RECHT 01.06.2018

Update 2018: Honorararzt und Antikorruption



Zunächst bleibt es dabei: In der Gesamtschau mit den Risiken der Scheinselbständigkeit, den Problemen bei der Erbringung von Wahlleistungen und der Gefahr eines „verdeckten Belegarztverhältnisses“ raten wir nach wie vor zu Teilzeit-Anstellungen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern anstelle von Honorararztverträgen.

Der reine Honorar- bzw. Kooperationsarzt hat dort nach wie vor seine Berechtigung, wo tatsächlich eine nur konsiliarärztliche Hinzuziehung in besonderen Fällen und die Behandlung von Regelleistungspatienten des Krankenhauses im Vordergrund stehen.

Auch im Anstellungsverhältnis sind die Themen der erforderlichen Angemessenheit der Vergütung bzw. des lauteren Wettbewerbs und der Zuweiserpauschale jedoch relevant. Es reicht mithin nicht, bestehende Kooperationen umzustellen. Die Partner müssen sich dezidiert mit den vorgenannten Rechtsfragen befassen, um zu einer rechtskonformen und für beide Parteien tragfähigen Lösung zu kommen. Das Dilemma der Ärzte ist es, dass es nach wie vor eine rechtssichere Ausgestaltung mangels klarer gesetzlicher Vorgaben oder verbindlicher höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht gibt. Es gibt bis dato nicht einmal erstinstanzgerichtliche Urteile, welche die Grenzen angemessener Vergütung im Sinne der antikorruptionsrechtlichen Vorgaben festlegen würden.

Es ist hierbei jedoch nach einer sich offenbar zunehmend durchsetzenden Auffassung der falsche Ansatz, die Angemessenheit der Vergütung der mit einem Krankenhaus kooperierenden Ärzte und BAGen rein in der „Welt“ Krankenhaus zu beurteilen und z. B. allein die in der InEK-Matrix ausgewiesenen ärztlichen Bestandteile wie für reine Krankenhausärzte als maßgeblich anzusehen. Denn auch bei einer Teilzeittätigkeit bleibt der niedergelassene Arzt ein primär freiberuflicher Unternehmer, dessen versorgungsübergreifende Position in der heutigen Realität der Krankenhäuser für diese und für die Sicherstellung der Versorgung allgemein von essenzieller Wichtigkeit ist. Dieser besonderen Situation des Arztes, der sich eben in zwei „Welten“ bewegt, müssen die Vertragspartner gerecht werden.

Gerade die hoch spezialisierten und qualifizierten teilzeitig angestellten Ärzte, insbesondere auch deren kooperierende BAGen erbringen in aller Regel diverse Begleitleistungen im Sinne des Krankenhauses, wie z. B. Ausbildung, Qualitätsmanagement, Beurteilung von MDK-Gutachten, Zertifizierungshilfe etc. Diese Leistungen werden von InEK eben nicht abgebildet und führen auch nicht zu einer verdeckten Belegarztstellung, da sie krankenhausspezifisch sind.

Auch werden in aller Regel durch diese externen Ärzte weniger Ressourcen in Anspruch genommen als vom Durchschnitt der Abteilungen. Dies lässt die Wirtschaftlichkeit einer solchen Abteilung im Unterschied zur Kontrolle der Gesamtwirtschaftlichkeit eines Hauses völlig anders aussehen.

Es kann deshalb nicht dem lauteren Wettbewerb widersprechen, wenn sich der KH-Träger gerade unter Beachtung seiner eigenen Wirtschaftlichkeit ein solches „Gesamtpaket“ für eine entsprechende faire Honorierung

einkauft, dies hat nichts mit Zuweiserpauschalen zu tun.

Für die Beurteilung angemessener DRG-Anteile von Kooperationärzten können zudem die Unterschiede zwischen Beleg- und HA-DRG viel aussagekräftiger als die InEK-Matrix sein, da sich hieraus Anhaltspunkte für die Bewertung der stationären Leistungen des niedergelassenen Arztes widerspiegeln.

Nach dem aktuellen DRG-Bericht für 2018 ergibt sich bei den kalkulierten belegärztlichen DRG über alle Fachgruppen errechnet eine Differenz zu den Hauptabteilungs-DRG von sogar 32,8 Prozent! Im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie beträgt die Differenz immer noch 18,2 Prozent.

Von wesentlicher Relevanz ist in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, dass beim Honorar-Belegarztmodell gem. § 121 Absatz 5 SGB V eine Reduzierung des HA-DRG um 20 Prozent erfolgt, was sich allein durch das Einsparpotenzial bei der Kooperation mit einem niedergelassenen Arzt rechtfertigt.

Auch aus unserer Sicht bedeutet dies schon im Hinblick auf die Unterschiede der Arztanteile in den DRG und des variierenden Umfanges der vorgenannten Begleitleistungen nicht, dass eine pauschale DRG-Beteiligung in bestimmter Höhe über alle Leistungen hinweg als variable Vergütung grundsätzlich gerechtfertigt ist. Es ist aber gleichzeitig aus den vorgenannten Gründen eben doch denkbar, dass bei entsprechender umfassender Würdigung der konkreten Situation der kooperierenden Ärzte auch ein erheblich über der reinen InEK-Bewertung liegender Anteil an einer DRG als Vergütungsanteil im Einzelfall angemessen sein kann und von den Ärzten im Rahmen der Verhandlungen berechtigterweise eingefordert wird.

Das Bundesgesundheitsministerium ist bei seinen bisherigen Verlautbarungen in diesem Zusammenhang erfreulich differenziert und praxisnah. So stellt es wiederholt in den Vordergrund, dass die sektorenübergreifende Kooperation grundsätzlich gewollt und im Interesse des Patienten sei. Eine angemessene Vergütung sei zulässig und notwendig. Diese sei im Einzelfall anhand aller Umstände zu beurteilen.

Ein dogmatisches Abstellen rein auf die InEK-Matrix, für jeden Arzt, der sich auf eine stationäre Tätigkeit einlässt, wird also auch vom Ministerium nicht vertreten. Folgen können wir aber der auch dort vertretenen Ansicht, dass die Parteien gehalten sind, die Hintergründe, Kalkulationsgrundlagen und wirtschaftlichen Gesichtspunkte, die zu der vereinbarten Honorierung führten, so transparent und nachvollziehbar wie möglich auszugestalten. Hierzu gehört als wesentlicher Bestandteil aus unserer Sicht auch eine genaue Wirtschaftlichkeitsanalyse für die Abteilung, die die vorgenannten Besonderheiten und Begleitleistungen hinreichend berücksichtigt.

Dringend empfehlen wir zudem die Einbindung der Kooperation in ein professionelles Compliance-Management seitens der KH-Träger. Zu dessen Aufgabe gehört z. B. die Kontrolle des Anteils selbst eingewiesener Patienten an der Gesamttätigkeit des angestellten Kooperationsarztes. Aus unserer Sicht ist auch sicherzustellen, dass die Drittkontrolle der Krankenhauseinweisung durch einen weiteren Arzt durchgeführt wird. Denn die Prüfung des Vorliegens eines stationären Falls durch den selbst aus seiner eigenen ambulanten Praxis einweisenden Operateur birgt bereits den Anschein einer Zuweiserproblematik bzw. eines verdeckten Belegarztverhältnisses.

Nicht vergessen werden darf bei der Diskussion um die Ausgestaltung der Kooperationen aber, dass der Gesetzgeber durchaus konkrete Regelungen für die sektorenübergreifende Versorgung vorgesehen hat – nämlich in Form des Belegarztes. Das Belegarztwesen bedarf nach allgemeiner Auffassung in diversen Bereichen jedoch dringend einer strukturellen und finanziellen Anpassung. Hier ist der Gesetz- und Verordnungsgeber gefragt. Er könnte durch eine zeitgemäße und attraktivere Ausgestaltung diese Kooperationsform selbst rechtssicher gestalten, anstelle das Problem durch schwammige gesetzliche Vorgaben auf Ärzte, Krankenhäuser und die Rechtsprechung abzuwälzen.

Heberer J, Butzmann O. Update 2018: Honorararzt und Antikorruption. Passion Chirurgie. 2018 Juni, 8(06): Artikel 04_08.