

Hauptschwerbehindertenvertretung

für die Behörden, Gerichte und nichtrechtsfähigen Anstalten
des Landes Berlin



GeschZ. (bei Antwort bitte angeben)

HVP 1.Rds

Bearbeiter **Fr. Ratsch**

Dienstgebäude: **Berlin-Mitte**

Klosterstraße 47, 10179 Berlin

Zimmer **1117**

Telefon (030) **90 223-1999**

Fax (030) **90 28 – 4414**

Vermittlung (030) **90 223-0**

Intern 9223-1999

E-Mail **susann.ratsch@hvp.berlin.de**

Internet **www.berlin.de/hvp**

Rundschreiben Nr. 08-2017

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir hoffen, dass Sie und Ihre Familien den Sommer und die Sommerferien bisher genießen konnten und Sie sich erholen konnten. Und selbst, wenn Sie ihren Sommerurlaub erst noch antreten, wünschen wir Ihnen viel Kraft für das 2. Halbjahr 2017.

Wir möchten Ihnen noch mitteilen, dass wir nun offiziell in das Ressort der Senatsverwaltung für Finanzen integriert wurden. Demnach erfolgen demnächst Umstellungen im technischen Bereich bzw. in der telefonischen Erreichbarkeit.

Unser Rundschreiben finden sie auch im Internet:

www.berlin.de/hvp/rundschreiben

Themen des heutigen Rundschreibens:

- **Blinde haben Anspruch auf Versorgung mit einem Laser-Langstock**

Blinde Versicherte können bei entsprechender ärztlicher Verordnung im Rahmen der Hilfsmittelverordnung einen Laser-Langstock an Stelle eines einfachen Blindenstocks verlangen [...] (SG Koblenz - S 11 SO 62/15)

- **aus den Rechtsgebieten Schwerbehindertenrecht, Sozialrecht**

Sicher haben Sie sich als Inhaber eines Schwerbehindertenausweises schon einmal die Frage gestellt, ob Sie Behindertenparkplätze nutzen dürfen [...]

• **Krankenhäuser müssen Kosten tragen**

Krankenhäuser müssen Gehörlosen einen Gebärdendolmetscher stellen oder bezahlen. Denn mit den üblichen abzurechnenden Pauschalen sind die Dolmetscherkosten abgegolten, wie das Sozialgericht Hamburg in einem aktuell veröffentlichten Urteil vom 24.03.2017 entschied. (Az.: S 48 KR 1082/14 ZVW)

• **Klageverfahren nach eingetretener Berufsunfähigkeit bei Depressionen (Vergleich vor dem OLG Hamm in Höhe von 210.000,00 €)**

Selbst bei unklaren Verhältnissen für den Erfolg zur Durchsetzung der Zahlung einer privat versicherten Berufsunfähigkeitsrente macht es Sinn, seine Ansprüche gerichtlich geltend zu machen. Auch als Depressionspatient oder aber bei anderen Erkrankungen mit erheblicher kognitiver oder / und körperlicher Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit soll der Mandant nicht alleine gelassen werden, denn es lohnt sich häufig, seine Ansprüche auf Leistung des Versicherers auf dem Instanzenweg durchzusetzen. (OLG Hamm vom 25.05.2016 - AZ: I-26 U 103/14 -)

• **Keine Nachtarbeit für Schwerbehinderte!?**

Schwerbehinderte Menschen haben nach § 81 Abs. 4 Nr. 4 SGB IX einen einklagbaren Anspruch auf behinderungsgerechte Gestaltung der Arbeitszeit, soweit dessen Erfüllung für den Arbeitgeber nicht unzumutbar oder mit unverhältnismäßigen Aufwendungen verbunden ist. Hieraus kann sich die Pflicht des Arbeitgebers ergeben, einen schwerbehinderten Arbeitnehmer nicht zur Nachtarbeit einzuteilen. (ifb - Institut zur Fortbildung von Betriebsräten KG)

• **Urlaub ist zur Erholung da - wie wir lernen, wirklich abzuschalten**

Der Urlaub steht vor der Tür. Die Arbeit vergessen? Schwierig. Erholungsfaktor: gering. Also, wie kann das Abschalten gelingen? [...] (Edition F, Stefan Reutter)

• **Dies und Das**

- SGB IX mit Änderungen durch das BTHG
- Ratgeber in leicht verständlicher Sprache
- Design für sehbehinderte und sehende Menschen

• **Flyer und Broschüren**

Informationen von Vereinen und Verbänden, vom Integrationsamt oder von Unternehmen und Firmen in uns zur Verfügung gestellter Auflage.

Mit freundlichen Grüßen



Sabine Schwarz

Hauptvertrauensperson



Quelle: SG Koblenz vom 15.03.2017 - S 11 SO 62/15 -

• **Blinde haben Anspruch auf Versorgung mit einem Laser-Langstock**

Blinde Versicherte können bei entsprechender ärztlicher Verordnung im Rahmen der Hilfsmittelversorgung einen Laser-Langstock an Stelle eines einfachen Blindenstocks verlangen.

Die gesetzlich krankenversicherte Klägerin war als Erwachsene infolge einer Krankheit erblindet. Nach einer Umschulung hatte sie eine Beschäftigung als Masseurin gefunden. Mit Hilfe ihres Blindenstocks ist sie in der Lage, mit öffentlichen Verkehrsmitteln ihre Arbeitsstelle zu erreichen und sich selbständig zu versorgen. Die Krankenkasse übernahm die Kosten für den einfachen Blindenstock und die notwendigen Schulungen dafür. Als die Versicherte die Versorgung mit einem Laser-Langstock beantragte, wurde dies abgelehnt. Der einfache Blindenstock sei als Hilfsmittel ausreichend. Dem hielt die Versicherte entgegen, dass der beantragte Laser-Langstock nicht mit einem herkömmlichen Blindenstock vergleichbar sei. Mit dem einfachen Blindenstock könne sie nur Hindernisse wahrnehmen, die sich in unmittelbarer Bodennähe befinden. Hindernisse, die oberhalb der Hüfte in den Weg ragten (wie z. B. auf Bauch- oder Kopfhöhe herabgelassene Hebebühnen von LKW, herabhängende Äste, tiefhängende Werbeschilder oder in den Fußweg hereinragende Sonnenschirme), könne sie nicht rechtzeitig wahrnehmen, was schon häufig zu Verletzungen geführt habe. Beim Laser-Langstock sei im Griff des Blindenstocks eine elektronische Zusatzeinrichtung samt Energieversorgung untergebracht, die mittels Laserstrahl Hindernisse erfasst, die sich oberhalb des Stocks im Kopf- und Brustbereich des Blinden befinden. Werde ein Hindernis erfasst, beginne der Griff zu vibrieren. Gefährdende Bereiche könnten so umgangen werden. Das Sozialgericht Koblenz gab der Versicherten Recht: Dem Gericht leuchtete ein, dass Hindernisse, die sich in Kopf-, Schulter- und Hüfthöhe befinden, und damit von einem herkömmlichen Blindenstock nicht erfasst werden können, schwere Verletzungen verursachen können. Solche Hindernisse seien im allgemeinen Umfeld ständig vorhanden. Der Laser-Langstock habe deshalb wesentliche Gebrauchsvorteile gegenüber dem herkömmlichen Blindenlangstock. Die Klägerin benötige das Hilfsmittel täglich, um einer Beschäftigung nachzugehen, soziale Kontakte zu pflegen und ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Nur so sei die Klägerin in der Lage, trotz ihrer Behinderung möglichst umfassend am allgemeinen Leben teilzuhaben. Für diesen Behinderungsausgleich biete der beantragte Laser-Langstock einen zusätzlichen wesentlichen Gebrauchsvorteil, der sich nicht lediglich in einem höheren Komfort erschöpft. Um dem Umgang mit dem Laser-Langstock zu erlernen, wurden der Klägerin außerdem zehn Trainingsstunden bewilligt.

Quelle: Sozialgericht Koblenz

■

Quelle:

• **aus den Rechtsgebieten Schwerbehindertenrecht, Sozialrecht**

Sicher haben Sie sich als Inhaber eines Schwerbehindertenausweises schon einmal die Frage gestellt, ob Sie Behindertenparkplätze nutzen dürfen.

Der Schwerbehindertenausweis alleine rechtfertigt nicht die Inanspruchnahme von Parkerleichterungen, wie der Nutzung eines Behindertenparkplatzes.

Anspruch auf die Nutzung von Behindertenparkplätzen oder anderen Parkerleichterungen haben nur schwerbehinderte Menschen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung (Merkzeichen aG) und blinde Menschen (Merkzeichen BI).

Das Merkzeichen BI wird erteilt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

vollständige Blindheit.

Gesamtsehschärfe beider Augen nicht mehr als 1/50

andere Störungen des Sehvermögens (z.B. Gesichtsfeldeinengungen), die obiger Sehschärfe entsprechen.

Schwieriger ist die Beurteilung der Voraussetzungen für das Merkzeichen aG.

Grundsätzlich sind Personen, die sich wegen der Schwere ihres Leidens dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großer Anstrengung außerhalb ihres Kraftfahrzeuges bewegen können, als schwer behinderte Personen mit außergewöhnlicher Gehbehinderung anzusehen. Anerkannte Erkrankungen sind dabei v.a.

Querschnittslähmung, Doppeloberschenkelamputation und Doppelunterschenkelamputation.

Andere schwerbehinderte Menschen können nach versorgungsärztlicher Feststellung auch aufgrund von anderen Erkrankungen gleichgestellt werden. Auch kann eine Erkrankung der inneren Organe, wie beispielsweise eine Erkrankung der Atmungsorgane mit Einschränkung der Lungenfunktion oder ein Herzschaden mit schweren Dekompensationserscheinungen, die Erteilung des Merkzeichens aG rechtfertigen.

Zunächst muss bei Ihnen also eines der Merkzeichen vorliegen. Sodann müssen Sie den Parkausweis bei der zuständigen Behörde beantragen. Der Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen ist nicht als Parkausweis gültig.■

• **Klageverfahren nach eingetretener Berufsunfähigkeit bei Depressionen** (Vergleich vor dem OLG Hamm in Höhe von 210.000,00 €)

Selbst bei unklaren Verhältnissen für den Erfolg zur Durchsetzung der Zahlung einer privat versicherten Berufsunfähigkeitsrente macht es Sinn, seine Ansprüche gerichtlich geltend zu machen. Auch als Depressionspatient oder aber bei anderen Erkrankungen mit erheblicher kognitiver oder / und körperlicher Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit soll der Mandant nicht alleine gelassen werden, denn es lohnt sich häufig, seine Ansprüche auf Leistung des Versicherers auf dem Instanzenweg durchzusetzen.

Nach den Allgemeinen Bedingungen zur Berufsunfähigkeitsversicherung oder aber der an eine Lebens- oder Rentenversicherung gekoppelten Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung muss gemäß § 2 Abs. 1 der allgemeinen Versicherungsbedingungen in der Regel eine mindestens zu 50 % bestehende Berufsunfähigkeit vorliegen. Die Einstufung einer beruflichen Tätigkeit als „Beruf“ ergibt sich danach, welches Berufsbild einem bestimmten Tätigkeitsbereich zuzuordnen ist und inwieweit dieser letzte Beruf auch ausgeübt wurde.

Gerade bei psychischen und neurologischen Erkrankungsbildern treten häufiger Erschwernisse zur Begründung auf, dass tatsächlich eine mindestens 50 %-ige Berufsunfähigkeit vorliegt, wonach die Versicherung letztlich die monatlich versicherte Berufsunfähigkeitsrente zahlen muss.

Auch wenn sich ein juristisches Tauziehen bei zunächst erfolgter Ablehnung der Versicherung und der Schwierigkeit zur Einholung von ärztlichen Befundberichten oder auch nach Einholung eines Sachverständigengutachtens entwickelt, bestehen bei Mängeln in den gutachterlichen Bewertungen gute Erfolgschancen zur erfolgreichen Fortsetzung des Gerichtsverfahrens. Oft lohnt es sich auch mittels Einholung eines Privatgutachtens oder aber nach Veranlassung der Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens im Gerichtsverfahren seine Ansprüche weiter zu verfolgen.

Zur Begründung einer nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Berufsunfähigkeit zu überprüfenden Berufsunfähigkeit ist auf jeden Fall immer eine inhaltliche Abgrenzung zu den Maßstäben der gesetzlichen Rentenversicherung vorzunehmen. Erwerbsunfähigkeit ist keine Berufsunfähigkeit und somit auch dieser nicht gleichzustellen.

Begrifflich beinhaltet die Erwerbsunfähigkeit ein weitaus größeres Maß der Leistungseinschränkung, wonach der Versicherte tatsächlich nicht mehr in der Lage ist, nur seinen bisherigen Beruf nicht mehr ausüben zu können, sondern darüber hinaus auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gar keine Erwerbstätigkeit mehr ausüben zu können.

Zu der Differenzierung zwischen Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit gilt zu beachten:

Bei Erwerbsunfähigkeit zählt allein, ob jemand überhaupt noch arbeiten kann, sprich auf dem Arbeitsmarkt insgesamt noch völlig unabhängig vom bisher ausgeübten Beruf arbeiten kann.

Bei Vorliegen einer Berufsunfähigkeit darf dagegen nur eingeschränkt überprüft werden ob und in welchem Anteil die versicherte Person seine einzelnen beruflichen Tätigkeiten im zuletzt ausgeübten Beruf überhaupt noch vollbringen kann.

Auch bei z. B. chronischen Erkrankungen und erheblichen Depressionen wie in dem oben genannten von mir vor dem OLG für meinen Mandanten vertreten Rechtsfall (OLG Hamm vom 25.05.2016 zu Az I-26 U 103/14) war danach entscheidend, ob es sich um allein kurzfristige Episoden der Depressionen handelt oder aber bereits immer häufiger auftretende Episoden vorliegen und im Vergleich zu einer früheren leichten oder mittelgradigen Depression eine Steigerung der Erkrankung vorgelegen hat. Der Umstand, dass ein Erkrankungsbild sich derart verschlechtert hat, dass aus einzelnen Episoden einer Erkrankung letztlich eine Chronifizierung entstanden ist, wodurch eine den Bedingungen nach mindestens zu 50 % bestehende Berufsunfähigkeit zu bejahen ist, wird häufig von den Versicherungen übersehen. Es lohnt sich daher häufig, seine Leistungsansprüche im Klageverfahren – selbst in zweiter Instanz im Berufungsverfahren – überprüfen zu lassen. ■

• Krankenhäuser müssen Kosten tragen

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 454,30 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozent über dem Basiszinssatz seit dem 12.11.2011 zu zahlen. 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens, mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen, die ihre Kosten selbst trägt. 3. Der Streitwert wird auf 454,30 EUR festgesetzt. 4. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin verlangt die Vergütung ihres Einsatzes als Gebärdensprachdolmetscherin im Rahmen einer stationären Behandlung.

Die Klägerin ist staatlich geprüfte Gebärdensprachdolmetscherin. Sie übersetzte die ärztlichen Gespräche zur Aufnahme, zur Vorbereitung der Operation und zum Abschlussgespräch für die bei der Beigeladenen versicherte gehörlose 73-jährige S. in der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe der Beklagten. Hierzu legte sie der Beklagten ein mit "Bestätigung" überschriebenes Schreiben vor in dem es heißt: "Hiermit wird bestätigt, dass Frau P. an folgendem Termin für mich/uns (Frau Dr. H. und Mitarbeiter der Station x Gynäkologie) als Gebärdensprachdolmetscherin im Einsatz war. Dieser Einsatz war unerlässlich, da ansonsten keinerlei Verständigung/Kommunikation oder Aufklärung der Patientin Frau S. (gehörlos) möglich gewesen wäre. Mit dem Einsatz der Gebärdensprachdolmetscherin konnten wir zudem § 9 BGG, § 2a SGB I, § 17 SGB I und § 19 SGB X entsprechen". Dieses Schreiben wurde am 10.12.2010 unterschrieben (unleserlich).

Bereits vor diesem Einsatz hatte die Klägerin die Versicherte in die Beckenboden-Klinik zur ambulanten Voruntersuchung begleitet. Dort hatte der Zeugin Dr. H. der Terminkalender des Krankenhauses der Beklagten vorgelegen und es wurde vereinbart, dass die Klägerin als Gebärdensprachdolmetscherin eingesetzt und über die weiteren Termine telefonisch informiert werden solle.

Gegenüber der Beigeladenen kodierte die Beklagte die stationäre Behandlung mit der DRG 06Z (komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen), wobei sie als Nebendiagnose Taubstummheit, andernorts nicht klassifiziert (H91.3) kodierte und 3.668,18 EUR abrechnete.

Die Klägerin stellte der Beklagten am 18.10.2010 für ihre Dienste 454,30 EUR in Rechnung. Als Grundlage hierfür machte sie die Entschädigung nach dem Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) in Höhe von 55 EUR/Std sowie Kilometergeld geltend.

Die Beklagte lehnte mit Schreiben vom 12.01.2011 die Begleichung der Rechnung unter Verweis auf die Zuständigkeit der Beigeladenen ab.

Mit Schreiben vom 24.1.2011 verwies die Beigeladene unter Hinweis auf § 2 Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) auf die Leistungspflicht der Beklagten.

Die Klägerin hat am 15.7.2011 Klage vor dem Sozialgericht Hamburg erhoben. Darin stützt sie ihren Anspruch auf §§ 812,818 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Im vorliegenden Falle habe die Klägerin mit ihrer Leistungserbringung keine bewusste oder zweckgerichtete Zuwendung für die Patientin erbringen wollen, sondern es sei ihr um die Erfüllung der Ansprüche der Patientin aus §§ 17 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I), 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 2 Absatz 2 KHEntgG gegen die Beklagte gegangen. Die Beklagte sei der Versicherten im Rahmen des Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung verpflichtet, die allgemeinen Krankenhausleistungen nach §§ 39 SGB V, 2 KHEntgG zu erbringen, wobei diese im Wege der Fallpauschale der Krankenkassen nach § 7 KHEntgG bereits umfassend von der Beigeladenen vergütet worden seien. Dazu gehöre auch der Einsatz von Gebärdensprachdolmetschern. Denn der Anspruch auf die allgemeinen Krankenhausleistungen erstrecke sich auf alle Maßnahmen, die im Einzelfall unter Berücksichtigung der individuellen Patientenbedürfnisse aus medizinischen Gründen notwendig seien, worunter auch die Information- und Aufklärungspflichten eines Arztes fielen. Diese könnten gegenüber einem gehörlosen Patienten nur unter Hinzuziehung eines Gebärdensprachdolmetschers erfolgen. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG stelle klar, dass das Krankenhaus die notwendigen Versorgungsleistungen nicht zwingend selbst erbringen müsse, sondern eine Leistungsbeschaffung auf eigene Kosten bei Dritten möglich sei. Durch das Tätigwerden der Klägerin sei die Beklagte von der Pflicht befreit worden, eigenständig einen anderen Gebärdensprachdolmetscher zu organisieren, um den Anspruch der Patientin auf eine Kommunikationshilfe während einer vollstationären Behandlung zu erfüllen. Die Beklagte habe insoweit Kosten der geltend gemachten Höhe erspart.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 454,30 EUR zzgl. Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 12.01.2011 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, dass nicht sie, sondern die Versicherte für die Vergütung eintrittspflichtig sei, weil schließlich letztere der Klägerin den Auftrag für ihre Tätigkeit erteilt habe. Diese Sichtweise werde durch den Umstand belegt, dass die Klägerin bereits vor der stationären Behandlung bei der Beklagten für die Patientin tätig gewesen sei. Demzufolge käme auch keine Leistungskondition gegenüber der Beklagten in Betracht, da die Klägerin in Erfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtung gegenüber der Patientin gehandelt habe. Die Notwendigkeitsbescheinigung zeige, dass alle Beteiligten von einer Verpflichtung zur Kostentragung der Beigeladenen ausgegangen seien, denn andernfalls hätte es einer solchen Bescheinigung nicht bedurft. Die Beklagte könne ihre Leistung auch ohne den Einsatz einer Gebärdensprachdolmetscherin erbringen. Es obliege nämlich ihrer Organisationshoheit in welcher Weise sie die Kommunikation mit der Versicherten sicherstelle. Eine Zuständigkeit der Beigeladenen ergebe sich auch aus der

Vorschrift des § 17 Abs. 2 SGB I, die die Leistungsträger zur Erfüllung des Anspruchs auf Gebärdensprachdolmetscher verpflichtete. Leistungsträger für die ärztliche Versorgung als Teil der gesetzlichen Krankenversicherung sei gemäß § 21 SGB I die Krankenkasse, nicht aber das Krankenhaus. Die Zuständigkeit für die Aufwendungen für Gebärdensprachdolmetscher folge des Weiteren aus § 19 Absatz 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X), wonach Kosten von der Behörde oder dem für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger zu tragen seien. Dass ein Code für den Einsatz eines Gebärdensprachdolmetscher mit der hierfür erforderlichen Kalkulation erstmals im Jahr 2014 in den OPS-Katalog (9-510. X) aufgenommen worden sei, zeige, dass zum streitigen Zeitpunkt die Kosten eines Gebärdensprachdolmetschers nicht in der Fallpauschale enthalten gewesen sein könnten.

Die Beigeladene stellt keinen Antrag.

Sie schließt sich der Auffassung der Beklagten an. Die Erforderlichkeit des Einsatzes der Klägerin habe die Beklagte mit der Notwendigkeitsbescheinigung am 10.12.2010 bestätigt. Es komme nicht darauf an, wer den Gebärdensprachdolmetscher rufe. Denn ohne Hinzuziehung der Klägerin hätte die Beklagte die Patientin auffordern müssen, einen Gebärdensprachdolmetscher ihres Vertrauens anzufordern.

Das Sozialgericht Hamburg hat sich zunächst für sachlich unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das Amtsgericht Hamburg-Altona verwiesen (Beschluss vom 01.02.2013). Das Landessozialgericht Hamburg hat die Beschwerde der Klägerin mit Beschluss 05.08.2013 zurückgewiesen. Auf die Beschwerde der Klägerin hat das Bundessozialgericht (BSG) mit Beschluss vom 29.07.2014 (B 3 SF 1/14R) festgestellt, dass der Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet ist und den Rechtsstreit an das Sozialgericht Hamburg zurückverwiesen.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) hat mit Schreiben vom 07.09.2012 gegenüber dem Amtsgericht Hamburg Altona in einem Parallelverfahren (318c C 137/12) mitgeteilt, dass über die die Fragestellung, ob die Leistungen des Gebärdensprachdolmetschers allgemeine Krankenhausleistungen gemäß § 2 Abs. 2 KHEntgG seien, in den zuständigen Gremien der Vertragsparteien nach §17 b Abs. 2 Satz 1 Krankenhausgesetz (KHG) zuletzt im Sommer 2011 ohne Konsens beraten worden sei. Im Rahmen der DRG-Kostenkalkulation seien die Kosten für die Inanspruchnahme von Gebärdensprachdolmetscher bei stationärer Leistungserbringung aber in dem Umfang berücksichtigt worden, indem diese Kosten in den an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäusern tatsächlich angefallen seien. Die angefallenen Kosten seien als Einzelkosten den Fallkosten der entsprechend behandelten Patienten zugeordnet und für die Berechnung der durchschnittlichen Kosten einer DRG-Fallpauschale verwendet worden. Dabei sei zu berücksichtigen, dass einerseits nur ein Bruchteil der in der Durchschnittsberechnung der DRG-Fallpauschalen eingehenden Patientenkosten die Inanspruchnahme eines Gebärdensprachdolmetscher beinhalteten und sich andererseits die Patienten mit Inanspruchnahme eines Gebärdensprachdolmetscher prinzipiell über viele G-DRG-Fallpauschalen verteilen. Eine leistungsrechtliche Beurteilung im Sinne § 2 Absatz 2 KHEntgG stelle diese Auskunft nicht dar.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakte der Beigeladenen. Diese haben der Kammer vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Leistungsklage ist begründet.

Ein vertraglicher Anspruch für das Zahlungsbegehren der Klägerin scheidet aus, denn einen Dienstvertrag nach in dem § 611 BGB haben die Klägerin und die Beklagte gerade nicht geschlossen.

Im vorliegenden Fall ergibt sich der Anspruch der Klägerin jedoch aus dem Bereicherungsrecht der §§ 812 ff. BGB. Nach § 812 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1, § 818 Abs. 2 BGB ist, wer durch die Leistung eines anderen etwas ohne rechtlichen Grund erlangt, ihm zum Ersatz des Wertes verpflichtet. Vorliegend hat die Beklagte die Befreiung eines Teils von dem der Versicherten ihr gegenüber bestehenden Anspruch auf Gewährung von Krankenhausleistungen (§ 39 SGB V) im Rahmen ihres Versorgungsauftrages erlangt. Die Klägerin hat die zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehörenden Gebärdensprachdolmetscherdienste erbracht und so den Anspruch erfüllt und zum Erlöschen gebracht hatte. Dies geschah im Verhältnis zur Beklagten auch ohne rechtlichen Grund und die Beklagte ist grundsätzlich zum Ersatz des Wertes des durch das Tätigwerden der Klägerin Erlangten verpflichtet (vgl. BSG 13.5.2004 – B 3 KR 2/03 R, SozR 4-2500 § 132a Nr. 1, S. 7 Rn. 13).

Die von der Beklagten ersparten Gebärdensprachdolmetscherkosten im Sinne des § 2 KHEntgG in der Fassung vom 17.07.2003 waren von der Beklagten zu tragen, weil sie bereits über das pauschalierende DRG-Vergütungssystem (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG i.V.m. § 17b Abs. 1 Satz 1 HS 2 KHG) abgegolten waren.

Mit den Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen werden dem Krankenhaus alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen - wie § 7 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG zu entnehmen ist - vergütet. Leistungen, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören sind darin nicht enthalten.

Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG sind Krankenhausleistungen nach § 1 Abs.1 KHEntgG insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Allgemeine Krankenhausleistungen sind gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Der Begriff der allgemeinen Krankenhausleistung ist identisch mit dem der teil- und vollstationären Krankenhausleistung nach § 39 SGB V und berücksichtigt den Bedarf im Einzelfall unter nach den patienten- und krankhausindividuellen Bedürfnissen (Tuschen/Trefz: KHEntG Komm. 2. Aufl. 2010 S. 16-17). Das Krankenhaus wird somit zu einer einheitlichen und umfassenden Gesamtleistung verpflichtet

(Quaas/Dietz in: Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, § 2 BPfIV, Anm. II.1., S. 22b). Grundsätzlich sind Leistungen des Krankenhauses nur solche, die dieses durch eigenes Personal und eigene sächliche Mittel erbringt. Ausnahmen von diesem Grundsatz sind enumerativ - u.a. in § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG - geregelt (vgl. BSG, Urteil v. 23.03.2011 - B 6 KA 11/10 R, juris Rdn. 59; Quaas/Dietz in: Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, § 2 BPfIV, Anm. II.1., S. 22b). Danach gehören zu den allgemeinen - abrechnungsfähigen - Leistungen des Krankenhauses auch die von ihm veranlassten Leistungen Dritter, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung, wie im vorliegenden Fall, ergänzende oder unterstützende Funktion haben (BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 – B 3 KR 17/06 R –, SozR 4-2500 § 39 Nr. 8). Diese sind somit nur zwischen Krankenkasse und Krankenhaus abzurechnen. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG bezieht jede zur Behandlung notwendige Leistung Dritter ein (Quaas/Dietz in: Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, § 2 BPfIV, Anm. II.4., S. 25; Anm. II.10, S. 30 f.). Dass im vorliegenden Fall ein notwendig medizinischer Bedarf an Kommunikation der Versicherten mit den behandelnden Ärzten - insbesondere zur Anamneseerhebung und Patientenaufklärung (vgl. Kreutz, ZFSH 2011, S. 629 ff.) - bestand, der die Versicherte aufgrund ihrer Taubstummheit nicht ohne Einsatz einer Gebärdensprachdolmetscherin nachkommen konnte, liegt auf der Hand und wurde der Klägerin von der Beklagten auch bestätigt. Eine Notwendigkeit des Einsatzes von Gebärdensprachdolmetschern im Rahmen der stationären Behandlung folgt darüber hinaus aus dem Qualitätsgebot (§ 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V) sowie aus § 2a SGB V, wonach den Belangen behinderter und chronisch erkrankter Menschen Rechnung zu tragen ist (vgl. Kreutz a.a.O.).

Des Weiteren spricht für die Einbeziehung der Kosten für Gebärdensprachdolmetscher in die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 1 KHEntgG der Umstand, dass diese bei der Kalkulation der DRG - Fallpauschalen berücksichtigt wurden. Mithin sind die Vertragsparteien nach §17 b Abs. 2 Satz 1 KHG davon ausgegangen, dass die Kosten für die Inanspruchnahme eines Gebärdensprachdolmetschers zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören. Zwar hat sich der Aufwand laut Auskunft des InEK in dem hier strittigen Zeitraum vor 2014 nicht in einer Pauschale niedergeschlagen, dies beruht aber auf der Tatsache, dass sich wenige Fälle von Krankenhausbehandlungen gehörloser Patienten auf eine Vielzahl von Codes verteilen. Es liegt nahe, dass es aus diesem Grund von den Vertragsparteien zunächst nicht für nötig befunden wurde, hierfür eine OPS in den Katalog aufzunehmen. Daraus, dass die Prozedur 9-510. X seit 2014 nun kodiert werden kann, aber wiederum nicht erlösrelevant ist, folgt, dass es sich um eine Klarstellung handelt. Für Behandlungsfälle nach 2014 kann nicht mehr streitig sein, dass Leistungen für Gebärdensprachdolmetscher zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – B 1 KR 21/14 R –, SozR 4-2500 § 109 Nr. 46 m.w.N.). Im Übrigen ist der Abrechnung der Beklagten im Rahmen des DRG-

Seite 5 von 8

Systems auch die Nebendiagnose Taubstummheit, andernorts nicht klassifiziert (H91.3) zu Grunde gelegt worden.

Nichts anderes ergibt sich aus § 17 Abs. 2 Satz 2 SGB I. Zwar ist die Beigeladene gemäß dieser Vorschrift verpflichtet, die durch die Verwendung der Gebärdensprache und anderer Kommunikationshilfen entstehenden Kosten zu tragen. Nach § 17 Abs. 2 Satz 1 SGB I in der bis zum 26.07.2016 geltenden Fassung haben hörbehinderte Menschen das Recht, bei der Ausführung von Sozialleistungen, insbesondere auch bei ärztlichen Untersuchungen und Behandlungen, Gebärdensprache zu verwenden. Diese Vorschrift regelt damit den Anspruch zwischen Leistungsberechtigten und Sozialleistungsträger (SG Berlin, Urteil vom 27.09.2016, S 208 KR 913/16, nicht veröffentlicht). Ebenso wenig wie § 19 SGB X in der Fassung vom 05.05.2004, wonach hörbehinderte Menschen das Recht haben, zur Verständigung in der Amtssprache Gebärdensprache zu verwenden und Aufwendungen für Dolmetscher von der Behörde oder dem für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger zu tragen sind, trifft diese Vorschrift eine Aussage darüber, ob diese Kosten bereits durch die Vergütung der Krankenhausleistung durch Zahlung einer Fallpauschale abgegolten sind.

Die Klägerin hat ihre Leistungen auch nicht gegenüber der Versicherten oder der Beigeladenen erbracht. Vorliegend besteht die Besonderheit, dass neben der Klägerin und der Beklagten die Beigeladene und die Versicherten in die Leistungsbeziehungen eingebunden sind. Wegen des Grundsatzes der Einheitlichkeit des Bereicherungsvorgangs wird die Möglichkeit des Bereicherungsausgleichs allerdings allein auf den Partner des Leistungsverhältnisses reduziert, in dem die Leistungsstörung vorliegt; der Leistende kann sich zum Ausgleich der ungerechtfertigten Vermögensverschiebung nur an diesen, nicht aber an einen ebenfalls beteiligten Dritten halten. Für die Frage, zwischen welchen Beteiligten eine Zuwendung im Dreiecksverhältnis als Leistung angesehen werden muss, wer also Leistender und wer Leistungsempfänger ist, sind für eine sachgerechte bereicherungsrechtliche Abwicklung die Besonderheiten des einzelnen Falles zu beachten; insbesondere kommt es darauf an, welchen Zweck die Beteiligten nach ihrem zum Ausdruck gekommenen Willen verfolgt haben. Im Zweifel ist eine objektive Betrachtungsweise aus der Sicht des Zuwendungsempfängers geboten (BSG, Urteil vom 13.05.2004 a.a.O.). Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ergibt sich sowohl nach dem Willen der Klägerin als auch nach dem objektiven Empfängerhorizont der Beklagten, dass die Klägerin die Übertragung der ärztlichen Kommunikation mit der Versicherten in Gebärdensprache für die Beklagte erbracht hat.

Im zu entscheidenden Fall hat die Beklagte den Einsatz der Klägerin im Sinne des § 2 Abs. 2 Nr. 2 KHEntgG "veranlasst" und musste daher davon ausgehen, dass die Klägerin ihr die Leistung zugewendet hat. Zu dieser Bewertung kommt das Gericht aufgrund der Aussage der Zeugin H ... Die die Versicherte behandelnde Zeugin hat nämlich bereits während der ambulanten Voruntersuchung mit der Klägerin deren Einsätze zum Gebärdensprachdolmetschen im Krankenhaus der Klägerin vereinbart. Nach dem Duden (www.duden.de/woerterbuch) bedeutet "veranlassen" "dazu zu bringen, etwas zu tun" oder "durch Beauftragung eines Dritten, durch Anordnung oder ähnliches dafür sorgen, dass etwas Bestimmtes geschieht oder getan wird". Vorliegend hat die Zeugin, nachdem sie auf den Anspruch und die Notwendigkeit der

Übertragung der ärztlichen Gespräche mit der Versicherten in Gebärdensprache hingewiesen wurde und sich dies von der Krankenhausverwaltung hat bestätigen lassen, den Einsatz der Klägerin durch Terminvereinbarung organisiert. Nach der Wortbedeutung ist für das Tatbestandsmerkmal "veranlassen" mithin ein Vertragsschluss mit dem Dritten nicht erforderlich. Unerheblich ist auch, dass die Initiative zum Gebärdensprachdolmetschen zunächst von der Klägerin ausging. Denn ohne ihre Mitwirkung bei der Anbahnung ihres Einsatzes wäre - ebenso wie bei der eigentlichen Krankenhausbehandlung der Versicherten - eine Kommunikation gar nicht möglich gewesen. Somit hat die Klägerin die Leistung als Dritte im Sinne des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG und damit - rechtlich gesehen - nicht gegenüber dem versicherten Patienten, sondern gegenüber dem sie beauftragenden Krankenhaus (Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 19. Januar 2012 – L 5 KR 14/11 –, juris) erbracht.

Dass die Klägerin möglicherweise bereits zu anderen Gelegenheiten für die Versicherte als Gebärdensprachdolmetscherin fungiert hat, ist für die Entscheidung des vorliegenden Falls unerheblich, denn die Beklagte hat, wie bereits gezeigt, den Einsatz der Klägerin im Sinne des Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG veranlasst.

Die Klägerin hat ihren Einsatz als Gebärdensprachdolmetscherin auch nicht für die Beigeladene erbracht. Dies setzt voraus, dass die Einsätze der Klägerin entweder von der Versicherten selbst oder von der Zeugin H. erkennbar zur Realisierung einer Sach- oder Dienstleistungsverpflichtung der Beigeladenen aus dem Versicherungsverhältnis abgerufen oder veranlasst worden seien (BSG, Beschluss vom 29.07.2014 a.a.O.). Hierfür besteht für das Gericht kein Anhalt. Denn die Zeugin H. hat glaubhaft bekundet, dass über die Frage, wer letztlich die Kosten des Einsatzes der Klägerin zu tragen habe, nicht gesprochen wurde. Auch aus dem "Bestätigungsschreiben" ergibt sich nichts anderes. Das Gericht teilt nicht die Auffassung des Amtsgerichts-Altona (Urteil vom 28.09.2012, 318c C 137/12, nicht veröffentlicht), wonach die Unterzeichnung der Notwendigkeitsbescheinigung dafür spräche, dass die unterzeichnende Mitarbeiterin davon ausgegangen sei, die Beigeladene habe die für den Einsatz der Klägerin entstehende Kosten zu tragen. Denn zum einen betrifft dies eine rechtliche Frage, zum anderen dient die Notwendigkeitsbescheinigung nur dazu, einen Nachweis für die individuell medizinische Notwendigkeit des Einsatzes der Klägerin von den die Versicherte konkret behandelnden Ärzten zu erlangen. Die Notwendigkeitsbescheinigung kann somit auch als Nachweis gegenüber der Krankenhausverwaltung als Kostenträger dienen.

Es handelt sich im vorliegenden Fall auch nicht um eine aufgedrängte Bereicherung. Eine aufgedrängte Bereicherung liegt vor, wenn für den Erwerbenden die ohne seine Zustimmung erfolgte objektive Wertsteigerung subjektiv kein Interesse hat; dann kollidiert dessen Selbstbestimmungsrecht mit dem Bereicherungsausgleich (vgl. Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 31.10.2007 – L 1 KR 21/07 –, juris m.w.N.). Entgegen dem Vortrag der Beklagten ist eine anderweitige Sicherstellung einer stationären Behandlung der gehörlosen Versicherten, die dem Qualitätsgebot entspricht, nicht denkbar. Wäre die Klägerin nicht tätig geworden, hätte sie eine andere Gebärdensprachdolmetscherin rufen müssen, die Kosten in gleicher Höhe hätte beanspruchen können (§ 19 SGB X).

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus § 52 Abs. 1, Abs. 2 Abs. 7 i.V.m. § 53 Abs. 3 Nr. 4 Gerichtskostengesetz.

■

Da in letzter Zeit immer wieder Fragen zu diesem Thema aufkamen. Folgt hier nochmal ein Beitrag aus dem Jahr 2009.

Keine Nacharbeit für Schwerbehinderte!?

Schwerbehinderte Menschen haben nach § 81 Abs. 4 Nr. 4 SGB IX einen einklagbaren Anspruch auf behinderungsgerechte Gestaltung der Arbeitszeit, soweit dessen Erfüllung für den Arbeitgeber nicht unzumutbar oder mit unverhältnismäßigen Aufwendungen verbunden ist. Hieraus kann sich die Pflicht des Arbeitgebers ergeben, einen schwerbehinderten Arbeitnehmer nicht zur Nacharbeit einzuteilen.

Einmal Schichtdienst, immer Schichtdienst?:

Ein schwerbehinderter Arbeitnehmer mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 60 schloss 1995 einen Arbeitsvertrag über die Tätigkeit als Maschinenbediener. Darin war ausdrücklich die Verpflichtung zur regelmäßigen Beschäftigung in Form der Wechselschicht vereinbart.

Im Jahr 1996 wurde die Behinderung des Arbeitnehmers auf einen GdB von 70 und 1998 auf einen GdB von 80 festgestellt. Er leidet unter Bluthochdruck und hat nur noch eine Niere.

Seit Juni 2001 wurde der Schwerbehinderte aufgrund seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen über einen längeren Zeitraum nicht zur Nacharbeit eingesetzt. Denn er legte seiner Arbeitgeberin von 2001 bis 2004 verschiedene ärztliche Atteste vor, wonach er aufgrund seiner Erkrankungen aus medizinischer Sicht keine wechselnde Nachtschicht mehr verrichten kann. Das Attest verwies auf den Grad der Schwerbehinderung von 80. Dann jedoch wollte die Arbeitgeberin bei der Schichteinteilung keine Ausnahmen mehr machen und beharrte auf dem Einsatz des schwerbehinderten Arbeitnehmers auch in der Nachtschicht.

Der Betroffene setzte sich dagegen zur Wehr und zog vor Gericht. Er argumentierte, er sei aus gesundheitlichen Gründen zur Ableistung von Nachtschicht nicht in der Lage. Wegen seines Bluthochdrucks sei er medikamentös eingestellt worden. Bei einer Beschäftigung in der Nachtschicht im Wechsel müsse die Medikamentenabgabe alle zwei Wochen umgestellt werden, was sein Gesundheitszustand nicht zulasse. Er müsse eine weitere Schädigung der verbleibenden Niere befürchten.

Die Arbeitgeberin berief sich auf die ausdrückliche Vereinbarung der Wechselschichten im Arbeitsvertrag. Deshalb sei der Arbeitnehmer ihrer Meinung nach auch unter Berücksichtigung seines Gesundheitszustandes zur Nachtschicht verpflichtet. Zudem sei ihr nicht bekannt, dass bei einer Tätigkeit in der Nachtschicht die Niere in einem höheren Maße geschädigt werde, als dies bei einer Arbeit tagsüber der Fall sei. Die vorgelegten Atteste stellten lediglich die durch einen Arzt aufgestellte Behauptung dar, der Kläger könne oder solle nicht im Nachtschichtbetrieb arbeiten. Irgendeine Erklärung, weswegen dies der Fall sei, werde nicht gegeben. Überdies könne der Arbeitnehmer nicht in Bereichen

eingesetzt werden, in denen von der Betriebsorganisation her keine Nachtschichten anfielen.

Das Urteil des Landesarbeitsgerichts:

Vor Gericht bekam der Arbeitnehmer Recht. Er ist nicht verpflichtet, Nachtschicht zu leisten.

Dies ergibt sich in diesem Fall schon allein daraus, dass er aufgrund seiner Schwerbehinderung besonderen Schutz genießt. Schwerbehinderte Menschen haben nach § 81 Abs. 4 Nr. 4 SGB IX einen einklagbaren Anspruch auf behindertengerechte Gestaltung der Arbeitszeit, soweit dessen Erfüllung für den Arbeitgeber nicht unzumutbar oder mit unverhältnismäßigen Aufwendungen verbunden ist. Hieraus kann sich die Pflicht des Arbeitgebers ergeben, einen schwerbehinderten Arbeitnehmer nicht zur Nachtarbeit einzuteilen (so schon das Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 03.12.2002 – 9 AZR 462/01).

Dieser Anspruch setzt für den Betroffenen voraus, dass seine Behinderung eine Arbeitszeit erfordert, die Nachtarbeit ausschließt. Diese Voraussetzung war hier gegeben. Denn alle Atteste haben den gleichen Aussagewert, dass der Kläger aus gesundheitlichen Gründen, die mit seiner Schwerbehinderung im Zusammenhang stehen, nicht in der Lage ist, Nacht- und Wechselschicht zu leisten.

Anerkanntermaßen wird bei einer ordnungsgemäß ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung davon ausgegangen, dass die attestierte Erkrankung richtig ist. Um dies zu widerlegen, hätte die Arbeitgeberin Tatsachen vorbringen müssen, welche Zweifel an der Richtigkeit der ärztlichen Feststellungen gebieten. Dies konnte sie jedoch nicht. Zudem hat die Arbeitgeberin keine ausreichenden Umstände dargelegt, wonach ihr die Nichteinteilung des Arbeitnehmers in Nachtschicht unzumutbar oder mit unverhältnismäßigen Aufwendungen verbunden wäre.

Auf den Inhalt des Arbeitsvertrages kann sich die Arbeitgeberin nicht berufen. Die Rechtsansprüche aus den Schutzvorschriften zu Gunsten der schwerbehinderten Menschen gehen der vertraglichen Vereinbarung vor.

Das bedeutet es für die Praxis:

Auf die Befreiung von der Nachtarbeit können schwerbehinderte Arbeitnehmer einen einklagbaren Anspruch haben. Dazu muss gerade ihre Behinderung eine Arbeitszeit ohne Nachtarbeit erfordern. Ablehnen kann der Arbeitgeber diesen Anspruch nur, wenn er konkret darlegen kann, warum die Erfüllung dieses Anspruchs für ihn unzumutbar oder mit unverhältnismäßigen Aufwendungen verbunden ist. Nicht ausreichend hierfür ist das Argument, alle Mitarbeiter bei der Schichteinteilung ohne Ausnahme gleich behandeln zu wollen. Auch genügt es nicht, dass die Herausnahme einzelner Arbeitnehmer aus dem Wechselschichtbetrieb zu einer überproportionalen Belastung anderer Kollegen führt.

Landesarbeitsgericht Mainz, Urteil vom 23.02.2005 - 4 Sa 900/04



• **Darf der Chef seine Angestellten aus dem Urlaub zurückrufen?**

Endlich Urlaub – der Koffer ist gepackt, der Flug und das Hotel gebucht und die Vorfreude auf die bevorstehende Reise groß. Doch ein Anruf vom Arbeitgeber kann ausreichen, um diesen Traum vom Urlaub zerplatzen zu lassen. Verständlicherweise ist der Ärger groß, wenn man sich nicht auf den Weg in den wohlverdienten Urlaub machen kann, sondern zurück zum Unternehmen fahren muss, um zu arbeiten. Doch darf der Chef das einfach so? Schließlich hat er selbst den Urlaub doch einst genehmigt.

Erholungsurlaub – was ist das?

Jeder Beschäftigte hat gemäß § 1 Bundesurlaubsgesetz (BUrlG) Anspruch auf sog. Erholungsurlaub. In dieser Zeit erhält er zwar weiterhin seinen Lohn – und je nach Vereinbarung auch ein sog. Urlaubsgeld –, muss aber dafür nicht arbeiten. Er kann sich also von der getanen Arbeit vielmehr erholen und seinen Tagesablauf frei gestalten.

Zu beachten ist jedoch, dass der gesetzliche Erholungsurlaub „nur“ 20 Tage beträgt, wenn der betreffende Angestellte fünf Tage in der Woche arbeitet. Wer § 3 I BUrlG liest, wird zwar auf einen Urlaubsanspruch von 24 Tagen stoßen. Der gilt aber nur, wenn der Beschäftigte sechs Tage in der Woche arbeitet, vgl. § 3 II BUrlG.

Heruntergerechnet auf die Fünftagewoche ergibt sich somit der Urlaubsanspruch von 20 Tagen ($24 / 6 \times 5$).

Oft gewähren Arbeitgeber aber freiwillig mehr als 20 Urlaubstage. Der sog. vertraglich vereinbarte Mehrurlaub wird dabei regelmäßig im jeweiligen Arbeitsvertrag oder im geltenden Tarifvertrag geregelt.

Widerruf der Urlaubsgenehmigung zulässig?

Hat der Arbeitgeber einem Angestellten den Urlaub bereits genehmigt, kann er seine Entscheidung nicht ohne Weiteres widerrufen, auch wenn der Urlaub noch gar nicht angetreten wurde. Die Parteien können sich aber einvernehmlich darauf einigen, den Urlaub zu verschieben.

Ansonsten kann der bereits genehmigte Urlaub nur im Notfall widerrufen werden. Von einem solchen Notfall ist aber noch nicht auszugehen, wenn Personalmangel herrscht. Schließlich hat es der Arbeitgeber ja selbst in der Hand, wie vielen und welchen Beschäftigten er zu welchem Zeitpunkt Urlaub genehmigt – er kann somit personelle Engpässe grundsätzlich selbst verhindern bzw. rechtzeitig für Vertretung sorgen.

Eine derartig zwingende und unvorhersehbare Notwendigkeit, die den Widerruf des genehmigten Urlaubs rechtfertigt, liegt daher nur in extremen Ausnahmefällen vor, z. B. wenn der urlaubsreife Beschäftigte die einzige Person ist, die eine bestimmte Maschine betätigen kann, die zu erledigende Arbeit unaufschiebbar ist und anderenfalls die Gefahr besteht, dass der Betrieb zusammenbricht.

Dürfen Beschäftigte aus dem Urlaub zurückgerufen werden?

Hat der Beschäftigte seinen Urlaub bereits angetreten und z. B. die heimischen Gefilde längst verlassen, ist es für seinen Arbeitgeber auch nicht sonderlich leicht, ihn vor der planmäßigen Heimkehr zurückzurufen.

Denn auch hier muss ein Notfall vorliegen, der es rechtfertigt, dass der Beschäftigte mit Sack und Pack aus dem Urlaub heimkehren muss. Schließlich trifft den Angestellten eine sog. Treuepflicht gegenüber seinem Arbeitgeber. Allerdings muss dieser im Fall des Rückrufs die Ausgaben tragen, die dem Beschäftigten aufgrund des Urlaubsabbruchs entstehen, z. B. höhere Flugkosten oder Ersatz der Hotelkosten.

Aber: Eine vor Urlaubsantritt geschlossene Vereinbarung, wonach der Arbeitgeber den Urlaub nur unter Vorbehalt gewährt und seinen Angestellten jederzeit zurückrufen kann, ist unzulässig, vgl. § 13 BUrlG. Das gilt zumindest dann, wenn sich der Beschäftigte gerade im gesetzlichen Erholungsurlaub befindet. Die damit bezweckte Erholung und selbstständige Planung der eigenen Freizeit ist nämlich nicht möglich, wenn der Angestellte seine Ferien abbrechen muss, um vorzeitig zur Arbeit zurückzukehren. Eine derartige Arbeitsbereitschaft würde gegen zwingendes Urlaubsrecht verstoßen.

Dagegen kann der Rückruf aus dem vertraglich vereinbarten Mehrurlaub durchaus zulässig sein. Weil der Mehrurlaub nicht den Regelungen des BUrlG unterfällt, können die Parteien aufgrund der sog. Vertragsfreiheit einen sog. Rückruf vereinbaren – allerdings muss diese Absprache noch vor Urlaubsantritt erfolgen. In diesem Fall sollten die Vertragsparteien allerdings stets explizit klären, dass es sich bei dem nunmehr gewährten Urlaub um den vertraglich vereinbarten Mehrurlaub handelt.

Urlaubsantritt trotz Widerrufs – ist das erlaubt?

Hat der Arbeitgeber den gesetzlichen Erholungsurlaub zunächst genehmigt und später grundlos widerrufen, kann der Beschäftigte trotzdem der Arbeit fernbleiben. Hier liegt keine unzulässige Selbstbeurlaubung vor – schließlich wurde der Urlaub ordnungsgemäß gewährt und der Beschäftigte macht nur von seinem Recht nach dem BUrlG Gebrauch. Der Arbeitgeber darf in dieser Situation also weder abmahnen noch kündigen, ansonsten läge ein Verstoß gegen das Maßregelungsverbot nach § 612a Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) vor.

Sie wurden zwar nicht aus dem Urlaub zurückgerufen, sollen aber z. B. auch am Strand oder am anderen Ende der Welt zwischen Städtetouren und Safari rund um die Uhr erreichbar sein? Dann könnte Sie der Rechtstipp „Erreichbarkeit durch den Arbeitgeber in der Freizeit?“ interessieren.

(VOI; https://www.anwalt.de/rechtstipps/darf-der-chef-seine-angestellten-aus-dem-urlaub-zurueckrufen_113612.html)



Dies und Das oder in Kürze mitgeteilt

1. SGB IX mit Änderungen durch das BTHG

Im Dezember 2016 ist die erste von vier Reformstufen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in Kraft getreten. Damit ist die große Reform des Sozialgesetzbuchs-Neuntes Buch (SGB IX) eingeleitet, mit der die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention fortgesetzt wird. Das Bundesteilhabegesetz soll die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung verbessern und die Eingliederungshilfe zu einem modernen Teilhaberecht weiterentwickeln.

Aber was bedeutet das für die Schwerbehindertenvertretung? Und wann treten welche Änderungen in Kraft? Der neue Ratgeber aus dem Bund-Verlag bietet einen Überblick über die Neuregelungen. Eine Synopse des bisher bestehenden SGB IX und der Neufassung hilft dabei, die Änderungen schnell zu erfassen und zu verstehen. Im Mittelpunkt dabei stehen die Neuregelungen zur Stärkung des Ehrenamtes der Schwerbehindertenvertreter sind die zahlreichen weiteren Gesetzestexte - jeweils mit kurzen Einführungen.

Behindertenrecht im Betrieb. Synopse: SGB IX mit Änderungen durch das Bundesteilhabegesetz. Gesetzsammlung mit Erläuterungen, Bund-Verlag, Frankfurt 2017, 647 Seiten, 39,90€ ISBN 978-3-7663-6610-8.■

2. Schuldnerberatung - Ratgeber in leicht verständlicher Sprache

Über drei Millionen Haushalte gelten in Deutschland als überschuldet. Das entspricht zirka sechs bis sieben Millionen überschuldeten Einzelpersonen. Überschuldung bedeutet dabei, dass es Schuldnern trotz ihres zur Verfügung stehenden Einkommens und Vermögens nicht möglich ist, ihre laufenden

Zahlungsverpflichtungen nach Abzug der Lebenshaltungskosten wie Miete, Strom, Lebensmittel etc., zu erfüllen. Kein Geld zu haben bedeutet aber nicht, keine Rechte zu haben, und es gibt zahlreiche Wege, Schulden wieder in den Griff zu bekommen.

Der neue Ratgeber gibt leicht verständliche Antworten auf schwierige Fragen wie:

Was dürfen Inkassounternehmen bzw. Rechtsanwälte? Was passiert, wenn der Gerichtsvollzieher Sachen bei mir wegnehmen will? Was passiert, wenn der Gerichtsvollzieher Fehler macht? Was ist das P-Konto? Kann meine Altersvorsorge vor Pfändung geschützt werden? Wie einigt man sich außergerichtlich mit Gläubigern? Wie läuft ein Privatinsolvenzverfahren ab? Werden alle meine Schulden von der Insolvenz und Restschuldbefreiung erfasst? Kein Geld mehr: Kann dennoch Privatinsolvenz beantragt werden? Wer hilft, schnell und unbürokratisch?

Die Broschüre ist in leicht verständlicher Sprache geschrieben und enthält zahlreiche Checklisten sowie Rechenbeispiele. Der Ratgeber richtet sich an alle Verbraucher, die sich ein Bild über die Risiken und Folgen von Zwangsvollstreckungsmaßnahmen und Privatinsolvenz machen wollen. Schulden erfolgreich bewältigen, C.H. Beck 2017, 5,50€, ISBN 978-3-406-70620-2

■

3. Design für sehbehinderte und sehende Menschen

„Sehbehindertengerechtes Design“ - da denkt man nicht unbedingt an attraktive Gestaltung. Das Projekt „Inclusives Design“ des Deutschen Blinden- und

Sehbehindertenverbandes (DBSV) will beweisen, dass Kommunikationsdesign sehbehindertengerecht und zugleich ansprechend für sehende Menschen sein kann. Vor kurzem ist die Plattform www.leserlich.info mit praxistauglichen Empfehlungen für die Gestaltung von Printprodukten und Webseiten gestartet.

In Deutschland leben nach WHO-Zahlen rund eine Million sehbehinderte Menschen, die selbst mit Sehhilfen über weniger als 30 Prozent des normalen Sehvermögens verfügen. In anderthalb Jahren Projektarbeit ist eine praxisnahe Arbeitshilfe für Profi-Gestalter und interessierte Laien entstanden. Beste Beispiele dafür sind der Schriftgrößenrechner und der Kontrastrechner, mit denen konkrete Maße und Farbwerte für den jeweiligen Einsatz errechnet werden können. Das Projekt „Inklusives Design“ läuft noch bis Ende Juni 2017.

