kann in einer solchen Konstellation haftungsrechtlich im Fokus stehen. Dies zum einen, wenn – wie im Fall des OLG München – Fehler nachgeordneter Mitarbeiter **haftungsrechtlich zugerechnet** werden können. Zum anderen existiert der eigenständige Haftungsgrund des **Organisationsverschuldens**.

Bei der Haftungskategorie des Organisationsverschuldens gilt grundsätzlich: Der Chefarzt hat sicherzustellen und dafür einzustehen, dass die nachgeordneten Ärzte in der Abteilung die Behandlungen und Aufklärungen lege artis durchführen. Kommt es zu einem Fehler, der seinen Grund in

- *mangelhafter Organisation* der Abteilung oder
- *nicht hinreichender Überwachung* des Personals hat,

wird dieser Fehler dem **Chefarzt** angelastet – auch wenn dieser an der konkreten Behandlungsmaßnahme gar nicht beteiligt war.

#### Praxistipp

In Gerichtsprozessen treten immer wieder neuralgische haftungsträchtige Schnittstellen zutage. Ein Chefarzt sollte sich etwa fragen:

- Sind die Schichten (ggf. durch den von mir hiermit beauftragten Oberarzt) so eingeteilt, dass auch im Nachtdienst der Facharztstandard gewährleistet ist?
- Erfüllen meine Assistenzärzte die rechtlichen Anforderungen bei den Aufklärungsgesprächen einschließlich dem Ausfüllen der Einwilligungsformulare?
- Ist die Kommunikation mit dem Pflegepersonal/den MTRAs klar strukturiert? Ist klar, welchem Arzt wann und wie aktuelle Befunde oder Aufnahmen zur Kenntnis gegeben werden?

Der Chefarzt sollte seine Ober- und Assistenzärzte und auch das Pflegepersonal sorgfältig anweisen und die Einhaltung überwachen. Zur bestmöglichen Vorbereitung für evtl. Haftungsklagen empfiehlt sich, zumindest die wichtigsten generellen Anweisungen und Überprüfungsmaßnahmen schriftlich festzuhalten.

## Betriebswirtschaft in der Radiologie

# Strategien und Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit in Praxis und Klinik (Teil 1)

Üblicherweise wird eine Radiologin/ein Radiologe erst auf Anforderung einer klinischen Einrichtung tätig, seltener direkt durch den Patienten. Die anfordernde Einrichtung hat den Patienten untersucht und als Ergebnis eine Hypothese zur Diagnose bzw. zum klinischen Problem aufgestellt. Begleitet wird die Anforderung an die Radiologie mit einer Information zum klinischen Kontext. In Teil 1 des Beitrags geht es vor diesem Hintergrund um Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit und dabei zunächst um die Optionen in einer radiologischen Praxis, also vor allem im Bereich der EBM-Abrechnungssystematik.

von Dr. Bernd May, Geschäftsführer  
MBM Medical-Unternehmensberatung  
GmbH, Mainz

### Abrechnung via DRG oder EBM

Im Vertragsarztwesen mit der EBM-Abrechnung handelt es sich bei der Anforderung um einen Auftrag, den die ambulante Radiologie erfüllt, und zwar unabhängig von der Qualität des klinischen Kontextes zur Hypothese/Diagnose. Losgelöst auch von der Qualität der Auftragserfüllung rechnet der niedergelassene Radiologe seine Leistung ab. Ganz anders in einer Klinik mit den Fallpauschalen nach den „diagnosis related groups“ (DRG). In dieser „DRG-Welt“ wird der klinische Versorgungsprozess bezahlt, der anteilig die Kosten für die radiologische Versorgung enthält. Je früher und sicherer die Klinik-Radiologie dazu beiträgt, das Patientenproblem zu bestimmen, desto früher und gezielter kann eine Therapie beginnen mit der Chance für die Klinik, den Versorgungsprozess zur DRG-Vergütung rentabel abzurechnen.

Der Ergebnisbeitrag der Radiologie zum Versorgungsprozess lässt sich – vereinfacht – durch eine Formel darstellen (siehe Kasten „Rechnung“). Welche Strategien zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit lassen sich nun daraus in der „EBM-Welt“ (Praxis) bzw. in der „DRG-Welt“ (Klinik) ableiten? Betrachtet werden hier zunächst die Praxen.

### EBM bietet wenig Spielraum

Grundsätzlich gibt es bei der EBM-Abrechnung wenig Spielraum für einen wirtschaftlich rentablen Betrieb der radiologischen Modalitäten Röntgen, CT oder MRT. So liegt die Gewinnschwelle für einen MRT-Betrieb zwischen 600.000 und 800.000 Euro p. a. unter Berücksichtigung aller Kosten (Investition, Personal, Energie und Opportunitätskosten). Bei einem – nach der EBM-Reform auf ca. 90 Euro abgeschmolzenen – durchschnittlichen MRT-Honorar (ohne KM) müssten also zum Erreichen der Gewinnschwelle zwischen 6.700 und 8.900 Kassenpatienten p. a. untersucht werden. Das sind

an einem Acht-Stunden-Tag zwischen 27 und 35 Patienten und bedeutet eine Patientenwechselzeit zwischen 14 und 18 Minuten. Um das Ziel der Auftragserfüllung zu erreichen, muss der Radiologe bei den MRT-typischen langsamen Mess-Sequenzen den Aufwand für Messen, Patientenwechsel, Aufklärung, Befundung auf das erreichbare Minimum reduzieren. Dazu ist ein schneller Workflow mit schlanken Prozessen zu organisieren. Ziel sollte dabei sein, die Patientenwechselzeit, die Personalbindung und insbesondere die Arztbindung möglichst gering zu halten.

Die volle Konzentration sollte auf der Senkung der Kosten der Behandlung liegen, um die Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Spielräume für die Qualität der Untersuchungen kommen in diesem System allerdings nicht vor. Das gilt auch für eine Überprüfung, inwieweit der klinische Kontext zur Hypothese/Diagnose für das Patientenproblem passt.

### Merke

An diesem Punkt, also der fehlenden Prüfung des klinischen Kontextes zur Hypothese/Diagnose und das Patientenproblem“ offenbart sich ein **Systemfehler**. In etwa 30 bis 40 Prozent der angeforderten Fälle trifft die Hypothese nicht das klinisch relevante Patientenproblem und der Radiologe erbringt in solchen Fällen, die er allein aus den hier dargestellten Zeitgründen nicht überprüfen kann, eine vom Kassensystem finanzierte Blindleistung.

Die Industrie entwickelt ein immer reichhaltiger ausgestattetes Paket von KI-unterstützten Prozessbestandteilen wie z. B. bei der Patientenlagerung und insbesondere der Befundunter-

### Rechnung

$$\text{Beitrag der Radiologie zum Versorgungsprozess} = \frac{\text{Ergebnisqualität der radiologischen Behandlung}}{\text{Kosten der radiologischen Behandlung}}$$

stützung (Covid-19 mit CT und Röntgen, Schlaganfalldiagnostik mit CT und MRT, MS-Diagnostik mit MRT, onkologische Diagnostik in Hirn, Prostata mit MRT, Lungen-CT u. a., die z. T. bereits als zugelassenes Produkt in Europa verfügbar sind). KI-gestützte Technologien zur Befundunterstützung helfen zwar dem einzelnen Arzt (Gewinn von Sicherheit, Zeit und Entwicklung einer individuell unabhängigen Befundsystematik), doch sie lösen das grundsätzliche Problem nicht, wenn die angeforderte radiologische Leistung aufgrund einer **falschen Hypothese des anfordernden Arztes** entsprechend durchgeführt wird.

#### Vier Optionen

Welche Möglichkeiten bleiben dem „EBM-Radiologen“ also zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit seines radiologischen Praxisbetriebs?

1. Mehr **EBM-Patienten** untersuchen; doch diese Option ist nur jenseits der Gewinnschwelle sinnvoll, wenn zudem personelle, apparative und Zeitkapazitäten zur Verfügung stehen.
2. Zusätzliche **Privatpatienten** akquirieren.
3. **Kooperationen** mit attraktiven Kliniken abschließen zur Übernahme der stationären Versorgung (frei verhandelbare Honorare für die Untersuchung der DRG-Patienten) und Versorgung der Privatpatienten der klinischen Abteilungen.
4. **Verbünde/Ketten** bilden mit den zuvor unter 2. und 3. genannten Kriterien (Privatpatienten akquirieren, Klinikkooperationen abschließen)

#### Ziel: Ergebnisqualität steigern

Die Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit lassen sich nur über die Verbesserung der Ergebnisqualität der radiologischen Untersuchungen umsetzen (Zähler der Formel in der Rechnung). Nur so kann der

radiologische Partner sich als Problemlöser gegenüber der zuweisenden Einrichtung und vor allen Dingen dem Patienten qualifizieren. Diese Qualifizierung ist besonders bei Klinikkooperationen wichtig, aber auch bei der Akquisition von Privatpatienten

Kernelement und oberstes Ziel sollte es dabei sein, **in gut ausgebildete Ärzte zu investieren** (u. a. durch Fortbildungen), nach Möglichkeit organisiert in einem **Team aus Spezialisten**, die bestimmte Fachgebiete abdecken (z. B. muskuloskeletale Untersuchungen, neurologische, onkologische, kardiologische, Autoimmunerkrankungen und die Kinder- sowie interventionelle Radiologie etc.).

#### Merke

Bei der ärztlichen Leitung ist auf eine systemische Redundanz zu achten, denn im Fall des Ausscheidens des einzigen ärztlichen Leiters kann das gesamte Konzept zusammenbrechen. Dies ist wesentlich für den Praxiswert.

Darüber hinaus sollte der Radiologe in geeignete Geräteausstattung investieren wie z. B. 3 Tesla-MRT oder aktuelle 1,5 Tesla mit der Möglichkeit, jede aktuelle Fragestellung qualitativ begründet abarbeiten zu können (z. B. wirklich differenzierte Prostata- und keine Beckenuntersuchungen). Ferner muss die radiologische Praxis investieren in

- geeignete Mitarbeiter,
- Infrastruktur für die Patientenvorbereitung mit Wartezonen Verkehrszonen und Mitarbeiterräumen,
- eine die Prozesse unterstützende IT-Infrastruktur mit der Möglichkeit der Vernetzung mit zuweisenden Praxen und Kliniken (Patienten- und Zuweiserportal).

Die **Kooperation** mit Kliniken kann bei der Ausgestaltung als MVZ eine Klinikbeteiligung berücksichtigen (wenn es sich um eine interessante, bestandsfähige Klinik handelt). Eine solche Beteiligung kann auch für die Zukunftsfähigkeit der Praxis von zentraler Bedeutung sein.

Im Falle einer **Praxiskette** ist auch die Vernetzung innerhalb der Kette mit den verschiedenen Spezialisten wichtig, sodass an jedem Praxisstandort ein **virtuelles Expertenteam** zur Verfügung steht (über ein Teleradiologieportal). Darüber hinaus ist in Praxisketten der mögliche Aufbau eines Managementteams ein wichtiger Vorteil. Ein solches Team sollte vor allem ärztlich geleitet werden und über einen **Unterbau** für kaufmännisches Controlling, technische Infrastruktur, bauliche Infrastruktur, Finanzen und Recht verfügen.

#### Impressum



##### Herausgeber

Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,  
65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,  
[www.guerbet.de](http://www.guerbet.de), E-Mail [info@guerbet.de](mailto:info@guerbet.de)

##### Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH  
Niederlassung: Aspastraße 24, 97394 Nordkirchen  
Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, [www.iww.de](http://www.iww.de)  
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

##### Redaktion

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

##### Lieferung

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

##### Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugswise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.