

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

04 | April 2021

Interview

„Um den Fachkräftemangel zu beheben, braucht es mehr als ein neues MT-Berufe-Gesetz!“

Am 01.01.2023 soll das neue „Gesetz über die Berufe in der medizinischen Technologie“ (MT-Berufe-Gesetz bzw. MTBG) als Teil des „Gesetzes zur Reform der technischen Assistenzberufe in der Medizin und zur Änderung weiterer Gesetze“ (MTA-Reform-Gesetz, Entwurf unter www.de/s4687) in Kraft treten. Dr. med. Christel Vockelmann ist Chefärztin der Klinik für Radiologie der Christophorus Kliniken im Münsterland und Mitherausgeberin sowie Autorin des Arbeitsbuchs „Fachwissen MTRA.“ Im Gespräch mit Ursula Katthöfer (textwiese.com) erläutert sie, welche Neuerungen das Gesetz für radiologische Abteilungen in Krankenhäusern und für Praxen bringt.

Redaktion: Das derzeit noch geltende MTA-Gesetz (MTAG) von 1993 ist bald Geschichte. Wie nehmen Ihre Kolleginnen und Kollegen die Gesetzesnovelle auf?

Vockelmann: Diejenigen, die bereits von der Reform erfahren haben, finden es überwiegend gut. In der Summe war die Reform dringend notwendig, das Gesetz hat viele gute Ansätze. Dennoch muss man über einige Paragraphen diskutieren. So sollen beispielsweise auch Heilpraktiker Anordnungen treffen dürfen, die der Strahlenschutzverordnung unterliegen – natürlich keine Anordnungen zu Untersuchungen. Das sehen Ärzte und auch die Berufsverbände der medizinisch-technischen Berufe kritisch.

Redaktion: Warum wurde es aus Sicht der Radiologen dringend Zeit für eine Reform der MT-Berufe?

Vockelmann: Das alte Gesetz war aus den 90-er Jahren. Seitdem hat sich in Bildgebung und Therapie sehr viel verändert. Zwischen damals und heute liegen Welten. Filmentwicklung gibt es kaum noch, Spezialaufnahmen in der konventionellen Diagnostik werden nicht mehr gemacht. Stattdessen muss jede MTRA angiografische Interventionen kennen und das MRT beherrschen. Das kam in der Ausbildung aber gar nicht vor. Außerdem werden der Umgang mit Daten und das Hygienemanagement in Zukunft dezidiert in der Ausbildung vorkommen. Die Coronapandemie hat noch

Inhalt

Kassenabrechnung

Radiologen-Umsatz im Quartal II/2019 bei 109.000 Euro/Arzt 3

Privatliquidation

- Zur GOÄ-Abrechnung eines TAVI-CT 3
- BÄK-Abrechnungsempfehlungen: Nr. 5377 GOÄ sowie radiologische Zweitbefundung 4

Steuern

Häusliches Arbeitszimmer für Teleradiologie – Aufwendungen nicht absetzbar 5

Recht

- Versetzung auch nach fast 20-jähriger Tätigkeit an einem Ort möglich 6
- PET-CT/MRT-Untersuchung gebilligt 7
- Telefax: Nicht mehr datenschutzkonform? 8

Guerbet informiert

Digitaler Auftritt beim Röko 2021 und zwei aktuelle Webinare 8

Download

Fachbeitrag: „Die IT-Sicherheitsrichtlinie – ein stumpfes Schwert“

2 Kooperationen

einmal verdeutlicht, wie groß der Handlungsbedarf ist.

Redaktion: Die Modellklausel für eine akademische Ausbildung hat es nicht in das Gesetz geschafft. Wie bewerten Sie das?

Vockelmann: Viele Berufe wie z. B. die Pflege als Pendant werden akademisiert. Ein duales Studium hätte auch den MTRA-Beruf vernünftig aufgewertet. Denn der Anspruch, ständig neuen technischen Entwicklungen zu folgen, ist hochkomplex. MTRA müssen dranbleiben und lernen, sich Dinge selbst zu erarbeiten. Diese Kompetenzen wären durch die Akademisierung möglich geworden. Hinzu kommt, dass ein Studium für viele junge Menschen attraktiver ist als eine Ausbildung. Wer studieren möchte, könnte sich gegen den MTRA-Beruf entscheiden, obwohl er sich für den Beruf interessiert.

Redaktion: Die Berufsbezeichnung lautet in Zukunft MT-R für Medizinische/r Technologie/in für Radiologie. Was spricht für den neuen Namen?

Vockelmann: MTRA arbeiten schon heute eigenständig. Sie bereiten Kontrastmittel und Radiopharmaka vor und dürfen diese mit der Gesetzesnovelle auch verabreichen. Sie führen Untersuchungen nach festen Standards eigenständig durch und beurteilen die Qualität, also die diagnostische Aussagekraft der Bildgebung. Dieses Können wurde durch die Bezeichnung Assistenz abgewertet.

Redaktion: Die praktische Ausbildung wird gestärkt, Auszubildende werden mehr Zeit am Patienten sein als bisher. Wo liegen die Vorteile für radiologische Abteilungen und Praxen?

Vockelmann: Selbst wenn die Auszubildenden in der Anfangszeit noch nicht viel können, ist die helfende Hand immer Gold wert. Wenn ein Patient zu zweit gelagert werden muss, kann auch ein Azubi helfen. Ein weiterer Vorteil ist die längere Kennenlernphase, sodass der neue Mitarbeiter besser in das Team eingebunden werden kann.

Redaktion: In den Ausbildungsstätten soll es in Zukunft Praxisanleiter geben. Welche Aufgaben haben sie?

Vockelmann: Die Praxisanleiter sorgen dafür, dass die Auszubildenden das lernen, was im Lehrplan steht. Sie nehmen die Prüfungen vor Ort ab und sind Mentor für die Azubis. Ferner sind sie Ansprechpartner, falls es zu Problemen kommt. Das gilt für beide Seiten – ob der Auszubildende ein Problem mit dem Arbeitgeber hat oder umgekehrt.

Redaktion: Müssen die Praxisanleiter sich zusätzlich qualifizieren?

Vockelmann: Sie benötigen eine Weiterbildung. Allerdings gibt das Gesetz nicht genau vor, was sie lernen müssen. Das Problem wird sein, dass es zunächst nicht genügend gut ausgebildete Praxisanleiter gibt. Auch werden die Stellenpläne sich verändern. Praxisanleiter müssen die Auszubildenden 20 bis 30 Prozent ihrer Ausbildungszeit betreuen. Dieses Zeitbudget muss im Krankenhaus analog zur Pflege auf den Stellenplan angerechnet werden.

Redaktion: Inwieweit werden Lehrpersonen aus den Schulen in die Abteilungen und Praxen kommen?

Vockelmann: Lehrpersonen besuchen die Praxen und Abteilungen, um sich

ein Bild zu machen. Das ist sinnvoll, damit alle Auszubildenden nach den gleichen Standards lernen und die Ausbildung ein einheitliches Niveau hat. Auch kann in der Schule auf Inhalte aus der praktischen Ausbildung besser eingegangen werden, wenn die Lehrer die Verhältnisse vor Ort kennen.

Redaktion: Eine Teilzeitausbildung wird ebenfalls möglich sein. Wie stehen Chefärzte und Praxisinhaber dazu?

Vockelmann: Damit umzugehen, sollte inzwischen jeder gelernt haben, denn es arbeiten ja mittlerweile etwa die Hälfte der MTRA und viele Ärzte in Teilzeit. Die Teilzeitausbildung kommt denjenigen entgegen, die schon Familie haben oder die sich nebenberuflich zur MT-R weiterqualifizieren. So sind unter den MFA in der Radiologie viele auch für den Beruf der MT-R geeignet. Für sie wäre es zeitlich unmöglich, sich mit einer Vollzeitausbildung weiter zu qualifizieren.

Redaktion: Das Gesetz ermöglicht allen Auszubildenden eine Vergütung, Schulgeld gibt es nicht mehr. Übernimmt der Staat diese Vergütung auch in ambulanten Einrichtungen?

Vockelmann: Endlich das Schulgeld abzuschaffen und eine Vergütung zu zahlen, war dringend erforderlich. Doch es steht nur für die Krankenhäuser ein Vergütungstopf im Gesetz. Die Lobby der niedergelassenen Radiologen war nicht stark genug. Das wird zum Problem werden, weil die Praxisanleiter während der Zeit, in der sie Auszubildende betreuen, nicht am Patienten sind. So entstehen Kosten. Die Vergütung des Azubis kommt noch hinzu. Das wird auch für die Krankenhäuser schwierig, die nur

radiologische Abteilungen haben und daher ihre Auszubildenden für die Inhalte zu Nuklearmedizin und Strahlentherapie in kooperierende Praxen schicken. Man wird noch nach Lösungen suchen müssen, um die Praxen ins Boot zu holen.

Redaktion: Zeichnet sich schon eine Lösung ab?

Vockelmann: Nicht auf Bundesebene, sondern höchstens auf Initiative betroffener Krankenhäuser. Sie greifen den Praxen finanziell unter die Arme. Doch das kann keine sinnvolle Lösung sein, zumal die Krankenhäuser mit ihrer 24/7-Bereitschaft den Personalmangel stärker spüren als die Praxen mit relativ festen Arbeitszeiten.

Redaktion: Der Bundesgesundheitsminister verspricht sich vom neuen Gesetz, dass junge Menschen für die MT-Berufe motiviert werden und dass so dem Fachkräftemangel entgegen gewirkt wird. Wie sehen Sie das?

Vockelmann: Das Gesetz hat gute Ansätze, doch es bewirkt nicht genug. Wir müssen den MTR-Beruf bekannter machen. Die MTRA-Aktionstage sind ein guter Schritt, wir haben darüber bereits Auszubildende gefunden. Doch es müssten noch mehr Radiologen, Nuklearmediziner und Strahlentherapeuten mitmachen, damit der Beruf bekannter wird.

Webinar am 21.04.2021 von 16:00 – 17:30 Uhr

Um die konkreten Folgen der Reform geht es am 21.04.2021 im kostenfreien Guerbet-Webinar „MTA-Reform-Gesetz: Das bedeuten die neuen Regelungen für die Praxis“ [Programm & Anmeldung].

Honorarbericht der KBV Radiologen-Umsatz im Quartal II/2019 bei 109.000 Euro/Arzt

Die KBV hat den Honorarbericht für das zweite Quartal 2019 veröffentlicht (www.de/s4688). Insgesamt lag der Honorarumsatz für alle Arztgruppen bzw. Psychotherapeuten im Zeitraum April bis Juni 2019 im Schnitt bei 57.357 Euro je Arzt. Die Radiologen erzielen bei dieser Kennziffer mit 109.458 Euro je Arzt im Vergleich zu den anderen Fachgruppen zwar den größten Wert, doch beim Überschuss kommen sie nur auf Platz zwei.

Höhere Gesamtvergütung verteilt sich auf mehr Ärzte

Insgesamt sind die Honorarumsätze der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten im zweiten Quartal 2019 gegenüber dem Vorjahreszeitraum um 0,7 Prozent je Arzt und Psychotherapeut gestiegen. Die Gesamtvergütung hat sich um 238,2 Mio. Euro (+2,9 Prozent) erhöht.

Pneumologen beim Überschuss vor den Radiologen

Die Radiologen erzielten im Quartal II/2019 einen Überschuss in Höhe von 40.427 Euro je Arzt. Besser schnitten nur die Internisten mit dem Schwerpunkt Pneumologie ab (41.568 Euro je Arzt). Der Honorarumsatz je Behandlungsfall war bei den Radiologen im KV-Bezirk Hamburg mit 118,90 Euro am höchsten, gefolgt von Bremen (92,17 Euro) und Rheinland-Pfalz (90,39 Euro). Schlusslicht ist Thüringen mit 64,59 Euro.

Leserforum

Zur GOÄ-Abrechnung eines TAVI-CT

FRAGE | „Haben Sie einen Vorschlag für die GOÄ-Abrechnung eines TAVI-CT? Es handelte sich um eine EKG-getriggerte Untersuchung des Herzens – einschließlich 3D-Rekonstruktion und mit anschließender Spiral-CT von Thorax/Abdomen sowie Becken.“

ANTWORT | Die Untersuchung vor einem TAVI-Eingriff erfolgt üblicherweise mit Nr. 5371 GOÄ (CT im Hals-Thoraxbereich; 2.300 Punkte; 241,31 Euro beim Faktor 1,8). Ggf. erfolgt dazu eine

- Kontrastmittel(KM)-Gabe nach Nr. 346 GOÄ und
- weitere KM-Injektionen, jeweils mit Nr. 347 GOÄ berechnungsfähig.

In dem Fall wäre zusätzlich Nr. 5376 GOÄ für ergänzende Tomographien nach KM-Einbringung berechnungsfähig (500 Punkte; 52,46 Euro). Das EKG zur Triggerung kann mit Nr. 650 GOÄ (152 Punkte; 15,95 Euro) abgerechnet werden. Für erforderliche abdominale CT-Aufnahmen kann Nr. 5372 GOÄ abgerechnet werden. In diesem Fall ist die Höchstwertregelung zu beachten, sodass für die Nrn. 5371 und 5372 in Kombination nur der Höchstwert nach Nr. 5369 GOÄ (3.000 Punkte; 314,75 Euro) abgerechnet werden kann. Die 3D-Rekonstruktion ist mit Nr. 5377 GOÄ (800 Punkte; 46,63 Euro; als Zuschlag nur mit Faktor 1,0 ansetzbar) zu berechnen. Zur Überwachung kann eine Pulsoxymetrie nach Nr. 602 GOÄ (150 Punkte; 15,95 Euro, Faktor 1,8) erforderlich sein.

Privatliquidation

BÄK-Abrechnungsempfehlungen: Nr. 5377 GOÄ sowie radiologische Zweitbefundung

Der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) hat in seiner Sitzung vom 14./15.01.2021 neue Abrechnungsempfehlungen (iwww.de/s4686) verabschiedet, von denen einige auch für Radiologen von Bedeutung sind. Es geht um zwei verschiedene Fragen: einerseits um die Mehrfachberechnung der Nr. 5377 GOÄ und andererseits um eine Klärstellung zur Abrechnung der radiologischen Zweitbefundung.

von Ernst Diel, ehem. Leiter
Grundsatzfragen PVS Büdingen

Nr. 5377 GOÄ

Die erste Empfehlung der BÄK, die für Radiologen von Interesse ist, betrifft die Nr. 5377 GOÄ (Zuschlag für computergesteuerte Analyse – einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion; 800 Punkte; 46,63 Euro beim Faktor 1,0; dieser Zuschlag ist nicht steigerungsfähig).

Mehrfachansatz der Nr. 5377 GOÄ

„Auslegungsbeschluss als Abrechnungsempfehlung zum Mehrfachansatz der Nr. 5377 GOÄ beim Ganzkörper-CT. Der Zuschlag nach Nr. 5377 GOÄ ist grundsätzlich für die Leistungen nach den Nrn. 5370 bis 5375 GOÄ einmal berechnungsfähig. Wird für **mehrere Leistungen** nach den Nrn. 5370 bis 5374 GOÄ ein **Höchstwert** nach Nr. 5369 GOÄ berechnet, ist der Zuschlag nach Nr. 5377 GOÄ entsprechend **mehrfach berechnungsfähig.**“

Damit wird die schon seit vielen Jahren – u. a. in der Kommentierung Hoffmann/Kleinken – vertretene Auffassung nunmehr auch von der BÄK bestätigt. In der Vergangenheit sind

hierzu viele widersprüchliche Stellungnahmen – auch vonseiten einiger Landesärztekammern – bekannt geworden.

Radiologische Zweitbefundung

Die zweite – von den Empfehlungen zu Nr. 5377 GOÄ völlig unabhängige – Empfehlung der BÄK betrifft die radiologische Zweitbefundung.

Abrechnung radiologischer Zweitbefundung/-meinung

„Die Befundung nicht selbst erstellter Bilder kann nach der GOÄ in Ansatz gebracht werden, wenn

- sie im Rahmen einer Fallbeurteilung gegenüber einem Patienten in eine Beratungsleistung (nach Nrn. **1 oder 3 GOÄ**),
- gegenüber einem Arzt in eine konsiliarische Leistung (nach **Nr. 60 GOÄ**) oder
- allgemein in einen ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht (Nr. 75 GOÄ) eingebettet wird.“

Zu beachten ist, dass die Einbettung der Befundung nicht selbst erstellter Bilder in die in der Abrechnungsempfehlung aufgeführten Leistungen meist mit einem entsprechenden Zeitaufwand für die Durchsicht einhergeht. Dies kann im Steigerungsfaktor dieser Leistungen berücksichtigt werden!

Merke

Die radiologische Zweitmeinung darf **keinesfalls** mit der Beurteilung von Röntgenaufnahmen verwechselt werden. Diese Beurteilungen sind nach den allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt O GOÄ Abs. 4 **nicht berechnungsfähig.**

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Radiologische Zweitmeinung nach GOÄ korrekt und vollständig abrechnen“ in RWF Nr. 03/2021
- „Nrn. 5731 und 5733 GOÄ auch bei MRT des Schädels samt DWI berechnungsfähig“ in RWF Nr. 10/2019
- „GOÄ: Abrechnung der Beurteilung von Fremdbefunden“ in RWF Nr. 08/2019
- „Sonografie: 3D-Zuschlag ist abrechnungsfähig“ in RWF Nr. 04/2019
- „So können Sie den Zuschlag 5377 mehrfach berechnen“ in RWF Nr. 05/2016

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

Einkommensteuer

**Häusliches Arbeitszimmer für Teleradiologie
 – Aufwendungen nicht absetzbar**

Die Aufwendungen eines Unfallchirurgen für ein häusliches Arbeitszimmer können auch dann keine Berücksichtigung als Werbungskosten finden, wenn der Arbeitgeber das Arbeitszimmer mit einer **Teleradiologie** ausstattet, die der Unfallchirurg im Rahmen von Bereitschaftsdiensten nutzen kann (Urteil des Finanzgerichts [FG] Niedersachsen vom 19.10.2020, Az. 1 K 292/19).

Arbeitsplatz in der Klinik vorhanden

Für die von dem Arzt zu verrichtenden Dienste stand ihm letztlich ein anderer Arbeitsplatz bei seiner Arbeitgeberin, d. h. in der Klinik zur Verfügung: Der Arzt konnte die seiner Tätigkeit zugewiesenen Aufgabenbereiche, die er in seinem häuslichen Arbeitszimmer verrichtete, nach Überzeugung des FG auch in der Klinik erbringen.

Regeln für häusliches Arbeitszimmer

Für die steuerliche Behandlung eines häuslichen Arbeitszimmers gelten folgende Grundsätze:

- Die Kosten für ein häusliches Arbeitszimmer sind nach § 4 Abs. 5 S. 1 Nr. 6b EStG grundsätzlich **nicht** als Betriebsausgaben zu berücksichtigen.
- Ist das Arbeitszimmer der Mittelpunkt der gesamten betrieblichen

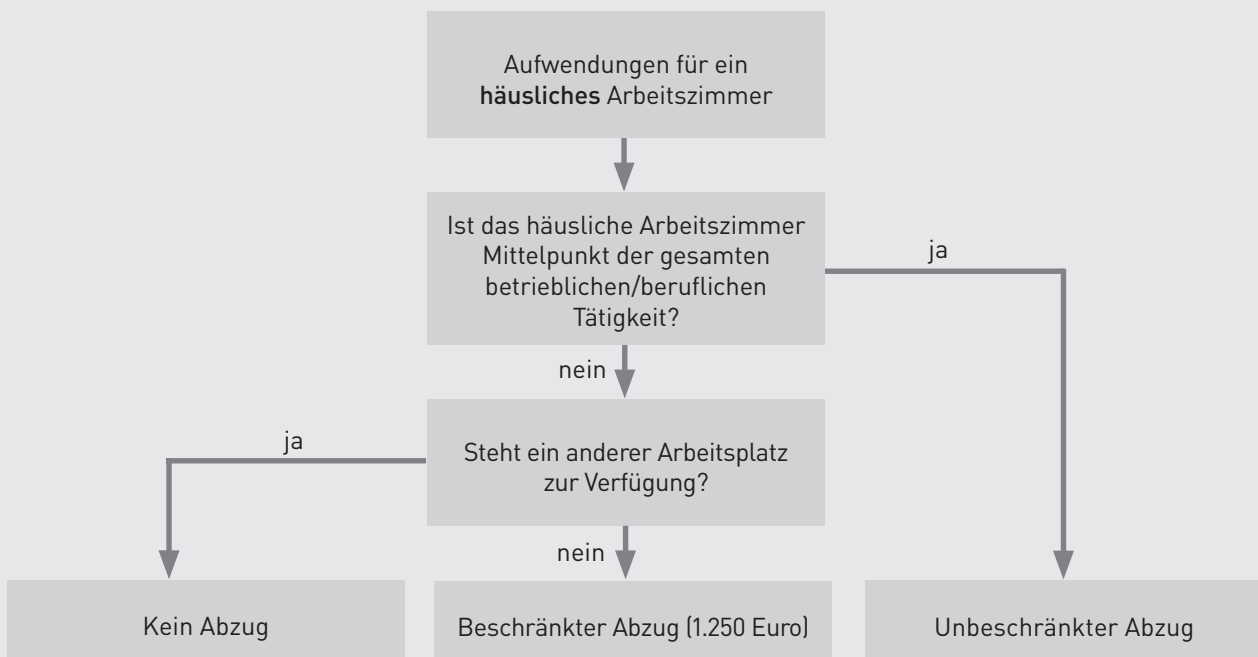
und beruflichen Betätigung, können die Aufwendungen hingegen **unbegrenzt** angesetzt werden.

- Ist das Arbeitszimmer zwar nicht der Mittelpunkt, steht aber für die betriebliche oder berufliche Tätigkeit **kein anderer Arbeitsplatz** zur Verfügung, sind Kosten bis 1.250 Euro abziehbar (siehe Grafik).

Begriff des häuslichen Arbeitszimmers

Das häusliche Arbeitszimmer ist ein Raum, der in die häusliche Sphäre des Steuerpflichtigen eingebunden ist. Hier werden vorwiegend gedankliche oder schriftliche Arbeiten erledigt, weshalb ein Schreibtisch regelmäßig vorhanden, aber nicht zwingend erforderlich ist. Es kann ein separater Raum im Privathaus oder in der Wohnung sein (siehe Bundesfinanzhof, Urteil vom 26.03.2009, Az. VI R 15/07).

Abziehbarkeit der Kosten für ein häusliches Arbeitszimmer



Grafik: IWW Institut 2021

Arbeitsrecht**Versetzung auch nach fast 20-jähriger Tätigkeit an einem Ort möglich**

Mitarbeiter eines Krankenhauses können in den Grenzen des Direktionsrechts an einen anderen Standort versetzt werden. Ist arbeitsvertraglich eine Versetzungsmöglichkeit vorgesehen, steht auch eine langjährige Tätigkeit der Versetzung nicht entgegen. Dies gilt selbst dann, wenn der bisherige Arbeitsort im Vertrag als Ort der Arbeitsleistung hinterlegt ist (Landesarbeitsgericht [LAG] Rheinland-Pfalz, Urteil vom 05.11.2019, Az. 8 Sa 28/19, Abruf-Nr. 214424). Das Urteil betrifft einen Anästhesiepfleger, ist aber auch für Ärzte relevant.

von RA, FA für MedizinR,
Wirtschaftsmediator Dr. Tobias
Scholl-Eickmann, Dortmund,
kanzlei-am-aerztehaus.de

Der Sachverhalt

Ein Anästhesiepfleger klagte gegen seinen Arbeitgeber. Seine Arbeitsleistung hatte er 16 Jahre lang an dem Standort erbracht, der arbeitsvertraglich als Arbeitsort benannt war. Nachdem er sich erfolgreich in einem separaten Verfahren gegen eine fristlose Kündigung gewehrt hatte, versetzte ihn der Krankenhausträger mit Zustimmung der Mitarbeitervertretung an einen anderen Standort. Für den Kläger verlängerte sich der tägliche Arbeitsweg von 10 km auf 37 km. Außerdem erlitt er finanzielle Einbußen. Bislang hatte er sechs bis acht separat vergütete Rufbereitschaftsdienste im Monat absolviert. Am neuen Standort gab es nur eine Anwesenheitsbereitschaft, zu der neue Mitarbeiter erst nach einer Einarbeitungszeit von mindestens sechs Monaten herangezogen wurden. Daher erzielte der Kläger im Anschluss an die Versetzung zunächst keine separaten Einnahmen. Auch seit der Zuweisung von Bereitschaftsdiensten war sein Einkommen hieraus immer noch geringer als zuvor. Der Kläger

begehrte die Wiederbeschäftigung am alten Standort und Schadenersatz in Höhe der entgangenen Einkünfte aus den Rufbereitschaftsdiensten. Die Versetzung entspreche weder dem Arbeitsvertrag noch billigem Ermessen, sondern sie sei eine Strafversetzung. Der Träger entgegnete, die Stelle am neuen Standort sei kurzfristig vakant geworden und habe nicht anders besetzt werden können. Wie schon die Vorinstanz gab das LAG dem Arbeitgeber Recht.

Die Entscheidungsgründe

Das Gericht war der Auffassung, der Arbeitsort sei aufgrund der arbeitsvertraglichen Vereinbarungen der Parteien nicht festgelegt. Das vertragliche Weisungsrecht des Klinikträgers umfasse durchaus die Befugnis, dem Kläger einen anderen Einsatzort als den bisherigen zuzuweisen. Die Bestimmung eines Orts der Arbeitsleistung in Kombination mit einer im Arbeitsvertrag durch Versetzungsvorbehalt geregelten Einsatzmöglichkeit im gesamten Unternehmen verhindere regelmäßig die vertragliche Beschränkung auf den im Vertrag genannten Ort der Arbeitsleistung. Es mache daher keinen Unterschied, ob im Arbeitsvertrag auf eine Festlegung des Orts der Arbeitsleistung verzichtet werde

und diese dem Arbeitgeber im Rahmen von § 106 Gewerbeordnung (GewO) vorbehalten bleibe oder ob der Ort der Arbeitsleistung bestimmt, aber die Möglichkeit der Zuweisung eines anderen Orts vereinbart werde. In diesem Fall werde lediglich klargestellt, dass § 106 S. 1 GewO gelten und eine Versetzungsbefugnis an andere Arbeitsorte bestehen soll.

Auch die langjährige Tätigkeit an einem Arbeitsort begründe – allein – keine Konkretisierung auf einen bestimmten Arbeitsort. Da der Arbeitgeber hier auf ein ihm zustehendes Weisungsrecht verzichten würde, müssten weitere Anhaltspunkte darauf schließen lassen, dass der Arbeitgeber einer solchen Vertragsänderung zugestimmt hat. Es müsse sich um Umstände handeln, anhand derer der Arbeitnehmer darauf vertrauen dürfe, dass er nicht in anderer Weise bzw. an einem anderen Arbeitsort eingesetzt werden soll. Daran fehlte es nach Auffassung des LAG vorliegend. Selbst wenn man den Arbeitsvertrag des Klägers so verstünde, dass er einen Standort als Ort der Arbeitsleistung festlegte, wäre die Versetzbarkeit des Klägers schon aufgrund des vereinbarten Versetzungsvorbehalts (in den Arbeitsvertragsrichtlinien) zu bejahen.

Die Versetzung halte sich im Übrigen im Rahmen des billigen Ermessens. Dabei sei nicht stets der optimale Ausgleich zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberinteressen erforderlich. Erst wenn der Arbeitgeber zu einer Maßnahme gegriffen habe, die deutlich über das verfolgte Ziel hinauschieße und die Maßnahme den Arbeitnehmer damit unnötig belaste, könne sie gegen billiges Ermessen verstoßen. Da am neuen Standort eine Stelle vakant war und der Kläger – nach dem gewonnenen Kündigungsrechts-

streit – wieder beschäftigt werden musste, am alten Arbeitsplatz aber eine andere Mitarbeiterin eingesetzt war, stufte das LAG die Entscheidung als nachvollziehbar und damit „im billigen Ermessen“ ein. Eine „Strafversetzung“ liege daher nicht vor. Auch ein Anfahrtsweg von 37 km in Relation zu vormalig 10 km sei zumutbar.

Ein Schadenersatzanspruch für entgangene Einkünfte aus Rufbereitschaften scheiterte daher schon daran, dass keine pflichtwidrige Versetzung vorlag. Im Übrigen stelle die Einteilung zu Bereitschaftsdiensten weder eine Gegenleistung für die arbeitsvertraglich geschuldete Tätigkeit des Klägers dar, noch habe der Krankenhausträger dem Kläger einen Anspruch auf Einteilung zu Bereitschaftsdiensten im Arbeitsvertrag eingeräumt.

Praxistipp

Der vorliegende Fall steht sicher auf der Grenze und hätte mit guten Argumenten auch anders entschieden werden können. Dies aber zeigt das Risiko auf Arbeitnehmerseite. Wer nur an einem bestimmten Arbeitsort tätig werden möchte, sollte dies arbeitsvertraglich unmissverständlich fixieren. Damit aber geht ein anderes Risiko einher: Die abverlangte Flexibilität eines Versetzungsvorbehalts bedeutet eine entsprechende stärkere Sicherung des Arbeitsverhältnisses im Falle betriebsbedingter Kündigungen, weil im Rahmen der Sozialauswahl die Arbeitnehmer auf allen infrage kommenden Arbeitsplätzen einzubeziehen sind. Im Umfang der Versetzungsmöglichkeiten hat der Arbeitgeber zudem zu prüfen, ob freie Arbeitsplätze zur Verfügung stehen. Hier ist also sorgsam abzuwägen.

Krankenversicherungsrecht

PET-CT/MRT-Untersuchung gebilligt

Nicht anerkannte diagnostische Maßnahmen können im Falle einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unterfallen, wenn die standardgemäßen diagnostischen Methoden ausgeschöpft oder keine hinreichenden Erkenntnisse zu liefern in der Lage sind. Dies hat das Sozialgericht (SG) Leipzig mit Gerichtsbescheid vom 22.04.2020 bestätigt (Az. S 8 KR 1743/19).

Sachverhalt

Ein Patient beantragte gegenüber der Krankenversicherung die Kostenübernahme für eine PET-CT/MRT-Untersuchung. Die Kasse lehnte mit der Begründung ab, dass es sich um keine GKV-Leistung handele; dafür müsse der diagnostische bzw. therapeutische Nutzen nachgewiesen sein. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) habe den Nutzen einer PET/PET-CT aber nur für bestimmte medizinische Indikationen festgestellt. Hiergegen legte der an einem Hodentumor im Stadium III leidende Patient Widerspruch ein. Seine behandelnde Urologin sprach sich für eine PSMA-PET-CT aus, da die herkömmliche Bildgebung für die Unterscheidung von nekrotischem und vitalem Tumorgewebe nicht ausreiche. Die Versicherung wies den Widerspruch des Patienten unter Bezugnahme auf ein MDK-Gutachten zurück.

Entscheidungsgründe

Auf die Klage des Patienten stellte das SG einen Anspruch auf Kostenerstattung fest. Er habe einen Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V und auch auf die streitgegenständliche PET-CT/MRT-Untersuchung. Zwar liege dafür keine positive Bewertung oder Empfehlung des G-BA vor, sodass der PET-CT-Einsatz für die Diagnose Hodentumor

von RA Tim Hesse und Rechtsreferendarin Lena Krenz, Münster/Dortmund, kanzlei-am-aerztehaus.de

nicht vom Leistungskatalog der GKV erfasst sei. Eine Kostenübernahme komme aber trotzdem in Betracht, wenn eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vorliege, für diese Erkrankung keine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung stehe und wenn durch die Behandlung eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe. Diese drei Voraussetzungen sah das Gericht in diesem Fall als erfüllt an.

Merke

In seinem Bescheid verwies das SG auf eine notstandsähnliche Situation des Patienten. CT oder MRT allein waren nicht geeignet, die Vitalität weiterer Lymphknotenmetastasen feststellen zu können. Die spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf könne auch darin liegen, lebensbedrohliche Risiken von Therapieoptionen – hier: PET-CT/MRT bei Hodentumor und mehreren abgebrochenen Chemotherapien – überhaupt erst abzuklären.

Gesundheitsdatenschutz

Telefax: Nicht mehr datenschutzkonform?

Das Telefax erfreut sich in vielen Arztpraxen großer Beliebtheit und gilt gemeinhin als sicheres Mittel zur Patientendaten-Übertragung. Bei näherer Betrachtung erweist sich die Versendung von Gesundheitsdaten per Fax jedoch als Risiko. Wer Patienten-Persönlichkeitsrechte wahren und Datenschutzverstöße vermeiden möchte, sollte über alternative Übertragungswege nachdenken.

von RA Tim Hesse, Kanzlei am
Ärztelhaus, Münster/Dortmund,
kanzlei-am-aerztehaus.de

Fax heute mit E-Mail vergleichbar

Zur Datenübertragung per Telefax werden heutzutage regelmäßig keine exklusiven Telefonleitungen mehr genutzt. Stattdessen werden die Daten digital über Internet-Technologie transportiert. Oft existiert beim Empfänger

auch kein reales Fax-Gerät mehr – eingehende Faxe werden in E-Mails umgewandelt. Das Fax hat daher an Vertraulichkeit eingebüßt. Ihm kommt das gleiche Sicherheitsniveau wie einer unverschlüsselten E-Mail zu, die unter Datenschutz-Aspekten einer offen einsehbaren Postkarte gleicht. Allerdings war auch die Datenübermittlung per Fax durch klassische Telefonnetze nie wirklich sicher. Fehler bei der Num-

mern-Eingabe und Irrläufer (z. B., wenn eine vorzuzählende „0“ vergessen wird oder eine Nummer sich geändert hat) passieren. Dem Fax-Versender ist i. d. R. unbekannt, wo das Empfangsgerät aufgestellt ist und wer es einsehen kann, wer das eingehende Fax entgegennimmt und wo bzw. wie eingegangene Faxschreiben aufbewahrt werden. Zudem speichern Faxgeräte Nachrichten, Sendeprotokolle und Kurzwahlnummern, die ausgelesen werden können.

Trend in der Beurteilung erkennbar

Verschiedene Datenschutzbehörden halten die Übertragung personenbezogener Gesundheitsdaten per Telefax vor diesem Hintergrund für unzulässig. Und auch das Niedersächsische Oberverwaltungsgericht hält die unverschlüsselte Übermittlung sensibler Daten per Fax aufgrund der jederzeit realisierbaren Gefahr des Missbrauchs durch unbefugte Dritte für rechtswidrig (Beschluss vom 22.07.2020, Az. 11 LA 104/19).

CONTRAST FORUM – Neues von Guerbet

- **102. Deutscher Röntgenkongress: Digitaler Auftritt** [zum Guerbet-Auftritt]

Wir laden Sie herzlich zu einem Besuch unseres digitalen Auftritts im Industrie-Portal des Deutschen Röntgenkongresses (Röko) ein. Wir sind dort ab sofort für Sie verfügbar und bieten Ihnen aktuelle Informationen rund um unsere Produkte, Systemlösungen und Servicedienstleistungen an. Reservieren Sie sich jetzt schon den Termin für unser **Live-Symposium am 09.11.2021** zu spannenden Themen im Bereich der Interventionellen Radiologie.

- **Webinar: „Adaptive Measures in the Radiology practice after 2020“**
[am 31.03.2021 von 18:00-19:00 Uhr, Programm & Anmeldung]

Prof. Dr. Thomas J. Vogl, Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Uniklinik Frankfurt und Röko-Kongresspräsident 2021, sowie Dr. Elizabeth Dick, Radiologin im britischen Gesundheitsdienst (NHS) sowie Präsidentin der European Society of Emergency Radiology (ESER) zeigen im englischsprachigen und kostenfreien Guerbet-Webinar auf, welche Bedeutung das Jahr 2020 für die Radiologie hat und welche grundlegenden Veränderungen und Folgen für die Mediziner dieser Fachrichtung erwartet werden.

- **Webinar: „MTA-Reform-Gesetz: Das bedeuten die neuen Regelungen für die Praxis“** [am 21.04.2021 von 16:00-17:30 Uhr, Programm & Anmeldung]

Rechtsanwalt Till Sebastian Wipperfurth, LL.M. von der Mazars Rechtsanwaltsgesellschaft mbH, sowie Claudia Rössing, Präsidentin Radiologie/Funktionsdiagnostik im DVTA informieren in diesem kostenfreien Guerbet-Webinar über die wichtigsten Änderungen und Auswirkungen der Ausbildungsreform für MTRA.

Praxistipp

Wenn Sie sichergehen möchten, sollten Sie für die Versendung personenbezogener Daten (insbesondere sensibler Gesundheitsdaten) auf das Fax verzichten. Nutzen Sie stattdessen Ende-zu-Ende-verschlüsselte Übertragungswege (z. B. den TI-Dienst KIM) – oder den klassischen Postweg. Wenn Sie am Telefax festhalten, legen Sie Wert auf Sorgfalt und technische Maßnahmen, die verhindern, dass Daten unbefugt gelesen, kopiert, verändert oder gelöscht werden. So beugen Sie Verstößen gegen Patientenrechte, Bußgeldern und weiteren Unannehmlichkeiten vor.