

---

## ***Chirurgengesellschaft Kanton Zürich***

---

---

## ***17 Spitäler in der CGZH vertreten***

---

---

## ***Lohnplafonierung. Das Ende des Unternehmertums?***

---

### **Wer wir sind und welche Ziele wir verfolgen**

Vertreter aus allen öffentlichen und privaten Spitälern des Kanton Zürich und die Spitäler Schaffhausen sind im Vorstand der Chirurgengesellschaft des Kanton Zürich vereint und beabsichtigen, alle Chirurgen im Kanton Zürich und Schaffhausen anzusprechen. Die Schwerpunkte der CGZH liegen in den drei Bereichen: **Chirurgische Gesellschaftspolitik, Weiter- und Fortbildung sowie Qualität.**

### **Diese Spitäler engagieren sich in der CGZH**

Spital Affoltern, GZO Spital Wetzikon, Kantonsspital Winterthur, Klinik Hirslanden Zürich, Klinik im Park, Klinik Pyramide, Privatklinik Bethanien, Privatklinik Lindberg, Spital Bülach, See-Spital Horgen, Spital Limmattal, Spital Männedorf, Spitäler Schaffhausen, Spital Uster, Spital Zollikerberg, Stadtspital Zürich, Universitätsspital Zürich

### **Lohnplafonierung/Fixlöhne der Chefärzte. Das Ende des Unternehmertums?**

#### **Eine Einschätzung von Dr. oec. Willy Oggier, Gesundheitsökonom**

Grundsätzlich gilt es festzuhalten, dass das Krankenversicherungsgesetz nicht mehr zwischen öffentlichen und privaten Spitälern unterscheidet, sondern zwischen Listen- und Vertragsspitälern. Die Trägerschaft ist dabei grundsätzlich nicht entscheidend. Es kann sein, dass Listenspitäler bestimmte Auflagen erfüllen müssen, wo Vertragsspitäler freier sind. Dafür haben letztere auch ein höheres ökonomisches Risiko, weil der Kanton keine Beiträge an die Behandlungen gewährt. Für die Frage der Lohnplafonierung ist eine weitere Fragestellung wichtig, nämlich ob es sich um ein Chefarzt- oder ein Belegarztspital handelt. Wenn von Lohn die Rede ist, dann handelt es sich ökonomisch betrachtet um ein Angestellten-Verhältnis, was in der Regel dem Chefarztsystem entspricht. Der Belegarzt ist dagegen in der Regel ein Kleinunternehmer und/oder Mitinhaber einer Gruppenpraxis, evtl. besitzt er auch Aktien des Spitals, in dem er tätig ist. Der Unternehmer Belegarzt steht zum Spital in einem anderen Vertragsverhältnis, in der Regel ist es eher ein Auftragsverhältnis. Ökonomisch wird dafür kein Lohn bezahlt, sondern ein Preis für eine Leistung. Der Belegarzt deckt aus dem Preis dann auch die ihm entstehenden Kosten. Bei einem Pauschalpreis für eine Leistung kann nicht von einer Lohnplafonierung gesprochen werden, weil es sich eben gar nicht um einen Lohn handelt.

Grundsätzlich ist eine Lohnplafonierung nicht nur, aber insbesondere für leitende Angestellte im Spital ein Schwachsinn. Dies gilt nicht nur für Chefärzte, sondern auch für andere leitende Funktionen, etwas aus der Pflege oder den Therapieberufen. Entscheidend ist vielmehr etwas anderes: Ökonomisch betrachtet soll sich das Unternehmen Spital die Löhne leisten können, die es bezahlt.

---

***Wieso ist eine  
Plafonierung nicht  
sinnvoll?***

---

Plafonierungen fördern in der Regel eher die Schwächeren, weil diese in der Regel bei Verhandlungen genau die plafonierte Höhe anstreben werden, weil sie über ihre Fähigkeiten besser Bescheid wissen als der Arbeitgeber. Ökonomisch wird auch von Informationsunvollkommenheiten gesprochen, die in diesem Fall dem Arbeitnehmer einen Informationsvorsprung verschaffen. Für besonders erfolgreiche Chefärzte können Lohnplafonierungen aber abschreckend wirken und damit auch dem Spital Schaden zufügen. Denn wenn der Lohn plafoniert wird, stellt dies einen Anreiz dar, nicht mehr Energie in die Kerntätigkeiten zu setzen, wenn der Plafond erreicht ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Chefarzt auf alternative Tätigkeiten ausweichen kann, die nicht unter diesen Plafond fallen und vom Spital wenig bis kaum beeinflusst werden können, wie Kongress-Besuche, Referate oder Beratungsarbeiten für externe Dritte. Lohnplafonierungen können auch aus Sicht der Versorgungsoptik ein falsches Signal aussenden, weil der Anreiz zur vermehrten Erbringung der medizinischen Kernleistungen bei Erreichung des oberen Lohnplafonds vermindert oder gar ganz beseitigt werden könnte. Damit droht nicht nur, dass dem Spital zusätzliche Erträge verloren gehen, sondern dass im Extremfall die Versorgung gefährdet wird.

---

***Gibt eine  
Plafonierung auch  
Probleme für eine  
Spitalleitung?***

---

Ärztinnen und Ärzte sind oft «Freiheitsgeister». Ökonomischen Einengungen begegnen sie in der Regel kritisch. Rigide Fixlöhne setzen dem Freiheitsempfinden von Kaderärzten (schwer) zu. CEOs der Spitäler haben oft eine Bonuskomponente, welche sich an bestimmten Geschäftszielen orientiert. Das Geschäftsergebnis ist dabei in der Regel ein wichtiger Bestandteil. Das Geschäftsergebnis wird aber nicht nur durch den CEO gemacht und es wird auch nicht nur von ihm verantwortet. Daher ist es ökonomisch betrachtet wichtig, dass sämtliche Mitglieder der Spital- und Klinikleitungen in die gleiche Richtung gerichtete Anreize aufweisen. Sonst ziehen die einzelnen Berufszweige in unterschiedliche Richtungen. Selbstverständlich heisst dies nicht, dass alle die gleichen Löhne und Bonusbestandteile haben sollen. Genauso wenig heisst es, dass der Bonusanteil bei allen gleich hoch sein soll. Denn die Kompetenzen und Einflussgrade können je nach Stellung im Unternehmen variieren. Wichtig ist jedoch, dass die Kriterien grundsätzlich die gleichen sind und den Unternehmenszielen des Spitals entsprechen. Es geht eben nicht nur darum, am gleichen Strick zu ziehen, sondern auch in die gleiche Richtung. Dies wäre schwierig zu bewerkstelligen, wenn der eine beim Ziehen weiss, dass er Aussicht auf einen Bonus hat, der andere dagegen gegen seine eigenen Interessen in die gleiche Richtung ziehen müsste. Hinzu kommt: Um erfolgreich zu sein, braucht ein Spital gute medizinische Fachleute, aber auch eine gute Infrastruktur, gute therapeutische und pflegerische Dienste, sowie ein gutes Management. Die Kriterien für die Bonus-Bemessung sollten im Übrigen nie nur das Geschäftsergebnis allein in Betracht ziehen. Denn die Existenzberechtigung eines Unternehmens ist die Lösung von Kundenproblem. Es geht also um die optimale Betreuung der Patienten/Patientinnen. Daher messen führende Kliniken auch die Qualität systematisch und setzen entsprechende Anreize. Auch bzgl. des Fachkräftemangels können bonusrelevante Ziele formuliert werden. Ich mag mich an ein ausländisches Universitätsklinikum erinnern, das ganz bewusst auf der Ebene der

Klinikleitungen einen Bonus für den Anteil der Frauen in den ärztlichen Führungsetagen einführte. Dies war kein politisches Bekenntnis zur Frauenbewegung, sondern aus dem unternehmerischen Ziel abgeleitet worden, dass die Medizin sich feminisiert. Wer daher in der Zukunft für Ärztinnen attraktiv sein will, muss ihnen auch Entwicklungsmöglichkeiten gewähren. Wenn die meisten Klinikchefs Männer sind, können Anreize zur vermehrten Karriere-Förderung von Frauen unternehmerisch sinnvoll sein. Denn wer sich zuerst bewegt, hat in solchen Situationen in der Regel einen gewissen Wettbewerbsvorteil.

Wichtig muss neben der Operationalisierung der Unternehmensziele sein, dass nur Kriterien für die Bonusbemessung herangezogen werden sollten, die von den entsprechenden Personen auch in einem gewissen Ausmass selbst beeinflusst werden können. Ich habe vor kurzem eine informelle Umfrage in 17 Spitälern durchgeführt, wo mich u.a. die Situation zum Fachkräftemangel interessiert hat. Dabei konnte festgestellt werden, dass in der Regel Spitäler, welche sich relativ nahe an der Landesgrenze befinden, weniger Probleme mit der Personalrekrutierung hatten als Spitäler im Landesinnern. Dies dürfte auf die unterschiedlichen Möglichkeiten zurückzuführen sein, auf Grenzgängerinnen/Grenzgänger zurückzugreifen. Trifft eine solche Situation zu, dann kann der Bonusanteil aus einem Kriterium bzgl. der Reduktion des Fachkräftemangels bei im Landesinnern gelegenen Kliniken nicht so hoch ausfallen wie jenen nahe der Landesgrenze, weil exogen schwierigere Verhältnisse vorliegen.

Wichtig ist auch, eine gute Balance zwischen auf die eigene Klinik, das eigene Institut des Chefarztes bezogenen Bonusanteilen und jenen des Gesamt-Spitals zu finden. Es braucht beide Teile. Würde nur auf die Klinik- bzw. Institutsanteile abgestellt, besteht das Risiko, dass der eine Chefarzt seine Klinik zu Lasten des Gesamt-Spitals optimiert. Gefordert ist angesichts der zu erwartenden demographischen Entwicklung und der damit einhergehenden vermehrten Multimorbidität jedoch ein vermehrt interdisziplinäres und interprofessionelles Vorgehen.

---

### *Lösungsansätze für die nähere Zukunft?*

---

Es gibt kein Patentrezept. Wichtig ist eine realistische Beurteilung der Positionierung des Spitals bzw. der einzelnen Kliniken/ Institute im Markt und in welche Richtung sich das Spital als Ganzes im Rahmen seiner Strategie entwickeln will. Ausgehend von diesen zwei Elementen gilt es geeignete Kriterien zu finden, die über den Fixlohn hinaus einen Anreiz zur Erreichung der entsprechenden Ziele setzen und ein Zeichen der Wertschätzung in Abhängigkeit der erreichten Ziele geben können. Für eine faire Lösung scheinen mir folgende Punkte von grosser Bedeutung.

1. Ein Bonus/eine Leitungskomponente sollte für pflegerische, therapeutische und ärztliche, ebenso wie andere Spital-Kader-Verantwortliche von ähnlichen Kriterien ausgehen.
2. Der Bonusanteil sollte substantiell sein. Werte von 30 bis 50 Prozent können als erste Anhaltspunkte dienen. In besonderen Situationen sollte auch ein höherer Anteil möglich sein. Dabei ist den Beeinflussungsmöglichkeiten der einzelnen Verantwortlichen bzgl. der einzelnen Bonus-Kriterien Rechnung zu tragen.
3. Berücksichtigung finden sollten sowohl Ergebnis-Komponenten des Gesamt-Spitals als auch der Abteilung/Klinik, in der die entsprechenden Personen tätig sind. Die Gewichtung zwischen den beiden Komponenten ist u.a. abhängig von der Höhe der Kaderstufe.

4. Ein Bonus-System/ eine Leistungskomponente sollte nie nur auf Erträge abstellen. Die Kostenseite sollte mitberücksichtigt werden. Ich würde dies den Ärztinnen und Ärzten heute auch als Selbstschutz empfehlen. Denn das Risiko auf der Ertragsseite dürfte in den nächsten Jahren insbesondere bei bedeutendem Zusatzversicherungsanteil angesichts des erhöhten Finanzdrucks grösser sein als auf der Kostenseite. In unsicheren Zeiten sollten Varianten gewählt werden, die mehr Handlungsoptionen bieten. Eine einseitige Ertrags- oder Kostenfokussierung ist dazu nicht zielführend.

---

Willy Oggier

Dr. oec. HSG

«Als ökonomischer Experte  
entwickle und gestalte ich den  
gesundheitsökonomischen Markt  
mit.»

---

