

BDAktuell | JUS-Letter

September 2008
Jahrgang 8
Ausgabe 3

In dieser Ausgabe:

- 477 Eingruppierung von Oberärzten – Ein Blick ins Gerichtsfach
- 479 Leitlinien und Standard
- 479 Missbrauch von Krankenversichertenkarten – BSG Urteil v. 12.06.2008 –
- 480 Wichtige Info zur Berufshaftpflichtversicherung



**Berufsverband
Deutscher Anästhesisten**
- Justitiare -
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg

Tel.: 0911 93378 -17 / -27
Fax: 0911 3938195

E-Mail:
Justitiare@bda-ev.de

Internet:
www.bda.de

Eingruppierung von Oberärzten – Ein Blick ins Gerichtsfach

Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

Die Eingruppierung der Oberärzte ist und bleibt in vielen Kliniken umstritten. Die Tarifvertragsparteien haben es leider versäumt, die Eingruppierungsmerkmale klar zu definieren, so dass hier für juristische Interpretationen genügend Raum bleibt (dazu genauer: Anästh Intensivmed Mai 2007, S. 291 ff.). Inzwischen liegen einige erstinstanzliche Urteile vor, in denen zu den tariflichen Eingruppierungsmerkmalen Stellung genommen worden ist.

Zeitlicher Umfang der Tätigkeit

In der Vergangenheit haben die Krankenhausträger im kommunalen Bereich oftmals die Eingruppierung in die Entgeltgruppe III mit der Begründung abgelehnt, dass der Mitarbeiter nicht mindestens zur Hälfte als Oberarzt tätig ist. Zur Begründung wurde § 15 TV-Ärzte herangezogen.

Anders sieht dies hingegen das Arbeitsgericht Oldenburg (Urteil vom 11.12.2007, Az. 5 Ca 210/07 E). In den Urteilsgründen wird ausgeführt: "Nach der ständigen obergerichtlichen Rechtsprechung wird die Tätigkeit als Arzt als ein einziger Arbeitsvorgang aufgefasst. Bei den tariflichen Tätigkeitsmerkmalen werden alle ärztlichen Tätigkeiten insgesamt einheitlich bewertet. ... Die Tätigkeit des Klägers dient einem einheitlichen Zweck, nämlich der Krankenversorgung. Eine Aufteilung in verschiedene Arbeitsvorgänge ist nicht sachgerecht. Das einheitliche

Ziel der Tätigkeit des Klägers ist die Rettung von Leben und Wiederherstellung der Patientengesundheit. Die ihm übertragene Verantwortung, die prägend ist für die Eingruppierung in Entgeltgruppe III, trägt er ständig und nicht nur zu bestimmten Zeiten. ... Die in einem zeitlich untergeordneten Umfang anfallenden administrativen Tätigkeiten, wie die Dokumentation, Abzeichnung von Protokollen, Planung von Arbeitsvorgängen, Unterweisung von Assistenzärzten, dienen als Zusammenhangstätigkeit dem übergeordneten Zweck der Patientenversorgung."

Medizinische Verantwortung

Hier wurde von den Arbeitgeberverbänden die Auffassung vertreten, dass eine medizinische Verantwortung nur dann vorliegen würde, wenn der Oberarzt die medizinische Endverantwortung und auch das Liquidationsrecht erhalten hat. Diese Rechtsauffassung ist durch das Tarifrecht keinesfalls gedeckt.

Das Arbeitsgericht Aachen (Urteil vom 23.05.2007, Az. 6 Ca 178/07) hat hierzu ausgeführt: "Gerade die Tatsache, dass der Kläger über die Narkosefähigkeit der Patienten entscheidet und auch bei Fragen, die bei den anderen in der Prämedikationsambulanz tätigen Kollegen auftreten, das weitere Prozedere festlegt, verdeutlicht, dass dieser nicht nur organisatorische, sondern auch medizinische Verantwortung trägt. Der Annahme der medizinischen Verantwortung steht nicht entgegen, dass bestimmte Rahmenstan-

dards, deren Einhaltung der Kläger überwacht, zuvor durch den Chefarzt vor- bzw. freigegeben worden sind. Sie wird auch nicht dadurch ausgeschlossen, dass in bestimmten Fragen, insbesondere solchen grundsätzlicher Art, wie bei der Festlegung bestimmter Behandlungsmethoden, Rücksprachen mit dem Chefarzt stattfinden und der Kläger dessen Weisungen untersteht."

So definiert auch das Arbeitsgericht Leipzig (Urteil vom 13.07.2007, Az. 16 Ca 1676/07) die medizinische Verantwortung: "Da sie (=Leiter der Arbeitsbereiche) bei allen außergewöhnlichen Vorkommnissen sofort unterrichtet werden und bei drohenden und bereits eingetretenen Zwischenfällen sofort hinzugezogen werden müssen, zeigt dies, dass sie die medizinische Verantwortung tragen."

Medizinische Verantwortung bedeutet demnach, dass der Oberarzt als Ansprechpartner vor Ort zur Verfügung steht, er aber keinesfalls selbstständig, unabhängig vom Chefarzt tätig werden muss.

In einem anderen Verfahren hat das Arbeitsgericht Leipzig entschieden, dass der Oberarzt nur die Leitungsfunktion übernehmen muss, nicht aber selbst in diesem Bereich tätig sein muss (Urteil vom 05.10.2007, Az. 16 Ca 3012/07).

Mit Urteil vom 12.07.2007 (Az. 14 Ca 669/07) hat das Arbeitsgericht Düsseldorf klargestellt, dass für die medizinische Verantwortung eben keine reine Verwaltungstätigkeit genügt; statt dessen ist die Aufsichtsfunktion über (nicht-) ärztliches Personal nötig, ver-

bunden mit der Entscheidungskompetenz im Einzelfall.

Teil- oder Funktionsbereich

In der Praxis höchst strittig ist die Definition der Teil- oder Funktionsbereiche. Auch hierzu haben sich die Arbeitsgerichte - zum Teil sehr unterschiedlich - geäußert.

So hat das Arbeitsgericht Aachen (Urteil vom 23.05.2007, Az. 6 Ca 178/07) die Prämedikationsambulanz als Teil- bzw. Funktionsbereich gewertet. In dem Urteil hat das Gericht auch klargestellt, dass ein Teil- oder Funktionsbereich dann vorliegen würde, wenn eine räumliche und personelle Ausstattung gegeben ist. Diese Aussage relativiert das Arbeitsgericht Aachen dann allerdings noch. Seines Erachtens ist es nicht zwingend notwendig, dass eine solche Ausstattung vorgehalten wird, aber die Leitung eines Transplantationsteams wäre zumindest dann nicht ausreichend, wenn dieses Team nur in seltenen Ausnahmefällen zusammen tritt. Hier wäre eine Kontinuität nötig. Bei dem entschiedenen Fall ging es um die Leitung des Transplantationsteams, wobei das Team in den vergangenen 6 Jahren nur für 6 Transplantationen zuständig war. Hier sah das Gericht keinen selbstständigen Teil- oder Funktionsbereich.

Das Arbeitsgericht Leipzig hat klargestellt, dass es sich beim Teilbereich nicht um einen Funktionsbereich handelt, sondern hier vielmehr eine Untergliederung vorliegt (Urteil vom 13.07.2007, Az. 16 Ca 1676/07). Bei dem beklagten Universitätsklinikum wurde durch den Klinikdirektor eine Funktionsordnung erstellt, die innerhalb der Klinik verschiedene Arbeitsbereiche definierte (z. B.

Schmerzambulanz, Reanimations-training). Alle diese Arbeitsbereiche wertete das Arbeitsgericht als Teilbereich im Sinne des Tarifrechts.

(Ausdrückliche) Übertragung

Problematisch war in diesen Verfahren noch die ausdrückliche Übertragung durch den Arbeitgeber, denn die Funktionsordnung wurde nicht vom Krankenhaus-träger, sondern von dem Klinikdirektor erstellt. Dabei war allerdings zu berücksichtigen, dass zwar der Klinikleiter die Funktionsordnung erstellt hat, allerdings der Vorstand darüber informiert worden ist und dagegen in keinem der Fälle interveniert hat. Daraus leitet das Arbeitsgericht Leipzig zu Recht eine Übertragung durch den Arbeitgeber ab. Denn eine Übertragung ist nach Auffassung des Arbeitsgerichtes Leipzig - gleiches gilt für das Arbeitsgericht Düsseldorf (Urteil vom 12.07.2007, Az. 14 Ca 669/07) - konkludent möglich. Hat der Krankenhausträger also Kenntnis von den Entscheidungen des Abteilungsleiters und widerspricht nicht, so muss der Krankenhausträger sich im Wege der Duldungs- bzw. Anscheinsvollmacht die Handlungen des Abteilungsleiters anrechnen lassen.

Arbeitsrechtlicher Gleichbehandlungsgrundsatz

Der Anspruch auf die Oberarzt-eingruppierung kann sich u. U. auch aus dem sog. arbeitsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatz ergeben. Dieser Grundsatz gilt zwar im Bereich der Vergütung nur sehr eingeschränkt, weil der Grundsatz der Vertragsfreiheit Vorrang hat. Wenn aber der Krankenhausträger einige Alt-Oberärzte oder auch Neu-Ober-

ärzte in die Entgeltgruppe Ä3 / III eingruppiert, ohne darlegen zu können, aufgrund welcher besonderen Merkmale diese die tarifvertraglichen Qualifizierungsmerkmale nach seiner Auffassung erfüllen, kann ein Anspruch geltend gemacht werden. Das Arbeitsgericht Köln (Urteil vom 23.10.2007, Az.: 16 Ca 4844/07) hat hierzu festgelegt: "Dies lässt nur den vom Kläger gezogenen Schluss zu, dass die Umgruppierung nicht anhand einer konkreten Subsumtion unter die tariflichen Qualifizierungsmerkmale erfolgt ist, sondern auf der Grundlage eines vom Vorstand zur Verfügung gestellten konkreten Budgets und innerhalb dieses nach sachfremden Kriterien wie demjenigen der Betriebszugehörigkeit oder – wie im Falle der erst später eingestellten "Neu"-Oberärzte – aus Gründen der Nähe zum neu eingestellten Chefarzt."

Kann der Krankenhausträger hingegen darlegen, dass die anderen Oberärzte die tariflichen Eingruppierungsmerkmale erfüllen, ist für diesen arbeitsrechtlichen Gleichbehandlungsgrundsatz kein Raum.

Ein neuer Service für Sie: Urteilssammlung des BDA

Auf der BDA-Homepage finden Sie Gerichtsentscheidungen aus verschiedenen Rechtsgebieten, die für Ihre Tätigkeit von Bedeutung sind. Die derzeit noch im Aufbau begriffene Urteilssammlung soll regelmäßig aktualisiert und erweitert werden.

Hier der direkte Link:

<http://www.bda.de/urteile/db/>

Ass. iur. E. Weis

Leitlinien und Standard

Dr. iur. Elmar Biermann, Nürnberg

Im Haftungsprozess eines Patienten gegen einen Chirurgen war es streitig, ob der Chirurg bei der Behandlung gegen eine Leitlinie seiner Fachgesellschaft verstoßen hatte und ob deshalb ein Behandlungsfehler vorliege. In diesem Rechtsstreit nimmt der 6. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs (BGH) mit Beschluss vom 28.03.2008, Az. VI ZR 57/07, Stellung und relativiert die Bedeutung der Leitlinien: Es könne offen bleiben, ob der Chirurg tatsächlich gegen die entsprechende Leitlinie verstoßen haben sollte, denn selbst dann könne der Verstoß gegen die Leitlinie nicht unbesehen als Behandlungsfehler gewertet werden. Der BGH führt aus:

„Leitlinien von ärztlichen Fachgremien oder Verbänden können (im Gegensatz zu den Richtlinien der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen) nicht unbesehen mit dem zur Beurteilung eines Behandlungsfehlers gebotenen medizinischen Standard gleichgesetzt werden. Sie können kein Sachverständigengutachten ersetzen und nicht unbesehen als Maßstab für den Standard übernommen werden. Letztendlich obliegt die Feststellung des Standards der Würdigung des sachverständigen Tatrichters, dessen Ergebnis revisionsrechtlich nur auf Rechts- und Verfahrensfehler überprüft werden kann, also insbesondere darauf, ob ein Verstoß gegen Denkgesetze und allgemeine Erfahrungssätze vorliegt, das Gericht den Begriff des medizinischen Standards verkannt oder den ihm unterbreiteten Sachverhalt nicht erschöpfend gewürdigt hat“.

Ulsenheimer / Biermann haben in *Anästh Intensivmed* Februar 2008; S. 105 f. zu den mediko-legalen Aspekten der Leitlinien festgestellt, dass diese als Hilfsmittel zur Interpretation des jeweiligen fachspezifischen Standards sinnvoll und wichtig sind, dass Abweichungen von den Leitlinien unter Umständen aber notwendig und erlaubt sind, da sie „haftungsrechtlich reine Orientierungshilfen“ seien. Die jüngste Entscheidung des BGH bestätigt diese Ausführungen.

Missbrauch von Krankenversichertenkarten

– BSG Urteil vom 12.06.08 –

Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

Im Hinblick auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 12.06.2008 (Az. B 3 KR 19/07) sollten Krankenhausträger vor der Behandlung die Identität des Patienten überprüfen. Anderenfalls riskieren sie im Betrugsfall, kein Geld von der Krankenkasse zu erhalten. In dem Terminbericht Nr. 27/08 führt das BSG aus:

„Der 3. Senat hat entschieden, dass das Krankenhaus das Kostenrisiko für eine Krankenhausbehandlung trägt, die ein in Deutschland nicht krankenversicherter Patient in Anspruch genommen hat, indem er die ihm von einem tatsächlich Versicherten überlassene Krankenversichertenkarte missbräuchlich benutzt und Personenidentität mit dem Versicherten vorgespiegelt hat. Dies gilt zumindest solange, wie die Krankenkasse – so hier – während der Behandlungszeit keine konkreten Anhaltspunkte für eine missbräuchliche Verwendung der

Krankenversichertenkarte hat. Der Senat hat deshalb die Sprungrevision des Krankenhausträgers gegen das Urteil des SG zurückgewiesen, das den Erstattungsanspruch der Krankenkasse bejaht hatte. Auf die Kostenzusage konnte sich das Krankenhaus schon deshalb nicht berufen, weil sie ausdrücklich den Versicherten und nicht den tatsächlich behandelten Patienten betraf. Die vertragsärztliche Verordnung konnte keine Haftung der Krankenkasse begründen, weil der Vertragsarzt bei der Überweisung eines Patienten in ein Krankenhaus nicht als Vertreter der Krankenkasse fungiert. Auch auf die Krankenversichertenkarte konnte sich das Krankenhaus nicht stützen, weil diese nur in der vertragsärztlichen Versorgung, also im ambulanten Bereich, als "Nachweis der Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen" gilt und ansonsten nur für die Abrechnung der zu Gunsten der Versicherten erbrachten Leistungen mit den Leistungserbringern verwendet werden darf (§ 15 Abs 2 und § 291 Abs 1 Satz 3 SGB V).

Das Krankenhaus konnte sich auch nicht darauf berufen, dass Vertragsärzte insoweit privilegiert sind, als die Krankenkasse ihnen gegenüber bei Benutzung einer falschen Krankenversichertenkarte grundsätzlich haftet, und zwar gegen Abtretung des gegen den Patienten gerichteten Vergütungsanspruchs (zB § 19 Abs 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte). Eine solche Regelung hätte einer vertraglichen Vereinbarung zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenkassen bedurft, die es – jedenfalls bisher – nicht gibt. Der Einwand der Erfüllung einer Nichtschuld (§ 814 BGB) war unbegründet, weil zwar eine Mitarbeiterin

der Krankenkasse am Tage der Bezahlung der Rechnung vom Betrug Kenntnis hatte, nicht aber die – insoweit maßgebenden – Mitarbeiter der Abrechnungsstelle."

Der getäuschte Krankenhausträger könnte die Behandlungskosten also nur im Rahmen eines Schadensersatzanspruchs gegenüber dem Patienten geltend machen. Ob dieses Vorgehen aber in der Praxis erfolgversprechend ist, kann dahingestellt bleiben.

Wichtige Info zur Berufshaftpflichtversicherung

Ass. iur. Evelyn Weis, Nürnberg

Erhöhung der Prämie nach § 8 III AHB

In den Allgemeinen Haftpflichtversicherungsbedingungen (AHB) ist vereinbart, dass ein unabhängiger Treuhänder eines jeden Jahres die Steigerung / Minderung der Schadensquote aller Haftpflichtversicherer gegenüber dem vorvergangenen Jahr ermittelt (§ 8 III AHB). Dieses Jahr ergab sich eine Steigerung der Schadensquote um 5 %, so dass jeder Haftpflichtversicherer berechtigt ist, die Versicherungsprämie entsprechend zu erhöhen. Nach unserem Kenntnisstand haben alle Haftpflichtversicherer ab dem 1. Juli 2008 diese Prämienangleichung durchgeführt.

Rechtsfolge - Kündigungsrecht

Sollte Ihre neue Rechnung zur Berufshaftpflichtversicherung eine Prämienhöhung vorsehen, ohne dass sich das Risiko verändert hat, so besteht ein außerordentli-

ches Kündigungsrecht innerhalb einer Frist von einem Monat ab Kenntnis.

BDA-Rahmenvertrag: Prämien bleiben konstant!

Der BDA hat schon vor einigen Jahren – unter Vermittlung der Funk Hospital-Versicherungsservice GmbH – einen Rahmenvertrag mit dem Bayerischen Versicherungsverband abgeschlossen. Viele BDA-Mitglieder nehmen die Vorteile dieses Vertrages zur Berufshaftpflichtversicherung schon in Anspruch: umfangreiche Leistungen zu besonders günstigen Beiträgen.

Der Versicherungsmakler konnte den Bayerischen Versicherungsverband dazu bewegen, bei dem BDA-Rahmenvertrag zur Berufshaftpflichtversicherung auf diese Prämienangleichung zu verzichten, so dass die Versicherungsprämien nicht erhöht werden.

Wenn Sie an diesem zeitgemäßen, leistungsstarken und günstigen Versicherungsschutz für BDA-Mitglieder interessiert sind, sollten Sie Ihren Versicherungsbedarf ermitteln und die Chance einer individuellen Beratung sowie eines unverbindlichen Angebotes nutzen. Nähere Informationen zu dem BDA-Rahmenvertrag sind auf der Homepage abrufbar:

www.bda.de/downloads/22_vers-service-rechtschutz.pdf.

BDAktuell JUS-Letter

Alle bisher veröffentlichten Jusletter sind auch im Internet abrufbar:

www.bda.de/03_2jusletter.htm

BDA BERUFSVERBAND
DEUTSCHER
ANÄSTHESISTEN