

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

09 | September 2022

Interview

„Radiologen der Bundeswehr sind immer auf einen Auslandseinsatz vorbereitet!“

Das Bundeswehr-Zentralkrankenhaus in Koblenz ist das älteste und größte Bundeswehrkrankenhaus Deutschlands. Mit 506 Betten versorgt es militärische und zivile Personen. Es gehört zu den fünf notfallmedizinischen Zentren in Rheinland-Pfalz. Die Klinik VIII – Radiologie und Neuroradiologie bietet alle konventionellen radiologischen und neuroradiologischen Untersuchungen mit Ausnahme der Mammografie an. Oberstarzt Dr. Stephan Waldeck leitet die Klinik. Er stand Ursula Katthöfer (textwiese.com) Rede und Antwort.

Redaktion: Worin unterscheidet die Klinik VIII sich von anderen radiologischen Abteilungen?

Dr. Stephan Waldeck: Wir sind ein Krankenhaus der Maximalversorgung. Zivile Patienten machen einen Anteil von 80 Prozent, Soldaten einen Anteil von 20 Prozent aus. Der größte Unterschied zu zivilen Häusern ist der traumatisch-interventionelle Schwerpunkt. Wir versorgen z. B. Schwerverletzte von Verkehrsunfällen mit Polytrauma und auch repatrierte polytraumatisierte Soldaten (z. B. nach Sprengverletzungen). Die Verletzungsmuster ähneln denen, die wir bei Auslandseinsätzen sehen könnten. Diese Patienten sind sehr pflege-, ressourcen- und dementsprechend kostenintensiv, sodass andere Häuser sie ungern versorgen. Wir hingegen

haben eine Schwerverletzungsartenverfahren(SAV)-Zertifizierung. Für uns gilt: Je komplexer das Trauma eines Patienten, desto besser können wir uns auf Auslandseinsätze vorbereiten.

Redaktion: Wie sorgen Sie dafür, dass Radiologen der Bundeswehr ständig fit für Auslandseinsätze sind?

Dr. Stephan Waldeck: Wir handeln nach dem Motto „Train as you fight“, arbeiten also im In- und Auslandseinsatz immer gleich. Als der Ukraine-Krieg begann, wurde ein ultramobiler und ultramoderner CT-Container beschafft. Wir rechneten jeden Moment mit der Verlegung. Doch die Politik entschied anders. Dann war der Container für Mali vorgesehen. Wir haben in der Notaufnahme daran geübt und MTRA, die der Bundeswehr ange-

Inhalt

Save the date

Abrechnungs-Webinar (GOÄ & EBM) zu MRT-Leistungen am Mi., dem 07.12.2022 3

Arbeitsrecht

Betretungs- und Tätigkeitsverbote im Rahmen der einrichtungsbezogenen Impfpflicht 4

Vertragsarztrecht

Radiologen-BAG nicht teilnahmeberechtigt an der ASV 6

Wirtschaftlichkeit

Break-Even-Analyse für eine Großpraxis der Radiologie 7

Download

Zum Beitrag auf Seite 4: Textbausteine zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht gegen COVID-19

hören, daran ausgebildet. Die Technik ist so schnell und die Röhren sind so gut, dass CTs das ideale Polytraumainstrument für die medizinische Erstbewertung sind. Wir scannen und sehen sofort, was wir tun müssen. So können wir die am schwersten Verletzten herausfiltern. Es sind auch technische Details zu beachten. Damit das Gerät in Krisengebieten funktioniert, darf es nicht zu schwer sein und zu viel Strom verbrauchen. Wegen des feinen Wüstensandes in einigen Einsatzgebieten braucht es eine spezielle Klimaanlage. Ich bin stolz darauf, dass der CT-Container 5G-fähig ist. In Koblenz können wir über 5G Daten aus aller Welt bekommen. Das hat drei Vorteile: Erstens archivieren wir ohne Festplatten. Zweitens können MTRA im Inland ihre Kollegen im Ausland per Live-Support unterstützen. Und drittens können wir bei einem Massenansturm von Patienten unsere Leistung hochskalieren, indem Radiologen sich von Deutschland aus live einwählen und Patienten im Ausland befunden. So stellen wir sicher, dass das Gerät am Einsatzort weiter läuft.

Redaktion: Die Bundeswehr führt die Enhanced Forward Presence in Litauen, um die Ostflanke der NATO zu sichern. Welche Aufgaben haben Radiologen dort?

Dr. Stephan Waldeck: Ich sehe uns in der Diagnostik und in der Logistik. Zu Beginn des Ukraine-Kriegs wurde mit Tausenden Schwerverletzten täglich gerechnet. Da kann man nicht mit Ärzten am Bahnhof stehen und gucken, wer kommt, sondern muss sich logistisch gut vorbereiten. Der Fall ist so nicht eingetreten, doch sind wir darauf vorbereitet, dass die Radiologie bei der Verteilung dieser Patienten eine Schlüsselrolle spielen kann. Es ist wichtig zu wissen, wo Patienten am

besten versorgt würden. Menschen mit kleineren Brüchen könnten in ein Landkrankenhaus, Menschen mit Polytraumata müssten zu einem Maximalversorger. Da sähe ich unsere Primäraufgabe.

Redaktion: Ist zivilen Radiologen bewusst, was Radiologen bei der Bundeswehr tun?

Dr. Stephan Waldeck: Die Radiologie hat sich für einen Massenansturm noch nicht aufgestellt. Nicht nur im Krieg, auch bei einem Terroranschlag kann es viele Verletzte geben. Wenn alles gut geht, verankern wir in der Deutschen Röntgengesellschaft im nächsten Jahr eine Arbeitsgemeinschaft, damit wir Szenarien für diese Situationen entwickeln können.

Redaktion: Die Bundeswehruniversitäten in München und Hamburg bieten kein Medizinstudium an. Woher kommt der radiologische Nachwuchs Ihrer Abteilung?

Dr. Stephan Waldeck: Es gibt zwei Wege: Einige beginnen das Medizinstudium zivil an einer deutschen Universität und kommen im Laufe dessen zur Bundeswehr. Ich bin beispielsweise nach dem Physikstudium eingestiegen. Andere nehmen über das Personalamt der Bundeswehr am Auswahlverfahren teil, werden Soldat und erhalten einen Studienplatz aus dem Kontingent, das die Bundeswehr an einigen medizinischen Fakultäten hat. Wer den geforderten Numerus Clausus nicht hat, kann auf diese Weise Glück haben und einen Medizinstudienplatz bekommen.

Redaktion: Spüren Sie den Ärztemangel auch bei der Bundeswehr?

Dr. Stephan Waldeck: Nein, unsere Herausforderung ist eine andere: Die

Bundeswehr ist kein regulärer Arbeitgeber. Sie finanziert das Studium, um in Minimalzeit Fachärzte für Auslandseinsätze zu gewinnen. Doch wenn es darum geht, irgendwo Truppenarzt zu werden, stehen viele dem ablehnend gegenüber. Diese Kollegen vergessen, dass die Bundeswehr einen internationalen Auftrag hat.

Redaktion: Ist das medizinische Personal Ihrer Abteilung eher zivil oder militärisch?

Dr. Stephan Waldeck: Wir haben MTRA mit und ohne Schulterklappe. Im Falle eines Auslandseinsatzes erfüllen unsere MTRA in Uniform einen hoheitlichen Auftrag. Doch das Krankenhaus in Koblenz wird deshalb ja nicht geschlossen. Das zivile Personal bleibt vor Ort und stellt sicher, dass das Krankenhaus 24/7 funktioniert. Bei MTRA spüren wir den Fachkräftemangel sehr. MTRA, die nachts einen Schlaganfallpatienten versorgen, bekommen genauso viel Geld wie Wachen, die nachts am Zaun stehen. In diesen veralteten Strukturen wird die Leistung nicht honoriert. Wenn wir den Lohn für Nachtdienste bei den MTRA beispielsweise verdreifachen würden, könnten wir die Nachtdienste bald sicher besetzen.

Redaktion: Wie steht Ihr Team zu zivilen Einsätzen wie z. B. während der Coronapandemie und bei der Flutkatastrophe im Ahrtal?

Dr. Stephan Waldeck: Für mich ist ein Patient ein Patient, ob er eine Uniform trägt oder nicht. Wir haben in der ersten Phase der Pandemie viele italienische Patienten versorgt. Ganze Stationen wurden geschlossen und zu Coronastationen umgewidmet. Während der Flutkatastrophe haben wir das Krankenhaus in Alarmbereitschaft versetzt

und auf einen Massenansturm von Verletzten vorbereitet.

Wenn wir uns um Soldaten kümmern, spüren alle die Kameradschaft. Als Ärzte tragen wir bewusst Uniform. Denn so erkennt ein verletzter Soldat sofort, dass der Arzt die emotionale Komponente seiner Kriegsverletzung versteht. Das gibt Sicherheit. Im Gegensatz zu zivilen Häusern sind wir nicht in so hohem Maße dem Kostendruck des zivilen Gesundheitssystems ausgesetzt. Wir sind technisch sehr gut ausgestattet. Soldaten müssen von Ärzten der Bundeswehr behandelt werden, sie haben keinen unmittelbaren Zugang zum zivilen Gesundheitssystem. Wenn sie nicht die freie Wahl haben, dann sollen sie wenigstens auf höchstem Standard versorgt werden.

Redaktion: Stichwort Kostendruck. Zivile Krankenhäuser brauchen jeden Patienten. Spüren Sie in der Radiologie den Wettbewerb zwischen zivilen und militärischen Häusern?

Dr. Stephan Waldeck: Nein. Wir helfen. Wir übernehmen z. B. Schlaganfalldienste aus einem anderen Koblenzer Krankenhaus, damit kein Versorgungsproblem entsteht. Doch ist unser Auftrag nicht regional, sondern überregional. Der Bund kann theoretisch von heute auf morgen bestimmen, dass wir keine Zivilpersonen mehr behandeln, sondern z. B. nur noch Ukrainer. Deshalb haben wir gar nicht den Anspruch wie zivile Häuser, dass die Arbeit sich rechnen muss.

Redaktion: Können Sie uns ein Beispiel für die gute Ausstattung nennen?

Dr. Stephan Waldeck: Wir haben schon vor der Markteinführung eine Photon Counting Detektor CT betrieben und sind weltweit die einzigen,

bei denen Siemens Healthineers das neue Naeotom Alpha im Schockraum installiert hat. Das Trauma ist unser Forschungsansatz. Endlich haben wir das gesamte Energiespektrum. Naeotom Alpha ist ein 384-Zeiler mit zwei Röhren à 192 Zeilen. Bei diesem Spektrum kann man zwischen 40 und 190 Kilo-elektronenvolt (keV) virtuell visualisieren. Gehen wir mit der keV-Zeit ganz weit runter, bekommen wir ein blutungssensitives Bild – wenn auch stark überstrahlt. Doch so wissen wir sofort, wo Blutungen zu stillen sind. Gehen wir mit der keV-Zeit hoch, wird das Bild fraktursensitiv. Diese differenzierten Bilder werden zukunftsnahe auch für Künstliche Intelligenz wertvoll sein, weil sie für mathematische Algorithmen viel einfacher aufzulösen sind als Mischbilder. Darin sehe ich die Zukunft. Das ist ein Technologiesprung wie von der Einzeiler-CT zur Spiral-CT.

Redaktion: Wo sehen Sie Ihre Abteilung in zehn Jahren?

Dr. Stephan Waldeck: In unserem neuen Krankenhausgebäude, in das wir hoffentlich Ende 2025 einziehen können. Neben Radiologie und Neurologie werden wir mit der interventionellen Radiologie eine zusätzliche Sektion haben. Die reine Bildgebung reicht nicht für das Krankenhaus und erst recht nicht für die Bundeswehr. Noch ist die Therapie in unserem Fachbereich nicht fest genug verankert. Doch auch Radiologen müssen heilen wollen, also z. B. eine Blutung stillen, bevor der Chirurg den Patienten sieht. Im neuen Krankenhausgebäude werden wir Schockräume von mehr als 100 Quadratmetern haben, die mit allem ausgestattet sind. So müssen Schwerstverletzte den Raum von der Diagnostik bis zur Endversorgung nicht mehr verlassen. Denn es sind die Wege, die die Mortalität erhöhen.

Save the date

Abrechnungs-Webinar (GOÄ & EBM) zu MRT-Leistungen am Mi., dem 07.12.2022

Guerbet lädt Sie ein zum Webinar „MRT-Leistungen optimal abrechnen – Tipps und Antworten von GOÄ- und EBM-Experten“ am **Mittwoch, dem 07.12.2022** von 17:00 bis 18:30 Uhr.

Eine Teilnahme am Webinar ist kostenlos. Weitere Informationen zur Anmeldung und zum Inhalt erhalten Sie mit den nächsten Ausgaben des RWF. Stellen Sie Ihre MRT-Abrechnungsfragen (GOÄ oder EBM) gerne ab sofort per E-Mail an rwf@iww.de. Herzlichen Dank!

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
(Stv. Chefredakteur, 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.

Coronapandemie und Arbeitsrecht

Betretungs- und Tätigkeitsverbote im Rahmen der einrichtungsbezogenen Impfpflicht

Seit Inkrafttreten der sogenannten „einrichtungsbezogenen Impfpflicht“ am 15.03.2022 sind u. a. Arztpraxen und Kliniken verpflichtet, den Gesundheitsämtern ungeimpfte Beschäftigte zu melden. Die Gesundheitsämter fordern die betroffenen Einrichtungen und Beschäftigten im Rahmen des behördlichen Verfahrens regelmäßig auf, die nach § 20a Infektionsschutzgesetz (IfSG) erforderlichen Nachweise vorzulegen. Geschieht dies nicht, droht der Ausspruch eines sogenannten „Betretungsverbots“ durch das Gesundheitsamt. Die betroffenen Beschäftigten dürfen dann nicht mehr an ihrem Arbeitsplatz tätig werden. Der nachfolgende Beitrag erläutert die Rechtslage unter dem Aspekt des gesundheitsbehördlichen Verfahrens und enthält Handlungsempfehlungen aus der anwaltlichen Praxis.

von Rechtsreferendarin Anna Sprinkmeyer und RA, FA ArbeitsR, MedizinR, Handels- und GesellschaftsR Benedikt Büchling, Hagen, kanzlei-am-aerztehaus.de

„Einrichtungsbezogene Impfpflicht“ und Meldepflichten

Beschäftigte in Arztpraxen und Kliniken sind seit dem 15.03.2022 verpflichtet, einen Impf- oder Genesenennachweis gegenüber dem Arbeitgeber zu erbringen.

Das Gesetz sieht insoweit die Vorlage eines

- Impfnachweises im Sinne des § 2 Nr. 3 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung,
- Genesenennachweises im Sinne des § 2 Nr. 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung oder
- ärztlichen Zeugnisses darüber, dass sie aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht ge-

gen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können, vor.

Ein Nachweis kann ergänzend auch durch ärztliche Zeugnisse über eine bestehende Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftsdrittel erbracht werden.

Arbeitgeber sind verpflichtet, Personen, für die ein Nachweis nicht erbracht wurde, unter Angabe der personenbezogenen Daten (§ 2 Nr. 16 IfSG) dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Die fehlende Meldung sowie die Beschäftigung einer Person ohne Nachweis sind bußgeldbewehrt, vgl. § 73 Abs. 1a Nr. 7h) IfSG: Möglich sind demnach Geldbußen von bis zu 2.500 Euro.

Formulierungshilfe

Einen Textbaustein zur Information des Arbeitgebers an den Arbeitnehmer über die Meldepflicht finden Sie im [Downloaddokument](#) „Textbausteine zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht gegen COVID-19“.

Befugnisse der Gesundheitsämter

Die Befugnisse der Gesundheitsämter sind in § 20a Abs. 5 IfSG geregelt. Danach können diese zunächst die betroffenen Personen auffordern, einen entsprechenden Nachweis vorzulegen. Ferner kann das Gesundheitsamt einer Person, die trotz dieser Aufforderung keinen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt oder der Anordnung einer ärztlichen Untersuchung nicht Folge leistet, untersagen, dass sie den Betrieb betritt oder in einer solchen Einrichtung oder einem solchen Unternehmen tätig wird. Bestehen Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit eines vorgelegten Nachweises, so kann das Gesundheitsamt eine ärztliche Untersuchung dazu anordnen, ob die betroffene Person aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden kann.

Formulierungshilfe

Textbaustein zur Meldung gegenüber dem Gesundheitsamt im [Downloaddokument](#)

Das Tätigwerden der Gesundheitsbehörde setzt eine solche Meldung indes nicht zwingend voraus. Ebenfalls denkbar sind – aufgrund der bestehenden Ermittlungspflicht – durch die Gesundheitsämter selbst eingeleitete Kontrollen.

Voraussetzungen und Rechtsfolgen der Betretungs- und Tätigkeitsverbote

Es gibt zwei Fälle, in denen der Ausspruch eines Betretungs- und/oder Tätigkeitsverbots droht:

1. Die eine Möglichkeit ist, dass einer Aufforderung des Gesundheitsamts

zur Vorlage eines Nachweises **nicht** innerhalb einer angemessenen Frist **Folge geleistet** worden ist.

2. Die andere Möglichkeit besteht darin, dass eine **angeordnete ärztliche Untersuchung** wegen bestehender Zweifel an der Echtheit bzw. inhaltlichen Richtigkeit eines Zeugnisses über eine medizinische Kontraindikation **verweigert** wurde.

Merke

Angemessen ist dabei eine Frist von **14 Tagen**, wobei in der Praxis auch längere Fristen gesetzt werden können.

Zweifel an der Echtheit bzw. inhaltlichen Richtigkeit eines Impf- oder Genesenennachweises genügen hier nicht.

Die Gesundheitsämter treffen eine sog. „Ermessensentscheidung“. Dabei dürfen sie die Grenzen des Ermessens nicht über- oder unterschreiten, d. h., dass die jeweilige Entscheidung stets den Zweck der Vorschriften sowie insbesondere den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit beachten muss. In der Entscheidung muss auch Beachtung finden, dass ein Betretungs- oder Tätigkeitsverbot einen Eingriff in die Berufsfreiheit gemäß Art. 12 Grundgesetz darstellt. Nach der Gesetzesbegründung für die einrichtungsbezogene Impfpflicht soll dieser Eingriff insbesondere bei der Bemessung der Dauer eines Verbots Berücksichtigung finden.

Dies hat zur Folge, dass nicht in jedem Fall, in dem die tatbestandlichen Voraussetzungen vorliegen, ein (umfassendes) Betretungs- oder Tätigkeitsverbot ausgesprochen werden muss. Nach dem verfassungs-

rechtlich anerkannten Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist die Behörde gehalten, ein Verbot nur dann zu erlassen, wenn es zur Erreichung des Gesetzeszwecks

- geeignet,
- erforderlich und
- angemessen ist.

Die Erforderlichkeit setzt voraus, dass es zur Zweckerreichung kein milderes, gleich effektives Mittel gibt. Als milderes Mittel kommt z. B. eine örtliche Eingrenzung eines Tätigkeitsverbots in Betracht. Bei Reinigungskräften dürfte eine zeitliche Begrenzung des Betretungsverbots in Betracht kommen. Nebenbestimmungen und Auflagen können etwa das Tragen einer FFP2-Maske, regelmäßige Testungen oder eine Erlaubnis der Tätigkeit ausschließlich ohne Kontakt zu vulnerablen Personengruppen sein.

Handelt es sich hingegen um Tätigkeiten, die nur in der Praxis bzw. der Klinik ausgeübt werden können (z. B. MTRA, MFA, Krankenpfleger oder ärztliches Personal), wird das Gesundheitsamt i. d. R. ein **Betretungsverbot** aussprechen. Sind hingegen auch Tätigkeiten denkbar, die flexibel auch außerhalb der Praxis ausgeübt werden können (z. B. Hausbesuche; ambulante Pflege), kann ein zusätzliches **Tätigkeitsverbot** ausgesprochen werden.

Verfahrensablauf

Bei dem Ausspruch eines Betretungs- und/oder Tätigkeitsverbots sowie der ärztlichen Untersuchungsanordnung handelt es sich jeweils um einen Verwaltungsakt. Adressaten dieser Verwaltungsakte sind die Beschäftigten, die einen nach § 20a IfSG erforderlichen Nachweis nicht erbracht haben. Bevor ein solcher Verwaltungsakt erlassen wird, besteht eine Anhörungs-

pflicht, vgl. § 28 Abs. 1 Verwaltungsverfahrensgesetz. In diesem Rahmen werden die Verfahrensbeteiligten (Beschäftigte und Arbeitgeber) angehört und ggf. um Stellungnahme gebeten.

Formulierungshilfe

Textbaustein zur Meldung gegenüber dem Gesundheitsamt im [Downloadokument](#)

Ein erlassenes Betretungs- oder Tätigkeitsverbot ist gem. § 20a Abs. 5 Satz 4 IfSG sofort vollziehbar. Das bedeutet, dass ein etwaig eingelegter Rechtsbehelf gegen das Verbot keine aufschiebende Wirkung hat, das Verbot also während des Beschreitens des Rechtswegs durch die Behörde weiter vollzogen werden kann. Im Rahmen des Vollstreckungsrechts stehen der Behörde zur Durchsetzung des Verbots Zwangsmittel wie ein

- ein Zwangsgeld,
- die Ersatzzwangshaft oder
- der unmittelbare Zwang

zur Verfügung. Daneben stellt ein Verstoß gegen ein ausgesprochenes Betretungs- oder Tätigkeitsverbot auch eine Ordnungswidrigkeit dar, die gem. § 73 Abs. 1a Nr. 7 f) und Abs. 2 IfSG mit einer Geldbuße in Höhe von bis zu 2.500 Euro geahndet werden kann. Die Verbote werden i. d. R. befristet ausgesprochen, da der § 20a IfSG mit dem 31.12.2022 außer Kraft tritt und eine Fortgeltung noch nicht feststeht. Soweit eine vollständige Impfung später nachgewiesen wird, sind die entsprechenden Verbote aufzuheben.

Rechtsschutz und aktuelle Rechtsprechung

Gegen ein Betretungs- und Tätigkeitsverbot kann Anfechtungsklage bei dem zuständigen Verwaltungsgericht erhoben werden. Da Widerspruch

und Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, ist zugleich ein Eilrechtsschutzverfahren auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung (§ 80 Abs. 5 Satz 1 Alt. 1 Verwaltungsgerichtsordnung) möglich.

Das Verwaltungsgericht (VG) Osnabrück (Beschluss vom 25.07.2022, Az. 3 B 104/22, nicht rechtskräftig) lehnte den Antrag eines Zahnarztes ab, gegen den ein Tätigkeitsverbot verhängt worden war.

Das VG Hamburg (Beschluss vom 26.07.2022, Az. 6 E 2920/22) lehnte den Antrag einer MFA ab, für die ein infektionsschutzrechtliches Betretungsverbot ausgesprochen worden war. Beide Gerichte hielten die individuell erlassenen Betretungs- bzw. Tätigkeitsverbote für rechtmäßig. Insbesondere seien keine Ermessensfehler ersichtlich.

Arbeitsrechtliche Aspekte

Bis zum Ausspruch eines Betretungs- oder Tätigkeitsverbots nach § 20a Abs. 5 S. 3 IfSG ergeben sich für ein bestehendes Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis keine unmittelbaren gesetzlichen Konsequenzen. Spätestens aber nach Ausspruch eines berechtigten Betretungs- und/oder Tätigkeitsverbots besteht regelmäßig ein legitimes Interesse des Arbeitgebers, arbeitsrechtliche Maßnahmen in Form der Freistellung, Abmahnung und/oder Kündigung zu ergreifen.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- [Download zum Beitrag „Textbausteine zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht gegen COVID-19“](#)
- [„BVerfG bestätigt einrichtungsbezogene Impfpflicht – und jetzt?“](#) in RWF Nr. 07/2022
- [„Corona-Impfpflicht in Radiologiepraxen: Was ist zu beachten?“](#) in RWF Nr. 02/2022

Vertragsarztrecht

Radiologen-BAG nicht teilnahmeberechtigt an der ASV

Eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) kann nicht an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) teilnehmen. Dies hat das Landessozialgericht (LSG) München in seinem Urteil vom 08.04.2022 (Az. L 12 KR 546/21) entschieden.

Sachverhalt

Eine BAG, bestehend aus mehreren **Radiologen** sowie einem Facharzt für Nuklearmedizin, beantragte an der ASV im Bereich „Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen – Erwachsene“ teilzunehmen. Dies lehnte der Zulassungsausschuss der zuständigen KV mit der Begründung ab, dass an der ASV nur die

- einzelnen zugelassenen Ärzte,
- zugelassene MVZ sowie
- zugelassene Krankenhäuser

als Leistungserbringer teilnehmen können. Das Sozialgericht München, wies die hiergegen gerichtete Klage der BAG als unbegründet ab. Gegen dieses Urteil legte die BAG Berufung beim LSG München ein.

Entscheidungsgründe

Allerdings wies das LSG die Berufung als unbegründet zurück. Berechtigte Leistungserbringer der ASV sind auch nach Ansicht des LSG München nur solche, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen – folglich zugelassene Vertragsärzte, zugelassene MVZ, ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen sowie zugelassene Krankenhäuser. Da die BAG mangels Zulassungstatus kein Leistungserbringer im Sinne des § 116b Abs. 2 S. 1 SGB V, § 2 Abs. 1 S. 1 ASV-RL sei, komme auch eine institutionelle Benennung nicht in Betracht, so das Gericht. Eine

von RAin Victoria Hahn, Münster,
kanzlei-am-aerztehaus.de

BAG sei vielmehr eine Kooperationsform zwischen zugelassenen Leistungserbringern, nämlich zwischen mehreren zugelassenen Ärzten.

Merke

Demnach müssten die zugelassenen Ärzte der BAG, nicht aber die BAG selbst, für die ASV namentlich benannt werden.

Hinweis für die Praxis

Die Entscheidung des LSG München ist rechtlich nachvollziehbar. Dennoch wäre für die Beteiligten eine praktikablere Entscheidung wünschenswert gewesen. Das LSG hat die Revision zugelassen, sodass möglicherweise das Bundessozialgericht die Thematik final entscheiden wird.

Hintergrund – ASV

Die ASV nach § 116b SGB V richtet sich an Patienten, die an einer komplexen, schweren Erkrankung mit besonderem Krankheitsverlauf leiden. Dabei erfolgt die Behandlung in Krankenhäusern und Arztpraxen durch interdisziplinäre Ärzteteams, bestehend aus einer Teamleitung, einem Kernteam und Ärzten verschiedener Fachgebiete, die hinzugezogen werden können (§ 3 Abs. 2 ASV-Richtlinie).

Wirtschaftlichkeit

Break-Even-Analyse für eine Großpraxis der Radiologie

Die Break-Even-Analyse oder Gewinnschwellenanalyse ist eine Methode zur Unterstützung der Praxisleitung. Ermittelt wird die Gewinnschwelle (Break-Even-Point). Das ist der Punkt, an dem bei einem bestimmten Preis (Erlös) für eine Leistung oder Absatzmenge die Kosten gedeckt werden, also weder Gewinne noch Verluste anfallen.

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

Mit der Radiologie-Praxis in die Gewinnzone

Bei der Gewinnschwelle sind Umsatzerlöse und Kosten gleich. In der Verlustzone reichen die Erlöse nicht aus, um die Kosten zu decken. Oberhalb der Gewinnschwelle überschreiten die Erlöse die Kosten. Interessant sind für die Praxisleitung der Einfluss von Preiserhöhungen (in der radiologischen Praxis von geringer Bedeutung) sowie von Kosten- und Mengenveränderungen. Da sich allein aus der Bestimmung des Gewinnschwellenpunkts keine Aussagen über Ursachen- und Wirkungszusammenhänge treffen lassen, ist für die weitere Betrachtung eine Trennung der Kosten in fixe (mengenunabhängige) und variable (mit der Ausbringungsmenge schwankend) erforderlich. Das Diagramm zur Break-Even-Analyse sowie das Beispiel mit den Fortsetzungen sollen diese Zusammenhänge verdeutlichen.

Beispiel: Berechnung des Break-Even-Points

In der Kostenstelle Röntgen sind für das Jahr 2021 Kosten in Höhe von

1.498.000 Euro angefallen, die Erlöse betragen 1.189.000 Euro. 3.800 Untersuchungen wurden durchgeführt. Zur Vereinfachung sollen die Kosten zu 10 % variabel und 90 % fix sein. Somit betragen im Beispiel

- die fixen Kosten 1.348.200 Euro und die
- die variablen Kosten 149.800 Euro.

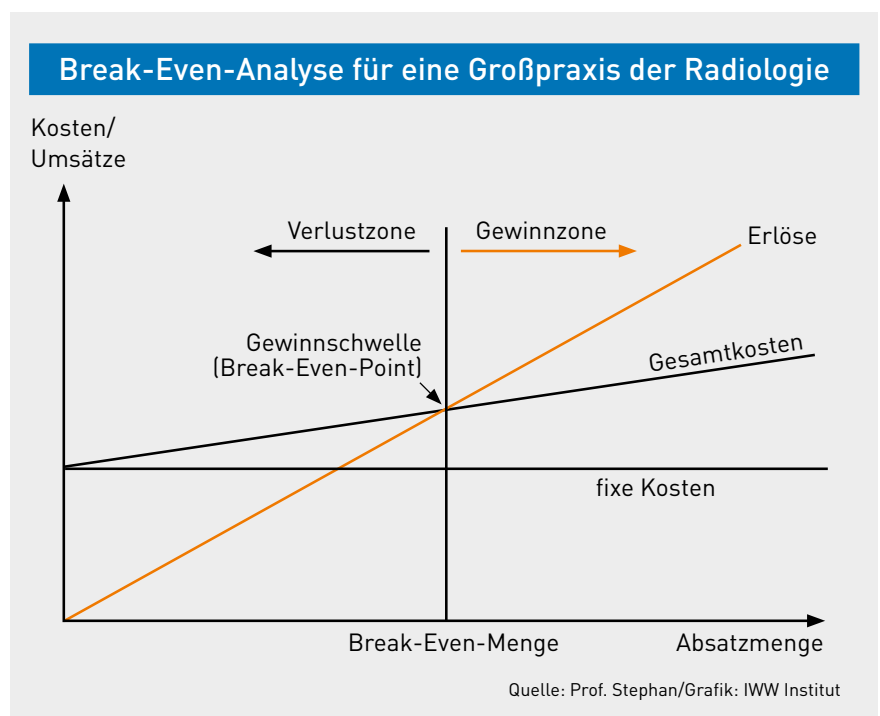
Daraus ergibt sich ein Verlust in Höhe von 309.000 Euro (= Erlöse abzüglich Kosten). Um nun den Break-Even-Point zu ermitteln, werden die Erlöse mit den Kosten gleichgesetzt. Die Anzahl der Untersuchungen beim Break-Even-Point ist zunächst unbe-

kannt und soll errechnet werden (= X). Zur Berechnung werden die Erlöse (Preis * Menge [hier: Untersuchungen]) mit den gesamten Kosten (fixe und variable Kosten) gleichgesetzt.

Break-Even-Point			
Erlöse	=	fixe Kosten	+ variable Kosten

Die konkrete Berechnung des Break-Even-Points wird in der Tabelle „Berechnung Break-Even-Point“ dargestellt.

Das Ergebnis der Berechnung ist, dass bei 4.930 Patienten der Break-Even-Point erreicht wird, d. h., bei dieser Patienten- bzw. Untersuchungszahl sind die Erlöse gleich den Gesamtkosten. Im Beispiel ist es also erforderlich, dass die Zahl der Untersuchungen von 3.800 auf 4.930 gesteigert wird, um die Verlustzone zu verlassen. Dabei sind zunächst keine Kostensteigerungen-/senkungen oder Erlössteigerungen berücksichtigt worden. Für die Praxisleitung ist interessant, wie sich Mengen- und Kostenveränderun-



Berechnung Break-Even-Point		
Erlöse (Erlös je Untersuchung * Anzahl Untersuchungen)	=	Kosten (fixe Kosten + variable Kosten je Untersuchung * Anzahl Untersuchungen)
312,90 * X	=	1.348.200 Euro + 39,42 Euro * X
X	=	4.930 Untersuchungen

gen auf das Gesamtergebnis auswirken. Das erste Ergebnis ist bereits bekannt. Die Patientenzahl muss um 1.130 Patienten bzw. Untersuchungen gesteigert werden, um den Break-Even-Point zu erreichen. Zudem sollte geprüft werden, ob Einsparungen bei den variablen oder auch fixen Kosten möglich sind.

Beispielfortsetzung A:

Zahl der Untersuchungen steigern

Wenn die Zahl der Untersuchungen beispielsweise von 3.800 auf 4.500 Fälle ansteigt, erfolgt eine Verringerung des Verlusts. Der Break-Even-Point bleibt im Beispiel unverändert

bei 4.930 Patienten bzw. Untersuchungen. Durch die Steigerung der Untersuchungszahl klettern die Erlöse, sodass der Gesamtverlust um 191.460 Euro verringert werden kann (siehe Tabelle Beispielfortsetzung A). Bei einer Steigerung der Behandlungsfälle erhöhen sich nur die Erlöse und die variablen Kosten, die fixen Kosten bleiben unverändert.

Beispielfortsetzung B: Kosten senken

Durch Verhandlungen mit dem Vermieter der Praxisräume können die fixen Kosten durch neue Mietverträge von 1.348.200 Euro auf zukünftig 1.200.000 Euro gesenkt werden.

Zudem betragen die variablen Kosten pro Behandlung aufgrund von Einsparungen beim Material 36 Euro statt zuvor 39,42 Euro pro Behandlung. Durch die Senkung der Kosten ergibt sich auch ein neuer Break-Even-Point (siehe Tabelle Beispielfortsetzung B: Berechnung Break-Even-Point [neu]).

Welche Aussagen erlaubt die Break-Even-Analyse?

Die Break-Even-Analyse kann Auskunft darüber geben, wie eine Veränderung der variablen Stückkosten, des Preises und/oder der Fixkosten die abzusetzende Menge bzw. durchzuführende Untersuchungszahl verändert, bei der **kein Verlust** oder ein **bestimmtes Gewinnziel** erreicht wird.

Wird der Break-Even-Point nicht erreicht, kann mittels der Analyse festgestellt werden, welche Ersparnisse bei den variablen Kosten, welche Preiserhöhung, welche Minderung der fixen Kosten oder welche Faktorenkombinationen zur Gewinnschwelle führen. Auch kann z. B. die Frage beantwortet werden, welche Preis-/Entgelterhöhung notwendig ist, um eine Steigerung von Lohn-/Gehaltszahlungen zu kompensieren.

Beispielfortsetzung A: Untersuchungszahl steigern			
Erlöse	-	(fixe Kosten + variable Kosten)	= Verlust
1.408.050 Euro	-	(1.348.200 Euro + 177.390 Euro)	= 117.540 Euro

Beispielfortsetzung B: Kosten senken			
Erlöse	-	(fixe Kosten + variable Kosten)	= Verlust
1.189.000 Euro	-	(1.200.000 Euro + 136.800 Euro)	= 147.800 Euro

Beispielfortsetzung B: Berechnung Break-Even-Point (neu)		
Erlöse	=	fixe Kosten + variable Kosten
312,90 Euro * X	=	1.200.000 Euro + 36 Euro * X
X	=	4.334 Untersuchungen

Zusammenfassung der Ergebnisse						
	Behandlungsfälle p.a.	Erlöse (Euro)	fixe Kosten (Euro)	variable Kosten (Euro)	Verlust (Euro)	Break-Even-Point (Untersuchungen)
Beispiel	3.800	1.189.000	1.348.200	149.800	309.000	4.930
Fortsetzung A	4.500	1.408.050	1.348.200	177.390	117.540	4.930
Fortsetzung B	3.800	1.189.000	1.200.000	136.800	147.800	4.334