RECHT 01.08.2010

Honorararzt aus Sicht des Juristen



Der Begriff des Honorararztes findet sich im Gesetz nicht. Vielmehr wird er umgangssprachlich für vielerlei Konstellationen verwendet. Als „griffige" Definition lässt er sich beschreiben als ein externer Arzt, der Leistungen für das Krankenhaus persönlich und selbständig erbringt und hierfür eine Vergütung vom Krankenhausträger erhält.

Als Folge fehlender gesetzlicher Vorgaben ergeben sich nach wie vor erhebliche Unsicherheiten der Beteiligten bei der Abgrenzung zulässiger Gestaltungsmöglichkeiten zu rechtswidrigen Kooperationsformen.

Erscheinungsformen des externen Arztes

1. Belegarzt gemäß § 121 SGB V

Während der „klassische" Belegarzt seine Leistungen an stationären Patienten mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnet, ermöglicht das mit dem § 121 Abs. 5 SGB V im Jahr 2009 eingeführte Honorarvertragsmodell die Abrechnung der Leistungen des Belegarztes direkt mit dem Krankenhausträger. Letzterer erhält hierbei die DRG-Fallpauschale, allerdings abzüglich 20 % gemäß § 18 Abs. 3 Krankenhausentgeltgesetz. Der Gesetzgeber hat mit diesem Modell also eine Variante des Honorararztes gesetzlich normiert und damit aber inzidenter auch gleichzeitig die Grenzen zulässiger Honorararztmodelle deutlicher gemacht.

2. Konsiliararzt

Gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) kann die Behandlung von Krankenhauspatienten auch durch Dritte erfolgen, im Falle des Konsiliararztes also durch einen niedergelassenen Arzt.
Nach der bisherigen Rechtsprechung sind der konsiliarärztlichen Tätigkeit jedoch enge Grenzen gesetzt, die im Folgenden näher dargestellt werden sollen. Relativ unstreitig ist zunächst, dass durch die Leistungserbringung des Konsiliararztes keine Ausweitung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses im Sinne der Krankenhausplanung erfolgen darf. Kauft sich der Krankenhausträger also durch den Konsiliararzt Leistungen ein, die nicht von seinem Versorgungsauftrag gemäß Feststellungsbescheid über die Zulassung gedeckt sind, so sind diese Leistungen auch nicht abrechenbar.

Zudem darf es sich bei den vom Konsiliararzt behandelten Patienten nicht um von diesem selbst eingewiesene Patienten handeln. Dies aus zweierlei Gründen: Einerseits wird hierdurch das Verbot der Zuweisung gegen Entgelt tangiert, da die Vergütung des Konsiliararztes durch den Krankenhausträger für dessen Leistungen an diesen Patienten direkt kausal mit der Einweisung des Patienten durch eben den Konsiliararzt verbunden ist. Zum anderen entspricht die Behandlung eigener Patienten im Krankenhaus durch den niedergelassenen Arzt originär der Definition des Belegarztes. Ohne entsprechende Belegarztanerkennung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung und ohne entsprechend ausgewiesene Belegabteilung des Krankenhauses stellt dies jedoch eine Umgehung des Belegarztwesens dar, man spricht hier auch von dem sog. „schwarzen Belegarzt".

Schließlich lässt sich aus der bisherigen Rechtsprechung entnehmen, dass auch im Rahmen der konsiliarärztlichen Behandlung stationärer Patienten vom Konsiliararzt nicht die Hauptverantwortung für den Patienten übernommen und die Hauptleistung am Patienten erbracht werden darf. Dies sei nach der Intention des KHEntgG den im Krankenhaus angestellten Ärzten vorbehalten. Diese Auffassung ist nicht unumstritten. Bedeutet sie doch, dass der größte Teil der derzeit bestehenden Konsiliararztverträge im Grunde unzulässig ist, da in aller Regel gerade die operative Hauptleistung von den hinzugezogenen Ärzten erbracht wird. Es widerspricht meiner Auffassung nach auch den bereits vorhandenen und immer stärker werdenden Bestrebungen der Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung bzw. der gänzlichen Aufhebung der Abgrenzung dieser beiden Bereiche. Leider fehlt jedoch nach wie vor eine endgültige Klarstellung dieser Frage durch die höchstrichterliche Rechtsprechung, so dass sowohl der Krankenhausträger als auch der Konsiliararzt zunächst weiterhin mit einem nicht unerheblichen Unsicherheitsfaktor bei derartigen Kooperationsformen leben müssen.

Schließlich muss ein als Konsiliararzt tätiger und gleichzeitig zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener niedergelassener Arzt die Rechtsprechung zum § 20 Abs. 1 Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) beachten, wonach er neben seiner vertragsärztlichen Tätigkeit nur maximal 13 Stunden Nebentätigkeit pro Woche erbringen darf (Dies gilt für den Belegarzt nicht, dessen ambulante Tätigkeit muss die stationäre Tätigkeit nur überwiegen.).

3. Vor- und nachstationäre Versorgung

Die vor- und nachstationäre Versorgung gemäß § 115 a SGB V ist ausdrücklich Teil der stationären Versorgung. Sie ist zwingend in Räumen des Krankenhauses zu erbringen. Dies ergibt sich bereits daraus, dass die Erbringung dieser Leistungen in den Räumen des niedergelassenen Arztes bereits die Erforderlichkeit der stationären Versorgung im Grunde entfallen lässt. Da die ambulante Versorgung jedoch immer der stationären Versorgung vorzugehen hat, würde hierdurch gleichzeitig die Abrechenbarkeit gemäß § 115 a SGB V entfallen. Erbringt der konsiliarisch hinzugezogene Vertragsarzt jedoch Leistungen der vor- und nachstationären Versorgung in Räumen des Krankenhauses, ist dies unproblematisch möglich.

4. Ambulante Operationen

Auch bei den ambulanten Operationen gemäß § 115 b SGB V i. V. m. dem AOP-Vertrag sind diese Operationen zwingend im Krankenhaus selbst zu erbringen. Das hinlänglich bekannte Urteil des LSG Sachsen vom 30.04.2008, Az. L 1 KR 103/07, hat festgestellt, dass die Beauftragung niedergelassener Ärzte zur Erbringung von Leistungen gemäß § 115 b SGB V unzulässig sei. Denn es handele sich bei ambulanten Operationen um die Hauptleistung und nicht lediglich um unterstützende, konsiliarische Leistungen im Sinne des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG. Auch in diesem Bereich wird also argumentiert, dass diese Hauptleistungen nur von angestellten Krankenhausärzten erbracht werden dürften.

Leider wurde die Revision gegen dieses Urteil vom betroffenen Krankenhausträger seinerzeit zurückgenommen, so dass es keine bundessozialgerichtliche Entscheidung zu dieser Frage gibt.
Es ist nach diesseitiger Auffassung durchaus fraglich, ob die Entscheidung des LSG Sachsen mit der aktuellen Rechtslage vereinbar ist. Denn zum einen geht es bei dem angeführten § 2 Abs. 2 KHEntgG überhaupt nicht um ambulante Operationen gemäß § 115 b SGB V. Auch finden sich bei dessen näherer Ausgestaltung durch den AOP-Vertrag keinerlei Anhaltspunkte, dass eine Leistungserbringung durch Honorarärzte hier unzulässig wäre.

Zudem erfolgten zwischenzeitlich durch den Gesetzgeber zwei wichtige Regelungen zur Öffnung des stationären Bereiches für niedergelassene Ärzte: Einerseits wurde durch die Neufassung des § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV eindeutig klargestellt, dass eine Nebentätigkeit von niedergelassenen Ärzten im Krankenhaus zulässig ist. Des Weiteren wurde mit § 121 Abs. 5 SGB V der Belegarzt auf Honorarbasis eingeführt.
Die Auffassung des LSG Sachsen kann deshalb mit guten Gründen bezweifelt werden. Gleichwohl müssen sich die Beteiligten an einer Kooperation zur Erbringung ambulanter operativer Leistungen nach wie vor darauf einstellen, dass es keine klarstellende Rechtsprechung zu diesem Thema gibt und deshalb Rechtsunsicherheiten bestehen, die im Ernstfall jedenfalls zur Honorarrückforderung seitens der Krankenkassen führen können.

Schlussbemerkung

Die dargestellten Probleme bei der Beurteilung der Rechtmäßigkeit honorarärztlicher Tätigkeit stehen in einem erstaunlichen Gegensatz zu den seit Jahren zunehmenden Bestrebungen einer Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung. Im Hinblick auf die neuerdings auch von KBV-Seite geforderte gänzliche Aufhebung der Abgrenzung des stationären und ambulanten Versorgungsbereiches erscheint eine Beseitigung dieser Unsicherheiten durch den Gesetzgeber überfällig.