

# Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

2 | Februar 2017

## Versorgung

### Die Notfallversorgung auf dem Prüfstand

In den vergangenen Jahren sind die Patientenzahlen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser stetig gestiegen. Zunehmend werden Patienten versorgt, die als Selbstvorsteller in die Notaufnahmen kommen und eigentlich im niedergelassenen Bereich hätten therapiert werden können. Nach Aussagen von Fachgesellschaften könnte ein Drittel der Patienten bedenkenlos von niedergelassenen Ärzten behandelt werden, gehört also nicht ins Krankenhaus.

von Dr. med. Marianne Schoppmeyer, Ärztin und Medizinjournalistin, Nordhorn

#### Krankenhausstrukturgesetz sollte Entlastung bringen

Der Gesetzgeber hat auf die steigende Zahl ambulanter Patienten in den Notaufnahmen der Kliniken bereits mit dem Krankenhausstrukturgesetz reagiert, das am 01.01.2016 in Kraft getreten ist. Danach sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einrichten (sogenannte Portalpraxen) oder die Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. Statt in den Notaufnahmen der Krankenhäuser sollen Patienten vor allem in den Notdienstpraxen behandelt werden.

#### Forderungen des vdek

Der Verband der Ersatzkassen (vdek) fordert nun eine Reform der Notfallversorgung und hat hierzu ein Gutachten beim AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen in Auftrag gegeben. Davon ausgehend wird eine bessere Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Notdienst sowie dem Rettungsdienst vorgeschlagen:

- An allen deutschen Krankenhäusern sollen Portalpraxen eingerichtet werden. Dort sollen Patienten erstbegutachtet und ihr Behandlungsbedarf eingeschätzt werden. Von dort sollen sie je nach Schwere der Erkrankung in eine niedergelassene Arztpraxis, eine kassenärztliche Notdienstpraxis oder in die Notaufnahme des Krankenhauses weitergeleitet

## Inhalt

### Befundbeurteilung

Telekonsil ab April 2017: Überweisung ist nur digital möglich ..... 3

### Fortbildung

Versäumnis als Vertragsarzt kann nach Anstellung nicht MVZ angelernt werden ..... 3

### Behandlungsfehler

Schmerzensgeld für verspätete, Todesangst verursachende Diagnose ..... 4

### Umfang der Arbeitszeit

Der Arbeitnehmer muss die von ihm geleisteten Überstunden beweisen ..... 4

### Integrierte Versorgung

Die Vorteile einer Kooperation aus Praxissicht ..... 6

### Downloads

- Der kleine Ratgeber für Lohnsteuerzahler ..... 8
- Lohnsteuer und Sozialabgaben: Termine 2017 ..... 8

werden. Verlässliche Öffnungszeiten und Zuständigkeiten müssen definiert werden.

- Vor allem nicht-ärztliches Personal muss so geschult sein, dass es die Erkrankung bewerten und entscheiden kann, ob ein Patient in der Arztpraxis, der Notdienstpraxis oder der Notaufnahme weiter betreut wird.
- Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags sollen die KVen für die Organisation der Portalpraxen verantwortlich sein. KVen und Kliniken müssen entsprechende Vereinbarungen treffen und sollten räumlich, personell und in Bezug auf die Nutzung der Infrastruktur eng zusammenarbeiten.
- KVen und die Rettungsdienste sollen gemeinsame Rettungsleitstellen betreiben, die sowohl Anrufe über die Nr. 112 als auch über die Nr. 116/117 entgegennehmen und die Patienten an die richtige Stelle weiterleiten.
- Patienten sind verstärkt über Notfallstrukturen aufzuklären, damit sie im Notfall besser entscheiden können, wer zuständig ist.

### Stellungnahmen von Zi und KBV

Diesen Reformvorschlägen hält das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) Ärztemangel, zusätzliche Kosten in Höhe von 1,7 Mrd. Euro und oft ungeeignete Standorte entgegen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sieht Handlungsbedarf und fordert eine engere Zusammenarbeit zwischen den Bereitschaftsdienstpraxen der KVen und den

Klinikambulanzen: Notfälle, die einer stationären Behandlung oder Diagnostik bedürfen, müssten in die Ambulanz geleitet werden, wo sich die Klinikärzte um sie kümmern. Demgegenüber müssten ambulante Patienten durch die Vertragsärzte weiter versorgt werden.

### Umdenken bei Klinikverwaltungen

Eine solche Erneuerung der Kooperation von Kliniken und KVen setzt laut KBV eine echte Aufgaben- und Mengenplanung voraus – u. a. auch die gemeinsame Nutzung von Geräten, Personal und Räumen. Zudem müssten einige Klinikverwaltungen umdenken. Kontraproduktiv sei es, wenn Notaufnahmen als Akquise-Instrument angesehen würden, um mit Patienten, die eigentlich nicht ins Krankenhaus gehören, leere Betten zu füllen.

### Kritikpunkte der DKG

Die Notaufnahmen werden zunehmend zum Lückenbüßer für die eigentlich zuständigen Bereitschaftsdienste der KVen. So sieht es das „Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“, das die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) in Auftrag gegeben hat.

Für eine solche Aufgabe seien die Notaufnahmen unterfinanziert, denn die ambulanten Notfälle im Krankenhaus werden nach dem „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM) bezahlt. Einem durchschnittlichen Erlös von rund 40 Euro pro ambulanten Notfall stehen Fallkosten von mehr als 100 Euro gegenüber. Laut Studie entsteht so ein jährlicher

Fehlbetrag von 1 Mrd. Euro in den deutschen Krankenhäusern.

### Gemeinsam zum Ziel

Mittlerweile sprechen sich sowohl die KBV als auch die DKG für eine engere Zusammenarbeit in der Notfallversorgung auf Augenhöhe aus. Beispielsweise könnten Klinikärzte gemeinsam mit niedergelassenen Ärzten in den neu entstehenden Portalpraxen arbeiten. Offen bleibt die Frage nach der Finanzierung, den Öffnungszeiten und den Standorten solcher Portalpraxen.

### Mehr Informationen für Patienten

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. fordert, auch die Patienten mehr in die Verantwortung zu nehmen. Patienten sollten beispielsweise durch ihre Krankenkassen informiert und in die Lage versetzt werden, die richtige Anlaufstelle bei einem Notfall zu wählen, oder aber von der gewählten Anlaufstelle auf den richtigen Versorgungspfad geleitet werden:

- Notaufnahme in der Klinik
- KV-Bereitschaftsdienste („Notdienst“ der niedergelassenen Ärzte)
- Niedergelassener Arzt
- Nr. 112
- Nr. 116/117

### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- AQUA-Institut: Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen. Online aufrufbar über [www.vdek.com](http://www.vdek.com) unter „Presse“ und dem Reiter „Pressemitteilungen“ vom 06.09.2016.
- Management Consult Kestermann GmbH (MCK): Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse. Online aufrufbar unter [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de).

**Befundbeurteilung****Telekonsil ab April 2017: Überweisung ist nur digital möglich**

Die Überweisung zum radiologischen Telekonsil wird ab April 2017 ausschließlich in digitaler Form möglich sein. Diese Art der Übermittlung ist in der Anlage 31a zum Bundesmantelvertrag – Vereinbarung Telekonsil – festgelegt. Hintergrund ist, dass auch die Röntgenbilder elektronisch übermittelt werden.

Für die (digitale) Beauftragung des Telekonsils ist das herkömmliche Muster 6 „Überweisungsschein“ zu verwenden.

Die Unterzeichnung der digitalen Überweisung erfolgt mithilfe der qualifizierten elektronischen Signatur (QES) des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA).

Die Anforderungen an den für die Übermittlung zu verwendenden Dienst ergeben sich aus der o. g. Anlage zum Bundesmantelvertrag.

**WEITERFÜHRENDE HINWEISE**

- Die Anlage 31a zum Bundesmantelvertrag finden Sie auf der Website der KBV unter [www.iww.de/s33](http://www.iww.de/s33).
- Informationen zum eHBA und zum Antrag bei der Landesärztekammer erhalten Sie über die Website der KBV unter [www.iww.de/s34](http://www.iww.de/s34).
- Die wichtigen Einzelheiten zum radiologischen Telekonsil lesen Sie unter RWF Nr. 1/2017 (Vergütung) und RWF Nr. 10/2016 (technische Anforderungen).
- Ab Juli 2017 sollen als nächstes dann auch die Laborüberweisung (Muster 10) und die Anforderung von Laboruntersuchungen bei Laborgemeinschaften (Muster 10A) als digitale Formulare bereitstehen.

**Fortbildung****Versäumnis als Vertragsarzt kann nach Anstellung nicht MVZ angelastet werden**

Erfüllt ein Vertragsarzt mit eigener Zulassung nicht seine Fortbildungs-(nachweis-)pflicht nach § 95d Abs. 3 S 1 bis 3 Sozialgesetzbuch (SGB) V und wird er danach in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) angestellt, ist die Kassenärztliche Vereinigung (KV) nicht berechtigt, wegen dieser Pflichtverletzung das vertragsärztliche Honorar des MVZ zu kürzen (Landessozialgericht [LSG] Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 13.04.2016, Az. L 3 KA 107/13).

**Der Fall**

Ein Arzt war bis zum 30.06.2009 als Facharzt für Radiologie zugelassen. Im Februar 2009 wurde er von der KV darauf hingewiesen, dass alle Vertragsärzte in einem Fünf-Jahres-Zeitraum Fortbildungen im Umfang von mindestens 250 Fortbildungspunkten absolvieren und nachweisen müssten. Er habe daher seinen Fortbildungsnachweis erstmalig bis spätestens 30.06.2009 zu führen. Ansonsten drohe die 10-prozentige Kürzung der Vergütung aus vertragsärztlicher Tätigkeit für die ersten vier Quartale nach Ablauf des Fünf-Jahres-Zeitraums. Der Arzt reichte dennoch keinen Fortbildungsnachweis fristgerecht ein (sondern erst im Jahr 2010).

Ab dem 01.07.2009 war er bei einem radiologischen MVZ beschäftigt. Daraufhin kürzte die KV die Honorare des MVZ für die Quartale III/2009 bis II/2010. Dagegen klagte das MVZ mit Erfolg.

**Die Entscheidung**

Vorliegend bestand die Besonderheit, dass der den Fortbildungsnachweis nicht rechtzeitig erbringende Arzt ab Beginn des ersten der vier

von RA, FA für Medizinrecht  
Philip Christmann, Berlin/Heidelberg, [www.christmann-law.de](http://www.christmann-law.de)

Quartale III/2009 bis II/2010 nicht mehr als Vertragsarzt, sondern als angestellter Arzt im MVZ tätig war. Demzufolge war an ihn selbst kein vertragsärztliches Honorar mehr zu zahlen, sodass eine Honorarkürzung nach der genannten Regelung nicht mehr in Betracht kam.

Im Übrigen hatte die KV das MVZ nicht auf eine drohende Honorarkürzung hingewiesen, sondern nur den Arzt.

**Praxishinweis**

Das MVZ haftet damit nicht für Verletzungen der kassenärztlichen Pflichten zum Fortbildungsnachweis für einen Arzt, die dieser vor Beginn der Anstellung begangen hat. Dies ist nur konsequent.

Um unnötige Streitigkeiten wegen Honorarkürzungen zu vermeiden, sollte das MVZ anzustellende Ärzte vorab fragen, ob diese vor ihrer Anstellung ihre vertragsarztrechtliche Nachweispflicht erfüllt haben.

## Behandlungsfehler

### Schmerzensgeld für verspätete, Todesangst verursachende Diagnose

Für fehlerhaftes Verhalten bei der Durchführung eines Mammographie-Screenings zur Brustkrebsfrüherkennung haften der programmverantwortliche Arzt und die befundenden Ärzte. Geht die Patientin irrig davon aus, dass der Behandlungsfehler den Verlauf ihrer Behandlung verschlimmert hat und für ihren nahenden Tod verantwortlich sein wird und ist dadurch eine psychische Beeinträchtigung mitverursacht worden, rechtfertigt dies ein Schmerzensgeld (Landgericht [LG] Dortmund, Urteil vom 17.03.2016, Az. 4 O 210/11).

von RA Tim Hesse, Kanzlei am  
Ärztehaus, Dortmund

#### Der Fall

Es klagten die Erben einer an den Folgen eines Mammakarzinoms verstorbenen Patientin. Deren Mammographie-Bilder waren von zwei Fachärzten für Radiologie und einem Facharzt für Gynäkologie der befassten Screening-Einheit fälschlicherweise als unauffällig befundet worden: Zwei Ärzte hatten die Ergebnisse des Mammographie-Screenings als unauffällig eingestuft; der dritte Arzt teilte dies als Programmverantwortlicher der Patientin mit.

#### Die Entscheidung

Das LG verurteilte die drei Ärzte zur Zahlung eines Schmerzensgeldes in Höhe von 2.500 Euro und Schadenersatz. Zunächst habe der Programmverantwortliche nach Ziffer B 4. b) (4) der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie allein den Versorgungsauftrag übernommen. Er habe die notwendige ärztliche Behandlung und Betreuung der Frau einschließlich Aufklärung und Information sowie die

übergreifende Versorgungsorganisation und -steuerung umfasst.

Die Mammographie-Bilder zeigten einen auffälligen Befund, der weiterer Abklärung bedurft hätte. Die Fehlinterpretation der Bilder stelle einen Diagnosefehler dar, für den die befundenden Ärzte neben dem Programmverantwortlichen haften.

Aus Sicht des Gerichts hätte sich der Todeseintritt der Betroffenen höchstwahrscheinlich auch bei früherer Intervention nicht vermeiden lassen. Jedoch sei sie sowohl durch die Krebs-Diagnose als auch durch den Behandlungsfehler seelisch bis zu ihrem Tod schwer belastet gewesen und habe an Depressionen gelitten. Solche psychischen Störungen von Krankheitswert seien als Gesundheitsverletzung einzuordnen.

#### Praxishinweis

Bei der Bemessung des Schmerzensgeldes hat das LG berücksichtigt, dass die Verstorbene aus der verspäteten Diagnosestellung auch Vorteile gezogen hat. Sie habe infolge der Unwissenheit der Krankheit noch sieben unbelastete Monate verleben können.

## Umfang der Arbeitszeit

### Der Arbeitnehmer muss die von ihm geleisteten Überstunden beweisen

Vor Gericht hatten es Arbeitnehmer wegen hoher Nachweispflichten schon immer schwer, mit Überstundenklagen erfolgreich zu sein. An diesen Grundsätzen der Beweislastverteilung hält auch das Bundesarbeitsgericht (BAG) zulasten der Arbeitnehmer fest (Urteil vom 25.03.2015, Az. 5 AZR 602/13). Dazu die folgenden Einzelheiten, die für alle Arbeitsverhältnisse gelten.

von Dr. Guido Mareck,  
Stellvertretender Direktor des  
Arbeitsgerichts Dortmund

#### Der Fall

Im Urteilsfall ging es um die Klage eines in 40 Stunden vollzeitbeschäftigten Busfahrers, der von seinem Arbeitgeber für ca. 650 Überstunden eine Vergütung verlangte. Letztlich wurde der Arbeitgeber dazu verurteilt, 108 Mehrarbeitsstunden zu vergüten. Zu dieser Zahl gelangte das Landesarbeitsgericht (LAG), indem es eine halbe Überstunde pro Arbeitstag im Wege einer Schätzung nach § 287 Zivilprozessordnung (ZPO) als berechtigt annahm.

#### Gerichte dürfen Überstunden schätzen

Die BAG-Richter haben die LAG-Entscheidung bestätigt. Sie betonten, dass der Arbeitnehmer Überstunden darlegen und beweisen muss, und stellten darüber hinaus fest:

Wenn Mehrarbeit unstreitig durch den Arbeitgeber veranlasst worden ist, der Arbeitnehmer aber nicht jede einzelne Stunde darlegen und beweisen kann, darf das Gericht die tatsächliche Anzahl der Überstunden nach § 287 ZPO schätzen. Eine solche Schätzung ist möglich, wenn

- unstreitig feststeht oder durch den Arbeitnehmer bewiesen ist, dass dieser seinen Arbeitsaufgaben innerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit nicht genügen konnte und
- konkrete Anhaltspunkte für eine Schätzung durch das Gericht vorliegen oder vorgetragen sind.

Richtigerweise waren auch nach Ansicht des BAG die Vorinstanzen und der Arbeitnehmer selbst von einer vereinbarten 40-Stunden-Woche ausgegangen. Von einer höheren regelmäßigen Wochenarbeitszeit sei nach den Vereinbarungen im Arbeits-

vertrag gerade nicht auszugehen. Auch bestehe regelmäßig ein Anspruch, Überstunden vergütet zu bekommen. Eine fehlende Regel im Arbeitsvertrag ändere daran nichts.

**Gestaltungsmöglichkeiten des Praxisinhabers als Arbeitgeber**

Um Streitigkeiten um Arbeitszeit und Überstunden von vornherein zu vermeiden, sollte der Praxisinhaber folgende Punkte zur Arbeitszeit konkret im Arbeitsvertrag festlegen:

- Zahl der täglichen Arbeitsstunden
- Konkrete Pausengestaltung
- Arbeitszeitverteilung auf bestimmte Wochentage

Darüber hinaus kann der Praxisinhaber eine bestimmte Anzahl von Überstunden als mit der monatlichen Vergütung abgegolten regeln. Insofern ist er gehalten, eine Grenze von ca. 10 Prozent der wöchentlichen bzw. der monatlichen

Regelarbeitszeit als Höchstgrenze der abgegoltenen Überstunden festzulegen. Überschreitet er diese Grenze, ist die entsprechende Bestimmung des Arbeitsvertrags unangemessen benachteiligend und damit nach § 307 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch unwirksam. Zwar hat das BAG entschieden, dass eine pauschale Abgeltung von 20 monatlichen Überstunden bei einer 40-Stunden-Woche nicht zu beanstanden sei (Urteil vom 16.05.2012, Az. 5 AZR 331/11). Die o. g. 10-Prozent-Grenze sollte aber nicht ohne Not zu sehr „ausgereizt“ werden.

**Fazit**

Generell können Praxisinhaber weiterhin Klagen auf Vergütung von Überstunden mit einer gewissen Gelassenheit entgegensehen.

Ob und in welcher Form das im Streitfall angerufene Gericht tatsächlich schätzen wird, wenn Überstunden zwar generell feststehen, hingegen die Darlegung hinsichtlich jeder einzelnen Stunde nicht ausreicht, wird die Zukunft erweisen. An der grundsätzlichen Darlegungslast des Arbeitnehmers, wann genau welche Überstunden abgeleistet und angeordnet worden sind, ändert sich auch durch die Entscheidung des BAG nichts.

Der Arbeitnehmer muss bezüglich der Mehrarbeit das genaue Datum, die Uhrzeit sowie die Aufgaben angeben, die er in den Überstunden zu erbringen hatte. Ebenso muss er darlegen und beweisen, wie und durch wen die Überstunden angeordnet worden sind.

**Darlegungs- und Beweislast für Überstunden**



Grafik: IWW Institut

## Integrierte radiologische Versorgung Die Vorteile einer Kooperation aus Praxissicht

Eine radiologische Praxis kann bei der Kooperation mit einer Klinik ihren Umsatzerlös und ihren durchschnittlichen Fallerlös steigern, indem sie mit dem Krankenhaus eine entsprechende Versorgungsstruktur aufbaut. Denn dadurch können die Versorgungsschwerpunkte in Kongruenz zu denen der Klinik ausgebaut, optimal aufeinander abgestimmt und effizient genutzt werden. Neue Fachkompetenzen, Telekonsultationen im Bereitschaftsdienst und die Entwicklung zu einem Qualitäts-Referenzzentrum sind die weiteren positiven Folgen für die Arztpraxis.

Die Praxis hat also ein Interesse daran, möglichst viele Fälle oberhalb der Kostendeckung abzurechnen, nach Möglichkeit außerhalb des EBM, mit deutlich höheren Fallerlösen. Fallmenge und Kostenträgerstruktur definieren die Erlösseite.

**INTERESSE DER PRAXIS** | Die Praxis strebt im Allgemeinen an, möglichst viele höherwertige Fälle abzurechnen.

### Interessenausgleich kann durch Vertrag oder im MVZ gelingen

Die Auflösung dieser Interessenkollision kann über einen geeigneten Rechtsrahmen für die Integrationsbeziehung gelingen.

Entweder wird dies in einem einfachen (schuldrechtlichen) Kooperationsvertrag geregelt – das zieht aber einen zusätzlichen, zum Teil erheblichen operativen Kontrollaufwand durch die Klinik nach sich (denn diese will keine kostenpflichtige etwaige Ausweitung der Fallmenge finanzieren, sondern eine auf die Ergebnisqualität optimierte Fallmenge wie in der DRG-Vergütung vorgesehen).

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

### Die Ausgangslage ist zunächst eine Interessenkollision

Der Unterschied in der Vergütung der stationären und der ambulanten Leistungen führt bei der Integration der Versorgungsstrukturen nur auf den ersten Blick zu einem Interessenkonflikt zwischen Klinik und Praxis:

- Die DRG-Vergütung für die stationäre Versorgung enthält eine Kostenpauschale für die diagnostische Radiologie, die vom Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) mithilfe der Daten von teilnehmenden Kliniken jährlich angepasst errechnet wird. Es handelt sich hierbei rechnerisch um die DRG-relevanten Erlöse für die klinische Radiologie. Jedes Klinikmanagement zielt aus diesem Grund darauf ab, dass die Gesamtkosten der radiologischen Versorgung von den InEK-Anteilen gedeckt werden.

**INTERESSE DER KLINIK** | Die Klinik will mit möglichst wenigen radiologischen Fällen innerhalb der InEK-Kostenbandbreite möglichst frühzeitig das klinisch relevante Patientenproblem lösen.

- Im ambulanten Sektor gibt es kein vergleichbares Instrument. Dort werden für Kassenpatienten (EBM-System) und für Privatzahler (PKV-System) Einzellösungen fallweise abgerechnet. Eine Praxis benötigt zur Kostendeckung je Modalität eine Mindestzahl an abgerechneten Fällen, jeweils in Abhängigkeit vom EBM-PKV-Mix.

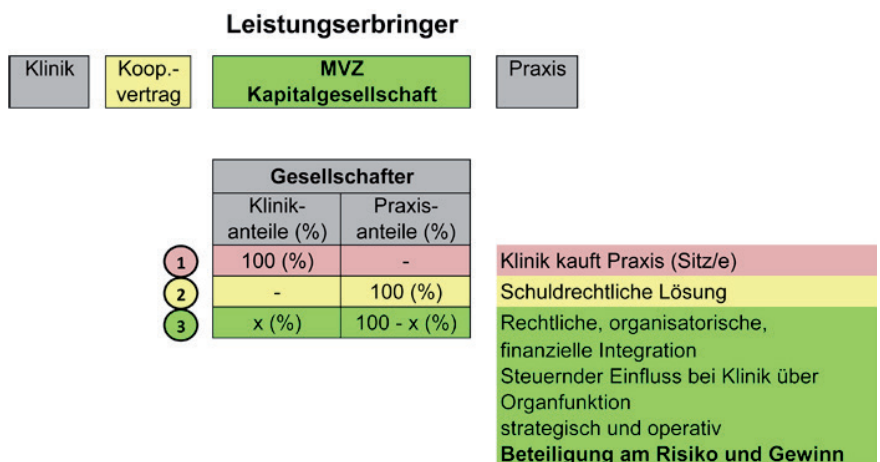


Abbildung: Drei gesellschaftsrechtliche Varianten

Oder der Interessenausgleich gelingt eleganter, wenn sich Klinik und Praxis gesellschaftsrechtlich über ein als Kapitalgesellschaft ausgestaltetes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) verbinden. Dafür wiederum gibt es die in der Abbildung skizzierten drei Beteiligungsmöglichkeiten innerhalb eines MVZ.

Da keine Praxis Interesse daran hat, ihre Vertragsarztsitze zu verkaufen, und rein schuldrechtliche Lösungen operative Risiken bergen, ist zur Vermeidung der Interessenkollision ein dritter Lösungsansatz wichtig: Die Klinik ist an einer MVZ-Kapitalgesellschaft unternehmerisch beteiligt und übernimmt beispielsweise auch Organfunktionen wie Geschäftsführung (z. B. für das Controlling). Die operative Geschäftsführung sollte dagegen von der Praxis ausgeübt werden, da es diese gewohnt ist, unter den gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen effiziente Prozesse aufzubauen und zu organisieren.

Diese Lösung setzt aber voraus, dass aufseiten des Klinikpartners ausreichendes Wissen über die Organisation moderner radiologischer Versorgung vorhanden ist. Dies betrifft in erster Linie die apparative und ärztliche Ausstattung. Betreibt z. B. eine Klinik Abteilungen wie Neurologie, Urologie und Gynäkologie, ist es wenig sinnvoll, wegen niedriger Anschaffungs- und Betriebskosten eine ältere MRT-Technologie wie z. B. des Typs Symphonie zu installieren. Denn damit kann weder die Prostata noch das heutige Indikationen-Spektrum der Neuro-radiologie adäquat bearbeitet werden, schon gar nicht durch radiologische Generalisten. Wenn

der klinische Partner diese Situation nicht beurteilen kann, muss er erhebliche Qualitäts-Mängel bei der Versorgung seiner Patienten in Kauf nehmen und diese u. U. in anderen Einrichtungen außerhalb der Klinik untersuchen lassen.

Die MVZ-Gesellschaft mit Organfunktionen beider Parteien stellt so die langfristige Ausrichtung und die Steuerungswirkung auf das operative Handeln bei der Versorgung der Patienten sicher. Erst durch die gesellschaftsrechtliche Klinikbeteiligung entsteht ein wirklich integriertes Versorgungskonzept, in das beide Parteien ihre Stärken einbringen können.

#### **Praxis kann von geschlossener Versorgungsstruktur profitieren**

Die gesellschaftsrechtliche Beteiligung bedeutet für die Klinik einerseits ein Gewinnbezugsrecht und andererseits eine Risikobeteiligung an den Investitionen, den beschäftigten Menschen, dem Anlagevermögen sowie an den Schwerpunkten der Versorgungskonzeption. Diese Lösung sichert aber nicht nur der Klinik einen für die Qualität ihrer Versorgung wichtigen Struktureinfluss. Auch für einen weitsichtigen Praxisdienstleister ist dies kein Widerspruch, sondern ein großer Vorteil.

#### **Zentrale Anmeldung organisieren**

Praxen, die heute mit Kliniken derartige Versorgungskonzepte vereinbaren, betreiben meistens Mehrstandort-Radiologien. Um die Geräte gleichmäßig auszulasten, zentralisieren diese Praxen die Untersuchungsanmeldung mit Darstellung der Modalitätenauslastung an jedem Standort. Kritisch sind meistens die MRT-Kapazitäten.

Die Vertragspartner müssen dabei darauf achten, dass die tatsächliche Versorgungsnachfrage auch auf den Standort der integrierten Versorgung an der betreffenden Klinik konzentriert bleibt. Nur so wird vermieden, dass über die zentrale Anmeldung beispielsweise Patienten aus dem ambulanten Klinikeinzugsgebiet auf eine andere Einrichtung an einem anderen Standort der Praxis umgelenkt werden.

#### **Versorgungsschwerpunkte kongruent gestalten**

Außerdem müssen die radiologischen Versorgungsschwerpunkte kongruent zu den klinischen Schwerpunkten sein. Erst dann hat der in der Klinik versorgte Patient den Vorteil kurzer Untersuchungswege mit abgestimmten Terminen unter einem Dach und muss keinen zusätzlichen Termin- und Reiseaufwand zu anderen Standorten auf sich nehmen. Das setzt die zuvor genannten Kriterien einer geeigneten apparativen und nach fachlichen Schwerpunkten organisierten ärztlichen Ausstattung voraus.

#### **Geschlossene Prozess-Struktur führt zu Qualitäts-Referenzzentrum**

Langfristig kann der Praxispartner von dieser prozessualen Geschlossenheit profitieren: Das in der radiologischen Versorgungsstruktur schwerpunktmäßig abgebildete klinische Versorgungsprofil kann die radiologische Praxis mit der hinzuerworbenen klinischen Feedback-Kompetenz in den ambulanten Sektor an seine Zuweiser vermitteln, beispielsweise besondere neuroradiologische Kompetenz, Kompetenz in der urologischen Diagnostik (Prostata-MRT), der onkologischen, gynäkologischen Diagnostik (Mamma-MRT)

etc. Insofern kann der Aufbau eines integrierten Qualitäts-Referenz-zentrums im Einzugsgebiet gelingen.

### Die wirtschaftlichen Vorteile

Erst bei Kongruenz von klinischen und radiologischen Versorgungsschwerpunkten entsteht eine neue Umsatzdynamik, an der beide Parteien in erheblichem Umfang partizipieren können.

Bei der Klinik ergeben sich in der Regel Umsatzstrukturveränderungen – erfahrungsgemäß gibt es bei der MRT-Diagnostik den größten Zuwachs. Dieser muss von der Klinik aus dem stationären GKV-Bereich von den DRG-Erlösen finanziert werden. Der Anteil der Nicht-GKV-Erlöse kann in dem Maße zunehmen, wie es dem Radiologie-Management gelingt, entsprechend den klinischen Schwerpunkten eine Qualitätsreferenz für die ambulante Versorgung aufzubauen. Damit können z. B. Privatpatienten aus dem Einzugsgebiet für den Radiologiestandort in der Klinik gewonnen werden.

### Telekonsultation entlastet Praxis-Bereitschaft

Je nach Klinik spielt die Versorgung während des Bereitschaftsdienstes eine Rolle. Hier gibt es unterschiedliche Lösungsansätze. Zur Entlastung des Praxispartners lässt sich mit einem in der Nähe vorhandenen Maximalversorger mit Präsenzpflcht für den ärztlichen Dienst während des Bereitschaftsdienstes ein Versorgungsvertrag über Telekonsultation abschließen.

### Sechs Vorteile für die Praxis

Die Vorteile einer integrierten radiologischen Versorgung sind aus Praxissicht:

1. Stärkung der Praxis durch Nutzung der klinischen Stärken mit der Möglichkeit des Aufbaus einer Qualitätsreferenz, über die ein größeres Einzugsgebiet mit zusätzlichen Fallzahlen versorgt wird. Hinzu kommen neue attraktive Versorgungsbereiche entsprechend den klinischen Schwerpunkten, die auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit dem klinischen Partner ausgestaltet werden können.
2. Deutliche Verbesserung der Wirtschaftlichkeit durch
  - Reduktion des nicht kostendeckenden EBM-Anteils bei den Gesamterlösen,
  - Ausbau nicht budgetierter Umsatzanteile,
  - stabile, kalkulierbare stationäre GKV-Versorgungsanteile zu frei vereinbarten Konditionen,
  - eine planbare Auslastung der Modalitäten.
3. Im Vergleich zur rein ambulanten Versorgung Verbesserung der Qualitätssicherung durch klinische Besprechungen, direktes klinisches Feedback und interdisziplinäre Zusammenarbeit.
4. Erlangung der vollen Weiterbildungsermächtigung.
5. Nachhaltige Stabilisierung der Kooperation durch eine gesellschaftsrechtliche Verbindung mit der Klinik (Risikopartnerschaft).
6. Stärkung der Innovationsfähigkeit.

### WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Die Vorteile einer Kooperation aus Kliniksicht“ in RWF Nr. 12/2016
- „Diese Versorgungskonzepte gibt es – ein Überblick mit Systemanalyse“ in RWF Nr. 11/2016

### Download

## Ratgeber für LSt-Zahler

Die obersten Finanzbehörden der Länder haben einen kleinen Ratgeber für Lohnsteuerzahler veröffentlicht. Dieser kann auf der Seite der Finanzverwaltung des Landes Nordrhein-Westfalen unter [www.iww.de/s10](http://www.iww.de/s10) kostenfrei heruntergeladen werden.

### LSt und Sozialabgaben

## Die Termine 2017

Clevere Steuerzahler nutzen für die Zahlung der monatlichen Lohnsteuer die dreitägige gesetzliche Schonfrist. Die Sozialversicherungsbeiträge müssen am drittletzten Bankarbeitstag bezahlt sein. Damit Sie alle Termine 2017 im Blick haben, finden Sie diese übersichtlich zusammengefasst im [Download-Bereich unter Arbeitshilfen](#).

## 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, 59394 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

RAin, FÄin StR Franziska David (Chefredakteurin)

### 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.