

Radiologen Wirtschafts Forum

Save the date: 21.04.2021, 16-17:30 Uhr
Guerbet lädt ein: Webinar zu den Folgen
des MTA-Reform-Gesetzes für die Praxis (kostenfrei)

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

02 | Februar 2021

Interview

„Wer viele Geräte betreibt, erleichtert sich die Arbeit mit einem Dosismanagementsystem!“

Um Patienten vor zu hoher Strahlenbelastung zu schützen, können Radiologen und Medizinphysik-Experten (MPE) Dosismanagementsysteme (DMS) nutzen. Doch wie lassen sie sich optimal einsetzen? Dazu hatte das Bundesamt für Strahlenschutz den „Leitfaden zum Einsatz von Dosismanagementsystemen zur Optimierung von Röntgenanwendungen und Einhaltung von Referenzwerten“ in Auftrag gegeben. Dr. Josefin Ammon, MPE und Leiterin des Instituts für Medizinische Physik am Klinikum Nürnberg, leitete das Projektteam. Ursula Katthöfer (textwiese.com) sprach mit ihr.

Redaktion: Was bietet ein DMS, was vorher nicht möglich war?

Ammon: Mit einem DMS lässt sich kurzfristig erkennen, ob sich die Dosiswerte unabhängig, aber auch abhängig vom Untersuchungsprotokoll verändern. Wurde ein neues Gerät konfiguriert oder ein Untersuchungsparameter geändert, ist schnell ersichtlich, ob und wie sich Dosiswerte verändert haben. Wurde bei einer Untersuchung der jeweilige diagnostische Referenzwert um den Faktor zwei überschritten und muss zum Ausschluss eines Vorkommnisses der Mittelwert der letzten 20 Untersuchungen gebildet werden, sieht man sofort, ob es sich um ein grundsätzliches Problem oder einen einmaligen Ausreißer handelt. Bisher musste man dazu die Bilder manuell

aus dem PACS oder die Befunde aus dem RIS herausuchen.

Redaktion: Welche Rolle spielt das neue Strahlenschutzgesetz?

Ammon: Der Strahlenschutz ist jetzt auch mit einem Gesetz in Deutschland geregelt, nicht mehr nur als Verordnung. Wer viele Geräte betreibt, Grenzwerte kontrollieren und Vorkommnisse nach dem neuen Recht untersuchen muss, tut sich mit einem DMS leichter.

Redaktion: Für welche Einrichtungen ist ein DMS geeignet?

Ammon: Wenn eine Praxis lediglich ein CT betreibt, kann man die Dosiswerte gut mit einem Tabellenkalkula-

Inhalt

Kassenabrechnung

- Telekonsil bei Röntgen/CT: minimales Interesse 2
- ICD-10-Codes auch für Nebenbefunde angeben? 3
- Mammografie-Screening: Änderungen zum 01.01.2021 4

Privatliquidation

- Optionen bei Abrechnung der Rotablation 5
- Ab wann können Wahlleistungen abgerechnet werden? 5

Terminmanagement

Rechnung für Ausfallhonorar: Diese Punkte sollten Sie beachten! 5

Gesetzgebung

Das MTA-Reform-Gesetz: Von der Assistentin zur Technologin (Teil 2) 6

Arbeitsrecht

Kündigung wegen verspäteter Anzeige der Arbeitsunfähigkeit kann zulässig sein 8

tionsprogramm überwachen. Das ist finanziell noch sinnvoll. Aber bei mehreren CTs und Interventionsanlagen ist die manuelle Erfassung und Analyse der Werte irgendwann nicht mehr sinnvoll.

Redaktion: Was muss ein DMS bieten, damit Anwender es wirklich nutzen?

Ammon: Es sollte dabei unterstützen, nach einer Überschreitung eines Referenzwerts den Mittelwert über 20 aufeinanderfolgende Untersuchungen zu ermitteln. Ein schneller und automatisierter Ausschluss eines möglicherweise meldepflichtigen Vorkommnisses wäre ohne dieses Merkmal nicht möglich.

Redaktion: Sollte man bei der Installation erst einmal klein anfangen, z. B. mit einem CT?

Ammon: Ja, man sollte ein DMS auf jeden Fall Stück für Stück konfigurieren und die erhobenen Daten kontrollieren. Die Dosiswerte für ein CT sind sehr gut standardisiert, es kann daher schnell angeschlossen werden. Bei Interventionen ist es dagegen aufgrund der höheren Komplexität der Untersuchungen aufwendiger.

Redaktion: Wie kann ein DMS zur Qualitätssicherung eingesetzt werden?

Ammon: Nehmen wir z. B. eine Wochenauswertung der Thorax-Untersuchungen im CT. Im DMS lässt sich feststellen, ob ein bestimmtes Protokoll viel länger gefahren wurde als andere oder ob Patienten jeden Montag und Dienstag anders gelagert wurden. Damit kann das DMS dazu beitragen, Abweichungen festzustellen, Gründe dafür zu finden und die Qualität der Untersuchungen zu sichern.

Redaktion: Führt das DMS dazu, dass das Team sich besser austauscht?

Ammon: Ein großer Vorteil ist, dass sich aus den Daten viel lernen lässt. Wenn sich ein Fehler einschleicht, kann schnell reagiert werden. Davon profitiert das ganze Team. Alle bekommen außerdem nach einer Änderung der Untersuchungsparameter eine Rückmeldung, ob an der Dosis gespart werden konnte oder ob die Bildqualität sich verbessert hat.

Über das Projekt

Wie lassen sich DMS in der Röntgendiagnostik und interventionellen Radiologie einsetzen, um Röntgenanwendungen zu optimieren sowie Dosisreferenzwerte (DRW) und interne Dosissschwellen einzuhalten? Um diese Frage ging es im Projekt. Dabei wurden nötige Prozessabläufe untersucht und erfasste Expositionsdaten analysiert. Die Erkenntnisse zur Nutzung und Integration eines DMS in Praxen und Kliniken wurden als Leitfaden für Anwender und Betreiber zusammengefasst. Das Projektteam, bestehend aus dem Klinikum Nürnberg (Dr. Josefin Ammon), der Universitätsmedizin Göttingen (Dr. Georg Stamm), dem Klinikum rechts der Isar der TU München (Bernhard Renger), der TH Mittelhessen (Prof. Dr. Martin Fiebich) und der Privatklinikgruppe Hirslanden (Roland Simmler) befasste sich mit der Durchführung des Forschungsvorhabens. Alle Partner verfügen über ein DMS und konnten im Vorfeld Erfahrungen damit sammeln. Kooperierend nahmen drei Radiologie-Praxen teil.

WEITERFÜHRENDER HINWEISE

- „Leitfaden Dosismanagementsysteme“ bei der AG Physik und Technik der DRG online unter www.de/s4449

Kassenabrechnung

Telekonsil bei Röntgen/CT: minimales Interesse

Ein Bericht des Bewertungsausschusses zu telemedizinischen Leistungen und EBM-Abrechnungsmöglichkeiten führt das geringe Interesse an den **Telekonsil-Ziffern** bei Röntgen/CT-Aufnahmen deutlich vor Augen. So wurde die EBM-Nr. 34810 für die telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen im gesamten Jahr 2019 kein einziges Mal abgerechnet!

EBM-Nrn. zum Telekonsil Röntgen/CT laufen ins Leere

Während die Videosprechstunde im Jahr 2020 infolge der Coronapandemie in vielen Arztpraxen eingesetzt wurde und einen regelrechten Boom erlebt hat, werden bereits bestehende Möglichkeiten der Telemedizin teilweise kaum genutzt. Das gilt beispielsweise für die Abrechnung der EBM-Nrn.

- 34800 (Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung),
- 34810 (telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen),
- 34820 (telekonsiliarische Befundbeurteilung CT I) und
- 34821 (telekonsiliarische Befundbeurteilung CT II).

Aus einem Bericht des Bewertungsausschusses und des ergänzten Bewertungsausschusses für die Bundesregierung (Vorabfassung online unter www.de/s4498) geht hervor, wie häufig bzw. selten diese Ziffern, die bereits seit dem 01.04.2017 abge-

rechnet werden können und immerhin extrabudgetär vergütet werden, angesetzt wurden.

Geringe Abrechnungshäufigkeit bei Telekonsil-Ziffern – Gründe unklar

Die Zahlen des Berichts sind ernüchternd: So wurde die Nr. 34810 (110 Punkte, 12,24 Euro in 2021) für die telekonsiliarische Befundbeurteilung Röntgen im gesamten Jahr 2019 kein einziges Mal abgerechnet (2018: 388-mal; 2017: einmal). Nur einmal abgerechnet wurde im vergangenen Jahr die Nr. 34800 (Beauftragung Telekonsil; 91 Punkte, 10,12 Euro; 2018: 1.190-mal; 2017: 296-mal). Die Abrechnung der telekonsiliarischen CT-Befundungsziffern 34820 (276 Punkte, 30,70 Euro) und 34821 (389 Punkte, 43,27 Euro) blieb in den Jahren 2017 bis 2019 auf sehr geringem Niveau. Diese Nrn. wurden in allen betrachteten Quartalen jeweils weniger als 20-mal abgerechnet. Bei der Suche nach den Ursachen für dieses geringe Abrechnungsverhalten bei den Telekonsil-Ziffern tappt man im Dunkeln: „Die Gründe hierfür sind dem Bewertungsausschuss nicht bekannt“, heißt es in dem Bericht.

Videosprechstunde boomt

Ein anderes Bild zeigen die Daten zur Abrechnung der Videosprechstunde im Verlauf der Coronapandemie, also für spätere Beobachtungszeiträume. So habe die Anzahl der Abrechnungen der EBM-Nr. 01450 (Zuschlag im Rahmen einer Videosprechstunde) als ein Maß für den Gesamtumfang der Videosprechstunden und Videofallkonferenzen von ca. 1.600 im Quartal IV/2019 auf **über 202.000** im Quartal I/2020 stark zugenommen (Faktor 126). Begünstigt wurde diese Entwicklung auch durch COVID-19-Sonderregelungen für die Abrechnung.

Leserforum Kassenabrechnung

ICD-10-Codes auch für Nebenbefunde angeben?

FRAGE | „Mit Überweisungen erbitten die Ärzte anderer Fachgruppen i. d. R. Untersuchungen mittels Röntgen, CT oder MRT zur Abklärung bestimmter Fragestellungen. Zumeist wird um den Ausschluss einer bestimmten Erkrankung oder um Klärung eines Krankheitsverdachts gebeten. Häufig erheben wir bei der Abklärung der Fragestellung Nebendiagnosen, um deren Abklärung aber **nicht** gebeten wurde. Sind in den Abrechnungsunterlagen und damit in der Abrechnung mit der KV nur die Diagnosen per ICD-10-Code anzugeben, um die mit der Überweisung gebeten wurde oder zusätzlich auch die erhobenen weiteren Diagnosen?“

ANTWORT | Gemäß § 295 SGB V sind die Diagnosen auf **Abrechnungsunterlagen** und **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen** nach dem ICD-10-GM zu verschlüsseln.

Hingegen ist Klartext zu verwenden auf

- Überweisungen,
- Krankenseinweisungen,
- in Arztbriefen sowie
- in der eigenen Patientendokumentation.

Der Grund hierfür ist, dass bei der Verschlüsselung Informationen verloren gehen können. Aus Kollegialität können die entsprechenden ICD-10-Codes zusätzlich angegeben werden. Es sind immer nur diejenigen Diagnosen anzugeben, derentwegen im aktuellen Quartal eine **Behandlung** erfolgt. Um eine Behandlung handelt es sich auch dann, wenn

- eine Diagnose ausgeschlossen wird (Zusatz A) oder
- wegen des Verdachts auf eine Diagnose untersucht wird (Zusatz V) oder
- eine Behandlung wegen einer früher behandelten Erkrankung erforderlich ist (Zusatz Z).

Beispiel

Ein Patient wird wegen des Verdachts auf einen zervikalen Bandscheibenprolaps zur Abklärung überwiesen, der Verdacht kann mit einer CT-Untersuchung ausgeschlossen werden (ICD-10-Code z. B. M50.2V). Als Nebenbefund wird eine Knochenzyste (ICD-10-Code z. B. M85.69G) und eine Spinalkanalstenose (ICD-10-Code z. B. M99.31G) festgestellt. Beide Codes sind jeweils mit dem Zusatz G anzugeben, da es sich um gesicherte Diagnosen handelt. Auch wenn mit der Überweisung nur der Verdacht auf einen zervikalen Bandscheibenprolaps abgeklärt werden sollte, sind die erhobenen Nebenbefunde per ICD-10-Code mit den Abrechnungsunterlagen anzugeben. Dem überweisenden Kollegen ist eine Befundkopie zu übermitteln und er ist auf die erhobenen zusätzlichen Befunde hinzuweisen. Gemäß 2.1.4 der allgemeinen Bestimmungen des EBM ist bei der Erbringung radiologischer Leistungen aus Kapitel 34 des EBM (CT-Untersuchungen gehören dazu) die Übermittlung einer Befundkopie an den Hausarzt verpflichtend.

Vorsorge**Mammografie-Screening: Änderungen zum 01.01.2021**

KBV und Krankenkassen haben die Vereinbarung über die Versorgung im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammografie-Screening überarbeitet (Anlage 9.2 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte [BMV-Ä], online unter iww.de/s4503). Die wichtigsten Änderungen, die seit dem 01.01.2021 gelten, betreffen die *apparativen Voraussetzungen*, die Anpassung der *Konstanzprüfungen* und die Berücksichtigung von *Vakuumbiopsien*. Zudem wurden die *Übergangsregelungen für Fortbildungskurse* verlängert.

Apparative Anforderungen

Als apparative Anforderungen in Abschnitt 2 des Anhangs 6 dieser „Mammografie-Anlage“ des BMV-Ä neu aufgenommen wurden u. a. die

- Anzeige und
- automatisierte Dokumentation von physikalisch-technischen Aufnahmeparametern einschließlich
- Expositionsdaten wie z. B.
 - die Kompressionschichtdicke und
 - die Röntgenröhrenspannung.

Diese Anforderungen gelten auch für die Abklärung des Befunds einer Früherkennungsuntersuchung. Diesen Änderungen entsprechend wurden auch die Vorgaben für die **Software** (Protokolle zur Dokumentation und Evaluation), die zur ärztlichen Dokumentation verwendet wird, angepasst. Zudem können nur noch ausschließlich **volldigitale Mammografiegeräte** neu zugelassen werden. Speicherfolien-Systeme sind nicht mehr genehmigungsfähig!

Konstanzprüfungen

Im Anhang 7 der Mammografie-Anlage wurden die Prüfpunkte mit hoher Prüfhäufigkeit und deren Über-

mittlung an das Referenzzentrum konkretisiert.

Merke

Zudem sind dem Referenzzentrum zur Überwachung der Strahlenexposition und zur Sicherung der Qualität der apparativen Anforderungen **monatlich** die physikalisch-technischen Aufnahmeparameter einschließlich der Expositionsdaten der einzelnen Aufnahmen zu übermitteln.

Vakuumbiopsien

In § 12 Abs. 3 der BMV-Ä-Anlage wird klargestellt, dass Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle auch Vakuumbiopsien unter Röntgenkontrolle umfassen und veranlasst werden können. Die Anforderungen zum Erhalt der Genehmigung sowie zur Aufrechterhaltung der Genehmigung wurden mit dem Verweis auf die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie in § 27 als Absätze 5 und 6 aufgenommen. Genehmigungen auf Basis dieser Qualitätssicherungsvereinbarung bleiben gültig.

In den Anforderungen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung für Stanz-

biopsien unter Röntgenkontrolle und für Vakuumbiopsien werden hinsichtlich der **Mindestfallzahl** auch kurative Leistungen berücksichtigt. Aus der kurativen Versorgung werden bis zu 10 von 25 Vakuumbiopsien und bis zu 5 von 20 Stanzbiopsien anerkannt.

Übergangsregelungen für Fortbildungskurse

Die Übergangsregelung zur flexiblen Durchführung von Fortbildungskursen (siehe [RWF Nr. 7/2020](#)) wurden verlängert. Solange der Deutsche Bundestag eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, längstens jedoch bis zum 30.06.2021, können Abweichungen von den Fristen und der Reihenfolge der Fortbildungskurse zum Erhalt der fachlichen Befähigung und der angeleiteten Tätigkeiten anerkannt werden. Außerdem ist die Anerkennung eines Fortbildungskurses gemäß Anhang 2 auch dann möglich, wenn dieser **online** durchgeführt wird.

Impressum**Herausgeber**

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

Verlag

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

Redaktion

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

Lieferung

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

Hinweis

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

Optionen bei Abrechnung der Rotablation

FRAGE | „Gibt es für die Vierfach-Rotablation im Bereich der proximalen med. LAD während der Koronar-Angiografie eine eigene GOÄ-Ziffer oder ist dies durch Steigern der Koronar-Angiografie abzubilden?“

ANTWORT | Bei der Rotablation handelt es sich um eine Angioplastie-Methode, die in der GOÄ mit der **Nr. 5356 GOÄ** (2.500 Punkte, 262,29 Euro beim Faktor 1,8) für Koronararterien beschrieben wird. Eine PTCA oder zumindest der Versuch einer solchen nach **Nr. 5348 GOÄ** (3.800 Punkte, 398,69 Euro) geht hier üblicherweise meist voraus.

Neben der Leistung nach Nr. 5356 GOÄ sind die Leistungen nach den Nrn. 350 bis 361, 5295, 5315 bis 5327, 5345, 5353 sowie 5355 nicht berechnungsfähig. Bei der Abrechnung von Leistungen in Zusammenhang mit der PTA bzw. PTCA wird in einigen Fällen übersehen, dass dieser Ausschluss auch nach Kommentarauffassung (siehe GOÄ-Kommentar Hoffmann/Kleinken) nur gelten kann, wenn die Leistungen zeitgleich im Rahmen der PTA/PTCA erbracht werden. Die Katheter-Einbringung mit Kontrastmittel (KM) dient zunächst einer vorausgehenden radiologischen Diagnostik (Angiografie), deren Ergebnis erst über weiterführende Maßnahmen (*Dilatation* oder gar *Stenting*, *Rotablation*) entscheidet. **KM-Einbringungen** im Zusammenhang mit einer der Intervention vorausgehenden Diagnostik sind also **berechnungsfähig** und nicht von der o. g. Ausschlussbestimmung erfasst!

Leserforum GOÄ

Ab wann können Wahlleistungen abgerechnet werden?

FRAGE | „Ein Privatpatient wird im Zuge der Aufnahme und anschließenden Behandlung geröntgt. Am nächsten Tag entscheidet sich der Patient für die Chefarztbehandlung. Die Leistung Röntgen erfolgte zum Aufnahmezeitpunkt. Die Befundung des Röntgen erfolgte jedoch erst am nächsten Tag auf Basis der vorliegenden Wahlleistungsvereinbarung durch den Chefarzt der Radiologie. Was ist nun für die Privatliquidation ausschlaggebend, die Leistungserbringung oder die Befundung?“

ANTWORT | „Ausschlaggebend ist stets der Zeitpunkt, zu dem die Wahlleistungsvereinbarung unterzeichnet wurde. Das ergibt sich aus dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

§ 17 Abs. 2 S. 1 KHEntgG

„Wahlleistungen sind **vor** der Erbringung schriftlich zu vereinbaren...“

Der Zeitpunkt des Beginns der Leistungserbringung (Röntgen) lag also vor dem Datum der Unterzeichnung der Wahlleistungsvereinbarung. Auch wenn die Befundung als Leistungsbestandteil der Röntgenaufnahme erst später erfolgte, kann für die am Aufnahmetag erfolgte Röntgenaufnahme in diesem Fall **kein Honorar** berechnet werden!

Leserforum Recht

Rechnung für Ausfallhonorar: Diese Punkte sollten Sie beachten!

FRAGE | „Bei einem unserer Patienten, der bereits mehrfach Termine ohne Absage hat verstreichen lassen, ist nun der Ernstfall eingetreten. Da er trotz unterschriebener Terminvereinbarung und ohne Absage erneut nicht erschienen ist und wir den Termin nicht anderweitig vergeben konnten, wollen wir nun das Ausfallhonorar einfordern. Worauf ist bei der Erstellung der Rechnung zu achten?“

ANTWORT | Die Rechnung über ein solches Ausfallhonorar weist eigentlich keine Besonderheiten auf. Alles, was für die Rechnung allgemein gilt, gilt auch in diesem Fall. Dabei ist es von Vorteil, wenn sich einige Punkte in der Rechnung wiederfinden:

- So sollte sich die Summe, die in der Rechnung gestellt wird, möglichst mit der Summe auf der Vereinbarung decken.
- Die Position sollte als Ausfallhonorar für eine geplante, aber versäumte Behandlung gekennzeichnet sein.
- Üblich ist zudem noch der Bezug zu der Terminvereinbarung und
- der Hinweis, dass kein Ersatzpatient behandelt wurde.

(mitgeteilt von RAin, FAin für Medizin Dr. Birgit Schröder, Hamburg)

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Zeit ist Geld – Rechtliches zum Thema „Ausfallgebühr“ in RWF Nr. 10/2018
- Muster-Terminvereinbarung zum Download online unter www.de/s4486

Gesetzgebung

Das MTA-Reform-Gesetz: Von der Assistentin zur Technologin (Teil 2)

Am 28.01.2021 hat der Deutsche Bundestag das MTA-Reform-Gesetz beschlossen. Mit den wichtigsten Änderungen, die auf die radiologischen Praxen und Institute zukommen, sollten sich Radiologen und MTRA (demnächst „Medizinische/r Technologe/in für Radiologie“, kurz MT-R) bereits im Vorfeld auseinandersetzen. In Teil 1 dieses Beitrags ging es vor allem um zukünftige Kompetenzen der MT-R (u. a. die Verabreichung von Kontrastmitteln). In Teil 2 geht es um die geplanten Änderungen bei der MT-R-Ausbildung und den daraus resultierenden rechtlichen Konsequenzen.

von RA und FA für MedizinR
Till Sebastian Wipperfurth, LL.M.,
Mazars Rechtsanwälte, Berlin,
mazars-law.de

Ausbildung auch in Teilzeit möglich

Während nach dem (derzeit noch geltenden) *Gesetz über technische Assistenten in der Medizin* (alt: **MTAG**) die Ausbildung nur in Vollzeit möglich ist, sollen Auszubildende nach dem jüngst beschlossenen *Gesetz über die Berufe in der medizinischen Technologie* (neu: **MTBG**, tritt am 01.01.2023 in Kraft) die Ausbildung auch in Teilzeit absolvieren können (§ 13 Abs. 1 MTBG). Dadurch möchte der Gesetzgeber den unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten Rechnung tragen und insbesondere die Vereinbarkeit von Ausbildung und Familie verbessern. Die Ausbildung dauert in Vollzeit – wie bisher – drei Jahre, in Teilzeit höchstens fünf Jahre.

Die Ausbildung unterteilt sich – ebenfalls unverändert –

- in den theoretischen und
- in den praktischen Unterricht sowie
- in eine praktische Ausbildung.

Etwas erhöht hat sich die Mindeststundenzahl. Sie soll 4.600 Stunden betragen (bislang 4.400 Stunden). Davon sollen 2.600 Stunden auf den theoretischen und praktischen Unterricht sowie 2.000 Stunden auf die praktische Ausbildung entfallen (bislang 2.800 Stunden Unterricht und 1.600 Stunden Ausbildung).

Merke

Die praktische Ausbildung wird also erheblich gestärkt und ausgeweitet, was angesichts des Notstands bei den MTRA-Berufen den Ausbildungsstätten (Krankenhäuser, ambulante Einrichtungen) zugutekommen wird.

Anrechnung gleichwertiger Ausbildungen

Um die horizontale Durchlässigkeit zu erhöhen und den Beruf der MT-R attraktiver zu machen, sollen auch andere gleichwertige Ausbildungen oder Teile davon angerechnet werden können. Dies können duale, praxisintegrierende, berufsfachschulische oder hochschulische Ausbildung

gen sein, etwa zur Medizinischen Fachangestellten (MFA).

Schulen: MTBG regelt Mindestanforderungen

Der theoretische und der praktische Unterricht findet an

- staatlichen,
- staatlich genehmigten oder
- staatlich anerkannten Schulen statt.

Neu ist, dass das MTBG dabei bestimmte Mindestanforderungen aufstellt (§ 18 MTBG). Die Schulen müssen hauptberuflich durch eine pädagogisch qualifizierte Person mit einer abgeschlossenen Hochschulausbildung geleitet werden.

Der Unterricht muss von MT-Rs durchgeführt werden, die über eine abgeschlossene pädagogische Ausbildung (mindestens Bachelor) verfügen. Es muss ein Lehrer-Auszubildenden-Verhältnis von mindestens 1:20 bestehen und die Schule muss über die erforderlichen Räume und Ausstattung verfügen.

Praktische Ausbildung: MTBG enthält Betreuungsquoten

Die praktische Ausbildung zur MT-R übernehmen geeignete Krankenhäuser (nur zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V) und ambulante Einrichtungen, also insbesondere vertragsärztliche Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen sowie MVZ.

Das MTBG enthält erstmals eine Vorgabe an die Stundenzahl, die Auszubildende in Anleitung absolvieren müssen (§ 19 Abs. 2 MTBG). Danach muss die praxisanleitende Person die oder den Auszubildenden mindestens 300 Stunden (15 Prozent der zu absolvierenden Stundenzahl) anlei-

ten. Übergangsweise (bis zum 31.12.2030) können die Länder einen geringeren Mindestumfang der Praxisanleitung festlegen, jedoch nicht weniger als 200 Stunden (10 Prozent). Auf diese Weise soll sichergestellt werden, dass die Auszubildenden während der praktischen Ausbildung eng begleitet und betreut werden. Verstößt der Ausbildungsträger hiergegen, kann die zuständige Landesbehörde die Durchführung der praktischen Ausbildung untersagen!

Nach § 21 Abs. 2 MTBG haben die Ausbildungsträger mit den Auszubildenden

- einen *Ausbildungsvertrag* abzuschließen (hierfür können sie die Schule im Rahmen der zwingend abzuschließenden Kooperationsvereinbarung bevollmächtigen),
- einen *Ausbildungsplan* zu erstellen und
- dessen *Einhaltung* sicherzustellen.

Konkrete Vorgaben für den Ausbildungsvertrag

Das MTBG sieht vor, dass der **Ausbildungsträger** (also das Krankenhaus oder die ambulante Einrichtung) einen schriftlichen *Ausbildungsvertrag* mit den Auszubildenden schließen muss. Darin müssen insbesondere Beginn und Dauer der praktischen Ausbildung, der Ausbildungsplan, die tägliche oder wöchentliche Arbeitszeit und die Zahlungsmodalitäten geregelt sein (§ 27 Abs. 1 MTBG). Die **Schule** muss dem *Ausbildungsvertrag* zustimmen.

Der **Ausbildungsträger** ist u. a. verpflichtet, den Ausbildungsplan durchzuführen, den Auszubildenden kostenlos Fachbücher, Zugang zu Datenbanken und sonstige für das Ablegen der staatlichen Prüfung erforderliche

Ausbildungsmittel zur Verfügung zu stellen. Zudem sind die Auszubildenden für die Teilnahme an Unterricht und Prüfungen freizustellen.

Die **Auszubildenden** müssen sich laut dem Gesetzentwurf „bemühen, das Ausbildungsziel zu erreichen.“ Ferner sind sie verpflichtet,

- an den Ausbildungsveranstaltungen der Schule teilzunehmen,
- die Schweigepflicht einzuhalten,
- die Patientenrechte zu wahren sowie
- einen schriftlichen oder digitalen Ausbildungsnachweis zu führen.

Angemessene Ausbildungs- vergütung

Der Ausbildungsträger hat den Auszubildenden eine angemessene monatliche *Ausbildungsvergütung* zu zahlen, und zwar auch während der Teilnahme am Unterricht und an den Prüfungen.

Merke

Nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts soll die vereinbarte *Ausbildungsvergütung* dann unangemessen sein, wenn sie die einschlägige tarifliche, branchenübliche oder in den kirchlichen Arbeitsvertragsrichtlinien festgelegte Vergütung um mehr als **20 Prozent** unterschreitet. Wird eine unangemessen niedrige *Ausbildungsvergütung* vereinbart, ist die volle tarifliche oder branchenübliche *Ausbildungsvergütung* zu zahlen.

Der *Ausbildungsvertrag* kann nach Ablauf der sechsmonatigen Probezeit vom Ausbildungsträger nur aus wichtigem Grund gekündigt werden (§ 38 Abs. 2 MTBG). In diesem Fall

muss er zuvor eine Stellungnahme der Schule einholen.

Vorsicht bei Bindungsklauseln

Nichtig sind Vereinbarungen mit den Auszubildenden, wonach sich diese verpflichten, nach erfolgreicher Beendigung der Ausbildung für den Ausbildungsträger als MT-R tätig zu sein (§ 40 Abs. 2 MTBG). Die Auszubildenden sollen nach Abschluss der Ausbildung in der Wahl ihres Arbeitgebers nicht eingeschränkt sein. Hier von ausgenommen sind Vereinbarungen, die der Ausbildungsträger und die oder der Auszubildende in den **letzten drei Monaten** des Ausbildungsverhältnisses abschließen. Unzulässig sind auch Vereinbarungen, wonach die Auszubildenden eine Entschädigung oder ein Schulgeld für die Ausbildung zu zahlen haben oder beim Abbruch der Ausbildung eine Vertragsstrafe verwirken oder eine Schadenersatzpauschale zu leisten haben.

Einzelheiten der Ausbildung und Prüfung durch Verordnung des BMG

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird ermächtigt, Ausbildung und staatliche Prüfung auszugestalten, insbesondere Mindestanforderungen an die Ausbildung und Rahmenvorgaben für die Prüfung aufzustellen.



Save the date:
21.04.2021
16-17:30 Uhr

Guerbet lädt Sie ein zum Webinar „MTA-Reform-Gesetz: Das bedeuten die neuen Regelungen für die Praxis“ (kostenlos). Details zum Inhalt und zur Anmeldung folgen in Kürze im Radiologen WirtschaftsForum.

Arbeitsrecht

Kündigung wegen verspäteter Anzeige der Arbeitsunfähigkeit kann zulässig sein

Die verspätete Anzeige einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit (AU) oder deren Fortdauer kann einen verhaltensbedingten Grund zum Ausspruch einer Kündigung darstellen (Bundesarbeitsgericht [BAG], Urteil vom 07.05.2020, Az. 2 AZR 619/19).

von RA Kristian Schwiegl,
Voß.Partner Medizinrecht, Münster,
voss-medizinrecht.de

Sachverhalt

Der Arbeitgeber hatte seinen Arbeitnehmern die Weisung erteilt, dass das Vorliegen und die voraussichtliche Dauer einer AU unverzüglich bei dem jeweiligen Vorgesetzten/ dessen Vertreter angezeigt werden müsse. Die bloße Abgabe oder Übersendung einer AU-Bescheinigung reiche nicht aus. Entsprechendes gelte für die Fortdauer der AU.

Ein Arbeitnehmer war binnen eines Sechs-Monats-Zeitraums wiederholt arbeitsunfähig erkrankt. In einem Fall hatte er gar keine AU-Bescheinigung und in zwei weiteren Fällen diese erst mit mehrtägigen Verspätungen bei dem Pförtner abgegeben.

Wegen des ersten Falls mahnte der Arbeitgeber den Arbeitnehmer ab. Auf die zwei weiteren Vorfälle hin sprach der Arbeitgeber die Kündigung aus.

Gegen die Kündigung erhob der Arbeitnehmer Kündigungsschutzklage. Nachdem die Gerichte in erster und zweiter Instanz noch für den Arbeitnehmer entschieden, hob das BAG diese Entscheidungen auf.

Entscheidungsgründe

Nach Auffassung des BAG stellt die schuldhaft unterbliebene oder verspätete Anzeige des (Fort-)Bestehens einer AU eine Verletzung des Arbeitnehmers gegen arbeitsvertragliche (Neben-)Pflichten dar. Diese Pflichtverletzungen können eine verhaltensbedingte Kündigung rechtfertigen. Hintergrund sei, dass die unverzügliche Anzeigepflicht den Arbeitgeber in die Lage versetzen solle, sich auf das Fehlen des arbeitsunfähig erkrankten Arbeitnehmers möglichst frühzeitig einstellen zu können. Dieses Bedürfnis bestehe auch bei einer Fortdauer der AU über den zunächst mitgeteilten Zeitraum hinaus. Dies gelte grundsätzlich auch unabhängig von einer etwaigen Pflicht zur Entgeltfortzahlung.

Bedeutung für Praxisinhaber

Das Urteilsszenario dürfte nahezu jedem Praxisinhaber/-verantwortlichen bekannt sein. Aufgrund einer erst verspätet (oder gar nicht) angezeigten AU kommt es zu (erheblichen) Störungen im Betriebsablauf. Die anwesenden Kollegen müssen die Mehrarbeit auffangen. Unfrieden innerhalb der Belegschaft kehrt ein.

Klare Weisungen von Vorteil

Grundsätzlich gilt, dass sich durch klare und praktikable Weisungen an

die Arbeitnehmer, wann, wie und gegenüber wem eine AU anzuzeigen ist, viele spätere Streitigkeiten vermeiden lassen.

Praxistipp

Regelmäßig empfiehlt es sich, diejenigen Mitarbeiter mit der Entgegennahme von „Krankmeldungen“ zu autorisieren, die eine bestmögliche Erreichbarkeit und Weitergabe gewährleisten (z. B. durch eine zuverlässige Vollzeitkraft).

Bei Missachtung der Regeln unbedingt reagieren

Kommt es dennoch zu einer Missachtung, muss diese nicht immer mit einer Abmahnung oder gar Kündigung sanktioniert werden. Eine (dokumentierte) Reaktion des Arbeitgebers sollte jedoch **zwingend** erfolgen! Andernfalls würde der Arbeitgeber zu einem späteren Zeitpunkt ggf.

- mit dem Einwand des aufgezeigten Fehlverhaltens ausgeschlossen sein oder
- Gefahr laufen, konkludent zum Ausdruck gebracht zu haben, er akzeptiere bzw. dulde dieses Verhalten.

Angesichts der vielen weiteren rechtlichen Besonderheiten ist eine frühzeitige anwaltliche Beratung anzuraten. Die Bewertung der eigenen rechtlichen Position und das Aufzeigen der Handlungsmöglichkeiten noch vor dem Ergreifen erster Maßnahmen maximiert regelmäßig die eigenen Erfolgsaussichten.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Nach Ende des Arbeitsverhältnisses kann das Löschen einer Abmahnung verlangt werden“ in RWF Nr. 09/2019