

Radiologen Wirtschafts Forum

Management

Recht

Abrechnung

Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

09 | September 2023

Interview

„Die Radiologie büßt ihren Stellenwert durch die geplante Krankenhausreform nicht ein!“

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat im Juli das Eckpunktepapier der geplanten Krankenhausreform vorgelegt. Sie hat drei Ziele: Gewährleistung von Versorgungssicherheit (Daseinsvorsorge), Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität sowie Entbürokratisierung. Univ.-Prof. Dr. Dr. Wilfried von Eiff ist Leiter des Centrums für Krankenhaus-Management in Münster sowie Academic Director am Center for Health Care Management and Regulation an der HHL Leipzig Graduate School of Management. Ursula Katthöfer (textwiese.com) sprach mit ihm über die Auswirkungen der Reform und weitere wirtschaftliche Entwicklungen, die die Radiologie zurzeit umtreiben.

Redaktion: Welche Auswirkungen der Krankenhausreform erwarten Sie für die Radiologie?

Prof. von Eiff: Wir können eine Konzentration von Standorten, eine Zentralisierung und eine Spezialisierung erwarten. Das hat einerseits ökonomische Gründe, aber andererseits soll durch Zentralisierung sowie Spezialisierung auch die medizinische Qualität verbessert werden. Besonders betroffen werden Praxen sein, die von einem einzelnen Radiologen betrieben werden. Die Tendenz geht zu größeren radiologischen Einheiten, die sowohl auf Standorte bezogen als auch im Netzverbund ein breites Leistungsspektrum vorhalten. Dadurch können Ballungsgebiete ebenso wie

der ländliche Bereich mit qualifizierter Diagnostik versorgt werden. Das ist ökonomisch aus zwei Gründen sinnvoll. Erstens lassen die Fixkosten sich besser aufteilen, die Verwaltung kann gestrafft und optimiert werden. Zweitens können mehrere Spieler unter einem Dach kostenintensive Investitionen in innovative bildgebende Technologien leichter finanzieren.

Redaktion: Wird die Krankenhausreform die Radiologie also kaum gefährden?

Prof. von Eiff: Die Radiologie büßt ihren Stellenwert als qualifizierter Diagnostikdienstleister, als „Doktor für den Doktor“, durch die Reform nicht ein. Sie ist im klinischen Versorgungs-

Inhalt

Abrechnung

- „No-Shows“ bei TSS-Terminen können dokumentiert werden 3
- Monatliche TI-Pauschalen sind da 4

Praxis-/Klinikmanagement

- Fraunhofer-Institut stellt Arztbriefgenerator vor und „Clinical NLP Whitepaper“ bereit 4

Recht

- Strahlenschutz in der Radiologie: Rechtliche Vorgaben und Hinweise 5
- Die 7 häufigsten Fragen zum Thema Arbeitszeiterfassung 7

Finanzen und Steuern

- Stepstone-Gehaltsreport 2023: Ärztegehälter im Fokus 8

Downloads

- Strahlenschutz-Checkliste für Röntgeneinrichtungen der Bezirksregierung Detmold: iww.de/s8536
- KI-Anwendungen im Krankenhaus: Whitepaper bestellbar beim Fraunhofer IAIS: iww.de/s8527

prozess ein Dienstleister mit hoher Kompetenz in der Diagnostik und durch die interventionelle Radiologie auch in der Therapie. Ich sehe keine besondere Gefährdungslage. Vielmehr warten Patienten heute lange auf eine CT, MRT oder in der Krebsvorsorge auf eine PET-CT. Wo Wartezeiten existieren, besteht ein Versorgungseingangsengpass. Dort zu reduzieren, wäre nicht der geeignete Ansatz.

Redaktion: Dennoch soll die Zahl der Krankenhäuser über die Reform reduziert werden. Das wären auch weniger radiologische Institute nahe an Krankenhäusern.

Prof. von Eiff: Es geht um die zukünftige Krankenhaus-Struktur. Die Reformkommission gab drei bzw. faktisch fünf Level zur Orientierung vor. Das ist grundsätzlich nicht neu, denn eine Typisierung der Krankenhäuser nach Grundversorgung, Regelversorgung, Spezialkrankenhaus, Schwerpunktversorgung, Maximalversorgung und Universitätsklinikum ist seit Jahren charakteristisch für das Krankenhaussystem. Neu ist, dass mit der Level-Bezeichnung „1i“ Krankenhäuser in MVZs, poliklinische Einrichtungen, Gesundheitszentren oder Pflegestützpunkte umgewandelt werden sollen. Dadurch wird die Anzahl der Häuser reduziert. In welcher Größenordnung ist bisher offen. Wir brauchen nun eine Aussage, wie viele Häuser es in jedem Level zukünftig geben soll und wie diese Zahlen auf die Länder heruntergebrochen werden. Karl Lauterbach hat angekündigt, dass Länder ohne Level-Orientierung keine finanziellen Mittel erhalten. Das hat zu großer Verunsicherung geführt. Auf regionaler Ebene geraten Abstimmungs- und Kooperationsprozesse unter den Häusern ins Stocken. Gerade Fusionen von Kran-

kenhäusern mit dem Ziel, medizinische Leistungsstrukturen abzustimmen und Doppelvorhaltungen zu vermeiden, werden momentan ausgesetzt, weil nicht klar ist, welche Krankenhäuser aufgrund der Reform wegfallen. Ein sinnvoller Kooperationsprozess wird dadurch gestört.

Redaktion: Ist es denn realistisch, die Anzahl der Häuser zu reduzieren, ohne die Versorgung zu beeinträchtigen?

Prof. von Eiff: Die Reformkommission ist offenbar der Meinung, dass in einer Region, in der z. B. drei von zehn Krankenhäuser geschlossen werden, die übrigen sieben die Patienten und das Personal übernehmen. Das ist ein statistischer Trugschluss, denn diese sieben sind baulich-funktional nicht in der Lage, mehr Patienten zu behandeln und unterzubringen. Auch besteht die Gefahr, dass Pflegekräfte dem System verloren gehen, weil sie längere Fahrtzeiten und höhere Benzinkosten haben werden. Es ist ein unausgewogenes Reformpapier, das einerseits Fragen die konkrete Umsetzung betreffend offenlässt und andererseits akut dringlichere Baustellen, wie nicht verfügbare Pflegebudgets, hohe Prüfquoten, Belastung der am Bett tätigen Berufsgruppen durch Bürokratie sowie Berufsflucht wegen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen, nicht adressiert.

Redaktion: Lassen Sie uns auf die Private-Equity-Gesellschaften kommen. Ihnen wird oft unterstellt, dass sie eine maximale Rendite erzielen wollen und weniger lukrative Patienten an Krankenhäuser verweisen. Lässt sich das wissenschaftlich belegen?

Prof. von Eiff: Es gibt zwar verschiedene Studien, nach denen private-

equity-geführte Praxen oder MVZ eher die ökonomisch lukrativen Leistungen durchführen und die weniger gut vergüteten Routineleistungen den Krankenhäusern oder inhabergeführten Praxen überlassen. Auf der anderen Seite merken Patienten sehr schnell, ob sie auf Dauer schlechter bedient werden als anderswo. Typische Private-Equity-Gesellschaften haben das Geschäftsmodell, eine Überrendite von zwölf oder mehr Prozent zu erzielen, indem sie über eine „Buy-and-Built-Strategie“ die Zahl der Praxen und Standorte vergrößern und diese nach fünf bis sieben Jahren weiterverkaufen. Das geht nur, wenn dieser Praxisverbund einen guten Ruf und Entwicklungspotenzial hat. Wenn nicht, werden Anleger sich eine Investition zweimal überlegen. Es gibt aber auch private Investoren, die keine Exit-Strategie verfolgen, deren Geschäftsmodell langfristig angelegt und an einer angemessenen Rendite von fünf Prozent orientiert ist.

Redaktion: Sollte man den Gesellschaften, die eine Überrendite wollen, einen Riegel verschieben?

Prof. von Eiff: Das wäre nicht sinnvoll, denn wir brauchen das Kapital im Gesundheitswesen. Da die Länder ihren Investitionspflichten über viele Jahre nicht nachgekommen sind, hat die Substanz gelitten, wodurch Arbeitsabläufe ineffizienter und kostenträchtiger werden. Private-Equity-Gesellschaften sind bereit, schnell und gezielt in lukrative Innovationen zu investieren. Sie bringen Ideen, Mut und Geld mit. Wichtig ist, ein Anreizsystem bei der Leistungsvergütung zu schaffen, bei dem deutlich wird, dass es um Daseinsvorsorge und nicht um einen nach marktwirtschaftlichen Gesetzen strukturierten Bereich gehen sollte. Eine angemessene

sene Rendite braucht man für jede Investition.

Redaktion: Aufgrund von KI verändert sich die Diagnostik zurzeit rasant. Was heißt das für den Stellenwert der Radiologie?

Prof. von Eiff: KI trägt wesentlich dazu bei, die Diagnostik zeitlich zu beschleunigen und zu präzisieren, sodass Therapien früher beginnen und effektiver sein können. Lernen kann man vom Ausland, z. B. von Israel, wo KI längst eine gravierende Rolle spielt. Im Sheba Medical Center in Tel Aviv wird das Personal durch KI entlastet, die Qualität der Therapie steigt. Ein Schlaganfall kann dort innerhalb von drei Minuten diagnostiziert werden, inklusive Behandlungsvorschlag. Auch in Deutschland hat KI längst den Weg in den Klinikbetrieb gefunden. Beim Lungenkrebscreening werden auch Nebeneffekte wie ein vergrößertes Herz oder eine Wirbelkörperfraktur detektiert.

Redaktion: Verändern Beispiele wie diese die Wertschöpfung der Radiologie?

Prof. von Eiff: Big Data nützt gar nichts, wenn niemand die Vielzahl der Daten entscheidungsorientiert auswerten kann. Auch die KI-basierte Diagnose ist nur so qualifiziert wie die Radiologen, die befunden und neue Erkenntnisse in den Prozess der KI-Anwendung einspeisen. Die zentrale Rolle der Radiologie ist daher, die Daten sachgerecht zu generieren und KI-Anwendungen erfahrungsbasiert weiterzuentwickeln. Das ist die Wertschöpfung, durch die eine schnellere und präzisere Diagnostik und eine bessere Therapie möglich werden. Ein Beispiel ist die thermodynamische Diagnostik in der Brust-

krebsvorsorge. Sie ist insbesondere bei jüngeren Frauen wesentlich aussagefähiger für die Früherkennung, aber schwierig auszuwerten. Im Zusammenspiel mit KI entsteht ein kombinierter Lernprozess. Der Radiologe lernt und die KI lernt wiederum durch den erfahrenen Radiologen. KI braucht immer den realen Input, sie wird die Radiologie nicht ersetzen, aber durch KI erreicht die Radiologie eine höhere Qualität bei steigender Effizienz.

Redaktion: Wie stehen die Chancen, dass KI bald den Weg in die Regelversorgung schafft?

Prof. von Eiff: Für eine bessere Diagnostik und eine effektivere Therapie geht es letztlich um das Zusammenspiel von drei Komponenten: KI, Miniaturisierung und Tele-Infrastruktur. Ein Smartphone mit KI-Software und Ultraschall-Kopf kommt in der Notfallversorgung zum Einsatz, kann aber auch im Regelbetrieb Patientendaten aus einer Landarzt-Praxis zur Befundung an ein radiologisches MVZ übertragen.

KI kommt nur in die Breite, wenn die damit verbundenen Kosten auch als Kalkulationsbestandteil in das Vergütungssystem aufgenommen werden. Auch hier sei Israel wieder als Beispiel genannt. Dort übernehmen die Krankenkassen teilweise die Kosten für telemedizinische Geräte, die der Patient selbst einsetzt. Ist ein Ultraschallkopf, der ans Smartphone angeschlossen wird, für die persönliche Vorsorge nachweislich sinnvoll, bezahlt die Kasse einen Anteil.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- „Die Unterfinanzierung ist die Hauptursache für lange Wartezeiten in der Radiologie!“, in RWF Nr. 06/2023

Terminvermittlung

„No-Shows“ bei TSS-Terminen können dokumentiert werden

Terminabsagen oder gar unentschuldigtes Nichterscheinen zu vereinbarten Terminen sind ein Ärgernis in Arztpraxen. Bei „116117 Terminservice“, dem Terminservice-Tool der KBV, besteht nun die Möglichkeit, diese sog. „No-Shows“ zu dokumentieren, also die Fälle, in denen die Patienten ohne Abmeldung nicht zum Termin erschienen sind.

Wenn ein Patient nicht zu einem über die Terminservicestelle (TSS) vermittelten Termin erschienen ist, kann das nun im System des Vermittlungsstools „116117 Terminservice“ eingetragen werden. Dieser Fall ist für Radiologen von Bedeutung, bei denen ein solcher TSS-Termin vermittelt wurde. Zur Dokumentation der „No-Shows“ wurde eine Schaltfläche „Patient nicht erschienen“ hinterlegt. Eine Anleitung zu diesem neuen Software-Feature steht bei „116117 Terminservice“ online unter www.de/s8502 zur Verfügung. Mit dem Feature sei die KBV-Tochter KV Digital einem Wunsch der Ärzte nachgekommen, teilte die KV Hamburg mit. Durch die Kennzeichnung könne ein aussagekräftiges Bild über die „No-Shows“ gezeichnet werden.

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Änderungen bei der Abrechnung von TSVG-Fällen mit positiven Folgen für Radiologen“, in RWF Nr. 01/2023
- „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

Verordnung des BMG

Monatliche TI-Pauschalen sind da

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat per Verordnung neue, monatliche Pauschalen als Ausgleich für die Kosten der Telematikinfrastruktur (TI) festgelegt, die bereits seit dem 01.07.2023 gelten.

Die Vertragsarztpraxen erhalten monatlich eine Pauschale für Ausstattungs- und Betriebskosten. Die KBV kritisiert dabei fehlende Übergangs-

regelungen sowie die überproportional hohen Kürzungen dieser Pauschalen, wenn vorgeschriebene TI-Anwendungen in einer Arztpraxis nicht um-

gesetzt sind. Fehlt eine einzige TI-Anwendung, wird eine 50-prozentige Kürzung vorgenommen. Beim Fehlen von zwei oder mehr TI-Anwendungen entfällt die Pauschale vollständig!

Die Auszahlung der Pauschalen erfolgt unverändert über die KVen (weitere Details zur Höhe und zu den Voraussetzungen der neuen TI-Pauschalen siehe Tabelle oder bei der KBV online unter iww.de/s8323).

TI-Pauschalen im Überblick

Anzahl der Vertragsärzte	TI-Pauschale 1		TI-Pauschale 2		TI-Pauschale 3	
	100 %, wenn alle TI-Anwendungen installiert sind	50 %, wenn eine TI-Anwendung nicht installiert ist*	100 %, wenn alle TI-Anwendungen installiert sind	50 %, wenn eine TI-Anwendung nicht installiert ist*	100 %, wenn alle TI-Anwendungen installiert sind	50 %, wenn eine TI-Anwendung nicht installiert ist*
Praxen mit bis zu 3 Vertragsärzten	237,78 Euro	118,89 Euro	131,67 Euro	65,84 Euro	199,45 Euro	99,73 Euro
Praxen mit mehr als 3 bis zu 6 Vertragsärzten	282,78 Euro	141,39 Euro	143,39 Euro	71,65 Euro	242,78 Euro	121,39 Euro
Praxen mit mehr als 6 Vertragsärzten	323,90 Euro	161,95 Euro	151,04 Euro	75,52 Euro	282,23 Euro	141,12 Euro

* Sind zwei oder mehr TI-Anwendungen nicht installiert, wird keine TI-Pauschale gezahlt.

Quelle: KBV | Grafik: IWW

Künstliche Intelligenz

Fraunhofer-Institut stellt Arztbriefgenerator vor und „Clinical NLP Whitepaper“ bereit

In Kooperation mit dem Fraunhofer-Institut für Intelligente Analyse- und Informationssysteme IAIS will die Universitätsmedizin Essen im Zuge des NRW-Projekts SmartHospital ab 2024 einen „Arztbriefgenerator“ testen. Dieser soll mithilfe künstlicher Intelligenz (KI) deutlich schneller als bislang auf Basis vorhandener Gesundheitsdaten Arztbriefe erzeugen. Zu dieser und zahlreichen weiteren KI-Anwendungen in Krankenhäusern stellt das Institut zudem ein Whitepaper bereit.

Das 12-seitige „Clinical NLP Whitepaper“ (Titel: „Von der automatisierten Befundanalyse bis zum Arztbriefgenerator: Künstliche Intelligenz für

dokumentenbasierte Prozesse im Krankenhaus“. Es geht um Anwendungen des sog. Natural Language Processing (NLP), eine Kombination

aus Algorithmen und KI. Informationen werden dabei aus Texten extrahiert und in strukturierter Form zur Verfügung gestellt. Prozesse im Bereich Qualitätssicherung, Statistiken sowie klinische Entscheidungsunterstützungen und Abrechnungen können so vereinfacht und beschleunigt werden. Das Whitepaper zeigt die Entwicklungen und Optionen dokumentenbasierter Prozesse im medizinischen Bereich. Einige davon sind noch Zukunftsmusik, andere, vom Fraunhofer IAIS bereits entwickelte Anwendungen werden schon in Kliniken eingesetzt. Das Whitepaper kann online beim Fraunhofer IAIS unter iww.de/s8527 bestellt werden.

Strahlenschutzrecht

Strahlenschutz in der Radiologie: Rechtliche Vorgaben und Hinweise

In der Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin kommt ionisierende Strahlung zum Einsatz. Dabei wird versucht, die Belastungen möglichst gering zu halten und die Gefährdungen zu minimieren.

von Rechtsanwältin,
Fachanwältin für Medizinrecht
Prof. Dr. Birgit Schröder,
Hamburg

Grundsätze des Strahlenschutzes

Jede radiologische und nuklearmedizinische Untersuchung setzt eine rechtfertigende Indikation voraus, die der durchführende Arzt stellen muss. Die Untersuchung muss indiziert und gerechtfertigt sein. Es müssen dabei Nutzen und Risiko individuell abgewogen werden. Die wichtigsten Grundsätze des Strahlenschutzes sind

- die **Notwendigkeit** der Untersuchung,
- die **Optimierung** der Aufnahmetechnik und
- die **Überwachung** individueller Dosisgrenzwerte.

Röntgen oder Computertomografie: Der Strahlenschutz ist für medizinisches Personal und Patienten essenziell. Um diesen Schutz effektiv zu gewährleisten gibt es Vorschriften, die u. a. regeln, dass Strahlendosen digital dokumentiert werden müssen und welche Vorkommnisse meldepflichtig sind.

Der rechtliche Rahmen

Das Strahlenschutzgesetz verfolgt das Ziel, umfassenden Schutz vor schädlicher Strahlung in der Medizin zu gewährleisten. Dazu gehören Maßnah-

men, um Personen, Sachgüter und die Umwelt vor den Gefahren ionisierender Strahlung zu schützen. Ergänzt wird das Strahlenschutzgesetz durch die Strahlenschutzverordnung.

Strahlenschutzgesetz

Das Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) geht auf die Richtlinie 2013/59/Euratom zurück und fasst zudem Vorgaben aus der Strahlenschutzverordnung von 2001, der ehemaligen Röntgenverordnung und dem außer Kraft getretenen Strahlenschutzvorsorgegesetz zusammen.

Strahlenschutzverordnung

Weitere Rechtsverordnungen konkretisieren die Bestimmungen des Strahlenschutzgesetzes, u. a. die Strahlenschutzverordnung (StrlSchV).

Um die in der Strahlenschutzverordnung vorgeschriebenen Dokumentationspflichten erfüllen zu können, müssen die verabreichten Dosen digital dokumentiert werden. Damit soll erreicht werden, dass Vorkommnisse – zum Schutz der Patienten – schneller gemeldet und einfacher nachvollzogen werden.

Für Bestandsgeräte galten noch Übergangsfristen, die inzwischen ausgelaufen sind. Seit Januar 2023 müssen nun die verabreichten Dosen digital dokumentiert werden. Dafür werden spezielle Software-Systeme, sogenannte Dosismanagementsysteme genutzt.

Merke

Für bedeutsame Vorkommnisse besteht eine Meldepflicht an die zuständige Behörde. Die Kriterien dafür ergeben sich aus Anlage 14 der Strahlenschutzverordnung.

Wenn der vorgegebene diagnostische Referenzwert bei einer Person um 200 Prozent überschritten wird und wenn der Mittelwert der letzten 20 aufeinanderfolgenden Untersuchungen den diagnostischen Referenzwert um mehr als 100 Prozent überschritten hat, liegt ein bedeutsames Vorkommnis vor.

Dosisüberschreitungen kommen in der radiologischen Praxis beispielsweise beim Röntgen häufig vor. Die sind zwar digital zu dokumentieren, stellen aber nicht immer ein meldepflichtiges Vorkommnis dar.

Da sich Dosisvorgaben auf einen definierten Referenzpatienten beziehen, wird bei höherem Körpergewicht eine höhere Dosis appliziert.

Der Strahlenschutzverantwortliche

Für jede Röntgeneinrichtung muss ein Strahlenschutzbeauftragter benannt werden. Dieser muss genau festgelegte persönliche Voraussetzungen erfüllen. Dahinter steht der Gedanke, dass die Praxisleitung nicht alle Aufgaben und Tätigkeiten im Strahlenschutz selbst durchführen kann. Der Strahlenschutzverantwortliche trägt die strahlenschutzrechtliche Gesamtverantwortung für seine Einrichtung. Zu den grundsätzlichen Pflichten eines Strahlenschutzverantwortlichen gehören u. a.:

- Bereitstellung geeigneter Räume, Ausrüstungen und Geräte
- Erstellung von Regelungen für die Betriebsabläufe

- Prüfung der Verfügbarkeit von besonders ausgebildetem Personal.

Seit dem 31.12.2018 gilt auch § 47 StrlSchV, nach der die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz von allen Ärzten benötigt wird, die selbstständig Röntgenstrahlen auf den Menschen anwenden, eine Röntgen-einrichtung betreiben oder die rechtfertigende Indikation zur Röntgenuntersuchung stellen. Mindestens alle fünf Jahre muss diese Fachkunde aktualisiert werden. Dazu ist die Teilnahme an einem anerkannten Kurs erforderlich. Zuständig sind die Ärztekammern. Die Gebühren ergeben sich aus der Gebührenordnung der jeweiligen Ärztekammer.

Die Pflichten des Strahlenschutzverantwortlichen sind an mehreren Stellen im StrlSchG und auch in der StrlSchV geregelt. Dieser trägt die Verantwortung dafür, dass die formalen und konkreten Vorschriften eingehalten werden. Wer Strahlenschutzverantwortlicher ist, ergibt sich aus § 9 StrlSchG. In Betracht kommt entweder eine natürliche oder eine juristische Person, also beispielsweise ein Arzt oder eine GmbH. Verstöße gegen die Pflichten des Strahlenschutzverantwortlichen können fahrlässig oder vorsätzlich begangen werden und werden gem. § 184 StrlSchV als Ordnungswidrigkeiten geahndet.

Der Strahlenschutzbeauftragte

Der Strahlenschutzverantwortliche legt auch den Rahmen fest, wenn es um den Strahlenschutzbeauftragten geht. Der Strahlenschutzverantwortliche hat die Möglichkeit, Aufgaben zu delegieren und sich die Unterstützung eines Strahlenschutzbeauftragten einzuholen. Die Bestellung eines Strahlenschutzbeauftragten richtet sich nach § 31 StrlSchV und 13 RöV.

Voraussetzung für eine Bestellung ist die nötige **Zuverlässigkeit** (s. weiterführende Hinweise am Ende des Beitrags) und **Fachkunde**. Die Fachkunde wird i. d. R. durch eine geeignete medizinische Ausbildung, praktische Erfahrungen und die erfolgreiche Teilnahme an behördlich anerkannten Strahlenschutzkursen erworben.

Der Strahlenschutzbeauftragte leitet, überwacht und führt Tätigkeiten und Maßnahmen des betrieblichen Strahlenschutzes durch. Der Strahlenschutzbeauftragte ist weisungsbefugt. Aufgaben sind u. a.

- Unterweisung der in Strahlenschutzbereichen tätigen Personen
- Planung und Festlegung technischer und organisatorischer Strahlenschutzmaßnahmen
- Kontrolle der Funktionstüchtigkeit der für den Strahlenschutz bestimmten Einrichtungen, Geräte und Ausrüstungsgegenstände
- Kontrolle der Personendosimeter
- Regelmäßige Überprüfung der Wirksamkeit der Schutzvorrichtungen und Schutzvorschriften

Zusammengefasst muss der Strahlenschutzbeauftragte das Einhalten der Vorgaben und – im Bedarfsfall – geeignete Maßnahmen zur Gefahrenabwehr sicherstellen.

Der Medizinphysik-Experte

Nach § 5 Abs. 24 StrlSchG ist ein Medizinphysik-Experte (auch MPE) eine Person mit Masterabschluss in medizinischer Physik oder eine in medizinischer Physik gleichwertig ausgebildete Person mit Hochschulabschluss, die jeweils die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzt. Das Hinzuziehen eines MPEs bei medizinisch-radiologischen Tätigkeiten setzt die Anforderung der Richtlinie 2013/59/Euratom um.

Seit dem 01.01.2023 müssen – nach Ablauf aller Übergangsfristen – alle Computertomogramme, Herzkatheterlabore etc. von fachkundigen MPEs mit nachgewiesenem Stellenschlüssel betreut werden (§ 14, Abs. 1, Satz 4 StrlSchG).

Ein MPE muss bei Untersuchungen mit ionisierender Strahlung zur Mitarbeit herangezogen werden, die

- mit einem CT oder
- mit Geräten zur dreidimensionalen Bildgebung von Objekten mit niedrigem Röntgenkontrast durchgeführt werden und
- bei Interventionen, bei denen Röntgeneinrichtungen zur Durchleuchtung eingesetzt werden und die mit erheblichen Expositionen verbunden sind.

Folgen für die Praxis

Röntgenstrahlung kann menschliche Zellen dauerhaft schädigen. Daher gilt: Der Umgang mit Röntgenstrahlung birgt für die Beschäftigten in radiologischen Praxen und Instituten ein hohes Gefährdungspotenzial. Aus diesem Grund enthalten das StrlSchG und die StrlSchV Regelungen zum Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlung. Strahlenschutzverantwortliche und Strahlenschutzbeauftragte müssen die funktionierende Strahlenschutzorganisation garantieren. Sie sollten sich deshalb ihrer Verantwortung stets bewusst sein und sie sollten auch zu ihrem eigenen Schutz ihre Aufgaben gemäß der Verordnung gewissenhaft und gründlich wahrnehmen. Verstöße werden mit Bußgeldern geahndet.

Besondere Vorsicht ist ärztlicherseits bei der Abrechnung ohne sorgfältige Prüfung der radiologischen Indikation geboten. Radiologische Leistungen (CT- und Röntgenbereich) werden un-

ter Verstoß gegen § 23 Abs. 1 RöV bzw. § 80 Abs. 1 StrlSchV erbracht, wenn eine rechtfertigende Indikation vor der Untersuchung eines Patienten nicht gestellt wurde.

Merke

Zur normgemäßen Stellung der rechtfertigenden Indikation vor der Durchführung der Untersuchung ist die Feststellung eines Arztes mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz erforderlich. Bei der erforderlichen Abwägung zwischen Untersuchung und gesundheitlichem Nutzen hat der Arzt auch zu überprüfen, ob andere Verfahren mit vergleichbarem gesundheitlichen Nutzen, die mit keiner oder einer geringeren Strahlenexposition verbunden sind, im konkreten Fall für den Patienten zur Verfügung stehen. Die Stellung der rechtfertigenden Indikation ist nur dann zulässig, wenn die persönliche Untersuchung des Patienten jedenfalls vor Untersuchung vor Ort möglich war. Kommt der Arzt mit den zur Stellung der rechtfertigenden Indikation notwendigen Informationen i. d. R. erst **nach** der Durchführung der Untersuchung überhaupt in Berührung, kann von einer rechtfertigenden Indikation **vor** Durchführung der Untersuchung nicht die Rede sein. Insofern wurde ein Abrechnungsbetrag zu Lasten der KV angenommen (Urteil des Landgerichts Saarbrücken vom 19.11.2019, Az. 2 KLS 5/18, s. weiterführende Hinweise).

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Betriebsverbot von Röntgeneinrichtungen wegen Unzuverlässigkeit des Betreibers“ in RWF Nr. 08/2023
- „Abrechnung ohne Prüfung der radiologischen Indikation – Radiologe strafrechtlich verurteilt“ in RWF Nr. 08/2020
- Checkliste Röntgeneinrichtungen von der Bezirksregierung Detmold

Arbeitszeit

Die 7 häufigsten Fragen zum Thema Arbeitszeiterfassung

Welche neuen Anforderungen stellen der Europäische Gerichtshof (EuGH) und das Bundesarbeitsgericht (BAG) an die Erfassung der Arbeitszeit und wie lässt sich ggf. eine 4-Tage-Woche realisieren? Fragen, denen sich die Arbeitgeber, wie z. B. Kliniken oder Arztpraxen künftig stellen müssen. Hier die Antworten auf die sieben häufigsten Fragen.

1. Was muss der Arbeitgeber bei der betrieblichen Arbeitszeiterfassung beachten?

Nach einer konkretisierenden Entscheidung des BAG (Urteil vom 13.09.2022, Az. 1 ABR 22/21) muss der Arbeitgeber

- Beginn,
- Ende und
- Dauer

der täglichen Arbeitszeit seiner Arbeitnehmer erfassen. Die Erfassung von *Pausenzeiten* und *Unterbrechungen* ist hingegen nicht zwingend geboten.

2. Gibt es eine Pflicht zum Einsatz bestimmter Zeiterfassungssysteme oder Führung von Arbeitszeitkonten?

Nein, bei der Umsetzung der Arbeitszeiterfassung haben die Arbeitgeber weite Gestaltungsfreiräume. Auch die alte „Stechuhr“ wäre (noch) möglich. Es drohen aber gesetzgeberische Nachbesserungen, sodass bereits jetzt eine elektronische Zeiterfassung zukunftsorientiert und ratsam ist. Auch eine Pflicht zur Führung von Arbeitszeitkonten oder zur Abschaffung der „Vertrauensarbeitszeit“ besteht gegenwärtig nicht.

3. Kann der ArbG die Pflicht zur Arbeitszeiterfassung delegieren?

Ja, eine Delegation, z. B. auf die einzelnen Arbeitnehmer selbst, ist zuläs-

sig. Verantwortlich gegenüber Gerichten und Behörden bleibt aber der Arbeitgeber selbst bzw. dessen gesetzlich bestimmte Organe (Geschäftsführer, Praxisinhaber etc.). In diesem Zusammenhang ist umstritten, ob auch leitende Angestellte der Arbeitszeiterfassung unterliegen. Eine solche Pflicht ist weder aus dem Arbeitszeitgesetz noch aus dem Arbeitsschutzgesetz bisher abzuleiten. Dennoch ist es für den Arbeitgeber empfehlenswert, auch hier die Arbeitszeit zu erfassen.

4. Hat der Betriebsrat bei Regeln der Arbeitszeiterfassung mitzubesimmen?

Das BAG (Urteil vom 13.09.2022, Az. 1 ABR 22/21) sprach in seiner Grundsatzentscheidung dem Betriebsrat ein Initiativrecht zur Einführung eines Zeiterfassungssystems ab. Dies wurde damit begründet, dass Arbeitgeber bereits jetzt kraft Gesetzes verpflichtet seien, die Arbeitszeit ihrer Arbeitnehmer zu erfassen. Das BAG wies jedoch in seinem Beschluss darauf hin, dass bei der Frage, wie die Zeiterfassung im Unternehmen am besten ausgestaltet wird, der Betriebsrat sehr wohl ein Mitbestimmungsrecht hat. Das Landesarbeitsgericht (LAG) München (Urteil vom 22.05.2023, Az. 4 TaBV 24/23) entschied, dass dem Betriebsrat bei

der Ausgestaltung der Arbeitszeiterfassung ein Initiativrecht zustehe.

5. Darf der Arbeitgeber zur Kontrolle eine Videoüberwachungsanlage einsetzen?

Nach einer Entscheidung des LAG Niedersachsen (Urteil vom 06.07.2022, Az. 8 Sa 1148/20) ist eine solche Überwachung durch Kameras an den Eingangstoren weder geeignet noch erforderlich, um vertragskonformes Verhalten zu dokumentieren bzw. Arbeitszeitbetrug nachzuweisen.

6. Darf der Arbeitgeber gleichwohl solche Videoaufnahmen wirksam in einem Kündigungsschutzprozess einführen?

Das BAG entschied (Urteil vom 29.06.2023, Az. 2 AZR 296/22) dazu: In einem Kündigungsschutzprozess besteht grundsätzlich kein Verwertungsverbot in Bezug auf solche Aufzeichnungen aus einer offenen Videoüberwachung, die vorsätzlich vertragswidriges Verhalten des Arbeitnehmers belegen sollen. Das gilt auch, wenn die Überwachungsmaßnahme des Arbeitgebers nicht vollständig im Einklang mit den Vorgaben des Datenschutzrechts steht.

7. Sind Bahnreisezeiten des Arbeitnehmers Arbeitszeit im Sinne des Arbeitszeitgesetzes ArbZG?

Das Verwaltungsgericht Lüneburg (Urteil vom 02.05.2023, Az. 3 A 146/22) hat Bahnreisezeiten, die ein Arbeitnehmer zur Abholung von Nutzfahrzeugen aufgewendet hat, kürzlich als Arbeitszeit im Sinne des ArbZG bestätigt. Solche Zeiten seien Teil der Leistungserbringung des Arbeitnehmers. In ihnen sei der Arbeitnehmer überdies gehindert, frei über seine Zeit zu bestimmen. Daher sei diese Reisezeit Arbeitszeit im Sinne des Eu-

roparechts und nach Auslegung in dessen Licht auch des ArbZG.

Merke

Es bleibt abzuwarten, wie es mit dem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Frühjahr 2023 vorgelegten Referentenentwurf eines Gesetzes zur Änderung des Arbeitszeitgesetzes und anderer Vorschriften weitergeht.

Weitere Fragen und Antworten rund um die Arbeitszeiterfassung finden Sie beim BMAS (Stand 03.05.2023).

WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- „Gesetzesentwurf zur Änderung des ArbZG: Pflicht zur elektronischen Arbeitszeiterfassung!“ in RWF Nr. 06/2023
- „Radiologiepraxis erfasst Arbeitszeit per Fingerabdruck – keine Verpflichtung für MTRA“ in RWF Nr. 11/2020

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 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.

Einkommen

Stepstone-Gehaltsreport 2023: Ärztegehälter im Fokus

Nach den Daten des Stepstone-Gehaltsreports 2023 liegen die Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu anderen Berufsgruppen vorne. Das jährliche Bruttodurchschnittsgehalt der beschäftigten Ärzte beträgt demnach deutschlandweit rund 98.000 Euro, das Bruttomediangehalt 93.800 Euro.

Beim Bruttomediangehalt folgen hinter den Ärzten – mit einigem Abstand – die Gehälter im Bankwesen (rund 62.900 Euro) und in der IT (rund 60.500 Euro), sofern nur die Akademiker betrachtet werden. Innerhalb der Gruppe der angestellten Ärzte liegen die Gehälter der Oberärzte (rund 122.100 Euro) vor denen der Fachärzte (rund 93.900 Euro). Assistenzärzte kommen auf einen Wert von rund 62.300 Euro. Interessant ist zudem ein Blick auf die Gehaltsunterschiede zwischen den Geschlechtern: Während das durchschnittliche Gehalt bei den männlichen Ärzten etwa 100.400 Euro beträgt, kommen die Ärztinnen lediglich auf rund 86.900 Euro. Der „Gender-Pay-Gap“ wird auf -13,44 Prozent beziffert. Dieser Wert liegt zwischen denen für das Bankwesen (-20,19 Prozent) und für die IT-Branche (-7,88 Prozent).

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Pressemitteilung zum Stepstone-Gehaltsreport 2023 online unter www.de/s8528