

# Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

7 | Juli 2016

## Leserforum Vertragsarztwesen

### Strahlentherapeuten scheitern vor dem BSG

Mehrere Leser haben zu den zwei Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 4. Mai 2016 nachgehakt, die sich mit Rechtsfragen der Strahlentherapie befassen (siehe dazu schon RWF Nr. 6/2016). Zum einen bestätigten die Richter die Ablehnung der Abrechnungsgenehmigung für strahlentherapeutische Leistungen gegenüber einem Radiologen (Az. B 6 KA 13/15 R). Zum anderen versagten sie einem Strahlentherapeuten endgültig die Anstellungsgenehmigung (Az. B 6 KA 24/15 R). Hierzu die folgenden Einzelheiten:

von RA Tim Hesse, Kanzlei am  
Ärztelhaus, Dortmund,  
[www.kanzlei-am-aerztehaus.de](http://www.kanzlei-am-aerztehaus.de)

#### Radiologe darf keine Strahlentherapie abrechnen

Sämtliche Gerichte verneinten die Abrechnungsgenehmigung eines Radiologen in dem folgenden Fall (BSG, Urteil vom 4.5.2016, Az. B 6 KA 13/15 R).

#### Sachverhalt

Ein Facharzt für Diagnostische Radiologie in der vertragsärztlichen Versorgung begehrte die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Weichstrahl-/Orthovolttherapie nach den Nrn. 25310 und 25340 EBM. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) versagte diese mit

der Begründung, dass strahlentherapeutische Leistungen für den Radiologen fachfremd und daher nicht abrechnungsfähig seien.

#### Entscheidungsgründe

Das BSG stellte fest, dass der Radiologe nach der für ihn geltenden Weiterbildungsordnung (WBO) eingehende Kenntnisse lediglich im Strahlenschutz und in der Indikation für Strahlentherapie erworben habe. Das frühere Teilgebiet der Radiologie „Strahlenheilkunde“ war in der WBO als eigenes Fachgebiet ausgewiesen. Die insoweit erforderliche Weiterbildung habe der Arzt nicht absolviert.

Ob er die besonderen Voraussetzungen erfüllt, unter denen die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie

## Inhalt

### Leserforum

- Mehrfachansatz der Nr. 5377 GOÄ neben Nr. 5373 GOÄ? ..... 3
- Zur Berechtigung anderer Fachärzte und fachkundiger Weiterbildungsassistenten .... 3
- So kann ohne Zahnarzt-Überweisung abgerechnet werden ..... 4
- Keine Berechnung von Kopien für die Praxis ..... 4

### Verordnungen

Der G-BA ändert die Heilmittel-Richtlinie ..... 4

### Versorgung

Qualitätsmanagement : G-BA fasst Vorgaben in einheitlicher Richtlinie zusammen ..... 5

### Klinikmanagement

Benchmark: Ergebnis- und prozessrelevante Kennzahlen in der klinischen radiologischen Regelversorgung ..... 6

### Download

Excel-Abrechnungs-Übersichten für ASV online verfügbar ..... 8

ungeachtet einer einschlägigen Facharztweiterbildung eine Leistungserbringung ermöglicht, ließen die Richter offen.

### Stellungnahme: Von der KV ist keine Kulanz mehr zu erwarten

Das Ablehnungsurteil reiht sich in eine Vielzahl gerichtlicher Entscheidungen ein, die allesamt die Bedeutung der Fachgebietsgrenzen für die Genehmigung der Leistungsdurchführung und -abrechnung in der vertragsärztlichen Versorgung betonen. Mit Kulanzentscheidungen der KV ist daher wohl künftig kaum noch zu rechnen. Welche ärztlichen Leistungen zu einem Fachgebiet gehören, beurteilt sich vor allem nach der jeweiligen Gebietsdefinition in der WBO.

### Praxishinweis

**Für die Zukunft:** Aus der unbeanstandeten Abrechnung bestimmter Leistungen über einen längeren Zeitraum erwächst für Vertragsärzte kein Recht, auch künftig entsprechend abrechnen zu dürfen.

**Für die Vergangenheit:** Etwas anderes kann sich aus Gründen des Vertrauensschutzes nur ergeben, wenn eine KV für einen längeren Zeitraum die systematisch fachfremde Tätigkeit eines Vertragsarztes wissentlich geduldet hat.

Selbst einen solchen Vertrauensstatbestand kann die KV allerdings durch den Hinweis auf künftige Änderung der Verwaltungspraxis vergleichsweise einfach beseitigen; die Genehmigungsaufhebung dürfte hierfür ausreichen.

### BSG bestätigt Entscheidungsmoratorium zur Bedarfsplanung

Im Jahr 2012 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entschieden:

- Auch Arztgruppen, denen bundesweit nicht mehr als 1.000 Ärzte angehören (darunter die Strahlentherapeuten), werden von 2013 an in die Bedarfsplanung einbezogen.
- Über Zulassungsanträge von Ärzten dieser Gruppen und Anträge auf Anstellungsgenehmigungen soll erst entschieden werden, wenn vom zuständigen Landesausschuss festgestellt worden ist, ob im jeweiligen Planungsbereich Überversorgung besteht und dementsprechend Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden.

Zu diesem Moratoriumsbeschluss kam es zu folgender Auseinandersetzung (BSG, Urteil vom 4.5.2016, Az. B 6 KA 24/15 R).

#### Sachverhalt

Ein bayerischer Strahlentherapeut begehrte die Erteilung einer Anstellungsgenehmigung. Der zuständige Landesausschuss hatte für die Gruppe der Strahlentherapeuten und den maßgebenden Planungsbereich (KV-Bezirk) Zulassungsbeschränkungen angeordnet. Er lehnte deshalb den Genehmigungsantrag ab. Hiergegen wehrte sich der Arzt ohne Erfolg.

#### Entscheidungsgründe

Das BSG bestätigte, dass der Strahlentherapeut aufgrund des Moratoriumsbeschlusses, der anschließenden Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie und der auf dieser Grundlage durch den

zuständigen Landesausschuss angeordneten Zulassungsbeschränkungen keinen Anspruch auf die begehrte Genehmigung habe.

Der G-BA sei berechtigt, auch kleine Arztgruppen in die Bedarfsplanung einzubeziehen.

Das Entscheidungsmoratorium selbst (unter [www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1558/](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1558/)) sei rechtlich ebenso wenig zu beanstanden. Nur dadurch habe verhindert werden können, dass sich eine bereits bestehende Überversorgung in dem Zeitraum, der zur Entscheidung über die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen erforderlich war, weiter erhöhte.

Dass der G-BA den Grad der bedarfsgerechten Versorgung auf Stichtags-Basis bestimmt, war nach Ansicht des Gerichts in Ordnung. Bis dahin existierte auch kein allgemein anerkanntes Verfahren für die Ermittlung der bedarfsgerechten Versorgung.

Von dem durch den Gesetzgeber vorgezeichneten Stichtagsverfahren ist der G-BA allerdings abgewichen, indem er den tatsächlich zum Stichtag bestehenden Versorgungsgrad nicht als bedarfsgerechten Versorgungsgrad (100 Prozent) definiert hat. Vielmehr hat er den Versorgungsgrad mit 110 Prozent und damit an der Grenze zur Überversorgung festgelegt, ohne dass dieser Prozentsatz mit entsprechenden Daten hinterlegt wäre. Auf die Entscheidung im geschilderten Strahlentherapeuten-Verfahren wirke sich diese Kompetenzüberschreitung angesichts eines Versorgungsgrades von etwa 160 Prozent jedoch nicht aus.

**Stellungnahme: Gesamter KV-Bezirk ist kein Planungsbereich?**

Soweit der G-BA für alle neu in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen einschließlich der Ärzte mit unmittelbarem Patienten-Kontakt gleichermaßen den gesamten KV-Bezirk (vorliegend das Bundesland Bayern) als Planungsbereich festgelegt hat, konnten die BSG-Richter dafür keine ausreichenden sachlichen Gründe erkennen. Der G-BA wird deshalb seine Entscheidung in diesem Punkt jeweils bezogen auf die einzelnen neu beplanten Arztgruppen bis Ende 2017 zu überprüfen haben. Dabei ist eventuell der Demografiefaktor bei den neu beplanten Arztgruppen zu berücksichtigen.

**WEITERFÜHRENDER HINWEIS**

- Den Moratoriumsbeschluss des G-BA 2012 zur Bedarfsplanung finden Sie unter [www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1558/](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/1558/).

**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, FAin 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 auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.

**Leserforum GOÄ****Mehrfachansatz der Nr. 5377 GOÄ neben einmal Nr. 5373 GOÄ?**

**Frage:** „Ein BG-Patient bekommt CT Knie + CT Handgelenk, das wäre zweimal 5373. Diese Ziffer ist aber nur einmal pro Sitzung abrechenbar. Ist trotzdem der Zuschlag 5377 zweimal anzusetzen?“

**Antwort:** Grundsätzlich kann der Zuschlag 5377 zu jeder einzelnen (und nebeneinander berechnungsfähigen) Grundleistung angesetzt werden, für die eine computergestützte Analyse mit 3D-Rekonstruktion erfolgt ist (vgl. zum Mehrfachansatz RWF Nr. 5/2016). Vorliegend handelt es sich aber um die spezielle Konstellation, dass zwei identische Grundleistungen Nr. 5373 GOÄ berechnet bzw. in den Höchstwert subsumiert werden sollen, was aber eindeutig nicht geht:

Nr. 5373 GOÄ bezieht sich auf die Wirbelsäule, Extremitäten oder Gelenke bzw. Gelenkpaare. Bereits aus der Leistungslegende ist durch Verwendung der Pluralform ersichtlich, dass eine Mehrfachberechnung ausscheidet. Gleiches ergibt sich aus Satz 1 der allgemeinen Bestimmung zu Abschnitt O.I. 8 UV-GOÄ (Nr. 5369 bis 5375 je Sitzung nur einmal berechnungsfähig). Demzufolge scheidet auch der Mehrfachansatz der Nr. 5377 UV-GOÄ aus.

**HINWEIS |** Die betriebswirtschaftliche Sicht ist nicht mit der gebührenrechtlichen Sicht in der UV-GOÄ bzw. GOÄ gleichzusetzen. Der Gesetzgeber hat mit den Abrechnungsbestimmungen in vielen Bereichen der GOÄ auch honorar-

begrenzende Elemente wie Ausschlüsse von Nebeneinanderberechnungen und Höchstwertbestimmungen vorgesehen, die bei der hier gestellten Frage leider eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Die Abrechnungsbestimmungen der GOÄ wurden auch in die UV-GOÄ als „Vertragsgebührenordnung“ übernommen: Leider besteht hier im Gegensatz zur GOÄ keine Möglichkeit, den erhöhten Aufwand zumindest zum Teil über den Steigerungssatz zu kompensieren.

**Leserforum****Zur Berechtigung anderer Fachärzte und fachkundiger Weiterbildungsassistenten**

**Frage:** „Sind fachkundige Weiterbildungsassistenten und fachkundige Fachärzte aus Fachgebieten, die nicht dem radiologischen Fachbereich entsprechen, berechtigt, Befunde von Röntgen-Thorax und Röntgen-Skelettaufnahmen zu erstellen, die auch vor Gericht eine Aussagekraft haben? Oder ist bei jeder Röntgenaufnahme ein Befund von Radiologiefachärzten erforderlich? Sind angehende Radiologen in Weiterbildung in entsprechender Fachkunde ebenso berechtigt, Röntgenbefunde zu erstellen, für die sie die Verantwortung tragen?“

**Antwort:** Man muss hier wie folgt differenzieren:

**Kein Radiologe – Inhalt der Weiterbildungsordnung entscheidet**

Bei Fachärzten, die keine Radiologen sind, kommt es auf den jeweiligen Inhalt der Weiterbildungs-

ordnung an. Dabei stellt die Rechtsprechung jeweils auf den Inhalt der aktuellen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer ab, die für den jeweils betroffenen Facharzt zuständig ist.

### Im Zweifel Ärztekammer fragen

Wenn die Frage, ob der jeweilige Facharzt im Einzelfall berechtigt ist, zweifelhaft sein sollte, muss man sich in der betroffenen Weiterbildungsordnung ansehen, was Inhalt der Facharztausbildung ist. Sollten dann noch Zweifel bestehen, weil der Inhalt der jeweiligen Weiterbildungsordnung unklar oder auslegungsbedürftig ist, wird empfohlen, sich mit der zuständigen Ärztekammer in Verbindung zu setzen.

### Merke!

Die Tatsache, dass sich Fachärzte grundsätzlich im Rahmen ihrer Fachgebietsgrenzen bewegen müssen, ergibt sich sowohl aus den Heilberufsgesetzen der Länder, den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern als auch aus ständiger Rechtsprechung. Ausnahmen sind allenfalls in engbegrenzten Ausnahmefällen möglich, z. B. in Notfällen.

### Weiterbildungsassistenten und angehende Radiologen?

Bei Weiterbildungsassistenten und angehenden Radiologen in Weiterbildung mit entsprechender Fachkunde bestehen grundsätzlich Zweifel. Denkbar erscheint die Berechtigung, wenn die Facharztausbildung zwar noch nicht abgeschlossen, eine Fachkunde aber bereits erworben sein sollte. Auch hier ist es jedoch empfehlenswert, sich mit der zuständigen Ärztekammer abzustimmen.

### Leserforum EBM

## So kann ohne Zahnarzt-Überweisung abgerechnet werden

**Frage:** „Als Radiologen dürfen wir GKV-Versicherte Patienten nur bei Vorlage einer Überweisung annehmen. Gemäß § 24 Bundesmantelvertrag (BMV) sind Überweisungen von Zahnärzten an Vertragsärzte ausgeschlossen. Gelegentlich melden sich aber bei uns Zahnärzte mit der Frage, ob wir spezielle Röntgenuntersuchungen (zum Beispiel Aufnahmen des Mundbodens oder Panoramaschichtaufnahmen der Kiefer) durchführen. Wie sollen wir verfahren, da wir einerseits nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können, andererseits Zahnärzte keine Überweisungen an Vertragsärzte ausstellen dürfen?“

**Antwort:** Für solche Fälle sieht § 24 BMV eine Ausnahme vor:

- Der Zahnarzt kann eine formlose Überweisung für die erbetenen Untersuchungen ausstellen.
- In Ihrer radiologischen Praxis lesen Sie dann die Versichertenkarte ein und rechnen auf einem selbst ausgestellten Überweisungsschein die gewünschten Röntgenleistungen ab.

### Praxishinweis

Bei der Quartalsabrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung müssen Sie die formlose Überweisung des Zahnarztes zusammen mit dem selbst ausgestellten Überweisungsschein abgeben.

### Leserforum EBM

## Keine Berechnung von Kopien für die Praxis

**Frage:** „Manchmal bringen Patienten Befunde/Berichte von anderen Ärzten/Kliniken mit, die sie sich für ihre eigenen Unterlagen gegen Kostenerstattung haben erstellen lassen. In der Regel kopieren wir die mitgebrachten Unterlagen für unsere Dokumentation. Kann dies nach Nr. 40144 EBM berechnet werden?“

**Antwort:** Nein. Laut Leistungsbeschreibung ist die Kostenpauschale 40144 nur für Kopien von Berichten oder anderen patientenbezogenen Unterlagen berechnungsfähig, wenn diese für einen mit- oder weiterbehandelnden oder konsiliarisch tätigen Arzt oder einen Krankenhausarzt bestimmt sind. Das Erstellen von Kopien für Ihre eigenen Unterlagen zum Verbleib in der Praxis ist somit nicht berechnungsfähig.

### Verordnungen

## Der G-BA ändert die Heilmittel-Richtlinie

Mit der neuen Heilmittel-Richtlinie zum 1. Januar 2017 wurde insbesondere das Verfahren zum sogenannten langfristigen Heilmittelbedarf vereinfacht. Bei den in der Anlage 2 gelisteten Diagnosen (i. V. mit der jeweiligen Diagnosegruppe gemäß Heilmittel-Katalog) ist künftig vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittel-Bedarfs nach § 32 Abs. 1a Sozialgesetzbuch V auszugehen. Zudem wurde die Diagnosenliste ergänzt (G-BA, Beschluss vom 19.5.2016, [www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2590/](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2590/)).

## Versorgung

**Qualitätsmanagement : G-BA fasst Vorgaben in einheitlicher Richtlinie zusammen**

Die neue einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) regelt die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (QM) in Praxen und Kliniken (Gemeinsamer Bundesausschuss [G-BA], Beschluss vom 17.12.2015). Sie soll die drei bestehenden Berichtssysteme für den vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären Bereich ablösen. Einige kritische Nachfragen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) an den G-BA zu der Neuregelung verzögern derzeit allerdings noch deren Inkrafttreten.

von RA Tim Hesse, Kanzlei  
am Ärztehaus, Dortmund,  
[www.kanzlei-am-aerztehaus.de](http://www.kanzlei-am-aerztehaus.de)

**QM-RL enthält Teil 1 und 2**

Teil 1 der QM-RL enthält sektorenübergreifende Rahmenbestimmungen und regelt die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM. Diese sind für alle Versorgungssektoren gleich, z. B. für die Einleitung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Die einheitliche Regelung soll die Patientensicherheit fördern und Behandlungsabläufe verbessern.

Teil 2 der Richtlinie soll die Anforderungen an das QM sektorspezifisch konkretisieren.

**Alte und neue Regelungen**

Dabei führt die neue QM-RL einerseits bisherige Anforderungen aus den verschiedenen Sektoren zusammen.

Andererseits werden neue Elemente eingebracht, z. B. der Einsatz von

OP-Checklisten bei operativen Eingriffen, die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärzten oder unter Sedierung erfolgen. Kleinsteingriffe allerdings werden hiervon ausgenommen, um ein angemessenes Verhältnis zwischen bürokratischem Aufwand und der Gewährleistung größtmöglicher Patientensicherheit herzustellen.

Themenspezifische Bestimmungen für das sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren betreffen z. B. aktuell die Vermeidung nosokomialer Infektionen bei postoperativen Wundinfektionen (QS-WI).

Künftig sollen zudem regelmäßige Mitarbeiterbefragungen stattfinden. Denn nur zufriedene Mitarbeiter können die heutigen Anforderungen z. B. im Krankenhaus erfüllen.

Zudem werden Verfahren zur Sicherheit der Arzneimitteltherapie festgelegt. Hier geht es darum, einen optimalen Medikationsprozess zu gewährleisten, um Medikationsfehler zu vermeiden.

**Zurzeit ist das alte Berichtssystem anzuwenden**

Außerdem werden die systematische Evaluation und Veröffentlichung der Einführung und Weiterentwicklung von QM geregelt. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wird hierzu eine neue Methodik erarbeiten. Solange diese Hinweise und Empfehlungen noch nicht vorliegen, greift für den vertragsärztlichen, vertragszahnärztlichen und stationären Bereich weitestgehend das bisherige Berichtssystem.

**Stellungnahme**

Die Vereinheitlichung und Aktualisierung der Regeln zum QM für alle an der ärztlichen bzw. therapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer ist im Sinne der Gewährleistung eines dauerhaft hohen Qualitätsniveaus zweifellos zu begrüßen. Das BMG betont jedoch u. a. zu Recht, dass übergreifend formulierte Standards nicht hinter den bisherigen sektorspezifischen Bestimmungen zurückbleiben dürfen, nur weil diese nicht für alle Versorgungsbereiche passen. Es bleibt insofern abzuwarten, wann die Abstimmung zwischen BMG und G-BA abgeschlossen ist, sodass die neue QM-RL insgesamt in Kraft treten kann.

**WEITERFÜHRENDE HINWEISE**

- Die QM-RL gibt es unter [www.g-ba.de/informationen/richtlinien/72/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/72/).
- Alle bisherigen Beschlüsse und Richtlinien zur Qualitätssicherung finden Sie unter [www.g-ba.de/informationen/richtlinien/zum-unterausschuss/3/](http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/zum-unterausschuss/3/).
- Die QS-WI finden Sie unter [www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2433/](http://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2433/).

**Benchmark****Ergebnis- und prozessrelevante Kennzahlen in der klinischen radiologischen Regelversorgung**

In der DRG-Welt ist die klinische Radiologie darauf ausgerichtet, die Versorgungsprozesse effizient zu unterstützen. Im Vordergrund steht die Wirkung der radiologischen auf die klinische Versorgung. Bewertet man nur den Kostenaspekt, ist das Steuerpotenzial an der Schnittstelle zu den Kliniken um etwa den Faktor Fünf größer als bei den eigentlichen radiologischen Versorgungsabläufen und -strukturen. Der Beitrag erläutert die entsprechenden ergebnis- und prozessrelevanten Kennzahlen. Das Anforderungsverhalten der zuweisenden Abteilungen/Kliniken an die Radiologie sowie die Kosten der radiologischen Versorgung sind Gegenstand gesonderter Beiträge.

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

**Welche Rolle spielt das Verhältnis Oberärzte : Assistenzärzte?**

Der Haupteinflussfaktor für die radiologische Versorgung ist das Verhältnis von trainierten Ärzten (Oberärzte/Fachärzte) zu solchen in Ausbildung (Assistenzärzte) für die Regelversorgung zwischen 7 Uhr und etwa 16/17 Uhr (bis ca. 80 Prozent Leistungsaufkommen).

Zusätzlich dazu gibt es den klinischen Overhead, also den Personalaufwand für Tumorboards, klinische Besprechungen, Ausbildung/Coaching, Ausbildung von Assistenzärzten, Prozess- und Organisationsmanagement. Je nach Klinikgröße und Versorgungsauftrag – und diesem Verhältnis von trainierten zu Assistenzärzten – beansprucht der klinische Overhead einen erheblichen Anteil der Ober- und Fachärzte (ca. 20 Prozent).

**Beispiel**

Bei einem Maximalversorger mit 40 Radiologen beträgt das Verhältnis Fachärzte : Assistenzärzte beispielsweise 1 : 3. Der klinische Overhead absorbiert mindestens sieben Oberärzte. Somit stehen für den Regeldienst, in dem tagesdurchschnittlich 70 bis 80 Prozent des gesamten Leistungsaufkommens bearbeitet wird, maximal nur drei Oberärzte zur Verfügung. Bei einem Verhältnis von 1 : 5 stünde für die Regelversorgung gar kein Facharzt mehr zur Verfügung.

Für eine qualitätsorientierte Prozesssteuerung ist in der Regelversorgung mindestens ein Oberarzt jeweils für MRT, CT, interventionelle Radiologie (bei neurologischem Schwerpunkt auch für die interventionelle Neuroradiologie), konventionelles Röntgen und moderne Sonographie notwendig. Bei dislozierter radiologischer Versorgung in einzelnen Klinikschwerpunkten (Chirurgie, innere Medizin, Kinderklinik, Frauenklinik) kommt jeweils eine oberärztliche Leitung hinzu.

**Welche Folgen hat dies für die Prozessgeschwindigkeit?**

Wird die Regelversorgung überwiegend von Assistenzärzten durchgeführt, kommt es zu einer Prozessverlangsamung. Diese wirkt sich vor allem auf die modalitätenbezogene Produktivität aus. Damit sind auch die Zeifenster zwischen Untersuchungsanmeldung und Untersuchungsdurchführung sowie zur Verfügbarkeit eines zutreffenden Befunds bei der zuweisenden Klinik betroffen (siehe dazu Abbildungen 1 und 2). Abbildung 1 zeigt einen herausragenden Engpass bei der MRT-Versorgung: 20 Prozent der Anmeldungen müssen zwei Tage auf die Untersuchung warten.

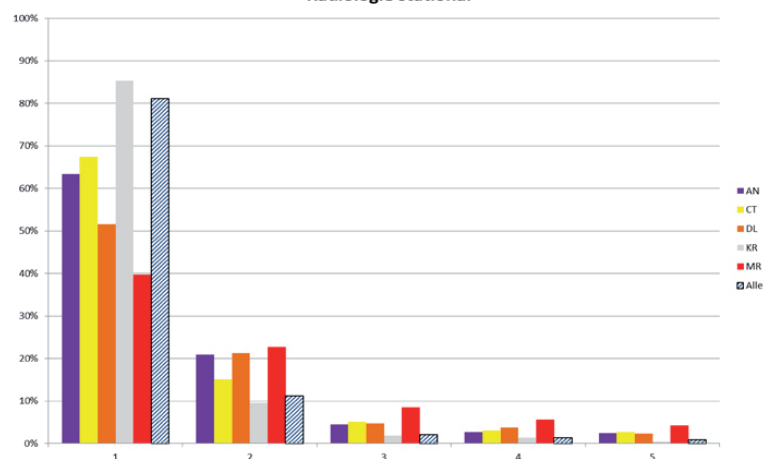
**Radiologie stationär**

Abb. 1 Responsivität Zeifenster

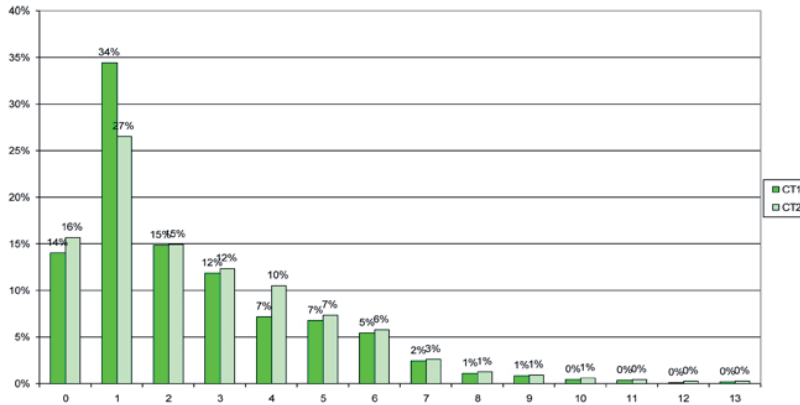


Abb. 2 Zeitdauer Quittierung bis Befundfreigabe CT

Gemäß Abbildung 2 werden einen Tag nach Abschluss der Untersuchung erst 34 Prozent der Befunde am CT 1 freigegeben und stehen der zuweisenden Klinik zur Verfügung; weitere fast 30 Prozent folgen erst nach zwei bis drei Tagen.

**Prozessrelevante Kennzahlen**

Die Prozessverlangsamung ist ein Mangel, der leicht entstehen kann, wenn die Radiologie nicht ergebnisorientiert gesteuert wird. Wichtige weitere prozessrelevante Kennzahlen sind:

- die Taktzeiten an den Modalitäten (durchschnittliche Patientenwechselzeit in Minuten),
- wie oft ein Patient in der Radiologie mit verschiedenen Modalitäten und/oder der gleichen Modalität behandelt wird (Fälle je Patient) und
- die Anzahl von Untersuchungen unterschiedlicher Organregionen je Fall.

**Patientenwechselzeit**

Die mittlere Patientenwechselzeit je Modalität lässt sich aus dem radiologischen Informationssystem (RIS) bestimmen.

**Beispiel**

Bei dem Taktzeitspektrum an einem universitären CT mit guter Auslastung (7.532 Patienten) liegt der Häufungspunkt bei etwa 10 Minuten durchschnittlicher Patientenwechselzeit. Es kommen aber auch wesentlich längere Untersuchungen vor, die zum Teil Wartezeiten auf den zuständigen Radiologen oder den angemeldeten stationären Patienten enthalten. Der Schwerpunkt liegt hier z. B. bei 19 Minuten durchschnittlicher Taktzeit.

**Fälle je Patient**

Zur Anzahl der radiologischen Untersuchungsfälle je radiologischem Patient zeigt Abbildung 3 Folgendes:

Die erste Säule in Abbildung 3 bedeutet: Wie viele klinische Patienten haben eine radiologische Behandlung erfahren?

Die zweite Säule weist aus, wie viele Behandlungsfälle an den einzelnen Modalitäten durchgeführt worden sind.

Die letzte Säule misst die Anzahl der unterschiedlichen Organregionen, die mit Hilfe jeder einzelnen Modalität untersucht worden ist.

Für jede Modalität lässt sich aus dem Verhältnis der Fälle zu den Erstpatienten berechnen, wie oft derselbe Patient mit der jeweiligen Modalität untersucht worden ist (Röntgen beispielsweise 2,36-mal; CT 1,55-mal; MRT 3,22-mal).

**Untersuchungskomplexität korreliert nicht mit Modalitäten-Taktzeit**

Bei Analysen radiologischer Abteilungen verweisen die Ärzte oft auf die besonders komplexen Untersuchungsfälle, vor allem am CT (Polytraumata) und MRT, also auf die Anzahl der unterschiedlichen Organregionen je Untersuchungsfall und Modalität. Diese ist in Abbil-

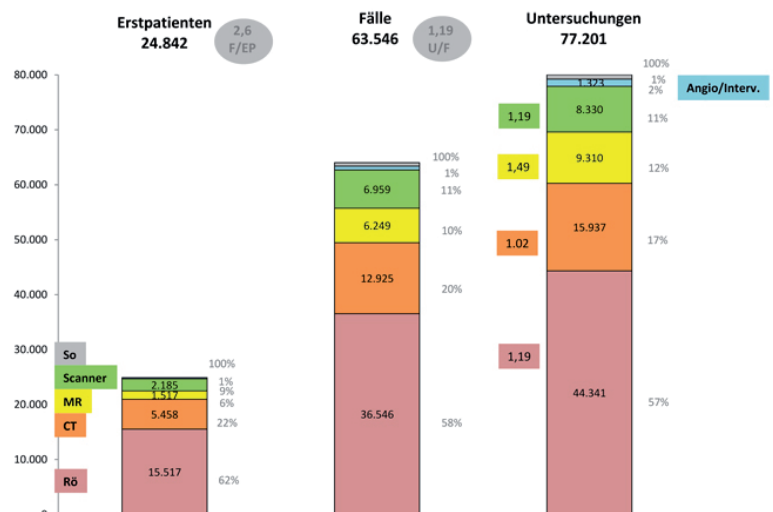


Abb. 3 Untersuchungsspektrum nach Modalitäten 2014

dung 3 zwischen den beiden letzten Säulen angegeben.

Abbildung 4 zeigt aber, dass diese Kennzahl keinen Einfluss auf die durchschnittliche Patientenwechselzeit (Taktzeit) hat. Es gibt keine Korrelation zwischen Untersuchungskomplexität und der Taktzeit an den einzelnen Modalitäten. Dazu dienen beispielhaft die Zahlen für drei typische Klinikrepräsentanten:

- ein universitärer Maximalversorger (s. grüne Kreise in Abbildung 4),
- ein nichtuniversitärer Maximalversorger (s. gelbe Kreise in Abbildung 4) und
- ein kleinerer Schwerpunktversorger mit 430 Betten.

Der CT des universitären Maximalversorgers wird offensichtlich mit den meisten komplexen Fällen genutzt, hat aber die niedrigste Taktzeit (19 Minuten).

Der MRT des nichtuniversitären Maximalversorgers ragt bezüglich der durchschnittlichen Anzahl der

Untersuchungen je Fall mit 1,49 deutlich heraus, hat aber mit 38 Minuten die höchste Taktzeit im Vergleich der drei abgebildeten Kliniken.

### Praxishinweis

Der entscheidende Korrelationsfaktor für die Taktzeit lässt sich in der Regel aus einer Vor-Ort-Prozessanalyse ableiten: Wenn ein erfahrener/trainierter Radiologe patienten- und modalitätentnah die Untersuchungsabläufe steuert, werden herausragende Taktzeiten erarbeitet. Dabei spielen die Komplexität einer Untersuchung für einen erfahrenen Radiologen und die jeweilige Gerätetechnologie eine untergeordnete Rolle.

### WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Der Beitrag wird in den nächsten Ausgaben zum einen mit dem Anforderungsverhalten der zuweisenden Abteilungen/Kliniken an die Radiologie und zum anderen mit den Kennzahlen zu den Kosten einer klinischen radiologischen Versorgung fortgesetzt.

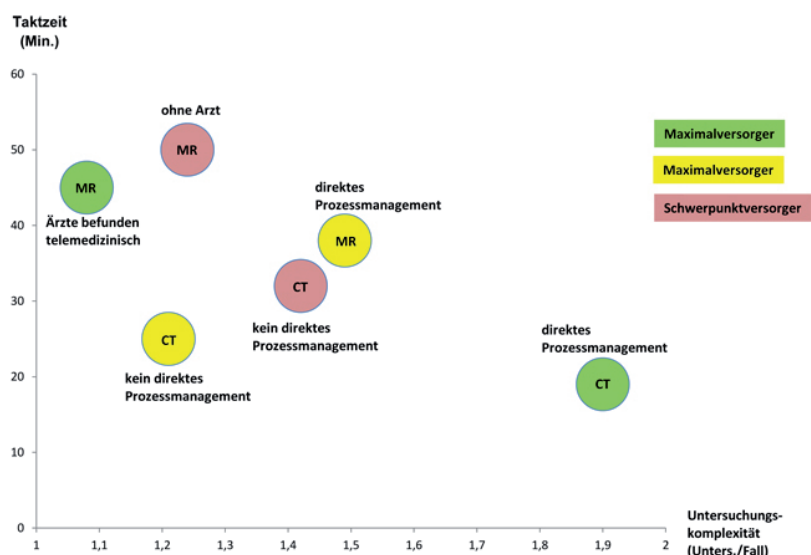


Abb. 4 Korreliert die Untersuchungskomplexität mit der Taktzeit der Modalitäten?

### Download

## Excel-Abrechnungs-Übersichten für ASV online verfügbar

Die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) für Radiologen abrechnungsfähigen Leistungen des EBM waren bisher nur als PDF-Datei auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) verfügbar. Nunmehr hat das Institut des Bewertungsausschusses (I-BA) die aktuellen Abrechnungsgrundlagen für die einzelnen ASV-Indikationen online in einem Excel-Format bereitgestellt.

Die Tabellen enthalten sämtliche Leistungen, die in der ASV abgerechnet werden können. Die Leistungen lassen sich nach Fachgruppen sortieren. So können Ärzte direkt sehen, welche ASV-Leistungen ihre Fachgruppe abrechnen kann.

Auch Änderungen zu Vorversionen werden angezeigt. Ältere, jetzt nicht mehr gültige Tabellen, finden Sie im Archiv des G-BA.

### WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Sie finden die Excel-Abrechnungs-Übersichten des I-BA zur ASV unter [www.institut-ba.de/service/asvabrechnung.html](http://www.institut-ba.de/service/asvabrechnung.html)
- „Die Rolle der Radiologen bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)“ in RWF Nr. 2/2016