

Honorarärzte: Erweiterter Einsatz auf rechtlich schwankendem Boden

Gesetzänderungen in den vergangenen Jahren haben Honorarärzten erweiterte und flexible Tätigkeiten vor allem im Krankenhaus möglich gemacht. Ein besonderes Problem stellt die Vertragsgestaltung im Hinblick auf die Scheinselbstständigkeit und zum Teil auch in Bezug auf die Chefarztbefugnisse dar.

von Harald Clade

Die Kooperationsmöglichkeiten von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärzten und anderen Leistungserbringern sind vielgestaltig und erweitern tendenziell den Einsatzradius des Krankenhauses und die Arbeitsmöglichkeiten von kooperierenden externen Ärzten. Diese erstrecken sich auf einen Katalog von ambulanten, teilstationären, stationären, stationäreretzenden, prä- und poststationären Leistungen bis hin zur Nutzungsüberlassung von Behandlungsräumen und Apparaturen durch das Krankenhaus.

Bei den Kooperationsformen spielen Honorarärzte eine exponierte Rolle. Heute sind in Deutschland bereits circa 4.700 bis 5.000 Honorarärzte zeitweise, teilweise oder in Vollzeit beruflich aktiv. Der Bundesverband der Honorarärzte (BV-H), eine 2012 neu gegründete Genossenschaft, und inzwischen mehr als 20 größere Vermittlungsagenturen kümmern sich um die Einsatzmöglichkeiten von Honorarärzten und vermitteln auch als Freelancer Assistenzärzte an verschiedenen Orten ohne eine längerfristige Tätigkeit am Krankenhaus. Die Genossenschaften und Vermittlungsagenturen treten zum Teil auch als Berater, Personalvermittler und als „Leiharbeitsfirmen“ auf.

Honorarärzte sind freiberuflich tätige ärztliche Mitarbeiter des Krankenhauses, die in die Versorgung von Krankenhauspatienten fallweise eingebunden sind, ohne selbst im Krankenhaus angestellt zu sein. Die jüngsten Rechtsänderungen und die aktuelle Rechtsprechung sind darauf ausgerichtet, die Unklarheiten und Rechtsunsicherheiten beim Einsatz von Honorar-

ärzten zu beseitigen. Inzwischen gibt es unterschiedliche aktuelle Sozialgerichtsurteile vor allem zur Sozialversicherungspflicht von unselbstständigen Honorarärzten. Diese haben aber nicht zu mehr Rechtsklarheit beigetragen. Je nach Vertragsgestaltung ergeben sich unterschiedliche Konsequenzen, beispielsweise im Hinblick auf das Arbeits-, Haftungs- und das Sozialversicherungsrecht. Unklare Rahmenbedingungen erhöhen die Risiken für beide Partner – Arzt und Krankenhaus. Solche Risiken müssen vor einer Vertragsabmachung geprüft werden. Nur wenn die Schnittstellenprobleme rechtlich eindeutig geklärt sind und möglicherweise eine Risikoteilung bei der Aufbringung der Sozialversicherungsbeiträge zwischen dem Krankenhausträger und dem Honorararzt erfolgt, begeben sich die Kooperationspartner auf ein einigermaßen sicheres Terrain.

Größerer Einsatzradius

Allgemein gültige Handlungsempfehlungen kann es nicht geben, so die Juristen unisono. Auch gibt es bisher Urteile von Sozialgerichten mit divergierenden Ergebnissen. Viel Wirbel verursachte ein Urteil des Landessozialgericht (LSG) Baden-

Württemberg, Stuttgart, vom 17. April 2013, welches ein Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom Juni 2011 bestätigte (Az.: L 5 R 3755/11). Beide Gerichte stuften die Tätigkeit eines Honorararztes deshalb als abhängige Beschäftigung ein, weil vergütungsfähige Krankenhausleistungen prinzipiell nur durch angestellte Ärzte erbracht werden dürften (LSG-Urteil BW; Az.: S 15 R 2545/09). Ein klärendes Urteil des Bundessozialgerichts steht jedoch noch aus. Geprüft werden muss auch, ob und inwieweit die Chefarztbefugnisse und -pflichten sowie das Privatliquidationsrecht betroffen sind.

Mit dem Einsatz von Honorarärzten und der Beschäftigung von niedergelassenen Ärzten im Auftrag des Krankenhauses sollen Versorgungslücken in den Krankenhäusern auf Dauer geschlossen werden. Honorarärzte sind oftmals nur zeitweilig für einen oder für mehrere Auftraggeber tätig. Aber auch zur kurzfristigen Einsparung und zur Entlastung des eigenen festangestellten Personals insbesondere in kleineren Spezialfächern werden Honorarärzte vermehrt eingesetzt. Sie tragen damit auch zur Sicherstellung der Patientenversorgung im stationären Bereich bei. Die Beschäftigung von Honorarärzten am Krankenhaus ist deshalb nicht Ursache,



Honorarärztin oder nicht? Auf diesem Bild nicht zu erkennen: Arbeiten Honorarärzte regelmäßig in einem Krankenhaus, sollten sie auch förmlich und äußerlich – etwa mit ihrer Berufskleidung – darauf achten, dass sie nicht zum festangestellten Mitarbeiterstab des Krankenhauses gehören, also gegebenenfalls einen Arztkittel tragen, der sich prinzipiell von der Dienstkleidung für Ärzte abhebt, die der Träger zur Verfügung stellt.

Foto: Tetra/dock-stock

sondern Folge des Ärztemangels, vor allem im Krankenhaus.

Unstrittig ist auch die Tatsache, dass der Gesetzgeber – gesundheitspolitischen Forderungen folgend – die Beschäftigung von Honorarärzten zur Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen (Hauptleistungen) ermöglichen wollte. Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz ist seit 1. Januar 2013 durch eine Änderung in § 115 a Absatz 1 SGB V klargestellt worden, dass prä- und poststationäre Leistungen durch externe Ärzte nicht ausschließlich im Krankenhaus, sondern auch außerhalb des Klinikums erbracht werden können. Eingefügt wurde in § 115 a Absatz 1 SGB V ein Passus, wonach das Krankenhaus die Behandlung auch durch einen beauftragten Vertragsarzt in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen lassen kann. Es gibt zwei Gestaltungs- und Einsatzmöglichkeiten: die Anstellung eines Vertragsarztes am Krankenhaus in Teilzeit und mit einem Arbeitsvertrag einerseits, die selbstständige Tätigkeit auf der Basis eines Honorar-/Konsiliarvertrages des niedergelassenen Arztes mit dem Krankenhaus andererseits.

Ein Überblick über das Honorar-/Konsiliararztsystem erfordert eine Begriffsdefinition, um eine klare Sprachregelung zu treffen und den Betroffenen eine Orientierung zu geben, wie sie sich mit ihrem eigenen Arztstatus in der Systematik wiederfinden. Unterschieden werden muss:

- Ein Honorararzt ist ein Belegarzt, der an einem belegärztlich geführten Krankenhaus auf der Basis von sogenannten A-DRGs abrechnet, wenn dies bei den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung gemeldet wird.
- Freiberuflich tätige Ärzte, die am Krankenhaus nicht fest angestellt sind, können auch stationär tätig sein.
- Grundsätzlich sollte in diesem Fall differenziert werden, ob es sich um Vertragsärzte handelt oder nicht. Diese Vertragsärzte sind keine „Lückenbüßer“ wie beispielsweise Aushilfskräfte (Assistenzärzte), sondern haben in der Regel auch längerfristige Verträge mit dem Krankenhaus.
- Die landläufig „Honorarärzte“ genannten „Lückenbüßer“ bei den Assistenzärzten müssen abgegrenzt werden von Vertragsärzten, die eine stationäre Tätigkeit ausüben, ohne Belegarzt zu sein. Hierzu ist ein Vertrag mit dem Krankenhaus notwendig. Dieser kann – wie

häufig von den Krankenhäusern gewünscht – auf Angestelltenbasis laufen oder frei gestaltet werden, beispielsweise auf einer DRG-Abrechnungsbasis.

- Die Verträge können grundsätzlich auf Angestelltenbasis oder leistungsbezogen konzipiert werden.

Der Honorararzt muss *keine* eigene Praxis führen und kann auch noch im „Senioralter“ (als Rentner) gelegentlich oder auf Dauer freiberuflich für ein Krankenhaus oder mehrere Häuser honorarärztlich tätig sein. Darunter sind auch ehemalige, oftmals pensionierte Chefärzte. Arbeitet er regelmäßig in einem Krankenhaus, sollte er auch förmlich und äußerlich – etwa mit seiner Berufskleidung – darauf achten, dass er nicht zum festangestellten Mitarbeiterstab des Krankenhauses gehört, also gegebenenfalls einen Arztkittel tragen, der sich prinzipiell von der Dienstkleidung für Ärzte, die der Träger zur Verfügung stellt, abhebt.

Kommt es zu einer „normalen“ Anstellung des niedergelassenen Arztes, beispielsweise aufgrund eines Teilzeitarbeitsvertrages, ist der Arzt fest in die Krankenhausorganisation und die Dienstpläne eingegliedert und unterliegt dem arbeitgeberseitigen Direktionsrecht (insbesondere auch dem chefärztlichen Weisungsrecht, der Aufsicht und Kontrolle).

Freie Mitarbeit – eine Alternative

Eine Alternative ist die freie Mitarbeit eines freiberuflich tätigen Arztes am Krankenhaus auf der Basis eines Honorararztvertrages, bei dem vor allem die Vorgaben des Arbeitsrechts beachtet werden müssen. Bei der Vertragsgestaltung muss strikt darauf geachtet werden, dass keine Scheinselbstständigkeit im Sinne von § 2 Abs. 1, Nr. 9 SGB VI entsteht – mit allen negativen Konsequenzen vor allem für die Sozialversicherungspflicht und die Nachveranlagung des Arbeitgebers und des ärztlichen Mitarbeiters durch die Sozialversicherung, die sich über mehrere Jahre erstrecken kann. Deshalb scheuen viele Krankenhäuser, Honorarärzte auf freiberuflicher Basis zu engagieren und tendieren eher zu einer Teilanstellung. Im Fall einer Scheinselbstständigkeit müssten die Beiträge zur gesetzlichen Kranken-, Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung nachgezahlt werden, und zwar nicht nur der Arbeitgeber-, sondern auch der Arbeitnehmeranteil. Um dies zu vermeiden, muss der Vertrag mit dem Kranken-

haus die Freiberuflichkeit des Honorararztes zweifelsfrei klarlegen. Anderenfalls müssten sich das Krankenhaus und der Honorararzt das Risiko einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung teilen, indem sie jeweils den hälftigen SV-Beitrag übernehmen.

Das konsiliarärztliche Konstrukt vermeidet dagegen eine enge Arbeitgeber-/Arbeitnehmer-Zusammenarbeit. Von den meisten Krankenhäusern wird dies denn auch so gewünscht. Der freiberuflich tätige Hautarzt alter Prägung beispielsweise war und ist ein echter Konsiliararzt, der fallweise und gezielt zur Beratung um Mitarbeit im Krankenhaus beauftragt wird. Konsiliarärzte wollen in der Regel freiberuflich und unabhängig tätig bleiben. Mithin entfallen beim Honorararzt ebenso wie beim Konsiliararzt klassische Arbeitnehmerschutzrechte wie die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Urlaubsansprüche, der Kündigungsschutz, Mitbestimmungsrechte und vor allem die Beteiligung an den Umsatzerlösen im Privatliquidationssektor des Chefarztes.

Honorarärzte zählen in der Regel nicht zu den Leistungserbringern der „Wahlleistungskette“. Je nach Vertragsgestaltung können auch Honorarärzte bei privatärztlicher Behandlung (Wahlleistungen) an den Liquidationserlösen des Chefarztes (Pool) beteiligt werden. Dies muss aber präzise vertraglich geregelt sein. Dies berührt unter anderem die Rechte des Chefarztes aus seinem Chefarztvertrag.

Die Leistungen des Honorararztes werden stets auf Veranlassung des Krankenhauses selbst erbracht. Hier hat das Krankenhausentgeltgesetz bisher nur auf angestellte Ärzte abgehoben. Dieser Passus ist trotz Interventionen von ärztlichen Berufsverbänden noch nicht geändert worden. Es gibt aber eine Rechtsprechung, die eine Lockerung verspricht, sodass künftig auch Konsiliarärzte gegenüber Privatpatienten nach der GOÄ liquidieren können, wenn sie stationäre Leistungen erbringen.

Belegärzte dagegen bleiben außen vor, weil deren Leistungen nicht zu den Krankenhausleistungen gehören (§ 2 Absatz 1, Satz 2 Krankenhausentgeltgesetz). Sie sind bei der Privatliquidation auf die GOÄ verwiesen, wie das Bundesgesundheitsministerium am 16. April 2012 gegenüber dem Bundesverband der Belegärzte klarstellte.

Der Einsatz von Honorarärzten erstreckt sich sowohl auf das stationäre

„Kerngeschäft“ als auch auf den Bereich des ambulanten Operierens sowie der vor- und nachstationären Leistungserbringung. Honorarärzte können sich an einem oder aber an mehreren Einsatzorten und für verschiedene Auftraggeber „verdingen“.

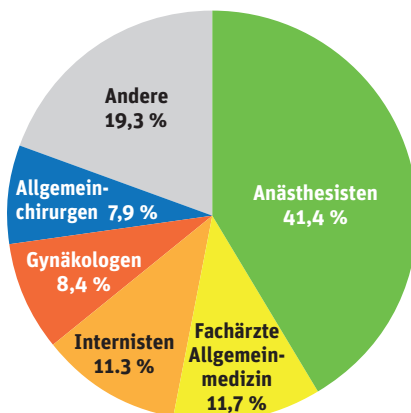
Honorarärzte sind zumeist in jenen Spezialgebieten des Krankenhauses eingesetzt, in denen ein akuter Personalbedarf besteht oder die vorgehaltenen Kapazitäten mit dem sonst zur Verfügung stehenden fest angestellten Personal nicht hinreichend ausgelastet sind. Zumeist sind dies die spezialisierten, kleineren operativen Fächer und die Anästhesiologie, bei der eine Festanstellung eines Facharztes für das Krankenhaus sich nicht lohnt. Dabei stellen die Anästhesisten laut einer Erhebung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung im Jahr 2011 mit 41,4 Prozent die größte Arztgruppe; danach folgen die Fachärzte für Allgemeinmedizin mit 11,7 Prozent, die Internisten mit 11,3 Prozent, die Gynäkologen mit 8,4 Prozent und die Allgemeinchirurgen mit 7,9 Prozent (siehe Grafik).

Organisatorisch und rechtssystematisch muss bei Kooperationen differenziert werden, je nachdem, ob der Vertragsarzt ambulante Kernleistungen des Krankenhauses erbringt oder stationäre Leistungen (auch Teilleistungen) vertragsgemäß erstellt. Während der Einsatz von Vertragsärzten als teilzeitangestellte Krankenhausärzte kaum rechtliche Fragen aufwirft, ist die Zulässigkeit einer freien Mitarbeit bisher rechtlich umstritten. Aufschluss geben ein Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts (LSG) vom 30. April 2008 (Az.: L 1 KR 103/07), ein Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 20. Februar 2013 (Az.: S 12 KR 69/12), ein Urteil des 5. Senats des LSG in Stuttgart vom 17. April 2013 (Az.: L 5 R 3755/11) und ein Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2011.

Ungeachtet der früher rechtlich umstrittenen Entscheidungen über die Zulässigkeit der Erbringung einer Operationsleistung durch einen am Krankenhaus nicht fest angestellten Arzt hat der Gesetzgeber unter Rückgriff auf einschlägige Urteile klargestellt, dass die gewünschte Kooperation nicht nur auf arbeitsvertraglicher Basis erlaubt ist, sondern auch nach anderen rechtlichen Gestaltungen zulässig sind. Das LSG Sachsen hat mit Hinweis auf § 95 Absatz 4, Satz 1 SGB V festgestellt, dass ein Vertragsarzt, der befähigt ist, ambulante Operationen im Rahmen der vertragsärztli-

Anästhesisten an der Spitze

In welchen Fachgebieten Honorarärzte am häufigsten arbeiten



Quelle: Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland. Positionsbestimmung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Memorandum, April 2011, Seite 11.

chen Versorgung zu erbringen, diese auch gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) abrechnen müsse. Aus einer Vereinbarung, die auf eine Umgehung dieser Pflicht hinausläuft, könne das Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse keine Ansprüche ableiten. Das Urteil des LSG Sachsen hat heute keine rechtliche Bedeutung mehr, weil der Gesetzgeber inzwischen maßgebende Rechtsgrundlagen geändert hat.

Facharztqualifikation ist Standard

Seit 1. Januar 2013 gibt es gemäß § 115 a SGB V erweiterte Kooperationsmöglichkeiten für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Das Krankenhaus kann solche Leistungen durch beauftragte Vertragsärzte erbringen lassen und diese gleichwohl als eigene Krankenhausleistungen gegenüber den Kostenträgern abrechnen. Prinzipiell ließe sich das Leistungsspektrum eines Krankenhauses so auf den stationär-ambulanten Sektor erweitern. Allerdings muss darauf geachtet werden, dass dadurch der Versorgungsauftrag beider Partner nicht ausgeweitet wird (Krankenhausplanung/vertragsärztliche Bedarfsplanung).

Erleichtert wird der Einsatz von Vertragsärzten, weil Vertragsarztsitze seit Inkrafttreten des *Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes* ab 2007 geteilt (halbiert) werden können (§ 19 a Abs. 2 *Ärzte-Zulassungsverordnung*). Weil es bisher keine definitiven Grundlagen für die Tätigkeit und den

Einsatz von Honorarärzten und von Konsiliarärzten im Sozial- und Krankenhausrecht gibt, müssen die Voraussetzungen und Grenzen jeweils bereichsspezifisch für die einzelnen Rechtskreise geklärt werden (Vertragsarzt-, Krankenhaus- und Wettbewerbsrecht), so Krankenhausrechtsexperten.

Das Honorar des beauftragten Arztes ist mit dem Krankenhaus frei auszuhandeln. Ein Salär des freiberuflich tätigen Honorararztes zwischen 70 und 100 Euro (brutto) pro Einsatzstunde oder eine gehaltsähnliche Pauschale sind heute üblich, mehr also als angestellten Klinikärzten gezahlt wird. Für das Krankenhaus ist zurzeit die Leistungserbringung durch festangestellte Fachärzte geringfügig günstiger als der Rückgriff auf freiberuflich tätige Honorarärzte. Hier steht einem kalkulatorischen Stundensatz von 72 Euro für Festangestellte ein Stundensatz von 92 Euro brutto (80 Euro, zuzüglich 12 Euro Personalnebenkosten) von Honorarärzten gegenüber.

Unangemessen hohe Vergütungen fallen unter das Kick-back-Verbot und sind damit unzulässig (Berufsordnung; Strafgesetzbuch). Einsatzort des freiberuflich tätigen Arztes kann sowohl eine Tätigkeit in den Räumen der Klinik als auch in der Arztpraxis sein. Im Bereich der stationären Leistungserbringung ist nach der rechtlichen Klarstellung von Anfang/Mitte 2012 die Übertragung der Hauptbeziehungsweise Kernleistungen, insbesondere von Operationen oder sonstigen invasiven Eingriffen, auf Honorarärzte möglich.

Im Unterschied zum klassischen Konsiliararzt erbringt der niedergelassene Operateur als Honorararzt stationäre Hauptleistungen, nicht nur ergänzende Leistungen – und zwar zum Facharztstandard. Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität müssen durch das sorgfältig ausgewählte fest angestellte Personal gesichert sein. Auch nicht angestellte Ärzte, die (zeitweise) oder auf Dauer in Kliniken arbeiten, müssen die gleichen Leistungs- und Qualitätsanforderungen erfüllen, wie sie auch für angestellte Klinikärzte gelten (§ 2 Absatz 3 *Krankenhausentgeltgesetz*), wenn sie sämtliche Behandlungen durchführen und allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen erbringen.

Dr. rer. pol. Harald Clade ist freier Journalist. Der Autor war langjähriger Redakteur des *Deutschen Ärzteblattes* in Köln.