

Reflexionen zum Thema «Arzt und/oder Manager?» aus historischer Perspektive

Verträgt sich die Rolle des Arztes mit jener des Managers? Der folgende Beitrag geht dieser Frage aus historischer Perspektive nach, und er zeigt auf, dass die Medizin in der Lage ist, rasch relevantes Management-Know-how zu integrieren.

**Guido Schüpfer,
Christoph Konrad**

«*H*eilen ist eine Kunst, Medizin eine Wissenschaft, und das Gesundheitswesen ist ein Geschäft.» (anonym) – Sind Arzt und Manager unvereinbare Gegenpole? Brauchen moderne Gesundheitssysteme Ärzte als Manager? Oder kann es nur Managern mit volkswirtschaftlicher Grundausbildung gelingen, die ausufernden Kosten der Medizin in den Griff zu bekommen? Braucht es Manager, um Ärzten als Mediziner die nötigen betrieblichen Strukturen und Organisationen zu verpassen, damit Risikokapital bedient (d.h. Aktienkapital zur Verfügung gestellt) wird? Über die Fragestellung «Arzt und/oder Manager» wird nachfolgend aus einer historischen Perspektive reflektiert.

Die Entwicklung der Arzt-Patient-Beziehung

Die Medizin ist in eine sich stetig wandelnde Gesellschaft eingebettet. In vielen Staaten ist die medizinische

Versorgung das Kronjuwel des Wohlfahrtsstaates. Die im Verlaufe von rund 150 Jahren erworbenen zivilen und bürgerlichen wurden mit sozialen Rechten erweitert. Seither haben alle Bürger Anteil am sozialen und öffentlichen Leben. Viele Regierungen haben sich bis in die Achtzigerjahre dem (je nach Staat unterschiedlich finanzierten) «Service Publique» verpflichtet gefühlt (siehe auch *Kasten 1*).

Kasten 1:

Sind Gesundheitsangebote für die Gesundheit wichtig?

Gesundheit ist im Wesentlichen ein Produkt des sozialen, kulturellen und ökonomischen Kontextes. Zu einem geringeren Teil wird sie durch den individuellen Lebensstil geprägt. Gesundheitsangebote mögen für den Betroffenen zwar wichtig sein, aber ihre Bedeutung für die Gesundheit ist möglicherweise gering. Zudem haben *heutige* Patienten zunehmend die Kompetenz, Behandlungen selbst zu monitorisieren oder gar selber vorzunehmen.

Nach dem Ölschock von 1973 wurden orthodoxe Stimmen lauter, die glaubten, einzig Marktkräfte seien in der Lage, mit utilitaristischem Verhalten von Individuen effizient umzugehen. In jedem Fall aber sei die ausgleichende Fähigkeit des Marktes jener administrativer Systeme überlegen. Diese *neoklassische Ökonomie* brachte Deregulierung, Dezentralisierung, Privatisierung, Wettbewerb, interne Märkte, Kontrakte und neue Werkzeuge, um Expertenorganisationen (wie sie die Medizin und Ärzte darstellen) zu kontrollieren [1, 2]. Nachfrager und Einkäufer wurden in



Guido Schüpfer



Christoph Konrad

verschiedenen Gesundheitssystemen in unterschiedlicher Ausprägung aufgetrennt, und *Managed-Care-Modelle* wurden erprobt.

Sprache schafft Wirklichkeit. Sie gibt die soziale, ökonomische und politische Realität wieder. Entsprechend hielt auch die Sprache der Ökonomie Einzug ins Gesundheitssystem: Gesundheitsgüter und -dienstleistungen sind, wie in jedem

Kasten 2:

Ärzte als Manager – eine Voraussetzung für faire Marktwirtschaft?

Grundsätzlich können Organisationen in einer Gesellschaft über drei Mechanismen kontrolliert werden: durch Bürokratie mit administrativen Prozessen (öffentliche Verwaltung), durch Vertrauen (Kirche, Universitäten) oder durch den Markt. Die traditionellen Gesundheitssysteme haben als bürokratische Systeme auf der folgenden Werthierarchie basiert: Zuoberst standen die Legalität und dann die Gleichheit; erst nachher folgten Effektivität, Effizienz und letztlich die Wirtschaftlichkeit. Die Marktwirtschaft kehrte diese Hierarchie um: Wirtschaftlichkeit und Effizienz sind dominante Werte. Arzt und Manager sind somit Rollen, die sich möglicherweise ausschliessen.

Da aber die Komponenten der klinischen und organisationalen Effektivität bei (realistisch betrachtet immer) beschränkten Ressourcen balanciert werden müssen, erfordert die politische Vernunft soziale Gerechtigkeit. So betrachtet, schliessen sich aber die Arzt- und die Managerrolle nicht mehr aus, sondern das Zusammenwirken beider Rollen bildet die Voraussetzung für ein gut funktionierendes Gesundheitssystem. Nur Letzteres offeriert die Basis für das Vertrauen in den Staat, ohne das jeder Regierung die Legitimität zum Regieren fehlt.

anderen Sektor, zu kaufen und zu verkaufen. In diesem Paradigma der neoklassischen Ökonomie werden Ärzte und Pflegende zu Produzenten und Patienten zu Konsumenten, also in die Begriffe «Angebot» und «Nachfrage» reflektiert. Als Konsequenz aus dieser Paradigmaverschiebung wurde beklagt, dass der Arztberuf ein Teil einer Gesundheitsindustrie wird [3]. Diesem Paradigma zufolge sind Manager nötig. Sie stehen im Gegensatz zu den Professionen (Ärzte, Pflegende) der Gesundheitsindustrie. Vor diesem Hintergrund ist nun auch die Diskussion zu verstehen, ob «Patient» die richtige Bezeichnung für eine aktiv am Gesundheitssystem teilnehmende Person ist. Denn «Patient» bedeutet stilles Leiden und Passivität. Allerdings wurden Begriffe wie Klient, Konsument, Kunde oder Nutzer genauso als falsch verdammt [4, 5]. Tatsächlich stammt der Begriff «Patient» aus dem ausklingenden 18. Jahrhundert, als die

Chirurgie sich als medizinische Disziplin etablierte und den «Patienten» als sich passiv verhaltenden Körper wahrnahm. Seit der Mitte des 19. Jahrhunderts wird zusätzlich das physikalische Umfeld berücksichtigt, und seit der Mitte des 20. Jahrhunderts die subjektive Persönlichkeit.

Werden Patienten zu Kunden, dann fallen sie alle relevanten Behandlungsentscheide: Experten werden nach Bedarf zugezogen und Informationen nach Nützlichkeit bewertet. In dieser Rolle sind die Professionen im Gesundheitswesen tatsächlich Lieferanten oder Produzenten, die Patienten allerdings tragen die volle Verantwortung für alle Entscheidungen. Solche Austauschprozesse müssten gemanagt werden: Die Rollen des Arztes und des Managers sind hier gegensätzlich und schliessen sich aus. Allerdings kann die Rolle des Arztes in folgenden Kategorien gesehen werden: 1. Paternalist – 2. geteilte Entscheidungsfindung mit dem Patienten

– 3. blosser Informant. Das Patientenverhalten wird komplementär wie folgt kategorisiert: 1. sich unterwerfend – 2. geteilte Entscheidungsfindung mit dem Arzt – 3. dominant. Es drängt sich auf, dass in Zukunft Kollaboration und Partnerschaft die Arzt-Patient-Beziehung prägen sollten. Arzt und Patient werden zu Managern.

Da in heutigen Gesundheitssystemen Patienten notwendigerweise an Entscheidungen teilhaben, ist auch eine Machtverschiebung weg von den Gesundheitsprofessionen und Managern nötig. Gleichzeitig dürfen aber Patienten mit belastenden Entscheidungen in schwierigen Situationen mit unsicherem Ausgang nicht allein gelassen werden. Dies ist letztlich eine genuin ärztliche Aufgabe, die auch in einem ökonomischen Spannungsfeld stattfindet. So gesehen schliessen sich die Rollen von Arzt und Manager nicht aus, sie bedingen einander (siehe auch *Kasten 2*).

Gesundheitsversorgung und Komplexitätsbewältigung

Die Medizin hat eine starke Zunahme der Spezialisierung erfahren: Chirurgie und Medizin haben sich in zahlreiche Subspezialitäten aufgespalten. Zugleich erhöht sich der Kostendruck aufgrund der bestens bekannten Faktoren (Demografie, neue Techniken und Medikamente usw.) in allen Gesundheitssystemen. Zur Bewältigung sind Managementinstrumente nötig. Allerdings hat sich die Managementlehre weit gehend aus der produzierenden Industrie entwickelt, und sie hat die Dienstleister lange vernachlässigt. Die leistungserbrin-

Tabelle:

Managementaufgaben für Ärzte bei Gesundheitsdienstleistern

Bereich	Beispiele
Strategische Planung	Unternehmensplanung, Entwicklung von neuen Programmen, Ressourcenallokation
Liaison-Funktion	Verbindungsfunktion zwischen Administration, medizinischem Fachpersonal und Verwaltungsrat
Klinische Operationen	Direkte Supervision, Budgetprozess, Zielsetzungen, Management by Objectives
Qualitätsmanagement	Messung, Sicherung, Planung und Lenkung der Qualität der klinischen Behandlungsprozesse
Personalmanagement	Spezifisches professionelles Personalmanagement (Kompetenzregelungen zwischen Fachdisziplinen, Facharzttraining, Ausbildung von Ärzten), Coaching, Mentoring

genden Organisationen weisen in ihrer Ausgestaltung als Expertenorganisationen sehr spezifische Merkmale auf. Im Gegensatz zu vielen anderen Branchen ist eine Betriebsführung nicht von den produzierenden Experten (z.B. Ärzte und Pflegende) zu trennen, da deren Expertise unabdingbar nötig ist (vgl. *Tabelle*).

Die Medizin ist keine einheitliche Wissenschaft, sondern ein Fachgebiet, das in der Lage ist, rasch relevantes Know-how aus verschiedenen Disziplinen zu integrieren. So wurden etwa die Mendelschen Vererbungsgesetze aus der Botanik in ihrer Bedeutung erkannt, und sie wurden beispielsweise in der Forensischen Medizin mit dem Vaterschaftsnachweis über die Blutgruppenvererbung weiterentwickelt. Auch die grundlegenden Arbeiten der analytischen Statistik wurden von der Medizin aufgenommen und zu einer eigenen Disziplin, nämlich der Biostatistik, weiterentwickelt.

Gleiches lässt sich nun für Managementwissen feststellen. So wurden die Managementkenntnisse aus der Luftfahrtindustrie beispielsweise vom Fachgebiet Anästhesie adaptiert und zu einem der Medizin angepassten Risikomanagement umgebaut [6]. Viele komplexe medizinische und ärztliche Handlungen haben dadurch eine Risikoreduktion erfahren (sicherlich haben auch die Formalisierung der Weiterbildung und eine hohe Spezialisierung dazu beigetragen).

Es ist Teil des ärztlichen Handelns, spezielle Risiken zu identifizieren und in einem zweiten Schritt zu eliminieren oder zu minimieren. Damit ist *Risikomanagement* eine ärztliche Tätigkeit, die an die Fachkompetenz der einzelnen Spezialisten zu binden ist [7].

Im Weiteren wurden Prozessanalyse-Werkzeuge aus der Industrie, wie die statistische Prozesskontrolle und die Kusum-Analyse [8–13], von vielen medizinischen Forschungsgruppen erfolgreich ins Argumentarium aufgenommen. Das Gleiche gilt für Ansätze aus dem Qualitätsmanagement (z.B. TQM) oder dem Kostenmanagement [14–16].

Schlussfolgerungen

Arzt und Manager sind keine Gegensätze. Das Spezifische der ärztlichen Betreuung erfordert mehr als nur Fachwissen [17–19]. Werden Spitäler als komplexe, interdisziplinäre Behandlungssysteme verstanden, so ist klar, dass diese nur mit Managementansätzen geführt werden können [3, 20–23]. Entsprechend bieten viele Fachgesellschaften und Standesorganisationen, aber auch Fachhochschulen speziell für Ärzte Vertiefungskurse in Management an. ■

Autoren:

**Dr. med. Guido Schüpfer, MBA
HSG**

Stabschef des Ärztlichen Direktors
Leitender Arzt am Institut für
Anästhesie und Chirurgische
Intensivmedizin
Kantonsspital Luzern
6000 Luzern 16
E-Mail: guido.schuepfer@ksl.ch

PD Dr. med. Christoph Konrad

Universitätsklinikum Mannheim
Schmerzzentrum
Institut für Anästhesie und Intensiv-
medizin,
Theodor-Kutzer-Ufer 1–3
D-68167 Mannheim
E-Mail: Fieber-Konrad@t-online.de

Literaturhinweise:

- Schüpfer G, Konrad C, Staffelbach B: Privatisierung von öffentlichen Spitälern in der Schweiz – Gedanken aus ärztlicher Sicht. In: Poledna Th (Hrsg.): Schriftenreihe Forum Gesundheitsrecht Band 1: Privatisierung und Wettbewerb im Gesundheitsrecht. Zürich: Schulthess Verlag, 2000: 65–73.
- Walshe K: Public Services and Market Mechanisms: Competition, Contracting and the New Public Management. Basingstoke: Macmillan, 1995.
- Davila J J: Anesthesia – Coach, Business, or First Class? *Anesthesiology* 1997; 87: 1589–1590.
- Neuberger J: Let's do away with patients. *Br Med J* 1999; 318: 1756–1757.
- Thompson A G H. New millennium, new values: citizen participation as the democratic ideal in health care. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11: 461–464.
- Eichhorn JH: Prevention of intraoperative anesthesia accidents and related severe injury through safety monitoring. *Anesthesiology* 1989; 70: 572–577.
- Grube C, Schaper N, Graf BM: Man at Risk. Aktuelle Strategien zum Risikomanagement in der

Anästhesie. *Der Anästhesist* 2002; 51: 239–247.

8. Rinne H, Mittag H-J: Statistische Methoden der Qualitätssicherung. München, Wien: Carl Hanser-Verlag, 1989.

9. Williams SM, Parry BR, Schlup MMT: Quality control: an application of the Cusum. *BMJ* 1992; 1359–1361.

10. Lagasse RS, Steinberg ES, Katz RI, Saubermann AJ: Defining quality of perioperative care by statistical process control of adverse outcomes. *Anesthesiology* 1995; 82: 1181–1188.

11. Bonetti P, Waeckerli A, Schuepfer G, Frutiger A: Improving time-sensitive processes in the intensive care unit: The example of «door-to-needle time» in acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care* 2000; 12: 311–317.

12. Konrad C, Schmeck J, Schüpfer G: Statistische Prozesskontrolle zum Qualitätsmanagement in der Anästhesie. *Anästhesiologie & Intensivmedizin* 2001; 42: 946–950.

13. Konrad C, Gerber HR, Schüpfer G, Schmucki O: Transurethral resection syndrome: Effect of the introduction into clinical practice of a new method for monitoring fluid absorption. *Journal of Clinical Anesthesia* 1998; 10: 360–365.

14. Sperry R J: Principles of economic analysis. *Anesthesiology* 1997; 86: 1197–1205.

15. Blumenthal D, Scheck AC, eds: Improving clinical practice: total quality management and the physician. San Francisco: Jossey-Bass, 1995.

16. Blumenthal D: Total quality management and physicians' clinical decisions. *JAMA* 1993; 269: 2775–8.

17. Schüpfer G, Konrad C, Wietlisbach M, Durrer S, Gerber H, Staffelbach B: Lernkurven für manuelle Anästhesieverfahren. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 1998; 3: 58–62.

18. Schüpfer G, Konrad C, Durrer S, Wietlisbach M, Staffelbach B: Lernkurven bei Anästhesieärzten. *Die Unternehmung. Schweizerische Zeitschrift für betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis*. 1996: 279–288.

19. Schuepfer G, Konrad C, Schmeck J, Poortmans G, Staffelbach B, Jöhr M: Generating a Learning Curve for Pediatric Caudal Epidural Blocks: An Empirical Evaluation of Technical Skills in Novice and Experienced Anesthetists. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2000; 25: 385–388.

20. Reves J G: Lessons on Learning About Learning Curves. *Anesth Analg* 2000; 91: 1047–1048.

21. Banta D, Bos M: The relation between quantity and quality with coronary artery bypass graft (CABG) surgery. *Health Policy* 1991; 18: 1–10.

22. Barone JE, Risucci DA, Savino JA: Volume and Outcome; letter to the editor of «hospital volume and surgical mortality in the united states». *N Engl J Med* 2002; 347: 693–696.

23. Konrad C, Schüpfer G, Wietlisbach M, Gerber H: Learning Manual Skills in Anesthesiology: Is There a recommended Number of Cases for Anesthetic Procedures? *Anesth Analg* 1998; 86: 635–639.