

Kanzleischrift Krankenhauswesen

Thema

Krankenhauspolitik nach der Wahl

- Koalitionsvertrag
 - Folgen für Krankenhäuser
 - Stellungnahmen der Akteure
- Gutachten des Sachverständigenrates

Interview

Jörg Robbers – Krankenhauslandschaft 2010

Rechtsprechung & Praxis

**SONDERHEFT
ZUM
32. DEUTSCHEN KRANKENHAUSTAG**

Herausgeber:



ERSTAUSGABE 4. Quartal 2009

© MEYER-KÖRING 2009

BONN
Oxfordstraße 21, 53111 Bonn
Telefon: 0228 72636-0
Telefax: 0228 72636-77
bonn@meyer-koering.de

BERLIN
Schumannstraße 18, 10117 Berlin
Telefon: 030 206298-6
Telefax: 030 206298-89
berlin@meyer-koering.de

Krankenhauspolitik nach der Wahl

Autoren: RA Dr. Dirk Webel LL.M. oec. und RA Matthias Wallhäuser, Fachanwalt für Medizinrecht

Der Koalitionsvertrag

Die Gesundheitspolitik war eines der zentralen Streitthemen bei den Koalitionsverhandlungen zwischen Union und FDP. Während die FDP einen klaren Systemwechsel im Gesundheitswesen ankündigte, wiesen Spitzenpolitiker von CDU und CSU die Bekenntnisse zu einem deutlichen Kurswechsel zurück.

Was die 17. Legislaturperiode im Bereich des Gesundheitswesens tatsächlich bringen wird, haben die Koalitionspartner nur vage skizziert. „Langfristig“ soll es eine Neuordnung geben, hierfür soll sich eine Regierungskommission im kommenden Jahr konstituieren.

Wer sich auf die neue Gesundheitspolitik einstellen will, kann derzeit wohl nur Mutmaßungen anstellen.

Die Veranstalter des 32. Deutschen Krankenhaustages konnten daher keinen günstigeren Zeitpunkt wählen, um die entscheidenden Akteure zum gemeinsamen Diskurs einzuladen.

Grundlage dieses Diskurses werden u.a. die gesundheitspolitischen Passagen des Koalitionsvertrages sein. Für das Krankenhauswesen scheint das Programm auf den ersten Blick günstig:

"Deutschland braucht leistungsfähige Krankenhäuser für eine hochwertige, innovative, flächendeckende und wohnortnahe Patientenversorgung".

Was diesem Programmsatz folgt, ist allerdings weitgehende Zurückhaltung – der derzeitige Konsens der Koalitionspartner mit Blick auf die im Mai des kommenden Jahres anstehenden Landtagswahlen in NRW?

Die krankenhausspezifischen Vereinbarungen im Überblick:

- ▶ Bekenntnis zur flächendeckenden Versorgung mit Krankenhausleistungen
- ▶ Überprüfung des Zulassungsverfahrens zu § 116b SGB V Leistungen
- ▶ Betreiben von MVZ durch Ärzte und Krankenhäuser
- ▶ Stärkung des Belegarztsystems
- ▶ Weiterentwicklung der sektorübergreifenden Versorgung
- ▶ Konvergenz auf Landesbasisfallwerte /auslaufende Sonderregelungen 2009
- ▶ Ablehnung bundeseinheitlicher Preise
- ▶ Prüfauftrag zur Finanzierung der Notfallversorgung
- ▶ Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, Prüfungsauftrag sektorübergreifende Planung
- ▶ Überprüfung des Wettbewerbsrahmens und der Fusionskontrolle
- ▶ Bestandsaufnahme bei der Gematik
- ▶ Nachwuchsgewinnung und Förderung von Medizinstudenten
- ▶ Erweiterung der Delegationsmöglichkeiten ärztlicher Tätigkeiten.

Die Folgen für Krankenhäuser

Die Entwicklungen zu § 116b SGB V werden im Blick zu behalten sein. Werden bestehende Probleme endlich bereinigt oder soll mit Blick auf die ärztliche Klientel des neuen Regierungspartners FDP das Rad zurück gedreht werden?

Klarer werden die Koalitionspartner hinsichtlich der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Diese sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Geschäftsanteile können nur von zugelassenen Ärzten und Krankenhäusern gehalten werden. Die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte soll Ärzten zustehen und das MVZ soll von Ärzten verantwortlich geführt werden. Nur für unterversorgte Gebiete soll eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser vorgesehen werden, wenn keine Interessenten aus dem Bereich der Ärzte zur Verfügung stehen. Für Krankenhäuser ist dies eine Position, die Kritik herausfordern muss. Rechtliche Fragen liegen auf der Hand: ist der Bestand der bereits zugelassenen MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern weiterhin gesichert? Können diese MVZ weiterentwickelt werden?

Die innerbetriebliche Organisation im Krankenhaus kann tendenziell Erleichterungen in den alltäglichen Arbeitsprozessen erwarten:

Die **Delegationsmöglichkeiten** ärztlicher und anderer Tätigkeiten sollen erweitert werden. Was hierunter verstanden werden kann, lässt sich an den persönlichen Zielen des neuen Bundesgesundheitsministers, Philipp Rösler (FDP), erkennen. Als Arzt habe er „mehr Zeit für Bürokratie als für Behandlung“ aufwenden müssen. Ärzte sollen künftig wieder mehr Zeit für ihre Patienten haben.

Die **Telematik-Infrastruktur** soll den medizinischen Datentransfer sicher und effizienter gestalten.

Allerdings bestehen erhebliche Bedenken gegen die **elektronische Gesundheitskarte**; vor einer weitergehenden Umsetzung steht die Bestandsaufnahme, zur Überprüfung und Bewertung der bisherigen Erfahrungen. Danach wird entschieden, ob eine Weiterarbeit auf Grundlage der Strukturen möglich und sinnvoll ist. Datensicherheit und informationelle Selbstbestimmung der Patienten und Versicherten wird höchste Priorität eingeräumt.

Um das deutsche Gesundheitssystem „innovationsfreundlich, leistungsgerecht und demokratiefest“ zu gestalten setzt die Koalition auf **Wettbewerb um Leistungen, Preise und Qualität**. Dazu soll das allgemeine Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung finden; insbesondere bei **Rabattverträgen, Fusionen von Krankenhäusern und Krankenkassen** bestehe insofern Überprüfungsbedarf.

Im Hinblick auf die erkannte Gefahr einer **Unterversorgung durch Ärztemangel** wird angekündigt, Voraussetzungen für eine zielgerichtete Weiterentwicklung der **Bedarfsplanung** durch die gemeinsame Selbstverwaltung zu schaffen.

Die krisenbedingten Einnahmefälle der Krankenversicherung werden für auch das Jahr 2010 durch Zuschüsse aus Steuermitteln aufgefangen. **Die Rahmenbedingungen der Krankenhausfinanzierung** werden im nächsten Jahr unverändert bleiben. Eine Besserung im Bereich der **Krankenhausesinvestitionen** wird auch durch diese Koalition voraussichtlich nicht erreicht werden können. Die Aufforderung an die Bundesländer, ihren Verpflichtungen insofern nachzukommen, wird an dem Fortbestehen der Unterfinanzierung alleine nichts ändern.

Die Kritik an **Selektivverträgen** im vertragsärztlichen Bereich ist in den Koalitionsvertrag nicht aufgenommen worden.

Die Positionen der Akteure

„Ordnungspolitischer Wechsel mit Augenmaß“

So überschreibt **DKG**-Hauptgeschäftsführer Georg Baum die Festsetzungen des Koalitionsvertrags. Den Worten müssten indes auch Taten folgen. Insbesondere die im Koalitionsvertrag vereinbarte „verlässliche Innovationsfinanzierung“ setze tatsächliche Konsequenzen voraus. Planbarkeit und Berechenbarkeit bestehe im Hinblick auf das planmäßige Ende der Konvergenzphase.

Die DKG begrüßt das Bekenntnis zur weiteren Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung. Hierzu zähle aber auch der Betrieb von **MVZ durch Krankenhäuser**. Die vorgesehene Begrenzung der Beteiligung der Kliniken auf unter 50% sei „für die Vertiefung der sektorübergreifenden Versorgung hinderlich“.

Ziel müsse es sein, die Hemmnisse bei der Zulassung der Kliniken nach § 116 b SGB V zu beseitigen.

Die **Einbeziehung wettbewerblicher Steuerungselemente** medizinischer Versorgungssysteme werde befürwortet. Ein reiner Preiswettbewerb sei aber mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung mit qualitativ hochwertigen Krankenhausleistungen nicht zu vereinbaren; es müsse um Wettbewerb um die beste Qualität gehen.

„Chance für den Aufbau einer neuen Gesundheitskultur“

Für die Bundesärztekammer (**BÄK**) scheinen die positiven Aspekte zu überwiegen.

„Licht und Schatten liegen bei der Koalitionsvereinbarung eng beieinander. Die kommenden Monate werden zeigen, wie sie mit Leben erfüllt wird“.

Mit diesen Worten kommentiert der Vorstandsvorsitzende der **KBV**, Dr. Andreas Köhler, den Koalitionsvertrag. Kritisch sieht man, dass § 73 b SGB V in der bestehenden Form zunächst erhalten bleiben soll. Damit stelle sich *„die Frage, wie unter diesen Voraussetzungen eine flächendeckende und qualitativ hochwertige ambulante Versorgung auf Dauer aufrecht erhalten bleiben soll“*.

Aus anderer Perspektive betrachtet die **KBV** die Vorstellungen der Koalitionspartner zu **MVZ**. Es sei wichtig, dass Geschäftsanteile von **MVZ** nur von zugelassenen Ärzten und Krankenhäusern gehalten werden dürfen.

„KBV kontrovers: Ambulant/stationär: Kooperation oder Konfrontation?“

Die Wahlprüfsteine der **KBV** betrafen insbesondere die Themen der Freiberuflichkeit, Wettbewerb und Kollektivvertrag, Qualität, Weiterentwicklung der Vergütungssystematik, Arzneimittel und die Online-Initiative des KV-Systems. Klare Signale wurden bereits zuvor auf der Veranstaltung *„KBV kontrovers“* unter dem Motto *„Ambulant/stationär: Kooperation oder Konfrontation?“* gesendet. Vor allem die unterschiedlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und Arztpraxen machte die **KBV** mit für erhebliche Probleme bei der Überleitung der Patienten vom einen in den anderen Sektor verantwortlich.

„Die Interessen von Krankenhäusern und Vertragsärzten weichen in vielen Fällen voneinander ab“, wird Köhler zitiert. Er forderte, die Wettbewerbsvorteile der Krankenhäuser abzubauen und an den Schnittstellen gleiche Voraussetzungen für Vergütung, Bedarfsplanung und Mengengrenzungen zu schaffen. Auch müsse die Verlagerung von immer mehr Leistungen aus den Krankenhäusern in die Arztpraxen mit einer Verlagerung der entsprechenden Gelder einhergehen.

Ein im System angelegtes Ungleichgewicht bestehe ferner bei der Einführung von Innovationen. Es sei zwar einiges geschehen, um die Sektorierung zu überwinden. Dazu gehörten etwa die Möglichkeiten zum Abschluss von Integrationsverträgen, die Gründung von **MVZ** oder die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Nur faire Wettbewerbsbedingungen könnten aber verhindern, dass diese Maßnahmen einen Verdrängungswettbewerb zulasten der niedergelassenen Fachärzte auslösten. *„Wir befinden uns auf dem richtigen Weg, die Zusammenarbeit zu verbessern. Das heißt aber auch, dass wir über den einen oder anderen Schatten springen müssen“*, erklärte Köhler damit schon im Vorfeld.

Die Reaktionen hierauf waren gemischt. Baum stellte heraus, dass im Mittelpunkt der Überlegungen stets die Versorgung aus einem Guss stehen müsse. An die niedergelassenen Ärzte appellierte er: „Sorgen Sie dafür, dass Sie gleich lange Spieße haben wie wir.“ Das dürfe aber nicht dazu führen, dass die Krankenhäuser künftig den gleichen Restriktionen unterliegen wie die niedergelassenen Ärzte. Es müsse vielmehr darum gehen, bestehende Hürden abzubauen.

Gutachten des Sachverständigenrates

Am 30.06. dieses Jahres hat der Sachverständigenrat sein Gutachten 2009 vorgelegt. Das Gutachten konzentriert sich auf die Gestaltung des Gesundheitssystems vor dem Hintergrund einer sich demografisch verändernden Bevölkerung. Die Zunahme chronischer Erkrankung und Multimorbidität bilden einen zunehmenden Versorgungsbedarf. Der Rat hat nach umfangreicher Prüfung verschiedene Konsequenzen gezogen.

„Die absehbare demografische Entwicklung und die zunehmenden Möglichkeiten des medizinisch technischen Fortschritts rücken die Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor in quantitativer und qualitativer Hinsicht in den Mittelpunkt von Reformbestrebungen“.

Nach Auffassung des Sachverständigenrates sind die Erfolgsbedingungen für eine effiziente, sektorübergreifende Versorgung vom Anreizsystem her am Ehesten gegeben, wenn die beteiligten Leistungserbringer nicht isoliert auf eigene Rechnung, sondern für ein gemeinsames Budget arbeiten und hierfür eine (sektorübergreifende) Pauschale erhalten. Die Versorgungsprozesse sollten dabei ein umfassendes Angebot an präventiven und therapeutischen Leistungen in einer Region enthalten.

In ordnungspolitischer Hinsicht gehe es nicht darum, ein solches Versorgungskonzept mit Hilfe gesetzlicher Regulierung anzustreben, sondern darum, der Entwicklung in diese Richtung eine Chance zu eröffnen. Die Entwicklung selbst solle dann durch die Entscheidung der Versicherten und Patienten im Wettbewerb erfolgen.

Jedenfalls in unterversorgten, dünn besiedelten Gebieten könne es keinen Wettbewerb zwischen umfassenden Versorgungseinheiten geben; zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern nur bedingt. **Wettbewerb** sei daher nur in überversorgten Gebieten zu befürworten.

Ferner nimmt der Rat auch zum Stand der **integrierten Versorgung** kritisch Stellung. Die intendierte sektorübergreifende Koordination finde zu selten statt. Um an den **"Schnittstellen der Leistungssektoren einen zielorientierten Wettbewerb"** auszulösen, sieht der Rat u.a. folgenden Handlungsbedarf:

- Die strukturierten Behandlungsprogramme sollten unter die integrierte Versorgungsformen subsumiert werden.
- Es bestehe keine Notwendigkeit zu einem obligatorischen Angebot einer bestimmten Versorgungsform, wie z.B. der isolierten hausarztzentrierten Versorgung
- Ein ergebnisoffener Wettbewerb solle über das zukünftige Verhältnis von kollektiven und selektiven Verträgen entscheiden.
- Die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 2 SGB V befänden sich in einem überregulierten, intransparenten GKV- Arzneimittelmarkt.

Soweit es **Selektivverträge** betrifft, hält der Rat hieran nur unter Einschränkungen fest; Selektivverträge sollen nur begleitend zu Kollektivverträgen abgeschlossen werden.

In der Tendenz hat sich der Rat (mit Zustimmung des G-BA) auch für eine **Ausweitung der Leistungen nach § 116b SGB V** ausgesprochen.

Jörg Robbers im Interview:

„Die Zeichen stehen auf Rückschritt. Für Krankenhäuser werden Bremsklötze gesetzt. Die Mauer ambulant/stationär wird wieder aufgebaut!“

Herr Robbers, der Koalitionsvertrag steht. Was lesen Sie heraus? Was werden die Generalthemen für Krankenhäuser sein?

Die Rolle der Länder bleibt erhalten. Die Planungskompetenz bleibt erhalten. Die duale Finanzierung bleibt erhalten. Aber die Generallinie soll in mehreren Punkten verlassen werden. Man entdeckt den Belegarzt wieder. Der zweite, deutlich gewichtigere Punkt ist allerdings die Ankündigung der Überprüfung des § 116b. Ebenso bedeutend ist die Ankündigung der Veränderungen im Bereich der MVZ, die Unterstellung der MVZ unter ärztliche Hoheit.

Was wird mit § 116b in der Zukunft passieren?

Ich gehe davon aus, dass § 116b unter dieser Koalition eine Änderung erfahren wird. § 116b bleibt ein Dorn im Auge jedes Facharztes. Zurücknehmen wird man ihn vermutlich nicht.

Welcher Weg sollte gegangen werden?

Völlig falsch wäre sicherlich der Weg befristeter Institutsermächtigungen. Ich könnte mir einen dreiseitigen Vertrag analog § 115b vorstellen.

Welche Folge hat die Ankündigung für die laufenden Verfahren, die so zahlreich in der Warteschleife hängen? Auch neue Anträge liegen in der Schublade.

Zunächst bleibt es ein praktisches Problem. § 116b ist und bleibt eine Kampfansage an den vertrags-

ärztlichen Bereich. Entscheidungserheblich ist auch die Zukunftsprognose. Bestehende Zulassungen werden, so könnte ich es mir vorstellen, in einem neuen Gesetz mit einer Auslaufzeit versehen, etwa 5 Jahre. Das kann die Planungen erheblich erschweren. Juristisch wird dem mit Blick auf den Bestandsschutz zu begegnen sein, politisch wird das Modell zum Auslaufmodell.

Kommen wird zum Thema MVZ. Wie bewerten Sie die doch recht konkreten Vorstellungen der Koalitionspartner?

Die Entwicklung im Bereich MVZ ist eine absolute Fehlentwicklung. Sie nimmt den MVZ grundlegend die Art von Flexibilität, die in diesem Bereich dringend nötig ist. Für Krankenhäuser hört das Gleis an dieser Stelle schlicht auf. Initiativen der Krankenhäuser werden geblockt. In den neuen Bundesländern ist man sicher noch fassungsloser als in den alten Bundesländern. Das stoppt Entwicklungsprozesse. Krankenhäuser werden aus dem Versorgungssystem ausscheiden. Dem ‚Werkzeugkasten‘ für Krankenhäuser wird hier eine wichtige Möglichkeit genommen. Damit Sie mich nicht falsch verstehen, es kollabiert nicht alles, aber es ist eine völlig andere Linie als in der vorherigen Regierung.

Wie schätzen Sie denn die maßgeblichen Schriftführer der Koalitionsvereinbarung in diesem Bereich ein?

Der neue Gesundheitsminister Rösler ist noch ein weitgehend unbeschriebenes Blatt. Herr Seehofer

ist mit den bekannten Positionen auszumachen. Seine Handschrift ist klar erkennbar. Aus Bayern kommt sicherlich Druck, das alte Facharztztum wieder zu stärken. Folge ist das Überdenken des § 116b und die Stärkung des Belegarztes; eine vor diesem Hintergrund ganz klare Linie. Inwieweit dies alles auch umgesetzt wird, bleibt allerdings eine ganz andere Frage. Hier wird vieles auch davon abhängen, wer die Positionen vertreten wird.

Wie werden die Betroffenen damit umgehen? Wird es einen Konsens geben können, etwa mit der KBV?

Ein Konsens im Bereich des § 116b oder der MVZ wird kaum zu erzielen sein. Wenn die endgültigen Regelungen auf den Tisch kommen, wird man aber sicherlich einen gemeinsamen Weg finden können. Hier sitzen die Betroffenen dann doch in einem Boot.

Blicken wird in die nähere Zukunft. Was erwarten Sie für die Krankenhauslandschaft 2010?

Die Einflussfaktoren sind bekannt. Die drei großen Linien bilden die Steigerung der privaten Trägerschaft, der Verkauf kommunaler Kliniken und der Umstand, dass kirchliche Häuser nicht verkaufen, sondern sich zu Holdings oder Gesellschaften zusammenschließen. Die weiteren Faktoren sind die ständige Verknappung der finanziellen Mittel durch permanente Deckelung, was mit Blick auf die Lohnkostenentwicklung ein Problem bleiben wird. Die Schere wird größer. Die Ökonomisierung ist lange noch nicht beendet. Der Rückzug der Investitionsfinanzierung bleibt – bei all dem Willen der neuen Regierung. Die Entwicklungen im ambulanten Bereich bleiben Kernthema. Der Wettbewerb bleibt über die Qualität im Mittelpunkt.

Was wird das zentrale Thema 2010?

Schmerzlich wird die sektorübergreifende Qualitätssicherung. Hier wird es auf das Konzept des G-BA ankommen, die Richtlinie 13. Hier werden die Grundfesten der sektorübergreifenden Versorgung verabschiedet, noch in diesem Jahr. Aufbauende Schritte sind die Ablösung des BQS. Das Institut AQUA übernimmt die Aufgaben des BQS, aber ist schon programmiert, das Ausführungsorgan für die sektorübergreifende Qualitätssicherung zu sein. Im Jahr 2010 wird die Richtlinie 13 stehen. Dann werden jährlich die Indikationen festgelegt, die sektorübergreifend bearbeitet werden sollen. Angefangen etwa bei Katarakt. Entscheidend wird es sein, die Prozesse richtig zu erfassen. Dies muss beobachtet werden. Erste Ergebnisse sollen 2014 folgen. 2010 erwarte ich den praktischen Einstieg in die sektorübergreifende Qualitätssicherung. Da spielt die Musik.

Muss ich als Krankenträger jetzt handeln?

Bis jetzt ist noch nichts konkretisiert. Viele Krankenhäuser werden warten. Diejenigen, die noch in der Schwebe sind, werden indes durchziehen müssen. Was den Bestandsschutz betrifft, muss ich sagen: Schaff es noch nach altem Recht! Dies betrifft die Anträge nach § 116b wie auch die Gründung von MVZ. Die Chancen sollten jetzt mitgenommen werden. Auch mit Blick auf die Sicherung von Vertragsarztsitzen. Wenn die neue Regierung an den falschen Schrauben dreht, wird den Kliniken jedenfalls ein Spektrum ihrer Zukunftsentwicklung genommen werden.

Vielen Dank für das Gespräch!

Interview: Dr. Dirk Webel, LL.M. oec,

Sozialgericht Dresden gewährt Vertragsarzt einstweiligen Rechtsschutz gegen Ambulanzzulassung eines Krankenhauses nach § 116b SGB V

§ 116b Abs. 2 SGB V ermöglicht es den zuständigen Landesbehörden, zugelassene und geeignete Krankenhäuser auf Antrag zur ambulanten Behandlung mit hochspezialisierten Leistungen oder von seltenen Erkrankungen bzw. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zu „bestimmen“. Die vertragsärztliche Versorgungssituation ist hierbei lediglich zu „berücksichtigen“. Zahlreiche Krankenhäuser haben von dieser mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz am 1.4.2007 erleichterten und erweiterten Möglichkeit Gebrauch gemacht. Sie geraten dabei in Konkurrenz zur Vertragsärzteschaft, insbesondere auf dem Gebiet der onkologischen Erkrankungen. Kassenärztliche Vereinigungen und/oder betroffene Vertragsärzte versuchen, sich sozialgerichtlich insbesondere im Wege einstweiligen Rechtsschutzes zur Wehr zu setzen. Umstritten ist dabei, ob sie hierzu rechtlich befugt sind, ob also § 116b Abs. 2 mit der „Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation“ drittschützenden Charakter hat. Dies wird mehrheitlich verneint, wobei möglicherweise zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und Vertragsärzteschaft andererseits zu differenzieren ist.

Das Sozialgericht Dresden hat nun mit Beschluss vom 29.9.2009 die Gegenposition vertreten. Es hat dem Antrag eines betroffenen Vertragsarztes im Wege einstweiligen Rechtsschutzes stattgegeben und die aufschiebende Wirkung seiner Anfechtungsklage gegen den Bescheid, der das Krankenhaus als zur Ambulanz zugelassen bestimmt, wiederhergestellt. Dieser Entscheidung der Eingangsinstanz werden weitere - sicher auch gegenteilige - folgen. Klarheit wird erst eine Entscheidung des Bundessozialgerichts bringen. In Kürze ist sie allerdings nicht zu erwarten.

Verf.: Dr. Reiner Schäfer-Gölz, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht

SG Dortmund: Krankentransporte zur Patientenverlegung in anderen Betriebsteil eines Krankenhauses nicht vergütungsfähig

Ein Krankenhausträger kann von einer Krankenkasse keine Vergütung für Krankentransporte beanspruchen, die der Verlegung eines Krankenhauspatienten

in einen anderen Betriebsteil des Krankenhauses dienen. Dies hat das Sozialgericht Dortmund mit Urteil vom 21.07.2009 entschieden. Bei einem Transport zwischen verschiedenen Betriebsstätten eines Krankenhauses erfolge keine Verlegung in ein anderes Krankenhaus, da der Versorgungsauftrag nur für das Krankenhaus als Ganzes definiert sei, so das SG in seiner Begründung (Az.: S 8 KR 89/08).

Arbeitsrecht im Krankenhaus

Chefarzt als Leitender Angestellter der Betriebsverfassung: Umfang der Einstellungs- und Entlassungskompetenz?

BAG, Urt. v. 10.10.2007 - 7 ABR 61/06

Der Betriebsrat vertritt nicht die leitenden Angestellten des Betriebs bzw. des Unternehmens. Wer leitender Angestellter ist, regelt § 5 Abs. 3 Satz 2 BetrVG. Hierzu gehören u.a. Arbeitnehmer des Unternehmens, die zur selbständigen Einstellung und Entlassung befugt sind. Das Bundesarbeitsgericht hat seinem Beschluss die Anforderungen an diese Kompetenzen präzisiert (BAG, Urt. v. 10.10.2007 - 7 ABR 61/06, zitiert nach juris). In dem konkreten Fall wurde die Stellung eines Chefarztes als leitender Angestellter wegen zu geringer Kompetenzen abgelehnt

1. Einstellungs- und Entlassungsbefugnis: Repräsentant des Arbeitgebers

Nach § 5 Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 BetrVG ist leitender Angestellter, wer nach Arbeitsvertrag und Stellung im Unternehmen oder im Betrieb zur selbständigen Einstellung und Entlassung von im Betrieb oder in der Betriebsabteilung beschäftigten Arbeitnehmern berechtigt ist. Diese Zuordnungskriterien beruhen auf der Wertung des Gesetzgebers, nach der eine Einstellungs- und Entlassungsbefugnis die leitende Funktion eines Angestellten im Betrieb oder im Unternehmen in besonderer Weise zum Ausdruck bringt. Einstellungen und Entlassungen sind Instrumente der Personalwirtschaft und damit unternehmerische Tätigkeit. Wird diese Befugnis einem Angestellten übertragen, so ist er zur selbständigen Einstellung und Entlassung als Repräsentant des Arbeitgebers gegenüber dem Betriebsrat befugt.

II. Kompetenz sowohl im Innenverhältnis als auch im Außenverhältnis notwendig

Die Einstellungs- und Entlassungsbefugnis muss sowohl im Innenverhältnis als auch im Außenverhältnis bestehen. An dem Merkmal der Selbständigkeit fehlt es daher, wenn der Angestellte nur im Verhältnis zu den Arbeitnehmern, nicht aber im Verhältnis zu seinen Vorgesetzten befugt ist, über Einstellungen und Entlassungen zu entscheiden. Die Ausübung der Personalkompetenz darf nicht von der Zustimmung einer anderen Person abhängig sein.

Hinweis für die Praxis:

Allerdings liegt nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts keine Beschränkung der Einstellungs- und Entlassungsbefugnis vor, wenn der Angestellte lediglich Richtlinien oder Budgets zu beachten hat oder Zweitunterschriften einholen muss, die einer Richtigkeitskontrolle dienen, aber nicht mit einer Entscheidungsbefugnis des Dritten verbunden sind (Vgl. BAG, Urt. v. 27.9.2001 - 2 AZR 176/00, DB 2002, 1163).

III. Befugnisse für nur einen Teil der Belegschaft ausreichend

Der Angestellte muss nicht zur selbständigen Einstellung und Entlassung aller Arbeitnehmer des Betriebs befugt sein. Es ist ausreichend, wenn sich die Befugnisse nur auf einen Teil der Belegschaft beziehen. Allerdings liegen die Voraussetzungen nicht bei Arbeitnehmern vor, deren Personalkompetenzen nur von untergeordneter Bedeutung für den Betrieb und damit auch für das Unternehmen sind.

1. Anzahl der Arbeitnehmer

Die unternehmerische Bedeutung der Personalverantwortung kann aus der Anzahl der Arbeitnehmer folgen, auf die sich die selbständige Einstellungs- und Entlassungsbefugnis bezieht. Umfasst sie nur eine geringe Anzahl von Arbeitnehmern, liegen die

Voraussetzungen regelmäßig nicht vor. Der Angestellte tritt in diesem Fall nur in einem unbedeutenden Umfang als Repräsentant des Arbeitgebers gegenüber dem Betriebsrat auf.

2. Qualitativ bedeutsamer Personenkreis

Handelt es sich lediglich um eine geringe Anzahl von Arbeitnehmern, liegt die für die Stellung eines leitenden Angestellten erforderliche unternehmerische Personalverantwortung dann nur vor, wenn die Einstellungs- und Entlassungsbefugnis gerade für einen für das Unternehmen qualitativ bedeutsamen Personenkreis besteht. Die geforderte Personalkompetenz muss sich deshalb auf Arbeitnehmer erstrecken, die entweder hoch qualifizierte Tätigkeiten mit entsprechenden Entscheidungsspielräumen ausüben oder einen für das Unternehmen herausgehobenen Geschäftsbereich betreuen.

3. Zeitlicher Anteil irrelevant

Der zeitliche Anteil, den die tatsächliche Ausübung der Einstellungs- und Entlassungsbefugnis an der Arbeitszeit des Angestellten ausmacht, ist für die Beurteilung der Voraussetzungen eines leitenden Angestellten hingegen ohne Bedeutung.

Fazit: Im vorliegenden Fall war der Chefarzt der geriatrischen Abteilung lediglich für vier Personen (ein Oberarzt und drei Assistenzärzte) einstellungs- und entlassungsbefugt und damit nur auf einen sehr kleinen Personenkreis. Diese vier Personen waren auch nicht von besonderer Bedeutung für das Unternehmen. Gemessen an der Gesamtbeschäftigtenzahl von rund 600 Arbeitnehmern ist es ohnehin zweifelhaft, ob überhaupt die Voraussetzungen bei nur vier Arbeitnehmern erfüllt werden können, seien sie noch so bedeutsam. Leitender Angestellter kann nämlich auch sein, wer aufgrund seiner besonderen Stellung im Unternehmen als leitender Angestellter anzusehen ist, § 5 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 BetrVG.

Verf.: *Dr. Nicolai Besgen*, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Arbeitsrecht

Praktische Personalarbeit im Krankenhaus



Das Handbuch

behandelt alle arbeitsrechtlichen Themen, speziell auf den Arbeitgeber Krankenhaus zugeschnitten. Dabei legt es besonderen Wert auf einen hohen Praxisbezug.

Zahlreiche Fallbeispiele, Formulierungshilfen und Praxishinweise erleichtern die tägliche Arbeit.

Aus dem Inhalt

- Anbahnung und Begründung des Arbeitsverhältnisses
- Kündigungsfragen
- Besondere Personengruppen, insbesondere Chefarzt, Oberärzte, Ärzte in Weiterbildung, Medizinisches Versorgungszentrum, Vertragsärzte im Krankenhaus
- Vergütungsfragen, u. a. zur Eingruppierung, Zielvereinbarung
- Arbeitszeit
- Kirchliches Arbeitsrecht

Geschrieben für

Personalabteilungen in Krankenhäusern und Kliniken.

Fax-Coupon

___ Expl. 978-3-406-59582-0
Besgen, Krankenhaus-Arbeitsrecht Handbuch
2010. XXXIX, 479 Seiten. Kartoniert € 58,-

Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Datum/Unterschrift _____ 156065

Bei schriftlicher oder telefonischer Bestellung haben Sie das Recht, Ihre Bestellung innerhalb von 2 Wochen nach Absendung ohne Begründung in Textform (z.B. Brief, Fax, Email) zu widerrufen. Die rechtzeitige Absendung des Widerrufs innerhalb dieser Frist genügt. Die Frist beginnt nicht vor Erhalt dieser Belehrung. Der Widerruf ist zu richten an den Lieferanten (Buchhändler, beck-shop.de oder Verlag C.H. Beck, eine Niederlicher Verlagsgesellschaft, Augsburgstr. 69A, 80329 München). In Falle eines Widerrufs sind beide wirtsch. Leistungen zurückzugewähren. Kosten und Gefahr der Rücksendung trägt der Lieferant. Zu denselben Bedingungen haben Sie auch ein Rückgaberecht für die Bestellung innerhalb von 14 Tagen seit Erhalt. Ihr Verlag C.H. Beck o.HG, Wilhelmstr. 9, 80801 München.

Bestellen Sie bei Ihrem Buchhändler oder bei:
beck-shop.de oder Verlag C.H. Beck · 80791 München
Fax: 089/38189-402 · www.beck.de



SPEZIALISTEN IN DER KRANKENHAUSBERATUNG

- KRANKENHAUSPLANUNG & -FINANZIERUNG
- NEUE VERSORGUNGSFORMEN
- KOOPERATIONEN IM GESUNDHEITSWESEN
- REORGANISATION UND UMSTRUKTURIERUNG
- ARBEITSRECHT
- CHEFARZTRECHT
- GESELLSCHAFTS- UND VERTRAGSRECHT
- STEUERRECHT
- ARZTHAFTUNGSRECHT

ANWALTSGRUPPE MEDIZINRECHT

RA Matthias Wallhäuser

Fachanwalt für Medizinrecht,
Lehrbeauftragter d. Rhein. FH (Medizin-Ökonomie)

RA Dr. Dirk J. Webel, LL.M. oec.

RA Dr. Nicolai Besgen
Fachanwalt für Arbeitsrecht

RA Sebastian Witt
Fachanwalt für Arbeitsrecht

RA Mario Knepper
Fachanwalt für Steuerrecht

RA Jörg Robbers

ehem. HGF d. DKG

RA Dr. Reiner Schäfer-Gölz

Fachanwalt für Medizinrecht

RA Wolf Constantin Bartha

Fachanwalt für Medizinrecht

RA Dr. Alexander Teubel

RA Dr. Christopher Liebscher, LL.M.

Fachanwalt für Arbeitsrecht