

Courrier au BMS

Neuere Arbeitsmodelle stärker umsetzen

Brief zu: Capaul R, Brack T, Aujesky D. Medizin und Ökonomie. Schweiz Ärtztztg. 2020;101(44):1450.

Die Auswirkungen des New-Public-Managements im Gesundheitswesen sind, gelinde gesagt, katastrophal. Manager steuern das Personal mit Zielvorgaben, der Administrationsaufwand wächst ins Unermessliche, weil alles gemessen, kontrolliert, optimiert werden muss. Das Problem ist dabei, dass nicht wissenschaftlich untersucht wird, ob das Outcome nach all den Massnahmen besser ist. Denn schon die nächste Reorganisation verhindert die Analyse der vorangegangenen Reorganisation.

Die Spitalleitungen entwerfen Strategien. Unternehmensentwickler und Berater haben Hochkonjunktur. Ärzteschaft und Pflege hingegen fühlen sich zunehmend zu Befehlsempfängern degradiert. Wo es zu viele Vorschriften und zu ausgeprägte Machtstrukturen gibt, gehen Beziehungen kaputt und die Leute werden zynisch. Resignation, Desillusionierung oder gar Aufgabe des Berufs sind weit verbreitet. Wo Menschen hingegen Verantwortung übernehmen und zusammen Lösungen finden können, fühlen sie sich zuständig und entwickeln Eigeninitiative.

Setzen sich Kaderärztinnen und -ärzte gegen die ökonomischen Vorgaben zur Wehr wie die Chefärzte der Spitäler Uster und Bülach, drohen Konsequenzen, worunter die Arbeitsbedingungen noch mehr leiden. Kaderärztinnen und -ärzte sollen 'normale Angestellte' werden. Dies allerdings bei unveränderter Erwartung, was die ausserordentliche Belastbarkeit und die oft extreme Arbeitsleistung anbelangt. In der *Schweizerischen Ärztezeitung* vom 28.10.2020 widerspiegelt sich dies in folgenden Zahlen: «... bereits 47 Prozent aller Befragten monieren verschlechterte Arbeitsbedingungen. Fast die Hälfte der befragten Kaderärztinnen und -ärzte (49%) erlebt die

veränderten Strukturen als negativ. Neue Organisationsstrukturen (26%), höherer Administrationsaufwand (26%) sowie Spitalleitungen (23%) werden als Ursachen für die Verschlechterung ausgemacht.»

Was muss sich ändern? Arbeitszeiten von mehr als 60 Stunden auf Kaderebene sind unattraktiv und mit dem Privatleben heute nicht mehr vereinbar. Warum werden neuere Arbeitsmodelle in Spitälern nicht stärker umgesetzt? Die immer noch vorherrschende Meinung ist, dass je höher man auf Kaderebene steigt, desto reizvoller die Aussicht wird. Aber die Aufgaben sind fast nur noch administrativer Art und der Gestaltungsspielraum wird immer geringer. Deshalb fehlt den Spitälern zunehmend der Nachwuchs.

Vielorts sind Unternehmen bzw. Spitäler noch immer wie vor 100 Jahren organisiert, und erwachsene Menschen werden wie kleine Kinder behandelt, denen man permanent auf die Finger schauen muss, so dass z.B. das Speisen-, Fortbildungs- oder Poolreglement Dutzende von Seiten umfasst. Mitarbeiter müssen für alles Formulare ausfüllen, und mehrere Instanzen müssen die Ausgaben bewilligen, welche Ressourcenverschwendung! Bei einem der grössten Streamingdienste besteht das Spesenreglement aus einem einzigen Satz: Die Mitarbeiter sollen im besten Interesse des Unternehmens handeln. Hierbei ist es erstaunlich, wie viele Vorschriften und Kontrollmechanismen man weglassen kann und sich die Produktivität damit sogar noch steigern lässt.

Diejenigen, die sparen und zusätzlich noch 12- bis 36-Stunden-Schichten anordnen für Leute, die den ganzen Tag in Ganzkörper-Schutzkleidung unterwegs sind, sollten vielleicht auch einmal einen Monat lang am besten auf der Intensivstation arbeiten.

Prof. Dr. med. Jürgen Frielingsdorf, Zürich

Kostenentwicklung: Relativierung relativieren

Replik zu: Schlup J. Wem der Kostendruck schadet und wem er nützt. Schweiz Ärtztztg. 2020;101(40):1251.

Wille N, Schlup J. Wie entwickelt sich die Prämienbelastung der Haushalte? Schweiz Ärtztztg. 2020;101(38):1174–80.

Wie die FMH halte ich die beiden Initiativen zur Dämpfung der Gesundheitskosten für untauglich. Mich befremdet aber die wiederholte Gegenargumentation von Jürg Schlup. Sie ist ein Versuch, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen mit volkswirtschaftlichen

Statistiken zu relativieren oder – salopp gesagt – kleinzureden. Es gilt, diese Relativierung zu relativieren.

1. Aktivem ärztlichem Zuhören kann nicht entgehen, dass für viele Menschen die Krankenkassenprämien eine grosse Sorge sind.
2. Wenngleich die relativen Kosten tatsächlich etwas weniger als von den Initianten behauptet gestiegen sind, so ist es absehbar, dass die wachsende Zahl älterer Menschen und neuer medizinischer Möglichkeiten das Gesundheitswesen weiter verteuern wird.
3. Die bisherigen kostendämpfenden Massnahmen bestanden vor allem in staatlich erzwungenen Senkungen der Medikamentenpreise. Dies hat zu Engpässen geführt, oftmals gerade bei günstigen Medikamenten, die teilweise sogar vom Markt genommen wurden. Zudem wurde die Versorgung durch Produktionsverlagerung von asiatischen Ländern abhängig. Nötige Gegenmassnahmen im fehlgesteuerten Pharmamarkt werden zu Mehrkosten führen.
4. Systemimmanente Fehlanreize, wachsende Begehrlichkeiten und der Hausärztemangel erodieren die an sich bewährte subsidiäre Gesundheitsversorgung.
5. Der wiederholt zitierte Baumol'sche Effekt verleitet zur Missachtung der Tatsache, dass Nahrung und Kleidung nicht nur dank rationeller Produktion, sondern auch wegen Ausbeutung der Natur und der Arbeit relativ billiger geworden sind. Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit fordern ihren Preis.
6. Mit Nachdruck verlangen Pflegepersonal und paramedizinische Dienstleister bessere Arbeitsbedingungen und höhere Entlohnung. Das kann rasch einen massiven Kostenschub auslösen.
7. Die Umweltzerstörung und deren Folgen, insbesondere der Klimawandel, drohen künftig auch zu einem Gesundheitsproblem zu werden. Sei es in primär- oder sekundärprophylaktischer Absicht, die notwendigen Interventionen könnten enorme Summen verschlingen, die auch aus dem Topf der Gesundheitsbudgets mitgetragen werden müssten.

Ob es abstimmungstaktisch erfolgsversprechend ist, die Gesundheitskostenentwicklung zu relativieren, wage ich zu bezweifeln. Diese Argumentation fokussiert auf die Individualgesundheit und ist für die Ärzteschaft mit dem Vorwurf des Eigennutzes behaftet. Hingegen glaube ich, dass bereits heute das

Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide via un formulaire disponible sur notre site internet:

www.bullmed.ch/publier/remettreun-courrier-des-lecteurs-remettre/

Votre courrier pourra ainsi être traité et publié rapidement. Nous nous réjouissons de vous lire!

Kostenproblem nicht genug ernst genommen werden kann, dies auch aus Verantwortung gegenüber kommenden Generationen.

Dr. med. Markus Bieri, Langnau

care – cure – controlling – cash – crash

Brief zu: Capaul R, Brack T, Aujesky D. Medizin und Ökonomie. Schweiz Ärztezg. 2020;101(44):1450.

Als medizinischer Chefarzt habe ich in einem Regionalspital noch im letzten Jahrhundert während gut 25 Jahren mit sehr unterschiedlich agierenden Verwaltern, Direktoren und Präsidenten zusammengearbeitet. Am besten bewährte sich ein Dreibein für die Spitalführung mit Gleichberechtigung der ärztlichen, administrativen und pflegerischen Leitung in diesem Gremium.

Als Assistenzärzte hatten wir keine Ahnung, welche *Kosten* wir im Labor durch unser Ankreuzen auf den farbigen Untersuchungsaufträgen verursachten. Wir verordneten Medikamente, deren *Preise* uns unbekannt waren. Wie viel verlangt wurde für bildgebende Verfahren, Narkosen, OP und IPS erstaunte uns erst, wenn wir selbst oder unsere Angehörigen die Rechnungen erhielten.

Wir kümmerten uns in der Aus- und Weiterbildungszeit zu wenig um die finanziellen Folgen unseres Tuns und wurden erst als Kaderärzte oder in der eigenen Praxis mit der *Sprache, den Konzepten und der Macht der Ökonomen* konfrontiert. Die Kranken wurden Kunden, die Spitalführung mutierte zur Geschäftsleitung, das gemeinnützige Kreispsital zur gewinnorientierten Aktiengesellschaft.

Jüngere Kollegen und Kolleginnen befähigten und schmückten sich mit MBA oder anderen

karrierefördernden Titeln. Sie konnten dennoch nur selten verhindern, dass nicht-ärztliche Manager die alleinige Führung an sich rissen. Die Spitalwelt entwickelte sich von *care* und *cure* zu *controlling and cash* und endet nun im *crash*.

Fachlich ausgezeichnete Verantwortliche für das medizinische Angebot – es heisst jetzt *Kerngeschäft* – werden gefeuert, sobald sie dem gewinnorientierten Konzept im Wege stehen. Andererseits können fragwürdige Operateure jahrelang Spitzenpositionen besetzen, weil es für das Unternehmen lukrativ ist. So oder so gelangen Chefärzte und Chefärztinnen in die Schlagzeilen. Herrgötter in Weiss werden vom Sockel gestürzt, falls der nicht schon zuvor zum Fusschemel für «normale Angestellte» erniedrigt worden ist.

Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) und der Verein interneristischer Chef- und Kaderärzte (ICKS) haben in der Medienmitteilungen auf die erzwungene Kündigung einer Chefärztin in Uster und auf die fristlose Entlassung eines ebenso beliebten Chefarztes in Bülach reagiert.

Sehr beherzigenswert das Schlusswort:

«Wir sind der Meinung, dass solche Machtdemonstrationen von Spitaldirektionen gegen ärztliche Vertreter nur Verlierer hinterlassen und den immer grösser werdenden Graben zwischen Kerngeschäft und Administration weiter vertiefen. In dieser Hinsicht appellieren wir an alle Stakeholder, auch in schwierigen Situationen besonnen vorzugehen. Wir alle sind angehalten, unsere Vorbildfunktion helvetischen Gepflogenheiten und nicht Wild-West-Manieren anzugleichen. Wir stehen ein für einen partizipativen und kooperativen Führungsstil, welcher nach wie vor deutlich mehr verspricht als Top-down-Entscheide.»

Der CEO in Bülach ist zugleich Präsident der Schweizerischen Vereinigung aller Spitaldi-

rektorinnen und Spitaldirektoren SVS. Der Präsident des Verwaltungsrats der Spital Bülach AG ist auch Präsident des Verbands Zürcher Krankenhäuser VZK. So sind sich beide führenden Herren gegenseitig untertan oder vorgesetzt. Sie könnten als erfahrenes Zweiergespann grosse Anerkennung erwerben, wenn es ihnen gelänge, aus dem Bülacher Desaster heilsame Lehren für das Krisenmanagement zu ziehen und mit der SVS für die ganze Schweiz einen *Code of Conduct* zu propagieren.

Saulus ist auch erst als Paulus in die Heilsgeschichte eingegangen.

Bernhard Gurtner, Wetzikon

Titel der Ausgabe Nr. 45

Danke für den schönen Rückblick in die Anfänge der Frauen in der Medizin. Hierzu hätte hervorragend eine zumindest einmalige Ausgabe der SÄZ mit der Überschrift «Schweizerische Ärztinnenzeitung» gepasst ...

*Dr. med. Ruth von Dahlen,
Fachärztin für Kardiologie, Basel*

Les courriers des lecteurs publiés reflètent l'opinion de l'auteur. La sélection, les éventuelles coupures et la date de publication sont du ressort exclusif de la rédaction. Il n'y a pas de correspondance à ce sujet. Les contenus diffamatoires, discriminatoires ou illégaux ne seront pas publiés. Chaque auteur est personnellement responsable de ses déclarations.