

Personelle, insbesondere fachärztliche, Strukturvorgaben für Krankenhäuser – ein rechtlicher Überblick

Vortragpaper zur Herbsttagung der ARGE Medizinrecht des DAV am 20.09.2013 in Köln

Ass. jur. Christoph Heppekausen, Bayerische Krankenhausgesellschaft, München

I. Einleitung

Aktuell wird im Krankenhausbereich die Thematik der „personellen Strukturvorgaben“ intensiv diskutiert. Darunter versteht man die verbindliche Festlegung von „Personalschlüsseln“ oder „personelle Mindestanforderungen“.

Dabei bewegt sich die rechtliche Diskussion im Spannungsfeld zwischen der Organisationshoheit¹ der Krankenhausträger, die verfassungsrechtlich geschützt ist, und der Gesetzgebungsbefugnis des Bundes (und ergänzend der Länder) unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes (!) zur Aufstellung von Qualitätsstandards für die Erbringung (stationärer) Leistungen² sowie den allgemein anerkannten fachlichen Standards im Rahmen der Patientenbehandlung³.

Hinzu kommen die (personalwirtschaftlichen) Aspekte der aktuellen Arbeitsmarktlage, der Wunsch von Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie die Diskussion um die Vergütung der Krankenhausleistungen bzw. der Finanzierung der Leistungserbringer durch die Investitionsfinanzierung der Länder.

In diesem Umfeld bewegt sich die rechtliche Problematik der personellen, insbesondere der fachärztlichen, Strukturvorgaben.

Nachfolgend soll ein kurzer, nicht abschließender, rechtlicher Überblick über diese Thematik versucht werden.

¹ Vgl. BT-Drucksache 17/1304: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, Diana Golze, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE, S. 5 Ziffer 5: „Die Verantwortung einer ausreichenden Personalausstattung hat vielmehr bei den Kliniken zu verbleiben, denn nur sie können auf ihre jeweilige Situation zugeschnittene Lösungen finden. So kann der spezifische Bedarf an Personal in den einzelnen Einrichtungen u. a. aufgrund baulicher Verhältnisse, technischer Ausstattung sowie anderer Arbeitsabläufe und Aufgabenverteilungen zwischen den beteiligten Berufsgruppen durchaus unterschiedlich sein. Auch der jeweilige Versorgungsbereich und die Merkmale des spezifischen Patientenlientels spielen eine Rolle. Wegen dieser unterschiedlichen Bedingungen in den einzelnen Krankenhäusern ist es aus Sicht der Bundesregierung kaum möglich, bundeseinheitlich allgemeingültige Anforderungen an die personelle Ausstattung festzulegen.“

² Hierzu umfassend: *Wollenschläger*, Gutachten zur Zulässigkeit von Strukturvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung erstattet für die Deutsche Krankenhaus Gesellschaft e.V. (29. August 2013); n.v.

³ Vgl. § 630 a Abs. 2 BGB

II. Überblick über die bestehenden personellen, insbesondere fachärztliche, Strukturvorgaben für Krankenhäuser

1. Strukturvorgaben durch Gesetz

Grundsätzlich definiert § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V Krankenhäuser als Einrichtungen, die mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten⁴.

Auf welcher rechtlichen Grundlage (Arbeitsvertrag, freiberufliche Tätigkeit, etc.) das eingesetzte Personal dabei tätig werden kann, ist häufig umstritten⁵.

⇒ Cave: Versorgungsauftrag!

Darüber hinausgehende detaillierte personelle Strukturvorgaben durch gesetzliche Regelungen sind in folgenden Teilbereichen vorhanden.

a. Psychiatrische Einrichtungen

Für Einrichtungen dieser Art gilt aktuell (bis 01.01.2017; vgl. Art. 7 iVm Art. 8 Abs. 3 PsychEntgG, BGBl. v. 25.07.2013, S. 1613) die Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie-Personalverordnung - Psych-PV) die die Maßstäbe und Grundsätze zur Ermittlung des Personalbedarfs für Ärzte, Krankenpflegepersonal und sonstiges therapeutisches Fachpersonal in psychiatrischen Einrichtungen für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche regelt. Die Psych-PV gilt dabei zumeist für psychiatrische Krankenhäuser sowie für selbständige, gebietsärztlich geleitete psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern⁶.

⇒ Psych-PV bei den Pflegesatzvereinbarungen zugrunde zulegen⁷!

○ Planungsrelevanz?

⇒ Zu beachten ist dabei weiter, dass es sich um die Personalbemessung für den „Regeldienst“ handelt⁸.

⇒ Dabei gilt grundsätzlich folgendes Verfahren gemäß § 3 ff Psych-PV:

⁴ Vgl. auch § 2 Ziffer 1 KHG; § 30 GewO; § 2 KHEntgG

⁵ Exemplarisch zum Honorararzt vgl. § 2 Abs. 1 KHEntgG; LSG Baden-Württemberg Urteil vom 17.4.2013, L 5 R 3755/11; *Bender*, GesR 2013, 449; vgl. hierzu auch Fn. 13

⁶ Vgl. umfassend: *Tuschen / Trefz*, Krankenhausentgeltgesetz, 2. Aufl., Ziffer 4.4, S. 94 ff

⁷ § 2 Psych-PV; zur Problematik der Auswirkungen auf Leistungsfähigkeit s.u. und vgl. BVerwG NJW 1993, 3008

⁸ Die Personalbemessung für die nicht vom Regeldienst umfassten Tätigkeiten ist von den Vertragsparteien unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse der Einrichtung und mit dem Ziel einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Behandlung der Patienten in der Pflegesatzvereinbarung zusätzlich zu vereinbaren (§ 3 Abs. 2 S. 2 PsychPV).

- 1. Patienten, die einer Krankenhausbehandlung bedürfen, werden bestimmten Behandlungsbereichen zugeordnet.
- 2. Für jeden Behandlungsbereich und für jede Berufsgruppe wird eine Arbeitszeit in Minuten (Minutenwert) je Patient und Woche vorgegeben.
- 3. Die Minutenwerte werden in Personalstellen umgerechnet.
- Die Zahl der Personalstellen für Leitungskräfte wird nach der Zahl der vereinbarten Stellen für Ärzte und Diplom-Psychologen errechnet.

b. Somatische Einrichtungen

Für Einrichtungen dieser Art gibt es keine grundlegenden gesetzlichen Vorgaben, sondern nur für bestimmte Leistungsbereiche (s.u.) spezialgesetzliche Vorgaben.

Diskutiert wird die Personalstruktur hierbei häufig im Rahmen der „Leistungsfähigkeit“ des Krankenhauses. Die Rechtsprechung führt hierzu aus, dass ein Krankenhaus u.a. dann als leistungsfähig anzusehen ist, wenn sein Angebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden Art zu stellen sind. Bei einem Fachkrankenhaus soll es dabei vorrangig auch auf die Zahl der hauptberuflich oder anderweitig beschäftigten Fachärzte und Fachkräfte im Verhältnis zur Bettenzahl ankommen⁹. Darüber hinaus ist bei „anderen Krankenhäusern“ nach der Rechtsprechung ebenso bedeutsam, ob die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche personelle, räumliche und medizinische Ausstattung vorhanden ist¹⁰. Dies ist jedoch für jeden Einzelfall gesondert zu prüfen, insbesondere unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums bzw. Versorgungsauftrages¹¹. Dabei sollte stets geprüft werden, ob durch besondere bauliche oder versorgungsstrukturelle sowie andere spezifische Anforderungen (Qualifikationsanforderungen etc.) bzw. besondere Personalkonstellationen eine Anpassung notwendig ist.

Der Begriff der Leistungsfähigkeit schließt dabei mit ein, dass die nach dem Stand der Wissenschaft an ein Krankenhaus dieser Art zu stellenden Anforderungen auch auf Dauer gewährleistet sind, so dass die Leistungsfähigkeit hinsichtlich der sächlichen und personellen Ausstattung eines Krankenhauses konstant erhalten bleibt¹². Damit ist neben der reinen Personalstruktur, die sich nach dem Stand der Wissenschaft zu richten hat, rechtlich stets

⁹ BVerfG NJW 1990, 2306; BVerfG NJW 1993, 3008

¹⁰ BVerfG NJW 1990, 2306; BVerfG NJW 1993, 3008; BVerfG NJW 1982, 710; vgl. auch *Stollmann* in Huster / Kaltenborn, Krankenhausrecht, S. 82 RdNr. 48 ff; F. Wollenschläger, Verteilungsverfahren, 2010, S. 513

¹¹ Vgl. zu „Anhaltzahlen“: DKl / *Plücker*, Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus, Juni 2012; vgl. auch Bayerischer Kommunalen Prüfungsverband: *Baumann, Diller, Reehe*, Geschäftsbericht 1997, 137 ff

¹² BVerfG NJW 1993, 3008

auch auf die bestehenden Verträge und deren Inhalte (Befristungen, Probezeiten, etc.) zu achten¹³.

c. „§ 30 GewO-Kliniken“

Privatkrankenanstalten nach § 30 GewO am Beispiel der Vollzugsrichtlinien zur Konzessionierung für Privatkrankenanstalten des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit¹⁴:

Dort ist unter Ziffer 2.1.2 (Ärztliches Personal) geregelt: *„Eine ausreichende und dem jeweiligen medizinischen Standard entsprechende ärztliche Versorgung der Patienten muss im Rahmen der Aufgabenstellung der einzelnen Einrichtung rund um die Uhr entweder durch klinikeigene Ärzte oder im Rahmen des kooperativen Belegarztsystems gewährleistet sein.“*

Auf eine zahlenmäßige Festlegung wurde in diesen Regelungen verzichtet.

Hierzu Zitat Neft: *„Je nach Vielfalt des Indikationsspektrums ist daher eine entsprechende Anzahl qualifizierter leitender Ärzte erforderlich. Diese Forderung rechtfertigt sich aus dem Versagungsgrund des § 30 Abs. 1 Satz 2 Nr. la GewO, da eine ausreichende medizinische Versorgung der Patienten als nicht gesichert erscheint, wenn die Qualifizierung des behandelnden Arztes nicht indikationsentsprechend ist“¹⁵.*

d. Vorgaben durch Fachprogramme

Zu beachten sind im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder bzw. der Vorgaben zur Leistungserbringung auch die Vorgaben, die beispielsweise aus Fachprogrammen für bestimmte stationäre Behandlungsleistungen resultieren. Exemplarisch sei hier das Bayerische „*Fachprogramm Akutgeriatrie*“ genannt¹⁶, das für den personellen Bereich voraussetzt, dass ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team aus geriatrisch qualifizierten Ärzten, Therapeuten (insbesondere aus den Therapiebereichen: Physiotherapie / Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie / faziiorale Therapie, Psychologie / Neuropsychologie), Sozialarbeiter oder Sozialpädagogen und Pflegefachkräfte zusammen tätig wird.

Diese „Strukturkriterien“ werden bei einem entsprechenden Antrag auf Teilnahme am Fachprogramm geprüft und müssen daher erfüllt werden.

¹³ Zur Problematik der Frage nach „nicht fest angestellten Honorarärzten“ im Krankenhaus vgl. OVG Berlin, NVwZ-RR 1998, 41; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17.04.2013, Az. L 5 R 3755/11; zu wahlärztlichen Leistungen zuletzt *Bender*, GesR 2013, 449

¹⁴ Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit vom 22. März 1995 Az.: VIII 4/9018-1/14/95, AllMBI 1995, S. 280

¹⁵ *Neft*, Anforderungen an stationäre Einrichtungen des Gesundheitswesens i.S. von § 30 Gewerbeordnung, BayVBl. 1996, 40 ff

¹⁶ Krankenhausplan des Freistaats Bayern, Teil II. Abschnitt E: Fachprogramm Akutgeriatrie entsprechend dem Beschluss des Krankenhausplanungsausschusses vom 23.11.2009

e. Spezialgesetzliche Vorgaben für den stationären Bereich (Beispiele!)

aa. Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Gemäß § 23 Abs. 8 IfSG haben die jeweiligen Landesregierungen durch Rechtsverordnung (auch für Krankenhäuser geltend) die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei haben diese Rechtsverordnungen auch die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten zu regeln¹⁷.

Am Beispiel der Verordnung zur Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV) in Bayern wird in § 5 der Verordnung die „Ausstattung mit Fachpersonal geregelt“, wonach die Krankenhäuser u.a. Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker zu beschäftigen oder sich von diesen beraten zu lassen haben, sowie Hygienefachkräfte zu beschäftigen haben und hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte und Hygienebeauftragte in der Pflege zu bestellen haben. Entsprechend sollten die jeweiligen Regelungen der Bundesländer beachtet werden.

⇒ Cave: Einige Verordnungen¹⁸ nehmen im Hinblick auf die Personalbedarfsermittlung direkten Bezug auf die „Empfehlung - Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention“¹⁹!

bb. Krankenhausapotheke

Besonderheit der Krankenhausapotheke ist, dass der Leiter der Krankenhausapotheke nach § 27 Abs. 1 ApoBetrO ein vom Krankenhausträger angestellter Apotheker sein muss, der die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 bis 4, 7 und 8 sowie Abs. 3 ApoG, auch in Verbindung mit Abs. 2 oder 2a ApoG, erfüllt. Dieser gehört überwiegend nach den gesetzlichen Vorgaben der Landeskrankenhausgesetze auch zwingend der Arzneimittelkommission des Krankenhauses an. Für den Einsatz des (notwendigen) Apothekenpersonals ist nach § 28 Abs. 2 ApoBetrO der Leiter der Krankenhausapotheke verantwortlich. Dieser Personalbedarf ergibt sich nach § 28 Abs. 1 S. 2 ApoBetrO wiederum aus Art und Umfang einer medizinisch zweckmäßigen und ausreichenden Versorgung des

¹⁷ Vgl. § 23 Abs. 8 Ziffer 3 IfSG (inkl. Übergangsfrist)

¹⁸ Vgl. exemplarisch für Nordrhein – Westfalen: § 4 Abs. 4 S. 1 Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO) vom 13. März 2012

¹⁹ Vgl. Bundesgesundheitsblatt 2009 (52): 951–962

Krankenhauses mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten unter Berücksichtigung seiner jeweiligen Größe, Art und Leistungsstruktur des Klinikums²⁰.

⇒ Kontrovers diskutiert wird in der Praxis bisher die Frage der Zulässigkeit der Beschäftigung eines sog. „Honorarapothekers“ als freier Mitarbeiter in der Offizin-Apotheke. Dies könnte ggf. auch in Krankenhausapotheken relevant werden. Gegen die Möglichkeit wird der Grundsatz der persönlichen Leitung der Apotheke angeführt und das daraus resultierende Verbot auf Grund mangelnder Weisungsbefugnis des Apothekenleiters gegenüber dem freien Mitarbeiter²¹. Für die Möglichkeit könnte ein Vergleich mit der nach § 2 Abs. 1 KHEntgG geschaffenen Möglichkeit der ärztlichen Behandlung durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus, die nach bisher überwiegender Auffassung in der Literatur auch Honorarärzte einschließt²², sprechen.

f. Arbeitsrechtliche Implikationen

Häufig werden im Krankenhausbereich Kooperationen eingegangen, die arbeitsrechtlich in den Anwendungsbereich des Arbeitnehmerüberlassungsgesetzes (AÜG) fallen. Neben der Ausweitung der Erlaubnispflicht einer Arbeitnehmerüberlassung²³ ist dabei aktuell die Diskussion um die Auslegung des Merkmals der „vorübergehenden Arbeitnehmerüberlassung“ beachtenswert. Zahlreiche Kooperationsansätze im Rahmen der medizinischen Leistungserbringung sind von der entsprechenden Rechtsänderung betroffen, deren Auslegung umstritten ist²⁴.

g. Gesetzliche Vorgaben für den ambulanten Bereich

Hinzuweisen ist für den „ambulanten Leistungsbereich im Krankenhaus“ auf die rechtlichen Vorgaben zur Leistungserbringung.

- ⇒ Exemplarisch sei verwiesen auf
- § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V: „Anstellung des ärztlichen Leiters im MVZ“ bzw. § 95 Abs. 1 S. 6: „kooperative Leitung“
 - § 32 a S. 2 Ärzte-ZV: „Vertretung“ (⇔ § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV)

²⁰ *Walter, Heppekausen*, Apothekenrechtliches Basis-Wissen für Krankenhausträger, zur Veröffentlichung vorgesehen.

²¹ Vgl. hierzu: *Pfeil / Pieck / Blume*, Apothekenbetriebsordnung – Kommentar, Stand: 9. EL 2012, § 3 RdNr. 69 f

²² AA jedoch jüngst für § 2 Abs. 2 KHEntgG: LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17.04.2013, Az. L 5 R 3755/11

²³ Vgl. § 1 Abs. 1 S. 1 AÜG; Stichwort: „wirtschaftliche Tätigkeit“

²⁴ Vgl. aktuell: BAG vom 10.07.2013, Az.: 7 ABR 91/11; umfassend: *Schliephorst*, Dauerhafte Arbeitnehmerüberlassung im Spiegel der Rechtsprechung, dK 6.2013, S. 624 ff

h. Vorgaben durch die „ASV-RL“

Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL)* vom 21. März 2013²⁵ werden in diesem Bereich personelle Strukturvorgaben Einzug in die Leistungserbringung der Krankenhäuser halten, die nach § 2 Abs. 1 der Richtlinie berechnete Leistungserbringer sein können.

- ⇒ Konkretisierungen werden noch erfolgen
- ⇒ § 3 Abs. 1 S. 1 ASV-RL: *„Die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung setzt eine spezielle Qualifikation und soweit in den Anlagen nichts Abweichendes geregelt ist, eine Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team voraus.“*
- ⇒ § 3 Abs. 2 S. 1 ASV-RL: *„Das interdisziplinäre Team besteht aus einer Teamleiterin oder einem Teamleiter (Teamleitung), dem Kernteam und bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzten.“*
- ⇒ § 3 Abs. 2 S. 7 ASV-RL: *„Die hinzuzuziehenden Fachärztinnen und Fachärzte sind solche, deren Kenntnisse und Erfahrungen in Abhängigkeit vom jeweiligen Krankheitsverlauf typischerweise bei einem Teil der Patientinnen und Patienten ergänzend benötigt werden.“*

Die Entwicklung sollte daher hierbei beachtet werden.

2. Strukturvorgaben durch Leitlinien und Auflagen

a. Leitlinien

Nicht zuletzt im Hinblick auf die Regelungen des § 630 a Abs. 2 iVm § 630 h BGB, aber auch hinsichtlich der verstärkten Verweisung auf Vorgaben von Leitlinien in sozialgesetzlichen Regelungen (s.o.) werden die Leitlinien weiter wachsende Bedeutung erlangen. Im personellen Bereich existieren einige Leitlinien, die (für den ambulanten sowie den stationären Sektor) auch Aussagen für den personellen Standard beinhalten.

- ⇒ Beispiele vgl. *Walter*, Das neue Patientenrechtegesetz, S. 92, RdNr. 257
- ⇒ Weiteres Beispiel zu mittelbaren Implikationen vgl. BGR 206 Anlage 4 TRBA 250 („Die technischen Regeln für Biologische Arbeitsstoffe (TRBA) geben den Stand der sicherheitstechnischen, arbeitsmedizinischen, hygienischen sowie arbeitswissenschaftlichen Anforderungen bei Tätigkeiten mit Biologischen Arbeitsstoffen wieder. Sie werden vom Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe

²⁵ BAnz AT 19.07.2013 B1

(ABAS) aufgestellt und von ihm der Entwicklung entsprechend angepasst. Die TRBA werden vom Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit im Bundesarbeitsblatt [seit 2007 im Gemeinsamen Ministerialblatt] bekannt gegeben.“), dort Ziffer 4.1.2.1: *“Der Arbeitgeber darf Tätigkeiten im Anwendungsbereich dieser TRBA nur Personen übertragen, die eine abgeschlossene Ausbildung in Berufen des Gesundheitswesens haben oder die von einer fachlich geeigneten Person unterwiesen sind und beaufsichtigt werden.“*

b. Auflagen

Grundsätzlich kann im Rahmen des verwaltungsrechtlichen Verfahrens, beispielsweise im Rahmen einer Konzessionierung nach § 30 GewO, auch eine Auflage erteilt werden, die ihrerseits (personelle) Strukturvorgaben an den Träger enthält.

⇒ Beispiel: Bayerisches Verwaltungsgericht, GewArch 2010, S. 406 ff

3. Strukturvorgaben durch „einseitige Konkretisierung“ im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung

Wichtig sind in diesem Zusammenhang auch die Vorgaben der Verbände der Unfallversicherungsträger im Rahmen des SGB VII zur Durchführung der Heilbehandlung. Diese können die Heilbehandlung nach Vorgaben des SGB VII entsprechend konkretisieren.

⇒ § 34 Abs. 1 S. 2 und 3 SGB VII: „Sie (Anm.: die Unfallversicherungsträger) können zu diesem Zweck die von den Ärzten und Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf die fachliche Befähigung, die sächliche und personelle Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten festlegen. Sie können daneben nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens besondere Verfahren für die Heilbehandlung vorsehen.“

Hiernach kann somit eine „einseitige“ Konkretisierung stattfinden, die aber stets an den Vorgaben der grundrechtlichen Wertung und des „Verhältnismäßigkeit“ zu messen sind²⁶.

⇒ Vgl. Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII an Krankenhäuser zur Beteiligung am Verletzungsartenverfahren (VAV) in der Fassung vom 1. Januar 2013; Ziffer 2.3.1 (Verfügbarkeit ärztlicher Kompetenzen): *„Die nachfolgend genannten fachärztlichen Kompetenzen müssen durchgehend mindestens in Rufbereitschaft, d.h. spätestens innerhalb von 20 Minuten, am Krankenhaus zur Versorgung von Arbeitsunfallverletzten zur Verfügung stehen:*

²⁶ Sieper, Der Vergütungsanspruch des nicht zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhauses, NZS 2008, S. 348 m.w.N.

- *Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung „Spezielle Unfallchirurgie“ oder Facharzt für Chirurgie mit der deutschen Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“.*
- *Facharzt für Anästhesiologie*
- *Facharzt für Viszeralchirurgie oder Allgemeinchirurgie (WBO '93)*
- *In den genannten Disziplinen ist die 24-stündige Anwesenheit mit Vertretung des Fachgebietes sicherzustellen.“*

Bei Einhaltung der Vorgaben besteht jedoch ein Rechtsanspruch auf Zulassung des Leistungserbringers²⁷.

4. Strukturvorgaben aus vertraglichen Verpflichtungen?

Insbesondere das SGB V sieht in zahlreichen Vorschriften vor, dass Verträge mit den Leistungserbringern zu schließen sind oder geschlossen werden können. Exemplarisch:

- ⇒ Versorgungsverträge mit Krankenhäusern; vgl. § 108 Nr. 3 SGB V
 - Zum Versorgungsauftrag vgl. BSG v. 24.01.2008, Az. B 3 KR 17/07
- ⇒ Planmodifizierende / Planausfüllende Versorgungsverträge; vgl. § 109 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB V
- ⇒ Verträge der Integrierten Versorgung; vgl. § 140 a ff SGB V

Auch hieraus könnten sich (mittelbar?) personelle Strukturvorgaben ergeben.

III. Haftungsrechtliche Konsequenzen

Haftungsrechtlich ist generell auszuführen, dass eine personelle Unterdeckung bei Verwirklichung entsprechender Gefahren zur Haftung führen kann²⁸.

- ⇒ Problempunkt kann dabei aber der „Arbeitsmarkt“ sein, der das benötigte Personal nicht „zur Verfügung“ stellen kann.

IV. Ausblick

Da die personellen Ressourcen bei den Leistungserbringern begrenzt sind, aber die rechtlichen Anforderungen an personelle Strukturen zunehmen steigen, ist es geboten, die bestehenden personellen Strukturvorgaben zu beachten, adäquat umzusetzen und die zukünftige Entwicklung entsprechend zu verfolgen, um notwendige Anpassungen adäquat vornehmen zu können.

²⁷ vgl. § 34 Abs. 2 SGB VII

²⁸ *Laufs/Kern*, Handbuch des Arztrechts 4. Auflage, § 101, RdNr. 14 f m.w.N.