SONSTIGE 01.08.2010

Status der honorarärztlichen Tätigkeit in Deutschlands chirurgischen Abteilungen



Einführung

Die ärztliche Betätigung als Honorararzt ist – jedenfalls in Deutschland – relativ neu, in anderen europäischen Ländern ist diese oder eine ähnliche Form der ärztlichen Tätigkeit durchaus üblich. Wir erleben hierzulande zur Zeit aber eine fast dramatische Zunahme honorarärztlicher Tätigkeit, die zum Teil außerordentlich negativ bewertet wird. Diese kritischen Beurteilungen stützen sich häufig auf Einzelbeobachtungen, Vermutungen und tendenzielle Berichte, jedoch selten auf eigene Erfahrungen. Es werden Befürchtungen über den negativen Einfluss des „Systems Honorararzt“ auf die Weiterbildung junger Ärzte, auf die Qualität der Versorgung, auf die Motivation der Oberärzte, die wirtschaftliche Situation der eigenen Abteilung und der Klinik formuliert. Tatsächlich aber fehlt es an belastbaren Daten und einer differenzierten Betrachtungsweise, die die verschiedenartigen Gesichtspunkte der aller beteiligten Gruppen berücksichtigt. Der BDC hat sich deshalb bemüht, in einer breit angelegten internetbasierten Studie Daten zusammenzutragen, die eine differenzierte Bewertung honorarärztlicher Tätigkeit gestatten und die Erfahrungen deutscher Chef- und Oberärzte reflektieren.

Um eine möglichst große Datenbasis zu generieren, wurde diese Umfrage zusammen mit dem Verband der leitenden Orthopäden und Unfallchirurgen e. V. (VLOU) durchgeführt. Diesem Verband gehören über 90 % der unfallchirurgischen Chefärzte und etwa 75 % der orthopädischen Chefärzte Deutschlands an. Diese Facharztgruppe scheint in besonderer Weise vom Thema Honorararzt betroffen. Den Teilnehmern wurde per E-Mail ein Link zur Online-Umfrage zugesandt. Wir haben uns bei der Formulierung der Fragen auf die uns am wichtigsten erscheinenden beschränkt, um den Zeitaufwand für die Beantwortung möglichst gering zu halten und eine hohe Rückkaufquote zu sichern.

Rücklauf und Status der Umfrageteilnehmer

Es wurden insgesamt über den BDC 5.549 chirurgische Chef- und Oberärzte per Email angeschrieben, über den VLOU 644 Chefärzte und 11 Leitende Oberärzte. Wir erhielten insgesamt 1.477 auswertbare Antworten, das entspricht einem Rücklauf von 24 %. Damit ist eine breite Datenbasis erreicht, die zuverlässige und belastbare Aussagen ermöglicht. Der größte Teil der Antworten stammt aus Häusern der Grund- und Regelversorgung (47 %) gut ein Viertel (27 %) aus denen der Schwerpunktversorgung, 18 % aus Kliniken der Maximalversorgung und 8 % aus Universitätskliniken. Diese Verteilung repräsentiert damit in etwa die Verteilung der chirurgischen Klinik auf diese Versorgungsstufen in Deutschland. Auch die Verteilung der Antworten nach der Trägerschaft der Kliniken repräsentiert die tatsächlichen Verhältnisse im Lande. 51 % der Antworten erhielten wir von Chefärzten, 49 % von Oberärzten und anderen Fachärzten.

57 % der Antworten stammten aus Abteilungen für orthopädische und Unfallchirurgie, 31 % aus dem Bereich Allgemein- und Viszeralchirurgie, 15 % aus der Gefäßchirurgie, von den übrigen chirurgischen Fächern ergaben sich Antworten zwischen 3 und 5 %. Die Gesamtzahl der fachbezogenen Angaben ist größer als 100 %, da Doppelangaben erlaubt und erwünscht waren (z. B. Allgemeinchirurgie und Gefäßchirurgie).

Im Folgenden verwenden wir für die chirurgischen Disziplinen diese Abkürzungen:

ACH – Allgemeinchirurgie
GCH – Gefäßchirurgie
HCH – Herzchirurgie
KCH – Kinderchirurgie
PCH – Plastische und Ästhetische Chirurgie
O/U – Orthopädie und/oder Unfallchirurgie
TCH – Thoraxchiurgie
VCH – Viszeralchirurgie

Ergebnisse

Da wir einen engen Zusammenhang zwischen Beschäftigung von Honorarärzten und unbesetzten Planstellen vermuteten, haben wir zunächst nach freien Planstellen gefragt. Dabei fanden sich in ca. 37 % der herzchirurgischen, kinderchirurgischen und gefäßchirurgischen Abteilungen freie Facharztstellen, in der plastischen Chirurgie lediglich 17 %, in den übrigen chirurgischen Disziplinen zwischen 24 und 28 % nicht besetzbare Facharztstellen (»Abb. 1). Bei den nicht besetzbaren Assistenzarztstellen ist die Situation bei knapp der Hälfte der chirurgischen Abteilungen noch kritischer (»Abb. 2): Kinderchirurgie 47 %, Allgemein- und Gefäßchirurgie je 44 %, Thoraxchirurgie und Viszeralchirurgie jeweils 42 %, Herzchirurgie und Orthopädie/Unfallchirurgie je 37 %.

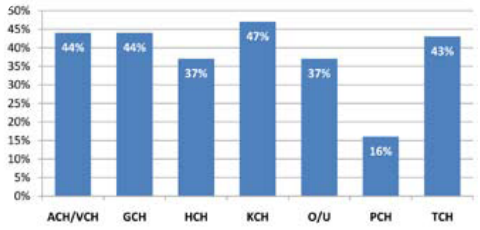


Abb1
Anteil chirurgischer Abteilungen mit unbesetzten Facharztstellen

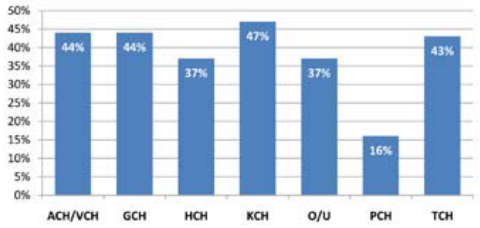


Abb2
Anteil chirurgischer Abteilungen mit unbesetzten Assistenzarztstellen

Auch hier ist die plastische Chirurgie mit 16 % am wenigsten betroffen, allerdings sind die absoluten Zahlen dort naturgemäß eher gering. An 65 % der Kliniken arbeiten Honorarärzte, in 33 % der chirurgischen Abteilung sind Honorarärzte tätig (»Abb. 3). Die meisten Honorarärzte mit chirurgischem Tätigkeitsspektrum sind mit 42 % in Abteilungen der Orthopädie/Unfallchirurgie beschäftigt, gefolgt von 30 % in der Allgemein- und Viszeralchirurgie tätigen, 19 % in der Plastischen Chirurgie sowie 17 % in der Gefäßchirurgie. Die anderen chirurgischen Disziplinen sind wegen geringer Fallzahl nur bedingt auswertbar, aber durchweg relativ gering.

Bei einer differenzierten Datenauswertung fällt die Korrelation zwischen Personalmangel (e. g. freien Stellen) und dem Einsatz von Honorarärzten auf:

- Von allen antwortenden Kliniken, die Honorarärzte im chirurgischen Fachgebiet beschäftigen, haben 43,5 % auch Assistenzarztstellen frei.
- Von allen antwortenden Kliniken, die Honorarärzte im chirurgischen Fachgebiet beschäftigen, haben 61,6 % auch Facharztstellen frei.
- Von allen Kliniken, in denen Facharztstellen frei sind, beschäftigt die Hälfte (51 %) Honorarärzte, die andere Hälfte nicht.

Es zeigt sich, dass eher der Facharztmangel zur Anstellung von Honorarärzten führt und weniger der Assistentenmangel. Dies lässt indirekt darauf schließen, dass freie Assistentenstellen auf anderen Wegen kompensiert werden (z. B. durch Mehrarbeit der Stamm-Mannschaft oder durch chirurgisches Assistenzpersonal). Dies funktioniert beim Ersatz von Fachärzten nicht, weshalb man hier häufiger als bei freien Assistentenstellen auf Honorarärzte zurückgreifen muss. Honorarärzte ersetzen in der Not den Mittelbau, also zum Beispiel selbstständige Operateure.

Eine wirkliche Zusammenarbeit mit Honorarärzten im eigenen Fachgebiet lag bei 35 % der antwortenden chirurgischen Abteilungen (358 Antworten) vor. Nur diese Abteilungen mit praktischen Erfahrungen durften weitergehende Fragen zu den individuellen Erfahrungen und Auswirkungen des Systems Honorararzt beantworten. Die Zusammenarbeit mit Honorarärzten geschah in 35 % Prozent auf Wunsch der Chefärzte, wurde in 24 % von diesen geduldet und erfolgte bei 7,7 % gegen deren Willen. 33 % von ihnen gaben an, dass im Interesse der Krankenversorgung keine Alternative der Beschäftigung von Konsiliarärzten gab. Bei der Auswahl der Honorarärzte hatten 63 % bis 75 % der Chefärzte ein Mitspracherecht. Es gibt in dieser Frage keine wesentlichen Unterschiede zwischen den chirurgischen Fachgebieten.

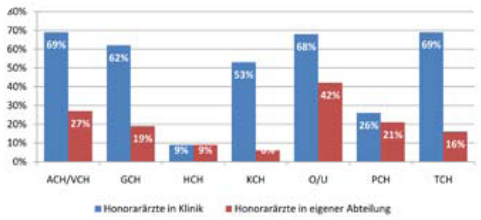


Abb3
Erfahrungen mit Honorarärzten in der eigenen Klinik sowie im eigenen Fachgebiet

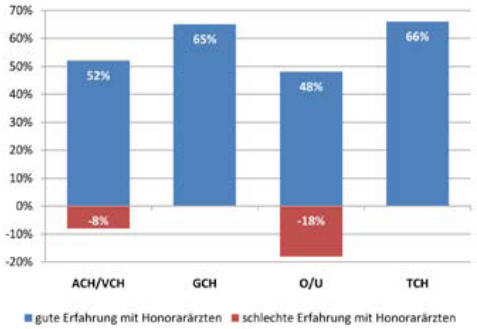


Abb4 Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Honorarärzten

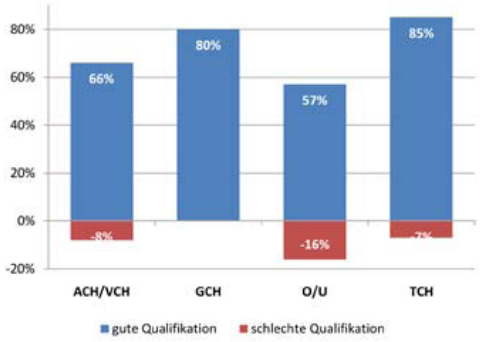


Abb5
Beurteilung der Qualifikation von Honorarärzten

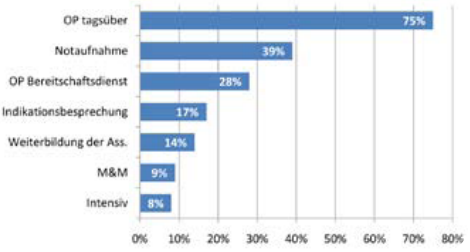


Abb6
Beteiligung der Honorarärzte am Abteilungsbetrieb

Die Zusammenarbeit mit den Honorarärzten wird von 50 % der Antwortenden als sehr gut oder gut bezeichnet, 35 % äußern sich neutral und lediglich 14 % beurteilen diese als schlecht oder sehr schlecht. In dieser Hinsicht äußern sich die Gefäßchirurgen überdurchschnittlich positiv sowie Unfallchirurgen und Orthopäden überdurchschnittlich negativ (»Abb. 4). Ganz ähnlich verhält es sich mit der der Beurteilung der Qualifikation von Honorarärzten: 60 % beurteilen die Qualifikation als gut oder sehr gut, 12,3 % als schlecht oder sehr schlecht. Auch hier fällt das Urteil der Gefäßchirurgen eher positiver als der Durchschnitt aus, dass der Orthopäden und Unfallchirurgenetwas schlechter (»Abb. 5). Honorarärzte sind in die wesentlichen Tätigkeiten einer chirurgischen Abteilung unterschiedlich stark eingebunden. Sie werden zu 39 % in der Notaufnahme beschäftigt, zu 75 % im Routine-OP-Betrieb, zu 28 % im Notfallprogramm.

Nur in geringem Umfang werden Honorarärzte an der Weiterbildung der Assistenten (13,7 %) beteiligt, nehmen an Indikationsbesprechung teil (16,5 %) oder sind in Komplikations- bzw. M&M-Konferenzen sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen eingebunden (9-10 %) (»Abb. 6). Die Frage nach der Beteiligung der Honorarärzte an den verschiedenen Dienstplanabschnitten fällt zunächst überraschend aus. Über die Hälfte (55 %) der Honorarärzte beteiligt sich am normalen Dienstbetrieb, zwischen 40 % und 70 % beteiligen sich auch am Bereitschaftsdienst. Dieser hohe Anteil am Bereitschaftsdienst ist vermutlich der Forderung nach Facharztstandard geschuldet, der durch den Facharztmangel nicht gewährleistet werden kann. Es fällt auf, dass sowohl bei der Beherrschung von Komplikationen (»Abb. 7), als auch bei der Beurteilung der Wirkung auf die Weiterbildung der Assistenzärzte (»Abb. 8) und die Motivation der Oberärzte (»Abb. 9) der Einfluss des Honorararztsystems von den Oberärzten deutlich kritischer gesehen wird als von den beteiligten Chefärzten. Da die Oberärzte ihre eigene Motivation vermutlich am besten beurteilen können, sie in der Regel wesentlich an der Weiterbildung der Assistenten sowie an der Komplikationsbeherrschung beteiligt sind, muss ihren Angaben vermutlich ein höheres Gewicht zugestanden werden. 19 % der antwortenden Chefärzte gab an, das Honorarärzte für sie als Chefarzt Konkurrenz seien, 17 % erlitten durch Honorararzteinsatz wirtschaftliche Nachteile, bei 22 % wurde der eigene Abteilungsetat durch die Beschäftigung von Honorarärzten reduziert.

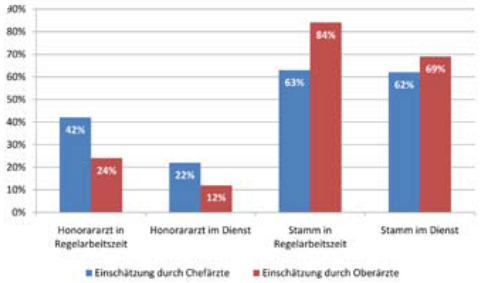


Abb7
Wer behandelt Komplikationen, die von Honorarärzten verursacht wurden und in welchen Dienstabschnitten?

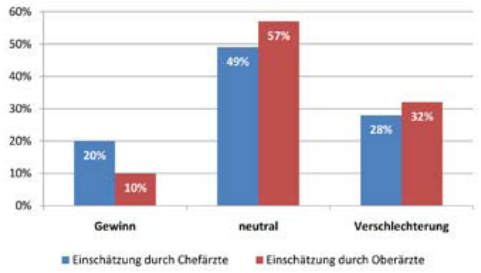


Abb8
Wie schätzen Sie die Wirkung der Honorarärzte auf die Weiterbildung Ihrer Assistenten ein?

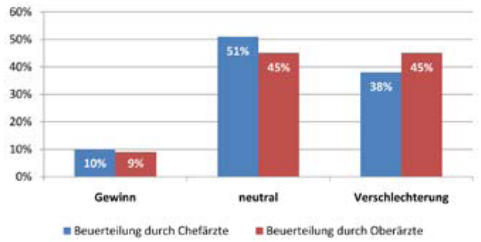


Abb9 Wie schätzen Sie die Beteiligung von Honorarärzten auf die Motivation Ihrer Oberärzte ein?

Für 13 % der Chefärzte hat die Beschäftigung von Honorarärzten negativen Einfluss auf den eigenen Stellenplan. 18 % der antwortenden Chefärzte gab an, dass bei der Beschäftigung von Honorarärzten durch die Verwaltung der Verdacht auf eine rechtlich bedenkliche Verknüpfung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bestünde.

Diskussion und Ausblick

Das „System Honorararzt“ ist in Deutschland Realität. Zwei Drittel der antwortenden Kolleginnen und Kollegen gibt an, daß in ihren Kliniken Honorarärzte tätig sind. In einem Drittel aller chirurgischen Abteilungen arbeiten Chirurgen und Orthopäden als Honorarärzte. Zusammenfassend ergibt sich aus den Umfragergebnissen ein differenziertes Bild für die Beurteilung von Honorarärzten in chirurgischen Abteilungen. Das wird auch deutlich, wenn man die zusätzlichen Bemerkungen, die als Freitext erfassbar waren, auswertet. Wie auch in den elektronisch auswertbaren Antworten gibt es hier eine breite Streuung von Beurteilungen wie z. B.: „ohne Honorarärzte könnten wir unseren Versorgungsauftrag schon lange nicht mehr erfüllen“ bis hin zu der Bemerkung: „der Honorararzt wurde gegen meinen Willen eingestellt, er kümmert sich nicht um die Patienten, die Qualifikation und die Zusammenarbeit sind miserabel“. Die Beschäftigung von Honorarärzten an chirurgischen Abteilungen wird insgesamt besser beurteilt, als man es bei Diskussionen auf Kongressfluren und anderen Gelegenheiten erwarten würde..

In den Abteilungen, die praktische Erfahrung mit Honorarärzten haben, überwiegt der positive Eindruck. Natürlich gibt es auch negative Stimmen, diese sind jedoch in der Minderheit. Entscheidend für eine positive Beurteilung ist, dass die Beschäftigung eines Honorararztes das Leistungsspektrum einer Abteilung ergänzt oder bestehende Personallücken schließt. Sie wird nur dann negativ gesehen, wenn durch Tätigkeit von Honorarärzten im originären Leistungsspektrum einer Abteilung eine Konkurrenzsituation entsteht. Der Erfolg des Honorararzt-Einsatzes ist im Wesentlichen abhängig von der Kooperationsbereitschaft beider Seiten und – ebenso wichtig – von der Qualifikation des Honorararztes. Die Ergebnisse dieser Umfrage zeigen, dass der überwiegende Teil der in chirurgischen Abteilungen tätigen Honorarärzte gut bis sehr gut qualifiziert ist. Zu achten ist beim Einsatz von Honorarärzten vor allem darauf, dass die Motivation des Stammpersonals nicht leidet. Hier können durch Information und Kommunikation viele Vorurteile abgebaut werden und sich durch erfolgreiche Zusammenarbeit gegenseitiger Respekt und Vertrauen entwickeln.