

Berndt Keller, Maximiliane Wilkesmann*

Untypisch atypisch Beschäftigte. Honorarärzte zwischen Befristung, Leiharbeit und (Solo-)Selbstständigkeit**

Zusammenfassung – Der Beitrag behandelt das Thema Honorarärzte nicht, wie bisher üblich, aus ärztlicher Sicht, sondern erstmals aus der Perspektive von Beschäftigungsbeziehungen, insbesondere atypischer Beschäftigungsverhältnisse (vor allem Befristung, Leiharbeit und Solo-Selbstständigkeit). Nach Einleitung und Problemstellung werden die wesentlichen Merkmale dieser neuen Beschäftigungsform, die in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen hat, in Abgrenzung zum Normalarbeitsverhältnis skizziert. Anschließend erfolgt die Behandlung der soziodemographischen Merkmale. Darauf aufbauend wird die Frage diskutiert, ob Honorarärzte als atypisch Beschäftigte zugleich den häufig mit diesen Beschäftigungsverhältnissen verbundenen Prekaritätsrisiken (in Bezug auf Einkommen, Beschäftigungsstabilität und -fähigkeit, Integration in soziale Sicherungssysteme) ausgesetzt sind. Abschließend geht der Beitrag auf die Vertretung kollektiver Interessen ein.

Untypical atypical employees. Locum doctors between limited contracts, temporary employment, and solo-self employment

Abstract – The paper considers locum doctors not, as usual, from a professional perspective but, for the first time with a focus on their employment relations, in particular their atypical employment forms (limited contracts, temporary employment, and solo-self employment). Following our introduction and problem definition, we characterise the essential features of these new employment forms, which have increased considerably in Germany in recent years, by comparing them with the normal employment pattern. Then we present social demographic characteristics of these forms. Next we discuss whether locum doctors who are atypically employed are also exposed to risks that are frequently linked to precariousness (income, employment stability, employability, integration in social security systems). Finally, we elaborate on the collective representation of their interests.

Key words: **atypical employment relationships/contingent work, locum doctors, precariousness, solo-self employment**
(JEL: I11, I12, J21, J24, J44)

* Prof. em. Dr. Berndt Keller, Universität Konstanz, Fachbereich Politik- und Verwaltungswissenschaft, 78457 Konstanz. E-Mail: Berndt.Karl.Keller@uni-konstanz.de.

Jun.-Prof. Dr. Maximiliane Wilkesmann, Technische Universität Dortmund, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, 44221 Dortmund.
E-Mail: Maximiliane.Wilkesmann@tu-dortmund.de

** Für wertvolle Hinweise danken wir Werner Nienhüser und allen am Review-Prozess beteiligten Personen.

1. Einleitung und Problemstellung

1.1 Einleitung

Atypische Beschäftigungsverhältnisse sind ein statistischer Sammelbegriff für sämtliche Formen, die nicht den üblichen Kriterien des Normalarbeitsverhältnisses entsprechen, d.h. Vollzeittätigkeit mit subsistenzsicherndem Einkommen, unbefristete Beschäftigung, vollständige Integration in die sozialen Sicherungssysteme, Identität von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis sowie Weisungsgebundenheit des Arbeitnehmers vom Arbeitgeber (Mückenberger 1985, 2007). Ihr Anteil an allen abhängigen Beschäftigungsverhältnissen nimmt seit den 1980er Jahren deutlich zu, wobei die Zuwachsraten der Varianten erhebliche Unterschiede aufweisen (Giesecke 2009; Waltermann 2010; Dütsch et al. 2011; Schmeißer et al. 2012). Atypische Formen machen inzwischen fast 40 Prozent der Gesamtbeschäftigung aus.

Im ersten Schritt einer differenzierten Analyse sind die inhaltlich heterogenen Formen folgendermaßen zu unterscheiden: Teilzeit, Mini- und Midijobs als Varianten geringfügiger Beschäftigung, Befristungen, Leiharbeit und (Solo)-Selbstständigkeit. Das öffentliche und wissenschaftliche Interesse konzentriert sich auf Mini-Jobs und Leiharbeit, deren Umfang seit den 2003/2004 eingeführten „Gesetzen für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“, den sog. Hartz-Gesetzen, deutlich zugenommen hat. Die Abgrenzung der Formen ist nicht immer eindeutig, da Überschneidungen von Merkmalen auftreten können (etwa von Befristung und Teilzeit oder Selbstständigkeit und Teilzeit).

Neben der Ausweitung sind vor allem die Probleme der „Prekarität“ atypischer Beschäftigungsverhältnisse wichtig, die überproportional häufig geringe Löhne im Niedriglohnsektor, erhebliche Beschäftigungsunsicherheit, eingeschränkte Beschäftigungsfähigkeit und unzureichende soziale Sicherung (vor allem in der Rentenversicherung) zur Folge haben (Keller et al. 2011). Diese häufig gravierenden und unerwünschten Konsequenzen stellen ein zentrales Problem der Auseinandersetzung in Wissenschaft und Politik dar. Wir behandeln in unserem Beitrag diese sowohl kurz- als auch langfristig auftretenden Folgen ausführlich und analysieren, ob Honorarärzte ebenfalls betroffen sind.

1.2 Problemstellung

Seit 2007 ist eine weitere Gruppe atypisch – und, wie zu prüfen sein wird, möglicherweise prekär – Beschäftigter zu identifizieren, nämlich Honorarärzte. Sie können stellvertretend für andere kleine Gruppen Hochqualifizierter stehen, die im Verlauf der Strukturänderungen des Arbeitsmarktes auch in diesen Formen tätig sind. Wir gehen von folgender, weit gefassten (Nominal-)Definition aus: „Honorarärzte im engeren Sinne sind Ärzte, die ohne vertragsärztliche Zulassung oder eigene Praxis sowie ohne ein gleichzeitig bestehendes Angestelltenverhältnis gegen ein vereinbartes Honorar in der stationären oder ambulanten Versorgung tätig sind. Honorarärzte können in Kliniken, Praxen, Medizinischen Versorgungszentren, Forschungseinrichtungen, öffentlichen und privaten Institutionen des Gesundheitswesens, bei Rettungsdienstorganisationen projektbezogen und zeitliche begrenzt ärztlich tätig sein“ (Teske/Schäfer 2010: 4).

Honorarärzte weisen Merkmale verschiedener Formen atypischer Beschäftigung auf:

- Sie üben ihre konkrete Tätigkeit jeweils zeitlich befristet aus.
- Es handelt sich wie bei anderen Varianten von Leiharbeit in der Mehrzahl der Fälle um ein vertragliches Dreiecksverhältnis zwischen Verleiher (Agentur), Entleiher (medizinische Einrichtung) und Arbeitnehmer (Honorararzt). Im Gegensatz zu allen anderen Formen atypischer Beschäftigung ist die Identität von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis nicht gegeben.
- Sie sind im strikt rechtlichen Sinne nicht abhängig Beschäftigte, sondern Selbstständige, wobei innerhalb dieser Gruppe grundlegend zu unterscheiden ist zwischen Selbstständigen mit und ohne abhängig Beschäftigten. Die Solo-Selbstständigen tragen zu der in den vergangenen beiden Jahrzehnten erfolgten Zunahme von Selbstständigen (auf 4,5 Mio. im Jahr 2012) bei, die in den 2000er Jahren allerdings ausschließlich durch Zuwachs der Solo-Selbstständigen (auf 2,6 Mio.) zustande kommt (Mai/Marder-Puch 2013).¹ Dieser Befund gilt auch für die freien Berufe, d.h. Ärzte gehörten früher ausschließlich zu den „klassisch“ Selbstständigen,² sind inzwischen aber auch als Solo-Selbstständige tätig.

Diese Hybridform ist sowohl theoretisch interessant als auch praktisch relevant und verdient besondere Aufmerksamkeit. Sie stellt einen „Testfall“ für etablierte Definitionen, Abgrenzungsmerkmale und Hypothesen dar. Diese Gruppe ist, wie wir im Einzelnen zeigen, noch relativ klein, weist aber hohe Zuwachsraten auf und kann zudem das gesamte Feld der medizinischen Berufe einschließlich seiner Regulierung verändern. Damit besteht ein ähnlicher Zusammenhang wie bei Leiharbeit, die auch nur weniger als drei Prozent der abhängig Beschäftigten umfasst.

Die wenigen Veröffentlichungen zu Honorarärzten (zur Einführung Schäfer 2011) betrachten diese Beschäftigungsform vornehmlich aus krankenhausärztlicher (z.B. Heller/Frank 2010; Andres 2013), honorarärztlicher (z.B. Jouaux 2002; Schäfer 2010; Weber 2010), berufspolitischer (z.B. Mischkowsky/Ansorg 2010; Clade 2011) oder juristischer Sicht (z.B. Heberer 2010; Wienke 2012; Schulz 2013). Berufspolitisch wird das Beschäftigungsverhältnis Honorararzt kontrovers eingeschätzt, d.h. es werden sowohl die kritische Sicht von Ärzten als auch die positiven Effekte durch den Einsatz von Honorarärzten thematisiert (z.B. Clade 2011; Mischkowsky/Ansorg 2010). Aus juristischer Perspektive werden Gesetzeslücken, insbesondere haftungs-

¹ Die Förderung einer „Kultur der Selbstständigkeit“ hatte hohe Priorität in der Arbeitsmarktpolitik (Gerner/Wießner 2012). Ein seit den 1980er Jahren bestehendes Förderinstrument, das Überbrückungsgeld, wurde im Rahmen der Hartz-Gesetze zunächst durch eine weitere, nur befristet geltende Variante, den Existenzgründungszuschuss, „Ich-AG“ bzw. „Familien-AG“, ergänzt. 2006 erfolgte die Zusammenfassung der beiden Instrumente zum einheitlichen Gründungszuschuss. Er wurde 2012 von einer Pflicht- in eine Ermessensleistung umgewandelt, die zur Verfügung stehenden Mittel erheblich gekürzt.

² Niedergelassene Ärzte sind in diesem Sinne auch Selbstständige und können neben nicht-medizinischem Personal (Buchhaltung, Arzthelfer etc.) seit 2004 im Rahmen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ärztliches Personal einstellen.

rechtliche Aspekte (z.B. Schulz 2013), thematisiert und Kommentare zu Gesetzesänderungen, etwa die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes, vorgenommen (z.B. Wienke 2012). Die krankenhaus- und honorarärztliche Perspektive diskutieren wir eingehend.

Die inzwischen recht umfangreiche Literatur zu atypischen Beschäftigungsverhältnissen behandelt Honorarärzte bislang nicht. Sie sind Gegenstand dieses Beitrags, der zwei Ziele verfolgt: Zum einen analysieren wir den spezifischen Typus der hoch qualifizierten Honorarärzte als atypisch Beschäftigte, zum andern behandeln wir am Beispiel dieser Gruppe die wissenschaftlich wie politisch kontroverse Frage, ob atypische stets zugleich prekäre Beschäftigungsverhältnisse sein müssen. Unser Artikel hat als erster seiner Art rein explorativen Charakter, leistet aber einen Beitrag zur differenzierteren Analyse im skizzierten Sinne. Im ersten Hauptteil beschreiben wir wesentliche Merkmale dieser Beschäftigungsform. Anschließend skizzieren wir die soziostrukturellen Merkmale der Beschäftigten. Im dritten Hauptteil gehen wir auf den Zusammenhang von atypischer und prekärer Beschäftigung ein. Im vierten Teil beschreiben wir die Organisation kollektiver Interessen von Honorarärzten. Unseren Beitrag schließen wir mit einer Gegenüberstellung atypischer und prekärer Beschäftigung.

1.3 Methodische Vorgehensweise

Bislang haben nur wenige empirische Studien ausschließlich Honorarärzte zum Gegenstand, so dass der Beitrag sich nur begrenzt auf quantitative Daten stützen kann. Seine empirische Basis bilden neben Daten des Statistischen Bundesamtes (2010, 2011, 2013a, 2013b), mehrere nicht-repräsentative Untersuchungen, die wichtige Einblicke in die noch recht junge Beschäftigungsform ermöglichen und deren Ergebnisse wir in Ermangelung von Alternativen mit der gebotenen Vorsicht verwenden:

- Die Honorararztstudie von Teske et al. (2010) entstand im Kontext des Bundesverbandes Deutscher Honorarärzte e.V. unter Beteiligung von 764 Honorarärzten. Sie wird neuerdings durch eine viertel- bis halbjährliche Befragung in Form des Honorararzt-Barometers (Teske/Schäfer 2012, 2013) ergänzt, um die „aktuelle Marktsituation im Honorararztwesen“ zu dokumentieren.
- Eine Befragung des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen e.V. (BDC) fand in Kooperation mit dem Verband der leitenden Orthopäden und Unfallchirurgen e.V. (VLOU) statt (Mischkowsky/Ansorg 2010). 1.477 festangestellte Chef- und Oberärzte der genannten Facharztgruppen nahmen teil.
- Ergänzt werden diese Arbeiten durch eine DFG-Studie,³ die den Umgang mit Nichtwissen im Krankenhaus untersuchte (Wilkesmann et al. 2013a). Neben 2.425 im Krankenhaus angestellten Ärzten beteiligten sich 158 Honorarärzte.

³ DFG Geschäftszeichen: WI 3706/1-1.

2. Wesentliche Merkmale

2.1 Grundlagen

Die rechtliche Grundlage bildet das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (§ 19a und §20 Ärzte-ZV), welches sich auf den ambulanten Bereich der in Praxen niedergelassener Ärzte bezieht und seit 2007 die Übernahme eines vertragsärztlichen Versorgungsauftrages auf Teilzeitbasis zulässt. Eine Stärkung der rechtlichen Position von im Krankenhaus tätigen Honorarärzten erfolgte durch die 2013 in Kraft getretene Änderung des § 2 des Krankenhausentgeltgesetzes. Dadurch erhalten Krankenhäuser die Option, auch Leistungen abzurechnen, die nicht festangestellte Ärzte erbringen.

Neben der hauptamtlichen Tätigkeit als Honorararzt gibt es Mischformen mit folgenden Unterschieden: In Teilzeit arbeiten 55,9 % der Honorar-, aber nur 20,1 % der festangestellten Krankenhausärzte (Wilkesmann et al. 2013a). Da keine Binnendifferenzierung möglich ist, kann es sich bei Teilzeit arbeitenden Ärzten um Personen handeln, die in Teilzeit im Krankenhaus als Honorararzt tätig sind. Diese Option kommentieren Chefärzte kritisch: „Durch den Kontakt mit den Leihärzten kommen einige Fachärzte zudem auf die Idee, ebenfalls unabhängig tätig zu sein oder die Stelle zu reduzieren, um an den freien Tagen honorarärztlich tätig zu werden und so das Einkommen zu steigern“ (Andres 2013: C 243). Dieser Verdacht deckt sich mit den Ergebnissen der Studie von Wilkesmann et al. (2013a), bei der 22,8 % der Honorarärzte angaben, dass sie als Oberarzt und 5,7 % sogar als Chefarzt tätig sind. Den größten Anteil machen die Fachärzte mit 60,1 % aus.

Grundsätzlich ist die Beschäftigungsform Honorararzt frei gewählt. Ihre Vorteile bestehen u. a. in den besseren Verdienstmöglichkeiten mit voller Vergütung aller geleisteten Arbeitsstunden, dem Zugewinn an Autonomie bei selbstbestimmt empfundenen Arbeiten sowie in flexibleren Arbeitszeiten (Teske et al. 2010: 6). Die kurzfristige Statusmobilität wird als gering eingeschätzt: Über die Hälfte der Teilnehmer an der Honorararztstudie (Teske et al. 2010) geben an, dauerhaft als Honorarärzte arbeiten zu wollen, d.h. es handelt sich nicht um ein bloßes „Intermezzo“ in der Berufsbiographie, das in eine Festanstellung münden soll.

2.2 Kontroverse Positionen

Befürworter und Kritiker vertreten deutlich unterschiedliche Positionen (Flintrop 2013a). Aus Sicht der angestellten Krankenhausärzte werden vor allem Risiken für den Arbeitsalltag durch das Engagement von Honorarärzten thematisiert. Die Statusgruppe der Chefärzte problematisiert vor allem die Gefährdung der Sicherstellung von fachlichen und gesetzlichen Standards, die zunehmende Degradierung von Chefärzten durch die geringe Einbindungsfähigkeit von Honorarärzten in die Strukturen sowie die Störung der kollegialen Kooperation. Häufig würden sich Honorarärzte nur für die Durchführung von Operationen, nicht aber für die prä- und postoperative Verantwortung zuständig fühlen, so dass die Sicherstellung der Einhaltung von klinikinternen Standardprozeduren nicht gewährleistet werden könne (Heller/Frank 2010: 437). Darüber hinaus leisteten Honorarärzte keinen Beitrag zur fachärztlichen Weiterbildung junger Assistenzärzte. Weiterhin wird aus ärztlicher Sicht die Vergütung von Honorarärzten kritisiert, die zu Unzufriedenheit unter den angestellten Kollegen führe.

Die Studie des Bundesverbandes der Deutschen Chirurgen zeigt, dass Oberärzte den Einsatz von Honorarärzten in ihrer Abteilung insbesondere bei der Beherrschung von Komplikationen und der Wirkung auf die Weiterbildung der angehenden Fachärzte kritischer beurteilen als Chefärzte. Honorarärzte werden in zwei Drittel der Krankenhäuser beschäftigt. In 35 % der Fälle erfolgt die Zusammenarbeit mit den Honorarärzten auf Wunsch der Chefärzte, in 24 % werden diese von den Chefärzten geduldet, bei 7,7 % geschieht die Anstellung gegen den Willen der Chefärzte. Immerhin hatten 63 % bis 75 % der Chefärzte ein Mitspracherecht bei der Auswahl der Honorarärzte (Mischkowsky/Ansorg 2010: 417). Die Studie kommt zu dem Schluss, dass die Beschäftigung von Honorarärzten das Leistungsspektrum einer Abteilung ergänzt oder Personallücken schließt (Mischkowsy/Ansorg 2010: 419). Allerdings geben Krankenhäuser aus Imagegründen nicht gerne zu, Honorarärzte zu beschäftigen.

Auf der anderen Seite wappnen sich Honorarärzte mit Gegenargumenten. Aus ihrer Sicht sind sie „Helfer in der Not“ (Jouaux 2002) und leisten einen wichtigen Beitrag zur quantitativen Entlastung der Stammebelegschaft, weil sie häufig unbeliebte Wochenend- und Feiertagsdienste übernehmen oder bei Belegungsschwankungen und Nachbesetzungsschwierigkeiten aushelfen. Darüber hinaus können Krankenhäuser ihr Leistungsspektrum qualitativ erweitern, indem sie diese als Spezialisten für bislang nicht im Krankenhaus behandelbare Erkrankungen einstellen (Schmitz et al. 2010).

Die Spitzenorganisation der Selbstverwaltung, die Bundesärztekammer, präsentierte 2011 gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Vertretung der niedergelassenen Ärzten gegenüber den Krankenkassen, ein Positionspapier zum Thema Honorarärzte. Sie ziehen eine insgesamt positive Bilanz und kommen zu dem Schluss, „dass Honorarärzte nicht Ursache, sondern Symptom des Ärztemangels sind“ (BÄK/KBV 2011: 13). Abgesehen vom aktuellen Ärztemangel werden für die Aufgabe des sicheren Angestelltenverhältnisses weitere Gründe angeführt: Neben der fehlenden beruflichen Autonomie, unflexiblen Arbeitszeitmodellen und einer verfehlten Personalpolitik in Krankenhäusern kommt die Enttäuschung über die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens, die zu einer gesunkenen Attraktivität des Arztberufs führt (Teske 2010; Schäfer 2010; Mischkowsky 2010).

Insgesamt hat die – vornehmlich von angestellten Krankenhausärzten – geführte Debatte über Honorarärzte als „Rosinenpicker“ (Clade 2011: 7; Andres 2013: C243) Konsequenzen: Sie führt zu einer lebhaften Grundsatzdiskussion über die unzureichenden Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und die Förderung der Voice-Strategie der angestellten Ärzte, so dass sich unter Umständen die Beschäftigungsbedingungen des Stammpersonal sauf lange Sicht verbessern.

In seinem Exit/Voice-Paradigma unterscheidet Hirschman (1970) individuelle Reaktionsweisen auf Leistungsverschlechterungen bzw. -abfall bei Unternehmen, Organisationen und Staat. Angewandt auf den Arztberuf bedeutet dies: Ärzte wählen nicht die Voice-Option im Sinne der organisationsinternen Artikulation von Widerspruch mit dem Ziel einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen; sie entscheiden sich vielmehr für die Exit-Option, weil sie hochgradig unzufrieden sind. Loyalität, die dritte mögliche Reaktionsform, im Sinne von apathischem Abwarten und Hoffen auf Verbesserungen der Organisationsleistung spielt bei Ärzten keine Rolle, weil sie über realistische Alternativen verfügen, vor allem in Form einer Tätigkeit als Honorararzt.

2.3 Quantitative Entwicklung

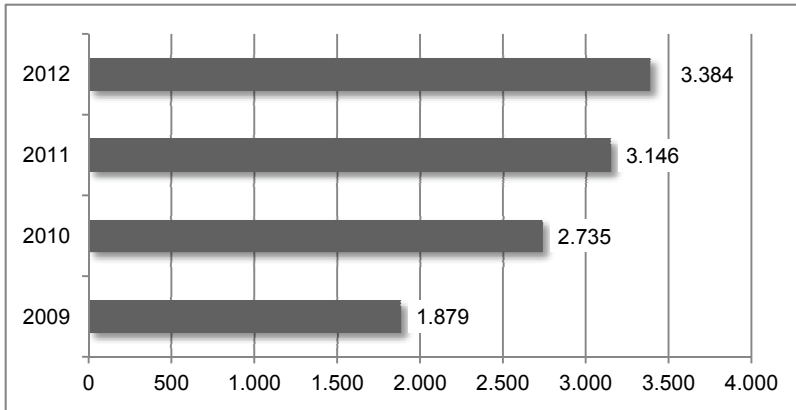
Die quantitative Entwicklung dieser Beschäftigungsform verlief in den vergangenen Jahren sehr dynamisch. Schätzungen des Bundesverbandes der Honorärärzte e.V. gehen von ca. 4000 hauptberuflich oder in Teilzeit tätigen Honorärärzten aus (Teske 2010); Doelfs (2011) schätzt ihre Zahl auf 5000. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) argumentiert auf Basis einer Umfrage, dass derzeit bundesweit rund 5.000 Arztstellen unbesetzt seien. Diese Ziffer deckt sich ungefähr mit den Angaben der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung (BÄK/KBV 2011), die die Anzahl der Honorärärzte auf 5.500 schätzen. Andere Quellen, wie Marburger Bund oder ver.di, nennen höhere Zahlen (bis zu 12.000). Da belastbare Angaben nicht vorliegen, initiierten Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2011 eine Arbeitsgruppe, die ein Meldeverfahren für Honorärärzte entwickeln soll. Ein vereinfachtes Meldeverfahren soll bis 2014 sichergestellt werden (BÄK 2013: 194).

Eine Annäherung an den Umfang honorarärztlich tätiger Personen kann über Daten des Statistischen Bundesamtes erfolgen, das im Rahmen des Kostennachweises von Krankenhäusern seit 2009 sogenannte „Aufwendungen für nicht im Krankenhaus angestellte Ärzte“ als monetäre Ausgaben unter „Sachkosten“ erfasst.⁴ Zusätzlich findet sich in den Grunddaten der Krankenhäuser die Rubrik „Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus“. Die Abbildung 1 dokumentiert die erheblichen Zuwächse in einem kurzen Zeitraum.

Bei den Angaben des Statistischen Bundesamtes (2013) handelt es sich um Vollzeitäquivalente und nicht um Personenzahlen. Die Angaben können daher Mehrfachnennungen von honorarärztlich Tätigen einschließen, die in mehreren Krankenhäusern beschäftigt sind. Legt man die Vollzeitäquivalente der Honorärärzte zugrunde, beträgt ihr Anteil – gemessen an der Gesamtzahl der im Krankenhaus regulär tätigen Ärzte (n=169.800) – im Jahr 2011 lediglich 1,85 %. Dieser geringe Anteil ist allerdings weniger geeignet zur Beurteilung dieser Beschäftigungsform als ihre hohen Zuwachsraten in den vergangenen Jahren. Diese Zunahmen betreffen auch die objektiv erhobenen Zahlen zu den tatsächlich getätigten Ausgaben für ärztliches Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus (s. Abb. 2). Im Jahr 2009 betragen sie 408.245.000 EUR für alle Krankenhäuser (dies entspricht 3,1 % der Gesamt-Personalkosten für Ärzte im Krankenhaus), im Jahr 2011 stiegen die Ausgaben auf 681.027.000 EUR (entspricht 4,3 % der Gesamt-Personalkosten für Ärzte im Krankenhaus).

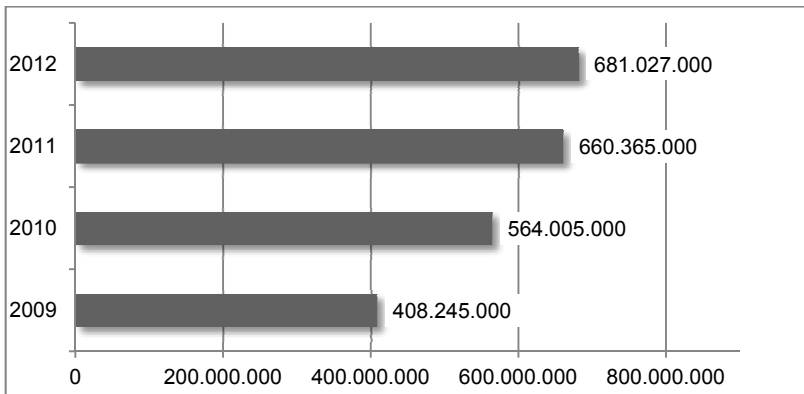
⁴ In der dazugehörigen Fachserie heißt es: „Zusätzlich zu den Vollkräften mit direktem Beschäftigungsverhältnis bei der Einrichtung wird ab 2009 die Zahl derjenigen Vollkräfte erfasst, die nicht in einem direkten Beschäftigungsverhältnis zu der Einrichtung stehen, sondern z. B. im Personal-Leasing-Verfahren eingesetzt werden. Dabei ist entscheidend, dass die Leistung von der Einrichtung erbracht wird und sie sich zur Bewältigung dieser Aufgabe Personalverstärkung in Form von Zeitarbeit o. Ä. hinzuholt ... Beim ärztlichen Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis kann es sich um Honorarkräfte oder um im Rahmen einer konzern-internen Personalgesellschaft in der Einrichtung eingesetzte Ärzte und Ärztinnen handeln“ (Statistisches Bundesamt 2011: 5).

Abb. 1: Ärztliche Vollkräfte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus (Jahresdurchschnitt)



Quelle: Grunddaten der Krankenhäuser 2013 (eigene Darstellung)

Abb. 2: Ausgaben für ärztliches Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis beim Krankenhaus (in EUR)



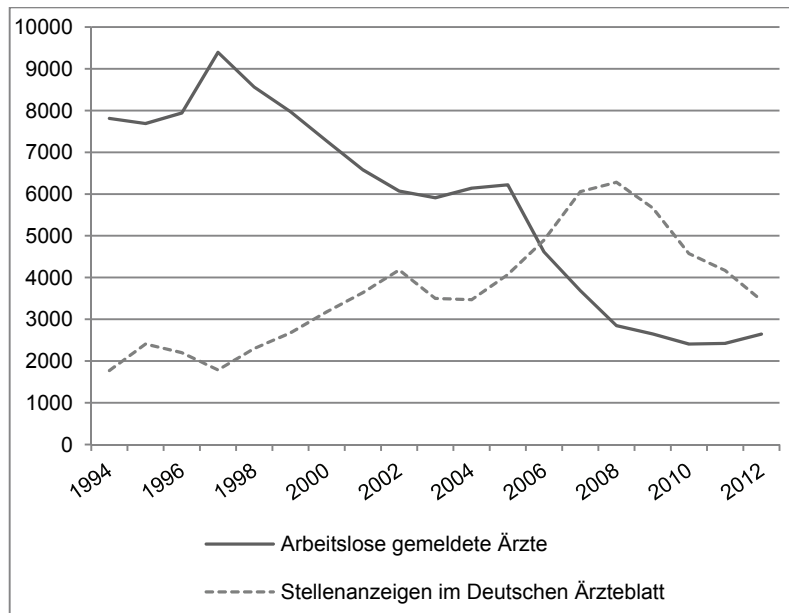
Quelle: Kostennachweis der Krankenhäuser für die Jahre 2009-2012 (eigene Darstellung)

2.4 Ursachen für die Zunahme honorarärztlicher Tätigkeiten

Die deutliche Zunahme honorarärztlicher Tätigkeiten erfolgte vor allem seit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz im Jahr 2007, d.h. in Zeiten eines nicht nur in ländlichen Gebieten, sondern flächendeckend bestehenden Ärztemangels. Die Hauptursache für die zunehmende Verbreitung – und nicht deren Folge – liegt im Ärztemangel (vgl. BÄK/KBV 2011: 13), der einen früher vorhandenen, deutlichen Überschuss abgelöst und zu erheblichen Problemen geführt hat. Ursachen dieses Ärztemangels sind neben der demographischen Entwicklung vor allem Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs aus den Jahren 2000 und 2003 (Flintrop 2003; Greef 2012: 98f.,

162ff.).⁵ Seit 2008 nimmt die Zahl der arbeitslosen Ärzte ab und ist seit 2009 geringer als die Zahl der offenen Stellen (Brenke 2010).⁶ Die Zahl der arbeitslos gemeldeten Ärzte erreichte im Jahr 1997 mit 9.396 einen Höhepunkt (Abb. 3) und sank in den Folgejahren. Da keine Zeitreihen, etwa der Bundesagentur für Arbeit, über die offenen sozialversicherungspflichtigen Stellen für Ärzte vorliegen, greifen wir zur Charakterisierung der Arbeitsmarktsituation auf die Anzahl der Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt zurück. Dabei zeigt sich, dass die Anzahl der Stellenanzeigen seit 1997 stark angestiegen ist.

Abb. 3: Arbeitslos gemeldete Ärzte und Anzahl der jährlichen Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt



Quellen: Statistische Jahrerhebungen der Bundesärztekammer (Ärztestatistik 1994-2012), Sonderauswertung Mainmedico (eigene Darstellung)

Die insbesondere seit 2008 rückläufige Zahl der Stellenanzeigen (Abb. 3) bedeutet nicht automatisch einen zurückgehenden Bedarf an Ärzten. Viele Vakanzen „werden

⁵ Seitdem ist die gesamte Dauer eines Bereitschaftsdienstes – anders als eine Rufbereitschaft – als Arbeitszeit anzurechnen, welche die zulässigen Höchstgrenzen nicht überschreiten darf. Das Angebot an Ärzten kann zumindest kurz- und mittelfristig nicht entsprechend ausgeweitet werden – und erfordert langfristig den Einsatz zusätzlicher finanzieller Ressourcen. Krankenhäuser müssen infolge der Einführung dieser strengeren Arbeitszeitregelungen zusätzliches ärztliches Personal einstellen und neue Arbeitszeitmodelle entwickeln (vgl. Wilkesmann et al. 2013b).

⁶ Während im Januar 1997 laut BÄK (Thust 1997) noch 10.594 Ärzte arbeitslos waren, standen im Oktober 2010 (Brenke 2010: 7) 2.442 arbeitslose Ärzte insgesamt 2.930 offenen Stellen gegenüber.

inzwischen gar nicht mehr per Anzeigenschaltung ausgeschrieben“ (Martin 2012: A 1287). Krankenhäuser setzen auf alternative Suchwege (z.B. Online-Stellenmärkte, Headhunter, Vermittlungsagenturen), um dem Fachkräfte- und Nachwuchsmangel entgegenzuwirken (Fink 2011). Honorarärzte als hoch qualifizierte Spezialisten füllen diese Lücken, indem sie bei Personalmangel kurz- bis mittelfristig einspringen.

Im Gegensatz zum gängigen Verlaufsmuster, das durch erhebliche konjunkturelle Schwankungen bzw. einen deutlich prozyklischen Verlauf charakterisiert ist, nimmt Leiharbeit bei Honorarärzten in den vergangenen Jahren stetig zu. Leiharbeit ist in Dienstleistungs- und Verwaltungsbereichen aufgrund der geringeren Konjunkturabhängigkeit stabiler als in der industriellen Produktion (Promberger 2012: 107ff.). Die Tätigkeit von Honorarärzten „passt“ in dieses differenzierte Verlaufsmuster von Leiharbeit, wie sie vor allem in privaten Dienstleistungsbranchen vorkommt.

2.5 *Einschaltung von Vermittlungsagenturen*

Wie erfolgt das Matching zwischen medizinischer Einrichtung und Honorararzt in Anbetracht der Tatsache, dass der Gesundheits- bzw. Ärztearbeitsmarkt in mehrfacher Hinsicht (u. a. qualifikatorisch, regional, zeitlich) differenziert ist (Evans et al. 2013)? Die Intransparenz seiner Rahmenbedingungen gilt für die Angebots- und Nachfrageseite, so dass die Informationen zwar unvollständig, aber nicht unbedingt asymmetrisch verteilt sind; ihre zur Entscheidung notwendige Beschaffung verursacht den Akteuren (Transaktions-)Kosten, die sie möglichst gering zu halten versuchen. Als Alternative bzw. Ergänzung zu unmittelbaren vertraglichen Beziehungen bilden sich bestimmte institutionelle Arrangements.

In den vergangenen Jahren entstand ein für Leiharbeit (als Überblick Promberger 2012) charakteristisches dreiseitiges Verhältnis, bei dem die ansonsten übliche Identität von Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis nicht gegeben ist. Ähnlich wie in Großbritannien gründeten sich in Deutschland private Agenturen, welche als Informationsbroker die Vermittlung von Ärzten vor allem an Krankenhäuser sowie gelegentlich an Praxen übernehmen.⁷ Sie fungieren als spezialisierte „Zeitarbeitsfirmen für Mediziner“, organisieren die Matchingprozesse und sind insofern das funktionale Äquivalent für Firmen, die betriebliche Arbeitnehmerüberlassung betreiben bzw. Personaldienstleistungen anbieten. Agenturen entstehen – im Gegensatz zu den üblichen Leih- bzw. Zeitarbeitsfirmen – bei einem Mangel an entsprechend qualifizierten Arbeitnehmern.

Nach Internetrecherchen unter Zuhilfenahme diverser Suchmaschinen stieg die Zahl der Vermittlungsagenturen in den vergangenen Jahren parallel zur Zahl der Honorarärzte auf über 100. Zu den ersten und zugleich größten gehören „Hire a Doc-

⁷ In anderen Segmenten des Arbeitsmarktes für Hochqualifizierte, z.B. dem expandierenden Segment für zeitlich und örtlich „flexible“ Leih- oder Interims-Manager mit umfangreicher Projekt- und Berufserfahrung in der Unternehmensberatung, finden sich ähnliche Agenturen (sog. Provider). Ein internationaler Vergleich zeigt unterschiedliche Typen von „labor market intermediaries“ (Bonet et al. 2013). Im Übrigen bestehen auch auf anderen Märkten mit hohen Informationsunsicherheiten, z.B. dem für Wohnungen, derartige Arrangements.

tor“, „Doc-to-Rent“ und die „Facharztagentur“.⁸ Manche Agenturen (z.B. Hire a Doctor) machen Angebote, die von Vermittlung ins Ausland über Vermittlung von freiberuflichen, d.h. solo-selbstständigen Honorarärzten bis zur Festanstellung bei der Agentur reichen, die übertarifliche Entgelte zahlt und als Entleihunternehmen fungiert.

Sowohl Honorarärzte als auch Krankenhausbetreiber nehmen diese Dienstleistungen, die über die reine Herstellung von Kontakten hinausgehen, in Anspruch. Die Krankenhäuser als Entleiher erwarten die Garantie, qualitativ hochwertige Fachkräfte „geliefert“ zu bekommen. Aus Sicht der Honorarärzte verspricht die Akquise von Aufträgen durch Agenturen mehrere Vorteile, die von der Übernahme der Honorarverhandlungen und Rechnungsstellung, der Vertretung der angenommenen Stelle im Krankheitsfall bis hin zur subsidiären Haftpflichtversicherung reichen.

Die noch zu behandelnde Marktmacht der Ärzte dokumentiert sich in der Tatsache, dass für sie die Nutzung der Agenturen kostenfrei ist, während die Krankenhäuser den Agenturen Mittlerprovisionen in Höhe von ca. 8 % der ausgehandelten Honorarsumme zahlen (Zander 2009). Im Gegenzug sparen die Krankenhäuser, konkret deren an betriebswirtschaftlicher Effizienz orientierten Personalabteilungen, Teile der Fixkosten von Beschäftigungsverhältnissen, die bei Nutzung anderer Optionen anfallen, nämlich zunächst Informations- und Suchkosten (u.a. Stellenausschreibungen, Sichtung der Bewerbungen, Einstellungs- und Auswahlgespräche) sowie später mögliche Entlasskosten (u. a. Sozialpläne, Abfindungszahlungen). Insofern lösen sie erhebliche Teile ihrer Rekrutierungsprobleme durch die Einschaltung Externer. Die funktionale Differenzierung in kaufmännische, medizinische und pflegerische Leitung lassen eine Koordination und Integration verschiedener Interessen keinesfalls trivial erscheinen (Sibbel 2010: 47). Die Personalentscheidungen bei der Einstellung von Honorarärzten trifft die kaufmännische Abteilung, zum Teil ohne Einbezug der Chefärzte.

Die Agenturen gewährleisten die Einhaltung bestimmter Qualitätsstandards durch Prüfung der ärztlichen Qualifikationen sowie standardisierte Kundenfeedbacks über die Zufriedenheit mit den vermittelten Ärzten (Lösung des Problems der hidden information). Die Agenturen bewerben die Vorteile für die Krankenhäuser mit den Kernargumenten Überbrückung personeller Engpässe, flexible Bedarfsabdeckung, bessere Auslastung von Funktionsbereichen und Entlastung des Stammpersonals.

Andere Formen der Vermittlung auf diesem Teilarbeitsmarkt des Gesundheitssektors, etwa „klassische“ Stellenausschreibungen im Deutschen Ärzteblatt, verlieren nicht notwendigerweise an Bedeutung. Dieser Stellenanzeigenteil nahm bis 2008 deutlich zu (vgl. Abb. 3). Neben Werbeanzeigen von Vermittlungsagenturen finden sich auch Stellenanzeigen, die den Bewerbern frei stellen, ob ihre Vergütung bei Festanstellung gemäß Tarifvertrag oder bei freiberuflicher Tätigkeit auf Honorarbasis erfolgen soll. Die allgemeine, über die Bundesagentur für Arbeit (BA) zur Verfügung stehende Arbeitsvermittlung spielt keine Rolle, da für die Vermittlung Spezialkenntnisse notwendig sind, über die weder die BA noch ihre Agenturen für Arbeit verfügen.

⁸ <http://www.hireadoctor.de>, <https://www.doc-to-rent.de>,
<http://www.facharztagentur.de>. Außerdem gibt es Agenturen, die sich auf die Vermittlung von Pflegepersonal spezialisieren (www.nurse-to-rent.de, oder www.hireanurse.de).

2.6 Formen der Flexibilisierung

Die Einsätze von Honorärärzten erstrecken sich über verschiedene Arbeitsgebiete: „Sie sind unter anderem als Vertretungs-, Interims-, Leih- oder Notdienstärzte im Einsatz, decken den Bedarf bei Flugrettungsdiensten, bei der Begleitung von Reise- oder Sportgruppen, bei Kreuzfahrten oder Großveranstaltungen. Sie arbeiten in Gesundheitsressorts, erstellen Gutachten, wissenschaftliche Ausarbeitungen und betreuen im Bedarfsfall klinische Studien“ (BÄK/KBV 2011: 16). Wiederholte Tätigkeiten im selben Krankenhaus bzw. in derselben Praxis – im Sinne gewisser Regelmäßigkeiten – kommen durchaus vor.

Aus Sicht der Krankenhäuser dient der Einsatz von Honorärärzten zur „Flexibilisierung“ des Personalbedarfs bzw. -einsatzes bei personellen Engpässen in der Patientenversorgung sowie dem Ausgleich von Ausfällen und hohen Belastungen. Der weit gefasste Begriff „Flexibilisierung“ bedarf der Präzisierung. Eine grundlegende und weitgehend akzeptierte Differenzierung ist die in interne und externe (OECD 1986, 1989). In unserem Fall handelt es sich – wie bei Leiharbeit generell – um eine externe Form, die aufgrund der rechtlich-institutionellen Bedingungen der Arbeitsmärkte für die Bundesrepublik nach wie vor eher untypisch ist (zusammenfassend Bellmann et al. 2009). Die ansonsten durchaus gegebenen Verdrängungseffekte von Normalarbeitsverhältnissen durch Leiharbeit (Jahn/Weber 2013) bzw. einer Substitution sozialversicherungspflichtiger durch sozialversicherungsfreie Beschäftigung sind bei Honorärärzten nicht zu beobachten, da auf diesem Teilarbeitsmarkt keine Entlassungen vorkommen, sondern zusätzlicher Bedarf besteht.

Eine weiter gehende Differenzierung bezieht die Formen von Flexibilisierung nicht auf Normal-, sondern durch Erweiterung konkret auf Formen atypischer Beschäftigung (Keller/Seifert 2013). In diesem Kontext handelt es sich aus Sicht der Krankenhäuser vor allem um numerische sowie ggfs. – bei Perspektivenwechsel auch aus Sicht der Honorärärzte – um temporale Flexibilisierung (vgl. Keller/Seifert 2007: 16). Demgegenüber sind Flexibilisierung der Entgelte bzw. Senkung der Arbeitskosten im Gegensatz zur üblichen Leiharbeit sowie anderen Formen atypischer Beschäftigung nicht von zentraler Bedeutung. Auch die funktionale Flexibilisierung, auf die wir später im Zusammenhang mit Beschäftigungsfähigkeit noch eingehen, spielt keine wesentliche Rolle.

Honorärärzte werden aus rechtlichen Gründen nicht in die formale Arbeitsorganisation des Krankenhauses eingegliedert.⁹ Aufgrund der von Honorärärzten hoch geschätzten Selbstbestimmung und professionellen Autonomie können Krankenhäuser den Einsatz in der Regel nicht zur Rekrutierung bzw. als Probezeit für die Übernahme in unbefristete Beschäftigung nutzen. Die bei atypischen Beschäftigungsver-

⁹ Honorärärzte bringen in der Regel ihre eigene Dienstkleidung mit, so dass sie sich rein optisch vom Stammpersonal unterscheiden. Eine Ausnahme bildet die Erfordernis spezieller Funktionskleidung (z.B. im OP); diese wird in der Regel von der Einrichtung der medizinischen Versorgung unentgeltlich zur Verfügung gestellt.

hältnissen erwartete Sprungbrett- oder Brückenfunktion zum Übergang in ein Normalarbeitsverhältnis ist bei Honorarärzten kaum gegeben.¹⁰

Bei der Beziehung zwischen Prinzipal (Krankenhaus) und Agent (Honorararzt) besteht kein typisches Prinzipal-Agenten-Problem im Sinne eines Interessenkonflikts aufgrund von Informationsasymmetrien, wie ihn die Neue Institutionenökonomik im Rahmen ihrer Vertragstheorien (z.B. Jensen/Meckling 1976) behandelt. Der Chefarzt kann dem Honorararzt zwar fachliche Hinweise aber keine konkreten Anweisungen geben, da die Ausführung der Aufgaben eigenverantwortlich erfolgt. Honorarärzte unterliegen nach Absolvierung ihrer Facharztprüfung berufsrechtlich keiner medizinisch-fachlichen Weisung mehr, d.h. eine entsprechende Befugnis des Krankenhauses besteht nicht.

Fachlich orientieren sich Honorarärzte bei ihrer Tätigkeit an den Leitlinien und Fachstandards ihrer medizinischen Fachgesellschaften; insofern spielen „hidden characteristics“ keine wesentliche Rolle und das Ausmaß der Unsicherheit ist reduziert. Zudem stärkt die aus Sicht der Krankenhäuser schwierige Fachärztesituation die Markt- bzw. Verhandlungsmacht der Honorarärzte. In Konfliktfällen haben Krankenhäuser die Möglichkeit, den stets notwendigerweise unvollständigen Vertrag – im Gegensatz zu dem des normalen Angestelltenverhältnisses, aber wie auch bei anderen Varianten von Leiharbeit – kurzfristig zu beenden (Christmann 2012).

2.7 Internationalisierungstendenzen

Bereits vor Verabschiedung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes bestand für deutsche Ärzte die Möglichkeit, im Ausland als Honorararzt tätig zu sein. In den angelsächsischen Ländern ist diese Form unter der Bezeichnung Locum Doctors seit geraumer Zeit bekannt, ebenso gibt es *Médecines Remplaçants* in Frankreich und Vikarärzte in der Schweiz (Schäfer 2010: V). In Großbritannien pendelte sich ihre Zahl in den letzten Jahren bei knapp unter 3.000 ein (British National Health Service 2012). Von 2011 auf 2012 war ein Rückgang um 8,1 % (auf 2.433) bei 106.791 Non-Locum Doctors zu verzeichnen (Stand August 2012), der in erster Linie auf Sparmaßnahmen zurückzuführen war. Zudem brachte der mit der Deutschen Ärztekammer vergleichbare General Medical Council (GMC) Ende 2012 ein gesetzlich veranlassetes und erschwertes Verfahren der Arztzulassung auf den Weg. Die Zulassung muss alle fünf Jahre erneuert werden und beinhaltet zusätzlich für ausländische Ärzte den Nachweis eines speziellen Sprachtests.

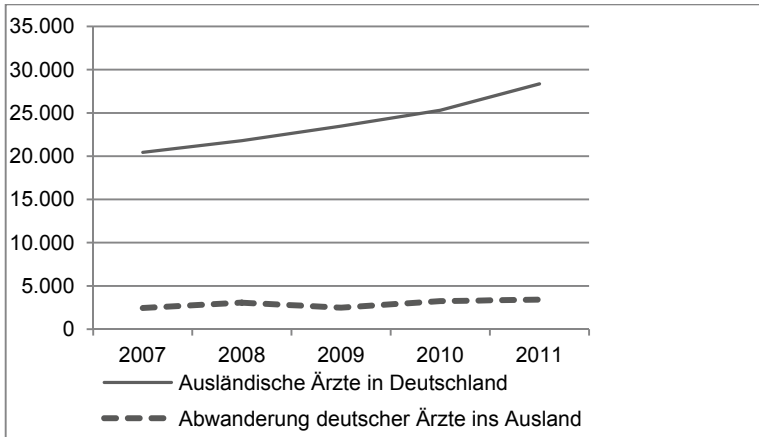
Diese Entwicklung dokumentiert eine bestehende Internationalisierung dieses beruflichen Teilarbeitsmarktes, vor allem im Sinne einer Europäisierung – nicht hingegen einer Globalisierung.¹¹ Die erworbene Qualifikation ist offensichtlich trotz erheblicher rechtlicher und organisatorischer Unterschiede zwischen nationalen Gesundheitssystemen transferierbar. Im Übrigen erfolgt auch ein Anstieg der Zuwanderung

¹⁰ Ein derartiger Übergang gelingt bei ca. der Hälfte aller Befristungen, kaum hingegen bei Leiharbeit; insgesamt stellt Solo-Selbstständigkeit häufig nur eine vorübergehende Beschäftigungsvariante dar (Brenke 2013).

¹¹ Eine Ausnahme bildet Großbritannien, wo in erheblichem Umfang Ärzte aus dem Commonwealth, insbesondere Indien, beschäftigt sind.

von Ärzten aus dem Ausland, der höher ist als die Abwanderung aus Deutschland (s. Abb. 4).

Abb. 4: Zu- und Abwanderung von Ärzten



Quelle: Statistische Jahrerhebungen der Bundesärztekammer, Ärztestatistik (eigene Darstellung)

Die Abwanderung von Ärzten ins Ausland betrug laut den Angaben der Bundesärztekammer im Jahr 2007 2.439 und stieg 2011 auf 3.410 Personen an. Die Gesamtzahl der in Deutschland tätigen ausländischen Ärzte stieg zwischen 2007 und 2011 von ca. 20.400 auf 28.400 (BÄK 2012). Ohne Zuwanderung wäre der Ärztemangel also deutlich größer, der Umfang der Abwanderung wird in der öffentlichen Diskussion häufig überschätzt.

Wie lassen sich diese Entwicklungen nicht nur beschreiben, sondern – mit Hilfe ausgewählter Arbeitsmarkttheorien – erklären? Die Segmentationstheorien (zusammenfassend Reich 2009) geben die Prämisse der Homogenität von Arbeitsmärkten auf und betonen die dauerhafte Existenz gegeneinander abgeschotteter, in sich homogener Segmente. Für die Bundesrepublik ist eine Dreiteilung in (betriebs-)spezifische, (berufs-)fachliche und Jedermanns-Teilarbeitsmärkte charakteristisch, die unterschiedlichen Funktionslogiken folgen (Lutz 1987; Sengenberger 1987). Honorarärzte sind dem fachlichen Segment zuzurechnen, bei dem die wechselseitige Bindung zwischen einer bestimmten Kategorie von Arbeitskräften und Nachfragern, nicht – wie auf dem betrieblichen Teilarbeitsmarkt – zwischen einzelnen Arbeitskräften und Nachfragern erfolgt, sondern zwischen bestimmten Kategorien auf beiden Seiten.

Im Sinne der für die Segmentationstheorien grundlegenden Unterscheidung zwischen Stamm- und Randbelegschaft gehören Honorarärzte zur Randbelegschaft. Die Zuordnung erfolgt in diesem Fall durch den Beschäftigungsstatus und nicht, wie zumeist üblich, durch Qualifikationsunterschiede oder Merkmale wie Geschlecht und Alter eines (berufs-)fachlichen Teilarbeitsmarktes. Honorarärzte bilden in der Bundesrepublik ein noch recht neues Segment, dessen rasche Expansion der seit Jahren bestehende Ärztemangel wesentlich begünstigt. Diese durch Knappheitsrelationen gekennzeichnete Arbeitsmarktsituation stärkt die Marktmacht der Ärzte und schwächt die der Krankenhäuser, die Gefahr laufen, qualifizierte Fachkräfte mit langjähriger

Berufserfahrung und akkumuliertem Wissen zu verlieren. In humankapitaltheoretischer Sicht (zusammenfassend Franz 2009) ist ihr Humankapital, das in der mehrjährigen Facharztausbildung erworben und durch Ablegung von Prüfungen dokumentiert wird, allgemeiner und nicht (betriebs-)spezifischer Art, d.h. es kann bei verschiedenen Arbeitgebern verwertet werden. Daher ermöglicht es relativ leicht die zwischenbetrieblich-horizontale Mobilität – nicht hingegen die vertikale im Sinne eines beruflichen Aufstiegs bzw. einer Karriere in derselben Organisation.

3. Soziodemographische Merkmale

Die vorliegenden Studien zeigen, dass das mittlere Alter der Honorarärzte mit 47,9 Jahren (Teske et al. 2010) bzw. 49,8 Jahren¹² (Wilkesmann et al. 2013a) über dem der im Krankenhaus angestellten Ärzte (2009: 43,4 Jahre) bzw. der anderen befragten Krankenhausärzte (46,2 Jahre¹³) liegt (Wilkesmann et al. 2013a). Laut Umfragedaten (BÄK/KBV 2011: 11) verfügen etwa 90 % der Honorarärzte über eine abgeschlossene Facharztausbildung sowie durchschnittlich 14 Jahre Berufserfahrung. Sie gehören zu den erfahrenen Ärzten, die sich in diesem Punkt nicht wesentlich von ihren angestellten Kollegen unterscheiden.

Das Phänomen der Honorarärzte wird oftmals auch mit der Feminisierung der Medizin thematisiert (z.B. Weber 2010). Insgesamt ist der Anteil der weiblichen Studierenden von 38 % im Jahr 1983 auf 62 % im Jahr 2010 gestiegen. Diese zunehmende Feminisierung schlägt sich bislang (noch) nicht in der Besetzung von Führungspositionen nieder (Wilkesmann 2009), wohl aber im Anteil angehender Fach- und Oberärztinnen.

In Krankenhäusern liegt der Anteil an Ärztinnen bei 44,4 %. Bezogen auf die Gruppe mit abgeschlossener Facharztausbildung und damit Berufserfahrung reduziert sich ihr Anteil auf 33,6 % (Statistisches Bundesamt 2013). Bei den Honorarärzten ist rund ein Drittel der Befragten (27,2 % bei Teske et al. 2010; 36,1 % bei Wilkesmann et al. 2013a) weiblich. Da die meisten Honorarärzte ihre Facharztausbildung abgeschlossen haben, liegen weder eine starke Über- noch eine starke Unterrepräsentation von Ärztinnen vor. Diese Daten bestätigen nicht das häufig angeführte Argument (z.B. Schäfer 2011; Doelfs 2011), dass vor allem Frauen häufig zwecks besserer Vereinbarkeit von Familie und Beruf honorarärztlich tätig werden. Im Gegensatz zu diesem Befund für eine spezielle Gruppe gilt, dass – abgesehen von der einzigen Ausnahme der Leiharbeit – Frauen in sämtlichen Formen atypischer Beschäftigung mehr oder weniger deutlich überrepräsentiert sind (Keller et al. 2011; Keller/Seifert 2013).

Die Verteilung der Honorarärzte nach Facharztgebieten zeigt spezifische Muster. Da keine Vollerhebung vorliegt, können nur Einzelresultate der nicht-repräsentativen Studien vorgestellt werden. Anästhesisten sind in allen facharztübergreifenden Studien verhältnismäßig in der Überzahl. Die Gründe liegen darin, dass die Grundgesamtheit bestimmter Facharztgruppen (z.B. HNO-Ärzte, Augenärzte) kleiner ist und dadurch einen kleineren Anteil an Honorarärzten ausmachen sollte. Zum anderen kann sich das Arzt-Patienten-Verhältnis bei manchen Facharztgruppen nicht auf einen einmaligen

¹² Median 48,0 Jahre, Standardabweichung 10,2 Jahre.

¹³ Median 46,0 Jahre, Standardabweichung 9,3 Jahre.

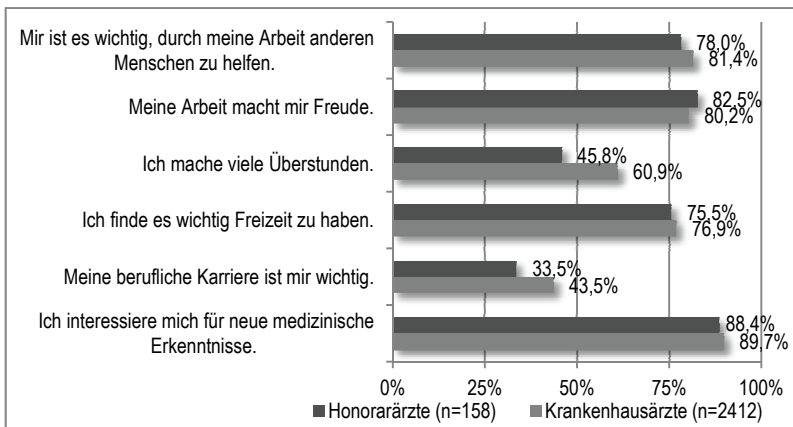
gen Kontakt beschränken, so dass sich bestimmte Gruppen durch ihre spezifische Arbeitsweise von vornherein nicht zu honorarärztlicher Tätigkeit eignen. Bei Anästhesisten ist – mit Ausnahme von Patienten auf den anästhesiologisch geführten Intensivstationen – der Arzt-Patienten-Kontakt in der Regel weniger intensiv, so dass sich Anästhesisten schnell in neuen Abteilungen einarbeiten können und häufiger honorarärztlich tätig sind als andere Facharztgruppen.

Tab. 1: Verteilung der Ärzte und befragten Honorarärzte nach Fachgebieten

	Ärzte nach Fachgebieten gesamt	Verteilung der Honorarärzte nach Fachgebieten		
		Teske et al. (2010)	Schäfer/Teske (2012)	Schäfer/Teske (2013)
Anzahl	342.063	764	100	143
Anästhesiologie	6 %	41 %	67 %	52 %
Chirurgie	6 %	8 %	7 %	11 %
Innere Medizin	13 %	11 %	7 %	7 %
Allgemein Medizin	13 %	12 %	7 %	13 %
Gynäkologie	5 %	9 %	5 %	5 %
Radiologie	2 %	3 %	5 %	7 %
Sonstige	55 %	16 %	2 %	5 %

Quellen: Statistische Angaben der Bundesärztekammer (2012, Stand 31.12.2011), Teske et al. (2010), Teske/Schäfer (2012), Teske/Schäfer 2013 (eigene Darstellung)

Abb. 5: Einschätzungen von Honorarärzten und Krankenhausärzten im Vergleich (Zustimmungsprozente einer 5er Likert-Skala von 4 „trifft eher zu“ bis 5 „trifft voll zu“)



Quelle: eigene Berechnung

Honorarärzte unterscheiden sich in ihren Einstellungen und Motiven weniger deutlich von im Krankenhaus tätigen Ärzten (Wilkesmann et al. 2013a). Beide Gruppen differenzieren allerdings in den Angaben zu Überstunden und Karriereambitionen (Abb. 6). Krankenhausärzte leisten mehr Überstunden und nehmen ihre berufliche Karriere wichtiger. Honorarärzte hingegen schätzen andere Teile ihrer Arbeitsbedingungen (wie Flexibilität und Autonomie) mehr als rein monetäre Anreize.

4. Kollektive Interessen und ihre Vertretung

Bisher haben wir uns mit den Austauschbeziehungen bzw. Beschäftigungsverhältnissen auf individueller Ebene befasst und die kollektive ausgeblendet. Arbeitsbeziehungen „dualer“ Form, wie sie die Branchen des produzierenden Sektors nach wie vor prägen, gibt es für Ärzte im Allgemeinen und für Honorarärzte im Besonderen nur rudimentär und in spezifischer Ausprägung. Der seit 1947 existierende Marburger Bund (MB) ist die gewerkschaftliche, gesundheits- und berufspolitische Interessenvertretung aller angestellten und verbeamteten Ärzte in Deutschland.¹⁴ Zweck des im Jahr 2008 gegründeten Bundesverbandes der Honorarärzte e.V. (BV-H¹⁵) ist „die Vertretung und Wahrung der beruflichen, wirtschaftlichen und sozialen Interessen der in Deutschland tätigen oder approbierten Ärzte, die regelmäßig gegen Honorar medizinisch tätig sind“ (§ 2, Abs. 1 der Verbandssatzung).

Diese Art der Institutionalisierung ist – im Gegensatz zu „normalen“ Berufen – typisch für Professionen, die auf diese Weise ihre Legitimation und dadurch den Zugriff auf sozial-ökonomischen Privilegien erhöhen (Foucault 1973; Freidson 1994; Wilkesmann 2009). Ähnliche Zusammenschlüsse fanden auch bei der Ausdifferenzierung der klassischen Fächer in Facharzttrichtungen statt (z.B. bei Gründung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V. im Jahr 1960 und Neugründung des Berufsverbandes Deutscher Neurochirurgen e.V. als neues spezialisiertes Facharztgebiet im Jahr 1989). Derzeit gibt es laut (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer in der Fassung vom 25.06.2010 insgesamt 33 Gebiete (z.B. Chirurgie, Innere Medizin) mit 51 Facharzttrichtungen (z.B. Herzchirurgie, Innere Medizin und Kardiologie), die in Facharztverbänden organisiert sind. Insofern verstärkt der BV-H die hochgradige Fragmentierung der Verbandsstrukturen.

Der BV-H führt selbst keine Kollektivverhandlungen¹⁶ und ist im Gegensatz zum MB keine „Ärztegewerkschaft“, sondern ein Berufsverband. Zu den Lobbyaktivitäten zählen Treffen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Bundesärztekammer. Zudem war der BV-H beispielsweise an der Erstellung des gemeinsamen Positionspapiers zum Thema „Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland. Positionsbestimmung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“

¹⁴ Der MB schätzt die aktuellen Entwicklungen des Honorararztwesens ambivalent ein und sieht Probleme u. a. bei der Zusammenarbeit zwischen angestellten und Honorarärzten. Individuelle Honorarvereinbarungen schwächen die vom MB in den 2000er Jahren durchgesetzte Anerkennung als eigenständige Tarifvertragspartei (Greef 2012). Die langfristige Entwicklung der Beziehungen zwischen MB und BV-H bleibt abzuwarten.

¹⁵ www.bv-honoraraerzte.de.

¹⁶ Seit einigen Jahren bestehen zwei Tarifverträge: Der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) für Bund und Gemeinden sowie der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder (TV-L) (Keller 2010). Seit Mitte der 2000er Jahre verhandelt der Marburger Bund eigenständige Tarifverträge für Ärzte: An Universitätskliniken gilt der mit der Tarifgemeinschaft deutscher Länder geschlossene TV Ärzte, für kommunale Krankenhäuser der mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände getroffene Vka TV-Ärzte, außerdem bestehen Verträge mit großen privaten Klinikkonzernen (wie Asklepios, Helios, Rhön und Sana).

beteiligt. Der Verband finanziert sich primär aus den Mitgliedsbeiträgen, dem Vertrieb von Musterverträgen sowie den Erlösen von selbstorganisierten Symposien. Seine personellen Ressourcen sind begrenzt: In der Geschäftsstelle sind neben ehrenamtlich engagierten Mitgliedern hauptamtlich ein Verwaltungswissenschaftler sowie zwei weitere Ärzte (halbtags) beschäftigt.

Der BV-H hatte bei seiner Gründung 2008 ca. 30 Mitglieder; deren Zahl stieg bis 2010 auf 200 (Schäfer 2010: 423) und liegt laut telefonischer Auskunft des BV-H bei 400.¹⁷ Diese aktuelle Ziffer bedeutet in Anbetracht der zu unterstellenden Zahl von Honorarärzten (von 4.000 bis 5.000) immer noch einen niedrigen, im einstelligen Prozentbereich liegenden Organisationsgrad. Dieser Sachverhalt mag mit dem Zeitpunkt der Gründung zu erklären sein oder mit einem für potentielle Mitglieder nicht attraktiven Dienstleistungsangebot des Verbandes. An der Beitragshöhe kann es nicht liegen: Laut Beitragsordnung beträgt der Jahresmitgliedsbeitrag eines ordentlichen Mitglieds 195,00 Euro. Der Mitgliederrekrutierung dient das Angebot „Existenzgründungsseminar für Einsteiger“. Der BV-H erstellt sowohl kollektive als auch private Dienstleistungen (Lobbying versus Beratung). In großen Gruppen bilden, wie Olson in seiner Theorie des kollektiven Handelns (1968, 1985) zeigt, bei freiwilliger Mitgliedschaft nur private Güter einen individuellen Anreiz zum Verbandsbeitritt, während kollektive zum Trittbrettfahren führen.

Eine alternative Erklärung der Organisierung und Durchsetzung von Interessen argumentiert mit Machtressourcen bzw. der Unterscheidung von Markt- und Organisationsmacht (Coleman 1979, 1990). Marktmacht besteht aufgrund der spezifischen, zentralen Position, die Einzelne oder kleine Gruppen in interdependenten Austauschprozessen einnehmen; Organisationsmacht resultiert aus hohen Mitgliederzahlen bzw. Organisationsgraden, über die Verbände verfügen. Honorarärzte sind nicht nur Funktions-, sondern auch Qualifikationseliten. Im Gegensatz zur überwiegenden Mehrzahl der atypisch Beschäftigten verfügen sie aufgrund der eingetretenen Arbeitsmarktsituation mit eingeschränkter Konkurrenz bzw. geringem Substitutionsrisiko bereits über erhebliche individuelle Marktmacht; sie sind daher nicht – wie abhängig Beschäftigte – auf die Herstellung von Organisationsmacht durch Koalitionsbildung angewiesen, um dem auf Arbeitsmärkten strukturell gegebenen Machtungleichgewicht zwischen Angebots- und Nachfrageseite (zusammenfassend Offe/Hinrichs 1984) zu begegnen.

5. Atypische versus prekäre Beschäftigung

Atypisch Beschäftigte sind häufig höheren sozialen Risiken ausgesetzt als Arbeitnehmer in Normalarbeitsverhältnissen. Explizit unterschieden werden sollte, wie eingangs erwähnt, zwischen atypischer und prekärer Beschäftigung. Der Begriff Prekarität wird unterschiedlich verwendet (Barbier 2011), häufig werden beide Begriffe nicht nur in der Umgangs- sondern auch in der Wissenschaftssprache sogar synonym gebraucht (Dörre 2006; Standing 2011). Eine Abgrenzung ist jedoch notwendig, u. a. um bei den einzelnen Formen atypischer Beschäftigung Abstufungen und Grade verschiedener Dimensionen von Prekarität unterscheiden zu können.

¹⁷ Auch in der Mitgliederstruktur zeigt sich die Überrepräsentanz der Anästhesisten, die etwa ein Drittel der Mitglieder ausmachen.

Die Kriterien der Abgrenzung sollen sowohl kurz- als auch langfristige Risiken in der Lebenslaufperspektive berücksichtigen, d.h. solche, die während als auch nach der Erwerbsphase eintreten können. Wir schlagen folgende intersubjektiv nachvollziehbare Kriterien vor (Keller et al. 2011):

1. Subsistenzsicherndes Einkommen (Bruttostundenlohn in Höhe von mindestens zwei Dritteln des mittleren (Median-)Lohns, wie in der aktuellen internationalen Diskussion üblich,
2. Beschäftigungsstabilität im Sinne von employment stability, nicht von job security, dem traditionellen Konzept der Sicherheit eines spezifischen Arbeitsplatzes, meint die Gelegenheit zu möglichst kontinuierlicher Erwerbstätigkeit nicht nur auf dem (betriebs-)internen, sondern ggf. auch auf dem externen Arbeitsmarkt,
3. Beschäftigungsfähigkeit im Sinne von „employability“, wie sie u. a. als Teil der europäischen Beschäftigungsstrategie (Europäische Kommission 2013) verankert ist, meint vor allem individuelle Möglichkeiten des Zugangs zu betrieblich-beruflicher Weiterbildung und Sicherung der Gesundheit,
4. Integration in die sozialen Sicherungssysteme, vor allem in die Renten-, aber auch in die Kranken- und Arbeitslosenversicherung.

(1) *Subsistenzsicherndes Einkommen*: Laut Angaben des BV-H¹⁸ beträgt der in Krankenhäusern übliche Vergütungssatz (brutto) je nach Tätigkeit zwischen 65 und 120 Euro pro Stunde. Die durchschnittliche Stundenvergütung (brutto) liegt im arithmetischen Mittel bei 81,52 Euro, die geringste bei 67,71 Euro pro Stunde (Teske 2012). Diese auf den ersten Blick hohen Stundensätze relativieren sich erheblich bei näherer Betrachtung. Honorarärzte zahlen nicht nur Steuern, sondern auch Beiträge zur Krankenversicherung, Berufshaftpflicht¹⁹ sowie Altersvorsorge vollständig und tragen die Kosten für ihre Fortbildung. Außerdem entfällt im Gegensatz zu angestellten Ärzten die finanzielle Absicherung bei Krankheit und Urlaub. Dennoch liegen die Einkommen der Honorarärzte deutlich über dem Durchschnittseinkommen von vergleichbar qualifizierten angestellten Krankenhausärzten und weisen auf die beschriebene, echte Knappheitsrelation auf dem Teilarbeitsmarkt hin.

Das Zwischenfazit lautet: Honorarärzte sind nicht von kurzfristigen (Einkommens-)Risiken betroffen, da sie in jedem Fall ein subsistenzsicherndes Einkommen erzielen. Sie gehören, wenn man sie als Solo-Selbstständige ansieht, zu dem (kleinen) Teil mit hohen Einkünften, während das mittlere Einkommen dieser Gruppe ansonsten unter dem aller Arbeitnehmer liegt (Brenke 2013). Sieht man sie als Leiharbeiter, liegen ihre Einkommen deutlich oberhalb der Einkommen dieser Gruppe, die sich häufig im Niedriglohnssektor befinden (Keller/Seifert 2013).

(2) *Beschäftigungsstabilität*: Sie stellt – im Sinne einer Festanstellung – für Honorarärzte im Gegensatz zur überwiegenden Mehrzahl der atypisch Beschäftigten offensichtlich kein relevantes Entscheidungskriterium dar. Dieser zumindest auf den ersten

¹⁸ Quelle: <http://www.bv-honoraraerzte.de/live/bv-honoraraerzte/content/e136/e4331/e4335/aufdeutsch.pdf>.

¹⁹ Für Ärzte besteht Pflichtmitgliedschaft in der Berufshaftpflichtversicherung, die Kosten etwa bei Behandlungsfehlern übernimmt.

Blick unerwartete Sachverhalt ist durch die Tatsache zu erklären, dass das Risiko der (Langzeit-)Arbeitslosigkeit faktisch nicht besteht: Hauptberufliche Honorarärzte können aufgrund der Situation auf ihrem Teilarbeitsmarkt in Festanstellungen und damit in Normalarbeitsverhältnisse wechseln oder eigene Facharztpraxen eröffnen, d.h. sie haben die Wahl zwischen abhängiger Beschäftigung und Selbstständigkeit. Sie entscheiden sich freiwillig für die Tätigkeit als Honorararzt und nehmen im Rahmen ihrer individuellen Kosten-/Nutzenkalküle die mit diesem Arbeitsmarktstatus prinzipiell verbundene Beschäftigungsvolatilität bzw. Befristung der aktuell ausgeübten Tätigkeit auf wenige Wochen oder sogar nur Tage billigend in Kauf.²⁰ Nebenberufliche Honorarärzte, die neben einer Haupttätigkeit als Festangestellte oder Niedergelassene tätig sind, verfügen in der Regel aufgrund ihrer anderen Tätigkeit nicht nur über Beschäftigungsstabilität, sondern auch über soziale Absicherung in Bezug auf Alter und Krankheit.

(3) *Beschäftigungsfähigkeit*: Die Sicherung der individuellen Beschäftigungsfähigkeit erfordert vor allem die Möglichkeit des Zugangs zu betrieblich-beruflicher Weiterbildung, der in der Regel bei atypisch Beschäftigten erheblich eingeschränkt ist. Alle berufstätigen Ärzte sind – im Gegensatz zu Angehörigen anderer Berufe – per Gesetz zur regelmäßigen Fortbildung verpflichtet: Seit 2004 bestimmt die Weiterbildungsverpflichtung, dass Fachärzte Fortbildungspunkte sammeln²¹ und bei der Landesärztekammer in geeigneter Form nachweisen müssen; ansonsten droht die Aberkennung der Approbation. Diese formalisierten Regelungen, bei denen in einer differenzierten Analyse zwischen Aufstellung und Umsetzung bzw. notwendigen und hinreichenden Voraussetzungen zu unterscheiden wäre, gelten gleichermaßen für Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigte.

Berufliche Weiterbildung ist nicht nur zum Erhalt der individuellen Beschäftigungsfähigkeit sondern auch zur Standard- und Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen bzw. Patientensicherheit notwendig – auch (oder gerade) beim Einsatz von Honorarärzten. Neben Empfehlungen zur Qualifikation entwickelt der BV-H ein Qualitätszertifikat, welches der Herstellung von Rechtssicherheit dient, verbindlich die „Strukturqualität eines Honorarvertretungsarztes“ sichert und ein Alleinstellungsmerkmal für den Verband darstellen soll (Schäfer 2012).

(4) *Integration in die sozialen Sicherungssysteme*: Selbstständige unterliegen im Gegensatz zu abhängig Beschäftigten nicht der Versicherungspflicht in den gesetzlichen Sicherungssystemen. Ihre Alterssicherung ist nicht einheitlich geregelt (Fachinger et al.

²⁰ Leiharbeit ist zumeist durch ihre Kurzfristigkeit gekennzeichnet. Ca. die Hälfte aller Leiharbeitsverhältnisse endet innerhalb von drei Monaten; der häufig erhoffte Brücken- oder Klebeffekt bleibt also gering. Die Rekrutierung geschieht überproportional häufig aus Arbeitslosigkeit. Akademiker sind (mit ca. 3 %) selten Leiharbeitnehmer (Bundesagentur für Arbeit 2013).

²¹ In den Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus heißt es (§ 2): “Alle fortbildungsverpflichteten Personen müssen innerhalb von fünf Jahren an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen (Fortbildungszeitraum), die nach Anerkennung der Ärztekammern bzw. der Psychotherapeutenkammern mit insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkten bewertet wurden.“

(<http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/fortbildunggbafkh-r20121018.pdf>).

2004; Schulze Buschoff 2006). Neben berufsständischen Versorgungswerken für einzelne Berufsgruppen (wie Rechtsanwälte und Architekten als „klassisch“ Selbstständige) existieren Sonderregelungen wie die Künstlersozialkasse (für Selbstständige in künstlerischen Berufen). Allerdings bestehen auch, vor allem innerhalb der in den vergangenen Jahren expandierenden Gruppe der Solo-Selbstständigen, beträchtliche Sicherungslücken, die mittel- und langfristig zu Altersarmut und zur Inanspruchnahme von Leistungen der Grundsicherung im Alter führen können (Fachinger/Frankus 2011; Schulze Buschoff 2011). Das Problem auf kollektiver Ebene besteht in der Tatsache, dass diese Grundsicherung aus dem allgemeinen Steueraufkommen und nicht aus individuellen Beiträgen finanziert wird. Aus diesem Grund wird im aktuellen Rentendialog die Einführung einer Vorsorgepflicht für alle nicht-versicherten Selbstständigen diskutiert. Diese Pflichtversicherung, die vor allem für Jüngere wichtig wird, kann entweder im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung oder durch den Nachweis privater Altersvorsorge erfolgen.

Der rechtliche Status von Honorärärzten ist, u. a. wegen der heterogenen Zusammensetzung und Tätigkeitsmerkmale dieser Gruppe, nicht eindeutig geklärt (Willem 2011; BÄK/KBV 2011; Clade 2013). Sie werden entweder als abhängig Beschäftigte und damit sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer oder als Selbstständige angesehen. Mehrere Sozial- und Verwaltungsgerichte versuchten in den vergangenen Jahren, in einer Reihe von Einzelfallentscheidungen diese rechtliche Grauzone zu klären, kamen aber zu unterschiedlichen Urteilen. Die sogenannten Statusfeststellungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung (DRV) stufen Honorärärzte als sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer ein (Reiserer 2012).²²

Aufgrund dieser nicht eindeutigen Rechtslage – einschließlich des Problems der Scheinselbstständigkeit zwischen abhängiger Beschäftigung und selbstständiger Tätigkeit (Schäfer 2013) – ist nicht definitiv geklärt, wie Honorärärzte in die sozialen Sicherungssysteme zu integrieren sind. Falls sie als Selbstständige gelten, zahlen sie die Beiträge für ihre Integration in die berufsständischen, landesrechtlich unterschiedlichen Versorgungswerke vollständig selbst, da die bei abhängiger Beschäftigung zu entrichteten Arbeitgeberanteile entfallen. Die Grundversorgung ist durch diesen Pflichtbeitrag garantiert, der aufgrund der Höhe des individuellen Einkommens zu einer subsistenzsichernden Rente führt. Darüber hinaus kann eine zusätzliche Absicherung durch höhere freiwillige Beiträge oder durch Abschluss von Renten- und Lebensversicherungen erfolgen, falls die gegebene Grundversorgung individuell nicht als angemessen angesehen wird. Das Zwischenfazit lautet: Honorärärzte sind auf jeden Fall in ein System der Rentenversicherung integriert und hinreichend abgesichert bzw. keinen langfristigen, über die Erwerbsphase hinaus reichenden Risiken ausgesetzt, wie sie bei anderen Gruppen atypisch Beschäftigter häufig auftreten.

Die Krankenversicherung, ein weiterer, im Gegensatz zur langfristig relevanten Rentenversicherung kurzfristig wichtiger Teil der sozialen Sicherung, erfolgt individu-

²² Reaktionen auf die ungeklärte rechtliche Situation bestehen darin, dass die Vermittlungsagenturen ihr Dienstleistungsangebot um die Alternative Zeitarbeit bzw. Arbeitnehmerüberlassung erweitern oder Honorärärzte Genossenschaften gründen, so dass der Status des Freiberuflers erhalten bleibt (Flintrop 2013b).

ell entweder in der gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung. Versicherungsschutz auf eigenständiger Basis ist also auf jeden Fall gegeben. Allerdings entfällt wegen des Status ebenso wie bei der Rentenversicherung der Arbeitgeberanteil, so dass höhere individuelle Beiträge die Folge sind.²³

Das Ergebnis der Anwendung der formulierten Prekaritätskriterien ist eindeutig: Honorarärzte sind im Gegensatz zur überwiegenden Mehrzahl der atypisch Beschäftigten definitiv nicht als prekär Erwerbstätige anzusehen. Bei keinem der Kriterien (Einkommen, Beschäftigungsstabilität, -fähigkeit, Integration in die sozialen Sicherungssysteme) ergeben sich deutliche Hinweise auf Prekaritätsrisiken in kurz- oder langfristiger Perspektive, die soziale Inklusion wird nicht in Frage gestellt.

6. Zusammenfassung und Ausblick

6.1 Zusammenfassung

Die in den vergangenen Jahren erheblich gestiegene Zahl und zunehmende Bedeutung der Honorarärzte fügt sich ein in allgemeine, langfristig deutliche Veränderungen der Erwerbsformen. Diese Tendenzen der „Verflüssigung von Arbeit“ sind auch im internationalen Vergleich zu beobachten (für andere Kalleberg 2011). Durch diesen Wandel in Form von Pluralisierung bzw. Ausdifferenzierung in heterogene, atypische Beschäftigungsverhältnisse weicht die Dominanz des „male breadwinner model“ der Nachkriegsjahrzehnte auf. Sogar die ehemals rechtlich wie faktisch eindeutige Unterscheidung zwischen abhängiger Beschäftigung und selbstständiger Erwerbstätigkeit wird im Strukturwandel unscharf, wie unser Beispiel der Honorarärzte belegt. Sie dokumentieren zugleich die zunehmende Bedeutung der Subgruppe der Solo-Selbstständigen, die bereits mehr als die Hälfte aller Selbstständigen ausmachen.

Die Beschäftigungsverhältnisse von Honorarärzten sind atypisch im Sinne der skizzierten, in der aktuellen Diskussion üblichen Abgrenzungen bzw. Definitionen. Sie lassen sich nicht eindeutig einer einzelnen Form zuordnen, sondern weisen Merkmale mehrerer Varianten auf, d.h. von Befristung, Leiharbeit und (Solo)-Selbstständigkeit, nicht hingegen von geringfügiger Beschäftigung, die aufgrund ihrer engen zeitlichen Beschränkung nicht praktikabel ist. Die Merkmale sind allerdings bei dieser Hybridform unterschiedlich ausgeprägt: Das Kriterium Befristung ist zwar gegeben, aber aufgrund der Arbeitsmarktsituation bzw. der individuellen Marktmacht kaum relevant, so dass wir es im Gegensatz zu den anderen Formen nicht ausführlich behandeln. Insgesamt sind Honorarärzte eine untypische Subgruppe. Sie bilden ein in der Bundesrepublik neues, der Flexibilisierung – genauer der extern-numerischen Flexibilisierung des Personalbedarfs und -einsatzes – dienendes, spezifisches Segment des Arbeitsmarktes für bestimmte Gruppen von Fachärzten.

Die Tätigkeit als Honorararzt ist im Gegensatz zu anderen atypischen Beschäftigungsverhältnissen nicht durch eine ungünstige Arbeitsmarktsituation bedingt und

²³ Die Sicherungslücken von Solo-Selbstständigen bestehen in der Rentenversicherung: Nur ein sehr geringer Teil (1,1 %) ist nicht krankenversichert; demgegenüber verfügen selbst fünf Jahre nach der Gründung 14,3 % über keinerlei Altersvorsorge (Gerner/Wießner 2012). In der Arbeitslosenversicherung besteht aufgrund der selbstständigen Tätigkeit Versicherungsfreiheit.

dient nicht zur Überbrückung bzw. Beendigung von Phasen der Arbeitslosigkeit oder zur Bewältigung von Schwierigkeiten beim Berufseinstieg. Letzteres gilt mit Ausnahme der regulären Teilzeit für viele atypische Beschäftigungsverhältnisse, während Honorarärzte bereits über umfangreiche Berufserfahrung verfügen und sich freiwillig für diese Tätigkeitsform entscheiden. Insofern finden weder eine „Externalisierung des Beschäftigungsrisikos“ noch soziale Schließungsprozesse statt.

Die Beschäftigungsverhältnisse von Honorarärzten sind zwar atypisch, jedoch definitiv nicht prekär, da sie sämtliche zugrunde gelegten, intersubjektiv nachvollziehbaren Abgrenzungskriterien erfüllen (vor allem Einkommen, Beschäftigungsfähigkeit, Integration in die sozialen Sicherungssysteme). Dieser Befund führt zur Bezeichnung dieser Gruppe als „untypisch atypisch“ im Titel unseres Beitrags. Im Übrigen befinden sich einige andere Gruppen in einer ähnlich ungewöhnlich günstigen Lage; zu diesen gehören, Angehörige der „digitalen bohème“ wie Programmierer oder Webdesigner aber auch selbstständige IT-Spezialisten (Laaser 2010) ebenso wie Interims-Manager (Kabst 2010) und hochqualifizierte Freelancer (Wilkins et al. 2013). Ein vergleichsweise hohes Qualifikationsniveau bzw. Humankapital ist die notwendige, wenngleich nicht hinreichende Eingangsvoraussetzung für die Zugehörigkeit zu dieser, im Vergleich zur Gesamtzahl der atypisch Beschäftigten, eher kleinen Gruppe von Wissensarbeitern bzw. „knowledge professionals“.

Zugleich zeigt unsere Analyse die Notwendigkeit der expliziten Unterscheidung von atypischer und prekärer Beschäftigung, die sowohl in öffentlichen Diskussionen als auch im wissenschaftlichen Diskurs häufig nicht getroffen wird. Nicht jedes atypische Beschäftigungsverhältnis ist gleichzeitig und stets auch prekär; die synonyme Verwendung beider Begriffe verhindert eine differenzierte Analyse der Probleme, die Abstufungen und Grade von Prekarität unterscheiden und mit Verallgemeinerungen jedweder Art vorsichtig umgehen sollte.

Weiterhin zeigt unsere Analyse die Notwendigkeit, nicht nur, wie in der aktuellen Diskussion weitgehend akzeptiert, *zwischen* den Formen atypischer Beschäftigung (Teilzeit, Mini- und Midijobs, Befristungen, Leiharbeit und Solo-Selbstständigkeit) zu unterscheiden, sondern weiter gehend *innerhalb* der heterogenen Formen nach einzelnen Beschäftigtengruppen mit vergleichsweise homogenen Merkmalen und gegebenenfalls spezifischen arbeits- und sozialpolitischen Folgeproblemen zu differenzieren (vgl. auch Bögenhold/Fachinger 2012). Bei Mini-Jobs etwa ist entscheidend, ob sie zusätzlich zu einer anderen Beschäftigung oder ausschließlich ausgeübt werden und welchen Status (u. a. Schüler/Studierende, Rentner) diese Arbeitnehmer haben. Bei Selbstständigkeit ist von Bedeutung, ob es sich um Solo-Selbstständigkeit handelt oder, wie in den „klassischen“ Berufen üblich, weitere Mitarbeiter beschäftigt werden.

6.2 Ausblick

Last but not least: Gibt es trotz des skizzierten Mangels an validen Daten begründete Vermutungen über die weitere Entwicklung? Wir gehen von einer weiteren Zunahme mit einer kaum zu prognostizierenden Dynamik aus, die zumindest solange anhalten wird, wie bundesweit in Krankenhäusern und Praxen gleichermaßen Ärztemangel herrscht, der kurz- und mittelfristig nicht durch steigende Studierendenzahlen sowie durch Zuwanderung aus dem Ausland kompensiert werden kann. In Übereinstim-

mung mit dieser Vermutung gehen BÄK und KBV davon aus, „dass über 60 % der medizinischen Einrichtungen in Deutschland den Einsatz von Honorarärzten erwägen oder bereits praktizieren“ (BÄK/KBV 2011: 6). Die Bewältigung von Knappheitsrelationen bzw. Personalengpässen, die auch bei anderen hoch qualifizierten Fachkräften bestehen, stellt also weiterhin ein wesentliches Problem dar, welches auch politische Antworten erfordert. Außerdem erfolgt die Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland zwar mit steigender Tendenz, insgesamt aber nach wie vor auf niedrigem Niveau (BÄK Ärztestatistik 2011). Allerdings erhoffen sich die BÄK und die KBV durch die öffentliche Debatte über Honorarärzte gleichzeitig einen stärkeren Anpassungsdruck in Richtung Verbesserung der Arbeitsbedingungen des Stammpersonals.

Literatur

- Andres, A. (2013): Honorararztwesen in Deutschland. Eine gefährliche Entwicklung. Kommentar, Deutsches Ärzteblatt 110: C 243.
- Barbier, J.-C. (2011): „Employment precariousness“ in a European cross-national perspective. A sociological review of thirty years of research. In: CES Working Papers 78. Paris.
- Bellmann, L./Fischer, G./Hohendanner, C. (2009): Betriebliche Dynamik und Flexibilität auf dem deutschen Arbeitsmarkt. In: Möller, J./Walwei, U. (Hg.): Handbuch Arbeitsmarkt 2009. Nürnberg: 360-401.
- Bögenhold, D./Fachinger, U. (2012): Neue Selbstständigkeit. Wandel und Differenzierung der Erwerbstätigkeit. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.
- Bonet, R./Cappelli, P./Hamori, M. (2013): Labor market intermediaries and the new paradigm for human resources. In: The Academy of Management Annals, 7: 339-390.
- Brenke, K. (2010): Fachkräftemangel kurzfristig noch nicht in Sicht. In: DIW- Wochenbericht, 46: 2-16.
- Brenke, K. (2013): Allein tätige Selbständige: starkes Beschäftigungswachstum, oft nur geringe Einkommen. In: DIW-Wochenbericht, 7: 3-16.
- Bundesagentur für Arbeit (2013): Zeitarbeit in Deutschland – Aktuelle Entwicklungen. [URL: <http://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Arbeitsmarktberichte/Berichte-Broschueren/Arbeitsmarkt-Nav.html>] (Abruf: 02.05.2013).
- Bundesärztekammer (2012): Ärztestatistik der Vorjahre. [URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667>] (Abruf: 10.01.2013).
- Bundesärztekammer (2013): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2012. [URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.11372>] (Abruf: 10.01.2013).
- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011): Honorarärztliche Tätigkeit in Deutschland. Positionsbestimmung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. [URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/honoraraerzte_26052011.pdf] (Abruf: 07.01.2013).
- Christmann, P. (2012): Der Vertrag des Honorararztes. In: PFB – Praxis für Freiberufler-Beratung. [URL: <http://www.iww.de/pfb/wirtschaftsberatung/vertragsgestaltung-der-vertrag-des-honorararztes-f62808>] (Abruf: 08.03.2013).
- Clade, H. (2011): Vorhang zu! Viele (alle) Fragen offen? In: BDI aktuell 8/9: 6-7.
- Clade, H. (2013): Versorgungslücken schließen. In: Deutsches Ärzteblatt, 110: A 1057-1058.
- Coleman, J.S. (1979): Macht und Gesellschaftsstruktur. Tübingen.
- Coleman, J.S. (1990): Foundations of social theory. Cambridge-London.
- Doelfs, G. (2011): Leiharbeiter de luxe. In: Mitbestimmung online. [URL: http://www.boeckler.de/pdf/magmb_2011_01_leihd doktor.pdf] (Abruf: 05.03.2013).
- Dörre, K. (2006): Prekäre Arbeit. Unsichere Beschäftigungsverhältnisse und ihre sozialen Folgen. In: Arbeit, 15: 181-193.
- Dütsch, M./Juhász Z.J./Struck, O. (2011): Beschäftigungsformen in Deutschland. Entwicklungen, Determinanten und Folgen. Gütersloh.

- Europäische Kommission/ GD Beschäftigung, Soziales und Integration (2013): Europäische Beschäftigungsstrategie. [URL: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=101&langId=de>] (Abruf: 11.11.2013).
- Evans, M./Bräutigam, C./Hilbert, J. (2013): Berufsbilder im Gesundheitssektor. Vom „Berufebasteln“ zur strategischen Berufsbildungspolitik. Analysen und Konzepte zur Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.
- Fachinger, U./Oelschläger, A./Schmähl, W. (2004): Alterssicherung von Selbstständigen. Bestandsaufnahme und Reformoptionen. Münster.
- Fachinger, U./Frankus, A. (2011): Sozialpolitische Probleme bei der Eingliederung von Selbstständigen in die gesetzliche Rentenversicherung. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.
- Fink, U. (2011): Ärztemangel im Krankenhaus: Umdenken erforderlich. In: Deutsches Ärzteblatt, 108 (40): A-2117 / B-1797 / C-1777.
- Flintrop, J. (2003): Arbeitszeitrichtlinie: Europäischer BärenDienst. In: Deutsches Ärzteblatt, 100(51-52): A-3341 / B-2781 / C-2601.
- Flintrop, J. (2013a): Honorararztwesen in Deutschland. „Das Symptom, nicht die Krankheit“. In: Deutsches Ärzteblatt, 110: C388-389l
- Flintrop, J. (2013b): Honorararztwesen in Deutschland. Zeit für pragmatische Lösungen. In: Deutsches Ärzteblatt 110: A2246-2250
- Foucault, M. (1973): Die Geburt der Klinik: Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt/Main.
- Franz, W. (2009): Arbeitsmarktökonomik. 7. vollst. überarb. Aufl., Dordrecht-Heidelberg.
- Freidson, E. (1994): Professionalism reborn: Theory, prophecy, and policy. Cambridge.
- Gerner, H.D./Wießner, F. (2012): Die Förderung bewährt sich, der soziale Schutz nicht immer. In: IAB-Kurzbericht 23. Nürnberg.
- Giesecke, J. (2009): Socio-economic risks of atypical employment relationships: Evidence from the German labour market. In: European Sociological Review, 25: 629-646.
- Greef, S. (2012): Die Transformation des Marburger Bundes. Vom Berufsverband zur Berufsgewerkschaft. Wiesbaden.
- Heberer, J. (2010): Honorararzt aus Sicht des Juristen. In: Passion Chirurgie, 8: 421-422.
- Heller, K.-D./Frank, D. (2010): Etablierte Klinikstrukturen gefährdet. Der Honorararzt aus der Sicht des orthopädischen Chefarztes. In: Passion Chirurgie, 8: 436-439.
- Hirschman, A. (1970): Exit, voice and loyalty. Responses to decline in firms, organizations and states. Cambridge.
- Jahn, E./Weber, E. (2013): Zeitarbeit. Zusätzliche Jobs, aber auch Verdrängung. In: IAB-Kurzbericht 2. Nürnberg.
- Jensen, M./Meckling, W. (1976): Theory of the firm. Managerial behavior, agency costs, and ownership structure. In: Journal of Financial Economics, 3: 305-360.
- Jouaux, J. (2002): Ohne die Externen läuft hier gar nichts! In: Medizin online. [URL: http://www.facharztagentur.de/presse/pdf/Medizin_Online_2-2002.pdf] (Abruf 07.02.2012).
- Kabst, R. (2010): Interim Management: Auf dem Weg zur Selbstverständlichkeit. Düsseldorf.
- Kalleberg, A. L. (2011): Good jobs, bad jobs. New York.
- Keller, B. (2010): Arbeitspolitik im öffentlichen Dienst. Ein Überblick über Arbeitsmärkte und Arbeitsbeziehungen. Berlin.
- Keller, B./Seifert, H. (2007): Atypische Beschäftigungsverhältnisse. Flexibilität, soziale Sicherheit und Prekarität. In: dies. (Hg.): Atypische Beschäftigung – Flexibilisierung und soziale Risiken. Berlin: 11-25.
- Keller, B./Seifert, H. (2013): Atypische Beschäftigung zwischen Prekarität und Normalität. Entwicklung, Strukturen und Bestimmungsgründe im Überblick. Berlin.
- Keller, B./Seifert, H./Schulz, S./Zimmer, B. (2011): Atypische Beschäftigung und soziale Risiken. Entwicklung, Strukturen, Regulierung. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn.
- Laaser, K. (2010): Zum unterschiedlichen Umgang mit Unsicherheit. IT-Spezialisten und Ingenieure als Solo-Selbstständige. In: Sozialwissenschaft und Berufspraxis, 33: 242-258.
- Lutz, B. (1987): Arbeitsmarktstruktur und betriebliche Arbeitskräfteschlange. Eine theoretisch-historische Skizze zur Entstehung betriebszentrierter Arbeitsmarktsegmentation. Frankfurt/Main, New York.

- Mai, Chr.-M./Marder-Puch, K. (2013): Selbstständigkeit in Deutschland. In: *Wirtschaft und Statistik*, 7: 482-496.
- Martin, W. (2012): Frauenheilkunde: Chefärztinnen gesucht!, In: *Deutsches Ärzteblatt*, 109(24): A-1287 / B-1111 / C-1095.
- Mischkowky, T. (2010): Die Diskussion versachlichen. In: *Passion Chirurgie*, 8: 413.
- Mischkowsky, T./Ansorg, J. (2010): Status der honorarärztlichen Tätigkeit in Deutschlands chirurgischen Abteilungen. In: *Passion Chirurgie*, 8: 416-419.
- Mückenberger, U. 1985: Die Krise des Normalarbeitsverhältnisses – hat das Arbeitsrecht noch Zukunft? In: *Zeitschrift für Sozialreform*, 31: 415-434, 457-475.
- Mückenberger, U. 2007: Folgerungen aus der Krise des Normalarbeitsverhältnisses. In: Lorenz, F./Schneider, G. (Hg.): *Ende der Normalarbeit? Mehr Solidarität statt weniger Sicherheit – Zukunft betrieblicher Interessenvertretung*. Hamburg: 80-109.
- National Health Service (2012): *Monthly NHS Hospital and Community Health Service (HCHS) Workforce Statistics in England – August 2012*, [URL: <http://www.ic.nhs.uk/catalogue/PUB08726/Mont-hchs-work-stat-eng-aug-2012-nat-tab.xls>] (Abruf: 03.03.2013).
- OECD (1986): *Flexibility in the labour market. The current debate*. Paris.
- OECD (1989): *Labour market flexibility. Trends in enterprises*. Paris.
- Offe, C./Hinrichs, K. (1984): Sozialökonomie des Arbeitsmarktes: primäres und sekundäres Machtgefälle. In: Offe, C.: „Arbeitsgesellschaft“. *Strukturprobleme und Zukunftsperspektiven*. Frankfurt, New York: 44-86.
- Olson, M. (1968): *Die Logik des kollektiven Handelns*. Tübingen.
- Olson, M. (1985): *Aufstieg und Niedergang von Nationen. Ökonomisches Wachstum, Stagflation und soziale Starrheit*. Tübingen.
- Promberger, T. (2012): *Topographie der Leiharbeit: Flexibilität und Prekarität einer atypischen Beschäftigungsform*. Berlin.
- Reich, M. (Hg.) (2009): *Labor market segmentation and labor mobility*. 2 vols. Cheltenham.
- Reiserer, K. (2012): Honorarärzte in Kliniken: Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung oder Selbstständigkeit. In: *Medizinrecht (MedR)*, 30: 102-105.
- Schäfer, N. (2010): Honorararzt – Quo vadis? Berufspolitische Stellung im Vergleich zu etablierten Formen ärztlicher Tätigkeit. In: *Passion Chirurgie*, 8: 423-426.
- Schäfer, N. (Hg.) (2011): *Honorararzt – Flexibilität und Freiberuflichkeit. Akquise, Organisation, Recht, Finanzen*. Berlin-Heidelberg.
- Schäfer, N. (2012): Honorararztwesen in Deutschland: Die Qualitätsfrage. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 109: A 2290.
- Schäfer, N. (2013): *Selbständig scheinSelbständig*, [URL: <http://www.bv-honoraraerzte.de/live/bv-honoraraerzte/content/e136/e4209/e4220/SelbständigScheinSelbständig.pdf>] (Abruf: 12.11.2013)
- Schmeißer, C./Stuth, St./Behrend, C./Budras, R./Hipp, K./Leuze, K./Gieseke, J. (2012): *Atypische Beschäftigung in Europa 1996 – 2009. Discussion Paper P 2012-001: Wissenschaftszentrum Berlin*.
- Schmitz, F./Lemm, M./Krolop, S. (2011): *Der Einsatz von Honorarärzten aus der Sicht der Auftraggeber*. In: Schäfer, N. (Hg.): *Honorararzt – Flexibilität und Freiberuflichkeit. Akquise, Organisation, Recht, Finanzen*. Berlin-Heidelberg: 4-12.
- Schulz, D. (2013): *Safety Clip: Honorarärzte und Honorarärztinnen: Haftung bei Patientenansprüchen*. In: *Passion Chirurgie*; 3(02): Artikel 03_02.
- Schulze Buschoff, K. (2006): *Die soziale Sicherung von selbstständig ErwerbTätigen in Deutschland*. In: *WZB discussion paper SP I 2006-107*. Berlin.
- Schulze Buschoff, K. (2011): *Atypisch beschäftigt = typisch arm im Alter? Die Flexibilisierung der Arbeitsmärkte und der staatliche Schutz vor Altersarmut – ein europäischer Vergleich. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung*. Bonn.
- Sengenberger, W. (1987): *Struktur und Funktionsweise von Arbeitsmärkten*. Frankfurt/Main-New York.
- Sibbel, R. (2010): *Krankenhäuser als Wirtschaftseinheiten – ökonomische Aspekte und Herausforderungen*. In: Heubel, F./Kettner, M./Manzeschke A. (Hg.): *Die Privatisierung von Krankenhäusern – Ethische Perspektiven*. Wiesbaden: 43-58.
- Standing, G. (2011): *The precariat. The new dangerous class*. London.

- Statistisches Bundesamt (2010): Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3 – 2009. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011): Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3 – 2010. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013a): Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3 – 2011. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013b): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2012. Fachserie 12 Reihe 6.1.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013c): Studierende des Fachs Medizin.
[URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbil05.html>] (Abruf: 17.11.2013).
- Statistisches Bundesamt (2013d): Kostennachweis der Krankenhäuser – Fachserie 12 Reihe 6.3 – 2012. Wiesbaden.
- Teske, A. (2010): Honorararztstudie. Mehr Geld und mehr Flexibilität. In: Deutsches Ärzteblatt, 107: A 1093-1094.
- Teske, A./Schäfer, N. (2012): Honorararzt-Barometer, Oktober bis Dezember 2012. Untersuchung zur aktuellen Marktsituation im deutschen Honorararztwesen. Nicht veröffentlichtes Manuskript.
- Teske, A./Schäfer, N. (2013): Honorararzt-Barometer, Mai bis Juni 2013. Untersuchung zur aktuellen Marktsituation im deutschen Honorararztwesen. Nicht veröffentlichtes Manuskript.
- Teske, A./Schäfer, N./Ollenschläger, G. (2010): Honorärärzte in Deutschland – Demographie, Rahmenbedingungen und Motivation – Erste Ergebnisse der Honorararztstudie, Manuskript Honorararztstudie für das Deutsche Ärzteblatt, 6.5.2010
[URL: <http://www.aerzteblatt.de/download/files/2010/06/down146385.pdf>] (Abruf: 07.01.2013).
- Thust, W. (1997): Ärztliche Versorgung in Deutschland. In: Supplement zum Deutschen Ärzteblatt, 94 (19): 1-19.
- Waltermann, R. (2010): Abschied vom Normalarbeitsverhältnis? Welche arbeits- und sozialrechtlichen Regelungen empfehlen sich im Hinblick auf die Zunahme neuer Beschäftigungsformen und die wachsende Diskontinuität von Erwerbsbiographien? Gutachten für den 68. Deutschen Juristentag, Bonn.
- Weber, M. (2010): Unter besonderer Beobachtung. Qualitätssicherung bei freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten. In: Passion Chirurgie, 8: 427-430.
- Wienke, A. (2012): Honorärärzte ab 2013 legalisiert. In: Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten, 3: 413.
- Wilkesmann, M. (2009): Institutionelle und strukturelle Voraussetzungen des Wissenstransfers im Krankenhaus. Wiesbaden.
- Wilkesmann, M./Roesner, B./Jang, S.R. (2013a): Sonderauswertung „Honorärärzte“ der Online-Befragung im Rahmen des DFG-Projekts „Umgang mit Nichtwissen im Krankenhaus“ (WI 3706 1-1). Dortmund.
- Wilkesmann, M./Jang, S.R./Roesner, B. (2013b): Gehen Anästhesisten anders mit Nichtwissen um als Chirurgen? In: Anästhesiologie und Intensivmedizin, 54: 392-401.
- Wilkens, U./Ruiner, C./Küpper, M. (2013): Flexible arrangements with the highly qualified workforce. Antecedents and effects of different contract policies in knowledge-intensive firms. In: Journal of Business Economics, 83: 837-861.
- Willems, H. (2011): Honorararztrecht: Juristische Aspekte honorarärztlicher Tätigkeit. In: Schäfer, N. (Hg.): Honorararzt – Flexibilität und Freiberuflichkeit. Akquise, Organisation, Recht, Finanzen. Berlin-Heidelberg: 19-45.
- Zander, H. (2009): Unterwegs im Dienst der Gesundheit, Spiegel Online, 30. Juli 2009.
[URL: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/honoraerzte-in-deutschland-unterwegs-im-dienst-der-gesundheit-a-638073.html>] (Abruf: 19.03.2013).