

„Outsourcing“* oder „sola dosis facit venenum“⁽¹⁾

E. Biermann, B. Landauer, E. Mertens und H. Sorgatz

„Outsourcen“ von Einzelleistungen

Was ist Outsourcen? Landläufig versteht man darunter die Abgabe von Aufgaben und Strukturen an Drittunternehmer. Es können komplette Leistungsbereiche (Strukturen) oder innerhalb eines Leistungsbereiches auch einzelne Leistungen verlagert werden. Werden die Leistungen fremd vergeben, spricht man von Outsourcen. Werden dagegen Leistungen, vorher von Dritten erbracht, (wieder) selbst übernommen oder externe Leistungsträger integriert, so spricht man von Insourcen. Nicht erörtert werden soll in diesem Zusammenhang die Übernahme kompletter Krankenhäuser oder gar ganzer Universitätskliniken durch Unternehmen der Privatwirtschaft.

1. Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal

Im weitesten Sinne könnte unter Outsourcen auch die Abgabe von ärztlichen Aufgaben an nichtärztliches Personal verstanden werden. Zu Inhalt und Grenzen der Delegation hat sich das Fachgebiet vor dem Hintergrund der Kernaussage der Rechtsprechung, dass die Sicherheit des Patienten allen ökonomischen oder personalpolitischen Aspekten vorgeht, klar positioniert⁽²⁾.

2. Vergabe stationärer ärztlicher Leistungen an Nicht-Krankenhausärzte

Berufspolitisch und berufsrechtlich schreitet die Erosion der Grenzen zwischen den Sektoren im Gesundheitswesen fort. Dies betrifft nicht nur die Aufweichung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Tätigkeit, sondern gilt auch innerhalb des stationären Bereiches.

Im stationären Bereich zeigen sich Tendenzen, die Unterschiede zwischen Haupt- und Belegabteilungen aufzugeben. Krankenhäuser können und wollen zunehmend im Krankenhaus nicht-angestellte Ärzte in belegarztähnliche Strukturen einbinden, indem sie stationäre „Mit“-Behandlung durch

- niedergelassene Vertragsärzte,
- niedergelassene Ärzte ohne Kassenzulassung (Privatärzte) oder
- Honorarärzte (Ärzte ohne Kassenzulassung und ohne eigene Praxis) gestatten oder gar anstreben.

Dies sind „Parallelverfahren“ besonderer Art: Nicht-Krankenhausärzte erbringen Leistungen an stationären Patienten parallel zu den Leistungen der Krankenhausärzte in den Hauptabteilungen. Vergütet werden die Nicht-Krankenhausärzte aus einem Anteil der DRG-Erlöse des Krankenhauses.

Die Vorteile für den Nicht-Krankenhausarzt liegen auf der Hand: Er erhält Honorare, die im Falle des Vertragsarztes extrabudgetär sind. Aber auch das Krankenhaus kann hierin Vorteile sehen, indem vakante (Plan-) Stellen vorübergehend ausgefüllt werden oder es sich ein Netzwerk von Kooperationspartnern schafft, die unter Umständen

- flexibler und preisgünstiger sind, da keine „Vorhaltekosten“ für wenig arbeitsintensive Zeiten, Krankheit, Urlaub etc. anfallen;
- keine Bindung an Tarifverträge haben;
- keinen Kündigungsschutz und keine sozialen Schutzrechte besitzen.

Aus Krankenhaussicht ist es zunächst ohne großen Belang, aus welchem der drei genannten Bereiche der Nicht-Krankenhausarzt stammt. Jeder Nicht-Krankenhausarzt erhält für seine, im Auftrag des Krankenhauses durchgeführte Leistung ein Honorar, rechnet also in der Regel

* Aufbauend auf den Ergebnissen einer Klausurtagung von DGAI und BDA am 25.07.2007 in Frankfurt u.a. unter Beteiligung von E. Biermann, L. Brandt, E. Entholzner, G. Geldner, C. Krier, B. Landauer und Th. Riedel.

¹⁾ Anästh. Intensivmed. 49 (2008) 490 - 495.

²⁾ „Münster I / Münster II“, EntschlieBungen zur ärztlich-anästhesiologischen Kernkompetenz und zu den Grenzen der Delegation in Anästhesiologie / Intensivmedizin (www.bda.de).

nicht über die KV ab, wobei es hier auch Mischformen gibt. Daher soll im Folgenden durchgängig vom „Honorararzt“ gesprochen werden, wenn ein Nicht-Krankenhausarzt stationäre Leistungen in einer Hauptabteilung gegen Entgelt seitens des Krankenhauses erbringt. Es wird darauf hingewiesen, dass sich viele der nachstehend diskutierten Probleme jedoch insbesondere bei den „reinen“ Honorarärzten stellen.

Aus der Sicht des einzelnen Arztes birgt eine Tätigkeit als reiner Honorararzt (ohne Kassenzulassung und eigene Praxis) hingegen gewisse Besonderheiten und Risiken: Dabei wird auf ein im europäischen Ausland verbreitetes Modell zur Beschäftigung von Honorarvertretern, sogenannten „Locum-Ärzten“ zurückgegriffen. Im September 2006 haben sich Facharztvermittler (z.B. Hire a Doctor, FachArztAgentur) zu dem Bundesverband der Honorararztvermittler Deutschlands zusammengeschlossen; seit kurzem gibt es auch einen eigenen Berufsverband der Honorarärzte mit Sitz in Berlin.

Wer gerne ungebunden und weitgehend selbstbestimmt arbeitet, mag sich als Honorararzt wohlfühlen. Das Berufsrecht kennt allerdings den Arzt, der im Umherziehen stationär auf Honorarbasis arbeitet, nicht. Dies kann dem Honorararzt Probleme bringen im Hinblick auf

- die Pflichtmitgliedschaft in einer oder mehreren Ärztekammer/n;
- die Mitgliedschaft in den verschiedenen ärztlichen Versorgungswerken.

Wichtig für Honorarärzte ist es im Übrigen,

- einen geeigneten (Haftpflicht-)Versicherer zu finden, wobei der BDA entsprechende Hilfestellung bietet (Anästh Intensivmed 2008;49: 289-291), sowie
- seine eigene soziale Absicherung zu finanzieren.

2.1 Verdeckte Arbeitsverhältnisse

Eine vertragsärztliche Teilzulassung und eine Teilanstellung sind nach dem neuen Vertragsarztrecht möglich. Daher könnte der Krankenhausträger Honorarärzte, die als Vertragsärzte tätig sind, auch anstellen.

Eine Anstellung in Form eines Arbeitsverhältnisses soll jedoch vielfach gerade vermieden

werden. Krankenhäuser „buchen“ besonders gerne reine Honorarärzte ohne Vertragsarztzulassung, weil sie theoretisch Vollzeit zur Verfügung stehen können. Die Zeit des Vertragsarztes, die er außerhalb seiner Kassenzulassung arbeiten darf, ist hingegen sozialrechtlich limitiert.

Doch diese „schöne neue Welt“ schafft sowohl für den Krankenhausträger, der sich solcher Parallelstrukturen bedient, aber auch für die Honorarärzte arbeitsrechtliche Probleme. Handelt es sich nämlich um ein verdecktes Arbeitsverhältnis, dann ist der Krankenhausträger Arbeitgeber der Honorarärzte, es besteht ein Arbeitsverhältnis mit allen sozial- und steuerrechtlichen Konsequenzen; es gilt das Arbeitszeitgesetz, d.h. die Arbeitszeiten werden addiert; der arbeitsrechtliche Kündigungsschutz greift.

2.1.1 Abgrenzungskriterien

Wann ist der Honorararzt selbständig, also nicht aufgrund eines Arbeitsverhältnisses tätig? Was spricht für eine selbständige „Ich-AG“? Um es vorwegzunehmen: Nicht maßgeblich ist die Formulierung im Kooperationsvertrag, dass es sich keinesfalls um ein Arbeitsverhältnis handle. Maßgebend sind vielmehr die Gesamtumstände.

Für selbständiges Handeln spricht:

- die ärztlichen Aufgaben werden weisungsfrei erbracht;
- der Honorararzt ist nicht in die kontinuierliche Patientenversorgung nach „Dienstplan“ eingebunden;
- es wird keine Funktion bekleidet;
- es findet keine Teilnahme an Teambesprechungen statt;
- es gibt keine Supervision;
- der Honorararzt nimmt nicht am Ruf- oder Bereitschaftsdienst teil;
- der Honorararzt trägt typische Unternehmerischen Risiken: keine Nachfrage – kein Erlös;
- der Honorararzt trägt seine Versicherungen selbst.

Für eine abhängige Beschäftigung, also für ein Arbeitsverhältnis mit allen Konsequenzen für Krankenhausträger wie Honorararzt spricht:

- die persönliche Abhängigkeit;
- die zeitliche und örtliche Einbindung des Honorararztes in feste Arbeitszeiten / Dienstpläne;
- die Zuweisung von Patienten, die fehlende Möglichkeit des Honorararztes der Steuerung des Patientenstromes;
- fehlende Steuerung des Umsatzes;
- kein Unternehmerrisiko: Stundenlohn wird unabhängig vom tatsächlichen Arbeitseinsatz gezahlt;
- keine echten Betriebskosten: kein Anteil für Miete, kein Nutzungsentgelt an die Klinik, kein eigener Kapitalaufwand für die Leistungserbringung;
- Honorararzt erscheint in der Außenwirkung als Teil des Klinikums.

So hat das Sozialgericht Dortmund mit einem Urteil vom 13. Januar 2006 einem Klinikträger die „rote Karte“ gezeigt. Denn die dort beschäftigte, angeblich freiberufliche Honorarkraft war unter Würdigung der Gesamtumstände – stichwortartig gerade dargestellt – im Ergebnis dann doch als abhängig Beschäftigte für die Klinik tätig geworden. Allein die Formulierung im Honorarvertrag, dass es sich nicht um ein Arbeitsverhältnis handele, und auch der Wille der Beteiligten, die Tätigkeit als eine selbständige zu führen, reichte dem Sozialgericht nicht.

Dies bringt nicht nur sozialversicherungs- und steuerrechtlich Probleme. Auch die erhoffte „Umgehung“ des Arbeitszeitgesetzes findet nicht statt. Handelt es sich um abhängige Tätigkeit, dann werden – zumindest theoretisch – die Tätigkeiten bei verschiedenen Arbeitgebern arbeitszeitrechtlich zusammengezählt.

2.1.2 Notarzdienst

Diese Frage, abhängig oder nicht-abhängig, stellt sich ebenfalls für Ärzte, die auf „Honorarbasis“ am Rettungs- bzw. Notarzdienst teilnehmen. Auch in diesem Bereich haben sich schon Sozialgerichte damit beschäftigen müssen, ob eine abhängige oder eine selbständige Tätigkeit vorliegt³⁾.

Es kommt hier ebenfalls auf die Gesamtwürdigung aller Umstände an. In Anästhesiologie &

Intensivmedizin⁴⁾ findet sich ein Artikel von A. Bohn, H. Van Aken, N. Roeder und Th. Weber, der sich mit der „Umgestaltung eines Notarzdienstes – von der Personalgestaltung zur Freiberuflichkeit“ befasst. Dort wird die Errichtung eines Notarzpools vorgestellt, bei dem jedes Mitglied dieses Pools seine Dienstwünsche eintragen kann. Eine feste Zuweisung von Diensten, die den Status der Freiberuflichkeit gefährden könnte, soll so vermieden werden.

2.2 Verwerfungen in den Anästhesieabteilungen

Das Hereinholen von „Freelancern“ zum Abfangen von Arbeitsspitzen oder Personalengpässen in anästhesiologischen Abteilungen führt zunehmend zu Verwerfungen. Beispiel: Teilzeitkräfte werden gebeten, ihre Arbeitszeit aufzustooken, um Personalengpässe abzufangen. Zusätzlich beschäftigt der Krankenhausträger aber auch „Freelancer“. Diese erhalten Stundenlöhne, die, regional unterschiedlich, bis zu 100 Euro, selten mehr, erreichen können. Die Teilzeitkräfte in der Fachabteilung sind zwar grundsätzlich bereit, ihre Arbeitszeit aufzustooken, wollen dies aber nicht zu ihren niedrigeren Stundenlöhnen tun. Da kann im wahrsten Sinne des Wortes guter Rat sehr teuer werden.

2.2.1 Gleichbehandlung

Muss hier das arbeitsrechtliche Gebot der Gleichbehandlung zu gleichem Lohn für gleiche Leistung führen? Aber: Sind die Sachverhalte überhaupt identisch? Es darf nicht übersehen werden, dass der Honorararzt aus seiner Vergütung seine soziale Absicherung komplett eigenständig finanzieren muss; auch der verminderte soziale Schutz im Übrigen, wie der fehlende Bestandschutz der Kooperationsabrede mit dem Krankenhaus, d.h. kein Kündigungsschutz, im Gegensatz zu einem in der Regel schwer kündbaren Arbeitsvertrag, muss gegenüber einem Angestellten zu einer „Abzinsung“ der Vergütung führen, die ein Honorararzt erzielen würde.

³⁾ Jus-Letter vom September 2005, Ausgabe 3, / Juni 2006, Ausgabe 2; www.bda.de

⁴⁾ Anästh Intensivmed 2008;49:144ff.

Wie sollen sich aber Krankenhausträger, wie sollen sich Chefarzte in dieser Situation gegenüber den eigenen Mitarbeitern verhalten? Würden sie dem Begehren der Mitarbeiter nachgeben, dann müssten sie damit rechnen, dass weitere Angestellte ihre Vollzeittätigkeit zugunsten einer Teilzeittätigkeit aufgeben, um dann höher entlohnte Honorartätigkeit entweder im eigenen Haus oder für fremde Rechnung zu erbringen. Vor dem Hintergrund arbeitsrechtlicher Gleichbehandlung und im Interesse einer Chancengleichheit müsste allen Angestellten diese zusätzliche Erwerbchance offenstehen – aber ist dies zu organisieren? Und wenn ja, ist es berufspolitisch sinnvoll?

2.2.2 Arbeitsrechtliche Voraussetzungen der Nebentätigkeit

Wollen Voll- oder Teilzeitkräfte in Nebentätigkeit stationäre Leistungen im eigenen oder im fremden Haus oder ambulante Leistungen im eigenen oder im fremden Haus erbringen oder, sofern dies nicht zu ihren Dienstaufgaben gehört, am Notarztendienst teilnehmen, dann benötigen sie eine Nebentätigkeitserlaubnis des Krankenhausträgers. Im Bereich der Tarifverträge Ärzte ist die Nebentätigkeit nur anzeigepflichtig.

Im Bereich des Tarifvertrages der Ärzte an Universitätskliniken gilt das Nebentätigkeitsrecht der Beamten. Hier ist die Nebentätigkeit inhaltlich und umfänglich beschränkt, sie soll nicht mehr als ein Fünftel der regelmäßigen wöchentlichen Arbeitszeit betragen dürfen.

In jedem Fall gilt, dass die Nebentätigkeit die berechtigten Interessen des Arbeitgebers nicht beeinträchtigen darf. Eine solche Beeinträchtigung der Interessen des Arbeitgebers kann sich aus Gründen des Wettbewerbs oder des Arbeitsrechtes ergeben: Nach dem Arbeitszeitgesetz werden die Arbeitszeiten bei verschiedenen Arbeitgebern zusammengerechnet. Soweit Urlaub aufgewendet wird: Der Urlaub dient Erholungszwecken; die Nebentätigkeit kann daher gegen den Urlaubszweck verstoßen.

2.3 Stellung des Chefarztes beim Einsatz von Honorarkräften

Nach dem Dienstvertrag ist der Chefarzt nicht nur verpflichtet, sondern auch berechtigt, die anästhe-

siologischen Leistungen zu erbringen bzw. zu organisieren.

Vor diesem Hintergrund hat das Arbeitsgericht Wilhelmshaven zu Recht festgestellt, dass der Krankenhausträger verpflichtet ist, dem Chefarzt die dazu notwendige Infrastruktur an die Hand zu geben. Konkret ging es um die Personalausstattung. Das Arbeitsgericht Wilhelmshaven sprach dem Chefarzt einen arbeitsrechtlichen Anspruch auf eine ausreichende Personalausstattung zu⁴⁾.

Dies heißt aber nicht zwingend, dass der Krankenhausträger dem Chefarzt nur Anästhesisten mit Arbeitsverträgen zur Verfügung stellen müsste. In der Wahl der Rechtsform ist der Krankenhausträger frei. Doch auch Honorarkräfte, die der Krankenhausträger dem Chefarzt zur Verfügung stellt, müssen sich in die Abteilung integrieren lassen und die dort gestellten fachlichen Anforderungen erfüllen. Letztes ist erfahrungsgemäß bei anästhesiologisch anspruchsvollen operativen Disziplinen, z.B. Herz- oder Neurochirurgie, bzw. entsprechenden anästhesiologischen Verfahren, z.B. Regionalanästhesie, nicht immer selbstverständlich.

Aus fachlichen und rechtlichen Gründen hat der Chefarzt ein Mitspracherecht bei der Leistungserbringung durch Honorarärzte jedenfalls dann, wenn diese innerhalb seiner Fachabteilung eingesetzt werden sollen. In den meisten Chefarztdienstverträgen ist in Anlehnung an den Mustervertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft geregelt, dass der Chefarzt bei der Aufstellung des Stellenplans zumindest Gelegenheit zur Stellungnahme hat; bei der Einstellung von nachgeordneten Ärzten ist in der Regel vorgesehen, dass er Vorschläge machen kann, nicht selten können Personalentscheidungen im nachgeordneten ärztlichen Bereich nach den vertraglichen Regelungen nur im Einvernehmen mit dem Chefarzt erfolgen. Alle Verträge sehen vor, dass der Chefarzt ein Weisungsrecht gegenüber den in seiner Abteilung eingesetzten Mitarbeitern hat. Aus diesen vertraglichen Vorschriften und der Tatsache, dass der Krankenhausträger dem Chef-

⁴⁾ Arbeitsgericht Wilhelmshaven, AZ: 2 Ca 212/04 vom 23.09.2004; siehe Jusletter Dezember 2004, Ausgabe 4.

arzt die Organisationsverantwortung für seine Abteilung übertragen hat, folgt, dass ein vom Chefarzt zu verantwortender Einsatz ärztlicher Mitarbeiter in seiner Abteilung und in seinem vertraglichen Aufgabenbereich nur dann rechtlich und fachlich vertretbar ist, wenn der Chefarzt auch ein Mitspracherecht bei den Personalentscheidungen hat. Nur im Einvernehmen zwischen Chefarzt und Verwaltung können also Honorarärzte in den Fachabteilungen zum Einsatz kommen.

Sollte der Krankenhausträger indessen den Einsatz von Honorarärzten unter Missachtung der Mitwirkungsrechte des Chefarztes anordnen, dann wird man dem Chefarzt in Wahrnehmung seines Remonstrationsrechtes zugestehen müssen, die Verantwortung für den Einsatz dieser Ärzte abzulehnen; er wird ihnen gegenüber auch kein Weisungsrecht ausüben. Im Ergebnis führt das dann zu einer Abteilung in der Abteilung mit all ihren störenden Konsequenzen für einen reibungslosen Betriebsablauf. Ob dies sinnvoll und gewollt ist, mag dahinstehen.

Vielmehr sind, entsprechend ihrer Qualifikation, die Honorarärzte in die Struktur der Abteilung zu integrieren. Hierbei wird man tunlichst der aus der Wirtschaft bekannten Regel „do what you can do best – outsource the rest“ folgen. Ob und inwieweit die „freien Mitarbeiter“ am Ruf- und Bereitschaftsdienst teilnehmen, ist nicht nur eine Frage der persönlichen Qualifikation, sondern auch eine solche der vertraglichen Regelung. Nicht selten werden Honorarärzte an diesen Diensten nicht teilnehmen können bzw. wollen. Gegebenenfalls ist auch die Frage einer Mitarbeiterbeteiligung zu klären.

Die mit derartigen Lösungen einhergehenden „gefühlten“ Probleme sind allerdings häufig größer als die realen. Denn überall dort, wo die „zugekaufte“ Anästhesieleistung einvernehmlich und/oder von mit der Abteilung „verbundenen“ Kolleginnen und Kollegen erbracht wird bzw. eine wie immer geartete gemeinsame Personalbasis etwa in Gestalt eines Krankenhausverbundes/-kooperation besteht, sind mit dem „Outsourcing“ verbundene Schwierigkeiten deutlich geringer. Last but not least sind auch die Honorarärzte vor allem in an Personal knappen Zeiten, wie Ferien, Krankheitswellen, Feiertags-

sequenzen, nicht unbegrenzt verfügbar, so dass auch bei deren Einsatz Engpässe nicht ausgeschlossen sind.

2.4 Personalreserve nutzen

Gut beraten ist, wer vor allem für Zeiten knapper personeller und ökonomischer Ressourcen Personalreserven geschaffen hat und diese nutzen kann. Der Ausbau oder zumindest die Beibehaltung eines Anteils an Teilzeitstellen hat schon bislang eine für Arbeitgeber wie Arbeitnehmer attraktive Personalreserve geboten. Auf diese sollte in der gegenwärtigen Situation trotz der oben dargestellten Diskussion um die Vergütung von „Mehrarbeit“ nicht verzichtet werden.

Outsourcen einer gesamten Leistungsstruktur / „Komplettlösung“

Insbesondere dann, wenn es mit Hilfe von Honorarärzten gelungen ist zu zeigen, dass Anästhesie mit Hilfe externer Leistungserbringer für das Krankenhaus interessant ist, könnten Krankenhausträger auf die Idee kommen, eine anästhesiologische Fachabteilung komplett zu schließen und einen externen Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen bzw. nur durch externe Anästhesisten (z.B. vertragsärztliche Gemeinschaftspraxis) erbringen zu lassen. In manchen kleineren Häusern gibt es solche Konstrukte wohl schon. Dieser Zustand ist vergleichbar mit dem, dass zwar nach wie vor Briefe zugestellt werden, im Ort aber keine „gelbe Post“ mehr existiert. Im Endeffekt steht zu befürchten, dass nur die „nackte“ Anästhesieleistung – erbracht von wem auch immer – zählt, der Leistungserbringer hingegen im Hintergrund verschwindet.

1. Folgen für die angestellten Ärzte

Ein solcher Organisationsakt des Krankenhausträgers kann zur Kündigung der Arbeitsverhältnisse der Anästhesisten aus betriebsbedingten Gründen führen. Insbesondere organisatorische Unternehmerentscheidungen werden von den Arbeitsgerichten nicht näher hinterfragt. Die Reduktion oder die Schließung einer Abteilung ist ein typisches Beispiel einer arbeitsrechtlich meist gerechtfertigten Kündigung aus betriebsbedingten Gründen.

2. Weitere rechtliche Aspekte

Unter Umständen liegt im Outsourcen einer gesamten Abteilung ein sogenannter Betriebsübergang nach § 613 a BGB. Dies würde bedeuten, dass insbesondere die von Krankenhaus-trägern angestrebte Flucht aus tarifrechtlichen Bindungen nicht immer gelingt. Auch das Kommunal- und Vergaberecht kann eine hindernde Rolle spielen. Sogar der Zulassungsstatus des Krankenhauses ist gefährdet, wenn „tragende“ Fachabteilungen ausgelagert werden.

3. Rechtsformen

Die Frage wäre dann auch, in welcher Rechtsform die ausgelagerte Unternehmung geführt wird.

Neben dem „Einzelkämpfer“ könnte z.B. an eine Interessengemeinschaft in Form der Gesellschaft bürgerlichen Rechts gedacht werden. Die Gesellschaft bürgerlichen Rechts hat allerdings Haftungsprobleme, auch ist die gesellschaftsrechtliche Bindung nicht immer gewünscht.

Denkbar wäre auch eine GmbH als Trägergesellschaft. Hier sind die steuerrechtlichen Probleme (Umsatz-/Gewerbesteuer) zu klären.

In beiden Fällen ist zudem zu prüfen, ob und inwieweit es sich möglicherweise um eine erlaubnispflichtige Arbeitnehmerüberlassung handelt.

Berufspolitische Konsequenzen

Die Folgen einer solchen „Komplettlösung“ wären für die Anästhesie verheerend. Sie ließen nämlich die Anästhesie trotz entsprechender Leistung als klinische Abteilung von der Bildfläche eines Krankenhauses bzw. als wissenschaftliche Einrichtung einer Universitätsklinik verschwinden mit allen, kaum auszudenkenden Konsequenzen für Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie für Forschung und Lehre.

Bekanntlich ist nichts so beständig wie das Provisorium. Berufspolitisch ist ein Exodus einzelner Anästhesieleistungen, erst Recht ein Exodus kompletter Anästhesieabteilungen nicht nur ein Parallellfall zu bestehenden Strukturen, sondern eher eine „Parallellfälle“: Am Beispiel der Radiologie, der Labormedizin, der Institute für Transfusionsmedizin sieht man, dass klinische Leistungen nicht unbedingt Leistungen einer in der Klinik vorgehaltenen, einschlägigen Abtei-

lung sein müssen. Hier muss die Anästhesie achtgeben, sich nicht selbst „outzusourcen“.

Wie kann sich die Anästhesie vor einer derartigen Entwicklung schützen? Indem sich der Leistungsumfang einer Anästhesieabteilung/-klinik eben nicht mehr „nur“ auf das in der Weiterbildungsordnung festgelegte beschränkt, sondern indem sie, Erwartungen übertreffend, Verantwortung fürs Ganze übernimmt, so etwa auf dem Gebiet des OP- und Prozessmanagements, des ambulanten Operierens, der postoperativen Schmerzbehandlung, der Notfallversorgung, der Qualitätssicherung sowie auf den verschiedensten Organisations- und Leistungsebenen eines Krankenhauses. Auch die Thematisierung übergeordneter Probleme wie Organspende, Laienreanimation etc. sind hierunter zu zählen. Die in den letzten Jahren aufgebaute Angebotspalette des BDA weist diesbezüglich in die richtige Richtung.

Noch einmal: Outsourcing darf also keinesfalls der Einstieg zum Ausstieg der Anästhesie als klinische Disziplin aus einem Krankenhaus bzw. als wissenschaftliches Fach aus einer Universitätsklinik sein!

Weitere Kooperationsformen

Bei knappen Personalressourcen suchen Krankenhäuser gelegentlich nach weiteren Kooperationsformen.

1. Mitversorgung

Versorgt etwa die Anästhesieabteilung des Krankenhauses A das Krankenhaus B mit, dann stellen sich allerdings Probleme der Personalüberlassung und der Umsatzsteuer.

2. Verbundsystem

Möglich ist auch der Zusammenschluss mehrerer benachbarter Krankenhäuser zu einem anästhesiologischen Verbundsystem. Dabei bleiben die eigenständigen Anästhesieabteilungen bestehen, aber man bildet z.B. einen gemeinsamen Ruf- und Bereitschaftsdienst, es wird eine gemeinsame Intensivstation errichtet, es findet eine gemeinsame Weiter- und Fortbildung statt.

3. Regionales Zentrum

Denkbar ist auch eine zentrale anästhesiologische

Versorgung durch ein „regionales Anästhesiezentrum“, also durch eine Anästhesieabteilung, die die verschiedenen Satelliten betreut. Es kann nur regional- und kontextbezogen entschieden werden, ob und welche Organisationsformen sich für die Kooperation verschiedener Krankenhäuser eignen.

Erosion der Sektorengrenzen im ambulanten Bereich

Auch im ambulanten Bereich ist vieles in Bewegung.

1. Vermietung eines ambulanten OPZ

Krankenhäuser vermieten z.B. Räume für ein externes ambulantes Operationszentrum. Vertragsärzte als Mieter versorgen dann aber vielfach nicht nur die eigenen ambulanten Patienten, sondern zunehmend auch ambulante und stationäre Patienten des Krankenhauses. Dies kann zu Kollisionen mit dem Chefarztdienstvertrag führen, die im Einzelfall auf ihre arbeitsrechtliche Relevanz zu prüfen sind.

2. Gründung eines eigenen MVZ

Auch die Variante, dass das Krankenhaus ein eigenes MVZ, meist als GmbH gründet, entweder nur mit Freiberuflern oder in der Mischvariante auch mit Freiberuflern und Angestellten, ist denkbar. Es kann z.B. auch ein Krankenhausanästhesist mit halbem Vertragsarztsitz in das MVZ gehen, aber auch umgekehrt könnte ein MVZ-Anästhesist mit halbem Sitz als „Teilzeitangestellter“ in die stationäre Versorgung des Krankenhauses eingebunden werden.

3. Ambulante Institutsleistung nach § 115 b SGB V

Das MVZ tritt dabei als Alternative zu den ambulanten Institutsleistungen des Krankenhauses nach § 115 b SGB V auf. Wie und in welcher Form das Krankenhaus (isolierte) anästhesiologische Leistungen als Institutsleistung nach § 115 b SGB V auch gegenüber ermächtigten oder externen Operateuren erbringen kann, soll hier nicht näher erörtert werden.

4. Hochspezialisierte ambulante Leistungen nach § 116 SGB V

Unter Umständen kann das Krankenhaus auch nach § 116 SGB V bei hochspezialisierten ambulanten Leistungen – etwa im Rahmen der Schmerztherapie – tätig werden, auch integrierte Verträge („IV-Verträge“) nach § 140 b SGB V können sich anbieten. Auch hier werden Krankenhausträger prüfen müssen, ob und inwieweit sie sich positionieren können.

Message to go

Alles in allem ist Outsourcing eine der Möglichkeiten, Personalmangel bzw. auftretenden Nachfragespitzen wirkungsvoll zu begegnen. Im Einvernehmen mit dem jeweiligen Abteilungsleiter und mit Augenmaß praktiziert, kann es sich dabei um eine für alle Beteiligten – Abteilung, Vertrags-/Honorarärzte und Krankenhausleitung/-träger – durchaus erwägenswerte Maßnahme handeln.

Bevor man sich jedoch zu einem derartigen Schritt entschließt, müssen alle Umstände betrachtet werden. Es reicht nämlich nicht, nur die „Produktionskosten“ für den auszulagernden Prozess zu kennen. Vielmehr müssen alle relevanten Faktoren einbezogen werden, die mit einer solchen Entscheidung verbunden sind. Hierzu zählen vor allem Behandlungs- und Prozessqualität, Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit, Akzeptanz durch die sonst an der Behandlung Beteiligten sowie die langfristige Unternehmensstrategie. Ohne Berücksichtigung dieser Faktoren muss Outsourcing ein Flickwerk bleiben.

Flächendeckend und nur profitorientiert praktiziert nämlich, kann sich Outsourcing nach dem Motto „wer nur um Gewinn kämpft, erntet nichts, was der Mühe wert ist“ (A. de Saint-Exupéry) in das absolute Gegenteil dessen, was gewünscht wird, verkehren, in den berühmten Mühlstein am Hals der Anästhesie, der das Fach um seine über Jahrzehnte gewachsene klinische/universitäre Bedeutung und sein Standing bringt. Damit ist keinem, weder den Vertrags- und Honorarärzten noch den Klinikern und dem Krankenhaus als solchem, von unseren Patienten und operativen Partnern ganz zu schweigen, gedient.

