

Kommentar zum Beitrag von Tina-Maria Willner «Zwischen Ethos und Markt» [1]

Kaderarzt im öffentlichen oder im privaten Spital: Wo sind denn die Unterschiede?

Der Autor war Chefarzt an zwei öffentlichen, internmedizinischen Zentrumskliniken und ist jetzt Chefarzt an einer privaten Klinik. Er lehnt die Wiederholung veralteter (Vor-)Urteile zu privat contra öffentlich ab und findet, dass die Qualität der stationären Medizin von der Mischung privater und öffentlicher Anbieter profitieren kann.

Reto Krapf

Im Tribüne-Artikel «Zwischen Ethos und Markt» von Frau Dr. rer. soc. Willner [1] berichtet die Autorin zusammenfassend über ihre eigene Dissertation «Vom Halbgott in Weiss zum Unternehmer: Chefärzte und die Ökonomisierung der Medizin» (Universität St. Gallen 2012). Eine durchaus interessante und wichtige Fragestellung, für die das Cliché des Halbgottes nicht hätte bedient werden müssen.

Die Autorin befragte mit qualitativen Interviews Kaderarzt-Kolleg(inn)en zu diesem Thema. Diese Methode stellt naturgemäss besonders hohe Anforderungen an eine neutrale und unbefangene Haltung von Untersucher und Auswertenden. Dies ist der Autorin in der gut 700-seitigen Dissertation besser als im erwähnten Artikel gelungen. Der SÄZ-Arti-

eineinhalb Jahren Chefarzt für Innere Medizin an der privaten Hirslanden Klinik St. Anna Luzern. Vor allem habe ich auch den Systemwechsel (neue Spitalfinanzierung, DRG Fallpauschalen) sowohl am öffentlichen wie privaten Haus erlebt. Ich traue mir deshalb ein Urteil zu inkriminierten Unterschieden in den beiden Aufgabenfeldern zu, und es scheint mir wichtig, einige der Schlussfolgerungen des Artikels differenziert(er) zu kommentieren. Schwarz (privat) und weiss (öffentlich) ist die Welt auch in dieser Frage nicht. Vor allem trete ich dem alten Zopf der essentiell unterschiedlichen Berufsumfelder entschieden entgegen.

Wenn ich dies tue, so ist für die Einschätzung des Lesers vielleicht interessant, etwas über meine Gründe für den Wechsel, meine «conflicts of interest» sozusagen, zu erfahren. Der Hauptgrund war das Credo von Konzern und Klinikleitung, die umfassende internmedizinische Betreuung von hospitalisierten PatientInnen mit neuen, internmedizinischen Kliniken und im Rahmen eines Mitbetreuungskonzeptes zu fördern und auszubauen. Weitere Gründe waren der Reiz einer neuen Aufgabe per se, ein flexibleres Arbeits- und Pensionierungsmodell und die Möglichkeit, meine Aufgaben in Lehre und Forschung sowie Publizistik (Redaktion des Schweizerischen Medizinforums) weiterzuführen.

Im Einzelnen sind meine Eindrücke in geraffter Form folgende:

- Mit dem Wechsel der Spitalfinanzierung und Einführung des DRG-Systems (gegen die wir uns leider erfolglos mit eingesetzt hatten) am 1. Januar 2012 erlitt die schweizerische Medizin einen dramatischen Wechsel ihrer Werte. Ein weiterer, einmal gut funktionierender «service public» wurde aufgegeben. Öffentliche und private Institutionen sind ganz gleichermassen davon betroffen und sie müssen ganz ähnlich (re)agieren! Spitäler, Kliniken, Abteilungen müssen Gewinne erwirtschaften. Ressourcen, Personal, Neuan-schaffungen hängen davon ab. Gewisse nicht profitable, aber medizinisch sinnvolle Dienstleis-

Mit Einführung des DRG-Systems erlitt die schweizerische Medizin einen dramatischen Wechsel ihrer Werte.

kel legt den (redaktionell noch hervorgehobenen) Fokus auf die Wechselgründe von Kaderärzt(inn)en von öffentlichen in private Spitäler und deren neue Befindlichkeiten. Wenn man an verschiedenen Stellen des Artikels den Eindruck gewinnt, dass die Prämisse darin bestand, ein Chefarzt im öffentlichen Spital sei gut, werde aber nach seinem Wechsel in die private Institution wegen der Rahmenbedingungen (bezüglich Ethos, wie schon im Titel steht) schlecht oder sei schon schlecht geworden, ist der Leser gut beraten, sich bei der Interpretation der im Artikel deklarierten «conflicts of interest» zu erinnern: Frau Prof. Verena Briner, Chefarztin an einem öffentlichen Spital, hatte die Idee für das Projekt, bestimmte die Auswahl der Interviewpartner (Repräsentanz der Interviewten?) massgeblich mit und übernahm via Kantonsspital Luzern auch die Finanzierung.

Ich war selber Chefarzt an zwei öffentlichen, internmedizinischen Zentrumskliniken und bin seit

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Reto Krapf
Klinik für Innere Medizin
St. Anna
St. Anna-Strasse 32
CH-6006 Luzern
Tel. 041 208 32 90
Fax 041 208 32 91
[reto.krapf\[at\]hirslanden.ch](mailto:reto.krapf[at]hirslanden.ch)

tungen werden redimensioniert oder gestrichen. Mehr anbieten, mehr für das Spital lukratives durchführen wird tendenziell und systemimmanent belohnt, zumindest in der kurzfristigen Perspektive!

- Private Spitäler haben sich über die Jahre einen deutlich höheren Anteil von zusatzversicherten Patientinnen und Patienten erarbeitet. Zweifellos ist das Erreichen eines Gewinnes dadurch einfacher, kommt aber auch nicht einfach von ungefähr. Dafür werden die öffentlichen Spitäler nach wie vor relevant subventioniert, obwohl die DRG-Idee war, die Investitionen/Amortisationen via Fallpauschalen zu finanzieren. In vielen Kantonen sind milliardenteure öffentliche Spitalbauten in der Pipeline.
- Auch Kaderärzte an öffentlichen Spitälern verdienen meist einen grösseren Lohnanteil mit Privathonoraren. Der finanziell erfolgreiche Kaderarzt wird also neben der Qualität auch für die Quantität (sog. «fee for service») seiner Dienstleistungen honoriert. Das ist auch nicht a priori schlecht, früher nannte man das etwas unverkrampfter «Leistungsprinzip». Fraglos gibt es da-

zur Lungenvenenablation des Vorhofflimmerns, Kreuzbandoperationen, Kypho-/Vertebroplastien, renale Interventionen zur Behandlung der refraktären Hypertonie.

- Aber: Wir leben in einer Zeit der mündigen Patient(inn)en! Ganz in diesem Sinne haben diese – auch mit Hilfe ihrer Hausärzt(inn)en – noch mehr als früher die Fähigkeit, sich nicht irgendeine Abklärung oder Intervention aufschwätzen zu lassen, öffentlich oder privat.
- Und zuletzt: An den öffentlichen wie auch den privaten Spitälern respektiert die überwiegende Mehrzahl der Kaderärzte die Regeln der evidenzbasierten Medizin und setzt sich selbstkritisch für die sich ihnen anvertrauenden Patient(inn)en ein, wenn dies in der Unternehmenskultur entsprechend vorgelebt wird.

Zusammenfassend komme ich zum Schluss, dass sich in meiner persönlichen Erfahrung öffentliche Spitäler bezüglich dem Umfeld für eine leitende ärztliche Tätigkeit in keinem der wesentlichen Punkte von privaten Spitälern unterscheiden. In meinen oben aufgeführten Punkten werden einige wieder «ungleiche

Nach meiner persönlichen Erfahrung unterscheiden sich öffentliche Spitäler bezüglich Umfeld für eine leitende ärztliche Tätigkeit in keinem der wesentlichen Punkte von privaten Spitälern.

bei Übertreibungen, nicht immer werden sie leider korrigiert und man muss zugeben, dass es nicht einfach ist, sie zu korrigieren! Ich habe sie ganz klar in beiden Systemen beobachtet.

- Auf dem Gebiet der Spitalambulanz setzt das TARMED-System, auch eine dem «fee-for-service» ähnliche Methode, die identischen Anreize (mit allen Vor- und Nachteilen) für die Dienstleistungen im öffentlichen wie im privaten Spital.
- Man mag die neue staatliche Finanzierung von Aus- und Weiterbildung als noch zu bescheiden taxieren, aber sie relativiert das Argument des ärztlichen «brain drains» in die privaten Institutionen. Die Erfordernisse der Spitalisten, der hochspezialisierten Medizin und Einsichten zur Qualitätsförderung haben das Engagement für die Weiterbildung in privaten Kliniken stark erhöht. Nicht von allen öffentlichen Häusern wird dies allerdings gerne gesehen.
- Öffentliche und private Spitäler gleichermaßen bieten Dienstleistungen an, obwohl die wissenschaftliche Evidenz für deren Nutzen und Wirtschaftlichkeit nicht immer eindeutig ist. Aktuellere Beispiele sind etwa gewisse Indikationen

Spiesse» zugunsten der einen oder anderen Seite erkennen. Das ist aber nicht lösungsorientiert, weil eben gleich im Leben nie total gleich sein kann.

Die Ökonomisierung der Medizin ist eine Tatsache. Mittlerweile wissen alle, dass die DRG-immanente Art des Wettbewerbes nicht die politisch vorgespülten Kosteneinsparungen und Qualitätssteigerungen, sondern vielleicht sogar das Gegenteil bringt. Die Qualität der stationären Medizin kann aber in vielfacher Hinsicht von der Mischung privater und öffentlicher Anbieter profitieren. Anstelle der Wiederholung von veralteten (Vor-)Urteilen schlage ich vor, dass wir gemeinsam – aus der Ärzteschaft privater *und* öffentlicher Institutionen heraus – nach Mitteln und Wegen suchen, der Vernunft in der Medizin wieder eine bessere Chance zu geben.

PS: Der attraktive und sehr zufrieden wirkende Mann auf dem Bild des Artikels [1] ist weder Kaderarzt noch arbeitet er – glücklich oder unglücklich – an einem öffentlichen oder privaten Spital.

- 1 Willner TM. Zwischen Ethos und Markt. Schweiz Ärztezeitung. 2014; 95(20):794-7.

Articles interactifs



Vous souhaitez commenter cet article? Il vous suffit pour cela d'utiliser la fonction «Ajouter un commentaire» dans la version en ligne. Vous pouvez également consulter les remarques de vos confrères sous: www.bullmed.ch/numero-actuel/articles-interactifs/