

# Der moderne Link\*

Dietmar W. Thumm

Nach dem Lesen dieses Artikels sind mir sämtliche Haare zu Berge gestanden, insbesondere jene auf den Zähnen, weshalb ich nicht umhin kann, zum Abbau der angestauten Aggressionen die Tastatur des Computers zu bearbeiten.

Die Erfahrung lehrt, dass auch ein hoher Grad an akademischen Titeln und Auszeichnungen dem Besitzer derselben nicht immer recht gibt, geschweige denn ihn davor feiert, Fehler zu machen und Quatsch zu erzählen.

Gerade *weil* ich bereits innerhalb eines Netzwerkes arbeite, Qualitätssicherung und Betriebsoptimierung betreibe, im Verwaltungsrat der ersten Deutschschweizer reinambulantem Tagesklinik sitze usw., fühle ich mich zu einer Antwort herausgefordert.

Es steht ausser Zweifel, dass von uns Ärzten heute mehr betriebswirtschaftliches Denken gefordert wird als früher, auch weil es wirklich notwendig geworden ist, es ist aber genau dieser national-ökonomisch-pseudo-wissenschaftliche Ton, der nicht nur überheblich wirkt, sondern auch in keinster Weise angebracht ist. Nicht nur, dass die New Economy bisher den Beweis schuldig geblieben ist, besser zu sein als alles bisherige, die Volkswirtschaft ist alles andere als gesund, und die Volksgesundheit ist nicht wirtschaftlich.

Klar gibt es Chefärzte, denen die Spitalkennzahlen relativ egal sind, das war aber erstens schon früher Aufgabe der Spitalverwalter (welch letztere übrigens teilweise noch heute die vom Verfasser geforderten Kenndaten [wieviel Energie kostet eine 35minütige Operation?] nicht beherrschen), zweitens versteht inzwischen ein grosser Prozentsatz der Ärzte, zumindest draussen in der Praxis, deutlich mehr von Ökonomie als die Ökonomen von Medizin. Und letzteres zu verlangen, wie umgekehrt von uns Financial Controlling, Qualitätsmanagement, Führungspfektion und Rechtssicherheit gefordert wird, betrachtet der Durchschnittsmediziner aufgrund seiner Kenntnisse und Erfahrungen in der Regel als vermessen. Drittens aber (und da habe ich Glück) kenne ich einige CEOs persönlich, und es wäre übertrieben, zu behaupten, sie hätten die Produktionsdaten ihrer Betriebe so im Griff, wie es Herr Link als unabdingbar für Chefs von medizinischen Abteilungen beschreibt. Solange die Gesundheitsökonomien (die meisten ja selbsternannt) es nicht fertigbringen, die Nutzen-, Produktivitäts- und Verbrauchsdaten eines me-

## Calculer et restructurer selon Peter Link

**Bien qu'il soit aujourd'hui clair qu'on ne peut négliger les nécessités de l'économie nationale, même ou spécialement dans le domaine de la médecine, je ne suis absolument pas d'accord avec les arguments de M. Peter Link. Il y a beaucoup de CEO qui ne connaissent pas leur métier aussi bien que le préconise l'auteur cité, et je suis bien convaincu que l'art du médecin comprend autre chose que de connaître, par exemple, les coûts de la salle d'opération. Le chemin consistant à économiser partout en médecine mène à un système à deux classes. Et ce au détriment du patient, lorsqu'il devient rentable de le transporter dans un pays asiatique pour l'opérer (une démarche qui n'a en outre rien d'écologique!). Privatiser la médecine peut être la voie à suivre, mais deux questions restent: 1. Est-ce que le patient veut vraiment un manager plutôt qu'un médecin? 2. Est-il correct que le rationnement nécessaire de la médecine passe par un contrôle des coûts axé sur les praticiens? Quant à moi, je lutterai jusqu'à la dernière pour pouvoir traiter mes patients comme il le faut.**

dizinischen Betriebes sauber aufzuschlüsseln (fragen Sie mal in Kliniken wie dem Inselspital Bern nach!), bleibt Geschreibsel wie obiges Makulatur.

Vielleicht sind wir Ärzte ja tatsächlich unverbesserliche Traditionalisten und «Sozialschwuchtel», solange aber unwidersprochen im Raum steht, jeder Betrieb müsse regelmässig wachsen und regelmässig Gewinn abwerfen (was haben die Shareholders in der Grafik eines medizinischen Betriebes zu suchen?), gleichzeitig aber von den unendlichen übergeordneten Sparbemühungen gefaselt wird, frage ich mich, wo in dieser ganzen Geschichte der Patient bleibt. Um was geht es denn hier? Ein medizinischer Betrieb hat keinen Selbstzweck. Krankheit kann doch niemals gewinnbringend sein! Ausser für die

\* Eine Antwort auf den Artikel «Kalkulieren, restrukturieren, optimieren, (sich) perfektionieren» von Peter K. Link [1].

Korrespondenz:  
Dr. med. Dietmar W. Thumm  
Facharzt für Augen Chirurgie FMH  
Bahnhofplatz 4  
Postfach 4844  
CH-6002 Luzern  
Tel. 041 226 30 10  
Fax 041 226 30 15  
[dietmar.thumm@augentagesklinik.com](mailto:dietmar.thumm@augentagesklinik.com)  
[www.augenarzt-lu.ch](http://www.augenarzt-lu.ch)

Pharmaindustrie, ganz offensichtlich. Das hingegen stellt auch niemand in Frage, dort aber sind die zu erzielenden Gewinnmargen definitiv zum Selbstzweck mutiert.

Voller Zugang zu allen Leistungen für alle potentiellen Patienten ist in Zukunft nicht mehr finanzierbar. Das sehen alle so. Nur, wie die Beschränkung zu funktionieren hat, darüber ist man sich gar nicht einig. Es ist sehr einfach, den Leistungserbringern ein Budget aufzuerlegen und Wirtschaftlichkeit zu predigen, damit ist das Problem aber nicht gelöst, vor allem dann nicht, wenn gleichzeitig jeder Politiker, der sich so wichtig nimmt wie das Wohl der Bevölkerung, lauthals posaunt, es dürfe keine Zweiklassenmedizin geben, und sich vehement für den Erhalt seines peripheren Regionalspitals einsetzt. Dabei ist sie schon lange da, die Zweiklassenmedizin, und zwar genau auf diesem Weg, klammheimlich durch die Hintertür.

Man kann gut Wasser predigen und dabei Wein trinken. Die Kantone, gleichzeitig Gesetzgeber, Leistungsbesteller und Leistungsanbieter (da Betreiber von öffentlichen Spitälern), sind in dieser totalen Verfilzung kaum an der wirklich korrekten Finanzpolitik interessiert. Selbst wenn der Chef der internistischen Abteilung plötzlich weiss, wieviel Energie eine 35minütige Operation kostet.

Es wäre aber meines Erachtens schon der richtige Weg, die Medizin vollständig zu privatisieren. Da würde sie automatisch rentabler. Zwei Fragen bleiben im Raum: 1. Will der Patient wirklich einen Manager vor sich haben oder ist ihm der Arzt doch lieber? 2. Ist es wirklich der richtige Weg, die notwendige Rationierung im Gesundheitswesen den Leistungserbringern über betriebswirtschaftliche Mechanismen aufzuzwingen?

Einfach alles der sogenannten Wirtschaftlichkeit zu «opfern», kann der Weg nicht sein: Warum lagern wir nicht gleich die ganze Medizin in asiatische Länder aus? Prima Sache, sie können ja unsere Sprachen und sind gut ausgebildet, und der Transport (Flug) ist auch spottbillig, weil er die verursachten (Umwelt-)Kosten bei weitem nicht trägt. Habe ich einen Fremdkörper im Auge, fliege ich schnell nach Bangkok, lass ihn rausnehmen und fliege wieder zurück.

Pech, wenn's zwei Tage später immer noch nicht besser ist. Entweder ich leide, bin wegen schlechter Sicht sogar arbeitsunfähig, oder ich fliege noch mal kurz rüber. Alles bezahlt, diesmal von der Suva. Pech auch für diejenigen Patienten, die infolge eines gröberen körperlichen Defektes eines längeren Klinikaufenthaltes bedürfen. Die Angestellten können zwar teilweise Deutsch, die Verwandten und Bekannten haben aber Mühe, die Besuchszeiten einzuhalten und bleiben aus unbekanntem Gründen in der Regel fern (in des Wortes wahrster Bedeutung). Naja, Natels funktionieren wenigstens weltumspannend, und die UMTS-Technologie funktioniert in Asien ebenfalls billiger. Schade, dass die Rechnung trotzdem von der teuren Swisscom kommt. Man könnte hier endlos weiterspinnen. – Ich wäre jedenfalls dafür, dass unsere Gesundheitsökonominnen und Consultants auch da drüben Beratungen machen, der Markt wächst viel mehr als unserer und da ist unglaublich viel zu holen, und vor allem endloses Potential, das Entstandene wieder kaputtzumachen. Oscar Wilde hat mal so treffend sinngemäss geäussert: Ein Experte und Berater ist ein Mann, der Ratschläge erteilt, wenn er nicht zu Hause ist.

Ich kenne ein paar Arztkollegen, die inzwischen ihren MBA gemacht haben. Keiner von ihnen ist ein besserer Arzt oder Mensch geworden. Eher im Gegenteil. Und solange die Tendenz besteht, das Wohl des Patienten auf dem Altar der Wirtschaftlichkeit zu opfern, werde ich für eine gute Medizin und nichts anderes kämpfen, und mich auch nicht unter Androhungen einspannen lassen für angeblich notwendige oder zwingende Massnahmen, die diese meine Tätigkeit für eine gute medizinische Betreuung der mir anvertrauten Patienten untergraben. Wir Ärzte sind die Anwälte unserer Patienten. Sonst macht sich nämlich niemand mehr für sie stark.

Fürs andere gibt es im IT-Zeitalter eben diese Links.

#### Literatur

- 1 Link PK. Kalkulieren, restrukturieren, optimieren, (sich) perfektionieren. Schweiz Ärztezeitung. 2006; 87(41):1775-7.