

Honorärärzte in Orthopädie und Unfallchirurgie

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie – DGOU –
in Zusammenarbeit mit
dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie – BVOU –
und dem Verband Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen – VLOU –
basierend auf den Ergebnissen des „Forums Honorärärzte in Orthopädie und Unfallchirurgie“
am 18.04.2012 im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin

Veranstalter: Ausschuss Versorgung, Qualität und Sicherheit der DGOU;
Prof. Dr. med. Reinhardt Hoffmann, Dr. med. Peter Heppt, Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller,
Dr. med. Daniel Frank, Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard, Prof. Dr. med. Hartmut Siebert

Der Gesundheitsmarkt in Deutschland ist durch eine zunehmende, politisch gewollte Aufweichung der sektoralen Grenzen gekennzeichnet. Parallel besteht bereits ein Ärztemangel, der in vielen Kliniken zu unbesetzten Stellen und Problemen in der Sicherstellung des Versorgungsauftrags führt. Zudem entwickelt sich in vielen medizinischen Disziplinen ein Speziesitentum, mit „Superspezialisierungen in Diagnostik und Therapie“, die von Versorgungskliniken kaum noch abzubilden sind. Diese Entwicklungen haben ihren Preis – und fordern ihn auch ein.

Orthopädisch-unfallchirurgische Kliniken und Abteilungen bekommen das in vielfältiger Weise zu spüren. Breite Teile des traditionellen Behandlungsspektrums sind für diese Abteilungen in den letzten Jahren bereits „weggebrochen“, in den ambulanten Sektor gewandert und / oder wirtschaftlich nicht mehr darstellbar. Zunehmend bilden sich ambulante Praxisverbände und Gemeinschaften, die arbeitsteilig und hoch spezialisiert ihre Patienten – auch aus wirtschaftlichen Gründen – nicht mehr den Hauptabteilungen zur Operation zuweisen, sondern den Klinikträgern als Eigenleistung gegen ein entsprechendes Entgelt anbieten. Diese Ärzte werden in den Kliniken nach der gemeinsamen Positionsbestimmung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 2011 honorarärztlich als Kooperationsärzte in den Kliniken tätig und landläufig als Honorärärzte bezeichnet.

Hiervon sind die Hauptabteilungen der Kliniken besonders betroffen. Die Integration der honorarärztlich tätigen Operateure in diese Abteilungen ist nicht unproblematisch, da an vielen Stellen vertraglich ungeklärt. Der zuständige Chefarzt oder Abteilungsleiter muss in die Auswahl des Kooperationsarztes und die Vertragsgestaltung einbezogen werden, soweit es medizinische Kernprozesse, Organisationserfordernisse der Abteilung und qualitätssichernde Aspekte betrifft. Transparenz und kollegiales, verständnisvolles Miteinander sind unabdingbar für eine erfolgreiche Integration. Die „Chemie“ muss stimmen.

Die Zahl sämtlicher Weiterbildungsinhalte – insbesondere der operativen Leistungszahlen – wird dadurch deutlich reduziert, da die honorarärztliche Leistungserbringung – und damit die Operation – höchstpersönlich erfolgen muss und nicht assistiert werden darf. Zusätzlich nimmt der Anteil von Eingriffen leichteren und mittleren Schweregrades in den Hauptabteilungen durch Verlagerung in den ambulanten Sektor seit Jahren ab. Das Spektrum verschiebt sich zu Eingriffen mit höherem und hohem Allgemein- und Lokalrisiko, ist damit immer mehr erfahrenen Oberärzten vorbehalten und entfällt als „Weiterbildungsoperation“. Die Weiterbildungszeiten müssten sich demnach zur Erfüllung der geforderten Kataloge drastisch und in unzumutbarer Weise verlängern – oder Qualitätsabstriche an der Weiterbildung generell hingenommen werden.

Das deutsche Gesundheitswesen ist im Umbau und bewegt sich zunehmend auf ein Consultant-System nach anglo-amerikanischem Muster zu. Diese Veränderungsprozesse müssen transparent, fair und qualitätsorientiert durchgeführt werden, um breite Akzeptanz zu erzielen und letztlich dem einzelnen Patienten nützen. Sie dürfen von allen Beteiligten keinesfalls unter vorwiegend persönlichen, wirtschaftlichen oder Marktinteressen vorangetrieben werden. Die kürzlich publizierten Empfehlungen des Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen (SVR) beschreiben bestehende Defizite an der Schnittstelle ambulant / stationär und zeigen Wege wie Qualität und Sicherheit – und unserer Meinung nach auch Zufriedenheit – für den Patienten erzielt werden können.

Mit diesem Positionspapier wollen wir als betroffene Verbände und Fachgesellschaften die bestehenden Probleme auflisten und einen Beitrag zu deren Lösung leisten. In zehn Punkten wird zu der bislang ungeordneten Entwicklung Stellung bezogen und ein Forderungskatalog an Selbstverwaltung, Politik und die verfasste Ärzteschaft zur Verbesserung der z.T. unerträglichen Situation vor allem der uns anvertrauten Patienten dargestellt.

Er ist das Ergebnis eines Diskussions- und Konsensus-Forums Orthopädie und Unfallchirurgie vom 18.04.2012 im Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin, veranstaltet vom Ausschuss Versorgung, Qualität und Sicherheit der DGOU in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und dem Verband Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU).

Eckpunkte zu: Honorarärzte in Orthopädie und Unfallchirurgie

1. Honorarärzte sind faktischer Bestandteil der Versorgungsrealität an vielen orthopädisch-unfallchirurgischen Kliniken und Abteilungen. Sie erbringen Leistungen im elektiven Behandlungsspektrum. Leistungen spezialisierter Maximalversorgung sowie Notfallbehandlungen sind davon ausgenommen.
2. In Anlehnung an die Positionsbestimmung und Begriffsdefinitionen der BÄK und der KBV (April 2011, S. 14-17) sind die dort typologisch definierten „Kooperationsärzte“ angesprochen. Hierbei handelt es sich um in der Regel niedergelassene Vertragsärzte, die gegen Honorar in medizinischen Einrichtungen arbeiten und z.B. für Kliniken die Hauptbehandlungs- bzw. wesentlichen Leistungen erbringen. Zur Vermeidung der Neuschaffung weiterer Begrifflichkeiten wird der Begriff des als Kooperationsarzt tätigen Honorararztes daher übernommen, im Folgenden als Kooperationsarzt (KA/KÄ) bezeichnet.
3. Die Tätigkeit des KA kann in Abgrenzung zu angestellten Abteilungsärzten unter bestimmten Bedingungen als freiberuflich eingeordnet werden. Eine Befristung des Vertragsverhältnisses liegt im Ermessen der Vertragspartner. Der KA-Vertrag muss Elemente enthalten und in der Wirklichkeit so gelehrt werden, dass eine Scheinselbstständigkeit nach dem geltenden Rechtsverständnis ausgeschlossen werden kann.
4. Der KA muss Facharzt und zudem zur definierten Leistungserbringung nachweislich qualifiziert sein. Dieser Nachweis kann erbracht werden z.B. in Form dokumentierter Leistungs-Fallzahlen oder über qualifizierende Zusatzbezeichnungen. Die Prüfung dieser Qualifikation sollte vorzugsweise durch unabhängige Stellen (z.B. LÄK oder Zulassungsausschuss) erfolgen, um Interessenskonflikte zu vermeiden.
5. Der KA darf nicht in fachfremden Abteilungen und nur im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses tätig werden. Für die Orthopädie und Unfallchirurgie bedeutet dies, dass eine Hauptabteilung dieses Fachgebietes an der Klinik vorhanden sein muss.
6. Das Zahlenverhältnis fest angestellter Fachärzte zu KÄ einer Abteilung muss angemessen sein.
7. Der KA muss sich in den Klinikalltag und die Prozessabläufe kollegial integrieren und seinen Aufklärungsverpflichtungen gegenüber den von ihm behandelten Patienten voll umfänglich nachkommen. Er untersteht aus haftungsrechtlichen und qualitätssichernden Gründen dem medizinischen Weisungsrecht des Chefarztes im Hinblick auf die Abteilungsabläufe und -prozesse, nicht jedoch dem Direktionsrecht des Arbeitsgebers. Grundsätzlich ist der KA den Klinikärzten in Bezug auf Verantwortung für Qualität und Sicherheit in der Leistungserbringung gleichgestellt und unterliegt den gleichen fachlichen Weisungen. Die Akzeptanz von internen Leitlinien oder Prozessabläufen und das Verhältnis zwischen Abteilungsleiter und KA sollte Bestandteil einer Vereinbarung zwischen KA und Auftraggeber sein. Sie ist dann kein Widerspruch zur selbstständigen Berufsausübung, wenn sie das Ergebnis eines vorhergehenden Verhandlungsprozesses ist und damit dem Willen der Vertragspartner entspricht. Diese Vereinbarung sollte auch die nachgeordneten Weisungsbefugnisse des KA gegenüber Dritten (z.B. Pflegedienst und Assistenzärzten) beinhalten.
8. Es wird gefordert, dass KÄ zukünftig in die Weiterbildung der Ärzte in Weiterbildung verpflichtend einbezogen werden können. Dies gilt speziell auch für Operationsassistenten in Rahmen von Weiterbildungsoperationen und sektorenübergreifende Weiterbildungsinhalte/-kooperationen (z.B. Rotationsassistenten).
9. Mit dem KA sollte vereinbart werden, dass weitere (Neben-)Tätigkeiten, die dem Interesse des Krankenhausträgers zuwiderlaufen können, offen zu legen sind. Diese müssen u.a. bei der Vereinbarung von Tätigkeitszeiten berücksichtigt werden. Verträge mit der Industrie, die eine Interessenkollision befürchten lassen, sind offenzulegen. Der KA ist zur Einhaltung des Medizinproduktegesetzes verpflichtet.
10. Die Vergütung des KA für die erbrachte Leistung hat angemessen zu erfolgen. Die Vergütung sollte sich an der GOÄ oder anteilig an der DRG orientieren. Leistungen und Gegenleistungen müssen angemessen sein und dürfen keine verdeckte Einweiserpauschalen (keine Zuweisung gegen Entgelt) beinhalten. Transparenz der Vergütung gegenüber Versorgungs- und Kostenträgern erfolgt durch den Klinikträger/-vertragspartner.

Den Vertretern und Vertreterinnen folgender Verbände und Organisationen danken wir herzlich für Ihre Anregungen und manche Präzisierung:

Bundesärztekammer
Berufsverband Deutscher Chirurgen e.V.
Berufsverband der Belegärzte e.V.
Berufsverband der Honorarärzte e.V.
AOK-Bundesverband GbR
Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Berlin 02.07.2012