

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

11 | November 2021

Berufsstart

„Jeder, der sich im Forum Junge Radiologie engagieren möchte, ist willkommen!“

Das Forum Junge Radiologie (FJR) der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG) hat rund 2.000 Mitglieder. Damit bilden radiologische Assistenzärztinnen und -ärzte bzw. junge Fachärztinnen und -ärzte die größte Mitgliedsgruppe der DRG. Doch wird ihre Stimme auch gehört? Wie reagiert die ältere Generation auf den Nachwuchs? Fragen, die Dr. Saif Afat beantwortet. Er ist Vorstandsmitglied des Forums Junge Radiologie und Vertreter des FJR in mehreren Arbeitsgruppen. Der 34-Jährige ist Facharzt für Radiologie am Universitätsklinikum Tübingen. Ursula Katthöfer (textwiese.com) sprach mit ihm.

Redaktion: Bleiben wir bei der Einstiegsfrage: Wird Ihre Stimme in der DRG gehört?

Dr. Saif Afat: Die ältere Generation hat verstanden, dass unsere Stimme wichtig ist. Das Forum Junge Radiologie entstand vor etwa drei Jahren. Der DRG-Vorstand holte Thekla Oechtering als Assistenzärztin in den Vorstand, weil bis dahin nur Professoren vertreten waren. Thekla initiierte gemeinsam mit einer Gruppe das FJR, um die Nachwuchsarbeit zu organisieren. Anfangs wurden wir weniger ernst genommen, doch die Nachfrage nach unserer Interessenvertretung war enorm. Inzwischen sind wir mit 2.000 Mitgliedern eine feste Größe. Wir bewirken viel bei Kongressen und haben in den Vorständen aller AGs der DRG junge Kolleginnen und Kollegen kooptiert. Wir sind national und in-

ternational sehr gut mit anderen Gruppierungen vernetzt. Ich vertrete uns z. B. beim Radiology Trainee Forum der European Society of Radiology.

Redaktion: Was unterscheidet denn junge Radiologen von der älteren Generation?

Dr. Saif Afat: Die beiden Generationen sind in zwei unterschiedlichen Zeitaltern groß geworden. Junge Radiologen hatten noch nie eine analoge Röntgenaufnahme in der Hand, ältere hatten zunächst Respekt vor Digitalisierung und künstlicher Intelligenz (KI). Die Radiologie ist extrem digitalisiert und entwickelt sich sehr dynamisch. Junge Radiologen sind zukunftsorientiert und wollen das Fach in die neue Richtung lenken. Wir spü-

Inhalt

Kassenabrechnung

Höhere Bewertung der Orthovolttherapie seit dem 01.10.2021 3

Mammografie-Screening

Nr. 01751 nur mit Fachkunde Strahlenschutz 3

Betriebswirtschaft

Strategien und Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit in Praxis und Klinik (Teil 2) 4

Kennzahlen

Zi-Praxis-Panel: Jahresbericht 2019 – mit besonderem Blick auf die Radiologen 6

Verwaltungsrecht

Urteil: Arztpraxis muss Corona-Regeln einhalten 8

Download

EBM-Liste: Radiologie-Leistungen 2022 8

ren nicht unbedingt eine Aufbruchstimmung, doch wir merken, dass viele junge Radiologen sich engagieren möchten. Dazu ist unsere Plattform da. Geschäftsführung und Vorstand der DRG öffnen sich und unterstützen uns. Das pusht uns sehr. Auch die Generation der Chefärzte wird jünger. Das ist für uns genial. Viele haben begriffen, dass wir eine neue Arbeitswelt mit neuen Arbeitsmethoden haben.

Redaktion: Andererseits klagen Chefärzte und Praxisinhaber zunehmend darüber, dass Nachwuchskräfte Teilzeitmodelle bevorzugen und sehr auf die Work-Life-Balance achten.

Dr. Saif Afat: Das sehe ich nicht pessimistisch. Die Zeiten ändern sich. In vielen Lebensbereichen halten wir heute für selbstverständlich, was früher unrealistisch erschien. Ein älterer Kollege erzählte mir, dass es bei der Einführung große Widerstände gegen PACS gab. Radiologen wollten bis zum letzten Moment die Bilder auf dem Leuchtkasten ansehen. So werden sich auch neue Arbeitsweisen durchsetzen. New Work ist teilweise sehr fantasievoll. Wir haben während der Pandemie viel zu neuen Arbeitskonzepten gelernt, als wir in Quarantäne und Lockdown weiterarbeiten konnten. Heute gibt es Kollegen, die ein Start-up aufbauen und in Teilzeit in einer Klinik arbeiten. Oder zwei teilen sich eine Stelle. Oder jemand arbeitet sowohl in einer Praxis als auch in einer Klinik. Das sehe ich als zukunftsorientiertes Denken.

Redaktion: Aber löst es auch den Fachkräftemangel?

Dr. Saif Afat: Fachkräfte zu motivieren und zu halten, hängt sehr von einzelnen Personen ab. Wenn Chef-

ärzte oder Praxisinhaber Assistenzärzte unterstützen, mit ihnen vertrauensvolle Gespräche führen, Perspektiven und Karrierewege aufzeigen und Forschung fördern, dann bleiben junge Radiologen in den Häusern oder kommen nach einer Familienphase gern zurück. Es geht allerdings nicht, dass eine Mutter nach ihrer Elternzeit in einer Plateauphase landet. Sie sollte die Aussicht haben, Oberärztin zu werden. Wenn sie nach ihrer Rückkehr in der interventionellen Radiologie arbeiten möchte, dann sollte sie auch die Möglichkeit dazu bekommen. Auch die Kliniken müssen mithalten, um Assistenzärzte zu binden. Der Wettbewerb mit den niedergelassenen Praxen ist groß. Sie sind für junge Ärzte finanziell lukrativ und bieten mehr Freizeit. Jüngere Chefärzte haben das bereits begriffen und handeln dementsprechend. Wir haben hier in Tübingen z. B. nicht nur die vorgeschriebenen jährlichen Mitarbeitergespräche, sondern finden auch ein offenes Ohr für Karrierewege und -planung. Es ist extrem wichtig, dass Vorgesetzte uns zuhören.

Redaktion: Das Forum Junge Radiologie unterstützt bei Weiterbildung, Suche nach Stipendien und Prüfungsvorbereitung. Was wird besonders nachgefragt?

Dr. Saif Afat: Alles, was die Facharztprüfung vorbereitet: alte Prüfungsprotokolle, „Fit für den Facharzt“-Kurse, unsere Online-Lernplattform, die sich am Weiterbildungs-Curriculum der DRG orientiert. Auch auf dem Röntgenkongress ist Weiterbildung ein großes Thema. Wir kooperieren mit allen AGs in der DRG und entwickeln Sessions für den Kongress. Seitdem wir einen [Instagram-Account](#) haben, wächst die Reichweite stetig.

Redaktion: Wie helfen Sie dabei, Freiräume für die eigene Forschung freizukämpfen?

Dr. Saif Afat: Dazu haben wir gerade die neue Initiative „DRG goes DFG“ gestartet. Wir wollen junge Radiologen dabei unterstützen, Drittmittel zu beantragen. Dazu gehört ein Mentoringprogramm, bei dem Professoren die Anträge ihrer Mentees begleiten. Eine Strukturhilfe für die Projektskizze lässt sich bei uns herunterladen. Auch kooperieren wir gut mit der AG Methodik und Forschung der DRG, die auch bei Anträgen berät und den Young Investor Award vergibt. Allerdings hängen forschungsfreie Zeit und die Möglichkeit zu Auslandsaufenthalten sehr von den lokalen Gegebenheiten ab. Ganz große Abteilungen können junge Forscher eher freistellen als kleine Häuser, in denen Personal knapp ist.

Redaktion: Sie bieten auch Hilfe vor der ersten Nachtschicht an. Angenommen, eine junge Assistenzärztin wendet sich in dieser Situation an das Forum. Wie können Sie unterstützen?

Dr. Saif Afat: Wir würden mit ihr telefonieren, um ihr Mut und Selbstvertrauen zu vermitteln. Die ersten Nachtdienste sind immer aufregend. Doch es geht ja nicht um Differentialdiagnosen, sondern um lebensbedrohliche Situationen, die erkannt werden müssen. Das wird jedem zugetraut, der für einen Nachtdienst eingeteilt wird. Auf unserer Homepage findet sich unter dem Punkt Weiterbildung eine Sammlung von Leselisten mit dem Thema „Mein erster Tag“. Dort haben wir auch die Leseliste „Mein erster Nachtdienst“ mit Links und Informationen zu Notfällen eingestellt. Außerdem bekräftigt-

gen wir im Gespräch, dass ja immer jemand im Hintergrund ist, der bei Fragen angerufen werden kann und sollte.

Redaktion: Gerade zu Beginn der Karriere sind Kontakte sehr wichtig. Welche Gelegenheiten bieten Sie, um zu netzwerken?

Dr. Saif Afat: Beim jährlichen Röntgenkongress der DRG organisieren wir die Young Generation Lounge inklusive Speakers' Corner. Dort treffen sich junge Radiologen, sitzen zusammen und tauschen sich aus. Dort veranstalten wir auch offene Diskussionen. Die Initiative „Forscher für die Zukunft“ richtet ein Reunion-Treffen aus. An einem Abend des Kongresses feiern wir die Next Generation Party mit DJ und Showacts. Auch netzwerken viele Leute über Social Media, über Instagram oder Twitter. Ich bin jedoch ein großer Fan von persönlichen Gesprächen. Es gibt nichts Besseres, als eine Kollegin oder einen Kollegen bei einem Kaffee oder einem Bier kennenzulernen.

Redaktion: Gibt es Beitrittsvoraussetzungen und was kostet der Mitgliedsbeitrag?

Dr. Saif Afat: Alle Assistenzärzte und jungen Fachärzte können sich bei uns engagieren. Die Mitgliedschaft im FJR ist kostenfrei, in der DRG ist sie im ersten Jahr kostenfrei. Jedes Mitglied erhält zudem im Beitritts- sowie im Folgejahr Zugang zu einem Wissensportal und zu unserer Teaching Suite. Hinzu kommen die genannten Linklisten und unser Newsletter. Wir sind kein geschlossener Club. Jeder, der sich engagieren will, ist willkommen.

Redaktion: Vielen Dank!

Kassenabrechnung

Höhere Bewertung der Orthovolttherapie seit dem 01.10.2021

Der Bewertungsausschuss hat mit Wirkung zum 01.10.2021 einige Änderungen im Abrechnungskapitel 25 des EBM (Strahlentherapie) vorgenommen. Von diesen Änderungen sind auch Radiologen betroffen, die über eine Genehmigung zur Weichstrahl- oder Orthovolttherapie verfügen.

Nr. 25310 wieder aufgewertet

Die Bewertung der EBM-Nr. 25310 für die Weichstrahl- oder Orthovolttherapie wurde zum 01.10.2021 von zuvor 92 Punkte (10,23 Euro) je Behandlungstag auf nun 115 Punkte (12,79 Euro) angehoben. Diese EBM-Ziffer war erst zum 01.01.2021 von 126 auf 92 Punkte abgewertet worden (siehe „Deutliche Senkung der Vergütung für Orthovolttherapie ab 2021“ in RWF Nr. 10/2020).

Neue Nr. 25345

Daneben wurde eine neue EBM-Ziffer beschlossen: Künftig kann die rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung

mit individueller Dosisplanung bei Weichstrahl- oder Orthovolttherapie nur noch mit der neu in den EBM aufgenommenen Nr. 25345 berechnet werden. Die höher bewerteten Nrn. 25341 und 25342 für die rechnergestützte Bestrahlungsplanung können seit dem 01.10.2021 zum Zweck einer Weichstrahl- oder Orthovolttherapie nicht mehr berechnet werden.

Die Nr. 25345 ist im Behandlungsfall für dasselbe Zielvolumen nicht neben der Nr. 25340 (Bestrahlungsplanung ohne Rechnerunterstützung) berechnungsfähig. Die Bewertung der Nr. 25340 wurde von bisher 238 Punkte (26,48 Euro) auf 200 Punkte (22,25 Euro) abgesenkt.

Neue EBM-Nr. 25345 (seit dem 01.10.2021)

| Legende | Bewertung |
|--|-----------------------------|
| Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung bei Weichstrahl- oder Orthovolttherapie | 1.054 Punkte 117,25 Euro |

Mammografie-Screening

Nr. 01751 nur mit Fachkunde Strahlenschutz

Seit dem 01.10.2021 kann die EBM-Nr. 01751 (92 Punkte; 10,23 Euro; Aufklärungsgespräch im Rahmen des Mammografie-Screenings) nur von Ärzten mit Fachkunde im Strahlenschutz berechnet werden. Das hat der Bewertungsausschuss beschlossen. Mit dieser Änderung wird eine entsprechende Vorgabe in § 4 Satz 1 Nr. 2 der Brustkrebs-Früherkennungs-Verordnung umgesetzt.

Betriebswirtschaft in der Radiologie

Strategien und Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit in Praxis und Klinik (Teil 2)

In Teil 1 des Beitrags ging es um Maßnahmen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit in einer radiologischen Praxis, insbesondere im Rahmen der EBM-Systematik. In Teil 2 folgen nun die Optionen in einer Klinik, insbesondere im Rahmen der DRG-Systematik.

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

Zwei Optionen: Qualität rauf, Kosten runter

Je früher und sicherer die Klinik-Radiologie dazu beiträgt, das Patientenproblem zu bestimmen, desto früher und gezielter kann eine Therapie beginnen. Dies eröffnet die Chance für die Klinik, den Versorgungsprozess innerhalb der DRG-Vergütung rentabel abzurechnen. Ansatzpunkte sind also die Steigerung der Ergebnisqualität der radiologischen Behandlung und/oder die Senkung der Kosten (siehe Rechnung).

Krankenhaus-Controlling oft auf Kostenreduktion fokussiert

Gerade in Kliniken hat das kaufmännische Controlling die „teure Radiologie“ im Blick und steuert primär das Kostengeschehen, was nicht immer zielführend sein muss. MRT-Untersuchungen beispielsweise sind grundsätzlich teuer, sodass viele Kliniken bei der MRT-Ausstattung unterbesetzt sind. Dabei hilft die MRT bei gezieltem Einsatz, komplexe Krankheitsbilder früher und sicherer zu bestimmen

als mit den anderen diagnostischen Modalitäten (von Ausnahmen abgesehen). Oft wird übersehen, dass die direkten Kosten der Radiologie im Verhältnis zu ihrem Beitrag zur Gesamtsituation zu sehen sind. Eine effiziente Radiologie trägt zur Kürzung der Verweildauer bei und verbessert so die Rentabilität der entsprechenden DRG-Behandlungsfälle.

Merke

Eine isolierte Betrachtung der Radiologie-Kosten einer Klinik ist nicht sinnvoll.

Kenngrößen der Radiologie

Die Zeitspanne zwischen dem Ende einer radiologischen Untersuchung und der Verfügbarkeit eines freigegebenen, d. h. signierten Befunds bei der anfordernden Einrichtung ist ein wesentlicher Key Performance Indicator (KPI). Diese „**Untersuchung-Befund-Zeitpanne**“ kann sich über mehrere Tage hinziehen und variiert erheblich in Abhängigkeit von der anfordernden Klinik (Neurochirurgie, Neurologie, Unfallchirurgie, Orthopädie etc.).

Ein weiterer KPI ist die Zeitspanne zwischen der Anmeldung einer Unter-

suchung durch eine anfordernde Klinik und dem Beginn der Untersuchung. Diese sogenannte **Anforderungszeit** kann bei MRT einige Tage betragen (bei zu geringen MRT-Kapazitäten Wochen; einige Unikliniken schicken ihre Patienten in umliegende Praxen!).

Die Gesamt-Zeitspanne zwischen Anmeldung zur Untersuchung und Verfügbarkeit eines freigegebenen Befunds bei der anfordernden Einrichtung ist die **Turnaround-Zeit**. Sie ist ein ganz wesentlicher KPI für die Wirkung der Klinikradiologie auf die stationären Versorgungsprozesse.

Ein weiterer KPI ist die **Patientenwechselzeit** an den verschiedenen Modalitäten (Summe aus Messzeit, Rüstzeit und Leerstandszeit). Dabei liegt diese Kenngröße bei der MRT in einer Klinik um den Faktor zwei bis drei höher als in einer Praxis. Der Einwand, dass in der Klinik ausschließlich „schwer kranke“ bzw. „bettlägerige“ Patienten behandelt werden, trifft nicht zu, denn die deutschen Kliniken behandeln zu etwa 70 Prozent Patienten der Grund- und Regelversorgung. Dies gilt auch für Unikliniken. Im Durchschnitt sind die Patienten, die in einer Uniklinik eine MRT durchlaufen, zu 60 Prozent gehfähig.

Ansätze zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit

Auf Basis der relevanten KPI stellt sich die Frage, wie die Wirtschaftlichkeit konkret gesteigert werden kann.

Röntgenuntersuchungen reduzieren

Mit Blick auf die Ergebnisqualität ist festzuhalten, dass sich in der CT und der MRT Brüche (z. B. Stressfrakturen) sicherer darstellen lassen als mit dem konventionellen Röntgen. Dennoch beträgt der Anteil der Anforderungstermine in der Radiologie in Kliniken

Rechnung

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

zwischen 40 und 70 Prozent. Hinzu kommt, dass Röntgen-Untersuchungen das meiste Personal binden (Ärztinnen und Ärzte sowie MTRA). Mit einfachen Prüfungen ließe sich der Anteil des konventionellen Röntgens in den Kliniken ohne Weiteres um 30 Prozent senken. Das sind in einer maximalversorgenden Klinik mit 1.000 Betten etwa 10.000 bis 15.000 Röntgentermine pro Jahr!

Fachärzte an die Modalitäten

Die Funktion als Problemlöser nimmt die Radiologie am besten wahr, wenn prozessnah an der Modalität und am Patienten gearbeitet wird. Weiterbildungsassistenten (WBA) am MRT einzusetzen, ist nicht sinnvoll: Ein WBA verfügt nicht über die Erfahrungen und Kenntnisse zur Beurteilung eines MRT-Einsatzes bei einem komplexen Krankheitsbild. Er ist kaum in der Lage, geeignete Sequenzen zu bestimmen, die von üblichen Standards abweichen. Zudem wird ein WBA i. d. R. die Ergebnisqualität nicht ausreichend beurteilen können. Wenn er dann einen Befund erstellt, der später mit den von den MTRA erstellten Bildern einem Facharzt zur Freigabe übergeben wird, kann der Facharzt lediglich prüfen, ob der Befund mit den Bildern übereinstimmt, nicht jedoch, ob die Untersuchung überhaupt das Patientenproblem zu bestimmen hilft. Erst ein freigegebener Befund ist der anfordernden Klinik eine Hilfe. WBA am MRT-/CT-Gerät verlängern i. d. R. die Untersuchung-Befund-Zeitpanne und beeinträchtigen diesen KPI der Radiologie.

Die Problematik der Prozessorganisation in Kliniken lässt sich elegant lösen, indem Fachärzte die Prozesse an den wesentlichen Modalitäten steuern. Dies gilt für MRT und CT, teilweise auch für Röntgen und kann die

„Ausschleißeritis“ verhindern. Durch prozessnah arbeitende Fachärzte lassen sich in Universitätskliniken zudem die **Patientenwechselzeiten** deutlich reduzieren, besonders aber die **Turn-around-Zeiten**. So kann beispielsweise ein Facharzt, der am MRT eine Untersuchungsanforderung überprüft und Zweifel hat, ein kurzes Gespräch mit dem Patienten führen und eine von der Anforderung abweichende andere Untersuchung durchführen, die seiner Kenntnis nach das Patientenproblem zu bestimmen hilft. Das entspricht dem Klinikauftrag einer effizienten Unterstützung der Klinikprozesse!

Fördertatbestände des KHZG und Wirkung auf die Wirtschaftlichkeit

Das Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern (KHZG) hat mit dem Fördertatbestand 4 dem Problem Rechnung getragen, dass Mitarbeiter anfordernder Einrichtungen oftmals nicht über das ausreichende Wissen zur Bestimmung des relevanten Patientenproblems verfügen und/oder durch unsystematische und heuristische Untersuchungen dieses verfehlen. Gefördert wird deshalb eine **Wissensdatenbank**, die das indikationenbezogene „Weltwissen“ vorhält und dem anfordernden Kliniker vor einer radiologischen Untersuchung als Wissens- und Entscheidungsdatenbank dient. Radiologische „Blindleistungen“ sollen vermieden werden.

Fördertatbestand 6 fördert die **digitale Anforderung an die Radiologie** mit Zurverfügungstellung des klinischen Kontextes. So kann ein routinierter Radiologe die Untersuchung gezielter durchführen.

Der Fördertatbestand 2 belohnt die Einrichtung eines **Patientenportals**, über das Patienten bzw. ambulante

oder andere stationäre Einrichtungen Voruntersuchungen hochladen können. Dieses Portal beschleunigt/vereinfacht die Kommunikation mit den Patienten und zuweisenden sowie weiterbehandelnden Einrichtungen.

Der Fördertatbestand 7 zielt auf die Verbesserung der **Zusammenarbeit zwischen Kliniken** (auch ambulanten Einrichtungen) desselben Trägers oder auch verschiedener Träger. Es geht z. B. um eine effizientere Nutzung des Expertenwissens in den verschiedenen Klinikeinrichtungen. Insofern kann dieser Fördertatbestand 7 genutzt werden, um z. B. die aus kleineren Kliniken bestehende Klinikgruppe eines bestimmten Trägers zu einem virtuellen Maximalversorger (oder Schwerpunktversorger) zu verbinden, sodass Doppelvorhaltungen vermieden und Versorgungsschwerpunkte an bestimmten Standorten gebildet werden.

Fazit

Die Kosten einer klinisch verankerten Radiologie müssen im Zusammenhang mit der Effizienzverbesserung der **gesamten klinischen Versorgung** durch die Radiologie gesehen werden. Dann lässt sich mit den beschriebenen Maßnahmen die Effizienz der Radiologie wesentlich steigern (Bedeutung des Zählers der Rechnung). Diese Überlegungen hat das KHZG mit den Fördertatbeständen 2, 4, 6 und 7 für die Radiologie bedacht. Bei der internen Prozessorganisation ist der geräte- und patientennahe Einsatz von routinierten Radiologen für eine Effizienzsteigerung und Kostensenkung von Bedeutung. Die Ausbildung von WBA lässt sich auf andere Weise effizienter organisieren als durch einen prozess- und patientennahen Einsatz.

Kennzahlen

Zi-Praxis-Panel: Jahresbericht 2019 – mit besonderem Blick auf die Radiologen

Mit etwas Verspätung erschien im Mai 2021 das neue Zi-Praxis-Panel (ZiPP) vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Es handelt sich um den Jahresbericht 2019, der Zahlen und Fakten für die Berichtsjahre 2015 bis 2018 enthält. Bereits seit 2010 werden in dem jährlich erscheinenden Bericht sowohl die wirtschaftliche Situation als auch die Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung beleuchtet. Nicht enthalten sind Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie Zahnärzte. Für diese Gruppen gibt es gesonderte Erhebungen.

von Dipl.-Vw. Katja Nies, Köln,
praxisbewertung-praxisberatung.com

Aufbau des Zi-Praxis-Panel

Der Teil „wirtschaftliche Situation“ umfasst für die Jahre 2015 bis 2018 differenzierte Informationen zu Einnahmen, Ausgaben, Jahresüberschuss und Nettoeinkommen über fast alle ärztlichen Fachgruppen hinweg. Der zweite Teil befasst sich mit den „Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung“ in 2018 und gibt Informationen zu Wochenarbeitszeiten, den durchschnittlichen Patientenstrukturen nach Versichertenstatus, der Entwicklung der Investitionstätigkeit sowie der jeweils subjektiven Einschätzung der Situation als Vertragsarzt.

Einnahmen, Ausgaben und Jahresüberschuss 2015 bis 2018

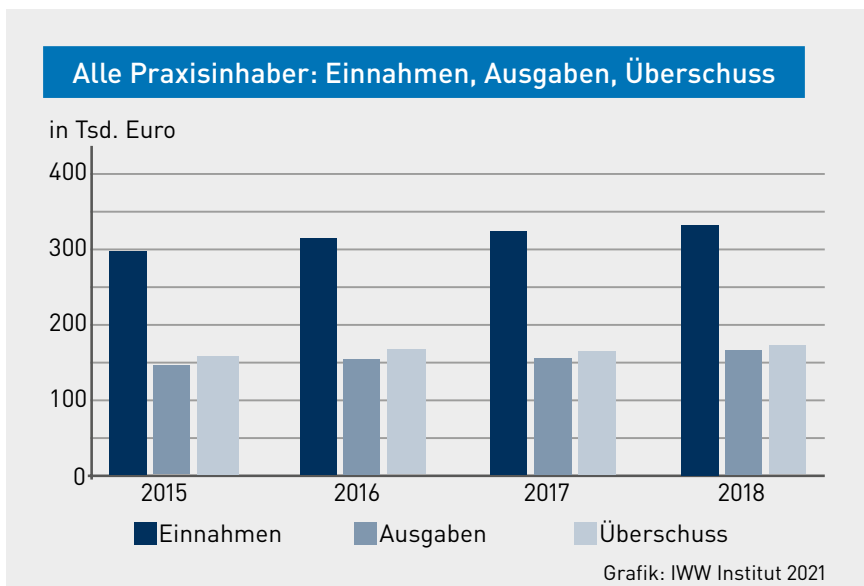
Bevor ein Blick auf die wirtschaftliche Situation speziell bei den Radiologen geworfen wird, sollen zum Vergleich zuerst die Zahlen über alle Versorgungsbereiche hinweg betrachtet werden: Die Zahlen in Tabelle 1 umfassen alle Praxisinhaber, sowohl aus dem hausärztlichen als auch aus dem fachärztlichen Bereich.

Bei Betrachtung der Prozentzahlen für den Zeitraum von 2015 bis 2018 fällt sofort ins Auge, dass die Ausgaben mit 13,1 Prozent stärker angestiegen sind als die Einnahmen mit 11,9 Prozent. Zudem zeigt sich, dass der nominale Anstieg des Jahresüberschusses

von 10,8 Prozent unter Berücksichtigung der für den gleichen Zeitraum ermittelten Inflationsrate (laut Statistischem Bundesamt: 3,8 Prozent) auf einen realen Anstieg von 6,7 Prozent zusammengeschmolzen ist. Hinter dem arithmetischen Mittel für den Jahresüberschuss von 170.100 Euro des Jahres 2018 für alle Praxisinhaber verbirgt sich folgende Verteilung: 25 Prozent der Niedergelassenen erwirtschafteten weniger als 94.600 Euro, 50 Prozent weniger als 151.000 Euro und 75 Prozent weniger als 216.800 Euro. Insgesamt haben über alle Fachgruppen 4.419 Praxen an der Erhebung teilgenommen. Bei der **Fachgruppe der Radiologen** waren es lediglich acht Praxen, wobei die Anzahl der Praxisinhaber nicht veröffentlicht wurde. Die folgenden Zahlen sollten vor diesem Hintergrund gesehen werden.

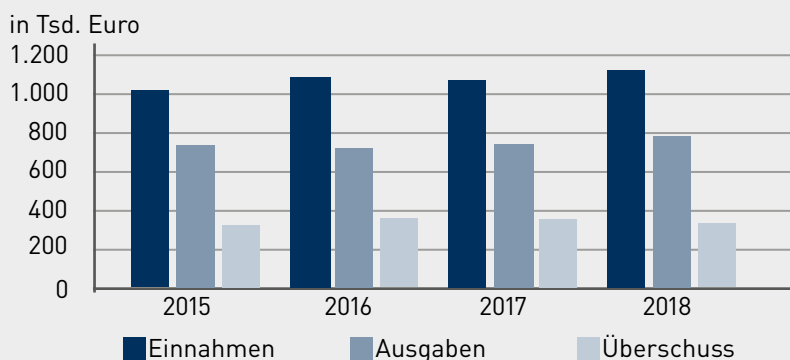
Tabelle 1: Kennzahlen je Praxisinhaber in Tsd. Euro

| Alle Praxen | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ 2018 zu 2015 |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|--------|------------------|
| Einnahmen | 299,5 | 317,2 | 325,2 | 335,2 | +11,9 % |
| Ausgaben | 146,0 | 151,7 | 157,7 | 165,0 | +13,1 % |
| Überschuss | 153,6 | 165,4 | 167,5 | 170,1 | +10,8 % |
| Überschuss als Anteil der Einnahmen | 51,3 % | 52,1 % | 51,5 % | 50,7 % | real: + 6,7 % |



**Tabelle 2: Kennzahlen je Praxisinhaber/Radiologie
in Tsd. Euro**

| Alle Praxen | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Δ 2018 zu 2015 |
|--|---------|---------|---------|---------|-------------------|
| Einnahmen | 1.011,7 | 1.095,8 | 1.092,0 | 1.130,0 | +11,7 % |
| Ausgaben | 704,2 | 720,4 | 724,7 | 788,1 | +11,9 % |
| Überschuss | 307,6 | 375,4 | 367,2 | 342,0 | +11,2 % |
| Überschuss als Anteil der Einnahmen | 30,4 % | 34,3 % | 33,6 % | 30,3 % | real: +7,0 % |

Radiologen: Einnahmen, Ausgaben, Überschuss

Grafik: IWW Institut 2021

Obwohl die absoluten Werte für die Radiologen – wie nicht anders zu erwarten – ein Mehrfaches der Werte für alle Fachgruppen betragen, so fällt auf, dass die Umsatzrentabilität (Überschuss in Prozent der Einnahmen) mit durchschnittlich rund 30 Prozent wesentlich niedriger liegt als über alle Fachgruppen hinweg mit durchschnittlich 50 Prozent.

Der arithmetische Mittelwert für den Jahresüberschuss beträgt bei den untersuchten Radiologie-Praxisinhabern 342.000 Euro für das Jahr 2018.

Struktur der Einnahmen und Ausgaben in 2018

Da für die Radiologen die Daten zur Struktur der Einnahmen und Ausgaben nur für das Jahr 2018 vorliegen, werden sie im direkten Vergleich zu den Daten für alle Praxisinhaber aufgeführt und betrachtet.

vertraglichen Leistungen sowie die Einnahmen aus Selektivverträgen.

- PKV-Einnahmen: die Leistungen, die über die PKV abgerechnet werden, aber auch die Einnahmen, die aus IGe-Leistungen für Kassenpatienten resultieren.
- Abrechnungen mit Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungen
- Sonstige Einnahmen

Tabelle 3: Struktur der Gesamteinnahmen

| 2018 | Alle Praxisinhaber | Radiologen |
|----------------------|------------------------|--------------------------|
| GKV | 77,5 % | 52,7 % |
| Privat | 18,1 % | 37,0 % |
| BG/Unfallvers. | 0,7 % | 1,6 % |
| Sonstige | 3,7 % | 8,7 % |
| Summe in Euro | 335.200 (100 %) | 1.130.100 (100 %) |

Bei allen Praxisinhabern entfallen nach wie vor etwas mehr als drei Viertel der Einnahmen auf die Kassenpatienten. Betrachtet man „nur“ die Radiologen, so fällt der Anteil der GKV-Einnahmen an allen Einnahmen auf gut 50 Prozent.

Tabelle 4: Struktur der Gesamtausgaben (ausgewählte Aufwandsarten)

| 2018 | Alle Praxisinhaber | Radiologen |
|------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Personal | 54,7 % | 42,5 % |
| Material/Labor | 5,6 % | 5,3 % |
| Miete/Mietnebenkosten | 11,2 % | 11,1 % |
| Versicherungen, Beiträge, Gebühren | 5,1 % | 3,3 % |
| Abschreibungen | 5,7 % | 11,7 % |
| Leasing/Miete von Geräten | 1,0 % | 5,5 % |
| Fremdkapitalzinsen | 0,9 % | 1,5 % |
| Wartung/Installation | 3,2 % | 10,4 % |
| Nutzung externer Infrastruktur | 0,6 % | 1,7 % |
| Weitere Kosten | 12,0 % | 7,0 % |
| Summe in Euro | 165.000 (100 %) | 788.100 (100 %) |

Struktur der Ausgaben

Bei der Struktur der Ausgaben (siehe Tabelle 4) kann man deutlich die höhere Geräteintensität bei den Radiologen erkennen: Der prozentuale Anteil der Personalkosten liegt niedriger, dafür liegen die prozentualen Werte für Abschreibungen, Fremdkapitalzinsen sowie Wartung/Instandhaltung wesentlich höher als im Durchschnitt über alle Arztpraxen.

Durchschnittliche Wochenarbeitszeit und Schlussbemerkung

Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit in 2018 setzte sich bei allen Praxisinhabern und speziell bei den Radiologen wie folgt zusammen:

Tabelle 5: Wochenarbeitszeiten

| 2018 | Alle Praxisinhaber | Radiologen |
|----------------------------------|--------------------|-------------|
| Praxismanagement | 4,6 | 6,2 |
| Fortbildung | 2,4 | 2,0 |
| Ärztliche Tätigkeiten | 40,0 | 46,4 |
| gesamte Wochenarbeitszeit | 47,0 | 54,5 |

Die Einnahmen und Gewinne der Radiologen liegen weit über dem Durchschnitt über alle Praxisinhaber hinweg. Gleichzeitig kann aber auch festgehalten werden, dass die Radiologinnen und Radiologen nicht nur

- 7,5 Stunden pro Woche mehr arbeiten, sondern auch
- für den Aufbau der Praxis wesentlich mehr investieren sowie
- für den Betrieb der Praxis mehr ausgeben müssen.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- ZiPP-Jahresbericht 2019 sowie Tabellenband online unter zi-pp.de

Verwaltungsrecht

Urteil: Arztpraxis muss Corona-Regeln einhalten

Der Landkreis Bad Dürkheim hat von einer Praxisinhaberin zu Recht die Einhaltung von Corona-Regeln gefordert (Verwaltungsgericht [VG] Neustadt a. d. Weinstraße, Urteil vom 17.08.2021, Az. 5 K 125/21.NW).

Was war passiert?

Eine niedergelassene Ärztin setzte in ihrer Arztpraxis die Vorschriften der Corona-Schutzverordnung nicht um. U. a. wurden von Mitarbeitern und Patienten keine Schutzmasken getragen, zudem war auf Plakaten u. a. zu lesen, dass die Regeln in der Praxis nicht gelten würden, z. B. mit den Worten „keine Maskenpflicht“. Der beklagte Landkreis verfügte, dass Patienten und Mitarbeiter in der Arztpraxis der Ärztin eine Mund-Nase-Bedeckung tragen müssen und die Plakate entfernt werden. Die Ärztin hat gegen den Bescheid mit der Begründung Klage erhoben, der Landkreis habe für seine Anordnungen keine Grundlage. Adressaten der Abstands- und Maskenpflichten seien ausschließlich die jeweiligen Personen selbst.

Keine Plakate gegen Maskenpflicht

Das VG hat die Klage abgewiesen. Die Ärztin habe nach der Verfügung als Betreiberin einer Gesundheitseinrichtung lediglich darauf hinzuwirken, dass die notwendigen Hygiene- und Schutzmaßnahmen beachtet würden. Dies schließt ein, dass der Ärztin aufgegeben werden könne, das Aufhängen von Plakaten mit dem Inhalt „keine Maskenpflicht“ zu unterlassen.

Download

EBM-Liste: Radiologie-Leistungen 2022

Eine Liste mit den wichtigsten Radiologie-Leistungen des EBM und den Bewertungen in Euro mit dem Orientierungswert 2022 (11,2662 Cent) steht zum Download bereit. Die Liste enthält die wichtigsten Sonografie-, Röntgen-, CT- sowie MRT-Leistungen im EBM. Zu jeder Leistung ist die Bewertung in Punkten, in Euro für das Jahr 2021 und 2022 sowie die Prüfzeit aufgelistet.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Liste „Bewertung radiologischer Leistungen (EBM) ab dem 01.01.2022“ online unter www.de/s5531

Impressum



Herausgeber

Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11,
65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0,
www.guerbet.de, E-Mail info@guerbet.de

Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Tel. 02596 922-0, Fax 02596 922-80, www.iww.de
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion

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

Lieferung

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

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst 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.