

Persönliche PDF-Datei für  
Andreas G. Schreyer, René T. Steinhäuser, Britta Rosenberg

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

Externe radiologische Aufnahmen  
in der klinischen Routine –  
Eine Übersicht über die aktuelle  
Abrechnungssituation bei  
Konferenzen, Boards und  
Zweitmeinung

**RöFo**

Fortschritte auf dem Gebiet  
der Röntgenstrahlen und  
der bildgebenden Verfahren

Fortschr Röntgenstr 2018; 190: 427–  
432

Nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt.  
Keine kommerzielle Nutzung, keine Einstellung  
in Repositorien.

**Verlag und Copyright:**  
© 2018 by  
Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
ISSN 1438-9029

Nachdruck nur  
mit Genehmigung  
des Verlags

 **Thieme**

# Externe radiologische Aufnahmen in der klinischen Routine – Eine Übersicht über die aktuelle Abrechnungssituation bei Konferenzen, Boards und Zweitmeinung

## Externally Acquired Radiological Data for the Clinical Routine – A Review of the Reimbursement Situation in Germany

### Autoren

Andreas G. Schreyer<sup>1</sup>, René T. Steinhäuser<sup>2</sup>, Britta Rosenberg<sup>3</sup>

### Institute

- 1 Department of Radiology, University Hospital Regensburg, Germany
- 2 Medical Law, Rechtsanwälte Wigge, Hamburg, Germany
- 3 Telemedicine Euroregion Pomerania Project, Department of Diagnostic Radiology and Neuroradiology, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Germany

### Key words

reimbursement, medicolegal issues, second opinion

eingereicht 14.07.2017

akzeptiert 11.12.2017

### Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0044-101552>

Online-Publikation: 7.2.2018

Fortschr Röntgenstr 2018; 190: 427–432

© Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart · New York

ISSN 1438-9029

### Korrespondenzadresse

Herr Prof. Andreas G. Schreyer

Department of Radiology, University Hospital Regensburg,

Franz-Josef-Strauss-Allee 11, 93053 Regensburg, Germany

Tel.: ++49/941/944 74 42

[andreas.schreyer@klinik.uni-regensburg.de](mailto:andreas.schreyer@klinik.uni-regensburg.de)

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Interdisziplinäre Konferenzen und Boards bringen den Patienten eine Optimierung der Therapie. Die zusätzliche Arbeitsbelastung durch die erneute Aufarbeitung bereits extern erstellter Befunde wird jedoch gegenwärtig in der klinischen Radiologie nicht adäquat berücksichtigt. In dieser Übersichtsarbeit wollen wir die aktuellen wirtschaftlichen Grundlagen und Möglichkeiten der radiologischen Zweitmeinung im ambulanten und stationären Sektor in Deutschland diskutieren.

**Methode** Basierend auf aktueller Literatur und Gesetzgebung werden die wichtigsten Fragen zur wirtschaftlichen Abbildbarkeit der Zweitbefundung im FAQ-Format diskutiert. Zusätzlich wird das neue E-Health-Gesetz unter dieser Fragestellung kritisch erläutert.

**Ergebnisse** Prinzipiell werden radiologische Leistungen im Sinne der Zweitmeinung, aber auch die Interpretation und Demonstration extern erstellter Bilddaten in Boards und Konferenzen, gegenwärtig nicht adäquat bezüglich wirtschaftlicher Rekompensation erfasst. Dabei gibt es gerade bei stationären Patienten keine entsprechenden Abrechnungsmöglichkeiten. Lediglich bei externen Wahlleistungspatienten bzw. als IGeL-Leistung besteht eine Abrechnungsmöglichkeit als explizite Wunschleistung des Patienten nach Zweitmeinung.

**Schlussfolgerung** Die radiologische Leistung einer Zweitmeinung bzw. der Demonstration extern erstellter Bilddaten wird gegenwärtig wirtschaftlich nicht adäquat dargestellt. Durch die hohe Bedeutung der Radiologie als diagnostischer und therapeutischer klinischer Partner in der sektorübergreifenden Versorgung und in interdisziplinären Boards muss künftig dringend eine entsprechende Abbildung in der wirtschaftlicheren Rekompensation erreicht werden.

### Kernaussagen:

- Fallvorstellungen externer Befunde können gegenwärtig bei Boards und Konferenzen nicht abgerechnet werden.
- Konsiliarische Zweitmeinungen können nur bei wahlärztlichen Patienten oder als IGeL abgerechnet werden.
- Durch das E-Health-Gesetz sind radiologische Telekonsile in besonders komplexen Fragestellungen abrechenbar.
- Bei künftigen Entwicklungen der Abrechnungssysteme muss dringend auf eine Berücksichtigung radiologischer Zweitmeinung eingegangen werden.

### Zitierweise

- Schreyer AG, Steinhäuser RT, Rosenberg B. Externally Acquired Radiological Data for the Clinical Routine – A Review of the Reimbursement Situation in Germany. Fortschr Röntgenstr 2018; 190: 427–432

### ABSTRACT

**Background** Interdisciplinary radiological conferences and boards can improve therapeutic pathways. Because of the re-interpretation and presentation of external image data, which already was read, an additional workload is created which is currently not considered by health care providers. In this

review we discuss the ongoing basics and possibilities in health economy for a radiological second opinion for the outpatient and inpatient sector in Germany.

**Method** Based on up-to-date literature and jurisdiction, we discuss the most important questions for the reimbursement for second opinions and conference presentations of external image data in an FAQ format. Additionally, we focus on the recently introduced E-Health law accordingly.

**Results** Radiological services considering second opinion or board presentation of externally acquired image data are currently not adequately covered by health care providers. In

particular, there is no reimbursement possibility for the inpatient sector. Only patients with private insurance or privately paid second opinions can be charged when these patients visit the radiologist directly.

**Conclusion** Currently there is no adequate reimbursement possibility for a radiological second opinion or image demonstrations in clinical conferences. It will be essential to integrate adequate reimbursement by health care providers in the near future because of the importance of radiology as an essential diagnostic and therapeutic medical partner.

## Einleitung

Der Benefit von radiologischen Zweitmeinungen, vor allem bei subspezialisierten Fragestellungen, ist in der aktuellen Literatur unumstritten [1–4]. Durch eine Zweitbefundung wurden beispielsweise bei pädiatrischen radiologischen Befunden Diskrepanzen zur Zweitmeinung zwischen 12.6% und 32.6% gefunden [5]. Patienten mit HNO-Tumoren wurden in einer Studie durch die Zweitmeinung von spezialisierten Neuroradiologen in 56% der Fälle in ein anderes Tumorstadium eingeordnet, was in 38% das weitere Therapiekonzept änderte [6]. Insgesamt kann daher wahrscheinlich von einer Verbesserung der Diagnose mit konsekutiver Änderung und Optimierung des Therapiekonzeptes ausgegangen werden. Auch ein Benefit in Diagnose und Therapie durch die sogenannte „sprechende Radiologie“ in klinischen Konferenzen [7] und Tumorboards [8–10] konnte gezeigt werden.

Der hohen zeitlichen und damit personellen Belastung der klinischen Radiologie durch das erneute Lesen und Interpretieren bereits extern durchgeführter und befundeter Untersuchungen durch spezialisierte Radiologen und Fachärzte wird hingegen in der gegenwärtigen Abrechnungslandschaft nicht adäquat Rechnung getragen. Auch in der internen Leistungsabrechnung vieler Kliniken, in der die Radiologie wirtschaftlich als Cost-Center betrachtet wird, sind die personellen Investitionen, die durch die zahlreichen externen Nachbefundungen bzw. Demonstrationen in Boards und klinischen Konferenzen verlangt wird, nicht einheitlich finanziell oder im Personalschlüssel abgebildet.

In diesem Übersichtsartikel wollen wir auf diese aktuellen Probleme und Herausforderungen der Nachbefundung und Demonstration in der klinischen Radiologie aufmerksam machen. Wie bereits bei den juristischen Aspekten in der vorhergegangenen Übersichtsarbeit wollen wir erneut im FAQ-Format im Dialog zwischen Radiologen und medizin-juristischen Experten die wichtigsten Fragen bezüglich der aktuellen Möglichkeit der Erstattung und Abrechenbarkeit von Zweitmeinungen bzw. der sprechenden Radiologie in Konferenzen und Boards aufzeigen.

Zu erwartende Entwicklungen mit Fokus auf dem sog. E-Health-Gesetz sollen zusätzlich besprochen werden.

## Abrechnungssituation von radiologischen Konsilen und Zweitmeinungen

Im modernen Medizinbetrieb ist das sektoren- und disziplinenübergreifende Fallmanagement fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Medizinische Entscheidungsprozesse, aber auch Krankenhauseinnahmen werden nicht mehr nur auf einzelnen Stationen oder Kliniken, sondern in interdisziplinären Organisationsformen (z. B. Gefäßzentrum, Organ-Tumorzentrum) generiert [11, 12]. Die erneute Fallbearbeitung in einer sachbezogenen Konferenzsituation wird in der Folge immer häufiger erforderlich. Dies betrifft auch und im Besonderen die radiologische Fallexpertise und die Zweitbefundung/-beurteilung von Bilddatensätzen. Klinisch tätige Radiologen verbringen zur Kontextuierung von Diagnosen auch externer Patienten aus anderen Versorgungseinrichtungen einen immer größer werdenden Anteil ihrer Arbeitszeit. Genaue Zahlen zur Arbeitsbelastung durch die Erstellung von Zweitmeinungen in Deutschland liegen gegenwärtig nicht vor. Eine Studie aus dem Jahre 2013 zeigt eine geschätzte anteilige Arbeitsbelastung von Radiologen in einem Haus der Maximalversorgung von etwa 15% durch klinische Konferenzen und 14% durch informelle Fallbesprechungen [13]. Eine noch nicht publizierte Online-Umfrage unserer Arbeitsgruppe lässt vermuten, dass bei Tumorboards in über 25% der gezeigten Fälle externe radiologische Aufnahmen demonstriert werden, bei denen lediglich in weniger als 10% die primären externen radiologischen Befundberichte vorliegen. Das Abrechnungsrecht der Leistungserbringung in der Medizin hinkt dabei meist hinterher. Radiologische Leistungen, also auch radiologische Konsile und Zweitmeinungen, werden teilweise sektorübergreifend im ambulanten oder stationären Bereich und in Abhängigkeit vom jeweiligen Versicherungsstatus bzw. konkreten Behandlungsvertrag der Patienten erbracht. Vereinzelt, aber nicht in der expliziten begrifflichen Verwendung, sind radiologische Konsile in Form von Zweitmeinungen vergütungsrechtlich in den entsprechenden Entgeltkatalogen bzw. Gebührenordnungen abgebildet, überwiegend jedoch noch nicht für den hier relevanten Rahmen.

### Radiologische Frage: Abrechenbarkeit von Fallvorstellungen in Boards aus der radiologischen Sprechstunde

Der Frage vorausgeschickt soll die Begrifflichkeit der „radiologischen Sprechstunde“ zunächst erläutert werden: Die Radiologie

an Kliniken nimmt bisher bezüglich der Abrechnung nicht an der ambulanten Regelversorgung gesetzlich versicherter Patienten teil. Im Rahmen von persönlichen KV-Ermächtigungen, in der Versorgung von ambulanten privat versicherten Patienten, bei der Durchführung ambulanter IGeL-Leistungen oder im Rahmen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) ist die Radiologie jedoch Bestandteil ambulanter Versorgungsmodelle. Durch die rezente zunehmende Entwicklung der interventionellen und damit therapeutischen Radiologie (z. B. Schmerztherapie, onkologische Interventionen) hat die Radiologie eine eigenständige therapeutische Kompetenz entwickelt. In diesem Kontext haben sich vermehrt primär radiologische Sprechstunden entwickelt, durch die der Radiologe zum patientenführenden ambulanten und stationären Klinikarzt wird.

Kann derzeit ein Krankenhaus-Radiologe, der über seine persönliche Sprechstunde den Fall eines gesetzlich versicherten ambulanten Patienten mit externen radiologischen Bildern in einer klinischen Tumorkonferenz aktiv vorstellt, diese Vorstellung abrechnen?

### Juristische Antwort

Nein, das ist nicht möglich. In der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im EBM ist seit Oktober 2015 eine Gebührenordnungsposition (GOP) für die Vorstellung von Patienten in onkologischen Tumorkonferenzen enthalten. Allerdings kann diese Gebührensatznummer nicht von Krankenhaus-Radiologen abgerechnet werden, da Radiologen gegenwärtig nicht zum „Kernteam“ im Sinne der einschlägigen ASV-Richtlinie des G-BA (Ambulante Spezialärztliche Versorgung – Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss) gehören. Dieser Umstand ist aus Sicht der radiologischen Fachgesellschaft nicht akzeptabel, da ein Radiologe als Vertreter einer unabhängigen Fachdisziplin in eigener Indikationsstellung diagnostische und auch therapeutische Maßnahmen durchführt, wie etwa die bildgeführte lokale Tumorablation. Davon unabhängig bleibt die übergeordnete Indikationsstellung für Diagnostik und für Therapie im Konsensverfahren in einer multidisziplinären Tumorkonferenz Voraussetzung. Der Radiologe ist wie alle anderen Disziplinen an diese Entscheidung gebunden und ist im Konsensverfahren der Konferenz gleichberechtigtes Stimmmitglied. Unabhängig, ob dieser Radiologe einer bettenführenden Klinik vorsitzt oder nicht, kann er über seine eigene Sprechstunde onkologische Patienten dem Entscheidungsprozess in der Konferenz zuführen. Der radiologische Leistungs- und Zeitaufwand für die Durchführung, Aufnahmen- und Befunddemonstration, Aufnahmen- und Befundbesprechung sowie Dokumentation von im klinisch-stationären Bereich durchgeführten interdisziplinären Tele- bzw. Tumorkonferenzen, zumindest für extern vorgestellte GKV-Patienten aus dem ambulanten Bereich, ist damit gebührenrechtlich nicht berücksichtigt. Dabei ist die radiologische Bilddatenbeurteilung maßgebliche oder sogar alleinige Voraussetzung für ein Tumorboard-Votum mit entsprechender schriftlicher Dokumentation in der sogenannten Konferenz-Synopse und im Regelfall gleichzeitig Voraussetzung für Initiierung oder Änderung einer therapeutischen Maßnahme im ambulanten Versorgungssektor. Die entsprechende radiologische Leistung ist eingebettet in einen klinisch-thematischen Zusam-

menhang (z. B. gastrointestinale Tumoren) mit in der Regel regionalem Versorgungsauftrag (z. B. zertifiziertes Organ-Krebszentrum mit ständigen Partnern aus stationärem und ambulatem Sektor). Anwesenheit und Votum des Radiologen sind in jedem aktuell maßgeblichen Zertifizierungsszenario für ein Tumorzentrum zwingende Voraussetzung für die Entscheidungsfähigkeit eines Tumorboards. Im Interesse der sektorübergreifenden Patientenversorgung sollte die Abrechenbarkeit einer entsprechenden Gebührensatznummer, die die radiologische Leistung in klinischen Tumorkonferenzen zumindest für externe Patienten angemessenen berücksichtigt, dringend eingefordert werden.

### Radiologische Frage: Abrechenbarkeit der Fallvorstellung in Tumorboards

Kann ein Krankenhaus-Radiologe darüber hinaus eine passive Fallbeurteilung, darin enthalten ist die Beurteilung interner oder externer Bilddatensätze, im Rahmen einer multidisziplinären Konferenz abrechnen?

### Juristische Antwort

Nein, gemeinsam mit allen anderen an der Konferenz beteiligten Disziplinen ist dem Radiologen diese Abrechnungsmöglichkeit derzeit nicht möglich.

Eine Abrechnung im privatärztlichen Bereich als konsiliarische Erörterung gemäß Ziffer 60 GOÄ scheidet nach gegenwärtiger Rechtslage daran, dass jeder der am Konsil beteiligten liquidationsberechtigten Ärzte oder ständigen persönlichen ärztlichen Vertreter, sowohl Krankenhausärzte als auch niedergelassene Ärzte, den Patienten vor dem Konsil oder in unmittelbar zeitlichem Zusammenhang mit dem Konsil untersucht, d. h. ein Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden haben muss, an dem es in der Regel bei der Vorstellung von Patienten in Konferenzen, aber auch bei Zweitmeinungen in anderen Konstellationen (s. im Folgenden) häufig fehlen dürfte.

Für die radiologische Fallbeurteilung von externen stationären Patienten (z. B. OP-Patienten eines anderen Partner-Krankenhauses) im Rahmen eines Tumorboards ist die Ziffer 60 DKG-NT Band I entsprechend zur vorgenannten GOÄ-Erörterung aufgrund des fehlenden Patientenkontakts nicht anwendbar. Letztlich handelt es sich in einer solchen geschäftlichen Konstellation nur um ein orientierendes Katalogwerk. Die beiden kooperierenden Institutionen stellen sich gegenseitig eine Rechnung aus und können den Gegenwert der Dienstleistung derzeit frei verhandeln. Der Radiologe führt die zugehörige Leistung dann im Rahmen seines Anstellungsverhältnisses aus.

Für den ambulanten Versorgungssektor weist der EBM-Katalog mit der Ziffer 24.2 eine radiologische Konsiliarpauschale aus. Auch der EBM setzt einen persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patienten voraus, was zunächst nicht mit der Tumorkonferenzsituation vereinbar erscheint. Neuerdings sind jedoch auch andere Formen der Kontaktaufnahme im Arzt-Patienten-Verhältnis zulässig, sofern sie durch das Berufsrecht gedeckt sind – gemäß § 7 Abs.4 MBO-Ä soll es reichen, wenn der vorstellende Arzt alleine einen unmittelbaren Kontakt zum Patienten hat. Die Gebührenordnungspositionen (GOP) 24210, 24211 und 24212 beziehen sich in ihrem obligaten Inhalt allerdings lediglich auf die

Überprüfung einer vorliegenden Untersuchungsindikation und sind entsprechend niedrig eingestuft, auch fakultative Bestandteile beinhalten nicht eine Befundbeurteilung in übergeordnetem Kontext. Seit 01.04.2017 existiert eine Gebührenordnungsposition für das teleradiologische Konsil zu Röntgen- und/oder CT-Aufnahmen (GOP 34 810, 34 820 u. 34 821), dessen Vorgaben theoretisch auf bestimmte Tumorkonferenzkonstellationen in konventioneller Form anwendbar sind. Jegliche Abrechenbarkeit nach EBM bedingt für den Krankenhaus-Radiologen aber eine persönliche Ermächtigung oder die Berücksichtigung z. B. im Rahmen eines ASV-Vertrages. Eine konsiliarische Beurteilung ist als Maßnahme im ASV-Katalog für die betreffenden Therapiefelder derzeit nicht vorgesehen.

Bezogen auf stationäre „Inhouse-Patienten“ in diesem Kontext ist festzustellen: Unabhängig von einer zu klärenden Auswirkung eines administrativ dokumentierten Konsils auf die fallbezogene DRG ist eine krankhausinterne Konsenslösung für die interne Leistungsabrechnung anzustreben. Hierbei ist eine Berechnung (z. B. nach GoÄ) sämtlicher Passivkonsile im Rahmen von multidisziplinären Konsilveranstaltungen in Analogie zur Berechnung anderer interdisziplinärer Konsile wünschenswert.

### Radiologische Frage: Abrechenbarkeit von radiologischen Zweitmeinungen außerhalb von Tumorboards

Sind konsiliarische Beurteilungen/Zweitmeinungen von Radiologen in anderen Konstellationen als klinischen (Tumor-)Konferenzen abrechenbar?

#### Juristische Antwort

Fehlt die hoch standardisierte Umgebung einer Tumorkonferenz, sind verschiedene Konstellationen der Zweitbeurteilung denkbar:

Die Einholung einer sog. „Second opinion“ vor großen Operationen oder lebensverändernden Diagnosen ist als sog. IGeL-Leistung im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen im Kapitel B „Grundleistungen und allgemeine Leistungen“ vorgesehen. Die Beurteilung und Besprechung externer radiologischer Untersuchungen in der Klinik in entsprechenden Expertenkonferenzen bzw. Klinikboards als IGeL-Leistung kann und wird bereits in der Praxis auch von Radiologen angeboten. Die Abrechnung einer radiologischen „Second opinion“ als Wunschleistung des Patienten setzt eine entsprechend spezifische Vereinbarung zwischen Radiologe und Patient voraus, da der Patient bei nicht definitiver Kostenübernahme durch eine Krankenversicherung die Kosten selbst zu tragen hat. Angebote von IGeL-Leistungen in einer Krankenhausumgebung sind i. d. R. nicht sehr verbreitet und liegen im Verantwortungsbereich der Geschäftsführung bzw. bedürfen einer vertraglichen Nebenerwerbsregelung durch den angestellten Arzt.

Der externe Wahlleistungspatient kann im Rahmen einer konsiliarischen Mitbeurteilung durch den Radiologen gesehen werden, bevor er den Fall mit dem Zuweiser erörtert, für diesen Fall erscheint die Ziffer 60 GoÄ anwendbar. Eine darüberhinausgehende explizite GoÄ-Ziffer für die Einholung von radiologischen Beurteilungen/ Zweitmeinungen als Konsil existiert in der GoÄ derzeit nicht. Wer den Standpunkt vertritt, eine radiologische Zweitmeinung sei wegen des erforderlichen Aufwandes analog der GoÄ-

Ziffer 80 („Schriftliche gutachterliche Äußerung“) abrechenbar, erfährt in der GoÄ-Spezifikation, dass „die Beurteilung von Röntgenaufnahmen (auch Fremdaufnahmen) als selbständige Leistung nicht gesondert berechnungsfähig ist.“ Für die Auswertung der übermittelten Befunde, die mit Bezug auf den Patienten bzw. seinen Zustand durch den behandelnden Arzt erfolgt, ist nach den Vorgaben der GoÄ auch kein Honorar vorgesehen. Die Beurteilung von mitgebrachten MRT- bzw. CT-Aufnahmen ist daher nicht zusätzlich, auch nicht über eine Analogiebewertung, liquidierbar. Ferner kommt die Anwendung der Ziffern 80 und 85 GoÄ („Schriftliche gutachterliche Äußerung mit einem das gewöhnliche Maß übersteigenden Aufwand“) mutmaßlich schon deshalb nicht in Betracht, da es sich bei den geschilderten Konsilkonstellationen nicht um Gutachten im außermedizinischen Kontext handelt, sondern innermedizinisch um die Beurteilung von Röntgen- und CT-Aufnahmen. Gleiches gilt wiederum für die Erörterung nach DKG-NT Band I (s. o. vorherige Antwort).

Bezüglich der potenziellen Anwendbarkeit von EBM-Ziffern gelten die Erörterungen der vorigen Antwort zur Tumorkonferenzsituation (s. o.), jedoch eingedenk des je nach Konstellation möglichen persönlichen Patientenkontakts. Dem Krankenhaus-Arzt ist eine Abrechnung nur durch persönliche oder anders vertragliche Ermächtigung (z. B. ASV) gestattet. Die Abrechenbarkeit von konsiliarischer Mitbeurteilung ist im Rahmen der ASV für die Radiologie derzeit nicht vorgesehen, weder pauschal noch konkretisiert.

### Zukünftig zu erwartende Entwicklungen ausgehend von den Regelungen aus dem sog. E-HealthG

Unter entsprechendem Einsatz von IT-Kommunikationsmitteln, insbesondere in Form von Videokonferenzen, können interdisziplinäre Tumorboards und Befunddemonstrationen auch als sog. Tele-Tumorboards bzw. Tele-Tumorkonferenzen oder auch Tele-Befunddemonstrationen in der klinischen Radiologie sowohl „inhouse“ als auch mit externen Partnern durchgeführt werden. Ebenso können durch entsprechenden Technikeinsatz radiologische Zweitmeinungen in Form radiologischer Telekonsile eingeholt werden. Dies geschieht auch schon vielerorts in der gelebten Praxis. Diese Praxis wird nun aktuell durch entsprechende Abrechnungsziffern in dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), basierend auf dem sog. E-Health-Gesetz, abgebildet. So sind im ambulanten Bereich seit dem 01.04.2017 unter bestimmten technischen Voraussetzungen und bei Vorliegen „besonders komplexer medizinischer Fragestellungen“ telekonsiliarische Befundbeurteilungen von Röntgen- und CT-Aufnahmen, bestehend aus der Beurteilung der Aufnahmen und einem schriftlichen Bericht, berechnungsfähig (sog. radiologisches Telekonsil). Im privatärztlichen Bereich hingegen existieren aufgrund des langjährigen Novellierungsstaus in der ärztlichen Gebührenordnung (GoÄ) keine entsprechenden radiologischen Honorarvorschriften. Allerdings ist die Aufnahme entsprechender Regelungen in der avisierten GoÄ-Novelle – sowohl die Einholung einer zumindest externen radiologischen Zweitmeinung bzw. eines Zweitbefundes in Form

► **Tab. 1** Übersicht über potentielle Abrechnungsmöglichkeiten einer radiologischen Zweitmeinung in verschiedenen ambulanten und stationären Situationen.

Abrechenbarkeit radiologischer Zweitmeinung durch die Radiologie	DRG/OPS	ILV	GKV (EBM)	ASV (EBM)	PKV (GOÄ)	IGeL
Tumorkonferenz: Aktive Vorstellung ambulanter Patient	–	–	–	Nein (nur Kernteam, die Radiologie ist derzeit nicht zugelassen)	–	–
Tumorkonferenz: Passive Vorstellung ambulanter Patient	–	fakultativ	–	–	–	ja
Tumorkonferenz: Passive Vorstellung prästationärer bzw. stationärer Patient („internes Konsil“)	–	fakultativ	–	–	–	–
Sonstige Konstellation ambulanter Patient	–	–	–	–	Ja (als konsiliarische Mitbeurteilung bei Patientenkontakt)	ja
Sonstige Konstellation prästationärer bzw. stationärer Patient („internes Konsil“)	–	fakultativ	–	–	Ja (als konsiliarische Mitbeurteilung bei Patientenkontakt)	–

DRG (Diagnostic Related Groups), OPS (Operationen und Prozedurenschlüssel), ILV (interne Leistungsverrechnung), GKV (Gesetzliche Krankenversicherung), EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab), ASV (Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung), PKV (Private Krankenversicherung), GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte), IGeL (Individuelle Gesundheitsleistung).

eines radiologischen Telekonsils als auch die in maßgeblicher Beteiligung und Verantwortung von Radiologen stattfindende Durchführung und radiologische Leistungserbringung in Teletumorboards betreffend in Form z. B. einer telekonsiliarischen Erörterungsgebühr zur Abbildung der Versorgungsrealität und angemessenen Berücksichtigung des radiologischen Leistungsbeitrags für die klinische Versorgung – mehr als wünschenswert, genau genommen überfällig. Im Vergleich zu konventionell durchgeführten sektorübergreifenden interdisziplinären Tumorboards im klinischen Bereich entfallen bei der Durchführung von sektorübergreifenden Tele-Tumorkonferenzen dabei berechenbare Fahrtkosten und Wegegeld.

## Diskussion und Schlussfolgerung

Radiologischer Zeit- und Leistungsaufwand im klinischen Bereich für konsiliarisch erteilte Zweitmeinungen bzw. Zweitbefundungen von externen Patienten wird allgemein, aber insbesondere auch in interdisziplinären (Tumor-)Konferenzen derzeit abrechnungsrechtlich nicht vollständig für sämtliche in der medizinischen Versorgungsrealität vorkommenden Varianten erfasst (► **Tab. 1**).

Abseits der in unserer Arbeit genannten, gegenwärtig praktisch nicht vorhandenen Abrechnungsmöglichkeiten gegenüber den Versicherungen sollte bei Kliniken an die Möglichkeit der Finanzierung von Zweitmeinungen bei Röntgenkonferenzen und Tumorboards durch die Interne Leistungsverrechnung (ILV) gedacht werden. Die konkrete Beschreibung der Leistung sollte in Deutschland einheitlich durchgeführt werden und basierend auf gegenwärtigen Daten errechnet werden und erfolgen. Zusätz-

lich sollte bedacht werden, dass die Erstellung von radiologischen Zweitmeinungen als konsiliarische Dienstleistung nur von Fachärzten erbracht werden kann, was eine Verschiebung des Stellschlüssels an Kliniken zugunsten von Fach- bzw. Oberärzten bedingen würde. Kritisch soll jedoch angemerkt werden, dass eine individuelle Abbildung der radiologischen Zweitmeinung an der jeweiligen Klinik nicht eine langfristig befriedigende Lösung für die klinische Radiologie darstellen kann. Die adäquate Abbildung der Leistungen sollte auf höherer gesundheitspolitischer Ebene durch die Fachgesellschaften erreicht werden.

Die radiologische Leistungserbringung in Form von Zweitmeinungen bzw. Zweitbefundungen für externe Patienten, insbesondere auch in klinischen Konferenzen und Boards, findet bisher nur im ambulanten Bereich Berücksichtigung. Für im stationär- und sektorübergreifenden Bereich entsprechend für externe Patienten erbrachte Leistungen sollten hier dringend explizite Abrechnungs- bzw. Vergütungsvorschriften geschaffen werden. Eine multidisziplinäre klinische Konferenz als Institution und Leistung des stationären Versorgungssektors wird von ambulanten Patienten nachgefragt. Im ambulanten Bereich wird dieselbe Leistung aus nachvollziehbaren logistischen Gründen gar nicht angeboten. Bei allen gegenwärtigen und künftigen Neuregelungen sektorübergreifender Versorgung – z. B. ASV oder Zweitmeinung nach § 27b) SGB V – wäre darauf zu achten, dass der Radiologie, nicht zuletzt wegen der großen Bedeutung der Bilddateninterpretation und der radiologischen Therapiemöglichkeiten, die gleichen Rechte und Möglichkeiten eingeräumt werden, wie anderen medizinischen Disziplinen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die stark anwachsende Leistung der radiologischen Zweitmeinung gegenwärtig nicht adäquat in den vorhandenen Abrechnungssystemen abgebildet wird. Diese Zunahme ist sicherlich neben dem Kontext der häufiger werdenden Tumorkonferenzen durch eine aktive Einbindung der Radiologie in Organzentren auch der wachsenden Integration der Radiologie als klinisch-therapeutische Disziplin geschuldet. Durch diesen vermehrt sektorübergreifenden neuen radiologischen Ansatz nimmt konsequent auch die Arbeitsbelastung durch Befunddemonstrationen und Zweitmeinungen extern erstellter Aufnahmen in der klinischen Routine zu.

Gerade wegen der gegenwärtig fehlenden adäquaten Abbildung dieser ärztlichen Leistungen müssen diese zunächst systematisch erfasst werden. Auf diesen Daten basierend sollten diese Leistungen dann möglichst einheitlich in der klinischen Radiologie, zunächst strukturiert in der ILV unter besonderer Berücksichtigung des personellen Bedarfes von Fach- und Oberärzten zur Durchführung, abgerechnet werden.

Mittel- bis langfristig muss die radiologische Leistung einer Zweitmeinung mit Befunddemonstration jedoch auf höherer gesundheitspolitischer Ebene durch Berufsverband und Fachgesellschaften in die Leistungskataloge der verschiedenen Abrechnungssysteme zunächst ambulant wie auch stationäre integriert werden.

#### Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

#### Literatur

- [1] Carter BW, Erasmus JJ, Truong MT et al. Quality and Value of Subspecialty Reinterpretation of Thoracic CT Scans of Patients Referred to a Tertiary Cancer Center. *J Am Coll Radiol* 2017. doi:10.1016/j.jacr.2017.02.004
- [2] Chalian M, Del Grande F, Thakkar RS et al. Second-Opinion Subspecialty Consultations in Musculoskeletal Radiology. *Am J Roentgenol* 2016; 206: 1217–1221
- [3] Torok CM, Lee C, Nagy P et al. Neuroradiology second opinion consultation service: assessment of duplicative imaging. *Am J Roentgenol* 2013; 201: 1096–1100
- [4] Zan E, Yousem DM, Carone M et al. Second-opinion consultations in neuroradiology. *Radiology* 2010; 255: 135–141
- [5] Eakins C, Ellis WD, Pruthi S et al. Second opinion interpretations by specialty radiologists at a pediatric hospital: rate of disagreement and clinical implications. *Am J Roentgenol* 2012; 199: 916–920
- [6] Lysack JT, Hoy M, Hudon ME et al. Impact of neuroradiologist second opinion on staging and management of head and neck cancer. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2013; 42: 39
- [7] Dendl LM, Teufel A, Schleder S et al. Analysis of Radiological Case Presentations and their Impact on Therapy and Treatment Concepts in Internal Medicine. *Rofo* 2017; 189: 239–246
- [8] Lamb BW, Green JS, Benn J et al. Improving decision making in multidisciplinary tumor boards: prospective longitudinal evaluation of a multi-component intervention for 1421 patients. *J Am Coll Surg* 2013; 217: 412–420
- [9] Rizack T, Gass JS, Legare RD et al. Is tumor board relevant? *Breast J* 2013; 19: 351–353
- [10] Wheless SA, McKinney KA, Zanation AM. A prospective study of the clinical impact of a multidisciplinary head and neck tumor board. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2010; 143: 650–654
- [11] Gross-Fengels W, Imig H, Schulenburg B. Interdisciplinary vascular center: a method for consequential process optimization in the hospital. *Rofo* 2001; 173: 387–390
- [12] Ritchie C, Andersen R, Eng J et al. Implementation of an Interdisciplinary, Team-Based Complex Care Support Health Care Model at an Academic Medical Center: Impact on Health Care Utilization and Quality of Life. *PLoS One* 2016; 11: e0148096
- [13] MacDonald SL, Cowan IA, Floyd R et al. Measuring and managing radiologist workload: application of lean and constraint theories and production planning principles to planning radiology services in a major tertiary hospital. *J Med Imaging Radiat Oncol* 2013; 57: 544–550