
Zusammenfassung

Entweder waren Ärzte in Deutschland niedergelassen oder im Krankenhaus tätig. Über viele Jahre spiegelte dies die Grenzlinie zwischen ambulanter und stationärer Krankenbehandlung im deutschen Sozialversicherungssystem wider. Inzwischen ist eine neue Form ärztlicher Berufsausübung entstanden. Hierfür hat sich der Begriff Honorararztstätigkeit herausgebildet. Diese Form ärztlicher Berufstätigkeit ist für das deutsche Gesundheitssystem ein Novum.

Der Gesetzgeber hat sich erst nach langem Zögern entschlossen, Stellung zum Honorararztwesen zu beziehen. Mit dem zum 01.01.2013 geänderten § 2 Abs. 1 KHEntgG hat er zwar eine grundsätzliche Aussage zum Honorararztwesen aber keine abschließende Regelung getroffen.

1.1 Die Themenstellung des Buches

Im Mittelpunkt dieses Buches steht die Leistungserbringung durch Honorarärzte. Schon die Wortwahl „Leistungserbringung durch Honorarärzte“ führt zu einem Kernproblem des Honorararztwesens. Ist eine Leistungserbringung von Honorarärzten überhaupt möglich?

Wer Leistungserbringer in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist, bestimmen nicht die Krankenhäuser und Ärzte, sondern das SGB V. Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, Vertragspsychotherapeuten, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken, Hebammen, Physiotherapeuten, Logopäden usw. gehören dazu – nicht aber Honorarärzte. Daran haben auch die in den letzten Monaten erfolgten gesetzgeberischen Aktivitäten nichts geändert: § 2 Abs. 1 KHEntgG bzw. BpflV in seiner ab dem 1. Januar 2013 geltenden Fassung, erlaubt zwar Krankenhäusern, ihre Leistungen auch durch nicht festangestellte Ärzte zu

erbringen. Dabei handelt es sich aber nicht um eine Grundsatzentscheidung zum Leistungserbringerstatus von Honorarärzten, sondern von Krankenhäusern.¹

Wenn angestellte Krankenhausärzte im Rahmen des Leistungserbringerstatus eines Krankenhauses Leistungen erbringen, ist dies leistungserbringerrechtlich unproblematisch. Angestellte Krankenhausärzte sind – anders als Honorarärzte – unmittelbarer Teil der Organisation des Leistungserbringers Krankenhaus. Sie sind die ausführenden ärztlichen Glieder², derer sich das Krankenhaus zur Erbringung seiner Leistungen bedienen muss. Durch wen sollte die juristische Person Krankenhaus seine Leistungen auch sonst erbringen?

Dies lässt sich aber nicht ohne weiteres auf den Honorararzt übertragen, denn von den angestellten Ärzten unterscheidet den Honorararzt wohl mehr als nur der zivilrechtliche Vertragstyp. Für den Honorararzt ist eine vorbehaltlose Zuordnung zum Krankenhaus nicht in gleicher Weise wie für einen angestellten Arzt gerechtfertigt. Der Honorararzt ist nämlich gerade kein Krankenhausarzt, sondern ein externer Arzt. Honorarärztliche Leistungserbringung hat also zur Folge, dass selbständige Ärzte Leistungen an gesetzlich Krankenversicherten erbringen, ohne selbst über ein entsprechendes Zulassungsstatut zu verfügen.

Diese Thematik, die im Mittelpunkt dieses Buches steht, ist angesichts der unterschiedlichen Leistungsformen dieses Krankenhauses (voll- und teilstationär, ambulant, vor- und nachstationär usw.) vielschichtig. Weiterhin sind die unterschiedlichen Versicherungssysteme der Gesetzlichen und Privaten Krankenversicherung zu berücksichtigen.

Die weiteren vielfältigen Fragestellungen zum Honorararztwesen beleuchtet das Handbuch in vier großen Themenblöcken:

- Die Kap. 1 und 4 stellen die Entwicklung des Honorararztwesens und die derzeitigen Honorararztgruppen vor. Weiterhin werden die verfassungsrechtlichen Grundlagen der Berufsausübung als Honorararzt dargestellt.
- Die Kap. 5 und 6 beschäftigen sich mit der Frage, wie der Vertragsstatus des Honorararztes zu bestimmen ist.
- Die krankenhausrrechtliche Zulässigkeit des Einsatzes von Honorarärzten und die Abrechenbarkeit honorarärztlicher Leistungen stehen im Mittelpunkt der Kap. 7 bis 16. Dort finden sich grundsätzliche Fragen zum Leistungserbringerstatus und zum Leistungszukauf in den Kap. 7 bis 9. Sonderfragen des Honorararzteinsatzes in Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und bei der Leistungserbringung nach dem SGB VII behandeln die Kap. 10 und 11. Die Kap. 12 und 13 untersuchen die Leistungserbringung durch Honorarärzte bei der vor- und nachstationären Behandlung und beim ambulanten Operieren. Kapitel 16 geht auf die Erbringung wahlärztlicher Leistungen durch Honorarärzte ein.
- Im Mittelpunkt des vierten Themenblocks mit den Kap. 17 und 18 steht die Frage, ob und wie die Leistungserbringung als Honorararzt und niedergelassener (Vertrags-)Arzt in berufs- und vertragsarztrechtlicher Hinsicht interferieren.

¹ Siehe unten in Kapitel 7.

² Köhler-Hohmann in: Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, § 17 Rz. 4.

1.2 Zur Einführung in das Honorararztwesen

Der Honorararzt ist Grenzgänger zwischen ambulant und stationär. Er wurde, das ist besonders, nicht vom Gesetzgeber „ersonnen“, sondern ist in der Versorgungswirklichkeit „entstanden“. Das ist insofern bemerkenswert, als gerade die Sektorentrennung in ambulante und stationäre Versorgung für das deutsche Gesundheitssystem prägend ist.

Der politisch und gesetzgeberisch seit vielen Jahren grundsätzlich gewünschte Abbau der Sektorentrennung³ hat die Entstehung des Honorararztwesens begünstigt. Bereits 1989 beschäftigte sich das Gesundheitsreformgesetz⁴ im Rahmen des § 115 SGB V mit der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992⁵ räumte der Gesetzgeber den Krankenhäusern zusätzliche Möglichkeiten ein, Leistungen zu erbringen, die bis dahin dem ambulanten Sektor vorbehalten waren. Die GKV-Gesundheitsreform 2000⁶ schuf die Integrierte Versorgung. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003⁷ wurde das Medizinische Versorgungszentrum als ambulante Betätigungs- und Beteiligungsform für Krankenhäuser geschaffen. Wenner⁸ resümiert, dass der Gesetzgeber ersichtlich bereit sei, allen Wünschen der Krankenhausträger in diesem Zusammenhang entgegenzukommen.

Auch in der jüngeren gesundheitspolitischen Debatte spielte die Sektorenschnittstelle bzw. deren Überwindung immer wieder eine Rolle. So führte der damalige Bundesgesundheitsminister Rösler anlässlich des 33. Krankenhaustages am 18.11.2010 in Düsseldorf im Rahmen seines Vortrags zum Thema „Stationäre Versorgung im Reformkonzept der Bundesregierung“ aus, dass die Politik dafür sorgen müsse, dass die historisch gewachsenen Sektorengrenzen besser überwunden werden.⁹

Doch trotz der bisherigen gesetzgeberischen Bemühungen ist die Durchgängigkeit der Grenzen der Versorgungsstrukturen des ambulanten und stationären Sektors noch immer gering.

Rosenbrock dazu treffend:

Der Gesetzeszustand, den das SGB V Anfang der neunziger Jahre von der Beziehung von ambulantem und stationärem Sektor zeichnete, ist der einer strikten Abschottung, die nur an einzelnen, präzise formulierten Punkten durchbrochen werden kann. Es geht nicht im eigentlichen Sinne um eine Integration von Versorgungsabläufen, sondern eher darum,

³ vgl. Makoski, MedR 2009, 376 ff.; Ratzel, GesR 2009, 561.

⁴ BGBl. I 1988, S. 2477 ff.

⁵ BGBl. I 1992, S. 2266 ff.

⁶ BGBl. I 2000, S. 2626 ff.

⁷ BGBl. I 2003, S. 2190 ff.

⁸ Wenner, GesR 2007, S. 345.

⁹ Vortrag von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler zum Thema: „Stationäre Versorgung im Reformkonzept der Bundesregierung“ am 18.11.2010 in Düsseldorf.

unter welchen Bedingungen ambulante und stationäre Leistungserbringer im jeweils ‚anderen Revier wildern‘ dürfen. Es handelt sich also um rechtlich abgesicherte Ausnahmen von der Regel. Daran hat sich zu Beginn dieses Jahrhunderts nichts Grundsätzliches geändert.¹⁰

Die Entstehung des Honorararztwesens beruht neben den gesundheitspolitischen Beweggründen vor allem auch auf ganz individuellen Interessen und Absichten der beteiligten Akteure.¹¹

Ein niedergelassener Arzt wird sich durch die Kooperation mit einem Krankenhaus oft erhoffen, Einnahmequellen außerhalb der Regelleistungsvolumina des Vertragsarztrechts zu erschließen, indem er Patienten des Krankenhauses behandelt. Weiterhin können die Honorarärzte, die zugleich auch Vertragsärzte sind, „ihren“ Patienten mit den Möglichkeiten des Krankenhauses zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten anbieten und auch damit zusätzliche Einnahmen generieren.

Wesentliche Kooperationserwartung der Krankenhäuser im Sinne eines sogenannten strategischen Zuweisermanagements¹² ist die Einbindung von Zuweisern. In einem zunehmend wettbewerblicher aufgestellten Krankenhausmarkt verfolgen Krankenhäuser aber noch weitere Interessen. So können sie durch Honorarärzte Personalengpässe ausgleichen oder ihr Leistungsspektrum abrunden, im Hinblick auf DRG-Erlöse optimieren und ggfs. erweitern.¹³ Aus personalwirtschaftlicher Sicht kommt hinzu, dass es billiger ist, Arbeitskraft für solche Arrondierungsleistungen nur punktuell und arbeitsanfallbezogen hinzuzukaufen, statt festes Personal vorzuhalten.

Hochspezialisierte Leistungen, die das Krankenhaus sonst nicht leisten könnte und die sich im DRG-System auszahlen, können so erbracht werden. Der Kooperationsarzt erweist sich hierbei als wesentlich flexibler einsetzbar als der Belegarzt.¹⁴

Daneben hat sich das Berufsbild eines honorarärztlichen Vertretungsarztes herausgebildet. Es handelt sich um ein ärztliches Berufsbild, das in anderen Ländern Europas eine gewisse Tradition hat. In den Vereinigten Staaten und Großbritannien werden sie als „Locum tenens“ (wörtlich: Platzhalter) oder kurz „Locums“, in Frankreich als „médicins remplaçants“ bezeichnet.

Wegen der in Deutschland je nach Region mehr oder weniger großen Probleme, geeignete Fachärzte für das Krankenhaus zu finden, ist seit einigen Jahren eine Marktlücke entstanden, die Ärzte nutzen, um als Vertretungsarzt einzuspringen.

¹⁰ Rosenbrock, Gesundheitspolitik, S. 227 f.

¹¹ ausführlich dazu: Clemens in Wenzel, Handbuch Medizinrecht (3.), S. 1204 ff. (Rz. 130 ff.), siehe auch Ratzel, GesR 2009, S. 561/562; Dahm, MedR 2010, S. 597 f.; mit Bezug auf Wenner, GesR 2007, S. 345: „Es geht weniger um reale oder nur gefühlte Belastungen als vielmehr ums Geld.“; kritisch zu den „in diesem Kontext üblich gewordenen quasi-soziologischen Analysen der jeweils tatsächlich oder angeblich verfolgten Interessen der Parteien“: Seiler, NZS 2012, 410/411.

¹² vgl. Sobhani/Bär, Krankenhaus 2010, S. 427–432.

¹³ Luxenburger in: Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, § 21 Rz. 16; Ratzel, GesR 2009, S. 561/565.

¹⁴ Luxenburger in: Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, § 21 Rz. 16.

Grundlage der Rechtsordnung ist die scharfe Trennung in niedergelassene oder angestellte Ärzte. Der Gesetzgeber hat sich erst nach langem Zögern¹⁵ entschlossen, ausdrücklich Stellung zum Honorararztwesen zu beziehen. Die 2013 erfolgte Änderung des § 2 Abs 1 KHEntgG läßt viele Fragen offen. Sie hat mehr den Charakter einer gesundheitspolitischen Grundaussage als einer umfassenden Regelung des Honorararztwesens.

¹⁵ So äußerte der Gesundheitspolitische Sprecher der CDU-/CSU-Fraktion Jens Spahn kurz vor den abschließenden Ausschussberatungen im Bundestag wie folgt: „Wir sind noch unentschlossen, ob wir das weiter im Graubereich und über die Rechtsprechung entscheiden lassen oder ob wir es eindeutig regeln“, Ärzte Zeitung online vom 20.02.2012: „Kein Fortschritt bei Honorärärzten in Krankenhäusern“.