



Foto: raz studio – Fotolia

Lösung in Sicht?

Honorararztverträge – eine gezeißelte Rechtsbeziehung

Von Jochen Lang

Zahlreiche Vereinbarungen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern werden aus Sorge vor drohender Strafverfolgung in jüngster Zeit gekündigt und zeitaufwendig diskutiert. Das „Korridor-Modell“ stellt einen pragmatischen Ansatz dar, um zumindest eine der zentralen Fragen innerhalb derartiger Verträge nach Vergütungskriterien, die keinen Korruptionsverdacht zulassen, suffizient zu beantworten.

Keywords: Ambulante Versorgung, Kooperationsverträge, Honorarärzte, Antikorruptionsgesetz, Vergütung

Schon seit langem ist die paradoxe Welt der sich widersprechenden Einschätzungen sogenannter Honorarärzte, ihrer Leistungen und ihrer Stellung kaum mehr nachzuvollziehen. Obwohl der Gesetzgeber die Stellung von Honorarärzten explizit vorsieht und ihre Leistungen für stationäre Einrichtungen nicht nur zulässt, sondern auch entsprechend des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) wünscht, werden andere staatli-

che Kräfte nicht müde, die Stellung niedergelassener Ärzte, die im stationären Bereich auf Grundlage vertraglicher Vereinbarungen tätig werden, in Zweifel zu ziehen und zu attackieren.

Da werden Scheinselbständigkeiten und damit Sozialversicherungsbetrügereien vermutet, Vernachlässigung des kassenärztlichen Versorgungsauftrages befürchtet, Umgehungen des Landeskrankenhausplanes gewittert und last but not least korruptionsverdächtige Vergütungsregelungen mehr oder minder offen unterstellt, die unter anderem in das bekannte Antikorruptionsgesetz, das am 04. Juni 2016 über die Novellierung des §§ 299a, 299b und § 300 StGB in Kraft getreten ist, münden sollen.

Die meisten Krankenhäuser sahen sich gezwungen, ihre Honorararztvereinbarungen auf den Prüfstand zu bringen, zu kündigen und alternative Regelungen mit ihren Honorarärzten auf den Weg zu bringen. Nur wie? Das ist und war die große Herausforderung. Alle Beteiligten konnten

sich schnell auf die Formel verständigen: Die Verträge müssen rechtlich einwandfrei, unangreifbar und den jüngst formulierten Bedingungen eines völlig unerprobten und in der Rechtslandschaft noch nie durchdeklinierten Antikorruptionsgesetzes gerecht werden können.

Seit Monaten bemühen sich Krankenhausmanager, Anwälte und weitere Fachberater um die Lösung dieses Problems. Nicht selten verschlingt dieser Prozess neben beachtlichen Geldbeträgen auch viel Zeit, in der alle Leistungsträger mehr als nur verunsichert sind. Schließlich ist der Vorwurf, sollte er wirklich entsprechend des Strafgesetzbuches greifen, massiv und mit heftigen Strafandrohungen versehen.

Eine Vielzahl von Aspekten sind bei der Neufassung derartiger Honorararztverträgen zu beachten und bedürfen eines qualifizierten juristischen Beistands. Die rechtlichen Rahmenbedingungen, die im Vertragsarztrecht, Berufsrecht, Krankenhaus- und Vergütungsrecht hinterlegt sind, gilt es

zu beachten. Es ist schon außerordentlich diffizil, den pauschalen Vorwurf zu eliminieren, dass in einer von den Vertragsparteien ausgehandelten Vergütung nicht auch in irgendeiner Form die Patientenzuweisung berücksichtigt sei.

Vor allem immer dann, wenn die Patienten, die vom niedergelassenen Arzt als Honorararzt im Krankenhaus stationär – sei auch nur teilweise – therapiert werden, zuvor in der Praxis des Arztes behandelt wurden. Im Folgenden steht die Vergütungssystematik, die möglichst den neuen gesetzlichen Anforderungen standhalten und dabei die natürlichen Interessenlagen der Vertragspartner nicht aus dem Auge verlieren sollte, im Blickfeld.

Und das ist nicht einfach, wie sich nach einigen modellhaften Überlegungen herausstellt. Die Palette durchgedachter Modelle war schier grenzenlos und komplex. Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten:

- Man lässt alles beim Alten und hofft, dass schon nichts passieren wird.
- Die Honorarärzte könnten (in Teilzeit) angestellt und analog angestellter Mitarbeiter bezahlt werden.
- Gemeinsame MVZ's (oder andere Gesellschaftsformen) könnten gegründet werden.
- Der Honorararzt liquidiert einen pauschalen Anteil am Vergütungserlös (DRG) des Krankenhauses.
- Jede einzelne Leistung des Honorararztes wird detailliert dokumentiert und wird jeweils einzeln nach Sach-, Personal- und Gemeinkosten abgerechnet.
- Zurück zur Belegabteilung.

Aus diesen Überlegungen und dem fast unzumutbaren Aufwand, der hinter all diesen Modellen lauert, wurde gemeinsam

mit Topmanagern der Krankenhausbranche, Controllern und Fachanwälten das „Korridor-Vergütungsmodell“ entwickelt, das den externen wie internen Anforderungen gerecht werden soll.

Nach Auffassung aller mit dieser Thematik befasster Fachleute hat der BGH in mehreren Urteilen – unter anderem auch im Urteil vom 12.11.2009, Az. III ZR 110/09 – dargelegt, dass eine Orientierung an üblichen und gesetzlich geregelten Vergütungsordnungen (beispielsweise GOÄ) sowie allgemein gültigen Kalkulationsrichtlinien der Krankenhäuser (beispielsweise InEK) durchaus tauglich ist, als Grundlage zur Preisfindung der von Honorarärzten erbrachten Leistungen für das Krankenhaus beziehungsweise derer stationärer Patienten zu dienen.

Die so erbrachten Leistungen sind zunächst vom Krankenhaus gegenüber dem Honorararzt zu vergüten und in das übliche Honorierungssystem, das zwischen ▶

**Treffen Sie uns
auf Xing!**

**Die Newsseite der
KU Gesundheitsmanagement auf XING**

- Verpassen Sie keine News aus der Gesundheitswirtschaft
- Diskutieren Sie in Ihrem fachlichen Netzwerk über aktuelle und spannende Themen

Krankenhaus und Sozialversicherungen vereinbart wird, einzu-
passen. So führt in einem konkreten Fall der BGH im oben zitierten Urteil aus: „Aus dieser Besonderheit ergeben sich, [...], die für die Angemessenheit der Vergütung wesentlichen Parameter. Dies im Einzelnen zu regeln, ist Sache der jeweiligen Vertragsparteien, die sich am ärztlichen Gebührenrecht orientieren können.“

Nicht zuletzt diese Beurteilung ermöglicht es den Vertragsparteien, das hier beschriebene Korridor-Vergütungsmodell anzuwenden, dessen Prinzip und Systematik letztlich denkbar einfach und pragmatisch umsetzbar sind:

Es sollen zwei jeweils extreme aber sachlich unabhängige Kalkulationseckpunkte je Behandlungsfall – wie er üblicherweise vom Honorararzt geleistet wird – definiert werden, die in ihrer Berechnungsmethodik überregional, unabhängig, objektiv nachvollziehbar, fachlich kompetent und (zunächst) frei von individuellen Kalkulationsanforderungen zustande gekommen sind.

In einem konkreten Fall wurden eine dem tatsächlichen Leis-

festgeschrieben und hat bis auf Widerruf oder Kündigung Gültigkeit.

Eine einmal so ermittelte „Preisliste“ vereinfacht die Abrechnungsprozedur gegenüber allem Dagewesenen und Diskutiertem enorm und dürfte tatsächlich frei von Strafvorfällen sein. Abschließende Sicherheit wird es ohnehin erst dann geben können, sobald höchstinstanzliche Entscheidungen in diesem Zusammenhang vorliegen.

„Einmal mehr zeigt sich, dass der Versuch, marktwirtschaftliche Elemente mit staatlicher Planungshoheit zu koppeln, statt Lösungen vor allem weitere Gordische Knoten produziert.“

In der Praxis hat sich gezeigt, dass sich die etwas aufwendigere Diskussion vor allem auf die Systematik bezieht, die eigentliche Berechnung der Eckpunkte des Korridors und die anschließenden Vergütungsverhandlungen waren unter Fachleuten bei sachlicher Argumentation in verhältnismäßig kurzen Zeit abzuschließen. An dieser Stelle sei erwähnt, dass in diesem Zusammenhang

„Abschließende Sicherheit wird es ohnehin erst dann geben können, sobald höchstinstanzliche Entscheidungen in diesem Zusammenhang vorliegen.“

tungsvolumen angepasste InEK-Kalkulationsberechnung einerseits und eine nachvollziehbare GOÄ-Abrechnung andererseits als Kalkulationseckpunkte herangezogen. Durch diese objektivierte Berechnungseckpunkte, die in ihrem Zustandekommen keinen Spielraum für Korruptionsverdächtigungen lassen, haben die Vertragspartner wenigstens einen wenn auch sehr eingegrenzten Spielraum beziehungsweise Korridor, in dem sie ihre speziellen Vergütungsverhandlungen führen können.

Der so ausgehandelte Preis je Behandlungsfall wird vertraglich

wahlärztliche Leistungen, die von einem Honorararzt, der als niedergelassener (selbstständiger) und nicht als angestellter Arzt des Krankenhauses handelt, als nicht abrechnungsfähig eingeschätzt wurden. Dass insbesondere die Privatkrankenversicherungen so zu einem Profiteur dieser Regelungen gemacht wurden, ist wohl eher unbeabsichtigt aber von immenser wirtschaftlicher Bedeutung.

Alle an diesem Prozess Beteiligten – Vertreter der Krankenhäuser, Controller, Fachanwälte und Fachberater – waren nach an-

fänglichen Bedenken überrascht, wie schnell in den dann noch zu regelnden Vertragsfragen Einigung erzielt werden konnte.

Natürlich bleiben die in diesem Vorgang latenten Fragen nach der zukünftig politisch gewünschten Positionierung von Honorarärzten im stationären Bereich ungeklärt. Es verdichten sich Befürchtungen, dass einige Interessensvertreter im deutschen Gesundheitswesen dem Honorararztsystem sehr kritisch gegenüberste-

hen und damit das mühevoll aufgezogene Pflänzchen „Verzahnung stationärer und ambulanter Versorgungsmethoden“ wie Unkraut aus dem Feld der Gesundheitsdienstleistungen jäten wollen.

Einmal mehr zeigt sich, dass der Versuch, marktwirtschaftliche Elemente mit staatlicher Planungshoheit zu koppeln, statt Lösungen vor allem weitere Gordische Knoten produziert. So werden die Akteure um ein essentielles Recht in einer nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten organisierten Welt, nämlich Preise für ihre angebotenen Leistungen frei aushandeln zu dürfen und dabei nicht offen oder latent Korruptionsverdächtigungen ausgesetzt zu sein, gebracht. ■

Literatur beim Verfasser

Jochen Lang
LC24 Beratergruppe
Burgstraße 7
88212 Ravensburg
j.lang@lc24.de



Jochen Lang