Spitalärztinnen und Spitalärzte: Eine Investition in die Zukunft

R. Ziegler

Das «Modell Spitalärzte» greift verschiedene miteinander verknüpfte Problemfelder im Gesundheitswesen auf, denen je nach Blickwinkel unterschiedliche Bedeutung zukommt. Mit dem «Modell Spitalärzte» soll ein Abbau von reinen Weiterbildungsstellen bewirkt werden, welche in den vergangenen Jahren infolge Leistungszunahme und Arbeitszeitreduktionen massiv aufgestockt werden mussten. Dies, indem Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung anstelle von Assistenzärztinnen und -ärzten für eine länger dauernde Zeit deren Tätigkeit ausüben. Gleichzeitig soll zeitlich wie inhaltlich die Ausbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten an den Spitälern intensiviert werden: Sogenannte «Teachingärzte» sollen eine enge Begleitung der Assistenzärztinnen und -ärzte sicherstellen.

Beweggründe für ein Umdenken

Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Bekannt ist, dass die Gesamtkosten des Gesundheitswesens mit der Anzahl der Leistungserbringer eng korrelieren. Ohne für den steten Anstieg der Kosten ausschliesslich die Ärztedichte verantwortlich machen zu wollen, ist diese doch in einem hohen Ausmass ursächlich verknüpft mit der volkswirtschaftlichen Frage der für eine Bevölkerung tragbaren Kosten für das Gesundheitswesen (gemessen an den Pro-Kopf-Ausgaben und am Anteil des BIP). Jede neue zusätzliche Praxis bewirkt Mehrkosten im Gesundheitswesen von ca. einer halben Million Franken jährlich wiederkehrend.

Eine neue Generation Ärztinnen und Ärzte

Der Streik der Assistenzärztinnen und -ärzte im Kanton Zürich hat auf die nicht mehr zeitgemässen Strukturen und Arbeitsbedingungen in den Spitälern hingewiesen. Das Anliegen der jungen Ärztinnen und Ärzte geht über die Frage der Arbeitszeiten und der Löhne hinaus. Angesprochen wurde auch deren Tätigkeit als Arbeitskräfte im Spital in Verbindung mit dem berechtigten Anspruch nach angemessener Weiterbildung (inhaltlich wie zeitlich). Tatsache ist, dass im alltäglichen Arbeitsdruck (zu) wenig Zeit für die Reflexion und die Vertiefung der praktisch erworbenen Kenntnisse bleibt. Dem heute schwergewichtig «kontrollierten learning by doing» sind Grenzen gesetzt aus didaktischen wie auch aus organisatorischen Gründen.

Organisation Spital im Wandel

Spitäler haben sich den wechselnden neuen Anforderungen von aussen zu stellen mit tiefgreifenden Auswirkungen nach innen. Systemtheoretisch betrachtet muss das Spital mit dem Umfeld immer wieder in den Zustand des Fliessgleichgewichts gebracht werden. Daraus resultiert eine permanente Anpassung der Strukturen und Prozesse nach innen. Damit zwangsläufig verbunden ist eine Neudefinition von Arbeitsteilung, Kompetenzen und Verantwortungen. Tradiertes Verständnis fixer Verknüpfungen von Rolle, Funktion, Ausbildungsstand, Lernen und Lehren müssen hinterfragt werden. Jedes Spital muss seine eigene Organisation finden mit Blick auf die sich ihm aktuell und in Zukunft stellenden Herausforderungen. Je flexibler die ärztlichen (und andere) Strukturen werden, um so besser wird das Spital auf Markterfordernisse antworten können.

Effizienz in der Leistungserbringung

Der wirtschaftliche Druck, dem die Spitäler ausgesetzt sind, führt zu einer permanenten Suche nach Möglichkeiten der Effizienzsteigerung. Die Bewältigung der Arbeit in immer kürzeren Fristen ruft nach vermehrter Prozessorientierung und verlangt flachere Hierarchien mit kürzeren Kommunikationswegen. Zu den kostenintensivsten Bereichen mit Optimierungspotential gehört der Einsatz von Lernenden mit den ihnen eigenen Fluktuationen. Kaum eingearbeitet und das Zusammenspiel der Kräfte eingeübt, steht ein Wechsel an. Dies ist für das Pflegepersonal äusserst belastend und mit entsprechenden betrieblichen Umtrieben und Unruhen verbunden, die stabile Arbeitsbeziehungen verunmöglichen. Mit den herkömmlichen Strukturen und Gepflogenheiten lässt sich eine Verbesserung der Situation aber nicht herbeiführen.

Gewinner sind wir alle

Für die ohne Anspruch auf Vollständigkeit aufgeführten Problemfelder könnte das Modell der Spitalärzte einen gewichtigen Beitrag leisten, die längst erkannten Schwachstellen in den Spitälern zu beheben und darüber hinaus helfen, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu dämpfen.

Von den Veränderungen profitieren können alle am System Gesundheitswesen beteiligten Partner, wenn auch in unterschiedlichen Zeithorizonten.

Korrespondenz:
Rita Ziegler, lic. oec. HSG
Verwaltungsdirektorin
Spital Limmattal
Urdorferstrasse 100
CH-8952 Schlieren

- Die Bevölkerung, weil weniger aus dem System Spital austretende Ärztinnen und Ärzte in die freie Praxis drängen und somit der Anteil des Bruttoinlandproduktes, welcher für das Gesundheitswesen aufzubringen ist, vom Druck der steten überproportionalen Zunahme entlastet werden kann.
- Die Kassen und Prämienzahler, weil die ambulanten Kosten von Arztbehandlungen nicht im Ausmass wie bisher steigen würden.
- Die Spitäler, weil sie ihre Organisationen flexibler und effizienter gestalten könnten.
- Die Ärzte, weil die Gefahr nicht rentierender Arztpraxen reduziert würde.

Wieviel darf und wird es kosten

Keine neue Sparübung in den Spitälern

Mit Nachdruck ist davor zu warnen, das «Modell Spitalarzt» für eine neuerliche Sparrunde in den Spitälern zu verwenden oder das Modell sogenannt «kostenneutral» einführen zu wollen. Wer dies fordert, bringt das Vorhaben in seinen Ansätzen zum Scheitern. Wichtige, auch qualitative Ziele, die mit dem Modell angestrebt werden, könnten dann nicht erreicht werden. Wie aus dem nachfolgenden Zahlenbeispiel hervorgeht, sind die mit dem «Modell Spitalarzt» verbundenen Kosten auf jeden Fall geringer als die zu erwartenden Kostensteigerungen in einigen Jahren, welche aus einer Zunahme der Ärztedichte resultieren. Eine dynamische Betrachtungsweise ist deshalb bei der Beurteilung von Kosten und Nutzen gefordert. Die jetzt anstehenden Änderungen mit deren finanziellen Folgen sind als Investitionen in die Zukunft zu betrachten. Ein allfälliger Kostensprung in den Besoldungen für die Ärzteschaft in den Spitälern hat nur zu einem geringen Teil mit der Einführung des Modells der Spitalärzte zu tun, denn dieser wurde – mindestens in einigen Kantonen – vollzogen mit der Reduktion der Arbeitszeiten der Assistenzärztinnen und -ärzte (und bald auch der Oberärztinnen und -ärzte) auf 50 Stunden pro Woche. Ein Teil dieser Kosten konnte mit organisatorischen Massnahmen und mit Investitionen in die Informationstechnologien aufgefangen werden. Die damit erreichte Effizienzsteigerung lässt sich aber nicht beliebig fortsetzen. Schon deshalb ist es unmöglich, die Umsetzung des Modells Spitalarzt an weitere Effizienzsteigerungen zu binden. Die Gewinne werden ausserhalb der Spitäler anfallen, und zwar dann, wenn die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, die neue Praxen eröffnen, geringer wird, als dies bis heute der Fall war.

Das Anliegen der Assistenzärztinnen und -ärzte nach einer qualitativ hochstehenden und systematischen Weiterbildung in den Spitälern muss ernst genommen werden. Die Verbindung des Modells der Spitalärzte mit der Schaffung eines neuen Berufsbildes für sogenannte Teachingärzte ist zwar aus Spitalsicht nicht zwingend, wohl aber sehr wünschenswert. Der Vorteil darf darin gesehen werden, dass die Weiterbildung an Qualität gewinnen kann und Chefärztinnen und -ärzte vom operativen Teil dieser Aufgabe entlastet werden können, zumal zu erwarten ist, dass mit der Formalisierung und Systematisierung der Weiterbildung zusätzlicher Arbeitsaufwand entstehen wird.

Billigärzte – nicht im Sinne der Erfinder

Als Voraussetzung für Spitalärztinnen und -ärzte muss gelten, dass sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen. Die Integration in das Gesamtgefüge (lohn- und beschäftigungsmässig) kommt dem Profil der Oberärztin/des Oberarztes, wie er im kürzlich abgelehnten GAV im Kanton Zürich skizziert wurde, recht nahe. Um Missverständnissen vorzubeugen, sei festgehalten, dass die Spitalärztinnen und -ärzte wohl als Ersatz für Assistenzärztinnen und -ärzte gedacht sind, aber nicht, wie kürzlich in Zeitungen berichtet, aus drei Assistenzarztstellen zwei Spitalarztstellen resultieren können. Gemessen an ihrem nicht zu unterschätzenden Beitrag im Spital sind Löhne auf der Stufe Oberärztin/Oberarzt als Selbstverständlichkeit zu betrachten.

Kalkulationsbeispiel

Die Investitionen in das Modell Spitalärzte lassen sich unter nachfolgend aufgeführten Annahmen einigermassen abschätzen.

Annahmen

- Spital mit erweiterter Grundversorgung mit 240 Betten.
- 50-Stunden-Woche für Assistenzärztinnen und -ärzte mit Nachtarztsystem bereits eingeführt.
- Keine wesentlichen Leistungssteigerungen im stationären Bereich und keine neuen administrativen Zusatzbelastungen.
- Modell der Spitalärzte inkl. Teachingärzte wird in den klinischen Disziplinen eingeführt, nicht dagegen in der Anästhesie und der Radiologie.
- Das Spital bekennt sich weiterhin zu seinem Ausbildungsauftrag.
- 1/3 der Stellen für Assistenzärztinnen und -ärzte wird im Verhältnis 1:1 durch Spitalärztinnen und -ärzte ersetzt.
- Die wöchentliche Arbeitszeit für Assistenzärztinnen und -ärzte und Spitalärztinnen und -ärzte beträgt 42 Stunden exkl. 8 Stunden Weiterbildung.
- Die externe Weiterbildung beträgt im Durchschnitt 2 Stunden/Woche, die Anwesenheit im Spital somit 48 Stunden/Woche.
- Mit dem Modell der Spitalärzte kann die Reduktion von 50 auf 48 Stunden/Woche für Assistenzärztinnen und -ärzte erreicht werden (= erwartete Effizienzsteigerung).
- Für die wöchentliche Arbeitszeit der Oberärztinnen und -ärzte gilt eine Höchstarbeitszeit von 70 Stunden/Woche.

– Durchschnittslöhne Jahr 2000 exkl. Inkonvenienzentschädigungen und Honorare für Oberärztinnen und -ärzte:
Assistenzärztinnen/-ärzte:
Fr. 115 000.– (inkl. Sozialabgaben)
Spitalärztinnen/-ärzte:
Fr. 160 000.– (inkl. Sozialabgaben)
Oberärztinnen/-ärzte:
Fr. 160 000.– (inkl. Sozialabgaben)
Teachingärztinnen/-ärzte:
Fr. 250 000.– (inkl. Sozialabgaben = FMH-Vergleichseinkommen)

Vergleich Ist/Soll

	Ist Stellenplan*	Lohnsumme Fr.	Soll Stellenplan	Lohnsumme Fr.
Assistenzärztinnen/-ärzte	33,5	3 852 500.–	22,5	2 587 500.–
Spitalärztinnen/-ärzte			11,0	1 760 000.–
Oberärztinnen/-ärzte	9,5	1 520 000.–	9,0	1 440 000.–
Teachingärztinnen/-ärzte			2,5	625 000.–
Total	43,0	5 372 500.–	45,0	6 412 500.–

* ohne fremd- und eigenfinanzierte Stellen.

Die Differenz in der Lohnsumme beträgt Fr. 1 040 000.– oder etwa 19%.

Effektive Mehrkosten
Bei den unter «Vergleich Ist/Soll» aufgeführten Zahlen ist die Reduktion der Anwesenheit im Spital von 50 Stunden pro Woche auf durchschnittlich 48 Stunden pro Woche für Assistenzärztinnen und -ärzte nicht berücksichtigt. Sie kann ohne das Modell der Spitalärzte nicht erreicht werden. Eine Stellenaufstockung im Ausmass von 1:1 bei den Assistenzärztinnen und -ärzten wäre vorzunehmen. Dies würde einer Erhöhung der Lohnsumme für Assistenzärztinnen und -ärzte von 4% oder Fr. 154 000.– entsprechen.

Die Differenz vom Ist zum Soll reduziert sich somit auf Fr. 886 000.– oder auf rund 16%.

Gemessen an der Lohnsumme (inkl. Inkonvenienzentschädigungen, exkl. Honorare) aller Ärztinnen und Ärzte am Spital bedeutet dies Mehrkosten von rund 11%, gemessen an den Gesamtkosten des Spitals gut 1%.

Nicht berücksichtigt sind dabei nicht bezifferbare «Gewinne» in Form einer Beruhigung des Betriebes auf den Abteilungen.

Fazit: Machbarkeit gegeben – politischer Wille vorausgesetzt
Die Berechnungen zeigen, dass die Einführung des «Modells Spitalarzt» verkraftbar und verantwortbar ist. Wird das Vorhaben als Investition betrachtet für die finanzielle Entlastung des Gesundheitswesens in naher Zukunft, so wirft diese Investition eine hohe Rendite ab. Auf das Kalkulationsbeispiel bezogen stehen jährlich wiederkehrende Mehrkosten von einer Million Franken im Spital nach einer Einführungszeit von einigen Jahren den etwa fünf Millionen Franken nicht zusätzlich anfallenden Kosten im Gesundheitswesen ausserhalb des Spitals gegenüber. Das Vorhaben darf deshalb nicht einer kurzfristigen Optik, von der die Sparwut im Gesundheitswesen jeweils getragen ist, zum Opfer fallen. Die Vorfinanzierung ist von den Kassen gleichermassen wie von der öffentlichen Hand zu übernehmen. Die Kennziffern, um den Erfolg der Massnahmen zu messen, sind noch zu entwickeln.

Schlusswort an die, die es sich nicht vorstellen können

Negativselektion nicht zwingend
Veränderungen provozieren Widerstand. So wird es auch bei diesem Vorhaben sein. Wer überall nur die Nachteile sucht, die Vorteile aber aus den Überlegungen ausklammert, verkennt die Zeichen der Zeit. Weder können wir vor der Ärztedichte und deren Folgen die Augen verschliessen, noch können wir uns den gesellschaftlichen Entwicklungen entziehen. Auch die Spitäler können nur mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eben aus dieser Gesellschaft ihre Dienstleistungen erbringen. In der heutigen pluralistischen Gesellschaft muss auch eine Ärztin oder ein Arzt Platz finden, deren/dessen Wertvorstellungen sich nicht mit einem traditionellen Verständnis des Arztberufes decken. Deshalb hinter dem Profil des Spitalarztes Charakteren zu vermuten, die sich den Anstrengungen der beruflichen Entwicklung nicht stellen wollten, beruht auf einem Vorurteil. Mit dem «Modell Spitalarzt» sind noch lange nicht zwingend Lebensstellen verbunden. Das Modell stellt aber weitere Anforderungen an das Spital als Unternehmen, insbesondere an die Führung. Um zu verhindern, dass sich Spitalärztinnen und Spitalärzte ruhig niederlassen, ist eine geeignete Form der Mitarbeiterentwicklung auch im ärztlichen Bereich zu verankern. Die Ärzteschaft selbst hat es in der Hand, diesen Kolleginnen und Kollegen Anerkennung und Wertschätzung zukommen zu lassen. Die FMH könnte mit entsprechenden Anerkennungsverfahren dafür sorgen, dass diese Art der klinischen Tätigkeit nicht Endstation bedeutet, sondern genauso Entwicklungschancen eröffnet, wie eine Weiterbildung zum Spezialisten. Weshalb sollte es einer Spitalärztin oder einem Spitalarzt verwehrt sein, sich zu einer Leitenden Ärztin oder einem Leitenden Arzt weiterzuentwickeln; oder weshalb soll es nicht positiv gewertet werden, wenn eine Ärztin oder ein Arzt vor Eröffnung einer Praxis noch 2–3 Jahre Erfahrung als Spitalärztin/Spitalarzt sammelt? Könnte eine Teachingärztin oder ein Teachingarzt nicht aus einer Spitalärztin oder einem Spitalarzt hervorgehen? Die Frage der Entlöhnung und der Anzahl Arbeitsstunden für eine Spitalärztin/Spitalarzt bekäme dann ein ganz anderes Gewicht, weil angenommen werden darf, dass Perspektiven für die Zukunft auch für die Spitalärztin und den Spitalarzt wichtiger sind als genaue Arbeitszeiten und die Einteilung in eine bestimmte Lohnklasse mit regelmässigem Stufenanstieg.

Mehr als ein Namenswechsel

Die Umsetzung des Modells wirft noch einige Fragen auf. Viele Vorarbeiten sind noch zu leisten. Wer deshalb jetzt behauptet, er habe das Modell bereits eingeführt, der geht von einem falschen Grundverständnis aus, um nicht zu behaupten, der sei nicht seriös. Auch wenn die Spitalärztin/der Spitalarzt dereinst als Ersatz für eine Assistenzärztin/einen Assistenzarzt in Erscheinung treten wird, kann es nicht darum gehen, dem langjährigen Assistenzarzt oder der Assistenzärztin einfach eine neue Bezeichnung zu geben. Fragen der ärztlichen Kompetenzdelegation sind zu diskutieren, aber auch Fragen der Integration der Spitalärzte ins Unternehmen Spital. Effizientes Arbeiten ist nur dann möglich, wenn auf der pflegerischen Seite ebenfalls Kompetenzdelegationen hin zur Stationsleitung erfolgen, damit die Verantwortung für die gemeinsame Führung einer Station abschliessend delegiert werden kann. Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren auf jeden Fall tun gut daran, sich dieses Projektes umfassend und umsichtig anzunehmen, damit eben mehr als nur ein Namenswechsel stattfindet.