

Aspekte zur honorarärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus

Kooperationen an der Schnittstelle ambulant/stationär zur Überwindung der sektoralen Versorgungsstrukturen sind notwendig, um die immer komplexer werdenden Herausforderungen durch den demografischen Wandel mit zunehmend mehr multimorbiden und chronisch Kranken bei begrenzten Ressourcen zu meistern. Ärztlicher Personalmangel in Krankenhäusern, Unzufriedenheit mit den Strukturen unseres Gesundheitswesens, eine geänderte Einstellung zur Vereinbarung von Beruf und Familie und nicht zuletzt gute Verdienstmöglichkeiten sind Symptome für einen vermehrten Einsatz von Honorärärzten. Honorärärzte, bisweilen auch Kooperations- oder Konsiliarärzte genannt, sind als reine Privatärzte oder als Vertragsärzte freiberuflich auf Honorarbasis in medizinischen Einrichtungen tätig. In unterschiedlichen Reformgesetzen hat der Gesetzgeber eine honorarärztliche Tätigkeit in den zurückliegenden Jahren auch für niedergelassene Vertragsärzte ermöglicht, zuletzt in einem wegweisenden Schritt durch eine Änderung im Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), wonach allgemeine Krankenhausleistungen nun auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte erbracht werden können. Auf Honorärärzte kann wohl derzeit nicht verzichtet werden, aber durch wechselseitige Verdrängungen werden die gewünschten Zielsetzungen nicht zufriedenstellend und nicht ohne Konflikte erreicht werden.

Es ist schon immer üblich, dass sich im Kollektivvertragssystem niedergelassene Ärztinnen und Ärzte* oder reine Privatärzte in ihrer Praxis während ihres Urlaubs oder im Krankheits-

fall oder aus sonstigen Gründen einer Abwesenheit vertreten lassen, ohne mit dem Vertretungsarzt einen Anstellungsvertrag abzuschließen. Ärztliche Leistungen im Krankenhaus werden dem gegenüber in der Regel durch fest angestellte Ärzte erbracht. Abweichend davon, und mit gesetzlicher Regelung, ist die Tätigkeit des Belegarztes, der seine Leistungen dort als Vertragsarzt erbringt, seine Vergütung für Sozialversicherte durch seine KV aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erhält und in keinem arbeitnehmerähnlichen Verhältnis zum Krankenhaus steht (1). Die belegärztlichen Leistungen zählen per definitionem nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (2). Der sich verschärfende Ärztemangel in beiden Versorgungsektoren, in Krankenhäusern zusätzlich auch bedingt durch die stringenten Arbeitszeitregelungen, hat zur Folge, dass etwa seit dem Jahr 2005 in der stationären Versorgung vermehrt Privatärzte und Vertragsärzte als „Honorarkräfte“, so unlängst vom Gesetzgeber bezeichnet, zum Einsatz kommen. Sie tragen durch Kompensation von Personalmangel oder in Zeiten hoher Arbeitsdichte zur Entlastung bei. Auch sie stehen in keinem arbeitnehmerähnlichen Verhältnis zum Krankenhausträger und erbringen Leistungen freiberuflich auf Honorarbasis. Ärzte, die für eine derartige Tätigkeit Kooperationsvereinbarungen mit Krankenhäusern abschließen, werden zwischenzeitlich überwiegend als „Honorärärzte“ bezeichnet, auch wenn in Einzelfällen weiterhin die Begriffe „Kooperationsarzt“ oder „Konsiliararzt“ genutzt werden. Davon abzugrenzen ist jedoch der Belegarzt mit Honorarvertrag.

* Mit dem Begriff „Arzt“ ist im Folgenden auch die weibliche Form gemeint.

1. Der Honorarbelegarzt

Mit Ergänzung von § 121 SGB V durch einen Absatz 5 i.d.F. des § 18 Abs. 3 KHEntgG wurde den Krankenhäusern über das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) im Jahre 2009 die Möglichkeit eingeräumt, mit ihren Belegärzten Honorarverträge abzuschließen. Der Belegarztstatus bleibt zwar erhalten, die ärztliche Leistungsvergütung erfolgt aber nicht mehr durch die KV, sondern frei vereinbart durch das Krankenhaus, das gegenüber den Krankenkassen 80% der Hauptabteilungs-DRG abrechnet. Dieser Erlös ist in vielen Fällen für die Krankenhäuser niedriger als die belegärztliche DRG und dürfte deshalb nicht ausreichen, um die allgemeinen Krankenhauskosten zu decken und gleichzeitig eine angemessene Leistungsvergütung mit dem „Honorarbelegarzt“ zu vereinbaren. Insofern ist diese Regelung für die Krankenhäuser wirtschaftlich wohl wenig interessant.

2. Der Konsiliararzt

Konsiliarärztliche Leistungen sind gesetzlich nicht definiert (3). Die Abrechnungsvorschrift der GOÄ-Nr. 60 erklärt zumindest, was unter einem Konsil im klassischen Sinne zu verstehen ist, nämlich die Beratung zweier oder mehrerer Ärzte zur Diagnosestellung und/oder Festlegung der Therapie. Ein derartiges Konsilium kann bekanntlich stattfinden zwischen Krankenhausärzten verschiedener Fachrichtungen oder zwischen Krankenhaus- und Vertragsärzten. Abweichend von einem derartigen „echten“ Konsil, ist die Tätigkeit von Ärzten, denen beispielsweise von einem Krankenhaus Betten ohne sozialrechtliche Genehmigung durch die KV zur Verfügung gestellt wurden. Diese „Konsiliarärzte“, oftmals auch „Kooperationsärzte“ genannt, werden deshalb durchaus zu Recht als „schwarze Belegärzte“ bezeichnet (4). Die Vergütung

für deren Leistungen erfolgt auch hier über eine freie Vereinbarung durch das Krankenhaus, das allerdings dafür dann im Regelfall eine Hauptabteilungs-Fallpauschale gegenüber dem Kostenträger in Rechnung stellt.

3. Der Honorararzt

In den Sozialgesetzgebungen gibt es keinen Rechtsbegriff für den Honorararzt. In einer Arbeitsgruppe haben deshalb im Jahre 2010 die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam mit einigen ärztlichen Berufsverbänden und Fachgesellschaften, dem Bundesverband der Honorärärzte und der Deutschen Krankenhausgesellschaft grundsätzliche Positionsbestimmungen zur honorarärztlichen Tätigkeit in Deutschland erarbeitet (5) und den „Honorararzt“ definiert:

„Die Bundesärztekammer versteht unter dem Begriff des Honorararztes Fachärztinnen und Fachärzte, die in medizinischen Einrichtungen zeitlich befristet auf Honorarbasis tätig sind.“

Der Honorararzt wäre also demnach ein Vertretungsarzt, dessen Kooperationsvereinbarung mit dem Krankenhaus keiner speziellen Rechtsgrundlage unterliegt. Auch er steht in keinem arbeitnehmerähnlichen Verhältnis zum Krankenhaus und wird zumeist durch Leiharbeitsfirmen vermittelt.

Daten und Fakten

Nach einer Erhebung des Marburger Bundes von 2011 seien etwa 12000 Stellen in der stationären Versorgung nicht besetzt. Wirklich belastbare Daten zur honorarärztlichen Tätigkeit in Deutschland fehlen allerdings. Nach Angaben des Bundesverbandes der Honorarärzte aus dem Jahre 2010 sind bis zu 4000 Ärztinnen und Ärzte zeitweise oder in Vollzeit als Honorärärzte tätig, darunter etwa 800 täglich. Knapp 42% kommen demnach Honorärärzte in der Anästhesiologie zum Einsatz, statisti-

Tab. 1 Einsatz von Honorärärzten nach Fachgebieten

Anästhesiologie	41,4 %
Innere Medizin	11,3 %
Gynäkologie	8,2 %
Chirurgie	7,9 %
Pädiatrie	2,3 %
Psychiatrie	2,2 %
Dermatologie	1,3 %
Urologie	?

Quelle: Bundesverband der Honorärärzte

sche Angaben für die Urologie fehlen (■ **Tab. 1**). Bei einer Befragung durch den Berufsverband der Chirurgen ebenfalls im Jahre 2010 zur honorarärztlichen Tätigkeit im eigenen Fachgebiet gaben immerhin 33% der Chefärzte an, „dass es im Interesse der Krankenversorgung keine Alternativen zur Beschäftigung von Honorärärzten gab“ (6). Unzufriedenheit mit den derzeitigen Strukturen in unserem Gesundheitswesen wird oftmals als Grund für den Einstieg in die honorarärztliche Tätigkeit genannt (7), aber auch die Möglichkeit Familie und Beruf durch flexiblere Arbeitszeit besser zu vereinbaren und nicht zuletzt als Honorararzt gut zu verdienen.

Regelungen zu Kooperationen zwischen den Versorgungssektoren

Die Kostenentwicklung in unserem Gesundheitswesen und der nun zusätzlich prognostizierte Ärztemangel veranlassten den Gesetzgeber, die rechtlichen Voraussetzungen zu einer engeren Verzahnung des ambulanten und stationären Leistungssektors zu schaffen, um damit nicht zuletzt auch in Einzelbereichen eine im Wege stehende Rechtssprechung zu korrigieren. Dies ist zweifellos durch die Reformgesetze in den zurückliegenden Jahren zumindest schrittweise gelungen. So ergeben sich nun für Krankenhäuser und Vertragsärzte auf

Tab. 2 Kooperationsmöglichkeiten eines Vertragsarztes mit einem Krankenhaus

Belegarzt nach § 121 SGB V
„Honorarbelegarzt“ nach § 18 Abs. 3 KHEntgG
Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V
Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
Prä- und poststationäre Leistungen nach § 115a SGB V
Als angestellter Arzt für 13 Wochenstunden nach § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV
Als nicht fest angestellter Arzt nach § 2 Abs. 1 KHEntgG
Im Rahmen der „ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“ nach § 116b Abs. 4 SGB V

unterschiedlichen Feldern Möglichkeiten zu Kooperationen (■ **Tab. 2**). Die weiteren Ausführungen werden sich hier ausschließlich mit den Regelungen für Tätigkeiten eines angestellten bzw. eines nicht fest angestellten Honorararztes auf der Basis aktueller Gesetzgebung beschränken und nicht jede der abgebildeten Möglichkeiten von Kooperationsvereinbarungen einer honorarärztlichen Tätigkeit beinhalten.

Der Honorararzt als angestellter Arzt nach § 20 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV)

Es war bis zum in Kraft treten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) am 1.1.2007 undenkbar, dass ein Vertragsarzt neben dieser Tätigkeit und somit eingebunden in das Kassenarztrecht mit allen seinen spezialrechtlichen Regelungen, gleichzeitig als angestellter Krankenhausarzt dort ärztliche Leistungen erbringen konnte, was auch durch das BSG als unvereinbar angesehen wurde (8). Im Zuge dieser gesetzlichen Vorgabe wurde § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV ergänzt, wonach ein Vertragsarzt nun durchaus auch als angestellter Krankenhausarzt mit einer auf 13 Wochenarbeitsstunden begrenzten Arbeitszeit im oder für das Krankenhaus tätig werden kann (■ **Abb. 1**). Diese Regelung gilt auch im Rahmen eines Medizinischen Versorgungszentrums.

Der Honorararzt als nicht fest angestellter Arzt nach § 2 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)

Die sozialrechtlichen Vorgaben für den „Honorarbelegarzt“ gemäß § 121 Abs. 5 SGB V, weiterhin im Übrigen als „echter“ und nicht fest angestellter Belegarzt tätig, und auch nicht an die zeitliche Befristung von 13 Wochenarbeitsstunden gebunden, wurden bereits näher erörtert. Dem gegenüber kam es aus Sicht des Gesetzgebers zu unterschiedlichen Rechtsauffassungen dar-

über, ob eine ärztliche Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen nur durch fest angestellte Ärztinnen und Ärzte erbracht werden können. Im Rahmen des Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (Psych-Entgeltgesetz – PsychEntgG) wurde deshalb eine Änderung von § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG auf Antrag der Fraktionen der CDU/CSU und FDP verabschiedet (■ **Abb. 2**). Danach können nun ärztliche Behandlungen, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, z. B. niedergelassene Ärzte, erbracht werden. Der Gesetzgeber begründet diese Änderung u. a. mit der Vorgabe nach § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V, wonach Krankenhäuser verpflichtet sind, jederzeit verfügbares ärztliches Personal vorzuhalten. Da dies „statusneutral“ sei, kann die Erbringung, aber auch die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen nicht davon abhängen, ob diese durch angestelltes oder nicht angestelltes ärztliches Personal erbracht werden. Zwar wurden nun zweifellos die rechtlichen Voraus-

„Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar.“

Festlegung durch BSG bis zu 13 Wochenstunden als angestellter Arzt.

Abb. 1 ▲ Ärztezulassungsverordnung § 20 Abs. 2 S. 2

Krankenhausentgeltgesetz § 2 Krankenhausleistungen

(1) Krankenhausleistungen ... sind insbesondere ärztliche Behandlung „auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte“, ... die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, ... Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte ...

Abb. 2 ▲ Psych-Entgeltgesetz

§ 31 Unerlaubte Zuweisung

(1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

Abb. 3 ▲ Berufsordnung für Ärzte

§ 73 Abs. 7 SGB V

„(7) Es ist Vertragsärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Versicherten ein Entgelt oder sonstige wirtschaftliche Vorteile sich versprechen oder sich gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren. § 128 Absatz 2 Satz 3 gilt entsprechend.“

Gesetzliche Regelung entsprechend des ärztlichen Berufsrechts (§ 31 BO), jedoch mit vertragsarztrechtlichen Sanktionsmöglichkeiten gemäß § 128 Abs. 5a SGB V:

„(5a) Vertragsärzte, die unzulässige Zuweisungen fordern oder annehmen oder Versicherte zur Inanspruchnahme einer privatärztlichen Versorgung an Stelle der ihnen zustehenden Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflussen, verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten.“

Abb. 4 ▲ Zuweisung gegen Entgelt

setzungen für die Leitungserbringung im Krankenhaus von nicht fest angestellten „Honorarkräften“ geschaffen, aber es ergeben sich nachvollziehbar durchaus Fragen, die für eine rechtssichere Umsetzung Antworten bedürfen.

Kooperationsmöglichkeiten

1. Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

Seit einigen Jahren wird eine öffentliche Debatte um sogenannte „Zuweiserprämien“ geführt, so auch in einem eigenen Forum auf dem 61. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie 2009 in Dresden. Es wird vermutet, dass niedergelassene Ärzte für die Zuweisung von Patienten, auch bei Zusammenarbeit

mit Krankenhäusern, ein Entgelt entgegen nehmen oder sich gewähren lassen. In einer nicht unumstrittenen Auftragsstudie des GKV-Spitzenverbandes zur „Zuweisung gegen Entgelt“ wird festgestellt, dass zwar nur 17% der befragten niedergelassenen Ärzte die Häufigkeit gezielter Zuweisung gegen wirtschaftliche Vorteile gegenüber Krankenhäusern als gelegentlich oder häufig einschätzen, allerdings 40% der befragten Krankenhäuser solche Zuweisungen als gelegentlich oder sogar häufig angeben (9). Auch der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen hat sich in seinem Sondergutachten 2012 zu diesem Thema geäußert (10):

„Es muss gewährleistet sein, dass wettbewerbliche Steuerungs-

mechanismen die Unabhängigkeit der Ärzte nicht in Frage stellen und dazu führen, dass Ärzte sich stärker von ökonomischen als von medizinischen Erwägungen leiten lassen. Das Problem der Unterscheidung einer gewünschten Zusammenarbeit im Rahmen der integrierten Versorgung von einer unzulässigen Zuweisung gegen Entgelt entsteht insbesondere da, wo ein Netz ohne Beteiligung einer Krankenkasse agiert.“

Nach § 31 Abs. 1 der Berufsordnung für Ärzte ist es Ärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren (■ **Abb. 3**). Diese Festlegung ist ein Verbotsgesetz im Sinne des § 134 BGB. Dieses berufsrechtliche Zuweisungsverbot wurde aber nun im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) durch § 73 Abs. 7 SGB V nicht nur als gesetzliche Regelung aufgenommen, sondern eine Zuweisung gegen Entgelt wurde i.V.m. § 128 Abs. 5a SGB V zusätzlich mit vertragsarztrechtlichen Sanktionsmöglichkeiten versehen (■ **Abb. 4**).

Zum Verbot der Zuweisung gegen Entgelt stellt SCHULENBURG (11) deshalb folgerichtig fest: „Ärztinnen und Ärzte müssen ihre Entscheidung darüber, an wen sie einen Patienten verweisen oder wem sie Untersuchungsmaterial zu Laboruntersuchungen überlassen, allein nach ärztlichen Gesichtspunkten treffen. Ihre Nachfrageentscheidung darf nicht aus eigenen Interessen als Nachfrager oder „Nachfrage-disponent“ des Patienten getroffen werden. Insbesondere darf der Arzt die Entscheidung, an welchen Facharzt er einen Patienten überweist, nicht davon abhängig machen, ob ihm für die Überweisung eine Gegenleistung zufließt oder nicht.“

Trotz diesen Rechtsbestimmungen ergeben sich eine Reihe von Unwägbarkeiten bei der Umsetzung der Neufassung von § 2 Abs. 1 KHEntgG.

Können nun nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte eigene Patienten stationär einweisen und ausschließlich diese behandeln oder wäre daraus ein Verstoß gegen § 73 Abs. 7 SGB V abzuleiten?

Diese Frage wurde gleichlautend an den KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas KÖHLER und den BÄK-Präsidenten Professor Dr. Frank Ulrich MONTGOMERY gerichtet. In deren erster Einschätzung finden sich durchaus Übereinstimmungen (12). Kein Verstoß gegen das Zuweisungsverbot läge wohl vor, wenn die Vergütung grundsätzlich der erbrachten Leistung entspricht, also angemessen sei. Was wäre aber angemessen? Der DRG-Arztkostenanteil der jeweiligen erbrachten Leistung? Angelehnt an den EBM 2000 plus oder die GOÄ?

Weiterhin muss gewährleistet sein, dass der Patient über die Identität des behandelnden Arztes aufgeklärt ist und die freie Krankenhauswahl gewahrt bleibt. Es besteht auch Einvernehmen, dass sichergestellt werden müsse, dass der Vertragsarzt nicht ausschließlich die von ihm eingewiesenen Patienten behandelt. Hierzu bemerkt KÖHLER: „*Problematisch ist im Übrigen, wenn der Vertragsarzt ausschließlich die von ihm eingewiesenen Patienten behandelt. Hierdurch könnte der Anschein erweckt werden, dass die Zuweisung des Patienten ausschließlich deshalb erfolgt, damit der behandelnde Arzt ein zusätzliches Entgelt erhält.*“

2. Besteht Scheinselbständigkeit und Sozialversicherungspflicht?

Krankenhäuser deklarieren ihre Honorarärzte im Regelfall als freie Mitarbeiter. Dadurch fallen keine Sozialversicherungsbeiträge und auch keine Steuern an. Zwischenzeitlich überprüfen allerdings Steuerbehörden und auch Sozialversicherungsträger in Einzelfällen, ob im Zusammenhang bei den als nicht abhängig ausgewiesenen Honorarärzten eine Scheinselbständigkeit

vorliegt (13). Hinter „Scheinselbstständigkeit“ verbirgt sich die Frage, ob eine bestimmte Tätigkeit im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses oder eines freien Dienstverhältnisses erfolgt. Scheinselbstständigkeit liegt dann vor, wenn eine erwerbstätige Person als selbständiger Unternehmer auftritt, obwohl sie von ihrer Tätigkeit her zu den abhängig Beschäftigten zählt (s. auch § 7 Abs. 1 SGB IV). Ist also ein Honorararzt weisungsgebunden und in den Betrieb des Krankenhauses eingebunden, könnte diese Handhabung durchaus als Scheinselbstständigkeit ausgelegt werden, zumal im Übrigen auch das unternehmerische Risiko eines Selbständigen fehlt. Einige Gerichte haben bereits in diesem Sinne geurteilt (14). Wird also bei einer ausgewiesenen honorarärztlichen Tätigkeit eine Scheinselbstständigkeit festgestellt, wurde also durch einen Krankenhausträger der Versuch unternommen, eine eigentlich steuer- und sozialabgabenpflichtige Tätigkeit zu umgehen, droht die Gefahr der Strafbarkeit wegen Vortretens von Sozialversicherungsbeiträgen und Lohnsteuer.

3. Vergütung von Honorarärzten

Für die Vergütungsvereinbarung zwischen Krankenhaus und Honorararzt gilt grundsätzlich das Prinzip der Vertragsfreiheit. Wie bereits erwähnt, soll die Honorierung nach Empfehlung von KBV und BÄK angemessen sein. Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofes (15) ist die GOÄ auf Kooperationsverträge mit Krankenhäusern nicht anwendbar. Danach dienen die Preisvorgaben der GOÄ dem Schutz der Patienten und nicht dem Schutz der Ärzte. Eine Anlehnung an die GOÄ sei aber grundsätzlich zulässig. Vergütungsabsprachen sollen sich nach den Regeln des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) und den Bestimmungen der §§ 134, 138 BGB richten (16). Nach derzeitigem Kenntnisstand werden die Arztkostenanteile der fallbezogenen

DRG oder fallunabhängige Pauschalen, aber auch Stundenlöhne zwischen Euro 65,- bis 90,- vereinbart.

Offen ist in jedem Fall die Frage, ob einem nicht fest angestellten Honorararzt das Liquidationsrecht für wahlärztliche Leistungen im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung eingeräumt werden darf. Nach § 17 Abs. 3 KHEntgG steht das Liquidationsrecht ausschließlich angestellten und beamteten Krankenhausärzten und den von diesen in die Behandlung einbezogenen (externen) niedergelassenen Ärzten zu. Davon ausgenommen sind Belegärzte, da nach § 2 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG die Leistungen der Belegärzte ausdrücklich nicht zu den Krankenhausleistungen gehören. Da der Gesetzgeber die Regelung nach § 17 Abs. 3 KHEntgG im Rahmen der Änderung von § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG durch das PsychEntgG unverändert ließ, gilt, dass nicht fest angestellte Ärzte von Gesetz wegen nicht in die Wahlärztketten einbezogen sind, was im Übrigen auch so durch das BMG und den Verband der Privaten Krankenversicherungen beurteilt wird (17).

Qualitätsanforderungen und Haftung

Aus Sicht des Gesetzgebers muss das Krankenhaus sicherstellen, dass nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest angestellte Ärzte gelten. Nach Festlegung der ärztlichen Selbstverwaltung sind neben einer Facharztqualifikation als eine Grundvoraussetzung für eine honorarärztliche Tätigkeit gleichermaßen für Honorarärzte und medizinische Einrichtungen auch die Nachweise über Fortbildungszertifikate, eine Einweisung gemäß Medizinprodukte-Betreiberverordnung und eine regelmäßige Teilnahme an Instrumenten des Qualitäts- und Risikomanagements sowie

die Verpflichtung zur Einhaltung aller gesetzlichen Regelungen, insbesondere die Beachtung des Arbeitszeitgesetzes. Da der Krankenhausträger für die vom Honorararzt erbrachten allgemeinen Krankenhausleistungen eine Hauptabteilungsfallpauschale abrechnet, haftet er auch gegenüber dem Patienten für alle Schäden aus dem Behandlungsvertrag, da er sich einen Behandlungsfehler des Honorararztes zurechnen lassen muss. Insoweit ist eine eigene Betriebspflichtversicherung für die stationäre Tätigkeit von Honorarärzten unabdingbar.

Schlussfolgerung

Mit der Änderung von § 2 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG über das PsychEntgG hat der Gesetzgeber einen weiteren Schritt zur Verbesserung von Möglichkeiten für Vertragsärzte geschaffen, für und im Krankenhaus tätig zu werden. Dadurch kann nun auch der Krankenhausträger rechtssicher allgemeine Krankenhausleistungen durch nicht fest angestellte Ärzte erbringen lassen und auch gegenüber den Kostenträgern in Rechnung stellen. Dadurch sind aber zweifellos nicht alle daraus abzuleitenden Probleme für den Honorararzt und das Krankenhaus als Kooperationspartner beseitigt, die im Einzelfall sicherlich die Gerichte mit dann wohl unterschiedlichen Auslegungen beschäftigen werden. Insbesondere ist dies dann zu erwarten, wenn durch Kooperationen mit einem Honorararzt Leistungen erbracht werden, die außerhalb des durch den Feststellungsbescheid festgelegten Versorgungsauftrages des Krankenhauses liegen und deshalb nicht vergütet werden dürfen (18). Der Gesetzgeber ist darüber hinaus gefordert, die Tätigkeit eines Vertragsarztes mit dem Verbot der Zuweisung gegen Entgelt in Einklang zu bringen und auch festzustellen, ob die derzeitigen Regelungen der gesetzlichen Wahlleistung eine Verbotsnorm darstellen. Eine wohl absolut sichere Kooperationsmöglichkeit eines

Vertragsarztes auf Honorarbasis mit einem Krankenhaus besteht derzeit uneingeschränkt in einer auf 13 Wochenarbeitsstunden beschränkten Festanstellung und für den Belegarzt mit Honorarvereinbarung. Alle anderen Kooperationsvereinbarungen zur honorarärztlichen Tätigkeit durch nicht fest angestellte Ärztinnen können Rechtsunsicherheiten beinhalten und sollten deshalb einer genauen Rechtsprüfung unterzogen werden.

Literatur- und Quellenverzeichnis

- (1) 5. Sozialgesetzbuch: § 121 Abs. 1 - 3
- (2) Krankenhausentgeltgesetz: § 2 Abs. 1 Satz 2
- (3) vgl. dazu Quaa in Quaa/Zack, Medizinrecht, 2. Auflage
- (4) SG Gelsenkirchen v. 29.6.2005 - 5 16 KA 15/04
- (5) Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland: Positionsbestimmung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, 2011
- (6) Der Chirurg, BDC, 8/2010
- (7) Deutsches Ärzteblatt, Heft 22, 2010
- (8) BSG v. 5.2.2003 - B 6 KA 22/02R
- (9) Unzulässige Zusammenarbeit im Gesundheitswesen durch „Zuweisung gegen Entgelt“, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Economy & Crime Research Center 2012
- (10) Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, Sondergutachten 2012, Kapitel 7, Abs. 206
- (11) Dr. Dirk Schulenburg, Justitiar der LÄK Nordrhein, Arzt und Recht - Folge 49, 15.12.2008
- (12) Dr. Andreas Köhler, KBV-Vorstandsvorsitzender, v. 11.10.2012 Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, BÄK-Präsident, v. 8.11.2012
- (13) Deutsches Ärzteblatt, Heft 44, November 2011
- (14) SG Dortmund v. 12.1.2006 - S 10 RJ 307/03 LSG Nordrhein-Westfalen v. 29.11.2006 - L 11(8) R 50/06 LSG Berlin-Brandenburg v. 13.3.2009 - L 1 KR 555/07 BSG v. 4.11.2009 - B 12 R 7/08 R
- (15) BSG v. 12.11.2009 - III ZR 110/09
- (16) Dr. Bernhard Debong, Kanzlei für Arzt und Recht, Karlsruhe, zit. aus Vergütung von Honorarärzten, Arzt-Recht 8/2011
- (17) BMG v. 13.11.2012 PKV v. 4.12.2012
- (18) Der Honorararzt im Krankenhaus: Zukunft- oder Auslaufmodell, Gesundheitsrecht 9/2009

Dr. med. K. Schalkhäuser
Erdringer Str. 19, 84405 Dorfen