

Radiologen Wirtschafts Forum

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

05 | Mai 2021

Interview

„Digitalisierung ist kein Selbstzweck, sie muss einen direkten Nutzen stiften!“

Der hih (= health innovation hub) des Bundesministeriums für Gesundheit ist ein Think Tank, der Ideen zu digitalen Konzepten im Gesundheitswesen vorantreibt. Gegründet wurde er von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Der Minister berief im März 2019 Prof. Dr. Jörg Debatin – **Radiologe**, Hochschullehrer und Manager – zum Leiter des Beratergremiums. Prof. Dr. Debatin war zuvor u. a. Ärztlicher Direktor und Vorsitzender des Vorstands am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Davor war er Vizepräsident des Medizintechnikherstellers GE Healthcare. Mit Ursula Katthöfer (textwiese.com) sprach er über die Aufgaben des hih.

Redaktion: Wie würden Sie einem Radiologen erläutern, was im hih geschieht?

Prof. Dr. Debatin: Der hih ist ein Team aus 15 Domain-Experten, die dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in einer Phase der Weichenstellung für digitale Gesundheitsstrukturen über drei Jahre zur Verfügung stehen. Es ist ein buntes Team. Alle kennen das deutsche Gesundheitssystem in seiner Komplexität und brennen für den Einsatz digitaler Technologien; nicht als Selbstzweck, sondern als Mittel zum Zweck einer besseren Gesundheitsversorgung.

Wir schauen dem BMG bei der Entstehung neuer Gesetze über die Schul-

ter und überlegen, wie das Gewollte in der Praxis umgesetzt werden kann. Natürlich werfen wir auch eigene Ideen ein. Dabei versuchen wir, digitale Anwendungen in der Gesundheitsversorgung sichtbar zu machen. Wir setzen da an, wo digitale Technologien einen tatsächlichen Nutzen für Ärzte und Patienten bringen. Dabei hat die Pandemie für Rückenwind gesorgt.

Redaktion: Die Radiologie ist eine sehr innovative Fachdisziplin, die stark digitalisiert ist. Zufall, dass ausgerechnet Sie als Radiologe den hih leiten?

Prof. Dr. Debatin: Nein, bestimmt nicht. Die Radiologie hat die Transformation von „analog“ zu „digital“

Inhalt

Kassenabrechnung

Mammografie-Screening: Ausdehnung der Altersgrenzen in der Beratung 3

Privatliquidation

- Niedergelassene verzichten meist auf Faktorsteigerung 3
- Nr. 5377 GOÄ: Was bedeutet das Wort „einschließlich“ in der Leistungslegende? 4

Finanzen

Nutzwertanalyse in der Radiologie 5

Recht

- Rechtsfragen rund um Corona-Tests am Arbeitsplatz und Corona-Impfungen 7
- Termin-Ausfallgebühr: Bei welchen Patienten und in welcher Höhe? 8

Guerbet informiert

Große Beteiligung beim Webinar zum MTA-Reform-Gesetz 8

Download

Fachbeitrag zur Privatliquidation: „GOÄ-Faktoren steigern: Etwas Mühe lohnt sich!“

bereits im letzten Jahrhundert vollzogen. Das ist auch Teil meiner DNA geworden und dafür verantwortlich, dass ich mich in den verschiedenen weiteren Stationen meines beruflichen Wirkens immer stark für digitale Technologien eingesetzt habe. Das gilt für die Einführung einer umfassenden elektronischen Patientenakte als Ärztlicher Direktor des UKE ebenso wie für den Einsatz von KI zur Verbesserung von CT- und MRT-Bildern während meiner Tätigkeit bei GE Healthcare.

Redaktion: KI ist eines der Schwerpunktthemen des hih. Wo könnte sie Mediziner in den kommenden Jahren entlasten?

Prof. Dr. Debatin: Im frühen Einsatz sind heute vor allem Systeme, die erkennen, ob und warum ein Bild nicht normal ist. Das entlastet Radiologen, die nun mehr Zeit für die Interpretation der Auffälligkeit haben. Neben der Bildgebung sehen wir den Einsatz der KI auch in der Labormedizin, der Interpretation von Genomdaten und der Befundung von EKGs. Ganz entscheidend dabei ist die Güte der zugrunde liegenden Daten, getreu dem Motto: garbage in, garbage out.

Im Bereich Bildgebung geht es zunächst um die Differenzierung zwischen „normal“ und „nicht normal“. Hinzu kommt dann die Markierung der „nicht normalen Aspekte“. Bei einer Mammografie mag es sich dabei um Mikroverkalkungen als Hinweis für ein Mamma-Ca handeln; im CT der Lunge um einen Rundherd als möglicher Hinweis auf ein Lungen-CA. Im nächsten Schritt geht es um die Interpretation der Anomalität. Die KI wird zu einem weiteren Werkzeug im Arztkoffer,

neben Handbüchern, Messinstrumenten und Konsiliarbericht.

Redaktion: Es geht dem hih auch um Datenspenden. Sollten Radiologen ihre Patienten bitten, der Wissenschaft ihre jeweiligen Behandlungsdaten zur Verfügung zu stellen?

Prof. Dr. Debatin: Die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Medizin benötigt Patientendaten. Es gibt Länder wie Finnland, in denen sämtliche Patientendaten der Wissenschaft wie auch den forschenden Gesundheitsunternehmen zur Verfügung gestellt werden. Hintergrund: Wer von der Diagnostik und/oder der Therapie im staatlichen Gesundheitssystem profitiert, hat die Pflicht, dafür zu sorgen, dass sich die Medizin weiterentwickeln kann. Deshalb müssen alle Daten pseudo- oder anonymisiert zur Verfügung gestellt werden. Dieses Vorgehen läuft unserem deutschen Wertesystem zuwider. Es beruht bei medizinischen Daten vor allem auf Selbstbestimmung und Freiwilligkeit. Erfreulicherweise sind über 80 Prozent der Deutschen bereit, ihre medizinischen Daten freiwillig den Wissenschaftlern zur Verfügung zu stellen; was wir ermöglichen sollten.

Redaktion: Seit Oktober 2020 gehören Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) zur Versorgung. Ihre Zahl steigt, doch die Erfahrung zeigt, dass Patienten schnell das Interesse verlieren. Wie lässt sich das ändern?

Prof. Dr. Debatin: Das deckt sich nicht mit unseren Beobachtungen. DiGA sind gleichbedeutend mit rezeptpflichtigen Medikamenten, die ein konkretes Leiden behandeln. Bislang können Ärzte zwölf verschiedene DiGA für enggefaste Indikationen

verschreiben. Hier ist die Adhärenz gleichweg höher.

Redaktion: Digitalisierung wird grundsätzlich als Mittel betrachtet, um mehr Zeit für die sprechende Medizin zu gewinnen. Über was sollten Radiologen intensiver mit ihren Patienten reden?

Prof. Dr. Debatin: Die Beschreibung eines Befunds, versehen mit einer Bild-Diagnose, reicht nicht mehr. Die Bildinformation muss in Beziehung zum gesamten Patienten gesetzt werden. Der Radiologe muss klinisch denken. Welche Informationen sind für die weiterführende Therapie entscheidend? Das setzt einen intensiveren Austausch mit den überweisenden Klinikern voraus und die Bereitschaft, sich mit dem Patienten selbst auseinanderzusetzen. Der Bundesverband ist schon seit einigen Jahren dabei, hier vor allem die social skills der Radiologen zu adressieren. Der Umgang mit den Patienten selbst wird immer wichtiger.

Redaktion: Kritiker warnen, dass sich die Arbeit durch Digitalisierung verdichtet und noch weniger Zeit für Patienten bleibt. Ihre Meinung dazu?

Prof. Dr. Debatin: Digitalisierung ist wahrlich kein Selbstzweck, sie muss einen direkten Nutzen stiften! Gerade wir Radiologen wissen das. Ohne digitale Technologien kein CT, kein MRT, kein PET und natürlich keine Befundung mit PACS und RIS. Wir brauchen diese Basistechnologien aus drei Gründen:

1. Durch die Standardisierung der Dokumentation und aufwendigen Auswertungen schaffen sie Freiräume für Ärzte und Pflege.
2. Sie stillen das Bedürfnis der Patienten nach Sicherheit, Geschwindigkeit

keit, Bequemlichkeit und Transparenz.

3. Sie werden benötigt, um die Potenziale der individualisierten Medizin für jeden Patienten zu realisieren.

Redaktion: Die Pandemie zeigt, dass die medizinische Forschung im ständigen Lernmodus ist. Gaukeln digitale Daten eine nicht existente Sicherheit vor?

Prof. Dr. Debatin: Das Gegenteil ist der Fall. Die Pandemie macht deutlich, dass es ohne digitale Tools nicht geht. Das gilt für die Nachverfolgung Infizierter sowie für die Allokation von Ressourcen, wie z. B. der Intensivkapazitäten durch das DIVI-Intensiv-Register. Die Bürger beklagen zu Recht die unzureichende Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung. Deshalb ist es wichtig, die derzeitige Dynamik in Regulierung und Umsetzung digitaler Projekte wie der elektronischen Patientenakte oder der Krankenhaus-Digitalisierung weiterzuführen. Nur so werden wir als Gesellschaft die zukünftigen medizinischen Herausforderungen meistern können.

Vorsorge

Mammografie-Screening: Ausdehnung der Altersgrenzen in der Beratung

Derzeit können Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren am Programm zur Früherkennung von Brustkrebs teilnehmen. Der G-BA hat nun einen offiziellen Beratungsprozess gestartet, um die Ausweitung dieser Altersgrenzen zu prüfen. Es geht um die Frage, ob das Mammografie-Screening auch für Frauen im Alter zwischen 45 und 49 sowie ab dem 70. Lebensjahr einen Nutzen stiftet. Der G-BA beauftragt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) damit, Studien zu dieser Fragestellung auszuwerten. Ein Stellungnahmeverfahren soll im nächsten Jahr abgeschlossen werden (Pressemitteilung des G-BA unter www.de/s4837). Hintergrund für die Beratungen sei eine Aktualisierung der europäischen Brustkrebsleitlinie der EU-Kommission mit entsprechenden Empfehlungen.

Redaktion: Es heißt, Frauen würden die gesellschaftliche Transformation besser für sich nutzen als Männer. Gelangen also durch die Digitalisierung mehr Frauen in Führungspositionen?

Prof. Dr. Debatin: Frauen gelangen heute zahlreicher in Führungspositionen, weil es an der Zeit ist. Und ja, sicherlich haben die erweiterten Möglichkeiten der sogenannten New Work damit auch etwas zu tun. Aber in erster Linie ist es doch der gesellschaftliche Wandel. Es geht darum, die Medizin so attraktiv zu gestalten, dass sich alle Geschlechter gleichermaßen angesprochen fühlen.

Redaktion: Wird die Medizin durch digitale Mittel bunter?

Prof. Dr. Debatin: Die Medizin wird besser durch die Bereitschaft, Daten zu teilen, aufzubereiten, Wissenstransfer zu unterstützen, miteinander statt gegeneinander zu arbeiten und den Patienten miteinzubeziehen. Wenn Sie das unter „bunt“ verstehen, stimme ich Ihnen zu.

GOÄ-Gebührenrahmen Niedergelassene verzichten meist auf Faktorsteigerung

Im Jahr 2019 haben niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in den Rechnungen für Privatpatienten nur selten einen erhöhten Faktor angesetzt. Dies zeigt eine Auswertung des PKV-Verbands. Im Rahmen einer Vollerhebung wurden dabei rund 42 Millionen Datensätze analysiert. Bei 82,7 Prozent der Positionen wurde im ambulanten Bereich der Regelhöchstsatz angesetzt, d. h., es wurde nicht über den Schwellenwert hinaus gesteigert.

Steigerung nur bei rund 13 Prozent aller Positionen

Eine Steigerung des Faktors über den Schwellenwert erfolgte im ambulanten Bereich nur in 13,2 Prozent der Fälle.

Wenn gesteigert wurde, dann geschah dies meist zum Höchstsatz. In 9,7 Prozent der untersuchten Positionen im ambulanten Bereich wurde mit dem maximal möglichen Faktor des zur Verfügung stehenden Gebührenrahmens gesteigert (bei persönlichen Leistungen der Faktor 3,5).

Kliniken und auch Zahnärzte steigern deutlich häufiger

Hingegen wurde der Schwellenwert bei stationären Behandlungen in 63,1 Prozent und bei Zahnbehandlungen in 52,7 Prozent der Fälle angesetzt. In beiden Bereichen haben die Ärzte bzw. Zahnärzte deutlich

häufiger einen erhöhten Faktor angesetzt, als dies im ambulanten Bereich der Fall war. So lag der Anteil höherer Faktoren

- im stationären Bereich bei 34,7 Prozent und
- im Bereich der Zahnbehandlungen sogar bei 43,6 Prozent.

Merke

Die Schwellenwerte für Faktorsteigerungen, ab denen eine schriftliche Begründung erforderlich ist, betragen nach der GOÄ (in Klammern die Höchstwerte)

- 2,3 (3,5) für persönliche Leistungen (z. B. sind dies i. d. R. die Beratungsleistungen, Sonografien, Bescheinigungen usw.),
- 1,8 (2,5) bei technischen Leistungen (z. B. Röntgen, CT, MRT) sowie
- 1,15 (1,3) bei den Laborleistungen.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- Zahlenbericht 2019 des PKV-Verbands (mit den Angaben zur Faktorsteigerung auf Seite 79) online unter iww.de/s4538
- Download: Fachbeitrag „GOÄ-Faktoren steigern: Etwas Mühe lohnt sich!“ online unter iww.de/s4855

Privatliquidation

Nr. 5377 GOÄ: Was bedeutet das Wort „einschließlich“ in der Leistungslegende?

FRAGE: „Es geht um Nr. 5377 GOÄ. Die Leistungslegende lautet ‚Zuschlag für computergesteuerte Analyse einschließlich speziell nachfolgender 3D-Rekonstruktion‘ (800 Punkte; 46,63 Euro beim Faktor 1,0; nicht steigerungsfähig). Darf die Nr. 5377 GOÄ bei Ganzkörper-CT pro Hauptziffer abgerechnet werden oder nur, wenn nachweislich auch eine 3D-Rekonstruktion stattgefunden hat? Bedeutet der Begriff ‚einschließlich‘ also, dass die 3D-Rekonstruktion obligater Leistungsinhalt der Nr. 5377 GOÄ ist oder, dass eine 3D-Rekonstruktion ebenfalls nach Nr. 5377 GOÄ berechnet werden darf?“

ANTWORT: Nach der Leistungslegende der **Nr. 5377 GOÄ** ist die 3D-Rekonstruktion **obligat**. Grundsätzlich können Sie den Zuschlag nur ansetzen, wenn für die in den Leistungslegenden der zugehörigen CT-Leistungen genannten Körperbereiche auch tatsächlich eine 3D-Rekonstruktion erfolgt ist. Bezogen auf die Leistungslegende heißt das, dass beide Leistungsbestandteile erfüllt sein müssen, damit Sie die Leistung berechnen

dürfen – sowohl die computergesteuerte Analyse als auch die speziell nachfolgende 3D-Rekonstruktion!

Anders ist es bei der ähnlichen Zuschlagsleistung zu MRT-Leistungen nach **Nr. 5733 GOÄ** (Zuschlag für computergesteuerte Analyse, z. B. Kinetik, 3D-Rekonstruktion; 46,63 Euro beim Faktor 1,0; nicht steigerungsfähig). Hier ist die 3D-Rekonstruktion tatsächlich nur beispielhaft angeführt.

Wäre die 3D-Rekonstruktion nur fakultativer Leistungsbestandteil der Nr. 5377 GOÄ, so wäre dies auch erkennbar an der hierfür bei anderen Leistungslegenden in der GOÄ verwendeten Formulierung: „gegebenenfalls einschließlich ...“.

Merke

Ist in einer Leistungslegende die Formulierung „gegebenenfalls einschließlich ...“ enthalten, berechtigt die alleinige Erbringung dieser fakultativ aufgeführten Leistung **nicht** zur Berechnung der entsprechenden Leistungsposition.

Beispiel: Nr. 5370 GOÄ (Computergesteuerte Tomographie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des kranio-zervikalen Übergangs; 2.000 Punkte; 209,83 Euro beim Faktor 1,8). Bei einem CT des kranio-zervikalen Übergangs allein (ohne Kopfbereich) wäre die Nr. 5370 nicht berechnungsfähig.

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 auszusprechen 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.

Wirtschaftlichkeit

Nutzwertanalyse in der Radiologie

Die Kostenvergleichsrechnung stellt ein monetäres Bewertungsverfahren in der Investitionsrechnung dar („Investitionsrechnungen in einer Radiologiepraxis“ in RWF Nr. 03/2021). Die **Nutzwertanalyse** (NWA) dagegen ist ein nicht-monetäres Verfahren. Mit ihrer Hilfe sollen nicht-monetäre Teilziele vergleichbar gemacht werden, um so eine Entscheidung zwischen mehreren Alternativen treffen zu können.

von Prof. Günter Stephan, ehem. Hochschule für öffentliche Verwaltung des Landes Baden-Württemberg, Kehl, stephan@hs-kehl.de

NWA verschafft Übersicht

Die Investitionsmöglichkeiten bzw. -alternativen werden unter Berücksichtigung mehrerer Zielkriterien untersucht und entsprechend einer subjektiven Präferenzordnung bewertet. Somit können auch nicht-monetäre Aspekte von Investitionen, wie z. B. Bedienerfreundlichkeit einer Anlage, Lautstärke, Platzbedarf, Qualität, Zusatzfunktionen, Kundenservice etc. in diese Ziel-

kriterien einfließen. Die Praxis- bzw. Instituts-Leitung erhält durch dieses Instrument eine gute Übersicht über die vorliegenden Investitionsmöglichkeiten. Die NWA ist standardisiert durchführbar und leicht handhabbar.

1. Beispiel einer NWA: CT-Gerät

Der Ablauf einer NWA erfolgt in fünf Schritten:

1. Bestimmung der Zielkriterien
2. Gewichtung der Zielkriterien
3. Bestimmung des Teilnutzens
4. Ermittlung des Nutzwertes
5. Beurteilung der Vorteilhaftigkeit

Zunächst sind die Zielkriterien für die Beurteilung festzulegen: Anschaffungswert, Kosten, Zuverlässigkeit, Service, Bildqualität und Beratungskompetenz. Diese sollten voneinander unabhängig sein. Anhand dieser wird die Entscheidung für eine der Anlagen getroffen.

Die Zielgewichtung (Spalte 2, Tabelle b: NWA CT-Gerät) sagt aus, welche Bedeutung das jeweilige Kriterium an der Entscheidung hat. Hier ist die Bildqualität mit 30 % der bedeutendste Gewichtungsfaktor, dann folgt der Anschaffungswert mit 20 % vor der Zuverlässigkeit mit 15 %. Die Summe der Zielgewichtungspunkte beträgt 100 %. Nun ordnet man den einzelnen Alternativen entsprechend dem Erfüllungsgrad. Je nachdem, wie gut oder schlecht sie das Zielkriterium erreichen, werden Punkte (Teilnutzwerte) zugeteilt. Dies ist die Zielerreichung auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 keinen Zielbeitrag und 10 einen sehr hohen Zielbeitrag bedeutet.

Beispiel 1, Tabelle a: Vergleich zweier CT-Geräte – Ausgangsdaten

	CT-Gerät 1	CT-Gerät 2
Anschaffungswert	350.000 Euro	390.000 Euro
Monatliche Kosten	7.000 Euro	10.000 Euro
Zuverlässigkeit	wenige Ausfälle	sehr wenige Ausfälle
Service	innerhalb von 36 Std.	innerhalb von 24 Std.
Bildqualität	gut	hochwertig
Beratungskompetenz Lieferfirma	gut	sehr gut

Beispiel 1, Tabelle b: NWA CT-Gerät

Kriterien	Zielgewichtung	CT-Gerät 1		CT-Gerät 2	
		Zielerreichung	Teilnutzwerte	Zielerreichung	Teilnutzwerte
Anschaffungswert	20 %	8	160	6	120
monatliche Kosten	10 %	8	80	5	50
Zuverlässigkeit	15 %	7	105	10	150
Service	10 %	5	50	9	90
Bildqualität	30 %	8	240	10	300
Beratungskompetenz	15 %	7	105	9	135
Summe = Nutzwert	100 %	-	740	-	845

Die Multiplikation der Zielgewichtung mit der Zielerreichung ergibt dann die jeweiligen Teilnutzwerte (Spalten 4 bzw. 6). Deren Summe wiederum ergibt den Nutzwert. Diese Nutzwerte bestimmen dann die Reihenfolge der Alternativen. Somit bilden nicht nur wirtschaftliche Aspekte (hier Anschaffungspreis und laufende Kosten), sondern auch nicht-monetäre Aspekte (hier Bildqualität, Service etc.) eine Entscheidungsgrundlage.

Im Beispiel 1 erzielt das CT-Gerät 2 die höheren Nutzwertpunkte (845 vs. 740 Punkte) und ist damit die bevorzugte Alternative.

2. Beispiel einer NWA: Dienstfahrzeug

Für ein neues Dienstfahrzeug einer Praxis stehen zwei Modelle zur Auswahl mit folgenden Ausgangsdaten:

- **Modell A:** Anschaffungswert 35.000 Euro, jährliche fixe Kosten ca. 2.000 Euro, Verbrauch ca. 7 Liter/100 km. 6 Personen können mühelos befördert werden, hoher Repräsentationswert des Fahrzeugs.
- **Modell B:** Anschaffungskosten 42.000 Euro, jährliche fixe Kosten ca. 2.000 Euro, Verbrauch ca. 5 Liter/100 km. Das Fahrzeug ist ein Hybridmodell, es kann mühelos 5 Personen transportieren.

Es hat einen mittleren Repräsentationswert.

Auf der Grundlage dieser NWA ist Modell A als Dienstfahrzeug zu beschaffen (Nutzwert: 730 vs. 700 Punkte). Die laufenden Kosten bleiben unberücksichtigt, da sie bei beiden Modellen identisch sind.

Nachteile der NWA

Die NWA suggeriert durch das rechnerische Ergebnis eine objektive Genauigkeit. Dies ist aufgrund dominierender subjektiver Elemente, insbesondere der Festlegung der Zielkriterien, deren Gewichtung und der Feststellung der Zielerreichungsgrade jedoch keineswegs der Fall.

Die NWA bezieht keine finanzwirtschaftlichen Aspekte ein. Sie sollte stets ergänzt werden durch ein Verfahren der Wirtschaftlichkeitsberechnung, z. B. der Kostenvergleichsrechnung. Zudem besteht die Möglichkeit, dass sich Zielkriterien überlappen bzw. Zielkonflikte zwischen den Zielkriterien bestehen.

Vorteile der NWA

Trotz der dargestellten Unzulänglichkeiten stellt die NWA ein adäquates Verfahren zur Entscheidungshilfe dar, denn sie ist vergleichsweise einfach

durchzuführen und kann dennoch entscheidungsrelevante Einsichten und Informationen vermitteln.

Die große Stärke der NWA liegt darin, dass sie es ermöglicht, auch nicht-monetäre Einflussgrößen zu berücksichtigen. Mithilfe der NWA ist es möglich, die subjektiven Bewertungen des Entscheidungsträgers für sich selbst und andere transparent zu machen. Der Entscheidungsablauf wird systematisch so dargestellt, dass die Vorgehensweise stets nachvollziehbar ist. Dabei kann eine flexible Anpassung an unterschiedlichste und spezielle Erfordernisse vorgenommen werden, wobei vor allem eine hohe Flexibilität hinsichtlich des Zielsystems existiert.

Ein weiterer Pluspunkt ist die direkte Vergleichbarkeit der einzelnen Alternativen. Die NWA kann jedoch nur eine Entscheidungshilfe leisten, die letztendliche Entscheidung kann sie dem Anwender nicht abnehmen.

Eine Option besteht zudem darin, die Wirtschaftlichkeit, die zunächst durch eine Kostenvergleichsrechnung ermittelt wurde, als Zielkriterium in die NWA aufzunehmen. So kann die rein monetäre mit der nicht-monetären Analyse verbunden werden.

Beispiel 2: NWA Dienstfahrzeug

Kriterien	Zielgewichtung	Modell A		Modell B	
		Zielerreichung	Teilnutzwerte	Zielerreichung	Teilnutzwerte
Anschaffungswert	30 %	10	300	6	180
Verbrauch	25 %	4	100	9	225
Geräumigkeit	15 %	8	120	5	75
Umwelt	10 %	3	30	10	100
Repräsentationswert	20 %	9	180	6	120
Summe	100	-	730	-	700

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Wie viel kaufmännisches Management braucht die Radiologie?“ in RWF Nr. 06/2020

Arbeitsrecht

Rechtsfragen rund um Corona-Tests am Arbeitsplatz und Corona-Impfungen

Grundsätzlich gilt: Arbeitgeber müssen allen Beschäftigten, die nicht ausschließlich in ihrer Wohnung arbeiten, mindestens einmal wöchentlich einen Corona-Test anbieten. Beschäftigte, die bei ihren Tätigkeiten einem besonderen Infektionsrisiko ausgesetzt sind, haben einen Anspruch auf Testung mindestens zweimal wöchentlich (SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung [kurz Corona-ArbSchV]). Was aber, wenn Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter einen Test verweigern? Und wie sieht es bei den Corona-Schutzimpfungen aus?

von RAin, FAin für MedizinR
Dr. Birgit Schröder, Hamburg,
dr-schroeder.com

Keine Testpflicht, aber ...

Der Arbeitnehmer bekommt ein Testangebot – es steht ihm erst einmal frei, dieses anzunehmen oder abzulehnen. Es gibt also keine Testpflicht. Es wird jedoch grundsätzlich empfohlen, das Testangebot anzunehmen.

Für bestimmte Beschäftigtengruppen gibt es allerdings aktuell weitergehende Testverpflichtungen in bundes- oder landesrechtlichen Bestimmungen auf Grundlage des Infektionsschutzgesetzes (IfSG). Wer nicht darunter fällt, unterliegt keiner Testpflicht. Es gibt nur eine Angebotspflicht.

Aber: Liegen coronatypische Symptome wie z. B.

- Husten,
- Schnupfen,
- Fieber oder
- Atembeschwerden

vor und ist keine Beschäftigung im Homeoffice möglich, darf der Arbeitgeber einen Corona-Test anordnen. Da es einen konkreten Anlass gibt, ist

ein Test zum Schutz anderer Arbeitnehmer gerechtfertigt und erforderlich. Begründet wird dieses mit der allgemeinen Fürsorgepflicht des Arbeitgebers zum Schutz aller Arbeitnehmer.

Bei einer Abwägungsentscheidung zwischen einem geringen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit durch einen Test und dem Infektionsschutzgedanken bei hohen Inzidenzzahlen/lokalem Infektionsgeschehen wird diese zulasten des einzelnen Arbeitnehmers ausfallen müssen.

Da der Arbeitnehmer im Falle einer unberechtigten Testverweigerung seine Arbeitsleistung nicht ordnungsgemäß anbietet, kann der Arbeitgeber ihn unbezahlt von der Arbeit freistellen. Auch eine Abmahnung wäre denkbar. Als ultima ratio käme auch eine Kündigung in Betracht.

Konkret könnte dieses bedeuten, dass sogenannten Testverweigerern der Zutritt zur Praxis, Klinik oder zum Unternehmen versagt werden kann mit der Folge, dass sie ihren Anspruch auf Lohnzahlung verlieren, soweit sie ihre Tätigkeit nicht von zu Hause erbringen können.

Praxistipp

Ungeachtet aller rechtlichen Fragen sollte – wie immer in solchen Dingen – versucht werden, durch niedrigschwellige Test- und Beratungsangebote eine möglichst große Zustimmung und Bereitschaft zu erreichen.

Und was gilt bei Impfungen?

Eine staatliche Impfpflicht gegen das Coronavirus (SARS-CoV-2) gibt es derzeit ebenfalls nicht; aktuell ist eine solche Impfpflicht auch nicht geplant. Eine Impfung ist daher grundsätzlich freiwillig.

Davon unabhängig stellt sich indes die Frage nach möglichen arbeitsrechtlichen Konsequenzen, wenn sich ein Arbeitnehmer weigert, obwohl dieser im Bereich der Alten- oder Krankenpflege

- in einem Krankenhaus oder
- in einer Arztpraxis beschäftigt ist

und eine Impfung dringend empfohlen wird.

Insbesondere gemäß § 23 Abs. 3 Satz 1 IfSG gilt in medizinischen Bereichen, dass Arbeitgeber nicht geimpfte Arbeitnehmer für Tätigkeiten mit unmittelbarem Kontakt zu Patienten dann nicht beschäftigen werden können. Bestehen keine anderen Einsatzmöglichkeiten, ist die Beschäftigung dieses Arbeitnehmers unmöglich. Ähnliches gilt beispielsweise bei einem Piloten ohne Lizenz.

Analog der Testverweigerer wird man argumentieren können, dass der Arbeitnehmer seine Arbeitsleistung nicht ordnungsgemäß anbietet. Der Arbeitgeber kann ihn unbezahlt von der Arbeit freistellen. Auch eine

Abmahnung wäre denkbar. Als ultima ratio käme auch hier eine Kündigung in Betracht.

Fazit

Zusammenfassend bedeutet dies, dass der Arbeitgeber eine solche Impfung grundsätzlich nicht verlangen kann. Der Arbeitgeber kann sie empfehlen und Mitarbeiter motivieren, diese in Anspruch zu nehmen. Der Arbeitgeber kann die fehlende Schutzimpfung jedoch nicht dergestalt sanktionieren, dass er ungeimpften Arbeitnehmern keine oder weniger Vergütung zahlt. Obergerichtliche arbeitsrechtliche Entscheidungen stehen noch aus, sodass vieles noch als juristisches Neuland zu bezeichnen ist.

Leserforum Recht

Termin-Ausfallgebühr: Bei welchen Patienten und in welcher Höhe?

FRAGE: „Kann eine Termin-Ausfallgebühr bei allen Patienten oder nur bei Privatpatienten verlangt werden? Und wie hoch darf diese Gebühr sein?“

ANTWORT: Grundsätzlich gibt es einen Erstattungsanspruch auch gegenüber Kassenpatienten. Allerdings ist eine Abrechnung der Ausfallgebühr nur gegenüber dem Patienten und nicht gegenüber der KV möglich. Voraussetzungen sind die Vereinbarung und Freihaltung eines festen Termins für den Patienten, eine eindeutige Kommunikation, wie die Modalitäten einer Absage aussehen, sowie eine schriftliche Vereinbarung.

Zur Höhe der Ausfallgebühr gibt es keine einheitlichen Regelungen. Fraglich ist zunächst, ob ein echter Schaden im Sinne eines wirtschaftlichen Minus entstanden ist. Dafür ist erforderlich, dass keine Kompensation durch eine andere Behandlung erfolgt. Bestreitet der Patient den Schaden, so muss der Arzt diesen belegen.

Zur konkreten Höhe der Vergütung gibt es unterschiedliche Urteile. Grundsätzlich gilt, dass auch eine Pauschale verlangt werden kann. Die Pauschale entspricht dann dem durchschnittlichen Umsatz pro Zeiteinheit bzw. bei einem „Durchschnittspatienten“. Das wird sich regelmäßig ohne großen Aufwand errechnen lassen.

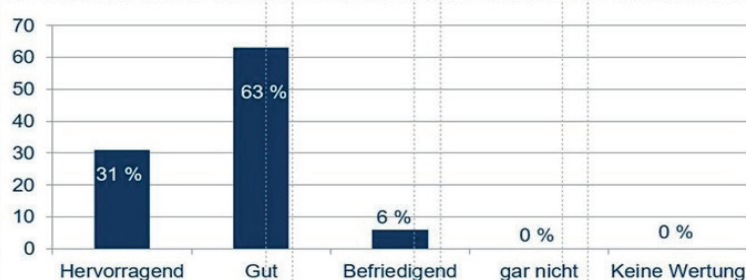
Wenn keine Pauschale verlangt wird, sind ersparte Aufwendungen (Sachkosten) abzuziehen.

CONTRAST FORUM – Neues von Guerbet

Große Beteiligung beim Webinar zum MTA-Reform-Gesetz

Für die positive Resonanz und rege Beteiligung am Webinar „**MTA-Reform-Gesetz: Das bedeuten die neuen Regelungen für die Praxis**“ am 18.04.2021 bedankt sich Guerbet bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Über 220 MTRA, Ärztinnen und Ärzte, Praxismanager etc. haben sich über die Ausbildungsreform, die ab dem Jahr 2023 gelten wird, informiert. In den 90 Minuten standen neben den Fakten vor allem auch die kompetente Beantwortung der zahlreichen Fragen zur Umsetzung der Neuregelungen im Fokus. Das positive Feedback spiegelt sich auch in der Befragung direkt nach dem Webinar wider.

Wie hat Ihnen der Vortrag der Referenten gefallen?



Sie haben das Webinar verpasst? Das ist kein Problem, denn die Veranstaltung ist als Aufzeichnung online verfügbar.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Rechnung für Ausfallhonorar: Diese Punkte sollten Sie beachten!“ in RWF Nr. 02/2021
- „Zeit ist Geld – Rechtliches zum Thema Ausfallgebühr“ in RWF Nr. 10/2018
- „Muster-Terminvereinbarung“ zum Download