



Zivil- und krankenhausrrechtliche Anforderungen an Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen - Teil 1

Inhalt

- I. Einleitung**
- II. Funktion und Inhalte von Zielvereinbarungen**
- III. Zulässigkeit leistungsbezogener Zielvereinbarungen nach § 135c SGB V**
- IV. Anerkennenswerte Inhalte in Zielvereinbarungen**
- V. Zivilrechtliche Vorgaben für Zielvereinbarungen**
- VI. Verhandlung der Zielvereinbarung und Schadensersatzanspruch des Chefarztes**
- VII. Zusammenfassung**

I. Einleitung

Als Gegenleistung für die Wahrnehmung der im Chefarztvertrag vereinbarten Dienstaufgaben erhält der Chefarzt eine Vergütung. Diese Vergütung gliedert sich üblicherweise in eine Festvergütung und eine variable Vergütung. Im Rahmen der variablen Vergütung kommen die eigenständige Einräumung des Liquidationsrechts, die Beteiligung an den vom Krankenhaus liquidierten Einnahmen aus wahlärztlichen Leistungen und eine erfolgsabhängige Vergütung in Form von Zielvereinbarungen in Betracht. Die eigenständige Einräumung des Liquidationsrechts ist in neueren Verträgen auf Grund des bestehenden Kostendrucks im stationären Sektor bzw. der Gewinnmaximierung auf Seiten des Krankenhausträgers kaum mehr zu beobachten. Aus diesem Grund erfreut sich das Instrument der Zielvereinbarung immer stärkerer Beliebtheit. Denn hierdurch kann der Chefarzt zu

bestimmten organisatorischen oder monetären Kenngrößen incentiviert werden. Diese gesteigerte Relevanz von Zielvereinbarungen ist ein guter Anlass, auf Zielvereinbarungen und die hierbei zu stellenden rechtlichen Anforderungen näher einzugehen.

Die zweiteilige Beitragsreihe zum Thema „Anforderungen an Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen“ befasst sich in diesem ersten Teil mit den Fragen, was Zielvereinbarungen sind und welche Ziele in einer Zielvereinbarung vereinbart werden können und dürfen. Im zweiten Teil der Beitragsreihe haben sich die Verfasser am Beispiel des Urteils des Landesarbeitsgerichts (LAG) Schleswig-Holstein vom 11.07.2023 (Az.: 2 Sa 150/22, MedR 2024, 444) schwerpunktmäßig mit dem Nichtzustandekommen von Zielvereinbarungen und dessen Rechtsfolgen sowie mit verspätet zustande gekommenen Zielvereinbarungen befasst.

Dieser Teil der Beitragsserie thematisiert Zielvereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und Chefärzten, welche im Klinikalltag und im Alltag von Chefärzten eine große Rolle spielen. Das Urteil des LAG Schleswig-Holstein aus dem vergangenen Jahr zeigt: Streitigkeiten rund um Zielvereinbarungen sind nach wie vor aktuell und können radiologische Chefärzte in einem Krankenhaus immer wieder treffen. Die Krankenhausträger können mit Zielvereinbarungen bestimmte Parameter wie Ausgaben, Belegungsstatistiken oder Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch finanzielle Anreize für die Chefärzte beeinflussen. Für die Krankenhäuser sind die Zielvereinbarungen somit einerseits ein wichtiges Instrumentarium der Mitarbeiterführung, andererseits stellen sie auch eine betriebswirtschaftliche Steuerungsfunktion dar. Aufgrund dieser praktischen Relevanz bedarf es einer Überprüfung, in welchem Maße die Zielvereinbarungen in die Therapiefreiheit der Ärzte eingreifen. Denn die Diskussion, in welchem Rahmen die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen des Arztes i.S.v. § 23 Abs. 2 Musterberufsordnung der Ärzte (MBO-Ä) durch diese Zielvereinbarungen beeinflusst wird, ist weiterhin nicht abgeschlossen.

In diesem Rahmen soll auf die Genese und Relevanz des § 135c SGB V eingegangen werden. Mit § 135c Abs. 1 S. 2 SGB V hat der Gesetzgeber der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) die Aufgabe übertragen, im Einvernehmen mit der BÄK Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen.

Neben der DKG gibt es weitere Akteure, die die Zielvereinbarungen und deren Inhalt beeinflussen können. So ist beispielsweise die gemeinsam von der BÄK und dem Verband der Leitenden Krankenhausärzte eingerichtete Koordinierungsstelle „Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen“ zu nennen, die am 20.03.2015 eine Stellungnahme veröffentlicht hat (BÄK, Bewertung der Zielvereinbarungen in Verträgen mit leitenden Krankenhausärzten durch die gemeinsame Koordinierungsstelle der Bundesärztekammer und des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte, DÄBl. 2015, A 539) und die fortlaufend ihr vorgelegte Zielvereinbarungen gemäß den Kriterien nach § 135c SGB V bewertet (vgl. z. B. DÄBl. 2022, A 350 – Die als Ergebnis dieser Bewertung abgegebenen Empfehlungen sind in der Online-Version

des Deutschen Ärzteblattes abrufbar unter: http://doi.org/10.3238/arztebl.2016.zielvereinbarung2022_01). So werden enge Grenzen für die rechtliche Zulässigkeit von Zielvereinbarungen gesetzt, um deren Einfluss auf die Ärzte und Patienten einzuschränken.

II. Funktion und Inhalte von Zielvereinbarungen

Zielvereinbarungen sind zwischenzeitlich zum Instrument der Mitarbeiterführung geworden und haben auch in Chefarztverträge Einzug gehalten. Schon begrifflich handelt es sich bei einer Zielvereinbarung um eine vertragliche Regelung, die im Einvernehmen der Vertragspartner zu Stande kommen muss. Hiervon zu trennen ist die einseitig vom Krankenhausträger vorgegebene Zielvorgabe, die einer Überprüfung gemäß § 315 BGB Stand halten muss.

Zielvereinbarungen oder -vorgaben in Chefarztverträgen werden i.d.R. auf einen bestimmten Zeitraum bezogen. Sie knüpfen häufig an Parameter wie Belegungsstatistiken, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Einhaltung von Personal- oder Sachkostenbudgets u. ä. an. Sie stehen daher im Spannungsfeld zwischen ärztlicher Therapiefreiheit sowie Unabhängigkeit der ärztlichen Berufsausübung auf der einen Seite und Wirtschaftlichkeit auf der anderen Seite. Schon aus diesem Grund sollte der Zielvereinbarung gegenüber der Zielvorgabe der Vorzug gegeben werden. Gleichwohl ist ihre grundsätzliche Zulässigkeit auch in Chefarztverträgen anerkannt. Allerdings muss eine Zielvereinbarung oder -vorgabe die gesetzlichen Anforderungen des § 135c SGB V beachten. Untersagt sind danach Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize nicht nur bezüglich einzelner Leistungen, sondern auch bei Leistungsmengen, Leistungskomplexen oder Messgrößen abzielen. Danach sind die Ziele so zu definieren, dass der Chefarzt nicht der Gefahr ausgesetzt ist, wegen eines vereinbarten Bonus oder Malus seine ärztliche Entscheidungshoheit zum Nachteil des Patienten wahrzunehmen. Zahlreiche Zielvereinbarungen, mit denen das Erreichen von Produktivitätszielgrößen oder das Übertreffen vorgegebener Mindestmengen belohnt werden soll, sind demnach als unzulässig anzusehen. Gesetzeskonform sind hingegen Zielvereinbarungen, die beispielsweise einen Bonus für die Rezertifizierung eines Zentrums oder die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes vorsehen (MAH MedR, § 14 Arbeits-

und Dienstrecht im Gesundheitswesen, Rn. 57, 58).

Chefarztverträge enthalten in aller Regel keine konkreten Zielvereinbarungen oder -vorgaben, sondern lediglich sog. Rahmenvereinbarungen für Zielvereinbarungen oder -vorgaben. Kommt es trotz einer solchen Rahmenvereinbarung aus vom Krankenhausträger zu vertretenden Umständen nicht zum Abschluss einer Zielvereinbarung, macht sich der Krankenhausträger gegenüber dem Chefarzt schadensersatzpflichtig (Bundesarbeitsgericht (BAG), Urt. v. 12.12.2007, Az.: 10 AZR 97/07).

III. Zulässigkeit leistungsbezogener Zielvereinbarungen nach § 135c SGB V

Die Zielvereinbarung hat eine betriebswirtschaftliche Steuerungsfunktion; sie weicht die traditionelle Abgrenzung zwischen Individual- und Unternehmensrisiken im Interesse des Krankenhauses auf (A.W. Bender, in: Rieger/Dahm/Katzenmeier/Stellpflug/Ziegler, *Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht*, 97. Lieferung, 6/2024, c) Zielvereinbarungen, Rn. 61) Zielvereinbarungen sind auch in Chefarztverträgen grundsätzlich zulässig und nicht wegen eines Verstoßes gegen den Grundsatz der Unabhängigkeit ärztlicher Berufsausübung aus § 1 Abs. 2 BÄO und § 1 Abs. 1 S. 3 MBO-Ä nichtig (A.W. Bender, in: Rieger/Dahm/Katzenmeier/Stellpflug/Ziegler, *Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht*, 97. Lieferung, 6/2024, c) Zielvereinbarungen, Rn. 63; a.A. Wern, *Die arbeitsrechtliche Stellung des leitenden Krankenhausarztes*, 2005, 134f.; *Andreas, ArztR* 1998, 11, 14). Durch die konkrete Zielvereinbarung darf die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung des Arztes i. S.v. § 23 Abs. 2 MBO-Ä aber nicht beeinträchtigt werden. Die von den Berufsordnungsgremien der BÄK hierzu gegebenen Hinweise und Erläuterungen aus dem Jahr 2007 waren jedoch wenig hilfreich, weil es z. B. keinen Sachgrund gibt, warum die Zielgrößen „Personal- und Sachkosten“ als solche zulässig sein, aber in einer Verknüpfung mit der Zielgröße „Abteilungsbudget“ dann unzulässig werden sollten (A.W. Bender, in: Rieger/Dahm/Katzenmeier/Stellpflug/Ziegler, *Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht*, 97. Lieferung, 6/2024, c) Zielvereinbarungen, Rn. 63).

Aufgrund zunehmender Diskussionen innerhalb der Ärzteschaft, die in der bisherigen Praxis sogar

eine Gefahr für die ärztliche Unabhängigkeit sah, wie auch in der Öffentlichkeit wollte sich der Gesetzgeber nicht mehr ausschließlich auf die Berufsordnungen verlassen und hat 2013 im Zuge des Krebsfrüherkennungs- und Registergesetzes (KFRG) mit einem neu eingefügten § 136a SGB V die DKG in die Pflicht genommen. Der Gesetzgeber hat die Frage nach dem zulässigen Inhalt von Zielvereinbarungen der Qualität im Krankenhaus zugeordnet und mit einer sehr kurzen Umsetzungsfrist folgendes in § 136a SGB V a.F. vorgesehen:

„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fördert im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Sie hat in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten bis spätestens zum 30. April 2013 im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen, ausgeschlossen sind. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern.“

Der neue Ansatz wurde damit gerechtfertigt, dass Regelungen in Verträgen der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Versorgung in den Einrichtungen nehmen würden. Dies betreffe in besonderem Maß Zielvereinbarungen, die sich auf Art und Menge einzelner Leistungen beziehen, weil solche Bonusregelungen „die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidung über diese Leistungen gefährden“ könnten (BT-Drucks. 17/12221, 24).

Die Regelung war inhaltlich beschränkt und bezog sich nur auf Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen. Die DKG kann weitergehende Empfehlungen für Zielvereinbarungen in ihrem Muster-Chefarztvertrag vorsehen, die dann aber nicht dem gesetzlichen Einvernehmensefordernis der BÄK unterliegen.

Die Erwartungen an die DKG und die BÄK waren hoch, zumal der Bundesrat in seiner Entschließung zum KFRG festgestellt hat, dass § 136a SGB V „nicht ausreichend“ sei und daher „Instrumente zu entwickeln sind, mit denen Bonusvereinbarungen zwischen Krankenhausträgern und Ärztinnen und Ärzten, die ausschließlich die Steigerung von bestimmten Leistungszahlen zum Ziel haben, verhindert werden können“ (BR-Drucks. 74/13, 1).

Die ersten DKG-Empfehlungen gemäß § 136a SGB V datierten vom 24.04.2013. Aufgrund der nicht abebbenden Diskussion auch in der Politik erfolgte bereits unter dem 17.09.2014 eine (erste) Verschärfung:

„Gem. 136a SGB V fördert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Hierzu gibt sie im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer (BÄK) folgende Empfehlungen zur Berücksichtigung bei Verträgen mit leitenden Abteilungsärzten (im Folgenden: Chefärzte) ab. Das Einvernehmen der BÄK ergeht lediglich auf der Grundlage des § 136a SGB V und erstreckt sich nicht auch auf die Beratungs- und Formulierungshilfen der DKG für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten:

1. Chefärzte sind in ihrer Verantwortung für die Diagnostik und Therapie des einzelnen Behandlungsfalls unabhängig und keinen Weisungen des Krankenhausträgers unterworfen. Das Wohl der Patienten und die Versorgung der Bevölkerung mit medizinisch notwendigen Leistungen müssen stets im Vordergrund stehen.

2. Zielvereinbarungen einschließlich Regelungen zur Personal- und Sachkostensteuerung, bei einvernehmlicher Festlegung der entsprechenden Budgets, Gesamterlösbeteiligungen und Qualitätsoptimierung sind unter Beachtung der berufsrechtlichen Regelungen (insbesondere § 23 Abs. 2 MBO-Ä) grundsätzlich legitim und sachgerecht. Zielvereinbarungen mit ökonomischen Inhalten dürfen ausschließlich dazu dienen, medizinisch indizierte Leistungen wirtschaftlich und nach aktuellem Stand der medizinischen Wissenschaft effektiv zu erbringen.

3. Zielvereinbarungen müssen stets mit der notwendigen Sensibilität gehandhabt werden. Die zu vereinbarenden Ziele sind so auszuwählen, dass der Chefarzt durch eigene Anstrengungen maßgeblichen Einfluss auf die Zielerreichung und insbesondere auf die Qualitätssteigerung ausüben kann.

4. Damit die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen gewahrt bleibt, dürfen finanzielle Anreize für einzelne Operationen/Eingriffe oder Leistungen nicht vereinbart werden. Dies gilt auch für Leistungskomplexe bzw. Leistungsaggregationen oder Case-Mix-Volumina. Unberührt dabei bleiben Erlösvereinbarungen nach Ziff 2, die das

gesamte Abteilungsspektrum betreffen.“

Die §§ 136c SGB V a.F., 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V a.F. wurden dann 2015 durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSZG) in § 135c SGB V überführt, dessen Abs. 1 lautet:

„Die Deutsche Krankenhausgesellschaft fördert im Rahmen ihrer Aufgaben die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Sie hat in ihren Beratungs- und Formulierungshilfen für Verträge der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben, die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen ausgeschlossen sind, die auf finanzielle Anreize insbesondere für einzelne Leistungen, Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen. Die Empfehlungen sollen insbesondere die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen sichern.“

Mit der geänderten Formulierung hat der Gesetzgeber klargestellt, dass sich die DKG-Empfehlungen nicht nur gegen Zielvereinbarungen richten sollen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen. Vielmehr sollen jegliche Zielvereinbarungen ausgeschlossen werden, welche die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen beeinflussen. Es sind jetzt ausdrücklich auch Vereinbarungen finanzieller Anreize aufgeführt, die auf Leistungsmengen, Leistungskomplexe oder Messgrößen hierfür abstellen, ohne dass die gesetzliche Aufzählung abschließend wäre. Hierunter fällt – so der Gesetzgeber – beispielweise eine Zielvereinbarung, die eine Prämienzahlung für das Erreichen von bestimmten Bewertungsrelationen vorsieht (BT-Drucks. 277/15, 98).

§ 135c Abs. 1 SGB V ist kein Verbotsgesetz i.S.v. § 134 BGB (Roters, in: BeckOGK, SGB V, § 135c, Rn. 6). Ein Verstoß gegen die DKG-Empfehlungen führt nicht zur Unwirksamkeit der Zielvereinbarung. Die zugelassenen Krankenhäuser – und zwar nur diese und nicht auch Privatkliniken – sind aber nach § 135c Abs. 2 SGB V verpflichtet, im jährlichen strukturierten Qualitätsbericht anzugeben, ob sich das Krankenhaus bei Verträgen mit leitenden Ärzten an die Empfehlungen hält und wenn nicht, „welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind.“ Diese Offenbarungspflicht wurde damit gerechtfertigt, dass Regelungen in Verträgen der Krankenhäuser mit leitenden Ärzten wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Versorgung in den

Einrichtungen nehmen würden (So der Gesundheitsausschuss, BT-Drucks. 17/12221, 24 zu der Vorläuferreglung in §137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V).

IV. Anerkennenswerte Ziele

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat hierzu folgende „Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser“ (Qb-R) verabschiedet, falls die DKG-Empfehlungen nicht eingehalten werden (in der Fassung vom 16. Mai 2013 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT, 24.07.2013, B5) in Kraft getreten am 25. Juli 2013 zuletzt geändert am 18. April 2024 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT, 05.07.2024, B1) in Kraft getreten am 6. Juli 2024):

„Bei „nein“ sind die Leistungen, für die leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden, als vierstellige OPS-Ziffer anzugeben. Darüber hinaus ist die OPS-Formulierung allgemeinverständlich zu übersetzen und gegebenenfalls um eine anatomisch/funktionale Beschreibung zu ergänzen. Wichtig ist vor allem die Angabe von Operationen/Eingriffen oder Leistungen, für die finanzielle Anreize vereinbart wurden, da diese die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen beeinflussen können.“

Die DKG-Empfehlungen setzen den möglichen Inhalten einer Zielvereinbarung im Chefarztvertrag enge Grenzen (Lohmann empfiehlt in f&w 2017, 987, 988 den generellen Verzicht auf Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen. Noch restriktiver ist die Zentrale Ethikkommission der BÄK in ihrer Stellungnahme „Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten“ vom August 2013 (DÄBl 2013, A 1752, A 1756).

Hiernach sind Vereinbarungen abzulehnen,

- die ökonomische Parameter in den Mittelpunkt rücken und ärztliche, wissenschaftliche und ethische Kriterien vernachlässigen,
- welche die ärztliche Therapiefreiheit unangemessen einschränken,
- die dem Arzt nahelegen, im Einzelfall medizinisch gebotene Maßnahmen aus ökonomischen Gründen zu unterlassen oder an eine andere Einrichtung zu verlagern,
- die Anreize dafür setzen, wirtschaftlich ertragreiche, aber medizinisch nicht notwendige Maßnahmen vorzunehmen,

- welche das Beschäftigungsverhältnis von der Erreichung ökonomischer Ziele abhängig machen,
- in denen das Grundgehalt allein keine angemessene Vergütung darstellt,
- in denen Grundgehalt und Leistungsprämien für den wirtschaftlichen Erfolg in einem unangemessenen Verhältnis stehen,
- die Leistungsprämien nur für die Erfüllung ökonomischer Ziele oder Fallzahlen vorsehen und Kriterien wie medizinische Innovation, Leistungsfähigkeit, Zufriedenheit der Patienten und der Mitarbeiter nicht berücksichtigen,
- die leitende Krankenhausärzte für solche Verluste, Kostensteigerungen und andere negative ökonomische Entwicklungen verantwortlich machen, die sie nicht oder nur unter Außerachtlassung medizinischer Notwendigkeiten beeinflussen können.

Demgegenüber seien nachfolgende Zielvorgaben wünschenswert:

- die Einführung effektiver Maßnahmen zur Qualitätssicherung medizinischer Interventionen sowie die Qualitätskontrolle anhand von etablierten und transparenten Indikatoren,
- die Verbesserung und ggf. Ausweitung der angebotenen medizinischen Leistungen, wie die Einführung evidenzbasierter innovativer Methoden,
- eine gute Kommunikationskultur im Umgang mit Patienten, Kollegen und Mitarbeitern und die Verbesserung der Patienten-, Kollegen- und Mitarbeiterzufriedenheit,
- die Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit im Klinikum und im Kontakt mit niedergelassenen Kollegen,
- die angemessene Berücksichtigung wirtschaftlicher Kriterien und die Verbesserung organisatorischer Abläufe im Klinikum (z.B. Verminderung der Wartezeiten von Patienten),
- eine hohe Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung des ärztlichen Nachwuchses,
- in forschungsorientierten Kliniken (u. a. Universitätsklinika) die erzielten wissenschaftlichen Leistungen (z. B. Publikationen in anerkannten Journalen, Einwerbung von Drittmitteln für Forschungsprojekte).

Bereits im Juli 2013 hatten die BÄK und der Verband der leitenden Krankenhausärzte (VLK) eine Gemeinsame Koordinierungsstelle „Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen“ eingerichtet. Um kritische Vorgaben in Verträgen identifizieren zu können, wurden Chefarzte aufgefordert,

entsprechende Passagen einzusenden. Die Koordinierungsstelle prüft insbesondere die Vereinbarkeit der Zielvereinbarung mit § 135c SGB V und mit den DKG-Empfehlungen. Die Akzeptanz ökonomischer Inhalte wird anhand folgender Faustregel überprüft:

„Solange betriebswirtschaftliches Denken dazu dient, eine indizierte Maßnahme möglichst wirtschaftlich und effektiv umzusetzen, ist es geboten. Der Rubikon ist überschritten, wenn ökonomisches Denken zur Erlössteigerung die medizinische Indikationsstellung und das dadurch bedingte ärztliche Handeln beeinflusst.“ (Zitat von Prof. Dr. Urban Wiesing anlässlich der 191. Tagung der Vereinigung nordwestdeutscher Chirurgen in Kiel, siehe auch, DÄBl. 2013, B 1129 und DÄBl. 2015, A 539).

Der Muster-Chefarztvertrag der DKG sieht in § 8 Abs. 3 den Abschluss einer Zielvereinbarung mit dem Chefarzt vor (Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag, 12. Auflage, Stuttgart 2023). Beispielhaft werden folgende Gegenstände einer Zielvereinbarung aufgezählt:

- Zielgrößen für Sach- und Personalkosten der Abteilung,
- Einführung neuer Behandlungsmethoden,
- Maßnahmen und Ergebnisse der Qualitätssicherung,
- Inanspruchnahme nichtärztlicher Wahlleistungen,
- Beteiligung an Strukturmaßnahmen,
- sonstige leistungsorientierte Regelungen, die sich nicht auf Einzelleistungen nach Art und Menge beziehen.

Die Zielvorgaben im Muster-Chefarztvertrag der DKG sind eher krankenhausfreundlich formuliert, während die Muster-Rahmenzielvereinbarung der Arbeitsgemeinschaft für ArztRecht (ArztR 2018, 16 f.) vorrangig die Interessen des Chefarztes in den Vordergrund rückt.

V. Zivilrechtliche Vorgaben für Zielvereinbarungen

Im Chefarztvertrag findet sich meist nur eine Rahmenregelung, mit der einzelne Grundsätze und Nebenpflichten geregelt werden. Die Rahmenregelung wird ausgefüllt über konkrete Zielvereinbarungen mit dem Chefarzt für definierte Zielperioden. Soll die Zielvereinbarung eine Steuerungsfunktion entfalten, müssen die

Leistungsziele genau definiert sein; zugleich lässt sich dann ein späterer Streit über die Zielerreichung vermeiden (A.W. Bender, in: Rieger/Dahm/Katzenmeier/Stellpflug/Ziegler, *Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht*, 97. Lieferung, 6/2024, c) Zielvereinbarungen, Rn. 79).

In der Zielvereinbarung sollte die Zielfeststellungskompetenz nach Ablauf der Zielperiode geregelt werden. Der Idealfall ist auch hier die einvernehmliche Feststellung. Hat der Krankenhausträger das Recht, den Grad der Zielerreichung nach § 315 BGB zu bestimmen, so kann er eine einmal getroffene konkrete einseitige Leistungsbestimmung nicht mehr rückgängig machen, denn diese hat rechtsgestaltende Wirkung und ist deshalb grundsätzlich unwiderruflich (BAG, Urt. v. 12.10.2011, Az.: 10 AZR 649/10). Die Leistungsbestimmung gemäß § 315 Abs. 2 BGB ist eine Willenserklärung, die gegenüber dem Chefarzt abzugeben ist. Die Regelung ist aber dispositiv (BAG, Urt. v. 12.10.2011, Az.: 10 AZR 649/10), weshalb auch internen Beschlüssen der Krankenhausleitung Bindungswirkung zukommt, falls dieses Verfahren Eingang in den Chefarztdienstvertrag gefunden hat.

Die einvernehmliche Zielbestimmung und -feststellung ist durch ein Konfliktlösungsmodell zu ergänzen, für den Fall, dass die Einigung scheitert. Hier bietet sich die einseitige Entscheidung durch den Krankenhausträger an, die der Billigkeitskontrolle nach § 315 BGB unterliegt. Auch ohne ein solches Konfliktlösungsmodell wird mangels Einigung in der Praxis das Krankenhaus entscheiden (A.W. Bender, in: Rieger/Dahm/Katzenmeier/Stellpflug/Ziegler, *Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht*, 97. Lieferung, 6/2024, c) Zielvereinbarungen, Rn. 83).

Daneben muss die Zielperiode festgelegt werden, auf die sich die Zielvereinbarung beziehen soll. Der Normalfall ist das Geschäftsjahr. Für mittel- und langfristige Ziele müssen längere Zeiträume vereinbart werden.

Im Chefarztvertrag kann vereinbart werden, dass der in einer Zielvereinbarung festgelegte Bonus bei Krankheit des Chefarztes anteilig gekürzt wird. Das Kürzungsrecht ergibt sich aus dem Leistungszweck der Bonuszahlung. Da der Bonus aber Teil der Vergütung des Chefarztes ist, ist eine Kürzung für den Zeitraum der Lohnfortzahlung ausgeschlossen. Ohne eine Kürzungsvereinbarung erhält der Chefarzt den vollen Bonus,

sofern die Ziele trotz seiner Krankheit erreicht werden (*A.W. Bender*, in: Rieger/Dahm/Katzenmeier/ Stellpflug/Ziegler, *Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht*, 97. Lieferung, 6/2024, c) Zielvereinbarungen, Rn. 84 f.).

VI. Verhandlung der Zielvereinbarung und Schadensersatzanspruch des Chefarztes

Dem Chefarzt kann ein Schadensersatzanspruch bei unterbliebener Zielfestlegung zustehen, wenn aus einem Verschulden des Krankenhausträgers für eine oder mehrere Zielperioden eine Zielfestlegung nicht zu Stande gekommen ist. Hier ist grundsätzlich zwischen der einseitigen Zielvorgabe und der einvernehmlichen Zielbestimmung durch Zielvereinbarung zu unterscheiden. Gemäß § 280 Abs. 1 S. 2 BGB muss der Krankenhausträger den Entlastungsbeweis führen. Er muss nachweisen, dass der Krankenhausträger das Nichtzustandekommen nicht zu vertreten hat. Der Entlastungsbeweis lässt sich nicht damit führen, dass der Chefarzt bisher die festgelegten Ziele nie erreicht hat (BAG, Urt. v. 12.12.2007, Az.: 10 AZR 97/07).

Entscheidend ist, welche Partei nach dem Inhalt des Chefarztvertrages die Initiativlast zur Festlegung der Ziele trägt. Regelmäßig obliegt es dem Träger, die Initiative zum Abschluss der Zielvereinbarung zu ergreifen und dem Chefarzt ein konkretes Angebot vorzulegen; dies gilt selbst dann, wenn im Chefarztvertrag eine Fortgeltung einer abgelaufenen Zielvereinbarung bis zum Abschluss einer Folgevereinbarung vorgesehen ist (BAG, Urt. v. 12.05.2010, Az.: 10 AZR 390/09). Die Regelung, dass die Ziele „gemeinsam mit dem Chefarzt“ festzulegen sind, soll dahingehend auszulegen sein, dass die alleinige Initiativpflicht beim Krankenhausträger liegt (LArbG Berlin-Brandenburg, Urt. v. 17.09.2008, Az.: 15 Sa 283/08 und 15 Sa 949/08). Verbleiben nach der Auslegung der Klausel Zweifel bezüglich der Initiativpflicht, ist zu Lasten des Krankenhausträgers auf die Unklarheitsregelung des § 305c BGB zurückzugreifen. In der Praxis kann dem (vorsichtigen) Chefarzt bei einer nicht zweifelsfreien Regelung im Chefarztvertrag nur empfohlen werden, den Krankenhausträger jeweils vor Beginn der nächsten Zielperiode schriftlich aufzufordern, mit ihm eine Zielvereinbarung abzuschließen und hierzu ein konkretes Angebot vorzulegen (*A.W. Bender*, in: Rieger/Dahm/Katzenmeier/Stellpflug/Ziegler, *Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht*, 97. Lieferung, 06/2024,

c) Zielvereinbarungen, Rn. 88).

Bei der einvernehmlichen Zielvereinbarung verletzt der Krankenhausträger auch dann seine vertragliche Nebenpflicht aus dem Chefarztvertrag, wenn er nach der dort vereinbarten Rahmenzielregelung nicht die alleinige Initiativpflicht hat. Das Bundesarbeitsgericht hat in seiner Entscheidung vom 10.12.2008 bereits in den Leitsätzen Folgendes festgehalten (BAG, Urt. v. 10.12.2008, Az.: 10 AZR 889/07):

Ist der Krankenhausträger seiner arbeitsvertraglichen Verpflichtung nachgekommen, gemeinsam mit dem Chefarzt Ziele festzulegen, und habe der Krankenhausträger dem Chefarzt Ziele vorgeschlagen, die der Chefarzt nach einer auf den Zeitpunkt des Angebots bezogenen Prognose hätte erreichen können, fehle es an einer Verletzung der Verhandlungspflicht des Trägers und damit an einer Voraussetzung für einen Schadensersatzanspruch des Chefarztes (BAG, Urt. v. 10.12.2008, Az.: 10 AZR 889/07, Rn. 14). Ein vom Chefarzt nicht angenommenes Angebot des Krankenhausträgers zur Fortführung einer abgelaufenen Zielvereinbarung könne geeignet sein, ein Verschulden des Trägers am Nichtzustandekommen einer Zielvereinbarung auszuschließen. Dies setze allerdings voraus, dass sich die für den Abschluss der abgelaufenen Zielvereinbarung maßgebenden Umstände nicht wesentlich geändert haben und dem Chefarzt das Erreichen der für den abgelaufenen Zeitraum gemeinsam festgelegten Ziele nach wie vor möglich ist (Ebd., Rn. 16). Weitere Ausführungen zu Schadensersatzansprüchen bei unterbliebener Zielfestlegung finden Sie in Teil 2 dieser Beitragsreihe. Hier haben die Verfasser die Thematik noch einmal vertieft und anhand des Urteils des LAG Schleswig-Holstein vom 11.07.2023 (Az.: 2 Sa 150/22) aufbereitet.

VII. Zusammenfassung

Zielvereinbarungen sind ein modernes Instrument des Krankenhausträgers, um Einfluss auf die Mitarbeiterführung und betriebswirtschaftlichen Aspekte des Krankenhauses zu nehmen. Sie sollen die Erreichung verschiedenster Parameter wie Personal- oder Sachkostenbudgets sicherstellen und Anreize für die Mitarbeiter schaffen.

Damit die Unabhängigkeit der Ärzte in ihrer medizinischen Entscheidung gemäß § 23 Abs. 2

MBO-Ä nicht durch äußere Rahmenbedingungen unterlaufen wird, gibt es einige Schutzmechanismen. Zu nennen ist hier vor allem § 135c SGB V, der die DKG in die Pflicht nimmt, in Beratungs- und Empfehlungshilfen für Verträge der Krankenhäuser Empfehlungen abzugeben, um insbesondere die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen zu sichern. Allerdings ist § 135c Abs. 1 SGB V kein Verbotsgesetz i. S.v. § 134 BGB. Dies bedeutet, dass das Nichteinhalten der Empfehlungen der DKG nicht direkt zur Unwirksamkeit der Zielvereinbarung führt. Jedoch besteht gemäß § 135c Abs. 2 SGB V die Pflicht, dies im jährlichen strukturierten Qualitätsbericht anzugeben. Der G-BA hat ferner festgelegt, dass bei Nichteinhaltung der Empfehlungen die „Leistungen, für die leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden, als vierstellige OPS-Ziffer anzugeben“ (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser in der Fassung vom 16. Mai 2013 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 24.07.2013 B5) in Kraft getreten am 25. Juli 2013 zuletzt geändert am 19. September 2024 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAAnz AT 18.10.2024 B3) in Kraft getreten am 19. September 2024, S. 38) sind. Durch die Empfehlungen der DKG sind somit für Zielvereinbarungen enge Grenzen gesetzt worden.

Um Rückfragen und kritische Vorgaben zu bearbeiten, wurde im Juli 2013 die gemeinsame Koordinierungsstelle „Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen“ durch die BÄK und den VLK gegründet. Diese Stelle überprüft die Zielvereinbarungen mit § 135c SGB V und den DKG-Empfehlungen.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass dem Inhalt von Zielvereinbarungen rechtliche Grenzen gesetzt sind. Damit eine Zielvereinbarung ihre Steuerungsfunktion entfalten kann, ist es essentiell, dass deren Leistungsziele genau

definiert sind, im Idealfall sollte auch die Zielerreichung einvernehmlich festgestellt werden. Für den Fall, dass die Einigung scheitert, sollte ein Konfliktlösungsmodell als Ergänzung hinzugefügt werden. Neben dem Leistungsziel muss auch die Zielperiode festgelegt werden, also der Zeitraum, auf welchen sich die Zielvereinbarung bezieht. Dies ist im Normalfall ein Geschäftsjahr. Eine Klausel zur Kürzung des festgelegten Bonus bei Krankheit des Chefarztes ist möglich; allerdings nicht für den Zeitraum der Lohnfortzahlung.

Sollte die Zielfestlegung nicht oder nicht rechtzeitig durch den Krankenhausträger erfolgen, kann dies zu Schadensersatzansprüchen des Chefarztes gegenüber dem Träger des Krankenhauses führen. Dies setzt voraus, dass der Träger die Nichtfestlegung zu verschulden hat. Hier sind die einseitige Zielvorgabe und die einvernehmliche Zielbestimmung voneinander zu trennen. Aus § 280 Abs. 1 S. 2 BGB ergibt sich, dass der Krankenhausträger den Entlastungsbeweis zu führen hat. Er muss dementsprechend nachweisen, dass er das Nichtfestlegen des Leistungsziels nicht zu vertreten hat. Bei der einvernehmlichen Zielbestimmung verletzt der Krankenhausträger auch dann die vertragliche Nebenpflicht aus dem Chefarztvertrag, sofern er nach der dort vereinbarten Rahmenzielregelung nicht alleine die Initiativpflicht hat. Sollte der Krankenhausträger Leistungsziele vorgeschlagen haben, die durch den Chefarzt erreichbar gewesen sind, so kann eine Ablehnung der Ziele durch den Chefarzt nicht zu einem Schadensersatzanspruch führen.

Im 2. Teil des Beitrages gehen die Verfasser auf mögliche Schadensersatzansprüche des Chefarztes bei nicht (fristgemäß) zustande gekommenen Zielvereinbarungen ein.

Impressum

Prof. Dr. Peter Wigge,
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Hendrik Hörnlein, LL.M.
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Karina Jentsch
Rechtsanwältin

Rechtsanwälte Wigge
Scharnhorststr. 40
48 151 Münster
Tel.: (0251) 53 595-0
Fax: (0251) 53 595-99
Internet: www.ra-wigge.de
E-Mail: kanzlei@ra-wigge.de