

Milchmädchen- rechnung

Zugrunde liegt diesem Begriff eine Erzählung von Lafontaine. Diese in Kurzform: Ein Mädchen trägt eine Kanne bester Milch in die Stadt und rechnet sich während des Gehens in schillerndsten Farben aus, was sie sich alles mit dem Geld kaufen wird können. Sie stolpert, verschüttet die Milch – aus der Traum. Milchmädchenrechnung eben im ursprünglichen Lafontaine'schen Sinn.

Weil es aber immer schon bequemer war, sich Geschichten erzählen zu lassen, als sie selbst zu lesen, wurde der Sinn im Weitererzählen verändert und herauskam die Milchmädchenrechnung im landläufigen Sinn: eine Rechnung, die so einfach ist, dass sie jedes Milchmädchen durchführen kann.

Schauen wir uns an, was passiert ist:

Die ursprüngliche Aussage ist: Pass' auf, sei dir deiner Sache nicht zu sicher und bedenke alles.

Irgendwann im Laufe des Tradierens hat irgendjemand nicht aufgepasst, den Sinn nicht ganz verstanden und herauskam die landläufige Version: Diese Rechnung ist so einfach, dass sie sogar ein Milchmädchen machen kann.

Was hat das mit uns zu tun?

Ganz einfach. Derzeit wird mancherorts mit massivem Druck und Drohungen seitens einiger Verantwortlicher versucht, Ärzte zur Unterschreibung von Betriebsvereinbarungen mit Maximalzeiten nach dem KA-AZG zu bringen, diese weigern sich aber aus gutem Grund. Andernorts sind ÄrztInnen von sich aus freiwillig bereit, Maximalzeiten zu unterschreiben.

Warum ist das so?

Der Differenzierungsgrund ist die Inanspruchnahme! Es gibt Abteilungen und/oder Standorte, an denen ÄrztInnen „60/72“ unterschreiben können, weil die tatsächliche Arbeitszeit in der Durchschnittswoche 48 Stunden nicht überschreitet. Also im Extremfall ist ein Drittel der gesamten Anwesenheit (24 Stunden) Nicht-Inanspruchnahme. Es gibt aber auch Abteilungen, an denen die Leistungssteigerung so zugenommen hat, dass die dort tätigen KollegInnen den Arbeitsanfall (neudeutsch work load) einfach nicht mehr leisten können, nicht mehr bereit sind, Maximalzeiten zu unterschreiben und dafür sogar einen Einkommensverlust in Kauf nehmen. Eigentlich unverständlich, wenn man den ÄrztInnen unterstellt, „für's Schlafen“ bezahlt werden zu wollen.



Wieso kommt es aber zu diesen lokalen Unterschieden und/oder Inanspruchnahmen?

Die für die Organisation des niederösterreichischen Gesundheitswesens Verantwortlichen haben begonnen, Leistungen zwischen den Standorten unter dem Titel „Qualität“ zu verschieben. Gewisse „große Eingriffe“ dürfen z.B. an diversen kleineren Landeskliniken nicht mehr durchgeführt werden, weil die Strukturqualität nicht vorhanden ist. Dadurch kommt es zur Verlagerung der Leistungen an „Kompetenz-/Exzellenzzentren“, an denen die Strukturqualität für die anfallende Leistung aber noch nicht vorhanden ist. Es entsteht also innerhalb des Landes ein deutliches Leistungsgefälle – nämlich von klein (hier nimmt die Inanspruchnahme ab) zu groß (hier nimmt die Belastung zu). Da aber dieser Leistungsvermehrung keine Personalvermehrung gefolgt ist, kommt es zu den oben beschriebenen Phänomenen und zu der berechtigten Forderung: Bevor man eine Unterschrift unter einen Blankoscheck setzt, will man wissen, welche

Belastungen in Zukunft noch auf einen zukommen, welches Konzept den Leistungsverschiebungen zugrunde liegt.

Bei diesen Überlegungen sollte man eines nicht vergessen: Die Einsparungen im Krankenhausbereich haben noch gar nicht begonnen!

Nebenbei muss darauf hingewiesen werden, dass die Sprachregelung so lautet, dass nicht mehr von Einsparungen sondern von Kostendämpfung gesprochen wird.

Und wo wird eingespart werden?

Ceterum censeo: Beim größten Kostenverursacher – dem Personal. Und wie schnell das gehen kann, haben wir auf der Urologischen Abteilung im Landesschwerpunkt Krankenhaus Krems gesehen. Dort wurde über Nacht nach mehr als 20 Jahren durchgehender Anwesenheit die fachärztliche Rufbereitschaft eingeführt. Um die finanzielle Situation der KollegInnen mit einem plötzlichen Einkommensverlust von 30 bis 35 Prozent hat sich niemand gekümmert!

Wer also glaubt, sich durch eine Unterschrift unter eine Betriebsvereinbarung einen Gehalt auf Basis von 60/72-Wochenstunden gesichert zu haben, macht eine Milchmädchenrechnung im ursprünglichen Sinn.

Dass wir einen Ärztemangel haben, ist inzwischen auch den Verantwortlichen bewusst geworden. Überlegungen werden offen ausgesprochen: Einführung von Rufbereitschaft, Ausdünnung der Vorhaltung (= Reduktion der Nachtdienststräder), Leistungsreduktion und damit Freiwerden von Ressourcen durch Schließung von Ambulanzen (wobei mancher hier glaubt, die ÄrztInnen für die Unterschriftsverweigerung durch Entzug einer „Spielwiese“ bestrafen zu können). Tatsache ist, dass die Ambulanzen personalmäßig (weil sie keine LKF-Punkte erwirtschaften) auch in der Dienstpostenberechnung nicht bedacht sind.

Ich hoffe, dass nun einige Leser nachdenklich geworden sind. Vielleicht wird jetzt auch verständlich, warum wir als verantwortungsbewusste Standesvertreter nicht blind „unterschreiben“, sondern ein Versorgungskonzept einfordern, damit wir wissen, welche Belastungen die Zukunft bringt.

Ja, auch wir Ärzte und Ärztinnen wollen eine Betriebsvereinbarung, aber nicht um jeden Preis!

DR. JOSEF SATTLER