

Teil 3: Vernetzung und Kooperation in der Radiologie

Ein Fall aus der Praxis: Die ambulant-stationäre Kooperation am Modell PET CT

von Ditta Dörsing, Dörsing Unternehmensberatung, Berlin

Im Fachbereich Radiologie sind Kooperationsformen zwischen Krankenhäusern und ambulanten Leistungsanbietern seit vielen Jahren gängige Praxis. Aufgrund der Novellierung der hierfür erforderlichen Gesetze, wie das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, haben sich neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen Krankenhausärzten und ambulanten Leistungsanbietern entwickelt, die für innovative Lösungen den Boden bereiten. In dem folgenden Beispiel wird eine ambulant-stationäre Kooperation am Modell PET CT unter Einbindung des Chefarztes der Radiologie erläutert.

Die Vorteile einer Kooperation

Häufig ist es einem Krankenhaus nur durch eine solche Kooperation möglich, über eine moderne Schnittbilddiagnostik zu verfügen, ohne das Risiko einzugehen, keine Kostendeckung für die erforderlichen Investitionen zu erzielen. Für den ambulanten Kooperationspartner bietet eine zusätzliche Auslastung eine bessere Absicherung und Refinanzierung der Investition.

Neben den wirtschaftlichen Aspekten finden sich noch viele weitere Vorteile für beide Seiten. Hier sei unter anderem auch auf die Einweisung von ambulanten Patienten in das Krankenhaus verwiesen, da die Schnittbilddiagnostik im ambulanten Bereich, erbracht an einem Krankenhaus, häufig Gatekeeper-Funktion für die Belegung besitzt.

Der Ausgangsfall

Das Krankenhaus ist ein Haus der Schwerpunktversorgung, seine Leistungen orientieren sich an den Anforderungen eines Maximalversorgers. Neben dem hierfür repräsentativen medizinischen Leistungsangebot umfasst das Spektrum auch ein Gefäß-, Thorax- und Urologie-Zentrum.

Die Abteilung für Radiologie untersucht pro Tag etwa 200 Patienten, auch werden pro Jahr etwa 90.000 Röntgenuntersuchungen durchgeführt.

Inhalt

Leserforum GOÄ

Wie ist die PRT zu berechnen?

Versorgungsengpass Radionuklide

Übergangsregelung für 18-Fluor-PET verlängert

Aktuelle Rechtsprechung

Eintreffzeit: Aus Rufbereitschaft wird Bereitschaftsdienst

Die Zielsetzung

Die Klinik hat einen Schwerpunkt in der Pulmonalchirurgie. Hierzu gehört der Bereich der ambulanten und stationären Versorgung von Patienten mit operablen Bronchial-Carcinomen oder dem Verdacht auf solche. Nur für diese Patienten werden pro Jahr 450 PET CT-Leistungen als Fremdleistung bei einem ambulanten Partner im Einzugsbereich beauftragt. Für das Krankenhaus fallen damit die entsprechenden Kosten für die PET CT-Untersuchungen sowie die Transportkosten an.

Um diese Patienten zukünftig direkt am Krankenhaus als ambulante Patienten versorgen zu können, hat die Krankenhausleitung den Chefarzt der Radiologie beauftragt, ein Versorgungsmodell unter Einbindung eines ambulanten Kooperationspartners für die eigene Klinik, für ambulante Patienten und weitere Kliniken des Trägers zu entwickeln.

Das Anforderungsprofil des Krankenhauses

Das Anforderungsprofil des Krankenhauses an das PET CT-Projekt wurde wie folgt definiert:

- Outsourcing des Fachbereichs Nuklearmedizin mit Übernahme (Anmietung) der vorhandenen Räumlichkeiten durch einen ambulanten Kooperationspartner.

- Einbindung des Chefarztes der Radiologie in die Kooperation.
- Investition PET CT durch den ambulanten Kooperationspartner und Installation in den oben genannten Räumen.
- Entlastung der Klinik von Kosten für Fremdleistungen PET CT, da zukünftig die Abrechnung bei einer Vielzahl von Patienten als ambulante Leistung erfolgen kann.
- Zeitnahe Versorgung von stationären Patienten und Wegfall der Transportkosten.

Auslastung und Abrechnung

Der Hauptanteil der zukünftigen Auslastung wird in den ersten drei Aufbaujahren aus den stationären Zuweisungen des Krankenhauses und der ambulanten Auslastung mit Kassen- und Privatpatienten stammen. Vom Gemeinsamen Bundesausschuss wurde beschlossen, dass im Rahmen der Primär- und Rezidivdiagnostik bei kleinzelligem und nicht-kleinzelligem Bronchial CA PET CT-Leistungen als GKV-Leistungen abrechnungsfähig sind. Bei der Rezidivdiagnostik werden Vergütungen für Untersuchungen bei Patienten mit inoperablen Stadien ausgeschlossen. Zu den abrechnungsfähigen Leistungen zählen:

- Primärdiagnostik;
- Rezidivdiagnostik bei therapierbaren Zuständen;
- Unklar peripher gelegener Rundherd der Lunge (keine Indikation zur Bronchoskopie).

In den zuvor genannten Fällen werden die PET CT-Leistungen direkt mit den Kassen im Rahmen einer

Einzelfallvergütung abgerechnet. Die Zusage ist per Antragstellung vor der Leistungserbringung einzuholen. Hierzu hat der Antrag auf Kostenerstattung durch die Mitglieder der Tumorkonferenz an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen zu erfolgen. Bei eindeutiger Indikationsstellung kann die Leistungsvergütung nicht verweigert werden.

Die Erstattungsfähigkeit dieser Leistungen wird durch den Fokus auf Patienten mit Bronchial CA im Rahmen der Kooperation mit einer Klinik für Plumonchirurgie gesichert. Es liegen aus der Vergangenheit sichere Planzahlen vor, da der Chefarzt der Radiologie als Mitglied der Tumorkonferenz des Krankenhauses die Verordnungen in der Vergangenheit begleitet hat und auch in Zukunft begleiten wird.

Die Umsetzung des Projekts

Zusammen mit einer Praxis für Radiologie und Nuklearmedizin wird ein Kooperationsmodell entwickelt und mit der Krankenhausgeschäftsführung fortlaufend abgestimmt. Das Anforderungsprofil wird wie folgt definiert:

- Der Chefarzt und die Praxisärzte gründen am Standort des Krankenhauses ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) – im Bereich Radiologie-Nuklearmedizin – als GmbH.
- Zustimmung des Krankenhauses zur Teilnahme des Chefarztes an dem MVZ, Neuregelung zum bestehenden Dienstvertrag.
- Abschluss eines Leistungserbringungsvertrags für nuklearmedizinische Leistungen und PET CT-Leistungen mit dem Krankenhaus.

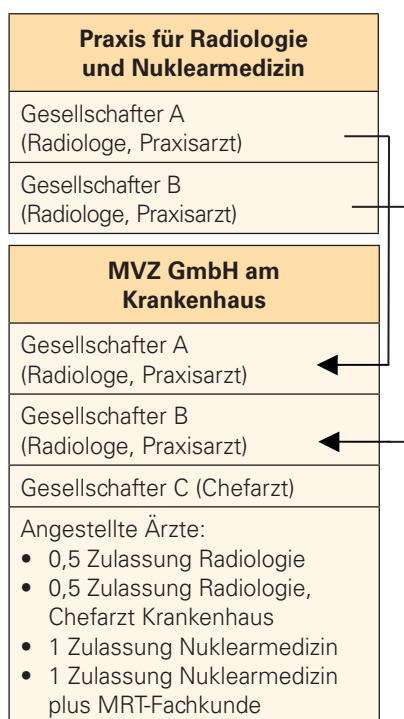
- Abschluss eines Nutzungsüberlassungsvertrags Kernspintomographie für ambulante Leistungen.
- Keine Vorteilsabgabe oder sonstigen Umsatzabgaben an das Krankenhaus, da Risikoübernahme für Gesamtinvestment PET-CT ausschließlich durch das MVZ.
- Bei den Investitionen sollte keine gesamtschuldnerische Haftung erfolgen, sondern eine quotale Haftung pro Gesellschafter, und zwar entsprechend der zukünftigen Beteiligung.
- Mindestvertragslaufzeit des Kooperationsvertrags zehn Jahre.

Die personelle Umstrukturierung

Die Praxis stellt für das Projekt eine Zulassung im Fachbereich der Radiologie sowie zwei Zulassungen im Fachbereich der Nuklearmedizin zur Verfügung. Eine von den beiden Zulassungen Nuklearmedizin wird von einem Doppelfacharzt für Radiologie und Nuklearmedizin gehalten. Um die Auslastung des RLV des Doppelfacharztes auch mit MRT-Leistungen sicherzustellen, ist ein Verhandlungsziel der zukünftigen Kooperationspartner, zu Blockzeiten den MRT des Krankenhauses nutzen zu können.

Für das Krankenhaus ergibt sich damit die Möglichkeit, ambulante Kassenpatienten – die bisher nicht untersucht bzw. nicht abgerechnet werden konnten – über das MVZ zu versorgen und zusätzliche Einnahmen durch die Nutzungsüberlassung zu erzielen. Damit sichert das MVZ die Auslastung der vorhandenen Regelleistungsvolumina und erzielt zusätzliche Deckungsbeiträge, da zu Beginn des PET CT-Betriebs eine Unterdeckung der Kosten in diesem Bereich möglich ist.

Die Gesellschafter der Praxis (Praxisärzte) erbringen im MVZ selbst keine ärztlichen Leistungen. Sie werden aber zusammen mit dem Chefarzt der Radiologie gleichberechtigte Gesellschafter des MVZ. Die ärztliche Leitung des MVZ obliegt dem Chefarzt. Im Ergebnis sind der Chefarzt der Radiologie sowie zwei Praxisärzte Gesellschafter der MVZ GmbH. Von diesen drei Gesellschaftern wird der Chefarzt als Angestellter tätig.



Der Chefarzt und die Praxisärzte gründen am Standort des Krankenhauses ein MVZ als GmbH. Die oben genannten Zulassungen werden in das MVZ eingebracht und diesem von den Ärzten zur Verfügung gestellt. Alle Ärzte arbeiten zukünftig als angestellte Ärzte des MVZ. Die Zulassung Radiologie wird mit zwei Ärzten besetzt, zum einen als halbe Zulassung mit dem Chefarzt der Radiologie und zum anderen als 0,5 Zulassung mit einem Facharzt für Diagnostische Radiologie.

Praxistipp: Diese Konstruktion gibt dem Chefarzt Raum, seinen Aufgaben als Leiter der Fachabteilung weiter nachzukommen. Die Erlaubnis zur Tätigkeit im MVZ ist mit der Geschäftsführung des Krankenhauses entsprechend zu regeln.

Das Investitionsvolumen

Die Investitionen für das genannte Vorhaben stellen sich in der Übersicht wie folgt dar:

Wie verteilen sich die Investitionen?	
Investment PET CT	1.500.000 Euro
Investment neue Gammakamera, einschließlich Spect. CT	500.000 Euro
Abfindungszahlung für Zulassung Radiologie	350.000 Euro
Investment Umbau- Ausbauleistungen, Einrichtung	250.000 Euro
Praxis EDV, IT-Anbindung Radiologie	30.000 Euro
Unvorhergesehenes, Sonstiges	70.000 Euro
Finanzierungsvolumen gesamt	2.700.000 Euro

Alle Angaben inkl. Umsatzsteuer

Leserforum GOÄ

Wie ist die PRT zu berechnen?

Frage: „Welche Ziffern kann man nach der GOÄ für die Periradikuläre Therapie (PRT) ansetzen? Die GOÄ-Leistungen nach den Nrn. 300 ff. passen unseres Erachtens nicht wirklich. Was meinen Sie?“

Dazu unsere Antwort:

Für die Abrechnung kommen folgende Ziffern infrage:

- Nr. 255 GOÄ bei der Anwendung eines Kortikoids (je Facettengelenk) bei selektiver Nervenwurzelinfiltration (perineural) oder
- Nr. 256 bei epiduralperineuraler (periradikulärer) Injektion.

Ist noch eine Lokalanästhesie des Stichkanals erforderlich, so kann dafür die Nr. 490 berechnet werden. Wird ein Anästhetikum angewendet, kommen die Ziffern Nr. 476 bei

Dieses geplante Vorhaben ist ein innovatives Kooperationskonzept zur zukünftigen stationär-ambulanten Versorgung.

Die Rentabilität des Projektes basiert auf bereits vorhandenen Auslastungsstrukturen im stationären Bereich und ambulanten Bereich sowie auf der Qualifikation der beteiligten Ärzte und dem Wachstumspotenzial der Methode PET CT.

Anästhesie der Spinalnervenwurzel (perineural) oder Nr. 470 oder Nr. 471 (je nach Zeitdauer) bei periduraler Anästhesie in Betracht.

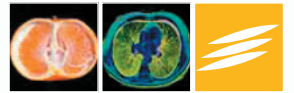
Bei Behandlung mehrerer Segmente der Wirbelsäule und mittels mehrfacher Applikation des Lokalanästhetikums sind die Ziffern nur dann mehrfach berechenbar, wenn die Anästhesie an mehreren Stellen erfolgt und unterschiedliche nervale Versorgungsbereiche ausgeschaltet werden sollen.

Bei ambulanter Durchführung ist neben der Nr. 476 die Zuschlags-

XENETIX® 250/- 300/- 350

Wirkstoff: Iobitridol. **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 100 ml XENETIX® 250/- 300/- 350 Injektionslösung enthalten 54,84 / 65,81 / 76,78 g Iobitridol, entsprechend 25,0 / 30,0 / 35,0 g Iod. Sonstige Bestandteile: Natriumcalciumedetat, Trometamolhydrochlorid, Trometamol, Salzsäure, Natriumhydroxid-Lösung, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** XENETIX® 250: Phlebographie, Ganzkörper-Computertomographie, intraarterielle DSA. XENETIX® 300: intravenöse Urographie, Schädel- und Ganzkörper-Computertomographie, intravenöse DSA, Arteriographie und Angiokardiographie. XENETIX® 350: intravenöse Urographie, Schädel- und Ganzkörper-Computertomographie, intravenöse DSA, periphere und abdominale Arteriographie und Angiokardiographie. Xenetix® kann bei Erwachsenen und Kindern eingesetzt werden. **Gegenanzeigen:** Nicht anwenden bei Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, manifester Schilddrüsenüberfunktion. Xenetix® darf für die Myelographie nicht eingesetzt werden, da hierzu noch keine Untersuchungen vorliegen. **Nebenwirkungen:** Die Anwendung iodhaltiger Röntgenkontrastmittel kann unerwünschte Wirkungen auslösen, die in Abhängigkeit von der Indikation variieren können und die im Allgemeinen leichter oder mittelschwerer Natur sind. Es können jedoch auch ernstere, lebensbedrohliche, anaphylaktoide Reaktionen hervorgerufen werden. Im Verlauf der klinischen Prüfung mit Iobitridol wurden beobachtet: injektionsbedingtes, kurzzeitiges Wärmegefühl (35 %), Schmerzen an der Injektionsstelle (2 %) oder im Lumbal-, Abdominal- oder Brustbereich, generelle Schmerzempfindungen (1,7 %), verschiedenartige Hautreaktionen (1,0 %), abnorme Geschmacksempfindungen (1,0 %), Übelkeit (0,9 %), Erbrechen (0,9 %), Kopfschmerzen (0,7 %) und in geringem Ausmaß (< 0,4 %) Harndrang, Tremor, Rhinitis. Schwerwiegendere Reaktionen sind möglich. Dazu gehören Hautreaktionen, respiratorische, neurosensorische, gastrointestinale und kardiovaskuläre Störungen bis zum Kreislaufkollaps unterschiedlichen Schweregrades, in Ausnahmefällen mit Schock und/oder Kreislaufstillstand. Der Patient soll nach Applikationsende noch mindestens eine halbe Stunde überwacht werden, weil erfahrungsgemäß die Mehrzahl aller schweren Kontrastmittelreaktionen innerhalb dieser Zeit auftreten. Kontrastmittelbedingte Unverträglichkeitsreaktionen können auch bei nichtionischen, monomeren Kontrastmitteln mit zeitlicher Verzögerung auftreten. Folgende Nebenwirkungen wurden sehr selten beobachtet: ventrikuläre Extrasystolen*, Tachykardie*, Sehstörungen*, Tränenfluss*, Laryngospasmus*, vorübergehende Beeinträchtigung der Nierenfunktion, bei entsprechender Disposition Nierenversagen, transitorische ischämische Attacke (TIA)*, Blutdruckabfall*, Blutdruckanstieg*; leichte, schwere oder lebensbedrohende Unverträglichkeitsreaktionen, anaphylaktoide Reaktionen (Urtikaria bis Kreislaufstillstand) oder andere allergische Manifestationen, häufiger bei Patienten mit einer Allergieanamnese (Nesselsucht, Asthma, Heuschnupfen, Ekzeme, verschiedene Nahrungsmittel- bzw. Medikamentenallergien). (*Ein Zusammenhang mit der Anwendung des Kontrastmittels kann nicht mit völliger Sicherheit ausgeschlossen werden.) Wird das Kontrastmittel neben ein Blutgefäß (paravasal) gespritzt, kann es sehr selten zu stärkeren Gewebsreaktionen kommen, deren Ausmaß von der Menge und der Konzentration der in das Gewebe gelangten Kontrastmittellösung abhängt. Bei gleichzeitiger schwerer Niereninsuffizienz und Ausscheidungsstörung der Leber kann die Kontrastmittelausscheidung verzögert sein. Es muss mit einem gehäuften Auftreten von unerwünschten Wirkungen gerechnet werden. Bei Patienten mit schweren Herzerkrankungen, besonders mit schwerer Herzinsuffizienz und koronarer Herzkrankheit, besteht ein höheres Risiko schwerwiegenderer Reaktionen. Die intravasale Injektion des Kontrastmittels kann bei Patienten mit manifester oder beginnender Herzinsuffizienz Lungenödeme hervorrufen. Die Anwendung bei pulmonalem Hochdruck und Herzklappenerkrankungen kann zu ausgeprägten Veränderungen der Hämodynamik führen. Ischämische EKG-Veränderungen und schwere Arrhythmien werden am häufigsten bei alten und herzkranken Patienten beobachtet. Häufigkeit und Schweregrad scheinen in Relation mit der Schwere der Herzerkrankungen zu stehen. Bei schwerer und chronischer Hypertonie kann das Risiko einer Nierenerschädigung durch die Verabreichung des Kontrastmittels als auch durch die Katheterisierung selbst erhöht sein. Bei manifester Schilddrüsenüberfunktion kann die Applikation von XENETIX® zur Entgleisung der Stoffwechsellage bis hin zur thyreotoxischen Krise führen. Es ist bekannt, dass bei angiographischen Untersuchungen, bei denen das Kontrastmittel über das arterielle Blut ins Gehirn gelangt, neurologische Komplikationen auftreten können, wie vorübergehende Verwirrtheit und Somnolenz, Synkopen, Koma, vorübergehende Paresen, Sehstörungen oder Fazialischwäche und Krampfanfälle. Bei Patienten mit fokalen Hirnschäden oder Epilepsie können neurologische Komplikationen erfahrungsgemäß häufiger auftreten. **Wechselwirkungen:** Die gleichzeitige Verabreichung anderer Arzneimittel erfordert besondere Vorsichtsmaßnahmen. Arzneimittel, welche die Krampfschwelle erniedrigen, insb. bei Patienten mit Epilepsie oder fokalen Hirnschäden, können die Auslösung eines Krampfanfalls begünstigen und sollten daher, wenn möglich und ärztlich vertretbar, 48 Stunden vor und bis zu 24 Stunden nach einer zerebralen Angiographie abgesetzt werden. Bekannte Kontrastmittelreaktionen können bei Patienten, die zur gleichen Zeit mit Interferon oder Interleukinen behandelt wurden, häufiger und vor allem verzögert auftreten. Im Fall einer Diuretika bedingten Dehydratation besteht ein erhöhtes Risiko für eine akute Niereninsuffizienz, besonders nach höheren Dosen eines iodhaltigen Kontrastmittels. Vor Anwendung des Kontrastmittels muss deshalb der Wasserhaushalt ausgeglichen sein. Die Behandlung mit Metformin sollte 48 Stunden vor der Kontrastmitteluntersuchung und für mindestens 2 Tage nach der Untersuchung ausgesetzt werden. Die Behandlung kann wieder aufgenommen werden, wenn eine ausreichende Funktionsfähigkeit der Niere durch entsprechende Kontrollen nachgewiesen wurde. Bei Patienten, die β -Blocker einnehmen, können sich Überempfindlichkeitsreaktionen verschlimmern. Durch die vorangegangene Einnahme von β -Blockern kann die Behandlung von Überempfindlichkeitsreaktionen mit β -Agonisten erfolglos bleiben. Nach Verabreichung iodhaltiger Kontrastmittel ist die Fähigkeit der Schilddrüse zur Aufnahme von Radioisotopen für die Diagnose von Schilddrüsenfunktionsstörungen bis zu zwei Wochen lang beeinträchtigt, in Einzelfällen sogar länger. Hohe Kontrastmittelkonzentrationen in Serum und Urin können in-vitro-Laborbestimmungen von Bilirubin, Proteinen oder anorganischen Substanzen (z. B. Eisen, Kupfer) beeinträchtigen. **Hinweis:** Bitte aktuelle Verbrauchs- und Fachinformationen mit weiteren Informationen beachten. **Verschreibungspflichtig.**

Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11, 65843 Sulzbach. (Stand: März 2009)



XENETIX[®]

Wirkstoff: Iobitridol

IM

SCANBAG[®]



Die perfekte Synergie zwischen
Inhalt und Aufmachung!



Guerbet | 
Contrast for Life

position 446 bzw. die Nr. 447 neben der Nr. 470 (1 x je Sitzung) auch im Rahmen einer Schmerztherapie berechnungsfähig und nicht von einer ambulanten OP abhängig. In der Regel erfolgt eine PRT CT gestützt, sodass zusätzlich für das CT Nr. 5378 zum Ansatz kommt. Daneben sind gegebenenfalls ergänzende Serien nach Nr. 5377 berechnungsfähig. Diese Berechnungsweise hat unter anderem das Landgericht Köln in einem Urteil vom 6. Mai 2009 bestätigt (Az: 23 O 173/03).

Versorgungsengpass Radionuklide **Übergangsregelung für 18-Fluor-PET verlängert**

Da sich die Versorgungssituation mit 99m-Technetium für Knochenszintigraphien nicht wesentlich geändert hat, haben KBV und Krankenkassen die Übergangsregelung zur Durchführung von PET-Untersuchungen mit 18-Fluorid bis zum 30. Juni 2010 verlängert. PET-Untersuchungen mit 18-Fluorid können erfolgen,

- wenn die Untersuchung therapieentscheidend ist,
- aufgrund der Erkrankung und/oder der erforderlichen Therapie unaufschiebbar ist oder
- bei Vorliegen einer malignen Erkrankung oder einer Erkrankung, bei der ohne Behandlung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.

Voraussetzung für die Durchführung derartiger Untersuchungen ist das Vorliegen aller rechtlichen Voraussetzungen durch die zuständigen Genehmigungsbehörden.

Aktuelle Rechtsprechung

Starre Vorgaben der Eintreffzeit: Aus der Rufbereitschaft wird dann Bereitschaftsdienst!

von RA und FA MedR Dr. Tobias Eickmann und Marion Bickmann, Kanzlei am Ärztehaus, Frehse Mack Vogelsang, Dortmund/Münster

Über die Definition von Rufbereitschaft und Bereitschaftsdienst wird immer wieder gestritten. Doch wann wird aus einer vermeintlichen „Rufbereitschaft“ ein Bereitschaftsdienst, der vergütet werden muss? Der folgende Beitrag klärt auf.

Was ist „Rufbereitschaft“?

Laut Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 29. Juni 2000 (Az: 9 AZR 404/99 und 9 AZR 405/99) liegt eine Rufbereitschaft vor, wenn der Arbeitnehmer zwar erreichbar ist, jedoch frei über seinen Aufenthaltsort entscheiden kann. Er kann dann zum Beispiel zum Essen ins Restaurant gehen und nimmt ein Mobiltelefon mit oder hinterlässt im Betrieb eine Erreichbarkeitsnotiz.

Wann liegt keine Rufbereitschaft mehr vor?

Dagegen liegt nach Ansicht der Richter keine Rufbereitschaft vor, wenn die Vorgaben des Arbeitgebers so eng sind, dass der Arbeitnehmer zu Hause bleiben muss. Dann liegt ein Fall des klassischen Bereitschaftsdienstes vor.

Zu dieser Thematik hat das Landesarbeitsgericht Köln ein bisher wenig beachtetes Urteil gefällt (Az: 3 Sa 1453/07). Danach ist ein Arbeitgeber nicht berechtigt, Rufbereitschaft anzuordnen, wenn er zugleich den Aufenthaltsort des Arztes in (zu) beschränkender Weise durch Vorgabe einer starren Eintreffzeit mittelbar festlegt.

Die Entscheidung stellt erstmals fest, dass die in unzulässiger Weise als Rufbereitschaft erbrachten Dienste im Rechtssinn als Bereit-

chaftsdienst zu werten und entsprechend zu vergüten sind.

Praxistipp: Krankenhausärzte, die Rufbereitschaftsdienste leisten, sollten daher prüfen, ob auch in ihren Verträgen entsprechende Vorgaben gemacht werden, und gegebenenfalls Nachvergütungen verlangen.

Dabei ist zu beachten, dass Ansprüche auf ausstehende Vergütung des Bereitschaftsdienstes bestimmten Ausschlussfristen unterliegen. Ebenso wie die hier anwendbaren „Richtlinien für Arbeitsverträge in den Einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes (AVR)“ sehen auch andere Tarifverträge Ausschlussfristen für die Geltendmachung bestehender Ansprüche von meist sechs Monaten vor.



Impressum

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

Verlag: IWW Institut für Wirtschaftspublizistik Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Telefon 02596 922-0, Telefax 02596 922-99

Redaktion: RAin Heike Marek (verantwortlich); RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung: Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der
Guerbet GmbH

Hinweis: Der Inhalt des Contrast Forum ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Contrast Forum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.