

Auswirkungen von „Qualitätsoffensive“ und Honorararztwesen im Krankenhaus

Consequences of “Quality Offensives” and the Services of Free-Based Physicians in Hospitals



D. C. Wirtz



U. Stöckle

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

als Herausgeber unserer Zeitschrift wollen wir nicht nur zu wissenschaftlichen Fragen Stellung beziehen, sondern auch bei gegebenem Anlass uns zu entsprechenden berufspolitischen Themen äußern. Die neue Bundesregierung ist Ende 2013 mit der getroffenen Koalitionsvereinbarung für die anstehende Legislaturperiode angetreten, eine neue „Qualitätsoffensive in den Krankenhäusern“ durchzuführen. Damit rücken kosteneffiziente Leistungsgestaltung und Abteilungsführung unter dem Primat der evidenzbasierten Ergebnisqualität weiterhin in den Fokus der gesundheitspolitischen Überlegung. Dies ist grundsätzlich gut und wird zur Bündelung vorhaltekostenintensiver Bereiche auch standortübergreifend führen. Zunehmende Zentrumsbildung in Ballungsräumen mit hoher Subspezialisierung einerseits, aber auch eine notwendige „breite“ Grundversorgung in eher ländlichen Regionen andererseits sind die sich daraus ergebenden Anforderungen. Auch für unser Fach „Orthopädie und Unfallchirurgie“ werden sowohl die Kostenträger als auch die Planungsbehörden künftig mehr als vielleicht bisher darauf achten, dass Abteilungsstrukturen bedarfsgerecht an die jeweils „vor Ort“ gegebene Situation ausgerichtet sind. Waren noch vor 5 bis 6 Jahren im Krankenhaus die Abteilungsstrukturen zur Erfüllung des Versorgungsauftrages praktisch ausschließlich durch das klassische Struktursystem „Chefarzt – Oberarzt – Assistenzarzt“ geprägt, so hat sich zwischenzeitlich doch in vielen Kliniken – und zwar auch politisch gewollt – eine „neue Säule“ durch Einbindung von Honorarärzten etabliert. Durch das „Vertragsarztrechtsänderungsgesetz“ (VÄndG) wurde die bis dahin rechtliche Bewertung (BSG-Urteil 28.02.2007), dass Kernleistungen (wie z.B. Operationen) im Krankenhaus nur durch angestellte Ärzte des Krankenhausträgers zu erbringen sind, aufgehoben. Nach § 20 Abs. 2 VÄndG ist „die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar“. Mit dem nachfolgenden Versorgungsstrukturgesetz [01.01.2012] wurde die rechtliche Auslegung noch weiter für das ambulante Operieren im Krankenhaus präzisiert, sodass dieses durch niedergelassene, freiberuflich tätige Ärzte ausdrücklich zulässig ist. Darüber hinaus wurde mit Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes [KHentgeltG 01.01.2013] auch die Erbringung von voll- und teilstationären Leistungen durch Vertrags-

Honorarärzte legalisiert und als abrechenbar definiert. Nach § 17 Abs. 3 KHentgeltG dürfen wahlärztliche Leistungen aber nur von angestellten oder beamteten Ärzten des Krankenhauses erbracht werden. Nicht angestellte Honorarärzte sind somit nicht liquidationsberechtigt.

Was bedeutet nun in diesem Kontext „Honorararzt“? Ein wirklich einheitliche Verwendung des Begriffes gibt es nicht. Nach Definition der Bundesärztekammer (2011) sind Honorarärzte „Fachärzte/-innen, die in medizinischen Einrichtungen zeitlich befristet freiberuflich auf Honorarbasis tätig sind“. Dabei haben sich in der klinischen Praxis vornehmlich zwei „Formen“ des Honorararztes mit ganz unterschiedlicher rechtlicher Stellung herauskristallisiert: (1) Der freiberuflich tätige Arzt, der selbstständig und eigenverantwortlich gegen Honorar arbeitet und keine Arbeitnehmerschutzrechte hat; (2) der selbstständige Arzt, der im Krankenhaus mit einem Teilzeitarbeitsvertrag angestellt und damit sozialversicherungspflichtig ist, und sowohl dem Direktionsrecht des Arbeitgebers als auch dem chefärztlichen Weisungsrecht unterliegt.

Beide „Varianten“ des Honorararztes mögen aus Sicht der Krankenhausträger durchaus attraktiv sein. Beide können zur Kompensation vom „Ausfallzeiten“ und „Auslastungsspitzen“ herangezogen werden. Dies gilt insbesondere in Abteilungen, wo Ärztemangel und Arbeitszeitgesetz zur Minderauslastung der gegebenen Ressourcen führen („keine OPs nach 16:00“). Eine spezifische Erweiterung des Leistungsspektrums (z.B. durch die Handchirurgie), welche über das bisherige „Angebot“ der Fachabteilung hinausgeht, kann ebenso zur Erlösoptimierung als auch zum Schließen einer Versorgungslücke beitragen.

Dabei spart der Krankenhausträger beim „Honorararzt ohne Teilzeitarbeitsvertrag“ zusätzlich noch die Sozialversicherungsbeiträge ein und muss sich aus rechtlicher Sicht bei der Vergütungshöhe nicht an den Vergleichsmaßstab der tarifvertraglich geregelten Lohnzahlung festangestellter Krankenhausärzte gebunden fühlen. Der umsichtige Krankenhausträger sollte hier aber nicht außer Acht lassen, dass durch ein Ungleichgewicht in der Gehaltsstruktur zu den festangestellten Ärzten Unzufriedenheit und Störungen des Betriebsfriedens vorprogrammiert sind. Als weiteres Negativum muss sich der Krankenhausträger auch bewusst sein, dass er durch „honorarärztliche Versorgungskonstrukte ohne Anstellungsvertrag“ sich dem Vorwurf der „verdeckten Kopfpauschale“ aussetzt und nicht nur die

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0033-1360378>
Z Orthop Unfall 2014; 152: 18–19 © Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 1864-6697

Korrespondenzadressen

Univ.-Prof. Dr. med. Dieter C. Wirtz
Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Straße 25
53105 Bonn
Tel.: 0228/287-14170
Fax: 0228/287-14175
dieter.wirtz@ukb.uni-bonn.de

Univ.-Prof. Dr. Ulrich Stöckle

Ärztlicher Direktor
BGU Klinik Tübingen
Schnarrenbergstraße 96
72076 Tübingen
Tel.: 07071/606-1001
Fax: 07071/606-1002
u.stoeckle@bgu-tuebingen.de

Leistungserbringung, sondern auch die Abrechnung in der „Wahl-
arztkette“ nicht gegeben sind. Insofern kann den Krankenhaus-
trägern nur angeraten sein, sofern die Betätigung von Honorar-
ärzten zur bedarfsgerechten Deckung des Versorgungsauftrages
notwendig ist, ausschließlich „Honorarärzte mit Teilzeitarbeits-
vertrag“ anzustellen.

Dabei muss es in Absprache und Übereinstimmung mit dem
Chefarzt der Fachabteilung eine klare und eindeutige Regelung
hinsichtlich Zuständigkeiten, Haftung und Einbindung in die Kli-
nikhierarchie geben. Auch der „Honorararzt mit Teilzeitarbeits-
vertrag“ muss in die Strukturqualität und Prozessoptimierung
der Klinik eng eingebunden sein. Er muss sich in die Weiterbil-
dung der jüngeren Kollegen einbringen und Teamverantwortung
übernehmen. Dies gelingt nur, wenn auch der „Honorararzt mit
Teilzeitarbeitsvertrag“ sich kontinuierlich und langfristig enga-
giert. Bettenführende Abteilungen brauchen Kontinuität, kurz-
fristige Arztwechsel stören die Arzt-Patienten-Beziehung. Quali-
tätsüberprüfungen im Rahmen von Zertifizierungsprozessen

sollten daher künftig nicht nur die jeweilige Institution beweren,
sondern auch individualisiert die handelnden Ärzte. Damit
müssen sich auch Honorarärzte im Krankenhaus der externen
Bewertung unterziehen. Nur dann kann die „Marke“ Kranken-
haus nachhaltig medizinischen und wirtschaftlichen Erfolg ver-
buchen.

So attraktiv das Honorararztwesen für den Vertragsarzt einer-
seits als auch für den ein oder anderen Krankenhausträger unter
den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen auch sein mag,
eine Fachabteilung im Krankenhaus braucht einen Chefarzt oder
ein Chefarztteam. Dieses ist und bleibt – gerade wegen der poli-
tisch initiierten und geforderten Qualitätsinitiative im Kranken-
haus – das Modell der Zukunft. Ohne einen Gesamtverantwort-
lichen als Leistungsträger und Vorbild, der auch das Krankenhaus
mit prägt, ist eine bedarfs- und ergebnisorientierte Patientenver-
sorgung nicht möglich.

D.C. Wirtz, U.Stöckle