www.guerbet.de

Radiologen Wirtschafts Forum

Recht
Abrechnung
Finanzen

Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik 5 | Mai 2013

94. Deutscher Röntgenkongress
Einladung zum Standbesuch und Lunchsymposium!
(Details siehe Kasten auf Seite 8 und Anzeige auf der letzten Seite)

Privatliquidation

Wann kann die Nr. 346 GOÄ für die Hochdruckinjektion von KM berechnet werden?

Die GOÄ unterscheidet zwischen „normalen" i.-v.-Einbringungen von Kontrastmitteln nach den Nrn. 344 und 345 GOÄ (100 bzw. 130 Punkte) und KM-Einbringungen mittels Hochdruckinjektionen, die nach den Nrn. 346 und 347 GOÄ (300 bzw. 150 Punkte) abzurechnen sind. In Anbetracht der hohen Bewertungsunterschiede zwischen Nr. 344 und 346 wird immer wieder gefragt, unter welchen Umständen die Nr. 346 berechnet werden kann und ob zum Beispiel die Flussrate (etwa ab 3ml/Sekunde) als Kriterium für Hochdruckinjektionen heranzuziehen ist.

von Dr. med. Bernhard Kleinken, Pulheim

Die Leistungslegende zur Nr. 346 lautet: „Intravenöse Einbringung des Kontrastmittels mittels Hochdruckinjektion, 300 Punkte". Der Unterschied zu Nrn. 344 und 345 besteht darin, dass Nr. 346 nicht zeitgebunden ist, vor allem aber im Terminus „mittels Hochdruckinjektion" – und natürlich in der Bewertung.

Bei der Fassung einer GOÄ-Leistungslegende und deren Bewertung hatte der Verordnungsgeber ein bestimmtes Bild vor Augen (so auch der BGH im Urteil vom 5.6.2008 zur Lungenoperation, Az. III ZR 239/07). Er muss also einen Grund gehabt haben, die Nr. 346 GOÄ gesondert von der Nr. 344 GOÄ anzuführen und erheblich besser zu bewerten. Das war nicht die erreichte Flussrate – das wäre auch 1995 allenfalls ein Grund gewesen, die Nr. 344 GOÄ mit höherem Faktor abzurechnen.

Der entscheidende Grund und damit Aufnahme einer eigenständigen Gebührenposition war, dass die Verwendung eines Hochleistungsinjektors von den Kosten her und im zusätzlichen ärztlichen Aufwand nicht mit einer bloßen Faktorerhöhung zu Nr. 344 GOÄ abgebildet werden konnte. Außerdem hätte dann, wenn der Faktor die andersartige Leistung berücksichtigen sollte, dieser nicht mehr zur Verfügung gestanden, um patientenindividuelle Besonderheiten bei der Leistungserbringung zu berücksichtigen (so

Inhalt

Arzthaftung
Neues Patientenrechtegesetz – die Konsequenzen für Radiologen 2

Vergütungsrecht
Kein Anspruch auf Abrechnungsgenehmigung für Kardiologen mit Zusatzweiterbildung MRT ... 4

Arbeitsrecht
Wann ist ein Honorararzt selbstständig tätig – und wann gilt er als Angestellter? ... 5

Tarifrecht
Tarifeinigung zum TV-Ä/VKA: Die wichtigsten Ergebnisse 6

Management
Variabler Einkommensanteil: Worauf der Chefarzt bei der Verhandlung achten sollte! 7

G-BA
G-BA identifiziert drei Einsatzgebiete der PET als mögliche Erprobungsthemen 8

Guerbet lädt ein
94 Deutscher Röntgenkongress in Hamburg 8

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

auch der BGH im Urteil zur Schilddrüsenkarzinomoperation vom 13.5.2004, Az. III ZR 344/03).

Die Frage muss deshalb so beantwortet werden, dass nur die Verwendung eines Hochleistungsinjektors zum Ansatz der Nr. 346 GOÄ (und ggf. der Nr. 347 GOÄ) berechtigt, nicht die erreichte Flussrate ist entscheidend.

Indikationen für KM-Hochdruckinjektionen

Häufig wird bei der Prüfung von Privatliquidationen auch kritisch beurteilt, bei welchen Indikationen KM-Hochdruckinjektionen abgerechnet werden. Teilweise wird beanstandet, dass derartige Injektionen bei Indikationen berechnet werden, bei denen eine Hochdruck-KM-Injektion nicht erforderlich ist.

Bei folgenden medizinischen Indikationen ist die KM-Einbringung mittels Hochdruckverfahren medizinischer Standard:

- KM-Angiographien mittels MRT: diese werden heute ausschließlich mit KM-Hochdruckinjektion durchgeführt,
- ebenso MRT-Untersuchungen der Mamma und
- Angiographien arterieller Gefäße mit Röntgen-Bildgebung.
- Weit verbreitet ist auch die MRT-Darstellung der Hypophyse mittels Hochdruck-KM-Injektion.

Fazit

Bei KM-Einbringungen mittels Hochdruck und Abrechnung nach Nr. 346 GOÄ sollten Sie bei Nachfragen darauf verweisen, dass bei den genannten medizinischen Indikationen das Hochdruckverfahren medizinischer Standard ist.

Arzthaftung

Neues Patientenrechtegesetz – die Konsequenzen für Radiologen

Seit dem 26. Februar 2013 ist das neue Patientenrechtegesetz in Kraft. Zentraler Bestandteil des Gesetzes ist ein neuer Abschnitt „Behandlungsvertrag" im Bürgerlichen Gesetzbuch (§§ 630a bis 630h BGB). Das Gesetz enthält vieles, was schon vorher nach ständiger Rechtsprechung der Gerichte bestehende Rechtslage war. Manches ist aber auch neu. Es folgt ein Überblick über die für Radiologen in Praxis und Klinik relevanten Regelungen.

von RA und FA für MedR Rainer Hellweg, Kanzlei Schroeder-Printzen Kaufmann & Kollegen, Hannover, www.spkt.de

Die Grundregeln, unter welchen Voraussetzungen Behandlungs- und Aufklärungsfehler vorliegen können und wie die Beweislast im Prozess verteilt ist, sind gleich geblieben. Somit hat sich etwa zu den Fragen, bei welchen Indikationen Kontrastmittel eingesetzt werden sollen und wie die Patienten hierüber aufzuklären sind, die Rechtslage nicht verändert.

Aufklärungsunterlagen dem Patienten aushändigen

Für die Aufklärung ist nunmehr gesetzlich geregelt, dass dem Patienten alle Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, ausgehändigt werden müssen (§ 630e Abs. 2 Satz 2 BGB). Da das Gesetz ein Auskunftsbegehren des Patienten nicht voraussetzt, ist davon auszugehen, dass ihm von allen unterzeichneten Formularen ungefragt Abschriften zu übergeben sind. Dies betrifft zum Beispiel die **Einwilligungserklärung vor KM-Gabe** (siehe dazu auch den Beitrag „Haftungsfalle! Die 6 wichtigsten Punkte zur Neuregelung bei Patienten-Abschriften" in RWF 4/2013).

Information über mögliche Behandlungsfehler

Neu ins Gesetz implementiert wurde auch eine ärztliche Informationspflicht bezüglich möglicher Behandlungsfehler. Hierzu heißt es im neuen § 630c Abs. 2 Satz 2 BGB: „Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten darüber auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren." Zwar musste der Patient zur Abwehr konkret drohender gesundheitlicher Gefahren auch bisher vom Arzt über eine mögliche Fehlbehandlung informiert werden; neu ist jedoch, dass der Arzt auf Nachfrage des Patienten einen möglichen Behandlungsfehler einräumen muss.

Nach der Gesetzesbegründung soll dies die Transparenz im Arzt-Patienten-Verhältnis fördern. Wie weit der Anspruch der Patienten konkret reichen soll, bleibt aber unklar. Ob von ärztlicher Seite lediglich auf das in der Patientenakte Dokumentierte hingewiesen werden muss oder ob der Arzt verpflichtet ist, darüber hinaus mögliche Schlussfolgerungen aufzuzeigen, bleibt der nachfolgenden Rechtsprechung überlassen.

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Praxistipp: In jedem Fall sollte der behandelnde bzw. untersuchende Arzt eine erfolgte Auskunft gegenüber dem Patienten dokumentieren, damit diese in einem Prozess belegt werden kann. Hierbei sollte in der Patientenakte schriftlich festgehalten werden, was genau dem Patienten mitgeteilt wurde.

EDV muss Dokumentations-Änderungen kenntlich machen

Eine Neuerung bezüglich der Patientendokumentation bringt folgende Formulierung in § 630f Abs. 1 Satz 2 BGB: „Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt." In der Begründung des Gesetzes wird betont: Im Falle einer elektronisch geführten Patientenakte muss die eingesetzte Softwarekonstruktion gewährleisten, dass nachträgliche Änderungen erkennbar werden. Welche Schlussfolgerungen hieraus konkret zu ziehen und welche Anforderungen künftig an die Dokumentations-Software zu stellen sind, ist unklar und unter Medizinjuristen umstritten.

Droht eine schnellere Beweislastumkehr?

Patientenvertreter argumentieren teilweise, dies sei eine der Behandlerseite obliegende Beweissicherungspflicht. Schon wenn der Patient im Arzthaftungsprozess bestreite, dass eine manipulationssichere EDV mit elektronischer Signatur und speziellem Änderungsmodus verwendet werde, sei der Arzt in der Beweispflicht. Gelinge der Beweis nicht, verliere die Dokumentation gänzlich ihren Beweiswert. Fatale Konsequenz für den Arzt wäre, dass er dann alle dokumentierten Untersuchungen und Behandlungsmaßnahmen durch andere Beweismittel wie etwa Zeugen belegen müsste – und das ist sehr schwer.

Andere Medizinjuristen hingegen meinen, ein bloßes Bestreiten der Patienten im Hinblick auf eine manipulationssichere EDV reiche nicht aus, um die gesamte Behandlungsdokumentation als Beweismittel völlig auszuschließen. Wie die Gerichte sich hierzu künftig positionieren, ist kaum vorhersagbar.

Praxishinweis: Die möglichen Konsequenzen in Arzthaftungsprozessen sollten Anlass sein, die verwendete EDV-Dokumentation darauf zu überprüfen, ob sie manipulationssicher ist und über einen speziellen Änderungsmodus verfügt. Falls dies noch nicht gewährleistet ist, sollte man beim Software-Lieferanten auf Nachbesserung drängen.

Erhöhte Anforderungen an die wirtschaftliche Aufklärungspflicht

In Bezug auf die wirtschaftliche Aufklärungspflicht hat der Gesetzgeber im neue bürokratische Hürden aufgebaut. So heißt es in § 630c Abs. 3 BGB:

§ 630c Abs. 3 BGB

„Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die **voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform** informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt."

Der Verweis auf die Textform bedeutet, dass dem Patienten die voraussichtlich anfallenden Kosten schriftlich mitgeteilt werden müssen. Da der Gesetzgeber nicht auf die GOÄ abstellt, ist es nicht zwingend erforderlich, dem Patienten etwa einen Kostenvoranschlag in Form einer fiktiven GOÄ-Abrechnung zu erteilen. Es dürfte wohl ausreichen, wenn ihm die voraussichtlich anfallenden Kosten in Form eines konkreten Betrags schriftlich genannt werden und er darauf hingewiesen wird, dass die genaue Kostenhöhe vom Verlauf der Behandlung und eventuellen Komplikationen abhängt.

Wann ist die wirtschaftliche Aufklärung entbehrlich?

Die Frage, wann die wirtschaftliche Aufklärung entbehrlich ist, wird in § 630c Abs. 4 BGB geregelt. Zitat: „Der Information des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat." Dies dürfte bei allen Notfällen der Fall sein bzw. immer dann, wenn für eine wirtschaftliche Aufklärung keine Zeit mehr besteht und mit der Behandlung bzw. Untersuchung sofort begonnen werden muss. Eine wirtschaftliche Aufklärung des Patienten ist weiterhin entbehrlich, wenn er hierauf schriftlich ausdrücklich verzichtet hat.

Wenn der Patient mit einer unklaren Diagnose kommt, dürfte es ausreichen, wenn ihm die Kosten für die regelhaft bei dieser Konstellation anfallenden Maßnahmen genannt werden und er darauf hingewiesen wird, dass sich die Kosten noch erheblich erhöhen können.

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Vergütungsrecht

Kein Anspruch auf Abrechnungsgenehmigung für Kardiologen mit Zusatzweiterbildung MRT

Ein Kardiologe, der die Zusatzweiterbildung „MRT – fachgebunden" absolviert hat und eine entsprechende Zusatzbezeichnung führt, hat dennoch keinen Anspruch auf eine Abrechnungsgenehmigung für MRT-Leistungen. Dies entschied das Landessozialgericht (LSG) Berlin-Brandenburg am 20. Februar 2013 (Az: L 7 KA 60/11).

von Rechtsanwalt Nico Gottwald, Sindelfingen, gottwald@rpmed.de

KV verweigerte einem Kardiologen die MRT-Genehmigung

Die Kernspintomographie-Vereinbarung (KernspinV) regelt in § 2, dass eine Ausführung und Abrechnung von MRT-Leistungen durch Vertragsärzte erst nach einer Genehmigung durch die KV möglich ist. Diese Genehmigung verweigerte die KV Berlin dem klagenden Kardiologen trotz seines Hinweises auf die erfolgreich absolvierte Zusatzweiterbildung für fachgebundene MRT. Die KV berief sich dabei auf § 4 Abs. 1 Nr. 2 der KernspinV in Verbindung mit § 135 Abs. 2 SGB V: Demnach dürften nur Fachärzten für Diagnostische Radiologie, Kinderradiologie, Neuroradiologie oder Nuklearmedizin eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung erteilt werden.

Erfolg des Kardiologen in erster Instanz

Das SG Berlin verurteilte die KV Berlin zunächst dazu, dem klagenden Kardiologen die Abrechnungsgenehmigung zu erteilen. Die KernspinV sei erweiternd auszulegen. Vom Begriff des „Facharztes für diagnostische Radiologie" sei auch der Facharzt erfasst, der über die Zusatzqualifikation „fachgebundene MRT" verfüge. Die Qualifikation zum Erbringen von Kardio-MRT sei bei Kardiologen, die über die Zusatzqualifikation Kardio-MRT verfügten, höher als die der Radiologen. Die Zuweisung von Kardio-MRT-Untersuchungen ausschließlich an Radiologen und Nuklearmediziner verstoße zudem gegen den Gleichheitsgrundsatz nach Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz.

LSG Berlin-Brandenburg hob erstinstanzliches Urteil auf

Auf die Berufung der KV Berlin hob das LSG Berlin-Brandenburg das Urteil jedoch wieder auf. Als Kardiologe verfüge der Kläger nicht über die erforderlichen Facharztbezeichnungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 der KernspinV. Eine erweiternde Auslegung erfordere stets eine ungewollte Regelungslücke. Hieran fehle es jedoch, da die Partner der Bundesmantelverträge als Normgeber der KernspinV im Klageverfahren übereinstimmend dargelegt hätten, dass sie bewusst davon abgesehen hätten, auch die Zusatzqualifikation für fachgebundene MRT ausreichen zu lassen.

Die Konzentration der diagnostischen Leistungen auf einen besonders qualifizierten Arzt gewährleiste, dass die beste diagnostische Methode ausgewählt werde und die Ergebnisse sachgerecht interpretiert würden. Außerdem bewirke eine derartige Arbeitsteilung im Sinne des „Mehraugenprinzips", dass die Diagnostik unabhängig von einem eventuellen Interesse an der Therapie erfolge. Die Regelung diene deshalb sowohl der Gesundheit der Versicherten als auch der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit sei der generelle Ausschluss, der nicht in § 4 Abs. 1 Nr. 2 KernspinV aufgeführten Facharztgruppen, von der Erbringung von MRT-Leistungen auch verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden.

Wie geht es weiter?

Die Fachärzte für Radiologie und Nuklearmedizin bleiben im Bereich der MRT-Leistungen zunächst weiter unter sich. Das Urteil des LSG Berlin-Brandenburg ist allerdings noch nicht rechtskräftig. Vermutlich wird sich das Bundessozialgericht bald noch einmal mit dieser Thematik beschäftigen. Ob es das Urteil des LSG bestätigt oder zu dem Ergebnis kommt, dass die KernspinV Fachärzte mit einer Zusatzweiterbildung MRT mit Blick auf den verfassungsrechtlichen Schutz der Berufsfreiheit und der Gleichbehandlung unzulässig benachteiligt, bleibt abzuwarten.

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Arbeitsrecht

Wann ist ein Honorararzt selbstständig tätig – und wann gilt er als Angestellter?

Zwei Juristen, drei Meinungen: Das alte Vorurteil stimmt nicht immer – manchmal aber schon: So haben kürzlich kürzlich das Hessische Landesarbeitsgericht (LAG) im Falle eines Radiologen und das Sozialgericht (SG) Kassel im Falle eines Psychologischen Psychotherapeuten unterschiedliche Urteile zur Frage der (Schein-) Selbstständigkeit von Honorarärzten gefällt. Beide Urteile treffen Aussagen zu den Abgrenzungskriterien, wann eine selbstständige Tätigkeit des Arztes vorliegt und wann nicht.

von RA/FA MedR, Wirtschaftsmed. Dr. Tobias Scholl-Eickmann, Dortmund, www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Frage der Scheinselbstständigkeit – interessant für viele!

Mit diesen Kriterien sollten sich betroffene Ärzte vertraut machen; ebenso Klinikleitungen und gegebenenfalls auch Chefärzte, um bei der Klinikleitung im Zweifel für eine Anstellung des Honorararztes zu werben: Im Gegensatz zu selbstständigen Honorarärzten kann der Chefarzt angestellte Ärzte besser führen, ihnen gegenüber ist er weisungsbefugt.

Die Fälle vor dem Hessischen LAG sowie dem SG Kassel stellten sich wie folgt dar:

Fall vor dem Hessischen LAG: Radiologe in leitender Funktion

Bei dem Fall vor dem LAG (Urteil vom 14.1.2013, Az. 16 Sa 1213/12) war ein Radiologe auf Basis eines Vertrags vom Juni 2011 für ein Krankenhaus in leitender Funktion tätig. Die Tätigkeit wurde zuvor von einem angestellten Arzt ausgeübt. Das Krankenhaus kündigte den „freiberuflichen" Vertrag mit dem Radiologen zum 31. März 2012. Dieser wandte sich gegen die Kündigung mit dem Argument, er sei tatsächlich nicht freiberuflich, sondern als angestellter Arzt tätig.

LAG: Der Radiologe war selbstständig tätig

Das LAG entschied – wie die Vorinstanz – zugunsten des Krankenhauses. Der Radiologe habe nicht schlüssig vorgetragen, dass er Arbeitnehmer sei. Dies sei derjenige, der aufgrund eines privatrechtlichen Vertrags zur weisungsgebundenen, fremdbestimmten Arbeit in persönlicher Abhängigkeit verpflichtet sei. Arbeitnehmer müssten die geschuldete Leistung im Rahmen einer von Dritten bestimmten Arbeitssorganisation erbringen.

Die Eingliederung in eine fremde Arbeitsorganisation zeige sich vor allem darin, dass der Beschäftigte dem Weisungsrecht des Arbeitgebers unterliege, das sich auf Inhalt, Zeit, Dauer und Ort der Tätigkeit beziehe. Selbstständig sei demgegenüber, wer im Wesentlichen seine Tätigkeit frei gestalten und seine Arbeitszeit frei bestimmen könne. Maßgeblich komme es auf die tatsächlichen Umstände, nicht auf die vertragliche Formulierung an.

Obwohl die Leistungen in den Räumen des Klinikums erbracht wurden, sah das Gericht keine Anstellung des Radiologen: Auch Belegärzte nutzten die Klinikräume und seien anerkanntermaßen keine angestellten Arbeitnehmer.

Der Radiologe unterlag keinen festen Arbeitszeiten, es wurde vielmehr nur ein Tageshonorar von 1.000 Euro für die Tätigkeit von 8 bis 16 Uhr vereinbart. Auch der Umstand, dass ein unbefristeter Vertrag geschlossen wurde, stehe – so das LAG – einer selbstständigen Tätigkeit des Radiologen nicht entgegen.

Fall ärztlicher Psychotherapeut vor dem Sozialgericht Kassel

In dem vom SG Kassel entschiedenen Fall (Urteil vom 20.2.2013, Az. S 12 KR 69/12) wurde darüber gestritten, ob ein für das klagende Krankenhaus tätiger ärztlicher Psychotherapeut in einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis beschäftigt war oder aber eine freiberufliche Tätigkeit zugrunde lag. Zwischen dem Krankenhaus und dem ärztlichen Psychotherapeuten wurden für die Leistungserbringung konkrete Leistungen wie Gruppensprechstun-

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

den zu vorgegebenen Zeiten oder Prozessanalysen mit Behandlerteam in der Klinik etc. vereinbart; außerdem eine Arbeitszeit von 38,5 Wochenstunden mit täglicher Präsenzpflicht und eine Vergütung auf Stundenbasis.

Gericht: Arzt war abhängig beschäftigt

Das SG Kassel entschied, dass der Psychotherapeut als abhängig Beschäftigter anzusehen ist. Dabei legte das SG die gleichen Grundsätze wie das LAG zugrunde: Zwar habe der Therapeut umfassende therapeutische Entscheidungsspielräume gehabt, diese seien aber für seine Tätigkeit selbstverständlich. Auch die Vereinbarungen sowie die umgesetzten Regelungen wiesen auf eine abhängige Tätigkeit hin, zumal er kein unternehmerisches Risiko trage. Dass der Psychotherapeut die Risiken krankheits- und urlaubsbedingter Entgeltausfälle trage, ändere nichts an dieser Bewertung. Er war faktisch in den Betrieb der Klinik vollständig eingebunden, die Verfügung über seine eigene Arbeitskraft war nachhaltig eingeschränkt.

Fazit

Die Urteile verdeutlichen, dass sich eine pauschalierende Bewertung, ob ein Honorarzt Arbeitnehmer oder „Unternehmer" ist, verbietet. Es ist daher denkbar, dass ein Honorararzt tatsächlich freiberuflich seine Arbeitsleistung in einem Krankenhaus erbringt. Je weniger der Arzt über seine eigene Arbeitskraft selbst verfügen kann, desto eher ist er ein Arbeitnehmer. Im Zweifel sollte eine frühzeitige Klärung erfolgen, da sonst erhebliche Nachzahlungen an die Sozialversicherungsträger drohen, die in erster Linie den Arbeitgeber treffen.

Tarifrecht

Tarifeinigung zum TV-Ä/VKA: Die wichtigsten Ergebnisse

Nach intensiven Verhandlungen haben sich der Marburger Bund (MB) und die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) Anfang März auf Anpassungen des Tarifvertrags TV-Ä/VKA geeinigt. Die Einigung hat nicht nur für die rund 50.000 angestellten Ärztinnen und Ärzte im Geltungsbereich des TV-Ä/VKA, sondern auch für viele Chefärzte unmittelbare Relevanz.

von Rechtsanwalt Tim Hesse, Kanzlei am Ärztehaus, Dortmund, www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Die wesentlichen Anpassungen des TV-Ä/VKA

Die Tarifeinigung sieht im Wesentlichen folgende Anpassungen für Ärzte, die unter Geltung des TV-Ä/VKA tätig sind, vor:

- Die **Ärztegehälter** steigen rückwirkend zum 1. Januar 2013 linear um 2,6 Prozent, zum 1. Januar 2014 folgt eine weitere Erhöhung um 2,0 Prozent.
- Der **Urlaubsanspruch** bemisst sich nicht mehr nach Alter, sondern künftig nach Berufserfahrung: Maßgeblich sind sämtliche ärztlichen Berufsjahre, also nicht nur solche im Geltungsbereich des TV-Ä/VKA. Grundsätzlich werden 29 Tage Urlaub gewährt, ab dem 7. Berufsjahr 30 Urlaubstage.
- Die **Bereitschaftsdienstentgelte** werden nicht unmittelbar erhöht. Es erfolgt aber in allen drei Bereitschaftsdienststufen eine um 10 Prozentpunkte höhere Bewertung der Stunden als Arbeitszeit, soweit Ruhezeit gewährt wird. Im Ergebnis führt dies – so der MB – dazu, dass mehr Stunden des Bereitschaftsdienstes zur Auszahlung verbleiben und damit die Bereitschaftsdienstvergütung mittelbar spürbar erhöht wird.
- Die durchschnittliche **Höchstarbeitszeit** im Falle des sogenannten „Opt-out" wird von 60 auf 58 Wochenstunden reduziert. Zugleich wird der Ausgleichszeitraum zur Berechnung des Durchschnitts von 12 auf 6 Monate halbiert.
- Die Laufzeit wurde bis zum 30. November 2014 vereinbart.

Auswirkungen für Chefärzte

Der TV-Ä/VKA gilt für mehr als 500 kommunale Krankenhäuser bundesweit. Chefärzte müssen die neuen Regelungen etwa in Bezug auf den Bereitschaftsdienst und den Urlaub für Ihre Abteilung berücksichtigen.

Der TV-Ä/VKA gilt zwar nicht unmittelbar für Chefärzte, in vielen Chefarzt-Verträgen sind aber Grundgehälter auf Basis des TV-Ä/VKA in der höchsten Entgeltgruppe (EG) in der Endstufe, derzeit EG IV Stufe 2, vorgesehen. Dieses Grundgehalt steigt rückwirkend zum 1. Januar 2013 von 8.010,19 Euro auf 8.218,45 Euro, ab 2014 auf 8.382,82 Euro.

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen
in Praxis und Klinik

Chefarztvergütung

Variabler Einkommensanteil: Worauf der Chefarzt bei der Verhandlung achten sollte!

In vielen Chefarztverträgen ist geregelt, dass das Zieleinkommen jährlich neu bestimmt wird. Offen war bisher, was diese Klausel genau bedeutet. Das Bundesarbeitsgericht (BAG) hat hierzu kürzlich entschieden: Der Arbeitgeber darf die Zielerreichung nicht willkürlich bestimmen, sondern muss auch die Interessen des Arbeitnehmers berücksichtigen (Urteil vom 14.11.2012, Az. 10 AZR 783/11). Was dies für den Chefarzt bedeutet, klärt dieser Beitrag.

von RAin und FAin für Arbeitsrecht Sonja Riedemann, LL.M. (LSE), Osborne Clarke – Köln, www.osborneclarke.de

Vorweg: Ermessen ist nicht Willkür

Der Arbeitgeber hat im Falle eines Falles vor Gericht zu beweisen, dass er den Anteil der Zielerreichung richtig bestimmt hat, also sein „Ermessen" richtig ausgeübt hat. Auch die Klinikleitung darf ihren Ermessensspielraum als Arbeitgeber des Chefarztes nicht willkürlich ausüben. Bei der Verhandlung über den Anteil der Zielerreichung kann der Chefarzt jedoch nicht verlangen, dass die Geschäftsführung Gehälter vergleichbarer Kollegen offenlegt.

Der Fall

Der nachfolgende Fall betrifft zwar nicht den Chefarzt-Vertrag, die Urteilsgrundsätze haben jedoch höchste Relevanz für ihn: Eine Wirtschaftsprüfungs-Gesellschaft hatte ein einheitliches „Partnervergütungssystem" eingeführt, dem auch der später klagende Partner zugestimmt hatte. Das jährlich neu festzulegende Zieleinkommen bestand aus 60 Prozent Festgehalt und 40 Prozent variablen Tantiemen. Ermittelt wurden die Tantiemen nach einer fünfstufigen Beurteilungsskala und einer Selbsteinschätzung des Partners, der die einzelnen Kriterien mit seinem Vorgesetzten gemeinsam gewichtete.

Den variablen Bezügen wurde zudem die Erwartung zugrunde gelegt, dass der Partner auch im Folgejahr weiter erfolgreich für das Unternehmen tätig ist („Betriebstreue"). Das jährliche Zieleinkommen des klagenden Partners stieg von 400.000 Euro in mehreren Schritten auf zuletzt 740.000 Euro, wurde dann aber auf 520.000 Euro reduziert. Dabei wurde das Fixum nicht abgesenkt, sondern lediglich der variable Anteil erheblich reduziert. Das zuvor festgelegte Verhältnis von 60:40 war am Ende nicht mehr gegeben.

Der betroffene Partner akzeptierte die Absenkung nicht, wollte sein Zieleinkommen mit mindestens 740.000 Euro festgelegt wissen und klagte auf Zahlung sämtlicher Differenzbeträge. Zusätzlich verlangte er Auskunft über die individuelle Vergütungssituation der anderen Partner.

Die Entscheidung

In seinem Urteil stellte das BAG die folgenden Grundsätze für variable Vergütungssysteme auf. Diese Grundsätze gelten auch für Chefarztverträge und konzentrieren sich im Wesentlichen auf folgende beiden Punkte:

1. Vergütungssystem ist grundsätzlich rechtlich wirksam

Grundsätzlich verstößt das Vergütungssystem nicht gegen arbeitsrechtliche Regeln: Es wurde klar und verständlich verfasst (sogenanntes Transparenzgebot) und es benachteiligt den Arbeitnehmer nicht unangemessen, wenn es korrekt angewendet wird. Berücksichtigt der Arbeitgeber allerdings bei der Beurteilung der Zielerreichung die Interessen des Angestellten nicht, kann dieser eine Nachzahlung der Tantieme verlangen. Die exakte Höhe der Tantieme wird dann gerichtlich festgelegt.

2. Treueklausel ist unangemessen

Unangemessen und damit rechtlich unwirksam ist aber die vertragliche Klausel, welche die Auszahlung des gesamten variablen Teils von der weiteren „Betriebstreue" abhängig macht. Hingegen ist die Veränderung des Verhältnisses von Fixum und variablem Vergütungsanteil von 60:40 aus dem ersten Jahr im Laufe der Zeit zulässig. Bei einer Anpassung des Einkommens ist aber nur der variable Teil absenkbar. Eine

Guerbet
Contrast for Life

RWF
Radiologen WirtschaftsForum
Informationsdienst für Radiologen in Praxis und Klinik

Verringerung des erreichten Festgehalts wäre unwirksam.

Hinweise für den Chefarzt

Ergibt die Auslegung des Chefarztvertrags, dass ein Bonusanteil, der an die „Betriebstreue" geknüpft ist, in Wahrheit eine Gegenleistung für bereits erbrachte Arbeit darstellt, muss er ohne weitere Bedingungen ausgezahlt werden. In diesem Fall ist die Treueklausel rechtlich hinfällig. Auch nach einer Kündigung behält der Chefarzt somit den Anspruch auf Auszahlung dieses variablen Vergütungsanteils.

Hat der Chefarzt mit der Klinikleitung im Chefarztvertrag festgelegt, dass das Zieleinkommen jährlich neu zu vereinbaren ist, muss dies auch so geschehen. Die Neubestimmung erfolgt durch eine gemeinsame Vereinbarung – und nicht etwa einseitig. Die zu erreichenden Ziele müssen dabei im Konsens festgelegt werden.

Selbst wenn der Chefarzt-Vertrag eine einseitige Vorgabe der zu erreichenden Ziele durch das Krankenhaus vorsieht, darf die Einstufung nicht willkürlich geschehen. Im Rahmen ihrer Ermessensausübung hat die Klinik auch die Interessen des Chefarztes zu berücksichtigen.

Praxishinweis

Schreiben Sie bei Gesprächen, die Ihr Einkommen betreffen, ruhig mit! Im Konfliktfall können Sie somit eine unangemessene Zielfestsetzung, ein zu niedriges Zielgehalt oder die erfolgte Zielerreichung darlegen. Argumentieren Sie bei Gehaltsgesprächen aber immer nur mit der eigenen Leistung: Den Verdienst von Chefarztkollegen muss die Klinik nicht preisgeben!

G-BA

Drei Einsatzgebiete der PET als Erprobungsthemen

Für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, die jedoch das Potenzial einer Behandlungsalternative erkennen lassen, kann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes Richtlinien für eine Erprobung beschließen (§ 137e SGB V). Bis dahin konnten nur Methoden zulasten der GKV erbracht werden, deren medizinischer Nutzen durch Studien belegt war. Jüngst hat der G-BA vereinbart, studienrelevante Fragestellungen zur Positronenemissionstomographie (PET; PET/CT) bei Patienten mit rezidivierendem kolorektalem Karzinom, mit malignem Melanom sowie mit Ösophagus-Karzinom für mögliche Erprobungsrichtlinien zu erarbeiten.

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 Wirtschaftspublizistik Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Tel. 02596 922-0, Telefax 02596 922-99, www.iww.de

Redaktion
Dipl.-Kfm. Joachim Keil (verantwortlich); RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung
Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der Guerbet GmbH.

Hinweis
Der Inhalt ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Komplexität und ständiger Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Radiologen WirtschaftsForum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.

Guerbet
Contrast for Life

Guerbet lädt ein

94. Deutscher Röntgenkongress 2013 in Hamburg

Wir laden Sie herzlich am **30. und 31. Mai** von 9:00 bis 18:00 Uhr zu einem **Besuch auf unseren Ausstellungsstand** ein (Halle H, Stand D.09) ein. Es erwarten Sie:

- Aktuelle wissenschaftliche Informationen zu unseren Produkten.
- Demo innovativer Kontrastmittel-Injektions-Systeme.
- Lunchsymposium „Trends in der MRT" **(siehe Anzeige auf der nachfolgenden Seite)**.
- Kompetente Beratung und kollegialer Austausch in angenehmer Atmosphäre inklusive kleiner Erfrischungen.
- Online-Registrierung zum Abonnement des „Radiologen WirtschaftsForum" (RWF).
- „Meet the Expert": Tauschen Sie sich mit unserem Referenten Matthias Klar zum Thema Hygiene in der radiologischen Praxis aus (nur am 30. Mai).
- Beginnen Sie den Kongresstag mit einem Frühstück à la France (Donnerstag/Freitag ab 9 Uhr).
- Beenden Sie den Kongresstag mit einem Come-Together zu unserer „Contrast Hour" (Donnerstag/Freitag ab 17:00 Uhr).
- Sportliche Entspannung bei einem Kicker-Duell mit dem Weltmeister Oktay Mann.
- Offizielle Guerbet-Kongresstasche **kostenlos** im Auslagebereich des „Infomarkt".

Wir freuen uns auf Ihr Kommen!
Ihre Guerbet GmbH

94. Deutscher Röntgenkongress Hamburg 2013

Lunchsymposium

www.guerbet.de

Freitag, 31. Mai 2013
12:30 – 13:30 Uhr

Raum Donner
Congress Centrum Hamburg

Trends in der MRT

Vorsitz: Prof. Dr. Stefan Schönberg, Universitätsklinikum Mannheim

- **State-of-the-Art MR-Angiographie bei 3T**
  (Prof. Dr. Christian Loewe, Wien)

- **Moderne MRT-Diagnostik des Abdomens**
  (Prof. Dr. Henrik J. Michaely, Karlsruhe)

- **Neues zur MR-Arthrographie: 3D und 3T**
  (PD Dr. Gustav Andreisek, Zürich)

Es werden Getränke und Sandwiches zum Symposium verteilt.

Guerbet
Contrast for Life