Guerbet
Contrast for Life

Nr. 6 / Juni 2009

# Contrast Forum

Informationsdienst für den Krankenhaus-Radiologen

Recht • Management • Ökonomie • Privatliquidation

Kooperationen

## Brustzentrum: Kann eine Kooperation von verschiedenen Einrichtungen erzwungen werden?

*von Dr. Dr. Thomas Ufer, RA und Arzt, FA für Medizinrecht, Köln*

Für unterschiedliche Versorgungsgebiete ein oder mehrere Krankenhäuser als „Brustzentrum" auszuweisen, ist ein attraktiver Gedanke. Dieses kann zum Beispiel „kooperativ" als Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Häusern erfolgen. In aller Regel finden die Krankenhäuser „friedvoll" zusammen. Doch was passiert, wenn die Bezirksregierung festlegt, wer „kooperieren muss", wo bestimmte OP-Standorte festgelegt werden oder wer weiterhin in die Kooperation aufgenommen wird? Haben die beteiligten Krankenhäuser dann die Autonomie, selbst die Form einer solchen Kooperation zu regeln oder müssen sie dem Willen der Bezirksregierung folgen? Der Beitrag zeigt auf, wie das Verwaltungsgericht (VG) Gelsenkirchen hierzu entschieden hat.

### Zentrale Bedeutung für Tätigkeit auch des Radiologen

Die Frage ist deswegen von besonderer Bedeutung, weil durch die Ausweisung Standorte verbindlich festgelegt werden, an denen die eine oder andere Leistung im Rahmen eines Brustzentrums zu erbringen ist – insbesondere für radiologische Leistungen im Rahmen von Diagnostik und Therapie, denen eine ganz zentrale Bedeutung zufällt. Die Entscheidung der Bezirksregierung, das eine oder andere Krankenhaus hierfür auszuwählen, ist dabei von entscheidender Wichtigkeit.

### Der Fall

In dem vom VG Gelsenkirchen entschiedenen Fall waren einige der am „Brustzentrum" beteiligten Krankenhäuser mit den Festlegungen der Kooperation unzufrieden. Sie legten zunächst Widerspruch ein und klagten anschließend. Hierbei trugen sie vor, sie seien vor Erlass des Bescheides nicht angehört worden; die erfolgte Ausweisung bestimmter (OP-)Standorte entspreche nicht ihrem Willen.

Die Bezirksregierung hielt dagegen, die Aufnahme weiterer Kooperationspartner in eines der Brustzentren habe dazu gedient, die bestehenden Strukturen zu verbessern. Auch sei sie nicht an die gestellten Anträge gebunden. Vielmehr habe sie in eigener Verantwortung zu prüfen, ob die antragstellenden Krankenhäuser die vorgegebenen Ziele der Landeskrankenhausplanung erfüllen könnten. Dabei sei sie auch berechtigt, alternative Modelle zu entwickeln. Die betroffenen Krankenhäuser könnten diese Entwürfe dann annehmen oder nicht.

### Die Entscheidung der Richter

Für das VG ging es in dem dazu ergangenen Urteil vom 25. Juni 2008 (Az: 7 K 2527/06) um die Frage, ob eine derartige Vorgabe – auch gegen den Willen der Krankenhäuser – durchsetzbar war. Dieses verneinten die Richter. Die Bescheide seien rechtswidrig und verletzten die Krankenhäuser in ihren Rechten, weil ihnen dort Kooperationspartner (mit eigenem OP-Standort) zur Seite gestellt wurden, obwohl keines der beteiligten Häuser einen solchen Zusammenschluss beantragt hatte. Für diese planerische Vorgehensweise, die für die Krankenhäuser eine Belastung darstellt, fehle es an der erforderlichen Ermächtigungsgrundlage, so die Richter weiter.

Bei der Bildung von Zusammenschlüssen mehrerer Kliniken zu einem Brustzentrum sei vielmehr zu berücksichtigen, dass zwischen

*Inhalt*

**Management**
„Krankenhaus Rating Report 2009"

**Haftungsrecht**
Gesetzliche Änderungen: Was muss der Leiter der Radiologie wissen?

**Privatliquidation**
Die MRCP richtig abrechnen

**Arbeitsrecht**
Befristung des Assistenzarztvertrages

diesen eine enge Zusammenarbeit notwendig ist. Dies würden die Rahmenbedingungen für eine Anerkennung als Brustzentrum voraussetzen. Denn Ziffer 1.12 der Rahmenbedingung schreibe vor, dass schriftliche Vereinbarungen zu treffen sind, wenn mehrere Leistungsträger sich zu einem Brustzentrum zusammenschließen. Nach Ziffer 3 sei innerhalb des Brustzentrums ein internes Qualitätsmanagement zu erarbeiten. Das Gericht sah dieses Kriterium für eine qualitativ hochwertige Versorgung von Brustkrebspatientinnen als nicht gewährleistet an, wenn Kooperationsstrukturen über entsprechende Feststellungsbescheide erzwungen werden sollen.

Daher hat das VG Gelsenkirchen die Bescheide aufgehoben und der Bezirksregierung eine Neubescheidung aufgegeben.

### Fazit

Die Entscheidung des VG Gelsenkirchen stärkt die Autonomie von Krankenhäusern deutlich – dies gerade für Leistungsbereiche, in denen aufgrund krankenhausplanungsrechtlich spezifischer Ausweisungen neue Strukturen gebildet werden, in Folge derer dann eine Beschränkung des Kreises der Leistungserbringer entsteht und/oder eine Nachfrage kanalisiert wird.

Krankenhäuser und insbesondere stark eingebundene Abteilungen, wie die Radiologie, sollten sich für diesen Fall wappnen und – gegebenenfalls zusammen mit anderen – selbst Strukturen schaffen, die eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung ermöglichen. Eine aufgezwungene Zusammenarbeit kann diesem Ziel sicher nicht ausreichend gerecht werden.

**Management**

## Der neue „Krankenhaus Rating Report 2009“

*von Dr. Boris Augurzky, RWI Essen*

Der neue „Krankenhaus Rating Report 2009“ ist erschienen. Die wichtigsten Ergebnisse haben wir für Sie zusammengefasst. Zur Beurteilung der wirtschaftlichen Lage greifen wir auf eine Stichprobe von 546 Jahresabschlüssen zumeist aus den Jahren 2006 und 2007 zurück, die insgesamt 832 Krankenhäuser umfassen.

### 2009 – ein gutes Jahr dank KHRG und Konjunkturpaket?

Das Jahr 2008 dürfte eines der schlechtesten für Krankenhäuser gewesen sein – 2009 dagegen eines der besten werden. In diesem Jahr können die Krankenhäuser von den zusätzlichen Erlössteigerungen durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) und zusätzliche Investitionsmittel aus dem Konjunkturpaket II profitieren. Allerdings dürften in 2010 die Folgen der Finanzkrise auch den Krankenhaussektor erreichen.

### Weniger Häuser im roten Bereich

Während in 2006 und 2007 der Anteil der Krankenhäuser im roten Bereich – also mit erhöhter Insolvenzgefahr – noch bei 16 Prozent und die durchschnittliche Wahrscheinlichkeit eines Ausfalls des Krankenhauses bei 1,3 Prozent lag, ist 2008 von einem beträchtlichen Anstieg des roten Bereichs auf 27 Prozent auszugehen. Für das laufende Jahr 2009 dagegen erwarten wir ein Sinken auf 15 Prozent. Ab 2010 dürfte es dann wieder eine Erhöhung geben.

### Welche Häuser sind besonders ausfallgefährdet?

Von einem Ausfall besonders betroffen wären kleine und öffentlich-rechtliche Krankenhäuser; ebenso Häuser mit einem hohen Basisfallwert und westdeutsche Häuser. Ländliche Häuser sind hingegen nicht stärker gefährdet als städtische.

Bei öffentlich-rechtlichen Häusern liegen 24 Prozent im roten Bereich, bei freigemeinnützigen 10 Prozent und bei privaten 14 Prozent. In Ostdeutschland und in Nordrhein-Westfalen liegen besonders viele Krankenhäuser im grünen und nur wenige im roten Bereich. In Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Hamburg fällt der Anteil im roten Bereich ebenfalls vergleichsweise niedrig aus, dagegen der Anteil im gelben Bereich sehr hoch.

Folgende Faktoren scheinen die Ausfallwahrscheinlichkeit zu reduzieren: ein derzeit noch hoher Basisfallwert, eine hohe Fokussierung des Leistungsangebots, ein großer Anteil pauschaler Fördermittel im Bundesland und ein junges Alter des Krankenhauses.

Keinen statistisch signifikanten Einfluss haben: Klinikkette im Vergleich zu Einzelhäusern, private gegenüber freigemeinnützigen Häusern, die Aktualität der vorliegenden Bilanzdaten, Einkommensniveau der Region, süd- versus norddeutscher Standort und Höhe der KHG-Mittel.

### Ärztlicher Dienst zunehmend, Pflegepersonal abnehmend

Während der ärztliche Dienst von 1997 bis 2007 von 106.000 auf 126.000 und damit auf 19,3 Prozent stieg, nahm das Pflegepersonal von 341.000 Vollzeitkräften um 12,6 Pro-

zent ab. Insgesamt gibt es auch Indizien für ein verstärktes Outsourcing. Die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst wird voraussichtlich bis 2020 um etwa 15 Prozent weiter steigen.

### Rückgang durch Fusionen

Die Zahl der Betten belief sich in 2007 auf rund 507.000, annähernd 4.000 weniger als im Vorjahr. Wir schätzen die Bettenüberkapazität derzeit auf unter 10 Prozent. Ohne weitere Anpassungen dürfte sie aber bis 2020 auf 28 Prozent wachsen. Die Zahl der Krankenhäuser nahm auf 2.087 ab, 17 weniger als 2006. Dabei ist der Rückgang seit 2003 zu mehr als 90 Prozent durch Fusionen und nicht durch Schließungen erklärbar.

### Private Krankenhäuser und MVZ

Private Krankenhäuser gewinnen weiterhin Marktanteile. Gemessen an der Zahl der Betten erreichten sie 2007 einen Anteil von 15,6 Prozent nach 13,6 Prozent im Vorjahr. Die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ist seit 2004 beträchtlich gestiegen; Mitte 2008 gab es bereits 1.150 MVZ mit über 5.000 Ärzten. Davon sind 75 Prozent fest angestellt.

Bezogen auf die Einwohnerzahl gibt es in Berlin, Sachsen, Thüringen und Bayern die meisten MVZ, dagegen in Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg die wenigsten. Wir erwarten, dass das Wachstumspotenzial für MVZ noch immer immens ist.

Gegenüber Einzelpraxen bieten die MVZ sowohl für den Patienten als auch für die Ärzte große Vorteile bei Service und Wirtschaftlichkeit.

**Haftungsrecht**

## Gesetzliche Änderungen: Was muss die Verwaltung dem Leiter einer radiologischen Abteilung mitteilen?

*von Rechtsanwalt Rainer Hellweg, Hannover, www.spkt.de*

Für den Krankenhausbetrieb sind in zunehmendem Maß Gesetze und Verordnungen zu beachten – wie zum Beispiel die Hygieneverordnung oder die Röntgenverordnung. Dabei stellt sich hierbei die Frage, wen bei gesetzlichen Änderungen und Neuregelungen in diesem Bereich eine Informationspflicht trifft und ob sich die Ärzte in der radiologischen Abteilung auf die Mitteilungen des Krankenhausträgers, der Verwaltung oder der DKG verlassen können.

### Der Chefarzt muss sich auf dem Laufenden halten

Maßgeblich sind die arbeitsvertragliche Stellung des Chefarztes im Organisationsgefüge des Krankenhauses und die Regelungen im Chefarztvertrag.

Grundsätzlich wird man aber davon ausgehen müssen, dass der Chefarzt der Radiologie sich über gesetzliche Neuregelungen, die seine Fachabteilung betreffen, auf dem Laufenden halten muss. Dies folgt aus der exponierten Stellung des Chefarztes als Leiter seiner Abteilung, aber auch aus seinem Chefarztvertrag.

Im Zentrum der Dienstaufgaben des Chefarztes steht die Patientenversorgung. Aus der medizinischen Gesamtverantwortung des Chefarztes wird allerdings auch gefolgert, dass dieser alle organisatorischen Vorkehrungen zu treffen hat, um die fachgerechte Versorgung der Patienten in seiner Abteilung zu sichern. Mithin wird ihm sehr umfassend und weitgehend die Pflicht auferlegt, einen geordneten Dienstbetrieb zu gewährleisten. Dazu gehört auch, dass die gesetzlichen Regelungen betreffend den Dienstbetrieb in der jeweiligen Fachabteilung eingehalten werden müssen.

Wenn bestimmte Verantwortungsbereiche von den Dienstaufgaben des Chefarztes ausgeschlossen werden sollen, ist dies in seinem Vertrag in Form eines abschließenden Negativkataloges ausdrücklich zu benennen.

### Ausnahmen

Ausnahmen sind im Einzelfall nur dann denkbar, wenn der Krankenhausträger oder die Verwaltung für einen bestimmten Aufgabenbereich einen Verantwortlichen bestimmt hat (Hygienebeauftragter etc.).

Teilweise wird dies auch ausdrücklich in den einschlägigen Verordnungen gefordert (zum Beispiel im Falle des Strahlenschutzbeauftragten). In manchen Krankenhäusern sind zentrale Organisationsbereiche ausschließlich dem Ärztlichen Direktor zugewiesen. Auch hier trifft den Chefarzt jedoch zumindest eine Überwachungspflicht, da dieser für den gesamten Dienstbetrieb in seiner Fachabteilung rechtlich verantwortlich ist.

### Wie kann der Chefarzt seinen Verpflichtungen nachkommen?

Um seiner Informationspflicht nachzukommen, kann sich der Chefarzt nicht auf die Mitteilungen der DKG verlassen. Diese ist zwar bestrebt,

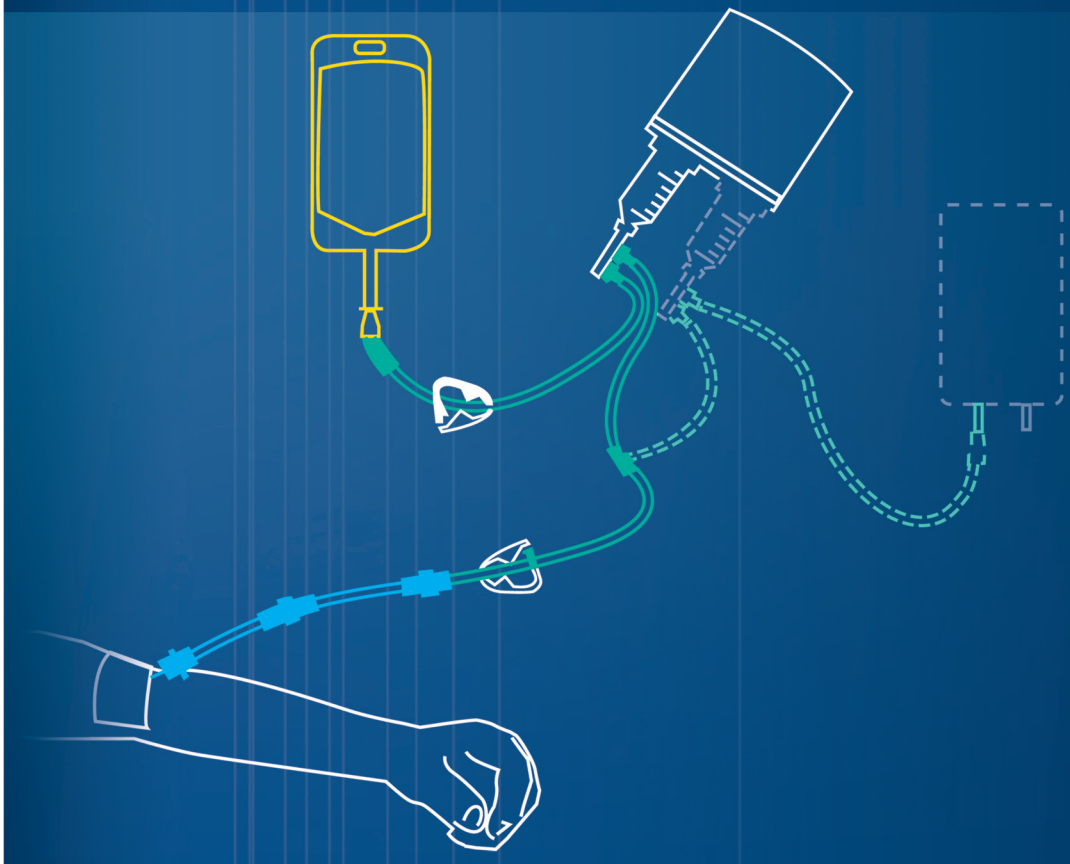
**XENETIX® 250/- 300/- 350**

**Wirkstoff:** Iobitridol. **Zusammensetzung:** Wirkstoff: 100 ml XENETIX® 250/- 300/- 350 Injektionslösung enthalten 54,84 / 65,81 / 76,78 g Iobitridol, entsprechend 25,0 / 30,0 / 35,0 g Iod. Sonstige Bestandteile: Natriumcalciumedetat, Trometamolhydrochlorid, Trometamol, Salzsäure, Natriumhydroxid-Lösung, Wasser für Injektionszwecke. **Anwendungsgebiete:** XENETIX® 250: Phlebographie, Ganzkörper-Computertomographie, intraarterielle DSA. XENETIX® 300: intravenöse Urographie, Schädel- und Ganzkörper-Computertomographie, intravenöse DSA, Arteriographie und Angiokardiographie. XENETIX® 350: intravenöse Urographie, Schädel- und Ganzkörper-Computertomographie, intravenöse DSA, periphere und abdominale Arteriographie und Angiokardiographie. Xenetix® kann bei Erwachsenen und Kindern eingesetzt werden. **Gegenanzeigen:** Nicht anwenden bei Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, manifester Schilddrüsenüberfunktion. Xenetix®darf für die Myelographie nicht eingesetzt werden, da hierzu noch keine Untersuchungen vorliegen. **Nebenwirkungen:** Die Anwendung iodhaltiger Röntgenkontrastmittel kann unerwünschte Wirkungen auslösen, die in Abhängigkeit von der Indikation variieren können und die im Allgemeinen leichter oder mittelschwerer Natur sind. Es können jedoch auch ernstere, lebensbedrohliche, anaphylaktoide Reaktionen hervorgerufen werden. Im Verlauf der klinischen Prüfung mit Iobitridol wurden beobachtet: injektionsbedingtes, kurzzeitiges Wärmegefühl (35 %), Schmerzen an der Injektionsstelle (2 %) oder im Lumbal-, Abdominal- oder Brustbereich, generelle Schmerzempfindungen (1,7 %), verschiedenartige Hautreaktionen (1,0 %), abnorme Geschmacksempfindungen (1,0 %), Übelkeit (0,9 %), Erbrechen (0,9 %), Kopfschmerzen (0,7 %) und in geringem Ausmaß (< 0,4 %) Harndrang, Tremor, Rhinitis. Schwerwiegendere Reaktionen sind möglich. Dazu gehören Hautreaktionen, respiratorische, neurosensorische, gastrointestinale und kardiovaskuläre Störungen bis zum Kreislaufkollaps unterschiedlichen Schweregrades, in Ausnahmefällen mit Schock und/oder Kreislaufstillstand. Der Patient soll nach Applikationsende noch mindestens eine halbe Stunde überwacht werden, weil erfahrungsgemäß die Mehrzahl aller schweren Kontrastmittelreaktionen innerhalb dieser Zeit auftreten. Kontrastmittelbedingte Unverträglichkeitsreaktionen können auch bei nichtionischen, monomeren Kontrastmitteln mit zeitlicher Verzögerung auftreten. Folgende Nebenwirkungen wurden sehr selten beobachtet: ventrikuläre Extrasystolen*, Tachykardie*, Sehstörungen*, Tränenfluss*, Laryngospasmus*, vorübergehende Beeinträchtigung der Nierenfunktion, bei entsprechender Disposition Nierenversagen, transitorische ischämische Attacke (TIA)*, Blutdruckabfall*, Blutdruckanstieg*; leichte, schwere oder lebensbedrohende Unverträglichkeitsreaktionen, anaphylaktoide Reaktionen (Urtikaria bis Kreislaufstillstand) oder andere allergische Manifestationen, häufiger bei Patienten mit einer Allergieanamnese (Nesselsucht, Asthma, Heuschnupfen, Ekzeme, verschiedene Nahrungsmittel- bzw. Medikamentenallergien). (*Ein Zusammenhang mit der Anwendung des Kontrastmittels kann nicht mit völliger Sicherheit ausgeschlossen werden.) Wird das Kontrastmittel neben ein Blutgefäß (paravasal) gespritzt, kann es sehr selten zu stärkeren Gewebsreaktionen kommen, deren Ausmaß von der Menge und der Konzentration der in das Gewebe gelangten Kontrastmittellösung abhängt. Bei gleichzeitiger schwerer Niereninsuffizienz und Ausscheidungsstörung der Leber kann die Kontrastmittelausscheidung verzögert sein. Es muss mit einem gehäuften Auftreten von unerwünschten Wirkungen gerechnet werden. Bei Patienten mit schweren Herzerkrankungen, besonders mit schwerer Herzinsuffizienz und koronarer Herzkrankheit, besteht ein höheres Risiko schwerwiegenderer Reaktionen. Die intravasale Injektion des Kontrastmittels kann bei Patienten mit manifester oder beginnender Herzinsuffizienz Lungenödeme hervorrufen. Die Anwendung bei pulmonalem Hochdruck und Herzklappenerkrankungen kann zu ausgeprägten Veränderungen der Hämodynamik führen. Ischämische EKG-Veränderungen und schwere Arrhythmien werden am häufigsten bei alten und herzkranken Patienten beobachtet. Häufigkeit und Schweregrad scheinen in Relation mit der Schwere der Herzerkrankungen zu stehen. Bei schwerer und chronischer Hypertonie kann das Risiko einer Nierenschädigung durch die Verabreichung des Kontrastmittels als auch durch die Katheterisierung selbst erhöht sein. Bei manifester Schilddrüsenüberfunktion kann die Applikation von XENETIX® zur Entgleisung der Stoffwechsellage bis hin zur thyreotoxischen Krise führen. Es ist bekannt, dass bei angiographischen Untersuchungen, bei denen das Kontrastmittel über das arterielle Blut ins Gehirn gelangt, neurologische Komplikationen auftreten können, wie vorübergehende Verwirrtheit und Somnolenz, Synkopen, Koma, vorübergehende Paresen, Sehstörungen oder Fazialisschwäche und Krampfanfälle. Bei Patienten mit fokalen Hirnschäden oder Epilepsie können neurologische Komplikationen erfahrungsgemäß häufiger auftreten. **Wechselwirkungen:** Die gleichzeitige Verabreichung anderer Arzneimittel erfordert besondere Vorsichtsmaßnahmen. Arzneimittel, welche die Krampfschwelle erniedrigen, insb. bei Patienten mit Epilepsie oder fokalen Hirnschäden, können die Auslösung eines Krampfanfalls begünstigen und sollten daher, wenn möglich und ärztlich vertretbar, 48 Stunden vor und bis zu 24 Stunden nach einer zerebralen Angiographie abgesetzt werden. Bekannte Kontrastmittelreaktionen können bei Patienten, die zur gleichen Zeit mit Interferon oder Interleukinen behandelt wurden, häufiger und vor allem verzögert auftreten. Im Fall einer Diuretika bedingten Dehydratation besteht ein erhöhtes Risiko für eine akute Niereninsuffizienz, besonders nach höheren Dosen eines iodhaltigen Kontrastmittels. Vor Anwendung des Kontrastmittels muss deshalb der Wasserhaushalt ausgeglichen sein. Die Behandlung mit Metformin sollte 48 Stunden vor der Kontrastmitteluntersuchung und für mindestens 2 Tage nach der Untersuchung ausgesetzt werden. Die Behandlung kann wieder aufgenommen werden, wenn eine ausreichende Funktionsfähigkeit der Niere durch entsprechende Kontrollen nachgewiesen wurde. Bei Patienten, die β-Blocker einnehmen, können sich Überempfindlichkeitsreaktionen verschlimmern. Durch die vorangegangene Einnahme von β-Blockern kann die Behandlung von Überempfindlichkeitsreaktionen mit β-Agonisten erfolglos bleiben. Nach Verabreichung iodhaltiger Kontrastmittel ist die Fähigkeit der Schilddrüse zur Aufnahme von Radioisotopen für die Diagnose von Schilddrüsenfunktionsstörungen bis zu zwei Wochen lang beeinträchtigt, in Einzelfällen sogar länger. Hohe Kontrastmittelkonzentrationen in Serum und Urin können in-vitro-Laborbestimmungen von Bilirubin, Proteinen oder anorganischen Substanzen (z. B. Eisen, Kupfer) beeinträchtigen. **Hinweis:** Bitte aktuelle Gebrauchs- und Fachinformationen mit weiteren Informationen beachten. **Verschreibungspflichtig. Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11, 65843 Sulzbach.** (Stand: März 2009)

# Die ScanBag-Technologie

## Das innovative Konzept für eine sichere Kontrastmittel-Applikation

## **Zertifizierte** hygienische Sicherheit! *



=

* Das einzigartige Applikationssystem für Röntgenkontrastmittel, bestehend aus **Xenetix® im ScanBag® + Manyfill + Secufill,** wurde von der **Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V.** mit dem Gütezeichen **« Hygienisch sicheres Produkt/Verfahren »** zertifiziert.
Es bestätigt die hygienische Sicherheit des Systems gemäß der vom Hersteller empfohlenen Verwendung.
Das Zertifikat erhalten Sie von Ihrem zuständigen Guerbet Pharmaberater oder auf Anfrage direkt von uns.

TERRE NEUVE 2009

Guerbet
Contrast for Life

laufend über aktuelle Gesetzesänderungen zu informieren; eine gesetzliche Verpflichtung besteht hierzu allerdings nicht. Neben der Lektüre einschlägiger Fachzeitschriften muss daher im Zweifelsfall eine juristische Beratung angeraten werden.

**Privatliquidation**

## Die MRCP richtig abrechnen

**Frage:** „Welche GOÄ-Ziffern können für die Abrechnung von Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie angesetzt werden? Bei dieser Frage sind wir uns unsicher."

**Dazu unsere Antwort:**

Bei der Magnetresonanz-Cholangiopankreatikographie (MRCP) wird das extrahepatische Gallengangsystem mittels MRT dargestellt. Hierbei erfolgt eine selektive Anregung des Wasser-Signals in der MRT mit nachfolgender dreidimensionaler Auswertung. Als Abrechnungsziffern nach der GOÄ kommen folgende Positionen in Frage:

- Nr. 5720 GOÄ (Magnetresonanztomographie im Bereich des Abdomens und/oder des Beckens),
- für zusätzliche Sequenzen (zum Beispiel Spin-Echo Sequenz) die Nr. 5731 GOÄ „Ergänzende Serie(n) zu den Leistungen nach den Nummern 5700 bis 5730 (zum Beispiel nach Kontrastmitteleinbringung, Darstellung von Arterien als MR-Angiographie)" und
- zur 3D-Auswertung die Nr. 5733 GOÄ „Zuschlag für computergesteuerte Analyse (zum Beispiel Kinetik, 3D-Rekonstruktion)".

**Arbeitsrecht**

## War der Assistenzarztvertrag befristet oder nicht?

*von RA Dr. Tobias Eickmann, Kanzlei am Ärztehaus, Frehse Mack Vogelsang, Dortmund, www.kanzlei-am-aerztehaus.de*

Obgleich Chefärzte in der Regel keine Einstellungen vornehmen können, sind sie aufgrund ihrer fachlichen Nähe meist die ersten Ansprechpartner für Assistenzärzte und führen die Bewerbungsgespräche. Dabei sollte der Chefarzt die Bewerber – in Absprache mit dem Krankenhausträger – auf die Gepflogenheiten im Hinblick auf eine etwaige Befristung des Arbeitsvertrages hinweisen. Anderenfalls droht eine rechtliche Auseinandersetzung, die sich neben arbeitsrechtlichen auch auf weiterbildungsrechtliche Fragen erstrecken kann, wie ein Urteil des Landesarbeitsgerichts (LAG) Hamm vom 2. Oktober 2008 zeigt (Az: 17 Sa 816/08).

### Der Sachverhalt

Der Assistenzarzt A hatte mit einer großen Klinik einen auf zwei Jahre befristeten Arbeitsvertrag geschlossen. Vorangegangen war ein Gespräch mit dem Personaloberarzt, dessen Inhalt streitig blieb. A behauptete, aufgrund des Arbeitsvertrages die Facharztausbildung zu absolvieren. Ihm sei es nicht ermöglicht worden, die nach der Weiterbildungsordnung erforderlichen Operationen durchzuführen. Die Klinik müsse ihn bis zum Erreichen des Weiterbildungsziels weiterbeschäftigen. Die beklagte Klinik hielt entgegen, A entsprechend der üblichen Praxis sachgrundlos nach dem Gesetz über Teilzeitarbeit und befristete Arbeitsverträge (TzBfG) befristet für die Dauer von zwei Jahren nur als einfachen Arzt beschäftigt zu haben. Während dieser Zeit prüfe man, ob ein Arzt sich für die Weiterbildung zum Facharzt eigne.

### Die Entscheidungsgründe

Das LAG Hamm hat die Klage des A abgewiesen. Das Arbeitsverhältnis sei nicht nach dem Gesetz über befristete Arbeitsverträge mit Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtrG), sondern nach dem TzBfG auf die Dauer von zwei Jahren befristet worden. Zwar enthalte das ÄArbVtrG für Weiterbildungszwecke eine vorrangige gesetzliche Sonderregelung. A sei hingegen außerhalb der Weiterbildung beschäftigt worden.

### Anmerkung

Im Vergleich zu anderen Berufsgruppen werden mit Ärzten häufig befristete Arbeitsverträge abgeschlossen. Dabei sollte bedacht werden, dass in Zeiten des Ärztemangels nicht nur der Ruf der Abteilung bzw. die Güte der Weiterbildung, sondern auch die Dauer der Arbeitsverträge ein interessantes Mittel ist, um Assistenzärzte zu gewinnen.

Impressum

**Herausgeber:** Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11, 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0, http://www.guerbet.de, E-Mail: info@guerbet.de

**Verlag:** IWW Institut für Wirtschaftspublizistik Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Telefon 02596 922-0, Telefax 02596 922-99

**Redaktion:** RA Heike Mareck (verantwortlich), Dipl.-Kfm. Joachim Keil, Dipl.-Kfm. Britta Link, RA Franziska David

**Lieferung:** Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Guerbet GmbH

**Hinweis:** Der Inhalt des Contrast Forum ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Contrast Forum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.