

Eine klare Haltung beim Start in die Führungsposition ist unverzichtbar für eine tragfähige Balance zwischen Ethik und Ökonomie in der Chirurgie

E. Allemeyer¹, A.C. Siewert², K.-H. Wehkamp³, W. Vogd⁴, C.J. Krones⁵

¹Proktologie, Kontinenz- u. Beckenbodenchirurgie, Niels-Stensen-Kliniken, Franziskus-Hospital Harderberg

²Manager, Pricewaterhouse-Coopers WPG GmbH, Risk & Regulatory, Forensic Services, Frankfurt/Main

³Universität Bremen, Socium Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik Universität Bremen

⁴Lehrstuhlinhaber für Soziologie, Fakultät für Gesundheit (Department für Humanmedizin), Universität Witten/Herdecke

⁵Berufsverband der Deutschen Chirurgen, Referat Leitende Chirurgeninnen und Chirurgen; Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie, Marienhospital Aachen

Auszüge mit begleitenden Kommentaren aus dieser Arbeit wurden publiziert in:

Arne Christian Siewert, Karl-Heinz Wehkamp, Carsten Johannes Krones, Werner Vogd, Erik Allemeyer, Bewerbungsgespräche von Chefärzten- Ökonomie hat hohen Stellenwert, In: Deutsches Ärzteblatt | Jg. 118 | Heft 4 | 29. Januar 2021; Dtsch Arztebl 2021; 118(4): A 180–4; Volltext online unter [iwww.de/s4575](http://www.de/s4575).

Die zugrunde gelegte Original-Studie wurde publiziert in:

A.C. Siewert, K.-H. Wehkamp, W. Vogd, C.J. Krones, E. Allemeyer Bewerbungsverfahren und Berufsstart für Chefärzte in der Chirurgie – welchen Stellenwert hat die Ökonomie?
Zeitschrift für medizinische Ethik 2021 (67):403-19

Einleitung

Als Folge der überwiegend merkantil ausgerichteten Systemwechsel im Deutschen Gesundheitssystem ist der Stellenwert ökonomischer Kompetenz in der Leitungsebene eines Krankenhauses stark in den Vordergrund gerückt. Die Leistungsfähigkeit des stationären Sektors hängt heute ganz wesentlich davon ab, ob die kaufmännische Führung mit Geschick und Weitsicht die taktisch und strategisch richtigen Entscheidungen trifft. Dabei muss ein sehr komplexes Gebilde bedient werden. Neben der fachlichen Qualität prägen Mitarbeiterführung, Finanzwesen, Controlling, Einkauf, Investitionen, Marketing, Kommunikation und eine anspruchsvolle Administration des sehr heterogen zusammengesetzten Unternehmens „Krankenhaus“ den wirtschaftlichen Bestand und das Entwicklungspotenzial eines Krankenhauses. Vor dem Hintergrund des politisch initiierten, aber zugleich auch regulierten Wettbewerbs unter den stationären Gesundheitsdienstleistern kann ohne eine exzellente Performance der Geschäftsführung keine noch so brillante medizinische Leistung die Zukunft eines Krankenhauses alleine sichern.

Während in den 80er/90er Jahren des letzten Jahrhunderts Chefärzte unabhängig und fast autokratisch agieren konnten, hat sich dieses Szenario seit den 2000er Jahren annähernd umgekehrt. Das System Krankenhaus kontrollierte leitende Ärzte:innen zuletzt vornehmlich direktiv. Doch nachhaltiger Erfolg lässt sich in Unternehmen nur durch eine dialogische Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen erreichen. Aus diesem Postulat ergibt sich zwischen Ökonomen und Chirurgen im stationären Sektor eine fast natürliche Partnerschaft, bei der die Ziele beider Berufsgruppen vollkommen übereinstimmen: Ärzte wollen mit bestmöglichem medizinischen Ergebnis ihre Patienten versorgen, und kein Krankenhausbetriebswirt wird das Gegenteil für den ökonomischen Zweck seines Unternehmens behaupten. Dem widerspricht, dass Medizin und Ökonomie im Krankenhaus zunehmend als konflikthaft erlebt werden^{5,6}. Statt eines Miteinanders herrscht der Eindruck, dass Ärzte unter Druck gesetzt werden, ihre originären Aufgaben zum bestmöglichen Wohl

der kranken Menschen den wirtschaftlichen Zielen der Institutionen unterzuordnen¹⁻⁴. Nicht ohne Anlass hat die zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (ZEKO) bereits 2013 in einer Stellungnahme vor einer zunehmenden Ausrichtung der Krankenhauspolitik an ökonomischen Zielsetzungen gewarnt. Sehr konkret wurden hierbei die kritischen Elemente benannt: die Ausnutzung von Fallpauschalen und das Stellen von Indikationen zu besonders gewinnbringenden Untersuchungen und Operationen⁸.

Der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) hat sich zum Ziel gesetzt, das Potenzial in der natürlichen Partnerschaft zwischen Kaufleuten und Chirurgen in der stationären Patientenversorgung offenzulegen, und so die Balance zwischen Ethik und Monetik im Krankenhaus zu fördern,

Als Grundlage soll als erste Schlüsselstelle für die Gestaltung des Zusammenspiels aus Ethik und Ökonomie im Krankenhaus zunächst der Startpunkt der Zusammenarbeit untersucht werden – das Bewerbungsverfahren und der Berufsstart chirurgischer Chefärzte. In Zusammenarbeit mit Klinikern, Ökonomen, Soziologen und Medizinethikern führte der BDC dazu eine repräsentative Umfrage unter Chefärzten chirurgischer Fächern durch, welche von 2016 bis 2019 eine Führungsposition übernommen haben. Dabei sollte untersucht werden, wie ökonomischer Druck die Auswahl und den Start des leitenden Chirurgen prägt, und wo Möglichkeit existieren, schon zu Beginn des Engagements Einfluss auf die zukünftige Gewichtung von originär ärztlichen Zielsetzungen und ökonomischen Maximen zu nehmen.

Methodik

Innerhalb eines dreistufigen Untersuchungsdesigns erfolgte zunächst eine Analyse von Stellenanzeigen für Chefarztpositionen. Im zweiten Schritt wurden die Ergebnisse mit einer qualitativen Befragung ausgewählter Interviewpartner kombiniert. Auf dieser Basis wurde danach ein Fragebogen entwickelt, der als Vollerhebung alle in Frage kommenden chirurgischen Chefärzte, die in den zurückliegenden drei Jahren eine Leitungsposition übernommen hatten, adressierte.

Zunächst interessierte, ob die Inhalte von Stellenanzeigen die Zielvorgaben der Stellenanbieter bereits erkennen lassen. Dazu wurden alle Stellenanzeigen im Deutschen Ärzteblatt aus dem Zeitraum 01/2017 – 12/2018 (n= 91) in den Fachgebieten Allgemein- u.

Viszeralchirurgie, Thoraxchirurgie, Herzchirurgie, Plastische Chirurgie, Kinderchirurgie, Gefäßchirurgie, Unfallchirurgie/Orthopädie für Krankenhäuser in Deutschland gesichtet. Die Angaben zu Erwartungen an potenzielle Stellenbewerber sowie zum Angebot des Stellenanbieters wurden einzeln notiert, kategorisiert und qualitativ analysiert. Auf dieser Grundlage wurde die Hypothese präzisiert, und Fragestellungen für die später vorgenommenen Pilotinterviews entwickelt.

Im zweiten Schritt wurden sieben qualitative Pilotinterviews mit einer Auswahl von Personen aus dem Adressatenkreis durchgeführt (Interviewer E.A.).¹⁰ Die Pilotinterviews hatten wenige, überwiegend offene Fragen zum Inhalt, die ein freies und offenes Antworten ermöglichen.¹¹ Die Technik entspricht einem Leitfadeninterview. Die Antworten wurden zunächst qualitativ untersucht, und dann einer inhaltsanalytischen Auswertung unterzogen.^{12,13,14} Ergänzend wurde im Anschluss an jedes Interview ein sog. „Ambienteprotokoll“¹⁵ geführt.

Auf Grundlage der Pilotinterviews und etablierter Instrumente für strukturierte Online-Fragebögen^{16,17} wurde im dritten Schritt ein Katalog von offenen und geschlossenen Fragen zu Inhalten der Bewerbungsgespräche und den ersten Zielvereinbarungen (i.d.R. sechs bis zwölf Monate nach Stellenantritt) entwickelt. Die Methode zur Durchführung von Pilotinterviews und des hieraus entwickelten online-Fragebogens orientiert sich an Empfehlungen von Schnell¹⁶, Hollenberg¹⁷ und Mayring.^{18,19}

Die Adressaten wurden aus dem Verteiler des BDC per E-Mail angeschrieben. Gesamt wurden 1890 E-Mails an die beim BDC registrierten chirurgischen Chefärzte und Oberärzte versandt. Oberärzte wurden unter der Annahme eines eventuell schon erfolgten Wechsels in die Chefarztposition integriert, bei Nichtantritt einer Chefarztposition aber wieder ausgeschlossen.

Ergebnisse

Stellenanzeigen für chirurgische Führungspositionen im Deutschen Ärzteblatt

Die Inhalte der Stellenanzeigen lassen sich auf der Anforderungsseite durch häufig wiederholte, repräsentative Begriffe in vier Kategorien zusammenfassen. Neben der fachlichen Expertise wurden Fähigkeiten in Ökonomie, Ethik, Management und Organisation gesucht.

Anforderungen an den Bewerber für eine Chefarztstelle:

- a) Ökonomie: „hohe ökonomische Kompetenz“, „Ausrichtung an betriebswirtschaftlichen Erfordernissen“.
- b) Ethik: „werteorientierte Führung“, „Identifikation mit den Zielsetzungen eines christlich geführten Krankenhauses“, „wertschätzender Umgang mit Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern“.
- c) Management: „Dienstleistungsorientiertheit“, „Interdisziplinarität“, „Kollegialität“, „Qualitätsbewusstsein“, „soziale Kompetenz“, „prozessorientierte Arbeitsweise“, „Kommunikationskompetenz“, „hohes Verantwortungsbewusstsein“.
- d) Organisation: „hohe Flexibilität“, „Belastbarkeit“, „Strategieerfahrung“, „Innovationsorientiertheit“.

Bei den Angeboten für die Bewerber:innen dominierten dagegen allein monetäre Aspekte. Schlagworte wie eine „Dotierung mit festen und variablen Anteilen“, eine „leistungsorientierte Vergütung“, ein „attraktives Bonussystem“ oder die „marktübliche Vergütung“ wiederholten sich in vielfältigen Variationen. Aus Sicht der Stellenanbieter besteht der Wert der Tätigkeit als Chefarzt offenbar so gut wie ausschließlich aus ökonomischen Anreizen. Diese Dominanz unterbrachen nur vereinzelt Allgemeinplätze wie das „kollegiale Arbeitsklima“, die „herrliche Landschaft“, eine „kulturelle Vielfalt“ und „alle Schulformen vor Ort“. Nur eine einzige Anzeige offerierte einen klaren nicht-monetären Vorzug der inhaltlichen Arbeit mit „Die Geschäftsführung steht Ihnen als Ansprechpartner auf Augenhöhe bei der Weiterentwicklung der Klinik zur Verfügung“.

Ergebnisse der Pilotinterviews

Die Transkription der Interviews mit gesamt sieben Personen der Zielgruppe erlaubte eine Kategorisierung der getätigten Aussagen, in denen sich zentrale Aussagen, Meinungen und Eindrücke der Gesprächspartner subsumieren ließen. Die Kategorien beschreiben gleichermaßen Prüfbereiche und Inhalte der durch die Gesprächsteilnehmer erlebten Bewerbungsgespräche.

In Bezug auf die *Entwicklung der Ökonomisierung* in Medizin und Chirurgie gaben die Interviewpartner weitgehend übereinstimmend an, dass finanzielle Fragen in der Medizin eine immer größere Rolle gewonnen haben. Übereinstimmend herrschte auf Seiten der Befragten Teilnehmer Verständnis, dass langfristig eine Einbeziehung ökonomischer Prinzipien und Denkweisen in die medizinische Versorgung zum Erhalt der Versorgungsfähigkeit der Bevölkerung unausweichlich seien. Mehrere Teilnehmer erklärten aber gleichzeitig, dass mit der Ökonomisierung durch Verweildauerfragen, Fallzahlenreize und die Patientenselektion ethische Konflikte einhergingen. Ein Teilnehmer beschrieb die „Dominanz der Ökonomie“ als grundsätzlich „negative Entwicklung“.

In der *Grundeinstellung zum Ökonomischen* und dessen Thematisierung im Bewerbungsgespräch signalisierte der überwiegende Teil der Befragten die Bereitschaft, wirtschaftliche Zielsetzungen und Erfordernisse des Arbeitgebers zu unterstützen. Wirtschaftliche Größen – Entwicklung der Klinik, Erschließen neuer Geschäftsfelder und Operationsmethoden, Verbesserung der Position im Wettbewerb) scheinen regelmäßig Bestandteil der Bewerbungsgespräche zu sein. Dementsprechend werden diese seitens des Managements zum überwiegenden Teil von kaufmännisch ausgerichteten Führungspersonen (medizinischer Direktion, Medizincontrolling, Geschäftsführung) geführt. Nur ein Teilnehmer gab in dieser Kategorie an, im Bewerbungsgespräch sei seitens des Krankenhausmanagements explizit betont worden, dass eine Ausweitung der Indikationsstellungen über das medizinisch Erforderliche hinaus nicht gewünscht sei.

Zum empfundenen *wirtschaftlichen Druck* gab ein Befragter an, dass dieser im Bewerbungsgespräch noch nicht vorgeherrscht hätte, nach relativ kurzer Anstellungszeit aber sofort stetig angewachsen sei. Eine Steigerung der Leistungsbilanz in Höhe von 5% sei schnell

zur unmittelbaren Auflage gemacht worden, wobei dieses Ziel neben 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 codieren“ eine Steigerung des „Gewinns vor Steuern/EBT“ zu ermöglichen.

Angesprochen auf eine *Beeinflussung der zu stellenden Indikationen* gab allerdings nur ein Chefarzt an, Behandlungsverfahren nicht nur primär nach medizinischer Indikation, sondern auch mit Blick auf das ökonomische Ergebnis auszuwählen. Beispielsweise seien anstelle möglicher konservativer Behandlungen operative Eingriffe durchgeführt worden, da so höhere Erlöse erzielt werden könnten (Beispiel: Radiusfraktur ohne Dislokation).

Ob *Zielvereinbarungsgespräche* den ökonomischen Druck auf Chefarzte erhöhen, wird von den Befragten unterschiedlich wahrgenommen. In einigen Fällen wird kein oder nur ein „moderater“ Anreiz zu ökonomischerem Handeln gesetzt. Andere Interviewpartner sehen sich dagegen aufgefordert, in unterschiedlicher Form *Personaleinsparungen und Arbeitsverdichtungen* vorzunehmen, die vom ärztlichen Personal nur durch eine deutliche Überschreitung der gesetzlichen Arbeitszeit bewältigt werden können. Ein Gesprächspartner beschreibt, dass die Erhöhung seines Gehaltes regelmäßig daran geknüpft werde, dass er bestimmte Leistungsgrenzen ausreize, und mehr operiere. Mehrere Teilnehmer gaben dazu an, dass ihre variablen Gehaltsanteile an *Personaleinsparung und Optimierung der Arbeitsorganisation* gekoppelt seien.

Die Teilnehmer der qualitativen Studie empfanden die regelmäßigen *Ergebnis-Reportings* als das stärkste Druckmittel. Hier würden beispielsweise Leistungsvergleiche (Benchmarks) zu Abteilungen anderer Kliniken vorgelegt, wodurch auch „außerhalb der Zielvereinbarungsgespräche“ ein „ständiger ökonomischer Druck“ entstehe, wenn etwa „online mitgeteilte Abteilungsergebnisse unter Bezug auf Benchmarks zu praktisch ständig aktualisierten Zielvorgaben“ mutierten.

Ein Befragungsteilnehmer gab schließlich an, sich als Chefarzt nicht mehr „autonom“ gemäß einer Leitungsposition zu empfinden, sondern sich nur noch als weisungsgebundener Angestellter der Kaufleute zu sehen.

Auswertung der Fragebögen

Die E-Mails mit den Online-Fragebögen wurden von 629 der 1890 Adressierten geöffnet. Über einen Link in der E-Mail gelangte der Adressat zur Umfrage, welche sieben Minuten Zeit in Anspruch nahm. 455 Adressierte nahmen an der Befragung teil. 114 konnten die qualifizierende Eingangsfrage, ob der Adressierte seit 2016 in eine leitende Position in einer Klinik gewechselt sei, positiv beantworten, und erfüllten so die Voraussetzung für die weitere Teilnahme an der Befragung.

91% der Teilnehmenden waren männlich, 9% weiblich. Die Altersverteilung, die Krankenhausgröße und die Versorgungsstufe sind den Abbildungen 1 - 3 zu entnehmen. Die Trägerschaften verteilten sich repräsentativ über freigemeinnütziger Träger (29%), privates Unternehmen (29%) und öffentliche Träger (42%). Die chirurgischen Fachbereiche, welchen die Teilnehmer angehörten, und die Abteilungsgröße sind den Abbildungen 4 und 5 zu entnehmen.

52% der Teilnehmer hatten ihre erste Leitungsfunktion inne, 35% ihre zweite und 13% bereits ihre dritte.

Die Inhalte der Einstellungs-/Bewerbungsgespräche sowie die Merkmale der Gesprächsgestaltung lassen sich aus den Abbildungen 6 (a-d) bis 8 ableiten. Besonders bedeutsam für den Untersuchungsgegenstand war die Frage zur Perspektive einer möglichen Mitgestaltung der ethischen Balance: „Das Verhalten des Kandidaten/der Kandidatin im Einstellungsgespräch kann beeinflussen, ob bei der späteren Tätigkeit medizinethische Zielsetzungen höher gewichtet werden als ökonomische Zielsetzungen“. 22% der Befragten antworteten „trifft vollkommen zu“, 48% „trifft begrenzt zu“ und 30% „trifft gar nicht zu“. Somit sahen in der Summe 70% der Teilnehmer zumindest eine wenn auch vielleicht eingeschränkte Möglichkeit, die Gewichtung zwischen Ökonomie und Ethik in ihrer möglichen späteren Abteilung durch ihre Verhandlungen im Einstellungs-/Bewerbungsgespräch zu gestalten.

67% der Teilnehmer kennen regelmäßige Zielvereinbarungsgespräche mit der kaufmännischen Führung. Bei 15% finden diese Treffen nur unregelmäßig statt, bei 9% nie.

Weitere 9% der Teilnehmer machten dazu ergänzende, individuelle Angaben. Die freien Kommentare liefern Hinweise, dass das Instrument der Zielvereinbarungen zwar primär eingesetzt, dann vielfach aber wieder abgeschafft wurde. Zur Darstellung der wirtschaftlichen Erwartungen an die Chefärzte dienen vor allem kontinuierlich aktualisierte DRG-Berichte und Präsentationen. Inca-Cockpitdarstellungen und Clinotel-Ampelsysteme kommt dagegen eher eine untergeordnete Rolle zu.

Von zentraler Bedeutung für unsere 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. Hier gaben 8% „ja“ an, 85% antworteten mit „nein“, 6% wollten keine Aussage machen. Ein Kandidat formulierte die Erwartung, dass jeder der Zielgruppe diese Frage ehrlich mit „ja“ beantworten müsse.

Die Antwortprofile der befragten Kandidaten zeigen insgesamt keine wesentlichen Unterschiede in Abhängigkeit von der Krankenhausträgerschaft (privat, freigemeinnützig, öffentlich) (Abbildung 9 a-c). Eine Aussage zur statistischen Signifikanz für die Unterschiede kann aufgrund der Anzahl in den einzelnen Gruppen nicht gemacht werden.

Freie Kommentare

Eine wertvolle Informationsquelle sind auch die sehr zahlreichen, freien Kommentare. Aus Gründen der Übersichtlichkeit können diese nur beispielhaft präsentiert und so inhaltlich charakterisiert werden. Die Auswertung erlaubt nach Meinung der Autoren den übergreifenden Eindruck, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten starke wirtschaftliche Zwänge empfindet, eine deutlich zu hohe Gewichtung ökonomischer gegenüber originär ärztlichen Zielsetzungen wahrnimmt und sich eine Veränderung der aktuellen Situation wünscht.

Nachfolgende Kommentare versinnbildlichen die allgemeine Stimmung:

„Die Ökonomie ist mittlerweile wesentlich wichtiger als die Medizin. Chefärzte sind de facto entmachtet durch die kaufmännischen Leitungen.“

„Ärzteverbände zu schwach, Krankenkassen zu stark, Politik folgt dem Geld, Softskills zählen nicht, Ökonomisierung zerbricht unser Berufsethos.“

„Es geht kaum noch um Patienten, sondern Liegedauer, Casemix-Punkte, Erlöse, Zentrenbildung und die Unzufriedenheit unter Ärzten und Schwestern wächst!“

„Die Ökonomisierung der Medizin muss ein Ende haben.“

Viele der Umfrageteilnehmer bringen trotz gefühlten Spannungen aber auch konstruktive Lösungsmöglichkeiten vor:

„Ärzte/Mediziner sollten in den Geschäftsführungen sein. Abschaffung des DRG-Systems. Freie Therapieentscheidungen. Ausreichend Personal und Frei- bzw. Erholungszeit.“

„Ein Krankenhaus kann nicht gleichzeitig gute Arbeitsbedingungen und gute Behandlungsqualität bieten und dabei große Gewinne erwirtschaften. Ziele müssen Mitarbeitermotivation, Entwicklungsmöglichkeiten, Entbürokratisierung und ein Ausgleich der jeweiligen Interessen der Beteiligten sein.“

Oftmals zeigen die Befragten in den freien Kommentaren auch Verständnis für die Seite der kaufmännischen Leitung:

„Das betriebswirtschaftliche Denken muss zu Gunsten einer volkswirtschaftlichen Betrachtung des gesamten Gesundheitssystems neu ausgerichtet werden.“

„Beide Bereiche [Anm. die medizinische und ökonomische] genießen einen gleichwertigen Stellenwert, gegenseitige Wertschätzung.“

„Der Medizinbetrieb muss wieder im volkswirtschaftlichen Interesse aller gesehen werden und wird nie eine Rendite abwerfen, wenn nicht eine Ausbeutung der Mitarbeiter oder der Lieferanten oder des Systems selbst erfolgt.“

„Die Ökonomie muss in der Medizin eine Rolle spielen, aber sie darf nicht ausschlaggebendes Kriterium für Entscheidungen sein.“

Diskussion

Im Zuge der vielen Gesundheitsreformen hat sich schon ab den 1970er Jahren eine schrittweise, konsequent eskalierende Ökonomisierung der Medizin vollzogen.^{2,20,21,22} Die Auswirkungen dieses langen, scheinbar unaufhaltsamen Prozesses werden sowohl seitens der Fachwelt^{1,2,6,21} wie auch in den Massenmedien^{3,4,23} zunehmend intensiv diskutiert. Ganz allgemein und verkürzt wird eine Bedrohung originär ärztlicher Zielsetzungen durch ökonomischen Druck befürchtet^{7,8,21,24}. Besonders trifft dieser Konflikt die Chirurgie mit ihren überwiegend normierten, berechenbaren Leistungen.^{25,26}

Die Inhalte der analysierten Stellenanzeigen sind in Anforderung und Angebot zumeist sehr allgemein und vage formuliert, und bleiben dabei erwartungsgemäß gesellschaftspolitisch korrekt. Die genauere quantitative und qualitative Analyse ergibt jedoch ein klares Abbild der wirtschaftsbezogenen Erwartungen der Geschäftsführungen. Die Auswertung der Annoncen lässt auch erkennen, dass die Interessenten für eine Leitungsfunktion in der Chirurgie fast ausschließlich über finanzielle Anreize gelockt werden. Nur ein einziges Angebot bewarb nicht-monetäre Vorzüge, welche die inhaltliche und organisatorische Seite der Arbeit betrafen. Kurzfristig wird damit auf eine tatsächliche Bedürfnislage im Krankenhaus reagiert. Unter langfristiger Ausrichtung offenbart sich aber auch das ungenutzte Potential einer neuen Form der medico-ökonomischen Zusammenarbeit im Krankenhaus. Eine breitere Werteskala einschließlich ethischer und originär ärztlicher Zielsetzungen bereits in den Stellenanzeigen aufzuführen könnte auch Kandidatengruppen ansprechen, die sonst durch zu einengende ökonomische Maßgaben in der späteren Chefarztstätigkeit abgeschreckt werden. Der thematische Rahmen für ein Einstellungsgespräch wäre damit auch deutlich weiter gesteckt. In einer balancierten Gewichtung von Profession, Ethik und Ökonomie liegt auch aus Perspektive der kaufmännischen Leitung ein erhebliches Potential, wenn sich schlicht mehr oder gar die besseren Kandidaten bewerben. Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer befürwortet eine stärkere Gewichtung des Themenkomplexes „Ethik“ in den Ausbildungsgängen, die zu (medizinischen) Leitungsfunktionen im Krankenhaus führen.⁸ Die jüngeren Jahrgänge fordern diese wieder breitere Ausrichtung der Anforderungen an Chefärzt:innen bereits ein.

In der Online-Umfrage verteilt sich die Trägerschaft der Krankenhäuser nach dem Bundesdurchschnitt.²⁷ Ganz überwiegend leiten die Umfrageteilnehmer mittlere bis große Abteilungen. Die befragte Kohorte erscheint so repräsentativ. Entgegen der Literatur²⁸ boten die Gruppenvergleiche bzgl. der Trägerschaft nur geringe Abweichungen in den zentralen Fragen des ökonomischen Drucks. Dieses Ergebnis überrascht vor dem Hintergrund, dass private Träger allgemein als wirtschaftlicher ausgerichtet gelten als freigemeinnützige oder öffentliche.²⁸ Hier muss einschränkend angeführt werden, dass die Teilnehmerzahlen in den Gruppenvergleichen keine Signifikanzanalysen zuließen.

Es fällt auf, dass ca. 48% der Befragten bereits mindestens ihre zweite Chefarztstelle besetzen. Die Gründe müssen offenbleiben. Die freien Kommentare legen aber nahe, dass der ökonomische Druck für den Stellenwechsel eine wichtige Rolle gespielt hat. Eine Analyse von Heberer et al. aus dem Jahr 2010 bietet weitere mögliche Ursachen, warum bereits damals ca. 80 chirurgische Chefarzte jährlich entlassen wurden: zu hohe Erwartungen an das Leistungsspektrum, ungünstige Vertragsbedingungen, die Verpflichtung mit knappen Personalressourcen zu arbeiten, sowie ein unprofessioneller Umgang mit Behandlungsfehlern werden in dieser Analyse genannt.^{29,30,31}

Insgesamt ergeben die zentralen Fragen nach dem Stellenwert der Ökonomie bzw. dem hieraus entstehenden Druck auf Bewerbungskandidaten für Chefarztpositionen ein gemischtes Bild.

Die Ausgestaltung der ökonomischen Zielvorgaben in den Bewerbungsgesprächen war offenbar sehr konkret. Rund je 75% der Befragten gaben bei der Frage nach den wirtschaftlichen Zielen an, dass sie bei Stellenantritt die Entwicklung des Unternehmens vorantreiben, die Patientenzahlen steigern oder die Wettbewerbsposition gegenüber anderen Häusern verbessern sollten. 43% der Zielvorgaben bezogen sich zudem auf eine „knappe Personalbemessung“. Diese Themensetzung lässt eine sehr starke und zum Teil sogar rechtswidrige Ausformung des ökonomischen Druckes erkennen. Hierzu passt, dass in 86% der Fälle Kaufleute die führende Rolle im Bewerbungsgespräch innehatten. Diese Gespräche empfanden 58% der Befragten jedoch noch als angenehm, und 37 % zumindest als relativ angenehm.

Ökonomisch verantwortungsvolles Handeln gilt unter den Befragten wie in anderen Untersuchungen sehr wohl als selbstverständlicher Bestandteil des ärztlichen Auftrags.^{32,33}

Die ZEKO schließt sich dieser Auffassung an, wenn sie die Akzeptanz begrenzter Ressourcen als versandende Wirtschaftlichkeit interpretiert, die nicht im Widerspruch zur Identität des Arztberufs steht.⁸ Ein vermehrter Wettbewerb um Patientenströme kann sich über die Steigerung von Qualität³⁴ und Effizienz^{34,35} auch für die Patientenversorgung durchaus positiv auswirken. In unserer Befragung präsentiert ein nicht unerheblicher Anteil der Befragten sowohl in den qualitativen Interviews als auch in der online-Umfrage auch eine ausreichende Identifikation mit den ökonomischen Zielsetzungen des Krankenhausbetriebs im Allgemeinen. Die Auswahl der Antwortmöglichkeiten lässt bei vielen Befragten dazu auch ein solides Verständnis für die aktuellen Rahmenbedingungen erkennen. 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 sieht und sich ihrer blockierend verwehrt.^{3,4,36}

Von diesem Eindruck weichen die zahlreichen, freien Kommentare allerdings ab. Hier werden sehr betont Angaben zu einem überhöhten ökonomischen Druck gemacht, der eine deutliche Frustration auslöst. Quantitativ könnten diese Stellungnahmen dem Anteil der Befragten entsprechen, welche auch in den Antwortkategorien negative Bewertungen gaben. Aus ethischer Sicht bedeutet die Angabe zur deutlichen Überschreitung gesetzlicher Arbeitszeiten durch das ärztliche Personal als Ergebnis ökonomischen Drucks ein besonderes Manko. 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 bedeutenden Bruch ethischer Normen dar.

Die Beantwortung der Frage „Haben Sie in konkreten Einzelfällen bereits einmal OP-Indikationen gestellt, um ökonomische Ziele zu erreichen, obgleich diese medizinisch nicht zwingend geboten waren?“ bietet ebenfalls Interpretationsbedarf. Rund 8% der Befragten gaben die Antwort „ja“, ca. 6% wollten dazu keine Aussage treffen. Ein Kandidat formulierte die Erwartung, dass jeder die mutmaßlich ehrliche Antwort „ja“ geben müsse. Diese Zahlen, der freie Kommentar und eine zumindest suspekte Dunkelziffer von 6% Enthaltungen macht es aus Sicht der Autoren dringend notwendig, die auslösenden Umstände in Fachkreisen und der Öffentlichkeit wahrhafter zu diskutieren. Jegliche Entscheidung zugunsten ökonomischer Zielsetzungen entgegen dem Patientenwohl stellt einen schwerwiegenden Verstoß gegen Grundrechte und medizinethische Grundgebote^{2,6,8,33,37,38,39} dar und könnte

darüber hinaus sogar tatbestandsmäßig strafrechtlich als Körperverletzungsdelikt verfolgt werden.^{8, 40}

Die qualitative Pilotstudie ergab ebenfalls Hinweise, dass Verantwortliche sich in diesem Spannungsfeld zu höher erlösbaren, aber nicht unbedingt geeigneteren Behandlungsmethoden entschließen, um dem wirtschaftlichen Druck gerecht zu werden. Dieser Konflikt wird ohne Zweifel durch das aktuelle DRG-System verstärkt, welches mit seinen Pauschalvergütungen starke quantitative Gewinnanreize setzt.^{41,42}

Insgesamt zeigt unsere Untersuchung, dass ökonomische Zielsetzungen einen hohen Stellenwert im Bewerbungs- und Zielvereinbarungsgespräch für Chefarztkandidaten bzw. neue Stelleninhaber haben. Die Bewertung dieses Umstandes durch die leitenden Chirurgen fällt vielstimmig aus. Die Einhaltung einer ethischen Balance sollte jedoch obligater Konsens im Zusammenspiel aus ärztlicher und kaufmännischer Führung im Krankenhaus sein. Eine nicht-indizierte Leistungsausweitung verbietet sich hierbei ausdrücklich.⁴³ 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 unrichtige Priorisierung aufs Spiel zu setzen. Wirtschaftliches Verhalten ist grundsätzlich geboten, und eine Gewinnorientierung ist dabei nicht per se unethisch. Denn erst diese ermöglicht notwendige Investitionen. Wirtschaftliches Denken darf im Gesundheitssystem jedoch nicht nur der Gewinnmaximierung dienen, da es sonst dem gesetzlichen Auftrag der sozialen Versorgung widerspricht, in dem sie Zweck und Mittel vertauscht. Eine ethische Ausrichtung ist hingegen per se nicht unwirtschaftlich, sondern viel mehr Teil des langfristigen Erfolgs, z.B. durch bessere Kandidaten oder eine stabile Reputation.⁸ Es ist bekannt, dass nicht nur Kennzahlen, sondern auch Compliance, ethisches Verhalten und Corporate Social Responsibility elementare Säulen für den langfristigen Unternehmenserfolg bilden.^{44,45,46}

Wie kann der einzelne Chefarzt in Vorbereitung auf die Übernahme einer Leitungsfunktion und danach zu Beginn seiner Tätigkeit Einfluss auf den Stellenwert ökonomischer Zielsetzungen nehmen? Unsere Untersuchung liefert Hinweise, dass hier bereits Bewerbungsverfahren und Einstellungsgespräch Schlüsselstellungen zukommen. Die Kandidaten müssen zunächst selbst entscheiden, ob sie im Wettbewerb um die Stelle um

jeden Preis eine Unterordnung unter ökonomische Zielsetzungen signalisieren, oder alternativ auch originär ärztliche Zielsetzungen hoch gewichten. Letzteres dient dem Wohl der Patienten als auch des Unternehmens. Und es dient auch der Rückeroberung von mehr Autonomie in der ärztlichen Leitung. Zugleich ist aber auch von der kaufmännischen Seite zu fordern, dass die Voraussetzungen zur Einhaltung ärztlicher-professioneller Standards gewährleistet werden. Als positives Beispiel wurde innerhalb der qualitativen Befragung zumindest in einem Gespräch explizit thematisiert, dass die medizinethisch problematische Ausweitung der Indikationsstellung nicht gewünscht sei.

Wer dagegen schon vor Beginn seiner Tätigkeit kommunikativ zum Ausdruck bringt, der Ökonomie einen prioritären Stellenwert zuzugestehen, geht erhebliche Risiken ein. Die dauerhafte Beeinträchtigung ärztlicher Zielsetzungen durch eine Gewinnmaximierung bricht sowohl mit der konsentierten ärztlichen Werteordnung^{2,6,8} wie auch der Berufsordnung^{33,37,38,39,47}. Die Folgen sind gesellschaftlich nicht gewünscht. Der immanente Rollenkonflikt mindert zudem die berufliche Zufriedenheit^{6, 48, 49}. Dieser Trend provoziert dazu langfristig einen Nachwuchsmangel auf der ärztlichen Führungsebene – mit den bekannten Auswirkungen, die sich bereits durch den Nachwuchsmangel auf nachgeordneten Hierarchieebenen (Assistenz-, Fach- und Oberärzte) offenbaren. Die Gründe des Nachwuchsmangels sind vielfältig, doch Zielkonflikte im ärztlichen Handeln werden aus der Führungsebene auch an die nachgeordneten ärztlichen Mitarbeiter weitergereicht.⁴⁹ Diese Druckkette beeinträchtigt bereits jetzt die Rekrutierung von Assistenz- und Fachärzten.

Wie kann eine proaktive ärztliche Mitgestaltung in der Balance zwischen Ökonomie und Ethik aussehen? Schon im Bewerbungsverfahren kann eine klare ethische Haltung eingenommen werden, die Formen monetärer Übergriffe zurückweist. Die Grenzziehung ist unbestritten anspruchsvoll. Die Kandidat:innen müssen dabei der Versuchung widerstehen, ihre Unabhängigkeit im Wettbewerb um die angebotene Leitung zu Gunsten der Selbstdarstellung aufzugeben. Wer willfähige Bereitschaft im Bewerbungsgespräch nicht mehr bedingungslos demonstriert, kann im aktiven Dienst auch nicht in die Pflicht genommen werden, diese Bereitschaft dann auch umzusetzen. Damit kann ärztliche Leitung ein relevantes Maß an Autonomie behalten.

Die Stellenanzeigen lassen in diesem Kontext eine bemerkenswerte Gewichtung erkennen. Die Interessenten für eine Leitungsfunktion in der Chirurgie werden fast ausschließlich über

finanzielle Anreize angesprochen. Wenn den Bewerber:innen aber unterstellt wird, nur am finanziellen Gewinn interessiert zu sein, verwundert es nicht, dass Geschäftsführungen auch eine deutliche Priorisierung der finanziellen Ziele des Unternehmens erwarten. In einer breiteren Ausrichtung dieses Beziehungsangebotes liegt deshalb das große Potential einer differenzierteren Einwirkung auf die Arbeitsrealität im Krankenhaus durch die ärztliche Leitung. Es könnte Handlungsspielraum gewonnen werden.

Wir möchten abschließend eine ausdrücklich positive Perspektive anregen: eine für alle Bereiche erfolgreichere Zukunft liegt in einer ehrlichen, verlässlichen und wahrhaftigen Partnerschaft zwischen chirurgischer und kaufmännischer Führungsebene, in der die Herausforderungen zur Vereinbarkeit von Patientenwohl und Ökonomie gemeinsam gelöst werden. Nur so ermöglicht sich eine werteorientierte Entwicklung von Krankenhäusern, nur so lassen sich Konflikte und Reibungen reduzieren und nur so erreicht man eine nachhaltige, produktive Arbeitszufriedenheit.

Als langfristige Perspektive ist es durchaus denkbar, dass der allgemein als unumstößlich angesehene Zwang zur Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung durch Gewinnmaximierung über Quantität abgelöst wird von einer Gewinnsicherung durch Qualität. Macht man dieses Prinzip zur Maxime, gewinnen alle Parteien - Patienten, Ärzte und Ökonomen.

Quellen und Fußnoten

- 1 Thielscher, C. (2018): *Zur Pathogenese der Ökonomisierung* in *Deutsches Ärzteblatt*, S. A 1946, Heft 43, Ausgabe 10/2018.
- 2 Wehkamp, K.H. und Naegler, H. (2017): *Ökonomisierung patientenbezogener Entscheidungen im Krankenhaus – Eine qualitative Studie zu den Wahrnehmungen von Ärzten und Geschäftsführern*, in *Deutsches Ärzteblatt – Dtsch Arztebl Int* 2017; 114:797-804.
- 3 Albrecht, B. (2019): *215 Ärzte fordern im Stern: Mensch vor Profit*, S. 24 ff. in *Stern* Ausgabe 37 vom 05.09.2019.
- 4 Albrecht, B. (2019): *Ärzte-Appell im „Stern“: Mensch vor Profit* in *Hamburger Ärzteblatt* – S. 22, Ausgabe 10/2019; 73. Jahrgang vom 10.10.2019.
- 5 Ulsenheimer, K. (2015), *Fehlentwicklungen in der Medizin: Verrechtlichung und Ökonomisierung*, S. 757 ff., *MedR* 33, 757–762 (2015).
<https://doi.org/10.1007/s00350-015-4125-9>, Zugriff am 26.04.2020.
- 6 Vogd, W.; Feist, M.; Ostermann, A. und Molzberger, K. (2017): *Führungskräfte im Krankenhaus - Umgang mit ökonomischem Druck*, in *Deutsches Ärzteblatt – Dtsch Arztebl* 114(43): A 1972, *Deutsches Ärzteblatt* Heft 43, 2017.
- 7 Martin, W. (2014): *Ärztlicher Stellenmarkt: Will bald niemand mehr Chefarzt werden?* in *Deutsches Ärzteblatt*, *Dtsch Arztebl* 111(39): 2.
- 8 ZEKO (2013): *Ärztliches Handeln zwischen Berufsethos und Ökonomisierung. Das Beispiel der Verträge mit leitenden Klinikärztinnen und -ärzten*, S. A 1752 ff. in *Deutsches Ärzteblatt*, *Dtsch Arztebl* 110(38): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer, Tübingen.

- 9 In der folgenden Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Personen beiderlei Geschlechts.
- 10 Mit Hilfe von Berufsverbandszeitschriften ließ sich ein wesentlicher Anteil der Gesamtmenge an chirurgischen Chefärzten, die in den zurückliegenden drei letzten Kalenderjahren eine neue Chefarztposition eingenommen hatten, feststellen. Per Losverfahren wurde eine Gruppe von 20 Vertretern ermittelt. Diese wurden unter Zusage von strikter Anonymisierung um einen Interviewtermin zum o.g. Forschungsgegenstand gebeten. Sieben Chefärzte erklärten ihre Bereitschaft, sich einer Befragung zur Thematik unterziehen zu wollen.
- 11 Bei den in den Pilotinterviews vorgenommenen Befragungen wurden zunächst drei Hauptfragenkomplexe thematisiert, die jeweils Unterfragen beinhalteten. Je nach Gesprächsverlauf folgten weitere, offene, teils aber auch geschlossene Fragen.
- 12 Mayring, Phillip (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*, S. 42 ff., 10. Auflage, Weinheim und Base, Beltz-Verlag.
- 13 Mayring, P. und Fenzl, T. (2019): *Qualitative Inhaltsanalyse in Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, S. 633 ff., 2. Auflage, Wiesbaden, Springer-Verlag.
- 14 Mayring P. (2010): *Design in Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, S. 226 ff., Mey, G. und Mruck, K. (Hrsg) Wiesbaden, VS-Verlag.
- 15 Das „Ambienteprotokoll“ hat zum Ziel, die Gesprächsumstände nachzuhalten. Der Protokollant dokumentiert den Ort, Zeit, Atmosphäre, etwaige Störungen, etc. Auf diese Weise ermöglicht das „Ambienteprotokoll“ auch im Nachhinein auf folgende Fragen und Umstände Informationen zu liefern: Wie wurde der Interviewer empfangen? War die Gesprächsatmosphäre freundlich, offen, konstruktiv? Wie waren Setting, Örtlichkeit, Raumausstattung? Wie war der Zeitrahmen – „gehetzt“ oder ausreichend bemessen?
- 16 Schnell, R. (2019): *Survey Interviews – Methoden standardisierter Befragungen*, S. 5ff., S. 55 ff., S. 65 ff., 2. Auflage, Wiesbaden, Springer-Verlag.
- 17 Hollenberg, S. (2016): *Fragebögen – Fundierte Konstruktion, sachgerechte Anwendung und aussagekräftige Auswertung*, S. 5ff., S. 11ff., S. 23ff, Köln, Wiesbaden, Springer VS.

- 18 Mayring, P. und Fenzl, T. (2019): *Qualitative Inhaltsanalyse in Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*, S. 633 ff., 2. Auflage, Wiesbaden, Springer-Verlag.
- 19 Mayring P. (2010): *Design in Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, S. 226 ff., Mey, G. und Mruck, K. (Hrsg) Wiesbaden, VS-Verlag.
- 20 Steller, J. (2016): *Trend zur ökonomischen Ausrichtung? Klinische Führung unter betriebswirtschaftlichen Aspekten*, S. 121 f. in U. Deichert et al. (Hrsg.), *Traumjob oder Albtraum – Chefarzt m/w*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.
- 21 Steller, J. und Schwenzer, T (2016): *Im wirtschaftlichkeits-Labyrinth verfangen? DRGs und ihre Folgen*, S. 148 ff. und 172 in U. Deichert et al. (Hrsg.), *Traumjob oder Albtraum – Chefarzt m/w*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.
- 22 Imdahl, H. (2016): *Der Chefarzt als Doppelagent? Im Spannungsfeld zwischen Profession und fachfremden Motiven*, S. 186 ff. in U. Deichert et al. (Hrsg.), *Traumjob oder Albtraum – Chefarzt m/w*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.
- 23 SWR (2018), *In der Medizinfabrik - Wenn Operieren zum Geschäft wird*, <https://www.swr.de/odyso/wenn-operieren-zum-geschaeft-wird/-/id=1046894/did=21579788/nid=1046894/1mu14q5/index.html>, Zugriff am 25.04.2020.
- 24 Maio, G. (2019): *Von der Umwertung der Werte durch die Ökonomisierung der Medizin* S. 187 ff. in Dietrich et al (Hrsg.) *Geld im Krankenhaus – Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems*, Wiesbaden, Springer-Verlag.
- 25 Hillenhoff, A. (2012): *Chirurgie: Ökonomischer Druck schafft Fehlanreize* – in *Deutsches Ärzteblatt*; Dtsch Arztebl 2012; 109(17): A-840 / B-724 / C-720
- 26 Weißmann, A. und Meyer, H.J. (2019): *Ethische Aspekte im DRG-System aus chirurgischer Sicht* S. 127 ff. in Dietrich et al (Hrsg.) *Geld im Krankenhaus – Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems*, Wiesbaden, Springer-Verlag.
- 27 Statista (2020): *Anzahl der deutschen Krankenhäuser nach Trägerschaft in den Jahren 2000 bis 2018*, <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/157072/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-nach-traegerschaft/>, Zugriff am 26.05.2020.
- 28 Wörtz, M. (2008): *Erlöse – Kosten- Qualität: Macht die Krankenhausträgerschaft einen Unterschied?*; S.23 ff., Berlin, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- 29 Arbogast, R. (2010): *Anforderungsprofil an den chirurgischen Chefarzt – Aus Sicht eines erfahrenen Chirurgen*, in *Der Chirurg*, Ausgabe 08/2010, Chirurg 2010, 81:691–693; DOI 10.1007/s00104-009-1808-7.
- 30 Heberer, J. und Hüttl, P. (2010): *Ursachen für das Scheitern chirurgischer Chefärzte*, in *Der Chirurg*, Ausgabe 08/2010. Chirurg 2010, 81:715–718, DOI 10.1007/s00104-009-1807-8.
- 31 Jähne, J. (2012): *Managementqualitäten des chirurgischen Chefarztes: überlebenswichtig!* in *Der Chirurg*, Ausgabe 04/2012, Chirurg 2012, 83:368–373; DOI 10.1007/s00104-011-2229-y.
- 32 Wehkamp, K.H. (2019): *Ökonomie – Medizin – Management – Politik: Vierklang mit Misstönen*, S. 3, in *Schönlein Symposium 2019 Narrative Medizin*, Bamberg.
- 33 AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) – AG „Medizin und Ökonomie“ (2018): *Medizin und Ökonomie – Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung*, S. 1 ff.
- 34 Steller, J. (2016): *Ist „besser“ wirklich gut? – Qualitätsmanagement für Chefärzte*, S. 114 in Deichert, U. et al. (Hrsg.), *Traumjob oder Albtraum – Chefarzt m/w*, SpringerVerlag, Berlin, Heidelberg.
- 35 Schwappach, D. und Schurach, H. J. (2007): *Offenlegen oder nicht? Chancen und Risiken der Veröffentlichung von medizinischen Qualitätsvergleichen*, in *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, Dtsch Med Wochenschr; 132, S. 2637 – 2642.
- 36 Naegler, H. und Wehkamp, K.H. (2018): *Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonomisierung*, S. 110 ff., Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- 37 Hartmannbund (2019): *Medizin vor Ökonomie*,
<https://www.hartmannbund.de/detailansichten/landesverbaende/nordrhein/presse/meldung/medizin-vor-oekonomie-aerztliche-berufsordnung-durchsetzen-aerztlichen-berufsethos-wahren-leitend/>, Zugriff am 27.04.2020.
- 38 Bundesärztekammer (2018): *(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte– MBO-Ä 1997 –*)* in der Fassung der Beschlüsse des 121.

Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt - geändert durch Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer am 14.12.2018, http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBOAE.Pdf, Zugriff am 27.04.2020.

- 39 Gemäß Berufsordnung § 2 Abs. 4 (Allgemeine ärztliche Berufspflichten) ist es Ärzten nicht gestattet, in Bezug auf deren medizinische Entscheidungen Weisungen von Nicht-Medizinern entgegen zu nehmen. Ökonomische Entscheidungen dürfen folglich medizinische nicht in der Form beeinflussen, dass ein anderer Parameter (bspw. betriebswirtschaftliche Kennzahlen) als das Wohl des Patienten die höchste Priorität genießt.
- 40 Landessozialgericht Bayern (2016): *Strafbarkeit von Eingriffen als vorsätzliche Körperverletzung*, LSG München, Urteil vom 10.05.2016 – L 15 VG 39/12.
- 41 Vogd, W. (2014): *Stress im System*, S. 241 ff. in Manzei, A. und Schmiede R. (Hrsg.) *20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen – Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege*, Wiesbaden, Springer-Verlag.
- 42 Simon, Michael (2019): *Das deutsche DRG-System: Vorgeschichte und Entwicklung seiner Einführung* S. 3 ff., S. 219 ff. – in Dietrich et al (Hrsg.) *Geld im Krankenhaus – Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems*, Wiesbaden, Springer-Verlag.
- 43 Vogd, W. (2017): *Management im Krankenhaus – Eine Fallstudie zur Bearbeitung der Innen- und Außenspannungen unter den Bedingungen des deutschen DRG-Systems*, S. 112 ff., in *Berliner Journal für Soziologie*, Berlin J Soziol (2017) 27:93–121 DOI 10.1007/s11609-017-0332-8, Wiesbaden, Springer Fachmedien.
- 44 Menzies, C.; Tüllner, J. und; Martin, A. (2008): *Compliance Management – Nachhaltige Umsetzung in der Praxis*, S. 136 in *Zeitschrift Führung + Organisation ZfO*, 03/2008, 77. Jg., Stuttgart, Schäffer-Poeschel Verlag.
- 45 Fink, O. (2018): *Integration der CSR in die Praxis – oder: Wie befähigen wir Menschen einer Organisation zu dauerhaftem sozialverantwortlichem Denken und Handeln?* S. 105 ff. in *CSR im Gesundheitswesen - Dynamik im Spannungsfeld von individuellem und organisationalem Anspruch und deren Auswirkungen auf die Unternehmensstrategie*, Köln, Springer-Gabler Verlag.

- 46 Viebranz (2019): Haufe Compliance: https://www.haufe.de/compliance/management-praxis/compliance-tone-fromthe-top_230130_458568.html, Zugriff am 10.01.2020.
- 47 Wehkamp, K. und Wehkamp K.H. (2017): *Ethikmanagement im Krankenhaus – Unternehmens- und Wertekultur als Erfolgsfaktor für das Krankenhaus*, S. 45 ff.; Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- 48 Kapitza, T. und Tonus, C. (2012): *Kooperation oder Konflikt – Die Zusammenarbeit zwischen leitenden Chirurgen und Klinik-Geschäftsführung*, S.1 ff. in – *Passion Chirurgie*, Ausgabe 02/2012.
- 49 Tonus, C. (2020): *Die Zusammenarbeit zwischen leitenden ChirurgInnen und Klinikgeschäftsleitungen - Was hat sich verändert?* in *Passion Chirurgie* Ausgabe März 2020 10(03): Artikel 04_0X.

Abbildung 1:

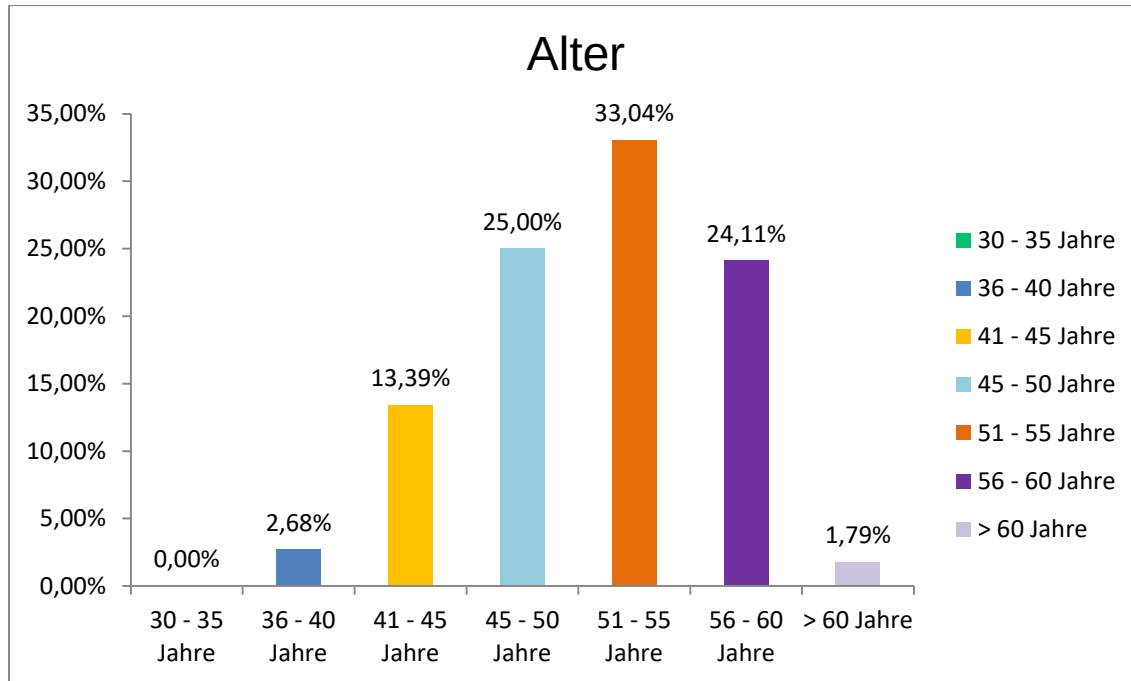


Abbildung 2:

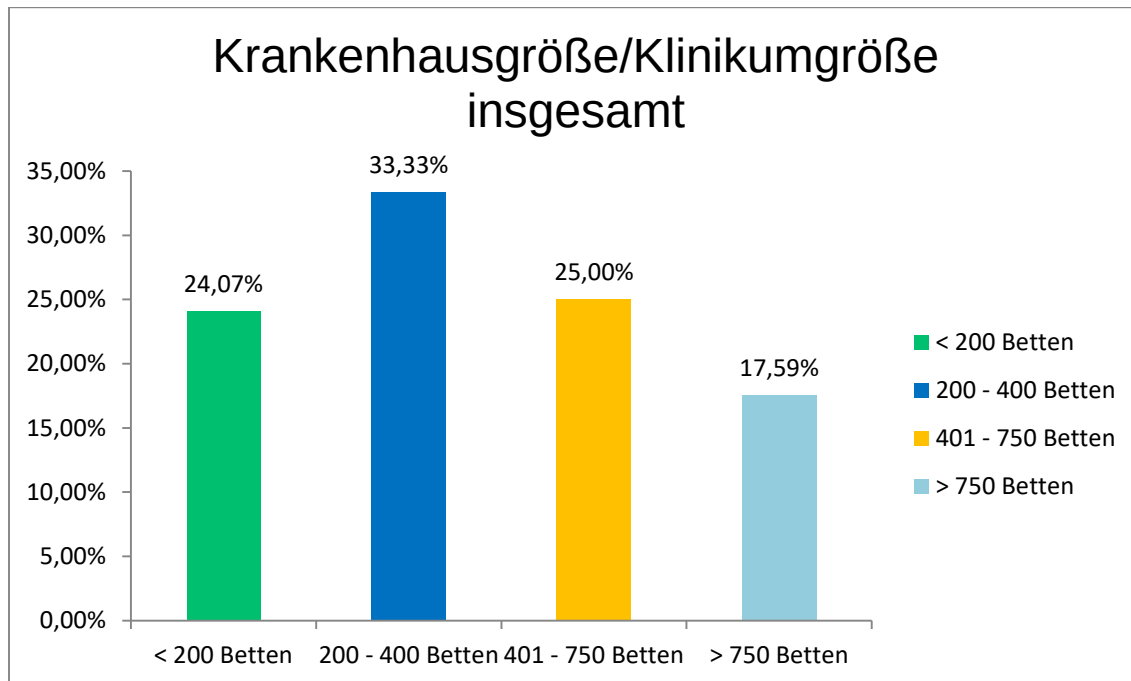


Abbildung 3:

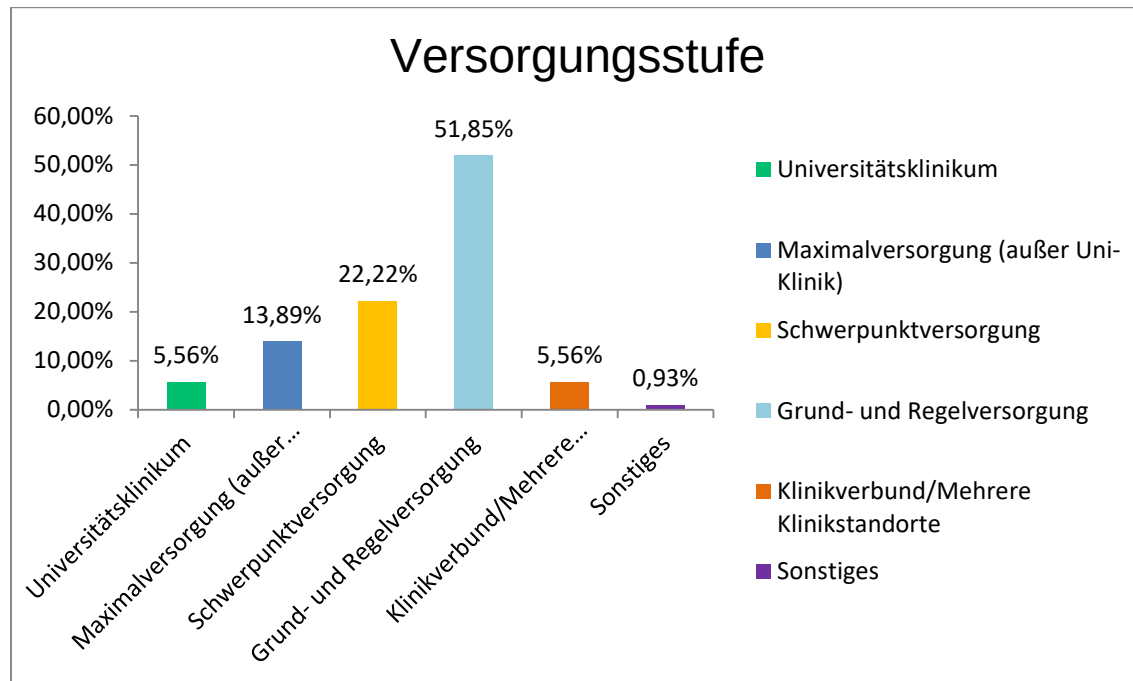


Abbildung 4:

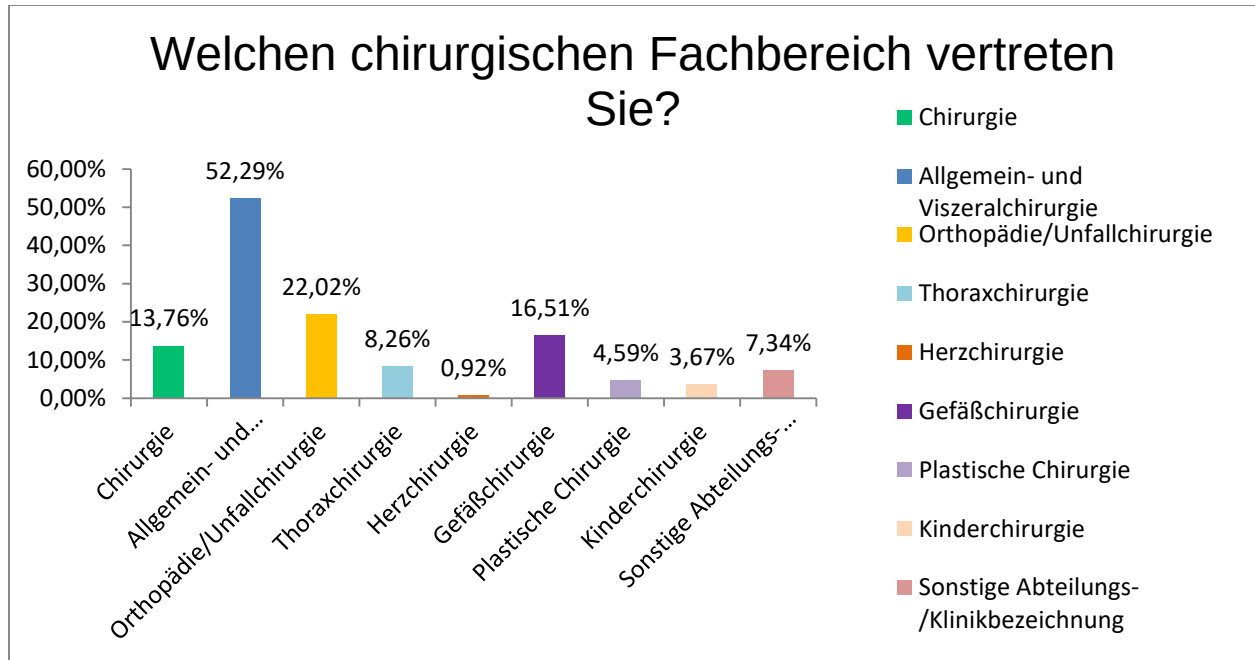
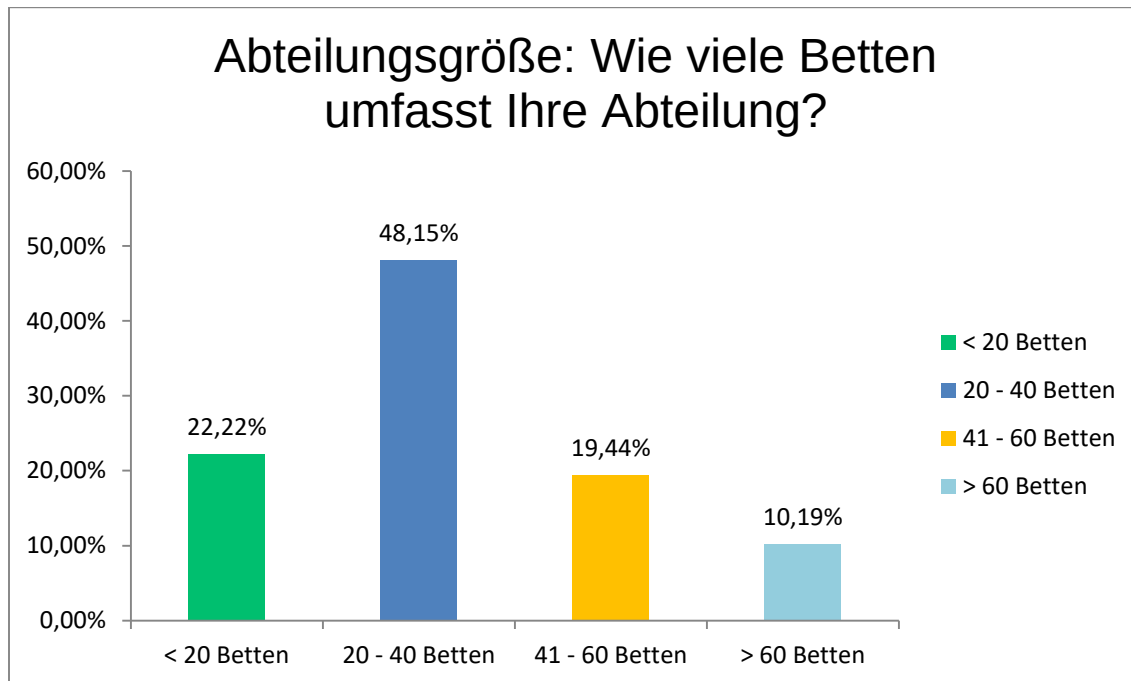
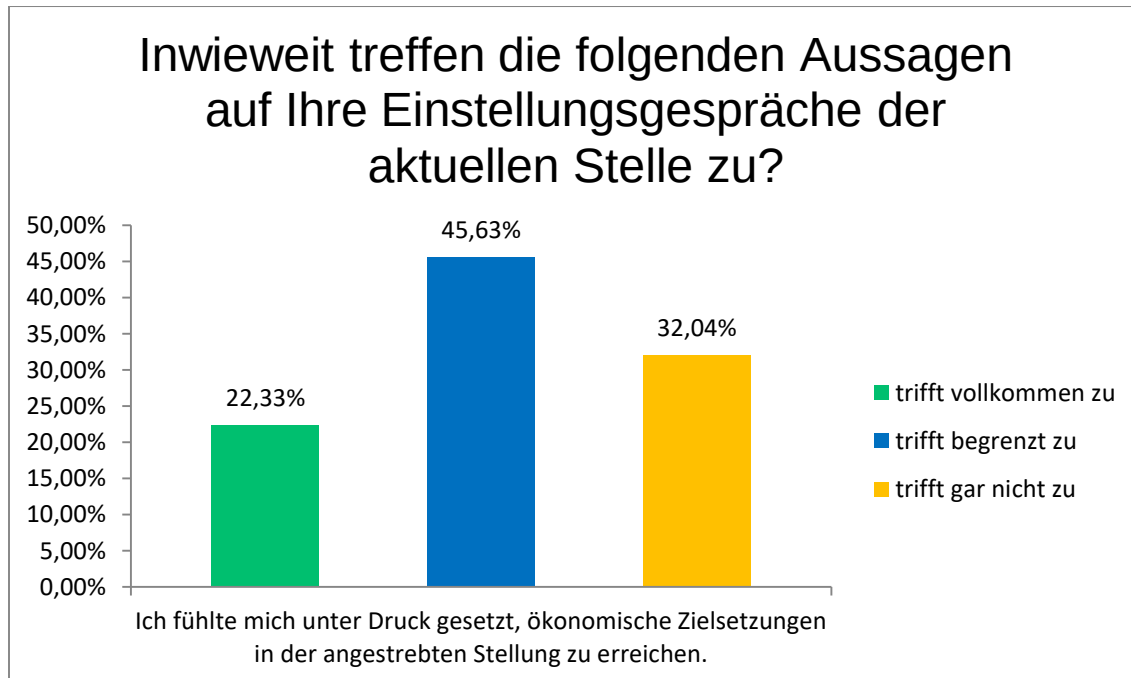
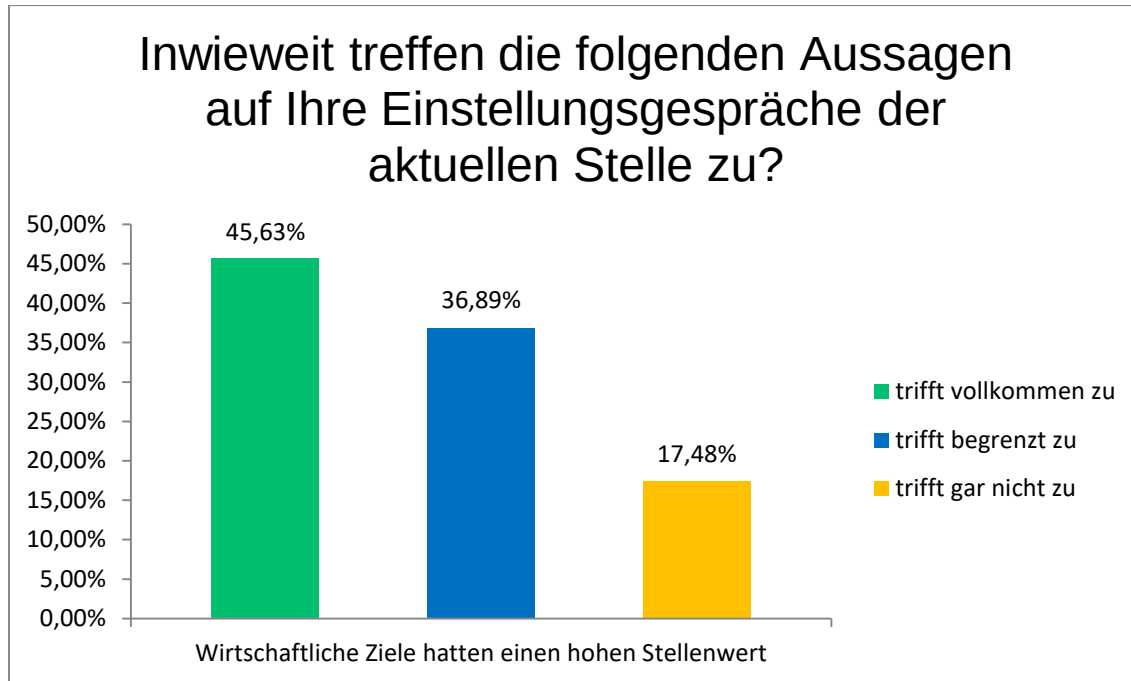


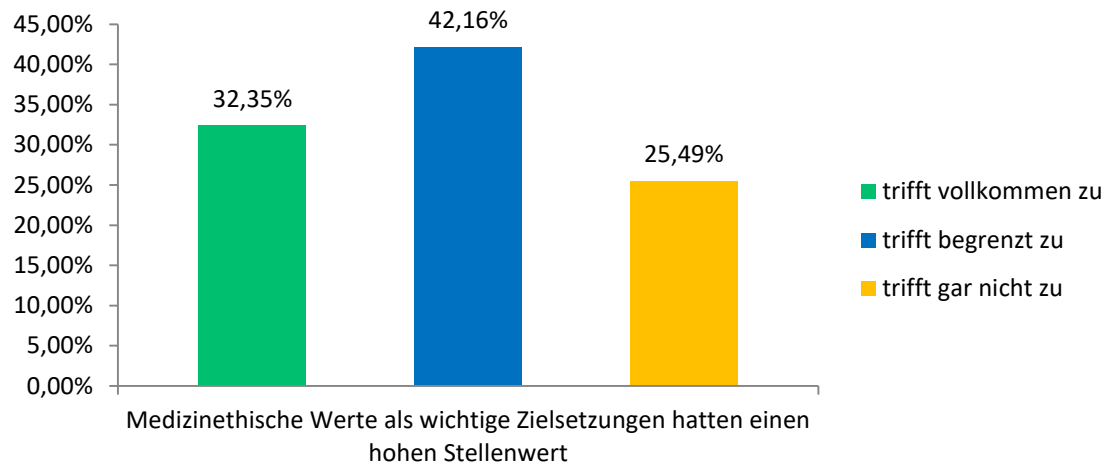
Abbildung 5:



Abbildungen 6 a-d



Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Einstellungsgespräche der aktuellen Stelle zu?



Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Ihre Einstellungsgespräche der aktuellen Stelle zu?

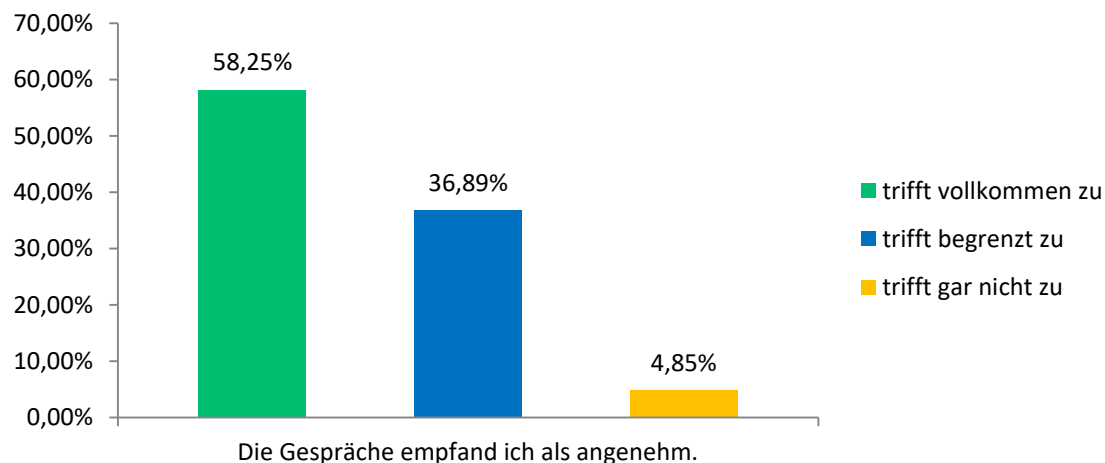


Abbildung 7:

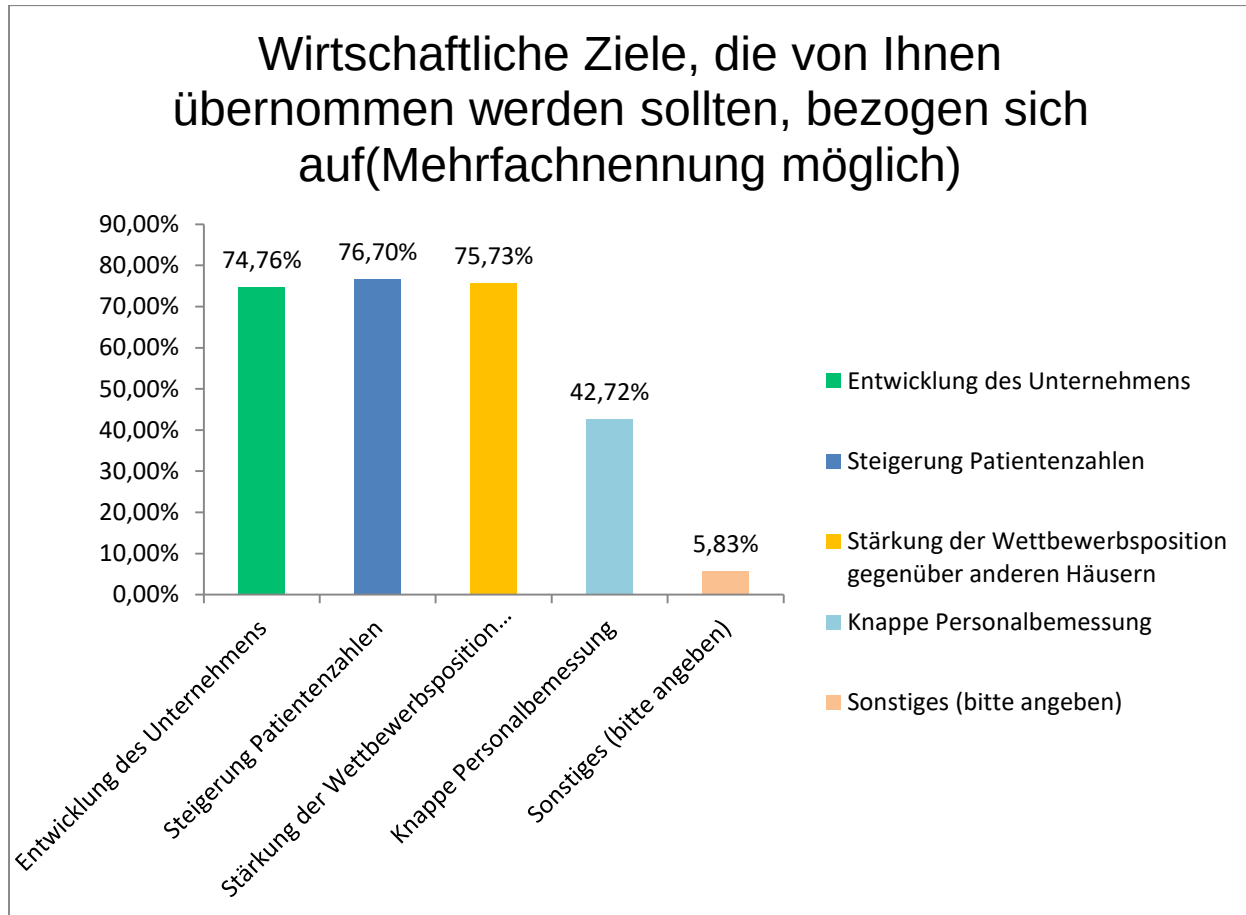


Abbildung 8:

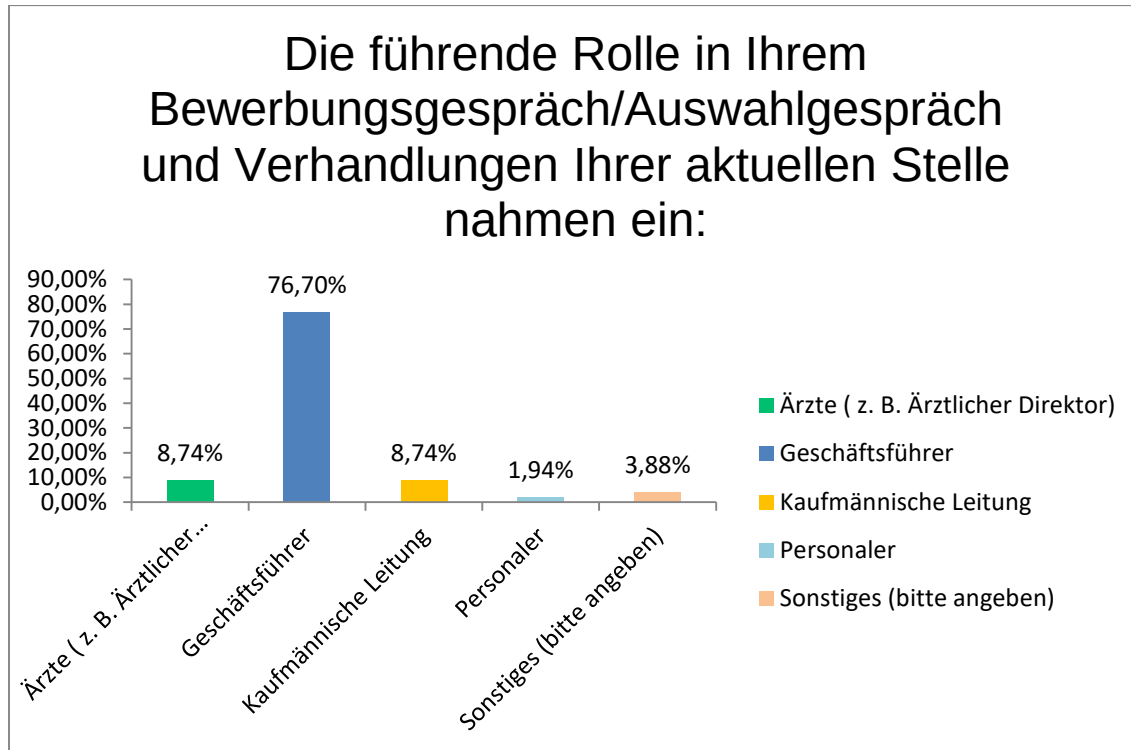


Abbildung 9 a-c

