Antonio Vera

Der Arzt im Krankenhaus des 21. Jahrhunderts: Professional oder klinischer Manager?

Arzt; Krankenhausmanagement; Krankenhausorganisation; Manager; Professional; Rollenkonflikt

Der vorliegende Beitrag untersucht aus der Perspektive der Betriebswirtschaftslehre die Rolle, die Ärzte heutzutage in einem Krankenhaus spielen. Dabei wird ausgehend von den managementrelevanten Merkmalen der Ärzteprofession gezeigt, dass die traditionelle Form der organisatorischen Einbindung von Ärzten in ein Krankenhaus unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen im deutschen Krankenhauswesen nicht zweckmäßig ist. Im Anschluss daran wird eine alternative organisatorische Lösung beschrieben, die besser an diese Rahmenbedingungen angepasst ist. Abschließend werden noch die Ergebnisse von einigen empirischen Studien zu diesem Themengebiet vorgestellt.

I. Einleitung

„The problem was that administrators didn't understand that we are here for patients - that it's patients we are looking after, not bags of beans or loaves or things like that." (Llewellyn 2001, S. 606).

Dieses Zitat stammt aus einem Interview mit einem leitenden Arzt in einem englischen Krankenhaus und drückt sehr anschaulich eines der gravierendsten Probleme des heutigen Krankenhausmanagements aus: die Dichotomie von Krankenhausärzten und Krankenhausmanagern (Golden/Dukerich/Fabian 2000, S. 1157 ff.). Obwohl die stationäre Krankenversorgung international sehr unterschiedlich ausgestaltet ist, stellen Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit von Ärzten und Managern ein grenzüberschreitend auftretendes Phänomen in Krankenhäusern dar. Abernethy und Stoelwinder sprechen in diesem Zusammenhang von einem „Zusammenprall der Kulturen" (Abernethy/Stoelwinder 1995, S. 1), während Shortell die Metapher der unterschiedlichen „Stämme" benutzt, d. h. dass Krankenhausärzte und -manager jeweils verschiedene Sprachen, Werte, Kulturen, Denkmuster und Spielregeln haben (Shortell 1991, S. 14). Zurückzuführen sind diese Schwierigkeiten nach Ansicht vieler Autoren hauptsächlich darauf, dass das Verhalten der Ärzte – als Angehörige eines freien Berufes bzw. als „Professionals" – stark von berufsständischen Normen und Werten geprägt ist. Demzufolge verfolgen Krankenhausärzte überwiegend die Ziele ihrer Profession, die sich aber nur schwer mit den betriebswirtschaftlichen Zielen eines Krankenhauses vereinbaren lassen (Hurlebaus 2004, S. 125 ff.) Hinzu kommt, dass Ärzte im Rahmen ihrer Ausbildung keinerlei betriebswirtschaftliche Inhalte vermittelt bekommen und sich nicht für betriebswirtschaftliche Zusammenhänge

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

oder die Übernahme einer Managementfunktion interessieren (Kazmierczak 2002, S. 548). Pollitt u. a. bezeichnen Krankenhausärzte daher als „widerwillige Manager“ (Pollitt u. a. 1988, S. 213).

Aus der Perspektive des Krankenhausmanagements ist die fehlende Managementorientierung der Krankenhausärzte hochgradig problematisch. Dies hängt mit den in den letzten Jahrzehnten in allen entwickelten Volkswirtschaften durchgeführten Reformen zusammen, die markt- und wettbewerbsorientierte Mechanismen in das Gesundheitswesen implementiert haben. In Deutschland ist in diesem Zusammenhang vor allem auf die seit 2003 schrittweise stattfindende Einführung eines DRG-basierten, prospektiven Vergütungssytems für Krankenhäuser hinzuweisen (Vera/Lüngen 2002, S. 638 ff.). Hinzu kommt die Finanzmittelknappheit der öffentlichen Hand. Unter solchen Bedingungen hängt das Überleben von Krankenhäusern von ihrer Fähigkeit ab, die zur Verfügung stehenden Ressourcen effizient einzusetzen und langfristig mindestens ausgeglichene finanzielle Ergebnisse zu erzielen. Dies kann aber nur gelingen, wenn die Krankenhausärzte, die die zentrale Schlüsselposition im Leistungserstellungsprozess des Krankenhauses einnehmen, zur Erreichung dieses Ziels beitragen. Damit ist nicht gemeint, dass Ärzte aus dem klinischen Bereich eines Krankenhauses herausgelöst und z. B. als Medizincontroller an der Schnittstelle zwischen klinischem und administrativem Bereich beschäftigt werden (Vera 2004, S. 124 ff.). Nachhaltige Effizienzsteigerungen und Verbesserungen des wirtschaftlichen Ergebnisses eines Krankenhauses erfordern vielmehr eine stärkere Managementorientierung auch der klinisch tätigen Ärzte.

Genau mit diesem Problembereich beschäftigt sich der vorliegende Beitrag. Dabei wird im folgenden Kapitel II zunächst erörtert, welche managementrelevanten Merkmale die Ärzteprofession aufweist. Im Anschluss daran wird in Kapitel III analysiert, welche Rolle Ärzte in einem modernen und zukunftsfähigen Krankenhaus spielen müssen. In Kapitel IV werden schließlich einige besonders aussagekräftige empirische Studien vorgestellt, die sich mit diesem Themengebiet beschäftigen. Abschließend wird in Kapitel V noch ein kurzes Fazit gezogen.

II. Der Arzt als Professional

Ärzte gelten – wie z. B. Rechtsanwälte, Architekten oder Steuerberater – als Angehörige eines freien Berufs. Im englischen Sprachgebrauch und damit auch in der englischsprachigen Fachliteratur hat sich die Bezeichnung „Professional“ hierfür durchgesetzt. Organisationen, bei denen Professionals die zentrale Rolle bei der Erfüllung der Organisationsziele spielen – z. B. Krankenhäuser –, werden als professionelle Organisationen oder als professionelle Dienstleistungsunternehmen bezeichnet (Schmitz 1997, S. 9 ff.). In Einklang mit nahezu der gesamten deutsch- und englischsprachigen Fachliteratur zu diesem Themengebiet wird im vorliegenden Beitrag daher ebenfalls die englische Bezeichnung „Professional“ verwendet.

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Für den Begriff des „Professionals“ existiert keine allgemein akzeptierte Definition in der soziologischen und betriebswirtschaftlichen Literatur (Sharma 1997, S. 763). Feststellbar ist jedoch eine weitgehende Orientierung der meisten Autoren an der relativ breit angelegten Begriffsabgrenzung von Abbott (Abbott 1988, S. 8). Diese sieht Professionals als Angehörige von Berufen, die mit besonderer Macht und Prestige ausgestattet sind, die über ein besonderes, abstraktes Fachwissen verfügen und die eine zentrale Rolle in Bezug auf wichtige gesellschaftliche Bedürfnisse und Werte spielen (Larson 1977, S. x). Der abstrakten Wissensbasis kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, so dass Professionals stets wissensintensive Berufe ausüben und daher auch als Experten bezeichnet werden können (Abbott 1988, S. 9). Hinzu kommt, dass Professionals sich stark mit ihrem Beruf identifizieren und gemeinsame Werte und Normen haben, dass es eine allgemein anerkannte, institutionalisierte Berufsorganisation gibt, die die Einhaltung von bestimmten Verhaltensregeln ihrer Mitglieder überwacht, dass die Ausbildung für den betreffenden Beruf in den Händen der Professionals liegt und dass die ethischen Grundsätze der Berufsausübung den Interessen der Klienten bzw. Patienten unbedingte Priorität einräumen (Starbuck 1992, S. 717 f.; Scott 1982, S. 213 ff.; Freidson 1976)).

Obwohl eine solche Abgrenzung immer noch Spielraum für unterschiedliche Interpretationen aufweist, so ist es doch unstrittig, dass Ärzte alle angeführten Voraussetzungen erfüllen und daher in jedem Fall als Professionals gelten müssen. Der Ärzteberuf genießt ein sehr hohes Ansehen in der Gesellschaft, weil Ärzte das wohl wichtigste gesellschaftliche Bedürfnis – nämlich Gesundheit – direkt beeinflussen. Die Berufszulassung, d. h. die Approbation, erfolgt erst nach einer langjährigen akademischen Ausbildung, die neben theoretischem Wissen auch praktische Erfahrungen in klinischen Alltag vorsieht. Hinzu kommt regelmäßig eine mehrjährige Facharztweiterbildung. Als Folge dieses langen und intensiven beruflichen Sozialisierungsprozesses ergibt sich eine starke Identifikation der Ärzte mit ihrem Berufsstand. Das im Laufe dieser langen Ausbildung vermittelte Expertenwissen erlaubt es Ärzten, Behandlungsentscheidungen auf einem hohen Qualitätsniveau zu treffen (Hurlebaus 2004, S. 127 ff.). Sowohl die Diagnose als auch die Behandlungsentscheidung und zum Teil auch die eigentliche Behandlung erfordern aufgrund ihrer Komplexität so viel medizinisches Expertenwissen, dass ausschließlich Ärzte – häufig sogar Ärzte eines bestimmten Fachgebiets – diese Aufgaben übernehmen und nachvollziehen können. Dies führt zu einer extrem stark ausgeprägten Autonomie der Ärzte gegenüber anderen Berufsgruppen, den Patienten, der Öffentlichkeit und auch untereinander (Thorne 2002, S. 15 ff.).

Von zentraler Bedeutung für die Ärzteprofession sind darüber hinaus die institutionalisierten Berufsorganisationen, in Deutschland vor allem die Ärztekammern sowie die Berufsverbände und die wissenschaftlichen Fachgesellschaften der einzelnen medizinischen Fachgebiete. Diese kontrollieren die Aus- und Weiterbildung sowie den Berufszugang von Ärzten und überwachen die Einhaltung von bestimmten Normen und Werten, die das Verhalten der Ärzte leiten sollen (Hurlebaus 2004, S. 129 ff.). Die sich im Eid des Hippokrates widerspiegelnden Normen und Werte belegen den Arzt mit einer umfassenden Fürsorge- und Schweigepflicht und verlangen insbesondere, dass ärztliche Entscheidun-

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

gen sich stets am Wohl des einzelnen Patienten orientieren sollen. Wirtschaftlichen Überlegungen – auch in Bezug auf das eigene Einkommen – kommt hingegen nur eine untergeordnete Bedeutung zu (Sharma 1997, S. 764 ff.). Dieses von Ärzten erwartete altruistische Verhalten ist zwar in der Literatur oftmals in Frage gestellt worden (Larson 1977; Berlant 1975; Rueschemeyer 1983), es ist aber in der Gesellschaft fest verankert und trägt daher ganz wesentlich zum hohen Prestige des Ärzteberufes bei. Fasst man die bisherigen Ausführungen zusammen, dann kann man festhalten, dass Ärzte alle Merkmale eines Professionals aufweisen und daher geradezu als Prototyp des Professionals gelten müssen. Zu untersuchen bleibt, welche Auswirkungen dies auf das Management der professionellen Organisation „Krankenhaus" hat.

III. Der Arzt als Krankenhausmitarbeiter

1. Ärzte in der traditionellen Krankenhausorganisation

Die Art und Weise, wie Ärzte in das Krankenhausgeschehen eingebunden sind, hängt von den Organisationsstrukturen in Krankenhäusern ab. In der Praxis hat sich in der Vergangenheit eine bestimmte Organisationsform als typisch für professionelle Dienstleistungsunternehmen und auch für Krankenhäuser erwiesen. Dieses als „autonome professionelle Organisation" (Scott 1965, S. 66 ff.) oder auch als „Profibürokratie" (Mintzberg 1992, S. 255 ff.) bezeichnete Organisationsmodell wird im Folgenden kurz dargestellt, um daraus die traditionelle Rolle von Ärzten in einem Krankenhaus abzuleiten.

Das für professionelle Dienstleistungsunternehmen typische autonome Organisationsmodell beinhaltet in einem Krankenhaus die strikte organisatorische Trennung des klinischen Bereichs vom administrativ-kaufmännischen Bereich (Scott 1982, S. 214 ff.). Es sieht vor, dass die Krankenhausleitung den Ärzten die Verantwortung dafür überträgt, die Ziele für den klinischen Bereich zu definieren, die Behandlung der Patienten durchzuführen, Leistungsstandards festzulegen und die Einhaltung dieser Standards zu überwachen. Der Grund für die Entstehung dieser Form der Organisation wird in den besonderen Eigenschaften der ärztlichen Aufgaben gesehen, insbesondere ihre hohe Komplexität, Unsicherheit und gesellschaftliche Bedeutung. Um diese Aufgaben optimal zu bewältigen, soll der behandelnde Arzt in unmittelbarer Interaktion mit dem Patienten auf der Grundlage seines Expertenwissens und seiner professionellen Werte unabhängig und eigenverantwortlich eine Behandlungsentscheidung treffen. Eine Bewertung oder Kontrolle der ärztlichen Entscheidungen gilt als unangemessen und erfolgt höchstens diskret durch andere Krankenhausärzte.

Die Ärzte bilden innerhalb des Krankenhauses eine „Organisation innerhalb der Organisation", die sich weitgehend dem Einfluss und der Kontrolle von außen entzieht. Innerhalb der Ärzteschaft eines Krankenhauses gibt es zwar eine strenge Hierarchie, allerdings bezieht sich diese hauptsächlich auf die organisatorischen und kaum auf die medizinisch-fachlichen Aspekte der ärztlichen Tätigkeit. Ein Chefarzt erteilt ihm unterstellten Ärzten

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

zwar Anweisungen z. B. in Bezug auf den Dienstplan oder die Festlegung eines OP-Termins, seine Aussagen bezüglich der Behandlung von Patienten, die er nicht selber behandelt, haben aber eher den Charakter einer Empfehlung (Goss 1961, S. 39 ff.). Die schon in der Bezeichnung dieses Organisationsmodells ausgedrückte Autonomie bezieht sich folglich einerseits auf die Autonomie der gesamten Ärzteschaft eines Krankenhauses gegenüber der Krankenhausleitung und den Managern sowie andererseits auf die Autonomie des behandelnden Arztes gegenüber anderen Ärzten (Hurlebaus 2004, S. 83).

Die strikte Trennung von klinischem und administrativem Bereich spiegelt sich darin wider, dass die Manager akzeptieren, dass allein die Ärzte für die Gesundung der Patienten zuständig sind, während sie selber für die „Hotelleistungen" des Krankenhauses zuständig sind. Da es zahlreiche Interdependenzen zwischen dem klinischen und dem administrativen Bereich eines Krankenhauses gibt, lässt es sich nicht vermeiden, dass Ärzte sich auch mit administrativen Angelegenheiten befassen müssen. Allerdings sollte der Umfang der administrativen Tätigkeiten der Ärzte bei diesem Organisationsmodell möglichst gering sein, damit sie sich auf ihre eigentliche Aufgabe – die Behandlung von Patienten – konzentrieren können. Unter diesen Bedingungen spielen die betriebswirtschaftlichen Ziele des Krankenhauses und die finanziellen Auswirkungen ihrer Behandlungsentscheidungen für die Krankenhausärzte im klinischen Alltag nur eine untergeordnete Rolle.

Die zentrale Stärke dieser Form der organisatorischen Einbindung von Ärzten in Krankenhäuser ist sicherlich die Spezialisierung der beteiligten Akteure. Da Ärzte möglichst wenig mit administrativen Aufgaben betraut sind, können sie sich ganz auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten konzentrieren. Die strikte Trennung vom administrativen Bereich des Krankenhauses führt zu einer hohen Autonomie der Krankenhausärzte, die es ihnen erlaubt, sich bei ihren Aufgaben sehr weitgehend an den Normen und Werten ihrer Profession zu orientieren, was sich positiv ihre Motivation, auf die Patientenzufriedenheit und auf die Behandlungsqualität auswirken dürfte.

Die zentrale Schwäche dieses Konzepts ist allerdings die kaum mögliche Kontrolle der ärztlichen Behandlungsentscheidungen sowohl hinsichtlich ihrer medizinisch-fachlichen Richtigkeit als auch ihrer betriebswirtschaftlichen Zweckmäßigkeit. Eine Kontrolle der medizinisch-fachlichen Richtigkeit von ärztlichen Entscheidungen ist wegen der häufig sehr komplexen Problemstrukturen nur durch andere Ärzte möglich. Grundsätzlich ist auch davon auszugehen, dass Ärzte diese Kontrollaufgabe diskret – aber durchaus konsequent – wahrnehmen möchten, um die Reputation ihrer Profession nicht beschädigt zu sehen (Scott 1982, S. 214). Allerdings ist es fraglich, ob Krankenhausärzte im klinischen Alltag überhaupt hinreichend Einblick in die Behandlungsentscheidungen ihrer Kollegen haben, um diese kritisieren zu können. Außerdem dürfte die Bereitschaft der Ärzte, die Behandlungsentscheidungen ihrer Kollegen in Frage zu stellen, angesichts des hohen Autonomiebedürfnisses der Ärzte nicht besonders stark ausgeprägt sein, so dass vermutlich nur grobe Behandlungsfehler kritisiert werden. Eine Kontrolle der betriebswirtschaftlichen Zweckmäßigkeit ist sogar noch schwieriger, weil diese ja von betriebswirtschaftlich ausgebildeten Managern ausgeübt werden müsste, die aber wegen der fehlenden medizi-

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nischen Fachkenntnisse und wegen der strikten Trennung der klinischen und administrativen Bereiche kaum dazu in der Lage sein dürften (Samuel/Dirsmith/McElroy 2005, S. 256 ff.).

Die für das eben dargestellte „klassische“ autonome Organisationsmodell typische Trennung von administrativem und klinischem Bereich findet man in einer mehr oder weniger deutlichen Ausprägung auch heute noch in den meisten deutschen Krankenhäusern vor. Diese Trennung ist zwar in privaten Krankenhäusern etwas schwächer ausgeprägt als in öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäuser, vorhanden ist sie aber auch dort. Zurückzuführen ist dies insbesondere auf die staatliche Krankenhausplanung und die duale Krankenhausfinanzierung, die für eine weitgehende Angleichung der Rahmenbedingungen von Krankenhäusern mit unterschiedlicher Trägerschaft sorgen, sowie auf die einheitliche Ausbildung und berufliche Sozialisierung von Ärzten in Deutschland. Im Ergebnis dürfte dies dazu führen, dass sich die Rolle und das Selbstverständnis von Ärzten in privaten, öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäusern nicht gravierend unterscheiden. Krankenhausärzte sind in der Regel wenig geneigt, Managementfunktionen zu übernehmen, und nur marginal daran interessiert, das wirtschaftliche Ergebnis des Krankenhauses zu optimieren. Angesichts der gegenwärtigen Rahmenbedingungen im Krankenhauswesen erscheint ein Umdenken allerdings angebracht.

2. Notwendigkeit der Einbindung von Ärzten in das Krankenhausmanagement

In allen westlichen Industrienationen sind der öffentliche Sektor im Allgemeinen und das Gesundheitswesen im Besonderen in den letzten Jahrzehnten immer stärker mit Forderungen nach einer höheren Effizienz konfrontiert worden (Covaleski/Dirsmith/Michelman 1993, S. 65 ff.; Lüngen/Lapsley 2003, S. 362). Die jeweiligen Regierungen haben auf diese Forderungen mit Reformen reagiert, die markt- und wettbewerbsorientierte Elemente in den öffentlichen Sektor eingeführt haben. Ein maßgeblicher Schritt, um dieses Ziel im Krankenhauswesen zu erreichen, war die Abkehr von den früher dominierenden retrospektiven Krankenhausvergütungssystemen, die die Krankenhäuser auf der Basis der entstandenen Kosten vergüteten, und die Hinwendung zu DRG-basierten prospektiven Vergütungssystemen. Solche DRG-Fallpauschalensysteme wurden zunächst in den 80’er Jahren in den USA für den Medicare-Bereich eingeführt (Baker 2002, S. 1 ff.), später auch in Australien und anderen Ländern und seit 2003 auch in Deutschland (Lüngen/Lapsley 2003, S. 360 ff.).

Die Einführung eines prospektiven DRG-basierten Vergütungssystems hat massive Auswirkungen auf die Art und Weise, wie Krankenhäuser gemanagt werden, und auf die Tätigkeit von Krankenhausärzten. Prospektive Vergütungssysteme koppeln die Erlöse der Krankenhäuser von den verursachten Kosten ab und übertragen auf diese Weise das finanzielle Risiko der Leistungserbringung auf die Krankenhäuser. Krankenhäuser erhalten dadurch einen starken Anreiz, ihre Kosten zu optimieren und ihre Leistungen möglichst effizient zu erbringen (Chalkley/Malcomson 2000, S. 853). Ein solcher Anreiz kann zwar grundsätzlich auch durch staatliche Budgetierung gegeben werden, wie man an der Imp-

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

lementierung von interner Budgetierung bzw. von Costcenter-Strukturen in deutschen Krankenhäusern deutlich vor der DRG-Einführung erkennen kann; prospektive Vergütungssysteme haben in der Regel aber eine wesentlich stärkere Anreizwirkung (Chalkley/Malcomson 2000, S. 863 ff.).

Hinzu kommt, dass eine DRG-basierte Vergütung die Transparenz des Leistungsgeschehens im Krankenhaus erheblich verbessert. Ohne DRGs wird die betriebswirtschaftliche Steuerung eines Krankenhauses vor allem dadurch erschwert, dass die Produkte des Krankenhauses nicht eindeutig definiert sind (Samuel/Dirsmith/McElroy 2005, S. 257 ff.). Dadurch kann ein Großteil der betriebswirtschaftlichen Instrumente, die in anderen Branchen erfolgreich zur Optimierung der Effizienz eingesetzt werden, in Krankenhäusern nicht zum Einsatz kommen. Unter DRG-Bedingungen können die einzelnen DRGs als Produkte und Gruppen von DRGs als Produktlinien des Krankenhauses interpretiert werden, so dass ein Krankenhaus ähnlich wie ein normales Mehrproduktunternehmen gemanagt werden kann (Fetter/Freeman 1986, S. 41 ff.; Fetter 1991, S. 6 ff.). Das Krankenhaus kann im Prinzip für jedes Produkt und für jede Produktlinie den Deckungsbeitrag ermitteln und auf dieser Grundlage Maßnahmen ergreifen, um das wirtschaftliche Ergebnis des Krankenhauses zu optimieren.

Eine solche Ergebnisoptimierung ist allerdings nur möglich, wenn die finanzielle Verantwortung für die einzelnen Produktlinien auf diejenigen Akteure innerhalb des Krankenhauses übertragen wird, die den Leistungserstellungsprozess für die jeweiligen DRGs tatsächlich kontrollieren. Dies sind im klinischen Alltag stets Ärzte, da sie auf der Grundlage ihrer Diagnose eine Behandlungsentscheidung treffen und damit sowohl die Erlöse als auch den größten Teil (bis zu 70%) des Ressourcenverbrauchs des Krankenhauses festlegen (Abernethy/Stoelwinder 1990, S. 17). Die für die Produktlinien zuständigen Ärzte müssen dabei vor allem beachten, dass sie gegenüber der Krankenhausleitung Rechenschaft über das wirtschaftliche Ergebnis ihrer Produktlinie ablegen und gegebenenfalls mit Sanktionen rechnen müssen. Daher sollten Ärzte sich insbesondere darüber im Klaren sein, welche Erlöse sich aus einer bestimmten Diagnose ergeben und welche Kosten die verschiedenen Behandlungsalternativen verursachen. Dass dies mit den Autonomiebedürfnissen und den altruistischen Werten und Normen des Arztes als Professional konfligieren kann, ist offensichtlich. Eine Alternative hierzu existiert allerdings nicht, da ausschließlich Ärzte über ausreichend Expertenwissen verfügen, um sinnvolle Behandlungsentscheidungen treffen zu können.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Optimierung der Effizienz und damit auch des wirtschaftlichen Ergebnisses eines Krankenhauses nicht gelingen kann, wenn die Krankenhausärzte im klinischen Alltag keine effizienten Behandlungsentscheidungen treffen. Folglich müssen sie Anreize erhalten, bei ihren Behandlungsentscheidungen nicht ausschließlich die Optimierung des Gesundheitszustands des Patienten, sondern auch die damit verbundenen finanziellen Auswirkungen zu berücksichtigen (Pollitt u. a. 1988, S. 213 ff.). Die oben beschriebene traditionelle Krankenhausorganisation kann dies nicht leisten. Der von einem prospektiven DRG-basierten Krankenhausvergütungssystem ausgehende Anreiz zu Effizienzsteigerungen erreicht zwar die Krankenhausleitung, er kann

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

wegen der strikten Trennung von administrativem und klinischem Bereich aber nicht weitergegeben werden an die behandelnden Ärzte, die über den Ressourcenverbrauch entscheiden. Die Ärzte orientieren sich unter diesen Bedingungen vielmehr an den Werten und Normen ihrer Profession, die dem Patientennutzen absolute Priorität einräumen und damit den Anreiz setzen, den Behandlungserfolg zu optimieren - unabhängig vom Ressourcenverbrauch (Hurlebaus 2004, S. 84 f.). Aus betriebswirtschaftlicher Sicht gilt daher, dass die Einbindung von Ärzten in die formalen Managementstrukturen eines Krankenhauses unter DRG-Bedingungen extrem wichtig ist (Comerford/Abernethy 1999, S. 94; Llewellyn 2001, S. 595 f.). Im Folgenden wird daher ein Organisationsmodell vorgestellt, das dies gewährleistet.

3. Ärzte in einer modernen Krankenhausorganisation

Eine Organisationsform für Krankenhäuser, die besser an die gegenwärtigen Bedingungen im Krankenhauswesen angepasst ist, muss die zentralen Schwachpunkte der oben dargestellten „traditionellen“ Krankenhausorganisation vermeiden – nämlich die kaum mögliche Kontrolle der Ärzte und die strikte Trennung zwischen dem klinischen und dem administrativen Bereich (Scott 1965, S. 65 ff.).
Ein wichtiger Schritt zur Erreichung dieses Ziels besteht darin, die Autonomie der Krankenhausärzte einzuschränken, indem ihre Entscheidungen einer routinemäßigen Überprüfung sowohl im Hinblick auf die medizinische Qualität als auch auf die betriebswirtschaftlichen Auswirkungen unterzogen werden. Die Zuständigkeit für diese Kontrolle ist zwar im administrativen Bereich des Krankenhauses angesiedelt, sie erfordert aber wegen der dafür benötigten medizinischen Fachkenntnisse die Einbeziehung von Medizinern, insbesondere von Medizincontrollern (Vera 2004, S. 124 ff.; Kazmierczak 2000, S. 548 ff.). Darüber hinaus erleichtern Evidence-based Medicine und klinische Behandlungspfade wegen der darin enthaltenen Standardisierung der Behandlungsabläufe die Kontrolle von ärztlichen Behandlungsentscheidungen (Huttin 1997, S. 207 ff.; Eddy 2005, S. 9 ff.).
Allerdings darf dies nicht darüber hinweg täuschen, dass der besondere Charakter des Leistungsprozesses eines Krankenhauses dem behandelnden Arzt auch weiterhin eine sehr weitgehende Autonomie bei seinen Behandlungsentscheidungen zubilligt (Scott 1982, S. 226 f.). Er wird auch bei diesem Organisationsmodell in direktem Kontakt zum Patienten auf der Grundlage seiner medizinischen Fachkenntnisse Diagnosen aufstellen und in fast allen Fällen ohne weitere Rücksprache Behandlungsentscheidungen treffen. Der behandelnde Arzt muss sich aber darüber im Klaren ein, dass seine Entscheidungen auf ihre betriebswirtschaftliche Zweckmäßigkeit überprüft werden und dass er für Entscheidungen, die aus Sicht der Krankenhausleitung zu einem unangemessen hohen Ressourcenverbrauch führen, zur Verantwortung gezogen wird. Vereitelt er dauerhaft die Erreichung der betriebswirtschaftlichen Ziele des Krankenhauses, muss er mit dem Verlust seines Arbeitsplatzes rechnen. Um seine persönlichen Risiken zu minimieren, muss er daher die finanziellen Auswirkungen seiner Behandlungsentscheidungen kennen. Unter DRG-Bedingungen heißt das, dass er eine ungefähre Vorstellung davon haben muss,

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

welche Kosten mit den verschiedenen Behandlungsalternativen verbunden sind, und dass er diese Kosten den voraussichtlichen DRG-Erlösen gegenüberstellen muss. In Fällen, die gravierende negative Auswirkungen auf das wirtschaftliche Ergebnis des Krankenhauses erwarten lassen, sollte er daher im Vorfeld eine entsprechende Genehmigung der Krankenhausleitung anfordern.

Eine weiteres zentrales Element einer modernen und zukunftsfähigen Krankenhausorganisation stellt neben der eben beschriebenen Kontrolle der ärztlichen Entscheidungen aber auch die Schaffung von positiven Anreizen zu effizientem Verhalten dar. Dabei sollen die von einem DRG-basierten prospektiven Krankenhausvergütungssystem ausgehenden Anreize zu einer Optimierung des wirtschaftlichen Ergebnisses eines Krankenhauses von der Krankenhausleitung an die Krankenhausärzte weitergegeben werden. Erreicht wird dies durch eine weitgehende Dezentralisierung der Organisation des Krankenhauses, insbesondere durch die Implementierung von Profitcenter-Strukturen und damit einhergehend von internen Verrechnungspreissystemen (Kuntz/Vera 2005a, S. 262 ff.; Kuntz/Vera 2005a, S. 595 ff.). Eine darauf aufbauende, aber weitergehende organisatorische Lösung sind modulare Strukturen, d. h. die prozessorientierte Bildung von relativ kleinen, autonomen Organisationseinheiten, die dezentral über interne Marktmechanismen koordiniert werden (Vera/Foit 2005, S. 357 ff.; Vera 2004a, S. 25 ff.). Typisch für diese dezentralen organisatorischen Lösungen ist darüber hinaus die Verknüpfung der Entlohnung oder zumindest der weiteren Karriereentwicklung der Mitarbeiter mit dem wirtschaftlichen Ergebnis ihres Profitcenters bzw. ihrer Abteilung.

Für Krankenhausärzte ergibt sich dadurch eine sehr viel größere Nähe zu den finanziellen Auswirkungen ihrer Behandlungsentscheidungen, weil nicht nur das wirtschaftliche Ergebnis des gesamten Krankenhauses, sondern das der eigenen Abteilung und unter Umständen sogar das eigene Gehalt betroffen ist. Hinzu kommt, dass für die Leitung der Profitcenter im klinischen Bereich natürlich nur ein Arzt in Frage kommt, der damit aber neben klinischen Aufgaben auch in erheblichem Ausmaß Managementfunktionen übernehmen muss. Der Profitcenter-Leiter muss sich gegenüber der Krankenhausleitung für das wirtschaftliche Ergebnis seines Profitcenters verantworten. Er dürfte daher in der Regel besonders motiviert sein, die betriebswirtschaftliche Zweckmäßigkeit der Behandlungsentscheidungen der in seinem Profitcenter beschäftigten Ärzte zu kontrollieren und im Fall eines unangemessen hohen Ressourcenverbrauchs auch Kritik an den Entscheidungen zu üben. Diese Kritik dürfte aufgrund des Professional-Status des Profitcenter-Leiters trotz des hohen Autonomiebedürfnisses der Krankenhausärzte auf eine höhere Akzeptanz bei diesen stoßen, als wenn sie von betriebswirtschaftlich ausgebildeten Krankenhausmanagern geäußert worden wäre.

Instrumente wie Profitcenter, interne Verrechnungspreise oder leistungsabhängige Vergütung werden bisher in deutschen Krankenhäusern nur selten eingesetzt. Auch die Einschränkung der ärztlichen Autonomie und die Verantwortlichkeit des behandelnden Arztes bzw. des Profitcenterleiters für das wirtschaftliche Ergebnis der Behandlung eines Patienten bzw. des Profitcenters stoßen auf massive Widerstände auf Seiten der meisten Krankenhausärzte. Sie empfinden die Berücksichtigung von finanziellen Aspekten im

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Rahmen der Entscheidung zwischen mehreren Behandlungsalternativen häufig als unvereinbar mit den altruistischen Werten und Normen der ärztlichen Profession und lehnen sie daher ab.
Die daraus resultierenden negativen Auswirkungen auf die wirtschaftlichen Ergebnisse der Krankenhäuser halten sich gegenwärtig noch in Grenzen, weil das DRG-basierte Vergütungssystem noch nicht vollständig umgesetzt worden ist und noch starke retrospektive Elemente enthält (Tuschen/Braun 2005, S. 28 ff.). In den nächsten Jahren wird der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser aber mit jedem weiteren Umsetzungsschritt zunehmen. Dieser Druck wird zwangsläufig von der Krankenhausleitung auf die behandelnden Ärzte weitergegeben werden. Für Krankenhausärzte, die ihren Arbeitsplatz langfristig behalten möchten, wird somit kein Weg daran vorbeiführen, sich mit den betriebswirtschaftlichen Auswirkungen ihrer Behandlungsentscheidungen auseinanderzusetzen. Mittel- und langfristig ist daher von einer wesentlich stärkeren Managementorientierung der Krankenhausärzte zu rechnen.

IV. Ergebnisse von empirischen Untersuchungen

Die Managementorientierung von Krankenhausärzten ist in der Vergangenheit Gegenstand von einigen empirischen Untersuchungen gewesen. Im Folgenden soll ein Überblick über die interessantesten Ergebnisse dieser Arbeiten gegeben werden. Dabei erfolgt eine Beschränkung auf quantitativ ausgerichtete Arbeiten. Qualitative empirische Arbeiten liefern zwar auch wertvolle Ergebnisse, allerdings würde ihre Berücksichtigung den Rahmen des vorliegenden Beitrags sprengen (hierzu z. B. Kurunmäki 2004, S. 327 ff.). Zu beachten ist außerdem, dass die folgenden Untersuchungen alle im Ausland durchgeführt worden sind, so dass ihre Ergebnisse wegen der international sehr unterschiedlichen Strukturen im Gesundheitswesen nicht direkt auf das deutsche Krankenhauswesen übertragen werden können. Dies gilt vor allem für die beiden in US-amerikanischen Krankenhäusern durchgeführten Untersuchungen, weil sich die Rolle von Ärzten in US-Krankenhäusern aufgrund des dort vorherrschenden Belegarztsystems sehr stark von der Situation in anderen Ländern unterscheidet. Nichtsdestotrotz liefern die im Folgenden vorgestellten Studien aufgrund des grenzüberschreitend ähnlichen professionellen Selbstverständnisses von Ärzten sicherlich interessante Anhaltspunkte dafür, welche Relevanz diese Thematik auch für die deutsche Krankenhauspraxis hat.

1. Schultz/Pal (2004)

Die Studie von Schultz und Pal aus dem Jahre 2004 beschäftigt sich mit der Frage, ob Ärzte oder Betriebswirte besser geeignet sind, ein Krankenhaus zu leiten. Im Einzelnen wird untersucht, ob betriebswirtschaftlich und medizinisch ausgebildete Führungskräfte (senior managers) in Krankenhäusern managementrelevante Informationen unterschiedlich nutzen und ob sie unterschiedlich erfolgreich sind (Schultz/Pal 2004, S. 103 ff.). Da-

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

bei werden 20 betriebswirtschaftlich und 18 medizinisch ausgebildete Führungskräfte aus zwei großen US-amerikanischen Krankenhäusern einem Experiment unterzogen. Die Probanden müssen im Rahmen einer dynamischen und relativ komplexen EDV-gestützten Simulation Managemententscheidungen für ein hypothetisches Krankenhaus treffen. Die Ergebnisse der Ärzte und der Betriebswirte werden anhand einer einfachen Varianzanalyse miteinander verglichen.

Die Informationsnutzung wird in der Weise erfasst, dass die Zeit gemessen wird, die die Probanden mit dem Lesen von bestimmten Informationen beschäftigt sind. Dabei ergibt sich, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen Ärzten und Betriebswirten in Bezug auf finanzbezogene Informationen gibt, dass sich aber Ärzte signifikant länger mit Informationen beschäftigen, die die Behandlungsqualität betreffen. Folglich wird die oft geäußerte Annahme, dass Krankenhausärzte sich deutlich weniger als betriebswirtschaftlich ausgebildete Manager für die betriebswirtschaftlichen Angelegenheiten des Krankenhauses interessieren und daher finanzbezogenen Informationen weniger Beachtung schenken, bei diesem Experiment nicht bestätigt.

Um die Eignung der befragten Ärzte und Betriebswirte als Führungskräfte zu messen, werden im Rahmen der EDV-gestützten Simulation der Gewinn, die Patientenzufriedenheit und der Zeitraum bis zu einer eventuellen Insolvenz des hypothetischen Krankenhauses erfasst. Dabei ergibt sich interessanterweise, dass bei allen drei Erfolgsgrößen zwischen betriebswirtschaftlich und medizinisch ausgebildeten Führungskräften keine signifikanten Unterschiede bestehen. Folglich kann die Eingangsfrage dieser Studie, ob Ärzte oder Betriebswirte besser zur Führung eines Krankenhauses geeignet sind, nicht beantwortet werden.

2. Abernethy/Stoelwinder (1990)

Die Studie von Abernethy und Stoelwinder aus dem Jahr 1990 beschäftigt sich mit der bürokratischen Orientierung von Krankenhausärzten und mit ihrem Verhalten im Rahmen der Finanzplanung des Krankenhauses (Abernethy/Stoelwinder 1990, S. 17 ff.). Dabei werden in einem großen australischen Krankenhaus 20 Oberärzte, die ausschließlich klinisch tätig sind (senior physicians), und 18 Ärzte, die eine Organisationseinheit leiten und somit zusätzlich Managementfunktionen übernehmen (physician managers), schriftlich befragt. Bis auf einen Arzt mit Managementfunktion nehmen alle an der Befragung teil. Die erhobenen Daten werden anhand einer loglinearen Analyse dahingehend überprüft, ob sich die Antworten der Ärzte mit und ohne Managementfunktion voneinander unterscheiden.

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Ärzte, die Managementfunktionen übernehmen, sich aktiver an der Finanzplanung des Krankenhauses beteiligen und die Ergebnisse der Finanzplanung in stärkerem Ausmaß bei ihrer Arbeit nutzen als ausschließlich klinisch tätige Ärzte. Darüber hinaus zeigt die Studie, dass Ärzte, die Managementfunktionen übernehmen, eine stärkere bürokratische Orientierung aufweisen und sich stärker mit den betriebswirtschaftlichen Zielen des Krankenhauses identifizieren als ausschließlich kli-

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

nisch tätige Ärzte. Allerdings fällt auch auf, dass signifikante Unterschiede nur in Bezug auf betriebswirtschaftliche Ziele feststellbar sind, die die Qualität der Krankenhausleistungen berücksichtigen, z. B. hohe Effizienz und gute abteilungsübergreifende Kooperation. Bei monetären Zielen, die keinen Qualitätsbezug aufweisen, z. B. Kostensenkung oder Budgeteinhaltung, ist kein Unterschied feststellbar. Die Übertragung der finanziellen Verantwortung auf Krankenhausärzte führt folglich in der Tat zu einer stärkeren Managementorientierung.
Interessanterweise belegt die Studie aber auch, dass monetäre Ziele von Ärzten mit Managementfunktion dennoch nur im Zusammenspiel mit der Behandlungsqualität berücksichtigt werden. Die altruistischen Werte und Normen der ärztlichen Profession bleiben bei Krankenhausärzten auch bei der Übernahme einer Managementfunktion offensichtlich fest verankert.

3. Abernethy/Stoelwinder (1995)

Die Studie von Abernethy und Stoelwinder aus dem Jahre 1995 beschäftigt sich mit dem Rollenkonflikt von Ärzten in Krankenhäusern und mit den Auswirkungen dieses Rollenkonflikts (Abernethy/Stoelwinder 1995, S. 1 ff.). Der Studie liegen die Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von 100 Ärzten und Pflegekräften mit Managementfunktion (physician and nurse managers) in einem großen australischen Krankenhaus zugrunde. Bei der Auswertung der 91 zurückgeschickten Fragebögen werden Korrelations- und Regressionsanalysen durchgeführt.
Die Studie stellt fest, dass Ärzte, die in einem Krankenhaus Managementfunktionen übernehmen, in einen Rollenkonflikt geraten, der umso stärker ist, je stärker die professionelle Orientierung des Arztes ist. Allerdings kommt die Studie darüber hinaus noch zu weiteren Ergebnissen, die diesen Zusammenhang präzisieren. So wird festgestellt, dass die Intensität der Kontrolle von Krankenhausärzten eine wichtige Rolle bei diesem Rollenkonflikt spielt: je intensiver die Kontrolle, desto stärker der Rollenkonflikt. Außerdem belegt die Studie, dass der Rollenkonflikt sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit der Ärzte und auf die wirtschaftlichen Ergebnisse der Abteilungen und damit des Krankenhauses auswirkt.
Der Rollenkonflikt von Ärzten ist also nicht nur ein psychologisches Phänomen, sondern ein betriebswirtschaftliches Problem. Angesichts der zentralen Stellung von Ärzten im Leistungserstellungsprozess eines Krankenhauses gehört die Entscheidung, in welchem Ausmaß und auf welche Art und Weise ärztliche Behandlungsentscheidungen einer Kontrolle unterzogen werden, daher sicherlich zu den wichtigsten unternehmerischen Herausforderungen der Krankenhausleitung.

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

4. Abernethy/Vagnoni (2004)

Die Studie von Abernethy und Vagnoni aus dem Jahre 2004 beschäftigt sich mit der Macht von Ärzten in Krankenhäusern, mit der Nutzung von Rechnungswesen-Informationen und mit den Auswirkungen auf das Kostenbewusstsein der Ärzte (Abernethy/Vagnoni 2004, S. 207 ff.). Bei der Messung der Macht der Ärzte wird unterschieden zwischen formeller Autorität, die sich aus konkreten Weisungsrechten der betroffenen Ärzte ableitet, und informeller Autorität, die nicht auf Weisungsrechten beruht, sondern auf Faktoren wie Expertise, Reputation, usw. Es wird davon ausgegangen, dass Ärzte aufgrund ihres Professionalstatus in hohem Maße informelle Autorität in einem Krankenhaus genießen. Im Rahmen der Studie wird eine schriftliche Befragung von 135 Ärzten mit Managementfunktion (physician managers) in zwei großen italienischen Krankenhäusern durchgeführt. Ausgewertet werden letztlich 56 Fragebögen. Die Datenanalyse erfolgt anhand eines linearen Strukturgleichungsmodells.
Die Studie kommt zu dem interessanten Ergebnis, dass formelle und informelle Macht ganz unterschiedlich auf das Kostenbewusstsein der Ärzte wirken. Einerseits wird festgestellt, dass Ärzte mit einem hohen Maß an formeller Autorität stärker dazu neigen, Rechnungswesen-Informationen bei ihrer Arbeit zu nutzen, als Ärzte mit einer geringen formellen Autorität und dass dies wiederum zu einem stärker ausgeprägten Kostenbewusstsein führt. Ein direkter positiver Zusammenhang zwischen formeller Autorität der Ärzte und Kostenbewusstsein besteht zwar nicht, allerdings ist ein indirekter positiver Zusammenhang über die stärkere Nutzung von Rechnungswesen-Informationen feststellbar. Andererseits wird festgestellt, dass sich das Ausmaß an informeller Autorität zwar nicht auf die Nutzung von Rechnungswesen-Informationen auswirkt, dass aber ein direkter negativer Einfluss auf das Kostenbewusstsein der Ärzte besteht. Dies deutet darauf hin, dass die informelle Autorität den Krankenhausärzten dazu dienen kann, ihre professionellen Werte und Normen im Krankenhaus durchzusetzen und sich dabei über die betriebswirtschaftlichen Ziele des Krankenhauses hinweg zu setzen.
Zusammenfassend lässt sich daher festhalten, dass sich formelle Autorität positiv und informelle Autorität negativ auf das Kostenbewusstsein der Ärzte auswirkt. Folglich erscheint es aus betriebswirtschaftlicher Sicht ratsam, Ärzte mit formeller Autorität auszustatten, d. h. sie in die Managementstruktur des Krankenhauses einzubinden und ihnen Weisungsrechte zuweisen.

5. Golden/Dukerich/Fabian (2000)

Die Studie von Golden, Dukerich und Fabian aus dem Jahr 2000 beschäftigt sich einerseits mit der Frage, ob sich Krankenhausärzte und betriebswirtschaftlich ausgebildete Krankenhausmanager bei der Allokation der Ressourcen eines Krankenhauses unterschiedlich entscheiden, andererseits aber auch mit der Art und Weise, wie Manager und Ärzte identische Sachverhalte interpretieren und mit dem Einfluss der Interpretation auf Ressourcenallokationsentscheidungen (Golden/Dukerich/Fabian 2000, S. 1157 ff.). Hier-

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

zu werden 885 Fragebögen an die kaufmännischen Direktoren (Chief Financial Officers – CFOs), an die ärztlichen Direktoren (Chief Medical Officers – CMOs) sowie an jeweils zwei Ärzte ohne Managementfunktion aus insgesamt 232 US-amerikanischen Krankenhäusern verschickt. 81 CFOs, 81 CMOs und 188 Ärzte ohne Managementfunktion schicken den Fragebogen ausgefüllt zurück. Bei der Auswertung der Daten werden lineare Strukturgleichungsmodelle eingesetzt.

Die empirische Analyse zeigt in einem ersten Schritt nur einen schwachen Zusammenhang zwischen dem Status des Befragten als Arzt (inklusive CMO) oder Manager (CFO) und seinen Ressourcenallokationsentscheidungen auf. Allerdings wird in einem zweiten Schritt festgestellt, dass die Art und Weise, wie Ärzte und Manager identische Sachverhalte in einem Krankenhaus interpretieren, sich deutlich unterscheidet. Dies gilt auch für Ärzte mit Managementfunktion (CMOs), die Sachverhalte ähnlich wie Ärzte ohne Managementfunktion – und nicht wie Manager – interpretieren. Die Professionszugehörigkeit und die damit einhergehende Internalisierung von bestimmten Normen und Werten spielt offensichtlich eine wichtige Rolle bei der Interpretation von Informationen. Schließlich wird in einem dritten Schritt noch festgestellt, dass die Art und Weise der Interpretation von Sachverhalten einen deutlichen Einfluss auf die Ressourcenallokationsentscheidungen in einem Krankenhaus hat.

Insofern deuten die Ergebnisse der Studie darauf hin, dass die gängige Vorstellung, dass Ärzte sich bei ihren Entscheidungen hauptsächlich an den Interessen ihrer Profession und Manager sich an den Zielen der Organisation orientieren, zu simplistisch ist und den komplexen Entscheidungsmustern in der Krankenhauspraxis nicht gerecht wird. Die Ursachen für die häufig beobachtbaren Konflikte zwischen Krankenhausärzten und Managern sind wesentlich komplizierter.

V. Fazit

Der vorliegende Beitrag hat gezeigt, dass sich die Rolle von Ärzten in Krankenhäusern gegenwärtig im Wandel befindet. Die in weiten Teilen der Bevölkerung und der Ärzteschaft dominierende Vorstellung von Ärzten, die ihre Behandlungsentscheidungen völlig autonom auf der Grundlage ihres Expertenwissens und ihrer professionellen Werte und Normen mit dem Ziel der Maximierung der Patientenwohls treffen, entspricht nicht mehr den tatsächlichen Rahmenbedingungen im deutschen Krankenhauswesen. Die Finanznot der öffentlichen Hand und die Einführung eines DRG-basierten prospektiven Krankenhausvergütungssystems zwingen Krankenhäuser dazu, effizient zu arbeiten und langfristig mindestens ein ausgeglichenes wirtschaftliches Ergebnis zu erzielen. Dies kann nur erreicht werden, wenn die Ärzte in die Managementstrukturen des Krankenhauses eingebunden werden und dazu beitragen, das wirtschaftliche Ergebnis des Krankenhauses zu optimieren.

Damit ist keinesfalls gemeint, dass der Krankenhausarzt seine professionellen Werte und Normen vollständig aufgeben muss und stattdessen Behandlungsentscheidungen allein

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

aufgrund von finanziellen Erwägungen trifft. Aus einem Arzt soll und kann kein ausschließlich in betriebswirtschaftlichen Kategorien denkender Manager werden. Erforderlich ist vielmehr eine ausgewogene Berücksichtigung des Patientennutzens, der finanziellen Auswirkungen der Behandlungsalternativen und der wirtschaftlichen Gesamtsituation des Krankenhauses. Dass dies eine extrem schwierige und belastende Aufgabe für die Krankenhausärzte darstellt, ist unstrittig und wird auch durch die oben vorgestellten Studien empirisch untermauert. Die Studien zeigen aber auch, dass die Lage nicht aussichtslos ist. Die Lösung der Probleme setzt vor allem voraus, dass das über Jahrhunderte gewachsene Selbstverständnis der ärztlichen Profession an die heutigen Rahmenbedingungen angepasst wird. Angesichts der begrenzten Ressourcen, die die Gesellschaft für Gesundheitsleistungen auszugeben bereit ist, werden sich Ärzte dieser Herausforderung wohl stellen müssen.

Abstract

Antonio Vera, Physicians in the hospital of the 21st century: professionals or clinical managers?

Hospital management; Hospital organization; Manager; Physician; Professional; Role conflict

The present paper investigates the role of physicians in a hospital from a business management perspective. Thereby, we first describe the special characteristics of the medical profession. Then we show that the traditional way of integrating physicians in the hospital organization is not appropriate under the current general conditions in the German hospital sector. Afterwards we describe an alternative organizational solution which is better adapted to these conditions. And finally, we present the results of some empirical studies that deal with this topic.

Literaturverzeichnis

Abbott, Andrew (1988), The system of professions: An essay on the division of expert labor, Chicago.

Abernethy, Margaret A. und Johannes U. Stoelwinder (1990), Physicians and resource management in hospitals: an empirical investigation, in: Financial Accountability and Management, 6. Jg., Heft 1, S. 17-31.

Abernethy, Margaret A. und Johannes U. Stoelwinder (1995), The role of professional control in the management of complex organizations, in: Accounting, Organizations and Society, 20. Jg., Heft 1, S. 1-17.

Abernethy, Margaret A. und Emidia Vagnoni (2004), Power, organization design and managerial behaviour, in: Accounting, Organizations and Society, 29. Jg., Heft 3-4, S. 207-225.

Baker, Judith J. (2002), Medicare Payment System for Hospital Inpatients: Diagnosis Related Groups, in: Journal of Health Care Finance, 28. Jg., Heft 3, S. 1-13.

Berlant, Jeffrey L. (1975), Profession and Monopoly: A Study of Medicine in the United States and Great Britain, Berkeley.

Chalkley Martin und James M. Malcomson (2000), Government Purchasing of Health Services, in: Handbook of Health Economics, Vol. 1, hrsg. von A. Culyer und J. Newhouse, Amsterdam, S. 847-890.

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Comerford, Sue E. und Margaret A. Abernethy (1999), Budgeting and the Management of Role Conflict in Hospitals, in: Behavioral Research in Accounting, 11. Jg., S. 93-110.
Covaleski, Mark A., Mark W. Dirsmith und Jeffrey E. Michelman (1993), An institutional theory perspective on the DRG framework, case-mix accounting systems and health-care organizations, in: Accounting, Organizations and Society, 18. Jg., Heft 1, S. 65-80.
Eddy, David M. (2005), Evidence-Based Medicine: A Unified Approach, in: Health Affairs 24. Jg., Heft 1, S. 9-17.
Fetter, Robert B. (1991), Diagnosis Related Groups - Understanding Hospital Performance, in: Interfaces, 21. Jg., S. 6-26.
Fetter, Robert B. und Jean L. Freeman (1986), Diagnosis Related Groups: Product Line Management within Hospitals, in: Academy of Management Review, 11. Jg., Heft 1, S. 41-54.
Freidson, Eliot (1976), Doctoring Together: A Study of Professional Social Control, New York.
Golden, Brian R., Janet M. Dukerich und Frances H. Fabian (2000), The interpretation and resolution of resource allocation issues in professional organizations: A critical examination of the professional-manager dichotomy, in: Journal of Management Studies, 37. Jg., Heft 8, S. 1157-1187.
Goss, Mary E.W. (1961), Influence and authority among physicians in an out-patient clinic, in: American Sociological Review, 26. Jg., S. 39-50.
Hurlebaus, Thomas (2004), Strategiekonforme Organisationsgestaltung in Krankenhäusern - Eine theoretische und empirische Analyse, Wiesbaden.
Huttin, Christine (1997), The use of clinical guidelines to improve medical practice: main issues in the United States, in: International Journal for Quality in Health Care, 9. Jg., Heft 3, S. 207-217.
Kazmierczak, Krzysztof (2002), Medizincontrolling implementieren - aber wie? in: Das Krankenhaus, 94. Jg., Heft 7, S. 548-552.
Kuntz, Ludwig und Antonio Vera (2005), Transfer Pricing in Hospitals and Efficiency of Physicians: The Case of Anesthesia Services, in: Health Care Management Review, 30. Jg., Heft 3, S. 262-269.
Kuntz, Ludwig und Antonio Vera (2005a), Auswirkungen der Einführung von interner Leistungsverrechnung auf die Effizienz im Krankenhaus, in: Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung, 57. Jg., Heft 8, S. 595-616.
Kurunmäki, Liisa (2004), A hybrid profession - the acquisition of management accounting expertise by medical professional, in: Accounting, Organizations and Society, 29. Jg., Heft 3-4, S. 327-347.
Larson, Magali S. (1977), The rise of professionalism: A sociological analysis, Berkeley.
Llewellyn, Sue (2001), "Two-way Windows": Clinicians as Medical Managers, in: Organization Studies, 22. Jg., Heft 4, S. 593-623.
Lüngen, Markus und Irving Lapsley (2003), The reform of hospital financing in Germany: an international solution? in: Journal of Health Organization and Management, 17. Jg., S. 360-372.
Mintzberg, Henry (1992), Die Mintzberg-Struktur: Organisation effektiver gestalten, Landsberg/Lech.
Pollitt, Christopher, Stephen Harrison, David Hunter und Gordon Marnoch (1988), The Reluctant Managers: Clinicians and Budgets and the NHS, in: Financial Accountability and Management, 4. Jg., Heft 3, S. 213-234.
Rueschemeyer, Dietrich (1983), Professional Autonomy and the Social Control of Expertise, in: The Sociology of the Professions: Lawyers, Doctors, and Others, hrsg. von R. Dingwall und P. Lewis, New York, S. 38-58.
Samuel, Sajay, Mark W. Dirsmith und Barbara McElroy (2005), Monetized medicine: from the physical to the fiscal, in: Accounting, Organizations and Society, 30. Jg., S. 249-278.
Schmitz, Gertrud (1997), Marketing für professionelle Dienstleistungen: Bedeutung und Dynamik der Geschäftsbeziehungen, dargestellt am Beispiel der Wirtschaftsprüfung, Wiesbaden.
Schultz, Frank C. und Shoma Pal (2004), Who Should Lead a Healthcare Organization: MDs or MBAs? in: Journal of Healthcare Management, 49. Jg., Heft 2, S. 103-116.
Scott, W. Richard (1965), Reactions to Supervision in a Heteronomous Organization, in: Administratice Science Quarterly, 10. Jg., Heft 1, S. 65-81.
Scott, W. Richard (1982), Managing professional work: three models of control for health organizations, in: Health Services Research, 17. Jg., Heft 3, S. 213-240.
Sharma, Anurag (1997), Professional as agent: Knowledge asymmetry in agency exchange, in: Academy of Management Review, 22. Jg., Heft 3, S. 758-798.
Shortell, Stephen M. (1991), Effective Hospital-Physician Relationships, Ann Arbor.
Starbuck, William H. (1992), Learning by knowledge-intensive firms, in: Journal of Management Studies, 29. Jg., Heft 6, S. 713-740.
Thorne, Marie L. (2002), Colonizing the new world of NHS management: the shifting power of professionals, in: Health Services Management Research, 15. Jg., Heft 1, S. 14-26.
Tuschen, Karl Heinz und Thomas Braun (2005), Veränderte Rahmenbedingungen für die Konvergenzphase, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 22. Jg., Heft 1, S. 28-36.
Vera, Antonio (2004), Medizincontrolling - Ein wichtiges Tätigkeitsfeld im Krankenhauscontrolling, in: Controller Magazin, 29. Jg., Heft 2, S. 124-128.
Vera, Antonio (2004a), Neue Organisationsstrukturen in deutschen Krankenhäusern nach der DRG-Einführung, in: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 9. Jg., Heft 1, S. 25-31.
Vera, Antonio und Kristian Foit (2005), Modulare Krankenhausorganisation und Effizienz, in: Zeitschrift für Betriebswirtschaft, 75. Jg., Heft 4, S. 357-382.

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.

Vera, Antonio und Markus Lüngen (2002), Die Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland und die Auswirkungen auf das Krankenhausmanagement, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 31. Jg., Heft Nr. 11, S. 638-643.

https://doi.org/10.5771/0344-9777-2007-3-300 - Generiert durch IP 216.73.216.57, am 04.03.2026, 21:00:26. © Urheberrechtlich geschützter Inhalt. Ohne gesonderte Erlaubnis ist jede urheberrechtliche Nutzung untersagt, insbesondere die Nutzung des Inhalts im Zusammenhang mit, für oder in KI-Systemen, KI-Modellen oder Generativen Sprachmodellen.