
Neue Organisationsformen: Perspektiven der staatlichen Kliniken

Jörg F. Debatin

Seit dem 1.1.2004 erleben die Krankenhäuser ein gerütteltes Maß mehr an Wettbewerb. Ursache für den Paradigmenwechsel war neben der Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes das Inkrafttreten des Fallpauschalensystems DRG (Diagnostic-Related-Group). Mit dem auf Fallpauschalen beruhenden Abrechnungssystem wurde die Preisgestaltung des Krankenhaussektors in Deutschland deutlich transparenter. Damit war eine entscheidende Grundlage für den Wettbewerb gelegt. Der somit angefachte Wettbewerb hat vielerorts das bisher bestehende Denken in „gedeckelten Budgets“ durch ein „Topfdenken“ ersetzt. In dieser neuen Zeitrechnung sind die Krankenhäuser bemüht, ihre Leistungsbudgets möglichst schnell, umfassend, und – wenn möglich – überbordend auszufüllen. Ein Verdrängungswettbewerb hat eingesetzt.

Die Ausprägung des Wettbewerbs ist selbstverständlich abhängig von der Anzahl der Krankenhausedienstleister in einer Region. Deshalb sind Metropolregionen wie Hamburg, Berlin oder München von diesem Paradigmenwechsel mehr betroffen als eher ländliche Gebiete. Besonders heiß umkämpft ist das Terrain in Hamburg, der Heimat des von mir vertretenen Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. So beschrieb die Fachzeitschrift *kma* im April 2006 die Krankenhauslandschaft in Hamburg im Hinblick auf den herrschenden Wettbewerb als „Haifischbecken“.

Um die Perspektiven der staatlichen Kliniken zu be-

leuchten, möchte ich mich in den weiteren Ausführungen auf die Institution fokussieren, die ich am besten kenne: das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Ausgangslage

Am Ende des Jahres 2003 war das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf mit folgenden Herausforderungen konfrontiert:

1. stark veraltete und zerstreute Infrastruktur,
2. Perspektivlosigkeit gepaart mit „Öffentlicher-Dienst-Mentalität“ vieler Mitarbeiter,
3. ineffiziente Verwaltungsstrukturen mit vollkommener Intransparenz bezüglich der tatsächlichen Kosten- und Erlösstrukturen,
4. operatives Jahresergebnis bezogen auf die Krankenversorgung von minus 37 Mio. Euro,
5. anstehender Verkauf des größten Wettbewerbers (Landesbetrieb Krankenhäuser – LBK) mit 50 % der Betten in Hamburg an einen privaten Anbieter.

In Anbetracht dieser Herausforderungen wurde für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deutlich, dass für das Überleben des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ein radikales Umsteuern und Umdenken notwendig ist. Die Lösung lag und liegt in der Transformation des Klinikums in öffentlicher Trägerschaft aus einer Behörde zu einem modernen Unternehmen.

Die rechtliche Grundlage für diese Transformation hat im September 2001 der Senat der Freien und Hansestadt Hamburg gelegt, indem er das UKE in Form einer Körperschaft des öffentlichen Rechts aus der Behördenstruktur herausgelöst und somit in die „Unabhängigkeit“ entlassen hat. Diese Chance galt es nunmehr zu nutzen.

Der Prozess der Innovation

Am Anfang des Innovationsprozesses stand die Definition von Zielen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und der Krankenversorgung, aber auch bezüglich der Lehre und der Forschung. So wurde mit dem Eigentümer (der Freien und Hansestadt Hamburg) vereinbart, dass im Jahr 2010 ein ausgeglichener Haushalt vorzulegen sei. In der Krankenversorgung will das UKE zum kompetentesten Anbieter für komplexe medizinische Dienstleistungen in Nord-europa avancieren. Um diese Ziele zu erreichen, wurde die Strategie „Wachstum durch Innovation“ in zahlreichen Workshops unter Einbeziehung aller Mitarbeitergruppen des Klinikums erarbeitet. Im Folgenden sollen drei Aspekte dieser Wachstumsstrategie hervorgehoben werden.

1. Innovation der Köpfe

Zentral für das Gelingen des Umstrukturierungsprozesses ist der Einsatz der richtigen Mitarbeiter in Führungspositionen. An Universitätskliniken, aber auch in anderen Krankenhäusern spielt dabei die Besetzung der Chefarztposition eine herausgehobene Rolle. Dabei ist es von entscheidender Bedeutung, neben der fachlichen Qualifikation die Qualifikation als Führungspersönlichkeit zum festen Bestandteil der Auswahlkriterien zu machen. Soziale Kompetenz, Teamfähigkeit, Geschick bei der Lösung von Konflikten und viele andere „soft skills“ sind für den Erfolg eines Chefarztes mindestens so bedeutsam wie das medizinische Können. Für Universitätskliniken, die neben der Krankenversorgung auch einen Forschungs- und Lehrauftrag zu bewältigen haben, ist es wichtig, zu erkennen, dass in der heutigen Zeit die wenigsten Menschen in der Lage sind, die Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung auf individueller Ebene zu gewährleisten. Vielmehr müssen bei Berufungsver-

fahren Schwerpunkte gewählt werden und die dann geeigneten Personen für diese Schwerpunkte ausgewählt werden. Dabei ist es entscheidend, dass die Schwerpunkte so gewählt werden, dass die Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung institutionell garantiert bleibt. Nur mit dieser Einheit wird die akademische Medizin in Deutschland eine Wachstumsperspektive haben. Aus dieser Erkenntnis sollten bereits für junge Ärzte und Wissenschaftler „Karriere-Tracks“ mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Unterstützungen entwickelt werden. Dazu gehören der „clinical track“, der „research track“ und der „teaching track“. In jeder dieser Ausrichtungen muss den jungen Ärzten und Wissenschaftlern eine Perspektive geboten werden. Dabei ist darauf zu achten, dass diese Karrierepfade durchlässig bleiben und somit möglichen Interessenverlagerungen im Verlauf einer Karriere auch Rechnung tragen.

2. Innovation der Produkte

Viele Krankenhäuser, darunter selbstverständlich auch zahlreiche Universitätsklinika, stehen bezüglich ihres Selbstverständnisses und des Spektrums der angebotenen Leistungen vor einem dramatischen Paradigmenwechsel. War das Selbstverständnis einer Universitätsklinik bislang geprägt von dem Paradigma „Wir können und machen alles“ heißt es in Zukunft lediglich: „Was wir machen, machen wir besser als die anderen“. Daraus ergibt sich, dass auch in Uniklinika nicht mehr die gesamte Medizin abgebildet werden kann. Bei der damit verbundenen Profilbildung bzw. Portfolio-Fokussierung sollten zunächst institutionelle Alleinstellungsmerkmale herausgearbeitet werden. Dazu gehört für ein Universitätsklinikum die Interdisziplinarität. Schließlich arbeiten in einem Universitätsklinikum mehr Spezialisten auf engem Raum als in jedem anderen Krankenhaus. Weitere Alleinstellungsmerkmale von Univer-

sitätsklinika liegen in dem Beherrschen der „High-care“-Medizin, dem Angebot seltener spezieller Therapien sowie der Kompetenz in Aus-, Weiter- und Fortbildung. Schließlich haben Universitätskliniken gegenüber anderen Häusern den Vorteil, dass sie am schnellsten in der Lage sind, neue wissenschaftliche Erkenntnisse in den klinischen Alltag zu übernehmen.

Basierend auf diesen Alleinstellungsmerkmalen müssen die angebotenen Indikationsspektren durchforstet werden. Bestehende Stärken sollten durch Investitionen weiter gestärkt werden. Schwache Bereiche müssen konsequent abgebaut bzw. geschlossen werden. So werden am UKE seit dem 1.1.2006 Hüft- und Knieprothesen-Operationen auf elektiver Basis nicht mehr angeboten. Stattdessen wurden die Knochenmarktransplantation, die Kinderherzchirurgie sowie die Urologie durch gezielte Investitionen gestärkt.

3. Innovation der Organisationsstruktur

Ähnlich wie in Unternehmen müssen auch in Krankenhäusern Leistungsbereiche zusammengeführt werden. Dabei drängt sich innerhalb des Unternehmens Krankenhaus zunächst eine Aufteilung in primäre Dienstleister, die in direktem Kontakt mit dem Patienten stehen, in sekundäre Dienstleister, wie Radiologie, Anästhesie oder Labormedizin, sowie in tertiäre Dienstleister wie Wäscheversorgung, Medizintechnik oder Facility Management auf. Eindeutig liegt die Kernkompetenz eines Klinikums, unabhängig von seiner Trägerschaft, im primären und sekundären Dienstleistungsbereich. Entsprechend sollten tertiäre Dienstleistungen unter Hinzuziehung von Fremdexpertise gemanagt und geführt werden.

Für die Leitung der primären klinischen Bereiche ist es wichtig, ärztliche, pflegerische und kaufmännische Expertise in einer Führungsstruktur zusammenzufassen. Nur

so kann eine schlagkräftige Führungsstruktur entstehen. Um den Aufbau bzw. Abbau von Leistungsstrukturen zu ermöglichen, bedarf es unternehmerischer Freiheitsgrade. Im Fall des UKE wurden diese genutzt, um ein Ambulanzzentrum mit inzwischen 25 Kassensitzen aufzubauen, eine Privatklinik für Prostatachirurgie zu gründen, zusammen mit einem Hotelbetreiber ein Präventionszentrum aufzubauen und die UKE Consult Management GmbH zu gründen, von der Krankenhausentwicklungsprojekte im In- und Ausland geplant, durchgeführt und gemanagt werden.

Echte Perspektiven der staatlichen Kliniken?

Zweifelsfrei können sich auch Kliniken in staatlicher Trägerschaft in dem stetig gewachsenen deutschen Gesundheitsmarkt hervorragend entwickeln. Leider stoßen sie allerdings allzu oft an Grenzen der unternehmerischen Freiheit. Politische Rücksichtnahmen und politische Abhängigkeiten der handelnden Personen verhindern immer noch allzu häufig die Umsetzung unternehmerisch richtiger Entscheidungen. Darüber hinaus widerstrebt es dem Zeitgeist, dass Krankenhäuser in staatlicher Trägerschaft sich in gleicher Weise wie Krankenhäuser in privater Trägerschaft an den Wachstumspotenzialen im Gesundheitsmarkt bedienen. So ist es für Häuser in staatlicher Trägerschaft durchaus unüblich, andere Krankenhäuser zu kaufen, während es zum Alltag gehört, dass Krankenhäuser in staatlicher Trägerschaft von privaten Krankenhausketten übernommen werden. Ohne Wachstumsmöglichkeiten ist ein nachhaltiges Überleben aber kaum vorstellbar. Aus diesen Gründen erscheint die öffentliche Trägerschaft von Krankenhäusern eher als Auslaufmodell.

Nachhaltiger wirtschaftlicher und medizinischer Erfolg

von Krankenhäusern in öffentlicher Trägerschaft muss deshalb mit zunehmender Entstaatlichung einhergehen. Diese Entstaatlichung muss aber nicht zwangsläufig in eine Privatisierung münden. Der Blick auf andere Länder verdeutlicht, dass sie auch mit anderen gesellschaftsrechtlichen Lösungen, wie z. B. Stiftungen privaten Rechts, verbunden sein kann. Dies gilt m. E. insbesondere für Universitätsklinikum. Die verfassungsrechtlich verankerte Freiheit von Forschung und Lehre verbietet den Gesamtverkauf eines Universitätsklinikums einschließlich der Forschung und Lehre. Konsequenterweise steht bei Universitätsklinken lediglich die Krankenversorgung zum Verkauf. Dies mündet dann zwangsläufig in eine duale Trägerschaft. Der akademisch legitimierte Klinikdirektor dient zwei Herren: in der Krankenversorgung dem gewinnmaximierenden privatrechtlichen Unternehmen und in Forschung und Lehre dem geduldig fördernden Staat. Die damit verbundene Interessenklufft erscheint unüberwindbar. Die Einheit der Krankenversorgung mit der Forschung sowie mit der Lehre ist gesprengt.

Notwendige unternehmerische Freiheit mit Unabhängigkeit vom Staat bei gleichzeitiger institutioneller Einheit von Forschung und Krankenversorgung sowie Lehre und Krankenversorgung ist prinzipiell möglich. Als gesellschaftsrechtliche Lösung bietet sich hier die „Stiftung privaten Rechts“ an. Der entscheidende Vorteil gegenüber dem in Gießen/Marburg vollzogenen Teilprivatisierungsmodell liegt in der weiterbestehenden Einheit zwischen Krankenversorgung und Lehre sowie zwischen Krankenversorgung und Forschung. Die Uniklinik kann mit ihrem gesamten Produktspektrum als Einheit agieren und gehört sich gewissermaßen selbst. Gewinne aus der Krankenversorgung fließen nicht hungrigen Aktionären zu, sondern können gezielt zur Förderung der Forschung eingesetzt werden. Mit einer solchen Vollprivatisierung würde ein Re-

gelkreislauf in Gang gesetzt, der neben der notwendigen Effizienz in der Krankenversorgung vor allem eine Stärkung der medizinischen Wissenschaft in Deutschland zur Folge hätte.