„Der Patient wird nicht gesunder, wenn wir sagen, wir müssen betriebswirtschaftlich denken“

Fallstudie zum Strukturwandel der Arbeit im schweizerischen Krankenhausbereich

Michael Gemperle

1. Einleitung

Die öffentliche stationäre Gesundheitsversorgung in der Schweiz hat sich in den vergangenen beiden Jahrzehnten stark gewandelt. In der vorherrschenden politischen und medialen Diskussion wird an dieser Veränderung vor allem der Anstieg der Kosten in den Vordergrund gestellt. Wie sich im Zuge des Wandels die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten verändert haben, ist jedoch kaum und höchstens punktuell ein Thema. Dies ist umso bemerkenswerter, als spätestens mit der Anwendung des *New Public Management* bislang als institutionsfremd geltende betriebswirtschaftliche Funktionsmechanismen auf breiter Basis eingeführt wurden und die Arbeit von Grund auf reorganisiert wurde. Von qualitativen Umbrüchen wird im politischen und medialen Mainstream allenfalls im Zusammenhang mit neu auftretenden Rationierungen gesprochen – wobei etwaige Befürchtungen nicht selten durch den Hinweis auf die verhältnismäßig späte Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2012¹ oder die im Vergleich zum „Privatisierungsweltmeister“ Deutschland (Böhlke et al. 2011) wenigen Trägerwechsel von öffentlichen Krankenhäusern relativiert werden. Dabei ist auch im schweizerischen Krankenhausbereich, wie in vielen Ländern, in den vergangenen beiden Jahrzehnten ein Abbau von Spzialeinrichtungen und Akutbetten sowie eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer festzustellen.

Am ausdrücklichsten mit der öffentlichen stationären Gesundheitsversorgung und ihrer Umgestaltung beschäftigen sich Arbeiten aus den Wirtschaftswissen-

1 Die Fallpauschalen wurden in Österreich im Jahr 1997 und in Deutschland im Jahr 2004 eingeführt. In der Schweiz fällt die Einführung der Fallpauschalen zum Jahr 2012 mit einer wohl nicht minder tiefgreifenden Umstellung der Spitalfinanzierung zusammen, die den Anwärterkreis für staatliche Gelder auf Privatkliniken und auf Krankenhäuser außerhalb des finanzierenden Kantons ausweitet. Seit 2012 ist ein offensiveres Auftreten expandierender Privatklinikkonzerne (z.B. Genolier Swiss Medical Network, Ameos) zu beobachten, die offenbar erwarten, dass die durch den neuen Finanzierungsmodus stärker unter Druck geratenen öffentlichen Krankenhäuser von den Kantonen veräußert werden.

schaften. Ihr Interesse richtet sich allerdings meist auf „die Leistungsfähigkeit“ (vgl. Kirchgässer/Gerritzen 2011), „die Produktivität“ (vgl. Farsi 2008; Farsi/Filippini 2006) oder „die Effizienz“ (vgl. Farsi/Filippini 2008; Steinmann/Zweifel 2003) der Einrichtungen. Politikwissenschaftliche Studien teilen diesen Fokus teilweise (vgl. Rüfli 2005). Erste Erfahrungen von Beschäftigten mit dem Strukturwandel öffentlicher Spitäler enthält der von Gobet und Spöndlin herausgegebene Sammelband *Spital AG?* (2002). Daneben liefert eine Reihe von Einzelstudien, vor allem zur Pflegearbeit, Befunde zu bestimmten Bereichen und Aspekten. So ist über die Pflegearbeit in einzelnen Kantonen, Städten oder Einrichtungen bekannt, dass die Personalausstattung nicht ausreicht, die Arbeitsdichte hoch und die Arbeitssituation teilweise sehr belastend ist (vgl. Kindschi et al. 2001; Künzi/Schär Moser 2002). Dies geht auch aus den Untersuchungen über implizites Rationieren bei Pflegekräften hervor (vgl. Schubert et al. 2005; Schubert et al. 2013), die darüber hinaus auf unmittelbare Folgen der Versorgungsbeschränkung für die Patientengesundheit hinweisen (vgl. Schubert et al. 2008; Schubert et al. 2012). Einen Einblick in den Arbeitsalltag bieten die Erfahrungsberichte von Zürcher Pflegekräften, die jüngst in den zwei Schwarzbüchern der Aktion Gsundü Gsundheitspolitik (vgl. AGGP 2011a, b) veröffentlicht wurden. Eine Längsschnittstudie unter Spitalärzten und -ärztinnen im Kanton Genf (vgl. Perneger et al. 2011) zeigt, dass die Unzufriedenheit der Ärzte und Ärztinnen mit verschiedenen Gesichtspunkten ihrer Arbeitswelt innerhalb von neun Jahren merklich angewachsen ist.

Dieser Bericht diskutiert die Anwendung des *New Public Management* in der öffentlichen stationären Gesundheitsversorgung seit den 1990er Jahren am Beispiel eines großen nicht-universitären Zentrums. Die Ausführungen beziehen sich daher in erster Linie auf diesen Teilbereich des Spitalsektors. Um an die eigentliche Bedeutung der Phänomene zu gelangen, ist es jedoch notwendig, sie im Kontext des gesamten Krankenhausesektors und Gesundheitswesens zu begreifen. Daher versucht dieser Bericht, das Beobachtete – dort, wo es für das Verständnis notwendig erscheint – systematisch in diese Räume einzubetten. Dadurch wird auch der Gefahr der dekontextualisierten Betrachtung entgegengewirkt, die bei monografischen Herangehensweisen stets droht. Der Umstand, dass die Aussagen in den qualitativen Interviews sich auf den selben sozialen Mikrokosmos innerhalb des durch die föderale Organisation fragmentierten schweizerischen Spitalbereichs beziehen, hatte im Forschungsprozess den Vorteil, die Verifizierung von Angaben und die Kontrastierung der Aussagen zu erleichtern.

2 Nicht-universitäre Zentrums spitäler sind Allgemeinkrankenhäuser, die für die Bewohner/innen des Kantons und angrenzender Regionen neben der Grundversorgung Zentralleistungen erbringen. Zum Zeitpunkt der Erhebung im Jahr 2011 umfassten diese Einrichtungen jeweils zwischen gut 2.100 und 4.000 Mitarbeiter/innen.

tern. Bei der Darstellung hat die Fokussierung auf eine Institution den Vorzug, den strukturellen Wandel an einer konkreten Einrichtung aufzeigen zu können.

2. Die Datenbasis

Diese Fallstudie stützt sich auf 37 leitfadengestützte qualitative Interviews mit Spitalangestellten, vier Interviews mit Expert/innen zum Gesundheitsbereich, amtliche statistische Daten sowie Angaben aus den Geschäftsberichten, offizielle Berichte der Behörden und Publikationen zur Institution. Die mündlichen Zeugnisse bieten zum einen Zugang zu den Erfahrungen der Beschäftigten mit den Veränderungen des öffentlichen Krankenhauses und zum anderen zu relevanten Daten zum Wandel und zum Kontext. Die Auswertung der qualitativen Interviews erfolgte unter systematischem Einbezug der weiteren Dokumente. Bei der Auswahl der Gesprächspartner/innen für die qualitativen Interviews wurde aufgrund unseres Interesses für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten, welche die Dienstleistung unmittelbar erbringen, das ärztlich-medizinische Fachpersonal verstärkt berücksichtigt: Wir befragten fünf Ärztinnen und Ärzte (ein leitender Arzt, drei Assistenz- und Oberärzte und -ärztinnen und eine Spitalfachärztin), 16 diplomierte Pflegekräfte (darunter drei Stationsleiter/innen, drei Ausbilder/innen und vier Springer/innen) und drei Pflegehilfskräfte. Darüber hinaus wurden sechs Beschäftigte in der Pflege- und Ärzteverwaltung, drei Geschäftsleitungsmitglieder, eine Mitarbeiterin der Personaladministration sowie drei Reinigungskräfte interviewt.

Durch den Fokus auf die Erfahrungen mit dem Wandel der Arbeit überwiegen in der Stichprobe eher ältere Beschäftigte. 26 interviewte Personen sind über 40 Jahre alt, sieben Befragte zwischen 31 und 40 Jahre und vier bis zu 30 Jahre. Mit 31 weiblichen und sechs männlichen Interviewpartner/innen wird dem deutlichen Übergewicht der Anzahl weiblicher Beschäftigter Rechnung getragen. Im Sample leicht überrepräsentiert sind Personen in Leitungspositionen, was sich neben dem für die Haupterhebung gewählten Zugang (über die Krankenhausleitung) durch das „Älterwerden im Beruf“ (bei dem sich besonders in der Pflege die Frage nach der Übernahme anderer Funktionen stellt) erklärt. Durch einen lokalen Personalverband vermittelt wurden gezielt weitere Gesprächspartner/innen von der Pflegebasis einbezogen.

Hinsichtlich der sozialen Flugbahn befinden sich in der Stichprobe auf ärztlicher Ebene zwei Interviewpartner, die einen Bildungsaufstieg aus dem Facharbeitermilieu erfahren haben, und drei, die sich in etwa auf der sozialen Stellung ihrer Eltern bewegen, wobei von den meisten zumindest ein Elternteil im Gesundheitsbereich arbeitete. Unter den diplomierten Pflegefachkräften scheinen die Eltern vorwiegend aus dem Facharbeitermilieu zu stammen, wobei unter denjeni-

gen, die in leitenden Positionen oder in der Pflegeverwaltung tätig sind, vermehrt Angehörige gehobener Milieus zu finden sind. Die befragten Beschäftigten im Hauswirtschaftsbereich scheinen aus bildungsfernen Milieus zu kommen.

3. „Ein Unternehmen wie ein anderes“?

Die Liberalisierungs- und Privatisierungspolitik in der stationären Gesundheitsversorgung setzte in der Schweiz in den 1990er Jahren ein. Vor allem zwei Bedingungen begünstigten ihren Durchbruch. Zum einen die wirtschaftliche Krisensituation, in der sich die Schweiz erstmals in der Nachkriegszeit befand und auf welche die politischen Führungskräfte zunehmend mit Kürzungen öffentlicher Ausgaben reagierten. Davon besonders betroffen waren der Gesundheitsbereich, dessen Anteil am Bruttoinlandsprodukt in diesen Jahren markant anwuchs,³ und die Spitäler, deren staatlicher Finanzierungsanteil zunahm.⁴ Einen zweiten Bedingungsfaktor stellen die nach dem Ende des Kalten Kriegs einsetzenden Kampagnen aus dem Unternehmerlager (vgl. de Pury et al. 1995) und die darin angepriesenen Prinzipien des *New Public Management* (vgl. Buschor 1993) dar, in denen verkündet wurde, öffentliche Mittel würden wirksamer eingesetzt, wenn die Dienstleistungen mit privatwirtschaftlichen Methoden erbracht werden. Diese Idee musste den mit Finanzsorgen geplagten politischen Führungskräften zunehmend vielversprechend erscheinen. Jedenfalls gingen sie immer mehr dazu über, unter Hinweis auf die „leeren Staatskassen“ (Guex 2003) den Spitalbereich nach betriebswirtschaftlichen Maßstäben zu reorganisieren. Die Einführung des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1996, mit der gleichzeitig im Bundesstaat erstmals eine obligatorische Grundversicherung für alle Bürger/innen geschaffen und die „Wirtschaftlichkeit“ zum obersten Ziel der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen erhoben wurden, stellen den ersten Meilenstein und das gesetzliche Rahmenwerk dieser Veränderung dar, die bis in die Gegenwart reicht.

Das untersuchte Krankenhaus steht für das Beispiel eines großen Zentrumsitals in einem wenig finanzstarken Kanton.⁵ Es wurde von den politischen

3 Zwischen 1985 und 2004 war der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP von 7,7% auf 11,0% angestiegen (BFS 1998–2011*: T 14.5.1.1).

4 Amtlichen Daten zufolge erhöhte sich der staatliche Finanzierungsanteil an den Spitälern zwischen 1995 und 2010 von 31,6% auf 35,3% (BFS 2011: T 14.5.3.4.1; BFS 2012: T 14.5.3.4).

5 Das betrachtete Krankenhaus zählte zum Zeitpunkt der Erhebung knapp 4.000 Mitarbeiter/innen, mehr als 35 Kliniken, Institute und Fachgebiete, die große Bereiche der modernen Medizin abdecken, sowie jährlich knapp 35.000 stationäre Patient/innen. Die Einrichtung erbrachte zudem zahlreiche Aufgaben in der Aus- sowie der Fort- und Weiterbildung. Der Kanton, in dem sich das untersuchte Krankenhaus befindet, zeichnet sich

Führungskräften verhältnismäßig früh dazu angehalten, betriebswirtschaftliche Funktionsprinzipien zum Einsatz zu bringen. Andererseits erfolgte die politisch gewünschte Leistungskonzentration ohne Spitalschließungen, die der Gesundheitsdirektor in diesem ländlichen Kanton politisch kaum überlebt hätte.⁶ Wie die meisten öffentlichen Krankenhäuser in der Schweiz war das untersuchte Spital Anfang der 2000er Jahre aus der öffentlichen Verwaltung ausgegliedert und in eine öffentlich-rechtliche Anstalt umgewandelt worden.⁷ Dabei wurde es mit kleineren öffentlichen Krankenhäusern in der Region zu einem Spitalkonzern zusammengelegt. Zudem erfolgte, wie vielerorts, eine Umstellung von der bis dahin geltenden rückwirkenden Kostendeckung auf eine prospektive Finanzierung mittels „Globalkredit“. Die Führungsebene wurde nach betriebswirtschaftlichen Maßstäben umgestaltet. Für die strategische Leitung war statt der demokratisch legitimierten „Spitalkommission“ neu ein „Verwaltungsrat“ zuständig.⁸ Die operative Leitung des Betriebs lag nunmehr beim Verwaltungsdirektor, dessen Position jeweils von Personen mit betriebswirtschaftlichem Hintergrund besetzt wurde.⁹ Einen wesentlichen Einschnitt bedeutete die Ausgliederung auch für das Personal, da durch die Vertragsfähigkeit mit Dritten der Schutz der direkten Anstellung beim Kanton aufgehoben wurde.

Seit der Auslagerung aus der kantonalen Verwaltung erfuhr das untersuchte Spital einen tiefgreifenden Wandlungsprozess, der auch heute noch nicht abgeschlossen ist. Sowohl in organisatorischer Hinsicht als auch bei der Leistungserbringung setzten sich zunehmend betriebswirtschaftliche Prinzipien durch. Die Einrichtung hatte gewiss den Versorgungsauftrag des Kantons zu erfüllen. Ange-

durch eine unterdurchschnittliche Ausstattung (Krankenhausbetten pro Einwohner und Beschäftigte pro Spitalbett) sowie Inanspruchnahme stationärer Leistungen (durchschnittliche Aufenthaltsdauer) aus.

6 Amtlichen Angaben zufolge verringerte sich zwischen 1998 und 2011 die Anzahl öffentlicher oder öffentlich subventionierter Spitäler um 40,0% (BFS 1998–2011: T A.3), wobei Fusionen und Zweckumwandlungen gegenüber Betriebsschließungen im Vordergrund standen (vgl. Rüefli 2005).

7 In wenigen Fällen fanden Umwandlungen in privat- und öffentlich-rechtliche Stiftungen sowie Vereine statt. Überführungen in Aktiengesellschaften erfolgten vereinzelt. Die überwiegende Mehrheit der Spitäler blieb jedoch weiterhin im alleinigen Eigentum der öffentlichen Hand (vgl. Roth 2008). Gerade in ländlichen Regionen wurden Krankenhaus-Schließungen wiederholt durch breite Proteste verhindert. Auch die Einführung von *Managed-Care*-Netzwerken wurde jüngst in einer Volksabstimmung (2012) abgewehrt.

8 Der Verwaltungsrat wird von Amtes wegen vom kantonalen Gesundheitsdirektor präsiert und setzt sich jeweils hälftig aus Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen und Vertreter/innen der Unternehmenswelt zusammen.

9 Auch wenn sie nicht mehr nach dem „Dreibein-Modell“ aufgebaut ist, sind in der Geschäftsleitung – wie andernorts in der Schweiz – neben der Verwaltung die Bereiche Medizin und Pflege vertreten.

sichts der weiteren Auflage, ihn mit knapperen Mitteln zu realisieren, konnte die Ergebnisorientierung aber nicht minder gewichtig sein.¹⁰

Bereits kurze Zeit nach der Umwandlung der kantonalen Dienststelle in eine eigenständige Anstalt stellte die Betriebsleitung das Rechnungswesen auf das im privatwirtschaftlichen Bereich vorherrschende „Controlling“ um, mit dem die Finanzentwicklung der Abteilungen laufend überwacht werden kann. Zudem wandelte sie die vormals weitgehend autonom verwalteten Kliniken, Institute und Fachbereiche der Einrichtung in Einheiten um, deren finanzieller Erfolg periodisch ermittelt wird (sogenannte *Profitcenter*). Durch die fehlende Anbindung an eine medizinische Fakultät konnte dagegen weniger Widerstand erwachsen als an anderen großen Zentrums Spitälern.¹¹

Die Betriebsführung ergriff zudem verschiedene Maßnahmen zur Umgestaltung des Leistungsangebots. Folgende Entwicklungen, in denen das Bemühen zur Einnahmenerhöhung und Ausgabenreduktion zum Ausdruck kommt, lassen sich seit der Auslagerung beobachten: Erstens wurde versucht, die durchschnittliche Bettenbelegung möglichst hochzuhalten. Am Zentrums Spital fanden seit der Auslagerung, d.h. zwischen 2003 und 2011, eine Reduktion der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 9,3 auf 7,7 Tage und ein Abbau der Bettenkapazität um knapp 18% statt.¹² Zweitens gerieten die Personalkosten unter Druck, die mit etwa zwei Dritteln den mit Abstand größten Ausgabenposten an den Betriebskosten darstellen.¹³ Der bereits bei der Auslagerung schweizweit relativ niedrige Anteil verringerte sich aber nur unwesentlich, da die Personaleinsparungen durch (die Einrichtung übersteigende) Änderungen bei den Arbeitsgesetzen und Sozialversicherungen konterkariert wurden.

Analog zur restlichen Schweiz fand drittens eine Verlagerung der Behandlungen in den ambulanten Bereich statt, in dem der kantonale Finanzierungsbei-

¹⁰ An den Geschäftsberichten seit der Ausgliederung des Spitals fällt auf, dass die Maßnahmen überwiegend durch ihren Beitrag zur Verbesserung des Betriebsergebnisses gerechtfertigt werden. War ein absoluter Rückgang stationärer Fälle zu verzeichnen, wurde mit Zufriedenheit eine Steigerung des Betriebsertrags gegenüber dem Vorjahr konstatiert.

¹¹ Die Verschiebung der zentralen institutionellen Macht von der Chefarztekonzferenz zum Verwaltungsdirektor, die gewöhnlich den Übergang zum neuen Betriebsregime markiert (vgl. Bär 2011), war am betrachteten Krankenhaus – übereinstimmenden Aussagen zufolge – bereits Mitte der 1990er Jahren erfolgt.

¹² Auf nationaler Ebene gingen im Akutbereich zwischen 1992 und 2011 die durchschnittliche Aufenthaltsdauer um 39%, die Spitalbetten um 27% und die Pflegetage um 25% zurück. Dieser Rückgang wiegt umso schwerer, als die „Fälle“ bzw. Hospitalisationen infolge des Bevölkerungswachstums und der demografischen Alterung im gleichen Zeitraum um 23% anstiegen (H+ 2013: Akutomatic).

¹³ Insgesamt ist im schweizerischen Spitalbereich eine Reduktion des Anteils der Personalausgaben an den Betriebskosten von 74,6% im Jahr 1998 auf 63,5% im Jahr 2011 festzustellen (BFS 1998–2011: T 1998 K.1, K.3, T 2011 D.1).

trag an den Behandlungskosten wegfällt und zugleich die Möglichkeit zur Auslastung der Infrastruktur besteht.¹⁴ Damit scheint am betrachteten Spital eine vierte Strategie der Einnahmensteigerung zusammenzuhängen: der Aufbau eines neuen Leistungsangebots. Hervorzuheben ist die Bildung von „Zentren“, welche die Geschäftsleitung des untersuchten Spitals unter dem Stichwort „Interdisziplinariät“ vorantrieb.¹⁵ Die Zentrenbildung ermöglicht neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Spezialist/innen verschiedener Fachrichtungen, wonach aufgrund der Spezialisierung der Medizin und Komplexität der Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten ein erhöhter Bedarf besteht. Die am untersuchten Krankenhaus zu beobachtende Zentrenbildung scheint zugleich auf den Aufbau neuer Angebote abgezielt zu haben, die besonders lukrativ sind, die Patient/innen an die Einrichtung binden und es dem Spital erlauben, möglichst früh im Behandlungsprozess auf die Kosten Einfluss zu nehmen. Die eingerichteten Zentren sind zumindest auf häufige und einträglich zu behandelnde Krankheitsbilder ausgerichtet.¹⁶

Fünftens wurden am betrachteten Spital zur Einnahmensteigerung gewinnbringende Leistungen für andere Krankenhäuser aufgebaut. Aufgrund bestehender Kapazitäten und der Konzentration von Personal und Spezialistenwissen wurden am Zentrums Spital Dienstleistungen aufgebaut, die für alle Leistungserbringer im Kanton – gegen Entgelt – erbracht werden (z.B. Spezialisten-Netzwerke für Ferndiagnosen, IT-Dienst, Sterilgut-Versorgung und Einkauf).

Ebenfalls zur Einnahmenmaximierung kann am untersuchten Krankenhaus als sechste Strategie ein starkes Werben um Privatpatient/innen beobachtet werden. Besonders offensichtlich ist dies bei der Einrichtung einer besseren Essensversorgung für privat und halbprivat versicherte Patient/innen. Es kann auch der Abbau bestimmter Leistungen an Grundversicherte (z.B. kostenlose Fernsehbenutzung) festgestellt werden. Die privaten und halbprivaten stationären Behandlungen haben seit der Auslagerung, dem längerfristigen Trend entsprechend, zwar anteilmäßig leicht abgenommen (von 25,9% auf 23,1%), sind absolut aber um mehr als 10% angewachsen.

Auch wenn diese richtungsweisenden Bewegungen kaum zu übersehen sind, kann die Entwicklung des Krankenhauses seit der Auslagerung aus der kantona-

¹⁴ Die Erträge im ambulanten Bereich haben sich seit der Auslagerung des Krankenhauses nicht nur mehr als verdoppelt, sondern dieser Zuwachs leistet einen größeren Beitrag zum Anstieg des Gesamtertrags des Spitals als die Erhöhung der Erträge im stationären Bereich.

¹⁵ Einem Mitglied der Geschäftsleitung zufolge geht auf die neuen Leistungsangebote („Zentren“) die Hälfte der Ausweitung des Stellenplans zurück.

¹⁶ Unter anderem wurden Zentren eingerichtet jeweils mit dem Fokus auf die Behandlung von Brustkrebs, von Beckenbodenproblemen, von Übergewicht, von Schlaganfällen, von Atembeschwerden, von Hautkrankheiten, von neurologischen Muskelkrankheiten und von Nierenversagen (Dialyse).

len Verwaltung mitnichten alleine als Realisierung der Absichten der Geschäftsleitung verstanden werden. Zwar lassen die deutlichen Bekenntnisse der interviewten Geschäftsleitungsmitglieder, wonach das Zentrumsspital letztlich „ein Unternehmen wie ein anderes“ darstellt, wenig Zweifel daran, dass diese in der zunehmenden Durchsetzung betriebswirtschaftlicher Prinzipien den richtigen Weg sehen. Jedoch wurde diese Entwicklung bereits unter der Leitung eines früheren Verwaltungsdirektors eingeschlagen, der noch einige Jahre unter dem früheren System tätig gewesen war, bevor er von der Chefärztekonzferenz zum obersten Chef gewählt wurde. Ihm wird nachgesagt, immer auch auf Ausgleich zwischen Ansprüchen bedacht gewesen zu sein.

Darüber hinaus blieb die Geschäftsleitung trotz der Auslagerung ihrer Einrichtung abhängig von der kantonalen Regierung. Das ist der Fall nicht nur beim Inhalt des zu erfüllenden Leistungsauftrags, sondern auch bei der Art und Weise seiner Umsetzung, welche die Regierung durch die Leitung des Aufsichtsorgans und die bereitgestellten finanziellen Mittel vorzeichnet. An den Geschäftsberichten seit der Ausgliederung des Spitals fallen nicht nur der Stolz und die Genugtuung des Verwaltungsdirektors bei der Präsentation positiver Rechnungsabschlüsse auf. Auch springen die Danksagungen des den Verwaltungsrat präsidiierenden Gesundheitsdirektors an die Adresse der Geschäftsleitung sowie der von diesem angestimmte manageriale Diskurs ins Auge, in dem die Mitarbeitenden gelobt („Großes geleistet“) und Durchhalteparolen abgegeben werden („notwendige Herausforderungen bewältigen“), als sollte damit etwaigen Zweifeln an der umgesetzten Austeritätspolitik zuvorgekommen werden. Diese arbeitsteilige Kommunikation lässt erkennen, welche neue „Kunst der staatlichen Führung“ (Foucault 2004) die durch das *New Public Management* bewirkte Trennung von „strategischer“ und „operativer“ Ebene mit sich gebracht hat. Der Verwaltungsdirektor selbst betont im Interview, dass sich „ohne Politik kein Gesundheitswesen unterhalten“ lasse, „auch wenn man immer wieder sagt, das könnte man privatisieren“.

Die Abhängigkeit der Geschäftsleitung vom politischen Kontext und von den darin bestehenden Kräfteverhältnissen kommt auch darin zum Ausdruck, dass sich das Durchsetzen betriebswirtschaftlicher Prinzipien nicht selten auf die politische Legitimität des Arguments des Kostensparens stützt. Dies scheint auch im Innern der untersuchten Institution der Fall zu sein. Selbst bei den von uns befragten medizinisch-pflegerisch Tätigen war neben der (für sie typischen) kategorischen Ablehnung der Gewinnorientierung eine gewisse Akzeptanz „wirtschaftlicher“ Argumente festzustellen. Gerade innerhalb der Ärzteschaft, die früher am Krankenhaus das Sagen hatte, fällt diese Haltung (mit all ihren Implikationen) auf, wie folgendes Statement von einem leitenden Arzt zeigt, der über seine Aufgabe bei der bevorstehenden Einführung von Fallpauschalen spricht.

„Ja, wir müssen zur Einführung der Fallpauschale beitragen, indem wir unsere Abläufe anpassen. Jetzt ist es unsere Aufgabe, das so zu formulieren und in Zah-

len zu fassen, dass man damit auch einen Betrieb betreiben kann. Das Spital muss sich ja auch nicht rentieren, aber es muss versuchen wirtschaftlich zu arbeiten. Ob das jetzt richtig ist oder nicht in der Medizin, ist eine andere Frage. Sicherlich muss man dort auch Grenzen setzen. Aber die sind halt weniger eng zu sehen als in anderen Bereichen. Es geht hier eben nicht um Maschinen, sondern um Menschen.“

Das Spardiktat scheint am untersuchten Krankenhaus selbst von leitenden Ärzten und Ärztinnen nicht infrage gestellt zu werden, jedenfalls weniger stark und offen als an manchen Universitätskliniken.¹⁷ Die politische Vorherrschaft des Arguments des Kostensparens lässt die verstärkte Ausrichtung der Einrichtung auf betriebswirtschaftliche Prinzipien im Dienste der Allgemeinheit erscheinen.

4. „Wir haben keine Zeit und wir haben zu wenig Personal“

Die verstärkte betriebswirtschaftliche Ausrichtung der Spitalpolitik blieb nicht ohne Folgen für die Arbeitsbedingungen. Das Krankenhaus scheint darin nicht untypisch zu sein, dass die Bemühungen zur Reduktion der Personalkosten sich weniger im Abbau der sozialen Rechte der Lohnabhängigen als in der mangelnden personellen Ausstattung niederschlugen. Zwar wurden die Gehaltsansprüche des Personals am betrachteten Zentralspital durch eine Senkung der Wochenentlohn und Schichtzulagen von 20 auf 10% gekürzt. Auch wurden der Automatismus beim Stufenanstieg durch eine Vorgesetztenbeurteilung ersetzt und in den Lohn kleineren Leistungsbestandteile eingeführt. Jedoch schien es sich die Betriebsleitung nicht leisten zu können oder zu wollen, (wie in anderen Ländern) die Beschäftigungsbedingungen erheblich weiter zu verschlechtern.

Die Assistenz- und Oberärzte und -ärztinnen unterliegen dem eidgenössischen Arbeitsgesetz und ein Angriff auf die Rechte der leitenden Ärzte und Ärztinnen, mit denen privatrechtliche Verträge bestehen, hätte große Risiken beinhaltet. Bei den nicht-ärztlichen Beschäftigtengruppen wurde Anfang der 2000er Jahre der Beamtenstatus abgeschafft, sie blieben aber weiter nach der kantonalen Personal- und Besoldungsverordnung angestellt.¹⁸ Betriebliche Kündigungen schienen am Spital trotz der Reorganisation eher unüblich gewesen zu sein, die Leitung hatte sich aber die Möglichkeit vorbehalten, die Beschäftigten betriebsintern auf andere Posten zu verschieben.

17 Unter den Chefärzten des Universitätsspitals Zürich beispielsweise bekundeten einer Umfrage zufolge im Nachgang zur Auslagerung der Einrichtung nur gerade 12% Vertrauen in die Leitung, der viele vorhielten, Ökonomie und Administratives der Medizin und Forschung vorzuziehen (vgl. Buri 2011).

18 Dies gilt auch für den Reinigungsdienst. Nachdem die Weitergabe der Aufgabe an ein privates Unternehmen erwogen worden war, wurde dies aus Kostengründen verworfen.

Die von uns Befragten zeigen sich mit ihrer Anstellung insgesamt zufrieden und kamen von sich aus eher selten auf die Beschäftigungsbedingungen zu sprechen.¹⁹ Mit Ausnahme der (vier) Assistenz- und Oberärzte bzw. -ärztinnen (bei denen dies unüblich ist), verfügen alle über unbefristete Anstellungsverträge. Die Assistenz- und Oberärzte bzw. -ärztinnen hatten mit der Einführung der 50-Stunden-Woche eine wesentliche Verbesserung ihrer Beschäftigungssituation erfahren. Bei den Pflegekräften hatten Personalverbände kurze Zeit vor der Erhebung erwirkt, dass diese im betreffenden Kanton – analog zu einer Feststellungsklage im Kanton Zürich²⁰ – mit Polizist/inn/en lohnmäßig gleichgestellt werden.

Den Aussagen der Interviewten zufolge hat sich seit der Ausrichtung der kantonalen Gesundheitspolitik auf das *New Public Management* hingegen die personelle Ausstattung der Stationen zunehmend verschlechtert. Auf unsere Frage, was in ihren Augen die wichtigste Entwicklung sei, referierten die Befragten oft auf die Intensivierung der Arbeit. Das Tempo habe zugenommen, es werde „immer strenger“, sagen viele. Man habe für die Patient/inn/en am Bett stets weniger Zeit.²¹ Die Arbeit sei vermehrt nur durch Überstunden zu erledigen. Auch wird davon berichtet, dass als Folge davon Beschäftigte häufiger krank seien,²² Burn-out hätten und die Fluktuation²³ hoch sei. Mehr oder weniger präsupponieren alle Befragten, dass der Arbeitsumfang angestiegen und er anteilmäßig von immer weniger Beschäftigten zu bewältigen sei.²⁴

19 Dies dürfte durch das Berufsethos der medizinisch-pflegerisch Beschäftigten begünstigt werden, das sich durch die Verleugnung der materiellen Grundlage ihrer Tätigkeit konstituiert (vgl. Rohde 1962). Ein weiterer Faktor mag der Umstand sein, dass die langjährig Tätigen von der Umstellung beim Stufenanstieg nur unwesentlich betroffen waren.

20 Im Kanton Zürich hatten in den 1990er Jahren mehrere Personalverbände mittels einer Lohngleichheitsklage in einem über mehrere Jahre dauernden Prozess eine Erhöhung der Einstufung von diplomierten Pflegekräften auf der Höhe von Polizist/inn/en erkämpft, die für andere Kantone richtungsweisend war.

21 Stellvertretend dafür ist folgende Aussage einer diplomierten Pflegefrau: „Dass man die Zeit mit den Patient/inn/en nicht mehr hat, ist das, was unzufrieden macht. Da geht man unzufrieden heim, weil man spürt, das wäre jetzt gut gewesen, hätte ich noch mal ein wenig mehr Zeit gehabt...“

22 Besonders die Absenzen bis fünf Tage nahmen gemäß Angaben der kantonalen Behörden zu.

23 In Studien zum Pflegebereich in Akutspitalen wurden beispielsweise zu verschiedenen Referenzräumen Fluktuationsraten von 19% (Kindschi et al. 2001) und 22% (Künzi/Schär Moser 2002: 41) und Fluktuationsabschätzungen von 26% (Schubert et al. 2005: 79–81) und 28% (Aiken et al. 2012) festgestellt.

24 Wie verschiedene Studien zeigen, ist das betrachtete Spital hier von einer Tendenz betroffen, die sich schweizweit zeigt (vgl. Ausserhofer et al. 2012; Künzi/Schär Moser 2002; Perneger et al. 2011; Schubert et al. 2005).

Die Verdichtung der Arbeit hat verschiedene Gründe. Erstens hat der medizinisch-technische Fortschritt zu einer Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten geführt.²⁵ Zweitens haben mit der Verringerung der Aufenthaltsdauer auch die komplexen und arbeitsintensiven Schwerverkranken zugenommen. Der Einzelfall wurde aufwendiger, was sich nicht unwesentlich im Pflegebereich niederschlug.²⁶ In den Interviews berichten vor allem die langjährig tätigen Pflegekräfte davon, dass sie sich früher erholen konnten, wenn sie, wie es eine Stationsleiterin paradigmatisch zum Ausdruck bringt, „zwischenrunden auch noch zwei, drei nicht so anspruchsvolle Patienten hatten“. Drittens ist es, nicht zuletzt befördert durch das Durchsetzen der Versicherungslogik im stationären Bereich, zu einer starken Zunahme von Dokumentationsaufgaben und administrativen Tätigkeiten gekommen, welche die Arbeitszeit für die „eigentliche“ Aufgabe verringern, wie Ärzte und Ärztinnen und Pflegekräfte typischerweise berichten.²⁷

In einer Verdichtung der Arbeit schlagen sich diese Entwicklungen aber erst nieder, wenn der von ihnen hervorgerufene zusätzliche Personalbedarf nicht gedeckt wird. Laut offiziellen Angaben ist der Personalbestand seit der Auslagerung mit 38,1% zwar mehr als die Hälfte stärker als die Patientenzahl angewachsen. Den überwiegenden Aussagen der medizinisch-pflegerisch Tätigen zufolge war der gewährte Zuwachs in der Personalausstattung jedoch nicht hinlänglich, um den infolge der oben genannten Prozesse offenbar erforderlichen erhöhten Behandlungs- und Betreuungsaufwand zu decken. Stellvertretend dafür nachfolgend die Aussagen von drei Beschäftigten aus dem Pflegebereich.

„Ja, wir sind halt auch immer sehr knapp mit Personal besetzt. Man schafft dann das Tagessoll schon. Aber alles, was drüber hinaus ist... Oder wenn noch eine krank ist, dann ist man grad schon am Limit.“ (Pflegedienstleiterin)

„Wir müssen ein gewisses Tempo erbringen, um den Arbeitsalltag überhaupt bewältigen zu können. Also die Spitze, die spitzt sich immer mehr zu. Also ich bin seit neun Jahren hier und mein Stellenplan hat sich nie nach oben korrigiert. Wir machen aber immer mehr. Wir haben immer mehr Eintritte. Wir haben mehr Patienten auch ambulant, d.h. das Bett ist am Abend frei und dann kommt ein Not-

25 Bedingt durch minimal invasive Diagnose- und Operationstechniken, Neuerungen in der Bildung, das Entdecken neuer Moleküle, neue chirurgische Methoden sowie automatisierte Hilfsmittel zur Patient/inn/en-Überwachung haben sich die Behandlungsmethoden in den vergangenen Jahren erheblich erweitert.

26 Amtlichen Angaben zufolge wuchs am untersuchten Spital der Personalaufwand pro 100 „Fälle“ zwischen 2003 und 2011 bei den Ärztinnen und Ärzten von 1,8 auf 2,0 an, während er sich in der Pflege von 3,7 auf 5,0 erhöhte (vgl. Schneider 2013; Zahnd 2006).

27 Verschiedene Studien haben eine Zunahme der Dokumentationsaufgaben festgestellt (vgl. Perneger et al. 2011). Ende 2011 verabschiedete eine Gruppe von Kaderärzt/inn/en am Universitätsspital Zürich das Manifest „Medizin gegen Spitalbürokratie“, in dem ein „radikaler Bürokratie-Abbau“ gefordert wird (vgl. ZKFS 2011).

fall rein. Und die Frage ist eben für mich: Wann ist diese Grenze mal erreicht? Und für viele Mitarbeiter ist sie erreicht, weil sie krank sind oder sie krank werden. Sie vernachlässigen die Patienten nicht. Aber das geht immer auf unsere Kosten. Immer auf Kosten unserer Gesundheit, vom Privatleben. Bei ganz vielen Kollegen sind die Beziehungen in die Brüche gegangen.“ (Stationsleiterin)

„Also die Ärzte haben sicher immer Stress, eigentlich [lacht]. Aber es kommt halt darauf an, wie viele Patienten wir haben. Wenn die Station wirklich voll ist, sind eigentlich alle im Stress und dann sind die Diplomierten auch einfach froh, wenn es läuft.“ (Fachangestellte Gesundheit)

Der Stellenplan scheint gegenüber der tatsächlichen Auslastung der Betten deutlich zu tief angesetzt zu sein.²⁸ Aus den Geschäftsberichten geht hervor, dass der Personalbestand am betrachteten Krankenhaus in den zurückliegenden Jahren vor allem dann angewachsen ist, wenn die neue Aktivität zu Mehreinnahmen von zumindest der verursachten Personalkostenenthöhung führte. Mehr noch: Einer Mitarbeiterin des Personaldienstes zufolge sind bei Kündigungen „in der Regel alle angehalten sich zu überlegen, ob es die Stelle in dieser Form noch benötigt, oder in welcher Form, oder in einem geringeren Umfang“. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren im betrachteten Spital viele Posten vakant. Die Befragten berichten von verschiedenen Kliniken, in denen Stellen über längere Zeit nicht besetzt worden waren und/oder in denen eine (anscheinend nicht unübliche) sich selbst verstärkende Dynamik der Verschlechterung der Arbeitssituation vorherrsche. Eine Stationsleiterin beispielsweise teilt mit, dass es Stationen gebe, „die sind immer am Anschlag, die haben permanent offene Stellen“, und gibt zu verstehen, dass sie es als „ein Riesengeschenk“ empfinde, wegen der Attraktivität ihres Fachgebiets „immer wieder Neue“ zu finden. Zudem scheinen auf einer Allgemeinstation mit rund 40 Betten über mehrere Monate 800 Stellenprozent vakant geblieben zu sein, worauf u.a. mit der Sperrung von Betten reagiert werden musste. Verschiedene Befragte bekunden, dass die Einhaltung der arbeitsgesetzlich vorgeschriebenen Pausenzeiten zwischen den Schichtdiensten nicht immer gewährleistet sei.

Neben der Intensivierung ist seit dem Einsetzen der Liberalisierungs- und Privatisierungspolitik auch die Ausbreitung sogenannter atypischer Beschäftigungsformen festzustellen. Dies ist zum einen der Fall bei der Teilzeitarbeit.²⁹ Dazu hat im Bereich der diplomierten Pflegekräfte der 1997 geschaffene Pool von auf Stundenlohnbasis bezahlten und oft kurzfristig zum Einsatz kommenden

28 Eine Interviewpartnerin spricht davon, dass der Stellenplan sich an einer 80-prozentigen Belegung orientiere.

29 Der Anteil der Beschäftigten in Teilzeitarbeit hat seit Mitte der 1990er Jahre schweizweit deutlich zugenommen. Während im Jahr 1995 38,2% der Beschäftigten im Krankenhausbereich in Teilzeit angestellt waren (BFS 2007: 23–25), betrug ihr Anteil im Jahr 2008 bereits 43,9% (BFS 2008: T 14.3.5.1).

„Springer/innen“ für die Bettenstationen inzwischen eine Zunahme auf 60 Mitarbeiter/innen erfahren.³⁰ Außerdem arbeiteten vermehrt Beschäftigte von Leiharbeitsfirmen am Krankenhaus. Es scheint somit eine Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse stattgefunden zu haben. In der arbeitssoziologischen Diskussion werden diese Entwicklungen meist auf eine mehr oder weniger bewusst verfolgte Betriebspolitik des Abbaus der sozialen Rechte der Beschäftigten zurückgeführt (vgl. Mückenberger 1989; Zilian/Flecker 1998).

Interessanterweise hat zu dieser Entwicklung im vorliegenden Fall nicht allein die Betriebsleitung beigetragen. Im Gegenteil, die Beschäftigten selbst scheinen die Verbreitung dieser Beschäftigungsformen nicht unwesentlich vorangetrieben zu haben. Den Hintergrund dazu bildet der große Fachkräftemangel, der in der Schweiz bereits seit einigen Jahren im Pflegebereich und seit wenigen Jahren bei den Ärzt/innen besteht (vgl. Jaccard Ruedin/Widmer 2010) und die medizinisch-pflegerisch Tätigen in eine verhältnismäßig vorteilhafte Verhandlungslage versetzt. Nach übereinstimmenden Berichten konnten am untersuchten Spital zuerst die Pflegefachkräfte und jüngst zunehmend auch die sich feminisierende Ärzteschaft – gegen die Betriebsleitung – vermehrt Teilzeitarbeit durchsetzen.³¹ Auch genießt der Beschäftigungsstatus „Springer“ unter den fest angestellten Pflegefachkräften eine gewisse Anziehungskraft, weil die Nachteile der Bezahlung auf Stundenbasis und der Kurzfristigkeit der Einsatzplanung infolge des Personalmangels weniger zum Tragen kommen und damit die größeren Möglichkeiten zur Arbeitszeitgestaltung gut ausgeschöpft werden können.³² Leiharbeitskräfte ihrerseits scheinen nicht allein zur flexiblen Deckung von Personal-

30 Neben dem „Springer/innen“-Pool für Pflegefachkräfte besteht am betrachteten Krankenhaus ein solcher im Bereich der Rotkreuzhelfer/innen, der zum Zeitpunkt der Erhebung ca. 80 Mitarbeitende umfasste.

31 Teilzeitarbeit scheint der Betriebsleitung (und den leitenden Ärzt/innen) wegen des erhöhten Koordinationsaufwands ein Dorn im Auge zu sein. Dazu ein Mitglied der Geschäftsleitung rundheraus: „So läuft es! Die Frauen fragen Sie nicht: ‚Äh, habt Ihr Platz für mich?‘ Die sagen einfach: ‚Ich kann das, ich schaffe 60%. Wollt ihr mich oder wollt ihr mich nicht?‘ Dann wollen wir es. Also, selbst mit solchen Modellen ist der Arbeitnehmer an längeren Hebel.“

32 Der Leiterin des „Springer“-Pools zufolge war zum Zeitpunkt der Erhebung etwa die Hälfte dieser in Teilzeit Beschäftigten vorgängig im Betrieb fest angestellt gewesen. Von den befragten vier „Springer/innen“, die allesamt zuvor fest angestellt waren, wurde hervorgehoben, dass ihnen die „Zusatzaufgaben“ auf einer Station, die bei einer regulären Anstellung dazugehörten, nun erspart blieben und ihre Arbeitszeit vollumfänglich bezahlt sei. Zudem ließe sich der Status besser als viele reguläre Stellen mit familiären Aufgaben verbinden, weil für geringfügige Stellenprozente gearbeitet werden kann und Nachschichten besser vermieden werden könnten. Die Geschäftsleitung scheint am Wechsel von einer regulären Stelle zum Springerstatus wenig Gefallen zu finden, weil dadurch in einem Stationsteam eine neue Stellenvakanz erzeugt wird.

lücken, sondern auch mit der Absicht zum Einsatz gebracht zu werden, den Rekrutierungskreis der Festangestellten zu erweitern.³³ Allerdings kann die vermehrte Verbreitung von Teilzeitarbeit nicht unabhängig von der hohen Arbeitsintensität verstanden werden. Gerade viele ältere Pflegekräfte betonen, dass die Arbeit derart intensiv geworden ist, dass eine Vollarstellung auf Dauer nicht zu ertragen sei und sie deswegen, wollten sie sich von der Arbeitsanstrengung ausreichend erholen, zu Teilzeitarbeit gezwungen seien. Insofern ist es letztlich doch wieder die von den Behörden zu verantwortende Betriebspolitik, die den Ausgangspunkt für die Flexibilisierung der Arbeit bildet.³⁴

Der große Personalmangel dürfte allerdings nicht unerheblich dazu beigetragen haben, dass die Betriebsleitung davor zurückschreckte, die sozialen Rechte der Lohnabhängigen allzu sehr anzugreifen. Jedenfalls scheint die Spitalleitung stark darum bemüht gewesen zu sein, das Krankenhaus als attraktiven Arbeitsort erscheinen zu lassen.³⁵ Auf die Zuspitzung des Personalmangels in der Pflege, die in den Jahren vor der Erhebung in der Region festzustellen ist, wurden die Arbeitsbedingungen sogar leicht verbessert: Im Rahmen einer Revision des kantonalen Arbeitsgesetzes wurde die Anrechnung der Präsenzzeit auf die gesamte Arbeitszeit ausgedehnt, wie dies zuvor im Kanton Zürich geschehen war, gegenüber dessen Krankenhäusern die kantonalen Spitäler offenbar nicht unattraktiver erscheinen sollten. Zudem lief zum Zeitpunkt der Untersuchung eine Kampagne zur Verbesserung des Images des Pflegebereichs. Des Weiteren scheint sich das Spital verstärkt darum bemüht zu haben, die selbst ausgebildeten Pflegeabsolvent/innen im Betrieb zu halten und Pflegefrauen nach dem Mutterschaftsurlaub durch Teilzeit-Beschäftigungen wieder zurückzugewinnen.

Für die Entwicklung des Personals und der Personalausgaben wegweisend war jedoch die morphologische Verschiebung zwischen den Beschäftigungsgruppen

33 Mit dem Überlassungsunternehmen wurde angeblich eine Vereinbarung getroffen, dass die eingesetzten Fachkräfte in den ersten drei Monaten durch dieses als Leiharbeitskräfte beschäftigt werden („damit die ihr Geld verdienen“), bevor das Spital sie regulär anstellt („dann können wir sie wie gratis übernehmen“).

34 An dieser Stelle sei erwähnt, dass das Gewicht von Gewerkschaften am untersuchten Krankenhaus sehr gering ist. Erst kurz vor der Erhebung wurde die wichtigste Gewerkschaft im öffentlichen Dienst von der Betriebsleitung überhaupt als Gesprächspartner anerkannt. Es erstaunt kaum, weshalb die Beschäftigten dazu tendieren, den Schwierigkeiten, denen sie ausgesetzt sind, eher auf individueller als auf kollektiver Ebene zu begegnen. Wegen der weiterhin stark an Berufsgruppen orientierten Organisation der Krankenhäuser sind die vor allem auf die Ständesinteressen ausgerichteten Personalverbände gegenüber den Gewerkschaften seit geraumer Zeit viel wichtiger.

35 Selbst bei einem einmaligen Abbau von mehr als 40 Stellen sah sich die Betriebsleitung dazu veranlasst, im darauf folgenden Geschäftsbericht hervorzuheben, dass niemand entlassen wurde.

pen, die sich infolge der Bildungsreform von 2004 vollzog, durch welche die Einrichtung im Pflegebereich zum Lehrbetrieb avancierte.³⁶ Zum einen vergrößerte sich zwischen 2003 und 2011 der Anteil Auszubildender am Personal von einem Zwanzigstel auf ein Siebtel, wovon vor allem das Personal im Pflegebereich (von 3,5% auf 25%) und der anderen medizinischen Fachbereiche (von 3,3% auf 10,1%) betroffen war. Im Gegenzug dazu ging der Anteil der ausgebildeten Pflegekräfte am gesamten Spitalpersonal stark zurück (von 38,8% auf 30,8%). Im dualen Bildungssystem sind Lernende bereits nach einem relativ geringen Teil ihrer Ausbildungszeit für den Betrieb profitabel.³⁷

Zum anderen kamen innerhalb der Pflege vermehrt Fachangestellte Gesundheit zum Einsatz, oft zulasten von Pflegefachkräften. Die Betriebsleitung begründete die Rekrutierung der weniger qualifizierten Fachangestellten Gesundheit nicht selten mit dem Fachkräftemangel. Mit dem Einsatz der kostengünstigeren Absolvent/innen der dreijährigen Berufslehre verringern sich tendenziell aber auch die Personalausgaben. Verschiedenen Angaben zufolge strebte die Geschäftsleitung zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen Pflegefachkräften und Fachangestellten Gesundheit einen Verteilungsschlüssel von vier zu eins an.³⁸ Der vermehrte Einsatz der weniger qualifizierten Fachangestellten Gesundheit schlägt sich zuweilen in gefährlichen Situationen nieder, da die ihnen vorgesetzten Diplomierten anspruchsvollere Aufgaben an sie vor allem in Belastungssituationen abgeben, also wenn ihnen wichtige Ressourcen und Erfahrungswerte fehlen.

36 Bei der Höherqualifikation der Pflege, die sich aufgrund des Fortschreitens der Medizin (Spezialisierung, Technisierung, neue Behandlungs- und Therapiemethoden etc.) aufdrängte, wurden nicht nur auf tertiärer Ebene neue Ausbildungen im Rahmen des dualen Berufsbildungssystems geschaffen, die für leitende und forschungsnahen Aufgaben qualifizieren, sondern auch eine Berufslehre für eher assistierende Tätigkeiten, die sich heute mit Abstand der größten Beliebtheit erfreut. Mit dieser Differenzierung der Pflegeausbildungen schlug die Schweiz den US-amerikanischen Weg der Höherqualifikation ein und nicht den schwedischen Weg, der in der Anhebung aller Ausbildungen auf die universitäre Ebene bestand.

37 Zum dualen Bildungssystem insgesamt siehe Wolter/Schweri (2003); zu den Pflegeausbildungen auf tertiärer Stufe siehe Fuhrer/Schweri (2011). In einer Modellrechnung für den Kanton Graubünden haben Gehrig et al. (2010) den staatlichen Nettoertrag der Ausbildung eines/einer Fachangestellten Gesundheit auf 25.000 bis 30.000 CHF beziffert.

38 Die beiden Beschäftigungsgruppen geraten durch diese Situation in ein Spannungsverhältnis, da die Qualifizierten sich der Dequalifikation der Pflege entgegenstellen, während die Fachangestellten Gesundheit ihrerseits unzufrieden sind, nur assistierend tätig sein zu können. Vgl. den Beitrag „Symbolische Kämpfe“ von Kristina Mau und Constantin Wagner in diesem Band.

5. „Das betriebswirtschaftliche Messer ist mittlerweile mindestens genauso scharf wie das Skalpell“

Die Umgestaltung des betrachteten Krankenhauses im Rahmen der Privatisierungspolitik beschränkt sich nicht allein auf die Funktionslogik, sondern äußert sich auch in einer veränderten Dynamik in der Figuration zwischen den „Funktionskreisen“ (Rohde 1962) Ärzteschaft, Pflege und Verwaltung. In den geführten Interviews zeigt sich dies zum einen daran, dass die Befragten die über einige Jahrzehnte bestehende ärztlich dominierte Standesordnung rundum mit der Vergangenheit assoziieren, auch wenn ihre Schilderungen an der weiteren Gültigkeit ärztlicher Autorität wenig Zweifel lassen. Zum anderen wird es erkenntlich, wenn Ärzte und Ärztinnen und Pflegekräfte das Argument des „Kostensparens“, das die Vorherrschaft der Verwaltung nicht unwesentlich stützt, anerkennen, auch wenn sie die Gewinnorientierung des Krankenhauses ablehnen.³⁹ Es ist, als hätte sich der strukturelle Gegensatz zwischen der medizinisch-pflegerischen Macht einerseits und der bürokratisch-legalen Macht andererseits zwar nicht aufgehoben,⁴⁰ doch unzweifelhaft zugunsten der Verwaltung verschoben.

(1) Ein wesentliches Merkmal des Wandels der Figuration am betrachteten Krankenhaus ist der Machtwechsel in der Krankenhausleitung von der Ärzteschaft zum Verwaltungsdirektor bzw. zur Verwaltungsdirektorin. Es ist wohl die offensichtlichste und zugleich für die Positions- und Rangordnung insgesamt wegweisende Änderung in der Beziehung zwischen den Beschäftigtengruppen. Nicht nur bedeutet der Machtwechsel, der durch die behördliche Sparpolitik wesentlich befördert und legitimiert wurde, dass die Verwaltung nicht mehr den Ärzten und Ärztinnen unterstellt ist. Die Ärzteschaft beherrscht bis dahin mit quasi-absoluter Legitimität, wie die Bezeichnung „Halbgötter in Weiß“ zum Ausdruck bringt, auch den Verwaltungsapparat. Vielmehr markiert der Machtwechsel den Übergang zu einem Betriebsregime, das die Autorität der Ärzte und Ärztinnen selbst im medizinischen Bereich begrenzt. Alle befragten Ärzte und Ärztinnen gaben sich von ihrer früheren „totalen Rolle“ (Goffman) deutlich distanziert und bekundeten das auch andernorts festgestellte „Ressentiment der Entmachteten“ (vgl. Bär 2011).

(2) Ein zweites wesentliches Kennzeichen, auf das in den Gesprächen Bezug genommen wurde, ist die Bedeutungszunahme von Verwaltungsaufgaben. Gerade die medizinisch-pflegerisch Tätigen bewerten dies meist mit viel Skepsis. Zwar

39 Bemerkenswert ist dies besonders in der Ärzteschaft und der Pflege, für deren Selbstverständnis jeweils die Ablehnung von der Verwaltung konstitutiv ist (vgl. Rohde 1962).
40 Smith und Jaco (1958) sehen in den „two lines of authority“ die „basic duality of hospitals“.

ist es bereits über die vergangenen Jahrzehnte infolge des verstärkten Bedarfs an koordinierenden Aufgaben zwischen den einzelnen Fachbereichen und Abteilungen eines Krankenhauses zu einer Zunahme administrativer Arbeiten gekommen. Seit dem Einsetzen der Privatisierungspolitik Mitte der 1990er Jahre hat jedoch allein die Verwaltungsabteilung nochmals eine deutliche Erweiterung erfahren.⁴¹

(3) Ein drittes Merkmal des Wandels der Figuration stellt das Durchsetzen der Versicherungslogik dar. Darauf verweist der erwähnte Bedeutungsgewinn von Dokumentationsaufgaben, der von allen Befragten festgestellt wurde. Bemerkenswerterweise beanstanden daran die Ärzte und Ärztinnen und Pflegekräfte nicht allein die Abnahme der Arbeitszeit für die „eigentliche Aufgabe“, die Patient/innenbetreuung, welche die Zunahme von administrativen Tätigkeiten hervorruft – Dokumentationsaufgaben sind seit geraumer Zeit Bestandteil der medizinisch-pflegerischen Arbeit.⁴² Meist assoziierten die Befragten die Zunahme der Dokumentationsaufgaben jedoch mit einer Abnahme der Gestaltungsmöglichkeiten ihrer Arbeit nach beruflichen Maßstäben.⁴³ Eine Pflegedienstleiterin formuliert es wie folgt:

„Es ist schon alles verbürokratisiert. Und wie man die Pflegenden hört, die sagen, was wir alles schreiben müssen, wir sind Schreibtischträgerinnen geworden. Das ist so, man muss alles dokumentieren und beweisen und Qualität beweisen.“

Wie in diesem Zitat anklängt, ist das Dokumentieren nicht allein eine zusätzliche administrative Tätigkeit, mit der die erbrachte Leistung nach einem bestimmten Klassifikationsmuster festgehalten wird. Indem es den Erstattungsanspruch des Krankenhauses an die Krankenkassen erfasst, erlaubt das Registrierte zugleich, die Arbeit der Beschäftigten unter den zunehmend relevanten finanziellen Gesichtspunkten zu erfassen und zu bewerten. Mit dem allseits konstatierten Anwachsen „der Dokumentation“ ist somit eine weitere Durchsetzung der Versicherungslogik verbunden, zugleich aber auch eine Zunahme der Arbeitskontrolle der medizinisch-pflegerisch Tätigen durch die Verwaltung.⁴⁴ Im Zuge des Be-

41 Schweizweit ist das Personalvolumen (Vollzeitäquivalente) der Verwaltungsangestellten im stationären Bereich zwischen 1998 und 2011 von 6,7% auf 14,1% angestiegen (BFS 1998–2011: T 1998 B.1, T 2011 B2).

42 Innerhalb der Pflege wird das Dokumentieren spätestens seit Florence Nightingale als zentraler Bestandteil der Arbeitspraxis angesehen (vgl. Iyer/Camp 1995).

43 Eine Pflegefachfrau gibt zu verstehen, dass es „für ‚das Hinterletzte‘ irgendeinen Zettel“ gebe, „den man zusätzlich ausfüllen muss“. Eine Assistenzärztin zeigt sich unzufrieden, dass der Alltag „sehr dominiert“ sei vom „Administrativen“ und sie „sehr wenig am Patienten“ sei.

44 Das betrachtete Krankenhaus gehört zu den ersten überregionalen Spitälern, die eine Zertifizierung der 2001 gegründeten schweizerischen Stiftung zur Qualitätssicherung *SanaCERT* erhielten.

deutungsgewinns der Versicherungen haben besonders Bereiche wie die Finanzabteilung und das „Qualitätsmanagement“ an Bedeutung gewonnen, beim Bereich „Medizincontrolling“ wird dies mit der Einführung der Fallpauschalen erwartet.⁴⁵ Für die medizinisch-pflegerisch Tätigen bedeutet der Paradigmenwechsel⁴⁶ hin zu einer Bewertung der Arbeit nach ihrer erlösrelevanten Dimension nicht selten ein Zurückstellen von internalisierten beruflichen Ansprüchen gegenüber „tätigkeitsfremden“ Anforderungen, besonders ihrer Orientierung an den Patient/innen/Bedürfnissen. Nachfolgende Schilderung einer Pflegefachfrau, die früher als Stationsleiterin tätig war und heute als Springerin arbeitet, bringt zum Ausdruck, welches Empfinden damit für die diplomierten Pflegekräfte verbunden ist.

„Also heute redet man sehr viel von Qualität, aber eigentlich sind wir auf dem Niveau von: zumindest Sicherheit bieten. Wenn ich wirklich gute Qualität bieten wollte, dann bräuchte ich definitiv mehr Zeit. Die habe ich aber nicht. Also ist das oberste Prinzip zumindest die Sicherheit. Also wenn Sie Qualität haben wollten, dann müssten Sie sicher immer eine Pflegeanamnese machen können. Ich denke, dieser Beruf läuft wirklich je länger je mehr in eine... Administrativ haben Sie sehr viel zu tun und Sie haben viele Patienten, die Sie eigentlich nur noch punktuell betreuen. Früher haben Sie einen Patienten wirklich ganz betreut. Sie haben ihn gewaschen, haben dort sehr viel mitbekommen, Sie haben wirklich Kontakt gehabt mit ihm. Heute ist es so, dass Sie als Diplomierte sehr viel mehr Patienten haben. Eigentlich sind Sie nur punktuell am Patienten und müssten trotzdem sehr viel entscheiden und wissen – und das geht einfach nicht mehr. Sie haben wenig Zeit am Patienten und die Arbeit verlagert sich nach außen in die Büros.“

Die Zunahme der Dokumentation, die den von uns Befragten zufolge ab Mitte der 1990er Jahre zu beobachten ist, kann daher als industrielle Bürokratisierung verstanden werden,⁴⁷ die für eine Gewichtsverschiebung von der medizinisch-

45 Hervorzuheben gilt es die Finanzabteilung, die durch den Wandel zu einer die finanzielle Entwicklung der Betriebseinheiten kontrollierenden Abteilung avancierte und deren Personalbestand sich dabei in kurzer Zeit verdoppelte. Demgegenüber scheint die Abteilung für Aus- und Weiterbildung, die nicht direkt Einnahmen durch Patient/innen erzeugt, „in der Geschäftsleitung nicht alle nur brennend [zu] interessieren“, wie die Leiterin konstatiert, bevor sie betont, dass die Personalausstattung „auch bei mir nicht reicht“.

46 Eine Pflegefachfrau und Ausbilderin macht auf den paradigmatischen Charakter der neuen Auffassung der Arbeit aufmerksam, als sie auf die Nachfrage, ob sich denn die Prioritäten im Spital verschoben haben, antwortet: „Ja, ja, denke ich, wirklich. Früher hat niemand gefragt: ‚Äh, wie lange hast jetzt du für diesen Patienten gehabt?‘ [lacht] Das hat niemanden interessiert, Hauptsache die Behandlung ist korrekt durchgeführt worden.“

47 Dies gilt auch für die Leistungserfassung in der Pflege (LEP), die darauf abzielt, die von der Pflege geleistete Arbeit festzuhalten und sichtbar zu machen. Die befragten Pflegekräfte nehmen sie als zwar ebenfalls „tätigkeitsfremde“, aber zugleich sinnvolle Aktivität wahr. Die verhältnismäßig positive Einstellung gegenüber diesen und anderen Doku-

plegerischen Macht zur bürokratisch-legalen Macht steht (vgl. Gempeler/Pfeuffer 2013). Dieser Prozess stellt neben der behördlichen Sparpolitik einen zweiten zentralen Faktor dar, der die Übergabe der Krankenhausleitung an den/die Verwaltungsleiter/in begünstigte. Die Zunahme von Dokumentationsaufgaben deutet zudem darauf hin, dass der Gewichtsverlust der medizinisch-pflegerischen Autorität nicht unwesentlich mit dem Machtzuwachs privatwirtschaftlich funktionierender Krankenkassen korreliert.⁴⁸

Die Beziehungen zwischen den Beschäftigtengruppen scheinen sich ‚verbe-trieblicht‘ zu haben. Die Kontrolle, der die Arbeit der Ärzte und Ärztinnen und Pflegekräfte gegenüber der Verwaltung unterworfen ist, hat sich verstärkt. Zudem wird von den Angehörigen der beiden Beschäftigtengruppen bei der Übernahme von Leitungsfunktionen erwartet, „Managementenerfahrung“ aufzuweisen oder (durch Kurse im Bereich „Spitalmanagement“) zu erwerben. Die ‚Verbetrieblichung‘ des Beziehungsgefüges betrifft auch das Verhältnis zwischen der Ärzteschaft und der Pflege, das früher quasi-militärisch organisiert war. Die Schilderungen der Befragten lassen vermuten, dass arbeitspraktische Aspekte in den Vordergrund getreten sind und berufsständische Anerkennungsformen abgenommen haben; betont wird häufig, dass man nun „aufeinander angewiesen“ sei und „eng zusammenarbeiten muss“. Zwar sind die Ärztinnen und Ärzte gegenüber den Pflegekräften weiterhin weisungsbefugt. Als „Manager/innen“ ihrer Kliniken⁴⁹ scheinen sie jedoch den Fokus ihrer Aufmerksamkeit verstärkt darauf zu richten, dass die Kliniken möglichst ertragreich sind, beispielsweise durch die „Optimierung“ der Operationstätigkeit oder der Patient/innen/en-Liegezeiten.⁵⁰

Die Pflegekräfte werden – auch von den Arzt/innen/en – zunehmend in der betriebswirtschaftlichen Optik wahrgenommen und bewertet und vermehrt dazu angehalten, in möglichst geringer Ausstattung und erlösrelevant zu arbeiten sowie zuverlässig zu dokumentieren. Die Unterminierung der professionellen Autorität scheint bei den Pflegekräften besonders ausgeprägt. Zugleich ist innerhalb der Pflege die Herausbildung einer Diskrepanz zwischen der leitenden Ebene und den

mentationsaufgaben innerhalb der Pflege dürfte erklären, dass kurze Zeit nach ihrer Einführung die Pflege durch die LEP-Daten einen großen Stellenabbau verhindern konnte.

48 Seit Einführung des KVG sind die Krankenkassen in der Schweiz zum privatwirtschaftlichen Funktionieren verpflichtet. Hermann (2007) zeigt in einem internationalen Vergleich auf, dass das Gewicht von privaten Versicherungen in denjenigen Ländern angewachsen ist, in denen eine Abnahme der öffentlichen Gesundheitsausgaben festzustellen ist.

49 Für ärztliche Kaderpositionen wurden Erfolgsbeteiligungen eingeführt.

50 Ein Pflegefachmann, der als „Springer“ angestellt ist, berichtet von einem „verdammten Aktivismus von der ärztlichen Seite“, der ihn daran hindere, „gute Pflege“ zu machen und darin bestehe, „nur noch auf dem Papier Medizin zu betreiben“; es werde nur noch gemacht, was messbar sei und „was auf Papier oder auf einem Assessment ist oder irgendwo Gewicht hat.“

Beschäftigten „an der Basis“ zu beobachten. Die vornehmlich mit Verwaltungsaufgaben beschäftigten leitenden Pflegekräfte, die überwiegend über Management-Ausbildungen verfügen, scheinen sich vor allem um die Emanzipation aus der Unterordnung unter die Ärzte und Ärztinnen zu bemühen und dabei auch der Übernahme betriebswirtschaftlicher Elemente nicht kategorisch entgegen zu stehen.⁵¹ Die Pflegekräfte „an der Basis“ wiederum sehen sich mit der Durchsetzung privatwirtschaftlicher Logiken einem zunehmenden Druck ausgesetzt, worauf sie mit den oben genannten Formen des „Aussteigens“ (Betriebswechsel, Springerdasein, Burnout, Berufsausstieg)⁵² reagieren. Eine Pflegefachfrau und Ausbilderin scheint die Erwartungen auf den Begriff zu bringen, wenn sie die geforderten Eigenschaften mit „Widerstandsfähigkeit, Flexibilität, Offenheit“ umschreibt. Die Pflegekräfte „an der Basis“ nehmen die Pflegedienstleiter/innen als nicht in ihrem Dienst agierend wahr und machen dies oft an deren Management-Diskurs fest. Die Stationsleiterin, die früher in der Regel aktiv an den Patient/inn/en mitgearbeitet hat und eine wichtige „Drehscheibe“ zwischen der Basis und der Leitung war, scheint verschiedenen Schilderungen zufolge heute kaum mehr „am Bett“ zu arbeiten⁵³ und auch den Forderungen der Pflegebasis immer weniger nachkommen zu können oder wollen. Es erstaunt im Lichte dieser Verhältnisse wenig, dass viele Pflegekräfte (wie bei Arzt/inn/en zu beobachten ist) die materiellen Gratifikationen für ihre Arbeit zunehmend stärker gewichten als die symbolischen⁵⁴ und die Bedingungen zur Realisierung ihres beruflichen Anspruchs (die Patient/inn/en „kennen“, eine Beziehung aufbauen) einzig noch im Palliativbereich gegeben sehen.

51 Eine Pflegedienstleiterin: „Ich verlange 65 Franken pro Stunde von den Ärzten. Sie haben immer noch das Gefühl, wir machen Pipifax und so. Aber bei dem bin ich knallhart und skutabel.“

52 Festzustellen ist auch eine Abnahme der Berufsverweildauer von Pflegekräften. Addor et al. (2012) beobachten in einer explorativen Studie unter Absolvent/inn/en von 27 Pflegefachschulen aus allen Sprachregionen zwischen den Abschlussjahrgängen 1988 und 1998 eine erhebliche Abnahme der durchschnittlichen Beschäftigungsdauer von 21 Jahren auf 13 Jahre.

53 Verschiedene Interviewpartnerinnen und -partner berichten davon, dass sie die Position der Stationsleitung aus diesem Grund nicht anstreben, abgegeben haben oder dies – falls sich die Situation weiter verschärfte – zu tun beabsichtigen. Eine Pflegefachkraft versuchte beispielsweise – durch die Teilung der Stationsleistungsstelle – weiter „am Bett“ arbeiten zu können.

54 Die Arbeitszeit und vor allem der Lohn waren in zwei in den zurückliegenden Jahren durchgeführten repräsentativen Umfragen unter den Beschäftigten des betrachteten Spitals die Punkte, zu denen mit Abstand die größte Unzufriedenheit bekundet wurde.

6. „Von mir her mache ich keinen Unterschied, bei Privatpatienten wird aber ein größerer Aufwand betrieben“

Die offizielle Ideologie öffentlicher Einrichtungen sieht mit dem Gleichbehandlungsgebot vor, dass den Benutzer/inne/n vergleichbare Dienstleistungen erbracht werden. Auf der anderen Seite ist von Studien beispielsweise zum Bildungsbereich bekannt, dass so, wie diese Institutionen tatsächlich funktionieren, sie vor allem den sozial privilegierten Benutzer/inne/n zugute kommen.⁵⁵ Es stellt sich die Frage, ob und inwiefern am untersuchten Krankenhaus vor dem Hintergrund der Privatisierungs- und Liberalisierungspolitik Ungleichheiten in der Behandlung der Patient/inn/en festzustellen sind. Definitive Schlussfolgerungen bedürften zwar einer systematischen Untersuchung und vor allem der Berücksichtigung der Folgen der Leistungserbringung für die Benutzer/innen. Jedoch dürften die mündlichen Zeugnisse von Arzt/inn/en und Pflegekräften, welche die Leistung unmittelbar erbringen, relevante Angaben enthalten, um ein erstes Bild der Situation zu skizzieren – umso mehr sie durch ihr öffentliches Dienstethos über eine große Sensibilität für das Thema der (Un-)Gleichbehandlung verfügen (vgl. McDonough 2006).

Das schweizerische Gesundheitssystem bietet wenig Anlass davon auszugehen, dass die Patient/inn/en gleich behandelt werden. Zwar bietet das System allen Bürger/inne/n eine Grundversorgung, für deren Versicherungsprämien der Staat bei Zahlungsunfähigkeit aufkommt. Auch sollen zwischen den unterschiedlichen Patient/inn/en-Gruppen in der medizinischen Behandlung im engeren Sinn (Indikation, verwendete Implantate etc.) keine Unterschiede bestehen. Durch die hohe private Kostenbeteiligung der Bevölkerung⁵⁶ und die Gewinnorientierung der Krankenkassen variiert der Zugang zum Dienstleistungsangebot aber nicht unwesentlich mit der Finanzkraft.⁵⁷ Im Bereich der stationären Gesundheitsver-

55 Zahlreiche empirische Untersuchungen belegen, dass das Bildungssystem soziale Ungleichheiten reproduziert, indem es sie durch die herkunftsspezifisch differenzielle Vergabe der Bildungstitel legitimiert (angefangen bei Bourdieu/Passeron 1964).

56 Mit rund 30% gehört die Schweiz zu den OECD-Ländern mit dem höchsten Anteil privater Kostenbeteiligung an den Gesundheitsausgaben (vgl. Frey et al. 2011: 17). Über vier Fünftel der privaten Ausgaben entfallen auf Leistungen, die nicht von den Versicherungen oder staatlichen Subventionen abgedeckt werden (vgl. ebd.: 21). Der Anteil der privaten Gesundheitsausgaben am BIP ist in der Schweiz gemäß OECD-Gesundheitsstatistik zwischen 1990 und 2010 von 3,9% auf 4,8% angestiegen (OECD 2012).

57 Im Unterschied zu vielen OECD-Ländern deckt der Leistungskatalog der obligatorischen Grundversicherung Zahnbehandlungen, Präventionsleistungen und die Langzeitpflege verhältnismässig wenig oder nicht ab (vgl. Kirchgässner/Gerritzen 2011). Die einheitlichen Kopfpämien belasten vor allem untere Einkommensgruppen und kinderreiche Familien, im Jahr 2010 erhielten knapp 30% der Versicherten die aus Steuermitteln finanzierten Prämienverbilligungen. Dem „International HealthPolicy Survey“ des Com-

sorgung schlägt sich dies u.a. darin nieder, dass ein nicht unwesentlicher Anteil der Patient/inn/en über Spitalzusatzversicherungen verfügt.⁵⁸ „Halbprivat“ oder „privat“ Versicherten werden die freie Arztwahl, im Krankenhauszimmer weniger Mitpatient/inn/en und eine bessere Essensversorgung gewährt.

Auf unsere unschuldig gestellte Frage, ob Privatpatient/inn/en denn eine bessere Behandlung erfahren würden, bekräftigen die interviewten Beschäftigten meist spontan und entschieden das Gleichbehandlungsgebot – so, als hätten wir durch die Hinterfragung der offiziellen Ideologie ihrer Institution die Qualität ihrer Arbeit infrage gestellt. Meist erst in einem zweiten Schritt oder an anderer Stelle berichten die Ärzte und Ärztinnen und Pflegekräfte, in welcher Form bei der Behandlung Ungleichheiten bestehen. Nachfolgender Auszug aus dem Interview mit einer als Springerin tätigen Pflegefachfrau steht stellvertretend dafür. Nach der anfänglichen Abwehrreaktion werden im Laufe des Gesprächs nach und nach Unterschiede in der Behandlung der Patient/inn/en angesprochen. Die Aussagen der Befragten legen nahe, dass Privatpatient/inn/en gegenüber anderen Patient/inn/en Vorteile zuteil kommen, die jenseits der formell zugestandenen größeren Rechte und der eigentlichen medizinischen Behandlung liegen. Aus der Passage geht ebenfalls hervor, welche Patient/inn/en-Merkmale die Gewährung dieser Vorteile begünstigen.

Interviewer: „Haben Sie denn das Gefühl, dass die Personen auf Privatstationen insgesamt irgendwie ein bisschen besser betreut werden?“

Befragte: „Ähm, das ist noch schwierig zu sagen. Ich glaube, nicht wirklich. Ich glaube, man gibt sich wirklich bei den Privaten Mühe wie bei den Allgemeinen, dass es wirklich standhält. Es gibt vielleicht einzelne Unterschiede, denke ich, aber grundsätzlich...“

Interviewer: „In dem Fall gibt es die Zwei-Klassen-Medizin nicht so...“

Befragte: „Die Privaten haben natürlich schon mehr Möglichkeiten, glaub ich. Bei den Privaten wird therapiemäßig ein bisschen mehr gemacht. Ich habe einfach auch das Gefühl manchmal – also das ist *mein persönliches Gefühl* – die Ärzte seien mehr am Diskutieren über Therapievorschläge wie jetzt vielleicht bei einem Allgemeinen Patienten. Aber das ist natürlich für mich... ich kann es nicht nachvollziehen: Stimmt das oder stimmt das nicht?“

monwealth Funds zufolge haben in der Schweiz im Jahr 2010 aus Kostengründen 6,5% der Befragten von einem Arztbesuch, 4,7% von einem medizinischen Test und 4,0% von der Einnahme eines verschriebenen Medikaments abgesehen (vgl. Burla 2011: 19f.). Aus einer repräsentativen Untersuchung zum Kanton Genf geht hervor, dass zwischen dem Einkommen und dem Verzicht auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen eine negative Korrelation besteht und die Verzichtswahrscheinlichkeit bei den Ärmsten 13-mal höher ist als bei den Vermögendsten (vgl. Wolff et al. 2011). Seit Einführung des KVG sind schweizweit knapp ein Zehntel der Versicherten „privat“ und fast ein Fünftel „halbprivat“ versichert.

Interviewer: [bestärkend] „OK, das ist einfach Ihr subjektiver Eindruck.“

Befragter: „Ja. Also, ich habe schon das Gefühl, Privatpatienten können sich in der heutigen Zeit mehr... mehr... mehr Therapiemöglichkeiten wie der allgemeine Patient holen.“

Interviewer: „Aber sie müssen es aktiv holen?“

Befragte: „Nicht überall, denke ich. Aber es kann durchaus mal sein, dass der Privatpatient sagt: ‚Sie, schauen Sie, ich habe da im Internet gelesen, mal auf einer Visite so gehört, das und das wäre noch eine Therapie.‘ ‚Oh oh!‘ [die Reaktion des Arztes imitierend, lacht]. Also, ja.“

Interviewer: „Also dann setzen die Privatpatienten, wenn ich Sie recht verstehe, auch ein bisschen mehr Druck auf die Ärzte auf? Was dann möglicherweise dazu führt, dass diese sich untereinander besser absichern müssen, dass...“ [lacht]

Befragte: „Ja, oder absprechen, was jetzt wirklich das Beste wäre. Ja. Also ich möchte hier nicht die Ärzte in die Pfanne hauen. Aber irgendwie habe ich manchmal schon das Gefühl... Die Privatpatienten sind natürlich auch viel aufgeklärter, setzen sich selbst viel mehr mit ihrer Krankheitsgeschichte auseinander und wissen darum auch mehr.“

Interviewer: „Also sie haben nicht nur finanziell mehr Möglichkeiten...“

Befragte: [ins Wort fallend] „Ja, sie wissen auch mehr.“

Interviewer: [gleichzeitig] ... sondern auch das Wissen.“

Befragte: „Ja. Also viele. Viele wissen wirklich viel. Es gibt auch Allgemeine, wo sich wirklich informieren und die wissen sehr, sehr viel.“

Ärztinnen tendieren offenbar dazu, bei bestimmten Patient/inn/en den Raum der Behandlungsmöglichkeiten größer zu fassen, mit Kolleg/inn/en Rücksprache zu halten und ganz allgemein mehr Zeit zu investieren. Dies scheint nicht nur aufgrund des Versicherungsstatus der Fall zu sein, sondern auch von der Verfügbarkeit über kulturelle Ressourcen abzuhängen – was häufig, aber nicht immer, Hand in Hand geht. Diese Einschätzung wird in der nachfolgenden Schilderung eines langjährigen Pflegefachmanns bestätigt, in der darüber hinaus zum Ausdruck kommt, inwiefern das ärztliche Verhalten auf finanzielle Interessen verweist.

„Von mir her mache ich keinen Unterschied. Da gehe ich auf alle Leute gleich zu. Ich habe auch schon Prominente gepflegt. Da gehe ich genau gleich auf die zu. Ich erlebe aber häufig, dass die Anspruchshaltung von diesen privaten Leuten eine höhere ist; oder, dass bei manchen Leuten von der ärztlichen Seite her ein *noch ‚verreckter‘* Aktivismus betrieben wird. Nein, es wird um private Patienten schon ein größerer Aufwand betrieben als um allgemeine. Grad schon rein betriebswirtschaftlich: Das sind die Leute, die dem Spital Kohle bringen [lacht], schlussendlich.“

Bereits die in Kapitel zwei beschriebene Spitalpolitik deutet darauf hin, dass sich das Leistungsangebot verstärkt auf einträgliche Patient/inn/en und damit nicht unwesentlich Privatpatient/inn/en ausrichtet. In den Interviews, aber auch bei den teilnehmenden Beobachtungen sind wir auf weitere Indizien gestoßen, die vermuten lassen, dass Behandlungsunterschiede entsprechend des Versicherungsstatus' der Patient/inn/en bestehen. Beispielsweise scheint die Chefarzt-Visite auf Privatstationen deutlich häufiger stattzufinden als auf Allgemeinabteilungen, was nicht nur Auswirkungen auf die Kontakthäufigkeit der Patient/innen mit den Ärzten und Ärztinnen hat, sondern auch auf die Geschwindigkeit, mit der medizinische Entscheidungen gefällt und umgesetzt werden. Zudem ist das Betreuungsverhältnis in der Pflege auf den allgemeinen Stationen geringer als auf den privaten und die Unterausstattung gegenüber dem eigentlichen Behandlungsbedarf der Patient/inn/en deutlich höher.

Aus den Schilderungen der befragten Ärzte und Ärztinnen und Pflegekräfte geht ein deutliches Widerstreben, Privatpatient/inn/en bevorzugt zu behandeln, hervor. Die privat und halbprivat Versicherten werden wegen ihrer Anspruchshaltung beinahe als Belastung dargestellt. Es sei nicht Aufgabe der medizinisch-pflegerisch Tätigen, so die typische Begründung, Patient/inn/en zu hofieren. Dessen ungeachtet werden die Arbeitsbedingungen auf den Privatstationen von vielen Befragten als grundsätzlich besser dargestellt. Man habe mehr Zeit, auch weil es tendenziell weniger Ausfälle, Absenzen und Vakanzen gäbe. Zudem sei die Behandlung auf Allgemeinstationen anspruchsvoller, weil die Patient/inn/en verstärkt über erschwere Merkmale verfügten (Alkoholismus, Multimorbidität, Fremdsprachigkeit, keine Angehörigen etc.). So fehle die Zeit gerade dort, wo sie am nötigsten wäre, um diejenigen Arbeiten, die eine gute Behandlung ausmachen (Pflegeanamnese, Gespräche führen, Waschen etc.), auszuführen, was nicht nur wegen der Arbeitsintensität, sondern auch wegen des „moralischen Stresses“ (Festinger 1957) belaste. Die stärkere Betroffenheit der Allgemeinabteilungen von Unterausstattung dürfte sich auf die Möglichkeiten zur Gewährung von Leistungen niederschlagen. Aus Untersuchungen ist bekannt, dass ein Zusammenhang besteht zwischen mangelnder Ressourcenausstattung und Praktiken des impliziten Rationierens (vgl. Schubert et al. 2008).⁵⁹

7. Schluss

Insgesamt vermitteln die erhobenen und zusammengetragenen Daten zum Wandel der Arbeit im Zuge der Durchsetzung des *New Public Management* am Bei-

⁵⁹ In Deutschland wurde bei Pflegekräften beobachtet, dass unter schlechteren Arbeitsbedingungen die Tendenz besteht, „Versorgungsentscheidungen von Kosten-Nutzen-Abwägungen abhängig zu machen“ (Braun et al. 2011: 69f.).

spiel eines großen Zentralspitals in einem wenig finanzstarken Kanton das Bild einer tiefgreifenden Veränderung. Besonders seit der Umstellung von der rückwirkenden auf die prospektive Finanzierung, die durch die Austeritätspolitik der Behörden nicht unwesentlich befördert wurde, setzen sich in der Organisation und im Leistungsangebot des Krankenhauses verstärkt betriebswirtschaftliche Funktionsmechanismen durch. Hinsichtlich der gesellschaftlichen Einbettung der Arbeit sind besonders folgende Veränderungen festzuhalten:

Erstens hat der Druck auf das Personal stark zugenommen. Davon betroffen sind vor allem die eigentlichen Erbringer/innen der Dienstleistung, die medizinisch-pflegerisch Tätigen, und unter ihnen besonders die Pflegekräfte. In der Pflege sind verschiedene Veränderungen festzustellen, die auf eine erhebliche Verschlechterung der Beschäftigungssituation hindeuten, auch wenn sich einzelne Akteure und Akteurinnen aus diesem „Funktionskreis“ die Entwicklung durchaus zunutze machen konnten: Die Arbeitsverhältnisse wurden flexibilisiert (Verbreitung von Teilzeitarbeit, Springpool und Leiharbeit), die Arbeit wurde dequalifiziert, die Unterausstattung hat zugenommen. Die Ärztinnen und Ärzte sind von diesen Erscheinungen weniger betroffen, wohl nicht zuletzt, da sich die Regulierung ihrer Beschäftigung den Betriebsleitungen entzieht. Am untersuchten Krankenhaus für die Situation in vielen größeren Spitälern und besonders den Zentrumsspitalern nicht untypisch zu sein scheint, dass der steigende Druck auf die finanziell gewichtigen Personalkosten sich vor allem in der Unterausstattung niederschlug und besonders stark die Pflege betrifft.

Zweitens hat mit der Durchsetzung betriebswirtschaftlicher Prinzipien der Funktionskreis der Verwaltung an Bedeutung gewonnen. Paradigmatisch steht dafür die Übernahme der Spitalleitung durch den Verwaltungsdirektor bzw. die Verwaltungsdirektorin. Entsprechend haben die Möglichkeiten abgenommen, dass die beruflichen Maßstäbe von Pflegekräften und Ärzt/inn/en in der Ausgestaltung des Leistungsangebots zum Tragen kommen. Drittens haben durch den Machtzuwachs der Verwaltung und das verstärkte Durchsetzen der Versicherungslogik die Chancen abgenommen, dass die medizinisch-pflegerisch Tätigen ihre alltägliche Arbeit entsprechend ihrer beruflichen Ansprüche gestalten können. Zunehmende Verwaltungsaufgaben und Auflagen scheinen sie darin zunehmend zu beeinträchtigen. Die verstärkte Ausrichtung des Krankenhauses auf betriebswirtschaftliche Kriterien hat so zu einer starken Einschränkung und Abwertung der Tätigkeiten der medizinisch-pflegerisch Tätigen geführt, besonders im Pflegebereich. Bemerkenswert ist die Zunahme der Verwaltungsaufgaben auch, weil das *New Public Management* mit dem Anspruch angetreten ist, „die Bürokratie“ abzubauen.

Viertens scheint einiges dafür zu sprechen, dass die Umgestaltung des Krankenhauses nach privatwirtschaftlichen Maßstäben die durch das Krankenversicherungsgesetz von 1996 strukturell angelegte Differenz zwischen allge-

mein und privat bzw. halbprivat versicherten Patient/inn/en verstärkt hat. Die in den Interviews und den teilnehmenden Beobachtungen gesammelten Angaben legen nahe, dass der Umbau des Leistungsangebots insgesamt vor allem zulasten der allgemein versicherten und der weniger gebildeten Patient/inn/en ausfiel. Die befragten medizinisch-pflegerisch Tätigen lehnen die Ungleichbehandlung in der eigenen Arbeit zwar dezidiert ab, liefern zugleich aber deutliche Hinweise dafür, dass das von den Behörden beabsichtigte Durchsetzen betriebswirtschaftlicher Logiken gerade denjenigen am wenigsten zugute kam, die am meisten auf eine gut funktionierende und unentgeltliche stationäre Gesundheitsversorgung angewiesen sind.

„Wir müssen auch hier marktwirtschaftlich denken, aber wir haben einen Versorgungsauftrag auch“

Gemeinwohlorientierung als Drahtseilakt im kommunalen Krankenhaus

Manfred Krenn

1. Einleitung

Krankenhäuser als Teil eines im dominanten öffentlichen Diskurs in der Regel ausschließlich als formidables Kostenproblem adressierten Gesundheitssystems stehen seit Jahren im Spannungsfeld einer von außen herangetragenen zunehmenden Ökonomisierung und Effizienzorientierung (vgl. etwa Simon 2001) auf der einen und den berufsethisch fundierten und gemeinwohlorientierten Identitäten der Beschäftigten auf der anderen Seite. Dass sich gerade in den sozialen Dienstleistungen und im speziellen in der Pflegearbeit ein besonderes berufliches Ethos herausgebildet hat, wird vor allem mit der besonderen Struktur dieser Arbeit, die durch eine existenzielle Angewiesenheit auf Hilfe und Unterstützung durch andere gekennzeichnet ist, in Verbindung gebracht. Eine sensible Beachtung dieser asymmetrischen Beziehung in der konkreten Arbeit wird in der feministischen Care-Debatte als Bestandteil eines Ethos fürsorglicher Praxis verstanden (Senghaas-Knobloch 2008; Ploncz 2011) oder in beziehungsethischen philosophischen Ansätzen als „achtsame Zuwendung“ (Conradi 2010) konzipiert.

Gleichzeitig wurde Arbeit im Krankenhaus jahrzehntelang fast ausschließlich als soziale Dienstleistung im Kontext des öffentlichen Dienstes ausgeführt, was ebenfalls die Ausbildung spezifischer Wertvorstellungen und normativer Orientierungen (Ausrichtung am öffentlichen Interesse, Unparteilichkeit, Gleichheit und Gerechtigkeit) der öffentlich Beschäftigten, die als Ethos des öffentlichen Dienstes oder öffentlicher Güter (vgl. Schultheis 2012; Hammerschmidt et al. 2009; Norris 2003) bezeichnet werden, beförderte.

Gleichzeitig wird seit einigen Jahren konstatiert, dass diese berufsethischen und gemeinwohlorientierten Wertvorstellungen der Beschäftigten durch die Veränderung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die daraus auf die Arbeit im öffentlichen Dienst durchschlagenden Entwicklungen gefährdet sind. *New Public Management*, Vermarktlichung und das Eindringen instrumenteller Rationalitäten im Zuge von Ökonomisierungsprozessen des Sozialen (Bröckling

FORBA-Forschung

Herausgegeben von der
Forschungs- und Beratungsstelle
Arbeitswelt (FORBA), Wien

7

Jörg Flecker
Franz Schultheis
Berthold Vogel (Hg.)

Im Dienste öffentlicher Güter

Metamorphosen der Arbeit
aus der Sicht der Beschäftigten

Das Projekt „Metamorphosen der Arbeitswelt in biografischen Zeugnissen“ wurde im Rahmen des D-A-CH Lead Agency-Verfahrens vom Schweizerischen Nationalfonds (100017L_130442), der Deutschen Forschungsgemeinschaft (VO 1657/2-1) und dem Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (I 500-G17) gefördert.

Bibliografische Information 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 978-3-8360-6707-2

© Copyright 2014 by edition sigma, Berlin.

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen, Übersetzungen und die Einspeicherung in elektronische Systeme.

Umschlaggestaltung: Mimi Seelos, Wien.

Druck: Rosch-Buch, Scheßlitz

Printed in Germany

Inhalt

Einleitung

Jörg Flecker, Franz Schultheis, Berthold Vogel

9

1. GESUNDHEITSWESEN

Das Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Gemeinwohlorientierung und betriebswirtschaftlichen Imperativen

Franz Schultheis, Michael Gemperle

23

„Der Patient wird nicht gesunder, wenn wir sagen, wir müssen betriebswirtschaftlich denken“

Fallstudie zum Strukturwandel der Arbeit im schweizerischen Krankenhausbereich

Michael Gemperle

31

„... wir müssen auch hier marktwirtschaftlich denken, aber wir haben einen Versorgungsauftrag auch“

Gemeinwohlorientierung als Drahtseilakt im kommunalen Krankenhaus

Manfred Krenn

57

Mein Tag als Schwester

Maria Tschernitz

77

Die Kodierfachkräfte

Eine Beschäftigtengruppe des Krankenhauses im Spannungsfeld zwischen medizinisch-pflegerischen und betriebswirtschaftlichen Ansprüchen

Andreas Pfeuffer, Michael Gemperle

89

Symbolische Kämpfe um die Anerkennung von Qualifikation und Kompetenz: Auseinandersetzungen innerhalb der Pflege

Kristina Mau, Constantin Wagner

107

Symbolische Kämpfe um die Anerkennung von Qualifikation und Kompetenz: Das Verhältnis von Ärzteschaft und Pflegenden

Kristina Mau, Constantin Wagner

123