

## Aktuelle Personalsituation im ärztlichen Dienst der Anästhesiologie an universitären Einrichtungen in Deutschland

### Zusammenfassung

**Hintergrund:** Mit der DRG-Einführung kam es zu einer erheblichen Arbeitsverdichtung in der anästhesiologischen Versorgung, die in der universitären Medizin in zunehmendem Maße besonders im ärztlichen Dienst zu Personaldefiziten führt. Die vorliegende Studie untersuchte mittels einer Umfrage die Einschätzung der aktuellen Personalsituation durch die Kliniken für Anästhesiologie an deutschen Universitäten.

**Teilnehmer und Methoden:** Die Umfrage richtete sich an 39 Ordinariate der Anästhesiologie und wurde im Zeitraum Dezember 2010 bis Februar 2011 von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) durchgeführt. Der Rücklauf der Fragebögen betrug 92 %.

**Ergebnisse:** 39 % der befragten Anästhesieabteilungen gaben eine unzureichende Stellenausstattung an und 33 % hatten zum Zeitpunkt der Umfrage nicht alle ärztlichen Planstellen besetzt. Bei der überwiegenden Mehrheit (81 %) traten unbesetzte Stellen infolge von Fluktuationen auf; bei 50 % dauerten Neubesetzungen im Durchschnitt mehr als sechs Wochen. Im Mittel blieben im letzten Jahr an jeder teilnehmenden universitären Einrichtung pro Monat 2,8 Arztstellen unbesetzt. Bei 75 % der Befragten führte dies zu Mehrarbeit und bei 58 % zum Einsatz von Mitarbeitern aus Forschung und Lehre in der Krankenversorgung. Ein Anteil von 53 % gab nega-

## Current situation of anaesthesia staff at university hospitals in Germany

U. X. Kaisers<sup>1</sup> · A. Welker<sup>2</sup> · Th. Busch<sup>1</sup> · A. Schleppers<sup>3,5</sup> · F. Hokema<sup>1</sup> · J. Bajorat<sup>4</sup> · G. Nöldge-Schomburg<sup>4,5</sup>

tive Auswirkungen auf die Weiterbildung an. Der erweiterte Einsatz von Pflegekräften erfolgte bei 17 % der Befragten, und 8 % gaben an, Honorarärzte zu beschäftigen; 25 % sehen hier auch mittelfristig weiteren Bedarf. Eine künftige Zunahme der Stellenbesetzungsprobleme sahen 56 % der Teilnehmer voraus.

**Schlussfolgerungen:** Die Personalsituation im ärztlichen Dienst der Anästhesiologie an Universitätskliniken in Deutschland ist heterogen und durch akute Besetzungsprobleme in einem erheblichen Teil der Einrichtungen gekennzeichnet. Im Mittel ist das Personaldefizit derzeit noch moderat. Der Ausgleich erfolgt primär durch Mehrarbeit sowie durch den Transfer von Mitarbeitern aus Forschung und Lehre in die Krankenversorgung. Der erweiterte Einsatz von Pflegekräften und Honorarärzten ist bisher noch die Ausnahme. Eine rational begründete Stellenbemessung, eine marktübliche Vergütung sowie ein attraktives Arbeitsklima vor Ort sind Voraussetzungen, um die Personalsituation zu verbessern und den Einsatz von Fremdkräften nachhaltig zu reduzieren.

### Summary

**Introduction:** Implementation of the German DRG system induced an increasing workload that led to a supply and demand imbalance in the hospital staff sector. The aim of this study was to investigate the current job situation at German university departments of anaesthesiology.

<sup>1</sup> Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Leipzig (Direktor: Prof. Dr. U. X. Kaisers)

<sup>2</sup> Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden (Direktorin: Prof. Dr. G. Beck)

<sup>3</sup> Berufsverband Deutscher Anästhesisten e.V., Nürnberg

<sup>4</sup> Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Rostock (Direktorin: Prof. Dr. G. Nöldge-Schomburg)

<sup>5</sup> Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V., Nürnberg

### Interessenkonflikt

Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

### Schlüsselwörter

Anästhesie – Honorarärzte – Ärztemangel – Universitätskliniken – Deutschland

### Keywords

Anaesthesiology – Locums – Staff Shortage – University Hospitals – Germany

**Participants and methods:** Under the supervision of the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine and with the support of the Professional Association of German Anaesthetists, a survey of 39 university anaesthesiology chairs was conducted between December 2010 and February 2011.

**Results:** The questionnaire return rate was n=36 (92 %). An inadequate personnel budget was reported by 39 %, and 33 % had vacant staff positions at the time of the survey. In most departments (81 %), the vacancies resulted from fluctuations, and in 50 % of the cases it took an average of more than six weeks to effect replacement. On average, each department had a deficit of 2.8 physicians per month. 75 % compensated increased workload with extra work, and 58 % transferred staff from teaching and research to medical care. In consequence, 53 % reported negative effects on medical training. Delegation to nursing staff was undertaken by 17 % while 8 % employed locum doctors. 25 % predicted further requirements over the middle term. Continuing personnel problems in the near future were anticipated by 56 %.

**Conclusions:** On average, personnel deficits in departments of anaesthesiology are still moderate and compensated primarily by extra work or transferring teaching and research staff to medical care in German universities. Delegation of anaesthesiological tasks and the hiring of locum doctors remains the exception. Adequate budgets and payment, together with an attractive working environment and reliable qualification programmes are needed to improve staff shortfall, and reduce the need for delegation or locum doctors.

## Einleitung

Seit 2003 wurde das DRG-(diagnosis related groups)-System mit der Zielsetzung eines größeren Wettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen implementiert. Dies führte zu einer Reduktion der mittleren Verweildauer und einer zunehmenden Arbeitsverdichtung in Kran-

kenhäusern [1-3]. Gleichzeitig wurden die Kliniken durch finanziellen Druck zu einer ständigen Optimierung der Ressourcen und Prozesse gezwungen [4]. Zusätzlich wurde im Jahr 2004 das Arbeitszeitrecht novelliert. Dies führte durch die Anerkennung bis dato inaktiver Bereitschaftsdienstzeiten als Arbeitszeit und Festsetzung von Höchstgrenzen für die tägliche bzw. wöchentliche Arbeitszeit zu einem erheblichen Mehrbedarf an ärztlichen Mitarbeitern im Krankenhaus und insbesondere auch in der Anästhesiologie.

In Einrichtungen der stationären Versorgung beträgt der Personalkostenblock ungefähr 64 % der Gesamtkosten, 83 % entfallen davon auf das medizinische Personal [5]. Daher wurde in den vergangenen Jahren gerade hier Optimierungspotential gesehen. Geringes Gehalt in Relation zur Arbeitszeit, viele Überstunden mit teilweise unattraktiver Lage der Arbeitszeit, Arbeit im Schichtsystem, zunehmend hohe Belastungen durch Verwaltungsarbeit, aber auch ein schlechtes Betriebsklima und Führungsprobleme wirken auf mögliche Berufseinsteiger abschreckend bzw. führen zu einer eingeschränkten Arbeitszufriedenheit der ärztlichen Mitarbeiter [6,7]. Das altersbedingte Ausscheiden von 6.905 Klinikärzten wird das Problem in den nächsten Jahren noch zusätzlich verschärfen [8]. Es zeichnet sich zwar eine nominale Zunahme der Arzthäufigkeiten ab; diese wird jedoch von einer hohen Abwanderungstendenz überlagert [9]. Für die Krankenhäuser impliziert dies die Verpflichtung, sich im Wettbewerb um die Ärzte als attraktiver Arbeitgeber zu positionieren [10]. Gerade in der Anästhesiologie ergibt sich dabei eine steigende Nachfrage nach qualifizierten Mitarbeitern [11].

Unter diesen Bedingungen ist verständlich, dass bereits heute in vielen nicht-universitären Kliniken einem eklatanten Personalmangel begegnet werden muss, um die medizinische Leistungsfähigkeit der Einrichtungen aufrecht erhalten zu können, eine Abwanderung der eigenen Mitarbeiter zu verhindern und eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung nachhaltig zu sichern. Eine im Jahr 2010

durchgeführte Mitgliederbefragung des Marburger Bundes ergab hochgerechnet 12.000 vakante Stellen im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser [12]. Eine bereits praktizierte Möglichkeit, fehlende Positionen überbrückend zu füllen, bietet die Anstellung von Honorarärzten. Diese sind im engeren Sinne Ärzte, die ohne vertragsärztliche Zulassung sowie ohne gleichzeitig bestehendes Angestelltenverhältnis gegen ein Honorar tätig werden. Honorarärztlich tätige Kollegen hingegen befinden sich in einem bestehenden Angestelltenverhältnis oder eigener Zu-/Niederlassung und arbeiten nebenher bei einem weiteren Arbeitgeber [13]. Derartige Beschäftigungsverhältnisse sind in angloamerikanischen Ländern unter dem Begriff „locum tenens“ bereits hinlänglich bekannt und werden dort schon seit Jahrzehnten praktiziert ([www.locumtenens.com/](http://www.locumtenens.com/)). In Deutschland zeigt sich in den letzten Jahren ebenfalls eine zunehmende Tendenz [14]. Aktuelle Einschätzungen des Bundesverbandes für Honorarärzte ([www.bv-honoraraerzte.de](http://www.bv-honoraraerzte.de)) gehen von ca. 4.000 derzeit in Voll- und Teilzeit tätigen Honorarärzten in Deutschland aus. Insbesondere Anästhesisten neigen dazu, honorarärztlich tätig zu werden. Die Vorab-Ergebnisse einer aktuell laufenden Studie belegen, dass 41 % der dort befragten Honorarärzte Fachärzte für Anästhesie sind [15].

Dem Angebot an Honorarärzten steht eine erhebliche Nachfrage von Seiten der Kliniken gegenüber. Eine Untersuchung im Fachbereich Chirurgie ergab, dass in 33 % der befragten Abteilungen bereits Honorarärzte tätig sind [16]. Eine Umfrage des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten ([www.bda.de](http://www.bda.de)) vom September 2009 unter 390 Chefarzten zeigte, dass bereits in 52 % der Kliniken Honorarärzte zum Einsatz kamen. In 29 % der Häuser wurden diese regelmäßig beschäftigt. Mittlerweile sind nicht nur kleine Häuser oder Kliniken in strukturschwachen Regionen von diesem Trend betroffen. In Zeiten des zunehmenden Ärztemangels, der Verdichtung der Arbeit und der Flexibilisierung bestehender Arbeitsverhältnisse wird die honorarärztliche Tätigkeit auch zunehmend von Häusern der Maximalversorgung nachgefragt werden. Daten

zur derzeitigen Praxis an den anästhesiologischen Einrichtungen der deutschen Universitätskliniken liegen bislang nicht vor.

Eine weitere Möglichkeit zur Reduktion des Personaldefizits besteht in der Delegation anästhesiologischer Leistungen auf das Pflegepersonal, das damit in die Lage versetzt wird, in erhöhtem Maße bei der Vorbereitung, der Durchführung sowie der Nachbereitung der Narkose zu assistieren. BDA und DGAI haben in ihrer gemeinsamen Münsteraner Erklärung auf den hierbei bestehenden engen rechtlichen Rahmen verwiesen, der durch die ärztliche Verantwortlichkeit begründet ist, und dargelegt, dass eine Entscheidung, welche Leistungen delegiert werden dürfen, nur ad hoc unter Berücksichtigung der konkreten Situation im Einzelfall vom verantwortlichen Anästhesisten getroffen werden kann (Beschluss der Präsidien von DGAI und BDA vom 19.11.2004 bzw. 30.11.2004). Aktuell erfolgt die Ausbildung zum „Anästhesietechnischen Assistenten“ an den Universitätskliniken

in Frankfurt und Halle sowie an einigen Fachschulen. Zum Umfang des Einsatzes von Anästhesieassistentenpersonal an Universitätskliniken liegen derzeit ebenfalls keine Daten vor.

Die aktuelle Umfrage erfasst die aktuelle Personalsituation im ärztlichen Dienst an deutschen Universitätskliniken und analysiert die Einschätzungen der anästhesiologischen Ordinariate bezüglich der Auswirkungen des Personalmangels sowie die Beurteilung von Chancen und Risiken eines vermehrten Einsatzes von Honorarärzten oder der Delegation anästhesiologischer Tätigkeiten an das Pflegepersonal.

### Teilnehmer und Methoden

Für die Umfrage zur aktuelle Personalsituation der Anästhesiologie an universitären Einrichtungen wurde ein 6-seitiger Fragebogen mit insgesamt 37 Multiple-choice-Fragen, offenen Fragen und Fragen mit Mehrfachantwortmöglichkeiten, an  $n = 39$  Ordinariate des Fachbereichs Anästhesiologie an deutschen Univer-

sitätsklinika verschickt. Die Umfrage wurde im Zeitraum vom 15. Dezember 2010 bis zum 05. Februar 2011 unter Leitung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI) und mit Unterstützung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e.V. (BDA) durchgeführt.

Der Rücklauf betrug  $n = 36$  (92 %) Fragebogen. Die manuelle Dateneingabe und -auswertung erfolgte im Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Office Excel 2007 (Microsoft Corp. 2008). Ausgelassene Fragen wurden als „keine Angabe“ gezählt. Die deskriptive Darstellung in Graphiken und Tabellen erfolgt als  $n =$  Zahl der Antworten und als [%] = Prozentsatz der Rückläufer. Die jeweilige Erklärung ist den Tabellen und Graphiken beigefügt.

### Ergebnisse

#### Personalsituation im ärztlichen Dienst

Die Tabelle 1 zeigt die Umfrageergebnisse zur aktuellen Personalsituation

**Tabelle 1**

Aktuelle Personalsituation im ärztlichen Dienst an anästhesiologischen Einrichtungen deutscher Universitätsklinika.

Personalentwicklung in den letzten 24 Monaten		Zunahme	unverändert	Abnahme	keine Angabe	
	n	23	7	1	5	
	[%]	63,9	19,4	2,8	13,9	
Grundlage der Stellenberechnung (Mehrachennung möglich)		DRG-Erlöse	AP-Methode (BDA-Tool)	historisch	nicht transparent	keine Angabe
	n	10	5	13	7	5
	[%]	27,8	13,9	36,1	19,4	13,9
Höhe des Facharztanteils in der Abteilung		< 50 %	> 50 %	> 60 %	keine Angabe	
	n	18	10	3	5	
	[%]	50,0	27,8	8,3	13,9	
Vorhandensein unbesetzter Stellen in den letzten 12 Monaten		Ja	Nein	keine Angabe		
	n	29	2	5		
	[%]	80,6	5,6	13,9		
Durchschnittliche Dauer bis zur Neubesetzung		nahtlos	bis zu 6 Wochen	bis zu 12 Wochen	länger	keine Angabe
	n	2	10	10	8	6
	[%]	5,6	27,8	27,8	22,2	16,7
Durchschnittliche Anzahl unbesetzter Stellen pro Monat	Mw ± Stabw	2,8 ± 2,4				

Die Tabelle zeigt die Umfrageresultate bezüglich der Personalentwicklung und der unbesetzten Stellen sowie die Dauer bis zur Neubesetzung.  
Mw = Mittelwert, Stabw = Standardabweichung, n = Anzahl der Nennungen, [%] = Prozentanteil am Gesamtrücklauf.

im Fachbereich Anästhesiologie an den deutschen Universitätsklinika. Bei 63,9 % (n = 23) der Einrichtungen war eine Zunahme des ärztlichen Vollkräfte-Personalschlüssels in den letzten zwei Jahren zu verzeichnen. Die Art und Weise der Budgetierung der benötigten Stellen ist jedoch durchaus unterschiedlich. 36,1 % (n = 13) nutzen hierzu historische Daten. In 27,8 % (n = 10) der Fälle wurde der Personalschlüssel auf Basis von DRG-Erlösen bestimmt. 13,9 % (n=5) nutzen das Personalbedarfs-kalkulationstool des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten für die Stellenbemessung in der Krankenversorgung, während die Basis der Stellenbemessung bei 19 % (n=7) nicht transparent war. Der Facharztanteil beläuft sich im überwiegenden Teil (50 %, n = 18) auf unter 50 % der Gesamtstellen. Ein Anteil von 38,9 % der befragten Kliniken gab an, dass die budgetierten VK selbst bei Vollbesetzung nicht ausreichend seien, um die abgeforderten Leistungen unter Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes zu er-

füllen. 80,6 % (n = 29) aller Abteilungen hatten in den letzten 12 Monaten unbesetzte Stellen wegen Fluktuationen. Bei 50 % (n = 18) der Häuser waren mehr als sechs Wochen bis zur Neubesetzung notwendig. Ein Drittel der Einrichtungen (n=12) hatte zum Zeitpunkt der Umfrage nicht alle ärztlichen Planstellen besetzt. Im Durchschnitt blieben an jeder universitären Anästhesieeinrichtung im Jahr der Umfrage 2,8 Vollzeitstellen pro Monat unbesetzt.

### Folgen des Personalmangels im ärztlichen Dienst

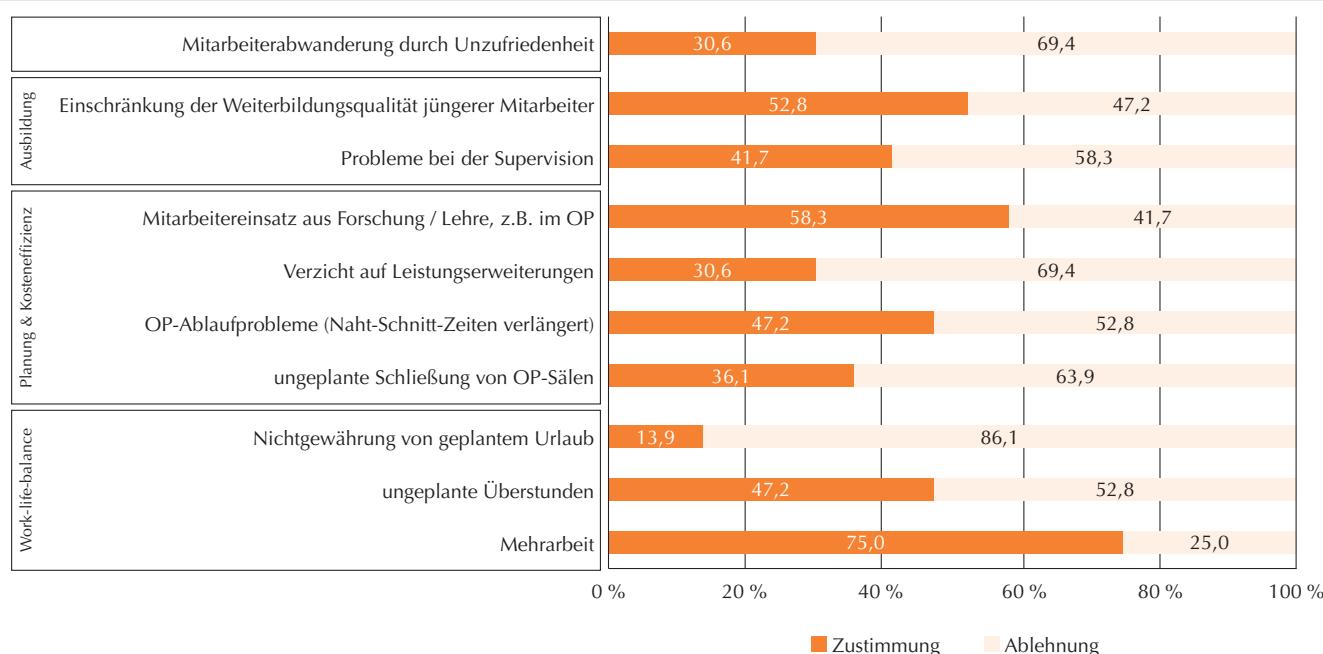
Befragt zu den aktuellen Folgen des Personalmangels bewerteten die Teilnehmer die Auswirkungen in ihren Kliniken. Abbildung 1 zeigt hierbei die prozentuale Zustimmung zu den vorgegebenen Aussagen. 75 % (n = 27) der Teilnehmer befürchten eine hierdurch entstehende Mehrarbeit für die verbliebenen Mitarbeiter. Bei 47,2 % (n = 17) der Einrichtungen führt dies zu ungeplanten Überstunden, in 13,9 % (n = 5) der Fälle zu einer

Nichtgewährung von geplantem Urlaub. Im Bereich der Ausbildung wirkt sich der Personalmangel negativ aus; 52,8 % (n = 19) geben Mängel bei der Weiterbildung der jüngeren Mitarbeiter an. Zusätzlich kommt es in 58,3 % (n = 21) der Einrichtungen zu einer Verlagerung von Mitarbeitern aus Forschung und Lehre in die Patientenversorgung, um den laufenden Betrieb in der Krankenversorgung aufrecht erhalten zu können. Trotzdem sehen 47,2 % (n = 17) der Teilnehmer Probleme im OP-Ablauf im Hinblick auf Verlängerung von Naht-Schnitt-Zeiten.

### Einschätzung der Risiken des Einsatzes von Honorarärzten

Abbildung 2 zeigt die Einschätzung der Teilnehmer bezüglich möglicher Risiken beim Einsatz von Honorarärzten. 75 % (n = 27) befürchten eine Gefährdung des Teamzusammenhalts durch die Mitarbeit von Honorarärzten. Anteile der befragten Einrichtungen von je 63,9 % (n = 23) befürchten mögliche Nachteile für die klinikinterne Weiterbildung und

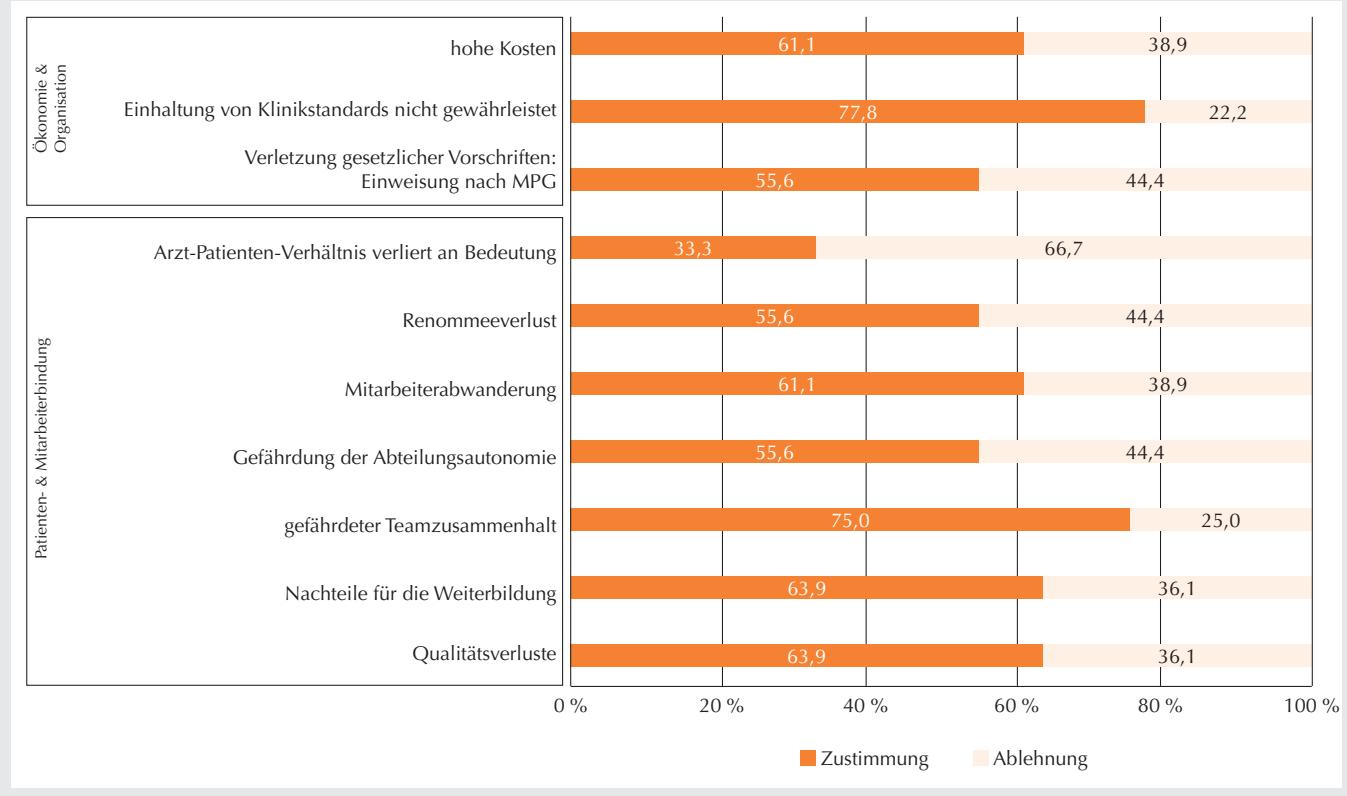
Abbildung 1



Aktuelle Folgen des Personalmangels im ärztlichen Dienst an anästhesiologischen Einrichtungen deutscher Universitätsklinika.

Die Abbildung zeigt die bisherigen Auswirkungen des Personalmangels auf die Work-life-balance der verbliebenen Mitarbeiter, die Planbarkeit des OP-Ablaufs und die Aus- und Weiterbildungssituation. Die Zustimmung der Teilnehmer zu den vorgegebenen Aussagen wird in Prozent [%] des Gesamtrücklaufs angegeben.

Abbildung 2



Mögliche Risiken bei vermehrtem Einsatz von Honorarärzten an anästhesiologischen Einrichtungen deutscher Universitätsklinika.

Die Abbildung zeigt die durch die Teilnehmer geschätzten Auswirkungen auf die Bereiche Ökonomie, Ablauforganisation sowie auf die Patienten- und Mitarbeiterbindung. Die Zustimmung der Teilnehmer zu den vorgegebenen Aussagen wird in Prozent [%] des Gesamtrücklaufs angegeben.

Qualitätsverluste. 77,8 % (n = 28) der Teilnehmer sehen außerdem eine Gefahr in der Nichteinhaltung von klinikinternen Standardprozeduren. Ein Bedeutungsverlust des Arzt-Patienten-Verhältnisses wird jedoch nur von 33,3 % (n = 12) der Befragten befürchtet. 55,6 % (n = 20) der teilnehmenden Einrichtungen befürchten einen Verlust der Abteilungsautonomie und einen Renommeeverlust. Ein aus diesen Punkten resultierender Verlust von weiteren Mitarbeitern wird von 61,1 % (n = 22) der Teilnehmer antizipiert.

### Motive für den Einsatz von Honorarärzten

Nach den möglichen Motiven für einen Einsatz von Honorarärzten befragt, antworteten 36,1 % (n = 13), dass eine zu hohe Belastung der eigenen Mitarbeiter einen derartigen Einsatz rechtfertigen würde (Abb. 3). 33,3 % (n = 12) der Teilnehmer können sich ebenfalls vorstellen,

Honorarärzte als passageren Ersatz bei Erkrankung der eigenen Mitarbeiter zu beschäftigen. Diese Motive werden dicht gefolgt von einer Kompensation Elternzeit-bedingter Abwesenheiten (22,2 %, n = 8) und der Gewährung zustehender Urlaubsansprüche der eigenen Mitarbeiter (25 %, n = 9). Die Optimierung der Weiterbildung und das Ermöglichen von Forschungstätigkeiten werden nur von 5,6 % (n = 2) bzw. 11,1 % (n = 4) der Teilnehmer als Einsatzgründe benannt. 52,8 % (n=19) würden die Beschäftigung von Honorarärzten nur auf den Einzelfall-Einsatz an definierten Anästhesiearbeitsplätzen beschränken.

### Tatsächlicher Einsatz von Honorarärzten und Delegation anästhesiologischer Aufgaben an Pflegekräfte

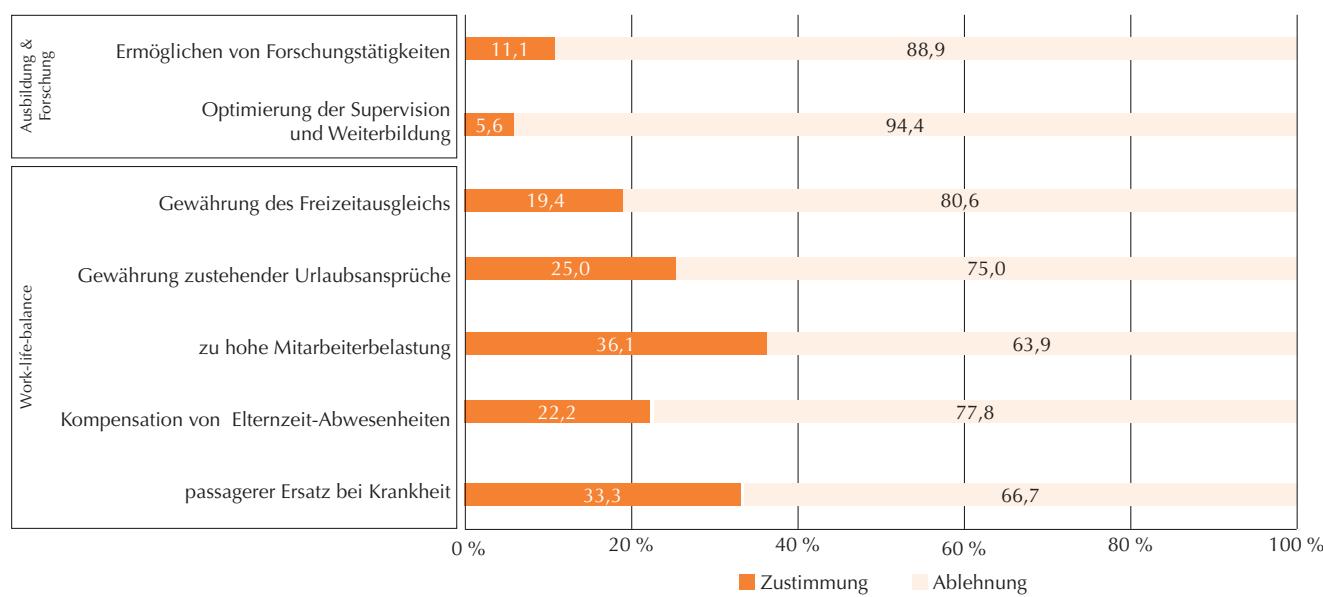
Nach den bisherigen praktischen Erfahrungen mit der Tätigkeit von Honorar-

ärzten in der eigenen Klinik zur Kompensation eines Ärztemangels gefragt, antworteten 8,3 % (n=3) der Kliniken, über einen entsprechende Erfahrung zu verfügen. 69,4 % (n=25) der Kliniken verneinten eine bisherige Erfahrung mit Honorarärzten und 22,2 % (n=8) der Kliniken ließen diese Frage unbeantwortet.

Bei den eingesetzten Honorarärzten handelte es sich in allen Fällen um Fachärzte, die durch die Einrichtungsleitung ausgewählt worden waren. Eine der Kliniken setze im Durchschnitt gleichzeitig 1 bis 2 Honorarärzte ein, zwei der Kliniken beschäftigten im Durchschnitt 3 bis 5 Honorarärzte gleichzeitig. Alle drei Kliniken setzen die Honorarärzte im Regeldienst im OP, eine Klinik zusätzlich auch im Bereitschaftsdienst ein.

Zahlenmäßig häufiger als der Einsatz von Honorarkräften erfolgte die Delegation anästhesiologischer Aufgaben an Mit-

Abbildung 3



Mögliche Motive für einen Einsatz von Honorarärzten an anästhesiologischen Einrichtungen deutscher Universitätsklinika.

Die Abbildung zeigt mögliche Motive aus Teilnehmersicht für einen potentiellen Einsatz von Honorarärzten in den eigenen Abteilungen. Die Zustimmung der Teilnehmer zu den vorgegebenen Aussagen wird in Prozent [%] des Gesamtrücklaufs angegeben..

arbeiter des Pflegepersonals. So gaben 16,7 % der befragten universitären Anästhesieeinrichtungen an (n=5 situativ, n=1 regelmäßig), Anästhesiepflegekräfte mit abgeschlossener Weiterbildung auf Basis der „Münsteraner Erklärung“ bei Narkosen einzusetzen. In einem größeren Anteil der Kliniken von 69,4 % (n=25) findet keine Delegation ärztlicher Leistungen an Pflegekräfte statt, 13,9 % (n=5) machten hierzu keine Angaben.

### Prognostizierte Entwicklung der Personalsituation in der Anästhesiologie

Die Teilnehmer wurden zu ihren Einschätzungen der zukünftigen Entwicklung im Personalbereich des ärztlichen Dienstes im Fachbereich Anästhesiologie befragt. Sie sollten verschiedene Aussagen bewerten und eine 2-Jahres- und eine 5-Jahres-Perspektive angeben. Es zeigte sich, dass die Mehrheit der Teilnehmer damit rechnet, auch in Zukunft Probleme bei der Besetzung vakanter Arzt-Stellen zu haben (16,7 % vs. 11,1 %; n = 6 vs. n = 4; Abb. 4). 55,6 % (n = 20) sehen innerhalb der nächsten fünf Jahre eine weitere

Zunahme der Besetzungsprobleme. Ein Viertel (n = 9) der Befragten rechnet mit einer Zunahme der Honorararztätigkeit und geht im 5-Jahres-Zeitraum von einer zunehmenden Delegation ärztlicher Leistungen auf den pflegerischen Sektor aus.

### Diskussion

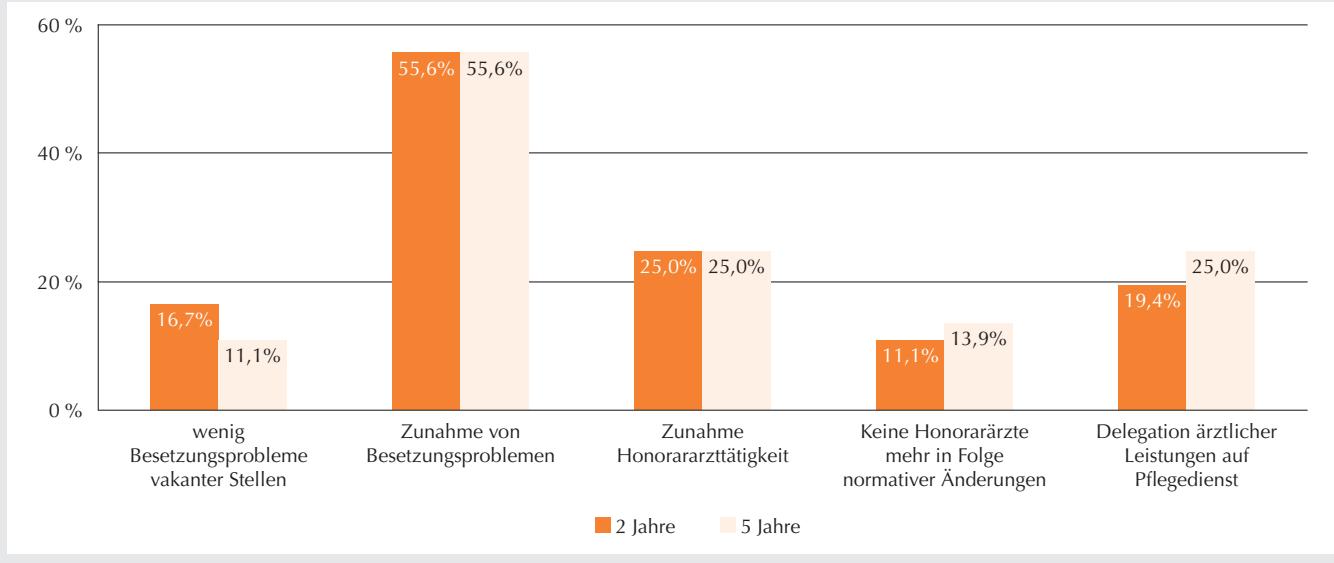
Im Rahmen des zunehmenden Ärztemangels insbesondere in Krankenhäusern wird die Diskussion um Personalrekrutierung, Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung, Sicherung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und Entlastung der eigenen Mitarbeiter zunehmend wichtiger. Erst mit Kenntnis der Stärken und Schwachstellen eines überbrückenden Einsatzes von abteilungsfremden Mitarbeitern können mögliche Probleme antizipiert und aktiv vermieden werden.

Die Befragung der anästhesiologischen Ordinariate deutscher Universitätsklinika zeigt, dass das Problem der Stellennachsatzbesetzung im ärztlichen Dienst bereits die Häuser der universitären Maximal-

versorgung erreicht hat. Trotz einer absoluten Zunahme an ärztlichen Stellen ergeben sich bei weiter steigendem Bedarf (insbesondere an Fachärzten) im Stellenplan der Einrichtungen Lücken, die erst nach längerer Suche mit geeigneten Bewerbern besetzt werden können. Bereits die jetzigen Besetzungsschwierigkeiten haben Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Abteilungen wie auch auf die dort tätigen Mitarbeiter.

Die häufig als erstes spürbare Auswirkung des Personaldefizits ist die Änderung der Aufgabenverteilung bei den verbliebenen Mitarbeitern. In den meisten Abteilungen führt dies zu Mehrarbeit und sukzessive auch zu einer Zunahme der Überstunden. Qualitativ weniger auffällig, aber dennoch mit erheblichen Problemen für die zukünftige Leistungsfähigkeit der universitären Fachabteilungen verbunden, ist der betrieblich notwendige Mitarbeitereinsatz aus Forschung und Lehre in der Krankenversorgung. Infolgedessen werden Mitarbeiter von der wissenschaftlichen Anleitung und studentischen Ausbildung abgezogen um das „Tagesgeschäft“

Abbildung 4



Prognostizierte Entwicklungen im Bereich des ärztlichen Dienstes der Anästhesiologie an deutschen Universitätsklinika.

Die Graphik zeigt die von den Teilnehmern abgeschätzten Entwicklungen im Bereich der Personalpolitik im Fachbereich Anästhesiologie. Die Zustimmung der Teilnehmer zu den vorgegebenen Aussagen ist in Prozent [%] des Gesamtrücklaufs angegeben.

bewältigen zu können. Obwohl die Auswirkungen dieses „Jonglierens“ mit Stellen erst später voll wirksam sein werden, bemerkten die Teilnehmer unserer Umfrage bereits jetzt Einschränkungen in der Weiterbildungsqualität der jüngeren Mitarbeiter. Die unbesetzten Stellen bewirken folglich schon heute eine Verschlechterung der Work-life-balance und schwächen insgesamt die Bindung künftiger und aktueller Mitarbeiter an die Einrichtungen.

Aus den oben genannten Folgen des Ärztemangels leiten sich schon fast zwangsläufig die von den Teilnehmern genannten Motive für einen potentiellen Einsatz von Honorarärzten ab. Die meisten Teilnehmer sehen den Einsatz von Honorarärzten als sinnvoll an, um Mitarbeiter passager bei Krankheit oder Elternzeit zu ersetzen. Auch eine zu hohe Arbeitsbelastung der hauseigenen Mitarbeiter und die Gewährung von Urlaubs- oder Freizeitansprüchen werden als mögliche Einsatzbegründungen genannt. Eine Verbesserung der Weiterbildung oder eine Verstärkung der Forschungstätigkeit stehen hierbei nicht im Vordergrund. Der Einsatz von Honorarärzten wird von den Teilnehmern der

Umfrage somit hauptsächlich als Chance zur Entlastung der eigenen Mitarbeiter wahrgenommen.

Gleichzeitig werden aber auch etliche Risikofelder bei einem derartigen Einsatz identifiziert. Als mögliches Problem wird die Gefährdung des Teamzusammensetzung gesehen. An anderer Stelle wurden Honorarärzte bereits als „Rosinenpicker“ bezeichnet [17]. Die Wahrnehmung durch die eigenen Mitarbeiter, dass sie nur eine teilweise Entlastung im eigentlichen Kerngeschäft der Patientenversorgung erfahren, die unattraktiveren Nacht- und Bereitschaftsdienste sowie die Verwaltungsarbeit hingegen trotzdem durch abteilungseigene Mitarbeiter erledigt werden müssen, birgt potentiellen Konfliktstoff. Zusätzlich halten etliche Teilnehmer eine hieraus resultierende Mitarbeiterabwanderung für möglich.

Oft bewegen sich die honorarärztlichen Mitarbeiter in einer gewissen juristischen Grauzone, da sie nur eingeschränkt an die Weisungen des Chefarztes gebunden sind [18,19]. Als weiteres Risiko wird die Nicht-Einhaltung oder auch Unkenntnis klinikinterner Standards gesehen. Trotz der in einer aktuellen Studie berichteten großen Häufigkeit

eines Facharztstandards und einer hohen Anzahl von Berufsjahren unter den Honorarärzten [15] ist möglicherweise der reibungslose Ablauf, insbesondere in komplexen kritischen Situationen gefährdet. Fallberichte aus anderen Ländern zeigen, dass diese Szenarien nicht vollkommen unwahrscheinlich sind [20]. Die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften wie die Einweisung nach dem Medizinprodukte-Gesetz (MPG), die Fortbildungspflicht oder auch die Einhaltung der europäischen Arbeitszeitrichtlinien lassen sich insbesondere bei tageweisem Einsatz von Honorarärzten nur bedingt durch den Einrichtungsleiter überprüfen [21,22]. Diese Einschätzung schlägt sich auch in der knapp 64 %igen Zustimmung der Teilnehmer zu möglichen Qualitätsverlusten durch den Einsatz von Honorarärzten nieder. Auch fürchten die Abteilungsleiter durch den Einsatz von Honorarärzten negative Effekte auf die Weiterbildung und das Renommee der Klinik. Nachteilige Auswirkungen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis sehen jedoch nur etwa ein Drittel der Befragten.

Die Verfügbarkeit von Stellen für Forschung und Lehre, die zweckentfremdet

und aus der Not zur Aufrechterhaltung der Patientenversorgung genutzt werden, ist ein Charakteristikum universitärer Einrichtungen. Neben anderen Besonderheiten in der Universitätsmedizin könnte dies begründen, warum die in der vorliegenden Umfrage angegebene Inanspruchnahme von Honorarärzten wesentlich geringer ist als im Durchschnitt der deutschen Krankenhäuser. Verallgemeinert man die von Teske et al. aktuell erhobenen repräsentativen Daten [23], so müssten aktuell etwa 1.100 Vollkraftäquivalente entsprechende Anästhesisten bundesweit als Honorarärzte tätig sein; bei insgesamt etwa 18.000 ambulant oder stationär tätigen Anästhesisten entspricht dies einem Anteil von 6 %. Bei der von uns durchgeführten Umfrage ergab sich jedoch an Universitätskliniken lediglich eine gleichzeitige Beschäftigung von maximal n=12 Honorarärzten. Dies entspricht nur etwa 0,5 % der an universitären Einrichtungen beschäftigten Anästhesisten.

Unerwarteterweise ergab die vorliegende Befragung, dass an den Universitätskliniken die Delegation von Anästhesieleistungen an das Pflegepersonal bereits heute in erheblich größerem Ausmaß

erfolgt als die Beschäftigung von Honorarärzten. Hier bahnt sich offenbar eine Entwicklung an, die sich in den chirurgischen Fächern bereits vollzogen hat; so sind bundesweit aktuell etwa 2.000 operationstechnische Assistenten tätig, dies entspricht im Durchschnitt 2,7 Stellen pro Krankenhaus [24]. Gesundheitspolitisch ist diese Entwicklung durchaus intendiert, denn das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus dem Jahr 2007 favorisiert ganz klar eine Neuordnung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit dem Ziel einer stärkeren Einbindung nicht-ärztlichen Personals in die Gesundheitsversorgung [25]. Ob mit einer vermehrten Einführung von Anästhesieassistentenpersonal allerdings das ärztliche Personalproblem nachhaltig gelöst werden kann, erscheint fraglich. Zum einen ist nach deutschem Haftungsrecht der Spielraum der Delegationsfähigkeit anästhesiologischer Leistungen auf nicht-ärztliches Personal beschränkt. Zum anderen geben 64 % der befragten universitären Anästhesiekliniken in der vorliegenden Umfrage bereits akut bestehende Besetzungsprobleme in der Pflege an. Bei einem Mangel an

qualifiziertem Anästhesiepflegepersonal würde das ärztliche Personaldefizit mit der Delegation nur in den Bereich der Anästhesiepflege verschoben, ohne dass sich daraus ein Vorteil für die Krankenversorgung ergäbe. Überdies ist nicht damit zu rechnen, dass der wirtschaftliche Zwang zur Reduktion der Personalkosten, der letztlich zum ärztlichen Personaldefizit geführt hat, den Bereich des Anästhesieassistentenpersonals zukünftig aussparen wird.

Der aktuell vorhandene Ärztemangel wird sich nach Ansicht der Befragten auch in Zukunft nicht wesentlich verbessern. Etwas über 50 % der Teilnehmer erwarten sogar eher eine Zunahme vakanter Stellen. Dies wird auch weiterhin den Einsatz von Honorarärzten in einigen Einrichtungen nach sich ziehen, wobei nur ein Viertel der Teilnehmer von einer Zunahme der Honorararzttätigkeit ausgeht. Die uneinheitlichen medizinischen Standards, der rechtlich unsichere Rahmen und die nur bedingte Entlastung der eigenen Mitarbeiter stellen laut Teilnehmermeinung die größten Hürden für den Einsatz von Honorarärzten an Universitätsklinika dar. Wahrscheinlich wird deshalb mittelfristig eine zumindest

vergleichbare Zunahme der Delegation anästhesiologischer Leistungen auf den Pflegedienst erwartet, obwohl derzeit der Mangel an qualifizierten Pflegekräften in der Anästhesie dem entgegen zu stehen scheint. Die vorliegende Umfrage lässt dabei klar erkennen, dass der größte Teil der universitären Einrichtungen dem Einsatz von Honorarärzten und auch der Delegation kritisch gegenübersteht. Als Alternative und gleichzeitig beste Lösung bleibt, den eigenen Personalbestand auf ausreichendem Niveau zu stabilisieren. Eine Verstärkung der Bindung des ärztlichen Personals an die Einrichtungen setzt allerdings ein attraktives Arbeitsumfeld mit überdurchschnittlichen Möglichkeiten zur strukturierten Weiterbildung und zur wissenschaftlichen Qualifikation sowie eine mindestens marktübliche Vergütung voraus. In diesem Sinne können nicht nur Vorstände der Klinika, sondern auch deren Träger dazu beitragen, den Bedarf an Fremdkräften zu minimieren.

## Ausblick

Eine primär auf Ökonomie und Effizienz der Leistungserbringung orientierte Arbeitsweise fragmentiert zunehmend die ärztliche Tätigkeit in den Kliniken. Hiervon ist die Anästhesiologie in besonderem Maße betroffen. Ausschließlich Kennzahlbasierte und -gesteuerte Arbeitsprozesse widersprechen aber der intrinsischen Motivation und caritativen Grundhaltung eines wesentlichen Teils unseres medizinsch-wissenschaftlichen Nachwuchses. So ist die Arbeitswirklichkeit des klinisch tätigen Anästhesisten heute zunehmend durch eine nur noch partielle Beteiligung am Behandlungsprozess, geringe ärztliche Autonomie und fehlende Patientenbindung gekennzeichnet. Dies beeinträchtigt zunehmend eine nachhaltige Personalentwicklung auch an den universitären Kliniken für Anästhesiologie und birgt die Gefahr, das ohnehin vorhandene Personaldefizit zu verstärken. Die Attraktivität unseres Faches bei Berufsanfängern ist nicht zuletzt Ergebnis einer sehr guten studentischen Lehre an den Universitäten und einem daraus abgeleiteten Anspruch junger Ärzte auf eine strukturierte

Weiterbildung und wissenschaftliche Qualifikation an den Lehrstühlen. Bei dem an universitären Einrichtungen im Mittel festgestellten Facharztanteil von lediglich 50 % kommt der Supervision von Ärzten in Weiterbildung daher eine besondere Bedeutung zu. In Folge der hohen Arbeitsverdichtung ist diese Anleitung und Supervision von Weiterbildungsassistenten jedoch häufig nicht mehr adäquat zu leisten. Die daraus resultierenden Defizite sind für den ärztlichen Nachwuchs demotivierend. Zusätzlich wirkt sich der Einsatz von Stellen für Forschung und Lehre zur Kompensation eines Personalmangels fatal aus, da er die Möglichkeiten der akademischen Profilierung konterkariert und damit das Fach mittelfristig stark an Anziehungskraft für den Nachwuchs verlieren dürfte.

An anästhesiologischen Universitätsklinika führt der persistierende Personalmangel damit zu einem Circulus vitiosus aus Überlastung von Fach- und Oberärzten und Demotivation des medizinsch-wissenschaftlichen Nachwuchses mit der drohenden Folge einer weiteren Zunahme der Besetzungsprobleme. Zur Vermeidung einer solchen Entwicklung ist eine Neujustierung des ärztlich-anästhesiologischen Selbstverständnisses mit Blick auf eine größere Kontinuität, Autonomie und Partizipation in der Patientenversorgung geboten.

## Schlussfolgerung

**Die vorliegende Umfrage an den deutschen Universitätskliniken für Anästhesiologie ergab eine heterogene Personalsituation im ärztlichen Dienst, die durch akute Besetzungsprobleme in einem erheblichen Teil der Einrichtungen charakterisiert ist. Derzeit ist das Ausmaß unbesetzter Stellen im Mittel noch moderat, so dass bei der Mehrzahl der befragten Ordinariate ein Ausgleich primär durch Mehrarbeit sowie durch den Transfer von Mitarbeitern aus Forschung und Lehre in die Krankenversorgung erfolgen kann. Die Delegation anästhesiologischer Leistungen an Pflegekräfte auf Basis der „Münsteraner Erklärung“ und**

**der Einsatz von Honorarärzten bilden derzeit noch die Ausnahme. Obwohl ein Anteil von 25 % der Einrichtungen hier mittelfristig eine Zunahme erwartet, steht der größte Teil der Lehrstühle dem Einsatz von Honorarärzten und der Delegation ablehnend gegenüber. Um den zukünftigen Einsatz von Fremdkräften in der universitären Anästhesiologie zu minimieren, erscheint die Stabilisierung des eigenen Personalbestands auf ausreichendem Niveau durch ein attraktives Arbeitsumfeld mit Sicherstellung einer hochwertigen Weiterbildung und wissenschaftlicher Qualifikation bei mindestens marktüblicher Vergütung alternativlos. Dabei stehen insbesondere auch die Träger der Universitätskliniken in der Verantwortung.**

## Literaturverzeichnis

1. Arnold M, Litsch M, Schellschmidt M. Krankenhaus-Report 2000. Stuttgart: Stuttgart: Schattauer-Verlag, 2000.
2. Clade H. Krankenhäuser / Gesundheitsreform: Fallpauschalen als Mehrzweck-Waffe. Dtsch Arztebl 2000;97:1394-5.
3. Lauterbach KW, Lungen M. Krankenhäuser: Neues Entgeltsystem nach US-Muster. Dtsch Arztebl 2000;97:444-7.
4. Berry M, Berry-Stolze T, Schleppers A. Operating room management and operating room productivity: the case of Germany. Health Care Manag Sci 2008;11:228-39.
5. Salfeld R, Hehner S, Michels R. Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen. Berlin, Heidelberg: Springer, 2009.
6. Welker A, Baumgart A, Baja J et al. Das Berufsbild des Anästhesisten. Anaesth Intensivmed 2010;51:318-27.
7. Heinke W, Brähler E, Dunkel P et al. Arbeitszufriedenheit von Anästhesisten in Deutschland. Anaesth Intensivmed 2009;50:7-19.
8. Koehler A. Neue Arztszahlstudie: Daten, Fakten, Trends. 2007.
9. Kopetsch Th. Arztszahlentwicklung: Mehr Ärzte - und trotzdem geringe Arbeitslosenquote. Dtsch Arztebl 2010;107:A 756-A 758.
10. Schnoor J, Hokema F. Die Krise als Chance. Dtsch Arztebl 2011;108: A 32-A 34.

11. Martin W. Arbeitsmarkt für Ärzte: Außergewöhnlich starke Nachfrage. Dtsch Arztebl 2006;103:A-2068 / B-1780 / C-1724.
12. Flintrop J. Einsatz von Honorarärzten: Lösung auf Zeit. Dtsch Arztebl 2011;108:A 357.
13. Schäfer N. Honorararzt -Flexibilität und Freiberuflichkeit; Akquise, Organisation, Recht, Finanzen. Springer Berlin Heidelberg, 2011.
14. Giesecke S. Vermittlung von Ärzten auf Honorarbasis: Helfen ohne Hierarchien. Dtsch Arztebl 2007;104:A 1939-A 1940.
15. Teske A. Honorararztstudie: Mehr Geld und mehr Flexibilität. Dtsch Arztebl 2010;107:A 1093-A 1094.
16. Mischkowsky T, Ansorg J. Status der honorarärztlichen Tätigkeit in Deutschlands chirurgischen Abteilungen: Umfrage zu verschiedenen Gesichtspunkten der Honorararzttätigkeit. BDC Online. 1-8-2010.
17. Leschke M. Ganz im Trend: Rent a doctor. Klinikarzt 2010;39:535.
18. Meier A. Arbeitnehmerstatus von locum-Ärzten an Krankenhäusern? MedR Medizinrecht 2007;25:709-15.
19. Dahn FJ. Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Krankenhäusern im Spannungsfeld der Rechtsbereiche. MedR Medizinrecht 2010;28:597-612.
20. Brahams D. Two locum anaesthetists convicted of manslaughter. Anaesthesia 1990;45:981-2.
21. Walbeehm ET. Locum issues. Time to tackle the system. BMJ 2010;341:c3876.
22. Walbeehm ET. European locums. Reconsider the locum system. BMJ 2010;340:c1983.
23. Teske A, Schäfer N, Ollenschläger G. Honorarärzte in Deutschland - Demographie, Rahmenbedingungen und Motivation. Z Evid Fortbild Qual Gesundh (ZEFQ) 2010;104:426-430.
24. Gerst T, Hibbler B. Nichtärztliche Fachberufe im Krankenhaus: Hilfe oder Konkurrenz? Dtsch Arztebl 2010; 107:A 596-A 599.
25. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielerorientierten Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag 2007, Drucksache 16/6339.

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. med. Udo X. Kaisers**

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie  
Universitätsklinikum Leipzig  
Liebigstraße 20  
04103 Leipzig, Deutschland  
Tel.: 0341 9717700  
Fax: 0341 9717709  
E-Mail: udo.kaisers@medizin.uni-leipzig.de