

Standpunkt aus der Perspektive der Regionalen Gesundheitsversorgung

Vorwort

Dieser Text ist nicht in einem einzelnen Moment entstanden. Er hat sich über mehr als zwei Jahrzehnte entwickelt. Gedanken wurden festgehalten, wieder verworfen, neu eingeordnet. Bei jeder politischen Ankündigung, bei jedem Reformversprechen war die Hoffnung da, dass sich etwas zum Besseren wendet. Oft begleitet von dem stillen Wunsch, optimistisch zu bleiben – in dem Vertrauen, dass es nicht schlimmer kommen möge. Und doch kam es allzu oft schlimmer.

In den letzten fünfzehn Jahren wurden Begriffe wie Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit zunehmend nicht als Instrumente einer vorausschauenden, verantwortungsvollen Planung genutzt, sondern als Argumente gegen dezentrale Versorgungsstrukturen. Was eigentlich dazu dienen sollte, Qualität, Sicherheit und Verlässlichkeit zu stärken, wurde immer häufiger zur Begründung für Strukturabbau.

Meine beruflichen Erfahrungen, die Erlebnisse als Patientin und als Angehörige sowie die vielen Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen aus dem Gesundheitswesen haben sich zunehmend mit meinen Befürchtungen gedeckt. Entwicklungen, die einst als Ausnahme galten, sind zur Regel geworden. Entscheidungen, die als alternativlos dargestellt wurden, haben sich langfristig als belastend erwiesen – für das Personal, für Patientinnen und Patienten und für ganze Regionen.

Dieser Standpunkt soll eine Verortung sein. Eine Einordnung dessen, was über viele Jahre hinweg gesehen, erlebt und mitgetragen wurde. Er ist zugleich eine Liebeserklärung an ein Gesundheitswesen, wie es vor einigen Jahren noch existierte: getragen von Verantwortung, Nähe, Fachlichkeit und gegenseitigem Respekt. Nicht aus Nostalgie, sondern aus der Überzeugung heraus, dass vieles von dem, was verloren gegangen ist, für eine zukunftsfähige Versorgung unverzichtbar bleibt.

Beschleunigungsreserven, WZW (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit, Wirksamkeit) und der Irrtum vom geschlossenen Operationssaal

Beschleunigungsreserven sind im Gesundheitswesen jene Kapazitäten, die nicht permanent ausgelastet sind. Sie müssen aber jederzeit einsatzbereit sein. Sie bestehen aus Infrastruktur, aus Personal, aus funktionierenden Abläufen und aus Entscheidungsfähigkeit. Ihr Nutzen ist im Normalbetrieb kaum sichtbar. Ihre Bedeutung zeigt sich dort, wo das Unplanbare eintritt. Genau deshalb werden sie häufig als überflüssig betrachtet, obwohl sie in Wahrheit eine Grundbedingung für Versorgungssicherheit sind.

In der aktuellen Diskussion über Kosten und Strukturreformen taucht regelmässig die Vorstellung auf, man könne durch das Reduzieren oder Schliessen von OP-Kapazitäten, etwa an Wochenenden, „richtig viel Geld sparen“. Diese Idee wirkt auf den ersten Blick plausibel, weil sie mit Bildern von leeren Räumen und nicht genutzter Technik arbeitet. Sie ist aber fachlich falsch, betriebswirtschaftlich verkürzt und im WZW-Kontext kaum haltbar.

WZW bedeutet im Schweizer Gesundheitswesen, dass Leistungen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein müssen. Diese drei Kriterien sind gleichwertig. Wirtschaftlichkeit ist nicht der Freipass, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit zu beschädigen. Und Wirtschaftlichkeit bedeutet nicht „billig um jeden Preis“, sondern ein angemessenes Verhältnis von Aufwand und Nutzen unter realistischen Bedingungen. Genau hier liegt das Problem: Wer einen OP am Wochenende schliesst, argumentiert meist mit einer scheinbaren Wirtschaftlichkeit, die in der Realität nicht existiert, weil die grossen Kostenblöcke dadurch gar nicht verschwinden.

Ein OP ist keine Produktionseinheit, die man wie eine Maschinenhalle stilllegt, um Kosten abzustellen. Ein OP ist Sicherheitsinfrastruktur. Seine Kosten bestehen überwiegend aus Fixkosten und aus gebundenen Ressourcen. Diese sind unabhängig davon vorhanden, ob am Samstag operiert wird oder nicht.

Das Personal, das einen OP ermöglicht, ist hochqualifiziert, schwer ersetzbar und in aller Regel fest angestellt. Es handelt sich nicht um eine Schichtarbeit, die man am Freitagabend wegoptimiert und am Montagmorgen wieder aus dem Hut zaubert. OP-Fachpersonen, Anästhesiepflege, Lager und Sterilgut, Technik, Reinigung, Logistik und ärztliche Präsenz verursachen ihre Lohnkosten weiter. Sie lassen sich nicht kurzfristig „abschalten“, ohne dass man die gesamte Struktur zerstört. Ein Betrieb, der glaubt, er könne Personal punktgenau nach Wochenrhythmus aus dem System nehmen, verliert dieses Personal. Und zwar nicht temporär, sondern dauerhaft.

Die Infrastrukturkosten bleiben ebenfalls bestehen. Lüftung, Klima- und Raumluftechnik, Sicherheits- und Überwachungssysteme, Wartungsverträge, IT, Dokumentation, Qualitätsmanagement, Versicherungen, Abschreibungen und Gebäudekosten laufen weiter. Gerade OP-Lüftungs- und Hygienesysteme sind nicht dafür gemacht, dass man sie nach Belieben ein- und ausschaltet, als würde man das Licht in einem Büro löschen. Die Räume müssen betriebsbereit bleiben. Geräte müssen funktionsfähig gehalten werden. Sterilgut und Instrumentarium werden nicht „weggeworfen“ oder kostenfrei geparkt. Der grösste Teil der Kosten bleibt, weil die Struktur als solche weiter existiert.

Was spart man also tatsächlich, wenn man den OP am Wochenende „zumacht“?

Man spart vor allem die Entschädigungen, die mit Bereitschaft und Pikett zusammenhängen, und allenfalls ein wenig variablen Verbrauch wie Einmalmaterial, das man an diesem Wochenende nicht genutzt hätte. Das ist real, aber es ist klein. Es ist nicht der grosse Hebel, als der es politisch gerne verkauft wird. Der Hauptkostenblock eines OP-Betriebs bleibt unangetastet.

Damit sind wir beim Kern: Die Idee vom geschlossenen OP beruht auf einer falschen Annahme über Kostenstruktur. Sie tut so, als wären OP-Kosten überwiegend variabel und würden sinken, sobald man weniger operiert. In Wahrheit sind OP-Kosten zu einem grossen Teil fix oder zumindest gebunden. Wer den OP schliesst, spart nicht „den OP“, sondern schafft nur Lücken in der Versorgung.

Und diese Lücken erzeugen Folgekosten, die in der simplen Sparrechnung nicht auftauchen. Notfälle verschwinden nicht am Freitag um 17 Uhr. Komplikationen nach Eingriffen, akute Bauchereignisse, Blutungen, Frakturen, Infektionen, geburtshilfliche Eskalationen oder andere dringliche Situationen halten sich nicht an Öffnungszeiten. Wenn am Wochenende kein OP verfügbar ist, wird verlegt. Transporte werden organisiert. Patienten werden länger stabilisiert, überwacht, weiterverlegt und an anderer Stelle aufgenommen. Rettungsdienste werden stärker gebunden. Zeit geht verloren. Risiken steigen.

Zeitverlust ist im Gesundheitswesen kein neutraler Faktor. Zeitverlust kann Blutverlust bedeuten. Zeitverlust kann Gewebeverlust bedeuten. Zeitverlust bedeutet häufig höhere Komplikationsraten, längere Verweildauer und mehr Nachbehandlungen. Selbst dort, wo nichts dramatisch eskaliert, entsteht eine Belastungskette: längere Liegezeiten, mehr Diagnostik, mehr Überwachung, mehr Transporte, mehr Schnittstellen, mehr Übergaben, mehr Fehlerquellen.

Das sind nicht nur medizinische Probleme. Das sind Kostenprobleme.

Wer den OP schliesst, verlagert Kosten und Risiken. Er spart nicht, er verschiebt. Die Rechnung wird dann an einem anderen Ort bezahlt: im Rettungswesen, in übernehmenden Spitälern, in der Pflege, in der Rehabilitation, in der Langzeitversorgung, bei den Angehörigen, am Arbeitsplatz, bei Versicherungen und letztlich in der öffentlichen Hand. Diese Kosten sind schlechter steuerbar und oft höher als die vermeintliche Einsparung, die man sich auf die Fahne schreibt.

Im WZW-Verständnis ist das nicht wirtschaftlich, sondern das Gegenteil. Es ist eine Form der Scheineinsparung, die Wirksamkeit und Zweckmässigkeit beschädigt und dabei am Ende höhere Gesamtkosten erzeugt.

Wirksamkeit wird beschädigt, weil notwendige Eingriffe nicht zeitgerecht erfolgen können oder weil die Behandlungskette unterbrochen wird. Zweckmässigkeit wird beschädigt, weil Patienten nicht am sinnvollsten Ort und zum sinnvollsten Zeitpunkt versorgt werden, sondern dort, wo gerade noch eine Struktur offen ist. Wirtschaftlichkeit wird beschädigt, weil man neue Prozesskosten, Transportkosten, Schnittstellenkosten und Folgekosten produziert, die man vorher nicht hatte.

Hinzu kommt ein weiterer Punkt, der selten offen ausgesprochen wird: Solche Schliessungslogiken setzen Personal unter Dauerdruck. Wenn Beschleunigungsreserven fehlen, entsteht ein System, das im Normalbetrieb schon am Limit läuft. Jede Abweichung wird zur Krise. Das führt zu Überlastung, zu Fluktuation und zu Rekrutierungsproblemen. Personalverluste sind teuer. Sie sind nicht nur teuer, sie sind

langfristig strukturschädigend. Ein ausgedünntes Team kann nicht plötzlich wieder „hochfahren“. Genau das ist das Wesen von Beschleunigungsreserven: Sie müssen vorhanden sein, bevor man sie braucht.

Politisch wirken solche Sparübungen oft attraktiv, weil sie schnell erzählt sind. Man hat eine einfache Massnahme und ein scheinbar klares Einsparversprechen. Fachlich ist es jedoch eine riskante Wette. Man wettet darauf, dass am Wochenende nichts passiert, was operative Bereitschaft benötigt, oder dass man die Folgen billig auf andere abwälzen kann. Beides widerspricht der Verantwortung, die ein Versorgungssystem gegenüber einer Region trägt.

Ein Gesundheitssystem darf nicht nur im Idealfall funktionieren. Seine Qualität zeigt sich in den Randzeiten, in den Druckphasen, in den Momenten, in denen es schnell und sauber reagieren muss. Genau dafür sind Beschleunigungsreserven da. Sie sind teuer, ja. Aber sie sind günstiger als die Schäden und Folgekosten, die entstehen, wenn man sie abbaut.

Die Aussage ist daher schlicht: Einen OP am Wochenende zu schliessen spart nicht den OP. Es spart ein wenig Bereitschaftsentschädigung. Sonst spart es kaum etwas, zerstört aber Reaktionsfähigkeit. Was danach folgt, sind Kostenverschiebungen und Qualitätsverluste, die am Ende die Gesamtbelastung erhöhen.

Wer ernsthaft WZW ernst nimmt, kann solche Massnahmen nicht als wirtschaftlich verkaufen, ohne den Begriff Wirtschaftlichkeit selbst zu entkernen.

Beschleunigungsreserven sind kein Luxus. Sie sind die Voraussetzung dafür, dass Wirksamkeit und Zweckmässigkeit auch dann gelten, wenn die Realität nicht nach Plan läuft. Und ein System, das diese Reserven abbaut, spart nicht. Es macht die Rechnung nur später. Und meistens höher.

Personal, Redundanz und der Denkfehler der Minimalbesetzung

Beim Personal kommt ein Aspekt hinzu, der in Sparrechnungen fast systematisch ausgeblendet wird: die Notwendigkeit von Redundanz. Redundanz bedeutet im medizinischen Kontext nicht Überfluss, sondern Absicherung. Sie stellt sicher, dass kritische Funktionen auch dann verfügbar bleiben, wenn einzelne Personen ausfallen, gebunden sind oder gleichzeitig mehrere Ereignisse eintreten.

Ein OP-Betrieb ist keine Aneinanderreihung isolierter Tätigkeiten. Er ist ein fein abgestimmtes Zusammenspiel hochspezialisierter Fachpersonen. Anästhesie, OP-Pflege, Chirurgie, Technik und Logistik sind nicht beliebig austauschbar. Fällt eine Schlüsselperson aus, steht nicht einfach eine andere bereit, die man spontan einsetzen kann. Qualifikation, Erfahrung und Teamroutine sind entscheidend für Sicherheit und Qualität.

Redundanz im Personal bedeutet, dass es mehr als die rechnerisch minimale Besetzung gibt. Nicht, weil man ineffizient arbeiten will, sondern weil man Ausfälle, Parallelereignisse und Eskalationen einkalkuliert. Krankheit, Erschöpfung,

unvorhergesehene Verlängerungen von Eingriffen oder gleichzeitige Notfälle sind keine Ausnahme, sondern Teil der Realität. Ein System, das personell auf Kante genäht ist, hat keine Reserve, um damit umzugehen.

Wer OP-Kapazitäten am Wochenende schliesst, argumentiert oft implizit mit einer Minimalbesetzungsidee: Man habe dann weniger Personal im Einsatz und spare entsprechend. In Wirklichkeit untergräbt man damit genau jene Redundanz, die für eine sichere Versorgung notwendig ist. Personal wird nicht nur reduziert, sondern in seiner Einsatzfähigkeit fragmentiert. Teams verlieren Routine, Abläufe werden instabiler, Übergaben nehmen zu, Verantwortung wird auf weniger Schultern verteilt.

Redundanz ist auch aus arbeitsmedizinischer Sicht zentral. Ohne personelle Reserve entstehen Dauerbelastungen. Pausen werden kürzer, Erholungszeiten knapper, Ausfälle wahrscheinlicher. Das wiederum führt zu mehr Krankheitsabsenzen, höherer Fluktuation und letztlich zu Personalverlusten. Diese Effekte sind teuer, aber zeitlich verzögert. Genau deshalb tauchen sie in kurzfristigen Sparrechnungen kaum auf.

Im WZW-Kontext ist Redundanz beim Personal klar zweckmässig. Sie erhöht die Sicherheit, senkt das Risiko von Fehlern und ermöglicht eine zeitgerechte Versorgung auch bei Verdichtung der Ereignisse. Sie ist wirksam, weil sie verhindert, dass einzelne Ausfälle das gesamte System destabilisieren. Und sie ist wirtschaftlich, weil sie Folgekosten vermeidet, die durch Überlastung, Fehler, Komplikationen und Personalabgänge entstehen.

Ein System ohne personelle Redundanz funktioniert nur solange alles glatt läuft. Sobald mehrere Faktoren zusammenkommen, kippt es. Dann entstehen genau jene Mehrkosten, die man angeblich verhindern wollte. Mehr Überstunden, mehr Krankheitsausfälle, mehr temporäre Lösungen, mehr externe Einsätze und mehr Rekrutierungskosten. Diese Kosten sind real, aber sie erscheinen zeitversetzt und verteilt. Sie lassen sich schlechter zuordnen, sind aber insgesamt höher.

Redundanz im Personal ist daher kein Luxus und kein Komfort. Sie ist ein integraler Bestandteil von Beschleunigungsreserven. Sie sorgt dafür, dass ein OP-Betrieb nicht nur rechnerisch existiert, sondern real handlungsfähig bleibt. Wer sie abbaut, spart nicht am richtigen Ort. Er erhöht die Wahrscheinlichkeit von Systemversagen.

In der Kombination mit Wochenendschliessungen von OPs wird dieser Effekt verstärkt. Die Struktur bleibt bestehen, die Anforderungen bleiben bestehen, aber die personelle Absicherung wird geschwächt. Das Ergebnis ist ein System, das zwar auf dem Papier günstiger aussieht, in der Praxis aber fragiler wird.

Aus Sicht von WZW ist das nicht haltbar. Zweckmässigkeit verlangt Redundanz dort, wo Risiken hoch sind. Wirksamkeit setzt voraus, dass Leistung auch dann erbracht werden kann, wenn nicht alles nach Plan läuft. Wirtschaftlichkeit bedeutet, genau diese Stabilität zu sichern, statt sie aus kurzfristigen Rechenmodellen heraus zu opfern.

Teamroutine, Fallzahlen und der systematische Rechenfehler

Ein weiterer zentraler Aspekt in der Diskussion um Effizienz, Qualität und Fallzahlen ist die Frage, **wie** überhaupt gezählt wird. In der öffentlichen und politischen Debatte werden Fallzahlen häufig pro Haus oder pro Standort gerechnet. Diese Betrachtung greift zu kurz und führt in vielen Fällen zu falschen Schlussfolgerungen über Qualität, Erfahrung und Outcome.

In kleineren OP-Strukturen ist es häufig so, dass einzelne Chirurginnen und Chirurgen ein breites Spektrum an Eingriffen beherrschen. Sie operieren regelmässig, oft selbständig, mit einem eingespielten Kernteam. Die operative Verantwortung liegt klar bei einer Person. Schnittführung, Durchführung des Eingriffs und Abschluss erfolgen aus einer Hand. Genau daraus entsteht Teamroutine. Abläufe sind bekannt, Kommunikation ist direkt, Rollen sind klar. Diese Form der Arbeit ist nicht primitiv oder rückständig, sondern hochprofessionell, weil sie auf Kontinuität und Erfahrung basiert.

In hochspezialisierten Zentren stellt sich die Situation oft anders dar. Dort werden Eingriffe arbeitsteilig durchgeführt. Ein Eingriff kann von mehreren Ärztinnen und Ärzten begleitet sein. Eine Person führt den Zugang, eine andere übernimmt den eigentlichen operativen Teil, eine dritte schliesst den Eingriff ab. Das ist nicht per se schlecht und in bestimmten hochkomplexen Situationen sinnvoll. Es bedeutet aber, dass die operative Erfahrung auf mehrere Personen verteilt ist.

Wenn in solchen Strukturen Fallzahlen pro Haus gerechnet werden, entsteht der Eindruck hoher Routine. In Wahrheit ist die individuelle Fallzahl pro Chirurg oder pro Teammitglied deutlich niedriger, als es die aggregierte Zahl suggeriert. Erfahrung wird rechnerisch gebündelt, praktisch aber fragmentiert.

Wird hingegen in einem kleineren Haus die Fallzahl pro Chirurg betrachtet, zeigt sich oft ein anderes Bild. Die einzelne Fachperson hat eine hohe persönliche Routine über ein breites Spektrum hinweg. Sie kennt nicht nur den Eingriff, sondern auch die Abläufe, das Team, die Infrastruktur und die lokalen Gegebenheiten. Diese Form von Erfahrung wirkt sich direkt auf Entscheidungsfähigkeit, Geschwindigkeit, Sicherheit und Komplikationsmanagement aus.

Für das Outcome ist nicht entscheidend, wie viele Eingriffe ein Gebäude gesehen hat. Entscheidend ist, wie viele Eingriffe eine konkrete Person oder ein eingespieltes Team durchgeführt hat. Genau dieser Unterschied geht in vielen Statistiken verloren.

Im WZW-Kontext ist das problematisch. Wirksamkeit bemisst sich am Ergebnis, nicht an der Grösse der Organisation. Zweckmässigkeit verlangt, dass ein Eingriff dort erfolgt, wo er mit der grössten Kompetenz und der höchsten Routine durchgeführt werden kann. Wirtschaftlichkeit wird nicht dadurch erreicht, dass man Fallzahlen zentral bündelt, sondern dadurch, dass man Komplikationen vermeidet, Prozesse stabil hält und Wiederholungen reduziert.

Teamroutine ist dabei ein unterschätzter Faktor. Sie entsteht nicht durch Grösse, sondern durch Wiederholung unter ähnlichen Bedingungen. Ein stabiles Team, das regelmässig

miteinander arbeitet, erkennt Probleme früher, kommuniziert effizienter und handelt abgestimmter. Diese Qualität lässt sich nicht beliebig skalieren und nicht einfach verordnen. Sie wächst über Zeit.

Wer OP-Strukturen schliesst oder ausdünn, zerstört diese Teamroutine. Personal wird versetzt, Teams werden neu zusammengesetzt, Abläufe ändern sich. Die individuelle Erfahrung bleibt, aber die kollektive Routine geht verloren. Das wirkt sich unmittelbar auf Sicherheit und Effizienz aus, auch wenn es in keiner kurzfristigen Kostenrechnung auftaucht.

Wenn man Fallzahlen stattdessen konsequent pro Chirurg oder pro operativ tätige Person analysieren würde, käme man in vielen Fällen zu einer anderen Bewertung von Qualität und Outcome. Kleine OP-Strukturen würden nicht automatisch als minderwertig erscheinen, sondern als hochspezialisierte Einheiten mit grosser persönlicher Routine. Grosse Zentren würden differenzierter betrachtet, mit Blick auf tatsächliche Erfahrung pro Akteur statt auf aggregierte Zahlen.

Diese Perspektive ist unbequem, weil sie einfache Zentralisierungsargumente relativiert. Sie ist aber fachlich notwendig, wenn man WZW ernst nimmt. Denn weder Wirksamkeit noch Zweckmässigkeit lassen sich aus Hausstatistiken allein ableiten. Sie hängen an Menschen, an Teams und an gelebter Routine.

Beschleunigungsreserven, personelle Redundanz und Teamroutine gehören deshalb zusammen. Ein System, das diese Faktoren berücksichtigt, ist stabiler, sicherer und langfristig wirtschaftlicher. Ein System, das sie ignoriert, mag auf dem Papier effizient wirken, produziert aber höhere Risiken und am Ende höhere Kosten.

Vergleichsbeispiel: Fallzahlen, Teamroutine und Outcome

Ausgangslage

Zwei Spitalstrukturen führen denselben Eingriff durch, etwa eine häufige abdominalchirurgische Operation mit klar definiertem Risiko- und Komplikationsprofil.

Struktur A ist ein kleines Haus mit einem Operationssaal.

Struktur B ist ein grosses Zentrum mit mehreren Operationssälen und hochgradiger Spezialisierung.

Struktur A: kleiner OP mit breitem Kompetenzprofil

In Struktur A wird der Eingriff von einem Chirurgen durchgeführt, der ein breites Spektrum an Operationen beherrscht. Er operiert diesen Eingriff regelmässig, oft selbständig, von der Eröffnung bis zum Wundverschluss. Unterstützt wird er von einem konstanten OP-Team, das häufig gemeinsam arbeitet.

Der Chirurg führt pro Jahr eine moderate, aber kontinuierliche Anzahl dieser Eingriffe durch. Seine persönliche Fallzahl ist hoch genug, um Routine zu sichern, und gleichzeitig

eingebettet in eine breite operative Tätigkeit. Das Team kennt die Abläufe, antizipiert die nächsten Schritte, erkennt Abweichungen früh und kommuniziert direkt.

Kommt es zu einer Komplikation, kennt der Chirurg nicht nur den Eingriff, sondern auch den Patienten, die Infrastruktur und die lokalen Abläufe. Entscheidungen werden rasch getroffen, ohne Schnittstellenverluste.

Die Fallzahl des Hauses ist insgesamt niedriger als in einem Zentrum. Die Fallzahl pro Chirurg und pro Team ist jedoch stabil und nachvollziehbar.

Struktur B: grosses Zentrum mit Spezialisierung

In Struktur B wird derselbe Eingriff häufig durchgeführt. Die Gesamtfallzahl pro Jahr ist hoch. Der Eingriff erfolgt arbeitsteilig. Eine Person eröffnet, eine andere übernimmt den zentralen operativen Teil, eine dritte schliesst. Das OP-Team wechselt häufiger, je nach Dienstplan, Subdisziplin und Verfügbarkeit.

Die einzelne Fachperson ist hochspezialisiert, führt aber jeweils nur einen Teil des Eingriffs durch oder operiert diesen Eingriff in grösseren zeitlichen Abständen. Die persönliche Fallzahl pro Chirurg für den vollständigen Eingriff ist niedriger, als es die Gesamtzahl des Hauses vermuten lässt.

Die Erfahrung ist fragmentiert. Die Routine liegt im System, nicht zwingend bei der einzelnen Person oder beim konstanten Team.

Der statistische Unterschied

Wird nun die Qualität anhand der Fallzahl pro Haus bewertet, erscheint Struktur B überlegen. Die Zahlen sind hoch, das Zentrum wirkt routiniert und erfahren.

Wird hingegen die Fallzahl pro Chirurg oder pro eingespieltem Team betrachtet, ergibt sich ein anderes Bild. In Struktur A ist die persönliche Routine klar zuordenbar. In Struktur B verteilt sich die Erfahrung auf viele Schultern. Die hohe Gesamtzahl kaschiert die geringere individuelle Kontinuität.

Für das Outcome ist dieser Unterschied relevant. Komplikationen treten nicht abstrakt in einem Haus auf, sondern in einem konkreten Eingriff, durchgeführt von konkreten Menschen in einem konkreten Team. Entscheidungsqualität, Reaktionsgeschwindigkeit und Sicherheit hängen an dieser Ebene.

Bezug zu WZW

Im Sinne der Wirksamkeit ist entscheidend, dass der Eingriff fachlich korrekt und sicher durchgeführt wird. Diese Wirksamkeit entsteht nicht allein aus der Grösse einer Struktur, sondern aus persönlicher Erfahrung und Teamroutine.

Zweckmässig ist der Ort, an dem der Eingriff mit stabilen Abläufen, klarer Verantwortung und schneller Entscheidungsfähigkeit erfolgt. Das kann ein grosses Zentrum sein, muss es aber nicht zwingend. Ein kleines Haus mit hoher persönlicher Routine kann hier gleichwertig oder überlegen sein.

Wirtschaftlich ist jene Struktur, die Komplikationen vermeidet, Prozesse stabil hält und Folgebehandlungen reduziert. Das gelingt dort, wo Teamroutine und Verantwortlichkeit klar sind. Hohe Hausfallzahlen ohne entsprechende individuelle Routine sind dafür kein Garant.

Fazit des Vergleichs

Die gängige Praxis, Fallzahlen pro Haus zu rechnen, führt zu einer systematischen Verzerrung. Sie bevorzugt grosse Strukturen unabhängig davon, wie sich Erfahrung und Verantwortung tatsächlich verteilen.

Würde man Fallzahlen konsequent pro Chirurg oder pro operativ tätige Person auswerten, würden kleinere OP-Strukturen in einem anderen Outcome-Segment erscheinen. Ihre Qualität wäre sichtbar, statt statistisch überdeckt.

Für eine ernsthafte WZW-Beurteilung reicht es daher nicht, Strukturen zu zählen. Man muss Menschen, Teams und Routinen betrachten. Erst dort entscheidet sich, ob Versorgung wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich ist.

Personal als konstitutiver Bestandteil der Versorgung

In der gesundheitspolitischen Debatte wird häufig mit Bettenzahlen argumentiert. Diese Betrachtung greift zu kurz und führt zu Fehlinterpretationen. Ein Spitalbett ohne Pflegepersonal ist keine Versorgungseinheit. Es ist ein physischer Platz ohne medizinische Funktion.

Ein Bett ohne Pflege ist kein Spitalbett. Es ist ein Gelieger.

Diese Unterscheidung ist nicht sprachlich, sondern systemisch relevant. Wer von Bettenknappheit spricht, ohne die personelle Ausstattung mitzudenken, verkennt die Realität der Versorgung. In der Praxis entsteht die Knappheit nicht primär durch fehlende Infrastruktur, sondern durch fehlendes oder überlastetes Personal.

Personal ist damit kein Zusatzfaktor, sondern der konstitutive Bestandteil jeder Versorgungsleistung. Ohne ausreichende Pflege- und Fachkräfte existieren weder stationäre Kapazitäten noch Beschleunigungsreserven. Betten können nicht hochgefahren werden, wenn das Personal fehlt. Sie können nicht flexibel genutzt werden, wenn Teams ausgelaugt oder fragmentiert sind.

Im WZW-Kontext bedeutet dies: Eine Politik, die sich auf Bettenzahlen, Gebäude oder formale Kapazitäten fokussiert, ohne die Personalpolitik mitzudenken, erfüllt weder das

Kriterium der Zweckmässigkeit noch jenes der Wirtschaftlichkeit. Die vermeintliche Vorhaltung von Kapazitäten ist dann eine Illusion.

Gerade in alpinen Regionen wird dieser Denkfehler besonders sichtbar. Wenn Personal fehlt, nützen vorhandene Räume, Betten oder technische Ausstattung nichts. Die Versorgung fällt faktisch aus, obwohl sie auf dem Papier noch existiert.

Abbau von Kapazitäten und die Illusion der Rekrutierung

Wenn Bettenkapazitäten reduziert, Pflegeeinheiten verkleinert und operative Strukturen geschlossen werden, stellt sich zwangsläufig die Frage, weshalb gleichzeitig ein erhöhter Bedarf an Personal postuliert wird. Wer Arbeits- und Ausbildungsorte systematisch abbaut, kann nicht gleichzeitig erwarten, dass sich Fachkräfte für genau diese Strukturen entscheiden.

Personalrekrutierung setzt reale, verlässliche Perspektiven voraus. Diese entstehen dort, wo stabile Teams, kontinuierliche Arbeitsfelder und Entwicklungsmöglichkeiten vorhanden sind. Werden Standorte geschwächt oder in ihrer Zukunftssicherheit infrage gestellt, verliert die Region ihre Attraktivität als Arbeits- und Ausbildungsort.

Dies betrifft insbesondere die Ausbildung. Gesundheitsberufe werden in der Regel dort erlernt, wo Menschen verwurzelt sind. Wenn Ausbildung und Berufsausübung nur noch in entfernten Zentren möglich sind, sinkt die Bereitschaft, diesen Weg überhaupt einzuschlagen. Der Nachwuchsmangel ist in diesem Fall nicht Ursache, sondern direkte Folge der Strukturpolitik.

Im Umkehrschluss bedeutet dies: Der Abbau regionaler Versorgungsstrukturen erzeugt den Personalangel, den er später zu bekämpfen vorgibt. Rekrutierung wird so zu einem nachgelagerten Reparaturversuch eines strukturell selbst verursachten Problems.

Aus Sicht von WZW ist diese Logik weder zweckmässig noch wirtschaftlich. Sie erzeugt vermeidbare Fluktuation, hohe Rekrutierungskosten und einen nachhaltigen Verlust an regionaler Versorgungskompetenz.

Ein Aspekt, der in der politischen Diskussion häufig zu wenig Beachtung findet, ist die Art von Verantwortung, die im Gesundheitswesen getragen wird. Für viele politische Entscheidungsträger endet Verantwortung mit dem Abschluss einer Sitzung oder einer Debatte. Für das Gesundheitspersonal endet sie nicht nach acht Stunden. Sie wird mit nach Hause genommen, in Gedanken, in Erschöpfung, in Sorge um Entscheidungen und deren Folgen.

Gerade Menschen, die mehrere Rollen gleichzeitig tragen – fachlich, organisatorisch, menschlich – erleben diese Verantwortung als dauerhaft. Sie lässt sich nicht ablegen und nicht delegieren. Sie prägt Beziehungen, Familienleben und die eigene Gesundheit.

Die unzureichende Umsetzung der Pflegeinitiative verstärkt diese Schieflage. Sie zeigt, dass die Anerkennung dieser dauerhaften Verantwortung bisher nicht konsequent in

strukturelle Entlastung übersetzt wurde. Solange Verantwortung politisch vor allem formal verstanden wird, bleibt die gelebte Realität des Gesundheitspersonals unberücksichtigt.

Eine zukunftsfähige Gesundheitspolitik muss diesen Perspektivenwechsel vollziehen: von Verantwortung als zeitlich begrenzter Aufgabe hin zu Verantwortung als kontinuierlicher Belastung, die getragen wird – auch ausserhalb von Dienstzeiten, auch ausserhalb von Debatten.

Überalterung, Mobilität und die Frage realer Erreichbarkeit

In vielen Debatten über Spitalstrukturen bleibt unausgesprochen, dass Versorgung nicht nur eine organisatorische, sondern auch eine körperliche Frage ist und dass sich die Mobilität der Bevölkerung in den letzten Jahren deutlich verändert hat.

Diese Veränderung ist eng mit der demografischen Entwicklung verknüpft. Die Bevölkerung wird älter, chronische Erkrankungen nehmen zu, und die individuelle Mobilität sinkt. Was auf dem Papier als zumutbare Distanz erscheint, ist für viele ältere Menschen eine reale Hürde. Wer nicht mehr Auto fährt, auf Gehhilfen angewiesen ist oder kognitiv eingeschränkt ist, kann längere Wege nicht einfach bewältigen. Öffentliche Verkehrsverbindungen sind im ländlich-alpinen Raum oft eingeschränkt, und Angehörige stehen nicht immer zur Verfügung.

Längere Distanzen führen dazu, dass medizinische Hilfe später oder gar nicht in Anspruch genommen wird. Erkrankungen werden schwerer, Hospitalisationen länger und Behandlungen komplexer. Diese Effekte verursachen nicht nur menschliches Leid, sondern auch erhebliche Mehrkosten für das Gesundheitssystem.

Im WZW-Sinn ist eine Versorgung dann nicht mehr zweckmässig, wenn sie formell existiert, praktisch aber nicht erreichbar ist. Erreichbarkeit ist Teil der Wirksamkeit. Eine Struktur, die nur für mobile, gut vernetzte Menschen funktioniert, verfehlt ihren Versorgungsauftrag.

Gerade in alpinen Regionen, in denen Distanzen, Wetterbedingungen und Infrastruktur eine zusätzliche Rolle spielen, verschärft die Überalterung diese Problematik. Eine Politik, die Strukturen abbaut und Wege verlängert, erhöht die Belastung genau jener Bevölkerungsgruppen, die am stärksten auf eine wohnortnahe Versorgung angewiesen sind.

Ärztliche Unterversorgung, Kostenbelastung und systemisch erzwungene Fehlentscheide

In der Diskussion über Gesundheitskosten wird häufig unterschätzt, wie stark finanzielle Belastungen medizinische Entscheidungen beeinflussen.

Steigende Krankenkassenprämien, hohe Selbstbehalte und Franchisen führen dazu, dass medizinische Entscheidungen nicht mehr primär nach gesundheitlichen, sondern nach finanziellen Kriterien getroffen werden.

Besonders ältere Menschen geraten dadurch unter Druck. Sie werden in der öffentlichen Debatte oft als hohe Kostenfaktoren bezeichnet, obwohl sie in einer Lebensphase sind, in der medizinische Betreuung besonders wichtig ist. Diese Sichtweise verändert den Zugang zur Versorgung. Wer sich als Belastung wahrnimmt, sucht Hilfe später oder gar nicht.

Fehlende oder schwer erreichbare ärztliche Versorgung verstärkt diesen Effekt. Wenn Hausärztinnen und Hausärzte fehlen, Wege länger werden und Termine schwer verfügbar sind, steigt die Schwelle zusätzlich. Menschen warten ab, bagatellisieren Symptome und verzichten auf frühzeitige Abklärungen.

Diese Verzögerungen sind keine individuelle Fehlentscheidung, sondern eine systemisch erzeugte Reaktion. Sie führen dazu, dass Erkrankungen erst in einem fortgeschrittenen Stadium behandelt werden. Die Folge sind höhere Risiken, längere Behandlungen und letztlich höhere Kosten für das Gesundheitssystem.

Im WZW-Sinn ist eine Versorgung nicht wirksam, wenn sie aus finanziellen oder strukturellen Gründen nicht rechtzeitig in Anspruch genommen wird. Wirtschaftlichkeit wird hier verfehlt, weil kurzfristige Einsparungen durch hohe Selbstbehalte langfristig zu Mehrkosten führen. Zweckmässig wäre eine Struktur, die frühzeitige, gut erreichbare medizinische Betreuung ermöglicht und Fehlentscheide verhindert, statt sie zu erzwingen.

Folgerung

Beschleunigungsreserven sind also kein Komfortelement eines Gesundheitssystems, sondern dessen tragende Sicherheitsstruktur. Sie sichern Reaktionsfähigkeit, ermöglichen fachlich richtige Entscheidungen unter Zeitdruck und verhindern Folgekosten, die durch Verzögerungen, Umwege und Überlastung entstehen. Im WZW-Verständnis sind sie nicht das Gegenstück zur Wirtschaftlichkeit, sondern deren Voraussetzung.

Gerade in alpinen Regionen, in denen Distanzen grösser, Transportzeiten länger und Wetter- sowie Infrastrukturabhängigkeiten real sind, wiegt der Verlust operativer Bereitschaft besonders schwer. Wer dort OP-Kapazitäten abbaut, reduziert nicht nur medizinische Sicherheit, sondern erzeugt systematisch zusätzliche Kosten an anderer Stelle.

Einen OP in einer alpinen Spitalregion aus Kostengründen zu schliessen, ist daher keine Sparmassnahme, sondern ein grundlegender betriebswirtschaftlicher Denkfehler. Die grossen Kosten bleiben bestehen, die vermeintlichen Einsparungen sind marginal, und die Rechnung wird mit erhöhten Risiken, zusätzlichen Transporten und steigenden

Folgekosten bezahlt. Wirtschaftlich ist das nicht, sondern eine Scheineinsparung zulasten von Sicherheit, Qualität und Gesamtverantwortung.

Rechtliche Verantwortung und staatliche Sorgfaltspflicht

Gesundheitsversorgung ist keine rein marktwirtschaftliche Dienstleistung. Sie gehört zur staatlichen Grundversorgung und unterliegt einer öffentlichen Gewährleistungsverantwortung. Diese Verantwortung kann delegiert, aber nicht abgegeben werden.

Das WZW-Prinzip ist nicht nur ein Kosteninstrument, sondern Ausdruck dieser Verantwortung. Es verpflichtet Politik und Verwaltung dazu, Wirksamkeit und Zweckmässigkeit gleichrangig zur Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen. Werden Strukturen abgebaut, obwohl absehbar ist, dass dadurch Versorgungssicherheit leidet, wird diese Sorgfaltspflicht verletzt.

Besonders in Regionen mit erschwerter Erreichbarkeit bedeutet staatliche Verantwortung, Risiken nicht bewusst in Kauf zu nehmen, nur um kurzfristige Budgetziele zu erreichen. Versorgungssicherheit ist kein freiwilliger Zusatznutzen, sondern Teil des gesetzlichen Auftrags.

Wenn operative Kapazitäten reduziert werden, obwohl klar ist, dass Alternativen zeitlich oder geografisch nicht gleichwertig erreichbar sind, ist das kein neutraler Strukturentscheid, sondern eine politische Priorisierung mit rechtlicher Tragweite.

Schlussbemerkung zur Perspektive dieses Standpunkts

Die Perspektive dieses Standpunkts ist nicht theoretisch entstanden. Sie ist gewachsen aus langjähriger Erfahrung im Gesundheitswesen und aus der Betrachtung desselben Systems aus unterschiedlichen Rollen heraus. Über dreissig Jahre hinweg habe ich Entwicklungen nicht nur beobachtet, sondern am eigenen Leib erfahren: als junge Mitarbeiterin, die von einem Tag auf den anderen Verantwortung übernehmen musste, ohne vorbereitet zu sein; als Führungskraft, von der Funktionieren erwartet wurde, während tragende Strukturen fehlten; als Patientin und als Angehörige, die erlebt haben, wie sich Entscheidungen im Alltag konkret auswirken.

Diese Erfahrungen haben den Blick dafür geschärft, wo Systeme tragen und wo sie Menschen überfordern. Sie haben gezeigt, wie gross die Lücke zwischen Planung, Steuerung und gelebter Realität sein kann. Genau aus dieser Lücke heraus entsteht der Anspruch, Versorgung nicht nur strukturell oder ökonomisch zu denken, sondern menschlich, verantwortungsvoll und nachhaltig.

Der Blick wurde zusätzlich geprägt durch den langjährigen Austausch mit einem leitenden OP-Fachmann. Dieser Austausch war kein gelegentliches Gespräch, sondern über viele Jahre hinweg kontinuierlich und allgegenwärtig. Er fand nicht nur im

beruflichen Kontext statt, sondern griff unmittelbar in unsere private Lebensrealität ein. Fragen der Versorgung, der Arbeitsverdichtung, des Personalmangels und der strukturellen Fehlentwicklungen begleiteten uns rund um die Uhr, auch nachts und an Wochenenden. Sie überschwappten regelmässig in unsere Familien- und Beziehungssphäre und machten deutlich, wie tief das System in das Leben der darin arbeitenden Menschen eingreift.

In diesem engen und dauerhaften Austausch wurde früh sichtbar, dass sich zentrale Entwicklungen im Schweizer Gesundheitswesen zunehmend an Modellen orientieren, wie sie aus Deutschland bekannt sind. Die dort gemachten Erfahrungen mit fortschreitender Ökonomisierung, zunehmender Arbeitsverdichtung und dem schrittweisen Abbau personeller und struktureller Reserven wirkten dabei als Frühwarnsignal. Sie zeigten, welche langfristigen Folgen solche Entscheidungen für Personalbindung, Versorgungsqualität und Kosten haben können, lange bevor diese Auswirkungen öffentlich benannt wurden.

Der vorliegende Standpunkt ist daher keine Momentaufnahme und keine rückblickende Klage. Er ist das Ergebnis einer über Jahre hinweg verdichteten Beobachtung, gelebter Realität und wiederholter Dialogversuche. Ziel ist nicht Schuldzuweisung, sondern Verständigung. Nicht Zuspitzung, sondern Einordnung. Und nicht kurzfristige Kritik, sondern die Einladung, Versorgungssicherheit, Personalpolitik und Wirtschaftlichkeit wieder gemeinsam und verantwortungsvoll zu denken.

Marianne Herbst-Stauffer