

Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management

Honorararzt - Flexibilität und Freiberuflichkeit

Akquise, Organisation, Recht, Finanzen

von
Nicolai Schäfer

1. Auflage

Springer 2010

Verlag C.H. Beck im Internet:
www.beck.de
ISBN 978 3 642 04542 4

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei beck-shop.de DIE FACHBUCHHANDLUNG

Einleitung

- 1.1 Definition – 2
- 1.2 Hintergründe – 2
- 1.3 Der Einsatz von Honorarärzten aus der Sicht der Auftraggeber – 4
- 1.4 Honorarärztliche Betätigungsfelder – 14
- 1.5 Persönliche Voraussetzungen und potenzielle Probleme – 14
- 1.6 Vorteile und Nachteile – Ein vorläufiges Fazit – 16

1.1 Definition

Alexander Teske, Nicolai Schäfer

In englischsprachigen Ländern heißen Honorarärzte *locum tenens* oder auch *locum doctors*. *Locum tenens* stammt aus dem Lateinischen und bedeutet so viel wie Statthalter oder Stellvertreter. Im angloamerikanischen Raum werden nicht nur die Vertretungskräfte in der Medizin so bezeichnet, sondern auch anderen Berufsgruppen wie beispielsweise Lehrer oder Anwälte. *Locum tenens* sind ihrer Bedeutung nach ganz allgemein Fachkräfte, die keine Festanstellung haben und für einen gewissen Zeitraum, an einem bestimmten Ort als Vertretung arbeiten, wobei sich dieser Zeitraum von einem Tag bis hin zu mehreren Monaten erstrecken kann. Für den deutschen Begriff Honorararzt gibt es derzeit noch keine allgemeingültige Definition, jedoch gibt es in letzter Zeit immer mehr Ansätze. Folgende Definitionen beschreiben das Tätigkeitsfeld sehr zutreffend.

Definition

Honorarärzte im engeren Sinne sind Ärzte, die ohne vertragsärztliche Zulassung oder eigene Praxis sowie ohne ein gleichzeitig bestehendes Angestelltenverhältnis gegen ein vereinbartes Honorar in der stationären oder ambulanten Versorgung tätig sind. Honorarärzte können in Kliniken, Praxen, Medizinischen Versorgungszentren, Forschungseinrichtungen, öffentlichen und privaten Institutionen des Gesundheitswesens, bei Rettungsdienstorganisationen projektbezogen und zeitlich begrenzt ärztlich tätig sein.

Definition

Honorarärztlich tätige Ärzte sind Ärzte, die in sonstigen Mischformen, bei zum Beispiel einem gleichzeitig bestehenden



Teilzeitarbeitsverhältnis oder eigener vertragsärztliche Zulassung oder privatärztliche Niederlassung, gegen einen Honorarsatz, Stunden- oder Tagessatz, bei einem dritten Auftraggeber stationär oder ambulant tätig sind. Insbesondere im Hinblick auf die letztere Bezeichnung, sind die Übergänge fließend, eine Abgrenzung gegenüber den Begriffen Vertragsarzt oder niedergelassener Arzt lässt sich nicht klar zu ziehen. Das Tätigkeitsfeld ist dabei dem des Honorararztes gleich.

1.2 Hintergründe

Alexander Teske, Nicolai Schäfer

Gesamtdeutsches Problem

Rund zwei Drittel der Kliniken (67,3 %) hat Stellenbesetzungsprobleme (...) Während in den neuen Bundesländern fast 81 % der Krankenhäuser Stellen im Ärztlichen Dienst nicht besetzen konnten, fiel der entsprechende Anteil im alten Bundesgebiet mit rund 65 % niedriger aus. Allerdings hat sich die Differenz zwischen dem Osten und dem Westen des Landes im Vergleich zu 2006 nahezu halbiert.

Das Phänomen der *locum tenens* existiert in den USA bereits seit Mitte der sechziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts. In der Anfangszeit wurden die *locum tenens* vor allem in ländlichen Gegenden eingesetzt, um dort als Urlaubsvertretung oder bei unerwartetem Krankheitsausfall die Praxis eines niedergelassenen Arztes kurzfristig übernehmen zu können. In Deutschland gibt es dazu den etablierten Begriff des Praxisvertreters. Mit einem Projekt der Universität von Utah (USA) aus den späten 1970er Jahren wurden zum ersten

1.2 · Hintergründe

Mal Ärzte einer großen Universitätsklinik in zeitlich befristeter und freiberuflicher Form auf dem Land in kleinen Krankenhäusern tätig. Sie hatten die Aufgabe, die Gesundheitsversorgung in Indianer-Reservaten zu verbessern. Auf diese Weise sollte universitäres Know-how in die entlegenen und medizinisch unterversorgten Gebiete der USA transferiert werden.

Damals

Professor zu den Studenten: »Was um Himmels Willen wollen Sie denn alle hier? Hauen Sie ab! Geh'n Sie bloß schnell nach Hause! Sie sind DIE arbeitslosen Ärzte von Morgen!«

In Deutschland gibt es zwar keine Indianerreservate und in den Ballungsräumen zeichnet sich derzeit noch keine vergleichbare medizinische Unterversorgung ab, aber auch bei uns gibt es wichtige strukturelle Veränderungen, die in den letzten Jahren zu einem (Fach-)Arztmangel bei gleichzeitig steigender Nachfrage nach Gesundheitsleistungen geführt haben. Besonders wurde dies zunächst in ländlichen und dünn besiedelten Regionen spürbar. Doch betrifft dies in der Zwischenzeit zunehmend die medizinischen Einrichtungen größerer Städte. Als Ursache werden verschiedene Gründe angeführt: Mit den Strukturreformen des Gesundheitswesens und der Einführung des Diagnosis Related Groups-, auch DRG-basierenden Abrechnungssystems, wurde ein grundlegender Wandel im Gesundheitswesen eingeleitet, der den Arbeitsalltag des Arztes und der Pflegekräfte nachhaltig veränderte. Das Primat der Ökonomie und der Versuch, das Hospital christlicher bzw. caritativer Prägung in einen effizienten Wirtschaftsbetrieb zu überführen, haben am tradierten Berufsbild von Ärzten und Pflegekräften kräftig gerüttelt. Einige Dinge sind sicher positiv zu bewerten, zum Beispiel wenn es um die Reform von nicht

mehr zeitgemäßen Strukturen im Gesundheitswesen geht. Dennoch haben die zum Teil mit großer Geschwindigkeit und häufig unter mangelhafter Einbeziehung der medizinischen Leistungsträger umgesetzten Reformen ihre Spuren hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit und der empfundenen medizinischen Qualität hinterlassen.

In der Zwischenzeit gibt es immer weniger Medizinstudenten, die ihr Studium erfolgreich abschließen und anschließend längerfristig im kurativen Bereich tätig sein wollen. Viele brechen das Studium vorzeitig ab oder suchen ihr Heil in berufsfremden Bereichen. 60 % aller Medizinstudenten sind derzeit (2010) weiblichen Geschlechts und diese werden in einigen Jahren deutliche höhere Anforderungen an die Familienfreundlichkeit des Arbeitsplatzes Krankenhaus stellen. Das traditionelle Bild vom ganztags tätigen und alleinverdienenden Ehemann, der, ohne sich um Regelarbeitszeiten kümmern zu müssen, voll und ganz dem Beruf und der Karriere widmet, gehört sicher der Vergangenheit an. Lebensqualität definiert sich für die heutige Generation nicht mehr allein durch hohen Verdienst. Zeit für die Familie und das Privatleben zu haben, sein Leben hier und jetzt und nicht erst im fernen Rentenalter zu genießen, wird auch für Männer in so genannten Führungspositionen zunehmend wichtiger.

Zahlreiche Studien belegen, dass immer mehr hochqualifizierte Mediziner ins Ausland abwandern. Sei die Motivation durchaus auch geprägt von Abenteuerlust und Neugier, lockt der derzeit hervorragende internationale ärztliche Arbeitsmarkt mit häufig besserer Bezahlung und einer insgesamt höheren Wertschätzung des Arztberufes. Selbst wenn gleichzeitig eine Zuwanderung, in Deutschland vor allem von Ärzten aus den östlichen Regionen Europas, zu verzeichnen ist, kann dadurch nicht die Abwanderung der muttersprachlichen Fachärzte in qualitativ gleichem Maße kompensiert

werden. Dazu kommt die Überalterung der Deutschen Ärzteschaft: Die Zahl der durch Pensionierung aus dem aktiven Berufsleben ausscheidenden Fachärzte wird nicht mehr adäquat durch den ärztlichen Nachwuchs ersetzt. Allgemeine gesellschaftliche Entwicklungen, wie die des demographischen Wandels und ein im Vergleich zu vergangenen Jahrzehnten verändertes Verhalten im Krankheitsfalle führen zu einer steten Nachfrage nach Gesundheitsleistung.

Auch wenn es sich bei der Betrachtung der genannten Entwicklungen und der Berufs(un)zufriedenheit von Ärzten um ein multifaktorielles Geschehen handelt und sich über viele Zahlen, Faktoren und Prognosen spekulieren lässt, so ist eines unstrittig: Der Einsatz von Honorarärzten in Deutschland nimmt stetig zu. Viele offene Facharztstellen in Kliniken können nicht adäquat und zeitnah besetzt werden, und bundesweit verhindern freiberuflich tätige Fachärzte mit ihrem Einsatz den Leerstand von Operationssälen und den Stillstand von Notarzteinsetzungsfahrzeugen.

1.3 Der Einsatz von Honorarärzten aus der Sicht der Auftraggeber

Frank Schmitz, Michaela Lemm, Sebastian Krolop

1.3.1 Aktuelle Marktbedingungen von Krankenhäusern

Krankenhäuser sind der wirtschaftlich bedeutendste Sektor im Gesundheitswesen und agieren inzwischen in einem Umfeld, welches von der Dynamik und Konkurrenzsituation durchaus mit anderen industriellen Unternehmen vergleichbar ist. Die politischen Einflüsse stellen dabei weniger eine Unterstützung als vielmehr weitere Unwägbarkeiten und Hindernisse dar. Für eine Einschätzung der möglichen Ein-

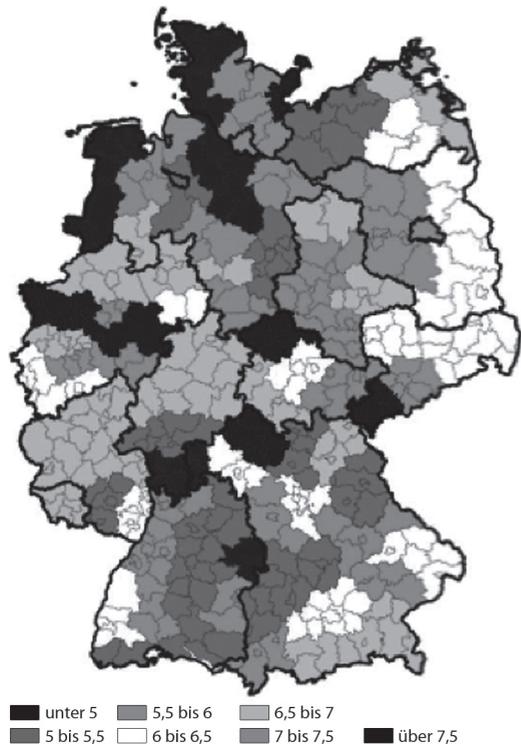


Abb. 1.1 Zahl der Krankenhausbetten nach Raumordnungsregionen im Jahr 2006 je 1.000 Einwohner (Quelle: FDZ 2009, Ahmed/HCB/RWI Analyse)

satzgebiete für Honorarärzte ist es daher wichtig, auch einen Überblick über zentrale externe Faktoren zu haben, da von ihnen die internen Rahmenbedingungen maßgeblich beeinflusst werden. Branchenunabhängig wird die demografische Entwicklung erhebliche Veränderungen mit sich bringen. Einerseits werden die Menschen in Deutschland immer älter, andererseits nimmt die absolute Bevölkerungsanzahl ab. Prognosen für die Nachfrage nach Krankenhausleistungen zeigen, dass unter der Annahme konstanter Kapazitäten und bei gleich bleibenden Prävalenzraten, aber sinkenden Verweildauern und Verlagerungen in den ambulanten Sektor, viele Gebiete in Deutschland von Überkapazitäten aktuell und auch zukünftig gekennzeichnet sind. Für viele Krankenhäuser

1.3 · Der Einsatz von Honorarärzten aus der Sicht der Auftraggeber

Kostenkomponenten der Krankenhäuser, 2002 bis 2007												
in Mill. €	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
Gesamt	60.614		61.769		63.102		64.333		66.179		68.55	
Personalkosten	39.542	65,2%	40.361	65,3%	40.859	64,8%	40.958	63,7%	41.218	62,3%	41.930	61,2%
Sachkosten	20.415	33,7%	20.720	33,5%	21.526	34,1%	22.621	35,2%	23.965	36,2%	25.721	37,5%
Zinsen & ähnl. Aufw.	195	0,3%	208	0,3%	217	0,3%	222	0,3%	262	0,4%	306	0,4%
Steuern	38	0,1%	47	0,1%	59	0,1%	75	0,1%	100	0,2%	118	0,2%
Kosten der Ausbildungsstätten	424	0,7%	434	0,7%	441	0,7%	457	0,7%	634	1,0%	480	0,7%

■ **Abb. 1.2** Kostenkomponenten der Krankenhäuser in den Jahren 2002 bis 2007 (Quelle: ADMED/HCB/RWI Analyse; Statistisches Bundesamt, 2008)

bedeutet dies, dass sie zukünftig mit anderen Krankenhäusern um Patienten verstärkt konkurrieren müssen.

Das deutsche Gesundheitssystem ist aus der Vergangenheit durch eine starke sektorale Trennung, d. h. von ambulanter und stationärer Leistungserbringung, geprägt. Der Gesetzgeber ermöglicht es den Krankenhäusern, immer mehr auch sektorübergreifend tätig zu werden. Andererseits sollen immer mehr medizinische Leistungen, welche früher mit einem stationären Aufenthalt verbunden waren, zukünftig ambulant erbracht werden. Der Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern untereinander und den vormals streng getrennten ambulanten und stationären Versorgungsformen wird weiter zunehmen.

Strukturell befindet sich der Krankenhausmarkt in einem Konsolidierungsprozess, das heißt, es gibt immer mehr Häuser, die als Teil eines Verbundes geführt werden. Im Zeitraum zwischen 1993 und 2007 hat sich die Anzahl der Krankenhäuser um 267 auf etwa 2.000 reduziert, was ausgehend von der Anzahl im Jahre 1993 eine Reduzierung um 11,3 % ent-

spricht. Die wirtschaftliche Situation von Krankenhäusern ist allgemein unterschiedlich zu beurteilen. Entsprechende Analysen zeigen Unterschiede hinsichtlich der Trägerschaft. Demnach weisen Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher Trägerschaft das höchste Insolvenzrisiko auf. Private und freigemeinnützige Häuser schneiden dagegen deutlich besser ab. Bis auf Einzelausnahmen kämpfen alle Häuser mit einem Investitionsstau bei gleichzeitig schwierigeren Bedingungen bei der Kapitalaufnahme, nicht zuletzt durch die Finanzkrise und das spezifische Insolvenzrisiko.

Der Anteil der Personalkosten an den Gesamtkosten ist von 1991 bis 2007 sukzessiv von etwa 67 % auf 61 % gesunken. Wesentlich dazu beigetragen hat das Auslagern diverser Tätigen an Tochterunternehmen von Krankenhäusern oder externe Dienstleister. Im gleichen Zeitraum ist die Anzahl von Vollzeitkräften (VK) in der Berufsgruppe mit den höchsten Durchschnittsstundenlöhnen, dem Ärztlichen Dienst, um ca. 7 % auf 126.000 VK gestiegen.

Das »neue« Vergütungssystem nach Diagnosis Related Groups (DRG), bei dem in Abhän-

gigkeit einer Hauptdiagnose in Verbindung mit Nebendiagnosen, Patientenmerkmalen, Prozeduren etc. ein Preis für die Behandlung ermittelt wird, hat Krankenhäuser zu neuen strategischen Ausrichtungen gezwungen. Es ist nicht das Ziel, jeden Einzelfall entsprechend seiner Kosten zu vergüten, sondern anhand eines hierfür geltenden statistischen Mittels. Spezialisierungstendenzen zeichnen sich ab, weil es wirtschaftlich nicht mehr darstellbar ist, geringe Fallzahlen einer bestimmten Art zu erbringen. Dieser Effekt wird von den Kostenträgern und den Patienten zusätzlich gefördert, weil mit hohen Fallzahlen in der Regel eine bessere Behandlungsqualität unterstellt wird. Eine hohe Behandlungsqualität ist in einigen Häusern aufgrund der aktuellen personellen Besetzung sicher nicht mehr zu erwarten. Angesichts des Fachärztemangels können Stellen nicht neu besetzt oder neue Mitarbeiter, teilweise aus dem Ausland, nur nach einer längeren Einarbeitungszeit voll eingesetzt werden. Das Schlagwort »Neuordnung ärztlicher Aufgaben« haben viele Häuser aufgegriffen, um mit einer geringeren Ärzteanzahl den Betrieb aufrecht erhalten zu können. Aufgrund von Diensten haben sich die damit verbundenen Hoffnungen nicht oder nur in geringem Maß erfüllt. Ob der Einsatz von Honorarärzten hilfreich sein kann, hängt sicherlich im Einzelfall davon ab, wie das Krankenhaus den Herausforderungen begegnet. Folgende Fragen müssen im Vorfeld diskutiert und zufriedenstellend beantwortet werden:

- Mit welcher Einarbeitungszeit ist zu rechnen bzw. wie häufig muss eine Inanspruchnahme erfolgen, damit es sich lohnt?
- Sind die Kosten vertretbar?
- Wie groß sind die Erlösausfälle beim Verzicht auf Honorarärzte?
- Sind negative Auswirkungen auf Patienten und Angehörige zu befürchten?
- Wie erfolgt die Teamintegration? Sind Gehaltsdiskussionen und Demotivation die Folge?

- Wie aufwändig wird die interne Koordination (z. B. die OP-Planung)?
- Wie können die Schnittstellen zwischen den Honorarärzten und den Krankenhausmitarbeitern gestaltet werden, damit Reibungsverluste bis hin zu Haftungsfällen vermieden werden?

Alle Fragen lassen sich zu einer zentralen Frage verdichten, nämlich: »Lohnt sich der Einsatz eines Honorararztes wirtschaftlich, kurz- und/oder langfristig, zur Erreichung der Krankenhausziele?«

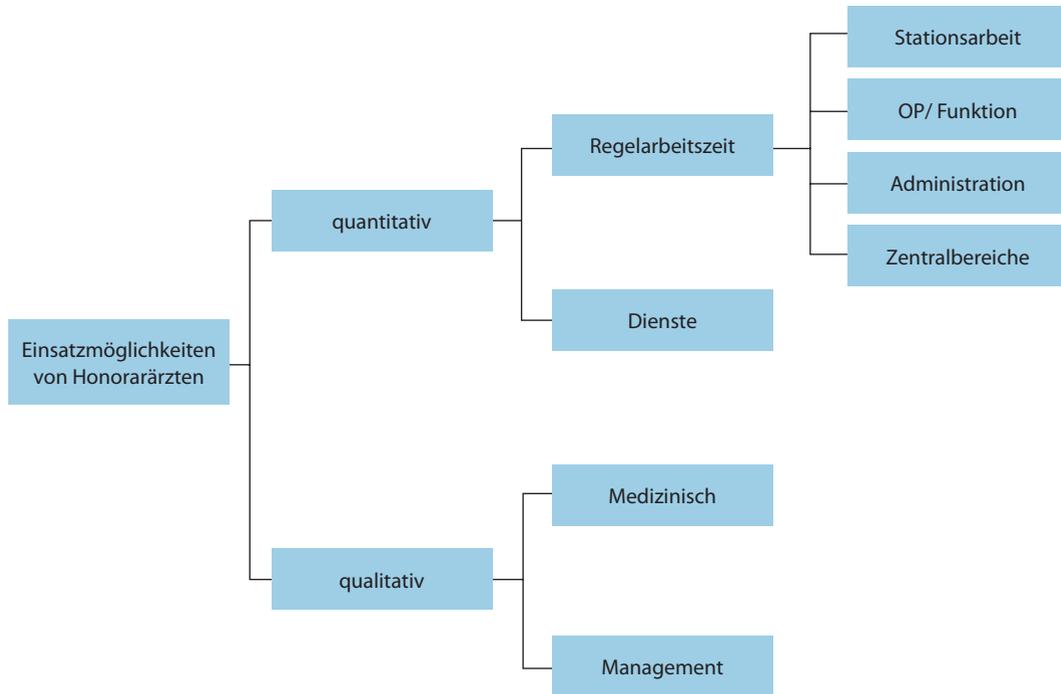
1.3.2 Gründe für den Einsatz von Honorarärzten

■ Potenzielle Einsatzbereiche

Der Einsatz von Honorarärzten kann sich in dem skizzierten Umfeld in unterschiedlichen Szenarien lohnen. Eine Übersicht gibt ■ Abb. 1.3.

■ Überbrückung quantitativer Engpässe

Denkbar und naheliegend ist der Einsatz von Honorarärzten, um personelle Engpässe rein quantitativ zu überbrücken. Dabei lässt sich weiter unterscheiden, ob die Unterstützung in der Regelarbeitszeit oder für die Übernahme von Diensten erfolgt bzw. in Kombination. Bei einer Konzentration auf die Regelarbeitszeit kann aus unterschiedlichen Einsatzbereichen gewählt werden. Neben der klassischen Stationsarbeit und der Übernahme von Visiten ist je nach Fachabteilung auch die Unterstützung im OP oder Funktionsbereichen möglich. Auch administrative Tätigkeiten wie Arztbriefschreibung oder Kodierung stehen zur Disposition. Unterschiede ergeben sich, wie bereits erwähnt, je nach Art der Fachabteilung. In medizinischen Zentralbereichen wie der Radiologie oder der Anästhesie, also Fachgebieten mit vergleichsweise geringer individueller Arzt-Patientenbindung, ist der Einsatz vergleichsweise unproblematisch.



■ **Abb. 1.3** Systematisierung der Einsatzmöglichkeiten von Honorarärzten aus Sicht der Kliniken

matisch. Die Voraussetzungen bestehen darin, die Geräte, Arbeitsmittel und internen Prozesse kennenzulernen. Der Vorlauf gestaltet sich vergleichsweise gering. Bei operativen Fächern entstehen unter Umständen weitere Verzögerungen, bis die Unterstützung im vollen Maße greifen kann, weil die Abstimmung mit Kollegen der Abteilung, Mitarbeitern anderer Berufsgruppen und nicht zuletzt mit dem Patienten zusätzlichen Aufwand erfordert. Hinzu kommt, dass ggf. mit Materialien und Geräten gearbeitet werden muss, die nicht oder nur zu einem Teil bekannt sind.

Aus Sicht des Hauses müsste man den Honorararzt so einsetzen, dass er nach einer angemessenen Einarbeitungsphase effizient arbeiten kann. Hier würden sich v. a. Standardeingriffe anbieten. Gegenüber Patienten muss eine gute Kommunikationskultur gewonnen werden. Eine direkte Rücksprache mit dem Operateur

wird vielleicht nicht möglich sein. Je nachdem, wie die übrigen ärztlichen Kollegen diese Situation dem Patienten und deren Angehörigen gegenüber kommunizieren, kann es zu Verärgerungen oder Verunsicherungen kommen. Beispielsweise kommt es auch ohne den Einsatz von Honorarärzten im Alltag zu Äußerungen gegenüber dem Patienten wie: »Sie waren doch heute Morgen bei der Sonografie. Was sagt denn der Arzt?« Oder: »Der Neurologe zum Konsil war immer noch nicht da – die sind auch so überlastet und unterbesetzt.« Vor diesem Hintergrund erscheint es bei konservativen Fächern empfehlenswert, Honorarärzte ebenfalls in primärer Funktion einzusetzen. Gerade bei internistischen Patienten oder Patienten mit chronischen Erkrankungen ist in diesem Zusammenhang die Arzt-Patienten-Bindung zu berücksichtigen. Entscheidet man sich für eine derartige Vorgehensweise, sind die Auswirkungen

gen auf die Weiterbildungskataloge zu beachten. Kulturelle Aspekte wurden bereits weiter oben angesprochen. Die Situation verschärft sich aber, wenn neben der unterschiedlichen Bezahlung der Eindruck der »Rosinenpickerei«, bezogen auf das Einsatzgebiet, entsteht.

■ Nutzung von Expertentum (qualitative Ergänzung)

Neben quantitativen Schwierigkeiten ist auch der Einsatz von Spezialisten denkbar, die nur punktuell benötigt werden. Zunächst liegt die medizinische Qualifikation nahe. Insbesondere bei Krankenhäusern kleinerer Größe, ggf. ländlich gelegen, kann es sinnvoll sein, Spezialisten für die Behandlung von bestimmten elektiven Erkrankungen einzusetzen. Je nach Fachabteilung und Einsatzbereich wird die Beurteilung für den Einsatz von Honorarärzten abweichen. Alternativ kann sich die Spezialisierung auch auf Managementfähigkeiten beziehen. Wie ein Sanierer, der vorübergehend die Grundlagen für eine erfolgreiche Unternehmensfortführung schafft, kann ein externer Mediziner temporär die Chefarztrolle übernehmen und beispielsweise zur Reorganisation einer medizinischen Abteilung eingesetzt werden.

■ Beispielhafte Entscheidungssituationen

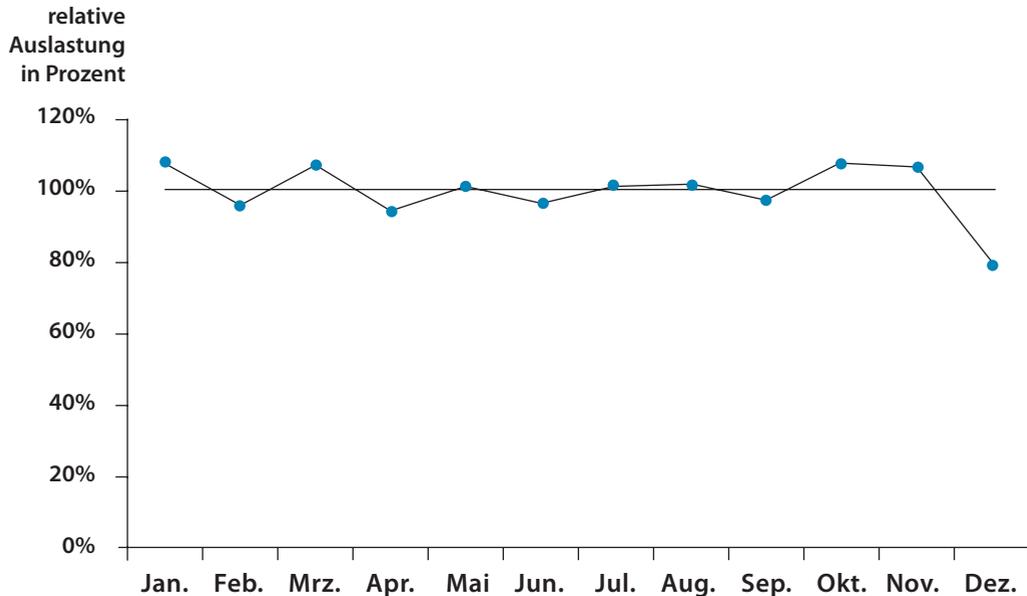
Wie sich der Entscheidungsprozess im Krankenhaus bezüglich des Einsatzes von Honorarärzten gestaltet, hängt von der Situation und Zielsetzung ab. Im Folgenden werden beispielhaft drei mögliche Entscheidungsszenarien skizziert.

Belegungsschwankungen. In jedem Krankenhaus zeigt die Auslastung im Jahresverlauf Schwankungen, die häufig auf Urlaubszeiten von Patienten und Mitarbeitern zurückzuführen sind (▣ Abb. 1.4). Die Arbeitszeit der Mitarbeiter lässt sich nur bedingt flexibel gestalten. Praxisbeispiele, die Jahresarbeitszeitkonten realisiert haben, sind aktuell noch schwer zu finden.

Bei der Personalplanung für das kommende Wirtschaftsjahr könnte der Vorschlag aufkommen, Schwankungen mit dem Einsatz von Honorarärzten zu begegnen und die festangestellten Ärzte in einer geringeren Anzahl zu beschäftigen, die der Grundaustlastung entspricht. Es gäbe ausreichend zeitlichen Vorlauf, potenzielle Honorarärzte zu suchen und Angebote einzuholen. Das Krankenhaus muss dabei abwägen, wann die externen Kosten die einer Festanstellung übersteigen. Ein weiteres Risiko sind Schwankungen zu anderen Zeiten bzw. Schwankungen in abweichender Intensität, die weitere Maßnahmen erfordern. Das Verständnis der ärztlichen Kollegen dürfte ebenfalls eingeschränkt sein. Eine Bereitschaft ihrerseits, bei Engpässen einzuspringen, ist zu bezweifeln.

Einführung eines neuen medizinischen Verfahrens.

Bei der Suche nach einem zukunftsfähigen medizinischen Leistungsspektrum werden auch neue Verfahren diskutiert. Die Industrie stellt zu diesem Zweck häufig vorübergehend die Infrastruktur zur Verfügung, da man sich nach der Testphase Vertragsabschlüsse erhofft. Die medizinischen Fertigkeiten zur Durchführung neuer Verfahren sind im Haus häufig noch nicht vorhanden. Bei einem hohen Maß an Unsicherheit, ob das Verfahren wirklich sinnvoll ist, kann es ratsam sein, an Stelle von Fortbildungsmaßnahmen des eigenen Personals temporär einen Experten ins Haus zu holen. Der Routinebetrieb könnte wie gewohnt laufen und die Kosten sind überschaubar. Nachteilig könnte die Wahrnehmung der Patienten bzw. der Zuweiser sein. Auch könnte dies unter Umständen die Interessen anderer ärztlichen Kollegen der Abteilung verletzen. Mit dem Erlernen neuer Verfahren werden auch persönliche Ziele verfolgt, die auf diese Weise nicht oder nur zeitversetzt realisiert werden könnten. Je nach Art des Eingriffs wird es zudem in unterschiedlichem Ausmaß erforderlich sein, weitere Mitarbeiter anderer



■ **Abb. 1.4** Auslastung von 25 beispielhaften Krankenhäusern: Die relative kumulierte durchschnittliche Auslastung schwankt innerhalb eines Jahres zwischen 79 % und 108 % vom durchschnittlichen Soll

Berufsgruppen, auch schon für die Testphase, zu schulen.

Auch in dieser Entscheidungssituation bestünde ausreichend zeitlicher Vorlauf. Die Einsatzphase eines Honorararztes könnte beliebig im Vorfeld gestaltet werden.

Besetzungsschwierigkeiten. Die bisher beschriebenen Beispiele sind noch nicht oder nur wenig verbreitet. Die klassische Einsatzmöglichkeit, Honorarärzte bei Nachbesetzungsschwierigkeiten einzubinden, soll ebenfalls skizziert werden. Vor dem Hintergrund des Ärztemangels ist hier einer der Hauptgründe zu sehen. Freie Stellen können über längere Zeiten nicht besetzt werden, Fallzahlen oder Verweildauer entwickeln sich nachteilig, Krankheitsstand und Fluktuation steigen und gipfeln in einer Abwärtsspirale. Hier wird der Honorararzt zeitnah gebraucht. Die ärztlichen Kollegen werden, zumindest in der Anfangsphase, die Entlastung

hoch schätzen und nicht sofort über Gehaltsunterschiede diskutieren. Ist der Einsatz über einen längeren Zeitraum erforderlich, lassen diese Diskussionen aber vermutlich nicht lange auf sich warten. Auch wirtschaftlich lassen sich diese Modelle aus heutiger Sicht nicht langfristig finanzieren.

1.3.3 Rahmenbedingungen für den Einsatz von Honorarärzten

■ Vergütung

Ob sich der Einsatz von Honorarärzten für ein Krankenhaus lohnt, kann mit Hilfe des DRG-Systems vom Haus beantwortet werden. Jeder einzelnen DRG – derzeit gibt es ca. 565 Basis-DRGs, die sich teilweise noch in bis zu vier Schweregrade differenzieren – liegt eine so genannte Kostenmatrix zugrunde. Die Matrix besteht aus Zeilen mit verschiedenen

Kostenstellen und Spalten mit verschiedenen Kostenarten. So ergeben sich Matrix-Punkte, wie zum Beispiel Arztkosten im OP, die einen Anhaltswert bieten. Eine mögliche Interpretation zeigt das folgende Beispiel: Bei der DRG I30Z dürfen die Kosten für Ärzte im OP bei durchschnittlich 265 Euro liegen. Selbstverständlich können Quersubventionierungen innerhalb der Matrix oder auch zwischen verschiedenen DRGs erfolgen (■ Tab. 1.1). Für das Krankenhaus ergibt sich daraus eine maximale Zahlungsbereitschaft, die es mit den Honorarkosten abgleichen wird.

■ Standards

Ein Haus, das effizient Honorarärzte einsetzen möchte, benötigt einen gewissen Standardisierungsgrad. In der Praxis finden sich häufig innerhalb einer Fachabteilung verschiedene Standards, die mit medizinischen Argumenten nicht zu begründen sind. Dies sollte schon allein aus Gründen des Einarbeitungsaufwands vermieden werden. Bei dem Einsatz von Honorarärzten kann dies anderenfalls zu einem wirtschaftlichen Desaster führen, wenn ein Großteil der zur Verfügung gestellten Arbeitszeit mit Suchen und Nachfragen verloren geht. Ein Honorararzt wird umgekehrt umso erfolgreicher sein, je schneller er sich auf neue Gegebenheiten einstellen kann. Aus Sicht eines Hauses ist ein Honorararzt, der sich nicht anpassen kann, untragbar. Denn wenn abweichend von definierten Standards Ressourcen verbraucht werden, wird sich kein Chefarzt mehr für sein Abteilungsergebnis verantwortlich fühlen. Abweichungen beim medizinischen Sachbedarf sind dann schnell durch den Einsatz eines Honorararztes erklärt und liegen somit nicht mehr in seinem Zuständigkeitsbereich. Für die Kostensteuerung eines Hauses fehlen damit wesentliche Voraussetzungen. Nicht nur im Hinblick auf den Einsatz von Honorarärzten, sondern auch zugunsten einer effizienten

Einarbeitung neuer und langfristig gewonnener Mitarbeiter ist ein hoher Standardisierungsgrad, der sich an allgemein verfügbaren und akzeptierten Vorgehensweisen (Leitlinien, Literatur, EBM) orientiert, von großem Vorteil. Eine moderne EDV-gestützte Dokumentation, die die Prozessabläufe einer Abteilung bzw. eines Hauses 1:1 abbildet und gegenüber neuen Mitarbeitern transparent macht, ist ein weiterer Baustein, der hilft, Einarbeitungsprozesse erheblich abzukürzen.

■ Kultur

Die Beispiele haben gezeigt, dass die Frage der Kultur mit einen der größten Risikofaktoren beim Einsatz von Honorarärzten für ein Krankenhaus darstellt. Gelingt es nicht, die jeweiligen Vorteile zu vermitteln und Widerständen gezielt zu begegnen, können sich die Probleme sogar verschärfen. Hier wird sicherlich auch die Persönlichkeit des Honorararztes ausschlaggebend sein. Neben der internen Herausforderung, gilt es darüber hinaus eine Kommunikationsstrategie gegenüber Zuweisern, Patienten und Angehörigen zu finden. Fatal wäre eine ungesteuerte Kommunikation, die den Eindruck von Heimlichtuerei erweckt. Wie ein Haus mit dieser Problematik umgehen möchte, sollte definitiv im Vorfeld geklärt sein. Dazu zählt auch die Frage, wie man auf unglückliche Äußerungen der eigenen Mitarbeiter adäquat reagieren soll.

■ Vorläufiges Fazit und Perspektiven aus der Sicht der Kliniken

Aus Sicht der Honorarärzte ist die aktuelle Lage grundsätzlich positiv einzustufen. Die reine Lösung quantitativer Besetzungsschwierigkeiten wird aber voraussichtlich nicht auf Dauer durch Honorarärzte gelöst werden können. Zum einen waren häufig berufsgruppenspezifische Engpässe vorübergehend, zumal sich die jeweiligen Branchen auf die Situation nach und nach einstellen. Zum anderen zeigt die Marktentwicklung, dass aufgrund der Ver-

Tab. 1.1 DRG I30Z: Komplexe Eingriffe am Kniegelenk, G-DRG-Version 2007/2009 (Quelle: G-DRG HA V2007/2009 Report-Browser der InEK GmbH)

Kostenstellenbereich	Personalkosten			Sachkosten						Personal- und Sachkosten			Summen
	ÄD	PD	MTD	Arzneimittel	Arzneimittel (EK)	Implantate/Transplantate	Übriger med. Bedarf	Übriger med. Bedarf (EK)	Med. Infrastruktur	Nicht med. Infrastruktur			
01. Normalstation	146 €	344 €	21 €	27 €	1 €	0 €	27 €	1 €	79 €	352 €	997 €		
02. Intensivstation	1 €	2 €	0 €	0 €	0 €	0 €	1 €	0 €	0 €	2 €	7 €		
04. OP-Bereich	265 €	0 €	191 €	12 €	2 €	167 €	151 €	119 €	120 €	170 €	1.197 €		
05. Anästhesie	173 €	0 €	108 €	13 €	1 €	0 €	37 €	1 €	20 €	52 €	404 €		
07. Kardiologische Diagnostik/Therapie	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €		
08. Endoskopische Diagnostik/Therapie	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €		
09. Radiologie	6 €	0 €	13 €	0 €	0 €	0 €	3 €	4 €	4 €	10 €	39 €		
10. Laboratorien	1 €	0 €	10 €	0 €	0 €	0 €	8 €	4 €	1 €	5 €	29 €		
11. Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche	12 €	2 €	65 €	1 €	0 €	0 €	6 €	1 €	4 €	32 €	122 €		

bundbildung verschiedener Standorte Personal flexibel eingesetzt werden kann. Sollte es darüber hinaus zu einem Abbau von Überkapazitäten im stationären Sektor kommen, z. B. indem Einrichtungen schließen, sinkt der Bedarf an Ärzten absolut. Langfristig kann sich auch kein Krankenhaus den Einsatz von Honorarärzten als regulären Ersatz für feste Mitarbeiter leisten, da sich die Vergütung primär an den regulären Personalkosten orientiert. Qualitativ bieten sich auch langfristig Chancen. Zwar können auch hier Verbände anders agieren als einzelne Häuser, ob damit aber jegliche Spezialqualifikationen darstellbar sind, bleibt abzuwarten.

Krankenhausleitlinie

Wir schöpfen im Weltall aus dem Ozean.

Für die Honorarärzte und die Vermittlungen ergeben sich daraus höhere Anforderungen, da die Vermittlung an Komplexität gewinnt. Der Aufbau nachhaltiger Beziehungen wird ein wesentlicher Erfolgsfaktor sein. Denn wie bereits beschrieben, ist mit dem Einsatz von Honorarärzten eine nicht zu unterschätzende Einarbeitungszeit aus organisatorischer Sicht verbunden. Perspektivisch ist zur Überwindung der kulturellen und qualitativen Schwierigkeiten der anderen Berufsgruppen bezogen auf die speziellen Eingriffe denkbar, dass nicht nur der einzelne Arzt, sondern ganze »Eingriffsteams« vermittelt werden. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Krankenhauslandschaft in den kommenden Jahren hinsichtlich ihrer Leistungstiefe und Strukturen entwickeln wird. Eine Herausforderung wird zudem darin bestehen, die Vorteile zu verdeutlichen, die sich durch den Einsatz von Honorarärzten ergeben, weil der Patient nicht bewegt werden muss. Denn gerade bei elektiven Eingriffen könnten sich, wie teilweise schon zu beobachten, überregionale Patientenströme etablieren.

Umfrage

Eine Umfrage des BDA (Berufsverband Deutscher Anästhesisten, vgl. www.bda.de) vom September 2009 unter 390 Chefarzten ergab, dass in rund 52 % der befragten Kliniken Honorarärzte zum Einsatz kamen. In nahezu einem Drittel, 29 % der Häuser, sogar regelmäßig. Welche Erfahrungen mit Honorarärzten aus der Sicht der Auftraggeber gemacht werden und ob diese überwiegend positiv oder negativ sind, müssen weitere Untersuchungen zeigen, die derzeit in Arbeit, aber noch nicht abgeschlossen sind.

1.3.4 Der Einsatz von Honorarärzten aus der Sicht eines Verwaltungsdirektors¹

Christin Bamberg

In unserem Krankenhaus bemerken wir seit einiger Zeit einen Ärztemangel. Das heißt, dass wir besonders in den Fachgebieten der Anästhesie oder der inneren Medizin nicht den Ärztenachwuchs haben, den wir eigentlich benötigen. Das Problem trifft in aller Regel zunächst die kleineren und weniger die größeren akademischen Lehrkrankenhäuser, da entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten bei uns in diesem Umfang fehlen. Uns hat es daher sehr früh getroffen, und der Stapel der Bewerbungsunterlagen für Assistenzarztstellen wurde zunehmend kleiner, bis er schließlich völlig verschwand. Wir mussten daher schnell handeln und haben relativ früh versucht, über spezielle Vermittlungsagenturen Ärzte zu bekommen. Wir arbeiten also schon seit längerem mit Honorarärzten und auch unterschiedlichen Agenturen zusammen.

¹ Dipl. Kaufmann N.N., Verwaltungsdirektor, NRW