

Zielvereinbarungen in Chefarztdienstverträgen

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht Torsten Nölling

WIENKE & BECKER – KÖLN

Für Ärztinnen und Ärzte hat sich die Arbeitsmarktsituation in deutschen Krankenhäusern in den vergangenen Jahren stetig verbessert. Dieser Trend hält an. Während sich diese Veränderung bei den nachgeordneten Ärzten im Verhältnis von Angebot und Nachfrage zu Gunsten der Ärzte – insbesondere durch die Tarifverträge des Marburger Bundes – auch finanziell erkennbar niedergeschlagen hat, ist dieser Trend bei den nicht tarifgebundenen Chefarzten nicht zu erkennen. Obwohl auch in diesen Führungspositionen der Personalmangel allerorten zu Tage tritt, ist bei den „Chefarztgehältern“ keine Parallele zu der positiven Gehaltsentwicklung ihrer nachgeordneten Ärzte erkennbar.

1) Vergütungsstruktur – Festgehalt versus variable Vergütung

Bis vor einigen Jahren war es üblich, dass ein Chefarztdienstvertrag neben einer Festvergütung für die Dienstaufgaben (regelmäßig angelehnt an die höchste Vergütungsgruppe des BAT) dem Chefarzt zusätzlich das persönliche Liquidationsrecht für die Behandlung von stationären und ambulanten Privatpatienten gegen Kostenerstattung eingeräumt wurde. Während in der gewerblichen Wirtschaft Bonuszahlungen und ähnliche variable Gehaltsbestandteile bereits seit längerer Zeit regelmäßig vereinbart werden, finden sie sich in Chefarztdienstverträgen erst seit einigen Jahren vermehrt. Erkennbar ist dies z.B. an der 2007 veröffentlichten und noch immer aktuellen „Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag“ der Deutschen Krankenhausgesellschaft in achter Auflage. Hier schlägt die Deutsche Krankenhausgesellschaft die Vereinbarung von Zielvereinbarungen mit Chefarzten vor. Erstmals nahm die Deutsche Krankenhausgesellschaft Zielvereinbarungen mit der 2001 erschienenen sechsten Auflage ihrer „Beratungs- und Formulierungshilfe Chefarztvertrag“ in ihre Empfehlung auf.

Der Anteil an Verträgen, die neben der Festvergütung allein die Einräumung des Liquidationsrechts bzw. einer Beteiligungsvergütung vorsieht, ist seit 2006 um rund 20 % zurückgegangen.¹ Im gleichen Zeitraum ist die absolute Vergütung von Chefarzten um durchschnittlich 6 % gesunken, ohne dass hierbei eine Inflationsbereinigung stattgefunden hätte.²

¹ Thurm, Immer mehr Krankenhäuser vergüten variabel, *Arzt und Krankenhaus*, 3/2011, Seite 82, 83.

² Thurm, a.a.O.

Der Trend zur Vereinbarung von variablen Gehaltsbestandteilen ist mittlerweile derart verfestigt, dass eine Rückkehr zu dem klassischen Vertragsmodell mit persönlichem Liquidationsrecht nicht denkbar erscheint. Dieser Trend hat neben den (außertariflichen) Oberarztverträgen mittlerweile auch die tarifvertraglich geregelten Arbeitsverhältnisse der nachgeordneten Krankenhausärzte erreicht. Während im TV Ärzte/VKA zwischen Marburger Bund und der Tarifgemeinschaft der kommunalen Arbeitgeber aus dem Jahr 2006 der mit „Leistungsentgelt“ überschriebene § 21 des Tarifvertrages mit der alleinigen Formulierung „derzeit nicht besetzt“ ungeregelt blieb, durch die Aufnahme dieses Paragraphen in den Tarifvertrag jedoch klar war, dass die Tarifvertragsparteien ebenfalls beabsichtigen variable Vergütungsbestandteile in die Arbeitsverträge aufzunehmen, ist in dem aktuellen Tarifvertrag aus dem Jahr 2010 nunmehr eine detaillierte Regelung enthalten. Nach dieser können Zielvereinbarungen sowohl mit einzelnen Ärzten individuell als auch mit Gruppen von Ärzten geschlossen werden. Definiert wird eine solche Zielvereinbarung im Tarifvertrag als eine „freiwillig eingegangene verbindliche Abrede zwischen dem Arbeitgeber bzw. in seinem Auftrag dem Vorgesetzten einerseits und der Ärztin/dem Arzt bzw. allen Mitgliedern einer Gruppe von Ärztinnen und/oder Ärzten andererseits“. Diese sehr weite Definition wird durch die im Tarifvertrag enthaltenen Protokollerklärungen bedeutend eingegrenzt. Danach sind Zielvereinbarungen insbesondere in Bezug auf abteilungs- oder klinisch-spezifische Fort- oder Weiterbildungen abzuschließen. Ebenfalls möglich sind nach § 21 Abs. 2 TV Ärzte/VKA i.d.F. 2010 Erfolgsprämien, die sich am Unternehmenserfolg orientieren. Eine ähnliche Regelung findet sich in § 10 Tarifvertrag des Marburger Bundes mit der KMG-Klinikgruppe. Die übrigen Tarifverträge des Marburger Bundes, insbesondere auch der bedeutsame TV-Ärzte/Uni (TdL), kennen in ihren aktuellen Fassungen keine vergleichbaren Regelungen. Die „Leistungsorientierte Vergütung“ (LOB) in § 17 a Manteltarifvertrag mit dem MDK ist von seiner Struktur eher an die leistungsorientierte Vergütung des öffentlichen Dienstes angelegt und nicht mit den hier relevanten Zielvereinbarungen vergleichbar.

2) Zielvereinbarungssysteme

Spätestens mit der Aufnahme von Zielvereinbarungen in Tarifverträge des Marburger Bundes ist die Durchdringung der Arztarbeitsverhältnisse auf sämtlichen Stufen im Krankenhaus mit

variablen Gehaltsbestandteilen erreicht. Da nach der tarifvertraglichen Regelung des TV-Ärzte/VKA auch der Chefarzt die zu erreichenden Ziele mit seinen nachgeordneten Ärzten definieren kann, besteht nunmehr die Möglichkeit, Zielvereinbarungssysteme über die gesamte Abteilung zu etablieren. So können in den Zielvereinbarungen zwischen Krankenhaus-träger und Chefarzt Ziele definiert werden, zu deren Erreichung der Chefarzt auf die Mitarbeit seiner nachgeordneten Ärzte angewiesen ist. Diese Mitarbeit kann wiederum durch entsprechende Zielvereinbarungen zwischen Chefarzt und nachgeordneten Ärzten unterstützt werden.

3) Mögliche Inhalte einer Zielvereinbarung

a) Kein Abwälzen des Betriebs- und Wirtschaftlichkeitsrisikos auf den Chefarzt

Variable Vergütungsbestandteile sind nicht erst seit dem Aufkommen der Diskussion um Zielvereinbarungen in Chefarztdienstverträgen virulent. Vor Einführung der diagnosebezogenen Vergütungsstrukturen im Krankenhaus (DRG) gab es z.B. sogenannte Bonus-Malus-Regelungen, nach denen die Höhe des vom Chefarzt an den Krankenhausträger zu zahlenden Vorteilsausgleich im Rahmen der Privatliquidation von der Unter- bzw. Überschreitung oder Einhaltung der individuellen Budgetvorgaben des Krankenhausträgers abhing.³ Solche Systeme sind zu Recht aus den Verträgen verschwunden. Sie verstoßen regelmäßig gegen die guten Sitten (§ 138 BGB), da sie dem Arbeitnehmer das Betriebs- und Wirtschaftsrisiko des Arbeitgebers aufgeben und sind daher regelmäßig nichtig.⁴ Auch existieren in einigen Chefarztdienstverträgen Tantiemevereinbarungen, nach denen die Chefärzte am allgemeinen Unternehmensgewinn beteiligt werden.⁵ Einige Zielvereinbarungssysteme sehen auch eine Kombination aus solchen Tantiemevereinbarungen und echten Zielvereinbarungen vor, nach denen der Bonus nur ausgezahlt wird, wenn sowohl der erwartete Unternehmens- oder Abteilungserfolg (z.B. Gewinn X oder Wachstum Y) als auch die sonstigen vereinbarten Ziele (z.B. Fallzahlsteigerung) erreicht wurden. Auch diese Systeme sind im Lichte der genannten BGH-Rechtsprechung in der Regel nichtig. Denn auch hier wird dem Chefarzt als Arbeitnehmer ein Teil des Betriebs- und Wirtschaftsrisiko des Arbeitgebers übertragen. Er erhält einen Teil sei-

³ Vgl. Siegmund-Schulze, ArztR 1993, 269, 270

⁴ BGH, Urt. v. 10.10.1990, NJW 1991, 860, 861.

⁵ Debonig, ArztR 2009, 288, 289

ner im Wege der erreichten Ziele – unter persönlichem Einsatz – erarbeiteten Vergütung nur dann ausgezahlt, wenn auch das Unternehmensergebnis bestimmten Vorgaben entsprochen hat. Bei Verlusten werden diese also über den Umweg der Nicht-Auszahlung von Vergütungsbestandteilen an den Chefarzt weitergeleitet, wodurch der Krankenhausträger sein Betriebs- und Wirtschaftsrisiko reduziert.

Die hergebrachten Varianten einer variablen Vergütung zeichnen sich dadurch aus, dass sie durch den Chefarzt nur bedingt beeinflussbar sind. Moderne Zielvereinbarungen sollten hingegen so abgeschlossen werden, dass die Erreichung der dort aufgeführten Ziele und somit die Auszahlung der entsprechenden Gehaltsbestandteile durch den Chefarzt aktiv beeinflussbar sind.

b) SMARTE Ziele

Entscheidend ist daher, dass die zwischen Krankenhausträger und Chefarzt vereinbarte Ziele klar definiert und tatsächlich erreichbar sind. Allgemein hat sich im Rahmen solcher arbeitsrechtlicher Zielvereinbarungen die Erkenntnis durchgesetzt, dass nur SMARTe Ziele vereinbart werden sollten. Dabei steht SMART für:

S	specific = Spezifisch
M	measurable = Messbar
A	achievable = Ausführbar
R	relevant = Realistisch
T	timed = Terminiert

Entscheidend ist bei der Vereinbarung der zu erreichenden Ziele, dass nach Ablauf des vereinbarten Zielerreichungszeitraums keine Unstimmigkeiten zwischen den Parteien über das Ob der Zielerreichung entstehen können. Da Geschäftsführung und Chefarzt grundsätzlich frei über die zu erreichenden Ziele entscheiden können, ist im Rahmen der Zielvereinbarungsgespräche besondere Vorsicht geboten. Die Zielvereinbarung unterliegt nach der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts⁶ regelmäßig nicht der auf Arbeitsverträge üblicherweise anwendbaren Billigkeits- und Inhaltskontrolle nach den §§ 307ff. BGB (Regelun-

gen über die Wirksamkeit Allgemeiner Geschäftsbedingungen – AGB). Es gilt Vertragsfreiheit. Allerdings muss die Zielvereinbarung dem Transparenzgebot des § 307 BGB entsprechen. Dies gilt jedenfalls, wenn die Ziele tatsächlich frei vereinbart wurden. Wurden sie im Rahmen eines arbeitgeberseitigen Bestimmungsrechts festgelegt, unterliegt dessen Ausübung der (eingeschränkten) Billigkeitskontrolle des § 315 Abs. 3 BGB durch das Gericht.⁷ Daher ist erhöhte Vorsicht bei der Vereinbarung der Ziele zu wahren. Unspezifische Ziele, also solche Ziele, die nicht in das Aufgabengebiet des Chefarztes, z.B. innerhalb seiner Abteilung, zielen, sind regelmäßig nicht geeignet. Weiter muss die Zielerreichung klar messbar sein. Auch ausführbar, sprich erreichbar muss das vereinbarte Ziel sein. Nicht ausführbare Ziele steigern nicht die Leistung, sondern allein die Frustration. Solche Realistischen Ziele, die darüber hinaus terminiert sind, können geeignet sein, die Leistungsfähigkeit der Abteilung zu erhöhen, ohne dabei das Wohl der Patienten und/oder der Mitarbeiter zu gefährden. Daher sollte insbesondere darauf geachtet werden, dass es sich bei den vereinbarten Zielen um **harte Ziele** handelt. Harte Ziele sind solche, die messbar sind. Vorstellbar wäre z.B. die Verpflichtung zur Ableistung von Fortbildungsveranstaltungen. Hier könnte auch ein kombiniertes Zielvereinbarungssystem mit den nachgeordneten Ärzten dergestalt eingerichtet werden, dass Teil der chefärztlichen Zielvereinbarung die Ableistung von Fortbildungsveranstaltungen durch die nachgeordneten Ärzte ist. In diesen Bereich fallen auch Ziele, die bestimmte Maximalzeiträume beinhalten, innerhalb derer Arztbriefe zu verschicken oder ähnliche Tätigkeiten zu erledigen sind. Weiter wäre zu denken an Vorgaben zur Abhaltung von (Akquise-) Veranstaltungen.

c) Ungeeignete Ziele

Vermieden werden sollte hingegen die Vereinbarung sogenannter **weicher Ziele**. „Patientenzufriedenheit“, „Qualitätsverbesserung“ oder „Reputation des Klinikums“ sind nicht geeignet, da sich diese Faktoren kaum belastbar messen lassen.

Nicht nur völlig ungeeignet, sondern wohl auch rechtswidrig, wäre die Vereinbarung von Zielen, die an die „Inanspruchnahme nicht ärztlicher Wahlleistungen“ geknüpft sind, wie dies von der Deutschen Krankenhausgesellschaft in ihrem aktuellen Vertragsmuster vorgesehen ist.

⁶ BAG, Urt. v. 12.12.2007 – 10 AZR 97/07 –.

⁷ BAG a.a.O.

Auf diesem Wege würde die Grenze zwischen der ärztlichen Tätigkeit und der Tätigkeit eines Gewerbetreibenden unzulässig verwischt. Nach § 1 Abs. 1 der (Muster-) Berufsordnung ist der ärztliche Beruf kein Gewerbe. Unabhängig davon dürfte das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten nicht unerheblich leiden, wenn Patienten das Gefühl bekommen, von den Ärzten „etwas verkauft“ zu bekommen. Bei der Vereinbarung von Zielen sollten Krankenhaussträger und Chefarzt darauf achten, dass sie gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet sind, das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V einzuhalten, sie somit nur solche Leistungen erbringen und abrechnen dürfen, die wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig (WANZ-Kriterien) sind. Die – insbesondere jährliche – Steigerung von OP-Fallzahlen, z.B. um bestimmte Zertifizierungen zu erhalten oder zu bewahren, bedürfte im Hinblick auf diese WANZ-Kriterien jedenfalls einer vertieften Begründung.

Dasselbe gilt auch für die Vereinbarung von Zielen, nach denen (auch indirekt) bestimmte Produkte bestimmter Hersteller verwendet werden müssen. Dies gilt unter Berücksichtigung des Berufsrechts insbesondere im Hinblick auf die in dem Muster der DKG genannten „Einführung neuer Behandlungsmethoden“ wenn dies z.B. die Verwendung der Produkte eines bestimmten Herstellers beinhaltet.

Auch ungeeignet erscheinen Ziele, die durch den Chefarzt nur auf den ersten Blick beeinflussbar sind. So ist die Vereinbarung eines Bonus für den Fall, dass z.B. Personalkosten oder die wirtschaftliche Gesamtsituation des Hauses bestimmte Summen nicht über- bzw. unterschreiten, nicht sinnvoll. Die Personalkosten bestimmen sich in erster Linie nach den Tarifverträgen und den medizinischen Erfordernissen. Auf die wirtschaftliche Gesamtsituation eines Krankenhauses hat auch ein Chefarzt einer großen Abteilung nur sehr bedingt Einfluss.

d) Ausreichende und angemessene Vergütung auch ohne Bonus

Entscheidend ist, dass das Gehalt des Chefarztes auch bei Nicht-Erreichen der vereinbarten Ziele ausreichend und angemessen ist. Dies ergibt sich bereits aus dem Berufsrecht, da es nach § 23 Abs. 2 MBO einem Arzt nicht gestattet ist, eine Vergütung dahingehend zu vereinbaren, dass die Vergütung ihn in der Unabhängigkeit seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt. Wenn aber der Chefarzt zur Erzielung eines angemessenen Einkommens auf

die Zielerreichung angewiesen ist, steht zu befürchten dass er die vereinbarten Ziele (z.B. OP-Fallzahlen) auch dann zu erreichen sucht, wenn die vorhandene Patientenstruktur eine solche Fallzahl aus rein medizinischer Sicht nicht erfordert. Dasselbe gilt auch für den Fall, dass zwar das Grundgehalt ausreichend und angemessen ist, der potentiell zu erreichende Bonus aber so attraktiv erscheint, dass nicht-medizinische Erwägungen bei der Patientenbehandlung Berücksichtigung finden könnten. Auch daher sollte die zu erreichende Bonuszahlung max. 20 % des Grundgehaltes entsprechen. Hilfreich ist hier eine Regelung, nach der der Bonus nicht nur bei voller Zielerreichung gezahlt wird, sondern anteilig.

4) Arbeitsvertragliche Umsetzung

Regelmäßig wird in Arbeitsverträgen nicht die Zielvereinbarung selber aufgenommen, sondern nur eine Rahmenregelung getroffen. In dieser verabreden die Parteien, die jeweilige Zielvereinbarung gesondert zu treffen. Dieses Vorgehen ist richtig, da andernfalls entweder der Arbeitsvertrag für jede neue Zielperiode, d.h. regelmäßig einmal im Jahr, geändert werden müsste oder die Vereinbarung aktueller Ziele nicht möglich wäre.

Da die im Arbeitsvertrag getroffene Rahmenvereinbarung grundsätzlich unverändert für die gesamte Dauer des Arbeitsverhältnisses fort gilt, ist ihr besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

a) Muster der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Abgesehen von den oben dargelegten generell zu berücksichtigenden Aspekten, sollte bei der Rahmenvereinbarung der Fokus auf der Vereinbarung einer sinnvollen Regelung zur im zweiten Schritt erfolgenden eigentlichen Zielvereinbarung liegen. Als Negativbeispiel dieser in den Chefarztdienstvertrag aufzunehmenden Klausel kann aus chefärztlicher Sicht das Muster der Deutschen Krankenhausgesellschaft in seiner aktuellen achten Auflage (2007) herangezogen werden. Diese ist in § 8 Absatz 3 des Musters enthalten und lautet (im Original ohne Hervorhebungen):

„(3) Sofern der Arzt die in einer jährlich zu treffenden Zielvereinbarung festgelegten Eckpunkte erreicht, erhält er zusätzlich einen variablen Bonus. **Nähere Einzelheiten** zur Höhe des Bonus und den Auszahlungsmodalitäten etc. **werden in der Zielvereinbarung festgelegt.**

Gegenstände der Zielvereinbarungen können **insbesondere** sein:

- Zielgrößen für **Sach- und Personalkosten** seiner Abteilung
- Zielgrößen für **Leistungen nach Art und Menge**
- Einführung neuer Behandlungsmethoden
- Maßnahmen und Ergebnisse der Qualitätssicherung,
- **Inanspruchnahme nichtärztlicher Wahlleistungen,**
- Beteiligung an Strukturmaßnahmen,
- sonstige Leistungsorientierte Regelungen.“

Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft empfohlene (Muster-)Zielvereinbarung enthält neben der konkreten Beschreibung der vereinbarten Ziele insbesondere folgende Klauseln:

„(3) Die Zielerreichung wird (...) vom Krankenhausträger festgestellt. Der Krankenhausträger entscheidet ebenso im Falle der Nichteinigung bezüglich der Feststellung der Zielerreichung.

...

(6) Sollte der **Arzt** im Geltungsbereich dieser Zielvereinbarung länger als ... Wochen **arbeitsunfähig** [d.h. insb. krank, Anm. des Autors] sein, ermäßigt sich der mögliche Auszahlungsbetrag **ab der ersten Krankheitswoche für jede angefangene Woche um 1/52.**

...

(8) Die jeweilige Vereinbarung begründet keinen Anspruch auf den Abschluss einer entsprechenden oder gleichlautenden Zielvereinbarung für das Folgejahr.

(9) Die Zielvereinbarung kann ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

(10) Die Zielvereinbarung endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Endet das Arbeitsverhältnis vor Ablauf eines Geschäftsjahres, beträgt der Auszahlungsbetrag 1/12 für jeden vollendeten Kalendermonat des Arbeitsverhältnisses des Geschäftsjahres.“

Der Chefarzt würde bei Abschluss eines Vertrages mit diesem Wortlaut in vielfältiger Weise unangemessen benachteiligt.

Zunächst sind die beispielhaft aufgeführten Ziele in weiten Teilen vom Chefarzt schlicht nicht beeinflussbar. So ergeben sich die Personalkosten aus dem Stellenplan des Krankenhauses, auf den der Chefarzt nur sehr bedingt Einfluss hat, sowie den anzuwendenden Tarifverträgen, die der Krankenhausträger (ggfls. über seinen Arbeitgeberverband) gemeinsam mit den Gewerkschaften (Marburger Bund für ärztliches und regelmäßig Verdi für nichtärztliches Personal) abschließt. Im Falle von kirchlichen Häusern finden anstelle der zwischen den Tarifparteien ausgehandelten Tarifverträge die im sog. dritten Weg bestimmten AVR Caritas bzw. Diakonie Anwendung. Die erwähnten Sachkosten entziehen sich ebenfalls dem Einfluss des Chefarztes, da dieser regelmäßig keine Budgetverantwortung dergestalt erhält, dass er eigenständig Einkaufsverhandlungen mit den Lieferanten führen kann. Diese werden vielmehr durch entsprechende betriebswirtschaftliche Abteilungen des Krankenhausträgers geführt. Somit kann der Chefarzt nur über Sachmitteleinsparungen eine Sachkostenreduktion erreichen. Eine solche Einsparung ist ihm aber aufgrund des einzuhaltenden medizinischen Standards (z.B. Hygienematerial) regelmäßig nicht möglich. Hier versucht also die Deutsche Krankenhausgesellschaft das originär den jeweiligen Krankenhausträger treffende wirtschaftliche Risiko auf den Chefarzt abzuwälzen, ohne ihm gleichzeitig entsprechende Entscheidungskompetenzen zuzubilligen. Ähnliches gilt für die Zielgröße „Leistungen nach Art und Menge“. Der Chefarzt ist als Arzt bei seiner Therapieentscheidung allein dem Wohle des Patienten verpflichtet. Medizinische Leistungen können und dürfen darüber hinaus im Rahmen der GKV gem. § 12 SGB V nur erbracht werden sofern und soweit sie wirtschaftlich (WANZ-Kriterien) sind. Eine Leistungsausweitung wäre daher nur über eine Fallzahlsteigerung möglich. Ob Menschen einer ärztlichen Versorgung in seiner Abteilung bedürfen, entzieht sich aber ebenfalls dem Einfluss des Chefarztes. Zuletzt sind auch Ziele, wie der Verkauf von nichtärztlichen Wahlleistungen, nicht geeignet im Rahmen einer Zielvereinbarung abgeschlossen zu werden. Andernfalls würde der Chefarzt zum Verkäufer von Telefon- und Fernsehanschlüssen sowie von Einzelzimmern.

Die in der eigentlichen Zielvereinbarung vorgesehenen Klauseln sind ebenfalls stark zu Lasten des Chefarztes formuliert. So entscheidet nach Absatz 3 allein der Krankenhausträger, ob die vereinbarten Ziele erreicht wurden. Hier wäre zunächst eine einvernehmliche Feststellung vorzusehen und nur bei einem Scheitern ein einseitiges Bestimmungsrecht des Kranken-

hausträgers nach billigem Ermessen, welches gerichtlich (eingeschränkt) überprüft werden kann. Auch die Regelung des Absatz 6, nach der die Ausschüttung des Bonus' bei Krankheit des Chefarztes anteilig reduziert werden soll, ist stark benachteiligend und wohl rechtswidrig. Wenn der Chefarzt das vereinbarte Ziel (z.B. Arztbriefe innerhalb eines bestimmten Zeitraums zu verschicken) erreicht, ist kein Grund ersichtlich, den dafür vereinbarten Bonus zu reduzieren, nur weil er während der Zielperiode krank war. Auch die Regelung des Absatzes 10 ist rechtswidrig und daher nichtig. Der Bonus stellt Arbeitsentgelt dar. Wenn er „verdient“ wurde, sprich, das vereinbarte Ziel erreicht wurde, kann die Auszahlung der Gegenleistung nicht von der Zugehörigkeit zum Unternehmen bis zu einem bestimmten Datum (hier Ende des Geschäftsjahres) abhängig gemacht werden, da sie die Berufsfreiheit des Chefarztes (Art. 12 GG), die auch für die selbstbestimmte Beendigung eines Arbeitsverhältnisses gilt, verfassungswidrig beeinträchtigt.⁸ Schließlich widerspricht Absatz 8 der Muster-Zielvereinbarung der für den Chefarztdienstvertrag vorgesehenen Mustervertragsklausel. Nach dieser hat der Chefarzt Anspruch auf den Abschluss einer Zielvereinbarung. Dieser Anspruch kann nicht durch eine Formulierung in der – nur für das jeweilige Jahr geltenden - Zielvereinbarung wieder aufgehoben werden. Zuletzt verstößt auch Absatz 9 der Zielvereinbarung gegen diese Vertragsklausel. Eine Vereinbarung, auf die ein vertraglicher Anspruch besteht, kann nicht ohne weiteres gekündigt werden. Andernfalls wäre der Krankenhausträger in der Lage durch eine solche Kündigung kurz vor Ablauf der Zielvereinbarungsperiode und nach bereits erfolgter Zielerreichung durch Kündigung sich der Zahlungspflicht zu entziehen.

Die Musterformulierung der deutschen Krankenhausgesellschaft ist daher nicht zu empfehlen. Abgesehen von ihrer einseitigen Gewichtung zulasten der Chefärzte ist sie aufgrund ihrer in sich widersprüchlichen Formulierung auch sehr streitträchtig und nach hiesiger Auffassung in mehreren, oben dargestellten Teilen rechtswidrig.

⁸ BAG, Urt. v. 12.04.2011 – 1 AZR 412/09 – Die Auszahlung einer variablen Vergütung kann nicht davon abhängig gemacht werden, dass das Arbeitsverhältnis zu einem bestimmten Stichtag (noch) besteht.

b) Sinnvolle alternative Regelungen

Im Folgenden soll unter Berücksichtigung der obigen Ausführungen eine sinnvolle Zielvereinbarung skizziert werden. Dabei ist die Zweiteilung als Struktur beizubehalten. Im Chefarztdienstvertrag werden die grundlegenden Regelungen vereinbart, während in einer jährlich abzuschließenden Zielvereinbarung die jeweils zu erreichenden Ziele und die entsprechenden Boni verbindlich niedergelegt werden.

aa) Klausel im Chefarztdienstvertrag

Nur eine klare und verbindliche Regelung im Chefarztdienstvertrag ermöglicht eine möglichst reibungslose Durchsetzung der Ansprüche im Fall der Auseinandersetzung zwischen Chefarzt und Krankenhausträger. Zudem verringert sich das Streitpotential erheblich.

Im Chefarztdienstvertrag sollten daher folgende Punkte eindeutig geregelt werden:

- Mindest(Höhe) des zu erreichenden Bonus‘.
- Konkrete Vorgaben für die jeweils zu vereinbarenden Ziele (insbesondere-Katalog).
- Anspruch des Chefarztes auf Abschluss der jährlichen Zielvereinbarung, Bringschuld des Krankenhausträgers.
- Klare Verfahrensregeln wie die jährliche Zielvereinbarung zu beschließen ist (insb. Fristen, bis wann Gespräche geführt werden müssen, wer zum Gespräch einladen muss, etc.).
- Klare Verfahrensregeln für den Fall, dass eine Zielvereinbarung dennoch nicht zustande kommt, insb. Anspruch des Chefarztes auf Bonus in Mindesthöhe, falls Zielvereinbarung aufgrund Verschuldens des Krankenhausträgers nicht geschlossen wird.

Unter Berücksichtigung dieser Punkte kann eine Rahmenklausel in den Chefarztdienstvertrag aufgenommen werden. Im Gegensatz zu der ungeeigneten Muster-Formulierung der DKG kann aus chefärztlicher Sicht zum Beispiel die aktuelle Muster-Klausel der Arbeitsgemeinschaft für Arztrecht (veröffentlicht in: ArztRecht 2009, Heft 9, S. 241) Verwendung finden. Diese lautet:

„Der Chefarzt/die Chefarztin hat Anspruch auf den jährlichen Abschluss einer Zielvereinbarung mit dem Krankenhausträger, die sich auf das jeweils folgende Kalenderjahr bezieht. Diese Zielvereinbarung muss bis zum 30.11. des Vorjahres abgeschlossen sein und einen Bonus in Höhe von jährlich mindestens Euro für den Chefarzt/die Chefarztin beinhalten. Der Krankenhausträger wird den Chefarzt/die Chefarztin rechtzeitig zum 30.09. des laufenden Jahres zu einem Gespräch über den Abschluss der Zielvereinbarung für das Folgejahr einladen und hierbei angemessene, erreichbare, zu einander gewichtete und vom Chefarzt/der Chefarztin beeinflussbare Ziele sowie die Höhe des erreichbaren Bonus vorschlagen. Die Zielvereinbarung wird von den Parteien einvernehmlich abgeschlossen. Die Zielerreichung wird spätestens am 31.03. des auf das Zielvereinbarungsjahr folgenden Jahres einvernehmlich festgestellt. Wenn der Chefarzt/die Chefarztin die vereinbarten Ziele nicht vollständig erreicht, wird der Bonus anteilig ausgezahlt. Im Falle der Nichteinigung über den Grad der Zielerreichung entscheidet der Krankenhausträger nach billigem Ermessen, wobei die Interessen des Chefarztes/der Chefarztin angemessen berücksichtigt werden müssen. Auf den jährlichen Bonus sind von dem Krankenhausträger Abschlagszahlungen jeweils zum 15. des laufenden Monats auszuzahlen.“

bb) Eigentliche (jährlich neu abzuschließende) Zielvereinbarung

In der eigentlichen, jährlich neu abzuschließenden Zielvereinbarung sind sodann die konkreten Ziele für das jeweilige Folgejahr zu vereinbaren. An dieser Stelle ist zu prüfen, ob die – regelmäßig vom Krankenhausträger vorgeschlagenen – Ziele SMART sind. Nicht beeinflussbare oder unerreichbare Ziele sollten nicht vereinbart werden, jedenfalls dann nicht, wenn die Erreichung aller genannten Ziele kumulativ für die Auszahlung des Bonus' erforderlich ist. Vermieden werden sollten Regelungen, die bereits in der Vertragsklausel enthalten sind, da ein solches doppeltes Erwähnen, wie bei der Muster-Klausel der DKG anschaulich geschehen, schnell zu widersprüchlichen Regelungen und somit zu Streitigkeiten führen kann. Diese eigentliche Zielvereinbarung sollte sich daher – nomen est omen – auf die Vereinbarung der zu erreichenden Ziele und die damit zusammenhängenden Verdienstmöglichkeiten beschränken. Regelungen über Kündigungsmöglichkeiten oder Ähnliches sollten an dieser Stelle unterbleiben und im eigentlichen Arbeitsvertrag geregelt werden.

5) Fazit

Zielvereinbarungen können – insbesondere bei der Etablierung eines Zielvereinbarungssystems unter Berücksichtigung der nachgeordneten Ärzte – ein sinnvolles Instrument zur Mitarbeitermotivation sein. Im Krankenhaus sind der Kreativität bei der Auswahl der zu vereinbarenden Ziele allerdings berufs- und sozialrechtlich enge Grenzen gesetzt. Bei Berücksichtigung der WANZ-Kriterien des § 12 SGB V, der berufsrechtlichen Schranke des Verbotes von Vergütungsanreizen, die im Gegensatz zu den Patienteninteressen stehen (§ 23 Abs. 2 MBO) und vor allem des Grundsatzes, nur SMARTe Ziele zu vereinbaren, kann sich die Vereinbarung eines Bonus' zuzüglich zu Festgehalt und Liquidationsrecht bzw. Beteiligungsvergütung auch aus chefärztlicher Sicht durchaus lohnen.

Köln im Februar 2012

Rechtsanwalt Torsten Nölling
Fachanwalt für Medizinrecht

WIENKE & BECKER – KÖLN®
Sachsenring 6
50677 Köln
Tel.: 0221 – 3765310
Mail: TNoelling@Kanzlei-WBK.de