

# Verantwortung und Ermächtigung\*

Kaderärzte in Spitälern tragen eine hohe klinische und organisationale Verantwortung. Ihr Verantwortungsbereich, speziell jener der Chefärzte, hat in den letzten Jahren laufend zugenommen und betrifft mehr und mehr wirtschaftliche Aspekte. Mit der Einführung der Budgetverantwortung der Kaderärzte und der Diagnosis Related Groups (DRG) wird ihnen noch mehr Verantwortung zugeordnet. Dem steht bis jetzt keine adäquate Ausweitung der Kompetenzen gegenüber. Es wird deshalb gefordert, dass der erhöhten Verantwortung eine grössere Ermächtigung beigesellt wird und dass Kaderärzte vermehrt und mit grossem Gewicht in die höchsten Führungsebenen der Spitäler einbezogen werden.

R. O. Binswanger

Chefarzt Radiologie Spital Thurgau AG, Kantonsspital Münsterlingen, Präsident der Thurgauischen Vereinigung Leitender Spitalärzte TVLS

Personen erscheinen in der männlichen Form. Weibliche Personen sind miteingeschlossen.

## Einleitung

Spitäler haben einen dualen Auftrag. Es geht um die Behandlung kranker Menschen und die Sicherung der wirtschaftlichen Existenz, das heisst, es geht auch um Ökonomie, Effizienz und Geld. So verdienen gute ökonomische Spitalführung, Verwaltungs- und Administrationsarbeit aus Sicht der Ärzteschaft grossen Respekt und Hochachtung. Nur Kooperation und gegenseitige Wertschätzung zwischen Ärzten und Ökonomen führen Spitäler zum Erfolg. Dazu die nachfolgenden Betrachtungen aus drei Blickwinkeln.

## Erster Blickwinkel: Aufbruch und Wandel der Spital Thurgau AG

Bis 1999 wurden die Spitäler im Kanton Thurgau, unter anderem die Kantonsspitäler Münsterlingen und Frauenfeld, als eigene Anstalten geführt, und zwar vom Gesundheitsamt, bestehend aus dem Kantonsarzt und einer Ökonomin sowie dem Vorsteher des Departements für Finanzen und Soziales. Dies war effizient und kostengünstig. Der Übergang in die Spital Thurgau AG (STG AG) brachte einen Verwaltungsrat und eine Geschäftsleitung als zusätzliche Hierarchiestufen. Der Verwaltungsrat nahm sich vor, vermutete Synergien zwischen den beiden Kantonsspitalern besser zu nutzen. Die bestehenden Synergien innerhalb der Spitäler wurden weniger hoch gewichtet.

Die neue Geschäftsleitung privatisierte als erstes den Reinigungsdienst der Spitäler und kümmerte sich um ein neues Erscheinungsbild, die sogenannte Corporate Identity. Danach brachte

sie in Kürze an die 20 strategische Projekte zur Nutzung neuer Synergien hervor. Es entstanden eine hektische Aktivität und ein Berg von Papier. Von den Projekten wurden nur vereinzelte realisiert. Die Mitglieder der Thurgauischen Vereinigung leitender Spitalärzte (TVLS) wurden unruhig, und für deren Präsidenten wurde es ungemütlich.

Nach einer Senkung ambulanter Tarife erliess der Verwaltungsrat einen Investitions- und Personalstopp und gab eine externe Beratung in Auftrag. Die Berater fanden in kurzer Zeit ein grosses Einsparpotential, von dem bei näherer Analyse nur wenig realisierbar war. Die Spannungen nahmen zu, schliesslich wurde der Vertrag mit der Beratungsfirma aufgelöst.

In dieser Zeit erarbeitete die TVLS ein detailliertes Positionspapier, in dem viele Forderungen und Änderungsvorschläge aufgeführt waren. Diese bezogen sich auf die Corporate Governance, auf strategische, organisatorische, personelle und andere Fragen. Die Kaderärzte haben sich also zusammengetan und etwas unternommen. Das Papier war vier Jahre nach der Gründung der AG fertig, fast zeitgleich mit der Demission des Verwaltungsratspräsidenten und des Geschäftsführers.

Eine solche Abfolge von Ereignissen könnte sich auch in einem nichtmedizinischen Unternehmen abgespielt haben und wird auch andernorts bei Änderung der Rechtsform von Spitälern stattfinden. Inzwischen sind unsere Spitäler mit neuem Führungspersonal und nach der Umsetzung vieler Vorschläge, auch solcher der TVLS, auf gutem Kurs.

\* Als Vortrag gehalten am Symposium der Leitenden Spitalärzte des Kantons Luzern (OLSA) vom 13. September 2007.

Korrespondenz:  
Dr. med. R. O. Binswanger  
Chefarzt Radiologie STGAG  
Kantonsspital  
CH-8596 Münsterlingen  
r.binswanger@bluewin.ch

## Responsabilité et exercice du pouvoir

Il y a longtemps déjà que l'éventail des tâches revenant aux médecins-cadres des hôpitaux a été élargi massivement par des activités administratives supplémentaires. Actuellement, les préparatifs visant l'introduction d'une responsabilité budgétaire pour les médecins vont bon train. L'introduction des DRG (forfaits par cas) approche également. L'aspect économique ainsi que l'aspect éthique et moral viennent donc s'ajouter au domaine de tâches des médecins-cadres. Or, cette responsabilité accrue n'est balancée par aucun pouvoir correspondant. On constate, au contraire, une diminution de l'influence du corps médical sur le fonctionnement des hôpitaux à divers endroits déjà. Un revirement est absolument nécessaire. Répétons-le, la responsabilité doit être accompagnée d'un pouvoir adéquat. Pour être à même d'exercer une influence sur la gestion des hôpitaux, il convient, entre autres, de déléguer plusieurs médecins compétents dans les directions, les conseils d'administration et les conseils de fondation.

Pour obtenir satisfaction sur ce point, le corps médical doit mieux s'organiser. Chaque médecin-cadre devrait être prêt à investir du temps, du travail, voire de l'argent pour réaliser cet objectif. De plus, les médecins-cadres devraient renoncer, en faveur du collectif de gestionnaires, à une partie du pouvoir qui est le leur en vertu de leur spécialisation professionnelle, et le mettre à disposition de leurs confrères engagés dans les organismes de direction. La tâche hospitalière revêt plus d'importance que celle liée à la société de discipline médicale. La revendication de pouvoir grandissante des médecins-cadres d'hôpitaux sera contestée et combattue par d'autres milieux: il s'agit de se préparer à cette situation. L'exercice du pouvoir requiert des médecins concernés une intégrité absolue et une orientation sur la tâche commune, et il doit être accompagné d'une défense en bonne et due forme des intérêts des patients. Le contrôle du pouvoir ainsi exercé, incluant des sanctions efficaces, est indispensable.

Was kann man daraus lernen?

- Der eingeschlagene Weg führte schnell zur Überlastung aller Gremien und nahm zu viele Ressourcen in Anspruch, besonders auch solche der Ärzte. *Bei Veränderung der Rechtsform oder Bildung von Spitalgruppen soll deshalb mit Bedacht überlegt und gehandelt werden.*
- Der Informations- und Kommunikationsbedarf wurde massiv unterschätzt. Heute ist die breite Information und die Mitbeteiligung betroffener Ärzte bei Entscheidungsprozessen Realität. *Kommunikation und Information können also nicht wichtig genug genommen werden.*
- Bei der Gründung der Spital Thurgau AG wurde Fragen der Corporate Governance zu wenig Beachtung geschenkt. Hier hat unsere Spitalgruppe gelernt und vieles verbessert. *Corporate-Governance-Fragen müssen somit auch die Ärzteschaft interessieren.*
- Verschiedene Kaderärzte waren zu Beginn zum Einsitz in die Geschäftsleitung aufgefordert worden, lehnten aber ab. Inzwischen ist es uns gelungen, vier Vertreter in die Geschäftsleitung zu delegieren. *Es ist zu also fordern, dass die Ärzteschaft in den höchsten*

*Gremien angemessen und mit Gewicht vertreten ist.*

Zusammenfassend war der Einfluss der Ärzteschaft auf die Geschicke der STG AG am Anfang zu klein. Es wurde inzwischen viel unternommen, die Situation hat sich verbessert. Voraussetzung dafür waren Einigkeit und ein geeignetes Vorgehen der Kaderärzte.

### Zweiter Blickwinkel: Diagnosis Related Groups

Im Jahre 2000 führte ein Soziologe, Werner Vogd, eine Untersuchung in je einer grossen medizinischen und chirurgischen Klinik in Berlin durch [1]. Er begleitete dabei Ärzte während Wochen bei ihrer Arbeit am Patienten und im Büro. Er nahm an allen Rapporten teil und protokollierte minutiös, was gesagt wurde. Es ging im dabei um das Verhalten der Ärzteschaft und ihren Diskurs mit Patienten und untereinander. In den Folgejahren wurden in den betroffenen Spitälern die Budgetverantwortung der Chefärzte für ihre Klinik und die DRG eingeführt. Werner Vogd wiederholte die gleiche Erhebung 2004. Er konstatierte grosse Veränderungen.

1 Vogd W. Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Sicht der ärztlichen Akteure. Bern: Huber; 2006.

### Zunächst die Spitalseite

Um die Einnahmen pro Patient zu optimieren, bauten die Spitäler ihre EDV-Systeme aus und stellten einen Codierstab ein, der die von den Ärzten geführte Codierung überprüfte und verbesserte. Die Versicherer taten ein Gleiches oder werden es noch tun. Die Administrativkosten steigen dadurch bei den Spitälern und den Versicherungen, wie in den USA, dem Vorreiter in Sachen DRG. Die Verwaltungskosten der Spitäler und der Versicherer sind dort auf je über 30% angestiegen. Aus diesem Grund ist ein Prämiedollar höchstens noch 50 Cents wert. Übrigens: In der STG AG wurden im Hinblick auf die Einführung der DRG in der Schweiz schon jetzt Codiererinnen eingestellt.

### Dann zu den Kliniken

Unter dem Regime der DRG sind die Eintrittsdiagnose und Liegedauer eines Patienten die zentralen Steuerungsfaktoren zur Erfüllung der finanziellen Vorgaben einer Klinik. Dies führte zu Anpassungen: Die schon vorher stark fragmentierte Arbeit der Ärzte wurde zusätzlich zerstückelt, mit allen sich daraus ergebenden Risiken. Die Zeit für Gespräche mit den Patienten nahm ab. Die ganzheitliche Behandlung von Patienten wurde erschwert, wenn nicht verunmöglicht. Ambulante Vorabklärungen nahmen zu. Mehrfachdiagnosen konnten nicht immer adäquat Rechnung getragen werden. Damit wurde Multimorbidität zum Problem. Es wurde nicht weniger, sondern mehr und schneller apparativ untersucht. Mehrfacheingriffe wurden auf mehrere Spitalaufenthalte verteilt. Patienten wurden unangemessen früh in Pflegeheime überwiesen, obwohl diese dafür eigentlich nicht geeignet waren. Die Verlegung von Patienten innerhalb des Spitals erwies sich als immer schwieriger. Insgesamt konstatierte Vogt, dass, alles einbezogen, für das Gesundheitswesen nicht weniger, sondern eventuell mehr Kosten entstehen.

Im Verlauf schlichen sich weitere Anpassungen ein. Dazu drei Beobachtungen: Unproblematische Notfälle der inneren Medizin wurden in der Notfallstation nicht mehr eingehend untersucht, sondern direkt auf die Abteilung verlegt. Dort lagen sie unter Umständen ein Wochenende, bevor sie gründlich abgeklärt wurden. Ärztliche Visiten an Wochenenden werden nur noch bei Problempatienten durchgeführt. Routinefälle werden nach Schema behandelt, um Zeit zu gewinnen, mehr Aufmerksamkeit komplizierten Fällen zu widmen. Bemerkenswert und tröstlich ist, dass sich die Ärzteschaft ehrlich und nicht ohne Erfolg bemühte, die ethischen Grundlagen im Behandlungsprozess zu bewah-

ren und sich für die Interessen der Patienten einzusetzen.

### Folgerungen aus der Studie

Kaderärzte sind die einzigen Personen, die über das notwendige medizinische Wissen, genügend Erfahrung und den Willen verfügen, Patienten sachgerecht und nicht als Industriegüter (Commodities) zu behandeln. Die Kaderärzte stehen dabei unter einem massiven ökonomischen Druck durch die Budgetverantwortung und die DRG. Ärzte müssen entscheiden, und zwar nach medizinischen und wirtschaftlichen Kriterien. Diese Entscheidungen sind schwierig, unbequem, und manchmal geht es dabei um Rationierung. *Es ist deshalb eine unabdingbare Forderung, dass die zusätzliche und schwierige Verantwortung durch entsprechende Kompetenzen ergänzt wird, das heisst durch die Ermächtigung, Entscheide für Patienten abschliessend treffen zu können.*

### Dritter Blickwinkel: Ärzteschaft

Auf der Webseite der FMH finden sich 44 Facharztstitel, 28 Schwerpunkte und 26 Fähigkeitsausweise. Die Medizin ist somit unglaublich stark fragmentiert. Es sind die Fachgesellschaften, die diesen Prozess vorantreiben. Dies hat nicht nur fachliche, sondern auch standespolitische und finanzielle Gründe. Letztlich geht es dabei um die Erringung und Erhaltung von Macht im Verhältnis zu den übrigen Fachgebieten.

Die Fragmentierung der Medizin wurde im TARMED unverrückbar zementiert, und zwar unter Mithilfe bzw. Mittäterschaft der Ärzte. Ärzte und Kliniken finden sich jetzt in einem Korsett von Bestimmungen, die ihren Tätigkeitsbereich einschränken. Eifersüchtig wird darüber gewacht, dass andere nicht ins eigene Fachgebiet vordringen. Dieses Korsett macht uns alle verletztlich. Grabenkämpfe und Turfbattles sind die Folge. Ängstlich werden Veränderungen im Gesundheitswesen beobachtet und nützliche Kooperationen behindert. *Zu fordern ist ein gemeinsames Aufgabenverständnis der Ärzte im Spital, dem sie aber teilweise selbst entgegenstehen. Dabei sind die Anliegen des Spitals wichtiger als jene der Fachgesellschaft.*

### Wie soll die Ermächtigung der Kaderärzte herbeigeführt werden?

Es führt kein Weg daran vorbei, Kaderärzte wieder vermehrt in die Spitalführung einzubinden, und zwar mit mehr Gewicht und in den höchsten Positionen, das heisst in der Geschäftsleitung, im Verwaltungs- oder Stiftungsrat. Für die Erhebung dieses Anspruchs ist der Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS) eine ge-

eignete Institution. Die Ärzteschaft muss aber vor allem auf lokaler Ebene ihren Anspruch anmelden und sich institutionell so aufstellen, dass sie ernstgenommen wird. Der Thurgau ist hier anderen Kantonen möglicherweise etwas voraus.

Gespräche mit Kollegen zeigen allerdings, dass grosser Defätismus herrscht, so dass nur wenige bereit sind, die notwendigen Opfer zu bringen, um das angestrebte Ziel zu erreichen. Dafür werden viele Argumente ins Feld geführt, wie der hohe Anspruch des eigenen Fachgebietes, Zeitmangel, Mangel an geeigneten Kandidaten sowie die zu erwartende Gegnerschaft anderer Interessengruppen. Defätismus ist allerdings auch einfach und bequem. Man kann die Schuld an Missständen fröhlich den Umständen und den bösen Anderen in die Schuhe schieben und damit mögliche eigene Führungsdefizite verschleiern.

#### **Was sollen Kaderärzte tun, um ihrem Anspruch auf Ermächtigung Gewicht zu verleihen?**

Sie sollen in jedem Fall proaktiv und nicht reaktiv handeln. Es braucht eine klare Ausrichtung aller Ärzte auf die Aufgabe ihres Spitals und nicht jene ihrer Fachgesellschaft. Nur damit und mit geeintem Auftritt wird die Ärzteschaft ernstgenommen. Dann braucht es eine hohe persönliche Integrität aller Kaderärzte. Ausreisser sind deletär. Ganz besonders wichtig ist die persönliche Integrität von Ärzten, die in den obersten Gremien Einsitz nehmen. Weiter müssen Klinikleiter Macht abgeben an jene Kollegen, die ihre Interessen in der Geschäftsleitung und im Verwaltungsrat vertreten. Dies trifft uns als Klinikleiter natürlich besonders schmerzlich.

Ausserdem sollten wir begreifen, dass Betriebswirtschaft keine exakte Wissenschaft ist und dass man mit etwas Interesse und Engagement deren Terminologie und Mechanismen erlernen und auch durchschauen kann. Auch das Lesen einer Jahresrechnung kann man sich beibringen lassen. Als nächstes müssen der Führungswille und die Führungskraft der Chefärzte und leitenden Ärzte gestärkt werden. Dies bedeutet nicht, dass man jeden angehenden Chefarzt in einen MBA-Kurs zu senden braucht. Die Vermittlung von Führungskompetenz und der entsprechenden Grundhaltung ist wichtiger.

Der Machtzuwachs der Ärzte hat verantwortungsvoll zu erfolgen. Er ist nicht an die Person, sondern an die Aufgabe zu binden. Ein gemeinsames Aufgabenverständnis und ein anwaltschaftliches Vertreten der (wahren) Interessen der Patienten sind notwendig. In vielen Spitä-

lern sind diese Voraussetzungen gegeben, wo nicht, braucht es noch eine grosse Arbeit.

Ermächtigung ist aber nicht ohne Machtkontrolle denkbar, die wirkungsvoll sein muss und von Sanktionen begleitet, von denen die ernsteste die Abwahl eines Kaderarztes aus der Geschäftsleitung oder sogar aus seiner Klinik sein muss. Darüber hinaus brauchen Kaderärzte, die die Wahl in die höchsten Gremien annehmen, eine wirkungsvolle Entlastung, die nicht gratis erhältlich ist. Die entsprechenden finanziellen Mittel müssen freigemacht werden. Dazu gehören erstklassige Leitende und Oberärzte, die den Chefarzt entlasten können und ihm in allem loyal verpflichtet sind.

#### **Schlussfolgerungen**

Schon seit längerem ist der Aufgabenbereich von Kaderärzten in Spitälern massiv um administrative Zusatzfähigkeiten erweitert worden. Jetzt ist die Einführung der Budgetverantwortung der Ärzteschaft in vollem Gang. Vor der Türe steht die Einführung der DRG. Der Aufgabenbereich der Kaderärzte wird also erweitert, und zwar um eine ökonomische und eine ethisch-moralische Dimension. Dieser erhöhten Verantwortung der Kaderärzte steht bisher keine entsprechende Ermächtigung gegenüber, im Gegenteil, es wird vielerorts eine Abnahme des Einflusses der Ärzteschaft auf den Geschäftsgang von Spitälern wahrgenommen. Es ist eine Kehrtwendung nötig. Um es nochmals zu sagen, der Verantwortung muss eine angemessene Ermächtigung beigegeben werden. Die Einflussnahme auf die Spitalführung wird unter anderem durch Delegation von mehr und geeigneten Ärzten in die Geschäftsleitungen, Verwaltungsräte und Stiftungsräte erfolgen müssen.

Die Ärzteschaft muss sich zur Durchsetzung dieses Anspruchs besser organisieren. Jeder einzelne Kaderarzt muss bereit sein, für dieses Ziel Zeit, Arbeit und evtl. auch Geld einzusetzen. Zusätzlich müssen Kaderärzte auf einen Teil der Macht, die sich aus der Spezialisierung in ihrem Fachgebiet ergibt, zu Gunsten des Kollektives verzichten und Macht an ihre in den Leitungsgremien vertretenen Kollegen abgeben. Die Aufgabe des Spitals ist wichtiger als jene der Fachgesellschaft. Der zunehmende Machtanspruch der ärztlichen Spitalkader wird von anderer Seite in Frage gestellt und bekämpft werden. Darauf sollen wir uns einstellen. Die Machtausübung braucht höchste Integrität und die Orientierung an der gemeinsamen Aufgabe der Kaderärzte unter anwaltschaftlicher Vertretung der Interessen der Patienten. Unabdingbar ist eine Machtkontrolle, die wirksame Sanktionen einschliesst.