



Foto: Andrey Popov/istock, adobe.com

Thema Bewerbungsgespräche von Chefärzten

Ökonomie hat hohen Stellenwert

Schon im Bewerbungsgespräch werden künftigen Chefärzten die wirtschaftlichen Ziele vermittelt, die sie erreichen sollen. Das zeigt eine aktuelle Umfrage aus der Chirurgie. Viele sehen im Bewerbungsgespräch aber auch die Chance, das Ausmaß des ökonomischen Drucks zu begrenzen.

Arne Christian Siewert, Karl-Heinz Wehkamp, Carsten Johannes Krones, Werner Vogd, Erik Allemeyer

Der wachsende Stellenwert ökonomischer Zielsetzungen im Gesundheitswesen wird derzeit sowohl in den Fachmedien als auch in der Laienpresse kritisch diskutiert (1–4). Hingewiesen wird dabei insbesondere auf den Interessenkonflikt zwischen originären ärztlichen Aufgaben für das Patientenwohl und den Vorgaben zur Gewinnmaximierung.

Bereits im Bewerbungsverfahren für eine Leitungsfunktion in der Chirurgie als auch zum Berufsstart definieren die Bewerber in Verbindung mit der kaufmännischen Führung die Rahmenbedingungen des Zusammenspiels aus Ethik und Ökonomie im Krankenhaus – und damit ihre spätere Rolle als Chef-

arzt. In Zusammenarbeit mit Klinikern, Ökonomen, Soziologen und Medizinethikern hat der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) eine Umfrage unter Chefärzten aus allen chirurgischen Fächern durchgeführt, die zwischen 2016 und 2019 eine Führungsposition übernommen haben. Dabei sollte untersucht werden, ob und wie ökonomischer Druck die Auswahl und den Berufsstart des leitenden Arztes in der Chirurgie prägt und ob von den Befragten die Möglichkeit gesehen wird, schon ganz am Anfang ihres Engagements Einfluss auf die zukünftige Gewichtung von originär ärztlichen Zielsetzungen oder aber ökonomischen Maximen zu nehmen.

Für die Umfrage wurden 1 890 beim BDC registrierte chirurgische Chefärzte und Oberärzte angeschrieben. 455 Ärzte beteiligten sich an der Umfrage. 114 von ihnen waren zwischen 2016 und 2019 in eine Chefarztposition gewechselt und erfüllten damit die Voraussetzung für eine Teilnahme. Sieben Chefärzte wurden zudem in qualifizierten Interviews befragt.

Der Umfrage vorangestellt wurde eine Analyse aller 91 Stellenanzeigen, mit denen in den Jahren 2017 und 2018 Chefärztinnen und Chefärzte in einem chirurgischen Fachgebiet im *Deutschen Ärzteblatt* gesucht wurden. Die Inhalte der Stellenanzeigen lassen sich auf der Anforderungsseite in vier Kate-

Pricewaterhouse-Coopers WPG, Risk & Regulatory, Forensic Services: Siewert

Universität Bremen, Socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik: Prof. Dr. rer. pol. Dr. med. Wehkamp

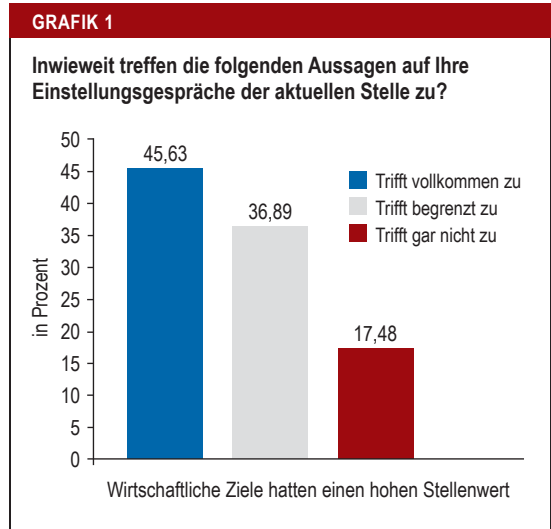
Berufsverband der Deutschen Chirurgen: Prof. Dr. med. Krones

Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit: Univ.-Prof. Dr. phil. Vogd

Niels-Stensen-Kliniken, Franziskus-Hospital Hardeberg: Dr. med. Allemeyer

gorien zusammenfassen: Ökonomie, Ethik, Management und Organisation. Gefordert wurden dabei zum Beispiel eine „hohe ökonomische Kompetenz“, eine „werteorientierte Führung“, „Dienstleistungsorientiertheit“ und eine „hohe Flexibilität“ und „Belastbarkeit“. Den Bewerbern wurde eine „Dotierung mit festen und variablen Anteilen“ angeboten sowie eine „leistungsorientierte Vergütung“ und ein „attraktives Bonussystem“. Auffällig ist, dass sich nur eine einzige Aussage auf nicht monetäre Vorzüge der Arbeit bezog: „Die Geschäftsführung steht Ihnen als Ansprechpartner auf Augenhöhe bei der Weiterentwicklung der Klinik zur Verfügung.“

Bei den qualifizierten Interviews gaben die Chefarzte weitgehend übereinstimmend an, dass der Ökonomie in der Medizin eine immer größere Rolle zuteil geworden sei. Mehrere Teilnehmer erklärten, dass mit der Ökonomisierung negative Begleiterscheinungen wie ethische Konflikte durch Verweildauer-, Fallzahlenreize und Patientenselektion einhergingen. Zugleich demonstrierte der überwiegende Teil der Befragten Verständnis für ökonomische Belange und signalisierte Bereitschaft, wirtschaftliche Zielsetzungen und Erfordernisse des Arbeitgebers mit zu unterstützen. Ein Befragter gab an, dass im Bewerbungsgespräch noch kein wirtschaftlicher Druck geherrscht habe, aber nach relativ kurzer Anstellungszeit sofort stetig angewachsen



sei. Eine Steigerung der Leistungsbilanz seiner Abteilung in Höhe von fünf Prozent sei zur unmittelbaren Auflage gemacht worden, wobei dies unter anderem auch durch Unterlassen unrentabler medizinischer Versorgung zugunsten der Einführung lukrativer Operationsmethoden ermöglicht werden sollte. Ein weiterer Befragter wurde durch die Klinikleitung angewiesen, durch Maßnahmen wie „mehr Patienten operieren, schneller entlassen und optimaler kodieren“ eine Steigerung des Gewinns zu ermöglichen. Angesprochen auf eine Beeinflussung der zu stellenden Indikationen gab ein Chefarzt an, dass er Behandlungsverfahren nicht nur primär nach medizinischer Indikation, sondern auch mit Blick auf das ökonomische Ergebnis ausgewählt habe.

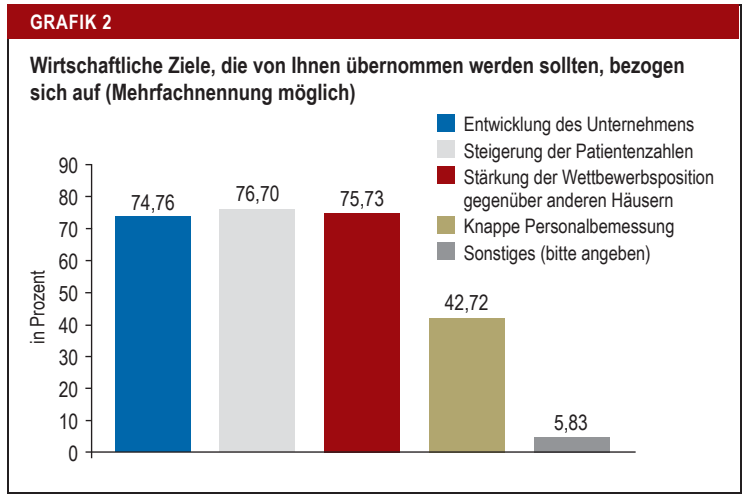
Ob durch Zielvereinbarungsgespräche der ökonomische Druck auf die Chefarzte erhöht werde, wird von den Befragten unterschiedlich wahrgenommen. In einigen Fällen seien nur moderate Anreize zu einem ökonomischeren Handeln gesetzt worden, hieß es. Andere Interviewpartner sahen sich aufgefordert, in einer Form Personaleinsparungen und Arbeitsverdichtungen vorzunehmen, die vom ärztlichen Personal nur durch eine deutliche Überschreitung gesetzlich vorgegebener Höchstarbeitszeit bewältigt werden konnte. Mehrere Chefarzte gaben an, dass ihre variablen Gehaltsanteile an Personaleinsparung und Optimierung der Arbeitsorganisation gekoppelt seien.

Die Teilnehmer der qualitativen Studie empfanden die regelmäßigen Ergebnisreporte als das stärkste Druckinstrument. Hier werden beispielsweise Leistungsvergleiche (Benchmarks) zu Abteilungen anderer Kliniken vorgelegt, wodurch auch „außerhalb der Zielvereinbarungsgespräche“ ein „ständiger ökonomischer Druck“ erzeugt werde, etwa indem beispielsweise „online mitgeteilte Abteilungsergebnisse unter Bezug auf Benchmarks zu praktisch ständig aktualisierten Zielvorgaben“ würden, wie einer der Teilnehmer erklärte. Ein anderer gab an, sich als Chefarzt nicht mehr „autonom“ gemäß einer Leitungsposition zu empfinden, sondern sich nur noch als weisungsgebundener Angestellter der Kaufleute zu sehen.

Wirtschaftliche Ziele

Von den Chefarzten, die sich an der schriftlichen Umfrage beteiligten, waren 91 Prozent männlich, neun Prozent weiblich. 42 Prozent arbeiten an einem kommunalen Krankenhaus sowie jeweils 29 Prozent an einem freigemeinnützigen und einem privaten. 52 Prozent der Teilnehmer haben ihre erste Leitungsfunktion inne, 35 Prozent ihre zweite und 13 Prozent bereits ihre dritte. Ein Großteil der Befragten wurde über Personalvermittler und Headhunter auf die Stelle aufmerksam.

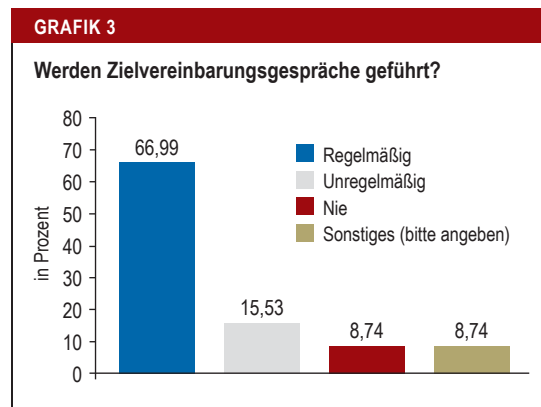
46 Prozent der Chefarzte erklärten, es treffe vollkommen zu, dass wirtschaftliche Ziele einen hohen



Stellenwert in dem Einstellungsgespräch hatten (siehe Grafik 1). 22 Prozent erklärten, es treffe vollkommen zu, dass sie sich bei dem Einstellungsgespräch unter Druck gesetzt fühlten, ökonomische Zielsetzungen in der angestrebten Stellung zu erreichen. 46 Prozent erklärten, dies treffe begrenzt zu, 32 Prozent gaben an, es treffe gar nicht zu. Dass medizinethische Werte als wichtige Zielsetzung in dem Bewerbungsgespräch einen hohen Stellenwert hatten, sahen 32 Prozent als vollkommen zutreffend an. Bei 42 Prozent traf dies begrenzt zu, bei 25 Prozent gar nicht. Jeweils etwa drei Viertel der Befragten gaben an, dass sich die wirtschaftlichen Ziele, die sie erreichen sollten, auf die Entwicklung des Unternehmens bezog, auf die Steigerung von Patientenzahlen und die Stärkung des Wettbewerbs (siehe Grafik 2). 67 Prozent der Teilnehmer kennen regelmäßige Zielvereinbarungsgespräche mit der kaufmännischen Führung. Bei 15 Prozent finden diese Treffen nur unregelmäßig statt, bei neun Prozent nie (siehe Grafik 3). Zur Darstellung der wirtschaftlichen Erwartungen an die Chefärzte dienen vor allem kontinuierlich aktualisierte DRG-Berichte (siehe Grafik 4).

Gewichtung selbst gestalten

Besonders bedeutsam für die Analyse ist die Frage zur möglichen Mitgestaltung der ethischen Balance: „Das Verhalten des Kandidaten



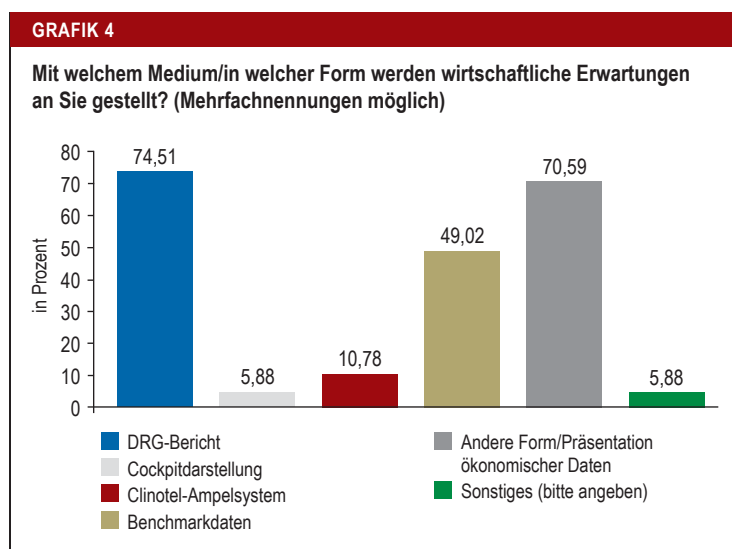
im Einstellungsgespräch kann beeinflussen, ob bei der späteren Tätigkeit medizinethische Zielsetzungen höher gewichtet werden als ökonomische Zielsetzungen“. Für 22 Prozent der Befragten trifft dieser Satz vollkommen zu, für 48 Prozent begrenzt (siehe Grafik 5). In der Summe sehen somit 70 Prozent der Teilnehmer zumindest eine eingeschränkte Möglichkeit, die Gewichtung zwischen Ökonomie und Ethik in ihrer späteren Abteilung durch das eigene Verhalten im Zusammenhang mit dem Einstellungsgespräch zu gestalten.

Ebenfalls von großer Bedeutung für die Untersuchung ist die Frage: „Haben Sie in konkreten Einzelfällen bereits einmal OP-Indikationen gestellt, um ökonomische Ziele zu erreichen, obgleich diese medizinisch nicht zwingend geboten waren?“ 85 Prozent der Befragten beantworteten diese Frage mit „nein“,

acht Prozent mit „ja“ und sechs Prozent wollten keine Angabe machen (siehe Grafik 6). Ein Kandidat meinte, dass nach seinem Dafürhalten alle Teilnehmer der Umfrage die mutmaßlich ehrliche Antwort „ja“ hätten geben müssen.

Insgesamt ergeben die zentralen Fragen nach dem Stellenwert der Ökonomie beziehungsweise dem hieraus entstehenden Druck auf Bewerbungskandidaten für Chefarztpositionen ein gemischtes Bild: Während 22 Prozent der Befragten angaben, sie fühlten sich unter Druck gesetzt, wirtschaftliche Ziele in der angestrebten Stellung zu erreichen, erklärten 32 Prozent, dies sei nicht der Fall. Ähnlich verhält es sich bei der Frage nach medizinethischen Werten. Dabei war die Ausgestaltung der ökonomischen Zielvorgaben in den Bewerbungsgesprächen offenbar sehr konkret, wie etwa 75 Prozent der Befragten angaben. Dazu passt, dass in 86 Prozent der Fälle Kaufleute (in 77 Prozent Geschäftsführer, in neun Prozent die kaufmännische Leitung) die führende Rolle im Bewerbungsgespräch innehatten. Zugleich empfanden jedoch 58 Prozent der Befragten die Bewerbungsgespräche als angenehm („trifft vollkommen zu“) und 37 Prozent immerhin noch als relativ angenehm („trifft begrenzt zu“).

Ein nicht unerheblicher Anteil der Befragten kann sich durchaus auch mit den ökonomischen Zielsetzungen des Krankenhausbetriebs im Allgemeinen identifizieren. Eine angemessene Gewichtung von ärztlichen und ökonomischen Zielsetzungen scheint somit für einen relevanten Anteil der beteiligten Chefärzte erreichbar. Dieses Ergebnis relativiert die oft in den Medien diskutierte Auffassung, wonach die ärztliche Führung im Krankenhaus in der Ökonomisierung per se nur Nachteile sehe und sich ihrer blockierend verwehre (3–5). Von diesem Eindruck weichen wiederum die zahlreichen freien Kommentare ab, in denen ein überhöhter ökonomischer Druck beschrieben wird, der Frustration auslöse. So erklärte einer der Teilnehmer: „Die Ökonomie ist mittlerweile wesentlich wichtiger als die Medizin. Chefärzte



sind de facto entmachtet durch die kaufmännischen Leitungen.“ Ein anderer schrieb, es gehe kaum noch um Patienten, sondern um Liegedauer, Case-Mix-Punkte und Erlöse: „Die Unzufriedenheit unter Ärzten und Schwestern wächst.“

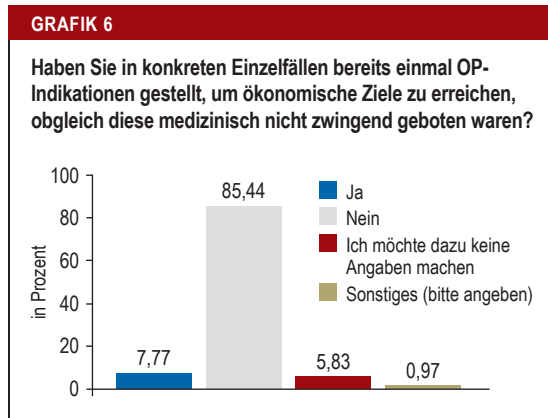
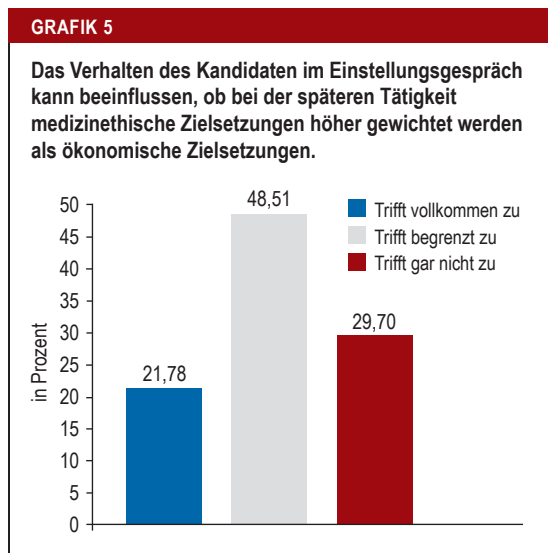
Bruch ethischer Normen

Aus ethischer Sicht stellt die Angabe zur Überschreitung gesetzlicher Arbeitszeiten durch das ärztliche Personal als Ergebnis ökonomischen Drucks eine weitere Besonderheit dar. Ein erheblicher persönlicher Einsatz zum Wohle der Patienten gehört traditionell zum ärztlichen Selbstverständnis in der Chirurgie. Die Ausbeutung dieser Opferbereitschaft zugunsten der Gewinnmaximierung stellt dagegen einen Bruch ethischer Normen dar.

Entgegen einiger Einschätzungen in der Literatur zeigten die Gruppenvergleiche nur geringe Unterschiede bezüglich der Trägerschaft in den Antwortprofilen der zentralen Fragen zur Bewertung des ökonomischen Druckes. Dieses Ergebnis überrascht vor dem Hintergrund, dass private Träger allgemein als eher an wirtschaftlichen Zielen orientiert gelten als freigemeinnützige oder öffentliche (6). Hier muss allerdings einschränkend angeführt werden, dass die Teilnehmerzahlen in den Gruppenvergleichen keine Signifikanzanalysen zuließen.

Die Antworten auf die Frage, ob in konkreten Einzelfällen OP-Indikationen ohne medizinische Indikation gestellt wurden, um ökonomische Ziele zu erreichen, lässt es als dringend notwendig erscheinen, die auslösenden Umstände in Fachkreisen und Öffentlichkeit intensiver zu diskutieren. Jegliche Entscheidung zugunsten ökonomischer Zielsetzungen entgegen dem Patientenwohl stellt einen schwerwiegenden Verstoß gegen medizinethische Grundgebote dar (2, 7–10) und könnte darüber hinaus sogar tatbestandsmäßig strafrechtlich als ein Körperverletzungsdelikt verfolgt werden (11).

Der von den ärztlichen Führungskräften erlebte Rollenkonflikt zwischen ökonomischer Gewinnmaximierung und ärztlicher Werte-



ordnung mindert die berufliche Zufriedenheit (7, 12, 13). Dieser Trend provoziert langfristig einen Nachwuchsmangel auch auf der ärztlichen Führungsebene. Zudem werden Zielkonflikte im ärztlichen Handeln mitunter von der Führungsebene an die nachgeordneten Mitarbeiter weitergereicht. Diese Druckkette verschärft bereits jetzt den Nachwuchsmangel bei den Assistenz- und Fachärzten.

Dabei fällt auf, dass rund 35 Prozent der Befragten ihre zweite Chefarztstelle innehaben, 13 Prozent ihre dritte. Die Gründe dafür müssen offenbleiben. Die freien Kommentare legen allerdings nahe, dass der ökonomische Druck für den Stellenwechsel eine Rolle gespielt haben könnte. Eine Analyse aus dem Jahr 2010 zeigt weitere mögliche Ursachen für Entlassungen von Chefärzten auf: zu hohe Erwartungen bezüglich des Leis-

tungsspektrums, ungünstige Vertragsbedingungen und die Verpflichtung, mit knappen Personalressourcen zu arbeiten (14–16).

Wie kann der einzelne Chefarzt zu Beginn seiner Tätigkeit Einfluss auf den Stellenwert ökonomischer Zielsetzungen nehmen? Die Kandidaten sollten sich entscheiden, ob sie im Wettbewerb um die angebotene Stelle eine Unterordnung unter ökonomische Zielsetzungen um jeden Preis signalisieren möchten oder aber eigene, originär ärztliche Zielsetzungen höher gewichten. Es könnte sich als ein Beitrag zum Rückgewinn von mehr Autonomie in der ärztlichen Leitung entwickeln. Zugleich ist aber auch von der kaufmännischen Seite zu fordern, dass die Voraussetzungen zur Einhaltung ärztlich-professioneller Standards gewährleistet werden.

Langfristiger Erfolg

Die Einhaltung einer ethischen Balance sollte obligater Konsens im Zusammenspiel aus ärztlicher und kaufmännischer Führung im Krankenhaus sein. Eine nicht-indizierte Leistungsausweitung verbietet sich hierbei ausdrücklich. Diese Maxime ist auch aus unternehmerischer Perspektive bedeutsam: Es kann mittel- und langfristig nicht im kaufmännischen Interesse der Krankenhausführung liegen, die Reputation eines Krankenhauses durch eine Priorisierung der Gewinnmaximierung aufs Spiel zu setzen. Es ist lange bekannt, dass nicht nur Kennzahlen, sondern auch Compliance, ethisches Verhalten und Corporate Social Responsibility elementare Säulen für den langfristigen Unternehmenserfolg bilden (17–19).

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2021; 118(4): A 180–4

Anschrift für die Verfasser:
Dr. med. Erik Allemeyer
Proktologie, Kontinenz- und Beckenbodenchirurgie, Niels-Stensen-Kliniken
Franziskus Hospital Harderberg
Alte Rothenfelder Str. 23
49124 Georgsmarienhütte
erik.allemeyer@niels-stensen-kliniken.de

Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit0421
oder über QR-Code.



Zusatzmaterial Heft 4/2021, zu

Bewerbungsgespräche von Chefärzten

Ökonomie hat hohen Stellenwert

Schon im Bewerbungsgespräch werden künftigen Chefärzten die wirtschaftlichen Ziele vermittelt, die sie erreichen sollen. Das zeigt eine aktuelle Umfrage aus der Chirurgie. Viele sehen im Bewerbungsgespräch aber auch die Chance, das Ausmaß des ökonomischen Drucks zu begrenzen.

Arne Christian Siewert, Karl-Heinz Wehkamp, Carsten Johannes Krones, Werner Vogd, Erik Allemeyer

Literatur

1. Thielscher C: Zur Pathogenese der Ökonomisierung. *Dtsch Arztebl Int* 2018; 115 (43): A-1946/B-1625/C-1610.
2. Wehkamp KH, Naegler H: Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus – Eine qualitative Studie zu den Wahrnehmungen von Ärzten und Geschäftsführern. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 797–804.
3. Albrecht B: 215 Ärzte fordern im Stern: Mensch vor Profit. *Stern* 2019; 37: 24 ff.
4. Albrecht B: Ärzte-Appell im „Stern“: Mensch vor Profit. *Hamburger Ärzteblatt* 2019; 73: 22.
5. Naegler H, Wehkamp KH: Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung. *Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft* 2018; 110 ff.
6. Wörtz M: Erlöse – Kosten – Qualität: Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied? Berlin, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008; 23 ff.
7. Vogd W, Feist M, Ostermann A, Molzberger K: Führungskräfte im Krankenhaus: Umgang mit ökonomischem Druck. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114 (43): A-1972.
8. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF): Medizin und Ökonomie – Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. *AWMF* 2018.
9. Hartmannbund: Medizin vor Ökonomie, www.hartmannbund.de/detailansichten/landesverbaende/nordrhein/presse/meldung/medizin-vor-oekonomie-aerztliche-berufsordnung-durchsetzen-aerztlichen-berufsethos-wahren-leitend/ (last accessed on 27 April 2020).
10. Bundesärztekammer: (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 –*) in der Fassung der Beschlüsse des 121. Deutschen Arzttages 2018 in Erfurt – geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14. Dezember 2018. www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBOAE.Pdf (last accessed on 27 April 2020).
11. Landessozialgericht Bayern: Strafbarkeit von Eingriffen als vorsätzliche Körperverletzung. *LSG München*, Urteil vom 10. Mai 2016 – L 15 VG 39/12.
12. Kapitzka T, Tonus C: Kooperation oder Konflikt – Die Zusammenarbeit zwischen leitenden Chirurgen und Klinik-Geschäftsführung. *Passion Chirurgie* 02/2012.
13. Tonus, C: Die Zusammenarbeit zwischen leitenden ChirurgInnen und Klinikgeschäftsführungen – Was hat sich verändert? *Passion Chirurgie* 03/2020: 10 (03): Artikel 04_0X.
14. Arbogast, R: Anforderungsprofil an den chirurgischen Chefarzt – Aus Sicht eines erfahrenen Chirurgen. *Der Chirurg* 2010; 81: 691–3.
15. Heberer J, Hüttl P: Ursachen für das Scheitern chirurgischer Chefärzte. *Der Chirurg* 2010; 81: 715–8.
16. Jähne J: Managementqualitäten des chirurgischen Chefarztes: überlebenswichtig! *Der Chirurg* 2012; 83: 368–73.
17. Menzies C, Tüllner J, Martin, A: Compliance Management – Nachhaltige Umsetzung in der Praxis. *Zeitschrift Führung + Organisation ZfO*. Stuttgart. Schäffer-Poeschel Verlag 03/2008; 136.
18. Fink O: Integration der CSR in die Praxis – oder: Wie befähigen wir Menschen einer Organisation zu dauerhaftem sozialverantwortlichem Denken und Handeln? *CSR im Gesundheitswesen – Dynamik im Spannungsfeld von individuellem und organisationalem Anspruch und deren Auswirkungen auf die Unternehmensstrategie*. Köln. Springer-Gabler Verlag 2018: 105 ff.
19. Viebranz: Haufe Compliance. www.haufe.de/compliance/management-praxis/compliance-tone-from-the-top_230130_458568.html (last accessed 10 January 2020).