

Berlin, August 2019

## Geht nicht gibt's nicht

***DGIV-Positionspapier zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen durch im Krankenhaus nicht fest angestellte Ärzte gemäß § 2 Abs. 1 KHEntgG (Kooperations-/Honorarärzte) nach den BSG-Entscheidungen vom 04.06.2019***

### I.

Nicht zum ersten Mal haben die obersten Sozialrichter Bundesregierung und Gesetzgeber unter Handlungsdruck gebracht. Am 04.06.2019 entschied das BSG im Leitfall, dass Honorarärzte im Krankenhaus regelmäßig sozialversicherungspflichtig sind (vgl. Pressemitteilung vom 04.06.2019, [https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/2019\\_21.html](https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/2019_21.html)).

Drei Tage später stufte das BSG auch Pflegekräfte in stationären Pflegeeinrichtungen als regelmäßig sozialversicherungspflichtig ein (vgl. Pressemitteilung vom 07.06.2019, [https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/2019\\_22.html](https://www.bsg.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2019/2019_22.html)).

Vermeintlich wurde für viele damit der Tätigkeit von nicht fest angestellten Ärzten im Krankenhaus (nachfolgend Honorarärzte genannt) ein Riegel vorgeschoben. Nicht wenige erklärten, dass damit jegliche honorarärztliche Tätigkeit im Krankenhaus verboten sei, da sich aus der Entscheidung des BSG, zu der noch keine Urteilsbegründung, sondern lediglich die o. g. Pressemitteilung des Gerichts vorliegt, nur noch die Zulässigkeit der Tätigkeit von Ärzten im Krankenhaus in einem sozialversicherungspflichtigen Anstellungsverhältnis ergebe.

Diese Interpretation kann so nicht richtig sein.

### II.

Zunächst ist darauf zu verweisen, dass § 2 KHEntgG immer noch geltendes Recht darstellt.

Hier heißt es in Abs. 1:

***„Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlungen, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Zu den Krankenhausleistungen gehören nicht die Leistungen der Belegärzte (§ 18) sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger.“***

Weiter heißt es in Abs. 3:

**„Bei der Erbringung von allgemeinen Krankenhausleistungen durch nicht im Krankenhaus fest angestellte Ärztinnen und Ärzte hat das Krankenhaus sicherzustellen, dass diese für ihre Tätigkeit im Krankenhaus die gleichen Anforderungen erfüllen, wie sie auch für fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte gelten.“**

### III.

In der Gesetzesbegründung dieser 2012 als Omnibusregelung im PsychEntgG verankerten o. g. Regelung heißt es:

**„Mit der Regelung wird ausdrücklich gesetzlich verankert, dass Krankenhäuser ihre allgemeinen Krankenhausleistungen auch durch nicht fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen können. Die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eingeführte Regelung in § 20 Absatz 2 Ärzte-ZV hat zu unterschiedlichen Auffassungen in der Rechtsprechung darüber geführt, ob das Krankenhaus die ärztliche Behandlung im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen nur durch im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen kann, oder ob hierzu auch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, wie z. B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, eingebunden werden können. Die Erbringung und Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen können nicht vom Status des ärztlichen Personals im Krankenhaus (Beamten- oder Angestelltenverhältnis oder sonstige Vertragsbeziehung) abhängen. Die Vorgaben für Krankenhäuser nach § 107 Absatz 1 Nummer 3 SGB V, jederzeit verfügbares ärztliches Personal vorzuhalten, sind im Übrigen statusneutral. Es ist deshalb auch nicht geboten, die Tätigkeit z. B. von niedergelassenen Ärzten in Krankenhäusern nur über ein Anstellungsverhältnis zu gestatten. Hinzu kommt, dass die Versorgungsrealität insbesondere in strukturell benachteiligten Räumen von Flächenländern flexible Möglichkeiten der Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erfordert, um eine ordnungsgemäße Patientenversorgung sicherzustellen. Zudem entspricht der Einsatz von im Krankenhaus nicht fest angestellten Honorärärzten bei der Erbringung allgemeiner Krankenhausleistungen einer bereits weit verbreiteten Praxis. Hierzu bewirkt die gesetzliche Regelung mehr Rechtssicherheit. (<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/099/1709992.pdf>, Seite 26)“**

### IV.

Für die DGIV ergibt sich daraus, dass es immer noch zulässig ist, allgemeine Krankenhausleistungen i. S. d. § 2 Abs. 2 KHEntgG durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen zu lassen. Allerdings ist die damit verbundene ärztliche Tätigkeit „regelmäßig“ sozialversicherungspflichtig.

Was meint das BSG mit „regelmäßig“?

**V.**

Die Antwort findet sich in der BSG-Pressemitteilung vom 07.06.2019 **„Pflegerkräfte in stationären Pflegeeinrichtungen sind regelmäßig sozialversicherungspflichtig“** (siehe unter I.) *„Regulatorische Vorgaben sind jedoch bei der Gewichtung der Indizien zur Beurteilung der Versicherungspflicht zu berücksichtigen. Sie führen im Regelfall zur Annahme einer Eingliederung der Pflegefachkräfte in die Organisations- und Weisungsstruktur der stationären Pflegeeinrichtung. Unternehmerische Freiheiten sind bei der konkreten Tätigkeit in einer stationären Pflegeeinrichtung kaum denkbar. Selbstständigkeit kann nur ausnahmsweise angenommen werden. Hierfür müssen gewichtige Indizien sprechen. Bloße Freiräume bei der Aufgabenerledigung, zum Beispiel ein Auswahlrecht der zu pflegenden Personen oder bei der Reihenfolge der einzelnen Pflegemaßnahmen, reichen hierfür nicht.“*

Unter „regelmäßig“ versteht das BSG also nicht „stets“ oder „generell“, sondern „im Regelfall“, der auch Ausnahmen, für die gewichtige Indizien sprechen müssen, zulässt.

**VI.**

Welche Ausnahmen vom Regelfall der sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit von Honorarärzten im Krankenhaus können das sein?

Es steht zu hoffen, dass sich dazu das BSG in seiner Urteilsbegründung näher einlassen wird. Weil das aber genau so unsicher ist wie der Zeitpunkt der Veröffentlichung der Urteilsbegründung und weil die immer noch bestehende Rechtsunsicherheit in hier denkbaren Konstellationen der Zusammenarbeit von Krankenhäusern mit Honorarärzten – auch wegen der Wichtigkeit der hier drohenden Rechtsfolgen – schnellstmöglich beseitigt werden muss, sollte diese Frage unverzüglich geklärt werden.

Aus der Pressemitteilung des BSG vom 04.06.2019 (siehe I.) kann man entnehmen, dass sich eine **Sozialversicherungspflicht entscheidend daraus ergibt, „ob die Betroffenen weisungsgebunden beziehungsweise in eine Arbeitsorganisation eingegliedert sind.“**

Weiter wird ausgeführt:

**„Letzteres ist bei Ärzten in einem Krankenhaus regelmäßig gegeben, weil dort ein hoher Grad der Organisation herrscht, auf die die Betroffenen keinen eigenen, unternehmerischen Einfluss haben. So sind Anästhesisten - wie die Ärztin im Leitfall - bei einer Operation in der Regel Teil eines Teams, das arbeitsteilig unter der Leitung eines Verantwortlichen zusammenarbeiten muss. Auch die Tätigkeit als Stationsarzt setzt regelmäßig voraus, dass sich die Betroffenen in die vorgegebenen Strukturen und Abläufe einfügen. Im Leitfall war die Ärztin wiederholt im Tag- und Bereitschaftsdienst und überwiegend im OP tätig. Hinzu kommt, dass Honorarärzte ganz**

***überwiegend personelle und sachliche Ressourcen des Krankenhauses bei ihrer Tätigkeit nutzen. So war die Ärztin hier nicht anders als beim Krankenhaus angestellte Ärzte vollständig eingegliedert in den Betriebsablauf. Unternehmerische Entscheidungsspielräume sind bei einer Tätigkeit als Honorararzt im Krankenhaus regelmäßig nicht gegeben. Die Honorarhöhe ist nur eines von vielen in der Gesamtwürdigung zu berücksichtigenden Indizien und vorliegend nicht ausschlaggebend.***

## **VII.**

Aus diesen Ausführungen ergibt sich folgendes:

### **1.**

In bestimmten Fällen kann die Tätigkeit von Honorarärzten im Krankenhaus auch nach der Auffassung des BSG nicht sozialversicherungspflichtig sein.

### **2.**

Insbesondere sind Thesen über Ausnahmen vom Regelfall der Sozialversicherungspflicht in einer Gesamtbetrachtung von Fällen denkbar, die maßgeblich durch folgende Konstellationen (mit) geprägt sind:

- a) Der Honorararzt ist bei seiner Tätigkeit im Krankenhaus nicht weisungsgebunden.
- b) Die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Honorararzt ist nicht durch einen hohen Grad der Krankenhausorganisation geprägt, auf die der Honorararzt keinen unternehmerischen Einfluss nehmen kann.
- c) Der Honorararzt ist bei seiner Tätigkeit im Krankenhaus nicht Teil eines (Krankenhaus-) Teams, das arbeitsteilig unter der Leitung eines Verantwortlichen (des Krankenhauses) zusammenarbeiten muss.
- d) Der Honorararzt muss sich nicht wesentlich in vom Krankenhaus vorgegebene Strukturen und Abläufe einordnen.
- e) Der Honorararzt nutzt nicht oder nur in geringem Umfang personelle und sachliche Ressourcen des Krankenhauses bei seiner Tätigkeit.
- f) Der Honorararzt hat bei seiner Tätigkeit im Krankenhaus unternehmerische Entscheidungsspielräume.
- g) Die Honorarhöhe entspricht dem gesetzlichen Rahmen für die Vergütung der Tätigkeit des Honorararztes.

3.

Es ist davon auszugehen, dass die vorgenannte Aufzählung noch durch weitere Ausnahmestellen ergänzt werden kann.

4.

Es ist ungesichert, ob und wenn ja, in welchem Umfang und mit welcher Gewichtung, sich die weitere Rechtsprechung die vorgenannten Thesen zu eigen machen wird.

### VIII.

Mitunter wird mit dem vermeintlichen „Totschlagsargument“ umgegangen, Honorarärzte würden **immer** in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses eingegliedert, weshalb ihre Tätigkeit auch **immer** unselbstständig sei. Diese Schlussfolgerung ist unhaltbar.

Jeder Dienstleister eines Krankenhauses wird regelmäßig in gewisser Art und Weise in die Arbeitsorganisation des Hauses eingebunden; besonders deutlich dann, wenn er seinen Dienst für Angehörige oder auf dem Standort des Krankenhauses leistet. Deshalb sind z. B. Berater oder Handwerker, die für das Krankenhaus tätig werden, dennoch nicht etwa mit dieser Begründung als Scheinselbstständige zu qualifizieren.

### IX.

Außerdem entspricht eine solche Interpretation auch nicht dem Wortlaut des Gesetzes. § 7 Abs. 1 SGB IV formuliert nämlich:

*„Beschäftigung ist die nichtselbständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis. Anhaltspunkte für eine Beschäftigung sind eine **Tätigkeit nach Weisungen und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers.**“*

Es müssen also mindestens zwei Umstände gegeben sein: Der Honorararzt leistet seinen Dienst nach Weisungen (seines Auftraggebers) **und** er muss in die Arbeitsorganisation des Auftraggebers, dem er weisungsgebunden ist, eingegliedert sein.

Vielfach fehlt es aber in diesen Kooperationen bereits an der Weisungsgebundenheit des Honorararztes, sehr häufig mangelt es auch an der erforderlichen Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses, insbesondere in den Fällen, die von vornherein anders gelagert sind als die jetzt vom BSG entschiedenen.

## **X.**

Ungeachtet dessen ist es dringend erforderlich, das Dilemma schnellstens aufzulösen, dass mehrere Gesetze seit 2012 die Tätigkeit von nicht fest im Krankenhaus angestellten Ärzten bei der Erbringung von Krankenhausleistungen vorsehen und wesentlichen Ausprägungen dieser Tätigkeiten ein anderes Gesetz, nämlich § 7 Abs. 1 SGB IV, nach Auffassung des BSG entgegensteht. Hier muss der Gesetzgeber unverzüglich handeln und zwar nicht, indem er die o. g. Bestimmungen über die Honorararztstätigkeit im Krankenhaus einfach streicht, sondern indem er diese Regelungen zum einen deutlich bestimmter ausgestaltet und zum anderen in Übereinstimmung mit der Gesetzlichkeit bringt.

Das Honorararztwesen aus dem Gesetz zu streichen, wäre die völlig falsche, nicht zu akzeptierende Lösung dieser Frage, wodurch sich unweigerlich mehrere, bereits bestehende gravierende Problemlagen weiter verschärfen würden. Zudem stellt das Honorararztwesen eine wichtige, dringend ausbaubedürftige integrierende Versorgungsform dar, auf die zeitnah neue innovative Versorgungsformen aufbauen sollen (Hybridversorgung, gemeinsamer fachärztlicher Versorgungsbereich u.a.).

Es sei an dieser Stelle nochmals an die Gesetzesbegründung zur Novellierung von § 2 KHEntgG/BPflV im Jahre 2012 erinnert, in der festgestellt wird: „Mit der Regelung wird ausdrücklich gesetzlich verankert, dass Krankenhäuser ihre allgemeinen Krankenhausleistungen auch durch nicht fest im Krankenhaus angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen können“ (vgl. III.).

## **XI.**

Folgt man den Angaben von vielen gleichermaßen kleinen wie großen Krankenhäusern in Deutschland, so ist die Frage der vertraglichen Bindung von Honorarärzten für diese Häuser und die Sicherstellung ihres Versorgungsauftrages von größter, vielfach existenzsichernder Bedeutung. Aus Sicht der DGIV ist dabei weitgehend ungeklärt, wie viele Honorararztkooperationen insgesamt die deutschen Krankenhäuser unterhalten. Die hier kursierenden Zahlen (5.000 bis 8.000) sind mit äußerster Vorsicht zu betrachten; die tatsächlichen Zahlen dürften deutlich darüber liegen.

## **XII.**

Dabei ist es auch nicht so, dass das Honorararztwesen sich etwa im Zuge von zuletzt von mehreren Stellen vorgeschlagenen drastischen Verringerung von Krankenhausstrukturen von selbst erledigen könnte, weil sich der Ärztebedarf wegen der zukünftigen Aufteilung auf weniger Häuser erheblich reduzieren könnte. Solche Thesen sind völlig ungesichert und ohne Vorliegen gründlicher Analysen und Planungen unhaltbar.

Auch das Argument, Honorarärzte würden dem angestammten Krankenhauspersonal die Arbeitsplätze wegnehmen, ist längst von der Versorgungsrealität überholt worden. Viele Krankenhäuser, bei weitem nicht nur der Grundversorgung, haben freie Stellen, nach deren

Besetzung händeringend gesucht wird, und die man sehr gerne mit hochqualifizierten niedergelassenen Ärzten besetzen würde.

Ein großer Teil der heute als Honorararzt in Nebentätigkeit arbeitenden niedergelassenen Ärzte ist aber nicht bereit, sich von Krankenhäusern als abhängig Beschäftigter anstellen zu lassen.

Die vielfach vorgeschlagene „leichte Lösung“ einer Übernahme der Honorarärzte in Anstellungsverhältnisse der Krankenhäuser wird also nicht gelingen. Der Gesetzgeber kommt nicht umhin, das Thema in seine Gesetzesvorhaben aufzunehmen.

### **XIII.**

Wie könnte hier der Gesetzgeber tätig werden?

Zunächst ist darauf zu verweisen, dass bereits ärztliche Tätigkeiten ausdrücklich im Gesetz von der Sozialversicherungspflicht befreit worden sind – nämlich die der nebenberuflich tätigen Notärzte gemäß § 23c Abs. 2 SGB IV.

**Nebenberuflich tätige Notärzte** sind gemäß § 23c Abs. 2 SGB IV seit 11.04.2017 **unter folgenden Voraussetzungen von den Sozialversicherungspflichten befreit:**

***„Einnahmen aus Tätigkeiten als Notärztin oder Notarzt im Rettungsdienst sind nicht beitragspflichtig, wenn diese Tätigkeiten neben***

***1. einer Beschäftigung mit einem Umfang von regelmäßig mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes oder***

***2. einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung ausgeübt werden. Für Tätigkeiten, bei denen die Einnahmen nach Satz 1 nicht beitragspflichtig sind, bestehen keine Meldepflichten nach diesem Buch.“***

### **XIV.**

In einer Antwort der Bundesregierung vom 13.12.2017 auf eine kleine Anfrage von Abgeordneten und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 18/11142) zur Sozialversicherungs- bzw. Beitragspflicht von Honorar- und Notärzten – Wirksamkeit und Folgen vorgeschlagener Gesetzesänderungen (<http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/111/1811142.pdf>) formulierte die Bundesregierung auf entsprechende Fragen wie folgt:

***„13. Gibt es (zur nebenberuflichen Notarztstätigkeit – d. Verf.) vergleichbare Fälle, Konstellationen bzw. Berufsgruppen, bei denen trotz eindeutiger Sozialversicherungspflicht keine Beiträge zur Sozialversicherung entrichtet werden müssen? Wenn ja, aus welchen Gründen besteht jeweils Beitragsfreiheit?***



**Vergleichbare Fälle, bei denen trotz eindeutiger Sozialversicherungspflicht keine Beiträge zur Sozialversicherung entrichtet werden müssen, gibt es nicht.**

14. Inwieweit gibt es Überlegungen seitens der Bundesregierung, Selbstständigen die Möglichkeit zu eröffnen, unter bestimmten Bedingungen (etwa bei wirtschaftlicher Unabhängigkeit) aus dem Statusfeststellungsverfahren heraus zu optieren?

**Entsprechende Überlegungen gibt es seitens der Bundesregierung nicht.**

15. Wie könnte die vorgeschlagene Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch – die Einnahmen aus nebenberuflichen Tätigkeiten als Notärztin bzw. als Notarzt im Rettungsdienst nicht mehr beitragspflichtig stellt – gegenüber anderen Selbstständigengruppen gerechtfertigt werden?
16. Worin liegt in diesem Zusammenhang der qualitative Unterschied zwischen Honorarärzten und anderen auf Honorarbasis beschäftigten Ärztinnen und Ärzten, wie etwa Anästhesisten, Chirurgen oder ärztlichen Psychotherapeuten?

**Die Fragen 15 und 16 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.**

**Die Notarztversorgung in Deutschland erfolgt weit überwiegend durch Ärztinnen und Ärzte, die diese zusätzlich zu ihrer weiteren ausgeübten Tätigkeit übernehmen. Die Regelung beschränkt sich daher auf den begrenzten Personenkreis von Ärztinnen und Ärzten, die ihre notärztliche Tätigkeit im Rettungsdienst zusätzlich zu einer Beschäftigung mit einem Mindestumfang von 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes ausüben. Ferner gilt sie für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf ihre zusätzliche notärztliche Tätigkeit. Dieser Personenkreis trägt neben einer anderen ausgeübten Tätigkeit zur Sicherstellung einer flächendeckenden notärztlichen Versorgung und damit zur Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe bei. Eine Ausnahme ist im Interesse des Allgemeinwohls und zum Schutz von Leben und Gesundheit von Patientinnen und Patienten in Akutsituationen gerechtfertigt. Diese Voraussetzungen treffen auf andere Berufsgruppen nicht zu.“**

**XV.**

Entgegen der Auffassung der Bundesregierung würde es aus Sicht der DGIV gleichermaßen begründet sein, auch die Honorarärzte gemäß § 2 KHEntgG/BPflV wie die Notärzte von der Sozialversicherungspflicht zu befreien. Folgt man der Argumentation der Bundesregierung unter XIV., bleibt von den aufgeführten „Voraussetzungen, die auf andere Berufsgruppen nicht zutreffen“, lediglich eine Voraussetzung übrig und diese auch nur zum Teil: der Schutz von Leben und Gesundheit der Patienten **in Akutsituationen**. Nur zum Teil deshalb, weil selbstverständlich auch Honorarärzte in einem erheblichen Umfang allgemeine Krankenhausleistungen in Akutsituationen erbringen (z. B. in der Anästhesie und den operierenden Fächern).



Alle anderen Voraussetzungen sind auch bei den Honorärärzten gegeben, auch die Sicherstellung einer flächendeckenden Krankenhausversorgung. Dem BSG ist in der Pressemitteilung zu seiner Leitfallentscheidung vom 04.06.2019 darin zu zustimmen, dass „ein etwaiger Fachkräftemangel im Gesundheitswesen keinen Einfluss auf die rechtliche Beurteilung des Vorliegens von Versicherungspflicht hat“ und „sozialrechtliche Regelungen zur Versicherungs- und Beitragspflicht nicht außer Kraft gesetzt werden können“.

Es ist jetzt Sache des Gesetzgebers, vor dem Hintergrund des objektiv bestehenden Fachkräftemangels, zur Sicherstellung der Versorgung und damit zur Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe, im Interesse des Allgemeinwohls und zum Schutz von Leben und Gesundheit der Patienten nicht nur in Akutsituationen den rechtlichen Rahmen zu verändern und auch die Honorärärzte von der Sozialversicherungspflicht zu befreien.

#### **XVI.**

*RA Dr. Stephan Porten* hat sich unter der Überschrift „Rechtssicherheit ohne Perspektive“ und unter Verwendung des Mottos „Der Honorararzt ist tot – es lebe der Honorararzt!“ kritisch über die bestehende Rechtsordnung geäußert, „die hinsichtlich der ‚Neuen Selbstständigkeit‘ am Arbeitsmarkt schlicht nicht aufgestellt ist“ (vgl. kma 2019; 24(07/08): 61-62). Zugleich stellt er fest, dass „die Urteile wichtige Beweismittel dafür sind, dass eine Abkehr von der binären Entscheidung zwischen Selbstständigkeit und sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung nötig ist. Wie Skylla und Charybdis bedrohen beide viele neue und spannende Tätigkeitsmodelle.“

Er sehe zwar nicht bei einem Wegfall der Honorärärzte und –pflegekräfte die Versorgung vor dem Zusammenbruch, fordert aber dennoch für die Zulassung einer „Neuen Selbstständigkeit“ ein Update der jetzigen Abgrenzungskriterien und spricht sich neben Anderen dafür aus, die Freelancer in die Selbstständigkeit zu entlassen, indem man sie in die Sozialversicherung einbezieht.

Auch wenn die DGIV hier mit dem Verfasser bezüglich der Einschätzung der Versorgungslage nicht ganz übereinstimmt, stimmt sie doch mit ihm hinsichtlich der Kritik an den bestehenden, innovative Entwicklungen ausbremsenden Verhältnissen und des Erfordernisses der Neugestaltung der Rahmenbedingungen der Honorarkräfte überein.

#### **XVII.**

Anders als Dr. Porten sieht die DGIV gegenwärtig noch keine Rechtssicherheit gegeben, insbesondere deshalb, weil das Honorararztwesen aus Sicht der DGIV eben nicht tot ist, sondern lebt, aber heute dringender als zuvor Rechtssicherheit darüber bedarf, unter welchen Umständen welche „gewichtigen Indizien“ überwiegend gerade nicht für die Sozialversicherungspflicht von Honorärärzten als Ausnahmen vom Regelfall sprechen.

Es ist höchste Zeit, dass es der Gesetzgeber unter diesen höchst unbefriedigenden Verhältnissen nicht länger den Gerichten überlässt, eindeutig überlebte, nicht mehr zeitgemäße rechtliche

Regelungen dahingehend interpretieren zu müssen, unter welchen Umständen Honorarärzte sozialversicherungspflichtig sind oder nicht.

#### **XVIII.**

Das gilt umso mehr, als es hier offensichtlich nicht nur um Honorarärzte oder Honorarpflegekräfte geht.

Die im AOP-Katalog nach § 3 aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffe und anästhesiologische Leistungen/Narkosen können Krankenhäuser gemäß **§ 7 Abs. 4 AOP-Vertrag Teil II** auf der Grundlage einer vertraglichen Zusammenarbeit des Krankenhauses mit niedergelassenen Vertragsärzten ambulant im Krankenhaus erbringen.

Liegen die Voraussetzungen für die Erbringung der vor- bzw. nachstationären Behandlung vor, kann der Krankenhausträger gemäß **§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V** zur Erbringung der jeweiligen Leistungen Kooperationen mit Vertragsärzten eingehen. Der kooperierende Vertragsarzt erbringt hierbei die vor- bzw. nachstationären ärztlichen Krankenhausleistungen.

Aber auch über anderen „Freelancern“ außerhalb der medizinischen und pflegerischen Versorgung, insbesondere jedoch über deren Auftraggebern, schwebt noch dieses Damoklesschwert.

#### **XIX.**

Eine Gleichstellung der Honorarärzte mit den Honorar-Notärzten hinsichtlich ihrer Befreiung von der Sozialversicherungspflicht würde aus Sicht der DGIV jedenfalls nicht die Pandorabüchse des Inhalts gravierender Verluste bei den Sozialversicherungsbeiträgen öffnen. Die Auswirkungen wären nämlich vor dem Hintergrund, dass Vertragsärzte immer mit Pflichtmitgliedschaft im Ärzteversorgungswerk und vielfach mit Überschreitung der Beitragsbemessungsgrenzen und privater Krankenversicherung als Honorarärzte tätig sind, deutlich überschaubar.

Stellt man also die begründete Notwendigkeit einer solchen Regelung einer wissenschaftlichen Analyse der Auswirkungen auf die Sozialversicherungskassen gegenüber, sollte es dem Gesetzgeber nicht schwerfallen, hier Lösungen zu generieren, die dem Honorararztwesen unter Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit der handelnden Ärzte verbesserte, rechtssichere Grundlagen verleihen.

**XX.**

Die besondere Spezifik der Tätigkeit von Honorarärzten und ihre Bedeutung für die Absicherung der gesundheitlichen Daseinsvorsorge rechtfertigen auch im jedem Fall eine Beschränkung zeitnaher Maßnahmen auf diesen Bereich ärztlicher Tätigkeiten. Schaut man auf die bestehenden Optionen zum Ausbau dieser integrierten Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten im Schnittstellenbereich von ambulant und stationär (z. B. in Richtung einer Hybridversorgung mit gemeinsamen Versorgungsangeboten und einheitlichen Fallpauschalen), würde das zudem Weichenstellungen in innovative integrierte Versorgungslösungen deutlich erleichtern.

*Hervorhebungen in Zitaten stammen vom Verfasser.*

**Impressum**

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.  
Friedrichstraße 171, D-10117 Berlin  
Tel.: 0 30 / 44 72 70 80, Fax: 0 30 / 44 72 97 46  
Mail: [info@dgiv.org](mailto:info@dgiv.org), Web: [www.dgiv.org](http://www.dgiv.org)  
V. i. S. d. P.: Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer, Vorsitzender des Vorstandes