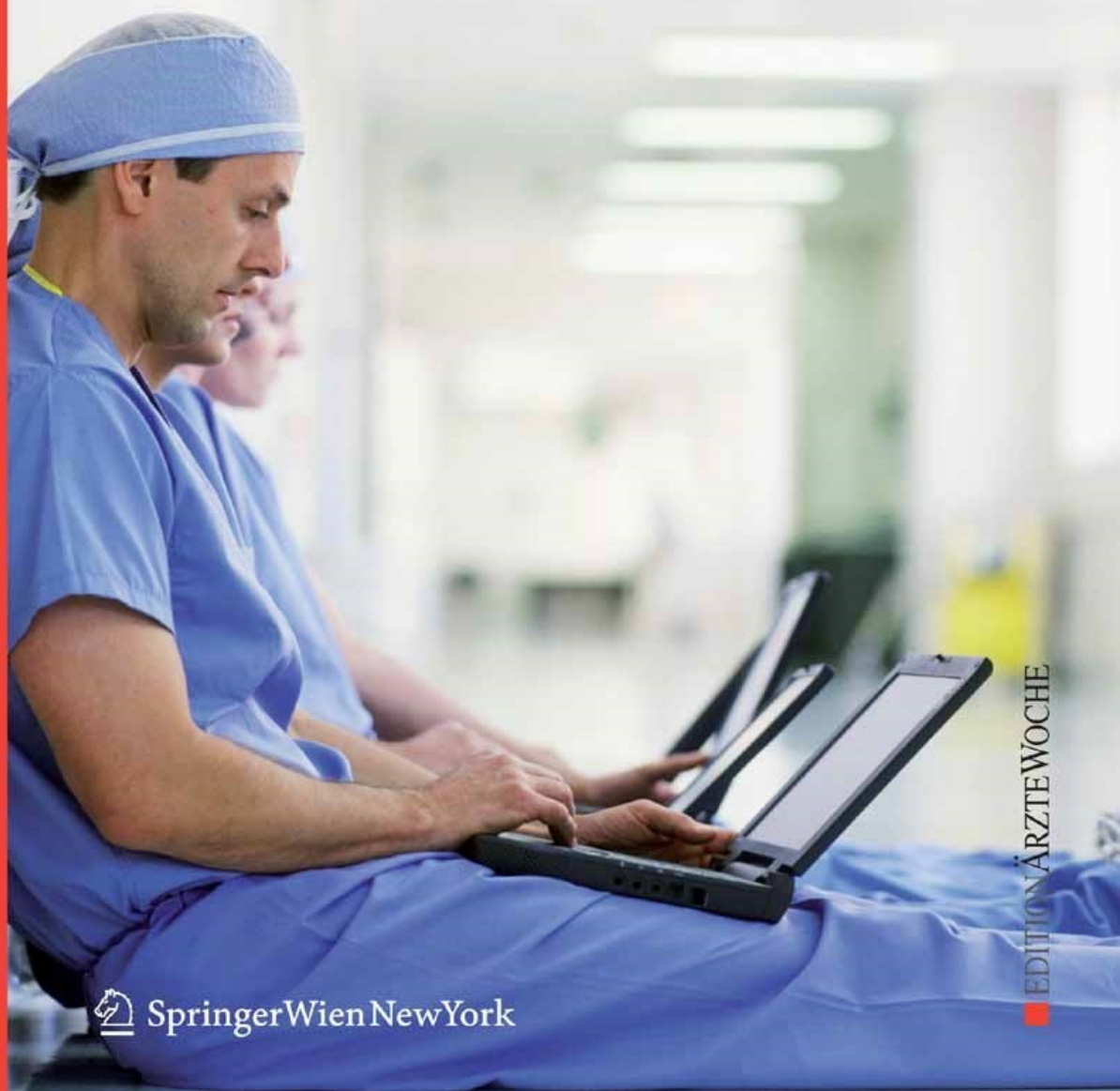


Gerhard Flenreiss, Martin Rümmele


Medizin vom Fließband

**Die Industrialisierung der
Gesundheitsversorgung und ihre Folgen**



 SpringerWienNewYork

EDITIONÄRZTEWOCHE

 SpringerWienNewYork

Gerhard Flenreiss
Martin Rümmele

Medizin vom Fließband

Die Industrialisierung der Gesundheitsversorgung
und ihre Folgen

SpringerWienNewYork

Gerhard Flenreiss

Managing Director, MediCare, Wien, Österreich

Martin Rümmele

Journalist, Wien, Österreich

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Produkthaftung: Sämtliche Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung und Kontrolle ohne Gewähr. Insbesondere Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eine Haftung des Autors oder des Verlages aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

© 2008 Springer-Verlag/Wien

Printed in Austria

SpringerWienNewYork ist ein Unternehmen von

Springer Science + Business Media

springer.at

Umschlagbild: Corbis / Doctors Using Laptop Computers / Brand X

Satz: Grafik Rödl, 2486 Pottendorf, Österreich

Druck: Holzhausen Druck und Medien GmbH, 1140 Wien, Österreich

Gedruckt auf säurefreiem, chlorfrei gebleichtem Papier – TCF

SPIN: 12104208

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen

Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über

<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-211-74144-3 SpringerWienNewYork

Inhaltsverzeichnis

Einleitung IX

Danke für die Unterstützung XIV

Revolution im Gesundheitswesen 1

- Wer ist schuld am Umbruch? 3
 - Fortschrittsfalle 4
 - Globalisierung als Virus 4
 - Die Folgen 7
- Klinikkonzerne und Heuschrecken 8
 - Private und öffentliche Kooperationen 9
 - Fusionen und Übernahmen 11
- Götterdämmerung 14
 - Personal unter Druck 14
 - Die Kontrolle nimmt zu 17
- Kampf um den Arzneimittelmarkt 21
 - Apotheken unter Druck 21
 - Die Pharmaindustrie schwankt 24

Die Reihen lichten sich 27

- Landwirtschaft als Vorbild? 29
 - Grüne Revolution 30
- Technologie als Motor 31
 - Wer ist Elga? 31
 - E-Card und Krankenhaus-Informationssysteme 33
 - Zentrale Datenauswertungen 35
 - Zentraler Einkauf 37
 - Widerstand gegen Kontrolle 40
- Gastbeitrag: Informationstechnologie: Mittel zum Zweck
(*Michael Heinisch, Christian Gierlinger*) 44
- Warum Zusammenarbeit wichtig wird 49
 - Verschiebebahnhöfe 49

- Gesunde Geschäfte an Nahtstellen 51
- Konkurrenz zwischen Ärzten und Pflegekräften 53
- Folgen für die Versorgung 55
 - Umworbene Patienten 61
- Gastbeitrag: Ökonomisierung und Qualität
(*Gerald Bachinger*) 66

Moderne Fabriksarbeiter 71

- Gesundheitsarbeiter werden wichtiger 74
 - Mehr Personal spart Kosten 77
 - Personalmanagement als Lösungsansatz 78
 - Managementprofis fördern das Personal 81
- Gastbeitrag: Teamarbeit ist Führungsaufgabe
(*Andreas Reifschneider*) 84
- Wer versorgt die Alten? 89
 - Überforderte Familie 90
 - Graue Märkte bei mobiler Pflege 91
 - Private übernehmen Alten- und Pflegeheime 94
 - Der Kampf ums Personal wächst 96
- Gastbeitrag: Die Zukunft der Pflege(-finanzierung)
(*Alexander Bodmann*) 99
- Ist die Medizin noch zu retten? 105
 - Die Hierarchie wird geknackt 106
 - Management und Patienten reden stärker mit 111
 - Wie arbeiten die Privaten? 113
 - Was passiert mit dem Hausarzt? 115
- Gastbeitrag: Zeitarbeit – unbekanntes Wesen oder bekanntes Unwesen?
(*Gerhard Flenreiss*) 117
- Wer das System zahlen wird 125
 - Steigen die Kosten oder nur die Defizite? 125
 - Zwei Klassen oder gleich mehr Klassen? 128

Die Uhr tickt 133

- Wie das System aussehen wird 135
 - Neue Finanzierungsstrukturen 137
 - Gesundheit schafft Wohlstand 139
 - Die Autoindustrie als Beispiel 142
 - Transparenz als Ausweg 146
- Aufstand der Alten? 149
 - Neue Netzwerke 150
 - Neue Angebote in der Altenbetreuung 152
 - Neue Jobs und Dienstleistungen 153
- Gastbeitrag: Schnittstellen aufheben
(*Roland Paukner*) 156

Flexiblere Gesundheitsarbeiter	160
Moderne Zeiten in der Medizin	163
Neue Dienstleistungen	165
Neue Berufe	167
Strukturen ändern sich	170

Schlussfolgerungen 173

Nachworte der Beschäftigten und Gesundheitspolitiker 177

Die Krankenkassen-Bosse	178
Die Meinung der Beschäftigten	187

Literatur 199

Glossar 201

Links 209

Autorenverzeichnis 211

„Eine alternde Gesellschaft kann sich eine gute
medizinische Versorgung doch nur über
die Industrialisierung der Medizin leisten.“

Eugen Münch, Gründer und
Großaktionär der Rhön-Kliniken AG¹

Einleitung

„Sind die Spitäler noch zu retten?“, fragte bereits 1974 das Nachrichtenmagazin *Profil*. „Krankheitskosten: Die Bombe tickt“, titelte ein Jahr später der *Spiegel*. Spardebatten sind im Gesundheitswesen nicht neu. Die Diagnose ist dabei immer die gleiche: Zu teuer, wenig effektiv und ohne massive Reformanstrengungen nicht in den Griff zu bekommen. Möglicherweise reagieren viele Beschäftigte im System und auch die Patienten selbst deshalb noch gelassen auf die jüngsten Entwicklungen. Doch tatsächlich laufen diese auf eine grundlegende Revolution des Systems hinaus. Mit massiven Auswirkungen auf die tausenden Beschäftigten und Patienten. Gerade die Mitarbeiter sind als wesentlichster Teil des Gesundheitswesens dennoch meist Getriebene und nicht Gestaltende. Die Patienten als Bedürftige sind meist nur die Betroffenen.

Die Debatte über die Zukunft des Gesundheitswesens umfasst Fragen der Finanzierung, der Strukturen und Prozesse, der Versorgungssicherheit und der politischen Einflussbereiche. Die Auswirkungen auf den einzelnen Mitarbeiter oder den Arbeitsmarkt als Ganzes und nicht zuletzt auch auf die Patienten bleiben meist unberücksichtigt. Doch im mit Abstand größten Arbeits- und Dienstleistungsmarkt beginnt eine Industrialisierung, welche die Branche in den kommenden Jahren grundlegend verändern wird. Erste Symptome für die Veränderungen sind die Diskussionen über Arbeitszeiten für Ärzte und Pflegepersonal, der Personalabbau bei gleichzeitiger Unterversorgung im Pflegebereich und zunehmende Demonstrationen und Streiks aufgrund des wachsenden Spardrucks. In Deutschland tobt eine regelrechte Privatisierungswelle im Spitalsbereich, moderne Managementmethoden halten im System Einzug. Es kommt zu Ausgliederungen, Flexibilisierungen und zur Verbreitung der Informationstechnologie im Gesundheitssektor.

Mitte März 2007 fand in Berlin eine Konferenz der *Financial Times Deutschland* zur Gesundheitswirtschaft statt. In der dortigen Repräsentanz der Bertelsmann-Mediengruppe trafen sich rund 200 Entscheidungsträger aus der Wirtschaft, um über die künftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen zu diskutieren. Ihre Bilanz: Das Gesundheitswesen stehe vor dem direkten Sprung vom 19. ins 21. Jahrhundert. Die Zeiten streng abgeschotteter Tätigkeitsgebiete, gro-

¹ Stern, 21. 2. 2007.

ßer Produktivitätsunterschiede und fehlender Qualitätskontrollen sind nach Einschätzung der Experten bald vorbei. Und mit der notwendigen Neuorientierung auf den Patienten entstehen neue Geschäftsmöglichkeiten für Unternehmer, aber auch für die Vertreter der medizinischen Berufe.

Die kommenden Jahre werden im Gesundheitswesen somit geprägt sein von standespolitischen Auseinandersetzungen und Arbeitskämpfen. Aber auch vom Entstehen neuer Berufsbilder und neuer Strukturen. Ärzte und Vertreter anderer Gesundheitsberufe müssen sich künftig stärker als bisher mit Fragen des Managements, der Wirtschaftlichkeit und ihrer Behandlung und mit dem Qualitätsmanagement beschäftigen. Niedergelassene Laboratorien oder Radiologiepraxen werden künftig von privaten Firmengruppen geführt werden, öffentliche Spitäler und Rehabilitationszentren von Konzernen. Umgekehrt führen niedergelassene Fachärzte Spitalsambulanzen oder werden von Spitälern zur Arbeit in Ambulanzen angestellt. Die Veränderungen bieten aber auch enorme Chancen wie die Verbesserung der Qualität oder die Hebung von Effizienzpotenzialen. Sichtbar sind derzeit vorerst einzelne Symptome und ein wachsender Druck.

Die Veränderungen selbst werden, wie auch schon in der Vergangenheit, aus gänzlich unterschiedlichen Interessenlagen heraus vorangetrieben und haben folglich auch ganz verschiedene Tendenzen. Die Gründe sind ebenso vielfältig wie das Gesundheitswesen an sich. Geänderte gesellschaftliche Erwartungen, Wertewandel, Geldmangel, politische Ideologien, strukturelle Sachzwänge, sich auflösende soziale Strukturen und technologischer Fortschritt liefern die Impulse. Deutlich wird dies etwa auch am Beispiel der Ausbildung. Wir finden auf der einen Seite einen Mangel an Qualifikationen, andererseits werden nicht genügend Personen adäquat ausgebildet. Ganze Bundesländer können oder wollen mit ihren Ausbildungskapazitäten den Eigenbedarf nicht decken.

Die Auswirkungen auf den einzelnen Beschäftigten und den Arbeitsmarkt im Gesamten bilden einen Schwerpunkt unserer Betrachtung. Werden die im Gesundheitswesen Tätigen zu Fließbandarbeitern? Steigt der Druck weiter? Oder erleichtern ihnen neue Arbeitsprozesse das Leben? Gleichzeitig werden wir auch immer wieder zeigen, welche Folgen die Veränderung für die Versorgung der Patienten hat. Ausgehend vom Status quo bieten wir einen Ausblick. Die Beschreibung der gegenwärtigen Mechanismen im Personalmanagement und des Selbstverständnisses der Akteure bilden eine Basis dafür. Die unterschiedlichen Anforderungen im Krankenhaus bzw. Pflegeheim oder in Ambulanzen bzw. zu Hause bringen unterschiedliche Lösungen und Entwicklungen mit sich.

Zweifellos gelten im Gesundheitswesen eigene Regeln und Mechanismen. So handelt es sich dabei etwa um keinen echten Markt im klassischen Sinn, der nach Wettbewerbsprinzipien funktioniert. Grund dafür ist, dass wesentliche Bedingungen für offene Märkte, etwa die gleiche Information aller Marktteilnehmer, nicht gegeben sind. Was schon bei der Reparatur eines Autos für viele zum Problem wird, nämlich zu beurteilen, was tatsächlich nötig ist und wie viel es kosten darf, ist bei der „Reparatur“ von Menschen um ein Vielfaches problematischer. Kaum jemand wird ernsthaft glauben, mit einem Arzt über den Preis für eine

Leistung verhandeln zu können oder gar darüber, was medizinisch nötig ist und was nicht. Deswegen gehen wir ja zum Arzt, weil wir selbst nicht wissen, was medizinisch erforderlich ist, um geheilt zu werden. Damit ist allerdings der Arzt jene Person, die Gesundheitsleistungen nicht nur anbietet, sondern auch nachfragt. Er bestimmt meist über die Art und den Umfang der Versorgung. Als Patient ist man lediglich Nutznießer. Bezahler wiederum ist in den meisten Fällen die Krankenversicherung, die zwar steuernd eingreifen kann, Preise verhandelt und die Sinnhaftigkeit der erbrachten Leistungen prüft, die Nachfrage aber eben kaum steuern kann.

Gleichzeitig gibt es natürlich im Gesundheitswesen längst marktwirtschaftliche Komponenten. Niedergelassene Ärzte sind freiberufliche Unternehmer. Pharmakonzerne und Medizintechnik-Riesen gehören zu den dynamischsten Unternehmen der Wirtschaft. Krankenversicherungen und Krankenhäuser sind nicht nur riesige Arbeitgeber, sondern auch Nachfrager von Produkten und Dienstleistungen, die am freien Markt eingekauft werden.

Parallel wird im Gesundheitswesen wie in kaum einem anderen Bereich aber auch in einem sensiblen Umfeld gearbeitet. Es werden einzigartige Dienstleistungen erbracht, die jeden von uns im innersten, persönlichen Bereich berühren. Dennoch lohnt der Blick über den Tellerrand hinaus. Gibt es Erfahrungen aus anderen Bereichen, die es wert sind, auch im Gesundheitswesen angewendet zu werden? Kann man Prozesse, Methoden, Werkzeuge aus anderen Wirtschaftssektoren für das Gesundheitswesen adaptieren?

Nicht zuletzt weil die finanziellen Mittel begrenzt sind und die Qualitätsanforderungen steigen, erreicht der Druck zu mehr Effizienz, zum optimalen Einsatz begrenzter Ressourcen und zum nachhaltigen Wirtschaften auch das Gesundheitswesen. Und damit halten Begriffe wie Standardisierung, Industrialisierung und Arbeitsteilung Einzug in die Debatte. Parallel dazu steigt die Nachfrage nach zusätzlichen Dienstleistungen, individuelleren Angeboten und Marktentwicklungen. Diese Veränderungen haben andere Dienstleistungsbranchen bereits durchlebt. Welche Erkenntnisse lassen sich daraus für das Gesundheitswesen ziehen? Ist wirklich alles anders? Wie groß ist das Potenzial der Professionalisierung? Lassen sich diese Entwicklungen transferieren? Und welche Folgen wird das haben – für die Beschäftigten, aber auch für die Patienten?

Unternehmerische Kreativität, Kundenorientierung, Servicelevel, Dienstleistung, aber auch Personalentwicklung und Personalmanagement sind im Gesundheitswesen derzeit keine essenziellen Erfolgsfaktoren. Gleichzeitig stellt sich die Frage, wo die Grenzen von Markt, Wettbewerb, Qualitätssicherung, Qualitätssteigerung, Planungssicherheit, Finanzierung, Effizienzsteigerung, Zuwendung, Menschlichkeit und Patienten- bzw. Kundenorientierung liegen? Können Märkte in diesem Bereich überhaupt funktionieren? Welche neuen Dienstleistungen werden entstehen?

Für uns als langjährige Beobachter all dieser Veränderungen steht außer Frage, dass neue Angebote und Strukturen entstehen. In vielen Bereichen wird sich der Gesundheitsbereich zu einem Dienstleistungssektor wie viele andere auch entwickeln. Mit Kooperationen, neuen Dienstleistungspaketen, zielgruppenorientierten Serviceangeboten, ja sogar Bonuspunkten und Rabatten. In an-

deren Bereichen findet die erwähnte Industrialisierung statt. Wir können und möchten hier keine fertigen Lösungen oder allumfassende Antworten anbieten. Vielmehr wollen wir die großen Veränderungen beschreiben, die teilweise schon sichtbar sind, Entwicklungen aufzeigen, die sich erst erahnen lassen und die Auswirkungen auf den Einzelnen diskutieren.

In den Reformdiskussionen wird immer von „dem Gesundheitswesen“ gesprochen. Doch das ist ungefähr so klar umrissen und definiert wie der Begriff „die Industrie“. Was haben etwa die Stahlindustrie und Konzerne wie die Voest mit der papierverarbeitenden Industrie und ihren Firmen wie dem kleinen Spielkartenhersteller Piatnik zu tun? Genauso allgemein gültig oder eben nicht sind die aus den laufenden Diskussionen abgeleiteten Aussagen, Befunde und Lösungsvorschläge. Wir sollten uns daran gewöhnen, mehr zu differenzieren.

Allein die Arbeitsbedingungen in den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens können unterschiedlicher nicht sein. Es begegnen sich kurative Akutmedizin und palliative Langzeitpflege ebenso wie Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken, Pflegeheime und mobile Pflege daheim, niedergelassene Ärzte, Laboratorien und Dienstleister wie Physiotherapeuten. Für den Einzelnen im Gesundheitswesen bedeutet dies gänzlich unterschiedliche Anforderungen an seine Profession und Person, wie es auch eine gänzlich differente Stellenbeschreibung bei identischer Qualifikation ergibt. Und nicht zuletzt bedeutet es im Veränderungsprozess auch unterschiedliche Zukunftsaussichten.

Gemeinsam ist allen, dass der Spardruck unmittelbar an die betroffenen Beschäftigten weitergegeben wird. Wenn etwa für die mobile Versorgung nur eine halbe Stunde zur Verfügung steht, dann kann oft nur noch Krisenintervention betrieben werden. Denn schon wartet der nächste Patient. Eine optimale Pflege und medizinische Betreuung ist so nicht mehr möglich. Auf die so wichtige soziale Komponente und Beziehungspflege muss immer öfter zu Gunsten des knappen Zeitrahmens verzichtet werden. Die notwendige Berücksichtigung des sozialen und familiären Umfeldes muss hintangestellt werden.

Wenn wir unsere alternde Gesellschaft nicht auch noch zu einer kranken alternden Gesellschaft machen möchten, werden wir um intelligente, praxisorientierte und vor allem neue Lösungen und Denkansätze nicht herunkommen. Ein wesentlicher Teil wird dem Ausbau der Pflege und Entwicklung der so genannten Human-Ressourcen gewidmet sein müssen. Immerhin sind 60 bis 70 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen Personalkosten.

Die Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, sind aber nicht nur Kostenfaktoren. Sie sind es auch, die die Qualität der Versorgung sicherstellen. Es ist die persönliche Beziehung zwischen Patient und einzelner Mitarbeiter, die das subjektive Befinden prägt und somit auch die Selbstheilungskräfte des Körpers aktiviert. Es sind die Beratungsleistungen der Mitarbeiter während der Vorsorgeuntersuchung, die präventiv Krankheiten verhindern, lindern oder heilbar machen. Und es ist die Zuwendung in der letzten Phase des Lebens, die ein menschenwürdiges Abschiednehmen ermöglicht.

Dafür benötigen wir bestens ausgebildete Mitarbeiter – in ausreichender Anzahl, mit den besten Rahmenbedingungen und mit der dafür nötigen Zeit und Entlohnung. In all diesen Bereichen erwartet uns noch viel Arbeit und kom-

men viele neue Erfahrungen auf uns zu. Manches lässt sich aus anderen Bereichen der Gesellschaft und der Wirtschaft abschauen. Die aktuelle Revolution im Gesundheitsbereich wird gut daran tun, aus den Revolutionen in anderen Wirtschaftsbereichen wie der Landwirtschaft und der Industrie Lehren zu ziehen und positive wie negative Entwicklungen zu analysieren.

Begriffe wie Mitarbeiterbindung, Effizienz, Produktivität, Patientenorientierung, Arbeitsteilung, Nutzen und andere dürfen auch im Gesundheitswesen keine Tabus mehr darstellen. Bisherige Strukturen und Abläufe sind zu hinterfragen. Dabei ist das Thema Effizienzsteigerung genau zu definieren und zu hinterfragen. Sind wir effizient, wenn wir doppelt so viele Patienten in einer bestimmten Zeiteinheit durch das Behandlungssystem geschleust haben? Oder ist es effizienter, wenn wir die Folgebesuche beim Arzt um ein Drittel senken, weil wir dafür 20 Prozent mehr Zeit pro Patient aufwenden? Umgekehrt darf aber das Argument, dass allfällige Änderungen immer auf Kosten der Qualität oder auf Kosten der Patienten gehen, nicht mehr länger als Totschlagargument akzeptiert werden.

Solche und ähnliche Frage kommen in der aktuellen Reformdebatte im Gesundheitswesen zu kurz. Im Mittelpunkt stehen allein der Spargedanke und die Kostenrechnung. Wir wollen mit diesem Buch einen Beitrag liefern, die Debatte differenzierter zu führen und gleichzeitig neue Ideen und Lösungsansätze zur Diskussion stellen.

Gleichzeitig haben wir namhafte Gastautoren aus Politik, Medizin und Pflege sowie Patientenvertreter gebeten, ihre Reformvorstellungen zu skizzieren und die Entwicklungen, die sie in der Praxis erleben, zu schildern. So beschreibt etwa der Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Österreichischen Patientenanwälte, Gerhard Bachinger, warum er mit den Qualitätsbestrebungen und -gesetzen wenig zufrieden ist. Der Generalsekretär der Wiener Caritas, Alexander Bodmann, fordert einen einheitlichen Pflegelastenausgleichsfonds, aus dem die Pflege für alle Menschen finanziert werden soll. Momentan gibt es nämlich unzählige Finanzierungstöpfle. Michael Heinisch und Christoph Gierlinger vom Ordensspitalskonzern Vinzenz Gruppe beschreiben, wie sie Informationstechnologie einsetzen und welche Vor- und Nachteile das haben kann. Der niederösterreichische Spitalsmanager Andreas Reifschneider, der mehr als elf Jahre als Personalmanager bei Philips tätig war, vergleicht die Privatwirtschaft mit dem Gesundheitswesen und kommt unter anderem zu dem Schluss, dass bei Beschäftigten in der Medizin die Loyalität gegenüber dem eigenen Berufsstand oft wichtiger ist als jene gegenüber dem eigenen Arbeitgeber.

Wien, im September 2007

*Gerhard Flenreiss
Martin Rümmele*

Personenbezogene Bezeichnungen beziehen sich auf Frauen und Männer gleichermaßen. Der Einfachheit halber wurde die männliche Form gewählt.

Danke für die Unterstützung

Dr. Gerhard Bachinger, Mag. Alexander Bodmann, Renate Eichhorn, Andreas Feiertag, Mag. Maria Fill, Dr. Christian Gierlinger, Dr. Michael Heinisch, Joachim Hilbrand, Andreas Kaya-Fill, Andreas Kozel, Reinhard Krechler, Doris Mayerhofer, Dr. Georg Mayerhofer, Dr. Roland Paukner, Franz P. Redl, Dr. Andreas Reifschneider, Sophie Rupp, Lisl Schleicher, Sabine Schlüter, Elisabeth Tschachler-Roth, Dr. Ingrid Zechmeister.

*„Wir sind der Überzeugung, dass auch durch weitere
Übernahmen öffentlicher Krankenhäuser Werte für unsere
Aktionäre geschaffen werden.“*

Ulf Mattsson, Vorstand
des schwedischen Klinikkonzerns Capio²

*„Ohne private Vorsorge wird Pflege in Zukunft nicht mehr
denkbar sein. Spätestens wenn es um die Organisation von
besonders aufwändigen Pflegeleistungen geht, wird die
staatliche Basisversorgung nicht mehr ausreichen.“*

Günter Geyer, Generaldirektor
der Wiener Städtischen Versicherung³

Revolution im Gesundheitswesen

Die Veränderung kommt schleichend – so, wie man das sonst bei Erkrankungen kennt. Zuerst zwickt es ab und zu irgendwo. Dann halten die Symptome länger an und werden stärker. Im Fall des Rettungsfahrers Kurt Gruber war es ähnlich: „Früher konnte ich in den Nachtdiensten zumindest die halbe Nacht noch durchschlafen“, erzählt er. Da waren solche Dienste unter den Kollegen noch gefragt. Im Dienstplan waren nach Nachtdiensten nämlich immer ein oder gar zwei Tage frei. Nach dem Nachtdienst hatte Gruber deshalb genug Zeit für sein Hobby: Er widmete sich seinem Schrebergarten. Seit einigen Jahren ist an Schlafen im Nachtdienst nicht mehr zu denken. Einen Notfall nach dem anderen schickt ihm die Funkzentrale auf den kleinen Drucker im Rettungsauto. Und immer öfter schicken die Ambulanzen verletzte Patienten nach der Behandlung schon in derselben Nacht wieder nach Hause. Früher blieben sie zur Beobachtung meist bis zum Morgen im Spital. Gruber ist jetzt seit mehr als 23 Jahren im Rettungsdienst. Nach seinem Zivildienst ist er dort geblieben. Der Beruf hat ihm gefallen. Er konnte Menschen helfen, hatte dazwischen keinen allzu großen Stress und viel Abwechslung. Doch seit die Nächte lang und die Arbeit stressig geworden sind, reißt auch er sich nicht mehr um die Nachtdienste.

Monika Berger ist diplomierte Krankenschwester und Mutter von zwei kleinen Kindern. Auch sie hat eigentlich gerne in der Nacht gearbeitet. Ein bis zwei Mal in der Woche wurde sie von einem Schwesternpool, für den sie freiberuflich tätig war, in Pflegeheime geschickt, um dort Lücken zu füllen, wenn im Stammpersonal jemand krank geworden war. „Doch die Stammmannschaften werden immer mehr reduziert“, sagt sie. Wenn jemand ausfällt, wird es eng. Vor kurzem war es ihr aber dann zu viel. Sie sollte auf einer Pflegestation in einem Altenheim einspringen. Statt der angekündigten zweiten diplomierten Schwester aus der

² Financial Times Deutschland, 22.8.2006.

³ News-Extra „Pflege-Vorsorge“, gesponsert von der Wiener Städtischen Versicherung, 2006.

Kernmannschaft war sie jedoch die Einzige und in der Nacht allein auf der Station. „Eigentlich ist das unverantwortlich. Wenn da etwas passiert, hat nicht nur die Hausleitung ein echtes Problem“, meint sie.

Im April 2007 gab es einen Aufschrei der niederösterreichischen Ärztekammer. Sie hatte eine Umfrage unter Kollegen gestartet und zeigte sich alarmiert: Rund 70 Prozent der Ärzte fühlen sich ausgebrannt und auf dem besten Weg zu einem Burn-out-Syndrom. Jeder zweite arbeitet sogar dann, wenn er selbst krank ist.⁴ Ähnliche Ergebnisse lieferte zur gleichen Zeit der Gesundheitsreport der Deutschen Angestellten-Krankenkasse. Nach dem öffentlichen Dienst hat das Gesundheitswesen demnach mit 3,7 Prozent deutschlandweit die höchste Krankenstandsrate. Immer mehr Ärzte und Pfleger fallen wegen stressbedingter psychischer Krankheiten und Wirbelsäulenerkrankungen aus, die ebenfalls als typische Folgen hoher Arbeitsbelastung gelten. Mehr als ein Drittel der befragten Pflegekräfte geben an, sehr oft unter Zeitdruck zu leiden. 29 Prozent haben meist keine Möglichkeit, Pausen einzulegen.⁵ Neben der Zunahme des Arbeitstempos wird auch der wachsende Aufwand für Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben beklagt.

Nun ist das Ausbrennen gerade bei Gesundheitsberufen nichts Neues. Helfende Berufe sind besonders gefährdet, weil man einerseits hohe persönliche Erwartungen an eigene Leistungen hat, gleichzeitig aber auch mit ständigen Frustrationen und dem Nichterreichen von Zielen fertig werden muss, etwa wenn man unheilbar kranken Patienten nicht mehr helfen kann. Der Arzt, Kabarettist und Unternehmensberater Eckart von Hirschhausen beschreibt die Entwicklung in einem Zeitungsinterview so: „Krankenhäuser sind kein guter Ort für kranke Menschen. Das geht über die Sprache hinaus. Kein Mensch verkraftet es lange, sich ständig neu an Menschen zu gewöhnen, die nach wenigen Tagen auf Nimmerwiedersehen weg sind. Deshalb versucht der Klinikarzt erst gar nicht, einen persönlichen Bezug zum Patienten aufzubauen. Im Gegenteil: Patienten geben alles Persönliche, wie eigene Kleidung und Menschenwürde, an der Pforte ab und werden wieder zu kleinen Kindern, die zu absurden Zeiten im Bett liegen müssen, ob sie wollen oder nicht, Breiartiges zu essen bekommen, und das alles in einem Umhang vom Zuschnitt eines Sabberlatz.“ Alarmierend an dieser Entfremdung der Gesundheitsarbeiter sind das jüngste Ausmaß der Erkrankungen und die steigenden Zahlen.

Etwa fünf Millionen Menschen arbeiten in Deutschland, der Schweiz, in Liechtenstein und Österreich im Gesundheitswesen. In Österreich selbst sind es direkt und indirekt etwa 400.000, die ihren Lebensunterhalt mit der Versorgung, Betreuung, Behandlung oder Pflege von kranken Menschen verdienen oder Produkte für deren Versorgung herstellen. Und für alle diese Menschen und in der Folge auch für jene, die ihnen anvertraut sind, gilt, dass der eingangs beschriebene Druck in den kommenden Jahren noch steigen wird. Gleichzeitig

4 Kurier, 24.4.2007.

5 Der Tagesspiegel, 15.4.2007.