



Die chefärztliche Mitarbeiterbeteiligung auf Basis gesetzlicher und arbeitsrechtlicher Vorgaben

Inhalt

1. **Einführung**
2. **Gesetzliche Vorgaben aus dem Landesrecht**
3. **Arbeitsvertragliche Umsetzung im Chefarztdienstvertrag**
 - a. **Änderungskündigung bei Aufnahme in den Krankenhausplan**
 - b. **Regelungen ohne einschlägiges LKHG**
 - c. **Standesrecht**
 - d. **Strategien des Chefarztes zu variierender Mitarbeiterbeteiligung**
4. **Fazit**

1. Einführung

Die im Chefarztvertrag geregelte oder gesetzlich oktroyierte Mitarbeiterbeteiligung bildet fortwährend Anlass für inhaltliche Auseinandersetzungen der involvierten Parteien. Mitunter ist das aus Krankenhaus, Chefarzt und nachgeordnetem Mitarbeiter bestehende Dreiecksverhältnis durch die Einbeziehung gesetzlicher Vorgaben in formalisierte Bahnen geleitet, die unter Umständen auch nur scheinbar eine Rechtssicherheit für die Parteien generieren.

Die der Materie zugrundeliegende Problematik ist vielschichtig, da neben den Regelungen des Dienstvertrages des Chefarztes auch der Status des Krankenhauses und dessen geografische Lage sowie die Vereinbarung zwischen Chefarzt und Mitarbeiter wie auch landesrechtliche Gesetze erheblichen Einfluss auf die Zahlungsverpflichtungen haben. Bereits anhand der aufgezeigten Einflussbereiche ist erkennbar, dass die Regelungen für Mitarbeiterbeteiligungen bundesweit un-

einheitlich geregelt sind und somit unter jeweils unterschiedlichen Voraussetzungen stehen.

2. Gesetzliche Vorgaben aus dem Landesrecht

Die Ausgestaltung von verschiedenen Landeskrankenhausgesetzen (LKHG) sieht explizit eine zwingende Beteiligung von an den Behandlungen beteiligten ärztlichen Mitarbeitern vor. Festzustellen ist jedoch, dass die überwiegende Zahl der LKHG eine diesbezügliche Regelung nicht aufweist. Enthalten sind derartige Formulierungen beispielsweise im LKHG Baden-Württemberg in § 34 Abs. 1 als zwingende Abgabe:

„Werden im stationären Bereich von Leitenden Krankenhausärzten wahlärztliche Leistungen gesondert berechnet, so sind die anderen Krankenhausärzte (ärztliche Mitarbeiter) an den hieraus erzielten Einkünften (Liquidationserlös) angemessen zu beteiligen.“

Es ist festzustellen, dass die Ausgestaltung der Beteiligung nicht näher geregelt ist, sodass die Höhe und das verwendete Beteiligungssystem nicht vorgeschrieben sind. Über die Definition des unbestimmten Begriffs der „Angemessenheit“ lässt sich insoweit weiterhin kontrovers diskutieren.

Neben derartigen offenen Regelungen bestehen auch striktere Vorgaben, wie beispielsweise aus § 15 LKHG Hessen. Dort ist geregelt:

„(2) Soweit Einkünfte nach Abs. 1 Satz 1 im stationären Bereich erzielt werden, haben die Ärztinnen und Ärzte nach Abzug der Abgabe nach Abs. 1 hiervon

1. 10 Prozent von Einkünften bis zu 25 600 Euro,

2. 25 Prozent von Einkünften über 25 600 Euro bis 127 800 Euro und

3. 40 Prozent von Einkünften über 127 800 Euro an einen vom Krankenhausträger einzurichtenden Mitarbeiterfonds abzuführen.

(3) An dem Mitarbeiterfonds sind die anderen Ärztinnen und Ärzte zu beteiligen; der Krankenhausträger kann bestimmen, dass nicht ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbezogen werden. Die Verteilung der Fondsmittel obliegt dem Krankenhausträger. Dabei sind Verantwortung, Leistung, Erfahrung und Dauer der Zugehörigkeit zum Krankenhaus zu berücksichtigen. Die begünstigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind zu beteiligen.“

Insoweit gibt das LKHG Hessen prozentuale Mitarbeiterbeteiligungen vor und eröffnet dem Krankenhausträger die Ermessensmöglichkeit, ob er nichtärztliche Mitarbeiter in die Bezugsberechtigung des Mitarbeiterfonds einbezieht. Entsprechend weiter gefasst ist die Regelung des LKHG Mecklenburg-Vorpommern in § 27 Abs. 2 Satz 1 und 2, da die Ermessensmöglichkeit des Krankenhausträgers in eine „Soll-Bestimmung“ bezüglich nichtärztlicher wissenschaftlicher Kräfte konkretisiert wird:

„(2) Werden im stationären Bereich von hierzu berechtigten Ärztinnen oder Ärzten wahlärztliche Leistungen gesondert berechnet, so sind die ärztlichen Kräfte an den hieraus erzielten Einnahmen zu beteiligen. Die Beteiligung soll sich auch auf nichtärztliche wissenschaftliche Kräfte erstrecken.

...“

(3) Der Krankenhausträger hat die Beteiligung nach Abs. 2 sicherzustellen und festzulegen. ...“

§ 27 Abs. 3 Satz 1 LKHG Mecklenburg-Vorpommern verdeutlicht insoweit das bestehende Drei-

ecksverhältnis zwischen Krankenhaus, Chefarzt und ärztlichen Mitarbeitern, da die Verantwortlichkeit zur systematischen Beteiligung dem Krankenhausträger oktroyiert wird. Dieser hat die Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter an den Liquidationserlösen des Chefarztes nachhaltig zu sichern. Vergleichbare Regelungen enthalten auch das LKHG Sachsen und LKHG Rheinland-Pfalz, wengleich sich auch diese inhaltlich unterscheiden.

Feststeht insoweit, dass bereits die geografische Lage des Krankenhauses die Mitarbeiterbeteiligung beeinflusst. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass der Anwendungsbereich der oben genannten LKHG für konfessionelle Häuser ausgenommen ist, sodass derartige Einrichtungen den diesbezüglichen Regelungen der LKHG nicht folgen müssen. Grund hierfür ist die verfassungsrechtliche Autonomie der Kirchen aus Art. 140 GG i.V.m. Art. 137 Abs. 3 Weimarer Reichsverfassung. Diese Regelungen beziehen sich aufgrund des Selbstverständnisses der konfessionellen Ausrichtungen gerade auch auf die Personal- und Organisationsautonomie und somit auf die Fragen der Mitarbeiterbeteiligung als ureigenen Entscheidungsreich. Die jeweiligen, eine Mitarbeiterbeteiligung vorsehenden, LKHG schließen die konfessionellen Häuser insoweit aus der Anwendung der diesbezüglichen Normen aus. Ein Beispiel hierfür ist die Regelung des § 2 Abs. 2 LKHG Sachsen.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass diejenigen Krankenhäuser, die im Krankenhausplan aufgenommen sind und somit als Plankrankenhäuser gelten, über das Krankenhausfinanzierungsgesetz die LKHG zwingend anzuwenden haben. Sieht man von konfessionellen Plankrankenhäusern ab, gelten die Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung insoweit ausschließlich für Plankrankenhäuser, sodass auch in den Einzugsgebieten der oben genannten LKHG eine Vielzahl von Krankenhäusern existieren, auf die die Mitarbeiterbeteiligungsregelungen des ansonsten gültigen LKHG nicht anzuwenden sind.

3. Arbeitsvertragliche Umsetzung im Chefarztdienstvertrag

Der zwischen dem Krankenhausträger und dem Chefarzt zu schließende Dienstvertrag unterliegt generell der Vertragsfreiheit, sodass zunächst keine Beschränkungen bestehen. Die den Krankenhausträger etwaig bindenden Regelungen des

LKHG binden den Chefarzt insoweit nicht und haben keine korrektiven Einflüsse auf einen aus Sicht des Krankenhauses fehlerhaft geschlossenen Vertrag. Für den Krankenhausträger ist es daher obligat, sich der gesetzlichen Vorgaben bewusst zu sein und geeignete Formulierungen in den Dienstvertrag aufzunehmen, um seinen etwaigen Verpflichtungen gerecht zu werden.

a. Änderungskündigung bei Aufnahme in den Krankenhausplan

Wird ein Krankenhaus beispielsweise in den Krankenhausplan aufgenommen und liegt als Plankrankenhaus im Bereich eines LKHG, dass die Mitarbeiterbeteiligung vorschreibt, kann die Aufnahme den Ausspruch einer Änderungskündigung gegenüber dem Chefarzt, mit dem Ziel die Vorgaben des LKHG umzusetzen, rechtfertigen. So entschied kürzlich das Bundesarbeitsgericht (BAG) mit Urteil vom 05.06.2014, Az.: 2 AZR 615/13. Diese Rechtsprechung ist auf Basis obiger Feststellungen zum Dreiecksverhältnis folgerichtig, da ein Durchgriff des LKHG auf den Dienstvertrag nicht besteht, sodass keine unmittelbare privatrechtsgestaltende Wirkung eintritt und nur die Eröffnung der Möglichkeit einer Änderungskündigung dem Krankenhausträger ermöglicht, seinen Verpflichtungen nach dem LKHG nachzukommen. Hierbei ist die Änderung der dienstvertraglichen Vereinbarung zwischen Krankenhausträger und Chefarzt aufgrund der dringenden betrieblichen Erfordernisse - vorliegend die Vorgaben aus dem LKHG - als nach § 2 i.V.m. § 1 Abs. 2 Kündigungsschutzgesetz (KSchG) gerechtfertigt anzusehen. Der betroffene Chefarzt kann insoweit keine Argumente vorbringen, die die Änderungskündigung als sozial ungerechtfertigt erscheinen lassen. Dies insbesondere auch auf Basis der Betrachtung, dass der Krankenhausträger bei änderungsfreier Weiterbeschäftigung des betroffenen Chefarztes gegen klare öffentlich-rechtliche Pflichten aus der Stellung als Plankrankenhaus verstieße.

Eine Änderung der dienstvertraglich vereinbarten Arbeitsbedingungen ist nach § 2 KSchG sozial gerechtfertigt, wenn das durch den Krankenhausträger unterbreitete Änderungsangebot durch Gründe im Sinne des § 1 Abs. 2 KSchG bedingt ist und sich ausschließlich darauf beschränkt, derartige Änderungen vorzunehmen, die der Arbeitnehmer billigerweise hinnehmen muss (BAG Ur. v. 10.04.2014, Az.: 2 AZR 812/12). Ein der-

artiges dringendes betriebliches Änderungserfordernis kommt in Betracht, wenn das Beschäftigungsbedürfnis für den betreffenden Chefarzt zu den bisherigen Bedingungen entfallen ist. Ob der Chefarzt eine ihm vorgeschlagene Änderung billigerweise akzeptieren muss, ist nach dem allgemeinen Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu beurteilen und die von der Änderungskündigung umfassten Modifikationen dürfen nicht weiter gehen, als zur Erreichung des angestrebten Ziels erforderlich (BAG Ur. v. 10.04.2014, Az.: 2 AZR 812/12). Hierbei muss das mit der Änderungskündigung unterbreitete Angebot derart konkret sein, dass es eindeutig bestimmt, zumindest aber bestimmbar ist (BAG Ur. v. 20.06.2013, Az.: 2 AZR 396/12). Insoweit geht das BAG davon aus, dass die Geschäftsgrundlage für die vorherige Regelung weggefallen ist und somit die Möglichkeit des Krankenhausträgers gegeben ist, eine Änderungskündigung unter Anpassung an die gesetzlichen Vorgaben auszusprechen (BAG Ur. v. 05.06.2014, Az.: 2 AZR 615/13).

b. Regelungen ohne einschlägiges LKHG

Darüber hinaus kann der Krankenhausträger zur Schaffung pyramidalen Leistungsanreizes den Chefarzt dienstvertraglich auch ohne gesetzliche Vorgabe zu einer Mitarbeiterbeteiligung verpflichten und auch den Umfang und das gewählte System vorgeben oder auf eine Verschriftlichung verzichten.

In der Praxis ist festzustellen, dass diese Art der Mitarbeitermotivation unterschiedlich eingesetzt wird. Zum Teil wird es dem Chefarzt überlassen, sein persönliches Beteiligungssystem mit den Mitarbeitern zu konstruieren, sodass Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung keinen Einzug in die dienstvertraglichen Ausführungen erhalten. Hierbei ist jedoch darauf hinzuweisen, dass durch diese - am Krankenhausträger vorbei laufende - Vergütungsstruktur Risiken generiert werden, die bei Betriebsprüfungen bisweilen unangenehme Folgen haben können. Der Krankenhausträger und die betroffenen Ärzte gehen daher einen sicheren Weg, wenn sie das System der Mitarbeiterbeteiligung offiziell mit dem Krankenhausträger entwickeln und die jeweiligen Bezüge über die Lohnabteilung des Krankenhauses verteilt werden. Nur in diesem Fall kann seitens des Krankenhausträgers garantiert werden, dass die Lohnsteuer und etwaig anfallende Sozialversicherungsbeiträge auch tatsächlich erfasst und

abgeführt werden. Ein für den Chefarzt nicht zu unterschätzender Vorteil bei dieser Art der Verteilung ist, dass er nicht zu Steuerzahlungen verpflichtet werden kann, die eigentlich durch nachgeordnete Mitarbeiter zu tragen gewesen wären.

Des Weiteren sichert der Krankenhausträger die Mitarbeiterbeteiligung auf arbeitsvertraglicher Basis ab und umgeht die Kündigungsmöglichkeiten aus dem Dauerschuldverhältnis zwischen Chefarzt und nachgeordnetem Mitarbeiter, für das die Kündigungsfristen nach dem Dienstrecht des BGB gelten würden, wobei es gerade nicht als Anstellungsverhältnis zwischen Chefarzt und nachgeordnetem Arzt zu klassifizieren ist. Auf Basis etwaig eingegangener Dauerschuldverhältnisse könnte ein Chefarzt ohne jegliche dienstvertragliche Regelung die Mitarbeiterbeteiligung unter Umständen grundlos mit kurzer Frist kündigen und die nachgeordneten Ärzte von der Beteiligung an den Liquidationserlösen abtrennen.

c. Standesrecht

Von nachgeordneten Mitarbeitern wird im Streitfall gerne darauf hingewiesen, dass der Chefarzt aus Standesrecht zur Mitarbeiterbeteiligung verpflichtet sei. Dieser Ansicht ist zunächst zuzustimmen, da § 29 Abs. 3 MBO-Ärzte eine Verpflichtung zur Gewährung einer angemessenen Vergütung, insoweit einer Beteiligung am Liquidationserlös, enthält. Übersehen wird jedoch, dass bei Auseinandersetzungen nicht die MBO-Ärzte, sondern die landesrechtlichen Berufsordnungen der jeweiligen Landesärztekammer Anwendung finden, die unterschiedliche Regelungen zu Mitarbeiterbeteiligungen enthalten. Jedoch hilft dem nachgeordneten Mitarbeiter selbst eine für ihn positive Formulierung in der landesrechtlichen Berufsordnung nicht, da sowohl der Bundesgerichtshof (BGH) wie auch das BAG entschieden haben, dass aus den landesrechtlichen Berufsordnungen keine zivilrechtlichen oder arbeitsrechtlichen Ansprüche abzuleiten sind (BAG Urt. v. 21.07.1993, Az.: 5 AZR 550/92; BGH Urt. v. 12.03.1987, Az.: III ZR 31/86). Insoweit ist festzuhalten, dass, abgesehen von einer etwaig bestehenden moralischen Komponente, aus rein rechtlichen Gesichtspunkten das Standesrecht nicht dazu eignet, einen Chefarzt zur Zahlung von Mitarbeiterbeteiligungen zu veranlassen. Zudem ist bis dato keine berufsgerichtliche Rechtsprechung zu Inhalten und/oder Umfängen der Mitarbeiterbeteiligung

ergangen.

d. Strategien des Chefarztes zu variierender Mitarbeiterbeteiligung

Sofern der betroffene Chefarzt keine dienstvertragliche Regelung zur Mitarbeiterbeteiligung besitzt, bestehen weitgehende Möglichkeiten zur Gestaltung. Einzelne und direkt mit den nachgeordneten Mitarbeitern abgeschlossene Abreden zur Beteiligung binden den Chefarzt unmittelbar und verpflichten während der Laufzeit zwingend zur Zahlung der vereinbarten Beträge. Eine derartige Abrede wird zudem konstruiert, wenn der Chefarzt eine gleichbleibende Beteiligung fortlaufend zahlt. Ein auf die Unabhängigkeit bedachter Chefarzt muss also feste Poolbeteiligungen und einzelne Vertragsschlüsse verhindern und unregelmäßig variierende Beteiligungen auszahlen, die mit einem Begleitschreiben einhergehen, aus dem die Einmaligkeit und Freiwilligkeit der Beteiligung hervorgeht und das die Zahlung aufgrund von standesrechtlichen Regelungen erfolge. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der bezifferte Betrag für den Umfang der Leistungserbringung angemessen ist.

Mit diesem Vorgehen sichert sich der Chefarzt die Möglichkeit die Mitarbeiterbeteiligungen zu variieren und an eine von ihm festgelegte Systematik anzupassen bzw. für einzelne Personen besondere Zuwendungen zu leisten.

Das aufgeführte notwendige Vorgehen zeigt jedoch, dass dieses Offenhalten der Mitarbeiterbeteiligung mit einem bürokratischen Aufwand für den Chefarzt verbunden ist, da er die Zahlungsintervalle und Umfänge insgesamt im Blick behalten muss. Zumeist dürfte es einfacher sein, ein unter Einbezug des Krankenhausträgers vereinbartes Mitarbeiterbeteiligungsmodell zu implementieren und die Durchführung durch die Abteilungen des Krankenhauses zu vereinbaren.

4. Fazit

Gerade in radiologischen Abteilungen, wo zulässige Einbindungen nachgeordneter Ärzte bei liquidationsberechtigten Leistungserbringungen an der Tagesordnung sind, sollte - sofern es gewollt ist - ein transparentes System der Mitarbeiterbeteiligung konstruiert sein. Neben positiven Effekten der Mitarbeitermotivation und der

Beachtung standesrechtlicher Vorgaben bzw. Vorgaben aus dem LKHG, wird auch eine nicht zu vernachlässigende Mitarbeiterbindung erreichbar sein. Der Vorteil einer offenen, unter Einbindung des Krankenhausträgers gestalteten und von dessen zuständiger Abteilung durchgeführten, Mitarbeiterbeteiligung ist, die Sicherheit der Beteiligten Parteien über die Umfänge und Inhalte, wie auch die Sicherheit des Chefarztes, nicht zu steuerlichen Belastungen zu gelangen, die die nachgeordneten Ärzte hätten tragen müssen. ■

Impressum Jens Remmert, LL.M.
Rechtsanwalt

Rechtsanwälte Wigge
Scharnhorststr. 40
48 151 Münster
Tel.: (0251) 53 595-0
Fax: (0251) 53 595-99
Internet: www.ra-wigge.de
E-Mail: kanzlei@ra-wigge.de