

Aus dem Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie
der Universität zu Köln
Direktor: Universitätsprofessor Dr. rer. nat. W. Lehmacher

Studie zur Situation der Honorarärzte
in Deutschland

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen
Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

vorgelegt von

Alexander Wolfgang Matthias Teske
aus Erlangen

promoviert am
09.04.2014

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln

2014

Dekan: Universitätsprofessor Dr. med. Dr. h. c. Th. Krieg

1. Berichterstatter: Professor Dr. med. Dr. rer. nat. G. Ollenschläger

2. Berichterstatterin: Frau Universitätsprofessor Dr. med. S. A. K. Stock

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich keine Unterstützungsleistungen erhalten.

Weitere Personen waren an der geistigen Herstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die in Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.



Köln (10.04.2012)

Die in dieser Arbeit angegebenen Untersuchungen sind nach entsprechender Anleitung durch Herrn Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. G. Ollenschläger und Herrn Dr. med. N. Schäfer von mir selbst ausgeführt worden.

DANKSAGUNG

Mein Dank gilt in erster Linie Herrn Dr. Nicolai Schäfer für die Anregungen und für die dauerhafte und gute Begleitung während der gesamten Promotion. Die Gespräche mit ihm haben mir sehr geholfen mich in das Thema einzufinden und die dahinter stehenden Zusammenhänge zu erkennen.

Ferner möchte ich Herrn Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger für die Überlassung des Themas, für sein Engagement bei den Ärztekammern und für die Betreuung danken. Weiterhin möchte ich mich bei ihm für die Bereitstellung der notwendigen Infrastruktur und für die Möglichkeit des Hostings des Fragebogens über das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin bedanken.

Darüber hinaus gilt mein Dank meiner Familie und meinen Freunden, ohne deren Unterstützung ich diese Arbeit nicht hätte vollenden können. Ferner möchte ich mich bei ihnen für ihr Verständnis und ihre Rücksichtnahme in den entscheidenden Phasen der Arbeit bedanken.

Meiner Familie & meinen Freunden

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	1
1. EINLEITUNG	3
1.1. EINFÜHRUNG	3
1.2. „LOCUM TENENS“ – HONORARÄRZTE IN DEN USA.....	4
1.2.1. <i>Geschichte der Locums in den USA</i>	4
1.2.2. <i>Die aktuelle Situation der Locums in den USA</i>	6
1.2.3. <i>Resümee zu den Honorarärzten in den USA</i>	10
1.3. HONORARÄRZTE IN DEUTSCHLAND	10
1.3.1. <i>Deutsche Literatur zum Honorararztwesen</i>	11
1.3.2. <i>Entwicklung der gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen als Gründe für die Zunahme der Honorararztstätigkeit</i>	13
1.3.3. <i>Ärztemangel und Honorararztwesen</i>	17
1.3.4. <i>Das Problemfeld der sog. „Scheinselbstständigkeit“</i>	20
1.3.5. <i>Problemfeld: Ärztekammer-Mitgliedschaft</i>	22
1.3.6. <i>Hypothesen zum Honorararztwesen in Deutschland</i>	23
1.4. DEFINITIONEN DES HONORARARZTWESENS.....	25
1.5. FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG DER VORLIEGENDEN ARBEIT	28
2. MATERIAL UND METHODEN	30
2.1. MATERIAL	30
2.2. METHODEN	32
2.2.1. <i>Relevante Grundlagen der Epidemiologie und Statistik</i>	32
2.2.2. <i>Fragebogenentwicklung</i>	35
2.2.3. <i>Pretest</i>	37
2.2.3. <i>Gewinnung von Ärzten zur Teilnahme an der Studie</i>	39
2.2.4. <i>Der Studienfragebogen</i>	42
3. ERGEBNISDARSTELLUNG	44
3.1. DATENERHEBUNG UND FALLZAHLENTWICKLUNG	44
3.2. ÜBERSICHT ÜBER DIE STUDIENPOPULATION	44
3.2.1. <i>Soziodemografische Merkmale der Studienpopulation</i>	44
3.2.2. <i>Berufsbiografische Merkmale der Studienpopulation</i>	47

3.2.3. Organisatorische Rahmenbedingungen der Honorararztstätigkeit	
49	
3.3. HONORARÄRZTE IN NEBENTÄTIGKEIT	58
3.3.1. Biografische und demografische Besonderheiten der Honorarärzte in Nebentätigkeit	58
3.3.2. Aktuelle Haupttätigkeit der Honorarärzte in Nebentätigkeit.....	59
3.3.3. Daten zur Nebentätigkeit.....	61
3.4. HAUPTBERUFLICH TÄTIGE HONORARÄRZTE.....	62
3.4.1. Biografische und demografische Besonderheiten der hauptberuflichen Honorarärzte.....	62
3.4.2. Vorherige Tätigkeit der hauptberuflichen Honorarärzte	64
3.4.3. Gründe für die Aufnahme der Tätigkeit als Honorararzt	64
3.4.4. Vor- und Nachteile der Honorararztstätigkeit.....	66
3.4.5. Rahmenbedingungen der hauptberuflichen Honorararztstätigkeit	
67	
3.4.6. Subjektive Veränderungen durch die Honorararztstätigkeit.....	69
3.4.7. Probleme und Wünsche der Honorarärzte.....	72
3.4.8. Zukunftsperspektive aus Sicht der Honorarärzte	75
3.4.9. Beendigung der Honorararztstätigkeit: Zeitraum, Gründe, Tätigkeitsbereich.....	76
3.4.10. Selbsteinschätzung der Honorarärzte.....	80
3.5. HONORARÄRZTE IN WEITERBILDUNG	81
4. DISKUSSION.....	83
4.1. VERÖFFENTLICHUNGEN SEIT BEGINN DER HONORARARZTSTUDIE.....	83
4.2. METHODENDISKUSSION	84
4.2.1. Diskussion der gewählten Untersuchungsmethode.....	84
4.2.2. Diskussion des Fragebogens	87
4.3. ERGEBNISDISKUSSION	87
4.3.1. Diskussion der gesamten Studienpopulation	87
4.3.2. Diskussion der Honorarärzte in Nebentätigkeit.....	99
4.3.3. Diskussion der hauptberuflichen Honorarärzte	103
4.4. GRÜNDE FÜR DIE AUFNAHME EINER HAUPTBERUFLICHEN HONORARARZTTÄTIGKEIT	107

4.4.1.	<i>Berufsbiografische Gründe</i>	107
4.4.2.	<i>Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitssystem</i>	108
4.4.3.	<i>Zusammenfassung der Gründe für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit</i>	121
4.5.	ÄRZTINNEN IM HONORARARZTWESEN	122
4.6.	NEGATIVE AUSWIRKUNGEN DES HONORARARZTWESENS	123
4.6.1.	<i>Negative Auswirkungen für den Honorararzt</i>	123
4.6.2.	<i>Befürchtete negative Auswirkungen für die Auftraggeber</i>	128
4.6.3.	<i>Befürchtete negative Auswirkungen für andere Ärzte</i>	134
4.6.4.	<i>Befürchtete negative Auswirkungen für das deutsche Gesundheitssystem</i>	136
4.7.	POSITIVE AUSWIRKUNGEN DES HONORARARZTWESENS	138
4.7.1.	<i>Positive Auswirkungen für die Honorarärzte</i>	138
4.7.2.	<i>Positive Auswirkungen auf die Auftraggeber</i>	144
4.7.3.	<i>Positive Auswirkungen auf andere Ärzte</i>	147
4.7.4.	<i>Positive Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem</i>	147
4.8.	HOCHRECHNUNG DER ABSOLUTEN ANZAHL HAUPTBERUFLICHER HONORARÄRZTE:	149
4.8.1.	<i>Einführung zur Hochrechnung</i>	149
4.8.2.	<i>Exemplarische Hochrechnung am Beispiel der Landesärztekammer Brandenburg</i>	151
4.8.3.	<i>Konsequenzen für Honorararztagenturen</i>	152
4.8.4.	<i>Diskussion der hochgerechneten Anzahl</i>	154
4.9.	AUS DEN STUDIENERGEBNISSEN RESULTIERENDE FORDERUNGEN	155
4.9.1.	<i>Forderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der Honorararztstätigkeit</i>	155
4.9.2.	<i>Forderung nach weiteren Studien</i>	163
4.10.	AUSBLICK IN DIE ZUKUNFT	164
4.11.	ZUSAMMENFASSUNG DER DISKUSSION.....	165
5.	ZUSAMMENFASSUNG	167
5.1.	EINFÜHRUNG	167
5.2.	ERGEBNISSE	168
	<i>Biografie / Demografie / Geografie der Studienteilnehmer</i>	168

<i>Organisatorische Rahmenbedingungen der Honorararztstätigkeit.....</i>	<i>169</i>
<i>Honorarärzte in Nebentätigkeit</i>	<i>170</i>
<i>Honorarärzte in Haupttätigkeit</i>	<i>171</i>
<i>Honorarärzte in Haupttätigkeit ohne abgeschlossene Weiterbildung....</i>	<i>172</i>
<i>Vor- und Nachteile der Honorararztstätigkeit.....</i>	<i>172</i>
<i>Vor- und Nachteile des Honorareinsatzes für die angestellten Mitarbeiter und die Auftraggeber</i>	<i>173</i>
<i>Hochrechnung der absoluten Anzahl der hauptberuflichen Honorarärzten in Deutschland</i>	<i>174</i>
6. LITERATURVERZEICHNIS	176
7. VORABVERÖFFENTLICHUNG VON ERGEBNISSEN.....	190
8. ANHANG.....	197
8.1. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	197
8.2. TABELLENVERZEICHNIS	198
8.3. FRAGEBOGEN	200
9. LEBENSLAUF	225

Abkürzungsverzeichnis

AIP	Arzt im Praktikum
AiW	Arzt in Weiterbildung
ÄK	Ärztekammer
ArbG	Arbeitsgericht
ÄV	Ärzteversorgung
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK	Bundesärztekammer
BD	Bereitschaftsdienst
BDA	Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V.
BDC	Berufsverband Deutscher Chirurgen e.V.
BL	Bundesland
BMJ	British Medical Journal
BSG	Bundessozialgericht
BV-H	Bundesverband der Honorarärzte e.V.
CA	Chefarzt
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DKG	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft e.V.
DKI	Deutsches Krankenhaus Institut
DRG	Diagnosis Related Groups
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
ERI	effort-reward imbalance model
EuGH	Europäischer Gerichtshof
FAA	FachArztAgentur
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HA	Honorararzt (hauptberuflich)
HAE	Honorararzt in Nebentätigkeit / honorarärztlich tätig
KA	Keine Angabe
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LAG	Landesarbeitsgericht
LSG	Landessozialgericht
M	Mittelwert
MBO	Muster-Berufsordnung
MD	Median
MPG	Medizinproduktegesetz
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NALTO	National Association of Locum Tenens Organisations

OA	Oberarzt
P	Signifikanz
PASW	Predictive Analysis Software
PKV	Private Krankenversicherung
PLZ	Postleitzahl
REHA	Rehabilitation
QM	Qualitätsmanagement
SD	Standardabweichung
SF	Standardfehler
SOP	Standard Operating Procedure
SGB	Sozialgesetzbuch
USA	United States of America
WBJ	Weiterbildungsjahr
WBO	Weiterbildungsordnung
ZEFQ	Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen

1. Einleitung

1.1. Einführung

Die meisten Ärzte und Ärztinnen¹ in Deutschland üben ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen einer Festanstellung in der stationären Versorgung (48,5%) oder als niedergelassener Arzt (42,8%) aus [25]. Ärzte in Niederlassung können in einer eigenen Praxis, in einer Gemeinschaftspraxis, in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder in einer Anstellung als Praxisassistent tätig sein. Die festangestellten Ärzte arbeiten entweder in der stationären Versorgung im Krankenhaus, in Kliniken des Rehabilitationswesens, in Behörden oder Organisationen, in der Betriebsmedizin oder üben keine ärztliche Tätigkeit aus. Da der Arztberuf nach § 1 Absatz 2 der Berufsordnung [28] als freier Beruf gilt, gibt es abseits der oben beschriebenen klassischen Formen der ärztlichen Berufsausübung die Möglichkeit einer ärztlichen Tätigkeit auf freiberuflicher Basis als sogenannter Honorararzt. Dabei beschreibt der Begriff „Honorararztstätigkeit“ eine ärztliche Tätigkeit, die zeitlich befristet und freiberuflich für verschiedene Auftraggeber erfolgt und ausschließlich auf Honorarbasis vergütet wird [138].

Das Honorararztwesen ist kein isoliertes Phänomen des deutschen Gesundheitssystems, sondern ist vor allem im englischsprachigen Raum seit langer Zeit verbreitet. So wird das Honorararztwesen in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) bereits Mitte der 1960er Jahre [158] und in Großbritannien Anfang der 1970er Jahre [56] in der Literatur erwähnt. Die exakte englische Übersetzung des deutschen Begriffes "Honorararzt" lautet "locum tenens". „Locum tenens“ ist ein aus dem Lateinischen abgeleiteter Begriff, der so viel wie "Statthalter" oder "Stellvertreter" bedeutet [103]. Diese Stellvertreter findet man im anglo-amerikanischen Raum nicht nur in der Medizin, sondern auch bei

¹Zur übersichtlicheren Darstellung findet im nachfolgenden Text nur die männliche Form Verwendung. Es sind stets beide Geschlechter gemeint, es sei denn, eines der Geschlechter wird im Text explizit erwähnt.

Pharmazeuten [127], Veterinärmedizinern [19] und Anwälten. Locum tenens sind Fachkräfte, die keine Festanstellung haben und für einen gewissen Zeitraum an einem bestimmten Ort als Vertretung arbeiten. Der Zeitraum dieser Vertretung kann sich von einem Tag bis hin zu mehreren Monaten erstrecken.

Eine Literaturrecherche in der MEDLINE-Datenbank mit dem Suchbegriff „locum“ umfasst 254 Einträge in englischer Sprache (Suchstand: 17.07.2011). Ein Großteil der dortigen Einträge (n=231) beschäftigt sich mit den Locums in Großbritannien und in den USA. Anhand der gelisteten Literatur ist ersichtlich, dass das Honorararztwesen außerhalb Deutschlands bereits länger etabliert ist. So erschien 1989 im British Medical Journal (BMJ) eine Anleitung, wie man als Allgemeinmediziner Honorararzt wird [137]. Auch außerhalb der englischsprachigen Länder finden sich Honorarärzte. In der Schweiz heißen sie „Vikarärzte“ und in Frankreich werden sie als „médicin remplac(ce)ant“ bezeichnet. Auf Grund der langen Historie und der umfassenden Entwicklung des Honorararztwesens in den USA, wird dieses nachfolgend vorgestellt.

1.2. „Locum tenens“ – Honorarärzte in den USA.

1.2.1. Geschichte der Locums in den USA

Das Phänomen der Locums existiert in den USA bereits seit Mitte der 1960er Jahre. In der Anfangszeit wurden diese vor allem in ländlichen Gebieten eingesetzt, um dort als Urlaubsvertretungen oder bei unerwartetem Krankheitsausfall eines Arztes dessen Praxis kurzfristig zu führen. 1963 wurde erstmals im Rahmen eines Artikels in der Zeitschrift Californian Medicine eine Checkliste mit verschiedenen Punkten, welche ein niedergelassener Arzt bei der Einstellung eines Locums als Urlaubsvertretung zu bedenken und zu erledigen hat, publiziert [158]. Bis Ende der 1970er Jahre war die Vermittlung von Locums in den USA nicht kommerziell organisiert. Erst in den späten 1970er Jahren wurde das Honorararztwesen bekannter, so dass einige Firmen, wie das Unternehmen Comp-Health-Inc, den Markt für sich entdeckten. Bereits zu

Beginn der 1970er Jahre existierte in den USA ein Missverhältnis zwischen der ärztlichen (Über-) Versorgung in den Städten und der ärztlichen (Unter-) Versorgung in den ländlichen Regionen ("rural areas"). Um dieses Problem einzudämmen und um die ärztliche Versorgung der ländlichen Bevölkerung zu verbessern, startete die Universität von Utah in den frühen 1970er Jahren mit Unterstützung der Regierung ihr "ROPE" Programm (Rural Outreach Physician Education Program). Dabei sollten neue Ärzte für die Tätigkeit in ländlichen Gebieten gewonnen und die dort bereits ansässigen Mediziner weitergebildet werden. Ärzte in den unterversorgten ländlichen Gebieten, die es sich vorstellen konnten, ihre Praxen für eine gewisse Zeit zu verlassen, wurden an die Universität Utah eingeladen, um dort in einem speziellen Weiterbildungsprogramm (2–3 Wochen) geschult zu werden. Ihre unbesetzten Praxen wurden währenddessen durch Ärzte aus der Universität als Stellvertreter weitergeführt. Aus diesen Vertretern entstand im Laufe der Zeit ein Netzwerk von Ärzten, die bereit waren, vorübergehend unbesetzte Praxen weiterzuführen, bis die Fort- und Weiterbildung der Praxisinhaber an der Universität abgeschlossen war. Dieses Netzwerk übernahm bald auch Praxiseinsätze, wenn die Inhaber abseits von Fort- und Weiterbildung eine Auszeit von ihrer Tätigkeit benötigten. Dieses Pilotprojekt war ein großer Erfolg und führte zu einer weiten Verbreitung und Kommerzialisierung des Honorararztwesens in den USA [53].

Eine Studie des „Health System Research Institute“ aus dem Jahr 1981 konnte zeigen, dass es sich für einen niedergelassenen Arzt auch finanziell lohnt, wenn er einen Locum als Urlaubs- oder Krankheitsvertretung einstellt [80]. Auf Basis dieser Erkenntnis und des sich daraus ergebenden Marktpotentials wurde die Kommerzialisierung des Honorararztwesens in den USA weiter vorangetrieben.

Das Honorararztwesen in den USA hat sich seitdem stark weiterentwickelt. Locums sind heute nicht mehr ausschließlich in ländlichen, allgemeinmedizinischen Praxen tätig, sondern haben ihren Wirkungsbereich weiter ausgedehnt. Die anfangs recht geringe Anzahl

von Honorarärzten ist in den vergangenen 15 Jahren stark angestiegen [140]. Heute ist davon auszugehen, dass bis zu 36% aller Ärzte in den USA im Laufe ihrer Karriere einmal als Locum tätig sein werden [52][132]. Die genaue Anzahl der aktuell tätigen Locums ist unbekannt, da diese bisher von keiner Studie in ihrer Gesamtheit systematisch erfasst wurden.

1.2.2. Die aktuelle Situation der Locums in den USA

Fachrichtungen und Einsatzorte

Innerhalb des Honorararztwesens in den USA finden sich heute nahezu alle Fachgebiete der Medizin. Eine Studie von Simon und Alonzo [128] zeigt, dass unter den Honorarärzten vor allem Radiologen, Psychologen, Allgemeinmediziner, Internisten, Gynäkologen und Anästhesisten vertreten sind. Honorarärzte werden neben ihrer Tätigkeit als Vertreter im niedergelassenen Bereich auch immer mehr in Krankenhäusern eingesetzt. Dort dienen sie vor allem als Puffer, um einen Personalmangel auf Grund von Krankheit, Urlaub, Fortbildungsmaßnahmen oder Mutterschutz abzumildern.

Vermittlungsagenturen/Vermittlungskosten

Zur Gewinnung von Honorarkräften stehen den Kliniken und Arztpraxen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Zum einen können sie Stellenangebote im Internet oder in Zeitungen publizieren sowie über Mund-zu-Mund Propaganda versuchen, ehemalige Mitarbeitende zu erreichen. Zum anderen können sie auch die Hilfe einer Honorararztagentur in Anspruch nehmen, von denen es im Jahr 2004 bereits über 30 gab [128]. Die Anzahl ist seit 2004 weiterhin gestiegen, denn aktuell (26.10.2011) sind bei der NALTO, einem Dachverband der Honorararztvermittlungsagenturen in den USA, über 60 Vermittlungsagenturen registriert [99].

Der Einsatz von Locums in Krankenhäusern und in anderen medizinischen Versorgungseinrichtungen hat in den vergangenen Jahren

stark zugenommen, wie die nachfolgenden Daten verdeutlichen: Nach Dave Forries (Pressesprecher der Honorararztagentur Staff Care, Irving, Texas) beschäftigten im Jahr 1987 4% und im Jahr 2000 bereits 15% aller Krankenhäuser einen oder mehrere Locums. Der „2011 Survey of temporary physician staffing trends“ von Staff Care kommt zu dem Ergebnis, dass 85% der befragten Krankenhausmanager in den letzten 12 Monaten Honorarärzte in ihren Kliniken beschäftigt haben [132].

Honorararztagenturen in den USA dienen als Vermittler zwischen den Honorarärzten und den Kliniken und verfügen über einen festen Bestand von registrierten Honorarärzten. Neben der direkten Vermittlung von Honorarkräften übernehmen diese Agenturen auch verwaltungstechnische Aufgaben: Sie treffen eine Vorauswahl an Ärzten für den jeweiligen Auftrag, sie übernehmen die Registrierung des Arztes im Bundesstaat des Einsatzortes und sie schließen für den Arzt eine entsprechende Berufshaftpflichtversicherung („Mal-Practice-Insurance“) ab [37]. Des Weiteren organisiert die Agentur den Flug und die Unterbringung für den Honorararzt. Die Unterbringung ist an die Dauer des Auftrages angepasst, so dass Honorarärzte bei Aufträgen bis zu einer Woche meist in einem Hotel wohnen. Sollten die Aufträge länger dauern, haben sie einen Anspruch auf Unterbringung in einer eigenen Wohnung. Die genauen Leistungen und Prämien unterscheiden sich von Anbieter zu Anbieter [57][155].

Im amerikanischen Gesundheitssystem stellen die Honorararztagenturen ihre Leistungen und die des Honorararztes direkt dem Krankenhaus in Rechnung. Somit wird der Honorararzt hier direkt von der Agentur und nicht vom Auftraggeber bezahlt. Von der durch die Honorararztagentur in Rechnung gestellten Gesamtsumme kommen ca. 70–80% direkt dem Honorararzt zugute. Die anderen 20–30% verbleiben als Vermittlungsprovision bei der Honorararztagentur [87].

Dabei sind die Kosten für die Kliniken je nach Fachrichtung unterschiedlich gestaffelt. Im Jahr 2007 berechnete die Agentur Staff Care für den Einsatz eines Internisten, eines Allgemeinmediziners oder eines Kinderarztes 700 \$ pro Tag. Der Einsatz eines Psychiaters oder eines Neurologen ist mit einem Tagessatz von 950 \$ bzw. 1.250 \$ bereits deutlich kostenintensiver. Am kostenaufwändigsten für das Krankenhaus ist die Beschäftigung eines Anästhesisten (1.700 \$) oder eines Radiologen (2.000 \$). Ein Tagessatz bezieht sich hierbei auf einen Werktag mit acht Arbeitsstunden. Nächtliche dienstliche Anrufe werden bei Honorarärzten pauschal mit einer Zeitstunde und Rufbereitschaften am Wochenende mit acht Zeitstunden vergütet [87].

Vor- und Nachteile durch den Einsatz von Honorarärzten

Honorarärzte werden vor allem in den Fachrichtungen Innere Medizin und Allgemeinmedizin bezüglich ihrer Produktivität schlechter beurteilt als ihre festangestellten Kollegen. Im Rahmen einer Umfrage unter Krankenhausbetreibern, die im Jahr 2005 Locums beschäftigten, waren 37% der Befragten der Meinung, dass Locums weniger Umsatz als ihre Kollegen in Festanstellung erzielen. 61% der Befragten bescheinigten den Locums einen äquivalenten Umsatz und lediglich 2% waren der Überzeugung, dass die Locums mehr Umsatz als ihre festangestellten Kollegen erwirtschafteten [87].

Dieser Mangel an Produktivität liegt vor allem darin begründet, dass Locums an ihren Einsatzorten oftmals mit den genauen Arbeitsabläufen und den Dokumentationsrichtlinien nicht richtig vertraut sind [37].

Im niedergelassenen Bereich unterscheiden sich die wirtschaftlichen Überlegungen für die Anstellung eines Honorararztes von denen des Krankenhauswesens erheblich. Durch ihre mangelnde Patienten- und Ablaufkenntnis erzielen Honorarärzte in Praxen meist nur eine auf Fälle bezogene Produktivität von 50%. Wirtschaftlich gesehen ist diese reduzierte Produktivität zusammen mit den Honorararztgebühren jedoch deutlich rentabler als eine Praxisschließung im entsprechenden Zeitraum.

Sehr gute Locums, die über eine äquivalente Produktivität wie der Praxisinhaber verfügen, können ihre eigenen Kosten decken und zusätzlich innerhalb von zwei Wochen einen Gewinn von ca. 2.360 \$ erwirtschaften [87].

Daten zu den Honorarärzten in den USA

Das Durchschnittsalter der Locums in den USA lag 2004 nach einer von Simon und Alonzo durchgeführten Umfrage unter 776 Honorarärzten bei 53 Jahren [128]. Dabei waren Honorarärztinnen mit durchschnittlich 45,3 Jahren signifikant jünger als ihre männlichen Kollegen (56,3 Jahre). Bedingt durch das höhere Durchschnittsalter verfügten die männlichen Honorarärzte durchschnittlich über eine größere Berufserfahrung als ihre Kolleginnen (26,4 Jahre vs. 13,6 Jahre). Neben dem Durchschnittsalter und ihrer Berufserfahrung unterschieden sich die Honorarärztinnen von ihren männlichen Kollegen vor allem hinsichtlich der Gründe für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit.

Als Gründe für die Aufnahme der honorarärztlichen Tätigkeit wurden vor allem die „Möglichkeit halbtags zu arbeiten“ (31,5%) und die „flexibleren Arbeitszeiten“ (21,1%) genannt. Außerdem schienen ein „erhöhtes Einkommen“ (15,5%), die „Möglichkeit Herumzureisen“ (9,5%) und „andere Kliniken kennenzulernen“ (8,3%) die Honorararztstätigkeit attraktiv zu machen. Der „Wegfall von administrativen Tätigkeiten“ wurde von 2,9% der Befragten als Hauptgrund für die Honorararztstätigkeit angegeben. Bei den weiblichen Umfrageteilnehmern war vor allem die „Möglichkeit halbtags zu arbeiten“ der Hauptgrund für die Kündigung der Festanstellung.

Bei der Motivation für eine Honorararztstätigkeit existierten neben geschlechtsspezifischen auch altersspezifische Unterschiede. Honorarärzte mit mehr als 30 Jahren Berufserfahrung gaben als Hauptgrund an, die eigene Rente aufbessern zu wollen. Hingegen nutzten ihre Kollegen mit weniger als drei Jahren Berufserfahrung die Locum-Tätigkeit meist dazu, verschiedene Kliniken und Praxen kennenzulernen, bevor sie sich für eine Festanstellung entschieden.

Durchschnittlich arbeitete lediglich ein Drittel der befragten Locums ausschließlich auf Honorarbasis. Die anderen Studienteilnehmer waren zusätzlich in einer Festanstellung im Krankenhaus oder in einer eigenen Praxis tätig. Bei den weiblichen Locums war die Quote der hauptberuflichen Locums mit 63,9% signifikant höher als bei ihren männlichen Kollegen (29,1%).

1.2.3. Resümee zu den Honorarärzten in den USA

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Tätigkeitsform des Honorararztes in allen Bereichen des US-amerikanischen Gesundheitssystems fest etabliert ist und nicht mehr nur eine Randerscheinung in medizinisch unterversorgten ländlichen Gebieten darstellt. Das Honorararztwesen hat sich in den vergangenen 20 Jahren immer weiter professionalisiert, so dass mittlerweile über 60 Honorararztvermittlungsagenturen in den USA tätig sind. Honorarärzte werden in fast allen Fachgebieten sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung eingesetzt. Locums verfügen zu fast 40% über mehr als 30 Jahre Berufserfahrung. Dabei nutzen diese sehr erfahrenen Ärzte die Honorararztstätigkeit meist, um ihre Altersversorgung aufzustocken. Locums sind im Gesundheitssystem der USA zu einem festen Bestandteil des Personalmanagements von Kliniken und Arztpraxen bei Mitarbeiterengpässen geworden. Honorarärzte kompensieren vor allem durch Krankheit, Mutterschutz, Urlaub oder Fortbildungen bedingte Ausfälle und werden zur Entlastung der angestellten Mitarbeiter bei Spitzenbelastungen eingesetzt [132].

1.3. Honorarärzte in Deutschland

Angesichts der vorliegenden Daten über Honorarärzte aus anderen Ländern, vor allem aus dem anglo-amerikanischen Raum, stellt sich die Frage, wie sich die Situation in der Bundesrepublik Deutschland darstellt.

Die Gesundheitssysteme Großbritanniens, der USA und der Bundesrepublik Deutschland unterscheiden sich stark von einander. Die Unterschiede betreffen nicht nur die Entwicklung, den Aufbau, die

Effizienz und die Finanzierung des Gesundheitswesens [51], sondern auch die Berufszufriedenheit der dort tätigen Ärzte [66]. Da davon auszugehen ist, dass die Berufszufriedenheit für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit von Bedeutung ist, lassen sich die Ergebnisse der US-amerikanischen Studie von Simon und Alonzo [128] oder der britischen Arbeit von McKeivitt und Mitarbeiter [94] nur bedingt auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen.

Weiterhin ist festzuhalten, dass das Honorararztwesen in Deutschland, anders als in den USA und in Großbritannien, nicht bereits seit Anfang der 1960er Jahre existiert, sondern sich erst seit wenigen Jahren entwickelt hat und weiter entwickelt.

1.3.1. Deutsche Literatur zum Honorararztwesen

In den in MEDLINE gelisteten medizinischen Fachzeitschriften fanden sich zum Zeitpunkt des Beginns der vorliegenden „Honorararztstudie“ mit dem Suchbegriff „((locum) AND german [Language])“ zwei und unter dem Suchbegriff „(((locum) AND "0"[Publication Date]: "2009/05"[Publication Date])) AND (Germany OR german)“ vier Ergebnisse, die sich alle nicht direkt mit dem Honorararztwesen in Deutschland beschäftigen [42] [79] [159] [161]. Im Vergleich dazu waren unter dem allgemeinen Suchterm „locum“ 209 Einträge gelistet, von denen 17 Artikel relevante Informationen zu Honorarärzten in anderen Ländern enthielten, die allerdings aus den oben aufgeführten Gründen nicht direkt auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar sind. Allerdings publizieren deutschsprachigen Fachzeitschriften, die nicht von MEDLINE gelistet werden, einführende Artikel zum Honorararztwesen in Deutschland.

In dem Artikel „Vermittlung von Ärzten auf Honorarbasis – Helfen ohne Hierarchien“ [55] beschreibt Gieseke im „Deutschen Ärzteblatt“ im Juli 2007 erstmals das Honorararztwesen in Deutschland. Darin werden Fachbereiche (Radiologie, Gynäkologie, Innere Medizin und Anästhesie), mögliche Verdienstmöglichkeiten (25–50 € pro Stunde als Assistenzarzt und 52–60 € als Oberarzt), und Gründe („*pensionierte Ärzte arbeiten gern als Springer*“, „*sinnvoller Wiedereinstieg in den Arztberuf*“, „*Zeit*

lassen bei der Suche nach einem Job“ und „auf diesem Weg in Ruhe einige Kliniken ansehen“) für die Honorararztstätigkeit genannt. Auch Vorteile aus der Erfahrung einzelner Honorarärzte werden aufgezeigt („Man arbeitet eigenständig und ist nicht weisungsgebunden. Außerdem kann man jederzeit gehen“ oder „Ich kann als junger Arzt schneller Verantwortung übernehmen und habe auch viel mehr Freiheiten.“). Auch Probleme, wie das Fehlen von bezahltem Urlaub und die fehlende Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, werden in dem Artikel kurz beschrieben. Als Fazit zum Honorararztwesen zitiert Gieseke den Geschäftsführer der Honorararztvermittlungagentur „Hire-a-doctor“ Dr. Michael Weber mit dem Satz: „Auch in Deutschland wird sich das System immer mehr durchsetzen.“ [55]. Alle in dem Artikel gemachten Angaben beruhen auf subjektiven Eindrücken der Vertreter von Agenturen (Brömmelhörster - Firma: „FachArztAgentur (FAA)“; Weber - Firma: „Hire-a-doctor“) und der befragten Honorarärzten.

In einem weiteren Artikel, der im Dezember desselben Jahres erschien, berichtet der Anästhesist Dr. Nicolai Schäfer von seinen persönlichen Erfahrungen als Honorararzt. Er beschreibt, wie ein „zunehmender Mangel an erfahrenen Fachärzten“ dazu führt, „dass mehr Kliniken und Institutionen auf Freiberufler zurückgreifen, die auf Honorarbasis arbeiten“. Weiter schildert er dass er „auch in anderen Fächern wie der Gynäkologie oder Urologie (...) zunehmend aushelfenden Kolleginnen und Kollegen“ begegnet. Diese Beobachtungen veranlassen Schäfer, am 19.01.2008 den Bundesverband der Honorarärzte e.V. (BV-H) zu gründen, um - wie er sagt - „Leute zu organisieren, die lieber unorganisiert arbeiten“ [110]. Als weitere Gründe für die Gründung dieses Verbandes gibt Schäfer bestimmte berufsrechtliche Probleme an, die sich zum damaligen Zeitpunkt bereits abzeichneten. So wird in dem Artikel darauf verwiesen, dass die Honorararztstätigkeit in der (Muster-) Berufsordnung (MBO) streng genommen nicht vorgesehen ist und dass die Zuständigkeit der Ärztekammern und ärztlichen Versorgungswerke bei Tätigkeiten in mehreren Kammerbezirken unklar ist. Zum Zeitpunkt

der Publikation des Artikels wird die kleine Gruppe von Honorarärzten von diesen Verbänden nicht als Problem wahrgenommen.

Der Spiegel berichtete 2009 in seinem Artikel „Ärzte auf Montage“ über die steigende Zahl von Kliniken, die Honorarärzte beschäftigen, über zunehmende „offene Arztstellen“ in deutschen Krankenhäusern und über die Zuwanderung von ausländischen Ärzten. Weiterhin wurden die Erfahrungen von Michael Weber als Vertreter einer Vermittlungsagentur und von Nicolai Schäfer als Vertreter der Honorarärzte dargestellt [88].

1.3.2. Entwicklung der gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen als Gründe für die Zunahme der Honorararztstätigkeit

Die von Gieseke beschriebenen Gründe für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit - wie die eigenständige Arbeit, die frühere Verantwortungsübernahme oder der Freiheitsgewinn - wurden von Schäfer² weitestgehend bestätigt und um weitere Aspekte ergänzt. Im Gespräch gab er zusätzlich folgende Gründe für den Wechsel in eine Honorararztstätigkeit an:

- Unzufriedenheit mit den hierarchischen Strukturen
- hohes Maß an Bürokratie in Kliniken
- Mangel an Lebensqualität
- schlechte Work-Life-Balance
- schlechte Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Daher stellt sich die Frage, wie es zu diesen subjektiv verschlechterten Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit in Deutschland kommen konnte und ob diese zur Entstehung und zur zunehmenden Verbreitung des Honorararztwesens in Deutschland beigetragen haben.

Seit Anfang der 1990er Jahren haben sich die gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit vor allem in den Kliniken, aber auch in den Praxen stark

² Gespräch zwischen dem Autor und Dr. Schäfer am 11.08.2008 in Berlin

verändert. Dabei wurde das seit 1972 geltende „Selbstkostendeckungsprinzip“ durch eine Reihe von gesetzlichen Maßnahmen auf eine Form der prospektiven Finanzierung umgestellt. Das neue Vergütungssystem besteht seitdem aus Basis- und Abteilungspflegesätzen sowie Fallpauschalen und Sondervergütungen. Gründe für die Einführung waren damals das Bestreben der Bundesregierung *„die Krankenhäuser verstärkt zur wirtschaftlichem Verhalten zu animieren“*, ([36] S. 133) und dadurch *„die Verweildauer der Patienten zu verkürzen“* ([40] S. 1). Wichtige Meilensteine dieser Umstellung stellen das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 (GSG), die neue Bundespflegesatzverordnung und die Einführung eines „diagnosis-related-groups“- (DRG)-basierten Fallpauschalensystems (2004) dar. Durch das GSG und die damit verbundene Deckelung des Budgets der Krankenhäuser *„ist die Zeit seit 1993 [aus Sicht der Mitarbeiter] mit knapper gewordenen Ressourcen, gestiegenem Arbeitsdruck und Verunsicherung von Arbeitsverhältnissen verbunden.“* ([129] S. 14). Die Verunsicherung der Ärzteschaft wurde durch die Beschränkung der Niederlassungsmöglichkeiten und *„die Umwandlung von unbefristeten in befristete Stellen sowie die Verkürzung von Vertragslaufzeiten für Assistenzärzte“* weiter verstärkt. ([129] S. 22). Die Einführung des DRG-basierten Fallpauschalensystems hat nach einer Untersuchung von Klinke und Kühn auch Einfluss auf die Arbeitsbedingungen, die Motivation und Zufriedenheit, das Betriebsklima, die Therapiefreiheit, die Umgangsweise mit dem Patienten und die Arbeitsplatzsicherheit der Ärzteschaft [75]. Im Einzelnen geben die Studienteilnehmer (n=1538) zu den Auswirkungen des DRG-basierten Fallpauschalensystems Folgendes an:

- Einfluss auf die Arbeitsbedingungen: 77,4% „eher negativ“
- Einfluss auf die Motivation und Zufriedenheit: 76,3% „eher negativ“
- Einfluss auf das Betriebsklima: 72,9% „eher negativ“
- Einfluss auf die Therapiefreiheit: 71,2% „eher negativ“
- Einfluss auf Umgangsweise mit dem Patienten: 61,2% „eher negativ“

- Einfluss auf die Arbeitsplatzsicherheit: 51,2% „eher negativ“

Zusätzlich sehen sich die Ärzte bei ihrer Tätigkeit in der stationären Versorgung einem andauernd hohen Zeitdruck, einem großen Maß an administrativen Tätigkeiten, ständigen Unterbrechungen und einem chronischen Ärztemangel ausgesetzt. Dabei sind „31% der befragten Ärzte [...] häufig nicht in der Lage, ihr Arbeitspensum zu schaffen“. ([75]: S. 11) und fühlen sich zusätzlich durch den „Konflikt Versorgungsqualität / Kostendruck“ ([75] S. 11) und durch den Konflikt „Berufsethos / Kostendruck“ überfordert. Der hohe administrative Aufwand zeigt sich darin, „dass derzeit zwei Stunden medizinische Arbeit im engeren Sinne durchschnittlich etwa eine weitere Stunde administrative Arbeit nach sich ziehen“ ([75] S. 9). Weitere Untersuchungen bestätigen die erhebliche Ausweitung der administrativen Tätigkeiten zulasten der Ärzte durch die Einführung des DRG-basierten Fallpauschalensystems [13][41][146].

Die Kombination aus subjektiv schlechter werdenden Arbeitsbedingungen, einer damit verbundenen nachlassenden Motivation, einem sich verschlechternden Betriebsklima, Einschränkung der eigenen Therapiefreiheit und Veränderungen im Ablauf der Patientenversorgung mit der Verschiebung der „Amtsgewalt“ vom Arzt zur Verwaltung kann sich nachhaltig negativ auf die erlebte Berufs- und Lebenszufriedenheit der Ärzteschaft auswirken.

Zusätzlich zur Einführung des DRG-basierten Fallpauschalensystems mit der daraus resultierenden Arbeitsverdichtung und den oben beschriebenen Folgen wurde im Jahr 2003 das geltende Arbeitszeitgesetz neu gefasst. Auf Basis der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) vom September 2003 trat zum 01.01.2004 ein neues Arbeitszeitgesetz in Deutschland in Kraft. Für die Einrichtungen der stationären Versorgung wurde eine verlängerte Übergangsregelung geschaffen, so dass in dem Bereich die Änderung erst zum 1.1.2006 gültig wurde. Kern des neuen Arbeitszeitgesetzes ist neben der Begrenzung der maximalen Tagesarbeitszeit auf zehn Stunden und der wöchentlichen Arbeitszeit auf 48 Stunden (ohne

Bereitschaftsdienste), die Festlegung einer vorgeschriebenen täglichen Mindestruhezeit von elf Stunden. Des Weiteren wurde die Regelung, welche Bereitschaftsdienste als Ruhezeit erfasste, gekippt. Diese Maßnahmen führten zwangsläufig zu einem steigenden Bedarf an ärztlichem Personal in den Einrichtungen der stationären Versorgung. Eine 2004 vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in Auftrag gegebene Studie des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) zu den Auswirkungen der neuen Arbeitszeitmodelle errechnete einen Mehrbedarf von bis zu 18.700 Vollzeitkräften [12]. Im Rahmen der Novellierung des Arbeitszeitgesetzes nahm das Arbeitsvolumen der Krankenhausärzte im Zeitraum zwischen 1997 und 2007 um 7,5% (4,7 Wochenstunden) von durchschnittlich 61,3 auf 56,6 Wochenstunden ab [151]. Parallel zur Abnahme des Arbeitsvolumen stieg die absolute Anzahl der Krankenhausärzte im Zeitraum 2000–2008 von 111.600 auf 139.300 um 27.700 Ärzte (+ 25%). Nach Angaben des DKI handelt es sich bei dieser Steigerung im Wesentlichen um statistische Effekte, die auf der zunehmenden Teilzeittätigkeit (+ 12.200 Ärzte), auf der Abschaffung des Arztes im Praktikum (AIP), einer geänderten Erfassung innerhalb der Statistik (+ 10.370 Ärzte) und auf der oben beschriebenen Reformierung des Arbeitsrechtes beruhen [12]. Einem Report des DKI zufolge haben aktuell 1.500 Kliniken Stellenbesetzungsprobleme im ärztlichen Dienst und die Anzahl der davon betroffenen Krankenhäuser hat seit 2006 um 150% zugenommen [12].

Vor dem Hintergrund des geänderten Arbeitszeitgesetzes, der älter werdenden Bevölkerung, der Zunahme der Multimorbidität und der bevorstehenden Pensionierungswelle der über 60-jährigen Ärzte (16% der gesamten Ärzteschaft) mit einem Ersatzbedarf von 51.774 Ärzten bis zum Jahr 2020 ist es nicht verwunderlich, dass trotz steigender Nettoarztzahlen der Bedarf an ärztlichem Personal in den Kliniken (aktuell) nicht gedeckt werden kann [23][76]. Weiterhin ist davon auszugehen, dass sich der in der Presse häufig beschriebene Ärztemangel in den kommenden Jahren weiter verschärfen wird. Dieser Mangel wird durch die Abwanderung von Ärzten ins Ausland (Nach

aktuellen Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) leben zur Zeit 17.000 deutsche Ärzte im Ausland [76].) und dem Verlust von Ärztinnen vor allem während der Weiterbildungszeit noch weiter verstärkt [76]. Einer Umfrage des Marburger Bundes aus dem Jahr 2010 zufolge existierten hochgerechnet 12.000 offene Stellen im ärztlichen Dienst [48]. Dabei gaben bereits im Jahr 2009 80% der Krankenhäuser an, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu haben, welche nicht nachbesetzt werden können [78]. Der früher bestehende Unterschied zwischen den „alten“ und den „neuen“ Bundesländern konnte zuletzt nicht mehr nachgewiesen werden. So gaben 83,5% der Krankenhäuser in den „neuen“ Bundesländern und 79,6% der Kliniken in den „alten“ Bundesländern an, Stellen im ärztlichen Dienst nicht nachbesetzen zu können. Krankenhäuser, die hiervon betroffen sind, konnten im rechnerischen Mittel annähernd vier Stellen nicht nachbesetzen [76]. Bei einem Drittel der befragten Kliniken waren durch den Ärztemangel Beeinträchtigungen in der Patientenversorgung zu spüren und etwa ein Sechstel musste Wartelisten einführen [76]. Für die dort tätigen Mitarbeiter hat der Ärztemangel im Wesentlichen folgende Konsequenzen: 92,3% der Kliniken mit offenen Stellen im ärztlichen Dienst haben Probleme mit der Arbeitszeitorganisation und 86,2% beklagen eine Überlastung von Ärzten. Das hohe Arbeitsvolumen und der damit verbundene Stress führen bei fast der Hälfte der betroffenen Krankenhäuser (41,9%) zu einer Störung des Betriebsfriedens [11].

1.3.3. Ärztemangel und Honorararztwesen

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels in Deutschland muss auch das expandierende Honorararztwesen betrachtet werden. Eine Untersuchung von Mischkowsky aus dem Jahr 2010 unter Chefärzten aus dem Fachbereich Chirurgie zeigte, dass die chirurgischen Abteilungen in 33% der Krankenhäuser Honorarärzte einsetzen [96]. Einer Befragung des Bundesverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) aus dem Jahr 2009 unter 390 Chefärzten aus der Anästhesie ergab, dass dort sogar in über der Hälfte der Kliniken (52%) Honorarärzte zum Einsatz kommen. Bei fast einem Drittel der Einrichtungen (29%)

gehören Honorarärzte bereits fest zum Klinikalltag und werden bereits regelmäßig eingesetzt [8]. Eine neuere Untersuchung von Kaisers et al. [70] aus dem Jahr 2011 zeigt, dass 50% der Universitätskliniken (n=36) in der Anästhesie freie Stellen auf Grund von fehlenden Bewerbungen nicht sofort nachbesetzen können, sondern diese meist über sechs Wochen unbesetzt lassen müssen. 80,6% der befragten Anästhesieabteilungen hatten in den letzten 12 Monaten unbesetzte Stellen auf Grund von Mitarbeiterfluktuationen. Dieser Mangel an ärztlichen Mitarbeitern führt bei 75% der teilnehmenden Abteilungen zu Mehrarbeit für die verbleibenden Mitarbeiter und bei über der Hälfte (52,8%) zu Mängeln in der Weiterbildung der Assistenzärzte.

Aus dieser Problematik ergeben sich mögliche Gründe für den Einsatz von Honorarärzten, die in Abbildung 1 dargestellt sind.

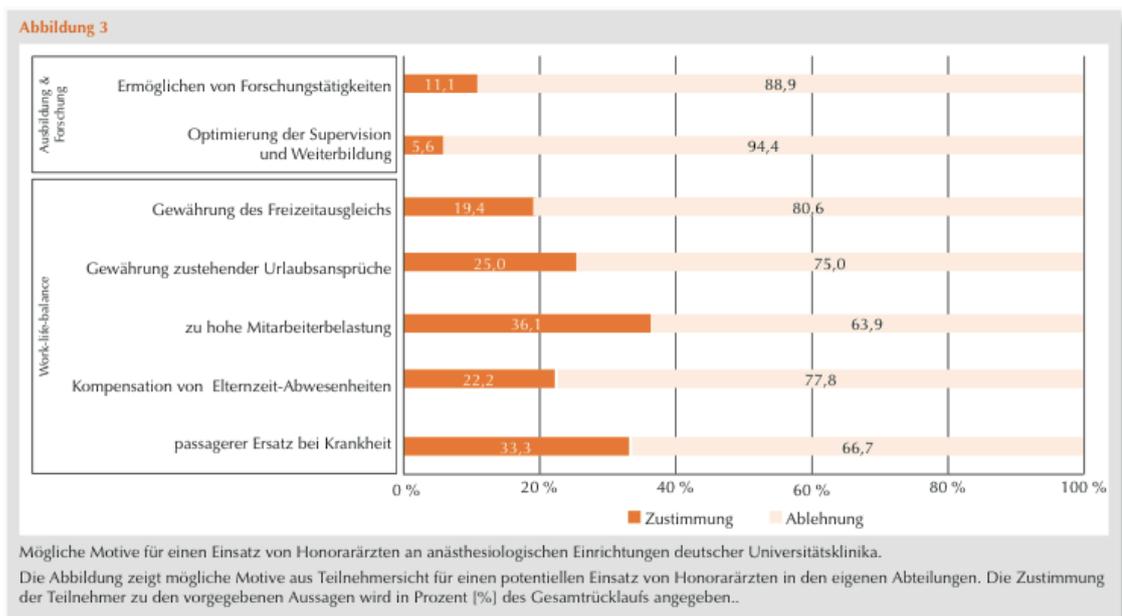


Abbildung 1: Einsatzgründe für Honorarärzte in der stationären Versorgung im Fachbereich Anästhesie nach Kaisers et al. [70]

Demnach können sich die dort befragten Chefärzte der universitären Anästhesiologie den Einsatz von Honorarärzten vor allem aus Gründen der Mitarbeiterentlastung (36,1%), der Gewährung von Urlaubsansprüchen (25,0%), dem vorübergehenden Ersatz im

Krankheitsfall (33,3%) und zur Kompensation von Abwesenheit bei Elternzeit (22,2%) vorstellen.

Gegenwärtig rechnet mehr als die Hälfte der anästhesiologischen Chefärzte (55,6%) mit einer Zunahme von Besetzungsschwierigkeiten im ärztlichen Dienst und ein Viertel sieht eine damit verbundene Zunahme der Honorararztstätigkeit in Deutschland in den kommenden 5 Jahren.

Ferner zeigt das aktuelle Krankenhausbarometer 2011 des DKI [14], dass 71,4 % der befragten Krankenhäuser im Jahr 2010 Honorarärzte in ihren Abteilungen eingesetzt haben. Dabei ist der Einsatz von Honorarärzten stark von der Bettengröße der jeweiligen Krankenhäuser abhängig (300-599 Krankenhausbetten: 75,2 %; > 600 Krankenhausbetten: 64%). Kleinere Krankenhäuser (< 300 Krankenhausbetten) decken bereits 6,5% ihres Ärztebedarfs über Honorarärzte, wohingegen große Krankenhäuser (> 600 Krankenhausbetten) dies nur bei 1,5 % tun. Die Honorarärzte ersetzen durchschnittlich 2,5 ärztliche Vollzeitkräfte pro Krankenhaus. Honorarärzte kommen den Zahlen des DKI zufolge vor allem in kleineren Krankenhäusern unter 300 Betten zum Einsatz, da dort der Ärztemangel überproportional hoch ausfällt. Dabei setzen die Krankenhäuser Honorarärzte in erster Linie zur Überbrückung von Besetzungsschwierigkeiten im Rahmen der natürlichen Fluktuation und bei Stellenbesetzungsproblemen bei Fachärzten ein. Die Stellenbesetzungsprobleme bei Assistenzärzten sind demnach von geringer Bedeutung für den Einsatz von Honorarärzten [14].

In wie weit die beschriebenen Veränderungen der Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitssystem Einfluss auf die Entstehung und Verbreitung des Honorararztwesens in der Vergangenheit hatten und aktuell noch haben, ist bislang unklar.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass es zum Studienzeitpunkt im Jahr 2009 weder in der allgemeinen Presse noch in der internationalen

und nationalen Fachpresse wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse über Honorarärzte in Deutschland gab.

Außerdem scheint das Honorararztphänomen zuzunehmen und es zeichnen sich (standes-)rechtliche Probleme, wie die sogenannte Scheinselbstständigkeit oder Mehrfachmitgliedschaften in den Ärztekammern und ärztlichen Versorgungswerken ab.

1.3.4. Das Problemfeld der sog. „Scheinselbstständigkeit“

Bei der Scheinselbstständigkeit handelt es sich um einen juristischen Sachverhalt, der zwischen dem Status "abhängige Beschäftigung" und "Selbstständigkeit" differenziert.

§ 7 Abs. 1 Satz 1 SGB (Sozialgesetzbuch) IV definiert „abhängige Beschäftigung“ als *„nicht selbstständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis“*.

Anhaltspunkt für eine „abhängige Beschäftigung“ ist die Tätigkeit nach Weisungen und eine Eingliederung in die Organisation des Arbeitgebers (§ 7 Abs. 1 Satz 2 SGB IV).

Das Gesetz gibt zwei wesentliche Merkmale der echten Selbstständigkeit vor:

- Freiheit von Weisungen
- eigene Organisation

Bei der Abgrenzung „selbstständige Tätigkeit“ zu „abhängiger Beschäftigung“ sind nach Schmidt und Schwerdtner insbesondere folgende Merkmale zu prüfen, die für eine Arbeitnehmergemeinschaft sprechen (aus:[122] S. 117 ff.)

- Abwesenheitszeiten müssen mit anderen Arbeitnehmern abgestimmt werden
- Anzeigepflichten bei Verhinderungsfällen
- Arbeitsorganisation des Auftraggebers nimmt Beschäftigten auf

- Arbeitsort wird nicht frei gewählt, sondern vom Auftraggeber vorgegeben
- Arbeitspapiere usw. werden in einer Personalakte geführt
- Arbeitszeiten sind vorgegeben
- Arbeitszeitnachweise müssen zur Dokumentation der erledigten Arbeiten geführt werden
- Aufgaben werden von Vorgesetzten zugewiesen
- Berichterstattung über einzelne Arbeitsergebnisse oder -erfolge gehören zur vereinbarten Tätigkeit
- Gleichbehandlung mit anderen Arbeitnehmern des Auftraggebers
- Inhalt und Art der Tätigkeit werden durch Weisungen bestimmt
- Nebentätigkeiten bedürfen der Genehmigung
- Unternehmerrisiken fehlen
- Verdienst ist zeitabhängig, Verdienstchancen bleiben gleich
- Verpflichtung, im Krankheitsfalle ein Attest vorzulegen
- Werkzeuge und andere Arbeitsmittel werden vom Auftraggeber gestellt
- Zusammenarbeit mit anderen Arbeitnehmern des Auftraggebers

Eine unternehmerische Tätigkeit zeichnet sich demnach durch folgende typische Merkmale aus:

- autonome Zeiteinteilung
- eigener Marktauftritt
- Einsatz eigener Produktions- und Betriebsmittel
- Eintragung in die Handwerksrolle
- Erwerb besonderer behördlicher Erlaubnisse für die Ausübung selbstständiger Tätigkeit
- Leistung auf eigene Rechnung und im eigenem Namen
- Preisautonomie, unternehmerisches Risiko
- Vorhandensein eigener Betriebsstätten
- Werbung für die angebotenen Produkte und Dienstleistungen

Die Sozialversicherung hat den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln (§ 20 SGB X).

Die mögliche Scheinselbstständigkeit von Ärzten wurde bereits 1999 von Kamps [71] und 2002 von Ross [113] im Deutschen Ärzteblatt dargestellt. Seit einigen Monaten berichtet der BV-H über zunehmende Auseinandersetzungen von Honorarärzten mit der Deutschen Rentenversicherung (DRV) hinsichtlich der Einleitung von Statusfeststellungsverfahren³.

Zusätzlich wird das Thema Scheinselbstständigkeit vermehrt von der medizinischen Fachpresse [83][120] und anderen Printmedien [45][58] aufgegriffen. Zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieser Arbeit, im Frühjahr 2012, existieren einige Einzelfallentscheidungen von Gerichten zum Arbeitnehmerstatus der Honorarärzte, in denen Honorararztstätigkeiten teilweise als abhängige und teilweise als selbstständige Tätigkeit eingeordnet werden^{4 5 6 7 8} [108]. Alle Urteile stellen bisher Einzelfallentscheidungen dar und orientieren sich in den Urteilsbegründungen meist an ähnlichen Kriterien, wie die „Tätigkeit nach Weisungen“ und die „Eingliederung [des Honorararztes] in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers“ (vgl. § 7 Abs. 1 SGB IV). Eine Betrachtung des Arbeitnehmerstatus von Honorarärzten ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich und bleibt einer vertiefenden juristischen Betrachtung vorbehalten.

1.3.5. Problemfeld: Ärztekammer-Mitgliedschaft

Das Problemfeld der Mehrfachmitgliedschaften in verschiedenen Ärztekammern und ärztlichen Versorgungswerken resultiert aus dem Sachverhalt, dass jeder Arzt verpflichtend Mitglied in dem Ärztekammerbezirk sein muss, in dem er ärztlich tätig ist (vgl. [147][156]). Bei einer bundesweiten honorarärztlichen Tätigkeit in mehreren Ärztekammerbezirken muss der Honorararzt also in allen Kammerbezirken seine jeweilige Tätigkeit anmelden. Diese häufigen An-

³ Gespräch mit Dr. Schäfer am 15.07.2011 in Berlin

⁴ Bayrisches LSG: 10.06.2008, Az.: L 5 KR 28/07

⁵ LSG NRW 12.01.2006, Az.: S 10 RJ 307/03

⁶ ArbG Eisenach: 07.02.2007; Az.: 1 Ca 1275/06

⁷ ArbG Arnberg 21.09.1999, Az.: 3 BV 3/99 O

⁸ LAG Hamm 07.02.2011; Az.: 2 Ta 505/10

und Abmeldungen sind mit einem hohen bürokratischen und finanziellen Aufwand verbunden. Eine mögliche Lösung dieses Problemfeldes wäre die bundesweite Einführung einer Monomitgliedschaft basierend auf dem „Wohnortsprinzip“. Einige Ärztekammern ermöglichen ihren Mitgliedern bereits eine Mitgliedschaft nach dem „Ort der Haupttätigkeit“. Problematisch hieran ist, dass viele Honorarärzte oftmals keinen „Ort der Haupttätigkeit“ angeben können, da sie wechselnd für verschiedene Auftraggeber in verschiedenen Ärztekammern tätig sind.

Die oben beschriebenen Problemfelder wurden von den Kammern und Vertretern der Politik auf Grund der (noch) geringen Anzahl an Honorarärzten im Jahr 2009 nicht als solche wahrgenommen. Durch die fehlende systematische Erfassung der honorarärztlichen Tätigkeitsform in den Ärztekammern ließen sich bisher keine definitiven Aussagen über die genaue Anzahl der Honorarärzte in Deutschland machen. In der Literatur findet sich häufig die Zahl „4.000“ für die Anzahl der Honorarärzte in Deutschland. Diese Zahl basiert allerdings auf einer Schätzung des BV-H [116] und ist somit nicht wissenschaftlich fundiert und konnte bisher nicht überprüft werden. Weiterhin finden sich in der Literatur Hinweise auf eine zunehmende Unzufriedenheit der Ärzteschaft mit den Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit, die die Verbreitung des Honorararztwesens in Deutschland gefördert haben könnte.

1.3.6. Hypothesen zum Honorararztwesen in Deutschland

Um die aufkommende Diskussion mit profunden wissenschaftlichen Daten zu stützen, wurde im Jahr 2009 die Honorararztstudie begonnen, die Gegenstand der folgenden Darstellung ist. Auf Basis der vom BV-H und in der Literatur beschriebenen Erfahrungen, sowie auf Grund der aufgezeigten Veränderungen der Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit wurden für die Studie folgende Hypothesen aufgestellt:

- Honorarärzte stammen vor allem aus dem Fachbereich der Anästhesie, finden jedoch zunehmend auch in anderen Fächern Verbreitung.
- Die Mehrzahl der Honorarärzte führt die Tätigkeit als Haupttätigkeit aus.

- Honorarärzte stammen aus dem akademischen Mittelbau der Krankenversorgung und sind zumeist erfahrene Fachärzte, die zuvor viele Jahre unter sich zunehmend verschlechternden Bedingungen in deutschen Kliniken ärztlich tätig gewesen sind.
- Bei Honorarärzten handelt es sich um „schwierige Charaktere“ die auf dem normalen Arbeitsmarkt „schwer vermittelbar“ sind und daher keine reguläre Anstellung finden und somit honorarärztlich tätig sein müssen.
- Honorarärzte haben ihre angestammte Tätigkeit vor allem aus Gründen der Unzufriedenheit mit den hierarchischen Strukturen, dem hohen Maß an Bürokratie in Kliniken und Praxen, dem Mangel an Lebensqualität, der schlechten Work-Life-Balance, der schlechten Vergütung und der schlechten Vereinbarkeit von Familie und Beruf aufgegeben.
- Wichtige Vorteile der Honorararztstätigkeit sind die „Möglichkeit halbtags zu arbeiten“, das „Kennenlernen von anderen Kliniken“, die „flexiblen Arbeitszeiten“, die „bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf“, die „Erweiterung der eigenen Fähigkeiten“ und der „höhere Verdienst“.
- Honorarärztliche Tätigkeit wird mit einem Bruttoarbeitslohn zwischen 25 € und 60 € pro Stunde abhängig von der Tätigkeit vergütet.
- Honorarärzte führen ihre Tätigkeit vor allem in der stationären Versorgung, im Rettungswesen und als Praxisvertreter aus.
- Honorarärzte greifen zur Auftragsgewinnung vorwiegend auf Vermittlungsagenturen und private Kontakte zurück.
- Die honorarärztliche Tätigkeit stellt eine Alternative zur Migration ins Ausland dar.
- Honorarärzte treffen im Rahmen ihrer Tätigkeit vor allem auf steuerrechtliche⁹, haftungsrechtliche¹⁰ und berufsrechtliche¹¹ Probleme.

⁹ Stichwort: Scheinselbstständigkeit

¹⁰ Stichwort: Gleichstellung mit Kollegen in Festanstellung

1.4. Definitionen des Honorararztwesens

Die nachfolgend dargestellten aktuellen Definitionen aus dem Jahr 2011 existierten zum Zeitpunkt des Studienbeginns noch nicht. Sie wurden von der im Jahr 2010 gegründeten gemeinsamen Arbeitsgruppe der KBV und der Bundesärztekammer (BÄK) zum Honorararztwesen erarbeitet. Der Arbeitsgruppe der KBV und BÄK wurden vorab Teilergebnisse aus der Honorararztstudie und erweiterte Daten aus den Zwischenauswertungen [138] [139] zur Verfügung gestellt.

Die BÄK hat sich auf Beschluss des 113. Deutschen Ärztetages (11.–14.05.2010) [26] mit dem Honorararztwesen auseinandergesetzt und zusammen mit der KBV eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen.

Auf Basis von Beratungen mit Vertretern der Berufsverbände, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), dem BV-H, Haftpflichtversicherern, Medizinrechtlern und Vertretern verschiedener Fachgesellschaften und den Vorabergebnissen der Honorararztstudie hat die Arbeitsgruppe verschiedene honorarärztliche Tätigkeitsformen ausgearbeitet und diese im Mai 2011 in der Broschüre „Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland“ publiziert [22].

¹¹ Stichwort: Mehrfachmitgliedschaften in verschiedenen Ärztekammern und Ärzteversorgungswerke

Demnach ist allen Formen der honorarärztlichen Tätigkeit gemeinsam, dass es sich bei Honorarärzten um Fachärzte handelt, die „*in medizinischen Einrichtungen zeitlich befristet freiberuflich auf Honorarbasis*“ für wechselnde Auftraggeber tätig sind. Mögliche Einsatzorte für Honorarärzte sehen die Herausgeber in „*allen medizinischen Einrichtungen*“ wie Krankenhäusern, Arztpraxen, Rehabilitationskliniken oder Medizinischen Versorgungszentren. Gemäß dem Positionspapier der BÄK und der KBV ist die Honorararztstätigkeit nicht an eine eigene Niederlassung gebunden und entspricht durch die Aspekte der professionellen Autonomie, der Weisungsunabhängigkeit von nichtärztlichen Dritten in fachlichen und medizinischen Fragen und der hohen Fachkompetenz den Kriterien des „freien Berufs“ nach § 1 Bundesärzteordnung [28]. Dabei knüpfen BÄK und KBV eine Honorararztstätigkeit an den Abschluss der ärztlichen Weiterbildung.

Alle in Tabelle 1 genannten Tätigkeitsformen können sowohl in Vollzeit als auch als Nebentätigkeit ausgeführt werden.

Vertretungsarzt	Der Vertretungsarzt ist der am häufigsten anzutreffende Typus des Honorararztes und ist auf Honorarbasis als Vertreter in der stationären Versorgung, im Rettungswesen oder als Praxisvertreter tätig. Der Vertretungsarzt entspricht damit am ehesten der Studiendefinition des Honorararztes.
Kooperationsarzt	Der Kooperationsarzt ist im Regelfall ein niedergelassener Arzt, der gegen Honorar in medizinischen Einrichtungen tätig ist und die Hauptbehandlungs- bzw. wesentlichen Leistungen für Kliniken erbringt.
Honorar-Belegarzt	Der Honorar-Belegarzt ist eine Mischform zwischen dem Belegarzt und dem Honorararzt. Es handelt sich dabei um einen Belegarzt, der einen Honorarvertrag mit dem Krankenhaus geschlossen hat und im Gegensatz zum klassischen Belegarzt gegenüber dem Patienten keinen direkten Vergütungsanspruch besitzt.
Konsiliararzt	„Diese honorarärztliche Tätigkeit basiert auf der Einzelanforderung von Leistungen: In der Regel zieht ein Krankenhaus den Konsiliararzt zwecks ergänzender Klärung einer medizinischen Fragestellung hinzu. ([22]; S. 17)

Tabelle 1: Honorarärztliche Tätigkeitsformen nach Definition der Bundesärztekammer (2011) [22]

1.5. Fragestellung und Zielsetzung der vorliegenden Arbeit

Um die in Deutschland als Honorarärzte tätigen Mediziner und ihre Honorararztstätigkeit zu beschreiben, untersucht die hier dargestellte Honorararztstudie folgende Fragestellungen:

- Üben Honorarärzte ihre Tätigkeit eher hauptberuflich oder als Nebentätigkeit aus?
- Welche berufsbiografischen Merkmale zeichnen Honorarärzte aus?
- Worin liegen die Gründe für die Aufgabe der angestammten Tätigkeit?
- In wie weit haben die in letzten Jahren geänderten, gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit die Entstehung des Honorararztwesens beeinflusst?
- In welchem Bereich des Gesundheitssystems waren hauptberufliche Honorarärzte zuvor tätig?
- Worin sehen die Honorarärzte angesichts des finanziellen Risikos Vorteile und Nachteile ihrer neuen Tätigkeit?
- Auf welche Probleme treffen Honorarärzte durch ihre Tätigkeit?
- Wie viele Ärzte sind in Deutschland als Honorarärzte tätig?

Die Fragestellungen werden anhand der Studienergebnisse im Ergebnisteil beantwortet und anschließend im Diskussionsteil zu einem Gesamtbild zusammengefügt. Vorgehend werden im Kapitel „Material und Methoden“ die verwendete Umfragemethode zusammen mit einigen für die Studiengestaltung relevanten Grundlagen aus der empirischen Sozialforschung vorgestellt und der Ablauf der Studie aufgezeigt.

Mit der vorliegenden Arbeit soll eine erste Analyse des Honorararztwesens in Deutschland vorgelegt werden. Anhand der erhobenen Daten sollen die Honorarärzte in Deutschland mit ihren wichtigsten demografischen und biografischen Merkmalen vorgestellt werden. Weiterhin sollen ihre Motivation für die Aufnahme der

Honorararztstätigkeit dargelegt und die mit dieser Tätigkeitsform verbundenen Vor- und Nachteile aufgezeigt werden. Vor- und Nachteile ergeben sich dabei sowohl für die Honorarärzte selbst, als auch für die Auftraggeber, die übrige Ärzteschaft und für das deutsche Gesundheitssystem im Allgemeinen. Aus den ermittelten Gründen für die Aufgabe der angestammten Tätigkeit sollen Problembereiche bei den Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit in Deutschland ermittelt werden.

2. Material und Methoden

2.1. Material

Die vorliegende Arbeit wurde mittels Microsoft Word 2010 und Adobe InDesign CS4 geschrieben. Die Tabellen und Grafiken wurden mit Microsoft Excel 2010 erstellt und anschließend in „Microsoft Word 2011 for mac“ importiert und weiterverarbeitet. Die statistische Datenanalyse erfolgte mittels der Software PASW (Predictive Analysis SoftWare; ehemals SPSS) 18.0.

LimeSurvey

Bei der Umfragesoftware LimeSurvey handelt es sich um eine kostenfreie, Server-basierte Umfrageanwendung, die es ermöglicht unter Nutzung des Internets Onlinefragebögen zu entwickeln, Umfragen zu erstellen und die Ergebnisse in einer Datenbank zu erfassen. Die Webanwendung basiert auf der Programmiersprache PHP (Hypertext Preprocessor) und hinterlegt die Eingaben entweder in einer MySQL-®, einer Postgre-SQL© oder in einer MSSQL©-Datenbank. Die Umfragen können entweder öffentlich oder mittels eines sogenannten Token individuell für einen Benutzer nur einmal zugänglich sein. Bei einem Token handelt es sich um einen, von der Software bei der Teilnehmerregistrierung generierten Zugangsschlüssel, der nur zur Ausfüllung eines einzigen Fragebogens verwendet werden kann. Nach Abschluss des Fragebogens durch die Studienteilnehmer können die eingegeben Daten bei allen Verfahren weder dem verwendeten Token, noch der IP-Adresse des Teilnehmers zugeordnet werden. Die Software verfügt hierzu über eine automatisierte Anonymisierung der Daten. Für die vorliegende Studie wurde der „öffentliche Modus“ der Umfragesoftware verwendet, um möglichst viele Studienteilnehmer für die Teilnahme zu gewinnen. LimeSurvey verfügt über vielfältige Funktionen, um die eingetragenen Daten zu analysieren und zu exportieren. Das Programm enthält ein eigenes Modul für die Analyse und Darstellung der erfassten Umfragewerte. Des Weiteren besitzt die Software umfangreiche Möglichkeiten, die Daten für andere

Anwendungen zu exportieren. Neben dem Export in die Programme Excel und Word der Firma Microsoft existiert ein eigener Exportmodus für die Statistikanalysesoftware PASW. Für die hier vorliegende Arbeit wurde der PASW-Export genutzt, um die erhobenen Daten detailliert auswerten zu können. Die Software wurde für die Datenerhebung von Herrn Bunk¹² auf einem Server des „Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin“ (ÄZQ) installiert. Durch das eigene Webhosting und durch die Entscheidung für eine Open-Source-Software wird die mögliche kommerzielle Nutzung der erhobenen Daten durch Firmen vermieden.

Das Postleitzahlen-Diagramm

Bei der Software „Das Postleitzahlen-Diagramm“ handelt es sich um eine von Herrn Wessiepe¹³ entwickelte Software zur Erstellung von Postleitzahlen-Diagramm-Karten. Mit Hilfe dieser Diagrammkarten werden im Rahmen dieser Studie die geografische Verteilung der Studienteilnehmer und deren Arbeitsstätten detailliert dargestellt. Die Software verfügt über umfassende Möglichkeiten zum Import von Daten aus Excel- oder Textdateien. Die erhobenen Daten lassen sich in Karten und Diagrammen getrennt nach Bundesländern oder aufgeschlüsselt nach Postleitzahl-Regionen darstellen.

RefWorks und Write N’Cite

„RefWorks“ ist ein kommerzielles, onlinebasiertes Programm zur Verwaltung von Zitaten und Literaturstellen, welches von der Firma „ProQuest, LLC“¹⁴ seit 2001 kontinuierlich weiterentwickelt wird. Mit RefWorks ist es möglich, gesammelte Referenzen in eine Onlinedatenbank einzufügen und auf diese lokal zuzugreifen. Für den Import in Microsoft Word und andere Textverarbeitungsprogramme steht dem Anwender unter anderem die Software „Write N’Cite“ zur Verfügung. Mit deren Hilfe es möglich ist, Zitate einzufügen und Literaturlisten zu

¹² Herr Bunk, Webmaster, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Straße des 17. Juni 106-108, D-10623 Berlin; E-Mail: mail@azq.de

¹³ Herr Wessiepe: Am Sprenger 96, D-41516 Grevenbroich; E-Mail: Klaus.Wessiepe@t-online.de

¹⁴ ProQuest LLC; Ann Arbor, Michigan, USA; <http://www.proquest.com>

erstellen. Die Universität des Saarlandes stellt jedem Studenten einen kostenlosen Zugang zu dieser Software zur Verfügung.

Papers 2.0

Bei Papers handelt es sich um eine umfangreiche, von der Firma „Mekentosj“ entwickelte Software für die Verwaltung von Literaturquellen und zur Erstellung von Literaturverzeichnissen. Mittlerweile liegt Papers in der Version 2.0 vor, die sich auf Mac OS X und den mobilen Plattformen von iPhone und iPad verwenden lässt. Sie verfügt über ein eigenes Interface zur Literaturrecherche über „PubMed“, „Google Scholar“, „Web of Science“, „Cross Ref“ und anderen Datenbanken.

2.2. Methoden

2.2.1. Relevante Grundlagen der Epidemiologie und Statistik

Formen der Datenerhebung

Zur Erhebung von Daten stehen in der Epidemiologie verschiedene Instrumente zur Verfügung. Diese lassen sich in drei Kategorien gliedern: „Befragung“, „Beobachtung“ und „Inhaltsanalyse“. (vgl. Bungard und Lück in [104]).

Der für diese Studie entwickelte Fragebogen wird bei der vorliegenden Datenerhebung ausschließlich im Rahmen einer computergestützten Online-Befragung verwendet, so dass im Folgenden die anderen oben genannten Möglichkeiten der Datenerhebung nicht weiter erläutert werden. Durch die zunehmende Verbreitung von Online-Befragungen [1] sind diese häufiger Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen. Nachfolgend werden deshalb die Vor- und Nachteile, die Datenqualität und die Validität von Onlinebefragungen ausführlicher vorgestellt werden.

Vorteile, Nachteile, Qualität und Validität von Onlinebefragungen

Als Vorteile einer onlinebasierten Befragung werden im Allgemeinen die Geschwindigkeit des Mediums, die geringen Kosten, die hohe Reichweite

und die Einfachheit der Untersuchungsdurchführung angesehen [105]. Als Nachteile werden vor allem die mangelnde Repräsentativität, die schwer zu findende Zielgruppen und geringe Rücklaufquoten genannt [105]. Schwer zu findende Zielgruppen sind Personen, die das Internet nur sehr selten oder gar nicht nutzen, oder Internetnutzer, die nicht motiviert sind, an Onlinebefragungen teilzunehmen. Aktuelle Untersuchungen aus dem Jahr 2007 von Sparrow [131] oder von Stafford und Gonier [133] zeigen, dass die Datenqualität und die Validität von Onlinebefragungen weiterhin ungewiss sind.

Die Datenqualität lässt sich dabei nach Wang und Strong [149] in unterschiedliche Kategorien (intrinsische Datenqualität, kontextabhängige Datenqualität, begriffliche Datenqualität und Zugangsdatenqualität) einteilen. Vor allem die Kategorien „intrinsische Datenqualität“ und „begriffliche Datenqualität“ sind nach Treiblmaier stark von der jeweiligen Erhebungssituation abhängig [141]. Demnach entscheidet vor allem die Motivation der Studienteilnehmer und ihr Vertrauen in den Studienleiter und in das Umfragemedium darüber, ob sie wahre Angaben machen oder nicht [43].

Im Gegensatz zur Datenqualität beschreibt die Validität nicht einzelne erhobene Variablen, sondern die Beziehungen der Variablen untereinander. Die Validität bezeichnet in der Testtheorie die Gültigkeit, d.h. das Ausmaß, in dem der Test das misst, was er vorgibt zu messen [121]. Dabei lässt sich die Validität in verschiedene Unterkategorien differenzieren. Die gängige anglo-amerikanische Unterteilung gliedert sie in interne Validität, externe Validität, statistische Validität und Konstruktvalidität [33].

Die statistische Validität von Onlinebefragungen wird durch den großen Stichprobenumfang verbessert, durch mögliche technische Schwierigkeiten und die unkontrollierte Eingabesituation dagegen verringert [93]. Am stärksten verbessert sich die Konstruktvalidität beim Einsatz des Internets zur Datenerhebung, da der Einfluss des Studienleiters auf den Teilnehmer minimiert wird und durch die größere

Anonymität die Objektivität der Antworten steigt [21]. Am problematischsten erweist sich bei Onlinebefragungen die externe Validität, also die Frage, ob sich die in der Stichprobe gefundenen kausalen Zusammenhänge für die gesamte Population verallgemeinern lassen. Die externe Validität wird dabei vor allem durch die ungenügende Erreichbarkeit bestimmter Bevölkerungsschichten, durch die fehlende Möglichkeit der Stichprobenziehung und durch die fragliche Repräsentativität beeinflusst. Auch hohe Drop-Out-Raten und Mehrfachantworten beeinflussen die externe Validität negativ. Als ein wesentliches Beurteilungskriterium der Repräsentativität einer Befragung wird die Rücklaufquote angesehen [141], wobei für die Rücklaufquote die im Abschnitt „Datenqualität“ beschriebene Motivation entscheidend ist. Die Motivation der Teilnehmer ist umso geringer, je geringer der persönliche Nutzen, je länger die Befragung dauert und je geringer das Vertrauen in den Studienleiter [162] und das Umfragemedium ist [141]. Bezüglich der Stichprobenziehung werden in der Literatur verschiedene Meinungen vertreten. Zinkhan geht davon aus, dass für die meisten akademischen Fragestellungen eine Gelegenheitsstichprobe ausreichend ist [162]. Maurer und Jandura hingegen fordern, dass die Stichprobe für die Grundgesamtheit repräsentativ sein muss, die Stichprobe nach dem Zufallsprinzip gezogen sein muss und dass die Stichprobe möglichst gut ausgeschöpft wird (Vermeidung des „coverage“, „sampling“ und „nonresponse error“) [92]. Die Autoren halten eine Durchführung einer onlinegestützten Befragung nur dann für problemlos, wenn *„eine vergleichsweise kleine, klar definierte Grundgesamtheit erfasst werden soll, die voll über Internetzugänge verfügt und deren E-Mailadresse bekannt sind“* (vgl. [92] S. 65).

Erhebungsfehler

Im Rahmen einer Befragung mittels eines Fragebogens können verschiedene Fehler auftreten, von denen nachfolgend isoliert der sogenannte Stichprobenfehler / Stichprobenverzerrung vorgestellt wird, da diesem im Zusammenhang mit Online-Befragungen eine besondere Bedeutung zukommt.

Stichprobenverzerrungen

Stichprobenfehler entstehen durch die falsche Auswahl der Stichprobe oder durch bewusste und unbewusste Selektion der Probanden.

Als Datenbasis der vorliegenden Erhebung wäre eine Vollerhebung wünschenswert. Eine Vollerhebung ließ sich aufgrund der fehlenden Informationen über Honorarärzte (unbekannte Anzahl, fehlende gesonderte Erfassung innerhalb der Ärztekammern) nicht durchführen. Im Rahmen dieser Studie wurde auf verschiedenen Wegen versucht, möglichst alle Honorarärzte in Deutschland zu erreichen und zur Teilnahme an der Studie zu motivieren. Eine Stichprobenverzerrung ist jedoch nicht auszuschließen, da davon auszugehen ist, dass vor allem engagierte und motivierte Honorarärzte an der Honorararztstudie teilgenommen haben.

2.2.2. Fragebogenentwicklung

Grundlage des Fragebogens bilden neben der Literaturrecherche, mehrere Interviews mit Dr. Schäfer, dem 1. Vorsitzenden des BV-H. Die Gespräche mit Dr. Schäfer fanden am 18.11.2008 und am 19.08.2009 jeweils in Berlin statt. Im ersten Gespräch wurde Schäfer vor allem zu seinem beruflichen Hintergrund, zu seinen persönlichen Gründen als Honorararzt tätig zu sein und zu den beruflichen Rahmenbedingungen und zu den aus seiner Sicht offenen rechtlichen Problemen befragt.

Auf Basis des ersten Interviews und der Literaturrecherche wurde anschließend ein erster Entwurf des Fragebogens erstellt. Die Literaturrecherche erfolgte in der MEDLINE-Datenbank mittels der PubMed-Oberfläche. Für eine erste Übersicht über die international vorhandene Literatur über Honorarärzte wurde in Pubmed der Suchbegriff „locum“ verwendet, da dieser alle im „Oxford American Dictionary“ gelisteten Synonyme einschließt.

Zum Stichtag des Pretests (21.05.2009) waren in PubMed 209 Einträge in englischer Sprache gelistet. Die Beschränkung des Suchbegriffes auf „((locum) AND german[Language])“, um nur deutschsprachige Literatur

zu der Fragestellung zu erhalten, führte zu zwei Ergebnissen. Sowohl der Artikel „Vegetative exhaustion depression. Experience of a locum tenens“ von Zink aus der Zeitschrift für Allgemeinmedizin (1977)[155] und der Artikel „German general fee schedule (Private-Adgo) and liquidation right of the medical superintendant in the case of locum tenens“ aus der Deutschen Medizinischen Wochenschrift (1970) [79] enthielten keine Daten über Honorarärzte in Deutschland. Eine Änderung des Suchbegriffes auf „(((locum) AND "0"[Publication Date] : "2009/05"[Publication Date])) AND (Germany OR german)“ führte zu zwei zusätzlichen Treffern [42][161], die sich allerdings ebenfalls nicht mit dem Honorararztwesen in Deutschland beschäftigen.

Zur Konzipierung des Fragebogens und zur Einarbeitung in das Thema stand folglich nur die englischsprachige Literatur zur Verfügung. Die Erweiterung des verwendeten englischen Suchbegriffes „locum“ um den Begriff des „temporary physician“ auf „(((locum) OR "temporary physician") AND "0"[Publication Date]: "2009/05"[Publication Date]))“ führte zu vier weiteren Ergebnissen. Diese 213 gelisteten Einträge wurden anschließend anhand der (verfügbaren) Abstracts auf ihre Relevanz für die Einarbeitung in das Thema hin überprüft. Studien, die sich mit anderen Berufsbildern, wie der Pharmazie oder der Zahnmedizin oder den Begriff „locum“ in anderem Zusammenhang (locum relief, dispatching, influenza, etc.) beschäftigten, wurden ausgeschlossen. Somit bestand die Literaturübersicht zum Thema Honorarärzte aus 72 englischsprachigen Publikationen.

Für die Fragebogenerstellung wurde mittels des Suchbegriffes „(((locum) OR "temporary physician") AND (demography OR motivation) AND "0"[Publication Date]: "2009/05"[Publication Date])) NOT "influenza"“ nach geeigneten Publikationen gesucht, die sich zusätzlich zu den Honorarärzten auch mit deren Demografie oder ihrer Motivation befassen. Dieser Suchbegriff liefert 17 Ergebnisse, die erneut einzeln auf ihre Relevanz hin untersucht wurden.

Von besonderer Relevanz für die Erstellung des Fragebogens erscheinen dabei die Publikationen „The Demography, Career Pattern, and Motivation of Locum Tenens Physicians in the United States“ von Simon und Alonzo [128] und „Locum doctors in general practice: motivation and experiences“ von McKeivitt [94]. Während sich McKeivitt in seiner Umfrage isoliert mit den Honorarärzten im Bereich der Allgemeinmedizin in Großbritannien beschäftigt, ist die Arbeit von Simon und Alonzo weiter gefasst. Da letztere über eine höhere Teilnehmeranzahl (n=776 vs. n=111) verfügt, sich nicht auf eine Facharztgruppe beschränkt, aktueller (2004 vs. 1999) und zudem umfangreicher (50 Fragen vs. „*brief [...] questionnaire*“) ist, wurde bei der Gestaltung des Fragebogens für die vorliegende Untersuchung die Arbeit von Simon und Alonzo stärker berücksichtigt. Im Rahmen der Fragebogenerstellung wurden die Autoren beider Arbeiten angeschrieben und um die Übersendung des jeweils verwendeten Fragebogens gebeten. Da auf mehrfache Anfragen keine Antwort von Seiten der Autoren erfolgte, wurde der Fragebogen auf Basis der publizierten Ergebnisse konzipiert. Weiter flossen Erfahrungsberichte von amerikanischen und englischen Honorarärzten in die Gestaltung des Fragebogens mit ein [57][145].

Anschließend wurde der so erstellte Fragebogen im Rahmen eines zweiten Gespräches mit Dr. Schäfer um weitere Aspekte ergänzt und bezüglich des Ablaufes, der Länge und möglicher Filterfehler optimiert. Nach Erstellung des Fragebogens wurde dieser am 18.05.2009 dem Institut für Epidemiologie und Statistik der Universität des Saarlandes zur Validierung vorgelegt, validiert und zum Pretest freigegeben.

2.2.3. Pretest

Pretests gelten in der empirischen Sozialforschung als unabdingbare Voraussetzung für die Vorbereitung der Hauptstudie [34]. Der erstellte Fragebogen wurde digitalisiert und in die Umfragesoftware LimeSurvey auf dem Server des ÄZQ übertragen. Anschließend wurden die Mitglieder des BV-H als Pretestteilnehmer angeschrieben, über die Studie informiert und zur Teilnahme aufgefordert.

Organisatorischer Rahmen:

Der Pretest wurde in der Zeit vom 27.05.2009 bis zum 07.08.2009 als Onlinebefragung durchgeführt. Von den 90 angeschriebenen Honorarärzten¹⁵, füllten 42 Teilnehmer den Fragebogen komplett und vier Teilnehmer den Fragebogen unvollständig aus.

Modifikationen des Studienfragebogens auf Basis der Pretestauswertung

Der vorläufige Fragebogen wurde auf Basis der Pretestauswertung modifiziert und in den endgültigen Studienfragebogen überführt. Die durchgeführten Modifikationen sind beispielhaft in der nachfolgenden Tabelle kurz aufgeführt.

Modifikation	Frage
Umwandlung Freitextfragen in geschlossene Fragen	<ul style="list-style-type: none">- Gründe für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit- Gründe für die Beendigung der Honorararztstätigkeit- Merkmale, Vor- und Nachteile von Vermittlungsagenturen
Ergänzen von Fragen	<ul style="list-style-type: none">- Frage nach dem Hauptwohnsitz (ÄK, BL)
Löschen von Fragen	<ul style="list-style-type: none">- Erlebte Qualität der honorarärztlichen Kollegen- Fragen zum Fragebogen selbst (Länge, Verständlichkeit,
Umwandlung spezifischer Freitextantworten in allgemein gültige Aussagen	<ul style="list-style-type: none">- Fortbildungsinhalte

Tabelle 2: Modifikationen des Fragebogens auf Basis der Pretestauswertung

Die Frage nach der „erlebten Qualität der honorarärztlichen Kollegen“ konnte in den endgültigen Studienfragebogen nicht übernommen werden, da die Teilnehmer hierzu sehr unterschiedliche Angaben machten: Diese reichten von „sehr, sehr gut“ bis hin zu „grauenhaft“ oder der Aussage „schwarze Schafe gibt es überall“. Somit war es durch die gestellte Frage

¹⁵ entspricht der Mitgliederzahl des BV-H e.V. zum Zeitpunkt des Pretests

nicht möglich, eine definitive Aussage zu dem subjektiven Eindruck der Honorarärzte über ihre Kollegen zu erhalten.

In den Vorüberlegungen zum Pretestfragebogen war die Frage „Sind Sie bereit über ihr Gehalt Auskunft zu geben?“ aus Gründen des Datenschutzes und dem Schutz der Privatsphäre eine der am meisten diskutierten Fragen ¹⁶ . Die Bedenken stellten sich bei der Pretestauswertung als unbegründet heraus. 88% der Befragten waren bereit, ihre Brutto-Stundenverdienste offenzulegen.

Der Fragebogen selbst wurde von den Pretestteilnehmern wie folgt beurteilt: 87% der Befragten geben an, dass der Fragebogen verständlich sei. 33% der Teilnehmer empfanden den Fragebogen als zu lang und 12% als zu kurz. Als zu persönlich werteten ihn 7% der Teilnehmer.

2.3.3. Gewinnung von Ärzten zur Teilnahme an der Studie

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung wurden Honorarärzte, wie bereits beschrieben, nicht als gesonderte ärztliche Tätigkeitsform von den jeweiligen Ärztekammern erfasst. Somit existierte keine Möglichkeit über diese direkt mit Honorarärzten in Kontakt zu treten.

Im Rahmen der Studienvorbereitungen wurden die Ärztekammerpräsidenten vom ÄZQ angeschrieben und um ihre Mithilfe bei der Gewinnung von Studienteilnehmern gebeten. Zehn der angeschriebenen Ärztekammern erklärten sich bereit die Studie zu fördern, indem sie in ihren Publikationsorganen und in ihren Internetauftritten auf die Studie hinwiesen. Die unterstützenden Ärztekammern und das Deutsche Ärzteblatt platzierten auf ihren Webseiten mehrfach Verweise zur Studie, wiesen in ihren jeweiligen Ärzteblättern mit einem Artikel auf die laufende Studie hin oder verfassten Pressemeldungen zur Honorararztstudie (vgl. [5][6][59][82]).

¹⁶ Gespräch mit Dr. Schäfer 19.08.2009 in Berlin

Namentlich haben sich folgende (Landes-) Ärztekammern beteiligt:
Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein,
Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und
Westfalen-Lippe.

Der BV-H förderte diese Studie, indem er auf seiner Webseite (<http://www.bv-honoraraerzte.de>) und im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit (Anzeigen in verschiedenen Journalen, „Addwords“ bei der Suchmaschine „Google“) auf sie aufmerksam machte. Ergänzend wurde die Studienwebseite unter <http://www.honorararztstudie.de> eingerichtet, um den Honorarärzten weiterführende Informationen zur Studie zugänglich zu machen (Abbildung 2). Unter anderem finden sich dort Hintergrundinformationen, die Verlinkung zum Fragebogen und Links zu den unterstützenden Ärztekammern und Agenturen. Zusätzlich wurde im „Hypnosforum“¹⁷, einer E-Mail-Diskussionsliste mit aktuell 800 deutschsprachigen Anästhesisten, ein Aufruf zur Teilnahme gestartet.

¹⁷ <http://www.hypnosforum.de>; gegründet 1996 und verwaltet von Dr. Nicolai Schäfer

HONORARARZTSTUDIE.de

Information für teilnehmende Ärzte



Abbildung 2: Studienwebseite

Im Verlauf der Studiengestaltung wurde ein Großteil der sich am Markt befindlichen Honorararztvermittlungsagenturen angeschrieben, um diese als Unterstützer zu gewinnen. Lediglich sechs der zum Studienzeitpunkt bekannten über 30 Honorararztagenturen erklärten sich bereit, die bei Ihnen registrierten Honorarärzte mittels eines Newsletters auf die Studie hinzuweisen.

Folgende, in alphabetischer Reihenfolge gelistete Firmen informierten die ihnen bekannten Honorarärzte über die Studie:

Doctari (Berlin), FAA (Bielefeld), Hire-a-Doctor (Berlin), Lohiamedics (Göttingen), Notarztmarktplatz (St. Ingbert), Notarzt-service (Landau).

Alle oben genannten Organisationen und Firmen wurden lediglich zur Gewinnung von Studienteilnehmern kontaktiert und hatten keinen Einfluss auf die Methodik und die Ergebnisse der Untersuchung.

2.3.4. Der Studienfragebogen

Der Studienfragebogen untergliedert sich in fünf Teile. Im ersten Teil werden unter der Überschrift „Demografie“ grundlegende demografische Daten der Studienteilnehmer erhoben.

Im Abschnitt zur „Berufsbiografie“ der Studienteilnehmer soll der berufliche Hintergrund der Studienteilnehmer untersucht werden.

Der dritte Abschnitt des Fragebogens umfasst die eigentlichen „Honorararztfragen“. Dabei wird zu Beginn unterschieden, ob die Honorararztstätigkeit als Haupttätigkeit (= „Honorararzt“) oder als Nebentätigkeit (= „honorarärztlich tätig“) ausgeübt wird, da zu beiden Tätigkeitsformen unterschiedliche Sachverhalte thematisiert werden.

Der vierte Fragebogenabschnitt befragt die Studienteilnehmer zu den „organisatorischen Rahmenbedingungen“ der Honorararztstätigkeit. Hier werden unter anderem Fragen zur Auftragsakquise, zu den Postleitzahlen der Arbeitsstandorte, zu Fortbildungsinhalten und zur Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten gestellt.

Der fünfte und letzte Abschnitt des Fragebogens umfasst die Fragen zum Themenkomplex „Zukunftsaussichten und persönliches Fazit“.

Zur besseren Übersicht ist der für die Honorararztstudie verwendete Fragebogen im folgenden Flussdiagramm dargestellt.

Zusätzlich findet sich der gesamte Studienfragebogen auch im Anhang dieser Arbeit.

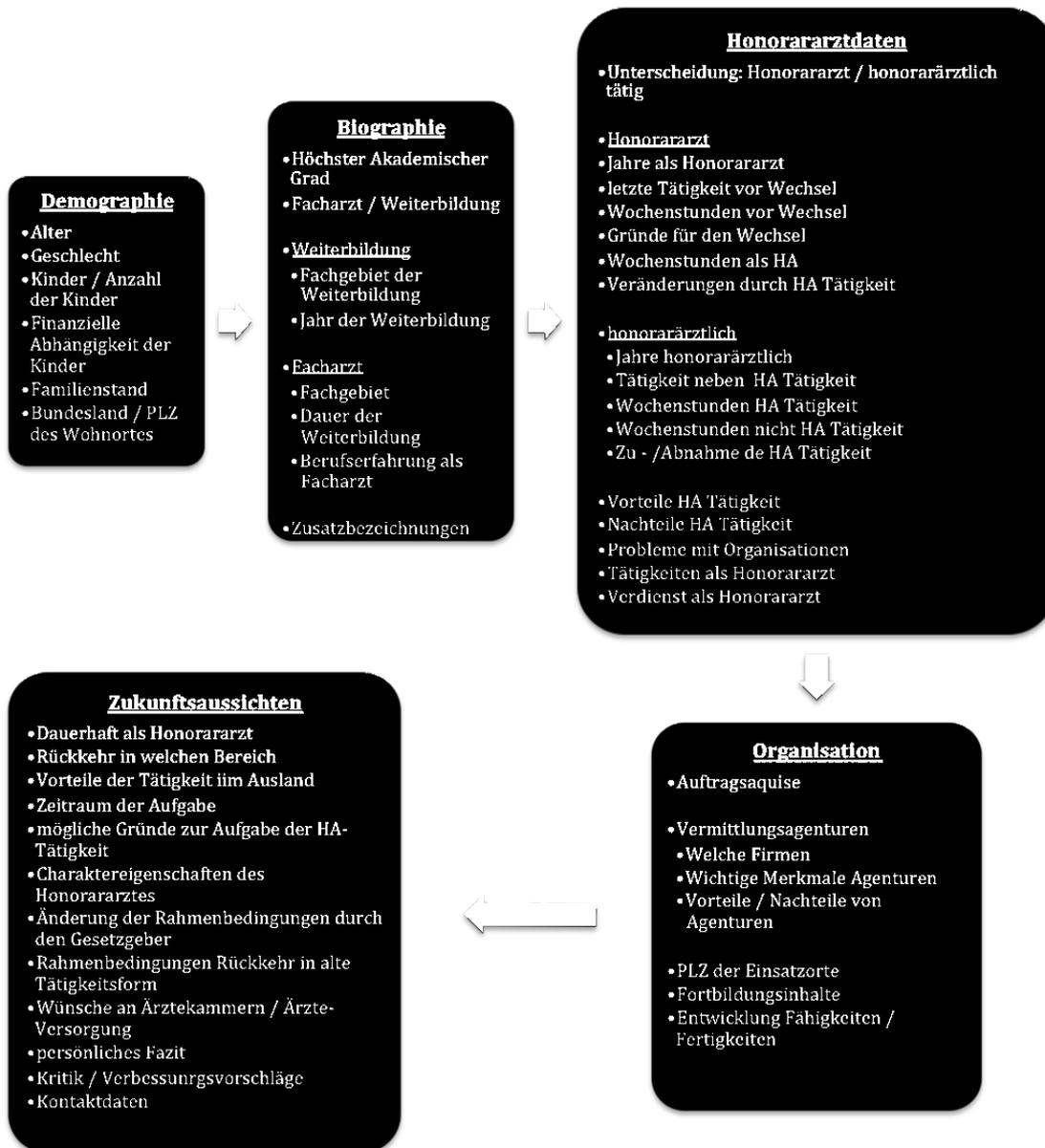


Abbildung 3: Ablaufschema des Studienfragebogens

3. Ergebnisdarstellung

3.1. Datenerhebung und Fallzahlentwicklung

Bis zum Ende der Datenerhebung am 04.08.2010 nahmen 1079 Teilnehmer an der Honorararztstudie unter www.honorararztstudie.de teil. Von den 1079 eingegangen und in PASW importierten Datensätzen, wurden 161 Datensätze aus der Auswertung ausgeschlossen. Die häufigsten Gründe für den Ausschluss aus der Analyse waren fehlende Angaben im Fragebogen (n=151) und eine doppelte Teilnahme an der Untersuchung (n=9). Ein Datensatz wurde nicht in die Auswertung aufgenommen, wenn keine Daten zur Demografie vorhanden waren oder wenn mehr als 85% der freiwilligen Fragen nicht beantwortet wurden. Insgesamt flossen die Datensätze von 918 Teilnehmern in die Auswertung ein.

3.2. Übersicht über die Studienpopulation

3.2.1. Soziodemografische Merkmale der Studienpopulation

Die untersuchten demografischen Merkmale der Studienteilnehmer umfassen das Geschlecht, das Alter, den Familienstand und die Anzahl der Kinder.

Mehr als zwei Drittel aller Umfrageteilnehmer sind Ärzte (72,0%; n=661), etwas weniger als ein Drittel sind Ärztinnen (28,0%; n=257). Das mittlere Alter aller Studienteilnehmer beträgt 47,5 Jahre (SD: 10,2), wobei Honorarärztinnen mit 44,6 Jahren jünger als ihre männlichen Kollegen (48,6 Jahre) sind.

Über 70% der Befragten geben an, verheiratet zu sein oder in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft zu leben. Die restlichen knapp 30% der Teilnehmer sind entweder ledig (19,3%), geschieden (5,5%), getrennt lebend (2,6%) oder verwitwet (1,3%). Annähernd 70% der Teilnehmer

haben Kinder (67,5%), wobei meistens zwischen einem und drei Kinder im jeweiligen Haushalt leben. Von den Kindern (n=1340), werden 62,6% (n=840) noch finanziell von ihren Eltern unterstützt. Die finanzielle Unterstützung bezieht sich dabei sowohl auf die frühen Lebensabschnitte wie Kindergarten oder Schule als auch auf spätere Lebensabschnitte wie Ausbildung oder Studium.

95,5% (n=877) der antwortenden Honorarärzte (n=914) leben in Deutschland. Die 4,5% im Ausland lebenden Studienteilnehmer (n=37) wohnen am häufigsten in Frankreich (n=8), Spanien (n=7), Großbritannien (n=6) und der Schweiz (n=4). 4 Studienteilnehmer machen keine Angaben zu ihrem Wohnort (KA = 4).

Aufschluss über die geografische Verteilung der innerhalb Deutschland lebenden Honorarärzte geben die Abbildung 3 und Tabelle 3.

Kammer	Herkunft Honorarärzte (in %) zur Ärztekammerzugehörigkeit (Eigenangabe)	Herkunft Gesamtärzteschaft (in %)
Baden-Württemberg	9,2	12,9
Bayern	11,6	16,2
Berlin	9,8	5,5
Brandenburg	3,2	2,6
Bremen	0,9	1,1
Hamburg	4,6	3,3
Hessen	7,2	7,5
Mecklenburg-Vorpommern	2,0	2,0
Niedersachsen	10,9	8,5
Nordrhein	16,1	12,3
Rheinland-Pfalz	5,2	4,7
Saarland	1,1	1,3
Sachsen	2,9	4,5
Sachsen-Anhalt	1,1	2,5
Schleswig-Holstein	3,6	3,4
Thüringen	2,1	2,5
Westfalen-Lippe	8,5	9,2

Tabelle 3: Vergleich der Ärztekammerzugehörigkeit der Studienpopulation mit der gesamten deutschen Ärzteschaft [%]¹⁸

¹⁸ Hellblau unterlegt sind die Ärztekammern aus denen überproportional viele Honorarärzte stammen, gelb unterlegt sind die Ärztekammern mit einem unterrepräsentierten Anteil



Abbildung 4: Postleitzahlenkarte Wohnorte der Honorarärzte

Honorarärzte in Deutschland leben demzufolge im Wesentlichen in den Regionen Berlin, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein, Bayern, Baden-Württemberg und Westfalen-Lippe.

3.2.2. Berufsbiografische Merkmale der Studienpopulation

Annähernd 90% (88,8%; n=814) der Studienteilnehmer gibt an, in dem jeweiligen Fachgebiet die Weiterbildung bereits abgeschlossen zu haben. Lediglich 10,9% (n=101) der Befragten befindet sich noch in Weiterbildung und weniger als 1% (n=3) der Studienteilnehmer sind als praktischer Arzt tätig. 69,8% (n=65) der Weiterbildungsassistenten befinden sich zwischen dem 4. und 6. Weiterbildungsjahr und stehen somit kurz vor dem Abschluss. Dabei sind die Weiterbildungsassistenten zumeist in den Fachbereichen der Inneren Medizin (31,2%; n=29), der Allgemeinmedizin (22,6%; n=21), der Anästhesie (14,0%; n=13) oder in der Allgemeinchirurgie (7,5%; n=7) tätig¹⁹.

Bei den Fachärzten mit einer abgeschlossenen Weiterbildung zeigt sich die in Abbildung 5 dargestellte Verteilung.

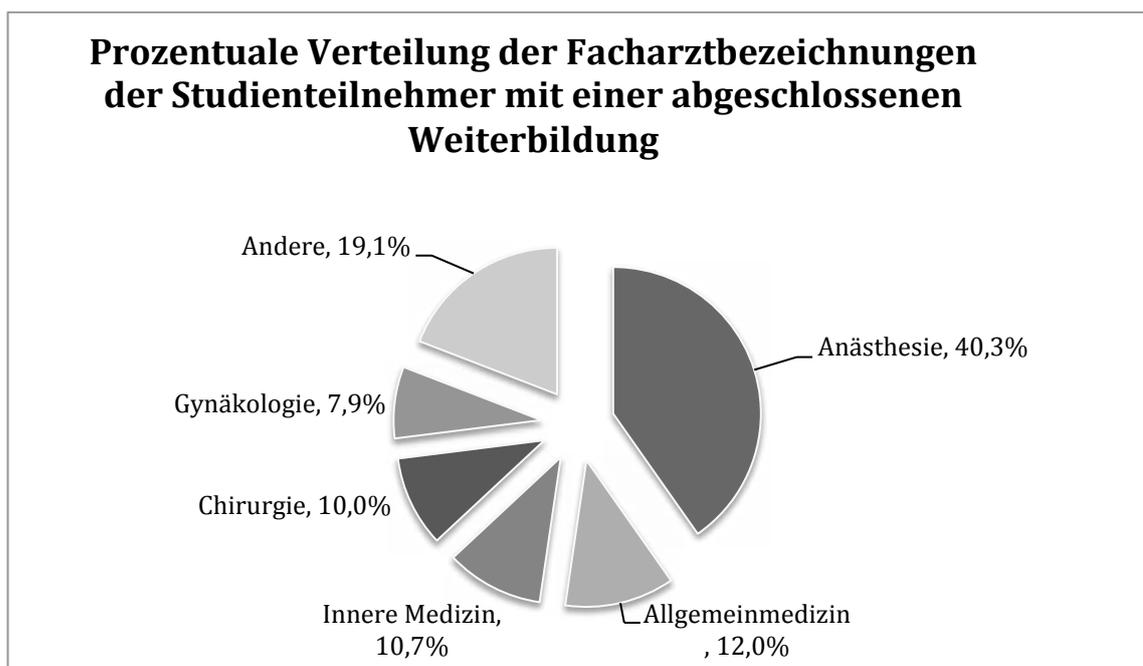


Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der Facharztbezeichnungen der Studienteilnehmer mit einer abgeschlossenen Weiterbildung

Mehr als vier Fünftel aller Fachärzte mit einer abgeschlossenen Weiterbildung unter den Studienteilnehmern (80,9%) stammen aus den Fachgebieten der Anästhesie (40,3%), der Allgemeinmedizin (12,0%),

¹⁹ n=8 Weiterbildungsassistenten machen hierzu keine Angaben.

der Inneren Medizin (10,7%), der Chirurgie (10,0%) und der Gynäkologie (7,9%). Im Diagramm sind unter der Bezeichnung „Chirurgie“ folgende operative Fächer zusammengefasst: Allgemeinchirurgie (6,7%), orthopädische und Unfallchirurgie (2,0%), Chirurgie nach alter Weiterbildungsordnung²⁰ (WBO) (0,6%) und Gefäßchirurgie, plastische Chirurgie, Neurochirurgie, Herzchirurgie und Viszeralchirurgie (je 0,2%). In der Kategorie „Andere“ sind folgende Fächer nach absteigender Häufigkeit zusammengefasst: Radiologie/Strahlenmedizin (3,6%), Pädiatrie (2,7%), Psychiatrie (2,0%), Dermatologie, Urologie (je 1,7%) und Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (1,1%)²¹.

Honorarärzte mit mehreren abgeschlossenen Weiterbildungen

Die häufigsten Kombinationen bei Fachärzten, die mehr als eine Weiterbildung abgeschlossen haben (n=171) sind

in der Chirurgie

Allgemeinchirurgie + Orthopädie	n=21
Allgemeinchirurgie + Viszeralchirurgie	n=10
Allgemeinchirurgie + Gefäßchirurgie	n=5,

in der Inneren Medizin

Innere Medizin + Kardiologie	n=10
Innere Medizin + Gastroenterologie	n=6

oder in der Allgemeinmedizin

Allgemeinmedizin + Anästhesie	n=11
Allgemeinmedizin + Innere Medizin	n=11
Allgemeinmedizin + Chirurgisches Fach	n=6.

Weiterbildungsdauer

Die Fachärzte geben eine durchschnittliche Weiterbildungsdauer von 6,3 Jahren (SD: 2,2 Jahre) an und verfügen im Durchschnitt über fast 14 Jahre Berufserfahrung als Facharzt (M: 13,8 Jahre). Die kürzesten

²⁰ Im Jahr 2003 wurde die seit 1994 bestehende (alte) WBO umfassend reformiert: Kernaspekte der neuen WBO sind: 2 jährige gemeinsame Basisausbildung in der Chirurgie, 1 Jahr assoziierte Disziplin, 3 Jahre fachspezifische Weiterbildung [4];

²¹ Fachgebiete, die von weniger als 1% der Fachärzte unter den Studienteilnehmern genannt werden, sind hier nicht aufgeführt.

Weiterbildungszeiten finden sich im Fachbereich der Allgemeinmedizin, die längsten bei Ärzten mit mehreren abgeschlossenen Weiterbildungen.

Erworbene Zusatzbezeichnungen

In den erworbenen Zusatzbezeichnungen spiegeln sich die von den Studienteilnehmern angegebenen Fachgebiete der Tätigkeit wieder. Ein großer Anteil der angegebenen Zusatzbezeichnungen ist eng mit den Fachgebieten der Anästhesie, der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin und der Chirurgie verknüpft. 244 Teilnehmer machen zu den Zusatzbezeichnungen keine Angaben oder haben bisher keine erworben. Von den 674 befragten Honorarärzten, die Angaben zu den Zusatzbezeichnungen machen, verfügen mehr als zwei Drittel über den Fachkundenachweis Rettungsdienst bzw. die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin (68,1%; n=459) und etwas weniger als ein Fünftel über die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (18,8%; n=127). Weitere von den Teilnehmern genannte Zusatzbezeichnungen sind: Chirotherapie/Manuelle Medizin (8,8%; n=59), Akkupunktur (8,8%; n=59), Schmerztherapie (6,1%; n=41), Ärztliches Qualitätsmanagement (5,9%; n=40), Sportmedizin (5,5%; n= 37) und Psychotherapie (5,0%; n=34)²².

3.2.3. Organisatorische Rahmenbedingungen der Honorararztstätigkeit

Geografische Verteilung der Einsatzorte in Deutschland

98% der befragten Honorarärzte geben an, in Deutschland tätig zu sein. Weitere als Einsatzort genannte Länder sind Großbritannien (4,8%), Österreich (3,1%), Schweiz (1,9%) und Frankreich (1,4%).

Die geografische Verteilung der Einsatzorte der Honorarärzte in Deutschland ist in Abbildung 6 dargestellt.

²² Zusatzbezeichnungen, die von weniger als 5% der Teilnehmer genannt werden, sind hier nicht aufgeführt.



Abbildung 6: Regelmäßige Einsatzgebiete der Honorarärzte

Die geografischen Tätigkeitsschwerpunkte der Honorarärzte liegen in den ländlichen Regionen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Weitere geografische Häufungen finden sich in den Großregionen Düsseldorf und Frankfurt und in den ländlichen Regionen des nördlichen und westlichen Niedersachsens, Sachsens und Sachsen-Anhalts. Die

oben aufgeführten Daten wurden mit den Auftragsdaten einer Vermittlungsagentur verglichen und validiert.

Unterschiede zwischen den eigenen Daten und den Agenturdaten finden sich vor allem in den von der Agentur häufig vermittelten Regionen Halle und Kassel. Im Gegenzug werden von der Agentur weniger Auftragsvermittlungen in Süddeutschland angegeben. Der hohe Bedarf an Honorarärzten in den ländlichen Regionen Niedersachsens, Mecklenburg-Vorpommerns, Sachsens und Sachsen-Anhalts wird durch die Daten der Vermittlungsagentur bestätigt.

Auftragsakquise

Die Mehrheit der zur Auftragsakquise antwortenden Honorarärzte (n=777) bedient sich zur Gewinnung neuer Auftraggeber spezieller Vermittlungsagenturen (62,2%; n=483). Weitere häufig genutzte Möglichkeiten sind private Kontakte (49,8%; n=381), Anfragen von ehemaligen Arbeitgebern (48,4%; n=368) und Mund-zu-Mund Propaganda (44,0%; n=335). Weniger oft greifen Honorarärzte auf das Internet im Allgemeinen (34,1%; n=258), Initiativbewerbungen (21,5%; n=161) oder Stellenanzeigen im Ärzteblatt (19,9%; n=151) zur Auftragsgewinnung zurück. Des Weiteren betreiben Honorarärzte vereinzelt Eigenvermarktung in Form einer eigenen Webseite oder durch das Auslegen von Visitenkarten.

Die prozentuale Häufigkeiten der Nennung der Kategorien „häufig“, „ab und zu“ und „selten“ werden in Abbildung 7 dargestellt.

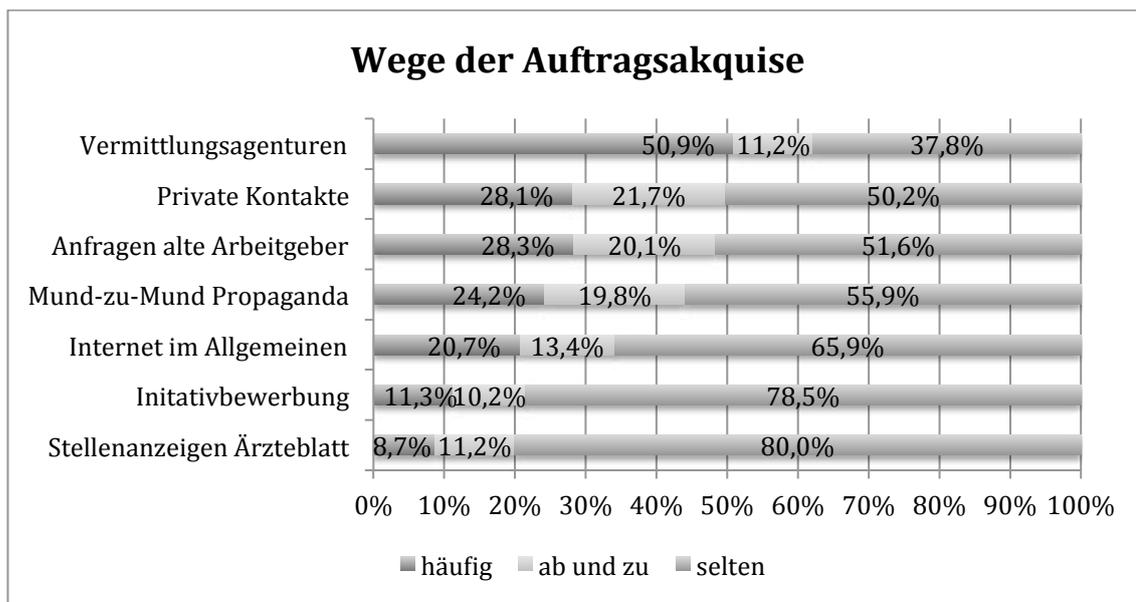


Abbildung 7: Wege der Auftragsakquise durch Honorarärzte

Vermittlungsagenturen

Da viele Honorarärzte (70,4%; n=558²³) bei der Auftragsgewinnung auf Agenturen zurückgreifen, wurden diese in der Honorararztstudie ebenfalls untersucht. Tabelle 4 listet die zehn am häufigsten genannten Honorararzt-Vermittlungsagenturen auf.

Name der Vermittlungsagentur	Relative Häufigkeit der Nennung
Hire-a-Doctor	60,9%
FAA (FachArztAgentur) GmbH	48,9%
Notarzbörse/Facharzbörse/Docmondis	21,5%
Doc to Rent	21,0%
Doctari	13,8%
Holger Heier	13,6%
German Medicine Net	10,6%
Honorararztagentur	7,7%
rent-a-doctor.info	7,2%
honorararzt.de	2,3%

Tabelle 4: Vermittlungsagenturen für Honorarärzte (die zehn wichtigsten gelistet nach Häufigkeit der Nennung)

Der Markt der Vermittlungsagenturen wird zum Zeitpunkt der Datenerhebung von zwei Firmen dominiert. Dies ist zum einen die Firma

²³ 125 Teilnehmer machen dazu keine Angabe; 29,6% (n=235) verneinen eine Zusammenarbeit mit Vermittlungsagenturen.

Hire-a-Doctor (60,9%; n=340) aus Berlin und zum anderen die Firma FAA (48,9%; n=273) aus Bielefeld.

Bei Nutzung dieser spezialisierten Vermittlungsagenturen sehen die hierzu antwortenden Honorarärzte (n=559) vor allem Vorteile in der Entlastung von Bürokratie (67,3%; n=376), in der Abrechnung mit dem Auftraggeber durch die Honorararztagentur (65,3%; n=365), in der Entlastung bei der Akquise (63,5%; n=355), in der Marktkenntnis der Agenturen (62,6%; n=350) und darin, dass weniger Eigeninitiative notwendig ist (56,0%; n=313). Weitere Vorteile für die Honorarärzte ergeben sich aus der Vermittlung von Unterkünften (44,5%; n=249) und in der Beratung (36,7%; n=205). In den Freitextantworten werden die durch die Agenturen abgeschlossenen Haftpflichtversicherungen (n=9), die Vertragsverhandlung mit dem Auftraggeber (n=4), die Findung von Ersatz im Krankheitsfall (n=3) und die Vermittlung bei Schwierigkeiten (n=2) ebenfalls als Vorteile genannt. Etwa ein Viertel (24,4%; n=20) der auf diese Frage antwortenden Studienteilnehmer (n=82) wäre bereit für den Zusatzservice - wie den Abschluss einer Haftpflichtversicherung - eine Zusatzgebühr zu bezahlen.

Als Nachteile der Honorararztagenturen werten die Teilnehmer vor allem die fehlende Transparenz (62,7%; n=351), die Bindung an die Agentur (56,3%; n=315)²⁴, die Vermittlungsgebühren (55,6%; n=311) und die geringeren Stundensätze als bei eigener Verhandlung (44,5%; n=249). Weiterhin werden von den Studienteilnehmern in den Freitextantworten die eingeschränkten Verhandlungsmöglichkeiten (n=3) und die Vorselektion der Angebote durch die Agentur (n=2) als nachteilig angegeben. Bei der Verwendung von Honorararztagenturen als Auftragsvermittler ist den Studienteilnehmern (n=503) „wichtig bzw. sehr wichtig“, dass die Angebote aktuell (85,9%; n=432) und kostenfrei (83,7%; n=421) sind, dass eigene Wünsche bei den Angeboten

²⁴ Mit dem Passus „Bindung an die Agentur“ ist eine Klausel in vielen Honorararztverträgen gemeint, die es dem Honorararzt verbietet, innerhalb eines gewissen Zeitraumes nach der Tätigkeit dort ohne Agenturvermittlung tätig zu werden.

berücksichtigt werden (87,6%; n=441), dass detaillierte Informationen zu den Angeboten vorliegen (85,7%; n=431), dass die Agentur schnell erreichbar ist (76,5%; n=385) und bei Schwierigkeiten vermittelt (63,0%; n=317). Ebenfalls wichtig sind den Honorarärzten die Transparenz (67,8%; n=341) und die oben bereits angesprochenen Zusatzleistungen (62,8%; n=316). Weniger wichtig erscheint den antwortenden Honorarärzten ein breit gefächertes Angebot (53,8%; n=271), die Rechnungsstellung durch die Agentur (51,7%; n=260) und der persönliche Kontakt (51,1%; n=257).

Ausgeübte Tätigkeiten der Honorarärzte

Die über spezielle Agenturen vermittelten oder über private Kontakte zustande gekommenen Aufträge umfassen ein sehr breites Tätigkeitsspektrum. In Abbildung 8 werden die von den Honorarärzten ausgeführten Tätigkeiten nach ihrer Häufigkeit aufgeführt.

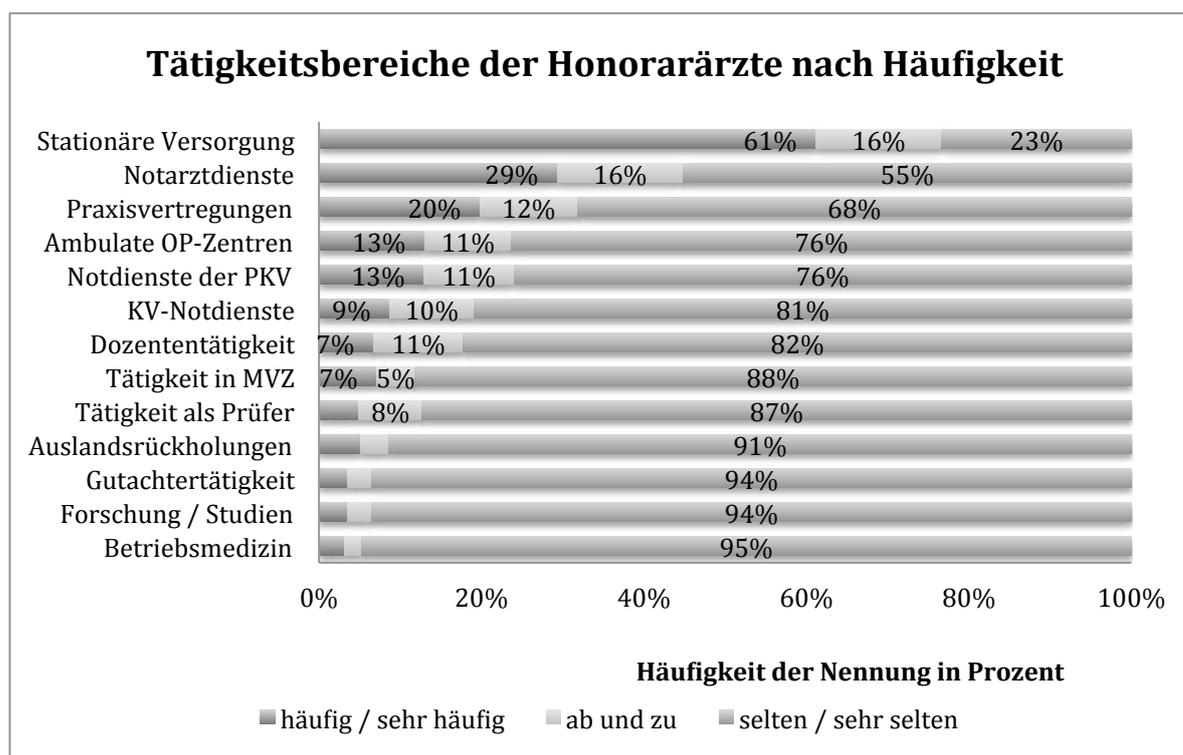


Abbildung 8: Tätigkeitsbereiche der Honorarärzte nach Häufigkeit²⁵ (KV: Kassenärztliche Vereinigung; PKV: Private Krankenversicherung; MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum)

²⁵ Zur besseren Übersicht sind Werte < 5% nicht beschriftet.

Die von den Honorarärzten ausgeübten Tätigkeiten sind unterschiedlich verteilt. Am häufigsten sind Honorarärzte demnach in der stationären Versorgung (61%) und im Rettungswesen (29%) tätig. Weniger weit verbreitet sind Einsätze als Praxisvertreter (20%), Tätigkeiten in ambulanten OP-Zentren (13%) oder die Übernahme eines „KV-(Kassenärztliche Vereinigung) bzw. PKV-(Private Krankenversicherung)-Notdienstes“ (9% bzw. 13%). Selten werden Honorarärzte der Untersuchung zufolge als Dozenten (7%), Prüfer von medizinischem Assistenzpersonal (5%), Gutachter (4%) oder im Rahmen von Auslandsrückholungen (5%) eingesetzt. Auch Tätigkeiten in MVZ (7%) und in der Betriebsmedizin (3%) sind wenig verbreitet.

Durchschnittliche Bruttoverdienste pro Stunde

Die durch die Tätigkeit als Honorararzt zu erzielenden durchschnittlichen Bruttoverdienste je Arbeitsstunde sind in Abbildung 9 in Abhängigkeit vom Tätigkeitsbereich dargestellt.

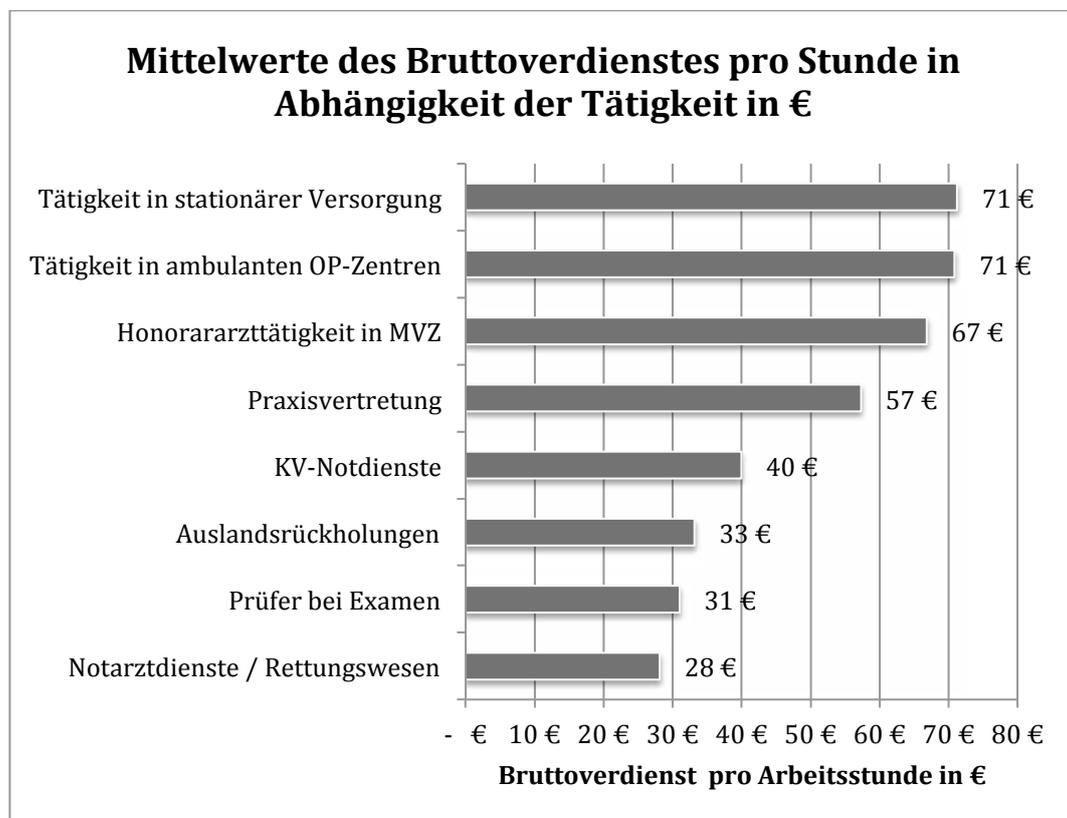


Abbildung 9: Mittelwerte (M) des Bruttoverdienstes je Arbeitsstunde in Abhängigkeit der Tätigkeit in € (KV: Kassenärztliche Vereinigung; MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum)

Tätigkeiten im Bereich der stationären Versorgung (M (Mittelwert): 71,23 €; SD (Standardabweichung): 14,51 €; Standardfehler (SF): 0,67), in ambulanten Operationszentren (M: 70,85 €; SD: 15,98 €; SF: 2,06), und Tätigkeiten in MVZ (M: 66,83 €; SD: 15,29 €; SF: 2,61) werden am besten vergütet. Mit einer geringeren Bruttostundenvergütung muss bei Tätigkeiten als Praxisvertretung (M: 57,28 €; SD: 19,06 €; SF: 1,42), bei Tätigkeiten im Rahmen des KV-Notdienstes (M: 39,92 €; 19,99 €; SF: 2,18) und bei Auslandsrückholungen (M: 31,64 €; SD: 17,50 €; SF: 2,92) gerechnet werden. Weniger gut vergütet werden die Bereiche Prüfer von medizinischem Assistenzpersonal (M: 31,00 €; SD: 17,39; SF: 3,4) und Tätigkeiten im Rettungswesen (M: 28,16 €; SD: 5,91 €; SF: 0,46). Die Validität der Aussagen zur Vergütung von gutachterlichen Tätigkeiten (M: 79,92 €; Standardfehler (SF): 5,65; SD: 43,40 €), Dozententätigkeiten (M: 66,08 €; SF: 4,93; SD: 43,57€), Tätigkeiten in der Forschung (M: 49,50 €; SF: 7,90; SD: 24,99 €), Tätigkeiten in der Betriebsmedizin (M: 56,86 €; SF: 6,33; SD: 16,76 €), und bei „Tätigkeiten im Notdienst der PKV (M: 46,67 €; SF: 7,6; SD: 26,31 €) ist auf Grund der vorliegenden Daten fraglich.

Honorararztstätigkeit als Alternative zur Abwanderung ins Ausland

67,5% (n=437) der antwortenden Honorarärzte (n=647) stimmen der Aussage zu, dass sie in der Honorararztstätigkeit eine Alternative zur Abwanderung ins Ausland sehen. 15,1% (n=98) stehen der Aussage ambivalent gegenüber und 17,3% (n=112) lehnen sie ab. Von den hauptberuflichen Honorarärzten (n=299) stimmen sogar 71,9% (n=215) der Aussage zu, 12,7% (n=38) stehen der Aussage ambivalent gegenüber und 15,4% (n=46) lehnen diese ab.

Vorteile einer Tätigkeit im Ausland

Vorteile einer Tätigkeit im Ausland sehen die Studienteilnehmer vor allem in der Erweiterung des eigenen Horizontes (n=70), den besseren Arbeitszeiten (n=59) und den besseren Verdienstmöglichkeiten (n=58). Weitere Vorteile sind die höhere Anerkennung des Berufes in der

Bevölkerung (n=53), die höhere Familienfreundlichkeit (n=46) und mehr Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung (n=40).

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich für die untersuchte Studienpopulation festhalten, dass die Teilnehmerinnen (28,0%) und Teilnehmer (72,0%) mit einem Durchschnittsalter von 47,5 Jahren älter als die angestellten Krankenhausärzte (41,14 Jahre) sind [76].

Die Wohnorte der Honorarärzte liegen häufig in den Ärztekammerbezirken von Berlin, Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein.

Annähernd 90% der Studienteilnehmer haben ihre Weiterbildung bereits abgeschlossen und sind als Fachärzte zumeist in den Fachgebieten der Anästhesie (40,3%), der Allgemeinmedizin (12,0%), der Inneren Medizin (10,7%), der Chirurgie (10,0%) oder in der Gynäkologie (7,9%) tätig.

Im Gegensatz zur geografischen Verteilung der Wohnorte liegen die Arbeitsstätten der Teilnehmer gehäuft in den ländlichen Regionen Brandenburgs, Niedersachsens, Sachsens, Sachsen-Anhalts und Mecklenburg-Vorpommerns. Zur Auftragsakquise greifen Honorarärzte am häufigsten entweder auf spezialisierte Vermittlungsagenturen (62,1%) oder auf private Kontakte (49,8%) zurück. Nach erfolgreicher Auftragsakquise sind die Honorarärzte zumeist in der Stationären Versorgung (77%), in der Praxisvertretung (32%) oder im Rettungswesen (45%) tätig. Der Mittelwert der erzielten Bruttohonorare schwankt je nach Tätigkeitsbereich zwischen 71 € in der stationären Versorgung, 57 € in der Praxisvertretung und 28 € im Rettungswesen.

3.3. Honorarärzte in Nebentätigkeit

Nachfolgend werden die Studienergebnisse der nebenberuflich als Honorarärzte Tätigen (n=501) vorgestellt. Bei diesen handelt es sich um Ärzte, die neben einer Haupttätigkeit in Festanstellung oder Niederlassung als Honorararzt in Nebentätigkeit arbeiten. Ein ausführlicher Vergleich zwischen Honorarärzten in Haupt- und in Nebentätigkeit erfolgt im Kapitel „Hauptberuflich tätige Honorarärzte“.

3.3.1. Biografische und demografische Besonderheiten der Honorarärzte in Nebentätigkeit

Honorarärzte in Nebentätigkeit sind im Durchschnitt 46,6 (SD: 10,02) Jahre alt, 77,0% (n=386) von ihnen sind Ärzte und 23,0% (n=115) Ärztinnen. Im Vergleich zur Gesamtstudienpopulation sind sie somit jünger (46,6 vs. 47,5 Jahre) und der Anteil der Ärztinnen unter ihnen ist niedriger (23,0% vs. 28,0%).

In der Auswertung der Gebietsbezeichnungen zeigt sich, dass der Anteil der im Fach Anästhesie (43,4% vs. 40,7%), Allgemeinmedizin (14,7% vs. 12,1%) und Innere Medizin (12,0% vs. 10,8%) als Honorararzt arbeiteten nebenberuflichen Fachärzte höher und der Anteil in den chirurgischen Fächern (9,3% vs. 10,1%) und in der Gynäkologie (7,2% vs. 8,0%) niedrig ist. In der Kategorie „sonstige Fächer“ finden sich besonders häufig die Fachbereiche Psychiatrie (2,4%), Radiologie (2,1%) und Urologie (1,8%).

Bei den Honorarärzten in Nebentätigkeit ist der Anteil der sich noch in Weiterbildung befindlichen Ärzte höher als im Studiendurchschnitt (13,0% vs. 10,9%; p: 0,024). Keine Unterschiede fanden sich bei den Weiterbildungsassistenten bezüglich des Weiterbildungsjahres (WBJ) und bei den Fachärzten bezüglich der Dauer der Facharztweiterbildung (M: 6,3 Jahre vs. 6,2 Jahre; p=0,953) und der Berufserfahrung als Facharzt (M: 13,6 Jahre vs. 13,9 Jahre; p=0,843).

3.3.2. Aktuelle Haupttätigkeit der Honorarärzte in Nebentätigkeit

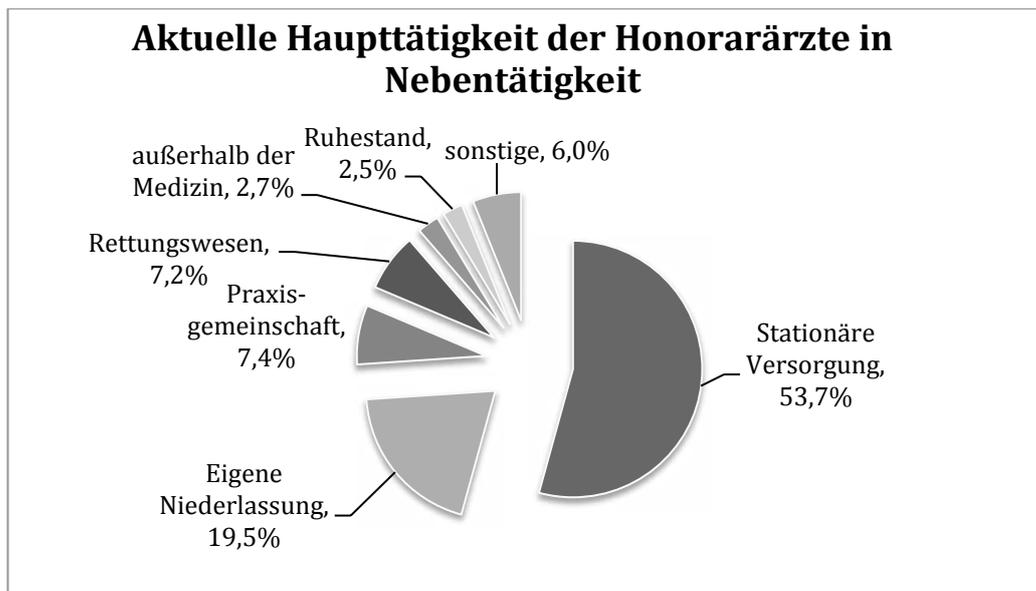


Abbildung 10: Aktuelle Haupttätigkeit der Honorarärzte in Nebentätigkeit ²⁶

Als aktuelle Haupttätigkeit (Abbildung 10) wird von den antwortenden Studienteilnehmern (n=447) vor allem eine Tätigkeit in der stationären Versorgung (53,7%; n=240), in eigener Niederlassung (19,5%; n=87), in Niederlassung in einer Praxisgemeinschaft (7,4%; n=33) oder eine Tätigkeit im Rettungswesen (7,2%; n=32) angegeben. Weniger häufig werden Tätigkeiten außerhalb der Medizin (2,7%; n=12), in MVZ (2,2%; n=10), in öffentlichen Einrichtungen (1,8%; n=8), in Reha-Kliniken (1,3%; n=6) oder bei der Bundeswehr (0,7%; n=3) genannt. 2,5% (n=11) der Teilnehmer geben an, sich bereits im Ruhestand zu befinden.

Abbildung 11 verdeutlicht die Unterschiede in der Verteilung der Fachbereiche zwischen den in Niederlassung und den in der stationären Versorgung tätigen Studienteilnehmern mit einer abgeschlossenen Weiterbildung.

²⁶ In der Kategorie „Sonstige“ sind alle Werte < 2,5% zusammengefasst; dazu gehören: MVZ, „öffentliche Einrichtungen, ReHa-Kliniken, Bundeswehr

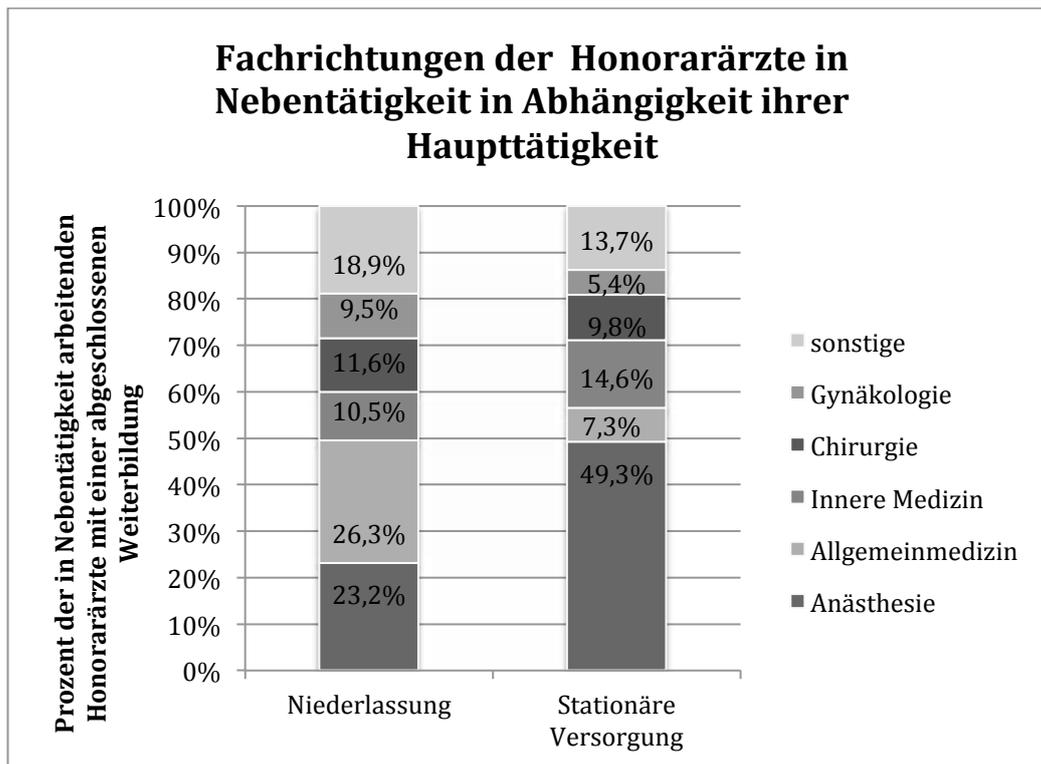


Abbildung 11: Fachrichtungen der als Honorarärzte in Niederlassung arbeitenden Studienteilnehmer mit einer abgeschlossenen Weiterbildung [%] in Abhängigkeit von der Haupttätigkeit

Niedergelassene Honorarärzte in Nebentätigkeit mit einer abgeschlossenen Weiterbildung stammen demnach vor allem aus den Fachbereichen Allgemeinmedizin (26,3%), Anästhesie (23,2%) und Innere Medizin (11,6%). Der Anteil der gynäkologisch tätigen Honorarärzten in Nebentätigkeit ist bei den niedergelassenen Studienteilnehmern im Vergleich zu den Teilnehmern, die hauptberuflich in der stationären Versorgung tätig sind höher (9,5% vs. 5,4%). Die in ihrer Haupttätigkeit in der stationären Versorgung arbeitenden Honorarärzte in Nebentätigkeit stammen fast zur Hälfte (49,3%) aus dem Fachbereich Anästhesie oder sind in der Inneren Medizin (14,6%) bzw. in der Chirurgie (9,8%) tätig.

Die in der stationäre Versorgung tätigen Ärzte sind dort zumeist Fachärzte (49,6%; n=114) oder bekleiden leitende Positionen (28,3%; n=65)²⁷. Ein Fünftel der Teilnehmer (22,2%; n=51) ist als Assistenzarzt im Krankenhaus beschäftigt.

In dieser Haupttätigkeit sind die befragten Ärzte im Mittel 37,6 Wochenstunden tätig (M: 37,6 h; SD: 15,2 h).

3.3.3. Daten zur Nebentätigkeit

Honorarärzte in Nebentätigkeit arbeiten vor allem in den Bereichen stationäre Versorgung (43,5% „häufig“ bzw. „sehr häufig“) und Rettungswesen (34,0%). Daneben werden Tätigkeiten im KV-Notdienst (15,7%), als Praxisvertreter (13,8%), als Gutachter (11,7%) und Tätigkeiten in ambulanten OP-Zentren (9,5%) angegeben. Weitere Funktionen / Tätigkeitsfelder sind: Dozent (8,0%), Prüfer von medizinischem Assistenzpersonal (6,1%), Auslandsrückholungen (4,9%), MVZ (2,8%) und Betriebsmedizin (1,8%). Eine ausführliche Gegenüberstellung der Tätigkeiten von Honorarärzten in Nebentätigkeit mit denen ihrer hauptberuflichen Kollegen erfolgt im Abschnitt 3.4.

Die honorarärztlichen Nebentätigkeiten werden für durchschnittlich 16,0 (M: 16,0 h; SD: 13,9 h) Wochenstunden ausgeübt. Somit leisten die Ärzte im Mittel 52,56 Arbeitsstunden pro Woche (M: 52,6 h; SD: 18,8 h) Dabei hat der Anteil der Nebentätigkeit im Laufe der Zeit bei mehr als der Hälfte der Teilnehmer (52,2%; n=230) zugenommen, bei einem Drittel (33,1%; n=146) ist er konstant geblieben und bei 14,7% (n=65) hat er abgenommen. Die honorarärztliche Nebentätigkeit wird von den Teilnehmern durchschnittlich seit 4 Jahren (M:3,9 Jahre; SD: 3,57 Jahre) ausgeübt.

²⁷ Leitende Positionen: Oberarzt (24,8%; n=57), Chefarzt (3,5%; n=8)

3.4. Hauptberuflich tätige Honorarärzte

Nachfolgend werden Daten über die als hauptberuflich tätigen Vertretungsärzte definierten Honorarärzte vorgestellt. Diese stellen einen Anteil von 45,4% (n=417) an der Studienpopulation.

3.4.1. Biografische und demografische Besonderheiten der hauptberuflichen Honorarärzte

Mit einem Altersdurchschnitt von 48,7 Jahren (SD: 10,3 Jahre; MD: 47,0) sind die hauptberuflichen Honorarärzte älter als ihre nebenberuflich als Honorararzt tätigen Kollegen (46,6 Jahre; SD: 10,3 Jahre; MD: 46,0). Sie sind im Durchschnitt aber jünger als die niedergelassenen Vertragsärzte (52,11 Jahre) [76]. Mehr als ein Drittel (34,1%; n=140) der befragten Honorarärzte sind Frauen, etwas weniger als zwei Drittel sind Männer (65,9%; n=273).

Die nachfolgende Abbildung stellt die Altersverteilung der hauptberuflichen Honorarärzte dar.

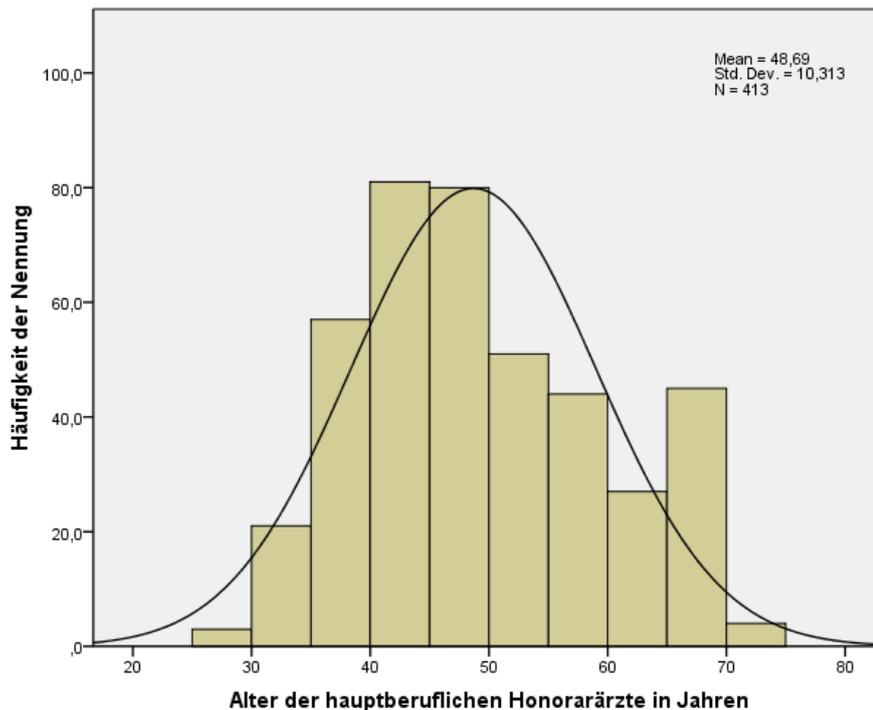


Abbildung 12: Altersverteilung der hauptberuflichen Honorarärzte unter den Studienteilnehmern in Jahren

Legt man der Altersverteilung der hauptberuflichen Honorarärzte eine Normalverteilung zu Grunde, sind die Altersgruppen zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr und die der Gruppe der 65–70-jährigen Ärzte überrepräsentiert. Weniger Honorarärzte als eine Normalverteilung erwarten ließe, finden sich in den Altersgruppen der 50–65-jährigen und 25–29-jährigen Ärzte.

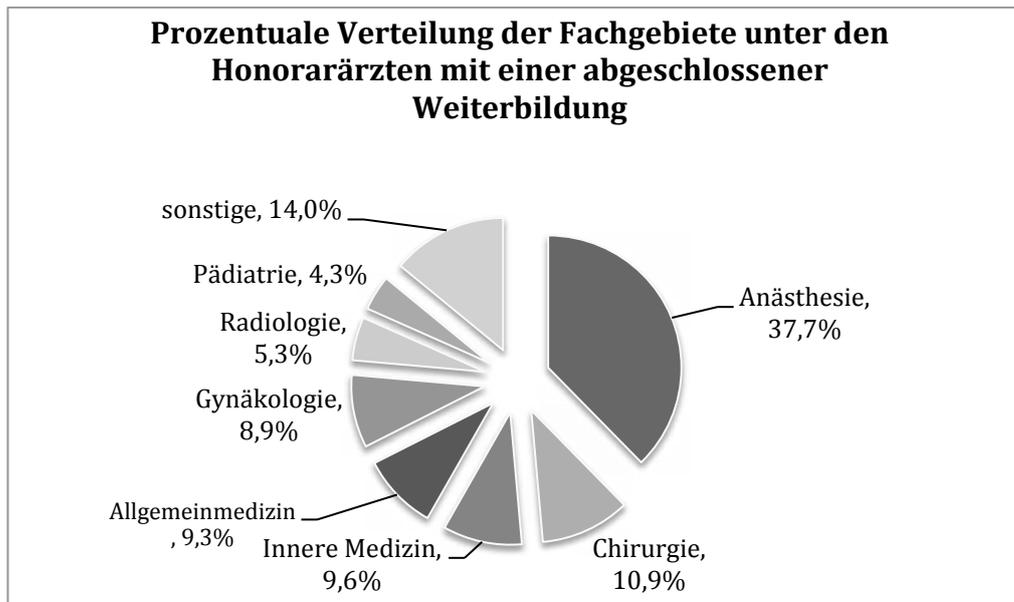


Abbildung 13: Prozentuale Verteilung der Fachgebiete unter den hauptberuflichen Honorarärzten mit einer abgeschlossenen Weiterbildung²⁸

Die Verteilung der Fachgebiete der hauptberuflich als Honorararzt tätigen Fachärzte unterscheidet sich von der ihrer honorarärztlichen Kollegen in Nebentätigkeit (Abbildung 13). Der Anteil der Anästhesie (37,7% vs. 43,4%), der Allgemeinmedizin (9,3% vs. 14,7%) und der Inneren Medizin (9,6% vs. 12,0%) ist jeweils niedriger. Hingegen ist der Anteil der chirurgischen Gebietsbezeichnungen (10,9% vs. 9,3%), der Gynäkologie (8,9% vs. 7,2%) und der Radiologie (5,3% vs. 2,1%) deutlich größer. Selbiges trifft auf die Gebiete der Pädiatrie (4,3% vs. 0,9%) und der Dermatologie (3,6% vs. keine Nennung) zu.

²⁸ Zur besseren Übersicht sind Werte < 4% im Diagramm nicht dargestellt.

3.4.2. Vorherige Tätigkeit der hauptberuflichen Honorarärzte

Vor Aufnahme ihrer neuen Tätigkeit waren die hauptberuflichen Honorarärzte zumeist in der stationären Versorgung (75,8%; n=282) oder in Niederlassung (21,2%; n=67) tätig. Die zuvor in Niederlassungen tätigen Studienteilnehmer hatten zumeist eine eigene Praxis (12,1%; n=45) oder arbeiteten in einer Gemeinschaftspraxis (5,9%; n=22) oder als Praxisassistent (3,2%; n=12). Selten werden auch Tätigkeiten außerhalb der Medizin (1,3%; n=5), im Rettungswesen (0,8%; n=3), in öffentlichen Einrichtungen (0,5%; n=2) oder in der Betriebsmedizin (0,3%; n=1) als vorheriges Arbeitsgebiet von den Studienteilnehmern angegeben.

Die zuvor in der stationären Versorgung tätigen Honorarärzte waren dort zu über einem Drittel als Facharzt (34,5%; n=96) oder in leitender Funktion (38,9%; n=108) tätig. Die früher in leitender Funktion tätigen Honorarärzte waren entweder als Oberarzt (26,3%; n=73) oder als Chefarzt (12,6%; n=35) beschäftigt. Etwas mehr als ein Viertel (26,6%; n=74) der früher in der stationären Versorgung tätigen Ärzte waren dort als Assistenzarzt angestellt.

3.4.3. Gründe für die Aufnahme der Tätigkeit als Honorararzt

Ein wichtiger Fokus wurde beim Studiendesign auf die möglichen Gründe für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit gelegt, da sich zum einen hierzu in der Literatur keinerlei verlässliche Daten finden (vgl. Kapitel 1) und zum anderen die Gründe für das Verlassen der angestammten Tätigkeit Rückschlüsse auf aktuelle Probleme der Ärzteschaft zulassen könnten. In Abbildung 14 sind die von den Teilnehmern angegebenen Gründe für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit dargestellt.

Gründe für den Wechsel in die Honorararztstätigkeit

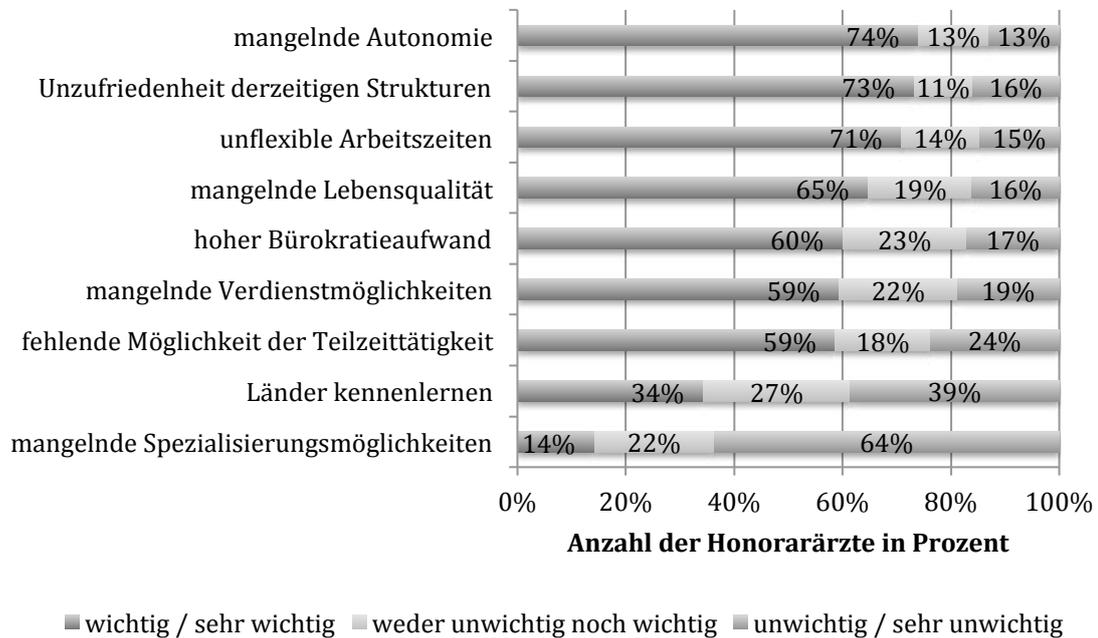


Abbildung 14: Gründe für den Wechsel in die Honorararztstätigkeit

Honorarärzte sehen demnach vor allem in der mangelnden Autonomie (74,1%), in der Unzufriedenheit mit derzeitigen Strukturen (73,2%), in den unflexiblen Arbeitszeiten (70,9%) und in der mangelnden Lebensqualität (64,7%) „wichtige“ bzw. „sehr wichtige“ Gründe ihre angestammten Tätigkeitsbereiche aufzugeben. Weitere „wichtige“ bzw. „sehr wichtige“ Gründe sind außerdem der hohe Bürokratieaufwand (60,1%), die mangelnden Verdienstmöglichkeiten (59,4%) und die fehlende Möglichkeit, in Teilzeit tätig zu sein (58,7%). Auch die Möglichkeit andere Länder kennenzulernen (34,3%) wurde als Grund für den Wechsel angegeben. Die mangelnden Spezialisierungsmöglichkeiten werden von 63,7% der Antwortenden als „unwichtig“ bzw. „sehr unwichtig“ angesehen und stehen damit als Grund für den Wechsel nicht im Vordergrund.

3.4.4. Vor- und Nachteile der Honorararztstätigkeit

Vorteile der Honorararztstätigkeit

Als Vorteile ihrer neuen Tätigkeit sehen Honorarärzte vor allem den Autonomiegewinn (81,4%), die zu 100% bezahlten Überstunden (80,6%), die selbstbestimmten bzw. flexibleren Arbeitszeiten (80,2% bzw. 78,5%) und die Zunahme an Lebensqualität (77,8%). Als weitere wichtige Vorteile wurden bessere Verdienstmöglichkeiten (77,4% Zustimmung), Freiheitsgewinn (72,1%), selbstständigeres Arbeiten (71,6%), die Wertschätzung der eigenen Tätigkeit (66,7%) und der Wegfall von Bürokratie (68,9%) und Hierarchien (66,9%) genannt. Als weniger wichtigen Vorteil erachten die Studienteilnehmer die Möglichkeiten zur Erweiterung der eigenen Qualifikation (61,5%). Die bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf sehen immer noch 54,2% als Vorteil und der Wegfall von Bereitschaftsdiensten wird nur von 42,9% als Vorteil wahrgenommen.

Nachteile der Honorararztstätigkeit

Als nachteilig empfinden die Honorarärzte vor allem die Abwesenheit von der Familie (59,1%) und die unsichere Rechtslage (55,4% Zustimmung) bezüglich der Scheinselbstständigkeit und der Monomitgliedschaft in einer Ärztekammer / Ärzteversorgung bei Tätigkeit in mehreren Kammerbezirken.

Die Hälfte der Studienteilnehmer sieht im wirtschaftlichen Risiko (50,3%) und in unklaren Versicherungsfragen (Stichwort: Haftungsrechtliche Gleichstellung mit angestellten Kollegen) (47,8%) einen Nachteil. Weniger als die Hälfte der Teilnehmer bemängelt die fehlende Anerkennung des Berufsbildes Honorararzt (46,0%), die fehlende soziale Absicherung (45,8%) und die fehlende Kontinuität in der Patientenversorgung (39,4%). Das fehlende Teamwork (33,5%), häufig wechselnde Kollegen (33,0%) und wechselnde Arbeitsabläufe (31,1%) stellen dieser Umfrage nach für die Mehrheit keinen Nachteil der Honorararztstätigkeit dar.

Auch Probleme mit Institutionen (41,0%) oder eine fehlende Beratung (37,7%) wird von einigen Honorarärzten als Nachteil wahrgenommen.

Zusätzlich geben die Studienteilnehmer vereinzelt an, dass die langen Reisezeiten, die teilweise ungastliche Unterkunft und die fehlende Einbindung in das soziale Gefüge des Einsatzortes Nachteile darstellen. Ein Teil der Honorarärzte befürchtet, dass sich eine Honorararztstätigkeit bei einer Bewerbung auf eine Festanstellung negativ auswirken könnte. Die oben genannte unsichere Rechtslage wird im Kapitel „Sorgen und Probleme der Honorarärzte“ erneut aufgegriffen und näher dargestellt.

3.4.5. Rahmenbedingungen der hauptberuflichen Honorararztstätigkeit

Tätigkeitsbereiche

In Abbildung 15 sind die Tätigkeitsbereiche der Honorarärzte (HA, hauptberuflich als Honorararzt tätig) denen der honorarärztlich tätigen (HAE, nebenberuflich als Honorararzt tätig) Ärzte gegenübergestellt.

Vergleich der Häufigkeit der Tätigkeiten zwischen hauptberuflichen Honorarärzten und Honorarärzten in Nebentätigkeit (HAE)

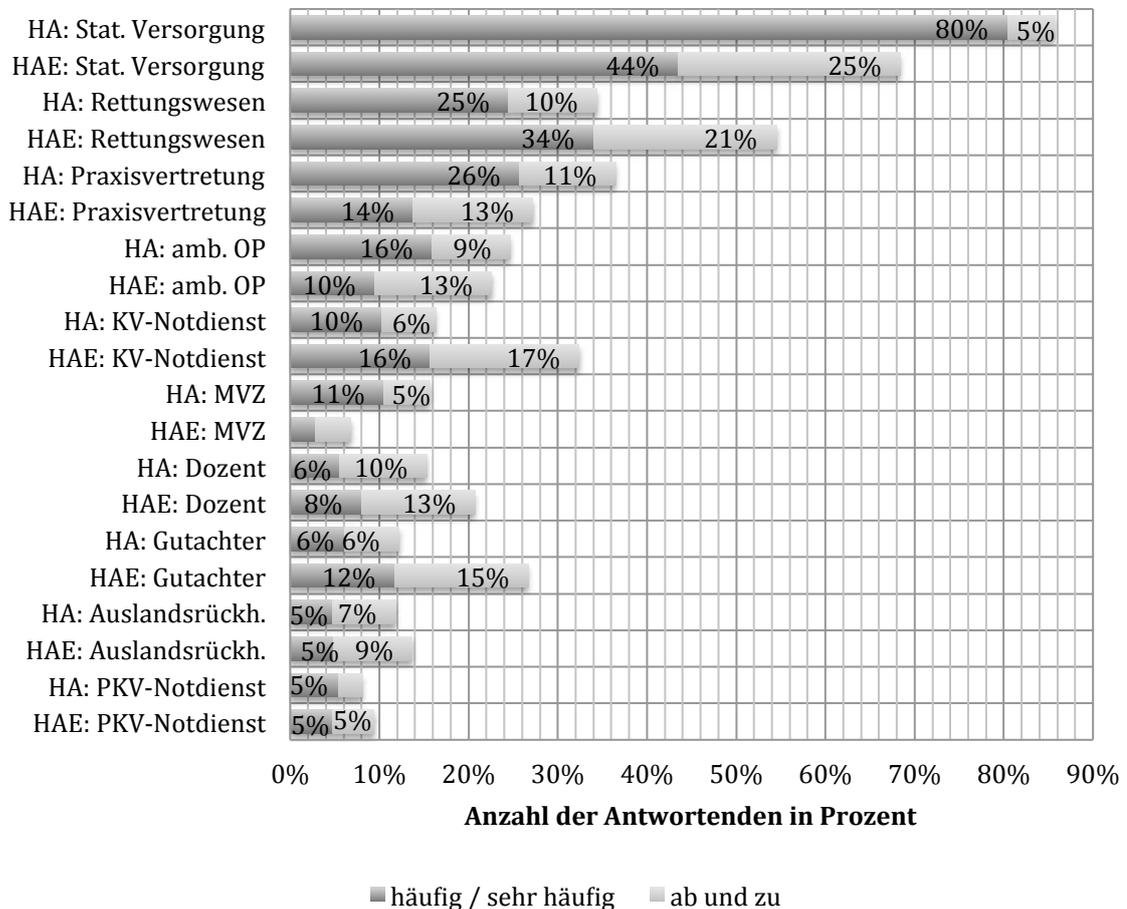


Abbildung 15: Vergleich der Häufigkeit der ausgeübten Tätigkeit zwischen hauptberuflichen Honorarärzten (HA) und Honorarärzten in Nebentätigkeit (HAE) ²⁹

Die Häufigkeit der Einsatzgebiete zwischen hauptberuflich und nebenberuflich tätigen Honorarärzten ist unterschiedlich verteilt. So geben hauptberufliche Honorarärzte zu 80,4% an „häufig/sehr häufig“ in der stationären Versorgung tätig zu sein, im Vergleich zu 43,5% ihrer nebenberuflichen Kollegen. Im Bereich der Praxisvertretung finden sich ebenfalls häufiger hauptberufliche Honorarärzte (HA: 25,7% vs. HAE:

²⁹ Werte < 5% sind zur besseren Übersicht nicht beschriftet; weiterhin sind folgende Tätigkeiten mit < 10% („häufig/sehr häufig“ + „ab und zu“) nicht gelistet: Forschung; Betriebsmedizin, Prüfer von medizinischem Assistenzpersonal.

13,8%). Im Rettungswesen (HAE: 34,0% vs. HA: 24,5%), in KV-Notdiensten (HAE: 15,7% vs. HA: 10,3%) und im Gutachterwesen (HAE: 11,7% vs. HA: 6,1%) sind hingegen die nebenberuflichen Honorarärzte häufiger tätig.

In den Bereichen Forschung (HA: 5,0% „häufig/sehr häufig“; 4,4% „ab und zu“ vs. HAE: 1,4% „häufig/sehr häufig“; 2,7% „ab und zu“) und Betriebsmedizin (HA: 5,0% „häufig/sehr häufig“; 4,4% „ab und zu“ vs. HAE: 1,4% „häufig/sehr häufig“; 2,7% „ab und zu“) finden sich eher hauptberufliche Honorarärzte, wo hingegen ihre nebenberuflichen Kollegen eher als Prüfer von medizinischem Assistenzpersonal anzutreffen sind³⁰.

Tätigkeitsdauer

Die oben genannten Tätigkeiten führen die Honorarärzte im Durchschnitt seit 2,8 Jahren (SD: 2,56 Jahre) und mit jeweils 39,1 (SD: 16,42) Wochenstunden aus.

Fortbildungsschwerpunkte

Fortbildungsschwerpunkte legen hauptberufliche Honorarärzte vor allem auf die Vertiefung bzw. Wiederholung von theoretischem Wissen (62,8%; n=262), auf die Schulung von praktischen Fertigkeiten (59,5%; n=248) und auf Inhalte anderer/angrenzender Fachbereiche (36,7%; n=153). Dabei legen sie im Vergleich zu ihren in Nebentätigkeit arbeitenden Kollegen keinen gesteigerten Wert auf Fortbildungen im Bereich Kommunikation (27,3% vs. 27,9%) Betriebswirtschaftslehre (9,4% vs. 9,8%), Qualitätsmanagement (10,1% vs. 14,0%) oder den Erwerb von Zusatzqualifikationen (29,7% vs. 40,1%).

3.4.6. Subjektive Veränderungen durch die Honorararztstätigkeit

Nach Angaben der meisten Honorarärzte hat sich durch die neue Tätigkeit ihre allgemeine Zufriedenheit mit dem eigenen Leben verbessert (75,1%). Für 19,3% ist sie gleichgeblieben und nur 5,6%

³⁰ im Diagramm nicht dargestellt

fühlen sich durch die neue Tätigkeit weniger zufrieden mit dem eigenen Leben.

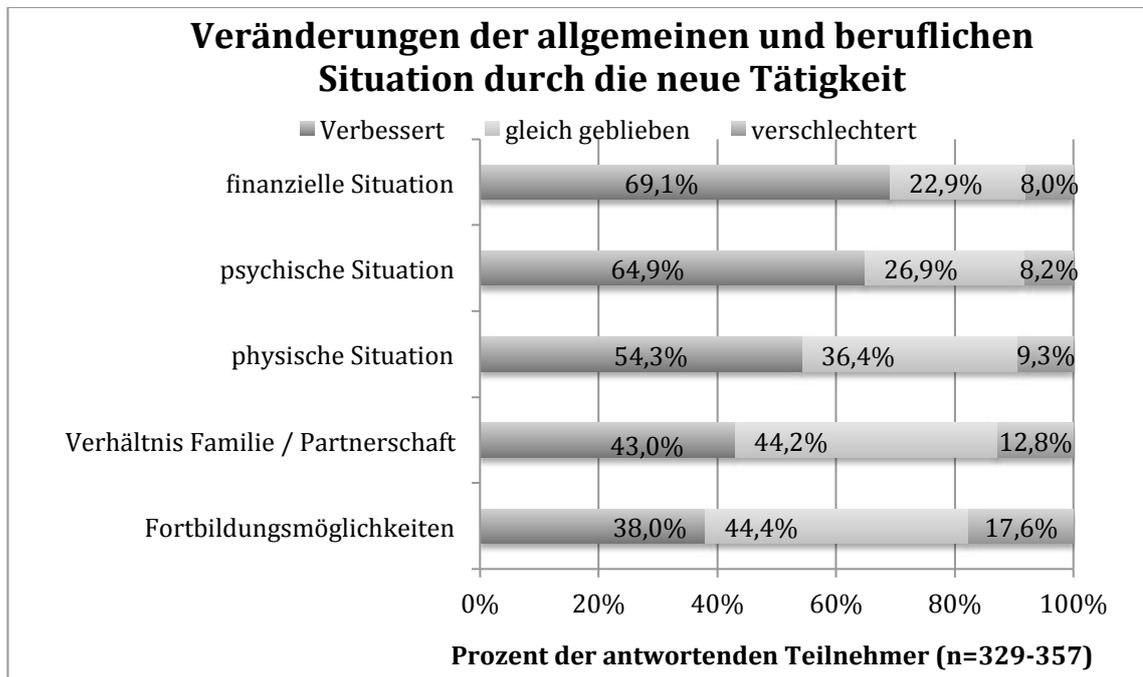


Abbildung 16: Veränderungen der allgemeinen und beruflichen Situation durch die neue Tätigkeit³¹

Neben der allgemeinen Zufriedenheit mit dem eigenen Leben hat sich vor allem die finanzielle Situation (69,1% Verbesserung) und die psychische Situation (64,9% Verbesserung) der antwortenden hauptberuflichen Honorarärzten verbessert (Abbildung 16). Daneben hat die neue Tätigkeit auch einen positiven Einfluss auf ihre allgemeine physische Situation (54,3% Verbesserung). Hingegen sind mehrheitlich keine Auswirkung auf das Verhältnis zur Familie/Partnerschaft (44,2% keine Veränderung) und auf die Fortbildungsmöglichkeiten (44,4% keine Veränderung) zu spüren. Immerhin 12,8% der Befragten berichten von einer Verschlechterung im Verhältnis zur Familie/ Partnerschaft und 17,6% von einer Verschlechterung der Fortbildungsmöglichkeiten.

³¹ Da es sich um eine freiwillige Frage handelt, gibt es unterschiedliche Anzahlen an Teilnehmern, die sich zu den Teilaspekten der Frage geäußert haben.

Arbeitsintensität

Anschließend wird untersucht, in wie weit sich die Arbeitszeit und die Arbeitsintensität von der früheren Tätigkeit unterscheidet. Dabei gibt mehr als die Hälfte der hauptberuflichen Honorarärzte (51,4%) an, dass sie heute deutlich weniger arbeiten als früher, für ein Viertel (24,2%) hat sich die Arbeitszeit nicht geändert und 24,4% leisten im Vergleich zur vorherigen Tätigkeit sogar mehr Arbeitsstunden. Neben der Anzahl der Arbeitsstunden beeinflusst auch die Arbeitsintensität die berufliche Beanspruchung. Über die Entwicklung der Arbeitsintensität im Vergleich zur vorherigen Tätigkeit lässt sich keine definitive Aussage machen, da etwa ein Drittel (35,0%) der hauptberuflichen Honorarärzte angeben, dass die Arbeitsintensität gleich geblieben sei. Ein weiteres Drittel (30,8%) bemerkt eine Abnahme und das letzte Drittel (30,1%) eine Zunahme der Intensität.

Veränderungen der eigenen Fähigkeiten & Fertigkeiten

Verbesserungen in ihren eigenen beruflichen Fähigkeiten und Fertigkeiten sehen Honorarärzte vor allem in den Bereichen der Flexibilität (66,4% Verbesserung) und in ihrem Selbstbewusstsein (59,2%) Verbesserung). Auch für ihre Kommunikationsfertigkeiten (40,5% Verbesserung), ihre soziale Kompetenz (40,8% Verbesserung) und für ihre EDV-Kenntnisse (41,8% Verbesserung) geben die hauptberuflichen Honorarärzte an, sich verbessert zu haben. Nachteilig wirkt sich die Honorararztstätigkeit nach Angaben der Studienteilnehmer vor allem auf die Fähigkeit wissenschaftlich zu arbeiten (45,7% Verschlechterung), auf die kontinuierliche Patientenversorgung (36,1% Verschlechterung) und auf die Fertigkeiten der Intensivmedizin (34,5% Verschlechterung) aus. Nur geringe Veränderungen sehen Honorarärzte jeweils in ihren Fähigkeiten in der Personalführung (51,3% „gleich geblieben“), in ihrer Kenntnis der Leitlinien (53,5% „gleich geblieben“) und in ihren manuellen Fertigkeiten (55,0% „gleich geblieben“).

Routineverlust

Etwa ein Fünftel (19,0%; n=98) der antwortenden Honorarärzte (n=346) hat das Gefühl, dass ihnen in gewissen Bereichen ihrer Tätigkeit die Routine fehlt. Die dabei im Freitext gegebenen Antworten beziehen sich vielfach auf Teilbereiche des jeweiligen Fachgebietes oder auf organisatorische Abläufe an der neuen Arbeitsstätte. Häufig wird als Teilbereich die Intensivmedizin (n=31), aber auch die operative Versorgung (n=18) und die Notfallversorgung (n=10) genannt. Am Beispiel des Fachgebietes der Anästhesie wird deutlich, dass Honorarärzte häufig in Randgebieten ihrer Tätigkeit eine mangelnde Routine feststellen: Besonders häufig werden hier Regionalanästhesie (n=9) und Kinderanästhesie (n=7) genannt. Neben dem Verlust der fachlichen Routine bemerken Honorarärzte auch Einbußen in der organisatorischen Routine wie bei der EDV (n=3) oder in der Verwaltung (n=3).

Teilweise begründen die Teilnehmer bereits in den Freitextantworten den Routineverlust. Sie schildern ihn als Resultat einer Fokussierung auf die Teilgebiete des Faches, die ihnen am meisten Freude machen. So gibt ein Honorararzt mit abgeschlossener Weiterbildung in der Anästhesie an, dass ihm im Bereich der Intensivmedizin die Routine fehle, da er als Schwerpunkt fast nur in der Anästhesie tätig sei. Ein anderer Honorararzt sagt, dass er in den Bereichen Herzlungenmaschine (HLM), Kardioanästhesie und Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) die Routine verloren hätte, dieses aber nicht als Verlust empfinde.

3.4.7. Probleme und Wünsche der Honorarärzte

Einige Honorararztkollegen berichten nach Angaben des BV-H zu Beginn ihrer Tätigkeit über Probleme mit Institutionen, wie der Ärzteversorgung oder den Ärztekammern. In der Umfrage gibt etwa ein Fünftel (19,5%; n=74) der hierzu Angaben machenden hauptberuflichen Honorarärzte (n=380) an, auf Probleme mit Institutionen gestoßen zu sein. Bei den Institutionen handelt es sich zumeist um die Ärzteversorgungswerke

(11,0%; n=46) und Ärztekammern (10,1%; n=42). Wesentlich seltener um Versicherungen (3,8%; n=16), das Finanzamt (2,4%; n=10), die KV(2,4%; n=10), Banken (1,7%; n=7) oder die Rentenkasse (1,4%; n=6).

Probleme der Honorarärzte mit den Ärztekammer/Ärzteversorgungswerken

Ein häufiges Problem mit Ärztekammern und Ärzteversorgungswerken ist nach den Freitextantworten die Frage nach der geografischen Zuständigkeit bei Tätigkeiten in mehreren Kammerbezirken (Stichwort: Mehrfachmitgliedschaft vs. Monomitgliedschaft). Bei Banken werden vor allem eine Herabstufung der Kreditwürdigkeit und bei den Finanzämtern die ungelöste Frage der Scheinselbstständigkeit als Probleme genannt.

Von den Honorarärzten gewünschte Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen

Handlungsbedarf von Seiten des Gesetzgebers bezüglich der Rahmenbedingungen des Honorararztwesens (Abbildung 25) sieht mehr als die Hälfte (57,8%; n=186) der hierauf antwortenden Studienteilnehmer (n=322).

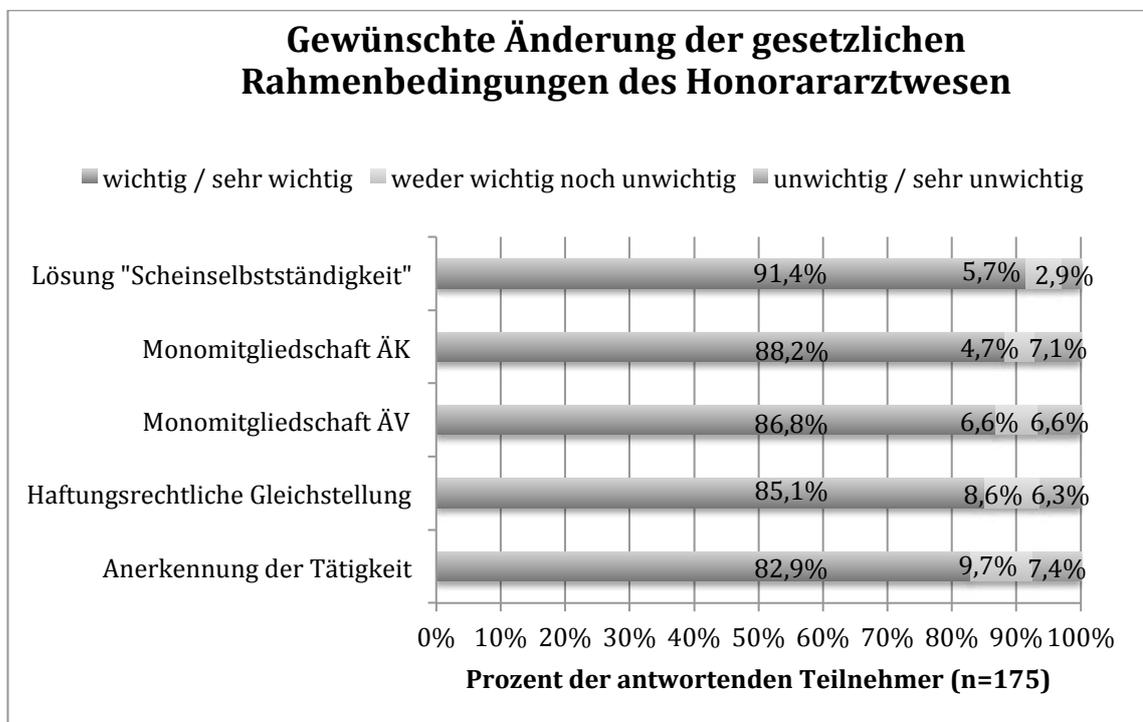


Abbildung 17: Gewünschte Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen des Honorararztwesens

Dabei ist ihnen vor allem die Lösung des Problems der Scheinselbstständigkeit (91,4%), die Möglichkeit zur Monomitgliedschaft in nur einer Ärztekammer (88,2%) und in nur einer Ärzteversorgung (86,6%) „wichtig“ bzw. „sehr wichtig“. Darüber hinaus sehen sie in der haftungsrechtlichen Gleichstellung mit angestellten Kollegen (85,1%) sowie bei der Anerkennung der Honorararztstätigkeit (82,8%) von Seiten der Ärztekammern Handlungsbedarf.

Etwa ein Viertel (23,1%) der Honorarärzte geben an, die aktuellen Regelungen der Ärztekammern nicht zu kennen oder mit ihnen zufrieden zu sein (13,2%). Bei den gesetzlichen Regelungen der Ärzteversorgung zeigt sich ein ähnliches Bild: Auch hier ist es von etwa einem Drittel der Befragten der dringendste Wunsch, die Mitgliedschaft zu vereinfachen (29,5%), etwa ein Viertel (24,0%) ist mit den bestehenden Regelungen zufrieden und 16,1% kennen die jeweiligen Regelungen nicht. 19,5% plädieren für eine Vereinheitlichung der Ärzteversorgungswerke und 10,6% wünschen eine Beitragssenkung für Honorarärzte.

Verbesserung der Qualität der Honorarärzte durch Veränderungen seitens des Gesetzgebers und der Ärztekammern

Die Qualität der Arbeit der Honorarärzte kann durch diese Studie nicht direkt untersucht bzw. gemessen werden. Um die Qualität der Versorgung durch die Honorarärzte zu verbessern, wurden die Honorarärzte gefragt, welche Maßnahmen von Seiten des Gesetzgebers und der Ärztekammern ihrer Meinung nach zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung geeignet wären (Abbildung 18).

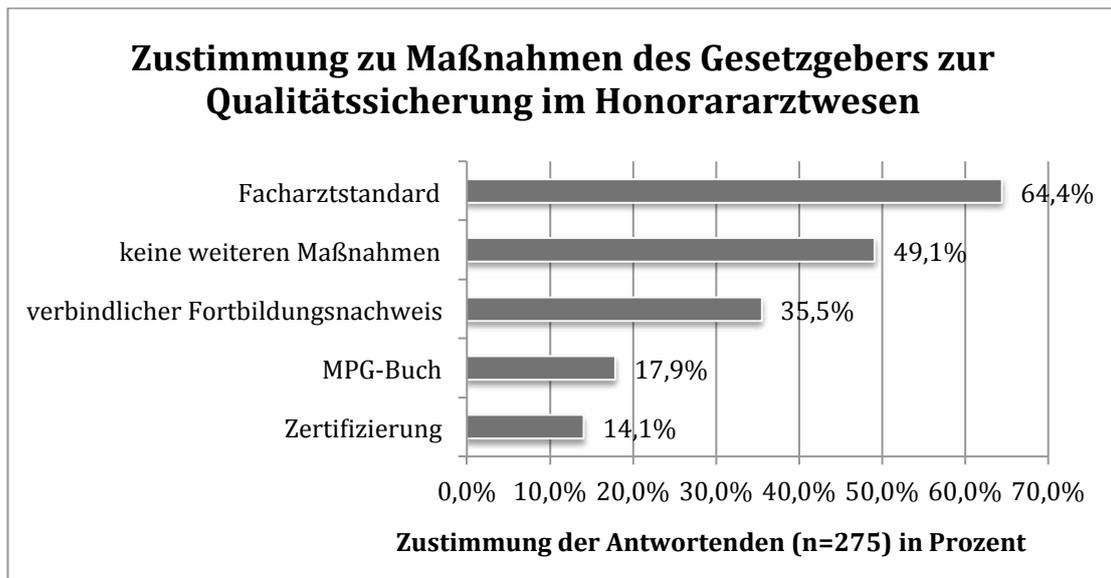


Abbildung 18: Zustimmung zu Maßnahmen des Gesetzgebers zur Qualitätssicherung im Honorararztwesen

64,4% der antwortenden Honorarärzte befürworten die Einführung des Facharztstandards als Voraussetzung für die Tätigkeit als Honorararzt als Maßnahme der Qualitätssicherung. Die Einführung eines verbindlichen Fortbildungsnachweises befürworten nur 35,5% der Honorarärzte und 41,4% lehnen dies ab. 49,1% sind der Meinung, dass der Gesetzgeber keine weiteren Maßnahmen zur Qualitätssicherung bzw. zur Qualitätsverbesserung treffen sollte. Einer Zertifizierung als Honorararzt (14,1% Zustimmung) und der Einführung eines Medizinproduktebuches zum Nachweis der Einweisung nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) (17,9% Zustimmung) als Maßnahmen der Qualitätssicherung stehen die Studienteilnehmer ablehnend gegenüber.

3.4.8. Zukunftsperspektive aus Sicht der Honorarärzte

Ihre Zukunft als Honorarärzte sehen die Studienteilnehmer zum überwiegenden Teil positiv. 66,2% (n=215) der antwortenden hauptberuflichen Honorarärzte (n=325) können es sich vorstellen, dauerhaft als Honorararzt tätig zu sein, 19,1% (n=62) sind noch unentschieden und 14,8% (n=48) möchten die Honorararztstätigkeit in Zukunft aufgeben. Von ihren hierzu antwortenden in Nebentätigkeit arbeitenden honorarärztlichen Kollegen (n=388) kann es sich die Hälfte

(50,5%; n=196) der Ärzte vorstellen, ihre angestammte Tätigkeit aufzugeben und stattdessen dauerhaft als hauptberuflicher Honorararzt tätig zu sein. Ein Viertel (24,0%; n=93) der Teilnehmer kann dies für sich ausschließen und ein weiteres Viertel (25,5%; n=99) ist noch unschlüssig.

3.4.9. Beendigung der Honorararztstätigkeit: Zeitraum, Gründe, Tätigkeitsbereich

Honorarärzte, die in der vorherigen Frage angeben, ihre Tätigkeit beenden zu wollen, werden nach ihren konkreten Gründen für die geplante Aufgabe gefragt. Die Teilnehmer, die es sich vorstellen können, dauerhaft als Honorararzt tätig zu sein, wurden gebeten, mögliche Gründe für die Aufgabe der Tätigkeit zu nennen. Weiterhin sollten sie Bedingungen angeben, die sie veranlassen würden, in die ursprüngliche Tätigkeit zurückzukehren.

Gründe für die Aufgabe der Honorararztstätigkeit

Als Gründe für die Aufgabe der Honorararztstätigkeit werden von den hauptberuflichen Honorarärzten vor allem Altersgründe (n=19), der Beginn des Ruhestandes (n=8) und der nicht näher begründete Wunsch nach Rückkehr in eine Festanstellung oder in eine eigene Niederlassung (n=8) genannt. Weiterhin veranlassen die häufige Reisetätigkeit und die damit verbundene „geringe Zeit zu Hause“, die fehlende Konstanz in der Tätigkeit, die hohe Arbeitsbelastung und die fehlende Möglichkeit der Weiterbildung (je n=4) die Teilnehmer die Honorararztstätigkeit zu beenden.

Zeitraum der Tätigkeitsaufgabe

Über den Zeitpunkt, zu dem die Befragten ihre Honorararztstätigkeit aufgeben wollen, können keine definitiven Aussagen getroffen werden, da im Fragebogen in der Freitextangabe (in Zahlenwerten) häufig eine konkrete Zeiteinheit zu den Angaben fehlt. Legt man den Angaben der Teilnehmer die Einheit „Monate“ zu Grunde und wertet Angaben im niedrigen einstelligen Bereich (1–2) als Jahre, so ergibt sich ein

durchschnittlicher Zeitraum von etwa 3,5 Jahren (40,3 Monate), innerhalb derer die Befragten ihre Honorararztstätigkeit beenden möchten.

Bereich der Rückkehr nach Tätigkeitsaufgabe

Dabei wird von den hauptberuflichen Honorarärzten zumeist eine Rückkehr in die stationäre Versorgung in Deutschland (n=43), in die Niederlassung in einer Praxisgemeinschaft in Deutschland (n=29), in die eigene Niederlassung in Deutschland (n=20) oder in ein MVZ in Deutschland (n=20) angestrebt. Ein Teil der befragten hauptberuflichen Honorarärzte möchte nach Beendigung der Honorararztstätigkeit eine Tätigkeit im Ausland aufnehmen. Dabei wird vor allem eine Tätigkeit in der stationären Versorgung (n=26) oder in Niederlassung (n=15) angestrebt. Ein weiterer Teil der hauptberuflichen Honorarärzte möchte nach der Honorararztstätigkeit ohne ärztliche Tätigkeit in Deutschland (n=21) bleiben³².

Gründe für die Aufgabe der Honorararztstätigkeit

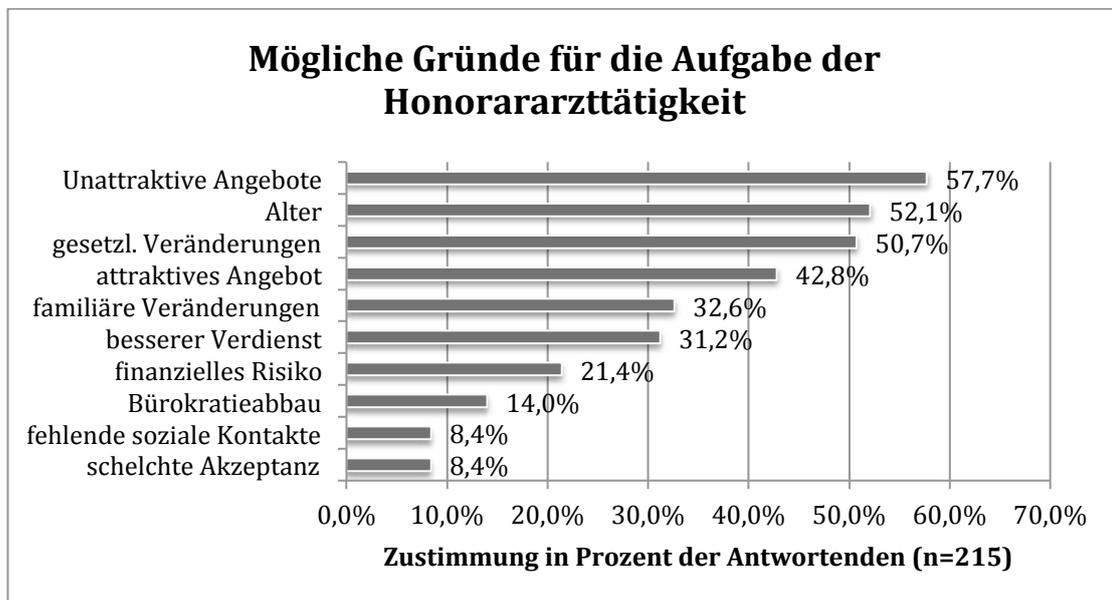


Abbildung 19: Mögliche Gründe für die Aufgabe der Honorararztstätigkeit

Honorarärzte, welche dauerhaft in der Honorararztstätigkeit verbleiben möchten, sehen mögliche Gründe für eine Aufgabe der aktuellen

³² Geplante Tätigkeiten die von weniger als 5 Teilnehmern genannt werden, sind hier nicht aufgeführt.

Tätigkeit (Abbildung 19) ebenfalls vor allem im Alter (52,1% Zustimmung; n=112) und in einer geänderten Auftragsituation, wenn beispielsweise nur noch unattraktive Angebote im Honorararztbereich existieren (57,7%; n=124). Mehr als 40% (42,8%; n=92) der Befragten können es sich vorstellen, die Honorararztstätigkeit bei einem attraktiven Angebot im niedergelassenen oder stationären Bereich zu beenden. Gesetzliche Veränderungen - wie berufsrechtliche Erschwernisse - wären für etwas mehr als die Hälfte (50,7%; n=92) der Teilnehmer ebenfalls ein möglicher Grund, die Honorararztstätigkeit aufzugeben. Etwa ein Drittel der antwortenden hauptberuflichen Honorarärzte kann es sich bei familiären Veränderungen (32,6%; n=70) oder bei einem besseren Verdienst in den Kliniken/Praxen (31,2%; n=67) vorstellen, in die alte Tätigkeit zurückzukehren. Fehlende soziale Kontakte im Arbeitsumfeld (8,4%; n=18), eine fortbestehend schlechte Akzeptanz durch das Pflegepersonal und/oder durch ärztliche Kollegen (8,4%; n=16), ein möglicher Bürokratieabbau in den Kliniken/Praxen (14,0%; n=30) und das finanzielle Risiko (21,4%; n=46) werden von den hauptberuflichen Honorarärzten eher selten als mögliche Gründe gesehen, die Honorararztstätigkeit zu beenden. Weiter werden als Freitextantworten noch gesundheitliche Beeinträchtigungen (n=8), eine Tätigkeit im Ausland (n=4) und die Reisetätigkeit (n=4) durch weit entfernte Arbeitsorte als mögliche Gründe für die Aufgabe der Honorararztstätigkeit genannt.

Geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen, die Honorarärzte dazu veranlassen würden in ihre angestammte Tätigkeit zurückzukehren

Sollten sich die gesetzlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen der angestammten Tätigkeit verändern, können Honorarärzte es sich vorstellen, in ihre vorherige Tätigkeit zurückzukehren (Abbildung 20).

Geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen, die Honorarärzte dazu veranlassen würden in ihre angestammte Tätigkeit zurückzukehren

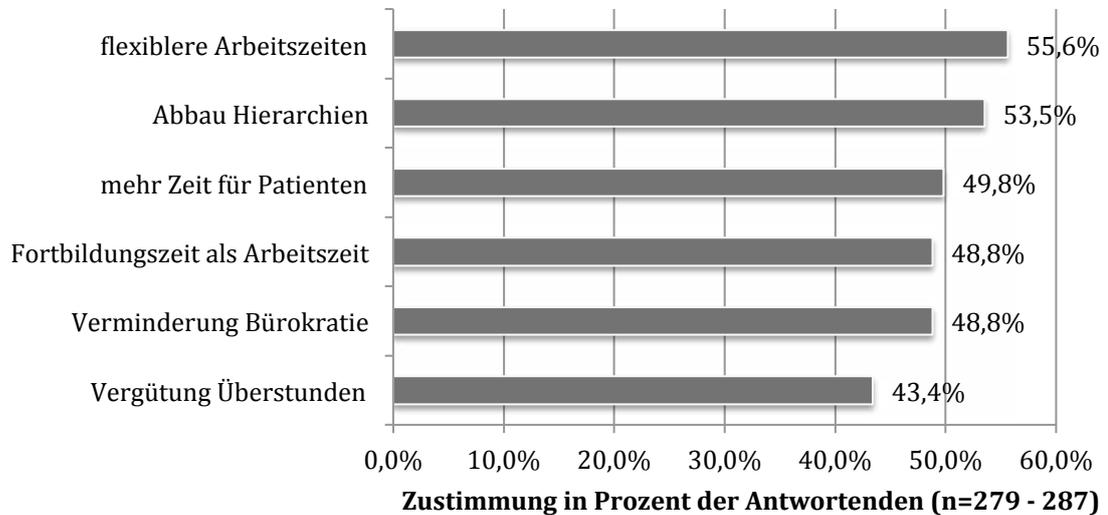


Abbildung 20: Geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen, die Honorarärzte dazu veranlassen würden, in ihre angestammte Tätigkeit zurückzukehren

Mehr als die Hälfte der hauptberuflichen Honorarärzte könnte sich bei flexibleren Arbeitszeiten (55,6%) und bei einem Abbau von bestehenden Hierarchien (53,5%) eine Rückkehr in eine Festanstellung oder in eigene Niederlassung vorstellen. Auch eine Verminderung der Bürokratie für den Arzt (48,8%) und dem daraus resultierenden „mehr an Zeit für die Patienten“ (49,8%), die Vergütung sämtlicher geleisteter Überstunden (43,4%) und die Einstufung von Fortbildungszeit als Arbeitszeit (48,8%) würde knapp die Hälfte der Honorarärzte dazu veranlassen, in eine Festanstellung zurückzukehren.

3.4.10. Selbsteinschätzung der Honorarärzte

Wichtige persönliche Voraussetzungen für die Tätigkeit als Honorararzt

Durch ständig wechselnde Arbeitsbedingungen in unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen unterliegen Honorarärzte hohen psychischen und physischen Anforderungen. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, müssen sie über gewisse persönliche Voraussetzungen verfügen. Über 90% der Studienteilnehmer erachten dabei eine schnelle Auffassungsgabe (92,7%), Kompetenz im eigenen Fachgebiet (92,5%) und ein hohes Maß an Flexibilität (90,6%) als „sehr wichtige“ bzw. „wichtige“ Charaktereigenschaften für die Tätigkeit als Honorararzt. Ebenfalls von großer Bedeutung sind demnach gute Umgangsformen (87,8%), gute Kommunikation (84,0%), Teamfähigkeit (83,8%), soziale Kompetenz (83,4%), professionelles Auftreten (81,4%) und ein gutes Selbstbewusstsein (79,4%). Eine hohe Risikobereitschaft wird von den meisten Studienteilnehmern eher als unwichtig empfunden (40,1%).

3.5. Honorarärzte in Weiterbildung

Nachfolgend werden die, sich noch in Weiterbildung befindlichen Teilnehmer (n=101) mit ihren Besonderheiten bezüglich der Demografie und der Tätigkeitsschwerpunkte dargestellt. Es werden schwerpunktmäßig die in Nebentätigkeit als Honorararzt arbeitenden Weiterbildungsassistenten (64,4% der Weiterbildungsassistenten) betrachtet. Allgemein ist zu den Weiterbildungsassistenten im Honorararztwesen anzumerken, dass die Ausübung einer Honorararztstätigkeit mit Ausnahme des Rettungswesens nach Vorgabe der BÄK und der KBV an den Facharztstandard gebunden sein sollte [22]. Diese Ansicht wird ebenfalls vom BV-H vertreten [29]. Entsprechend kritisch sind die honorarärztlichen Tätigkeiten durch Weiterbildungsassistenten außerhalb des Rettungswesens zu bewerten.

Demografische und berufsbiografische Daten

Die Weiterbildungsassistenten unter den Studienteilnehmern sind mit einem Altersdurchschnitt von 35,3 Jahren jünger und haben seltener Kinder (47,5%) als die Teilnehmer mit bereits abgeschlossener Weiterbildung (66,7%). Mehr als zwei Drittel sind Männer (67,7%) und weniger als ein Drittel Frauen (32,3%). Mehr als die Hälfte (52,5%) der honorarärztlich tätigen Weiterbildungsassistenten haben promoviert. Sie befinden sich in der Regel am Ende ihrer Weiterbildung, d.h. im 4. oder 5. Weiterbildungsjahr. Dabei sind sie häufig in den Fachbereichen der Inneren Medizin (34,9%) und Allgemeinmedizin (23,8%) tätig. Seltener stammen sie aus den Fachgebieten der Anästhesie (15,9%) und der Chirurgie (14,8%). Unter Chirurgie sind erneut die Fachbereiche Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie, Gefäßchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie zusammengefasst. Ihre Weiterbildung absolvieren die Teilnehmer zu mehr als zwei Drittel (68,4%) in der stationären Versorgung, in Niederlassung (8,8%) oder bei der Bundeswehr (3,5%). In ihrer Haupttätigkeit sind sie durchschnittlich 38,2 Wochenstunden tätig.

Tätigkeitsschwerpunkte der Weiterbildungsassistenten

Als Honorararztstätigkeit üben Weiterbildungsassistenten „häufig bzw. sehr häufig“ vor allem Tätigkeiten im Rettungswesen (42,2%), in der stationären Versorgung (40,4%) oder im KV-Notdienst (26,3%) aus. Dabei liegt der durchschnittlich erzielte Bruttostundenverdienst in der stationären Versorgung (52,10 €), bei Praxisvertretungen (42,10 €) und im Rettungswesen (26,60 €) deutlich unter dem von Fachärzten. Bei Auslandsrückholungen oder im KV-Notdienst unterscheidet sich die Vergütung der Weiterbildungsassistenten nicht von der der Fachärzte.

Hauptberufliche Honorarärzte in Weiterbildung

Mehr als die Hälfte der Weiterbildungsassistenten welche hauptberuflich als Honorarärzte tätig sind, sind Frauen (57,1%). Sie sind mit einem Altersdurchschnitt von 40,0 Jahren wesentlich älter und haben häufiger Kinder (51,4% vs. 46,2%) als ihre in Nebentätigkeit arbeitenden Kollegen in Weiterbildung. Des Weiteren sind sie seltener „nicht promoviert“ (66,7% vs. 46,2%) und stammen häufiger aus den Fachbereichen der Inneren Medizin (24,1%), der Allgemeinmedizin (20,7%) und der Psychiatrie (10,3%) und dafür seltener aus dem Fachbereich der Anästhesie (10,3%). Vor Aufnahme der Honorararztstätigkeit waren die Meisten in der stationären Versorgung (80,0%) oder außerhalb der Medizin (12,0%) für durchschnittlich 52,3 Wochenstunden tätig. Im Rahmen ihrer Honorararztstätigkeit arbeiten sie durchschnittlich 40,3 Wochenstunden und sind zum größten Teil („häufig bzw. sehr häufig“) in der stationären Versorgung (91,7%), im Rettungswesen (43,8%) oder als Praxisvertreter (22,2%) tätig.

4. Diskussion

4.1. Veröffentlichungen seit Beginn der Honorararztstudie

Seit der Publikation der ersten Zwischenauswertung der Honorararztstudie im „Deutschen Ärzteblatt“ und in der „Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen“ (ZEFQ) im Juni 2010 [138][139] hat die Berichterstattung über Honorarärzte in Deutschland deutlich zugenommen. Im Juni 2010 erschien zusammen mit der Zwischenauswertung im Deutschen Ärzteblatt ein Interview mit Dr. Schäfer, in dem er sich neben den Studienergebnissen auch mit der Motivation der Honorarärzte und mit der Tätigkeit assoziierten Problemen auseinandersetzt [109]. Im August 2010 setzten sich Roos et al. in ihrer Publikation „Honorararztverträge – Vielseitig einsetzbar“ im Deutschen Ärzteblatt mit den juristischen Fallstricken bei der Ausarbeitung eines Honorararztvertrages auseinander [112]. Ferner erschien im Jahr 2010 mit dem Buch „Honorararzt – Flexibilität und Freiberuflichkeit“ [115] von Schäfer der erste Praxisleitfaden zum Honorararztwesen in Deutschland [7]. Im Februar 2011 ist das Honorararztwesen in einem Leitartikel als „*Lösung auf Zeit*“ erneut Thema im Deutschen Ärzteblatt [48].

In einem Interview im Mai 2011 zeigt sich Dr. Frank, der erste Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, besorgt über den zunehmenden Einsatz von Honorarärzten im Fachbereich Chirurgie [111]. Vor allem folgende Punkte werden dabei von ihm kritisiert: fehlende Weiterbildung der Assistenten durch die Honorarärzte; Störung des sozialen Friedens im Krankenhaus durch unterschiedliche Vergütung von Leistungen (Honorararzt vs. Oberarzt); teilweise fehlende operative Erfahrung der Honorarärzte in der Chirurgie um gewisse Eingriffe selbstständig und qualitativ hochwertig durchzuführen. Vorteile sieht Frank darin, dass Honorarärzte das Leistungsspektrum einer Abteilung erweitern und das entsprechende Krankenhaus damit wettbewerbsfähiger machen können.

Zusätzlich zur stärkeren Präsenz in den Printmedien, berichten auch Funk und Fernsehen seit 2010 ebenfalls vermehrt über das Honorararztwesen in Deutschland [20]. Auch auf medizinischen Kongressen ist das Honorararztwesen immer häufiger Thema von Podiumsdiskussionen und Vorträgen [125][95]. So hat sich der Hauptstadtkongress 2011 in Berlin in einer eigenen Veranstaltung „Honorarärzte zu Zeiten der Personalknappheit – Segen oder Fluch“ mit dem Honorararztwesen beschäftigt. Des Weiteren hat der BV-H seit 2008 ein jährlich stattfindendes Symposium zum Thema Honorarärzte ins Leben gerufen [117].

4.2. Methodendiskussion

4.2.1. Diskussion der gewählten Untersuchungsmethode

Wie in Kapitel 2 „Material & Methoden“ dargestellt, wurde die Honorararztstudie onlinebasiert als Fragebogenstudie mit 77 Items durchgeführt. Zur Verifizierung und zur Optimierung wurde vor dem Beginn der Studie im September 2009 ein Pretest durchgeführt. Die Validität von onlinebasierten Fragebogenstudien ist in der empirischen Sozialforschung nicht unumstritten. Begründet werden die Zweifel an der Validität der so erhobenen Daten mit der Anonymität des Internets und vor allem mit der Tatsache, dass bei Weitem nicht alle Bundesbürger bereits über einen Zugang zum Internet verfügen [64]. Die Anonymität des Internets ist auch bei der vorliegenden Studie ein möglicher Kritikpunkt, da vor allem die Verifizierung, dass es sich bei den Studienteilnehmern wirklich um Honorarärzte handelt, schwierig ist. Wenn alle Ärztekammern Honorarärzte zum Studienzeitpunkt gesondert erfasst hätten, wäre es möglich gewesen Honorarärzte individuell anzuschreiben und ihnen einen individualisierten Zugang zuzusenden. Damit hätte garantiert werden können, dass ausschließlich Honorarärzte an der Studie teilnehmen. Da die bundesweite Erfassung der Honorarärzte zum Studienzeitpunkt jedoch nicht gegeben war, mussten die erhobenen Daten im Nachhinein verifiziert werden. Dazu wurden zum einen mittels der Software PASW doppelte Datensätze gesucht und

entfernt und Kontrollvariablen eingeführt. Zusätzlich wurden die Antworten von Teilnehmern, die nur die Pflichtfragen beantwortet hatten, ebenfalls entfernt um möglichst authentische Antworten der Zielgruppe zur Auswertung zu bekommen. Dennoch ist es nicht auszuschließen, dass vereinzelt auch Daten von Teilnehmern, die in Wirklichkeit keine Honorarärzte sind, in die Auswertung eingeflossen sind.

Ferner ist die fehlende Internetanbindung eines Teils der deutschen Bevölkerung im Zusammenhang mit onlinebasierten Fragebogenstudien kritisch zu sehen. Aktuelle Untersuchungen der InitiativeD21³³ gehen davon aus, dass im Jahr 2011 74,7% der deutschen Bevölkerung über einen Internetanschluss verfügen. Dabei hängt die Verbreitung eines Internetzugangs vor allem vom Alter und von der sozialen Schicht der Personen ab [64]. Da das Internet in akademischen Berufen ein weit verbreitetes Recherche- und Kommunikationsmedium darstellt, ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Ärzteschaft heute über Internetanschlüsse verfügt und somit an der Studie teilnehmen konnte [998]. Um Teilnehmer ohne Internetanschluss für die Studie zu rekrutieren, wurden von den teilnehmenden Ärztekammern teilweise Hinweise in ihren jeweiligen Publikationsorganen veröffentlicht. Darüber hinaus haben sich auch die Vermittlungsagenturen an der Verbreitung der Information beteiligt.

Ein weiterer möglicher Kritikpunkt der Onlinebefragung ist, dass die Untersuchung als offene Fragebogenstudie ohne vorherige Registrierung des Teilnehmers durchgeführt wurde. In der Untersuchungsgestaltung wäre eine Registrierung der Teilnehmer durchaus möglich gewesen. Da sich möglicherweise potenzielle Teilnehmer um die Wahrung ihrer Privatsphäre sorgen und bei der Notwendigkeit der Registrierung nicht an der Umfrage teilnehmen könnten, wurde auf eine derartige Zwangsregistrierung verzichtet. Weiterhin bleibt anzumerken, dass eine Registrierung nicht vor Missbrauch durch „Nicht-Honorarärzte“ schützt,

³³ Vgl. <http://www.initiaved21.de>

da sich jeder Internetnutzer dort hätte registrieren können. Insofern hat dieser Kritikpunkt keine große praktische Relevanz.

Wie bereits in Kapitel 2 dargestellt, hängt die Bereitschaft eines Probanden, bei der Beantwortung eines onlinebasierten Fragebogens wahrheitsgemäße Angaben zu machen, stark vom Vertrauen in den Untersucher ab [43]. Deshalb wurde bei der Konzeption der Studie darauf geachtet, dass die Studie unabhängig von Firmen oder anderen Organisationen gestaltet und durchgeführt wurde. Dies betrifft sowohl die Gestaltung des Fragebogens, als auch das Hosting der Webseite durch das ÄZQ und die Werbung von Studienteilnehmern. Die werbenden Firmen³⁴ und Ärztekammern³⁵ hatten weder einen Einfluss auf die Auswertung und Publikation der Ergebnisse, noch wurden ihnen vorab Ergebnisse zur Verfügung gestellt. Einzige Ausnahme hiervon bildet die gemeinsame Arbeitsgruppe der BÄK und KBV zum Honorararztwesen [22]. Die Unabhängigkeit der Untersuchung wurde den Probanden auf der Studienwebseite in der Rubrik "Informationen zur Studie" und im Einführungstext des Fragebogens ausführlich dargestellt.

Weiterhin ist zur gewählten Studienmethodik kritisch anzumerken, dass die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme vor allem von der Motivation der Teilnehmer abhängt. In der empirischen Sozialforschung ist generell davon auszugehen, dass vor allem intrinsisch motivierte Teilnehmer an freiwilligen Befragungen teilnehmen. Die hohe Teilnehmeranzahl (n=918) bei einer geschätzten Gesamtzahl von 4.000 Honorarärzten [116] lässt vermuten, dass die Ergebnisse der Studie eine realistische Beschreibung im Sinne einer Trendanalyse vermitteln.

³⁴ Fa. „Doctari“, Berlin; Fa. „Facharztagentur“, Bielefeld; Fa. „hire-a-doctor“, Berlin; Fa. „Lodhiamedics“, Göttingen; Fa. „Notarztmarktplatz“, St. Ingbert; Fa. „Notarztservice“, Landau

³⁵ Ärztekammer Berlin; Landesärztekammer Hessen; Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern; Ärztekammer Niedersachsen; Ärztekammer Nordrhein; Ärztekammer des Saarlandes; Ärztekammer Sachsen-Anhalt; Ärztekammer Schleswig-Holstein; Landesärztekammer Thüringen; Ärztekammer Westfalen-Lippe

4.2.2. Diskussion des Fragebogens

Auch an dem für die Studie entwickelten und Fragebogen lassen sich mehrere Kritikpunkte finden. Zum einen fehlen standardisierte Items zu den Themenkomplexen Depression, Burnout und Berufszufriedenheit und zum anderen kommen trotz der Verwendung eines Pretests vereinzelt Fehler im Fragebogen vor. So fehlt bei der Frage nach dem geplanten Zeitraum der Aufgabe der Honorararztstätigkeit die Einheit des Zeitraumes und die nebenberuflich als Honorararzt tätige Studienteilnehmer können durch den Antwortpfad keine Gründe für die Aufnahme ihrer Honorararztstätigkeit angeben.

Die etablierten Fragebögen zum Thema Berufszufriedenheit von Ärzten umfassen mindestens 17 Items [17]. Da der Fragebogen bereits durch die notwendigen Fragen zum Honorararztwesen über 77 Items verfügte, wurde bewusst auf diese zusätzlichen Items verzichtet. Weitere Items wären ohne Informationsverlust für die zu überprüfenden Hypothesen nur schwer zu entfernen gewesen. Deshalb wurde der Fragebogen bis auf die in Kapitel 2 bereits beschriebenen Modifikationen unverändert übernommen.

4.3. Ergebnisdiskussion

4.3.1. Diskussion der gesamten Studienpopulation

Altersstruktur

Verglichen mit den Vertragsärzten in Niederlassung (Durchschnittsalter 52,1 Jahre) ist die untersuchte Studienpopulation aus Honorarärzten mit einem Durchschnittsalter von 47,5 Jahren deutlich jünger. Im Vergleich zu ihren in der stationären Versorgung tätigen Kollegen (Durchschnittsalter 41,1 Jahre) sind sie jedoch deutlich älter [76]. Hieraus kann abgeleitet werden, dass es sich bei Honorarärzten seltener um Berufsanfänger, sondern in der Regel um Fachärzte mit langjähriger Berufserfahrung handelt.

Soziodemografische Merkmale der Studienpopulation

Tabelle 3 (S. 45) stellt die Herkunft der Honorarärzte nach Ärztekammern der Herkunft der gesamten deutschen Ärzteschaft gegenüber. Honorarärzte leben dem Vergleich zufolge häufiger in den Regionen Niedersachsen, Nordrhein, Berlin und Brandenburg. Weniger Honorarärzte als der Struktur der Ärzteschaft entsprechend leben in den Ärztekammerbezirken Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Ursachen für die ungleiche Verteilung der Honorarärzte können in der Untersuchungsmethode oder in der ärztlichen Versorgungsstruktur begründet sein. Für einen Einfluss der Umfragemethodik spricht, dass drei der vier Ärztekammern, die in der Studie überrepräsentiert sind, zu den „Förderern“ der Studie gehören (Nordrhein, Niedersachsen und Berlin).

Für den Einfluss der Versorgungsstruktur können verschiedene Punkte angenommen werden: Entweder sind die festangestellten Ärzte und ihre niedergelassenen Kollegen in den unterrepräsentierten Regionen so zufrieden mit ihrer Tätigkeit, dass die Honorararztstätigkeit für sie nicht in Betracht kommt oder die Versorgungslage mit Ärzten ist in den Regionen so gut, dass Honorarärzte nicht benötigt werden. Für letzteres sprechen die Zahlen aus Tabelle 5

TOP 10 - Höchste Arztdichten

Planungsbereich	EW je Arzt
Fürstenfeldbruck	392,60
Starnberg	392,62
Dachau	396,16
Erding	398,78
Freising	401,41
Ebersberg	404,41
München, Landkreis	409,55
München, Landeshauptstadt	409,99
Lörrach	416,12
Potsdam, Stadt	428,99

TOP 10 - Niedrigste Arztdichten

Planungsbereich	EW je Arzt
Nordfriesland	809,45
Uecker-Randow	801,03
Donau-Ries	799,17
Birkenfeld	777,09
Torgau-Oschatz	770,86
Cham	764,98
Dahme-Spreewald	755,27
Altmarkkreis Salzwedel	745,87
Lüchow-Dannenberg	740,76
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim	725,26

Tabelle 5: Top 10 der Orte mit der höchsten und der niedrigsten ärztlichen Versorgungsdichte je Einwohner [77]

Die Daten der KBV zeigen, dass acht der zehn Orte mit der höchsten Arztdichte in der Bundesrepublik Deutschland im Freistaat Bayern liegen [77].

Möglich ist aber auch ein Umkehrschluss: Wegen des eklatanten Ärztemangels in den unterrepräsentierten Regionen nehmen die dort tätigen Ärzte die Möglichkeit einer Honorararztstätigkeit (noch) nicht für sich wahr, um weiterhin die Versorgung ihrer Patienten aufrecht zu erhalten. Der Ärztemangel betrifft bei Weitem nicht mehr nur die Landarztpraxen in den neuen Bundesländern sondern hat mittlerweile auch die alten Bundesländer erreicht, wie die Darstellungen der KBV zum Versorgungsgrad zeigen [77]. Ähnliche Ergebnisse liefert auch Abbildung 21, welche die Versorgungssituation an Hand der Anzahl der Einwohner pro Vertragsarzt darstellt.

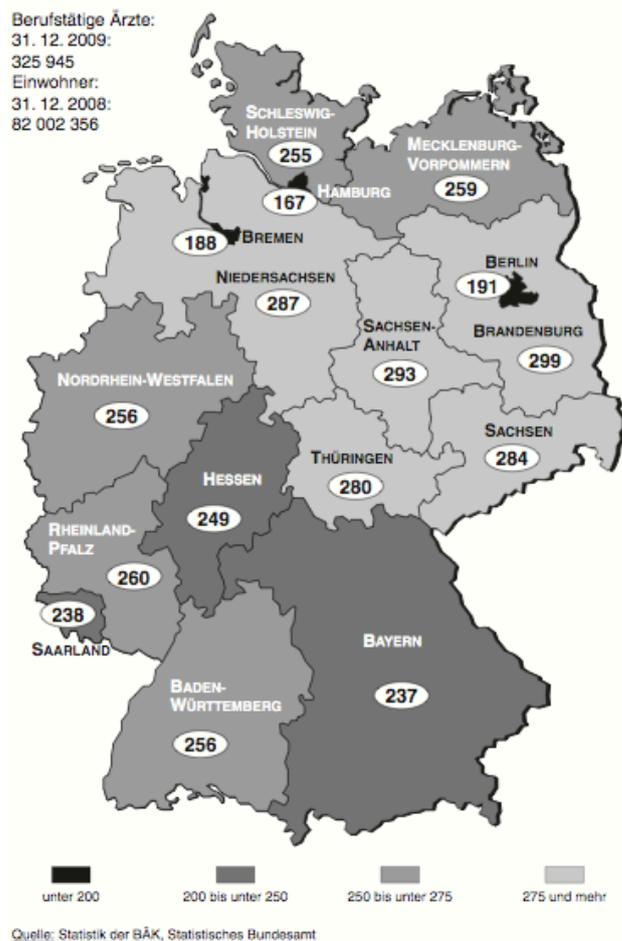


Abbildung 21: Arztdichte in Deutschland: Einwohner je Arzt

Die Darstellungen der KBV und der BÄK machen deutlich, dass in den ländlichen Regionen der gesamten Bundesrepublik ein niedriger vertragsärztlicher Versorgungsgrad herrscht. Eine Ausnahme stellen die südlichen alten Bundesländer dar, in denen der Ärztemangel anscheinend (noch) nicht so stark ausgeprägt ist wie in den anderen Teilen der Bundesrepublik. Darüber hinaus zeigt die Abbildung 23, dass die Ärzte in den Ballungszentren wie Hamburg, Bremen, Berlin, aber auch in den Bundesländern Bayern, Hessen und im Saarland im Durchschnitt weniger Patienten betreuen. Ähnliche Ergebnisse liefert Blum vom DKI für Einrichtungen der stationären Versorgung [11]. Demnach ist der Ärztemangel in den Kliniken längst nicht mehr regional begrenzt und die Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern haben sich nivelliert [47].

Zur abschließenden Beurteilung dieser Fragestellung wäre eine repräsentative Studie, beispielsweise auf der Datenbasis der Melderegister aller Ärztekammern, notwendig.

Geografische Verteilung der regelmäßigen Einsatzorte der Studienteilnehmer

Vor dem Hintergrund der regional unterschiedlichen Versorgungsgrade und dem regional unterschiedlich ausgeprägten Ärztemangel in den Einrichtungen der stationären Versorgung, wird nun die geografische Verteilung der Einsatzorte der Honorarärzte betrachtet (Abbildung 22).



Abbildung 22: Regelmäßige Einsatzorte der Studienteilnehmer

Die relative geografische Häufung von Honorararzteinsätzen in Sachsen-Anhalt, im nördlichen Niedersachsen und in den ländlichen Regionen um Berlin deckt sich mit den oben dargestellten niedrigen Versorgungsgraden in diesen Regionen. Hier helfen Honorarärzte den bestehenden Ärztemangel vorübergehend zu bekämpfen und tragen dazu bei, die medizinische Versorgung der Bevölkerung aufrecht zu erhalten. Weiterhin deckt sich die dargestellte niedrige Einsatzdichte aus den Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg (mit Ausnahme der ländlichen Region um Reutlingen) und Hessen mit Daten der KBV zu den Versorgungsgraden [77]. Die Häufung von Honorararzteinsätzen in den Regionen Köln/Bonn, Würzburg und Reutlingen und die geringe Anzahl an Honorararzteinsätzen in Mecklenburg-Vorpommern ist allein auf Basis

der Versorgungsgrade nicht zu erklären. Bezieht man die Daten des DKI [11] in die Überlegung mit ein, so ist der im statistischen Durchschnitt erhöhte Ärztemangel in der stationären Versorgung Nordrhein-Westfalens eine mögliche Erklärung für den gehäuften Einsatz von Honorarärzten in der Region „Köln/Bonn“.

Zusätzlich zu dem durch Versorgungsgrad und Ärztemangel bestimmten, regional unterschiedlichen Arbeitsangebot für Honorarärzte ist ein Einfluss ihrer Wohnorte auf die Einsatzorte wahrscheinlich. Es ist davon auszugehen, dass Honorarärzte Tätigkeiten nahe am Wohnort bevorzugen, um Reisekosten und die Abwesenheitszeiten von der Familie zu minimieren. Der relativ hohe Anteil von Honorarärzten in den entsprechenden Bundesländern (siehe Tabelle 3 S.45) ist eine weitere mögliche Erklärung für die Häufung der Honorararzteinsätze in den Regionen Köln/Bonn, nördliches Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Hamburg und der ländlichen Region um Potsdam.

Im Studienfragebogen wurde versäumt, eine Frage zum „Einsatzradius“ (in km um den Wohnort) zu stellen. Diese Frage hätte dazu beitragen können, die hier dargestellten Ergebnisse und Schlussfolgerungen mit weiteren Daten zu untermauern. Somit wäre es möglich gewesen zu beurteilen, in welchem Maße hauptberufliche Honorarärzte für ihre Einsätze reisen und in wie weit sich ihre Daten von denen ihrer in Nebentätigkeit arbeitenden Kollegen unterscheiden.

Berufsbiografische Merkmale der Studienpopulation:

88,7% aller Studienteilnehmer haben ihre Weiterbildung bereits abgeschlossen. Im Vergleich zur gesamten berufstätigen deutschen Ärzteschaft (70,7%)³⁶ und insbesondere im Vergleich mit den in der stationären Versorgung tätigen Ärzten (54,8%)³⁷ [25] liegt dieser Wert deutlich höher. Zusammen mit dem hohen Durchschnittsalter stützt dies

³⁶ Anzahl berufstätige Ärzte 31.12.2009: 325.945; davon ohne Gebietsbezeichnung: 95.417 = 29,3%

³⁷ Anzahl in der stationären Versorgung tätigen Ärzte 31.12.2009: 158.223; davon ohne Gebietsbezeichnung: 71.591 = 45,2%

die These, dass es sich bei Honorarärzten vorwiegend um erfahrene Fachärzte handelt. Die Korrektheit dieser These wird zusätzlich durch die im Durchschnitt sehr lange Berufserfahrung der Honorarärzte als Facharzt (M: 13,8 Jahre) untermauert. Die Ergebnisse dieser Studie widersprechen der Annahme, dass es sich bei Honorarärzten um „schwierige Charaktere“ handelt, die auf dem „normalen“ Arbeitsmarkt nicht oder nur schwer vermittelbar sind und deshalb auf Honorarbasis tätig sein müssen. Die hier festgestellte durchschnittliche Weiterbildungsdauer von 6,3 Jahren bei Honorarärzten spricht ebenfalls gegen ein charakterlich problematisches Klientel.

Auch die verschiedenen Fachbereiche der Medizin werden in der Studienpopulation unterschiedlich stark repräsentiert. Tabelle 6 vergleicht die Anteile der fünf häufigsten Gebietsbezeichnungen unter den Studienteilnehmern³⁸ mit denen der gesamten berufstätigen deutschen Ärzteschaft. Da in den Daten aus der Studie nur die Ärzte mit einer abgeschlossenen Weiterbildung berücksichtigt werden, wurden aus der Statistik der BÄK die zum 31.12.2009 ohne Gebietsanerkennung gemeldeten Ärzte (n=95.417) rechnerisch eliminiert. Für die Gebietsbezeichnung Chirurgie wurden die unter Chirurgie (n=19.549) und Orthopädie (n=10.837) gemeldeten Ärzte zusammengefasst, um die statistischen Daten der BÄK mit denen der Studie vergleichen zu können.

Gebietsbezeichnung	Anteil der Studienteilnehmer ³⁹	Anteil an der berufstätigen deutschen Ärzteschaft ⁴⁰	Differenz
Anästhesiologie	40,3%	8,2%	+ 32,1%
Allgemeinmedizin	12,0%	18,6%	- 6,6%
Chirurgie ⁴¹	10,0%	13,2%	- 3,2%

³⁸ Studienteilnehmer, die entweder in Weiterbildung sind oder eine Weiterbildung abgeschlossen haben.

³⁹ Studienteilnehmer, die eine Weiterbildung abgeschlossen haben (n=643); mehrere abgeschlossene WB nicht eingerechnet (n=171).

⁴⁰ unter Abzug der ohne Gebietsbezeichnung gemeldeten Ärzte (n=95.417)

⁴¹ Unter der Bezeichnung „Chirurgie“ sind sämtliche chirurgischen Fächer einschließlich der Unfallchirurgie und der Orthopädie zusammengefasst

Innere Medizin	10,7%	18,5%	- 7,8%
Gynäkologie	7,9%	7,1%	+ 0,8%

Tabelle 6: Gebietsbezeichnungen der Honorarärzte: Vergleich der Studienteilnehmer mit der berufstätigen Ärzteschaft in Deutschland [25]

Die hier dargestellten Zahlen stimmen weitestgehend mit den von Weber vorgestellten Vermittlungszahlen der Firma „Hire-a-doctor“ überein [150]. Dort dominieren ebenfalls die Ärzte aus dem Fachbereich der Anästhesiologie (37% der Vermittlungen). Der Fachbereich der Chirurgie ist mit 14% der Vermittlungen unterrepräsentiert. Unterschiede bestehen vor allem im Fachbereich der Gynäkologie (4,8% der Vermittlungen). Eine mögliche Erklärung für die große Abweichung im Fachbereich Gynäkologie liegt darin, dass Ärzte aus diesem Fachbereich weniger oft mit Vermittlungsagenturen zusammenarbeiten und dadurch in der Agenturstatistik nicht auftauchen. Folgende Punkte an den von Weber dargestellten Daten sind kritisch zu sehen: Fraglicher Einschluss der „Orthopädie“ in den Fachbereich „Chirurgie“; fehlende Daten zu den Fachbereichen „Allgemeinmedizin“ und „Innere Medizin“; Vergleich der Vermittlungsdaten mit den Gebietsbezeichnungen in der stationären Versorgung. Die Validität eines isolierten Vergleiches mit den Gebietsbezeichnungen aus der stationären Versorgung ist fraglich, da sich Honorarärzte nur zu 53,7% ⁴² bzw. 75,8% ⁴³ aus (ehemaligen) Ärzten aus der stationären Versorgung rekrutieren.

Die Verteilung der einzelnen Fachgebiete in der Studienpopulation unterscheidet sich wesentlich von der Verteilung in der gesamten deutschen Ärzteschaft (vgl. Tabelle 6). In den operativen Fächern (Chirurgie und Orthopädie) könnte möglicherweise ein mangelndes Vertrauen des Auftraggebers in die (operativen) Fähigkeiten der vermittelten Honorarärzte diese Zahlen erklären. Eine Untersuchung des Bundesverbandes Deutscher Chirurgen e.V. (BDC) zeigt jedoch, dass

⁴² Honorarärzte in Nebentätigkeit mit aktueller Haupttätigkeit in der stationären Versorgung.

⁴³ Honorarärzte in Haupttätigkeit, die in der Studie als letzte Tätigkeit eine Beschäftigung in der stationären Versorgung angeben.

Honorarärzte in der Chirurgie zu 75% im Tagesbetrieb der OPs, zu 39% in der Notaufnahme und zu 28% im OP-Bereitschaftsdienst eingesetzt werden. 60% der dortigen Studienteilnehmer beurteilen die Qualifikation der Honorarärzte als gut oder sehr gut [96]. Ferner dürfte auch die, im Vergleich zur Anästhesie, größere Patientenbindung in den operativen Fächern einen negativen Einfluss auf die Anzahl der Chirurgen unter den Honorarärzten haben. Weiterhin ist denkbar, dass die komplexen und klinikspezifischen Behandlungspfade in den operativen Fächern den Einsatz von Honorarärzten erschweren. Einige Studien legen den Schluss nahe, dass das Operationsergebnis teilweise von der organisierten Zusammenarbeit des Chirurgen mit anderem ärztlichen und nicht-ärztlichen Personal abhängt [101][130]. Durch den Einfluss der möglicherweise schlechteren Zusammenarbeit mit Honorarärzten könnte sich die Versorgungsqualität der Patienten verschlechtern. Darüber hinaus ist denkbar, dass die Einarbeitung einer befristet eingesetzten Honorarkraft zu zeit-, personal- und kostenintensiv ist, so dass Kliniken bei Personalmangel, statt auf Honorarärzte auf Kooperationen mit ortsansässigen niedergelassenen Chirurgen setzen.

Im Gegensatz zu den operativen Fächern bestehen die Basistätigkeiten in der Anästhesie (Einleitung, Führung und Ausleitung der Narkose) auf weitgehend standardisierten Verfahren. Das hohe Maß der Standardisierung, zusammen mit der damit verbundenen niedrigen Einarbeitungszeit und einer daraus resultierenden höheren Produktivität, macht den Einsatz von Anästhesisten als Honorarärzte für die Auftraggeber attraktiv und ist eine mögliche Erklärung für die Überrepräsentation dieses Fachbereiches in der Befragung. Weiterhin sehen Krankenhäuser auf Grund des hohen Anteils des OP-Betriebes an den gesamten Aufwendungen hier ein besonders großes Einspar- und Optimierungspotential. Die Versuche der Ablauf- und Zeitoptimierung seitens des Managements betreffen daher besonders häufig den Fachbereich der Anästhesie bzw. den OP-Bereich. Somit ist die Tätigkeit in der Anästhesie zunehmend auch von der Verwaltung abhängig. Dieses hohe Maß an Fremdbestimmtheit und der daraus resultierenden

größere Autonomieverlust sind weitere mögliche Erklärungen für die große Verbreitung dieses Fachbereiches unter den Honorarärzten.

Zusammenfassend lässt sich zu den biografischen Daten der Studienteilnehmer festhalten, dass die ursprünglich angenommene These, dass es sich bei Honorarärzten weniger um Berufsanfänger, sondern vielmehr um zumeist erfahrene Fachärzte aus dem akademischen Mittelbau der Krankenversorgung handelt, verifiziert werden konnte. Ferner konnte die These, dass Honorarärzte vor allem aus dem Fachbereich der Anästhesiologie stammen, jedoch auch zunehmend andere Fachgebiete Verbreitung finden, ebenfalls verifiziert werden. Im Jahr 2011 zeichnete sich eine weitere Zunahme der Honorarärzte in den Fachbereichen Innere Medizin und Allgemeinmedizin ab [30]. Diese prognostizierte Zunahme lässt sich bisher wissenschaftlich nicht objektivieren und bedarf insofern weiterer Untersuchung.

Organisatorische Rahmenbedingungen des Honorararztwesens

Auftragsakquise

Zur Auftragsakquise nutzen Honorarärzte, neben spezialisierten Vermittlungsagenturen, vor allem ihre persönlichen Kontakte zu ehemaligen Arbeitgebern und Kollegen. Alternativ betreiben sie Eigenwerbung. Ein Marketingkonzept für Honorarärzte wurde von Frau Denisow in ihrer Bachelor-Thesis dargestellt [39]. Vorzüge des Einsatzes von persönlichen Kontakten sind das vorbestehende Vertrauensverhältnis und bei Tätigkeiten für ehemalige Arbeitgeber die Kenntnis der Strukturen des Einsatzortes. Neben der dadurch verkürzten Einarbeitungszeit, ist das Wissen um die Fähigkeiten und Fertigkeiten des ehemaligen Mitarbeiters ein wesentlicher Vorteil für die Kliniken bei einer derartigen Rekrutierung. Jedoch birgt diese Art der Honorararztgewinnung für die Kliniken auch ein nicht zu unterschätzendes Konfliktpotential. Abhängig vom Auftreten des ehemaligen Mitarbeiters und von der Grundstimmung in der Abteilung können schneller als bei klinikfremden Mitarbeitern Konflikte entstehen,

da in dieser Konstellation Neid seitens der festangestellten Mitarbeiter schneller entstehen kann. Zur Nutzung der unterschiedlichen Methoden der Honorararztrekrutierung seitens der Auftraggeber und den damit verbundenen Vor- und Nachteilen existieren bisher noch keine Daten, so dass hier weitere Untersuchungen notwendig erscheinen.

Rolle der Vermittlungsagenturen im deutschen Honorararztwesen

Die Ergebnisse der Honorararztstudie zeigen, dass die auf Honorarärzte spezialisierten Vermittlungsagenturen derzeit eine führende Rolle im deutschen Honorararztwesen spielen. Angesichts der relativ kurzen Existenz des Honorararztwesens in Deutschland, ist dies eine bemerkenswerte Tatsache. Die Entwicklung eines strukturierten Marktes in den USA vom Beginn des Honorararztwesens Anfang der 1970er Jahre bis zur Etablierung von Vermittlungsagenturen Mitte der 1980er Jahre dauerte ungefähr 15 Jahre. Der Markt für Honorarärzte in Deutschland konnte sich wesentlich schneller entwickeln, da sich die Gründer der Honorararztagenturen an anderen funktionierenden Systemen orientieren konnten und weil moderne Kommunikationsmittel, wie das Internet oder Mobiltelefone, eine immer weitere Verbreitung finden [38] [134]. Für die Mehrheit der Honorarärzte stellen die Vermittlungsagenturen die wichtigste Quelle für neue Aufträge dar. Die Agenturen unterstützen die Honorarärzte in allen Phasen (Vorbereitung, Tätigkeit, Nachbereitung) ihrer Einsätze. In der Vorbereitungsphase beraten sie die Honorarärzte und können durch ihre gute Marktkenntnis individuelle Angebote machen. Für Honorarärzte ist es in der Vorbereitungsphase wichtig, möglichst genaue und aktuelle Informationen zum Auftrag zu bekommen und dass die Agentur schnell und zuverlässig erreichbar ist. Weiter kann die Agentur den Honorararzt bei Vertragsverhandlungen mit den Auftraggebern unterstützen bzw. diese komplett übernehmen und zusätzlich bei der Suche nach einer Unterkunft vor Ort behilflich sein. Während des Einsatzes können die Agenturen bei Schwierigkeiten zwischen Auftraggeber und Honorararzt vermitteln und den Honorararzt durch eine von der Agentur abgeschlossene zusätzliche Berufshaftpflichtversicherung absichern. In

der Nachbereitung des Einsatzes können Vermittlungsagenturen den Honorararzt entlasten, indem sie ihn beispielsweise bei der Rechnungsstellung unterstützen. Die Nutzung von Vermittlungsagenturen hat für Auftraggeber den Vorteil, dass diese aufgrund ihrer großen Anzahl registrierter Honorarärzte leichter einen Ersatz im Krankheitsfall finden können. Ein Problem bei der Nutzung von Vermittlungsagenturen ist die sog. „Scheinselbstständigkeit“. Wenn hauptberufliche Honorarärzte ausschließlich über eine oder zwei Agenturen oder Auftraggeber tätig sind und alle organisatorischen Tätigkeiten wie die Vertragsverhandlungen oder die Rechnungsstellung auf die Agenturen übertragen, steigt die Gefahr, dass sie juristisch als abhängig Beschäftigte gelten. Handlungsempfehlungen für die Honorarärzte im Bezug auf die sog. „Scheinselbstständigkeit“ werden an späterer Stelle im Kapitel 4.9.1 ausführlich dargestellt.

Bei allen genannten Vorteilen, die Vermittlungsagenturen den Honorarärzten bieten, muss die Marktdominanz der zwei größten deutschen Honorararztvermittlungsagenturen „Hire-a-doctor“ und „FAA“ auch kritisch betrachtet werden. Durch ihre oligopolartige Stellung können die Agenturen die Höhe der Honorare wesentlich mitgestalten. Dies ist vor dem Hintergrund der von den Studienteilnehmern häufig beklagten „fehlenden Transparenz“ der Agenturen kritisch zu bewerten. Anders als in den USA üblich erteilen die in Deutschland tätigen Honorararztagenturen keine Auskunft über die Höhe ihrer Vermittlungsprovision. Diese dürfte sich je nach Agentur, ähnlich wie in den USA, im Bereich von 10–15% des Bruttohonorars bewegen [132]. Ferner erschweren die Vermittlungsagenturen den Honorarärzten teilweise durch eine vertragliche Bindung an die Agentur die eigene Akquise von Aufträgen, da sich die Auftraggeber ebenfalls verpflichten einen Arzt, den sie vorher über eine Agentur beschäftigt haben, nicht mehr ohne diese Agentur zu engagieren. Im Laufe der Zeit kann so die Tätigkeit über Agenturen immer mehr „No-Go“- Gebiete für den einzelnen Honorararzt generieren und die eigene, agenturunabhängige Akquise von Aufträgen erschweren oder sogar fast unmöglich machen.

4.3.2. Diskussion der Honorarärzte in Nebentätigkeit

Demografische und berufsbiografische Aspekte der Honorarärzte in Nebentätigkeit

Honorarärzte in Nebentätigkeit sind im Vergleich zu ihren hauptberuflich tätigen Kollegen jünger und stammen seltener aus der stationären Versorgung. Der höhere Anteil an niedergelassenen Ärzten in dieser Studienpopulation spiegelt sich auch in der Verteilung der Fachgebiete wieder. Dort werden die Fachbereiche Allgemeinmedizin und Anästhesie häufiger, die chirurgischen Fächer dagegen seltener als von den hauptberuflichen Honorarärzten genannt.

Demnach dominieren zwei ärztliche Berufsgruppen die honorarärztliche Tätigkeit in Nebentätigkeit:

1. Festangestellte Ärzte aus den Fachbereichen Anästhesie, Chirurgie und Innere Medizin
- 2.: Niedergelassene Ärzte aus den Fachbereichen Innere Medizin und Allgemeinmedizin

Diese beiden Berufsgruppen unterscheiden sich sowohl in den ausgeübten Tätigkeiten, als auch in den im Freitext angegebenen Gründen für die Honorararztstätigkeit.

Festangestellte Ärzte

Die in Festanstellung tätigen Ärzte sind überwiegend in der stationären Versorgung in den Fachbereichen Anästhesie, Chirurgie oder Innere Medizin als erfahrene Fachärzte oder als Weiterbildungsassistenten tätig.

Ihre Nebentätigkeit führen sie zumeist im Notarztwesen oder seltener in der stationären Versorgung aus. Dabei ist neben den finanziellen Aspekten vor allem die Erweiterung des eigenen Horizontes für viele Studienteilnehmer ein Grund nebenberuflich als Honorararzt tätig zu werden. Dies zeigen auch die folgenden Freitext-Antworten der Studienteilnehmer:

Ich bin als Honorararzt tätig, weil...

- *„[ich] zusätzlich zu meinen Gehalt Geld verdienen möchte.“*
- *„ich dadurch mein geringes Gehalt als angestellte Ärztin aufstocken kann, um mir die normalen Extras des Lebens erlauben zu können.“*
- *ich über meinen Tellerrand hinausblicken möchte. Erfahrungen sammeln möchte, in der Klinik zu schlecht bezahlt bin und den Zuverdienst brauche.“*
- *„ich Einblick in die Routine anderer Häuser bekomme.“*
- *„ich für meine hauptberufliche Tätigkeit sehr wertvolle Erkenntnisse – außerhalb meines Fachgebietes – bekomme.“*
- *„ich in meinem Fachgebiet andere Rezepte kennenlerne.“*
- *„ich neben meiner langjährigen Teilzeittätigkeit in der gleichen Abteilung dadurch meinen Horizont erweitere.“*
- *„ich den Zusatzverdienst schätze und die verschiedenen Herausforderungen der Einsatzorte mir helfen, die richtige Perspektive für meine feste Anstellung nicht aus dem Auge zu verlieren.“*

Zusätzlich ermöglicht ihnen die Arbeit als Honorararzt ihre gern ausgeübten Tätigkeiten häufiger auszuüben, wie folgendes Zitat zeigt:

Ich arbeite als Honorararzt, weil...

- *„ich öfter als Notarzt tätig werden wollte.“*

Niedergelassene Ärzte

Die gesetzliche Grundlage für die Honorararztstätigkeit in Nebentätigkeit durch Vertragsärzte in Deutschland bildet unter anderem das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Für das Honorararztwesen sind vor allem die Punkte "gleichzeitige Tätigkeit als Krankenhausarzt und als Vertragsarzt" und die "Reduzierung des Versorgungsauftrages" von Bedeutung.

Die Erlaubnis für Vertragsärzte parallel zu ihrer Tätigkeit auch in Einrichtungen der stationären Versorgung tätig zu werden, ermöglicht ihnen eine honorarärztliche Tätigkeit von bis zu 13 Arbeitsstunden pro Woche. Durch die Reduzierung des Versorgungsauftrages auf die Hälfte werden sogar 26 Wochenstunden möglich.

Die niedergelassenen Vertragsärzte dieser Studie stammen vor allem aus den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Chirurgie. Im Gegensatz zu ihren Kollegen in der stationären Versorgung sind sie vermehrt im KV-Notdienst und in der stationären Versorgung als Honorarärzte tätig.

In den Freitextantworten überwiegen bei der Mehrheit der Studienteilnehmer dieser Subpopulation die finanziellen Aspekte als Gründe für die zusätzliche Honorararztstätigkeit. Sie geben häufig an, dass die honorarärztliche Tätigkeit für ihr finanzielles Überleben und für das ihrer Praxis essentiell ist, wie folgende Aussagen verdeutlichen:

Ich bin als Honorararzt tätig, weil...

- *„ich sonst meine Kassenpraxis nicht halten könnte.“*
- *„ich ganz ehrlich das Geld brauche, um überleben zu können. Ohne das Geld hätte ich meine Praxis schon längst aufgeben müssen.“*
- *„ich das Honorar zum Überleben bei immer weiter sinkenden und nun schon ruinöse Ausmaße annehmenden GKV Verdienst zum Überleben meiner Praxis brauche! Sicherung der Arbeitsplätze als Arbeitgeber!“*
- *„ich damit bei normal florierender gyn. Kassenarztstätigkeit einen drohenden Konkurs vermeiden kann.“*

Neben den finanziellen Aspekten ist auch die Erweiterung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten und eine Steigerung des eigenen Wissens für viele Niedergelassene ein wichtiger Aspekt ihrer Tätigkeit als Honorararzt:

Ich arbeite als Honorararzt, weil...

- *„ich neben meiner Praxistätigkeit Einblicke in die aktuelle Klinikanästhesie bekomme.“*
- *„ich mich abseits vom Praxisalltag auch in anderen Bereichen betätigen möchte.“*
- *„ich diese Tätigkeit als Ergänzung zur Praxis sehe.“*

Weiterhin verbessert die honorarärztliche Tätigkeit für die niedergelassenen Kollegen in Teilzeitanstellung, den Aussagen der Studienteilnehmer zufolge, die Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Ärztinnen und Ärzte können so neben einer bestehenden Teilzeitstelle bedarfsgerecht und flexibel zusätzliches Einkommen generieren.

Die häufig angegebene Zunahme der honorarärztlichen Tätigkeit belegt zusätzlich, dass sich die berufliche Situation der in Niederlassung tätigen Ärzte in den vergangenen Jahren nicht verbessert, sondern eher verschlechtert hat.

Probleme die sich aus der Nebentätigkeit als Honorararzt ergeben

Für die in der stationären Versorgung tätigen, nebenberuflich als Honorarärzte arbeitenden Ärzte, ergeben sich vor allem in Bezug auf die geltenden Tarifverträge und das Arbeitszeitgesetz Probleme. Der Honorararzt in Nebentätigkeit hat dafür zu sorgen, dass er die im Arbeitszeitgesetz festgeschriebene maximale Wochenarbeitszeit (48 h) nicht überschreitet. Aus den in dieser Studie erhobenen Ergebnissen ergibt sich jedoch eine mittlere Wochenarbeitszeit von 52,6 Arbeitsstunden. Diese ist sowohl nach geltendem Arbeitszeitgesetz zu hoch. Hieraus können sich für die betroffenen Ärzte haftungsrechtliche Probleme ergeben.

Für die in Niederlassung tätigen Vertragsärzte können sich auf Basis der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes (BSG) und der Ärzte-Zulassungsverordnung (§ 20 Abs. 1.) juristische Konflikte ergeben. Danach ist ein Arzt für die Ausübung einer vertragsärztlichen Tätigkeit nicht geeignet, wenn er wegen einer nicht-ehrenamtlichen Tätigkeit zur

Versorgung der gesetzlich Versicherten nicht im erforderlichen Maß zur Verfügung steht. Neuerdings steht dem niedergelassenen Vertragsarzt die Möglichkeit der Reduzierung des Versorgungsauftrages auf die Hälfte und somit bis zu 26 Wochenstunden honorarärztliche Tätigkeit offen. Eine Reduzierung des Versorgungsauftrages seitens eines Vertragsarztes, der anstrebt vermehrt honorarärztlich tätig zu werden, kann lokal zu einer Mehrbelastung seiner niedergelassenen Kollegen führen, da diese dann seine Patienten übernehmen müssen.

Kritik an der Befragung zu den Honorarärzten in Nebentätigkeit:

Die Gründe für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit konnten durch das verwendete Filtersystem ausschließlich von hauptberuflichen Honorarärzten angegeben werden. Dadurch ist es nicht möglich, die Motivation hinter der Aufnahme einer nebenberuflichen Honorararztstätigkeit (52,4% der Studienteilnehmer) darzustellen. Dieser Filter wurde während der Entwicklung des Fragebogens eingeführt, da davon ausgegangen wurde, dass der Anteil der hauptberuflichen Honorarärzte überwiegt und dass die Motive für eine Honorararztstätigkeit in Nebentätigkeit vor allem finanzieller Natur sein dürften. Ferner wurde angenommen, dass die honorarärztliche Tätigkeit ähnlich wie bei ihren Kollegen in den USA zur Erweiterung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten eingesetzt wird [128]. Daher beschränken sich die zuvor dargestellten Ergebnissen in diesem Bereich auf die Auswertung der Freitextantworten aus der Frage "Ich arbeite als Honorararzt, weil,...".

4.3.3. Diskussion der hauptberuflichen Honorarärzte

Die hauptberuflichen Honorarärzte stellen mit einem Anteil von 45,4% der Studienteilnehmer, anders als ursprünglich angenommen, nicht die Mehrheit unter den Honorarärzten. Vielmehr scheinen aktuell mehr Ärzte als Honorararzt in Nebentätigkeit zu arbeiten. Somit ist die ursprüngliche These, dass die Mehrzahl der Honorarärzte diese Tätigkeit als Haupttätigkeit ausübt, zu verwerfen.

Altersstruktur

Die Altersstruktur der hauptberuflichen Honorarärzte ist in Abbildung 12 dargestellt. Zum Vergleich ist in der nachfolgenden Abbildung die Altersstruktur der gesamten deutschen Ärzteschaft dargestellt.

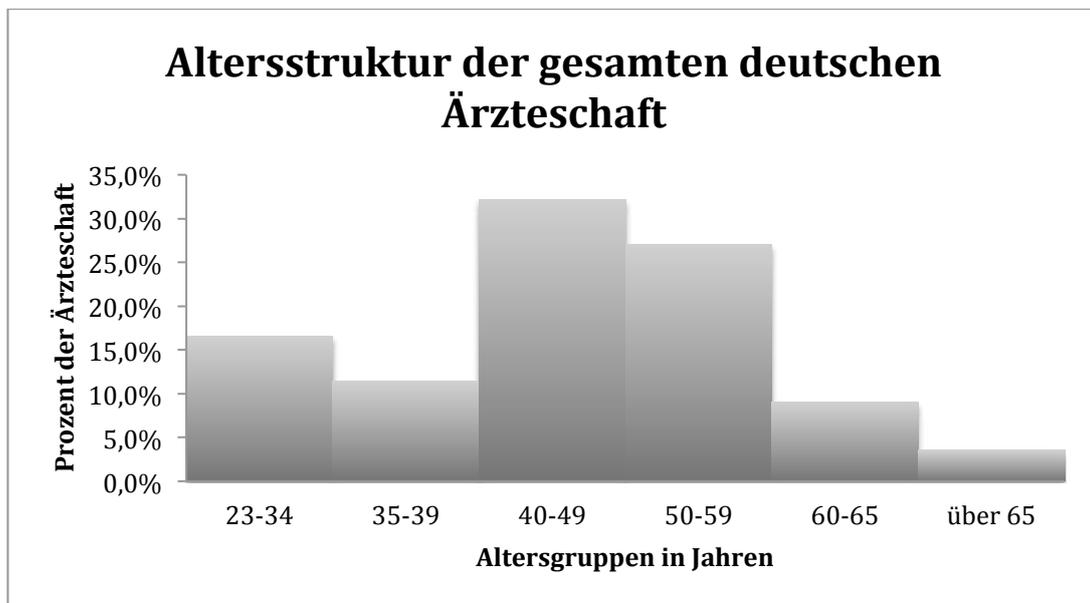


Abbildung 23: Altersstruktur der gesamten deutschen Ärzteschaft im Jahr 2010 ⁴⁴

Eine der Ergebnisauswertung in Abbildung 12 entsprechende, gleichmäßig in 5-Jahres-Schritten unterteilte Statistik war auf Anfrage bei der BÄK nicht zu erhalten. So musste hier auf Daten aus der publizierten Arztzahlstatistik zurückgegriffen werden [25]. Der Vergleich zeigt, dass vor allem die Gruppe der 65–69-jährigen Teilnehmer in der Studiengruppe über- und die Altersgruppen der 23–34- und 50–59-jährigen Teilnehmer unterrepräsentiert sind. Diese Altersverteilung zeigt ebenfalls, dass es sich bei den hauptberuflichen Honorarärzten vor allem um Ärzte aus dem akademischen Mittelbau der Ärzteschaft handelt. Dieser umfasst die für die Weiterbildung der Assistenten und für die Patientenversorgung so wichtigen erfahrenen Fachärzte.

⁴⁴ Eigene Darstellung auf Datenbasis der Arztzahlstatistik 2010

Bei der Gruppe der 64–69-jährigen Studienteilnehmer handelt es sich vielfach um Ärzte, die trotz ihres Ruhestandes weiterhin ärztlich tätig sein wollen. Dies zeigen unter anderem die nachfolgenden Zitate:

Ich arbeite als Honorararzt, weil...

- *„ich nicht reif für den Ruhestand bin.“*
- *„ich nach der Berentung einfach von meinem Beruf nicht lassen kann, der mein Traumberuf ist.“*
- *„ich einen fließenden Übergang aus der vollen Berufstätigkeit in den Ruhestand finde.“*
- *„ich im gesetzlich erzwungenen Ruhestand immer noch Patientenkontakte haben kann und meiner Frau nicht so auf die Nerven gehe.“*
- *„es mir Spaß macht, auch im Rentenalter noch beruflich tätig zu sein und weil noch immer großer Ärztemangel herrscht.“*

Dabei ist durchaus denkbar, dass die Altersgruppe der 64–69-jährigen Ärzte einen noch größeren Anteil an den Honorarärzten stellt, als die Studienergebnisse zeigen. Dies ergibt sich aus der gewählten Methodik der Onlinebefragung [vgl. hierzu Kapitel 4.2.1.].

Diese erfahrenen Ärzte können, so lange sie über eine entsprechende physische und psychische Gesundheit verfügen, über ihre Honorararztstätigkeit mit dazu beitragen, den Ärztemangel kurz- und mittelfristig zu verringern. Kritisch ist hierbei der persönliche Gesundheitszustand der bereits in Ruhestand befindlichen Honorarärzte zu sehen. Die Angabe einer Altersgrenze, bis zu der ein Arzt in der Lage ist, seine Patienten adäquat zu versorgen, ist pauschal nicht möglich. Es bedarf hier immer einer Einzelfallentscheidung. Perspektivisch wäre für die Qualitätssicherung im Honorararztwesen eine verpflichtende regelmäßige Gesundheitsuntersuchung für Honorarärzte ab einem gewissen Alter denkbar.

Die Unterrepräsentation der Gruppe der „Berufsanfänger“ (24–34 Jahre) zeigt, dass die Möglichkeit, andere Kliniken kennenzulernen anders als in

den USA keinen wichtigen Grund für die Aufnahme einer Honorararztstätigkeit darstellt [128]. Darüber hinaus verdeutlicht dieses Ergebnis, dass für die Aufnahme einer Honorararztstätigkeit ein gewisser beruflicher Erfahrungsschatz bestehen muss.

Biografischer Hintergrund der Honorarärzte

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass sich die hauptberuflichen Honorarärzte zu über drei Vierteln aus ehemaligen Mitarbeitern von Einrichtungen der stationären Versorgung (75,8%) rekrutieren. Dabei handelt es sich in den wenigsten Fällen um Weiterbildungsassistenten, sondern zumeist um Fachärzte mit entsprechendem Erfahrungsschatz und um Ärzte die zuvor leitende Funktionen in den Einrichtungen bekleideten.

Organisatorische Rahmenbedingungen der hauptberuflichen Honorararztstätigkeit

Auftragsakquise

Die Ergebnisse der Befragung können die aufgestellte Hypothese, dass hauptberufliche Honorarärzte ihre Aufträge bevorzugt durch persönliche Kontakte oder über spezialisierte Honorararzt-Vermittlungsagenturen akquirieren, verifizieren. Hinsichtlich der Wege der Auftragsakquise fanden sich bis auf Zusammenarbeit mit spezialisierten Vermittlungsagenturen (77,7% gegenüber 64,4%) keine wesentlichen Unterschiede zwischen den hauptberuflichen Honorarärzten und ihren in Nebentätigkeit arbeitenden Kollegen. Da die Tätigkeit für die hauptberuflichen Honorarärzte in der Regel ihre einzige Einkommensquelle darstellt, werden sie möglichst viele Wege und somit auch Vermittlungsagenturen nutzen um neue Aufträge zu akquirieren.

Ausgeübte Tätigkeiten

Im Vergleich zu ihren in Nebentätigkeit arbeitenden Kollegen sind die hauptberuflichen Honorarärzte wesentlich häufiger in der stationären Versorgung, als Praxisvertreter und im Bereich Forschung tätig. Eine honorarärztliche Tätigkeit in der Notfallmedizin wird hingegen häufiger

von ihren in Nebentätigkeit arbeitenden Kollegen ausgeübt. Als Ursachen für die relative Häufung im Arbeitsbereich stationäre Versorgung sind – so die Ergebnisse dieser Studie - die Fachgebiete der Honorarärzte, die vorherigen Tätigkeiten und die relativ hohe Vergütung anzusehen.

Der niedrige Anteil an hauptberuflichen Honorarärzten im Notarztwesen erklärt sich hingegen aus der geringeren Vergütung dieser Tätigkeit, da davon auszugehen ist, dass ein hauptberuflicher Honorararzt versuchen wird, seine Einnahmen zu maximieren. Der große Anteil des Tätigkeitsbereiches Praxisvertretung erklärt sich aus dem Anteil und den Fachbereichen der, zuvor in Niederlassung tätigen, hauptberuflichen Honorarärzte. Die durch die Honorararztstätigkeit zu erzielenden Einkünfte werden im Kapitel 4.7.1 „Positive Auswirkungen für die Honorarärzte“ unter dem Abschnitt „Verbesserung der finanziellen Situation“ ausführlich diskutiert.

4.4. Gründe für die Aufnahme einer hauptberuflichen Honorararztstätigkeit

Auf Basis der bisher diskutierten Daten ergibt sich die Frage, was diese hochspezialisierten Ärzte aus dem akademischen Mittelbau der Kliniken dazu veranlasst, ihre sichere Festanstellung aufzugeben, um als Honorararzt tätig zu werden. Die Entscheidung zur Aufnahme einer hauptberuflichen Honorararztstätigkeit muss vor dem Hintergrund der berufsbiografischen Entwicklung der Honorarärzte und des Status Quo im deutschen Gesundheitssystem betrachtet werden.

4.4.1. Berufsbiografische Gründe

Bei einer durchschnittlichen Berufserfahrung von 14 Jahren als Facharzt und einer durchschnittlichen Weiterbildungsdauer von 6,3 Jahren ist davon auszugehen, dass die Mehrzahl der hauptberuflichen Honorarärzte vor ungefähr 20 Jahren ihr Studium abgeschlossen und somit Anfang der 1990er Jahre ihre Weiterbildung begonnen haben.

Anfang der 1990er Jahre war die AIP- und die Weiterbildungszeit vor allem durch ein enorm hohes Arbeitspensum, bei gleichzeitig sehr

niedriger Bezahlung und durch eine ständige Arbeitsplatzunsicherheit gekennzeichnet [46]. Die hohe Arbeitsbelastung war zum einem dem damaligen Arbeitszeitgesetz und zum anderen auch der Einstellung der Vorgesetzten geschuldet [46]. Nach damals geltendem Recht wurden Bereitschaftsdienste nicht voll als Arbeitszeit anerkannt und den Ärzten teilweise nach einem Dienst keine Ruhezeiten gewährt [136]. Auf die Weiterbildungsassistenten wurde während ihrer Tätigkeit Druck ausgeübt, indem sie nur befristete Arbeitsverträge erhielten [136]. Die damalige „Ärztenschwemme“ und die unter den jungen Ärzten verbreitete Arbeitslosigkeit [31] trug dazu bei, den Druck auf die Weiterbildungsassistenten aufrecht zu erhalten. Die Ableistung von nicht-dokumentierten Überstunden wurde zur damaligen Zeit von den Ärzten erwartet. Nur wenige Weiterbildungsassistenten gaben zu dieser Zeit auf Grund der herrschenden Rahmenbedingungen ihre ärztliche Tätigkeit auf [136].

Zusätzlich erfolgten Anfang der 1990er Jahre (1992) Veränderungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz und im Jahr 2005 schließlich die verbindliche Einführung des DRG-basierten Fallpauschalensystems. Die durch den Abschluss der Weiterbildung gewonnene, fachliche Autonomie wurde nun durch den zunehmenden Einfluss der Verwaltungen auf medizinische Entscheidungen wieder eingeengt [75]. Die zunehmende Ausrichtung der Kliniken auf Wirtschaftlichkeit mit dem daraus resultierenden größeren Einfluss der Verwaltung auf die ärztlichen Entscheidungen wurde bereits in der Einleitung dargestellt. Zusammengefasst führten die geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen zu einer erlebten „Einschränkung der Autonomie“ innerhalb der Ärzteschaft [75].

4.4.2. Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitssystem

Nicht nur in der berufsbiografischen Vergangenheit der Studienteilnehmer finden sich Gründe, die diese dazu veranlasst haben, als Honorararzt tätig zu werden. Die Betrachtung der derzeitigen Strukturen und den daraus resultierenden Arbeitsbedingungen ist für

diese Arbeit von besonderer Relevanz, da 73% der hauptberuflichen Honorarärzte unter den Studienteilnehmern hierin einen "wichtigen bzw. sehr wichtigen" Grund für die Aufgabe ihrer bisherigen Tätigkeit sehen.

Nachfolgend werden deshalb die derzeitigen Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit in der stationären Versorgung und in Niederlassung aufgezeigt und die Rahmenbedingungen identifiziert, die zur Unzufriedenheit der Ärzteschaft und damit auch zur Aufnahme einer Honorararztstätigkeit beitragen. Prinzipiell lassen sich strukturelle, organisatorische und soziale Rahmenbedingungen unterscheiden.

Strukturelle/organisatorische Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit in Deutschland

Arbeitszeitliche Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit

Untersuchungen der Landesärztekammer Hessen zeigten, dass die neuen, seit 2004 geltenden rechtlichen Regelungen zur Arbeitszeit häufig nicht eingehalten werden [148]. Die Mehrheit der befragten Krankenhausärzte geben an, regelmäßig mehr als 45 Stunden pro Woche ärztlich tätig zu sein (78%). Fast ein Fünftel (19,4%) der Befragten arbeiten 55 oder mehr Wochenstunden, bei einer vertraglich vereinbarten Wochenarbeitszeit von 40 Stunden. Die geleistete Mehrarbeit wird bei einem Viertel der Befragten nicht vergütet. Ärzte leisten mit durchschnittlich 33 Überstunden pro Monat mehr Überstunden als ihre weiblichen Kolleginnen (durchschnittlich 23 Überstunden pro Monat) [60]. Im Bezug auf die Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Pausen, geben 48,7% der Ärzte an, dass sie ihre Pause „selten“ oder „nie“ einhalten können [16].

Arbeitszeiterfassung

Die Arbeitszeiterfassung wird im deutschen Gesundheitswesen sehr unterschiedlich gehandhabt. Laut einer Studie von Büttner und Crusius wird die geleistete Arbeitszeit lediglich in 5,5% der Fälle elektronisch erfasst [32]. Mit 29,1% ist die handschriftliche Form weiter verbreitet. In einem großen Teil der Fälle (65,4%) findet keine Arbeitszeiterfassung

statt [32]. Im selben Zusammenhang ergab eine Umfrage des Marburger Bundes unter seinen Mitgliedern, dass im Jahr 2007 bei fast der Hälfte der Mitglieder (49%) die Arbeitszeit nicht systematisch erfasst wurde [89]. In einer Befragung von Bornschein und Erbas geben 21,5% der Ärzteschaft an, dass auf sie Druck ausgeübt werde, weniger Stunden zu dokumentieren als tatsächlich geleistet wurden. Dieser Druck wird vor allem (65,6%) vom ärztlichen Vorgesetzten, zu 14,4% von der Verwaltung und zu 17,6% von den beiden zuvor genannten Parteien ausgeübt [16]. Die fehlende Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes stellt für einige Studienteilnehmer einen Grund für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit dar, wie die nachfolgenden Zitate zeigen:

Ich arbeite als Honorararzt, weil....

- *„die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes in der Klinik unterlaufen wurde.“*
- *„ich meine Arbeitszeit in vollem Umfang leistungsgerecht vergütet bekomme.“*

Bereitschaftsdienste

Bereitschaftsdienste sind nach dem neuen Arbeitszeitgesetz definiert als *„die Zeitspanne, während der sich der Arbeitnehmer, ohne dass er unmittelbar am Arbeitsplatz anwesend sein müsste, sich für Zwecke des Betriebes an einer vom Arbeitgeber bestimmten Stelle innerhalb oder außerhalb des Betriebes aufzuhalten hat, damit er erforderlichenfalls seine volle Arbeitstätigkeit sofort oder bald aufnehmen kann.“*

Der Arbeitgeber darf Bereitschaftsdienste nach BAT und TVöD nur dann anordnen, wenn zu erwarten ist, dass zwar Arbeit anfällt, die Zeit ohne Arbeitsleistung erfahrungsgemäß aber überwiegt. Untersuchungen konnten zeigen, dass die Vorgaben des Gesetzgebers häufig nicht eingehalten werden, da die Hälfte der Ärzte (46,1%) angibt, in ihren Bereitschaftsdiensten in mehr als 50% der Zeit zu arbeiten [31].

In Abbildung 26 ist die Anzahl der Bereitschaftsdienste pro Monat in Abhängigkeit von der Anstellung der Ärzte aufgelistet [31].

:

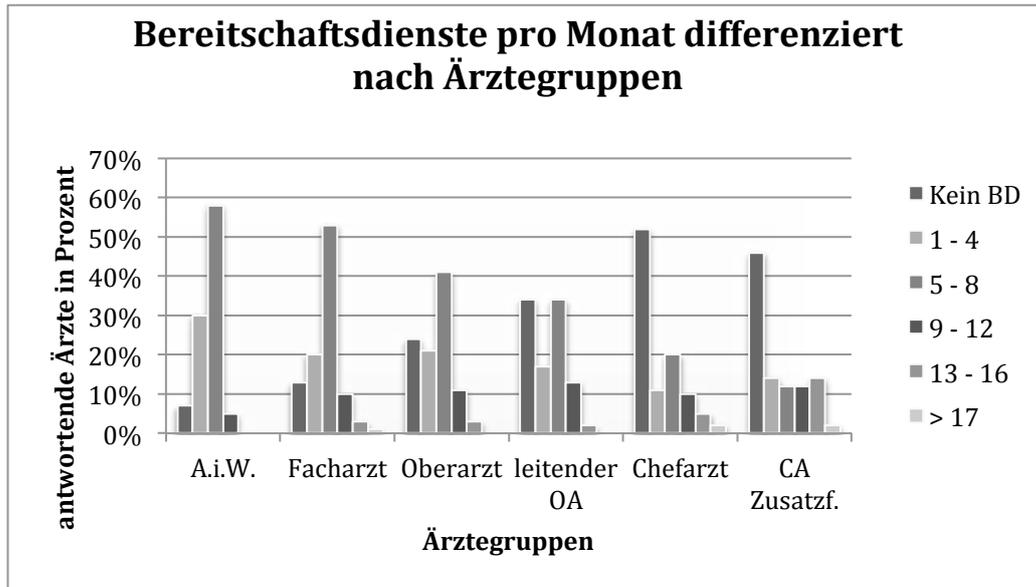


Abbildung 24: Bereitschaftsdienste pro Monat nach Arztgruppe (A.i.W.: Arzt in Weiterbildung; BD: Bereitschaftsdienst; CA: Chefarzt; OA: Oberarzt)

Aus der Abbildung und aus weiteren Berechnungen der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern geht hervor, dass 13,7% aller Ärzte mehr als acht Bereitschaftsdienste pro Monat leisten [32]. Die Anzahl der Dienste nimmt im Laufe der Karriere immer weiter ab. Dies kann als weiteres Indiz dafür gewertet werden, dass vor allem Weiterbildungsassistenten und Fachärzte den höchsten arbeitszeitlichen Belastungen unterliegen.

Die Möglichkeit, als Honorararzt keine Bereitschaftsdienste leisten zu müssen, stellt für einige Studienteilnehmer ebenfalls einen Grund für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit dar, wie das nachfolgende Zitat aus den Freitextantworten der Studie zeigt.

Ich arbeite als Honorararzt, weil...

- „*ich gewisse unangenehme Aspekte klinischer Tätigkeit (z.B. Bereitschaftsdienste) ablehnen kann.*“

Resümee zur Arbeitszeit der Ärzteschaft

Zusammenfassend lässt sich für die Arbeitszeit der Ärzte festhalten, dass die Arbeitszeit teilweise 60 Wochenstunden beträgt und dass die geleistete Mehrarbeit oft nicht registriert und vergütet wird.

Die hohe arbeitszeitliche Belastung und vor allem die „unflexiblen Arbeitszeiten“ stellen für 71% der Studienteilnehmer „wichtige bzw. sehr wichtige“ Gründe für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit dar. Jurkart konnte zeigen, dass sich eine hohe Arbeitsbelastung negativ auf die Zufriedenheit der Ärzteschaft auswirkt: Bei Ärzten mit einer hohen Arbeitsbelastung (mehr als 70 Arbeitsstunden pro Woche) war verglichen mit Kollegen unter moderater Arbeitsbelastung (weniger als 55 Arbeitsstunden pro Woche), die Arbeits- und Lebenszufriedenheit signifikant niedriger und der Zeitdruck signifikant höher [69].

Vergütung der ärztlichen Tätigkeit

In der nachfolgenden Abbildung sind die durchschnittlichen Bruttogrundvergütungen der Ärzteschaft in Abhängigkeit der Arztgruppen beispielhaft anhand von Daten der Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern aus dem Jahr 2002 dargestellt [32].

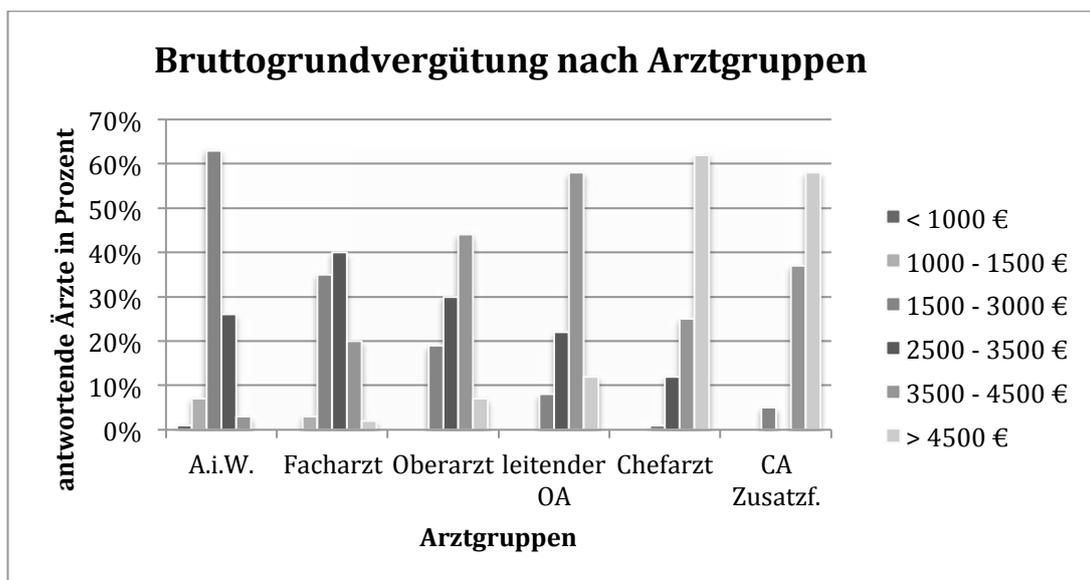


Abbildung 25: Bruttogrundvergütung nach Arztgruppen

Zusätzlich zu der oben aufgeführten Bruttogrundvergütung, erhalten Ärzte Bezüge durch die Vergütung von Mehrarbeit, Bereitschafts- und Rufdiensten und andere Leistungen, wie Zuschüsse zu Fortbildungen.

Aktuellere Daten zum jährlichen Bruttoeinkommen der angestellten Krankenhausärzte, zeigt die nachfolgende Abbildung des DKI [15].

Stufe	Ärztliche Tätigkeit	Fixeinkommen in Euro		Variables Einkommen in Euro		Zusätzliches Einkommen in Euro		Bruttoeinkommen in Euro	
		von	bis	von	bis	von	bis	von	bis
1	Einstieg	44.830	46.618	0,00	8.923	1.793	2.222	46.624	57.763
2	3-5 Jahre	51.241	58.426	0,00	7.923	2.050	2.654	53.291	69.004
3	5-8 Jahre	59.169	66.809	0,00	12.720	4.806	5.596	63.975	85.125
4	8-12 Jahre (mit teilweiser Leitungsfunktion)	74.113	87.180	0,00	29.060	5.404	7.117	79.517	123.358

Abbildung 26: Bruttoeinkommen deutscher Krankenhausärzte im Jahr 2011 [15]

Bei lediglich 11,2% der angestellten Ärzte im Krankenhaus wird die Mehrarbeit vollständig finanziell vergütet und weniger als ein Viertel (23,6%) der Klinikärzte bekommt die Mehrarbeit teilweise, entweder über einen finanziellen oder einen Freizeitausgleich, bezahlt. Mehr als die Hälfte der Krankenhausärzte (58,7%) erhält keinen Ausgleich für diese zusätzlich erbrachten Arbeitsstunden [32].

Diese und weitere Faktoren führen dazu, dass lediglich 13,6% der Ärzte der Aussage „Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Verdienst für angemessen“ zustimmen [126].

Beim Vergleich zwischen den USA und Deutschland fällt auf, dass die US-Ärzte meist „sehr zufrieden“ und die deutschen Ärzte zumeist nur „mäßig zufrieden“ mit ihrem Einkommen sind [69]. Diese Unzufriedenheit mit der Vergütung ihrer erbrachten ärztlichen Leistung spiegelt sich auch in den Gründen für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit wieder: Mehr als die Hälfte (59%) der hautberuflichen Honorarärzte geben die zuvor mangelnden Verdienstmöglichkeiten als „wichtige bzw. sehr wichtige“ Grund für die Aufnahme ihrer Honorararztstätigkeit an. Weitere 22% sehen darin zwar einen Grund, jedoch war dieser für sie nicht maßgeblich für ihre Entscheidung („weder wichtig noch unwichtig“).

Weiterhin verdeutlichen folgende Zitate der Studienteilnehmer die Relevanz der als zu gering empfundenen Vergütung für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit:

Ich arbeite als Honorararzt, weil....

- *„Ich so eher eine adäquate Vergütung erhalte und die Not der mehrarbeitenden Kollegen in den unterbesetzten Regionen [lindern] kann.“*
- *„[es] eine gerechte Vergütung für die Leistung [ist].“*
- *„ich gerne arbeite und mit meiner Bezahlung in meinem K-Haus unzufrieden bin.“*
- *„ich dadurch unterschiedliche Firmenkulturen gegen Bezahlung kennenlernen kann.“*
- *„die miserable Bezahlung im Regeldienst in der gleichen Einrichtung nicht hinnehmbar ist.“*

Der als zu niedrig empfundene Verdienst stellt aktuell dennoch nicht den Hauptkritikpunkt der Ärzteschaft an den Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit dar. Dies wird anhand der hier vorgestellten Studiendaten deutlich: In einer Eingruppierung der Gründe für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit als „wichtig bzw. sehr wichtig“ erscheinen die mangelnden Verdienstmöglichkeiten auf dem sechsten Platz. Dieser Befund widerlegt die ursprünglich aufgestellte These, dass die Ärzte vor allem aus monetären Gründen ihre bisherige Tätigkeit aufgeben, um als Honorararzt tätig werden.

Verwaltungsaufgaben / administrative Tätigkeiten

Heute umfasst die Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus nicht mehr nur die ärztliche Betreuung der Patienten, sondern zusätzlich auch Aufgaben im Sinne der Verwaltung. Diese Verwaltungsaufgaben beinhalten verschiedene Dokumentations-pflichten, den Schriftverkehr mit Krankenversicherungen und dem medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) oder die Verschlüsselung von Diagnosen im DRG-System.

Einer Studie der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern zufolge wenden Ärzte durchschnittlich die in Tabelle 7 gelisteten Stundenzahlen pro Woche für die Erfüllung von Verwaltungsaufgaben auf [32].

Durchschnittlich von Ärzten der stationären Versorgung für administrative Tätigkeiten aufgewendete Stundenanzahl/Woche	Anteil der Ärzte [in Prozent]
Weniger als 3 Stunden	17,6%
Mehr als 3 Stunden	19,4%
Mehr als 5 Stunden	24,3%
Mehr als 8 Stunden	33,0%
Keine Angabe	5,6%

Tabelle 7: Durchschnittlicher von den Ärzten in der stationären Versorgung geleisteter Stundenaufwand pro Woche für administrative Tätigkeiten

Verschiedenen Äußerungen von Ärzten ist zu entnehmen, dass nach ihrer Einschätzung dadurch das Arzt-Patientenverhältnis beeinträchtigt wird [32]. Wie bereits einleitend dargestellt, hat der Anteil der administrativen Tätigkeiten in den vergangenen Jahren zugenommen [75]. Als besonders belastend empfinden die Ärzte im Rahmen der externen Kontrollen und administrativen Anforderungen folgende Aspekte ihrer Tätigkeit: „weitere Dokumentation, Schreibkram“, „ökonomische Vorgaben und Zwänge“, „zunehmender Einfluss der Verwaltungen“ und „vermehrte Kontrollen und Prüfungen“ [126]. Gerade junge Ärztinnen und Ärzte belastet der hohe Verwaltungsaufwand sehr [60]. Im „Ramboll-Gutachten“ des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2004 wird, neben der als zu niedrig empfundenen Bezahlung und dem autoritären Führungsstil, auch das Ausmaß nicht-ärztlicher Aufgaben als negativ bewertet [105][106].

Die oben dargestellten Feststellungen werden auch von den Ergebnissen der Honorararztstudie bestätigt. Der hohe Bürokratieaufwand liegt für die hauptberuflichen Honorarärzte auf Rang fünf der Gründe, die sie zur Aufgabe ihrer vorherigen Tätigkeit bewegt haben. Für 60% der hauptberuflichen Honorarärzte war dies ein „wichtiger bzw. sehr wichtiger“ Grund. Es scheint eine generelle Entlastung der Ärzteschaft von administrativen Tätigkeiten und eine Fokussierung auf die eigentliche

ärztliche Tätigkeit dringend geboten. Folgende Zitate der Studienteilnehmer zeigen den Einfluss der administrativen Aufgaben auf die Aufnahme der Honorararztstätigkeit:

Ich arbeite als Honorararzt, weil...

- *„gerade lästige administrative Tätigkeiten Geschichte sind.“*
- *„es mir Freude macht, in anderer Umgebung zu arbeiten und meine Kompetenzen zu praktizieren ohne den Druck der Bürokratie.“*
- *„für mich ein Großteil der Bürokratie entfällt.“*
- *„das Klima, welches durch maximalen Kostendruck in Kombination mit ausufernder Bürokratie entstanden ist, ist unerquicklich.“*

Arbeitsplatzsicherheit

Eine große Arbeitsplatzsicherheit korrelieren nach Janus et al. am zweitstärksten mit einer positiven Berufszufriedenheit [66]. Eine Arbeitsplatzunsicherheit, die durch kurze und wiederholt befristete Verträge gekennzeichnet ist, wird von den Betroffenen häufig als *„Widerspruch zu dem eigenen hohen Arbeitsengagement und der großen Verantwortung und fachlichen Kompetenz“* wahrgenommen und trägt damit zur Unzufriedenheit der angestellten Krankenhausärzte bei [74].

Soziale Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit

Arbeitsklima: Entscheidungsautonomie, Anerkennung und Patientenkontakt

Folgende Faktoren haben nach Janus einen signifikanten Einfluss auf die Berufszufriedenheit: Entscheidungsautonomie, Anerkennung und der Patientenkontakt [66].

Entscheidungsautonomie und Anerkennung

Laut einer Studie von Janus et al. korrelieren unter den arbeitsbezogenen Faktoren die Entscheidungsautonomie und die Anerkennung am besten mit einer großen Berufszufriedenheit [66]. Dabei wird in Deutschland in der Organisation von Versorgungsprozessen vor

allem der hierarchische Charakter der Organisationsstrukturen und das Fehlen einer kooperativen Grundeinstellung bemängelt [66]. Die starren hierarchischen Strukturen in den hiesigen Einrichtungen der stationären Versorgung werden von der Ärzteschaft schon lange kritisiert [54]. Auch der 105. Deutsche Ärztetag setzt sich in seinem Beschlussprotokoll für dieses Ziel ein und beschreibt in diesem Zusammenhang Mobbing als möglichen Ausdruck eines extrem hierarchischen, machterhaltenden Denkens [24].

Auch Fottler et al. [49] und Karasek (job demand control model) [72] gelang der Nachweis einer Korrelation zwischen Entscheidungsautonomie und hoher Arbeitszufriedenheit. Die mangelnde Autonomie stellt der vorliegenden Arbeit zufolge den wichtigsten Grund für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit dar. Annähernd drei Viertel (74%) der hauptberuflichen Honorarärzte sehen diese als „wichtigen bzw. sehr wichtigen“ Grund für die Aufgabe ihrer Tätigkeit an. Durch die in aller Regel bereits abgeschlossene Weiterbildung konnten die Honorarärzte in ihrer vorherigen Tätigkeit in der Regel fachliche Entscheidungen unabhängig treffen. Jedoch wurde ihre Entscheidungsfreiheit durch den zunehmenden Einfluss der Verwaltungen von anderer Seite eingeschränkt. Dies belegen unter anderem folgende Zitate:

Ich arbeite als Honorararzt, weil....

- *„Die Ohnmacht den Verwaltungen gegenüber Geschichte ist.“*
- *„Ich nun unabhängig vom direkten Vorgesetzten bin.“*
- *„Ich unabhängig von der Hierarchie im Krankenhaus und unabhängig von Kompetenzgerangel in der Klinik tätig sein kann und besser bezahlt werde.“*
- *„Ich weisungsunabhängig bin.“*
- *„Ich gerne selbstständig und unabhängig arbeiten möchte.“*
- *„Ich die Abwechslung und Unabhängigkeit liebe und die Hierarchie hasse.“*

Patientenkontakte

Patientenkontakte stellen einen essentiellen Teil der beruflichen Tätigkeit fast aller Ärzte dar. Dabei führen positive, belohnende Arzt-Patienten Beziehungen zu einer Steigerung der Berufszufriedenheit unter den Ärzten. Im Gegenzug kann sich eine übermäßig hohe Anzahl an Patientenkontakten mit einer folglich reduzierten Konsultationsdauer negativ auf die Berufszufriedenheit auswirken [42][124]. Die niedergelassenen Ärzte sind sich der Tatsache, dass diese kurzen Kontaktzeiten nicht ausreichen, um eine gute Versorgung sicherzustellen, durchaus bewusst [67]. Auch die Ergebnisse der Honorararztstudie machen die Unzufriedenheit der niedergelassenen Ärzte mit den derzeitigen Rahmenbedingungen deutlich. Die zuvor in Niederlassung tätigen Ärzte geben häufiger die schlechten Verdienstmöglichkeiten neben einer Unzufriedenheit mit den derzeitigen Strukturen und einem „Mangel an Lebensqualität“ als Grund für die Aufgabe der bisherigen Tätigkeit an, wie folgende Aussagen der Studienteilnehmer zeigen:

Ich arbeite als Honorararzt, weil...

- *„es eine Alternative zur Festanstellung bei teilweise freier Arbeitszeit bietet ohne den bürokratischen Aufwand einer Praxis.“*
- *„die Vergütung in eigener Praxis trotz Übergröße und zeitlichem Aufwand nicht mehr in gebührender Form zur Qualifikation und zum Zeitaufwand steht.“*
- *„die Regelleistungsvolumina mit Korridoren auch für von Patienten veranlasste "schlechte Zeiten der Inanspruchnahme" die Kassenarztpraxis unattraktiv machen.“*
- *„ich zwei Kinder im Studium versorgen muss. Diese finanzielle Belastung gibt meine allgemeinmedizinischen Praxis nicht her, zumal ich auch auf Grund des schwerfälligen KV-Abrechnungswesens zurzeit noch immer an den Folgen der Aufgabe einer Gemeinschaftspraxis leide.“*

- *„in meinem Fachgebiet die Niederlassung zu RLV-Zeiten ein finanzielles Desaster ist.“*

Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Die Work-Life-Balance ist ursprünglich ein umschreibender Begriff aus der englischsprachigen Literatur, der für den Einklang von Berufs- und Privatleben steht. Die wörtliche Übersetzung aus der englischen Sprache lautet Arbeits-Lebens-Gleichgewicht. Da die Arbeit zumeist ein fester Bestandteil des Lebens ist, sollte nach Lothaller eher von einer „Life-Domain-Balance“ gesprochen werden [86].

Eine Untersuchung unter Ärztinnen und Ärzten, die seit weniger als 10 Jahren approbiert sind, zeigt, dass lediglich 3,5% der Befragten die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als „gut“ und weitere 12,7% als „eher gut“ bewerten [9]. Etwa ein Drittel der Jungmediziner beurteilt die Life-Domain-Balance als mittelmäßig (33,8%), ein weiteres Drittel als „eher schlecht“ und fast jeder Sechste (16,3%) als „schlecht“. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied ist dabei nicht festzustellen. Vor allem die hohe Arbeitsbelastung und die daraus resultierende Minderung der Freizeit empfinden die Ärzte als unbefriedigend [114]. So zeigt die Ärzteschaft signifikant niedrigere Werte bei der Zufriedenheit mit der Freizeit als die Normalbevölkerung (50,5% vs. 65,1%) [9]. Im Rahmen einer Verbesserung der Life-Domain-Balance werden den jungen Ärzten die Faktoren Stressvermeidung, Freizeitgewinn und Selbstverwirklichung außerhalb des Berufes zunehmend wichtiger [144].

Eine schlechte Life-Domain-Balance kann nach Nickel et al. dazu beitragen, dass viele hochqualifizierte Ärzte nach anderen Betätigungsfeldern suchen, auf Kinder verzichten oder ins Ausland abwandern [100]. Der Stellenwert einer guten Life-Domain-Balance wird auch in folgenden Zitaten der Studienteilnehmer deutlich:

Ich arbeite als Honorararzt, weil....

- *„ich so am besten einen guten Verdienst mit der nötigen Freizeit für eine Familie verknüpfen kann.“*

- „ich mir bei gleichem Verdienst hierdurch Freiräume schaffen kann, die ich überwiegend für meine Familie nutze.“
- „die Tätigkeit abwechslungsreich ist, Unabhängigkeit bedeutet, die Möglichkeit bietet, der Familie mehr Zeit einzuräumen.“
- „die Flexibilität in der Zeitgestaltung sowohl beruflich als auch privat kaum ein Arbeitgeber leisten kann. Zudem ist mir meine Familie wichtiger als eine Karriere bis zum Chefarzt.“
- „ich Beruf UND Familie gerecht werden kann.“
- „[es die] zeitliche Flexibilität ermöglicht, mehr Zeit für die Familie bei gleichem Einkommen [zu haben].“

Eigene berufliche Zukunft

Ihre eigene berufliche Zukunft sieht die Mehrheit der Ärzteschaft positiv. Auffällig ist hierbei die hohe Anzahl (58,5%) an Ärzten, die bisher noch nie an einen Wechsel in eine medizinferne Tätigkeit gedacht haben [32]. Einer Untersuchung von Bestman und Kuchler zufolge würden sich 7% der Ärzte und 6,1% der Ärztinnen unter den gegenwärtigen Bedingungen auf **keinen Fall** noch einmal und 30,1% (Ärzte) bzw. 25,8% (Ärztinnen) **wahrscheinlich** nicht noch einmal für diesen Beruf entscheiden [9]. Der Wunsch nach der Aufgabe der ärztlichen Tätigkeit entwickelt sich erst im Laufe der beruflichen Karriere [9]. Interessanterweise ist gerade die Gruppe der 35–45-jährigen Ärzte mit ihrem häufigen Wunsch der Berufsaufgabe in der Altersverteilung der hauptberuflichen Honorarärzte überrepräsentiert. Dieses Ergebnis stützt damit ebenfalls die These, dass die Unzufriedenheit der Ärzte zu diesem Zeitpunkt ihrer Karriere sie dazu veranlasst, als Honorararzt tätig zu werden.

Zusammenfassung der Rahmenbedingungen und ihres Einflusses auf die Aufnahme der Honorararztstätigkeit

Alle oben genannten Faktoren, wie die hohe Zahl an Arbeitsstunden pro Woche, die unflexiblen Arbeitszeiten, die subjektiv niedrige Vergütung, die Zunahme von administrativen Tätigkeiten mit dem Gefühl der zunehmenden Fremdbestimmtheit führen zusammen zu einem Gefühl der mangelnden Autonomie und zu einer Unzufriedenheit mit den

derzeitigen Strukturen. Dies hat nach dem Modell der Gratifikationskrisen eine subjektive Minderung der Lebensqualität und eine schlechte Life-Domain-Balance zur Folge. Der Wunsch nach einer kompletten Berufsaufgabe oder nach einer radikalen Veränderung der eigenen beruflichen Situation, wie durch den Beginn einer hauptberuflichen Honorararztstätigkeit, entwickelt sich somit erst im Laufe der ärztlichen Tätigkeit. Diese Kausalkette lässt sich jedoch weder auf die sehr jungen (< 30 Jahre) Honorarärzte noch auf die sehr alten (> 65 Jahre) anwenden. Die Aufnahme der Honorararztstätigkeit muss hier andere Gründe haben (Kennenlernen verschiedener Einrichtungen; Aufstockung der Altersbezüge)

4.4.3. Zusammenfassung der Gründe für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit

Die Gründe der Studienteilnehmer für die Aufnahme ihrer Honorararztstätigkeit sind zum einen in den, mit ihrer Biografie verbundenen, Veränderungen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit und zum anderen in den aktuellen Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit zu finden. Die berufsbiografischen Gründe für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit sind unter anderem eine stetige Arbeitsplatzunsicherheit, das hohe Maß an Aufopferung für den Beruf und die hohe Arbeitsbelastung, bei einer gleichzeitig als zu gering empfundenen Vergütung. Die durch den Abschluss der Weiterbildung zunehmende fachliche Autonomie wurde durch den zunehmenden Einfluss der Verwaltung wieder eingeschränkt. Gründe für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit finden sich auch in den aktuellen Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit in Deutschland. Somit bestätigen die Studienergebnisse die These, dass Honorarärzte ihre bisherige Tätigkeit vor allem aus Gründen der Unzufriedenheit mit den hierarchischen Strukturen, dem hohen Maß an Bürokratie in Kliniken und Praxen, dem Mangel an Lebensqualität, der schlechten Life-Domain-Balance, der schlechten Vergütung und der schlechten Vereinbarkeit von Familie und Beruf aufgegeben haben.

4.5. Ärztinnen im Honorararztwesen

Die Tatsache, dass weniger als ein Drittel der Teilnehmer Frauen (28,0%) sind, unterscheidet die Studienpopulation der Honorararztstudie von der gesamten Ärzteschaft (42,1%) [76]. Dabei liegt der Anteil bei den hauptberuflichen Honorarärztinnen (34,1%) höher als bei den in Nebentätigkeit arbeitenden Kolleginnen (23,0%). Bei der Verteilung der Ärztinnen in der gesamten Ärzteschaft finden sich große Unterschiede bezüglich der neuen (50,6%) und der alten Bundesländer (40,8%) [76]. Heute sind von 100 Studienanfängern im Fach Humanmedizin 63 Frauen [76]. Die Ärztinnen gehen dem deutschen Gesundheitswesen vor allem auf dem Weg zum Abschluss der Weiterbildung verloren [76].

Der Anteil der Ärztinnen mit abgeschlossener Weiterbildung an der Gesamtärzteschaft beträgt nur noch 43,7%. Ähnliches gilt auch für die Vertragsärzte (36%) und für die leitenden Krankenhausärzte (15%). Kopetsch sieht dies vor allem „*durch die mangelnden Möglichkeiten, Beruf bzw. Weiterbildung und Kindererziehung / Familie zu vereinbaren*“ ([76]) begründet.

Der niedrige Anteil an Ärztinnen in der gesamten Studienpopulation der Honorararztstudie ist insofern verwunderlich, da von vielen hauptberuflichen Honorarärzten (80,2%) die selbstbestimmten Arbeitszeiten als Vorteil angesehen werden. Bei der Auswertung der Untersuchungsergebnisse imponiert die Gruppe der Ärztinnen vor allem bei den Honorarärzten in Haupttätigkeit ohne abgeschlossene Weiterbildung. In dieser Subpopulation beträgt der Anteil der Frauen 51,7%. Die Tatsache, dass diese Subpopulation häufiger nicht promoviert ist (66,7%), mit einem Durchschnittsalter von 40,0 Jahren älter als andere Weiterbildungsassistenten ist und häufiger bereits Kinder hat (51,4%) spricht für folgende Annahme:

Bei hauptberuflichen Honorarärzten ohne abgeschlossene Weiterbildung handelt es sich häufig um Frauen, die durch familiäre Veränderungen, wie beispielsweise durch die Geburt eines Kindes, ihre Weiterbildung nicht abschließen konnten. Die Ärztekammern gestatten prinzipiell die

Weiterbildung auch in Teilzeit, jedoch muss die Teilzeitstelle mindestens 50% der regelmäßigen Arbeitszeit umfassen und die Dauer der Weiterbildung verlängert sich entsprechend. Der Verlust von Ärztinnen im Berufsabschnitt der Weiterbildung wird von Kopetsch in der Arztlzahlstudie [76] ausführlich dargestellt.

Für Ärztinnen bietet das Honorararztwesen anscheinend die Möglichkeit ohne abgeschlossene Weiterbildung und mit Kindern weiterhin ärztlich tätig zu sein. Der niedrige Anteil an Ärztinnen an der gesamten Studienpopulation erklärt sich möglicherweise aus der Tatsache, dass die Honorararztstätigkeit durch die häufige Abwesenheit von der Familie (59,1% Zustimmung) wenig familienfreundlich ist.

4.6. Negative Auswirkungen des Honorararztwesens

4.6.1. Negative Auswirkungen für den Honorararzt

Abwesenheit von Familie / Beeinträchtigung der Partnerschaft / Fehlende soziale Absicherung

Der aus der Perspektive der Honorarärzte wohl wichtigste negative Aspekt ihrer neuen Tätigkeit stellt die Beeinträchtigung der Partnerschaft / Familie dar. Durch die häufigen Reisetätigkeiten und die wiederholte Abwesenheit von der Familie (59,1%) kann hier ein erhebliches Konfliktpotential entstehen. Die Studienergebnisse belegen, dass die ursprüngliche These, dass die Honorararztstätigkeit zu einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf führt, nicht zutreffend ist. Da die Dauer eines Honorararzteinsatzes nicht Gegenstand der Untersuchung war, kann die Abwesenheit der Studienteilnehmer von ihrer Familie nicht quantifiziert werden. Angaben von Weber zufolge, können die Einsätze jedoch zwischen einem Tag und mehreren Monaten dauern [131]. Diese teilweise langen Abwesenheiten von der Familie und von Freunden am Wohnort erklären, warum die Honorarärzte eine fehlende soziale Absicherung (45,8%) bemerken und diese als nachteilig empfinden.

Unsichere Rechtslage / Probleme mit Institutionen

Neben der Abwesenheit von der Familie ist die aktuell unsichere Rechtslage (55,4%) für die Honorarärzte der zweite große Nachteil ihrer Tätigkeit. Die unsichere Rechtslage umfasst die bereits mehrfach dargestellte Problematik der Scheinselbstständigkeit und die teilweise (noch) notwendigen Mehrfachmitgliedschaften in den Ärztekammern und den ärztlichen Versorgungswerken. Daneben existiert auch juristischer Klärungsbedarf bezüglich des Haftungsrechtes.

Seitens der Kliniken ist teilweise nicht geklärt, ob und in welchem Maß die von den Auftraggebern abgeschlossenen Haftpflichtversicherungen auch für etwaige Behandlungsfehler des Honorararztes gelten [154]. Aktuell kann der Honorararzt dieser Problematik nur durch den Abschluss einer eigenen Berufshaftpflichtversicherung begegnen. Einige Berufsverbände haben sich mittlerweile dem Problem angenommen und eigene Haftpflichtversicherungspakete für Angehörige ihres Fachbereiches erstellt [154].

Rechtliche und vor allem haftungsrechtliche Probleme können sich für die Honorarärzte auch direkt während ihrer Honorararztstätigkeit ergeben. Honorarärzte sind wie alle Ärzte dazu verpflichtet, für alle medizinischen Produkte, mit denen sie arbeiten, eine gültige Einweisung nach MPG zu besitzen. Bei ständig wechselnden Auftraggebern, die über unterschiedliche Arbeitsmaterialien verfügen, können Honorarärzte hier in Handlungskonflikte kommen. Dem Honorararzt ist anzuraten, sich von den Herstellern möglichst vieler Produkte einweisen zu lassen und diese Einweisungen genau zu dokumentieren. Dies erfordert einen gewissen administrativen Aufwand, dient jedoch neben der haftungsrechtlichen Absicherung der eigenen Tätigkeit auch der Qualitätssicherung.

Wirtschaftliches Risiko (50,3%)

Das wirtschaftliche Risiko ist laut 50,3% der Studienteilnehmer ein weiterer negativer Aspekt einer hauptberuflichen Honorararztstätigkeit. Honorarärzte verfügen nicht über eine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall oder während des Urlaubes. Weiterhin beklagen einige Honorarärzte in

der Studie die schlechte Zahlungsmoral der Auftraggeber, so dass für diese vorübergehenden Verdienstauffälle ebenfalls Rücklagen gebildet werden müssen. Weitere Ausgaben, wie eine freiwillige Mitgliedschaft in der Berufsgenossenschaft, können die monatlichen Aufwendungen weiter erhöhen. Zur Dokumentation der Einnahmen und Ausgaben und für die Abrechnung mit dem Finanzamt können Honorarärzte in aller Regel nach § 4 Abs. 3 Einkommenssteuergesetz (EStG) auf die Einnahme-Überschuss-Rechnung (EÜR) zurückgreifen [115]. Das wirtschaftliche Risiko der fehlenden Lohnfortzahlung im Krankheitsfall lässt sich über eine Zusatzversicherung in Form eines Krankentagegeldes absichern, die jedoch ihrerseits die ständigen monatlichen Aufwendungen weiter erhöht.

Fehlende Anerkennung der Tätigkeit (46,0%)

Die fehlende Anerkennung ihrer Tätigkeit durch Kollegen und Landesvertretungen empfinden 46,0% der Honorarärzte ebenfalls als Nachteil. Häufig werden Honorarärzte von ihren Kollegen als „Sonderlinge“ oder „Rosinenpicker“ angesehen [48]. Im Zuge der zunehmenden Etablierung des Honorararztwesens in Deutschland ist es vorstellbar, dass sich die Vorurteile anderer Ärzte gegenüber ihren honorarärztlichen Kollegen weiter abbauen und die fehlende Anerkennung der Honorararztstätigkeit seitens der ärztlichen Kollegen in das Gegenteil umschlägt. Die fehlende Anerkennung seitens der Ärztekammern wird beispielsweise darin deutlich, dass diese die Honorararztstätigkeit vielfach nicht als eigenständige ärztliche Tätigkeit erfassen.

Fehlende Weiterbildungsmöglichkeit

Ein weiterer Kritikpunkt der Studienteilnehmer ist die fehlende Möglichkeit der Fortführung der Weiterbildung während der Honorararztzeit. Dieser Wunsch der Weiterbildungsassistenten ist nachvollziehbar, muss jedoch kritisch hinterfragt werden.

In der Weiterbildung sollte eine kontinuierliche Supervision mit häufigen Gesprächen über den manuellen und fachlichen Fortschritt der

Weiterbildungsassistenten erfolgen [27]. Eine solche Begleitung ist bei einer Honorararztstätigkeit nicht möglich. Daher hat die BÄK in Zusammenarbeit mit der KBV die Honorararztstätigkeit an den Facharztstandard gebunden [22]. Ein weiterer Kritikpunkt an der Ausübung einer Honorararztstätigkeit als Weiterbildungsassistent ist die möglicherweise fehlende Kompetenz für eine fachliche Entscheidungsfreiheit. Diese stellt ein wichtiges Kriterium der Selbstständigkeit in Abgrenzung zur abhängigen Beschäftigung dar (vgl. Kapitel 1.3.4.).

Negative Auswirkungen am Einsatzort:

Organisatorische Rahmenbedingungen, die sich am Einsatzort für den Honorararzt negativ auswirken können, sind beispielsweise die fehlende Einarbeitung, unklare Zuständigkeiten und Verfahrensabläufe oder auch eine „*ungastliche Unterkunft*“⁴⁵. Stärker negativ als die organisatorischen Bedingungen können sich soziale Faktoren am Einsatzort auswirken. Vor allem das fehlende soziale Netz des Heimatortes, die fehlende soziale Eingliederung am Einsatzort und das teilweise fehlende Teamwork wird von Honorarärzten als negativ empfunden. Die ständig wechselnden Arbeitsabläufe und Kollegen können ebenfalls als eine starke psychische Belastung empfunden werden.

Negative Auswirkungen auf die fachlichen Fähigkeiten

Die fachlichen Fähigkeiten der Honorarärzte können durch ihre neue Tätigkeit eine Veränderung erfahren. Bedenklich ist hierbei die Tatsache, dass die Ärzte angeben, dass ihre Fähigkeit zum wissenschaftlichen Arbeiten und ihre Fähigkeiten in der kontinuierlichen Patientenversorgung negativ beeinflusst worden seien. Die bemerkten Einschränkungen im wissenschaftlichen Arbeiten liegen möglicherweise darin begründet, dass Honorarärzte den Ergebnissen nach kaum in der Forschung eingesetzt werden und hauptsächlich in kleinen und mittelgroßen Einrichtungen der stationären Versorgung tätig sind. Die von Honorarärzten beobachtete negative Entwicklung der Fähigkeit zur

⁴⁵ Zitat Studienteilnehmer zu weiteren Nachteilen der Honorararztstätigkeit

kontinuierlichen Patientenversorgung ist wahrscheinlich in der kurzen Einsatzdauer der Honorararzteinsätze begründet.

Viele Teilnehmer der Studie bemerkten eine Einschränkung ihrer Fertigkeiten in der Intensivmedizin. Dies ist möglicherweise Folge einer mangelnden Teameingliederung, von unterschiedlichen Behandlungskonzepten der Einrichtungen und von unterschiedlichen Arbeitsstrukturen. Zur Versorgung kritisch kranker Patienten auf der Intensivstation ist neben einem hohen Maß an Teamwork, eine gute Kenntnis der klinikinternen Strukturen mit den entsprechenden Ansprechpartnern und Verfahrensabläufen unabdingbar, über die Honorarärzte durch ihre kurzen und wechselnden Tätigkeiten häufig nicht verfügen können [157].

Routineverlust

Ein Teil der Honorarärzte nimmt einen Verlust ihrer zuvor erworbenen Routine wahr. Von diesem Routineverlust können sowohl fachliche Bereiche, als auch organisatorische Aufgaben der ärztlichen Tätigkeit betroffen sein. Der Verlust der organisatorischen Routine erklärt sich durch die fehlende feste Eingliederung und ständig wechselnden Arbeitsabläufe. Der Verlust fachlicher Routine findet häufig in exotischen Randbereichen des jeweiligen Fachgebietes oder in den Teilbereichen, die zuvor ungern ausgeübt worden sind, statt. Damit erklärt sich der fachliche Routineverlust durch eine Fokussierung des Honorararztes in seiner Tätigkeit auf von ihm geschätzte Fachbereiche. Weiterhin kommen Honorarärzte vor allem in kleineren Krankenhäusern in ländlichen Regionen zum Einsatz [123]. Fähigkeiten und Fertigkeiten aus exotischeren Randbereichen eines Fachgebietes werden hier seltener benötigt. Hier besteht die Gefahr, dass diese Fähigkeiten und Fertigkeiten bei fehlendem Training irgendwann verloren gehen.

Zukünftige Bewerbungen

Ein Teil der hauptberuflichen Honorarärzte befürchtet, dass ihre aktuelle Tätigkeit negative Auswirkungen auf zukünftige Bewerbungen für eine Festanstellung haben könnte. Dass diese Befürchtungen unter

Umständen berechtigt sein könnten, zeigt die Tatsache, dass viele Ordinarien in der universitären Medizin dem Einsatz von Honorarärzten kritisch gegenüber stehen [70]. Diese Haltung gegenüber Honorarärzten kann dazu führen, dass ein Bewerber auf Grund seiner vorherigen Honorararztstätigkeit keine Stellenzusage erhält. Auf der anderen Seite ist es denkbar, dass Arbeitgeber einen Honorararzt bevorzugt einstellen. Der Honorararzt kann sich durch seinen breiten Erfahrungsschatz, seine Flexibilität und seine zuvor bewiesene Selbstständigkeit von anderen Bewerbern abheben. In welche Richtung der zukünftige Arbeitgeber die vorangegangene Honorararztstätigkeit wertet, ist vom Einzelfall abhängig und somit schwer vorherzusehen.

Zusammenfassung der negativen Aspekte

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass vor allem die häufige und lange Abwesenheit von der eigenen Familie, der teilweise Verlust von fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten und die teilweise unklaren rechtlichen Rahmenbedingungen aktuell die größten Nachteile der Honorararztstätigkeit darstellen. Die ursprünglich entwickelte These, dass Honorarärzte während ihrer Tätigkeit auf steuerrechtliche, haftungsrechtliche und berufsrechtliche Probleme treffen, wird von den Studienergebnissen bestätigt. Zusätzliche Beeinträchtigungen können durch fehlende Einarbeitung, schlechte organisatorische Rahmenbedingungen und Konflikte mit dem Personal am Einsatzort entstehen. Im Rahmen der selbstständigen Tätigkeit ergeben sich zusätzliche bürokratische Aufgaben (Absicherung, Einkommenssteuer). Darüber hinaus sind Honorarärzte – wie jeder andere selbstständig Tätige – einem ständigen wirtschaftlichen Risiko ausgesetzt.

4.6.2. Befürchtete negative Auswirkungen für die Auftraggeber

Häufig stehen die Leitungsebenen der Kliniken einem Einsatz von Honorarärzten kritisch gegenüber. Sie befürchten negative Auswirkungen der Honorarärzte auf ihre Abteilungen [70]. Zu der von Kaisers et al. durchgeführten Studie ist anzumerken, dass die Datenbasis der gesamten Untersuchung als kritisch anzusehen ist.

Von den 36 hier befragten Ordinarien der universitären Anästhesie haben weniger als 10% (n=3) bereits mit Honorarärzten zusammengearbeitet. Daher ist davon auszugehen, dass es sich bei den Antworten der Befragten zum großen Teil um Befürchtungen und nicht um Erfahrungswerte handelt. Die Validität der von Kaisers beschriebenen Daten wird durch die isolierte Befragung von Ordinarien der universitären Anästhesie weiter eingeschränkt. Zum einen stammen Honorarärzte mit einer abgeschlossenen Weiterbildung nur zu 40,8% aus dem Fachbereich der Anästhesie und zum anderen sind Honorarärzte vor allem in stationären Einrichtungen von mittlerer bzw. kleiner Größe tätig [123]. Wegen dieser Einschränkungen wäre eine Befragung von Ordinarien aus mehreren Fachbereichen und unterschiedlichen Versorgungsgrößen, die schon häufiger mit Honorarärzten zusammengearbeitet haben, notwendig, um wissenschaftlich fundierte Daten zu gewinnen.

Die von Kaisers ermittelten, kritisch zu hinterfragenden, möglichen negativen Auswirkungen sind:

Hohe Kosten durch den Honorararzteinsatz

Durch den Einsatz von Honorarärzten entstehen den Auftraggebern neben dem Honorar des Honorararztes von durchschnittlich 71 € pro Arbeitsstunde in der stationären Versorgung weitere Kosten. 88,0% der vom DKI befragten Krankenhäuser geben an, dass Honorarärzte im Vergleich zu festangestellten Mitarbeitern höhere Kosten verursachen [14]. Dazu gehören die Vermittlungsprovisionen der Honorararztagenturen, die Vermittlung der Unterkunft, die Bindung eines Mitarbeiters zur Einarbeitung des Honorararztes und gegebenenfalls Kosten durch die im Vergleich zu den festangestellten Ärzten verminderte Produktivität der Honorarärzte. Valide Daten aus dem deutschen Gesundheitssystem zum Vergleich der Produktivität eines Honorararztes mit der eines festangestellten Mitarbeiters liegen zum Zeitpunkt dieser Arbeit nicht vor. Darüber hinaus entstehen den Auftraggebern zusätzlich noch Transaktionskosten. Darunter werden alle Kosten zusammengefasst die mit der Einleitung, Vorbereitung,

Umsetzung, Durchführung und Beendigung einer Vertragsbeziehung einhergehen.

Fehlende Einhaltung von Klinikstandards

Die gesundheitliche Versorgung in Deutschland ist in vielen Bereichen nicht standardisiert; vielmehr haben die Versorgungseinrichtungen häufig leitlinienkonforme Behandlungspfade und eigene klinikinterne Standards etabliert [85]. Durch mangelnde Flexibilität seitens des Honorararztes und durch eine fehlende Einführung des Honorararztes in die internen Klinikstandards seitens des Auftraggebers besteht die Möglichkeit, dass diese durch den Honorararzt nicht eingehalten werden. Diese Abweichung ist aus Sicht der Auftraggeber kritisch zu sehen und wird von 61,1% der von Kaisers befragten Ordinarien der universitären Anästhesie als Nachteil eines Honorareinsatzes angesehen. Um eine Einhaltung der Standards zu gewährleisten, ist eine gute Einarbeitung des Honorararztes unabdingbar.

Qualitätsverluste & Gefährdung der Weiterbildung

Auf Grund der befürchteten Abweichung von klinikinternen Standards und der Tatsache, dass die fachlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten des Honorararztes den Auftraggebern häufig nicht genau bekannt sind, besteht aus deren Sicht die Gefahr des Qualitätsverlustes. Immerhin 63,9% der von Kaisers befragten Ordinarien der universitären Anästhesiologie befürchten einen Qualitätsverlust in der Patientenversorgung durch den Einsatz von Honorarärzten [70]. Dass das Problem des Qualitätsverlustes nicht rein fiktiver Natur ist, zeigt der Fall eines in Großbritannien tätigen deutschen Honorararztes: Dieser hat auf Grund einer fehlerhaften Dosierung des Medikamentes Diamorphin den Tod eines 70-jährigen Patienten in der Grafschaft Cambridgeshire zu verantworten[3]. In wie weit der Einsatz von Honorarärzten die Qualität der Patientenversorgung generell beeinflusst, wurde bisher noch nicht untersucht. Daher lässt sich die von Prof. Landauer aufgestellte These, dass das Awareness-Risiko für den Patienten durch den Einsatz von Honorarärzten in der Anästhesie steigt, nicht belegen [146]. Einige

Agenturen bieten den Auftraggebern die Möglichkeit, die Qualität der von den Honorarärzten geleisteten Arbeit zu evaluieren. Hier wäre die Einrichtung einer Agentur-unabhängigen Evaluationsmöglichkeit wünschenswert. Im Gegenzug sollte auch eine unabhängige Evaluationsmöglichkeit der Auftraggeber durch die Honorarärzte geschaffen werden.

Der Einsatz von Honorarärzten birgt nach Einschätzung der von Kaisers befragten Chefärzte ferner die Gefahr, dass die Weiterbildung der in der Einrichtung tätigen Weiterbildungsassistenten gefährdet wird [70]. Der Umfrage des BDC zufolge schätzen 49% der Chefärzte in der Chirurgie die Wirkung der Honorarärzte auf die Weiterbildung der Assistenten als neutral und 28% als negativ ein. Im Gegenzug gibt ein Fünftel (20%) an, dass sie in den Honorarärzten einen Gewinn für ihre Weiterbildungsassistenten sehen [96]. Negative Auswirkungen auf die Weiterbildung der Assistenten sind vor allem dann zu befürchten, wenn sich der eingesetzte Honorararzt nicht an der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten an die Weiterbildungsassistenten beteiligt und nur „Dienst nach Vorschrift“ ableistet. Hier ist jeder einzelne Honorararzt gefordert, die Einrichtungen in der Weiterbildung ihrer Assistenten zu unterstützen.

Renommeeverlust

Ferner befürchten 55,6% der befragten Ordinarien einen Renommeeverlust ihrer Abteilung, sobald sie Honorarärzte einsetzen. Honorarärzte sind ein relativ junges Phänomen im deutschen Gesundheitssystem und ihr Einsatz geht mit dem Eingeständnis eines Ärztemangels in der entsprechenden Abteilung einher. Heute ist der Ärztemangel ein generelles Problem aller Einrichtungen weitgehend unabhängig von ihrer Versorgungsgröße [14]. Der befürchtete Renommeeverlust ist somit nicht dem Einsatz von Honorarärzten an sich, sondern vielmehr dem Eingeständnis des Ärztemangels, auch in der eigenen Abteilung, geschuldet.

Verstärkung der Mitarbeiterabwanderung

Eine durch den Honorararzteinsatz im Vorfeld nicht abzuschätzende Konsequenz könnte in einem „Worst-Case-Szenario“ die weitere Abwanderung von Mitarbeitern sein. Festangestellte Mitarbeiter können möglicherweise die Honorararztstätigkeit für sich als ernst zu nehmende Alternative wahrnehmen und als Konsequenz ebenfalls ihre bisherige Tätigkeit aufgeben, um zukünftig ebenfalls als Honorararzt tätig zu werden.

Gefährdung der Abteilungsautonomie

Die Mehrheit (55,6%) der von Kaisers befragten Chefärzte sieht im Einsatz der Honorarärzte eine Gefährdung ihrer Abteilungsautonomie. Honorarärzte werden nicht immer von den Chefärzten selbst, sondern auch von den Verwaltungen, teilweise sogar gegen den ausdrücklichen Willen der Chefärzte, rekrutiert [96]. Dies kann zur Folge haben, dass die Chefärzte die Einstellung eines Honorararztes als Eingriff in ihre Personalplanung und Personalführung empfinden und ihre Unabhängigkeit gegenüber der Verwaltung in Gefahr sehen. Aktuelle Informationen über den genauen Ablauf der Rekrutierung von Honorarärzten fehlen, abseits der vom BDC für den Fachbereich Chirurgie erhobenen Daten [96]. Hier wäre es zukünftig interessant, in verschiedenen Einrichtungen und Fachbereichen zu untersuchen, wer über den Einsatz von Honorarärzten entscheidet und wer die Rekrutierung übernimmt.

Gefährdung des Teamzusammenhaltes

Der mit am häufigsten von den Chefärzten befürchtete Nachteil beim Einsatz eines Honorararztes ist die Gefährdung des Teamzusammenhaltes (75% Zustimmung). Angesichts zunehmender Personalverknappung bei gleichzeitiger Zunahme der Fallzahlen muss immer mehr Arbeit von immer weniger Personal übernommen werden und eine zunehmende Arbeitsverdichtung ist die Folge [97]. Durch aufkommenden Neid und fehlende Integration des Honorararztes in die bestehenden Strukturen kann es zu Konflikten unter den Mitarbeitern und

zu Konflikten zwischen den Mitarbeitern und dem eingesetzten Honorararzt kommen. Diese Konflikte könnten dazu führen, dass der Teamzusammenhalt der Abteilungen geschwächt wird und die Produktivität sinkt.

Abrechnung der vom Honorararzt erbrachten Leistungen durch den Auftraggeber mit den Kostenträgern

Seitens der DKG wird befürchtet, dass die durch den Honorararzt erbrachten Leistungen nicht abrechnungsfähig sind, wenn der Passus „von jederzeit verfügbarem ärztlichen [...] Personal“ in § 107 Abs. 3 SGB V von den Gerichten als „angestellter Arzt“ ausgelegt wird. Daraus ließe sich in einem „Worst-Case-Szenario“ der Tatbestand des „Abrechnungsbetruges“ nach § 263 Strafgesetzbuch (StGB) mit einer persönlichen Strafbarkeit des Geschäftsführers herleiten.

Eine Anfrage bei Herrn Rechtsanwalt Keubke⁴⁶ ergab jedoch, dass sich Honorarärzte bereits im jetzigen Krankenhausentgeltgesetz ausreichend unter § 2 Abs. 2 Nr. KHEntgG (Krankenhausentgeltgesetz, Leistungserbringung durch sonstige Dritte) subsumieren lassen. Eine abschließende Beurteilung der Fragestellung nach der Möglichkeit der Abrechnung honorarärztlicher Leistungen durch den Auftraggeber mit den Kostenträgern bleibt jedoch den Rechtswissenschaften vorbehalten.

Zusammenfassung der befürchteten negativen Auswirkungen für die Auftraggeber

Die wichtigsten befürchteten negativen Auswirkungen aus Sicht der Auftraggeber sind in der nachfolgenden Abbildung noch einmal zusammengefasst.

⁴⁶ Herr Markus Keubke; Rechtsanwalt, Heiligengeisthof 17/18; 18055 Rostock; Email: post@keubke.de; Tel: 0381/499 68 05

Durch den Einsatz von Honorarärzten befürchtete negative Auswirkungen auf die Abteilungen

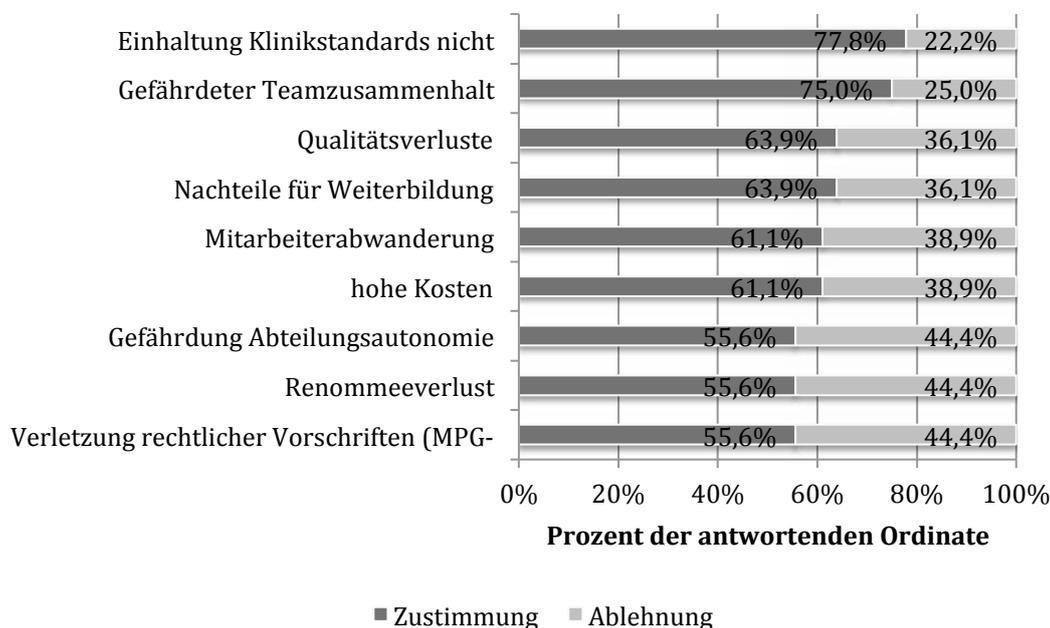


Abbildung 27: Befürchtete negative Auswirkungen der Honorarärzte auf die Abteilungen (modifiziert nach Kaisers et al. [70]); (Teilnehmer n=36; Erfahrung mit Honorarärzten: n=3)

4.6.3. Befürchtete negative Auswirkungen für andere Ärzte

Außer für den Honorararzt selbst und für die Auftraggeber könnte sich der Einsatz von Honorarärzten auch negativ auf die angestellten Ärzte oder auf den zu vertretenden Vertragsarzt auswirken.

Befürchtete negative Auswirkungen für angestellte Ärzte

Übernahme zusätzlicher administrativer Tätigkeiten

Als Konsequenz eines Honorararzteinsatzes ist es denkbar, dass durch die mangelhafte Einweisung des Honorararztes am Einsatzort mehr administrative Tätigkeiten vom Stammpersonal übernommen werden müssen. Das hohe Maß an administrativen Tätigkeiten wird bereits ohne solche Zusatzaufgaben von der Mehrheit der Mitarbeiter als belastend empfunden [13].

Übernahme zusätzlicher Bereitschaftsdienste und Rufbereitschaften

Zur Sicherung der Selbstständigkeit wird in den Verträgen häufig festgehalten, dass Honorarärzte nicht in die arbeitszeitliche Organisation des Auftraggebers eingebunden sind. Prinzipiell ist die einvernehmliche Übernahme von Bereitschaftsdiensten durch den Honorararzt möglich, er kann dazu jedoch nicht gezwungen werden. Dies kann bedeuten, dass die Dienste zusätzlich vom Stammpersonal übernommen werden müssen.

Honorarärzte als „Streikbrecher“

Theoretisch besteht die Möglichkeit, dass Honorarärzte von bestreikten Kliniken gezielt rekrutiert werden, um den Betrieb während eines Streiks aufrecht zu erhalten. Jeder Honorararzt ist deshalb gehalten, sich vor seinem Einsatz über den Auftraggeber zu informieren. Aus kollegialen Gründen sollten Honorarärzte entsprechende Angebote in bestreikten Einrichtungen ablehnen, da die Streikenden sich für die Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen einsetzen. Perspektivisch ist es beispielsweise denkbar, dass der BV-H in Kooperation mit dem Marburger Bund eine entsprechende Informationsplattform einrichtet, auf der sich Honorarärzte bereits vor ihrem Einsatz gezielt informieren können.

Hohe Personalfuktuation und fehlende Konstanz in der Zusammenarbeit

Eine hohe Personalfuktuation durch ständig wechselnde (Honorar)-Ärzte kann von den angestellten Mitarbeitern ebenfalls als Belastung wahrgenommen werden. Es erfordert sowohl vom ärztlichen als auch vom nicht-ärztlichen Personal ein hohes Maß an Flexibilität, sich immerzu auf neue Kollegen einzustellen und diese in die Struktur des Arbeitsplatzes einzuarbeiten.

Interpersonelle Konflikte zwischen Personal und eingesetztem Honorararzt

Interpersonelle Konflikte können sowohl zwischen Honorararzt und dem ärztlichen Personal als auch zwischen dem Honorararzt und dem nicht-ärztlichen Personal auftreten. Diese Konflikte können beispielsweise durch ein unangemessenes Auftreten seitens des Honorararztes provoziert werden. Eine Einflussnahme seitens des Honorararztes auf

die bestehenden Strukturen am Einsatzort sollte ebenso vermieden werden, wie eine Herausstellung der eigenen Persönlichkeit. Dementsprechend wichtig schätzen die Honorarärzte auch gute Umgangsformen, Teamfähigkeit und soziale Kompetenz ein. Neben einem offenen, freundlichen Umgang mit dem Personal vor Ort sollte der Honorararzt vor allem versuchen seine eigene Situation transparent darzustellen, um so für Verständnis zu werben.

Befürchtete negative Auswirkungen für den zu vertretenden Vertragsarzt

Für den zu vertretenden Vertragsarzt ergeben sich aus der Budgetierung, aus den Kosten des Honorararztes und aus seinen unbekanntem Kommunikationsfähigkeiten mögliche negative Auswirkungen für seine Niederlassung. Eine geringe kommunikative Kompetenz des Honorararztes kann dazu führen, dass sich die Patienten nicht richtig behandelt fühlen und somit zu anderen Ärzten abwandern. Ferner ist es denkbar, dass der eingesetzte Honorararzt die Budgetgrenzen des Vertragsarztes überschreitet und durch Nachforderungen seitens der KV weitere Kosten verursacht. Angesichts der finanziellen Belastung des Vertragsarztes durch den Einsatz eines Honorararztes stellt sich die Frage, ob der vom Honorararzt erwirtschaftete Erlös die Kosten seines Einsatzes deckt. Diese Frage kann durch die vorliegende Studie nicht beantwortet werden. Hierzu wäre in der Zukunft eine Studie zum Vergleich der Produktivität von Honorar- und Vertragsärzten sinnvoll und wünschenswert.

4.6.4. Befürchtete negative Auswirkungen für das deutsche Gesundheitssystem

Weitere Kündigung von Ärzten

Das aufkommende Honorararztwesen könnte dazu führen, dass vermehrt Ärzte ihre angestammten Tätigkeitsbereiche verlassen, um zukünftig ebenfalls als Honorararzt tätig zu werden. Durch die im Vergleich zur Festanstellung niedrigeren Wochenarbeitszeiten würden weitere Kündigungen des Stammpersonals die Arbeitsbelastung der verbleibenden Mitarbeiter weiter erhöhen. Dies könnte in einem „Worst-

Case-Szenario“ in der Folge zu einer gesteigerten Unzufriedenheit und schließlich zu weiteren Kündigungen führen. Dieser mögliche Teufelskreis würde dazu beitragen, den Ärztemangel in Deutschland weiter zu verstärken. Hierbei ist zu beachten, dass die Honorarärzte nicht der Auslöser sondern vielmehr ein Symptom des Ärztemangels und der daraus resultierenden Arbeitsverdichtung sind. Einer aktuellen Umfrage des Marburger Bundes unter seinen Mitgliedern zufolge erwägen rund 44% der antwortenden Teilnehmer (n=7.217) zukünftig ihre Tätigkeit in der stationären Versorgung aufzugeben. Nur 2,5% (n=183) der Teilnehmer geben als Grund für die Aufgabe der Festanstellung die gewünschte Aufnahme einer Honorararztstätigkeit an [90]. Dies zeigt, dass das Honorararztwesen nur zu einem geringen Teil dazu beiträgt, dass Ärzte ihre bisherigen Tätigkeiten aufgeben möchten.

Steigende Personalkosten

Darüber hinaus besteht die Befürchtung, dass das Honorararztwesen dazu führt, dass die festangestellten und niedergelassenen Ärzte ihre eigene Vergütung als zu gering empfinden und eine weitere Steigerung fordern. Aktuell machen die Personalkosten bereits 64% der Gesamtkosten in der stationären Versorgung aus [70].

4.7. Positive Auswirkungen des Honorararztwesens

4.7.1. Positive Auswirkungen für die Honorarärzte

Autonomiegewinn

Der erlebte Gewinn von Unabhängigkeit (81,4% Zustimmung) ist für die befragten hauptberuflichen Honorarärzte der wichtigste Vorteil ihrer neuen Tätigkeit. Unter dem Autonomiegewinn lassen sich die freie Gestaltung der eigenen Zeit, die Wahlfreiheit bei den ausgeübten Tätigkeiten, der Wegfall von hierarchischen Strukturen am Arbeitsplatz und die Verringerung der administrativen Tätigkeiten zusammenfassen.

Freie Gestaltung der eigenen Zeit

Die freie Gestaltung der eigenen Arbeits- und Freizeit ist einer der wesentlichen Vorteile jeder selbstständigen Tätigkeit. Dies ermöglicht es den Honorarärzten beispielsweise durch Mehrarbeit auch einen längeren Urlaub wahrzunehmen. Der längerfristige Einsatz in humanitären Projekten wird leichter möglich und bedarf nicht einer Zustimmung und Freistellung seitens des Arbeitgebers, die mit einer kompensatorischen Mehrarbeit für die verbleibenden Mitarbeiter verbunden wäre, wie die nachfolgende Aussage verdeutlicht:

Ich bin als Honorararzt tätig,

- ... um länger im Ausland humanitär tätig zu sein

Ausgeübte Tätigkeiten

Der Autonomiegewinn der Honorarärzte betrifft auch die von ihnen ausgeübten Tätigkeiten. Die Studienergebnisse zeigen, dass sich die Studienteilnehmer auf Tätigkeiten fokussieren, die ihnen entweder Freude machen und / oder die sie besonders gut beherrschen.

Selbstständigeres Arbeiten möglich

Honorarärzte unterliegen an ihren Einsatzorten nicht der fachlichen Weisung anderer Ärzte. Die fachliche und organisatorische Unabhängigkeit wird von den Honorarärzten als Vorteil ihrer Tätigkeit

wahrgenommen, da sie sich fachlich und organisatorisch in einem relativ weit gefassten Rahmen frei entfalten können. Anders als für angestellte Ärzte gilt für sie das organisatorische Weisungsrecht des Arbeitgebers im Sinne eines sogenannten „Direktionsrechts“ nicht. Dies führt dazu, dass 71,6% der befragten hauptberuflichen Honorarärzte ihre neue Tätigkeit im Vergleich zu ihrer früheren Tätigkeit als selbstständiger und unabhängiger empfinden.

Wegfall von Hierarchien

Der Wegfall von Hierarchien wird von 66,9% der Honorarärzte als positiver Faktor ihrer Tätigkeit bewertet. Ihre Autonomie sehen Ärzte nicht nur durch Vorgesetzte, sondern auch durch den zunehmenden Einfluss der Verwaltungen und der Etablierung von sogenannten Zielvorgaben eingeschränkt. Durch ihre selbstständige Tätigkeit und die fehlende Integration in die hierarchischen Strukturen der Einsatzorte erfahren die Honorarärzte einen großen Autonomiegewinn.

Abnahme der administrativen Tätigkeiten / Verminderung der Bürokratie

Die Verminderung der administrativen Tätigkeit bezieht sich auf die ärztliche Tätigkeit an sich und nicht auf die administrativen Abrechnungstätigkeiten, die durch die Aufnahme einer Honorararztstätigkeit notwendig werden. Die Verminderung der administrativen Tätigkeit und die daraus resultierende Fokussierung auf die ärztliche Tätigkeit wird von 68,9% der hauptberuflichen Honorarärzte unter den Studienteilnehmern als einer der wesentlichen Vorteile ihrer Honorararztstätigkeit angesehen.

Verbesserung des persönlichen Gesundheitszustandes

Gesundheitszustand der Ärzteschaft

Der individuelle Gesundheitszustand der Studienteilnehmer wurde in der vorliegenden Arbeit nicht untersucht. Jedoch wurden die subjektiven Auswirkungen der neuen Tätigkeit auf den Gesundheitszustand erfragt. Vor allem der psychische Gesundheitszustand und teilweise auch der physische Gesundheitszustand haben sich bei den hauptberuflichen

Honorarärzten nach ihren Aussagen durch ihre neue Tätigkeit verbessert.

Physischer Gesundheitszustand der Ärzteschaft:

Die weniger stark ausgeprägte subjektive Empfindung der Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustandes ist dadurch zu erklären, dass körperliche Erkrankungen zumeist auf mehreren Faktoren beruhen. Einer Selbsteinschätzung aus dem Jahr 2007 zufolge, leiden mehr als 50% der sächsischen Ärzte an einer Erkrankung des muskulo-skeletalen Systems. Mehr als 10% der dort befragten Ärzte empfinden ihre muskulo-skeletalen Beschwerden als beeinträchtigend für ihre Arbeitsleistung [63]. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine österreichische Studie [73]. Da die eigentliche ärztliche Tätigkeit und die damit verbundenen unphysiologischen Arbeitshaltungen sich bei den Honorarärzten durch die neue Tätigkeit nicht verändern, wundert es nicht, dass sich die physischen Beschwerden durch die neue Tätigkeit kaum verändern. Die von 54% der Studienteilnehmer erlebten Verbesserungen des körperlichen Gesundheitszustandes sind am ehesten durch die geringere Arbeitszeit, die dadurch bedingte geringere zeitliche Belastung und das größere Maß an Freizeit mit der damit verbundenen Möglichkeit zum Ausgleich zu erklären.

Psychischer Gesundheitszustand der Ärzteschaft

Die Studienergebnisse zeigen eine deutliche subjektive Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes unter den Honorarärzten (64,9% Verbesserung; 26,9% keine Veränderung). Dies ist von besonderer Relevanz, da Ärzte im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen für psychische Erkrankungen besonders anfällig sind [63][73]. Ärzte leiden der Literatur zufolge vor allem unter folgenden psychischen Erkrankungen: Burnout-Syndrom, Depression, Suizid, Suchterkrankungen.

Der Begriff „Burnout“ ist dabei nach Maslach und Jackson definiert als ein Syndrom aus emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und

reduzierter Leistungsfähigkeit [91]. „Burnout“ stellt jedoch keine eigentliche Diagnose nach DSM-IV dar.

Einer Untersuchung des Instituts für freie Berufe (IFB) Nürnberg zufolge leiden 20,6% der Mediziner unter einem behandlungsbedürftigen Burnout. Lediglich 38,4% der jungen Ärzteschaft mit weniger als 10 Jahren Berufserfahrung zeigen geringe oder gar keine Burnout-Symptome [102]. Die Anzahl der Burnout-Gefährdeten hat sich in der Gruppe der Oberärzte in den Jahren von 1997 bis 2007 mehr als verdoppelt (1997: 15%; 2007: 35%). Anders als bei Voruntersuchungen scheint bei einer Untersuchung aus dem Jahre 2007 erstmals ein nennenswerter Anteil der Chefarzte Burnout-gefährdet zu sein (16%) [152]. Die Datenlage zur Häufigkeit von Depressionen unter Ärzten ist in der Literatur nicht eindeutig. Allerdings weisen verschiedene Studien auf eine erhöhte Morbidität für psychische Erkrankungen, wie Depressionen und Angststörungen, unter Beschäftigten im Gesundheitswesen hin [50][68]. Ursachen für depressive Erkrankungen im Arztberuf können die belastende Arbeit auf der Intensivstation [143], die Beeinträchtigung des Familienlebens durch den Beruf [35], emotionaler Druck und Forderungen durch Patienten [142] oder mangelnde Anerkennung und zu große Verantwortung [35] sein. Vor allem die belastenden Faktoren mangelnde Anerkennung und zu große Verantwortung werden durch die Honorararztstätigkeit deutlich verbessert, wo hingegen sich die Beeinträchtigung des Familienlebens durch den Beruf kaum ändert.

Eine schwedische Untersuchung von Akersted et al. zeigt, dass Arbeitsstress, physische Belastung und Schichtarbeit zu Schlafstörungen führen, wodurch das Risiko, an einer Depression zu erkranken, zusätzlich erhöht wird [2]. Eine große Metaanalyse ergab eine erhöhte Mortalität durch Suizide unter Beschäftigten im Krankenhaus [118][119]. Dabei liegen die Suizidraten für Ärzte um einen Faktor 3,4 über der Norm der Allgemeinbevölkerung. Ärztinnen weisen gegenüber der weiblichen Allgemeinbevölkerung sogar eine Erhöhung um den Faktor 5,7 auf [84].

Verschiedene internationale Studien weisen darauf hin, dass zwischen 10 und 15% der Ärzteschaft im Laufe ihres Lebens eine substanzbezogene oder depressive Störung entwickeln [98][62][69]. Häufig verkennen Ärzte ihre Suchtprobleme und fühlen sich trotzdem in der Lage, ihre Patienten adäquat zu behandeln [18].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich durch die Aufnahme einer hauptberuflichen Honorararztstätigkeit bei den befragten Ärzten häufig der psychische und seltener auch der „gefühlte“ physische Gesundheitszustand verbessert. Dies liegt vor allem im Autonomiegewinn, in vermehrter Anerkennung der eigenen Tätigkeit und in der teilweise verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf begründet. Einschränkend zu den erhobenen Studienergebnissen muss festgehalten werden, dass es sich hierbei lediglich um eine Selbsteinschätzung der Teilnehmer und nicht um eine standardisierte Befragung zur Erhebung eines psychiatrischen Befundes handelt.

Verbesserung der finanziellen Situation

Eine Verbesserung ihrer finanziellen Situation erfahren 69,1% der hauptberuflichen Honorarärzte unter den Studienteilnehmer. 77,4% sehen in den besseren Verdienstmöglichkeiten einen wesentlichen Vorteil ihrer neuen Tätigkeit. Die auf den ersten Blick relativ hoch erscheinenden Bruttostundensätze müssen differenziert betrachtet werden. Den Honorarärzten entstehen durch ihre selbstständige Tätigkeit zusätzliche Kosten. Dazu zählt eine eigene Berufshaftpflichtversicherung, die je nach Fachbereich, Deckungssumme und Gültigkeitsdauer halbjährlich Kosten zwischen 315 € (Allgemeinmedizin, nur ambulante Praxisvertretungen) und 3151 € (Gynäkologie OHNE Geburtshilfe ambulant und stationär) verursacht. Zu den Versicherungskosten muss noch eine Versicherungssteuer in Höhe von 19% addiert werden. Manche Tätigkeiten wie die „Gynäkologie UND Geburtshilfe ambulant und stationär“ sind für den einzelnen Arzt kostendeckend nicht versicherbar. Die am Markt geforderten Versicherungsprämien bewegen sich laut eines auf Honorarärzte spezialisierten Versicherungskaufmanns

zwischen 30.000 und 40.000 € pro Jahr ⁴⁷. Zusätzlich ist jedem Honorararzt der Abschluss einer speziellen Rechtsschutzversicherung, die sowohl das Zivilrecht als auch das Strafrecht abdeckt, zu empfehlen. Eine "Heilwesen-Rechtsschutzversicherung" für Honorarärzte, verursacht je nach Höhe des Selbstbehaltes weitere Kosten in Höhe von 630–730 € pro Jahr. Weiterhin müssen Honorarärzte für Zeiten, in denen sie ihrer ärztlichen Tätigkeit auf Grund von Urlaub, Fortbildung oder Krankheit nicht nachkommen können, Rücklagen bilden. Zusätzlich entfallen den Honorarärzten die evtl. gewährten Fortbildungszuschüsse vom Arbeitgeber, so dass sich die Ausgaben weiter erhöhen.

Der Vergleich mit anderen, nicht-akademischen freiberuflich tätigen Berufen relativiert den Verdienst des Honorararztes weiter. So kostet der Einsatz eines Schlüsselnotdienstes einer WISO-Recherche zufolge ohne Fahrtkosten und Materialaufwand zwischen 45,60 € und 114 € [160] pro Arbeitsstunde. Im Vergleich mit anderen akademischen freiberuflich tätigen Berufen relativiert sich der Verdienst des Honorararztes noch weiter. So sind freiberufliche Rechtsanwälte von der Rechtsanwaltskammer Stuttgart angehalten als Berufsanfänger mindestens 125 € netto als Stundensatz in Ansatz zu bringen. Für gewerbliche Kunden kann dieser Stundensatz auf bis zu 300 € pro Arbeitsstunde angesetzt werden [107].

Verbesserung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten

Flexibilität

Eine wesentliche Verbesserung erfahren die Honorarärzte in ihrer eigenen Flexibilität (66,4% Zustimmung). Diese Veränderung ist im Wesentlichen auf ihre ständig wechselnden Einsatzorte mit häufig unterschiedlichen Arbeitsstrukturen zurückzuführen. Viele Honorarärzte in der Studie beschreiben dies als „häufig wiederkehrende erste

⁴⁷ Versicherungsmakler Wolfgang Fries (Versicherungsfachmann (BWV), Handelsfachwirt (IHK), Vermittler der ERGO-Versicherungen; Kontakt: wolfgangfries@web.de

Arbeitstage“. Daher ist es wenig verwunderlich, dass die Honorarärzte in der Frage zur Selbsteinschätzung die Charaktereigenschaft Flexibilität als wichtig erachten.

Selbstbewusstsein

Durch die erfahrene Wertschätzung der eigenen Tätigkeit, sowie das erlebte Gefühl auch unbekannte Situationen gut und sicher beherrschen und flexibel auf neue Situationen reagieren zu können, fördert das Selbstbewusstsein der Honorarärzte. 59,2% der befragten hauptberuflichen Honorarärzte geben an, eine Verbesserung ihres Selbstbewusstseins zu erleben.

EDV, soziale Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit

Zusätzlich zu den oben genannten Verbesserungen der Fähigkeiten erfahren die Honorarärzte durch ihre häufig wechselnden Arbeitsstätten und Kollegen und oftmals eine Verbesserung ihrer EDV-Kenntnisse (41,8% Zustimmung), ihrer sozialen Kompetenz (40,8% Zustimmung) und ihrer Team- und Kommunikationsfähigkeiten (40,5% Zustimmung).

Interessanterweise beurteilen die Honorarärzte den Einfluss ihrer Tätigkeit auf medizinisch-fachliche Fähigkeiten und Fertigkeiten außerhalb der EDV selten positiv, sondern empfinden häufiger keine Veränderung oder sogar eine Verschlechterung.

4.7.2. Positive Auswirkungen auf die Auftraggeber

Positive Auswirkungen auf die Auftraggeber in der stationären Versorgung

Aufrechterhaltung des Betriebes

Im Zuge des zunehmenden Ärztemangels, der nicht mehr nur kleine Krankenhäuser in ländlichen Regionen sondern zunehmend auch Kliniken der Maximalversorgung in Ballungszentren betrifft, gehört eine ausreichende Personaldichte zu den wesentlichen Faktor für das Fortbestehen der Einrichtungen [14][44]. Honorarärzte ermöglichen bei

großen Personalengpässen, dass weiterhin operative Eingriffe durchgeführt werden können oder dass Stationen nicht kurzfristig geschlossen werden müssen. Somit können Honorarärzte dazu beitragen, die Schließung von Einrichtungen auf Grund von Personalmangel oder Kostendruck zu verhindern. Nicht nur Einrichtungen der stationären Versorgung sondern auch Notarztstandorte sind zunehmend vom Ärztemangel betroffen [135]. Dort helfen Honorarärzte die notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung aufrecht zu erhalten.

Minderung der Personalbelastung bei Belegungsschwankungen

Die Auslastung der Kliniken unterliegt im Jahresverlauf Schwankungen, die unter anderem auf die Urlaubszeiten von Patienten und Mitarbeitern zurückzuführen sind [128]. Zur Minderung der Personalbelastung zu den Spitzenzeiten ist es denkbar, dass für diesen Zeitraum gezielt Honorarärzte rekrutiert werden.

Verminderung der Personalfuktuation durch Entlastung der angestellten Mitarbeiter

Zu Entlastungen kommt es, wenn durch den Einsatz von Honorarärzten beispielsweise der Abbau von Überstunden oder die Wahrnehmung des Urlaubes möglich wird. Zusätzlich kann der Besuch von Fortbildungen, die sonst auf Grund von Personalmangel nicht möglich wären, wahrgenommen werden [70]. Die Entlastung der angestellten Mitarbeiter sollte nach Möglichkeit frühzeitig geschehen, um den Kreislauf aus Ärztemangel – Mehrarbeit – Überlastung – Unzufriedenheit – Kündigung – Verschärfung des Ärztemangels rechtzeitig zu durchbrechen.

Implementierung neuer Versorgungsspektren

Durch die Rekrutierung eines hoch-spezialisierten Honorararztes ist es möglich, den Auftraggeber in der Implementierung neuer Verfahren zu unterstützen und die angestellten Mitarbeiter zu schulen. Ein Vorteil dieses Verfahrens ist, dass der Routinebetrieb wie gewohnt weiterlaufen kann und die Kosten für die Auftraggeber überschaubar sind. Ein

möglicher Nachteil besteht darin, dass andere ärztliche Kollegen dies als eine Verletzung ihrer eigenen Interessen ansehen könnten.

Erweiterte Aus- und Fortbildung der eigenen Mitarbeiter durch Honorarärzte

Die Aus- und Fortbildung der Mitarbeiter durch Honorarärzte kann nicht nur bei der Implementierung von neuen Verfahren erfolgen. Generell ist es vorstellbar, dass Einrichtungen auf die Expertise von Honorarärzten zurückgreifen, um Mitarbeiter auch in bereits bekannten Verfahren zu schulen und deren Fähigkeiten weiter zu verbessern. Zusätzlich können Kliniken Honorarärzte rekrutieren, um ihren eigenen Mitarbeitern die externe Fortbildung in Seminaren, Kursen und Workshops zu ermöglichen. Hoch-spezialisierte Honorarärzte können als Dozenten für Fortbildungsreihen eingesetzt werden. Dieses Vorgehen ist in den USA mittlerweile ein etabliertes Verfahren, um die Qualität der Aus- und Weiterbildung der angestellten Mitarbeiter zu verbessern [132].

Erprobung neuer Mitarbeiter vor Übernahme in eine Festanstellung

Honorararztverträge bieten den Auftraggebern die Möglichkeit, einen neuen Mitarbeiter vor der Übernahme in eine Festanstellung zu erproben. So kann ein zukünftiger Oberarzt zuvor als Honorararzt die Abteilung kennenlernen. Parallel können sich die ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeiter ein Bild von seinen Fähigkeiten / Fertigkeiten und seiner Persönlichkeit machen.

Dass diese Möglichkeit auch von den Honorarärzten geschätzt wird, zeigen auch die Studienergebnisse der Honorararztstudie: 42,8% der Studienteilnehmer können es sich vorstellen, bei einem attraktiven Angebot ihre Honorararztstätigkeit aufzugeben und erneut in einer Festanstellung oder in eigener Niederlassung tätig zu werden.

Positive Auswirkungen für Vertragsärzte als Auftraggeber

Überbrückung von Fehlzeiten durch Fort- und Weiterbildung oder Urlaub für Ärzte in Niederlassung

Für die niedergelassenen Vertragsärzte bietet der Einsatz eines Honorararztes vor allem den Vorteil, dass sie während ihrer eigenen Abwesenheit ihre Praxen nicht schließen und ihre Patienten nicht an andere niedergelassene Kollegen verweisen müssen. Sie können somit die Zeit der Abwesenheit entweder beruflich zur Fort- und Weiterbildung oder privat als Urlaubszeit nutzen, ohne die Versorgung ihrer Patienten zu gefährden.

4.7.3. Positive Auswirkungen auf andere Ärzte

Arbeitsentlastung

Der wohl wichtigste positive Aspekt des Honorararztwesens für die angestellten Mitarbeiter ist die mögliche Arbeitsentlastung. Durch den Einsatz von Honorarärzten können Mehrarbeit reduziert und Überstunden abgebaut werden. Honorarärzte können auch gezielt zur Gewährung von Urlaubsansprüchen des Stammpersonals oder zu Zeiten von Spitzenbelastungen eingesetzt werden. Weiterhin ist es denkbar, dass Honorarärzte dazu eingesetzt werden um angestellten Mitarbeitern eine Tätigkeit in Teilzeit zu ermöglichen.

Kennenlernen anderer Verfahren und Methoden / Erfahrungsaustausch

Durch Erfahrungsaustausch können die festangestellten Mitarbeiter und die Honorarärzte voneinander neue Verfahren und Methoden kennenlernen oder praktische Tipps bekommen („double-profit“). Dies erfordert von beiden Seiten einen offenen Umgang und Respekt vor dem jeweils anderen.

4.7.4. Positive Auswirkungen auf das deutsche Gesundheitssystem

Bekämpfung des Ärztemangels

Honorarärzte können durch ihren Einsatz dazu beitragen, den Ärztemangel zu bekämpfen. Sie können durch ihren Einsatz dazu

beitragen, ein „Kliniksterben“ in Mangelregionen zu vermindern und die vertragsärztliche, stationäre und notfallmedizinische Versorgung der Bevölkerung aufrecht zu erhalten.

Alternative zur Abwanderung ins Ausland

Derzeit leben und arbeiten etwa 18.000 deutsche Ärzte im Ausland. Ihre Anzahl ist in den vergangenen Jahren stetig gestiegen [76]. Die Honorararztstätigkeit stellt für die Mehrheit der Studienteilnehmer (67,5%) eine Alternative zur Abwanderung ins Ausland dar. Somit bleiben sie, anders als ihre bereits ausgewanderten Kollegen, dem deutschen Gesundheitssystem als hochqualifizierte Spezialisten erhalten. Dies hat unmittelbare und mittelbare finanzielle Auswirkungen [61]. Die ursprüngliche These, dass die Honorararztstätigkeit für die Studienteilnehmer eine Alternative zur Migration ins Ausland darstellt, ist von den Studienergebnissen verifiziert worden. Zur genaueren Beurteilung dieses Zusammenhangs sollten Emigrationszahlen deutscher Ärzte zusammen mit Zahlen zu Ärzten in Honorararztstätigkeit untersucht werden.

Rekrutierung ausländischer Ärzte über eine Honorararztstätigkeit

Die Anzahl der in Deutschland tätigen ausländischen Ärzte hat in den vergangenen Jahren stetig zugenommen. Dies betrifft vor allem die Gruppe der aus Osteuropa stammenden Ärzte [25]. Das Honorararztsystem ermöglicht es diesen Ärzten, das deutsche Gesundheitssystem mit geringem administrativem Aufwand kennenzulernen. Über eine Honorararztstätigkeit können sich Auftragnehmer (Ärzten) Auftraggeber (Einrichtungen der stationären Versorgung) ausführlich kennenlernen. Anschließend besteht die Möglichkeit, den Honorararztvertrag in eine Festanstellung zu überführen. Das Honorararztwesen kann die Gewinnung von hochqualifiziertem ausländischem Personal somit wesentlich vereinfachen und dazu beitragen den Ärztemangel in Deutschland zu vermindern.

4.8. Hochrechnung der absoluten Anzahl hauptberuflicher Honorarärzte:

4.8.1. Einführung zur Hochrechnung

Aktuell fehlen verlässliche Zahlen zur Gesamtzahl der in Deutschland tätigen Honorarärzte. In der Literatur wird immer wieder die Zahl 4.000 angegeben, die auf einer Schätzung des BV-H beruht [116]. Andere Veröffentlichungen sprechen von aktuell 4.000 hauptberuflichen Honorarärzten und zusätzlich 10.000 weiteren Honorarärzten in Nebentätigkeit [123]. Die beiden größten deutschen Honorararztvermittlungsagenturen Hire-a-doctor und FAA geben an, zum Untersuchungszeitpunkt (Mai 2010) mehr als 4.000 Ärzte registriert zu haben. Die Validität der Agenturdaten ist fraglich, da Agenturen in aller Regel aus Marketing-Gründen daran interessiert sind, möglichst hohe Zahlen anzugeben. Darüber hinaus besagt die Anzahl der registrierten Ärzte nichts darüber, ob und wie oft sie für die Agenturen tätig werden. Um verlässlichere Daten zu erhalten, müssten von den gemeldeten Ärzten diejenigen abgezogen werden, die sich nur aus Interesse bei den Agenturen registriert haben und bisher noch nie vermittelt wurden. Bei den so verbleibenden Ärzten bleibt unklar, ob sie die Honorararztstätigkeit in Haupt- oder Nebentätigkeit ausüben. Auch Honorarärzte, die nicht mit Vermittlungsagenturen zusammenarbeiten, werden so nicht erfasst. Eine Schätzung der Anzahl der hauptberuflichen Honorarärzte auf Basis der Agenturdaten ist somit nur ungenau möglich. Einen verlässlicheren Anhaltspunkt könnten zukünftig die Melderegister der Ärztekammern darstellen.

In Tabelle 8 sind die Anzahl der bei den Ärztekammern zum Studienzeitpunkt (Ende 2010) und aktuell (31.08.2011) registrierten, hauptberuflichen Honorarärzte dargestellt.

Ärztekammer	Anzahl erfasste Honorarärzte Studienzeitpunkt	Anzahl erfasste Honorarärzte aktuell (20.10.2011)
-------------	--	--

	(Ende 2010)	
Bayern	Keine Daten	73
Baden-Württemberg	Keine Erfassung	Keine Erfassung
Berlin	Keine Erfassung	Keine Erfassung
Brandenburg	29	Keine Angabe
Bremen	Keine Erfassung	10 (seit Kurzem)
Hamburg	Keine Erfassung	Erfassung in Arbeit
Hessen	Keine Erfassung	Keine Erfassung
Mecklenburg-Vorpommern	Keine Antwort	Keine Antwort
Niedersachsen	Keine Erfassung	Keine Erfassung
Nordrhein	Keine Erfassung	432
Rheinland-Pfalz	Keine Antwort	Keine Antwort
Saarland	14	28
Sachsen	Keine Antwort	Keine Antwort
Sachsen-Anhalt	Keine Antwort	Keine Antwort
Schleswig-Holstein	33	54
Thüringen	Keine Daten	24
Westfalen-Lippe	56	106

Tabelle 8: Anzahl der von den Ärztekammern erfassten hauptberuflichen Honorarärzte

Auf dieser Datenbasis lässt sich die Honorararztzahl in Deutschland errechnen. Diese Hochrechnung erfolgt dabei immer nach dem in Abbildung 28 dargestellten Verfahren.

$$n_{HÄK} = n / (n_{ÄKSx} / n_{ÄKx})$$

$n_{HÄK}$ = Hochrechnung hauptberufliche Honorarärzte auf Basis der Daten der Ärztekammern
 n = Anzahl der hauptberuflichen Honorarärzte unter den Studienteilnehmern (= 417)
 $n_{ÄKSx}$ = Anzahl der hauptberuflichen Honorarärzte in der Ärztekammer x in der Studie
 $n_{ÄKx}$ = Anzahl der in der Ärztekammer x gemeldeten hauptberuflichen Honorarärzte

Abbildung 28: Formel zur Berechnung der absoluten Honorararztzahl in Deutschland zum Studienzeitpunkt unter Berücksichtigung der Angaben der Ärztekammern

Tabelle 9 zeigt die Hochrechnung auf Basis der Daten der einzelnen Ärztekammern und den daraus errechneten Durchschnitt.

Ärztammer	Anzahl der hauptberuflichen Honorarärzte unter Studien- teilnehmern	Errechnete Anzahl hauptberuflicher Honorarärzten in Deutschland
Bayern	51	Keine Daten
Baden-Württemberg	38	Keine Berechnung möglich
Berlin	50	Keine Erfassung
Brandenburg	11	1099
Bremen	3	zu kurze Datenerfassung
Hamburg	18	Keine Erfassung
Hessen	27	Keine Erfassung
Mecklenburg-Vorpommern	7	Keine Angaben
Niedersachsen	39	Keine Erfassung
Nordrhein	57	Keine Erfassung
Rheinland-Pfalz	14	Keine Antwort
Saarland	4	1459
Sachsen	13	Keine Antwort
Sachsen-Anhalt	7	Keine Antwort
Schleswig-Holstein	13	1058
Thüringen	10	Keine Daten
Westfalen-Lippe	32	729
Mittelwert		1087

Tabelle 9: Anzahl der errechneten hauptberuflichen Honorarärzte in Abhängigkeit der Meldedaten der einzelnen Ärztekammern

4.8.2. Exemplarische Hochrechnung am Beispiel der Landesärztekammer Brandenburg

Die Arztzahlstatistik der Landesärztekammer Brandenburg erfasst zum 31.10.2010: 27 Ärzte, die hauptberuflich als Honorarärzte tätig sind [81]. Der Studie zufolge leben 3,1% (n=28) aller in Deutschland lebenden Studienteilnehmer (n=877) in Brandenburg. Von den 28 Teilnehmern aus

Brandenburg sind statistisch gesehen 45,4% hauptberuflich als Honorarärzte tätig. Dies entspricht der Berechnung zufolge 12,7 Ärzten. Eine getrennte Auswertung der Studiendaten aus dem Ärztekammerbezirk Brandenburg ergibt, dass dort 11 hauptberufliche Honorarärzte an der Studie teilgenommen haben.

Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass 39,3% aller in Brandenburg als Honorararzt gemeldeten Ärzte an der Studie teilgenommen haben. Verallgemeinert man die Teilnehmerrate der hauptberuflichen Honorarärzte und überträgt diese auf die gesamte Studienpopulation (n=417), so errechnet sich auf Basis der Daten der Landesärztekammer Brandenburg eine absolute Anzahl von 1099 Ärzten, die in Deutschland zum Studienzeitpunkt als Honorarärzte tätig waren. Wendet man dieses Verfahren auf alle Ärztekammern an, die die Honorararztstätigkeit zum Studienzeitpunkt erfasst haben und bildet aus den berechneten Werten den Mittelwert, so erhält man eine absolute Anzahl von **1087 Ärzten die zum Studienzeitpunkt in Deutschland hauptberuflich als Honorarärzte** tätig waren. Diese Zahl liegt wesentlich tiefer, als die sonst in der Literatur zu findenden Angaben.

Einschränkend zu den Daten aus der Literatur ist festzuhalten, dass die dort genannten Zahlen lediglich ohne konkrete Datenbasis vorgenommene Schätzungen darstellen. Für eine höhere, als die in dieser Studie errechnete absolute Anzahl der hauptberuflichen Honorarärzte (n=1087), spricht jedoch die hohe Zahl der Ärzten, die bei entsprechend spezialisierten Vermittlungsagenturen registriert sind.

4.8.3. Konsequenzen für Honorararztagenturen

Wenn die errechnete absolute Anzahl der hauptberuflichen Honorarärzte valide ist, würde dies für die Agenturen bedeuten, dass lediglich 10% ihrer registrierten Ärzte regelmäßig als hauptberufliche Honorarärzte tätig sind.

Dieser Anteil lässt sich wie folgt berechnen: 70,4% der Studienteilnehmer bzw. 77,7% der Teilnehmer, die angeben hauptberuflich als Honorararzt

tätig zu sein, arbeiten mit Vermittlungsagenturen zusammen. Eine Übertragung der Studiendaten auf die errechnete absolute Anzahl ($n=1087$) ergibt, dass $n=844$ hauptberufliche Honorarärzte mit Vermittlungsagenturen zusammenarbeiten. Für die zwei größten Agenturen am deutschen Markt (Hire-a-doctor = 60,9%) (FAA = 48,9%) bedeutet dies, dass nach ihren eigenen Angaben jeweils über 4.000 Ärzte registriert sind, jedoch nur $n=478$ bei Hire-a-doctor bzw. $n=383$ bei FAA regelmäßig als Honorarärzte tätig sind. Dies entspricht bei einer angegebenen Zahl von 4.000 registrierten Ärzten einem Anteil von 11,5% (Hire-a-doctor) bzw. 9,3% (FAA). In dieser Berechnung sind die Honorarärzte in Nebentätigkeit ausdrücklich nicht mit eingeschlossen.

Eine Anfrage bei den beiden Agenturen wurde nur von der Firma Hire-a-doctor beantwortet. Aktuell (5.10.2011) sind dort ca. 8.200 Ärzte erfasst. Von diesen sind nach Agenturangaben etwa 1.500 überhaupt tätig. Aussagen bezüglich der Regelmäßigkeit von Einsätzen lassen sich nach Agenturangaben nicht machen und eine Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Honorararztformen (in Haupt- bzw. in Nebentätigkeit) findet nicht statt. Unter der theoretischen Annahme, dass ähnlich wie in den Studienergebnissen die Hälfte der dort registrierten Ärzte hauptberuflich als Honorararzt tätig ist, errechnet sich eine Anzahl von etwa 750 hauptberuflichen Honorarärzten, die über die Firma Hire-a-doctor tätig sind.

Aus dieser Zahl lässt sich, unter Vorbehalt, ebenfalls eine mögliche absolute Anzahl an Honorarärzten berechnen (Abbildung 30).

$$n_{Ag} = n_{HAG} / P_1 / P_2$$

n_{Ag} = Berechnete Anzahl hauptberufliche Honorarärzte (Datenbasis Agentur)
 n_{HAG} = Angenommene Anzahl an hauptberuflichen Honorarärzten bei der Agentur (hier Hire-a-doctor)
 P_1 = Prozentsatz der Honorarärzte, die mit der Agentur zusammenarbeiten
 P_2 = Prozentsatz der Honorarärzte, die überhaupt mit Agenturen kooperieren

Abbildung 29: Formel zur Berechnung der absoluten Honorararztzahl in Deutschland unter Berücksichtigung der Angaben der Agenturen

Auf Datenbasis der Firma „Hire-a-doctor“ ($n_2 = 750$; $P_1 = 0,61\%$; $P_2 = 0,777\%$) errechnet sich eine absolute Anzahl an hauptberuflichen Honorarärzten von aktuell **1597 Ärzten**.

4.8.4. Diskussion der hochgerechneten Anzahl

Die Validität der über die Melderegister der Ärztekammern errechneten absoluten Zahl könnte verbessert werden, wenn das Verfahren auf die Melderegister von allen Ärztekammern angewendet werden und ein gemeinsamer Mittelwert gebildet würde. Wünschenswert wäre es für eine solche Berechnung auch auf die Meldedaten der Ärztekammern zurückzugreifen, in denen ein großer Anteil der gesamten deutschen Ärzteschaft gemeldet ist⁴⁸. Zum Zeitpunkt der Auswertung existierten diese Meldedaten jedoch nicht, so dass die Berechnung auf Daten von einigen wenigen Ärztekammern beruht. Die Validität der aufgestellten Berechnungen wird weiter durch die Tatsache eingeschränkt, dass es unklar ist, ob sich alle hauptberuflichen Honorarärzte als solche bei ihren Ärztekammern registriert haben.

Die Validität der Berechnung über die Daten der Vermittlungsagenturen ist ebenfalls fraglich, da die genaue Anzahl an hauptberuflichen Honorarärzten bei den Agenturen aktuell nicht erfasst wird. Ferner konnte das Verfahren bisher nur mit den Daten einer Agentur durchgeführt werden. Die Validität der Berechnung könnte durch eine Ausweitung der Berechnungen auf andere Agenturen und durch eine differenzierte Registrierung der Honorarärzte seitens der Agenturen verbessert werden.

Beide errechneten Zahlen (**1.087/1.600**) weichen stark von der sonst in der Literatur zu findenden Angabe über die absolute Anzahl der hauptberuflichen Honorarärzten in Deutschland (**4.000**) ab. Da die Daten in der Literatur ausschließlich auf Schätzungen und nicht auf

⁴⁸ vgl. Abbildung Ärztekammerzugehörigkeit (Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein)

Berechnungen beruhen, ist ihre Validität ebenfalls fraglich. Die tatsächliche Zahl der zum Studienzeitpunkt in Deutschland als hauptberufliche Honorarärzte tätigen Ärzte dürfte daher näher bei der in dieser Studie berechneten als bei der geschätzten Zahl der Literatur liegen. Die hier errechneten Werte legen den Schluss nahe, dass die Anzahl der hauptberuflichen Honorarärzte seit Studienbeginn weiter gestiegen ist, so dass aktuell etwa 1.600 Ärzte in Deutschland hauptberuflich als Honorarärzte tätig sind. Diese These wird durch die Daten der Agenturen gestützt, da diese nach eigenen Angaben im Jahr 2009 etwa 4.000 und im Jahr 2011 ungefähr 8.000 Ärzte registrierten. Ferner wird die These der zunehmenden Anzahl an hauptberuflichen Honorarärzten durch die Meldedaten der Ärztekammern gestützt. In den meisten Ärztekammern, in denen Meldedaten zum Studienzeitpunkt und zum Abschluss dieser Arbeit verfügbar waren, hat sich die Anzahl der dort gemeldeten hauptberuflichen Honorarärzte verdoppelt. Bei einer absoluten Zahl von 325.945 berufstätigen Ärzten zum 31.12.2009 in Deutschland würden die hauptberuflichen Honorarärzte mit der berechneten Anzahl von $n=1087$ zum Studienzeitpunkt einen Anteil von 0,3% stellen

4.9. Aus den Studienergebnissen resultierende Forderungen

4.9.1. Forderungen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen der Honorararztstätigkeit

Wie die hier vorgelegte Honorararztstudie zeigt, sehen Honorarärzte Handlungsbedarf seitens des Gesetzgebers bezüglich der Rahmenbedingung ihrer Tätigkeit.

Einführung einer Monomitgliedschaft bei den Ärztekammern bei ärztlicher Tätigkeit in mehreren Ärztekammerbezirken

Der dringendste Wunsch der Honorarärzte gegenüber ihren Standesvertretungen ist, die Frage der Mehrfachmitgliedschaft zu lösen. Die Tatsache, dass sich das Problem bereits Mitte des Jahres 2008 abzeichnete [110], zeigt, wie schwierig und langwierig es ist, hier grundlegende Veränderungen zu bewirken. Die Ärzteversorgungswerke

bieten Honorarärzten bereits die Möglichkeit der Mitgliedschaft nach dem Wohnortsprinzip an. Für die Ärztekammern fehlt bisher eine derartige bundesweite einheitliche Regelung. Für die Ärzteversorgungswerke haben die einzelnen Versorgungswerke folgende Absprache getroffen. *„Bei in verschiedenen Bundesländern tätigen Honorarärzten richtet sich ihre Mitgliedschaft nach dem Ort der Haupttätigkeit bzw., sofern keine Haupttätigkeit bestimmbar ist, nach ihrem Wohnort“* ([115] S. 141). Für die Mitgliedschaft in den Ärztekammern wird von den Honorarärzten ebenfalls dieses Wohnortsprinzip angestrebt. Den Ergebnissen der Honorararztstudie zufolge besteht hier ein dringender Handlungsbedarf, um den Honorarärzten kurzzeitige Tätigkeiten in verschiedenen Ärztekammerbezirken ohne bürokratische und finanzielle Hürden zu ermöglichen. Die Hürden für die Einführung einer solchen Monomitgliedschaft nach dem Wohnortsprinzip sind jedoch hoch, da hierzu nicht nur die Meldeordnungen der einzelnen Ärztekammern, sondern zum Teil auch die Heilberufsgesetze aller Bundesländer geändert werden müssen [65].

Haftungsrechtliche Absicherung der Honorararztstätigkeit und Gleichstellung der Honorarärzte mit festangestellten Kollegen

Honorarärzte haben auch ein Interesse daran, ihre haftungsrechtliche Stellung rechtlich sicher einzuordnen. Aktuell ist die ärztliche Tätigkeit des Honorararztes, je nach abgeschlossener Haftpflichtversicherung des Auftraggebers, nicht oder nur teilweise abgesichert. Hier wünscht sich die Mehrheit der Honorarärzte eine haftungsrechtliche Gleichstellung mit den angestellten Kollegen.

Anerkennung der Honorararztstätigkeit und Erfassung seitens der Ärztekammern

Die Forderung der Anerkennung der Honorararztstätigkeit ist mittlerweile, auch auf Grund der publizierten Zwischenauswertung der Honorararztstudie im Juli des Jahres 2010 seitens der BÄK bereits umgesetzt worden [22]. Die Anerkennung der Honorararztstätigkeit ist im Frühjahr des Jahres 2012 noch nicht von allen Ärztekammern umgesetzt

worden. Für die Anerkennung der Honorararztstätigkeit seitens der ärztlichen Kollegen kann nur jeder einzelne Honorararzt selbst durch einen hohen Behandlungsstandard und einen offenen Umgang mit seinen ärztlichen und nicht-ärztlichen Kollegen werben. Eine bundesweite Erfassung der Honorararztstätigkeit von allen Ärztekammern würde weitere Untersuchungen zum Honorararztwesen in Deutschland ermöglichen. Ferner würde dies die Möglichkeit schaffen, die absolute Anzahl der Honorarärzte in Deutschland zu evaluieren und dadurch gegebenenfalls einen Trend abzuleiten.

Klärung der Frage der Scheinselbstständigkeit

Derzeit existieren zur Frage nach der Scheinselbstständigkeit mehrere unterschiedliche Urteile und eine endgültige Rechtssicherheit ist nicht gegeben. Es wird weiter Einzelfallentscheidungen geben, so dass der einzelne Honorararzt angehalten ist sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen und sich an die entsprechenden Handlungsempfehlungen [115] zu halten (Tabellen 10–12).

Handlungsempfehlungen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der Honorararztstätigkeit

- Anmeldung bei Behörden oder Registern
- Vorhandensein einer eigenen „Betriebsstätte“ (eigene Räumlichkeiten als Büro; (privatärztliche) Niederlassung)
- Eigene Buchführung & eigene Werbung
- Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Auftraggebern
- Berücksichtigung der Einsatzdauer
- Eigenes Betriebskapital
- Ablehnung von Aufträgen (Entscheidungsfreiheit)
- Anstellung von eigenem Personal (Sekretärin, etc.)
- Eigene Haftpflicht- und Rechtsschutzversicherung
- Tätigkeitsbezogene Abrechnung

Tabelle 10: Handlungsempfehlungen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der Honorararztstätigkeit bezüglich des Aspektes der sog. Scheinselbstständigkeit

**Beispielhafte Handlungsempfehlungen bezüglich der sog.
Scheinselbstständigkeit für die Vertragsgestaltung**

- Beschreibung des Vertrags als „Honorarvertrag“
- Nennung der Vertragsparteien als „Auftraggeber“ und „Auftragnehmer“ statt der Verwendung der Begriffe „Arbeitnehmer“ und „Arbeitgeber“
- Keine Urlaubsgewährung oder Lohnfortzahlung im Krankheitsfall
- Keine Sonder- oder Sozialleistungen
- Keine zusätzlichen Pflichten oder Sonderaufgaben
- Kein festes monatliches Grundgehalt

Tabelle 11: Handlungsempfehlungen zur Vertragsgestaltung bezüglich des Aspektes der sog. Scheinselbstständigkeit

**Handlungsempfehlungen bezüglich der sog.
Scheinselbstständigkeit während des Honorararzteinsatzes**

- Keine feste Einbindung in den Dienstplan des Auftraggebers
- Keine Annahme von Funktionen / Ämter (bsp. OP-Manager, etc.)
- Keine Mitgliedschaft in der Mitarbeitervertretung
- Keine verpflichtende Teilnahme an Supervisionen oder Teambesprechungen
- Keine verpflichtende Teilnahme an abteilungsinternen Fortbildungen
- Keine Einbindung in die Urlaubsplanung
- Weisungsfreie Durchführung der medizinischen Leistungen
- Benutzung eigener Kleidung; keine Reinigung der Betriebskleidung durch den Auftraggeber (Ausnahme: Funktionsbereiche)
- Keine Auflistung im Organigramm oder auf der Homepage des Auftraggebers
- Keine ausdrückliche Bindung an Dienstanweisungen, Anordnungen oder andere betriebliche Anweisungen
- Eigenes Namensschild und Ausweisung gegenüber den Mitarbeitern und Patienten als Honorararzt

Tabelle 12: Handlungsempfehlungen für den Honorararzteinsatz bezüglich des Aspektes der sog. Scheinselbstständigkeit

Angesichts der vom BDC erhobenen Daten, die zeigen, dass zwischen 9 und 10% der Honorarärzte an Komplikations- bzw. M&M-Konferenzen sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen teilnehmen [96], ist bezüglich der Ausgestaltung der Honorararztstätigkeit vor Ort weiterhin Aufklärungsbedarf erkennbar.

Etablierung von Methoden der Qualitätserfassung und des Qualitätsmanagements

Methoden des Qualitätsmanagements und der Qualitätserfassung sollten zukünftig im Honorararztwesen von allen Beteiligten gemeinsam erarbeitet und umgesetzt werden. Ein umfassendes Qualitätsmanagement betrifft sowohl die Auftraggeber, als auch die Honorarärzte und die Vermittlungsagenturen.

Jeder hauptberufliche Honorararzt sollte gehalten sein, folgende Punkte für sich umzusetzen:

- Vorlage folgender Unterlagen im Original oder in beglaubigter Kopie beim Auftraggeber:
 - o Approbationsurkunde
 - o Facharztzeugnis
 - o Erworbene Zusatzbezeichnungen / Fachkunden
 - o Arztausweis / Personalausweis
 - o Nachweis der eigenen Berufshaftpflichtversicherung
 - o Nachweis der Unfall- und Krankenversicherung
- Vorlage aktueller arbeitsmedizinischer Untersuchungsergebnisse zur Klärung des Gesundheitszustandes
- Erstellung eines eigenen Fortbildungsverzeichnisses, um die eigene kontinuierliche Fortbildung nachzuweisen
- Erstellung eines eigenen Referenzverzeichnisses mit bisherigen Tätigkeiten und Arbeitszeugnissen
- Dokumentation sämtlicher Einweisungen nach MPG
- Mitführen eines eigenen Strahlendosimeters mit regelmäßiger Kontrolle der erfassten Strahlung

Aktuell wird die Einführung einer eigenen Fachkunde „Honorararztwesen“ diskutiert. Die Studienteilnehmer stehen allgemeinen Maßnahmen der Qualitätssicherung, wie beispielsweise einer Fachkunde Honorararztwesen, jedoch als Mehrheit kritisch gegenüber. Um die Gefahr einer externen und aufgezwungenen Reglementierung zu minimieren, sollten sich Honorarärzte aktiv an der Gestaltung eines entsprechenden Qualitätsmanagementsystems beteiligen.

Bei einer zunehmenden Anzahl an Vermittlungsagenturen wächst die Gefahr, dass es seitens der Vermittler zu Qualitätseinbußen kommt. Eine entsprechende Zertifizierung beispielsweise nach DIN ISO 9000 (und folgende) ist hier bisher nicht vorgesehen. Perspektivisch ist es denkbar, dass eine derartige Zertifizierung für alle Vermittlungsagenturen vom Gesetzgeber verpflichtend eingeführt wird.

Ein wichtiges zentrales Qualitätsmerkmal der Vermittlungsagentur ist eine gute Kommunikation. Für die erfolgreiche Vermittlung von Honorarärzten ist es unerlässlich, dass die Agenturen sowohl die Wünsche des Auftraggebers als auch die der Honorarärzte berücksichtigen. Zur Qualitätssicherung sollte die Agentur die erfassten Ärzte vor der Auftragsvermittlung in Bezug auf ihre Qualifikation und Identität überprüfen. Einige kleinere Vermittlungsagenturen führen vor der Aufnahme eines Honorararztes in ihre Kartei ein persönliches Vorstellungsgespräch.

Für die Auftraggeber bietet sich neben einer Kooperation mit mehreren Vermittlungsagenturen auch die Agentur-unabhängige Gewinnung von Honorarärzten an. Bei einer Zusammenarbeit mit Vermittlungsagenturen sollten vom Auftraggeber vorab insbesondere die folgenden Informationen über die Agentur eingeholt werden:

- Anzahl der bisher vermittelten Einsatzstunden
- Gründungszeitpunkt (Dauer der Präsenz am Markt)
- Vermittlungskriterien
- Zertifizierung der Agentur

- Konfliktmanagement
- Erfahrungen anderer Auftraggeber mit der Vermittlungsagentur

Die Auftraggeber sollten aber auch in Bezug auf den eigentlichen Honorararzteinsatz an einem Qualitätsmanagement arbeiten. Dieses sollte unter anderem folgende Punkte beinhalten:

- Präzise Formulierung der Anfrage an die Agenturen mit folgenden Punkten
 - o Einsatzort / Einsatzdauer
 - o Vergütung
 - o Unterbringung
 - o Geforderte Qualifikation
 - o Genaue Tätigkeit / Einbindung des Honorararztes
 - o Besondere Anforderungen (wie das Beherrschen besonderer Verfahren) falls gewünscht
- Kommunikation des Honorararzteinsatzes an die Mitarbeiter
 - o Gründe für den Einsatz
 - o Rahmenbedingungen (Dauer, Einsatzbereich, Ansprechpartner)
- Überprüfung der vom Honorararzt eingereichten Unterlagen (Qualifikationen, Identität, Haftpflichtversicherung, etc.)
- Einarbeitung des Honorararztes
 - o Wichtige klinikspezifische Besonderheiten in der Patientenversorgung
 - o Ansprechpartner für den Honorararzt
 - o Telefonliste
 - o Einarbeitung in die EDV der Versorgungseinrichtung
 - o Belehrung über den Datenschutz, etc.
 - o Hygienerichtlinien / Hygieneplan der Einrichtung
- Unterbringung des Honorararztes

Als Möglichkeit der Qualitätserfassung im Honorararztwesen bietet sich ferner perspektivisch die Gestaltung eines unabhängigen Bewertungsportals an. Dort kann Honorarärzten die Möglichkeit gegeben

werden, ihre Auftraggeber zu evaluieren. Mögliche Bewertungskriterien könnten folgende Aspekte sein:

- Daten zum Einsatz (wie zu Stande gekommen, Dauer des Einsatzes, Einsatzbereich, Fachgebiet, Übernahme von Diensten, etc.)
- Einarbeitung vor Ort (wie, durch wen, wie ausführlich)
- Übermittlung wichtiger Informationen (SOPs, Ansprechpartner, etc.)
- Rahmenbedingungen der Tätigkeit (Unterkunft, Verpflegung, etc.)
- Besonderheiten
- Fazit

In dem Bewertungsportal sollte dem Auftraggeber eine Möglichkeit gegeben werden, sich zur Bewertung des Honorararztes zu äußern. Ferner ist es denkbar, dass die Bewertung erst nach Ablauf einer Widerspruchsfrist, während derer sich die Auftraggeber äußern können, durch einen unabhängigen Administrator freigeschaltet wird.

Ein wichtiger Vorteil eines derartigen unabhängigen Bewertungsportals wäre die Möglichkeit zur Agentur-unabhängigen Datengewinnung über den Einsatz von Honorarärzten. Somit würde die Möglichkeit geschaffen, weitere Daten zu den Fachbereichen, den Einsatzorten, der Einsatzdauer und zu den mit den Honorararzteinsätzen verbundenen Problemen zu gewinnen. Diese Daten könnten anschließend verwendet werden, um Empfehlungen bezüglich der Qualitätssicherung im Honorararztwesen zu erarbeiten.

Eine weitere Maßnahme wäre die Einrichtung einer unabhängigen Schieds- und Schlichtungsstelle. Diese Schlichtungsstelle könnte bei auftretenden Problemen zwischen dem Honorararzt und dem Auftraggeber oder zwischen dem Honorararzt und der Vermittlungsagentur tätig werden und dazu beitragen, Diskussionen zu versachlichen und weitere Problemfelder der Honorararztstätigkeit offenzulegen.

4.9.2. Forderung nach weiteren Studien

Der wichtige Aspekt des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung konnte in der vorliegenden Arbeit nur unzureichend untersucht werden. Dazu wäre eine Untersuchung mit Hilfe der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG) unter den Einrichtungen der stationären Versorgung notwendig. In einer derartigen Untersuchung könnte man in den Kliniken die Verwaltungsdirektoren, die ärztlichen Direktoren und die jeweiligen Chef- und Oberärzte zu ihren Erfahrungen mit Honorarärzten befragen. Wichtig wäre dabei neben den Aspekten der Häufigkeit und der Dauer des Honorararzteinsatzes, auch die persönlichen Erfahrungen der Befragten bezüglich der Qualität der von den Honorarärzten geleisteten Tätigkeit zu erfragen. Weiterhin sollte untersucht werden, ob eine standardisierte Einarbeitung der Honorarärzte erfolgt und ob Checklisten mit Ansprechpartnern, Notfallvorgehen, wichtigen SOPs, etc. an die Honorarärzte verteilt werden. Weiterhin wäre es interessant zu eruieren, wer die Rekrutierung des Honorararztes für den Auftraggeber veranlasst, wer sie durchführt und auf welchem Wege dies geschieht. Erste Ergebnisse zur Veranlassung der Rekrutierung liefert eine Umfrage des BDC aus dem Jahr 2010 [96]. Dieser Untersuchung zufolge werden in 35% der Fälle die Honorarärzte auf Wunsch der Chefärzte engagiert. In 7,7% der Fälle erfolgte die Rekrutierung jedoch durch die Verwaltung gegen den ausdrücklichen Wunsch der Ordinarien. Bei der Auswahl der Honorarärzte hatten 63–75% der Chefärzte ein Mitspracherecht. Hier wäre eine Evaluation auch in anderen Fachgebieten und in weiteren Einrichtungen wünschenswert. Ein weiterer interessanter Aspekt solcher Untersuchungen wäre, ob und wie die Mitarbeiter über den Einsatz des Honorararztes im Vorfeld informiert werden. Auch verschiedene Gründe für den Einsatz des Honorararztes und die Wege der Honorararztakquise könnten auf diesem Wege wissenschaftlich weiter untersucht werden.

Die im Honorararztwesen tätigen Ärzte sollten außerdem Gegenstand von sozio-empirischen Untersuchungen sein. Nach einer Erfassung der Honorarärzte seitens der Ärztekammern wäre eine Untersuchung zur

allgemeinen Berufszufriedenheit sinnvoll, in der die Honorarärzte als gesonderte Subpopulation berücksichtigt und mit den angestellten Ärzten in der stationären Versorgung und ihren niedergelassenen Kollegen verglichen werden. Vergleichbare Studien bieten sich zum Vorliegen psychischer Erkrankungen, wie Burnout oder der Depression, an. Eine solche Studiengestaltung kann die Ergebnisse der Honorararztstudie verifizieren oder falsifizieren und würde die Validität der hier vorgestellten Studie untermauern. Zusätzlich sollte zukünftig auch der Zusammenhang der Zahlen von Honorarärzten und emigrationswilligen Ärzten untersucht werden.

Studien zum Vergleich der Produktivität von Honorarärzten und festangestellten Mitarbeiter sind ebenfalls vorstellbar. Hierüber könnten Erkenntnisse gewonnen werden, in welchen Fachbereichen und unter welchen Rahmenbedingungen der Einsatz von Honorarärzten für die Einrichtungen wirtschaftlich sinnvoll ist. Eine ähnliche Studie wäre auch für die vertragsärztliche Versorgung sinnvoll, um herauszufinden, unter welchen Rahmenbedingungen der Honorararzteinsatz dort wirtschaftlich sinnvoll ist.

Eine beispielhafte Prozesskostenrechnung für die Kooperation eines Krankenhauses mit einem in Niederlassung und honorarärztlich tätigen Gefäßchirurgen konnte zeigen, dass der Honorararzteinsatz sowohl für die Auftraggeber als auch für den Honorararzt rentabel ist [153]. Weitere Untersuchungen in verschiedenen Fachbereichen mit unterschiedlichen Kooperationsmodellen erscheinen hier sinnvoll.

4.10. Ausblick in die Zukunft

Wie sich das Honorararztwesen mittel- und langfristig in Deutschland entwickeln wird, ist aktuell auf Grund der fehlenden Gesamtdatenlage schwer zu beurteilen. Durch die teilweise fehlende Erfassung der Honorarärzte durch die Ärztekammern können Angaben über die Gesamtzahl der Honorarärzten derzeit nur ungenau sein und Prognosen über die weitere Entwicklung nicht sicher gestellt werden. Die in der Honorararztstudie errechneten absoluten Zahlen, die (unvollständigen)

Daten aus den Melderegistern der Ärztekammern und die von den Agenturen herausgegebenen Zahlen legen jedoch den Schluss nahe, dass die Zahl der hauptberuflichen Honorarärzten aktuell zunimmt. Die mediale Präsenz des Honorararztwesens hat seit 2009 ebenfalls stark zugenommen, was ebenfalls als Indikator für eine Zunahme von Honorarärzten gewertet werden kann.

Zur weiteren Etablierung von Honorarärzten im deutschen Gesundheitswesen sind Reformen und Veränderungen notwendig. Langfristig gesehen, wird diese Form der ärztlichen Tätigkeit aber weder vollständig verschwinden noch für die Mehrheit der Ärzte eine dauerhafte Arbeitsoption sein. Das Honorararztwesen wird jedoch in Deutschland zu einem festen Bestandteil des Gesundheitssystems werden, wie es in den USA und Großbritannien bereits lange der Fall ist.

Die kurz- und mittelfristige Entwicklung ist jedoch nur schwer vorauszusehen. Angesichts der von der Ärzteschaft subjektiv als schlecht empfundenen Arbeitsbedingungen bei einer (ebenfalls subjektiv) zu niedrigen Vergütung ist es durchaus vorstellbar, dass in Zukunft mehr festangestellte und niedergelassene Ärzte die Honorararztstätigkeit für sich entdecken. Dadurch ist es in einem Worst-Case-Szenario möglich, dass sich durch weitere Aufgaben von Niederlassungssitzen und durch Kündigungen von Angestelltenverhältnissen punktuell der Ärztemangel weiter verschärfen wird. Im Gegenzug bleiben diese Ärzte jedoch dem deutschen Gesundheitswesen erhalten und können flexibel dazu beitragen, dem Ärztemangel zu begegnen. Wenn sie sich jedoch aus denselben Gründen dazu entschließen, ihre Tätigkeit in Deutschland komplett aufgeben und wie 18.000 deutsche Ärzte im Ausland tätig zu werden [76], würden sie dem deutschen Gesundheitssystem komplett verloren gehen.

4.11. Zusammenfassung der Diskussion

Die vorliegende Untersuchung hat erstmals statistische Daten zum in Deutschland aufkommenden Honorararztwesen erhoben. Die gewählte Studienmethodik und der verwendete Fragebogen stellen unter den

gegebenen organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen die sinnvollste Untersuchungsmethode dar.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass Honorarärzte nicht die Ursache des Ärztemangels im deutschen Gesundheitssystem darstellen, sondern vielmehr ein Ausdruck der sich stetig verschlechternden Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit sind. Die Einsatzorte der Honorarärzte finden sich neben ländlichen Regionen mit einem hohen Ärztemangel zunehmend auch in den Ballungszentren, was als Beleg für die generelle Zunahme an Besetzungsschwierigkeiten für ärztliche Stellen angesehen werden kann. Dadurch, dass Honorarärzte weiterhin in Deutschland ärztlich tätig sind und nicht in die Industrie oder ins Ausland abwandern, bleiben sie dem deutschen Gesundheitssystem als hochqualifizierte Arbeitskräfte erhalten und können durch ihre Tätigkeit in strukturschwachen Regionen helfen, den dortigen Ärztemangel vorübergehend zu lindern. In der „vorübergehenden Linderung“ liegt ein Schlüsselaspekt des Honorararztwesens. Zum einen besteht die Gefahr, dass mehr Ärzte diese Tätigkeitsform als attraktiv empfinden und ihre angestammten Tätigkeit verlassen, um als Honorararzt tätig zu werden, und sich dadurch der Personalmangel in den Kliniken kurzfristig weiter verstärkt und die Kosten für die Kliniken weiter steigen. Zum anderen lässt sich durch eine Verschiebung von Arbeitskräften der Ärztemangel an sich nicht bekämpfen. Hierzu sind weitreichendere Maßnahmen von Politik und Arbeitgebern notwendig, um das Berufsbild Arzt wieder attraktiver zu gestalten. Aus den am häufigsten genannten Gründen für die Aufnahme einer hauptberuflichen Honorararztstätigkeit lassen sich Rückschlüsse auf die aktuell dominierenden Beeinträchtigungen der ärztlichen Tätigkeit in Deutschland (hoher Verwaltungsaufwand, fehlende Autonomie und Wertschätzung der Mitarbeiter, unflexible Arbeitszeitgestaltung und schlechte Life-Domain-Balance) ziehen.

Weiterhin zeigt die Studie, dass für die Ausübung der Honorararztstätigkeit gesetzliche Änderungen erforderlich sind. So wäre aus Sicht der Honorarärzte eine bundeseinheitliche Regelung bezüglich

der Mitgliedschaft in den Ärztekammern bei einer Tätigkeit in verschiedenen Ärztekammerbezirken wünschenswert. Ferner sollten die Probleme der Scheinselbstständigkeit und der unsicheren haftungsrechtlichen Situation gelöst werden.

Eine auf der Grundlage der Studiendaten basierende Hochrechnung zeigt, dass die Zahl der hauptberuflichen Honorarärzten weit unter den aktuell in der Literatur zu findenden Schätzungen liegt. Je nach Berechnungsgrundlage kann zum Studienzeitpunkt von einer Gesamtanzahl von 900–1.500 hauptberuflichen Honorarärzten ausgegangen werden. Die zum Abschluss dieser Arbeit vorliegenden Meldedaten der einzelnen Ärztekammern und die Daten der Vermittlungsagenturen zeigen jedoch auch, dass die Zahl der Honorarärzte im vergangenen Jahr zugenommen hat. Ob dies an der vermehrten medialen Aufmerksamkeit, die dem Honorararztwesen zukommt, oder an einer weiter zunehmenden Unzufriedenheit der Ärzteschaft mit den Rahmenbedingungen ihrer Tätigkeit liegt, kann nicht abschließend beurteilt werden.

5. Zusammenfassung

5.1. Einführung

In anderen Ländern, wie den USA oder Großbritannien sind Honorarärzte (locums) im Gesundheitssystem weit verbreitet. Als Honorarärzte werden Ärzte bezeichnet, die außerhalb einer Festanstellung oder einer eigenen Niederlassung für verschiedene Auftraggeber ärztlich tätig sind und deren Tätigkeit ausschließlich auf Honorarbasis vergütet wird. Sie sind in den aufgeführten Ländern ein etabliertes Instrument der Personalführung und Belastungssteuerung. Honorarärzte werden von den Auftraggebern zur Überbrückung bei der Nachbesetzung einer offenen Stelle, zur Gewährung von Urlaubsansprüchen oder Fortbildung, zum Abbau von angefallenen Überstunden und zur Burnout Prävention eingesetzt. Die Honorarärzte selbst sehen in ihrer Tätigkeit vor allem die Möglichkeit

neue Arbeitgeber kennenzulernen, in Teilzeit tätig zu sein, ihr Gehalt aufzustocken oder ihre Pensionen zu verbessern [128].

Im Gegensatz zu anderen Ländern sind Honorarärzte in der Bundesrepublik Deutschland noch ein sehr junges Phänomen. Der Einsatz von Honorarärzten hat indes in den vergangenen Jahren stetig zugenommen. Laut aktuellen Untersuchungen müssen 65% der Kliniken bereits auf Honorarärzte zurückgreifen, um ihre offenen Stellen im ärztlichen Dienst – zumindest vorübergehend – besetzen zu können. Die Gründe für den zunehmenden Ärztemangel sind vielfältig.

Um die aufkommenden Diskussionen über Honorarärzte und ihre berufs-, haftungs- und steuerrechtlichen Probleme mit wissenschaftlich fundierten Daten zu untermauern, wurde im Jahr 2009 die Honorararztstudie begonnen. Der Zugang zu dieser onlinegestützten empirischen Untersuchung wurde im September 2009 auf der Internetpräsenz <http://www.honorararztstudie.de> freigeschaltet. Die Studie wurde organisatorisch von neun Ärztekammern und acht Vermittlungsagenturen gefördert. Um möglichst viele Studienteilnehmer zu gewinnen, wurde in Printmedien und im Internet für die Studie geworben. Im Mai 2010 erfolgte eine Zwischenauswertung der bis dahin gewonnenen Ergebnisse, die im Deutschen Ärzteblatt [139] und in der ZEFQ [138] publiziert wurde. Die Möglichkeit zur Teilnahme wurde im September 2010 beendet.

5.2. Ergebnisse

An der Studie nahmen 1079 Ärztinnen und Ärzte teil. 161 Datensätze mussten auf Grund von fehlenden Werten, fehlender Kongruenz in den Antworten oder durch Kontrollvariablenberechnungen ausgeschlossen werden, so dass 918 Datensätze in die abschließende Auswertung einfließen konnten.

Biografie / Demografie / Geografie der Studienteilnehmer

Bei den Teilnehmern der Studienpopulation handelt es sich zum größten Teil um erfahrene Fachärzte aus dem akademischen Mittelbau der

Ärzteschaft. Lediglich 11,3% der Studienteilnehmer haben ihre Weiterbildung noch nicht abgeschlossen. Die Umfrageteilnehmer verfügen im Durchschnitt über 13,9 Jahre Berufserfahrung als Fachärzte und sind zu 72,0% Männer und zu 28,0% Frauen. Die Studienteilnehmer mit einer abgeschlossenen Weiterbildung sind in den Fachgebieten Anästhesie (40,3%), Allgemeinmedizin (12,0%), Innere Medizin (10,7%), in einem chirurgischen Fach (10,0%) oder Gynäkologie (7,9%) tätig.

Die Studienteilnehmer stammen überproportional häufig aus den Ärztekammerbezirken Berlin, Hamburg, Niedersachsen und Nordrhein.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Honorararztstätigkeit

Zur Auftragsakquise greifen die Studienteilnehmer "häufig bzw. sehr häufig" auf persönliche Kontakte (49,8%) oder auf spezialisierte Vermittlungsagenturen (62,2%) zurück. Positiv bewerten die Studienteilnehmer bei den Honorararztagenturen die Entlastung bei der Bürokratie, die Auftragsakquise, die Marktkenntnis der Agenturen, die Ersatzfindung im Krankheitsfall und die Mediation bei Schwierigkeiten. Als nachteilig werden von den Teilnehmern der Studie vor allem die fehlende Transparenz der Vermittlungsagenturen, die vertragliche Bindung an die Agentur und die Vermittlungsgebühren gesehen. Die Studie zeigt deutlich, dass der Markt der Honorararztvermittlung im Jahr 2010 von den zwei Firmen Hire-a-doctor⁴⁹ und der FAA⁵⁰ dominiert wird.

Geografische Einsatzorte

Die geografischen Tätigkeitsschwerpunkte der Honorarärzte liegen in den ländlichen Regionen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Weitere geografische Häufungen finden sich in den urbanen Regionen Düsseldorf und Frankfurt und in den ländlichen Regionen des nördlichen und westlichen Niedersachsens, Sachsens und Sachsen-Anhalts. Die unterschiedliche geografische Verteilung der Einsatzorte ist zum einen der ungleichmäßigen Verteilung der Honorarärzte in den verschiedenen

⁴⁹ Fa. „Hire-a-doctor“, Berlin

⁵⁰ Fa. „FAA-FachArzt-Agentur“, Bielefeld

Ärztokammern geschuldet und wird außerdem durch den regional unterschiedlich ausgeprägten Ärztemangel beeinflusst.

Vergütung der Honorararzteinsätze

Der durch die Honorararztstätigkeit durchschnittlich zu erzielende Bruttoverdienst je Arbeitsstunde ist stark von der ausgeübten Tätigkeit abhängig. Während Tätigkeiten in der stationären Versorgung mit durchschnittlich etwa 71 € relativ hoch vergütet werden, werden Einsätze im Notarztwesen mit 28 € vergleichsweise gering entlohnt. Einsätze als Praxisvertreter liegen bei etwa 57 €. Im Vergleich zu anderen Tätigkeiten werden Honorararzteinsätze im KV-Notdienst (40 €) und als Prüfer von medizinischem Assistenzpersonal (31 €) ebenfalls gering vergütet.

Honorärärzte in Nebentätigkeit

Die Mehrheit der Studienteilnehmer übt ihre Honorararztstätigkeit in Nebentätigkeit (54,6%) zumeist neben einer Festanstellung in der stationären Versorgung (54,7%) oder der Tätigkeit in Niederlassung (26,9%) aus.

Die hauptberuflich in der stationären Versorgung tätigen Ärzte stammen mehrheitlich aus den Fachbereichen Anästhesie (42,1%), Innere Medizin (12,5%) oder Chirurgie (8,3%). In ihrer Honorararztstätigkeit sind sie überwiegend in der stationären Versorgung (45,8% "häufig bzw. sehr häufig") oder im Notarztwesen (31,6% "häufig bzw. sehr häufig") tätig. Als Gründe für ihre Nebentätigkeit gibt diese Subpopulation vor allem die Fokussierung auf gern ausgeübte Tätigkeiten und die Erweiterung des eigenen Horizontes an. Finanzielle Gründe für die Nebentätigkeit spielen eine untergeordnete Rolle.

Die hauptberuflich als niedergelassene Vertragsärzte arbeitenden Ärzte stammen zumeist aus den Fachbereichen Allgemeinmedizin (20,8%), Anästhesie (18,3%), Chirurgie (9,2%) Innere Medizin (8,3%). Als Nebentätigkeit werden vor allem Einsätze in der stationären Versorgung (45,8% häufig / sehr häufig), als Gutachter (24,6%), als Praxisvertreter

(21,5%), im KV-Notdienst (21,4%) oder im Rettungswesen (21,3%) angegeben.

Vielfach werden von den niedergelassenen Vertragsärzten finanzielle Gründe für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit angegeben. Ein weiterer, von den Teilnehmern im Freitext genannter Grund für die Honorararztstätigkeit ist die Erweiterung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Ihre honorarärztliche Nebentätigkeit üben sie zumeist in der stationären Versorgung, im Notarztwesen oder als Praxisvertreter für durchschnittlich etwa 16 Wochenstunden aus.

Die zum Studienzeitpunkt gültigen gesetzlichen Vorgaben zur Dauer der Nebentätigkeit der Vertragsärzte wird von den Studienteilnehmern teilweise nicht eingehalten⁵¹.

Honorarärzte in Haupttätigkeit

Ärzte, die hauptberuflich der Honorararztstätigkeit nachgehen, waren zuvor fast ausschließlich in der stationären Versorgung (75,8,%) oder in Niederlassung (21,2%) tätig. Die in der stationären Versorgung tätigen Ärzte haben häufig (38,9%) leitende Positionen bekleidet und stammen zumeist aus den Fachbereichen Anästhesie, Innere Medizin oder Chirurgie. Die zuvor niedergelassenen Kollegen waren überwiegend in den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Anästhesie, Innere Medizin, Chirurgie oder Gynäkologie tätig.

In der Altersverteilung dominieren die 35–45-jährigen und die über 65-jährigen Ärzte. Die niedrige Anzahl an Ärzten zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr zeigt, dass es sich bei Honorarärzten weniger um Berufsanfänger, sondern vielmehr um erfahrene Fachärzte handelt.

Einer der am häufigsten genannten Gründe für die Aufnahme der Honorararztstätigkeit stellt die Unzufriedenheit mit den derzeitigen

⁵¹ Das BSG sieht hier eine maximale zusätzliche Arbeitszeit von 13 Wochenstunden als zulässig an; nach einer Reform des § 19a der Ärzteverordnung ist über Umwege eine höhere Zahl an zusätzlichen Wochenstunden möglich.

Strukturen im Gesundheitssystem dar. Diese Unzufriedenheit resultiert zum einen aus den aktuellen Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit und zum anderen spielen hierbei auch berufsbiografische Faktoren eine Rolle.

Ausgeübte Tätigkeiten der hauptberuflichen Honorarärzte

Hauptberufliche Honorarärzte sind "häufig bzw. sehr häufig" in der stationären Versorgung (80%), als Praxisvertreter (26%) oder im Rettungswesen (25%) tätig. Die oben aufgeführten Tätigkeiten üben die Studienteilnehmer im Durchschnitt für etwa 39 Arbeitsstunden pro Woche aus. Der zeitliche Umfang ihrer Tätigkeit ist somit geringer als der der meisten festangestellten Ärzte in der stationären Versorgung oder der ihrer in Niederlassung tätigen Kollegen [60].

Vergütung der hauptberuflichen Honorarärzte

Das auf den ersten Blick hohe Entgelt eines Honorararztes muss angesichts der hohen zusätzlichen finanziellen Aufwendungen und des permanenten finanziellen Risikos erheblich relativiert werden.

Honorarärzte in Haupttätigkeit ohne abgeschlossene Weiterbildung

In der Subpopulation der hauptberuflichen Honorarärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung ist der Anteil der Frauen hoch (57,1%). Ihr Durchschnittsalter (M: 40,0 Jahre) ist im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen (M: 48,7 Jahre) niedriger und sie haben häufiger Kinder (51,4% vs. 46,2%). Sie nutzen der Studie zufolge die Honorararztstätigkeit, um nach erfülltem Kinderwunsch parallel zur Kindeserziehung weiterhin ärztlich tätig sein zu können. Sie geben als Gründe für die Honorararztstätigkeit häufig die fehlende Möglichkeit in Teilzeit tätig zu sein an.

Vor- und Nachteile der Honorararztstätigkeit

Bei den Nachteilen einer hauptberuflichen Honorararztstätigkeit überwiegen die einsatzbedingte Abwesenheit von der Familie, die unklare rechtliche Situation und das finanzielle Risiko. In der Gesamtheit beurteilen die hauptberuflichen Honorarärzte unter den

Studienteilnehmern die Veränderungen durch die Honorararztstätigkeit positiv. So geben 75,1% an, dass sich ihre allgemeine Zufriedenheit mit dem eigenen Leben durch die neue Tätigkeit verbessert hat und lediglich 5,6% empfinden eine Verschlechterung. Diese Verbesserung umfasst vor allem die psychische (64,9% Verbesserung), die finanzielle (69,1%) und weniger stark ausgeprägt die physische Situation (54,3%). Die erlebte Verbesserung der psychischen Situation kann als Resultat der Vorteile der Honorararztstätigkeit gewertet werden. Es ist davon auszugehen, dass hier vor allem der Autonomiegewinn, die höhere Wertschätzung der Tätigkeit, die als angemessener empfundene Vergütung der Tätigkeit und die fehlende Eingliederung in die bereits vom „Ramboll-Gutachten“ kritisierten hierarchischen Strukturen [106] maßgeblich zur Verbesserung der psychischen Situation der Honorarärzte beitragen.

Vor- und Nachteile des Honorareinsatzes für die angestellten Mitarbeiter und die Auftraggeber

Die größten Nachteile eines Honorararzteinsatzes sehen die Ordinarien zur Zeit in Qualitätseinbußen durch Nicht-Einhaltung klinikinterner SOPs, in der Gefahr einer Verringerung des Teamzusammenhaltes, in einer Zunahme der Mitarbeiterfluktuation und in einem Renommee-Verlust [70]. In wie weit sich der Einsatz von Honorarärzten tatsächlich negativ auf die angeführten Bereiche auswirkt, wurde bisher wissenschaftlich noch nicht untersucht. Für die angestellten Mitarbeiter ergeben sich mögliche Nachteile aus einer befürchteten Zunahme der administrativen Tätigkeiten und der Bereitschaftsdienste. Ferner ist es theoretisch denkbar, dass Honorarärzte von den Auftraggebern gezielt als „Streikbrecher“ eingesetzt werden.

Im Gegenzug können sowohl die angestellten Mitarbeiter als auch die Auftraggeber von Honorarärzten profitieren. In Zeiten des stetig zunehmenden Ärztemangels, einer Zunahme der Multimorbidität der Bevölkerung, einer Zunahme an administrativen Tätigkeiten und einer daraus resultierenden Arbeitsverdichtung werden die angestellten Mitarbeiter durch die Honorarärzte entlastet. Honorarärzte können bei

rechtzeitigem Einsatz den Kreis aus Überbeanspruchung, Unzufriedenheit mit der eigenen beruflichen Situation, Kündigung und weiterer Überbeanspruchung der verbleibenden Mitarbeiter durchbrechen und dazu beitragen die Arbeitsbedingungen der vorhandenen, fest angestellten Mitarbeiter zu verbessern. Ferner tragen sie durch ihren Einsatz dazu bei, dass Kliniken ihr Behandlungsspektrum aus Personalmangel nicht einschränken müssen und helfen so die medizinische Versorgung der Bevölkerung in Gebieten mit Ärztemangel aufrecht zu erhalten. Dies gilt auch für die notfallmedizinische Versorgung, besonders in ländlichen Regionen.

Darüber hinaus können Honorarärzte dabei helfen, das bestehende Behandlungsspektrum durch das Einbringen ihrer persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erweitern.

Hochrechnung der absoluten Anzahl der hauptberuflichen Honorarärzten in Deutschland

Auf Basis der Meldedaten der Ärztekammern und der Angaben der Studienteilnehmer zu ihrem Wohnort wurde versucht, die absolute Zahl der in Deutschland hauptberuflich tätigen Honorarärzte zu berechnen. Danach waren zum Studienzeitpunkt etwa 1.100 Ärzte hauptberuflich als Honorarärzte tätig. Die berechnete Zahl weicht stark von den in der Literatur (4.000 hauptberufliche Honorarärzte) zu findenden Werten, die auf einer Schätzung des BV-H beruhen, ab.

In einer zweiten, auf Agenturdaten beruhenden Berechnung wurde versucht die aktuelle Zahl der hauptberuflichen Honorarärzte in Deutschland zu ermitteln. Die dort errechneten Werte legen den Schluss nahe, dass die Zahl der hauptberuflichen Honorarärzte seit Studienbeginn weiter gestiegen ist, so dass aktuell etwa 1.600 Ärzte in Deutschland hauptberuflich als Honorarärzte tätig sind.

Forderungen für die Honorarärzte

Zum Zeitpunkt des Abschlusses der vorliegenden Arbeit existiert für Honorarärzte keine bundeseinheitliche Regelung bezüglich der

Meldepflicht bei der ärztlichen Tätigkeit in mehreren Ärztekammerbezirken. Demnach muss sich ein Honorararzt aktuell in jedem Ärztekammerbezirk anmelden und entsprechende Beiträge entrichten, in dem er ärztlich tätig ist. Um den erheblichen finanziellen und organisatorischen Aufwand zu verringern, wird von den Honorarärzten eine Lösung nach dem Wohnortsprinzip angestrebt. Danach ist der Honorararzt nur in der Ärztekammer im Bezirk seines Wohnortes oder in der Ärztekammer seiner Haupttätigkeit Mitglied. Weiterhin bleibt die Frage nach der Scheinselbstständigkeit der Honorarärzte zu beantworten. Die haftungsrechtliche Gleichstellung ist ein weiteres Anliegen der Honorarärzte. Derzeit empfiehlt es sich generell für jeden hauptberuflichen Honorararzt eine eigene Berufshaftpflichtversicherung abzuschließen.

Forderung nach weiteren Studien

Die Auswertung der Studie zeigt, dass das Honorararztwesen in Deutschland weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen bedarf. Als Grundlage für solche Untersuchungen wäre eine bundeseinheitliche Erfassung der Honorararztstätigkeit als eigenständige ärztliche Tätigkeit in allen Ärztekammern wünschenswert. Dies würde Folgestudien beispielsweise über die Berufszufriedenheit von Honorarärzten im Vergleich zur gesamten Ärzteschaft erlauben und weiterhin die Möglichkeit schaffen die Entwicklung der absoluten Zahl der Honorarärzte zu beobachten. Darüber hinaus würde so eine Möglichkeit zur gezielten Qualitätskontrolle seitens der Ärztekammern geschaffen.

Die Qualität der von den Honorarärzten geleisteten Arbeit konnte von der vorliegenden Honorararztstudie nur unzureichend untersucht werden, da es sich bei den erhobenen Ergebnissen ausschließlich um Selbsteinschätzungen der Honorarärzte handelt. Um die Qualität oder Produktivität der Honorarärzte mit denen der angestellten Ärzte zu vergleichen, sind Folgestudien notwendig. So ist eine Studie in Zusammenarbeit mit dem DKI wünschenswert, die den Honorararzteinsatz aus Sicht der Auftraggeber näher untersucht.

6. Literaturverzeichnis

1. ADM. Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V., Jahresbericht 2008
http://www.adm-ev.de/fileadmin/user_upload/PDFS/Jahresbericht_10.pdf
[Letzter Zugriff am 7. Juli 2011].
2. Akerstedt T, Fredlund P, Gillberg M, Jansson B (2002). Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample. *J Psychosom Res.* 53(1): 585–8
3. Alten von A (2011) Tod nach Überdosis Diamorphin. *Ärztezeitung.*
<http://www.aerztezeitung.de>
- 4: Ansorg J (2003). Neue Weiterbildungsordnung für Chirurgie. Berufsverband Deutscher Chirurgen.
http://www.bdc.de/index_level3.jsp?documentid=9178D2EECEA18C29C1256D32004245E6&form=Dokumente&parent=8A88CB401ACBEDBAC2256FC5005068B3&menu_id=8A88CB401ACBEDBAC2256FC5005068B3&category=ARCHIV-WEITERBILDUNG-WB-ORDNUNG (Letzter Zugriff: 5.02.2012)
5. Ärztekammer-Hamburg (2009). Honorararztstudie. *Hamburger Ärzteblatt.* 10: 9;
<http://www.aerztekammer-hamburg.de/funktionen/aebonline/pdfs/1255338307.pdf>
[Letzter Zugriff am 7. Juli 2011]
6. Baumann L (2010). Erste Studie zur Situation von “Honorarärzten” in Deutschland. *Hessisches Ärzteblatt.* 368
7. Berner B (2011). Honorarärzte: Praxisorientierte Grundlage. *Deutsches Ärzteblatt.* 108: 1236
8. Berufsverband-deutscher-Anästhesisten (2009). Umfrage zur Arbeitsmarktsituation.
9. Bestmann B, Rohde V, Wellmann A, Kuchler T (2004). Berufsreport 2003-Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten. *Deutsches Ärzteblatt.* 1-2(101): 28–32
10. Blum K, Müller U, Offermanns M (2004). Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus. *Deutsches Krankenhaus Institut.*
<http://www.dki.de/index.php?TM=0&BM=2&LM=120> [Letzter Zugriff am 16. August 2011].
11. Blum K, Löffert S (2010). Ärztemangel im Krankenhaus. *Deutsches Krankenhaus Institut*

12. Blum K, Löffert S (2011) Fachkräftemangel und Personalentwicklung. Berlin: Deutsches Krankenhausinstitut
13. Blum K, Müller U (2005). Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausverlagsgesellschaft
14. Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2011) Krankenhaus Barometer - Umfrage 2011. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut
15. Blum K, Offermanns M, (2011) Gehaltssituation deutscher Krankenhausärzte. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut
16. Bornschein S, Erbas B (2009). Arbeitszeit und -zufriedenheit nichtselbständiger Ärzte in München. In: Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten - Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte-Verlag, p. 65–77.
17. Bovier PA, Perneger TV (2003). Predictors of work satisfaction among physicians. Eur J Public Health. 13(4): 299–305
18. Brooke D (1997). Impairment in the medical and legal professions. J Psychosom Res.
19. Brookfield C (2011). Checklist for hiring a great locum. Can. Vet. J. 52(4): 439–41
20. Brummerloh D (2011). "Die freuen sich wenn man kommt...."
<http://www.dradio.de/dlf/sendungen/dossier/1418032/>
[Letzter Zugriff am 20. Oktober 2011]
21. Bryant SM, Hunton JE, Stone DN (2004). Internet-Based Experiments: Prospects and Possibilities for Behavioral Accounting Research. Behavioral Research in Accounting. 16(1): 107–29
22. Bundesärztekammer, Kassenärztliche-Bundesvereinigung (2011). Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland. Berlin: Bundesärztekammer.
23. Bundesärztekammer-Abteilung-Statistik (2011). Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen - ein Widerspruch, der keiner ist. Bundesärztekammer.
<http://www.baek.de/downloads/Analyse-Kopetsch.pdf>
[Letzter Zugriff am 12. Juli 2011].
24. Bundesärztekammer (2002). Beschlussprotokoll 105 Dt. Ärztetag 2002 Zu Punkt I. Bundesärztekammer.
<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.23.2450.2451.2468>
[Letzter Zugriff am 3 Oktober 2011].

25. Bundesärztekammer (2010). Arztlzahlstatistik 2009. Bundesärztekammer. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Stat09Abbildungsteil.pdf> [Letzter Zugriff am 10. Juli 2011].
26. Bundesärztekammer (2010). 113. Ärztetag Beschlussprotokoll. Bundesärztekammer. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/113Beschlussprotokoll20100712a.pdf> [Letzter Zugriff am 10. Juli 2011].
27. Bundesärztekammer (2010) (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung 25.06.2010 http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MWBO_07122011.pdf [letzter Zugriff am 01.04.2012]
28. Bundesministerium-der-Justiz. Bundesärzteordnung. Bundesministerium der Justiz [2110]
29. Bundesverband-der-Honorarärzte-e V (2011). Stellungnahme des Bundesverbandes der Honorarärzte e.V. zum Positionspapier der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland. Bundesverband der Honorarärzte e.V. 2011. <http://www.bv-honoraraerzte.de/live/bv-honoraraerzte/content/e136/e138/e3206/StellungnahmePosPapier.pdf> [Letzter Zugriff am 27. Juni 2011].
30. Bundesverband-der-Honorarärzte-e V (2011). Flyer Symposium 2011: Honorarärzte im Gesundheitswesen. Bundesverband der Honorarärzte e.V. <http://www.bv-honoraraerzte.de/live/bv-honoraraerzte/content/e204/e2083/Flyer-Symposium-2011.pdf> [Letzter Zugriff am 12. Juli 2011].
31. Büdingen von HJ, Dust J, Herre W, Kiel I, Guntram K, Kunz J, Rathfelder S, Staudacher T, Tippke S (197). Es wird enger - tun wir doch etwas! Deutsches Ärzteblatt. 94(38): 2396 <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=7701>. [Letzter Zugriff am 29. Juni 2011].
32. Büttner U, Crusius A (2009). Ergebnisse einer freiwilligen Umfrage der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern zur Situation der Ärzteschaft in Mecklenburg-Vorpommern. In: Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten - Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte-Verlag; p. 35–50
33. Calder BJ, Phillips LW, Tybout AM (1982). The Concept of External Validity. Journal of Consumer Research. 9: 240–4

34. Converse JM, Presser S (1986). Survey questions. Sage Publications, Inc; 80
35. Coomber S, Todd C, Park G, Baxter P, Firth-Cozens J, Shore S (2002). Stress in UK intensive care unit doctors. *Br J Anaesth.* 89(6): 873–81
36. CSU-SPD-FDP F-C (1992). Deutscher Bundestag, Drucksache 12/3608. Deutscher Bundestag
37. Darr K (2001). Nexus Ethics, Law, and Management: Credentialing: The Special Problem of Locum Tenens Physicians. *Hosp Top.* 79(2): 33–6
38. Das Zweite Deutsche Fernsehen - Pressestelle (2011). ARD/ZDF Onlinestudie 2011; <http://www.ard-zdf-onlinestudie.de/> (letzter Zugriff am 02.04.2012)
39. Denisow O (2011). Marketingkonzept für Honorarärzte. Hochschule für Technik Stuttgart p. 1–68
40. Deutscher-Bundesrat (1995). Deutscher Bundesrat, Drucksache 381/94. Deutscher Bundesrat; <http://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/BB D381-94.pdf>. [Letzter Zugriff am 26. Juni 2011].
41. Diefert K, Rapp B (2008). DRG-Dokumentation: Hoffnung für genervte Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt.* 105: 121–2
42. Dimpel L (1993). Locum doctors. All systems for regulation are fallible. *BMJ.* 307(6913): 1212
43. Dinev T, Hart P (2006). An Extended Privacy Calculus Model for E-Commerce Transactions. *Information Systems Research.* 17(1): 61–80
44. DPA (2011). Ärztemangel: Klinik schließt ganze Station. *NWZ-Online.* <http://www.nwzonline.de/Aktuelles/Politik/Niedersachsen/NWZ/Artikel/2664632/%C4rztemangel-Klinik-schlie%DFt-ganze-Station.html> [Letzter Zugriff am 3. Oktober 2011].
45. FAZ (2010). In manchem Arztkittel in Kliniken steckt ein Scheinselbständiger. *Frankfurter Allgemeine Zeitung.*
46. Flintrop J (2001). TOP II: Ausbeutung junger Ärztinnen und Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt.* 98(22): 1445–8 <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/pdf.asp?id=27372>. [Letzter Zugriff am 26. Juni 2011].
47. Flintrop J (2010). Immer mehr freie Arztstellen. *Deutsches Ärzteblatt.* 107: 1890

48. Flintrop J (2011). Einsatz von Honorarärzten: Lösung auf Zeit. Deutsches Ärzteblatt. 108: 357
49. Fottler M, Shewchuk R, O'Connor S (1998). What matters to Health Care Executives? Assessing the Job Attributes Associated with Their Staying or Leaving. International Journal of Organization Theory and Behavior. 1: 223–47
50. Frank E, Biola H, Burnett CA (2000). Mortality rates and causes among U.S. physicians. Am J Prev Med. 19(3): 155–9
51. Fritz-Beseke-Institut-für-Gesundheits-System-Forschung (2005). Gesundheitswesen von Industrienationen im Vergleich. Institut für Gesundheits-System-Forschung.
<http://www.igsf.de/Band104-lang.pdf> [Letzter Zugriff am 15. Juli 2011]
52. Fromson J (2009). Locum Tenens: Lifestyle, Opportunities Attracting More Physicians. NEJM Jobs Online.
<http://www.nejmjobs.org/locum-tenens-medicine.aspx> [Letzter Zugriff am 4. September 2011]
53. Funding Universe Inc. [fundinguniverse.com](http://www.fundinguniverse.com)
<http://www.fundinguniverse.com/company-histories/CompHealth-Inc-Company-History.html> [Letzter Zugriff: 5.02.2012]
54. Gerten G (1993). Chefarzt-Status abschaffen. Deutsches Ärzteblatt. 90(3): 86
55. Gieseke S (2007). Vermittlung von Ärzten auf Honorarbasis: Helfen ohne Hierarchien. Deutsches Ärzteblatt. 104: 1939–40
56. Gilchrist IC (1971). Factors affecting admission to a coronary care unit. Br Med J. 4(5780): 153–6
57. Grove DT (2003). My life as a locum tenens. J Clin Orthod. 37(3): 141–6
58. Hartmann H (2010). Klinik siegt vor Gericht. Westfalenblatt Bielefeld.
59. Hibbeler B (2011) Deutsches Ärzteblatt Nachrichten "Erste Studie zur Situation von Honorarärzten startet." [aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de).
<http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=39794> [Letzter Zugriff am 23. Juli 2011].
60. Hofmeister D, Rothe K, Alferman D (2010). Ärztemangel selbst gemacht! Über berufliche Belastungen, Gratifikationskrisen und das Geschlechterverhältnis von Berufsanfängern in der Medizin. In: Angerer P, Schwartz FH (Hrsg.) Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten - Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte-Verlag, p. 159–73

61. Holzner C, Munz S, Übelmesser S (2009). Fiskalische Wirkungen der Auswanderung ausgewählter Berufsgruppe. ifo Schnelldienst. 62(17)
62. Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC, Storr CL, Williams KM, Anthony JC, Sheehan DV (1992). Prevalence of substance use among US physicians. JAMA. 267(17): 2333–9
63. Hübler A, Scheuch K, Mueller G, Kunath H (2009). Gesundheitliche Risiken und Ressourcen sächsischer Ärzte–Vorstellung einer repräsentativen Studie. Dresden: Sächsische Landesärztekammer. http://www.slaek.de/60infos/infosarzt/55_008_studie1/studie_2009.pdf. [Letzter Zugriff am 5. Oktober 2011]
64. InitiativeD21 (2011). (N)ONLINER Atlas 2011. InitiativeD21 e.V.
65. Institut-für-Kammerrecht-e V; Berufskammern - Kammergesetze - Institut für Kammerrecht. Institut für Kammerrecht e.V. <http://www.kammerrecht.de/kammergesetze/berufskammern.html> [Letzter Zugriff am 5. Oktober 2011]
66. Janus K, Amelung V, Baker L, Gaitanides M, Rundall T, Schwartz F (2009). Sind amerikanische Ärzte zufriedener? – Ergebnisse einer internationalen Studie unter Ärzten an Universitätskliniken. Gesundheitswesen. 71(04):210–7
67. Johnsen L, Sattler D (2005). Studie zur Berufssituation von Ärzten. Bad Segeberg: Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH).
68. Juel K, Mosbech J, Hansen ES (1999). Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992. Int J Epidemiol. 28(3): 456–60
69. Jurkart B (2009). Lebensqualität von berufstätigen Mediziner–Arbeitsbelastung und psychische Gefährdung. In: Angerer P, Schwartz FH (Hrsg.) Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten - Befunde und Interventionen. Deutsche Ärzte-Verlag; p. 185–98
70. Kaisers U, Welker A, Busch T, Schleppers A, Hokema F, J B, Nöldge-Schomburg G (2011). Aktuelle Personalsituation im ärztlichen Dienst der Anästhesiologie an universitären Einrichtungen in Deutschland. Anästhesie Intensivmedizin. 2011(52): 1–9
71. Kamps H (1999). Folgen einer Gesetzesänderung: Scheinselbstständigkeit von Ärzten -einige Auslegungshilfen. Deutsches Ärzteblatt. 96(16): 1050–1

72. Karasek R (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative science quarterly*. 24(2).
73. Karl-Trummer U (2009). Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Krankenhaus –Ärztinnen und Ärzte im Vergleich mit anderen Berufsgruppen. In: Angerer P, Schwartz FH (Hrsg.) *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten - Befunde und Interventionen*. Deutscher Ärzte-Verlag. p. 373–83
74. Keller M, Bamberg E, Gregersen S (2009). Arbeitsbedingte Stressoren und Ressourcen von Klinikärzten–Entwicklung eines Analyseverfahrens. In: Angerer P, Schwartz FH (Hrsg.) *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten - Befunde und Interventionen*. Deutscher Ärzte-Verlag. p. 319–24
75. Klink S, Kühn H (2006). Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf die Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
76. Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus. Studie zur Altersstruktur-und Arztlzahlentwicklung: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Arztzahlstudie_03092010.pdf
[Letzter Zugriff am 22. September 2011]
77. Kopetsch T. „Demographischer Wandel in der Ärzteschaft“ Vortrag beim Spreestadt-Forum zur Gesundheitsversorgung in Europa am 10.01.2011
78. Kösters R (2009). Ärztemangel aus Sicht der DKG. Symposium der Bundesärztekammer am 27.08.2009.
<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/SympDemog20090827Koesters.pdf> [Letzter Zugriff am 5. Oktober 2011]
79. Krämer-Günther H (1979). [German general fee schedule (Private-Adgo) and liquidation right of the medical superintendant in the case of locum tenens]. *Dtsch med Wochenschr*. 95(29): 1539
80. Kronhaus AK (1989). An organized locum tenens service and the cost of free time for rural physicians. *Med Care*. 19(12): 1239–46
81. Landesärztekammer-Brandenburg (2011). Arztlzahlstatistik Landesärztekammer Brandenburg. Landesärztekammer Brandenburg.
http://www.laekb.de/40presse/05Daten_Fakten/15Statistik/40statistik/90_2010statistik/08arztzahlen.pdf [Letzter Zugriff am 5. Juli 2011].

82. Landesärztekammer-Thüringen (2009). Erste Studie zur Situation von Honorarärzten in Deutschland - Aufruf zur Teilnahme. *Ärzteblatt Thüringen*. 2009: 671–2
83. Langner S (2010). Ärzte auf Zeit. *KU Gesundheitsmanagement*. 79(7) 50–52
84. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J (1996). A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *The British Journal of Psychiatry*. 168(3): 274–9
85. Lohfert C, Kalmár P (2006). Behandlungspfade: Erfahrungen, Erwartungen, Perspektiven. *Der Internist*. 47:676–683
86. Lothaller H (2009). On the Way to Life-Domains Balance: Success Factors and Obstacles. In: Tremmel J, ed. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, p. 109–28
87. Lowes R (2007). Locum tenens: when you need one, how to get one. *Med Econ*. 84(9): 38–42
88. Ludwig U (2009). Ärzte auf Montage. *Der Spiegel*. 42–3.
<http://wissen.spiegel.de/wissen/image/show.html?did=68425663&aref=image041/2009/12/26/ROSP200905300420043.PDF&thumb=false>.
89. Marburger-Bund, IQME (2007). Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. IQME;
[http://www.bdc.de/bdc/bdc.nsf/0/dabebce9303d109bc125735a004cd1e4/\\$FILE/Ergebnisbericht-Presse-180907.pdf](http://www.bdc.de/bdc/bdc.nsf/0/dabebce9303d109bc125735a004cd1e4/$FILE/Ergebnisbericht-Presse-180907.pdf).
90. Marburger-Bund, IQME (2011). Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung
91. Maslach C, Susan EJ, Leiter MP (1996) *The Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd Ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
92. Maurer M, Jandura O (2009). Masse statt Klasse? Eine kritische Anmerkung zu Repräsentativität und Validität von Online-Befragungen. In: Jakob N, Schoen H, Zerback T, eds. *Sozialforschung im Internet*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, p. 61–73.
93. McGraw K, Tew M, Williams J (2000). PsychExps: An Online Psychology Laboratory. In: Birnbaum MH (ed.) *Psychological experiments on the Internet*. Academic Pr; p. 317
94. McKeivitt C, Morgan M, Hudson M (1999). Locum doctors in general practice: motivation and experiences. *Br J Gen Pract*. 49(444): 519–21
95. Mitschrift; Deutscher Anästhesie Kongress 2009. Leipzig.

96. Mischkowsky T, Ansorg J (2010). Status der honorarärztlichen Tätigkeit in Deutschlands chirurgischen Abteilungen. BDC online. http://www.bdc.de/index_level3.jsp?form=Dokumente&documentid=D1B97506FA4F2F62C125777D00350061 [Letzter Zugriff am 11. August 2011]
97. Mueller-Jung J (2010). Nachwuchsmangel im Krankenhaus – Deutschland sucht den Super-Mediziner. FAZ-Online. <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/forschung-und-lehre/nachwuchsmangel-im-krankenhaus-deutschland-sucht-die-super-mediziner-1984709.html> (Letzter Zugriff am 5.02.2012)
98. Mundle G, Jurkat H, Reimer C, Beelmann K, Kaufmann M, Cimander K.F (2007). Suchttherapie bei abhängigen Ärzten. *Psychotherapeut.* 52: 273–9
99. NALTO (2011). NALTO Company Member Directory. NALTO. <http://www.nalto.org/nalto-companies/member-directory.php> [Letzter Zugriff am 3. Juli 2011].
100. Nickel S, Füllekrug B, Trojan A (2008). Arbeitszeitgestaltung im ärztlichen Dienst und Funktionsdienst des Krankenhauses. 1st. ed. Rainer Hampp Verlag
101. Nurok M, Sundt TM, Frankel A (2011). Teamwork and communication in the operating room: relationship to discrete outcomes and research challenges. *Anesthesiol Clin.* 29(1): 1–11
102. Oberlander W. Die berufliche Situation junger Ärztinnen und Ärzte. In: Angerer P, Schwartz FH (Hrsg.) *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten - Befunde und Interventionen.* Deutscher Ärzte-Verlag, p. 117–25
103. Oxford Dictionary (2009). Oxford University Press
104. Patry J, Bay R (1982). *Feldforschung.* H. Huber
105. Prophis. Internet Research Looks in the Mirror (2002). *WebSurveyMethodology.* http://www.websm.org/uploadi/editor/imirror_summary_report.pdf [Letzter Zugriff am 7. Juli 2011]
106. Ramboll-Management (2004). Gutachten zum “Ausstieg aus der kurativen ärztlichen Berufstätigkeit in Deutschland.” Hamburg: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/forschungsberichte/Gutachten_Ausstieg_kurative_Berufstaetigkeit_Aerzte.pdf [Letzter Zugriff am 3. Juli 2011]

107. Rechtsanwaltskammer Stuttgart (2011). Stundensätze deutscher Rechtsanwälte variieren stark.
http://www.rak-stuttgart.de/index.php?id=294&tx_ttnews%5Btt_news%5D=29&tx_ttnews%5BbackPid%5D=10&cHash=14acf5a5bd [Letzter Zugriff am 1. Dezember 2011]
108. Reiserer K (2011). Einsatz von Honorarärzten: Vorsicht ist geboten. Deutsches Ärzteblatt. 108: 2323-4
109. Rieser S, Osterloh F (2010). Interview mit Dr. med. Nicolai Schäfer, Vorsitzender des Bundesverbandes der Honorarärzte. Deutsches Ärzteblatt. 107: 1095-6
110. Rieser S (2007). Ärzte als Honorarkräfte: Verband für „Unorganisierte“. Deutsches Ärzteblatt. 104: 3522
111. Rieser S (2011). Interview mit Dr. med. Daniel Frank, Orthopäde und Unfallchirurg: Den Spieß umgedreht. Deutsches Ärzteblatt. 108: 1147-8
112. Roos C, Gersch S, Partner RN (2010). Honorararztverträge: Vielseitig einsetzbar. Deutsches Ärzteblatt. 107: 1595-6
113. Ross C (2002). Scheinselbstständigkeit: Hohe Nachzahlungen. Deutsches Ärzteblatt. 99(1-2): 68
114. Rosta J, Gerber A (2008). Arbeitszufriedenheit bei Krankenhausärzten und -ärztinnen in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung im Herbst 2006. Gesundheitswesen. 70(08/09): 519-24
115. Schäfer N (2010). Honorararzt - Flexibilität und Freiberuflichkeit. Springer Verlag
116. Schäfer N (2011). Leserbrief: Honorarärzte - Kurzschlüsse. Deutsches Ärzteblatt. 108: 845-6
117. Schäfer N (2012) Ablage älterer Informationen; Bundesverband der Honorarärzte <http://www.bv-honoraeraerzte.de/content/e136/e1230/>; [letzter Zugriff am 01.04.2012]
118. Schernhammer E (2005). Taking Their Own Lives — The High Rate of Physician Suicide. N Engl J Med. 352(24): 2473-6
119. Schernhammer ES (2004). Suicide Rates Among Physicians: A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis). American Journal of Psychiatry. 161(12): 2295-302
120. Schiller H (2006). Scheinselbstständiger Arzt - rote Karte für die Klinik! Bayerisches Ärzteblatt. 3: 119-20

121. Schmid H. (1992) *Psychologische Tests: Theorie und Konstruktion*. Universitätsverlag Bern;
122. Schmidt B, Schwerdtner P (2000). *Scheinselbstständigkeit*. Jehle-Rehm
123. Schnack D (2011). Exotenstatus in den Großstädten, Normalfall bei Unterversorgung. *Schleswig-Holsteiner Ärzteblatt*. 28–31
124. Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K (2006). On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Aff (Millwood)*. 25(6): 555–71
125. Schomburg (2011). *Internationales Symposium für Anästhesie, Intensivtherapie, Notfallmedizin und Schmerztherapie*. (Schomburg PDGN, ed.). St. Anton a. Arlberg;
126. Schröder TH, Raspe H (2009). Ärztliche Einstellungen und Werthaltungen vor aktuellen Herausforderungen der Profession – Ergebnisse einer postalischen Befragung von Ärztinnen und Ärzten in Schleswig-Holstein. In: Angerer P, Schwartz FH (Hrsg.) *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten - Befunde und Interventionen*. Deutscher Ärzte-Verlag; p. 83–100
127. Shann P, Hassell K (2006). Flexible working: understanding the locum pharmacist in Great Britain. *Res Social Adm Pharm*. 2(3): 388–407
128. Simon AB, Alonzo AA (2004). The demography, career pattern, and motivation of locum tenens physicians in the United States. *J Healthc Manag*. 49(6): 363–75; discussion 375–6.
129. Simon M (2001). *Die Ökonomisierung des Krankenhauses*. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health - Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung;
130. Spanager L, Rosenberg J, Østergaard D (2011). [Surgeons also need non-technical skills]. *Ugeskr. Laeg*. 173(6): 410–3
131. Sparrow N (2007). Quality issues in online research. *Journal of advertising research*. 47(2): 179–2
132. Staff-Care-Inc. (2011). 2011 survey of temporary physician staffing trends. Staff Care Inc.
http://www.staffcare.com/pdf/2011_Survey_of_Temporary_Physician_Staffing_Trends.pdf [Letzter Zugriff am 6. September 2011].
133. Stafford T, Gonier D (2007). The online research bubble. *Communications of the ACM*.
<http://dl.acm.org/citation.cfm?id=1284653>

134. Statista (2011). Anzahl der Mobilfunkanschlüsse in Deutschland von 1990 bis 2011 (in Millionen)
<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/3907/umfrage/mobilfunkanschluesse-in-deutschland/>
[letzter Zugriff am 31.03.2012]
135. Steinmüller H (2010). Südkurier Online. Zu wenig Notärzte im Kreis. Südkurier. <http://www.suedkurier.de/region/linzgau-zollern-alb/pfullendorf/Zu-wenige-Notaerzte-im-Kreis;art372570,4307162> [Letzter Zugriff am 6.02.2012]
136. Stern K (1996). Ende eines Traumberufs. Waxmann Verlag
137. Stocks DA (1989). How to be a GP locum. *BMJ*. 298(6669): 309–10
138. Teske A, Schäfer N (2010). Honorarärzte in Deutschland – Demographie, Rahmenbedingungen und Motivation – Erste Ergebnisse der Honorararztstudie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung, Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)*. 426–30
139. Teske A (2010). Honorararztstudie - Mehr Geld und mehr Flexibilität. *Deutsches Ärzteblatt*. 107: 1093–4
140. Thompson E (2000). Use of locum tenens grows. *Mod Healthc*. 30(13): 84
141. Treiblmaier H (2011). Datenqualität und Validität bei Onlinebefragungen. *der markt*. 3–18
142. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O (2000). The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Med Educ*. 34(5): 374–84
143. Tyssen R, Vaglum P (2002). Mental Health Problems among Young Doctors: An Updated Review of Prospective Studies. *Harv Rev Psychiatry*. 10(3): 154–65
144. van den Bussche H (2009). Arbeitsbelastung und Berufszufriedenheit bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten: Genug Zeit für die Patientenversorgung? In: Angerer P, Schwartz FH (Hrsg.) *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten - Befunde und Interventionen*. Deutscher Ärzte-Verlag, p. 235–42
145. Vanden Brink RD, Vanden Brink JB (2003). A locum adventure. *Med Econ*. 80(6): 84–5

146. Waechter S (2011). Wach unter Vollnarkose. gesund-magazin.de. <http://gesund-magazin.de/artikel/anaesthesie> [Letzter Zugriff am 6. Oktober 2011].
147. Wahl U, Deeg M (2009). Meldeordnung der Ärztekammer Baden-Württemberg. <http://www.aerztekammer-bw.de/20/arztrecht/05kammerrecht/meldeordnung.pdf> [Letzter Zugriff am 12. September 2011]
148. Walter N, Baumann L, Kaiser R (2010). Empirische Untersuchungen der Landesärztekammer Hessen zur Arbeitszeit von Krankenhausärzten und zu besonderen Problemen der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für Ärztinnen seit 2001. In: Angerer P, Schwartz FH (Hrsg.) Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten, Band 2 der Reihe "Report Versorgungsforschung." Deutscher Ärzte-Verlag; 2010. http://195.243.237.46/front_content.php?idart=5560.
149. Wang RY, Strong DM (1996). Beyond accuracy: what data quality means to data consumers. *Journal of Management Information Systems*. 12(4): 5–33
150. Weber M (2010). Unter besonderer Beobachtung. Berufsverband Deutscher Chirurgen. http://www.bdc.de/index_level3.jsp?documentid=C88AF6815C20E7FAC125777D00445C8D&form=Dokumente&parent=8BE3F48FCC5B6A61C2256FC500465F06&menu_id=65BC423EF32B997BC12577820037ECED&category=ARCHIV-BERÜFSALLTAG-HONORARARZT [Letzter Zugriff am 3. September 2011].
151. Wegner R, Kostova P, Poschadel B, Baur X (2007). Weniger Stunden, mehr Arbeit. *Hamburger Ärzteblatt*. <http://www.aerztekammer-hamburg.de/funktionen/aebonline/pdfs/1195471260.pdf>
152. Wegner R, Kostova P (2009). Belastung und Beanspruchung von Krankenhausärzten zwischen 1975 und 2007. In: Angerer P, Schwartz FH (Hrsg.) Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten - Befunde und Interventionen. Deutscher Ärzte-Verlag, p. 243–51
153. Weid S, Geissler A (2010). Möglichkeiten der leistungsorientierten Vergütung von nicht angestellten Ärzten im stationären Sektor; Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin;
154. Weis E (2008). Versicherungsbedarf für Honorarärzte. Berufsverband Deutscher Anästhesisten. http://www.bda.de/aktuelles/Versicherungsbedarf_feur_Honoraraerzte_m_Coupon.pdf [Letzter Zugriff am 2. September 2011].
155. Weiss GG (2003). Is the locum lifestyle right for you. *Med Econ*. 80(6): 78–9

156. Wenderoth D (2008). Pflichtmitgliedschaft in der Ärztekammer ist verfassungsgemäß. Verwaltungsgericht Göttingen. http://www.verwaltungsgericht-goettingen.niedersachsen.de/live/live.php?navigation_id=19354&article_id=71335&_psmand=125 [Letzter Zugriff am 17. August 2011].
157. Wheelan S, Burchill C, Tilin F (2003) The Link Between Teamwork and Patients' Outcomes in Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*. 2003;12: 527-534
158. Whelan WM (1963). *Locum Tenens*. *Calif Med*. 99(3): 214–5
159. Wilkinson M, Isler H (1999). The pioneer woman's view of migraine: Elizabeth Garrett Anderson's thesis "Sur la migraine". *Cephalalgia : an international journal of headache*. 19(1): 3–15
160. WISO (2011). Richtwerte für die Kosten einer Notöffnung. Schlüsseldienst Verzeichnis. <http://schluesseldienst-verzeichnis.de/richtwerte-fuer-die-kosten-einer-notoeffnung.html> [Letzter Zugriff am 2. September 2011].
161. Zink CD (1977). [Vegetative exhaustion depression. Experience of a locum-tenens]. *ZFA (Stuttgart)*. 53(29): 1799–803
162. Zinkhan G, Blair E (2006). Nonresponse and Generalizability in Academic Research. *Journal of the Academy of Marketing Science*. 34: 4–7.

7. Vorabveröffentlichung von Ergebnissen

HONORARARZTSTUDIE

Mehr Geld und mehr Flexibilität

Honorarärzte sind nicht überall beliebt. Aus der Patientenversorgung sind sie mittlerweile aber nicht mehr wegzudenken. Eine Studie liefert nun erstmals Daten über ihre Motive und Arbeitsbedingungen.

Honorarärzte sind in Deutschland ein relativ neues Phänomen, wohingegen dieses Berufsbild in anderen Ländern seit langem etabliert ist – etwa in Großbritannien unter der Bezeichnung „locum doctors“, in Frankreich als „médecins remplaçants“ und in der Schweiz als „Vikarärzte“. Im Zuge der Diskussionen um den Ärztemangel rücken sie auch hierzulande zunehmend in den Fokus des öffentlichen Interesses.

Honorarärzte bieten ihre Arbeitskraft außerhalb eines Angestelltenverhältnisses oder einer Tätigkeit als niedergelassener Arzt an. Angesichts des vor allem im ländlichen Gebiet vermehrt spürbaren Mangels an erfahrenen Fachärzten greifen vor allem Krankenhäuser immer häufiger auf ihre Dienste zurück. Nach aktuellen Schätzungen des Bundesverbandes der Honorarärzte (BV-H) sind in Deutschland zurzeit circa 4 000 Ärztinnen und Ärzte hauptberuflich oder in Teilzeit als Honorarärzte tätig.

Viele Honorarärzte waren vorher in Leitungsfunktion

Daten zu Biografie und Motivation, zu Tätigkeitsschwerpunkten und Honoraren lagen bisher nicht vor. Deshalb führen der BV-H und das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin seit September 2009 eine Online-Befragung der in Deutschland tätigen Honorarärzte durch. Ziel dieser bis Juli 2010 laufenden Honorararztstudie ist es, Selbsteinschätzungen der Honorarärzte zu gewinnen und für die gesundheitspolitische Diskussion zur Verfügung zu stellen.

Das mittlere Alter der befragten Honorarärzte liegt mit 47,9 Jahren deutlich über dem mittleren Alter der Krankenhausärzte (2009: 43,4 Jahre). Mehr als zwei Drittel der Studienteilnehmer (72,8 %) sind Ärzte, etwas weniger als ein Drittel (27,2 %) Ärz-

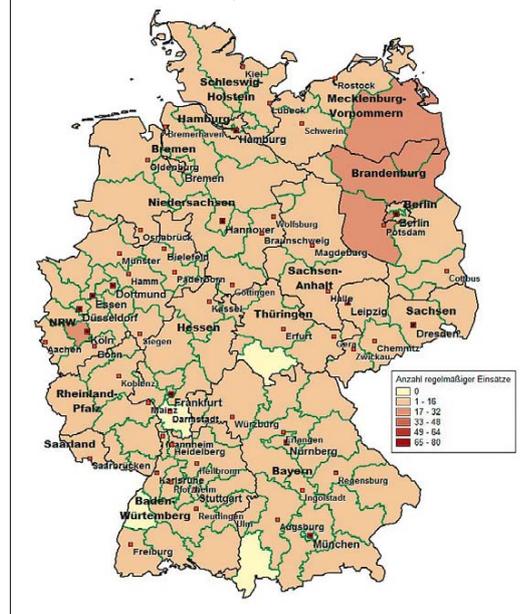
tinnen. Knapp 90 Prozent gaben an, einen Facharzttitel zu führen. Die Mehrzahl der sich noch in Weiterbildung befindenden Honorarärzte hat die Qualifikation zum Facharzt nahezu beendet (zumeist viertes bis sechstes Weiterbildungsjahr). Etwa 30 % der Nichtfachärzte sind bereits seit dem dritten Weiterbildungsjahr als Honorarärzte tätig. Wer sich noch in Weiterbildung befindet, ist meist in der Inneren Medizin (32,4 %), der Allgemeinme-

dizin (29,7 %), der Chirurgie (8,1 %) oder der Anästhesie (6,7 %) tätig.

Die Mehrzahl der Befragten sind Fachärzte für Anästhesiologie (41,4 %), gefolgt von Allgemeinmedizinern (11,7 %), Internisten (11,3 %), Gynäkologen (8,2 %) und Allgemeinchirurgen (7,9 %) sowie Pädiatern (2,3 %), Psychiatern (2,3 %), Orthopäden/Unfallchirurgen (1,7 %) und Dermatologen (1,3 %). Die Fachärzte verfügen im Durchschnitt über 14 Jahre Berufserfahrung. ▶

GRAFIK

Arbeitsstätten der Honorarärzte, die an der Studie teilnehmen



Die meisten befragten Honorarärzte leben in den alten Bundesländern. Ihre Aufträge führen sie aber vor allem nach Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern.

Bei der geografischen Verteilung zeigt es sich, dass viele Honorarärzte in den alten Bundesländern, wie Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen oder Rheinland-Pfalz, leben. Die meisten Aufträge erhalten sie jedoch aus Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin.

Bei der Befragung wurde unterschieden zwischen „Honorarärzten“, die ausschließlich auf Honorarbasis arbeiten, und „honorarärztlicher Tätigkeit“, bei der die Ärzte zusätzlich in einer Klinik oder Praxis angestellt arbeiten. Nur 44,3 % der Befragten gaben an, ausschließlich als Honorararzt ohne Festanstellung tätig zu sein, und zwar im Mittel seit 3,6 Jahren.

78,9 % der ausschließlich auf Honorarbasis arbeitenden Ärzte hatten direkt vor dem Wechsel in die freiberufliche Tätigkeit als Angestellte in einem Krankenhaus gearbeitet, 12,7 % in einer eigenen Praxis. Drei Viertel der Krankenhausärzte waren zu diesem Zeitpunkt weitergebildet, fast 40 % hatten eine leitende Funktion als Chefarzt oder Oberarzt inne. Im Durchschnitt waren sie dabei 52 Stunden in der Woche tätig. Als Honorarärzte arbeiten sie nun nach eigenen Angaben im Durchschnitt etwa 40 Stunden pro Woche.

Von den nebenberuflich als Honorararzt tätigen Kollegen waren annähernd 60 % in einem Krankenhaus angestellt, 27 % arbeiteten in einer Praxis oder Gemeinschaftspraxis und 6 % im Rettungswesen. Im Rah-

men ihrer Haupttätigkeit arbeiten die Teilzeit-Honorarärzte durchschnittlich 35,3 Wochenstunden. 15,6 Stunden pro Woche sind sie im Durchschnitt zusätzlich honorarärztlich tätig. Somit haben sie eine durchschnittliche Gesamtwochenarbeitszeit von fast 51 Stunden.

Reiz der Arbeit: Eher Teilzeit, mehr Autonomie

Ein Schwerpunkt der Studie ist es, die Motivation der Honorarärzte und die Rahmenbedingungen ihrer Arbeit zu erfassen. So begründeten zahlreiche Studienteilnehmer ihre derzeitige Berufsausübung damit, mit den Strukturen im deutschen Gesundheitssystem unzufrieden zu sein, zum Beispiel wegen fehlender Autonomie und kaum vorhandener Möglichkeiten, in Teilzeit zu arbeiten. Als Vorteile der Tätigkeit als Honorararzt wurden unter anderem die besseren Verdienstmöglichkeiten mit voller Vergütung aller geleisteten Arbeitsstunden, der Zugewinn an Autonomie bei als selbstbestimmt empfundenen Arbeiten sowie die flexibleren Arbeitszeiten genannt.

Nachteilig bei der honorarärztlichen Tätigkeit erscheinen vor allem die Abwesenheit von der Familie, die unsichere Rechtslage (Gefahr der Scheinselbstständigkeit) sowie die Unklarheit hinsichtlich der Mitgliedschaft im ärztlichen Versorgungswerk und in den Ärztekammern. Es fehlen einheitliche Regelungen, ob man sich bei jeder Ärztekammer, in deren Einzugsgebiet man als Honorararzt tätig wird, ge-

sondert anmelden muss. Auch die Unsicherheit bei Versicherungsfragen und die fehlende Akzeptanz der Honorarärzte innerhalb der Ärzteschaft empfinden die Studienteilnehmer als negativ.

Dementsprechend bezogen sich die dringlichsten Wünsche auf die Lösung des Problems der Scheinselbstständigkeit (91 %), der Ärztekammer-beziehungsweise Ärzteversorgungszugehörigkeit (86,1 % favorisieren eine Mononitgliedschaft nach dem Wohnortprinzip) und auf die haftungsrechtliche Gleichstellung mit festangestellten Ärzten (85 %).

Die Mehrzahl der Studienteilnehmer (60,5 %) arbeitet honorarärztlich in der stationären Versorgung. Demgegenüber werden Notarztdienste nur von einer Minderheit häufig oder sehr häufig übernommen (29,4 %), noch seltener Praxisvertretungen (17,8 %). Dabei werden im Mittel folgende Bruttostundenhonorare erzielt: für Einsätze in der stationären Krankenversorgung circa 71 Euro, für Tätigkeiten in ambulanten OP-Zentren 74 Euro, für gutachterliche Tätigkeiten 78 Euro, für Praxisvertretungen 56 Euro und für die Arbeit in Medizinischen Versorgungszentren 58 Euro. Am schlechtesten vergütet werden Notdienste (41 Euro) und die Arbeit als Notarzt (32 Euro).

Die Hälfte der nebenberuflich tätigen Honorarärzte gab an, diesen Berufsschwerpunkt im Zeitverlauf ausgebaut zu haben. Lediglich bei 12,2 Prozent der Studienteilnehmer hat sich der Anteil der honorarärztlichen Tätigkeit verringert. ■

Alexander Teske

WWW.HONORARARZTSTUDIE.DE

Die Honorararztstudie läuft noch bis zum Juli dieses Jahres. Vorgestellt werden an dieser Stelle erste Ergebnisse der im September 2009 begonnenen standardisierten Online-Befragung. Die vorläufige Auswertung (Stand: 15. 4. 2010) beruht auf den Angaben von 764 Teilnehmern in 590 komplett beantworteten Fragebögen.

Vorbild für die Konzeption der Befragung ist die Studie „The demography, career pattern, and motivation of locum tenens physicians in the United States“ von Simon und Alonzo (2). Um möglichst viele Studienteilnehmer zu gewinnen, bat das Ärzt-

liche Zentrum für Qualität in der Medizin die Landesärztekammern um Unterstützung. Zehn Ärztekammern erklärten sich daraufhin bereit, auf die Studie in ihren Publikationsorganen und Webauftritten hinzuweisen. Auch vier der annähernd 30 Agenturen, die auf die Vermittlung von Honorarärzten spezialisiert sind, unterstützten die Studie.

Für interessierte Ärztinnen und Ärzte besteht die Möglichkeit, sich an der Befragung über die Internetadresse www.honorararztstudie.de zu beteiligen. Dort kann man auch den Studienfragebogen einsehen.

LITERATUR

1. Ludwig U, Schmid B: Ärzte auf Montage. Der Spiegel 2009; 53: 42–3.
2. Simon AB, Alonzo AA: The demography, career pattern, and motivation of locum tenens physicians in the United States. J Healthcare Management 2004; 49: 363.
3. Bundesärztekammer. Tätigkeitsbericht 2009. Berlin, 2010. www.bundesaeztekammer.de.

Anschrift für die Verfasser der Studie:
 cand. med. Alexander Teske, Breskauer Straße 11,
 66424 Homburg, E-Mail: info@honorararztstudie.de

@ Langfassung der Studienergebnisse:
www.aerzteblatt.de/101093

Zusammenfassung

Die Tätigkeit des Honorararztes ist in Deutschland ein relativ neues Phänomen, rückt aber - im Rahmen der Diskussionen um den Ärztemangel - zunehmend in den Fokus des öffentlichen Interesses. Unter Honorarärzten versteht man Ärzte, die ihren Beruf gegen Honorarzahmung außerhalb eines Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit als niedergelassener Arzt ausüben. Mit Hilfe der von den Ärztekammern unterstützten „Honorararztstudie“ (www.honorararztstudie.de) wurden erstmals Daten zu Demographie, zu beruflichen Biographien und Motivation von Honorarärzten sowie zu den organisatorischen Rahmenbedingungen ihrer Berufstätigkeit erfasst. An dieser Stelle werden erste Ergebnisse der seit September 2009 laufenden Untersuchung vorgestellt.

Auf der Grundlage einer Auswertung von 764 Fragebogen handelt es sich bei Honorarärzten, d.h. Ärzten, die ausschließlich oder teilweise außerhalb von Festanstellung/Niederlassung auf Honorarbasis arbeiten, in der Mehrzahl um Fachärzte mit meist langer Berufserfahrung (durchschnittlich 14 Jahre nach Abschluss der Facharztweiterbildung). Vorrangig als Honorararzt tätig sind Anästhesisten (41% der Studienteilnehmer) gefolgt von Allgemeinmedizinern (12%), Internisten (11%), Gynäkologen (9%) und Allgemeinchirurgen (8% der Teilnehmer). Einsatzgebiete sind meistens Krankenhäuser oder Notarztstandorte. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Honorarärzten beträgt etwa 40 Stunden. Das durchschnittliche Bruttostundenhonorar liegt zwischen ca. 30 Euro (Notarztdienste) und 70 Euro (Krankenhaus). Geographisch zeigt sich, dass viele Honorarärzte in den alten Bundesländern, wie Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen oder Rheinland-Pfalz leben, jedoch mehr Aufträge für Honorarärzte in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin angeboten werden. Als Gründe für die Tätigkeit als Honorararzt wurden vorrangig angegeben: flexible Arbeitszeiten, Gewinn von Autonomie / selbstbestimmtes Arbeiten, Unzufriedenheit mit Arbeitsbedingungen als angestellter bzw. niedergelassener Arzt. Honorarärzte sehen in ihrer Tätigkeit häufig eine Alternative zur Abwanderung ins Ausland. Im Rahmen der Untersuchung gaben nur 44% der Antwortenden an, ausschließlich honorarärztlich tätig zu sein. Die Mehrzahl der Studienteilnehmer arbeitet zusätzlich zur Festanstellung oder Niederlassung auf Honorarbasis. Die Befragungen

der Honorararztstudie werden bis Juli 2010 fortgeführt.

Hintergrund

Seit einigen Jahren werden in Deutschland immer mehr Ärzte als so genannte „Honorarärzte“ tätig. [1]. Man versteht hierunter ärztliche Tätigkeit gegen Honorarzahmung, die außerhalb eines Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit als niedergelassener Arzt ausgeübt wird. Es handelt sich dabei um ein Berufsbild, das in vielen Ländern längst etabliert ist: zum Beispiel in Großbritannien unter der Bezeichnung „Locum Doctors“, in Frankreich als „Médicines Remplacants“ und in der Schweiz als „Vikarärzte“. Angesichts des, vor allem im ländlichen Gebiet vermehrt spürbaren, Mangels an erfahrenen Fachärzten greifen nun auch in Deutschland insbesondere stationäre Versorgungseinrichtungen immer häufiger auf Honorarärzte zurück. Aktuelle Schätzungen des „Bundesverbandes der Honorarärzte“ zufolge sind zurzeit ca. 4000 Ärzte hauptberuflich oder in Teilzeit als Honorarärzte tätig. Dabei existierten bisher für Deutschland keine Daten zu Biographie und Motivation, Tätigkeitsschwerpunkten und Honoraren für dieses Berufsgebiet. Vor diesem Hintergrund wird – unter Berücksichtigung einer 2004 in den USA publizierten Studie zur Situation der dortigen „Locum Tenens Physicians“ [2] – seit September 2009 mit der „Honorararztstudie“ eine Online-Befragung der in Deutschland tätigen Honorarärzte durchgeführt. Ziel dieser bis Juli 2010 laufenden Studie ist es, Selbsteinschätzungen der Honorarärzte zu gewinnen und für die gesundheitspolitische Diskussion zur Verfügung zu stellen. Die Untersuchung wird von den Ärztekammern organisatorisch gefördert.

Methoden

Auf der Grundlage der Studie von Simon und Alonzo (2004) [2] und eines Pre-Tests wird seit Mitte September 2009 eine standardisierte Onlinebefragung – erreichbar unter www.honorararztstudie.de – durchgeführt. Um möglichst viele Studienteilnehmer zu gewinnen, bat das ÄZQ die Landesärztekammern um Unterstützung. Zehn Ärztekammern erklärten sich bereit, auf die Studie in ihren Publikationsorganen und Webauftritten hinzuweisen. Zusätzlich wurden Firmen angeschrieben, die auf die Vermittlung von Honorararztstellen spezialisiert sind, um sie ebenfalls

als Multiplikatoren für die Studie zu gewinnen. Von diesen annähernd 30 kontaktierten Agenturen erklärten sich vier zur Unterstützung bereit. Die aktuell vorliegende und vorläufige Auswertung (Stand: 15.04.2010) beruht auf den Angaben von 764 Teilnehmern mit insgesamt 590 komplett beantworteten Fragebögen. Die Endauswertung wird nach Abschluss der Befragung (Juli 2010) durchgeführt.

Ergebnisse

Demographie und berufliche Biographie

Das mittlere Alter der Teilnehmer lag mit 47,9 Jahren deutlich über dem mittleren Alter der 2009 tätigen Krankenhausärzte (2009: 43,4%) [3]. Zwei Drittel der Teilnehmer (72,8%) waren Ärzte und etwas weniger als ein Drittel (27,2%) Ärztinnen. 60% der Teilnehmer waren verheiratet. 68,7% der Teilnehmer gaben an, Kinder zu haben, von denen 76% zum Zeitpunkt der Befragung finanziell von ihren Eltern abhängig waren.

64,5% der Befragten hatten eine medizinische Promotion abgeschlossen. Der akademische Abschluss eines Dipl. med. wurde von 2,7% angegeben. Habilitationen (Professor, Privatdozent oder US-PhD) von 2,6%. Knapp 90% (89,2%) der Antwortenden gaben an, einen Facharzttitel zu führen. Die Mehrzahl, der sich noch in Weiterbildung befindlichen Teilnehmer, befanden sich am Ende ihrer Weiterbildungszeit, zumeist zwischen dem 4. und dem 6. Weiterbildungsjahr. Etwa 30% der Nichtfachärzte waren schon ab dem 3. Weiterbildungsjahr als Honorarärzte tätig. Die noch in Weiterbildung Befindlichen waren zumeist in der Inneren Medizin (32,4%), der Allgemeinmedizin (29,7%), der Chirurgie (8,1%) oder der Anästhesie (6,7%) tätig.

Fachgebiete und Berufserfahrung

Die Facharztangaben der Studienteilnehmer sind in Abb. 1 dargestellt. Bei der überwiegenden Zahl der Antwortenden handelt es sich um Anästhesiologen (41,4%), gefolgt von Allgemeinmedizinern (11,7%), Internisten (11,3%), Gynäkologen (8,2%) und Allgemeinchirurgen (7,9%). In der Kategorie „Andere“ werden alle Facharztbezeichnungen mit weniger als jeweils 3% der Angaben zusammengefasst. Dabei handelt

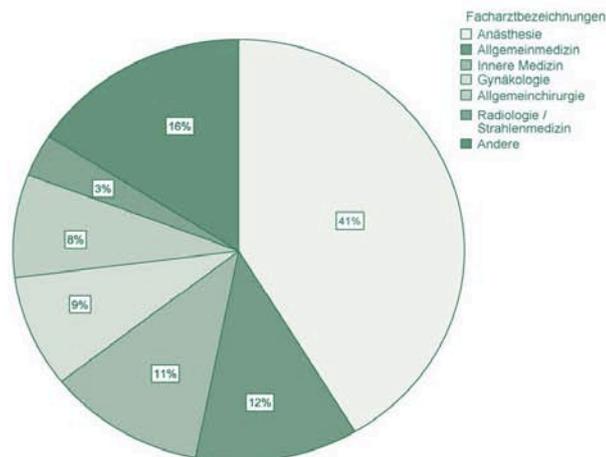


Abb. 1 Anteil der Fachgebiete bei den Fachärzten.

Kammer	Herkunft Honorarärzte - % der Antworten (Eigenangabe zur Ärztekammerzugehörigkeit)	Struktur der Ärzteschaft 2009 - % berufstätige Ärzte *
Baden-Württemberg	8,2	12,9
Bayern	11,7	16,2
Berlin	9,5	5,5
Brandenburg	3,2	2,6
Bremen	0,8	1,1
Hamburg	3,7	3,3
Hessen	5,4	7,5
Mecklenburg-Vorpommern	1,7	2,0
Niedersachsen	10,5	8,5
Nordrhein	15,9	12,3
rheinland-Pfalz	5,0	4,7
Saarland	1,2	1,3
Sachsen	2,8	4,5
Sachsen-Anhalt	1,1	2,5
Schleswig-Holstein	3,8	3,4
Thüringen	2,0	2,5
Westfalen-Lippe	8,7	9,2

* Quelle: Bundesärztekammer: Tätigkeitsbericht 2009. Internet: www.baek.de

es sich zu meist um Pädiater (2,3%), Psychiater (2,3%), Orthopäden / Unfallchirurgen (1,7%) und Dermatologen (1,3%). Die Fachärzte verfügen im Durchschnitt über 14 Jahre Berufserfahrung als Facharzt (Minimum 1 Jahr – Maximum 45 Jahre).

Herkunft der Ärzte und Ort der ärztlichen Tätigkeit

Unter Berücksichtigung der Angaben der Studienteilnehmer zur Ärztekammerzugehörigkeit (siehe Tabelle 1) und der als

Wohnort angegebenen Postleitzahlen (Abb. 2) zeigt sich, dass überproportional viele Honorarärzte in Berlin, Niedersachsen und Nordrhein leben (Tab. 1). Weniger Honorarärzte als es der Struktur der Ärzteschaft 2008 entspricht, wohnen hingegen in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Sachsen und Sachsen-Anhalt.

Besonders häufig wurden Tätigkeitsfelder in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin angegeben (siehe Abb. 3). Die im Ausland lebenden Honorarärzte mit Berufstätigkeit in Deutschland (4,9% der Studienteilnehmer) geben als

Wohnsitz primär Frankreich (n = 7), Spanien (n = 6), Großbritannien (n = 5) und Österreich (n = 3) an.

Arbeitsschwerpunkte, Zeitaufwand, Einkünfte, Tätigkeitsakquise

In der Befragung wurde unterschieden zwischen „Honorararzt“ = 100%ige Tätigkeit auf Honorarbasis und „honorarärztlicher Tätigkeit“ = Tätigkeit

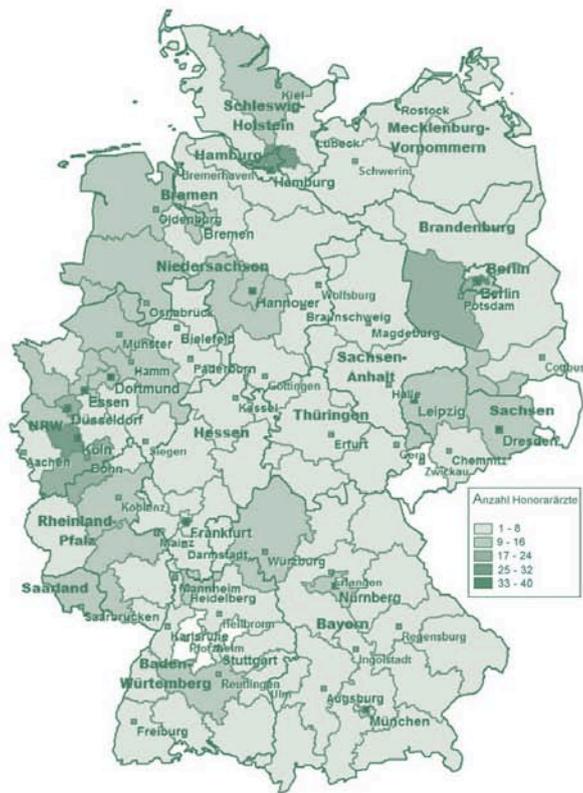


Abb. 2 Anzahl der Teilnehmer nach Herkunft.

neben einer weiteren Festanstellung in Klinik oder Praxis. Insgesamt gaben nur 44,3% der Befragten an, ausschließlich als Honorararzt ohne Festanstellung tätig zu sein, und zwar im Mittel seit 3,6 Jahren. 78,9% der ausschließlich auf Honorarbasis arbeitenden Ärzte hatten direkt vor dem Wechsel in die freiberufliche Tätigkeit als Angestellte in einem Krankenhaus gearbeitet; 12,7% in eigener Praxis. Drei Viertel der Krankenhausärzte waren zu diesem Zeitpunkt weitergebildet, fast 40% hatten in leitender Funktion (als Chefarzt oder Oberarzt) gearbeitet. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit lag damals bei 52 Stunden. Aktuell arbeiten die Honorarärzte im Durchschnitt etwa 40 Stunden pro Woche. Bei ihren neben-

beruflich als Honorararzt tätigen Kollegen waren annähernd 60% in einem Krankenhaus angestellt, 27% arbeiteten entweder in einer Praxis / Gemeinschaftspraxis und 6% im Rettungswesen. In ihrer Haupttätigkeit arbeiten die Teilzeit-Honorarärzte durchschnittlich 35,3 Wochenstunden und sind 15,6 Stunden zusätzlich honorarärztlich tätig, entsprechend einer durchschnittlichen Gesamtwochenarbeitszeit von fast 51 Stunden. Die Mehrzahl der Studienteilnehmer (60,5%) arbeitet honorarärztlich in der stationären Versorgung. Hingegen wurde Notarzdienst nur von einer Minderheit häufig/sehr häufig übernommen (29,4%), noch seltener Praxisvertretungen (in 17,8% der Fälle). Dabei wurden im

Mittel folgende Bruttostundenhonorare erzielt: für Einsätze in der stationären Krankenversorgung ca. 71 €, für Tätigkeiten in Ambulanten OP-Zentren 74 €. Gutachterliche Tätigkeit wurde im Mittel mit 78 € pro Stunde vergütet, Praxisvertretung mit 56 €, die Arbeit in Medizinischen Versorgungszentren mit 58 €. Am schlechtesten vergütet wurde die Durchführung von Notdiensten (41 €) bzw. die Tätigkeit als Notarzt (32 €). Die Hälfte der nebenberuflichen Honorarärzte gab an, diesen Berufsschwerpunkt im Zeitverlauf ausgebaut zu haben. Lediglich bei 12,2 Prozent der Studienteilnehmer hatte sich der Anteil der honorarärztlichen Tätigkeit verringert.



Abb. 3 Anzahl Auftragsorte nach PLZ Regionen.

Die Akquise von Arbeitsaufträgen auf Honorarbasis erfolgt häufig über Vermittlungsagenturen. Nur ein Viertel der Studienteilnehmer gab an, nicht mit Vermittlungsagenturen zusammenzuarbeiten. Als zweit häufigste Methode neue Aufträge zu finden, wurden private Kontakte genannt.

Einschätzung der Motivation und Rahmenbedingungen für die Honorararztstätigkeit

Ein Schwerpunkt der Befragung liegt in der Erfassung von Einschätzungen zu Motivation und Rahmenbedingungen für die Honorararztstätigkeit. Zahlreiche Antworten begründeten ihre Berufswahl mit Unzufriedenheit bezüglich der derzeitigen Strukturen im Gesundheitssystem, wie fehlender Autonomie und schlechten Möglichkeiten, in Teilzeit zu arbeiten.

Als Vorteile der Tätigkeit wurden unter anderem genannt: bessere Verdienstmöglichkeiten mit voller Vergütung aller geleisteten Arbeitsstunden, der Zugewinn an Autonomie bei als selbstbestimmter empfundenen Arbeiten sowie die flexibleren Arbeitszeiten.

Nachteilig bei der honorarärztlichen Tätigkeit erscheinen vor allem folgende Faktoren: Abwesenheit von der Familie, unsichere Rechtslage bezüglich der sogenannten „Scheinselbstständigkeit“, Unklarheit hinsichtlich der Mitgliedschaft in den Ärztekammern (fehlen einheitlicher Regelungen zur Anmeldung bei der zuständigen Landesärztekammer („Lokalitätsprinzip“ vs. „Wohnortprinzip“) und im ärztlichen Versorgungsnetz; des weiteren Unsicherheit in Versicherungsfragen sowie die fehlenden Akzeptanz des Tätigkeitsbildes des Honorararztes innerhalb der Ärzteschaft. Dementsprechend bezogen sich die dringlichsten Wünsche der Befragten auf die Lösung des Problems der „Scheinselbst-

ständigkeit“ (91% Zustimmung), der Ärztekammer- bzw. Ärzteversorgungszugehörigkeit (86,1% favorisierten eine Monomemberschaft in der Ärztekammer nach dem Wohnortprinzip) sowie auf die haftungsrechtliche Gleichstellung mit festangestellten Ärzten (85% Zustimmung).

Fazit

Mit den vorgestellten Daten liegen erstmals Daten zur Demographie und Selbsteinschätzung für die honorarärztliche Tätigkeit vor. Eine endgültige Bewertung der Resultate muss der Analyse nach Abschluss der Befragung Ende Juli 2010 vorbehalten sein. Für interessierte Ärztinnen und Ärzte besteht die Möglichkeit, sich an der Befragung über die Internetadresse <http://www.honorararztstudie.de> zu

beteiligen. Dort besteht ebenfalls die Möglichkeit den Studienfragebogen einzusehen.

Interessenkonflikte

Alexander Teske und Prof. Dr. Dr. med. Günter Ollenschläger geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen. Dr. med. Nicolai Schäfer ist als Honorararzt tätig und Gründer sowie derzeitiger Vorsitzender des Bundesverbands der Honorarärzte e.V.

Literatur

- [1] Ludwig U, Schmid B. Ärzte auf Montage. Der Spiegel 2009;53: 42-3.
- [2] Simon AB, Alonzo AA. The demography, career pattern, and motivation of locum tenens physicians in the United States. J Healthcare Management 2004;49:363.
- [3] Bundesärztekammer. Tätigkeitsbericht 2009. Berlin, 2010. Internet: <http://www.bundesaerztekammer.de>.

Alexander Teske¹, Nicolai Schäfer², Günter Ollenschläger³

¹ Universität des Saarlandes, Homburg
² Bundesverband der Honorarärzte e.V., Potsdam

³ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Alexander Teske; Universität des Saarlandes; Breslauer Straße 11, 66424 Homburg; Tel.: +0179/1294654. E-Mail: teske@honorararztstudie.de (A. Teske)

8. Anhang

8.1. Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Einsatzgründe für Honorarärzte in der stationären Versorgung im Fachbereich Anästhesie nach Kaisers et al. [70].....</i>	<i>18</i>
<i>Abbildung 2: Studienwebseite</i>	<i>41</i>
<i>Abbildung 3: Ablaufschema des Studienfragebogens</i>	<i>43</i>
<i>Abbildung 4: Postleitzahlenkarte Wohnorte der Honorarärzte.....</i>	<i>46</i>
<i>Abbildung 5: Prozentuale Verteilung der Facharztbezeichnungen der Studienteilnehmer mit einer abgeschlossenen Weiterbildung.....</i>	<i>47</i>
<i>Abbildung 6: Regelmäßige Einsatzgebiete der Honorarärzte</i>	<i>50</i>
<i>Abbildung 7: Wege der Auftragsakquise durch Honorarärzte</i>	<i>52</i>
<i>Abbildung 8: Tätigkeitsbereiche der Honorarärzte nach Häufigkeit (KV: Kassenärztliche Vereinigung; PKV: Private Krankenversicherung; MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum).....</i>	<i>54</i>
<i>Abbildung 9: Mittelwerte (M) des Bruttoverdienstes je Arbeitsstunde in Abhängigkeit der Tätigkeit in € (KV: Kassenärztliche Vereinigung; MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum).....</i>	<i>55</i>
<i>Abbildung 10: Aktuelle Haupttätigkeit der Honorarärzte in Nebentätigkeit</i>	<i>59</i>
<i>Abbildung 11: Fachrichtungen der als Honorarärzte in Niederlassung arbeitenden Studienteilnehmer mit einer abgeschlossenen Weiterbildung [%] in Abhängigkeit von der Haupttätigkeit</i>	<i>60</i>
<i>Abbildung 12: Altersverteilung der hauptberuflichen Honorarärzte unter den Studienteilnehmern in Jahren</i>	<i>62</i>
<i>Abbildung 13: Prozentuale Verteilung der Fachgebiete unter den hauptberuflichen Honorarärzten mit einer abgeschlossenen Weiterbildung</i>	<i>63</i>
<i>Abbildung 14: Gründe für den Wechsel in die Honorararztstätigkeit.....</i>	<i>65</i>
<i>Abbildung 15: Vergleich der Häufigkeit der ausgeübten Tätigkeit zwischen hauptberuflichen Honorarärzten (HA) und Honorarärzten in Nebentätigkeit (HAE) ..</i>	<i>68</i>
<i>Abbildung 16: Veränderungen der allgemeinen und beruflichen Situation durch die neue Tätigkeit</i>	<i>70</i>
<i>Abbildung 17: Gewünschte Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen des Honorararztwesens.....</i>	<i>73</i>

<i>Abbildung 18: Zustimmung zu Maßnahmen des Gesetzgebers zur Qualitätssicherung im Honorararztwesen</i>	<i>75</i>
<i>Abbildung 19: Mögliche Gründe für die Aufgabe der Honorararztstätigkeit.....</i>	<i>77</i>
<i>Abbildung 20: Geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen, die Honorarärzte dazu veranlassen würden, in ihre angestammte Tätigkeit zurückzukehren.....</i>	<i>79</i>
<i>Abbildung 21: Arztdichte in Deutschland: Einwohner je Arzt.....</i>	<i>89</i>
<i>Abbildung 22: Regelmäßige Einsatzorte der Studienteilnehmer</i>	<i>91</i>
<i>Abbildung 23: Altersstruktur der gesamten deutschen Ärzteschaft im Jahr 2010</i>	<i>104</i>
<i>Abbildung 24: Bereitschaftsdienste pro Monat nach Arztgruppe (A.i.W.: Arzt in Weiterbildung; BD: Bereitschaftsdienst; CA: Chefarzt; OA: Oberarzt).....</i>	<i>111</i>
<i>Abbildung 25: Bruttogrundvergütung nach Arztgruppen</i>	<i>112</i>
<i>Abbildung 26: Bruttoeinkommen deutscher Krankenhausärzte im Jahr 2011 [15]....</i>	<i>113</i>
<i>Abbildung 27: Befürchtete negative Auswirkungen der Honorarärzte auf die Abteilungen (modifiziert nach Kaisers et al. [70]); (Teilnehmer n=36; Erfahrung mit Honorarärzten: n=3).....</i>	<i>134</i>
<i>Abbildung 28: Formel zur Berechnung der absoluten Honorararztzahl in Deutschland zum Studienzeitpunkt unter Berücksichtigung der Angaben der Ärztekammern</i>	<i>150</i>
<i>Abbildung 29: Formel zur Berechnung der absoluten Honorararztzahl in Deutschland zum Studienzeitpunkt unter Berücksichtigung der Angaben der Agenturen</i>	<i>154</i>

8.2. Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Honorarärztliche Tätigkeitsformen nach Definition der Bundesärztekammer (2011) [22]</i>	<i>27</i>
<i>Tabelle 2: Modifikationen des Fragebogens auf Basis der Pretestauswertung.....</i>	<i>38</i>
<i>Tabelle 3: Vergleich der Ärztekammerzugehörigkeit der Studienpopulation mit der gesamten deutschen Ärzteschaft [%]</i>	<i>45</i>
<i>Tabelle 4: Vermittlungsagenturen für Honorarärzte (die zehn wichtigsten gelistet nach Häufigkeit der Nennung).....</i>	<i>52</i>
<i>Tabelle 5: Top 10 der Orte mit der höchsten und der niedrigsten ärztlichen Versorgungsdichte je Einwohner [77]</i>	<i>89</i>
<i>Tabelle 6: Gebietsbezeichnungen der Honorarärzte: Vergleich der Studienteilnehmer mit der berufstätigen Ärzteschaft in Deutschland [25].....</i>	<i>94</i>

<i>Tabelle 7: Durchschnittlicher von den Ärzten in der stationären Versorgung geleisteter Stundenaufwand pro Woche für administrative Tätigkeiten</i>	<i>115</i>
<i>Tabelle 8: Anzahl der von den Ärztekammern erfassten hauptberuflichen Honorarärzte</i>	<i>150</i>
<i>Tabelle 9: Anzahl der errechneten hauptberuflichen Honorarärzte in Abhängigkeit der Meldedaten der einzelnen Ärztekammern.....</i>	<i>151</i>
<i>Tabelle 10: Handlungsempfehlungen zu den organisatorischen Rahmenbedingungen der Honorararztstätigkeit bezüglich des Aspektes der sog. Scheinselbstständigkeit... </i>	<i>158</i>
<i>Tabelle 11: Handlungsempfehlungen zur Vertragsgestaltung bezüglich des Aspektes der sog. Scheinselbstständigkeit</i>	<i>159</i>
<i>Tabelle 12: Handlungsempfehlungen für den Honorararzteinsatz bezüglich des Aspektes der sog. Scheinselbstständigkeit</i>	<i>159</i>

8.3. Fragebogen

Einleitungstext:

Sehr geehrte Frau Kollegin, Sehr geehrter Herr Kollege,

Wie Sie wissen, ist das Tätigkeitsbild des Honorararztes in Deutschland ein verhältnismäßig neues Phänomen. Zahlreiche Spekulationen werden von verschiedenen Seiten über die Anzahl und die Qualität der Sog. "Honorarärzte" gemacht. Diese sind nicht immer nur positiv. Daher ist es uns ein dringendes Anliegen für zukünftige und v.a. fundierte Diskussionen mit den Partnern im Gesundheitswesen verlässliche Angaben zu erhalten über...

...die Anzahl und die Beweggründe von Honorarärzten

...die persönliche und berufliche Situation

...ihren beruflichen Werdegang und ihre formalen Qualifikationen...die häufigsten Tätigkeitsgebiete und Einsatzregionen

...ihre Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit der Tätigkeit

...ihre evtl. Sorgen, Probleme und Schwierigkeiten

...offene Fragen

Nehmen Sie sich deshalb bitte ca. 45 min. Zeit, bei einer guten Tasse Café und ungestört, unseren relativ ausführlichen Fragebogen zu beantworten.

Sie helfen sich und allen Kollegen bei der weiteren Etablierung der Tätigkeitsform und tragen damit dazu bei, dass es auch in vielen Jahren noch möglich ist, als Honorararzt tätig zu sein.

Seien Sie bitte ehrlich und schildern Sie offen und GARANTIERT ANONYM(!) auch evtl. Nachteile und Probleme, die Sie mit dieser ärztlichen Tätigkeitsform erfahren.

Nur dann, wenn viele Kolleginnen und Kollegen dieser Studie teilnehmen, erhalten wir repräsentative Informationen. Für Ihre Mühe bereits jetzt mein allerherzlichster Dank!

Alexander Teske (cand. med.)

Demographische Daten

1. Wie alt sind Sie ?		Antwort in Jahren
-----------------------	--	-------------------

2. Geschlecht ?		Männlich
		Weiblich

3. Familienstand		Ledig
		Verheiratet
		eheähnliche Lebensgemeinschaft
		Verheiratet, aber getrennt lebend
		Geschieden
		Verwitwet
		keine Angabe
	Sonstiges	

4. Haben Sie Kinder ?		Ja
		Nein

5. Wie viele Kinder haben Sie? (nur beantworten wenn Frage 4 = Ja)		Anzahl der Kinder
---	--	-------------------

6. Wie viele dieser Kinder werden von Ihnen finanziell unterstützt ? (Bsp: im Kindergarten, in der Schule, in der Ausbildung, im Studium, etc.)		Anzahl der Kinder
--	--	-------------------

7. In welchem Bundesland leben Sie?	
<input type="checkbox"/>	Ausland
<input type="checkbox"/>	Baden-Württemberg
<input type="checkbox"/>	Bayern
<input type="checkbox"/>	Berlin
<input type="checkbox"/>	Brandenburg
<input type="checkbox"/>	Bremen
<input type="checkbox"/>	Hamburg
<input type="checkbox"/>	Hessen
<input type="checkbox"/>	Mecklenburg-Vorpommern
<input type="checkbox"/>	Niedersachsen
<input type="checkbox"/>	Nordrhein-Westfalen
<input type="checkbox"/>	Rheinland-Pfalz
<input type="checkbox"/>	Saarland
<input type="checkbox"/>	Sachsen
<input type="checkbox"/>	Sachsen-Anhalt
<input type="checkbox"/>	Schleswig-Holstein
<input type="checkbox"/>	Thüringen

8. Sie haben in der vorherigen Frage "Nordrhein-Westfalen" angegeben. In welchem Ärztekammerbezirk leben Sie? Nur beantworten wenn Sie in der Frage 7. „Nordrhein-Westfalen“ angegeben haben	
<input type="checkbox"/>	Ärztekammer Westfalen-Lippe
<input type="checkbox"/>	Ärztekammer Nordrhein

9. Sie haben in der vorherigen Frage "Ausland" angegeben. In welchem Land leben Sie? Nur beantworten wenn Sie in Frage 7 „Ausland“ angegeben haben	
Freitextantwort	

10. Bitte geben Sie die Postleitzahl ihres Wohnortes an Nur beantworten wenn Frage 7 NICHT mit „Ausland“ beantwortet wurde	Postleitzahl
---	--------------

<p>11. Sind Sie "Honorararzt/ -ärztin" oder "honorarärztlich tätige(r) Arzt / Ärztin"?</p> <p>honorarärztlich tätig = Festanstellung und / oder Praxis + gelegentliche freiberufliche Tätigkeit Honorararzt = Keine weitere Festanstellung; 100% tätig auf Honorarbasis</p>			
Honorararzt / Honorarärztin		honorarärztlich tätig	

<p>12. Welchen höchsten akademischen Grad haben Sie in der Medizin erreicht?</p>		nicht promoviert
		Dipl. med.
		Dr. med
		PhD
		PD Dr. med.
		Prof. Dr. med

<p>13. In dem Fachgebiet in dem Sie tätig sind, haben Sie / sind Sie</p>		den Facharzttitel
		noch in Weiterbildung

<p>14. Wie viele Facharzttitel führen Sie? Nur beantworten wenn in Frage 13 Antwort „den Facharzttitel“</p>		1
		2
		3
		4
		Sonstiges

<p>15. In welchem Jahr der Weiterbildung befinden Sie sich? Nur beantworten wenn in Frage 13 Antwort „noch in Weiterbildung“</p>	Weiterbildungsjahr
--	--------------------

16. Welche Facharztbezeichnung führen Sie?	
Nur beantworten wenn die Antworten in Frage 13 „den Facharztstitel“ und in Frage 14 „1“ waren	
<input type="checkbox"/>	Allgemeinmedizin
<input type="checkbox"/>	Anästhesie
<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin
<input type="checkbox"/>	Psychiatrie
<input type="checkbox"/>	Kinderchirurgie
<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie
<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie
<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin
<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie
<input type="checkbox"/>	Gynäkologie
<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
<input type="checkbox"/>	Arbeitsmedizin
<input type="checkbox"/>	Endokrinologie
<input type="checkbox"/>	Gastroenterologie
<input type="checkbox"/>	Hämatologie und Onkologie
<input type="checkbox"/>	Kardiologie
<input type="checkbox"/>	Nephrologie
<input type="checkbox"/>	Pneumologie
<input type="checkbox"/>	Rheumatologie
<input type="checkbox"/>	Pädiatrie
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie
<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie
<input type="checkbox"/>	Neurologie
<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin
<input type="checkbox"/>	Physikalische und Rehabilitative Medizin
<input type="checkbox"/>	Herzchirurgie
<input type="checkbox"/>	Thoraxchirurgie
<input type="checkbox"/>	Radiologie / Strahlenmedizin
<input type="checkbox"/>	Transfusionsmedizin
<input type="checkbox"/>	Urologie
<input type="checkbox"/>	Augenheilkunde
<input type="checkbox"/>	sonstiges

17. Welche Facharztbezeichnungen führen Sie?	
Nur beantworten wenn in Frage 14 die Antwort größer „1“ war	
<input type="checkbox"/>	Allgemeinmedizin
<input type="checkbox"/>	Anästhesie
<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin
<input type="checkbox"/>	Psychiatrie
<input type="checkbox"/>	Kinderchirurgie
<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie
<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie
<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin
<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie
<input type="checkbox"/>	Gynäkologie
<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
<input type="checkbox"/>	Arbeitsmedizin
<input type="checkbox"/>	Endokrinologie
<input type="checkbox"/>	Gastroenterologie
<input type="checkbox"/>	Hämatologie und Onkologie
<input type="checkbox"/>	Kardiologie
<input type="checkbox"/>	Nephrologie
<input type="checkbox"/>	Pneumologie
<input type="checkbox"/>	Rheumatologie
<input type="checkbox"/>	Pädiatrie
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie
<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie
<input type="checkbox"/>	Neurologie
<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin
<input type="checkbox"/>	Physikalische und Rehabilitative Medizin
<input type="checkbox"/>	Herzchirurgie
<input type="checkbox"/>	Thoraxchirurgie
<input type="checkbox"/>	Radiologie / Strahlenmedizin
<input type="checkbox"/>	Transfusionsmedizin
<input type="checkbox"/>	Urologie
<input type="checkbox"/>	Augenheilkunde
<input type="checkbox"/>	sonstiges

18. Für welche Facharztbezeichnung befinden Sie sich momentan in der Weiterbildung?	
Nur beantworten wenn die Antwort in Frage 13 „noch in Weiterbildung“ war	
<input type="checkbox"/>	Allgemeinmedizin
<input type="checkbox"/>	Anästhesie
<input type="checkbox"/>	Allgemeinchirurgie
<input type="checkbox"/>	Innere Medizin
<input type="checkbox"/>	Psychiatrie
<input type="checkbox"/>	Kinderchirurgie
<input type="checkbox"/>	Orthopädie und Unfallchirurgie
<input type="checkbox"/>	Plastische Chirurgie
<input type="checkbox"/>	Psychosomatische Medizin
<input type="checkbox"/>	Viszeralchirurgie
<input type="checkbox"/>	Gynäkologie
<input type="checkbox"/>	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
<input type="checkbox"/>	Arbeitsmedizin
<input type="checkbox"/>	Endokrinologie
<input type="checkbox"/>	Gastroenterologie
<input type="checkbox"/>	Hämatologie und Onkologie
<input type="checkbox"/>	Kardiologie
<input type="checkbox"/>	Nephrologie
<input type="checkbox"/>	Pneumologie
<input type="checkbox"/>	Rheumatologie
<input type="checkbox"/>	Pädiatrie
<input type="checkbox"/>	Kinder- und Jugendpsychiatrie
<input type="checkbox"/>	Neurochirurgie
<input type="checkbox"/>	Neurologie
<input type="checkbox"/>	Nuklearmedizin
<input type="checkbox"/>	Physikalische und Rehabilitative Medizin
<input type="checkbox"/>	Herzchirurgie
<input type="checkbox"/>	Thoraxchirurgie
<input type="checkbox"/>	Radiologie / Strahlenmedizin
<input type="checkbox"/>	Transfusionsmedizin
<input type="checkbox"/>	Urologie
<input type="checkbox"/>	Augenheilkunde
<input type="checkbox"/>	sonstiges

19. Wie viele Jahre dauerte ihre Facharzt Ausbildung? Nur beantworten wenn die Antwort in Frage 13 „den Facharztstitel“ war	Jahre
--	-------

20. Welche Zusatzbezeichnungen führen Sie? Mehrfachantworten sind möglich	
<input type="checkbox"/>	Ärztliches Qualitätsmanagement
<input type="checkbox"/>	Akupunktur
<input type="checkbox"/>	Allergologie
<input type="checkbox"/>	Betriebsmedizin
<input type="checkbox"/>	Diabetologie
<input type="checkbox"/>	Epileptologie
<input type="checkbox"/>	Ernährungsmedizin
<input type="checkbox"/>	Flugmedizin
<input type="checkbox"/>	Geriatric
<input type="checkbox"/>	Handchirurgie
<input type="checkbox"/>	Homöopathie
<input type="checkbox"/>	Intensivmedizin
<input type="checkbox"/>	Chirotherapie / Manuelle Medizin
<input type="checkbox"/>	Medizinische Informatik
<input type="checkbox"/>	Notfallmedizin / Fachkunde Rettungsdienst
<input type="checkbox"/>	Palliativmedizin
<input type="checkbox"/>	Physikalische Therapie
<input type="checkbox"/>	Psychoanalyse
<input type="checkbox"/>	Psychotherapie
<input type="checkbox"/>	Rehabilitationswesen
<input type="checkbox"/>	Schlafmedizin
<input type="checkbox"/>	Schmerztherapie
<input type="checkbox"/>	Sozialmedizin
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

21. Wie viele Jahre Berufserfahrung haben Sie als Facharzt? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 13 „den Facharztstitel“ war	Jahre
---	-------

Honorararzt Daten

<p>22. Wie lange arbeiten Sie schon als Honorararzt? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war</p>	Jahre
--	-------

<p>23. Wie lange sind Sie schon honorarärztlich tätig? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 11 „honorarärztlich tätig“ war</p>	Jahre
--	-------

<p>24. Wo haben Sie vor Ihrem Wechsel in die Honorararztstätigkeit zuletzt gearbeitet? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war</p>	Krankenhaus
	Eigene Praxis
	Gemeinschaftspraxis
	Öffentliche Einrichtung
	Außerhalb der Medizin
	Forschung
	Rettungswesen
	Sonstiges:

<p>25. Wo arbeiten Sie momentan neben Ihrer honorarärztlichen Tätigkeit? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 11 „honorarärztlich tätig“ war</p>	Krankenhaus
	Eigene Praxis
	Gemeinschaftspraxis
	Öffentliche Einrichtung
	Außerhalb der Medizin
	Forschung
	Rettungswesen
	Sonstiges:

<p>26. In welcher Stellung arbeiten Sie momentan im Krankenhaus? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 25 „Krankenhaus“ war</p>	Assistenzarzt /- ärztin
	Facharzt /- ärztin
	Oberarzt /- ärztin
	Chefarzt /- ärztin
	Sonstiges:

27. In welcher Stellung haben Sie zuletzt in einer Festanstellung im Krankenhaus gearbeitet? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 24 „Krankenhaus“ war	Assistenzarzt /- Ärztin
	Facharzt /- Ärztin
	Oberarzt /- Ärztin
	Chefarzt /- Ärztin
	Sonstiges:

28. Wie viele Wochenstunden haben Sie durchschnittlich vor Beginn ihrer Honorararztstätigkeit im Durchschnitt gearbeitet? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 24 „Krankenhaus“ war	Wochenstunden
--	---------------

29. Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie im Durchschnitt in ihrer NICHT honorarärztlichen Tätigkeit? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 11 „honorarärztlich tätig“ war	Wochenstunden
---	---------------

30. Was waren die Gründe für den Wechsel zur Honorararztstätigkeit? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war 1 = Volle Ablehnung; 6 = Volle Zustimmung						
	1	2	3	4	5	6
bessere Lebensqualität						
mehr Spezialisierungsmöglichkeiten						
Teilzeitarbeit möglich						
Unzufriedenheit mit den derzeitigen Strukturen						
Freiheit von zunehmender Bürokratie in Kliniken und Praxen						
bessere Verdienstmöglichkeiten						
flexiblere Arbeitszeiten						
andere Länder bzw. Gegenden kennenlernen						

31. Worin sehen Sie Vorteile in ihrer Arbeit als Honorararzt ?						
Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war 1 = Volle Ablehnung; 6 = Volle Zustimmung						
	1	2	3	4	5	6
flexiblere Arbeitszeiten						
mehr Freizeit						
Zunahme der Lebensqualität						
bessere Vereinbarkeit mit der Familie						
bessere Verdienstmöglichkeiten						
selbstständigeres Arbeiten						
Wegfall von Bereitschaftsdiensten						
mehr Autonomie						
selbstbestimmte Arbeitszeit						
Zusatzverdienst						
höhere Wertschätzung						
Wegfall von Hierarchien						
Weniger Bürokratie						
100% bezahlte Überstunden						
Erweiterung der eigenen Perspektiven / Qualifikation						

<p>32. Worin sehen Sie sonst Vorteile in ihrer Tätigkeit als Honorararzt?</p> <p>Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war</p>	<p>Freitextantwort</p>
--	------------------------

33. Worin sehen Sie Nachteile in ihrer Arbeit als Honorararzt ?						
Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war 1 = Volle Ablehnung; 6 = Volle Zustimmung						
	1	2	3	4	5	6
Abwesenheit von Familie						
Probleme mit Institutionen (Kammern, etc.)						
viel Eigeninitiative notwendig						
Wirtschaftliches Risiko						
Fehlende Beratung						
fehlendes Teamwork						
Fehlende Anerkennung der Berufsgruppe "Honorararzt"						
Wechselnde Kollegen						
Wechselnde Arbeitsabläufe						
Fehlende soziale Absicherung						
Fehlende Kontinuität in der						

Patientenversorgung						
Unsichere Rechtslage (Stichwort: Scheinselbstständigkeit, Monomitgliedschaft ÄK und Versorgungswerk)						
hoher organisatorischer Aufwand						
Versicherungsfragen (Haftpflicht, Sozialversicherung, etc)						

34. Worin sehen Sie sonst Nachteile in ihrer Tätigkeit als Honorararzt? Nur beantworten wenn die Antwort auf die Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war	Freitextantwort
--	-----------------

35. Hatten Sie im Zuge Ihrer Honorararzt Tätigkeit schon einmal Probleme mit Institutionen ?	
<p>Viele Honorararztkollegen berichten zu Beginn ihrer Tätigkeit über Probleme mit Institutionen wie beispielsweise der Ärzteversorgung oder den Landesärztekammern. Haben Sie hier ähnliche Erfahrungen gemacht?</p>	
Ja	Nein

36. Mit welchen Institutionen hatten Sie bereits Probleme ? Nur beantworten wenn die Antwort auf die Frage 35 „Ja“ war		Institution	Kommentar
		Landesärztekammer	
		Ärzteversorgung	
		Finanzamt	
		Versicherungen	
		Kassenärztl. Ver.	
		Rentenkasse	
		Banken	
	Sonstige		

37. Welche Tätigkeiten üben Sie als Honorararzt aus? 1 = sehr selten /nie; 6 = sehr häufig						
	1	2	3	4	5	6
Praxisvertretungen						
Dozententätigkeit						
Honorararztstätigkeit in Kliniken						
Honorararztstätigkeit in ambulanten OP Zentren						
Honorararztstätigkeit in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)						
Notarzdienste						
Betriebs - und Arbeitsmedizin						
Forschung / Studien						
Gutachtertätigkeit						
KV-Notdienste						
Private Notdienste						
Auslandsrückholungen						
Prüfer bei Examen von medizinischem Assistenzpersonal						
andere						

38. Wenn Sie noch andere Tätigkeiten ausführen, dann listen Sie diese bitte hier auf	Freitext
--	----------

39. Wie viele Wochenstunden arbeiten Sie durchschnittlich als Honorararzt/ -ärztin ? Nur beantworten wenn die Antwort auf die Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war	Wochenstunden
---	---------------

40. Wie viele Wochenstunden sind Sie durchschnittlich honorarärztlich tätig ? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 11 „honorarärztlich tätig“ war	Wochenstunden
--	---------------

41. Der Anteil ihrer honorarärztlichen Tätigkeit hat seit Beginn ihrer Tätigkeit als Honorararzt... Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 11 „honorarärztlich tätig“ war		zugenommen
		gleich geblieben
		abgenommen

42. Wie haben sich folgende Dinge durch ihre Honorararztstätigkeit positiv oder negativ verändert? Nur beantworten wenn die Antwort auf die Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war 1 = sehr viel schlechter; 6 = sehr viel besser						
	1	2	3	4	5	6
physische Situation						
psychische Situation						
finanzielle Situation						
Fortbildungsmöglichkeiten						
Verhältnis zur Familie / Partnerschaft						
Allgemeine Zufriedenheit mit dem eigenen Leben						

43. Wenn Sie Ihre vorhergehende Tätigkeit mit Ihrer jetzigen Tätigkeit als Honorararzt vergleichen, wie würden Sie folgende Aussagen für sich bewerten: Nur beantworten wenn die Antwort auf die Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war 1 = volle Ablehnung; 6 = volle Zustimmung						
	1	2	3	4	5	6
Ich arbeite jetzt deutlich mehr als früher						
Ich arbeite jetzt deutlich weniger als früher						
Ich arbeite jetzt genauso viel wie früher						
Ich arbeite zwar mehr Stunden „passiv“ als früher, bin aber deutlich weniger aktiv tätig (Abnahme der Arbeitsintensität)						
Ich arbeite zwar weniger Stunden weniger Stunden „aktiv“ als früher, bin aber deutlich mehr aktiv tätig (Zunahme der Arbeitsintensität)						
Die Arbeitsintensität ist in meinen Augen gleich geblieben						

44. In welchem Land / Ländern sind Sie als Honorararzt tätig ? Mehrfachantworten sind möglich	
<input type="checkbox"/>	Deutschland
<input type="checkbox"/>	Österreich
<input type="checkbox"/>	Schweiz
<input type="checkbox"/>	Frankreich
<input type="checkbox"/>	Italien
<input type="checkbox"/>	Belgien
<input type="checkbox"/>	England
<input type="checkbox"/>	Niederlande
<input type="checkbox"/>	Dänemark
<input type="checkbox"/>	Skandinavien
<input type="checkbox"/>	USA
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

45. Sind Sie bereit über ihr Gehalt Auskunft zu geben ? Die anschließenden Frage bezieht sich vor allem auf die Stundensätze der Honorarärzte			
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein

46. Bitte geben Sie den durchschnittlichen Stundensatz je nach Tätigkeit in € an: Nur beantworten wenn die Antwort auf die Frage 45 „Ja“ war Bitte beziehen Sie sich dabei auf den Bruttoverdienst	
€	Tätigkeit
<input type="text"/>	Praxisvertretung
<input type="text"/>	Dozententätigkeit
<input type="text"/>	Honorararztstätigkeit in Kliniken
<input type="text"/>	Honorararztstätigkeit in ambulanten OP Zentren
<input type="text"/>	Honorararztstätigkeit in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)
<input type="text"/>	Notarzdienste / Rettungswesen
<input type="text"/>	Betriebsmedizin
<input type="text"/>	Forschung / Studien
<input type="text"/>	Gutachterliche Tätigkeit
<input type="text"/>	KV-Notdienste
<input type="text"/>	Private Notdienste
<input type="text"/>	Auslandsrückholungen
<input type="text"/>	Prüfer bei Examen von medi. Assistenzpersonal

Organisatorische Daten

47. Wie häufig nutzen Sie folgende Mittel und Wege um an neue Aufträge zu gelangen? 1 = nie; 6 = sehr häufig						
	1	2	3	4	5	6
Über Vermittlungsagenturen						
Stellenanzeigen in den Ärzteblättern						
Private Kontakte						
Internet allgemein						
Mund-zu-Mund-Propaganda						
Initiativbewerbung						
Anfragen von ehemaligen Kliniken / Praxen bei denen Sie tätig waren						

48. Wenn Sie noch weitere Möglichkeiten nutzen um an Aufträge zu gelangen, dann nennen Sie diese bitte:	Freitext
---	----------

49. Arbeiten Sie mit Vermittlungsagenturen zusammen? Diese Angaben dienen lediglich einer anonymisierten statistischen Erfassung der Marktsituation und werden unter keinen Umständen den Agenturen zugänglich gemacht!			
Ja		Nein	

50. Mit welcher / welchen der genannten Vermittlungsagenturen arbeiten Sie zusammen ?	
Nur beantworten wenn die Antwort auf die Frage 49 „Ja“ war	
Mehrfachnennungen sind möglich	
<input type="checkbox"/>	FAA FachArztAgentur GmbH
<input type="checkbox"/>	Holger Heier
<input type="checkbox"/>	Notarztbörse/ Facharztbörse / Docmondis
<input type="checkbox"/>	Hire a Doctor
<input type="checkbox"/>	German Medicine Net
<input type="checkbox"/>	Ärzte für Kliniken
<input type="checkbox"/>	Autmaring GmbH
<input type="checkbox"/>	rent-a-doctor.info
<input type="checkbox"/>	narconomic
<input type="checkbox"/>	DFA Freie Anästhesisten
<input type="checkbox"/>	DocDoors
<input type="checkbox"/>	DresConnect
<input type="checkbox"/>	HPL Agentur für Ärztevermittlung Heinz Pinkhaus
<input type="checkbox"/>	Honorararztagentur
<input type="checkbox"/>	Doc to Rent
<input type="checkbox"/>	Medicus4U
<input type="checkbox"/>	LocumDoc.eu
<input type="checkbox"/>	Doctari
<input type="checkbox"/>	doctime24
<input type="checkbox"/>	honorararzt.de
<input type="checkbox"/>	www.praxis-vertretung.com / Lohdiamedics
<input type="checkbox"/>	doctodoc
<input type="checkbox"/>	Notarztservice
<input type="checkbox"/>	Med4Med AG
<input type="checkbox"/>	Anästhesie Vertretungen
<input type="checkbox"/>	agilicon.de
<input type="checkbox"/>	Sonstige

51. Sie haben in der vorherigen Frage "Sonstige" angegeben: Mit welchen Vermittlungsagenturen arbeiten Sie sonst noch zusammen? Nur beantworten wenn Sie auf die Frage 51 mit „Sonstige“ geantwortet haben	
Freitext	

52 Wie wichtig sind Ihnen folgende Merkmale einer Vermittlungsagentur 1 = unwichtig; 6 = sehr wichtig						
	1	2	3	4	5	6
Detaillierte Informationen						
Berücksichtigung eigener Wünsche (Orte, Termine, etc.)						
persönlicher Kontakt / Beratung						
schnelle Erreichbarkeit						
breit gefächertes Angebot						
Vermittlung bei Schwierigkeiten						
Transparenz (Vermittlungsgebühren, etc.)						
Aktualität der Angebote						
kostenfreie Angebote						
Rechnungsstellung durch die Agentur						
Zusatzservice (Haftpflichtversicherung, etc)						

53. Sind Sie bereit für den Zusatzservice Geld zu bezahlen? (Haftpflichtversicherung, etc.)			
Ja		Nein	

54. Mögliche Vorteile von Vermittlern sind: Mehrfachnennungen sind möglich Nur beantworten wenn die auf die Frage 49 mit „Ja“ geantwortet wurde	
<input type="checkbox"/>	Abrechnung mit dem Auftraggeber durch die Agentur
<input type="checkbox"/>	Entlastung von Bürokratie
<input type="checkbox"/>	Marktkennntnis
<input type="checkbox"/>	Entlastung bei Aquise
<input type="checkbox"/>	Vermittlung von Unterkunft
<input type="checkbox"/>	weniger Eigeninitiative notwendig
<input type="checkbox"/>	Beratung
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

55. Mögliche Nachteile von Vermittlern sind: Mehrfachnennungen sind möglich Nur beantworten wenn die auf die Frage 49 mit „Ja“ geantwortet wurde	
<input type="checkbox"/>	Zeitliche Bindung an das Haus
<input type="checkbox"/>	Vermittlungsgebühren
<input type="checkbox"/>	Bindung an die Agentur / Rahmenverträge
<input type="checkbox"/>	geringere Stundensätze als bei eigener Verhandlung
<input type="checkbox"/>	fehlende Transparenz (Honorargestaltung, Höhe der Vermittlungsprovisionen)
<input type="checkbox"/>	weniger Eigeninitiative notwendig
<input type="checkbox"/>	Beratung
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

56. Bitte geben Sie die Postleitzahlen der Standorte an, an welchen Sie regelmäßig tätig sind Regelmäßig = mindestens 4 x Jahr Wenn Sie die Postleitzahlen nicht kennen, dann nennen Sie bitte alternativ den Stadtnamen oder den Landkreis	
Postleitzahl	
	1. Standort
	2. Standort
	3. Standort
	4. Standort
	5. Standort
	6. Standort
	7. Standort
	8. Standort

57. Auf welche Fortbildungsinhalte legen Sie besonderen Wert? Mehrfachnennungen sind möglich	
<input type="checkbox"/>	praktische Fertigkeiten
<input type="checkbox"/>	Vertiefung / Wiederholung von theoretischem Wissen
<input type="checkbox"/>	Qualitätsmanagement
<input type="checkbox"/>	Inhalte anderer / angrenzender Fachbereiche
<input type="checkbox"/>	Kommunikation
<input type="checkbox"/>	Betriebswirtschaftslehre
<input type="checkbox"/>	Erwerb von Zusatzqualifikationen

58. Welche Fortbildungsinhalte sind Ihnen sonst noch wichtig ?
Freitext

59. Wie haben sich folgende Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten seit Beginn ihrer Honorararztstätigkeit verändert? Nur beantworten wenn die Antwort auf die Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war 1 = stark verschlechtert; 6 = stark verbessert						
	1	2	3	4	5	6
Flexibilität						
Selbstbewusstsein						
Kommunikationsfähigkeit						
Kontinuierliche						
Patientenversorgung						
soziale Kompetenz						
Personalführung						
manuelle Fertigkeiten						
Fähigkeit zum wissenschaftlichen Arbeiten						
Fertigkeiten in der Intensivmedizin						
Fertigkeiten in der Notfallversorgung						
Kenntiss der Leitlinien						
Arbeit mit der EDV-Software des Krankenhauses / Praxis						
Teamwork						
Fertigkeiten in "exotischen Bereichen" ihres Fachgebietes						

60. Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen durch Ihre Tätigkeit als Honorararzt in gewissen Bereichen die Routine fehlt?			
Ja		Nein	

61 In welchem Bereich ist dies? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 60 „Ja“ war
Freitext

Zukunftsaussichten

62. Können Sie es sich vorstellen dauerhaft als Honorararzt zu arbeiten ?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein
	<input type="checkbox"/>	Noch unschlüssig

63. In welchen Bereich möchten Sie gerne zurückkehren ? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 62 „Ja“ war Mehrfachnennungen sind möglich	
<input type="checkbox"/>	Klinik in Deutschland
<input type="checkbox"/>	Eigene Praxis in Deutschland
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis in Deutschland
<input type="checkbox"/>	Medizinisches Versorgungszentrum in Deutschland
<input type="checkbox"/>	ohne ärztliche Tätigkeit in Deutschland
<input type="checkbox"/>	In Körperschaften in Deutschland
<input type="checkbox"/>	Klinik im Ausland
<input type="checkbox"/>	Eigene Praxis im Ausland
<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis im Ausland
<input type="checkbox"/>	ohne ärztliche Tätigkeit im Ausland
<input type="checkbox"/>	in Körperschaften im Ausland
<input type="checkbox"/>	Sonstiges
<input type="checkbox"/>	Klinik in Deutschland

64. Worin sehen Sie die Vorteile der Arbeit im Ausland? Mehrfachnennungen sind möglich	
<input type="checkbox"/>	bessere Verdienstmöglichkeiten
<input type="checkbox"/>	bessere Arbeitszeiten
<input type="checkbox"/>	mehr Familienfreundlichkeit
<input type="checkbox"/>	Erweiterung des eigenen Horizontes
<input type="checkbox"/>	mehr Möglichkeiten der Freizeitgestaltung
<input type="checkbox"/>	höhere Anerkennung des eigenen Berufsbildes in der Bevölkerung
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

65. In welchem Zeitraum möchten Sie ihre honorarärztliche Tätigkeit beenden ? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 62 „Nein“ war	
Freitext	

66. Weshalb möchten Sie ihre Tätigkeit als Honorararzt / -ärztin beenden ? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 62 „Nein“ war
Freitext

67. Worin sehen Sie mögliche Gründe die Honoararztstätigkeit aufzugeben ? Nur beantworten wenn die Antwort auf Frage 62 „Ja“ oder „Noch un schlüssig“ war Mehrfachnennungen sind möglich	
<input type="checkbox"/>	Finanzielles Risiko
<input type="checkbox"/>	Alter
<input type="checkbox"/>	Attraktives Angebot im niedergelassenen Bereich / in einer Klinik
<input type="checkbox"/>	nur noch unattraktive Angebote im Honorararztbereich
<input type="checkbox"/>	familiäre Veränderungen
<input type="checkbox"/>	weniger Bürokratie in den Kliniken / Praxen
<input type="checkbox"/>	besserer Verdienst in den Kliniken / Praxen
<input type="checkbox"/>	fortbestehende schlechte Akzeptanz durch das Pflegepersonal und / oder ärztliche Kollegen
<input type="checkbox"/>	gesetzliche Veränderungen / berufsrechtliche Erschwernisse
<input type="checkbox"/>	fehlende soziale Kontakte im Arbeitsumfeld
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

68. In wie weit stimmen Sie dieser Aussage zu? „Ich sehe in der Honorararztstätigkeit eine Alternative zur Arbeit im Ausland“. 1 = volle Ablehnung; 5 = volle Zustimmung				
1	2	3	4	5

69. Wie wichtig sind ihrer Meinung nach folgende Charaktereigenschaften eines Honorararztes: 1 = sehr unwichtig; 6 = sehr wichtig						
	1	2	3	4	5	6
kommunikativ						
selbstbewusst						
kompetent in seinem Fachgebiet						
gute Umgangsformen						
flexibel						
soziale Kompetenz						
risikobereit						
professionelles Auftreten						
schnelle Auffassungsgabe						
teamfähig						

70. Sollte der Gesetzgeber Ihrer Meinung nach die Rahmenbedingungen für Honorarärzte ändern? Nur beantworten wenn die Antwort auf die Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war			
Ja		Nein	

71. Wie wichtig wäre es Ihnen, dass folgende gesetzliche Rahmenbedingungen verändert werden: Nur beantworten wenn die Antwort auf die Frage 70 „Ja“ war 1 = sehr unwichtig; 6 = sehr wichtig						
	1	2	3	4	5	6
Monomitgliedschaft in einer Ärztekammer						
Monomitgliedschaft in einer Ärzteversorgung						
Haftungsrechtliche Gleichstellung mit angestellten Kollegen						
Anerkennung der Tätigkeit						
Lösung der Frage nach der "Scheinselbstständigkeit"						

72. Würden ihrer Meinung nach folgende gesetzlichen Regelungen die Qualität der Honorarärzte /-ärztinnen verbessern? Nur beantworten wenn die Antwort auf die Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war			
Maßnahme	Ja	Unsicher	Nein
Facharzt als Grundqualifikation			
Zertifizierung			
Einführung eines Medizin-Produkte-Buches mit Einweisungsnachweisen			
Verbindlicher Fortbildungsnachweis			
Keine gesetzlichen Änderungen notwendig, der Markt regelt sich von selbst			

73. Würden folgende geänderte (gesetzliche) Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen dazu führen, dass Sie die Honorararztstätigkeit aufgeben und in ein Angestelltenverhältnis bzw. in die Niederlassung zurückkehren würden? Nur beantworten wenn die Antwort auf die Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war			
Maßnahme	Ja	Unsicher	Nein
100% bezahlte Überstunden			
weniger Bürokratie durch den Arzt			
flexiblere Arbeitszeiten			
Abbau von Hierarchien			
mehr Zeit für Patienten			
Fortbildungen als Arbeitszeit			

74. Wenn Sie die Möglichkeit hätten die derzeitigen Regelungen der Ärztekammer(-n) für Ihre Tätigkeitsform als Honorararzt zu ändern. Was wäre Ihr dringester Wunsch an diese Institution(-en)? Nur beantworten wenn die Antwort auf die Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus	
<input type="checkbox"/>	Kein Wunsch. Ich bin zufrieden mit den bestehenden Regelungen
<input type="checkbox"/>	Ich weiß nicht, welche Regelungen es gibt
<input type="checkbox"/>	Vereinheitlichung (eine Ärztekammer für ganz Deutschland)
<input type="checkbox"/>	Vereinfachung (Monomitgliedschaft am Hauptwohnsitz)
<input type="checkbox"/>	Beitragssenkung für Freiberufler
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

<p>75. Wenn Sie die Möglichkeit hätten die derzeitigen Regelungen der Ärzteversorgung(-en) für Ihre Tätigkeitsform als Honorararzt zu ändern. Was wäre Ihr dringester Wunsch an diese Institution(-en)? Nur beantworten wenn die Antwort auf die Frage 11 „Honorararzt/Honorarärztin“ war Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus</p>	
<input type="checkbox"/>	Kein Wunsch. Ich bin zufrieden mit den bestehenden Regelungen
<input type="checkbox"/>	Ich weiß nicht, welche Regelungen es gibt
<input type="checkbox"/>	Vereinheitlichung (eine Ärzteversorgung für ganz Deutschland)
<input type="checkbox"/>	Vereinfachung (Monomitgliedschaft am Hauptwohnsitz)
<input type="checkbox"/>	Beitragssenkung für Freiberufler
<input type="checkbox"/>	Sonstiges:

<p>76. Abschließend bitten wir Sie ein persönliches Fazit über ihre Honorararztstätigkeit zu ziehen. Wenn Sie alle Vor- und Nachteile ihrer Honorararztstätigkeit bilanzieren, was ist dann ihr ganz persönliches Fazit: Ich arbeite als Honorararzt weil....</p>
<p>Freitext</p>

<p>77. Hier soll Ihnen die Möglichkeit gegeben werden Kritik, Lob und Verbesserungsvorschläge zur Studie loszuwerden:</p>
<p>Freitext</p>

9. Lebenslauf



Alexander Teske

GEBURTSDATUM

28.08.1984

ADRESSE

Brückenweg 14 b
3930 Visp / VS

NATEL

+41 78 834 81 52

EMAIL

alex.teske@gmx.de

Lebenslauf

Berufliche Ausbildung

Oktober 2006 - Juni 2013

Studium der Humanmedizin an der Universität des Saarlandes
(Homburg / Deutschland)

Nov. 2004 – April 2006

Berufsausbildung zum Rettungsassistenten an der "Franz-Anton-Mai-Schule" (Mannheim / Deutschland)

Berufliche Tätigkeiten

seit September 2013

Assistenzarzt in der Chirurgie im Spitalzentrum Oberwallis
(Visp / Schweiz)

Januar 2013 - August 2013

Anstellung in Vollzeit als Rettungsassistent bei der Sanität Oberwallis
(Visp / Schweiz)

Oktober 2006 - Januar 2013

Teilzeitanstellung als Rettungsassistent bei der
"Johanniter-Unfall-Hilfe" (JUH) (Stuttgart / Deutschland)

August 2008 - Januar 2013:

Unregelmäßige Einsätze (gesamthaft 11 Monate) als
Rettungsassistent auf der Automobilteststrecke NTC (Nardo / Italien)

April 2006 – September 2006

Anstellung in Vollzeit als Rettungsassistent bei der
"Johanniter-Unfall-Hilfe" (JUH) (Stuttgart / Deutschland)

Aug. 2003 – Oktober 2004

Zivildienst im Krankentransport bei der JUH (Stuttgart / Deutschland)

Schulbildung

1996 – 2003 Fanny-Leicht-Gymnasium (Stuttgart / Deutschland)

1994 – 1996 Vinzenz-Pallotti-Kolleg (Rheinbach / Deutschland)

1990 – 1994 Grundschule (Rheinbach / Deutschland)

Hobbies

Lesen (Fachliteratur, Gesellschaftspolitik), Klettern, Mountainbiken,
Bergwandern

Publikationen

"Honorarärzte im Ausland" in: Schäfer (Hrsg), "Honorararzt -
Flexibilität und Freiberuflichkeit, Berlin Heidelberg 2011, 112 ff

Honorararztstudie - Mehr Geld und mehr Flexibilität: Deutsches
Arzteblatt Jg. 107, 2010, Heft 22; 1093 - 1094

Honorarärzte in Deutschland – Demographie, Rahmenbedingungen
und Motivation – Erste Ergebnisse der Honorararztstudie: ZEFQ 104
(2010) 426–430