



# Mitarbeiterbeteiligung\*

Rechtsanwalt Dr. Wolfgang Bruns,  
Fachanwalt für Arbeitsrecht, Karlsruhe

**Die Mitarbeiterbeteiligung ist streitträchtig und komplex. Was im Einzelfall gilt, hängt davon ab, in welchem Bundesland das Krankenhaus liegt, welchen Status das Krankenhaus hat, welche Regelungen im Chefarztdienstvertrag stehen und was der Chefarzt mit seinen nachgeordneten Ärzten vereinbart und praktiziert hat. Ein systematischer Überblick über alle Aspekte der ärztlichen Mitarbeiterbeteiligung unter Berücksichtigung der obergerichtlichen Rechtsprechung schafft für die Betroffenen eine rechtliche Orientierung.**

## I. Komplexität und Streitträchtigkeit der Mitarbeiterbeteiligung

Das Thema Mitarbeiterbeteiligung führt in der Praxis häufig zu Streitigkeiten und Prozessen zwischen nachgeordneten Ärzten und Chefärzten, in die gelegentlich auch der Krankenhaussträger einbezogen wird. Dies dürfte wesentlich daran liegen, dass das Recht der Mitarbeiterbeteiligung äußerst komplex, uneinheitlich und deshalb von den Betroffenen nur schwer zu durchschauen ist.

Je nach Bundesland und je nach dem Status des Krankenhausträgers existieren unterschiedliche Regelungen. Auch die Vertragsklauseln in den einzelnen Chefarztdienstverträgen divergieren stark. Schließlich hat auch das Verhalten des einzelnen Chefarztes eine große Bedeutung für die Frage, ob und gegebenenfalls welche Ansprüche ein nachgeordneter Arzt geltend machen kann.

Um die Materie noch zusätzlich zu verkomplizieren, enthalten auch die Berufsordnungen der einzelnen Lan-

desärztekammern von einander abweichende Regelungen zur ärztlichen Mitarbeiterbeteiligung.

Zudem kommen „normale“ Rechtsanwälte und Gerichte anders als ausgewiesene Arztrechtler mit der Spezialmaterie Mitarbeiterbeteiligung kaum in Berührung, weil derartige Regelungen nur bei Ärzten und sonst bei keiner Berufsgruppe existieren. Rechtsunkenntnis, gepaart mit persönlichen Enttäuschungen oder Vergeltungsphantasien im Streit ausgeschiedener nachgeordneter Ärzte, führen dann zum Konflikt.

Die nachfolgenden Ausführungen sollen daher dazu dienen, mehr Licht in das rechtliche Dunkel um die Mitarbeiterbeteiligung zu bringen.

## II. Sinnvolle Prüfungsreihenfolge

Um die häufig bestehende rechtliche Gemengelage zu systematisieren, empfiehlt es sich, die unterschiedlichen Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung in der nachfolgenden Rei-

henfolge zu überprüfen und auf den individuellen Fall anzuwenden:

- 1) Existieren gesetzliche Regelungen? Sind diese auf das Krankenhaus anwendbar?
- 2) Welche Regelungen stehen im Chefarztdienstvertrag?
- 3) Existieren Regelungen zwischen Chefarzt und nachgeordnetem Arzt?
- 4) Was sagt das Berufsrecht?

## III. Regelungen in den Krankenhausgesetzen

Auf Bundesebene existieren keine Gesetze zur Mitarbeiterbeteiligung. Insbesondere äußern sich das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Bundespflegesatzverordnung zu diesem Thema nicht.

\* Der Artikel beruht auf einem Vortrag des Autors auf Chefarztseminaren der Arbeitsgemeinschaft für ArztRecht im Herbst 2002 und Frühjahr 2003

## 1. In welchem Bundesland liegt das Krankenhaus?

Auch die Krankenhausgesetze der einzelnen Bundesländer enthalten ganz überwiegend keine Regelung zur Mitarbeiterbeteiligung. Insgesamt 11 Bundesländer<sup>1</sup> sind der Ansicht, bei der Mitarbeiterbeteiligung handele es sich um eine zwischen den Ärzten und innerhalb der Krankenhäuser zu regelnde Angelegenheit. Sie haben deshalb auf gesetzliche Bestimmungen verzichtet.

Das Krankenhausgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 1975 enthielt zwar eine Norm zur Mitarbeiterbeteiligung. Diese wurde aber schon 1987 wieder gestrichen. Auch das Land Berlin hat seine gesetzlichen Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung im Jahr 2000 abgeschafft<sup>2</sup>.

Nur die Krankenhausgesetze der Länder

- 1) **Baden-Württemberg** (§§ 34 - 37 a LKG, Mitarbeiterbeteiligungsverordnung)
- 2) **Hessen** (§ 15 LKG, Krankenhausfondsverordnung)
- 3) **Mecklenburg-Vorpommern** § 45 LKG)
- 4) **Rheinland-Pfalz** (§§ 27 - 29 LKG)
- 5) **Sachsen** (§§ 24 - 26 LKG)

1 Keine Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung finden sich in den Landeskrankenhausgesetzen der Bundesländer Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen

2 § 36 LKG Berlin a. F. und eine zur Ausführung erlassene weitere Rechtsverordnung wurden im Jahr 2000 im Rahmen einer groß angelegten „Entrümpelungsaktion“ abgeschafft, die als Folge der Neuordnung der Krankenhäuser des Landes Berlin erforderlich wurde. Dieser fielen nicht nur die Regelungen über die Mitarbeiterbeteiligung, sondern auch sehr detaillierte Bestimmungen über die Krankenhausbetriebsleitung zum Opfer.

3 Durch Gesetz vom 11.2.2003 (Thüringer GVBL 2003, 99, 102) wurde das Thüringer Landeskrankenhausgesetz um § 28a ergänzt, wonach der Krankenhausträger im stationären Bereich eine Beteiligung der nachgeordneten Krankenhausärzte an den Einnahmen der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte sicherstellen soll. Die von § 28 a Abs. 3 LKG Thüringen zur Umsetzung vorgesehene unisteriale Rechtsordnung liegt aber noch nicht vor.

4 Für die Unikliniken aber auch für sonstige

enthalten Bestimmungen zur Mitarbeiterbeteiligung<sup>3,4</sup>.

## 2. Keine Anwendung auf kirchliche Krankenhäuser

Auch in den fünf Bundesländern, deren Krankenhausgesetze Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung enthalten, gelten diese - unabhängig von deren Rechtsform - nicht für kirchliche Krankenhäuser. Diese Bereichsausnahme beruht auf einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts<sup>5</sup>, wonach gesetzliche Regelungen der Leitungsstruktur des Krankenhauses und der Mitarbeiterbeteiligung die grundgesetzlich garantierte<sup>6</sup> Personal- und Organisationsautonomie der Kirchen verletzen. In Umsetzung dieser Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts sehen die Krankenhausgesetze der fünf noch verbliebenen Bundesländer inzwischen entsprechende Ausnahmeregelungen für kirchliche Krankenhäuser vor<sup>7</sup>.

## 3. Förderung des Krankenhauses nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz?

Alle Landeskrankenhausgesetze sind strukturell Subventionsgesetze, durch welche die Vorgaben des vom Bund erlassenen Krankenhausfinanzierungs-

staatliche Krankenhäuser existieren noch weitere Verordnungen zur Mitarbeiterbeteiligung. Diese weichen - ermöglicht durch entsprechende Öffnungsklauseln - teilweise sogar von Mitarbeiterbeteiligungsregelungen im jeweils einschlägigen Landeskrankenhausgesetz ab. Da es sich bei diesen Verordnungen um untergesetzliche Bestimmungen handelt, die nur für staatliche Krankenhäuser gelten, wirken sie strukturell als bloßes krankenhausesinternes „Binnenrecht“. Auf sie wird vorliegend nicht näher eingegangen.

5 Urteil vom 25.3.1980, 2 BvR 206/76 = ArztR 1980, 235 zu § 25 KHG NRW 1975, bekräftigt durch ein Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 14.1.1981, 5 AzR 853/78 = KM in ArztR 1981, 174

6 Art 140 GG i.V.m. Art. 137 Abs. 3 Weimarer Reichsverfassung

7 § 2 Abs. 3 LKHG Baden-Württemberg, § 2 Abs. 2 LKG Hessen, § 2 Abs. 3 LKG Mecklenburg-Vorpommern, § 3 Abs. 2 LKG Rheinland-Pfalz, § 2 Abs. 2 LKG Sachsen

8 Es sei denn, er ist von dieser Verpflichtung aufgrund seiner kirchlichen Trägerstruktur entbunden, s.o.

9 Mit Sonderregelungen für Unikliniken

gesetzes auf Landesebene umgesetzt und näher ausgestaltet werden. Ein Krankenhausträger, der Fördermittel für Krankenhausinvestitionen erhalten will, muss sich verpflichten, neben dem Krankenhausfinanzierungsgesetz auch die Regelungen des jeweiligen Landeskrankenhausgesetzes einzuhalten.

Sofern das Landeskrankenhausgesetz Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung enthält und das Krankenhaus nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert wird, muss der Krankenhausträger auch für eine krankenhausesinterne Umsetzung von Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung sorgen<sup>8</sup>.

Die Landeskrankenhausgesetze und deren Regelungen über die Mitarbeiterbeteiligung gelten daher nur für Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem jeweiligen Landeskrankenhausplan gefördert werden, vorbehaltlich besonderer Regelungen dagegen nicht für Reha-Kliniken, Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGBV oder für Krankenhäuser, die ausschließlich Privatbehandlungen anbieten.

Auch in den Bundesländern Baden-Württemberg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Sachsen gibt es daher viele Krankenhäuser, die nicht verpflichtet sind, die Regelungen der Landeskrankenhausgesetze zur Mitarbeiterbeteiligung anzuwenden.

Als **Faustformel** kann man sich merken:

**Die Regelungen der Landeskrankenhausgesetze zur Mitarbeiterbeteiligung gelten für Plankrankenhäuser<sup>9</sup> außer für kirchliche Plankrankenhäuser.**

## 4. Umsetzung der Regelungen eines Landeskrankenhausgesetzes in das konkrete Chefarztdienstverhältnis?

Die Landeskrankenhausgesetze sind - wie ausgeführt - Subventionsgesetze. Sie gelten nur in dem öffentlich-

rechtlichen Förderungsverhältnis zwischen dem jeweiligen Bundesland und einem Krankenhausträger. Sie regeln die Bedingungen, unter denen ein in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommenes Krankenhaus Anspruch auf Investitionsmittel des Landes hat. Hieraus folgt, dass die Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung auch dann nicht automatisch auf das Chefarztdienstverhältnis Anwendung finden, wenn sie „eigentlich“ auf das betreffende Krankenhaus anwendbar sein sollten<sup>10</sup>.

Die Regelungen der Landeskrankenhausgesetze zur Mitarbeiterbeteiligung wirken erst dann, wenn sie durch entsprechende arbeitsvertragliche Klauseln im Chefarztdienstvertrag umgesetzt werden<sup>11</sup>. Typisch für eine derartige Umsetzung wäre etwa die folgende Bestimmung in einem Chefarztdienstvertrag:

*„Der Chefarzt/Die Chefarztin beteiligt die nachgeordneten Ärzte seiner/ihrer Abteilung an den Liquidationseinnahmen nach den Bestimmungen des Landeskrankenhausgesetzes vom ... und den diesbezüglichen Durchführungsvorschriften.“*

Ein Krankenhausträger, der eine derartige Umsetzung nicht vornähme, aber trotzdem Investitionsmittel des Landes erhielte, würde zwar seine öffentlich-rechtliche Umsetzungsverpflichtung aus dem jeweiligen Landeskrankenhausgesetz verletzen. Dies hätte für die rechtliche Stellung des hierdurch „begünstigten“ Chef-

arztes aber keine direkten Konsequenzen. Allenfalls wäre zu prüfen, ob der Krankenhausträger die Aufnahme einer derartigen Umsetzungsklausel in den Chefarztdienstvertrag nachträglich dadurch erzwingen könnte, dass er eine betriebsbedingte Änderungskündigung erklärt<sup>12</sup>.

Umgekehrt führt die Bereinigung eines Landeskrankenhausgesetzes<sup>13</sup> von Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung nicht automatisch und in jedem Fall zum Erlöschen der arbeitsvertraglichen Verpflichtung des Chefarztes.

So wäre insbesondere zu prüfen, ob ein Wegfall der gesetzlichen Bestimmung im Landeskrankenhausgesetz zu einem Wegfall der Geschäftsgrundlage (§ 313 BGB) hinsichtlich der Umsetzungsbestimmung im Chefarztdienstvertrag führt. Folge eines derartigen Wegfalls der Geschäftsgrundlage wäre primär eine Vertragsanpassung und kein kompletter Wegfall der Klausel zur Mitarbeiterbeteiligung.

Entscheidend wäre auch, ob eine statische oder eine dynamische Verweisung des Chefarztdienstvertrages auf das Landeskrankenhausgesetz vorliegt oder ob, z.B. bei einem kirchlichen Krankenhaus, eine „Gleichstellungsabrede“ abgeschlossen wurde, wonach Chefarzt und nachgeordnete Ärzte genauso behandelt werden sollen, wie an staatlichen Krankenhäusern. Abhängig von der Beantwortung dieser Fragen verändert sich mit der gesetzlichen Verpflichtung zur Mitarbeiterbeteiligung dann auch die arbeitsvertragliche Verpflichtung des Chefarztes.

Auch bei einer einheitlichen und kom-

pletten Streichung gesetzlicher Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung, wie etwa in Berlin im Jahr 2000, können sich daher ganz unterschiedliche Konsequenzen für die arbeitsvertraglichen Verpflichtungen der betroffenen Chefarzte ergeben.

## 5. Gründe für die Regelungen in fünf Landeskrankenhausgesetzen

### 5.1 Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz

Als die Bundesländer Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz in den 70er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung in ihre Krankenhausgesetze einfügten, wurden hierfür vor allem die folgenden Gründe angegeben:

- 1) Angesichts eines gravierenden Ärztemangels sollten qualifizierte nachgeordnete Ärzte von einer wirtschaftlich attraktiven Niederlassung abgehalten und am Krankenhaus gehalten werden<sup>14</sup>.
- 2) Die Chefarzte sollten sich - auch im Hinblick auf damals deutlich höhere Liquidationseinnahmen - an dieser Aufgabe beteiligen, zumal sie durch die Tätigkeit der nachgeordneten Ärzte deutlich bessere Möglichkeiten hatten, Liquidationseinnahmen durch die Behandlung von Privatpatienten zu erzielen.

Diese Gründe waren – wenn sie

10 Vgl. Hessischer Landtag, Drucksache 7/2505 vom 16.11.1972, S. 20: „Die Regelung der Mitarbeiterbeteiligung stellt keinen Eingriff in die vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenhausträger und Arzt dar. ... Der Zweck der Regelung besteht vielmehr darin, dem Krankenhausträger bestimmte Innere Strukturen zur Auflage zu machen, wenn er die Finanzierung bestimmter Investitionsmaßnahmen aus öffentlichen Mitteln begehrt. Insofern ist der Adressat der Regelung ... allein der Krankenhausträger, der im Rahmen des Privatrechts dafür Sorge tragen kann, seine Rechtsbeziehung zu den Ärzten im Rahmen dieser Bestimmung zu gestalten.“

11 Folgerichtig verpflichten § 27 Abs. 1 Hess. LKG, § 45 Abs. 3 LKG Mecklenburg-Vorpommern, § LKG Rheinland-Pfalz, § 26 Abs. 3 Sächs. LKG

die Krankenhausträger zur arbeitsvertraglichen Umsetzung.

12 Eine derartige Änderungskündigung hätte das Ziel, die Abgabeverpflichtung des Chefarztes zu erhöhen und damit sein Gehalt zu reduzieren. Änderungskündigungen zur Gehaltsreduzierung sind nach der sehr restriktiven Rechtsprechung des BAG (ArztR 2000, 187 m.w.N.) aber nur in extremen Ausnahmefällen zulässig. Eine Änderungskündigung dürfte insbesondere dann rechtswidrig sein, wenn der Krankenhausträger die Möglichkeit hat, seiner Verpflichtung nach dem LKG zu Lasten eines vertraglich vereinbarten Vorteilsausgleichs nachzukommen.

13 1987 tilgte das Land Nordrhein-Westfalen, 2000 das Land Berlin sämtliche Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung aus dem jeweiligen Lan-

deskrankenhausgesetz. Die gleiche Situation (nachträgliches Entfallen der gesetzlichen Regelung) besteht, wenn in einem der 5 noch verbliebenen Bundesländer ein kommunales oder private Plankrankenhaus (mehrheitlich) von einem kirchlichen Träger übernommen wird.

14 Vgl. Hessischer Landtag, Drucksache 7/2505 vom 16.11.1972, S. 20: „Zum anderen ist die Beteiligung der ärztlichen Mitarbeiter besonders geeignet, die Innere Struktur der Krankenhäuser insoweit zu verbessern, als eine solche Regelung es dem Krankenhausträger ermöglicht, qualifizierte ärztliche Mitarbeiter, insbesondere Fachärzte, langfristig an ein bestimmtes Krankenhaus zu binden. ... Eine angemessene Beteiligung dieser Mitarbeiter wird zwangsläufig zu einer Verbesserung der Personalsituation in diesem Bereich und damit insgesamt zu einer

denn jemals stichhaltig gewesen sein sollten – jedenfalls schon nach wenigen Jahren überholt.

- 1) In den späten 80er und den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts herrschte in Deutschland ein ausgesprochener Ärzteüberschuss. Spätestens seit der 1993 verfügten Zulassungssperre bestehen für die nachgeordneten Ärzte nur noch geringe Möglichkeiten, sich niederzulassen. Durch die langjährige Budgetierungs- und Einsparungswelle hat die Niederlassung zudem – sofern sie überhaupt noch möglich sein sollte – stark an wirtschaftlichen Anreizen verloren.
- 2) Die Liquidationseinnahmen der Chefärzte gingen durch Maßnahmen des Gesetzgebers wie etwa das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993, die vermehrte Abgabengier der Krankenhäuser, Abteilungsteilungen aber auch verringerte Abrechnungsmöglichkeiten<sup>15</sup> stark zurück.
- 3) Auch wenn die Arbeitsbelastung der nachgeordneten Ärzte immer noch deutlich höher ist als in vergleichbaren Berufen, ging diese doch gegenüber den 70er-Jahren zurück. Wenn die Arbeit der nachgeordneten Ärzte, Überstunden, Rufbereitschaften und Bereitschaftsdienste aber regulär nach Tarifvertrag bezahlt werden, gibt es keinen Grund, weshalb diese noch einen zusätzlichen „Aufschlag“ vom Chefarzt verlangen sollten.

Sofern sich der Krankenhausträger dagegen weigern sollte, Tätigkeiten der nachgeordneten Ärzte

in der Krankenversorgung, insbesondere deren Überstunden, zu vergüten, liegt ein klarer Rechts- und Tarifbruch vor. Es ist kein Grund dafür ersichtlich, weshalb ein Chefarzt einspringen sollte, weil der Krankenhausträger den nachgeordneten Ärzten einen Teil des Arbeitslohns vorenthält, der diesen für ihre Tätigkeit zusteht. Kein Manager käme auf die Idee, Arbeitnehmer aus seinem eigenen Privateinkommen zu vergüten, weil sich der gemeinsame Arbeitgeber weigert, den geschuldeten Arbeitslohn vollständig aus-zuzahlen.

Für die Bestimmungen in den Krankenhausgesetzen der Länder Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz gilt daher das Gleiche wie für viele andere Gesetze. Auch überflüssige, in sich widersprüchliche und historisch überholte Regelungen haben gute Chancen auf Unsterblichkeit, wenn sie erst einmal in Gesetzesform gegossen wurden.

### 5.2 Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen

Völlig absurd wirkt die Einführung von Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung in die Krankenhausgesetze der Länder Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen nach der Wende. Die historische Situation, die seinerzeit in Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz in den 70er Jahren bestand, existierte Anfang der 90er Jahre schon nicht mehr.

Die Einführung derartiger Regelungen kann wohl nur damit erklärt werden, dass Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen bei Schaffung ihrer Landeskrankenhausgesetze mehr oder weniger unreflektiert aus den Krankenhausgesetzen der Westländer Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz abschrieben, während sich die Bundesländer Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen an den Krankenhausge-

setzen der anderen Westländer orientierten, die auf Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung aus guten Gründen verzichtet hatten.

Da in den neuen Bundesländern ohnehin kaum Privatpatienten, folglich auch keine nennenswerten Privateinkommen existieren, hat die gesetzlich angeordnete Mitarbeiterbeteiligung in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen allenfalls die Funktion, den Mangel zu verteilen. Ein wirtschaftlicher Sinn ist nicht erkennbar.

Dass es gelingen könnte, den seit kurzem wieder aufgetretenen Ärztemangel durch gesetzliche Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung zu verringern, wird ernsthaft von niemandem behauptet.

Die in fünf Krankenhausgesetzen existierenden Bestimmungen stellen daher eine wenig sinnvolle und streitträchtige Übernormierung dar. Das Beispiel der elf Bundesländer ohne gesetzliche Regelungen und das Beispiel der kirchlichen Krankenhäuser zeigt, dass die Mitarbeiterbeteiligung sinnvoller innerhalb der Krankenhäuser bzw. im Verhältnis zwischen Chefarzt und nachgeordnetem Arzt geregelt werden kann. Gesetzgeberische Zurückhaltung wäre daher auch auf diesem Feld sinnvoll.

Solange die verbliebenen fünf Bundesländer aber nicht dem Beispiel von Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 1997 und dem Beispiel des Landes Berlin aus dem Jahr 2000 folgen und ihre Krankenhausgesetze von den Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung bereinigen, bleibt den betroffenen Krankenhäusern und Chefärzten nichts anderes übrig, als sich mit diesen zu arrangieren.

### 6. Regelungen in den fünf Krankenhausgesetzen

Die Regelungen der fünf Krankenhausgesetze weisen deutliche Unterschiede insbesondere in den folgenden Punkten auf:

deutlichen Verbesserung der Inneren Struktur der Krankenhäuser führen.“

<sup>15</sup> Streichung der Assistenzgebühr, Streit um die Abrechnung von Vertreterleistungen, Streit um angebliche „Zielleistungen“ usw. Vgl. hierzu auch: Sandvoß, Chefarztabgaben und Zuwendungen an nachgeordnete Ärzte, *ArztR* 1998, 153, 154

- ▲ Unterliegen nur die stationären (wahlärztlichen) Liquidationseinnahmen oder auch die Einnahmen aus ambulanter Nebentätigkeit der Beteiligungspflicht des Chefarztes?<sup>16</sup>
- ▲ Besteht eine Beteiligungspflicht auch dann, wenn dem Chefarzt nur eine sogenannte Beteiligungsvergütung an Stelle eines echten Liquidationsrechts eingeräumt wurde?<sup>17</sup>
- ▲ Wie sind die Abgabensätze gestaffelt? Existieren Freibeträge?
- ▲ Kann der liquidationsberechtigte Arzt Aufwendungen von der Bemessungsgrundlage abziehen, die er zur Erzielung der Liquidationseinnahmen machen musste, z.B. Kosten der Rechnungsstellung und des Forderungseinzugs?
- ▲ Welchen Einfluss hat der Chefarzt in der sogenannten Poolkommission auf die Verteilung der von ihm abgeführten Mittel?

Jedenfalls muss der liquidationsberechtigte Arzt weder von seinem Festgehalt noch von einer Garantievergütung, von Boni oder Zielvereinbarungsprämien eine Mitarbeiterbeteiligung abführen. Ausgangspunkt aller Regelungen ist immer das (stationäre oder ambulante) Liquidationsrecht, gelegentlich auch eine Beteiligung an den Liquidationseinnahmen, aber keine sonstigen Vergütungen oder Vergütungsbestandteile.

#### IV. Regelungen im Chefarztdienstvertrag

##### 1. Regelungsmöglichkeiten

Wie ausgeführt, gelten auch die Regelungen der fünf Landeskrankenhausesetze zur Mitarbeiterbeteiligung nicht unmittelbar für den Chefarzt. Statt dessen müssen diese durch eine entsprechende Regelung im Chefarztdienstvertrag umgesetzt werden.

Sofern der Krankenhausträger nicht gezwungen ist, sich an gesetzlichen Regelungen zur Mitarbeiterbeteiligung zu orientieren, können Chefarzt und Krankenhausträger von ihrer Vertragsfreiheit uneingeschränkt Gebrauch machen.

##### 1.1 Verzicht auf eine Regelung

So können die Parteien auf jegliche vertragliche Regelung verzichten. Für den Chefarzt gilt dann nur das, was er selbst mit den Mitarbeitern vereinbart hat bzw. seine standesrechtliche Obliegenheit zur Mitarbeiterbeteiligung (hierzu unten). Diese Regelung ist aus Sicht des Chefarztes optimal, weist aber auch aus Sicht des Krankenhausträgers Vorteile auf.

Wenn die Mitarbeiterbeteiligung eine ausschließlich innerärztliche Angelegenheit bleibt, ist der Krankenhausträger nicht dem Risiko ausgesetzt, als „Treuhand der Beteiligungs-pools“ oder aufgrund arbeitsvertraglicher Klauseln in Streitigkeiten zwischen Chefarzt und nachgeordneten Ärzten über die Mitarbeiterbeteiligung hineingezogen zu werden.

##### 1.2 Verweis auf das Standesrecht

Häufiger wird die folgende Klausel gewählt:

*„Der Chefarzt/die Chefarztin beteiligt die nachgeordneten Ärzte seiner/ihrer Abteilung an seinen/ihren Liquidationseinnahmen in Erfüllung seiner/ihrer standesrechtlichen Pflichten in angemessenem Umfang. Dabei sind der Ausbildungsstand des Betreffenden, seine Leistung und sein Einsatz zu berücksichtigen.“*

Diese Klausel erscheint dem Autor als optimal. Der Chefarzt ist hiernach im wesentlichen frei, wie er gegenüber seinen Mitarbeitern verfährt. Diese können allein aufgrund einer derartigen Klausel weder gegenüber dem Chefarzt noch gegenüber dem Krankenhausträger Ansprüche einklagen.

##### 1.3 Analoge Anwendung gesetzlicher Regelungen

Selbstverständlich kann kraft vertraglicher Vereinbarung zwischen Chefarzt und Krankenhausträger auch die Anwendung gesetzlicher Mitarbeiterbeteiligungsregeln vereinbart werden, die eigentlich nicht gelten würden. So wird z.B. an einigen kirchlichen Krankenhäusern verfahren. Grund für derartige Regelungen dürfte die Befürchtung der Krankenhausträger sein, andernfalls gegenüber Nachbarkrankenhäusern einen Nachteil bei der Einstellung nachgeordneter Ärzte zu haben.

Eine derartige pauschale Verweisung ist nicht sinnvoll. Die analoge Anwendung der gesetzlichen Regelungen führt auch zu einer Übernahme von deren Nachteilen, insbesondere dem Gremien-Unwesen und dem leistungsfeindlichen „Gießkannenprinzip“ bei der Mittelverteilung.

##### 1.4 Feste Beteiligungsquoten

Viele Krankenhausträger bevorzugen die Vereinbarung fester Beteiligungsquoten im Chefarztdienstvertrag, mutmaßlich weil sie argwöhnen, der Chefarzt würde den unbestimmten Rechtsbegriff „angemessene Beteiligung“ zu sehr zu seinen Gunsten auslegen, wenn er nicht nur hinsichtlich der Verteilung auf die einzelnen

<sup>16</sup> § 15 LKG Hessen bezieht sich nur auf die stationären Liquidationseinnahmen. Dagegen bezieht z.B. das LKG Rheinland-Pfalz auch die ambulanten Liquidationseinnahmen mit ein. Zur Poolpflichtigkeit ambulanter Liquidationseinnahmen nach dem rheinland-pfälzischen Krankenhausgesetz vgl. BAG, Urteil vom 15.7.1992, 5 AZR 341/91 = ArztR 1993, 272

<sup>17</sup> Vgl. z.B. § 37 a LKG Baden-Württemberg, der dem Krankenhausträger die Möglichkeit gibt, bei Vereinbarung einer Beteiligungsvergütung Regelungen zu treffen, die von den festen Quoten abweichen, die in den §§ 34, 35 LKG Baden-Württemberg bei Vereinbarung eines wahlärztlichen Liquidationsrechts vorgesehen sind.

<sup>18</sup> BAG, Urteil vom 17.2.1993, 7 AZR 373/92 = ArztR 1994, 159 zum LKG Rheinland-Pfalz. Ein Anspruch der als Betriebsrätin freigestellten Assistenzärztin auf Beteiligung an dem Pool wurde vom BAG abgelehnt. Das BAG bejahte aber einen direkt gegen den Krankenhausträger

Ärzte, sondern auch über die Höhe der Beteiligung frei bestimmen könnte.

Die Vereinbarung einer festen oder je nach der Höhe des Liquidationserlöses gestaffelten Quote für die Mitarbeiterbeteiligung ist im Grundsatz bedenkenfrei, sofern diese nicht überdimensioniert ist und die Liquidationseinnahmen des Chefarztes nicht schon vorab durch überhöhte Abgaben an den Krankenhausträger gemindert wurden.

Sinnvoll ist auch eine Regelung, wonach der Chefarzt die Beteiligung nicht direkt, sondern über den Krankenhausträger auszahlt. Die Personalabteilung des Krankenhausträgers kann dann von der Mitarbeiterbeteiligung die Lohnsteuer und eventuell noch fällige Sozialabgaben abführen. Hierdurch ersparen sich Chefarzt und Krankenhaus rechtliche Restrisiken als Folge einer späteren Betriebsprüfung durch Finanzamt oder Sozialversicherungsträger. Insbesondere kann der Chefarzt dann nicht mehr zu Steuerzahlungen herangezogen werden, die eigentlich vom nachgeordneten Arzt hätten entrichtet werden müssen.

## 2. Poolkommissionen

Der Chefarzt sollte immer die Möglichkeit haben, über die Verteilung der Mittel auf die einzelnen Mitarbeiter zu entscheiden. Nur der Chefarzt weiß, welcher nachgeordnete Arzt sich besonders engagiert hat oder eine für die Abteilung und die Patienten wertvolle Qualifikation aufweist.

Bei der Errichtung von kranken-

hausinternen Poolkommissionen drohen dagegen geradezu absurde Auseinandersetzungen und Arbeitsgerichtsprozesse.

- ▲ So klagte eine Assistenzärztin auf Beteiligung an dem Mitarbeiterpool der Klinik, obwohl sie als Betriebsrätin vollständig freigestellt, mithin gar nicht mehr in der Patientenversorgung tätig war<sup>18</sup>
- ▲ Ein Oberarzt verklagte seinen Chefarzt (letztlich erfolglos) auf Mitarbeiterbeteiligung für einen Zeitraum, in dem er als Folge einer Arbeitgeberkündigung von der Arbeit freigestellt worden war, so dass er überhaupt keine Patienten versorgt hatte<sup>19</sup>.
- ▲ Das Landesarbeitsgericht Hessen ging sogar davon aus, die Entscheidung einer krankenhausinternen Poolkommission, die Mitarbeiterbeteiligung eines langfristig erkrankten Oberarztes zu mindern, sei so fehlerhaft, dass sich der Krankenhausträger gegenüber diesem Oberarzt Schadensersatzpflichtig mache<sup>20</sup>.
- ▲ In einer Entscheidung aus dem Jahr 1998<sup>21</sup> nahm das Bundesarbeitsgericht ein Mitbestimmungsrecht des Betriebsrats bei der Verteilung eines krankenhausinternen Mitarbeiterpools an.

Angesichts derartiger rechtlicher Risiken sind Chefarzt und Krankenhausträger gut beraten, die Einrichtung von Poolkommissionen wenn irgend möglich, d.h. immer dann zu unterlassen, wenn diese nicht durch ein

Krankenhausgesetz zwingend angeordnet wurden.

Dies gilt auch deshalb, weil Poolkommissionen häufig dazu tendieren, die Mitarbeiterbeteiligung nach Punktesystemen, faktisch also „mit der Gießkanne“, zu verteilen. Ein derartiges Vorgehen führt zur Demotivierung besonders engagierter und qualifizierter Mitarbeiter. Für den Chefarzt wird die Mitarbeiterbeteiligung so zu einer weiteren Abgabe, die er gezwungenermaßen an den Krankenhausträger abführt, ohne damit etwas Sinnvolles für seine Abteilung und die nachgeordneten Ärzte bewirken zu können, die ihn besonders unterstützen.

So ist dem Autor ein Fall bekannt, in dem die im Poolausschuss vertretenen Oberärzte nur deshalb gegen die vom Chefarzt betriebene Ernennung weiterer qualifizierter Fachärzte zu Oberärzten intrigierten, weil sie ihre erhöhten „Oberarztquoten“ nicht teilen wollten. Eine perspektivisch sinnvolle und für den Krankenhausträger kostenneutrale Personalmaßnahme wurde so boykottiert und die durch die Mitarbeiterbeteiligung eigentlich bezweckte Motivation qualifizierter nachgeordneter Ärzte in ihr Gegenteil verkehrt.

## 3. Vertrag zugunsten Dritter?

Vertragliche Rechte und Pflichten können nicht nur zwischen den Parteien des jeweiligen Vertrages, sondern in Sonderkonstellationen auch in Bezug auf dritte, am Vertrag selbst nicht beteiligte Personen existieren<sup>22</sup>.

Die Rechtsfigur eines Vertrages zugunsten Dritter wird von klagenden nachgeordneten Ärzten immer wieder bemüht, um Regelungen im Chefarztdienstvertrag zur Konstruktion eigener direkter Ansprüche auf Auskunft, Rechnungslegung und Auszahlung einer Mitarbeiterbeteiligung zu instrumentalisieren<sup>23</sup>.

Der Chefarztdienstvertrag dient aber dazu, die wechselseitigen Rech-

ger gerichteten Zahlungsanspruch der freigestellten Assistenzärztin in Höhe der Poolzahlungen, die sie bei weiterer klinischer Tätigkeit voraussichtlich erhalten hätte.

19 BAG, Urteil vom 21.7.1993, 5 AZR 550/92 = ArzR 1994, 185

20 LAG Hessen, Urteil vom 31.1.1998 - 9 Sa 1488/97 = ArzR 2000, 11

21 BAG, Urteil vom 16.6.1998, 1 ABR 67/97 = ArzR 1999, 60 mit ablehnender Anmerkung von Löwisch

22 Typischer Fall eines derartigen Vertrages zu Gunsten Dritter (§ 328 BGB) ist der Lebensversicherungsvertrag, bei dem der Begünstigte einen eigenen vertraglichen Anspruch gegen die Lebensversicherung erwirbt, obwohl er an dem zugrundeliegenden Versicherungsvertrag selbst nicht beteiligt ist.

23 Urteil des LAG Nürnberg vom 5.12.2000 - 7 Sa 872/98 = KM in ArzR 2002, 340. Hiergegen aber zu Recht: LAG Köln, Urteil vom 30.11.2000 - 2 Sa 895/00 = ArzR 2001, 235, 237



▲ Zusatz: „Die Zahlung erfolgt ausschließlich nach Standesrecht ohne Begründung einer vertraglichen Übung und ohne Rechtsbindungswillen“

bei jeder Beteiligung

**Nur durch eine derartige „Zahlung nach Gutsherrenart“ vermeidet der Chefarzt das (schleichende) Entstehen einer vertraglichen Bindung.**

Wer dagegen - wie vielfach üblich - feste Beträge oder prozentual definierte Liquidationsanteile an seine nachgeordneten Ärzte abführt, muss sich darauf einstellen, dass ein im Streitfall angerufenen Arbeitsgericht später zu der Auffassung gelangt, hierdurch sei eine vertragliche Bindung des Chefarztes gegenüber seinem nachgeordneten Arzt entstanden, die dieser auch dann weiter erfüllen muss, wenn er die Mitarbeiterbeteiligung nachträglich reduzieren oder einstellen will.

#### 4. Kündigung einer vertraglichen Bindung

Allerdings kann sich der Chefarzt aus einer derartigen vertraglichen Bindung auch wieder lösen.

Das „Mitarbeiterbeteiligungsverhältnis“ zwischen Chefarzt und nachgeordnetem Arzt ist, wie ausgeführt, kein Arbeitsverhältnis sondern ein Dauerschuldverhältnis, das den Charakter eines atypischen Dienstvertrages hat. Das Kündigungsschutzgesetz findet nur auf Arbeitsverträge, aber nicht auf sonstige Dauerschuldverhältnisse bzw. atypische Dienstverträge Anwendung. Folglich haben

sowohl der nachgeordnete Arzt als auch der Chefarzt das Recht, eine ordentliche Kündigung der Mitarbeiterbeteiligung auch dann zu erklären, wenn keine Kündigungsgründe vorliegen oder nachweisbar sind<sup>28</sup>.

Entsprechend dem Charakter des „Mitarbeiterverhältnisses“ als atypischer Dienstvertrag gilt für die ordentliche Kündigung § 621 BGB. Gemäß § 621 Nr. 3 BGB ist bei Vereinbarung einer monatlichen Vergütung eine ordentliche Kündigung spätestens am fünfzehnten eines Monats für den Schluss des Kalendermonats zulässig.

**Vertragliche Beteiligungszusagen lassen sich daher mit einer kurzen ordentlichen Kündigungsfrist „grundlos“ kündigen.**

Gemäß § 626 BGB bzw. § 314 BGB kann die vertragliche Beteiligungszusage zudem fristlos aus wichtigem Grund gekündigt werden, wenn „Tatsachen vorliegen, auf Grund derer dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der Interessen beider Vertragsteile die Fortsetzung des Dienstverhältnisses bis zum Ablauf der Kündigungsfrist ... nicht zugemutet werden kann“ Da ein derartiger Kündigungsgrund aber im Streitfall bewiesen und die Kündigung zudem innerhalb von 14 Tagen nach Kenntnis des Kündigungsgrundes erklärt werden muss (§ 626 Abs. 2 BGB) wird es angesichts des absehbaren Streits über das Vorliegen eines „wichtigen Grundes“ häufig sinnvoll sein, lediglich eine ordentliche „grundlose“ Kündigung zu erklären, um nach Ablauf der oben genannten kurzen Frist von vertraglichen Bindungen frei zu sein.

Eine Erklärung, die alle rechtlichen Eventualitäten berücksichtigt, könnte wie folgt formuliert werden:

„*Sehr geehrter Oberarzt Dr. X,*  
*ich habe bisher – ausschließlich in Erfüllung meiner standesrechtlichen Ob-*

*liegenheiten – eine monatliche Mitarbeiterbeteiligung in Höhe von .... an Sie ausgezahlt.*

*Diese Zahlungen stelle ich aufgrund der Ihnen bekannten Vorfälle vom .... mit Ablauf des Monats .... ein.*

*Obwohl keine vertragliche Bindung zwischen Ihnen und mir besteht, erkläre ich höchst fürsorglich die **fristlose Kündigung aus wichtigem Grund**, hilfsweise die **ordentliche Kündigung sämtlicher – bestrittener – Abreden zur Mitarbeiterbeteiligung zum Ablauf des oben genannten Termins.***

*Mit freundlichen Grüßen*

*Chefarzt“*

## VI. Standesrecht

In Kapitel 3 der vom Deutschen Ärztetag erlassenen Musterberufsordnung („Berufliche Zusammenarbeit mit Ärzten“) steht folgende Regelung:

„§ 29

*Kollegiale Zusammenarbeit*

...

(3) *Ärzte, die andere Ärzte zu ärztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, sind verpflichtet, diesen Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren. Erbringen angestellte Ärzte für einen liquidationsberechtigten Arzt abrechnungsfähige Leistungen, so ist der Ertrag aus diesen Leistungen in geeigneter Form an die beteiligten Mitarbeiter abzuführen.“<sup>29</sup>*

Diese Regelung ist aber lediglich ein unverbindliches Muster. Maßgeblich ist im Streitfall die Berufsordnung der jeweiligen Landesärztekammer<sup>30</sup>. Obwohl die Berufsordnungen der Ärztekammern sonst fast identisch sind, weisen sie gerade bei der Mitarbeiterbeteiligung deutliche Unterschiede auf. Am „chefarztfeindlichsten“ ist wohl die Nieder-

28 Jedes Dauerschuldverhältnis kann ordentlich gekündigt werden, sofern das ordentliche Kündigungsrecht nicht rechtswirksam ausgeschlossen wurde (§§ 624, 723 BGB analog) vgl. auch Palandt-Putzo, 61. Auflage, Ergänzungsband, Rz. 15 zu § 314 BGB unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BGH. Vgl. auch BAG, Urteil vom 27.11.1991, 5 AZR 36/91 = KM in Arztr 1992, 230

29 Deutsches Ärzteblatt. 1997, B-1920, B-1924

30 ausführlich Andreas/Dehong/Bruns, Handbuch Arztrecht in der Praxis, 1. Aufl. 2001, Rz. 7 f., 14

sächsische Berufsordnung die zusätzlich das Folgende bestimmt:

„Die Beteiligung beträgt mindestens 20 % und mindestens 50 % wenn die liquidationsfähigen Leistungen vom Mitarbeiter auf Dauer überwiegend selbst erbracht werden.“<sup>31</sup>

Diese Regelung geht über die der Landesärztekammer durch das Niedersächsische Kammergesetz eingeräumte Satzungsautonomie weit hinaus und ist aus diesem und einer Reihe weiterer Gründe rechtswidrig und unverbindlich<sup>32</sup>.

**Unabhängig von der Formulierung der „Beteiligungsklausel“ in der jeweiligen Berufsordnung steht aber nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und des Bundesarbeitsgerichts fest, dass sich allgemein zivilrechtliche oder arbeitsrechtliche Ansprüche aus der Berufsordnung nicht ableiten lassen**<sup>33</sup>.

Dies beruht darauf, dass die jeweils einschlägigen Heilberufs- und Kammergesetze der einzelnen Bundesländer den Landesärztekammern nur Satzungskompetenzen eingeräumt haben, die eng auf Fragen des Berufs- und Weiterbildungsrechts begrenzt sind. Für den Erlass zivil- und arbeitsrechtlicher Regelungen sind die Landesärztekammern nicht zuständig.

Auch durch eine Änderung der Heilberufs- und Kammergesetze der Länder könnten den Landesärztekammern diesbezüglich keine Zuständigkeiten verschafft werden, weil der Bund - und nicht die Länder - für die Gesetzgebung auf dem Ge-

biet des Zivil- und Arbeitsrechts zuständig ist<sup>34</sup>.

Die Berufsordnung begründet daher lediglich eine standesrechtliche Verpflichtung des liquidationsberechtigten Arztes zur Mitarbeiterbeteiligung, deren Verletzung - theoretisch - eine Sanktionierung durch das Berufsgericht nach sich ziehen kann.

Eine berufsgerichtliche Rechtsprechung zu dieser Regelung scheint aber nicht zu existieren.<sup>35</sup> Dies ist kein Zufall. Den Ärztekammern und Berufsgerichten scheint bewusst zu sein, dass die berufsgerichtliche Verurteilung eines Chefarztes wegen unzureichender Mitarbeiterbeteiligung rechtlich äußerst problematisch wäre, weil sich das Berufsgericht hierdurch mittelbar ein Recht zur Einkommensumverteilung anmaßen würde.

Festzuhalten ist damit, dass die Regelungen der Berufsordnungen zur Mitarbeiterbeteiligung eher die Qualität eines moralischen Appells haben, aber kein „hartes“ erzwingbares Recht darstellen.

## VI. Prozessuale Besonderheiten

### 1. Zuständigkeit der Arbeitsgerichte

Obwohl zwischen Chefarzt und nachgeordnetem Arzt, wie ausgeführt, kein Arbeitsverhältnis besteht, sind die Arbeitsgerichte für Streitigkeiten über die Mitarbeiterbeteiligung zuständig. Dies beruht auf § 2 Abs. 1 Nr. 9 Arbeitsgerichtsgesetz (ArbGG), wonach die Arbeitsgerichte auch zur Entscheidung über „bürgerliche

Rechtsstreitigkeiten zwischen Arbeitnehmern aus gemeinsamer Arbeit“ berufen sind<sup>36</sup>.

### 2. Streitverhältnisse bei Beteiligungspool

Sofern ein Beteiligungspool eingerichtet wurde, richten sich die Ansprüche der nachgeordneten Ärzte nicht direkt gegen den Chefarzt sondern gegen den Krankenhausträger. Dieser muss in seiner Funktion als „Treuhänder des Pools“ einerseits dafür sorgen, dass der Chefarzt die fällige Mitarbeiterbeteiligung vollständig und ordnungsgemäß an den Pool abführt, andererseits für eine gerechte Verteilung der im Pool angesammelten Mittel einstehen<sup>37</sup>.

Streitigkeiten über die Beteiligungsverpflichtung des Chefarztes sind dagegen zwischen Krankenhausträger und Chefarzt auszutragen. An diesem Rechtsverhältnis sind die nachgeordneten Ärzte nicht beteiligt.

Die tarifliche Ausschlussfrist des § 70 BAT gilt bei Poolstreitigkeiten weder im Verhältnis des nachgeordneten Arztes zum Krankenhausträger als Treuhänder des Krankenhauspools noch in dem Verhältnis zwischen Krankenhausträger und Chefarzt<sup>38</sup>.

### 3. Auskunftsansprüche bei prozentualer Beteiligung

Ein Chefarzt, der einen nachgeordneten Arzt prozentual beteiligen, diesem z.B. gewisse Liquidationsanteile hinsichtlich spezieller Leistungen einräumen möchte, muss wissen, dass

31 Niedersächsisches. Ärzteblatt. 1999, 43

32 Hierzu eingehend: Andreas, Die Mitarbeiterbeteiligung nach Standesrecht, ArztR 1999, 116

33 BGH, Urteil vom 12.3.1987 = ArztR 1988, 69,70 genauso: OLG Celle, Urteil vom 21.6.1995 - 20 U 84/94 = ArztR 1997, 212, 213; BAG, Urteil vom 21.7.1993 - 5 AZR 550/92 = ArztR 1994, 185, 186; BAG, Urteil vom 15.11.1989 - 5 AZR 626/88 = KM in ArztR 1991, 38; BAG, Beschluss vom 16.6.1998 - 1 ABR 67/97 = ArztR 1999, 63,64

34 Konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 12 GG für bürgerliches Recht und Arbeitsrecht

35 So enthält z.B. die Sammlung von Entscheidungen der Berufsgerichte für die Heilberufe von Luyken, Pottschmitt u.a. keinerlei Fundstelle zu § 29 Abs. 3 MuBO. Die Kanzlei für ArztRecht, in der der Autor tätig ist, besteht seit 40 Jahren. In dieser Zeit wurde kein Mandant durch ein Berufsgericht wegen ungenügender Mitarbeiterbeteiligung verurteilt.

36 Der frühere Streit, ob die allgemeinen Zivilgerichte (Landgericht, Oberlandesgericht) oder die Arbeitsgerichte für Streitigkeiten um die Mitarbeiterbeteiligung zuständig seien, wurde vom Bundesgerichtshof durch Beschluss vom 26.2.1998 III ZB 26/97 = ArztR 1998, 103 endgültig

zugunsten der Arbeitsgerichte entschieden. Eine Zuständigkeit der allgemeinen Zivilgerichte kann sich daher nur noch bei beamteten Chefärzten ergeben.

37 So ausdrücklich BAG, Urteil vom 3.8.1998, 5 AZR 306/81 = ArztR 1984, 125

38 BAG, Urteil vom 19.10.1983, 5 AZR 64/81 = ArztR 1984, 125, 130. Allerdings enthält z.B. § 35 Abs. 7 LKG Baden-Württemberg für die nachgeordneten Ärzte eine einmonatige Ausschlussfrist nach Mitteilung der Entscheidung über die Verteilung der angesammelten Poolmittel.

eine prozentuale Beteiligungszusage zwingend zum Entstehen von Ansprüchen auf Auskunft und Rechnungslegung des nachgeordneten Arztes gegenüber dem Chefarzt führt, die der nachgeordnete Arzt - gegebenenfalls streitig - vor dem Arbeitsgericht durchsetzen kann.

Sofern Grund zu der Annahme bestehen sollte, dass die Chefarztabrechnung „nicht mit der erforderlichen Sorgfalt gemacht“ wurde, kann der nachgeordnete Arzt sogar verlangen, dass der Chefarzt eine eidesstattliche Versicherung über die Richtigkeit und Vollständigkeit seiner Abrechnung abgibt (§ 259 BGB).

Derartige Ansprüche auf Auskunft und Rechnungslegung sieht der Gesetzgeber als „Nebenrechte“ bzw. „Hilfsansprüche“ immer dann vor, wenn der Anspruchsberechtigte zwar einen Anspruch hat, über dessen Höhe aber im Ungewissen ist, während der Anspruchsverpflichtete unschwer Auskunft erteilen kann. Der Anspruch auf Auskunft und Rechnungslegung wird von dem nachgeordneten Arzt dann als Teil einer Stufenklage (§ 254 ZPO) rechtshängig gemacht, deren weitere Stufe auf Zahlung einer angeblich noch ausstehenden Mitarbeiterbeteiligung gerichtet ist.

#### 4. Zuständigkeit der Berufsgerichte

Für Streitigkeiten um die standesrechtliche Obliegenheit des Chefarztes zur Mitarbeiterbeteiligung sind ausschließlich die Berufsgerichte zuständig. Diese haben aber bis jetzt aus gutem Grund auf eine Rechtsprechungstätigkeit zu Inhalt und Umfang der standesrechtlichen Verpflichtung zur Mitarbeiterbeteiligung verzichtet.

ArztR

## Unwirksamkeit von Zweckbefristungen mit Ärzten in der Weiterbildung

Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 14.8.2002 - 7 AZR 266/01 -

Das Gesetz über befristete Arbeitsverhältnisse mit Ärzten in der Weiterbildung (ÄArbVtrG) regelt die Ausnahmen, unter denen befristete Arbeitsverträge erlaubt sind (siehe dazu Andreas/Dehong/Bruns, Handbuch Arztrecht in der Praxis, Rdnr. 173).

Das Bundesarbeitsgericht hatte einen Vertrag zu beurteilen, in dem das Arbeitsverhältnis für die Dauer der Weiterbildung bis zur Facharztanerkennung befristet war. Das Gericht hat seiner Entscheidung folgenden Leitsatz vorangestellt:

*Die auf § 1 Abs. 1 ÄArbVtrG gestützte Befristung des Arbeitsvertrages mit einem Arzt in der Weiterbildung ist nach § 1 Abs. 2 Halbsatz 2 ÄArbVtrG in Form einer Zweckbefristung nicht zulässig. Der Verstoß gegen § 1 Abs. 2 Halbsatz 2 ÄArbVtrG hat ein unbefristetes Arbeitsverhältnis zur Folge.*