

MEYER-KÖRING

Anwaltstradition seit 1906

Sozialversicherungsrechtliche Probleme des Einsatzes „freiberuflicher“ Honorarärzte im Krankenhaus

Matthias Wallhäuser, Sebastian Witt



2 | Sozialversicherungsrechtliche Probleme des Einsatzes „freiberuflicher“ Honorarärzte im Krankenhaus

I. Einleitung

Dass sich das Krankenhauswesen im Wandel befindet, ist zwischenzeitlich eine bereits betagte Binsenweisheit. Mit Blick auf die vielfältigen Probleme des Einsatzes von Honorarärzten in deutschen Krankenhäusern bleibt diese Feststellung gleichwohl – und sogar in doppelter Hinsicht – aktuell. Zum einen dürfte gerade aufgrund der gewandelten wirtschaftlichen und juristischen Rahmenbedingungen zu konstatieren sein, dass der Einsatz von Drittärzten, die also nicht vorrangig am Krankenhaus tätig sind, für eine zunehmende Zahl von Krankenhäusern eine schlichte Notwendigkeit darstellt. Zum anderen ist das Thema des Einsatzes von Honorarärzten selbst mit einer gewissen Wandelbarkeit im Hinblick auf Art und Zahl von Problemfeldern behaftet. Nur eines – vielleicht das aktuellste, möglicherweise nicht das schwerwiegendste – hiervon stellen die zunehmenden sozialversicherungsrechtlichen Fragen des Einsatzes von Honorarärzten in Krankenhäusern dar.

Was zutreffend als Widerspruch erscheint, die zunehmende Notwendigkeit des Einsatzes von Honorarärzten im Krankenhaus (II.) einerseits und dessen gleichzeitige Problembehaftung (III.) andererseits, harrt nach wie vor einer befriedigenden Lösung für die Praxis.

Ob die Lösung tatsächlich dauerhaft in der Freiberuflichkeit liegen kann, erscheint aus verschiedenen Gründen fraglich. Nicht weniger fraglich dürfte indes die Tauglichkeit jeglicher Alternative sein. Auch dies ist ein (noch) ungelöster Widerspruch. Dieser Aufsatz stellt die Frage der Sozialversicherungspflichtigkeit des Einsatzes von Honorarärzten im Krankenhaus in den Mittelpunkt (IV.), insbesondere auch die eindeutige Tendenz in der Praxis der Deutschen Rentenversicherung, Honorarärzte grundsätzlich als Beschäftigte und nicht als Freiberufler einzustufen (V.) und gibt hiervon ausgehend Denkanstöße für Lösungsansätze (VI.).

II. Anlässe für den Einsatz von Honorarärzten im Krankenhaus

Um sich dem Thema zielführend annähern zu können, ist es sinnvoll, zunächst die Gründe für ein Engagement der Krankenhäuser um Drittärzte als Kooperationspartner zu skizzieren.

- a) Eine der dringendsten Gründe für den Einsatz von Honorarärzten liegt im platzgreifenden Ärztemangel.

Krankenhäuser mit Stellenbesetzungsproblemen konnten durchschnittlich 3,6 Stellen im ärztlichen Dienst nicht besetzen. Dies sind hochgerechnet bundesweit 5.500 Stellen; Stand: Oktober 2010¹. Bis zum Jahre 2020 wird mit bis zu 30.000 offenen Arztstellen gerechnet.

Die Ursachen für den Ärztemangel sind vielfältig und systembedingt, die notwendigen Maßnahmen zu seiner Beseitigung nicht minder. Krankenhausindividuelle Beiträge zur Verbesserung dieser Situation sind demgemäß nur begrenzt möglich, die Folgen des Ärztemangels stellen betroffene Krankenhäuser indes unmittelbar vor teils gravierende Probleme: Überlastung der angestellten Ärzte, Probleme mit der Arbeitsorganisation, Störung des Betriebsfriedens, Beeinträchtigung der Patientenversorgung und Erhöhung von Fehlerwahrscheinlichkeiten, Ausbau von Wartelisten bis hin zur Schließung von Abteilungen werden von den Krankenhäusern angegeben.

Eine Zunahme dieses Problems wird aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwarten sein, in deren Folge die Zahl der Abnehmer medizinischer Leistungen bei zunehmend fehlenden Ärzten noch steigen wird.

Eine Vielzahl von Krankenhäusern sucht daher die Lösung darin, Ärzte anderweitig zu akquirieren als mit der herkömmlichen Eingliederung in den ärztlichen Dienst. Unmittelbar oder über Personalagenturen werden Honorarärzte – mit oder ohne Niederlassung in eigener (vertragsärztlicher) Praxis – gesucht und beschäftigt; überwiegend auf – scheinbar – freiberuflicher Basis.

- b) Ein signifikanter Anlass für den Einsatz von Honorarärzten ist zudem im zunehmenden Wettbewerb um Patienten und Vertrags- sowie Kooperationspartner zu sehen sowie in der Entscheidung des Gesetzgebers und der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Öffnung der Sektorengrenzen.

Die Einführung von MVZ und die Reform der integrierten Versorgung durch das GMG im Jahre 2004, die Etablierung des Gesundheitsfonds (Morbi RSA) und die Reform des § 116b SGB V durch das GKV-GSG im Jahre 2007 und insbesondere die Liberalisierung des Vertragsarztwesens durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz aus demselben Jahre haben eine dynamische Öffnung der Sektorengrenze in Gang gesetzt. Die Durchlässigkeit an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Medizin wird auch in Zukunft fortschreiten; u.a. die derzeit im Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes diskutierte Reform des § 116b SGB V zeigt dies ganz praktisch.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung von Entwicklungen im Gesundheitswesen hat (schon) in seinem Gutachten aus dem Jahre 2009 die Weiterentwicklung der Integration in der fachärztlichen Behandlung ambulant wie stationär als notwendig bezeichnet und hierfür die Vereinheitlichung von Leistungsdefinitionen, Qualitätsstandards sowie der Vergütung einschließlich der Investitionen gefordert. Ziel soll es nach diesem Gutachten sein, Verbünde von Krankenhäusern und ambulanten Behandlungseinheiten als Treiber der sektorübergreifenden Versorgung zu etablieren².

¹ DKI, Ärztemangel im Krankenhaus, Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, 2010, unter: www.dki.de/PDF/Langfassung_Aerztmangel.pdf

² <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht09/Kurzfassung09.pdf>

Der handelnde Gesetzgeber und die gemeinsame Selbstverwaltung sind – schon aus Gründen der Wirtschaftlichkeit (diskriminierungsfreie Verteilung begrenzter wirtschaftlicher Mittel im GKV-System) – zur Unterstützung solcher Integrationsbemühungen verpflichtet. Den nachhaltig steigenden Ausgaben in GKV und PKV stehen stagnierende/sinkende Einnahmen gegenüber. Dies u.a. als Folge der demografischen Entwicklung. Die aktuelle wirtschaftliche Entwicklung im europäischen Wirtschaftsraum wird sicher ihres hierzu noch beitragen.

Diverse Studien prognostizieren in diesem Zusammenhang eine weitere Konsolidierung des Krankenhausmarktes, d.h. eine Reduzierung der Krankenhausbetriebe in signifikantem Umfang. Zugleich muss die Versorgung der Bevölkerung sichergestellt bleiben³.

In diesem Marktumfeld erhöht sich der Druck auf Krankenhausträger, niedergelassene Ärzte und Kostenträger im Wettbewerb um Patienten, Kooperationspartner und Verbündete auf allen Seiten des GKV-Systems.

Prognose: Klinikträger, denen es gelingt, eine tragfähige Strategie zur Sicherstellung auch der ambulanten Versorgung umzusetzen – durch eigene Leistungserbringung wie durch Kooperation mit starken ambulanten Leistungserbringern – werden im Wettbewerb um den Patienten und im Wettbewerb um Kostenträger und andere Dritte als Vertragspartner Wettbewerbsvorteile erringen können. Wem dies nicht gelingt, wird ins Hintertreffen geraten.

- c) Ein weiterer Grund für die Kooperation an der Schnittstelle zur ambulanten Leistungserbringung und somit auch für den Einsatz von Honorarärzten im Krankenhaus wird ganz unmittelbar auch durch das Fallpauschalensystem gesetzt.

Durch die Einführung des Fallpauschalensystems hat der Druck auf die Effizienz in der Ressourcennutzung im Krankenhausbetrieb spürbar zugenommen. Während vorher die längere Liegedauer pro Patient wirtschaftliche Vorteile verschafft hat, liegen diese im Fallpauschalensystem in der möglichst zügigen Neubelegung jedes Bettes mit einem neuen Fall. Hinzu kommt, dass das Fallpauschalensystem die Steigerung der Komplexität des Leistungsgeschehens belohnt sowie die Reduzierung der Pro-Fall-Kosten im Krankenhaus.

Kurz gesagt: Je komplexer das Leistungsgeschehen im Krankenhaus ist, desto effizienter werden die betrieblichen Ressourcen genutzt. Dies beschleunigt die ohnehin bestehenden Tendenzen zunehmender Spezialisierung (Medizinisch-technische Entwicklung, Zentrenbildung, CMI-Steigerung, ...). In deren Folge werden die leichteren Behandlungsfälle zunehmend an den Rand gedrängt. Hier begegnen sie dem ohnehin im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 39 SGB V) angelegten Vorrang ambulanter vor der stationären Behandlung. Ein Resultat (u.a.) des Fallpauschalensystems ist mithin auch die Ambulantisierung. Diese wird zudem durch den medizinisch-technischen Fortschritt befördert: Immer größere Anteile der medizinischen Versorgung lassen sich primär ambulant erbringen; eine sektorübergreifende Versorgung wird zunehmend wichtig⁴.

Die fortgesetzte Teilung der Medizin und deren Ambulantisierung zwingen also zur Organisation von interdisziplinärarbeitsteiligen Prozessen, wenn der Patient auch in Zukunft als Ganzes und nicht partikular diagnostiziert und behandelt werden soll. Grundversorgungshäuser im Ländlichen und Häuser der Schwerpunkt-/Maximalversorgung bedürfen gleichermaßen des Kooperationspartners in der ambulanten Medizin, um effiziente Behandlungsstrukturen vorweisen zu können.

³ [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Krankenhauslandschaft_im_Umbruch_2010/\\$FILE/Krankenhauslandschaft%20im%20Umbruch%202010.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Krankenhauslandschaft_im_Umbruch_2010/$FILE/Krankenhauslandschaft%20im%20Umbruch%202010.pdf) http://www.kpmg.de/docs/20090701_Summary_Zukunft_deutsches_Krankenhaus.pdf

⁴ Jürgen Bodemeyer, Der Arzt als Unternehmer, Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 3/2011, S. 199

3. Honorararzt – Von Problemen umzingelt

Angesichts der vorstehenden Analyse einer bestehenden Notwendigkeit für das Engagement von Krankenhäusern auch an der Schnittstelle zur ambulanten Medizin und somit auch für die Kooperation mit niedergelassenen Leistungserbringern, erscheint es nachgerade absurd, mit welcher Vielfalt von rechtlichen und tatsächlichen Problemen der Einsatz des Honorararztes im Krankenhaus konstatiert ist.

Die nachfolgende Abbildung beschreibt dies:

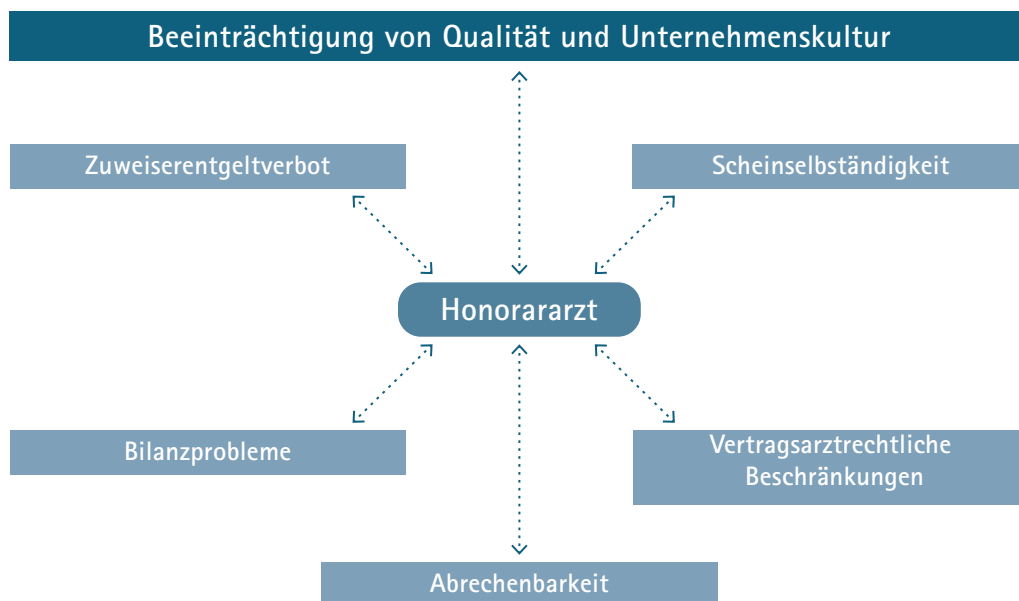


Abbildung 1: Probleme des Honorararztwesens

a) *Vertragsarztrechtliche Beschränkungen*

Schon bisher war es ohne rechtliche Schwierigkeiten zu handhaben, dass nach § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV und der maßgeblichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) eine Beschränkung der Tätigkeit von mit voller Zulassung niedergelassenen Vertragsärzten auf 13 Wochenstunden⁵ (bei halber Zulassung 26 Wochenstunden⁶) resultierte. Mit dem jüngst verabschiedeten Versorgungstrukturgesetz (VStG) ist dies liberalisiert worden. In § 20 Abs. 1 Ärzte-ZV heißt es nun, dass „ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit [...] der Eignung für die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit [nur noch dann] entgegen[steht], wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten.“ (Klammerzusätze durch die Autoren).

⁵ BSG, Urteil vom 11.9.2002, B 6 KA 23/01 R

⁶ BSG, Urteil vom 13.10.2010, B 6 KA 40/09 R

6 | b) *Abrechenbarkeit der von Honorärärzten im Krankenhaus erbrachten Leistungen*

Derzeit noch immer als mindestens fraglich zu bezeichnen ist die Abrechenbarkeit der vom Honorararzt im Krankenhaus erbrachten Leistungen für das Krankenhaus. Hierzu gibt es divergierende Rechtsprechung. Dort, wo die Abrechenbarkeit in Frage gestellt wird, fußt dies auf den Überlegungen in den Urteilen des LSG Sachsen vom 30.04.2008 (L 1 KR 103/07) sowie des BSG vom 28.02.2007 (B 3 KR 17/06 R).

Das BSG hat mit Urteil vom 28.02.2007 die Bewertung einer Rechtsfrage vorgenommen, die aktuell herangezogen wird, um die Zulässigkeit des Einsatzes von Honorarärzten bei der Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen generell in Frage zu stellen. Das BSG hatte in dem Urteil ausgeführt:

„Nach dieser – mit § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG inhaltsgleichen – Vorschrift sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nur zwischen Krankenkasse und Krankenhaus abzurechnen, auch wenn letzteres in bestimmtem Rahmen Dritte hinzuzieht; diese erbringen – rechtlich gesehen – ihre Leistung nicht gegenüber dem Patienten bzw. dessen Krankenkasse, sondern gegenüber dem Krankenhaus. Dementsprechend kann ein Vergütungsanspruch des Dritten nur gegen das Krankenhaus und nicht gegen den Patienten oder dessen Kostenträger entstehen (Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, BPfIV und Folgerecht, Band 1 (Stand: Juni 2006), § 1 BPfIV Anm. IV und § 2 BPfIV Anm. II 4; Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Aufl. 2006, S. 201 Rn. 7; vgl. BSG SozR 3-2500, § 60 Nr. 6, S. 36). Dies gilt jedoch nur, soweit es sich um Leistungen handelt, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistungen lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion haben (sog. „Verbringung“, vgl. Dietz/Bofinger, a.a.O., § 2 BPfIV Anm. II 8.1; Tuschen/Quaas, BPfIV, 5. Aufl. 2001, S. 177; Schulz/Mertens, MedR 2006, 191, 194).“

Aus dem vorstehend fett hervorgehobenen Satz wird gefolgert, dass auch die Leistung von niedergelassenen, nicht am Krankenhaus angestellten Ärzten im Rahmen des Krankenhausbetriebes lediglich eine ergänzende oder unterstützende Funktion haben darf, damit sie gem. § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 2 KHEntgG als allgemeine Krankenhausleistung angesehen werden kann. Aufgrund dieser Rechtsprechung wird in der aktuellen Diskussion angenommen, dass der freiberufliche Honorararzt nicht die Hauptbehandlungsleistung für das Krankenhaus erbringen könne.

In ähnlicher Weise und unter ausdrücklichem Hinweis auf das Urteil des BSG hat das LSG Sachsen in seinem Urteil vom 30.04.2008 geurteilt. Sicher lässt sich juristisch trefflich darüber diskutieren und streiten, ob die vorstehend skizzierte kritische Betrachtung des Einsatzes von Honorarärzten bei der Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen tragfähig ist. Gegen das Urteil des SG Sachsen ließe sich dessen rechtliche Nichtexistenz einwenden, denn die Klage im dort entschiedenen Fall wurde in der Revisionsinstanz zurückgenommen, was nach § 102 Abs. 1 S. 2 SGG zur Erledigung der Hauptsache führt mit der Konsequenz, dass ein erstinstanzliches Urteil wirkungslos wird; es kann nicht mehr in Rechtskraft erwachsen. Dem Urteil des BSG ließe sich entgegenhalten, dass es gerade nicht um die Frage des Einsatzes von Honorarärzten ging, sondern um die Unterscheidung der Verlegung von der bloßen Verbringung beim Einsatz zweier Plankrankenhäuser in der Behandlung ein- und desselben Patienten. Die Sachverhalte beider Urteile spielen im Übrigen vor Inkrafttreten des VÄndG, mit dem der Gesetzgeber die Sektorengrenzen weiter geöffnet und insbesondere den Einsatz niedergelassener Ärzte im Krankenhaus bewusst liberalisiert hat. Zusätzlich ließe sich argumentieren, dass eine Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte in die Betriebsorganisation des Krankenhauses, aufgrund derer Leistungen dieser Ärzte als solche des Krankenhauses anzusehen sind, auch auf andere als durch Anstellung erreicht werden kann, nämlich durch schuldvertraglich vereinbarte Leistungspflichten des niedergelassenen Arztes als freiberuflicher Honorararzt.

Es lässt sich indes nicht von der Hand weisen, dass aufgrund der aktuellen Diskussion unter Hinweis auf die vorstehend zitierte Rechtsprechung mindestens ein erheblicher Zweifel daran bestehen muss, ob Honorarärzte zulässigerweise in die Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen abrechnungsfähig

einbezogen werden können. Diese Zweifel sind durch das Urteil des BSG vom 23.03.2011 (B 6 KA 11/10 R) noch verstärkt worden. Das BSG führt dort aus, dass es nach den Regelungen des § 115b SGB und des AOP-Vertrages keine Rechtsgrundlage dafür gebe, Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses ambulante Operationen durchführen zu lassen. Der AOP-Vertrag sehe nur ambulante Operationen durch Operateure des Krankenhauses oder durch Belegärzte vor, in Verbindung mit einem Anästhesisten des Krankenhauses. Operationen durch Vertragsärzte, die nicht belegärztlich und nicht mit dem Krankenhaus verbunden sind, seien hingegen nicht vorgesehen. Auch wenn sich diesem Urteil wiederum gute Argumente entgegenstellen lassen – etwa der Hinweis darauf, dass die Erwähnung des Belegarztes im AOP-Vertrag notwendig war, um dessen vertragsärztliche Leistung von derjenigen des Krankenhauses abzugrenzen, was beim Einsatz von Honorarärzten nicht notwendig ist, weil insgesamt nur eine Krankenhausleistung erbracht wird – bleibt der Zweifel der Abrechnungsfähigkeit der vom Honorararzt für das Krankenhaus erbrachten Leistungen. Mit dem VStG hat der Gesetzgeber diese Problematik nun im Hinblick auf ambulante Leistungen bereinigt. Dem § 115 a Abs. 1 SGB V (Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus) sind die folgenden Sätze angefügt worden: „Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.“ Dem § 115 b Abs. 1 SGB V wurde folgender Satz angefügt: „In der Vereinbarung ist vorzusehen, dass die Leistungen nach Satz 1 auch auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbracht werden können.“

In anderer Hinsicht wird die Problematik aber eher noch zunehmen; denn fraglich sind neben allgemeinen Krankenhausleistungen auch die von Honorarärzten erbrachten wahlärztlichen Leistungen, deren Abrechnungsfähigkeit durchaus mit beachtlichen Argumenten kritisch betrachtet werden kann⁷ und von der PKV-Wirtschaft auch immer häufiger angezweifelt wird.

Hieraus resultiert nicht nur ein wirtschaftliches Risiko für den Krankentuäger, sondern insbesondere auch ein strafrechtliches Risiko für die Verantwortlichen im Krankenhaus, denn – unterstellt die vom Honorararzt erbrachten Leistungen können tatsächlich nicht vom Krankenhaus abgerechnet werden – insoweit kommt ein Abrechnungsbetrug zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht.

c) *Berufsrechtliche Beschränkungen*

Weitere Beschränkungen, mit denen nicht ohne Weiteres umzugehen ist, finden sich im Berufsrecht der Ärzte. So ist nach § 31 der Musterberufsordnung, die wortgleich oder ähnlich in allen Berufsordnungen der Länder gilt, die Zuweisung von Patienten gegen Entgelt verboten. Die Regelung wird üblicherweise weit ausgelegt, so dass auch die Bezahlung des Honorararztes für die Behandlung seiner an das Krankenhaus zugewiesenen Patienten durchaus gegen dieses Zuweiserentgeltverbot verstoßen kann. Auch hierüber lässt sich mit guten Argumenten für beide Standpunkte streiten. Zugunsten der Kooperation ließe sich anführen, dass dem Honorararzt ein Entgelt für die von ihm geleistete Behandlung bezahlt wird und nicht für die Zuweisung des Patienten. Es gibt indes Urteile, in denen dies im Einzelfall durchaus anders gesehen wurde⁸. Auch die Höhe des Entgeltes dürfte für die Diskussion von entscheidender Bedeutung sein. Insoweit ist derzeit also nur zu konstatieren, dass eine Berufsrechtswidrigkeit des Einsatzes von Honorarärzten nicht grundsätzlich ausgeschlossen ist.

Unterstellt, der konkrete Einsatz eines Honorararztes stellt sich als berufsrechtswidrig heraus, ist der diesem Einsatz zugrundeliegende Vertrag nach § 134 BGB wegen Verstoßes gegen ein Verbotsgesetz nichtig. Die Berufsrechtswidrigkeit begründet zugleich die Wettbewerbswidrigkeit des Honorararzteeinsatzes nach dem UWG, d.h. Wettbewerber und Wettbewerbsverbände können die Unterlassung durchsetzen und ggf. Schadenersatz einklagen, wie dies in dem vorstehend genannten Urteil des BSG zum Einsatz von niedergelassenen Vertragsärzten bei ambulanten Operationen des Krankentuägers zugrundelag. Neben dem insoweit bestehenden organisatorischen und wirtschaftlichen Risiko ist auch hier ein strafrechtliches Risiko zusätzlich zu verzeichnen. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass die berufsrechtlichen und wettbewerbswidrige Entgeltzahlung an den niedergelassenen Arzt ggf. eine strafbare Untreue zu

⁷ RA Matthias Wallhäuser, Wahlarztleistungen von Honorarärzten, in: Chefarzt im Unternehmen Krankenhaus, DKG 2011, S. 125 ff.

⁸ LG Duisburg, Urteil vom 01.04.2008, 4 O 300/07; OLG Düsseldorf, Urteil vom 01.09.2009, I 20 U 121/08

8 | Lasten des Krankenhausunternehmens darstellen kann, insbesondere dann, wenn für die betreffenden Leistungen auch die Abrechnungsfähigkeit nicht gegeben sein sollte. Zudem wird derzeit aufgrund eines Vorlagebeschlusses vom Bundesgerichtshof (BGH – Vorlagebeschluss an den Großen Senat vom 05.05.2011 – Az. 3 StR 458/10 und weiterer Vorlagebeschluss vom 20.07.2011 – Az. 5 StR 115/11) darüber entschieden, ob Vertragsärzte auch im Zusammenhang mit der Verordnung der stationären Behandlung als Beauftragte der Krankenkassen bzw. gar als Amtsträger anzusehen sind; dann stünden die strafbaren Delikte der Bestechung und Bestechlichkeit im Raume.

d) *Bilanzielle Auswirkungen des Einsatzes von Honorarärzten*

Zu berücksichtigen ist, dass die Entgelte für Honorarärzte nach den herkömmlichen Regelungen bilanziell als Sachkosten zu verbuchen sind. Bei einer hohen Quote von Honorarärzten im Krankenhausbetrieb kann dies zu einer signifikanten Steigerung der Sachkostenquote führen. Für Unternehmen, die einer bilanziellen Analyse unterworfen sind, können hieraus Benchmark-Nachteile erwachsen.

Denn der Gesamtzusammenhang (Notwendigkeit der Kooperation, Ärztemangel, Unwilligkeit der Ärzte gegenüber einer Anstellung, Zwang zur Freiberuflichkeit, kompensierende Minderung der Personalkosten) ist aus der Bilanz unmittelbar nicht zu erkennen.

Zwar lässt sich mit guten Argumenten darüber streiten, ob die bilanzielle Einordnung der Entgelte für Fremdpersonal unter den Sachkosten auch bei Dienstleistungsunternehmen wie Krankenhäusern zutreffend ist. Allerdings ist diese Diskussion soweit ersichtlich wegen der Neuheit dieser Problemstellung noch nicht geführt, ein Streit hierüber noch nicht durchgefochten. Der Ausgang einer solchen Diskussion ist also ungewiss.

e) *Qualität und Unternehmenskultur*

In keinem unmittelbaren juristischen Zusammenhang, gleichwohl von mindestens ebenso großer Bedeutung sind die Einflüsse des Einsatzes von Honorarärzten im Krankenhaus auf die Qualität der Leistungserbringung und die Unternehmenskultur im Krankenhaus.

Es ist nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen, dass Honorarärzte mit dem Krankenhausunternehmen eine geringere Verbundenheit aufweisen als im Unternehmen angestelltes Personal. Meist erhalten Honorarärzte für ihre mindestens vergleichbare Tätigkeit ein höheres Entgelt als der entsprechende beim Krankenhausunternehmen angestellte Arzt. Zudem ist das freiberufliche Selbstempfinden der Honorarärzte zur Überwachung und Beaufsichtigung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen durchaus als konträr anzusehen. Viele Probleme ergeben sich zudem im Klein-Klein des Alltags auch für den Honorararzt: kein Parkplatz, kein Schrank oder Spind, kein Schlüssel für den OP, keine OP-Schuhe, große Tasche, Lunch-Paket, Wasserflasche, keine Pausen⁹. Aus alledem können Fragen und Probleme erwachsen, deren Wirkungen noch nicht vollständig abzuschätzen sein dürften.

⁹ <http://www.bv-honoraraerzte.de/live/bv-honoraraerzte/content/e160/e3156/e3246/QualitatimHonorararztwesen.pdf> (dort S. 13)

IV. Arbeits- und sozialversicherungsrechtliche Fragestellungen

Auch wenn der Honorararzt von rechtlichen Problemen „umzingelt“ ist, wollen wir im vorliegenden Aufsatz zunächst die arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen Aspekte in den Mittelpunkt der Betrachtung stellen.

Ausgangspunkt ist damit die Frage, wann und unter welchen Voraussetzungen ein Honorararzt als Arbeitnehmer zu klassifizieren ist bzw. er in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis steht. Im Wesentlichen greifen die Arbeits- und Sozialgerichte bei ihrer rechtlichen Beurteilung auf die gleichen Kriterien zurück. So ist vor allem zu prüfen, ob der Honorararzt selbständige oder unselbständige Tätigkeiten verrichtet. Dies ist an Hand der persönlichen Abhängigkeit des Dienstverpflichteten zu beurteilen. Sie ist nicht mit einer etwaigen wirtschaftlichen Abhängigkeit zu verwechseln. Vielmehr wird geprüft, ob der Dienstverpflichtete seine Tätigkeiten fremdbestimmt in einer fremden Betriebsorganisation erbringt. Hiervon ist typischerweise auszugehen, wenn der Dienstnehmer den Weisungen des Dienstgebers hinsichtlich Zeit, Dauer, Ort und Inhalt der Tätigkeit unterliegt. Aber auch andere Aspekte wie ein unternehmerisches Risiko, die Zahl der Auftraggeber oder die Bezeichnung des Vertrages zwischen dem Dienstgeber und Dienstnehmer fließen in die Prüfung ein. Eine exakte Gewichtung dieser Kriterien zueinander ist nicht möglich. Vielmehr kommt es auf die jeweiligen Umstände des Einzelfalls und vor allem die zu erbringenden Leistungen an. Bei Diensten höherer Art, wie sie üblicherweise durch Ärzte erbracht werden, stehen einem Arzt unabhängig von seinem arbeits- oder sozialversicherungsrechtlichen Status fachliche Entscheidungsspielräume zu. Die Weisungsdichte ist der Natur der Sache nach gering. Deshalb ist zur Statusbeurteilung weniger auf inhaltliche Weisungen als vielmehr zeitliche Vorgaben und die Frage abzustellen, ob der Arzt ein unternehmerisches Risiko trägt.

In der Praxis zeigt sich, dass Honorarärzte unter Berücksichtigung dieser Kriterien häufig unselbständig tätig sind. In diesem Fall sind sie als Arbeitnehmer anzusehen und damit sozialversicherungspflichtig beschäftigt im Sinne von § 7 SGB IV. Zu keiner anderen Beurteilung führt es, wenn der Vertrag zwischen Krankenhaus und Honorararzt als „Dienstvertrag“ bezeichnet wird oder beide Parteien übereinstimmend erklären, der Honorararzt sei „selbständig“. Denn der Wortlaut eines Vertrages mag Indizwirkung haben; ausschlaggebend für die rechtliche Beurteilung ist jedoch letztlich allein die Art und Weise der tatsächlichen Zusammenarbeit.

Vor diesem Hintergrund erstaunt es, dass viele Honorarärzte sowohl in arbeitsrechtlicher sowie sozialversicherungsrechtlicher Hinsicht als Selbständige behandelt werden. Denn die Risiken einer Fehleinschätzung des Status sind immens. Dabei bereitet der Umstand, dass der Honorararzt häufig Kündigungsschutz genießt und die Schutzrechte eines Arbeitnehmers (bspw. Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Urlaub, Mutterschutz, Elternzeit) für sich in Anspruch nehmen kann, die geringsten Probleme. Wesentlich schwerwiegender sind die sozialversicherungsrechtlichen Folgen. Wurde zu Unrecht von einem freien Mitarbeiterverhältnis ausgegangen, muss das Krankenhaus bei einer nachträglichen Beanstandung den Gesamtbeitrag zur Sozialversicherung (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) mindestens für die Beschäftigungsdauer bzw. bis zu vier Jahren rückwirkend entrichtet. Bei vorsätzlichen Verstößen gegen die Beitragspflicht, die vor allem durch Rückstellungen in den Bilanzen indiziert sind, ist der Gesamtbeitrag zur Sozialversicherung sogar bis zu 30 Jahren rückwirkend zu leisten. Dieses wirtschaftliche Risiko wiegt umso schwerwiegender, da das Krankenhaus in den Möglichkeiten, den nachgezahlten Arbeitnehmeranteil bei dem Honorararzt zu regressieren, ausgesprochen begrenzt ist. Denn der Anspruch auf Erstattung des vom Beschäftigten zu tragenden Teils kann nur durch Abzug vom Arbeitsentgelt geltend gemacht werden. Das Krankenhaus ist dabei auf den pfändbaren Anteil der nächsten drei Lohn- bzw. Gehaltszahlungen beschränkt. Die Nachhaftung ist damit vor allem vom Krankenhaus zu tragen. Umso wichtiger ist es, die tägliche Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Honorararzt arbeits- und sozialversicherungsrechtlich im Vorhinein klar zu definieren und die Einhaltung der Rahmenbedingungen zu prüfen. Häufig wird sich hierbei ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis wie auch Arbeitsverhältnis nicht vermeiden lassen. In einzelnen Disziplinen

10 | (insbesondere im Bereich der Anästhesie und Notärzte) mag die Selbständigkeit des Arztes jedoch noch zu erzielen sein. Sozialversicherungsrechtlich besteht dort die empfehlenswerte Möglichkeit, ein Anfrageverfahren bzgl. des Status des Mitarbeiters bei der Deutschen Rentenversicherung Bund durchzuführen (§ 7a SGB IV). Der Sozialversicherungsträger beurteilt dann an Hand des vorliegenden Vertrages und der von dem Krankenhaus geschilderten Umstände der Zusammenarbeit den sozialversicherungsrechtlichen Status verbindlich. Abweichungen von dem mitgeteilten Sachverhalt ziehen dabei wieder eine neue rechtliche Bewertung nach sich

IV. *Behandlung der Problematik in der Praxis*

Starten wir mit dem Erfahrungsbericht eines Personalleiters:

„Sehr geehrte Herren,

Ende Oktober wurden wir von der SV-Prüfung ‚beehrt‘. Die Herren fragten sofort nach Honorarärzten und ließen sich in der FiBu das entsprechende Konto geben. Sie ließen sich danach von uns alle Verträge und Rechnungen vorlegen. Honorarärzte, die nach GOÄ abrechnen und solche, für die Rechnung durch eine ‚Organisation‘ geschrieben werden, sind von der Beitragspflicht ausgenommen.

Das Ergebnis und eine interne Richtlinie der DRV (vertraulich vom Prüfer überlassen) finden Sie im Anhang. Wir erwarten eine Beitragsnachforderung in Höhe von ca. 25 TE.

Als Konsequenz übernehmen wir nach Rücksprache und auf Anweisung der GF alle Honorarärzte in die Abrechnung und weisen einen Teil des Honorars als Beitragszuschuss RV, KV und PV aus. Ich habe ein Merkblatt erarbeitet, mit unserem Justitiar abgestimmt, alle derzeit tätigen Honorarärzte angeschrieben und sie über die Veränderung informiert. Unser Justitiar hat den bei uns gebräuchlichen Honorararztvertrag überarbeitet. Wenn Sie beides interessiert, lassen Sie es mich bitte wissen.

Einige Tage nach Ende der Prüfung meldete sich das Finanzamt zur Lohnsteuerprüfung an. Die SV-Prüfer haben dorthin eine Meldung gemacht, dass bei uns etwas zu holen ist. Das Vorgespräch findet Mitte Dezember statt, damit die Verjährung gehemmt wird. In diesem Vorgespräch wird eine Aushändigung einer CD mit allen Lohnsteuerdaten über 4 Jahre verlangt. Der Prüfer kommt dann Anfang des Jahres.

Noch Fragen??“

So und ähnlich laufen derzeit zahlreiche Prüfungen der Rentenversicherungen in den Häusern ab. Als Honorarärzte zum Einsatz gekommen waren im betreffenden Fall Drittärzte mit und ohne Niederlassung in eigener Praxis, teilweise von Agenturen vermittelt. Die Honorarärzte wurden sowohl in Vertretung des ärztlichen Personals als auch zur Sicherstellung des Versorgungsauftrages tätig. Aus dem vorstehend zitierten Erfahrungsbericht wie aus dem Ergebnisbericht der zuständigen DRV in dem betreffenden Fall ergibt sich folgende – völlig eindeutige – Haltung der Behörden, wonach beim Einsatz von Honorarärzten regelmäßig und unterschiedslos in sämtlichen angetroffenen Konstellationen dem Grunde nach die Versicherungspflicht in allen Zweigen der Sozialversicherung angenommen wird. Die DRV führt wie folgt aus:

„Ausschlaggebend für diese Beurteilung war letztlich, dass die Honorarärzte in die Arbeitsorganisation des jeweiligen Krankenhauses eingegliedert waren; die Tätigkeiten wurden in den Einrichtungen und unter kostenloser Nutzung der vom Arbeitgeber zur Verfügung gestellten Arbeitsmittel, zusammen mit dessen Personal, nach Dienstplänen oder vorgegebenen Öffnungszeiten und in Vertretung für festangestellte Ärzte durchgeführt. Die Arbeitsleistungen wurden im Dienst und auf Rechnung der jeweiligen Einrichtung erbracht; die betreffenden Honorarärzte liquidierten dafür nicht nach der Gebührenordnung für Ärzte.“

Auch die Tätigkeiten von Ärzten in einem Explantationsteam, als Hubschrauberarzt, als Notarzt oder als Notdienstarzt seien – so die DRV weiter – regelmäßig als Beschäftigungsverhältnis zu qualifizieren. Immer dann, wenn die Arbeitsorganisation von einem Dritten vorgegeben werde, sei von einem Beschäftigungsverhältnis auszugehen.

Demgegenüber könne der Umstand, dass der Einsatz nur für begrenzte Zeit erfolgte, nach Auffassung der DRV nicht dazu führen, dass von einer Freiberuflichkeit auszugehen sei. Auch wenn der Honorararzt überwiegend und im Schwerpunkt als Freiberufler in eigener Praxis tätig sei, vermittele dies nach der DRV kein anderes Ergebnis. Nur der Vollständigkeit halber wird seitens der DRV unter Bezugnahme auf die einschlägige Rechtsprechung darauf hingewiesen, dass der jeweiligen Bezeichnung der Tätigkeit durch die Vertragsparteien keine bzw. nur eine sehr untergeordnete Bedeutung zukommt¹⁰.

Allerdings konstatiert auch die DRV:

„Maßgebend sind die Umstände im Einzelfall. Honorarärzte können eine selbständige – nicht versicherungspflichtige – Tätigkeit innerhalb eines Krankenhauses ausüben, falls die Gesamtwürdigung aller Umstände ergibt, dass keine arbeitsorganisatorische Eingliederung besteht.“

Alleine: Welche Spielräume resultieren hieraus tatsächlich?

IV. Lösungsansätze

Krankenhäuser haben sich darauf einzustellen, dass auch die von ihnen gepflegten Honorararztverhältnisse einer Prüfung durch die DRV unterzogen werden. Betroffene Krankenhäuser haben eine Entscheidung zu treffen, wie sie hiermit umgehen wollen. Diese Entscheidung geht über die hier in den Mittelpunkt gestellte Frage der Sozialversicherungspflicht hinaus; sie ist strategischer Natur. Ein genauerer Blick auf die beiden Entscheidungsalternativen – Freiberuflichkeit retten und Anstellung – erscheint daher angebracht.

a) *Freiberuflichkeit retten*

Ausgehend von der öffnenden Formulierung der DRV, dass im Einzelfall der Honorararzt durchaus einer selbständigen, nicht versicherungspflichtigen Tätigkeit im Krankenhaus nachgehen kann, ist es sicher nicht falsch zu überprüfen, ob und welche der gepflegten Kooperationen zu Honorarärzten in diesem Sinne „gerettet“ werden können.

Entscheidend sind dabei die beiden folgenden Gesichtspunkte:

¹⁰ BSG, Urteile vom 28.10.1960, 3 RK 13/56 und vom 17.05.1973, 12 RK 23/72

- Zum einen dürfen die vertraglichen Abreden keine Elemente enthalten, die eine Einbeziehung des Arztes in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses darstellen und schon für sich genommen zwingend ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis indizieren (Urlaubsgeld, Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, Verbindlichkeit der Dienstpläne, etc.)
- Zum zweiten und viel wesentlicher darf die tatsächliche Umsetzung der vereinbarten Kooperation keine solchen Merkmale aufweisen.

Es versteht sich von selbst, dass diesen Anforderungen mit derzeit kursierenden – angeblich mit der DRV abgestimmten – musterhaften Vertragsregelungen alleine nicht Genüge getan werden kann. Erforderlich ist immer eine Betrachtung der tatsächlichen Gesamtumstände im Einzelfall.

Dort, wo diese Betrachtung das Ergebnis „Freiberuflichkeit“ nahe legt, kann die Klärung des betreffenden Einzelsachverhalts mit der DRV sinnvoll sein. Es bietet sich hierzu an, das sog. Anfrageverfahren nach § 7a Abs. 1 SGB IV zu wählen.

b) *Anstellungslösung*

Ob die Anstellung der Ärzte eine Lösung bietet, ist zu hinterfragen (1). Die Anstellungslösung kommt in zwei Varianten in Betracht (2): Die Ärzte können beim Krankenhaus unmittelbar angestellt werden oder sie sind bei einer mit entsprechender Erlaubnis nach AÜG ausgestatteten Agentur angestellt und werden dem Krankenhaus von dieser überlassen.

(1) Vor- und Nachteile der Anstellungslösung

Der einfache Lösungsweg zur Bereinigung der skizzierten rechtlichen Probleme liegt auf der Hand

- Teilzeitanstellung der betreffenden Drittarzte. Ob dies indes praktikabel und wirtschaftlich sinnvoll ist, darf hinterfragt werden:
- Die Ärzte wären dann ganz offiziell sozialversicherungspflichtig beschäftigt, diese Frage wäre nicht mehr zu diskutieren. Der wirtschaftliche Nachteil wäre in Kauf zu nehmen, zugleich würde jegliches weitere wirtschaftliche und auch strafrechtliche Risiko eines Versuchs, die Sozialversicherungspflicht zu vermeiden, eliminiert.
- Die Bilanzproblematik einer zu hohen Sachkostenquote wäre – jedenfalls in der Variante „Anstellung beim Krankenhaus“ (nachstehende unter (2)) – bereinigt; auf der anderen Seite stiegen die Personalkosten, im Benchmark ggf. eher zu rechtfertigen.
- Die Abrechenbarkeit der von den so angestellten Ärzten erbrachten Leistungen für das Krankenhaus stünde nicht mehr alleine deshalb in Frage, weil diese Ärzte nicht zum „eigenen Personal“ des Krankenhauses zählen.
- Das Zuweiserentgeltverbot bliebe auch weiterhin zu beachten; die Diskussion wird ggf. im Hinblick auf die Höhe des vereinbarten Gehalts zu führen sein.
- Zu beachten bleiben die vertragsarztrechtlichen, zeitlichen Beschränkungen. Dies gilt indes für alle denkbaren Einsatzkonstellationen für Vertragsärzte; dieser Gesichtspunkt spielt für die Entscheidung zwischen den Konstellationen also keine Rolle.

Problematisch ist dieser rechtlich einfache Lösungsweg deshalb, weil er den Anforderungen der Praxis (derzeit) nicht gerecht wird:

- Im Wettbewerb um die knappe „Ressource Arzt“ – auch im Hinblick auf seine Funktion als Einweiser – sind für das die Anstellungslösung bevorzugende Krankenhaus Nachteile zu befürchten, solange Wettbewerber auch weiterhin Ärzte unbehelligt als Freiberufler anwerben.

Diese Problematik wird sich bei fortschreitender Prüfungstätigkeit der DRV gewiss relativieren. Eine weitere Entschärfung kann dann eintreten, wenn ein „Anstellungs Krankenhaus“ sich dazu entschließt, gegen – insoweit wettbewerbswidrige Verhaltensweisen der Konkurrenz – mit den Mitteln des Wettbewerbsrechts (Durchsetzung des Unterlassungsanspruchs) zu reagieren.

- Ärzten ist die Anstellungslösung regelmäßig nicht genehm. Dies hat sicher etwas mit dem Selbstverständnis als Freiberufler zu tun. Neben dem hieraus erwachsenden allgemeinen Unwillen der Ärzte gegen eine Absicherung in der Sozialversicherung, dürfte bei vielen im Vordergrund stehen, dass bei (Teilzeit-)Anstellung des Arztes im Krankenhaus häufig die Einstufung in Lohnsteuerklasse VI erfolgt. Die Lohnsteuerklasse VI wird eingetragen, wenn ein Arbeitnehmer eine Lohnsteuerkarte für ein zweites oder weiteres Dienstverhältnis benötigt. Außerdem ist der Arbeitgeber verpflichtet, die Lohnsteuer nach Steuerklasse VI einzubehalten, wenn der Arbeitnehmer eine Lohnsteuerkarte schuldhaft nicht vorlegt. Diese Lohnsteuerklasse verursacht die höchste Steuerbelastung, weil außer dem Altersentlastungsbetrag keine Freibeträge berücksichtigt werden. Da die Einkünfte des ersten Beschäftigungsverhältnisses nicht bekannt sind, wird hier wesentlich mehr einbehalten als in den anderen Steuerklassen. Hieraus resultieren nicht unerhebliche Liquiditätsnachteile für den Arzt gegenüber seiner freiberuflichen Beschäftigung. Diesem Liquiditätsnachteil ließe sich durch eine Nettolohnvereinbarung sicher zugunsten des Arztes begegnen; allerdings zu wirtschaftlichen Lasten des Krankenhauses, das häufig zur Gewinnung der für die Sicherstellung des eigenen Krankenhausbetriebes ohnehin einen pekuniären Anreiz bieten muss, der durchaus ein Vielfaches des üblicherweise einem angestellten Arzt gewährten Arbeitsentgelts erreichen kann.
- Beide Gesichtspunkte stehen in Verbindung insoweit, als der Arzt mit sehr begrenztem persönlichen Risiko die freiberufliche Tätigkeit verlangen und eingehen kann. Er kann für die vom Krankenhaus zu leistenden Nachzahlungen der Gesamtsozialversicherungsbeiträge (einschließlich also des Arbeitnehmeranteils des Arztes) an die Sozialversicherung nur in sehr begrenztem Umfang in Regress genommen werden (s.o.); über seine Pflicht, die vom Krankenhaus geleisteten Lohnsteuernachzahlungen zu erstatten, lässt sich trefflich streiten.

(2) Anstellungslösung in zwei Varianten

In Betracht zu ziehen ist neben der Anstellung der Ärzte beim Krankenhaus selbst, die Überlassung der Ärzte durch einen mit Arbeitnehmerüberlassungserlaubnis versehenen dritten Anstellungsträger.

Die erste Variante – Anstellung des Arztes beim Krankenhaus – ist Folge einer Prüfung durch die DRV, die mit dem Ergebnis endet, dass eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung des Arztes vorliegt. Diese hat der Arzt dann beim Krankenhaus; und zwar auch dann, wenn er als Freiberufler von einer Agentur vermittelt worden sein sollte. Allenfalls ließe sich in dieser Konstellation darüber nachdenken, ob und welche Ansprüche gegen die vermittelnde Agentur in Betracht kommen, die die Vermittlung eines Freiberuflers versprochen, tatsächlich aber einen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten vermittelt hat. Zu denken wäre hier ggf. an Schadenersatzansprüche, die sich aus den vom Krankenhaus infolge der DRV-Prüfung zu leistenden Nachzahlungen speisen. Keinesfalls aber kann aus der Prüfung der DRV ein Anstellungsverhältnis des Arztes bei der Vermittlungsagentur erwachsen.

Während die erste Variante also keiner weiteren Willensentscheidung bzw. keines weiteren Umsetzungsaktes des Krankenhauses oder des Arztes bedarf, setzt die zweite Variante – Überlassung durch dritten Anstellungsträger – eine bewusste Entscheidung des Krankenhauses und der Ärzte voraus. Für das einzelne Krankenhausunternehmen mit nur einem oder zwei Krankenhausbetrieben dürfte die Einschaltung einer solchen Arztüberlassungsgesellschaft keine größeren Vorteile bieten,

als sie bisher bei der Vermittlung von vermeintlich freiberuflichen Ärzten durch entsprechende Agenturen bestanden: ein Zugriff auf ein größeres Portfolio in Betracht kommender Ärzte, kein eigener Verwaltungsaufwand bei Suche nach Ärzten. Für größere Klinikketten und -verbünde aber sind weitere Aspekte von Bedeutung, insbesondere dann, wenn eine „eigene Arztüberlassungsgesellschaft“ mit Erlaubnis nach dem AÜG gegründet und betrieben wird (ggf. als joint-venture mit einer der etablierten Vermittlungsagenturen):

- die eigene Arztüberlassungsgesellschaft bietet ein zentrales Steuerungsinstrument für die strategische Ausrichtung an der Schnittstelle zur Ambulanz im Hinblick auf den Einsatz von Drittärzten;
- es ist der flexible Einsatz in verschiedenen Krankenhäusern möglich;
- die Verbindlichkeit eigener QM-Systeme und Unternehmenskultur wird vermittelbar;
- Flexibilität nicht nur im Hinblick auf den Einsatzort, sondern auch bei der rechtskonformen Gestaltung finanzieller Bedingungen (Stichwort: Flexibilitätsprämie);
- kein Wildwuchs beim Einsatz von Drittärzten in den einzelnen Krankenhäusern;
- Bereinigung der rechtlichen Problemfelder beim Einsatz von Drittärzten generiert die Möglichkeit, gegen wettbewerbswidriges Verhalten der Konkurrenz vorzugehen;
- Erfassung der Kosten- und der Einnahmeseite in der Konzernbilanz besser darstellbar;
- Betonung der Konzernstrategie gegenüber der Drittärzteschaft; mittel- bis langfristige Reduzierung des Getriebenwerdens durch die Drittärzteschaft und Reduzierung der durchschnittlichen Kosten des Einsatzes von Drittärzten;
- Möglichkeit der Arztvermittlung auch an andere Einrichtungen, ggf. zur freundschaftlichen Vorbereitung einer geplanten Fusion oder Übernahme.

VII. Ausblick

Beim Einsatz von Honorärärzten wird nichts bleiben, wie es derzeit ist. Die Freiberuflichkeit wird verstärkt hinterfragt werden und in den meisten Fällen ohne Änderung der tatsächlichen und vertraglichen Verhältnisse nicht zu halten sein. Einige Kliniken werden mit Nachzahlungen von Gesamtsozialversicherungsbeiträgen und Lohnsteuer belastet werden. In einigen Fällen werden im Nachgang Diskussionen und Streitigkeiten zwischen Krankenhaus und Arzt einerseits sowie zwischen Krankenhaus und Vermittlungsagentur andererseits zu verzeichnen sein. Für die Zukunft werden wenige freiberufliche Kooperationen zu retten sein. In den weit überwiegenden Fällen wird entweder unmittelbar aus einer Prüfung der DRV oder aufgrund aktiver Entscheidung der Beteiligten das Anstellungsverhältnis überwiegen. Hieraus wird zunächst eine wirtschaftliche Belastung der Krankenhäuser resultieren, denn an der Knappheit der „Ressource Arzt“ und der Notwendigkeit hinreichend motivierende Nettoentgelte ändert auch die Sozialversicherungspflichtigkeit zunächst allenfalls marginal etwas. Für größere Klinikketten liegt eine Chance in der Gründung einer eigenen Arztüberlassungsgesellschaft. Langfristig wird dies zu einer Bereinigung des Marktes führen; während zunächst das Anstellungskrankenhaus gegenüber dem Freiberuflerengagement des Wettbewerbs ins Hintertreffen zu geraten scheint, wird derjenige, der frühzeitig die strategische Entscheidung zu Gunsten der eigenen zentralen Arztüberlassungsgesellschaft getroffen hat, eine hohe interne wie externe Bindung von Drittärzten erfahren und damit gegenüber dem Wettbewerb Vorteile erlangen.

Zu den Autoren

Matthias Wallhäuser wurde 1969 geboren, ist verheiratet und Vater einer Tochter.

Herr Wallhäuser ist seit seiner Zulassung als Rechtsanwalt Anfang 1999 als juristischer Berater von Einrichtungen des Gesundheitswesens tätig, vorrangig für Krankenhäuser und Kliniken. Er ist Fachanwalt für Medizinrecht und Partner der Sozietät MEYER-KÖRING in Bonn. Der Schwerpunkt seiner Tätigkeit liegt in der sozial- und wirtschaftsrechtlichen Beratung von Krankenhäusern; gemeinsam mit Rechtsanwalt Sebastian Witt koordiniert er die Arbeitsgruppe Medizinrecht der Sozietät im Hinblick auf die Beratung von Krankenhäusern; diese Arbeitsgruppe besteht aus zwischenzeitlich elf Rechtsanwälten mit Fachanwaltstiteln in den Bereichen Arbeitsrecht, Steuerrecht, Handels- und Gesellschaftsrecht sowie Medizinrecht.

Herr Wallhäuser ist Herausgeber und Autor einschlägiger Veröffentlichungen, etwa des kürzlich bei der DKVG erschienenen Buches „Chefarzt im Unternehmen Krankenhaus“ sowie im Nomos Großkommentar zum Gesamten Medizinrecht. Daneben ist er Referent auf zahlreichen Vortragsveranstaltungen und Tagungen für Krankenhäuser.

Kontakt: Tel. +49 (0) 228 72636-38 | wallhaeuser@meyer-koering.de



Sebastian Witt wurde 1975 geboren, ist verheiratet und Vater von zwei Söhnen.

Herr Witt ist seit annähernd 10 Jahren ausschließlich im Bereich des Arbeitsrechts anwaltlich tätig. Er ist Fachanwalt und geschäftsführender Partner der Sozietät MEYER-KÖRING Rechtsanwälte Steuerberater in Bonn. Dort berät und vertritt er überwiegend Krankenhäuser, vor allem in katholischer Trägerschaft. Den Schwerpunkt seiner Tätigkeit bildet die Betreuung von Umstrukturierungen, insbesondere Personalabbaumaßnahmen, Outsourcings und Schließungen von Abteilungen oder Einrichtungen.

Daneben ist Herr Witt Referent und Autor in verschiedenen arbeitsrechtlichen Handbüchern. Bspw. hat er im Handbuch Krankenhaus-Arbeitsrecht neben anderen Beiträgen auch das Kapitel „Outsourcing und Betriebsübergang“ verfasst. U.a. hierzu hält er regelmäßig Vorträge vor Fachpublikum.

Kontakt: Tel. +49 (0) 228 72636-48 | witt@meyer-koering.de



MEYER-KÖRING

Anwaltstradition seit 1906

Meyer-Köring | Rechtsanwälte und Steuerberater Partnerschaftsgesellschaft

Büro Bonn
Oxfordstraße 21
53111 Bonn

Telefon +49 (0) 228 72636-0
Telefax +49 (0) 228 72636-77

bonn@meyer-koering.de
www.meyer-koering.de

Büro Berlin
Schumannstraße 18
10117 Berlin

Telefon +49 (0) 30 206298-6
Telefax +49 (0) 30 206298-89

berlin@meyer-koering.de
www.meyer-koering.de

