

Thema des Monats: Führungswechsel an der Charité

Schlomm setzt auf ein Department-System

Franz-Günter Runkel

Die Klinik für Urologie in der Berliner Charité hat eine Bedeutung, die weit über die nationalen Grenzen hinausgeht. Nach der Emeritierung von Prof. Kurt Miller als Klinikdirektor erhielt Prof. Thorsten Schlomm aus der Hamburger Martini-Klinik den Ruf in die Hauptstadt, wie Ende Februar 2018 bekannt wurde. Schlomm sagte zu, löste aber mit seinem Department-Konzept sogleich hitzige fachinterne Diskussionen aus. Dem Spezialisten wurde gar die Befähigung zur Leitung einer bedeutenden Universitätsklinik abgesprochen, weil man dafür ein Generalist alter Schule sein müsse. Dieser Einwand ficht Schlomm nicht an, sondern weckt seinen Ehrgeiz als Modernisierer. UroForum sprach mit dem Miller-Nachfolger über seine Pläne und sein Selbstverständnis als neuer Klinikdirektor einer herausragenden Institution.

Warum hat sich Ihre Berufung an die Charité so lange verzögert?

Schlomm: Es gab eigentlich keine Verzögerung. Es hat von der Ausschreibung bis zur Annahme des Rufs nur ein Jahr gedauert. Für die Charité ist das ein schneller Ablauf. Allerdings wurde bereits im Vorfeld der Ausschreibung viel über diese Personalie diskutiert, was sich dann so anfühlte, als habe der ganze Prozess lange gedauert.

Wie funktioniert eine in Departments gegliederte Universitätsklinik?

Schlomm: Es handelt sich um das US-Konzept der Integrated Practice Unit, kurz: IPU. Die traditionelle Aufteilung in deutschen Krankenhäusern erfolgt ja nach medizinischen Fachbereichen, also Chirurgie, Innere Medizin, Urologie, Gynäkologie usw. Patienten kommen aber mit Symptomen oder Problemen ins Krankenhaus, z. B. Bauchschmerzen, die vielfache Ursachen haben können und die vom Chirurgen, Internisten, Urologen oder Gynäkologen behandelt werden können. Wenn die Patienten dann z. B. den Wegweiser „Bauch“ finden, wissen sie, wo sie hingehen müssen. Wenn Sie in den USA – sagen wir in Cleveland – in die Klinik gehen, dann werden sie dort genau dieses Organisationsschema finden. Es gibt also dort ein Bauchzentrum, ein

Kopfzentrum sowie Zentren für andere Körperbereiche. Ein Patient kommt also beispielsweise mit dem Symptom „Nierenbeschwerden“ in die Charité und wir sorgen in unserem Nierenzentrum dafür, dass er bei Experten landet und interdisziplinär behandelt wird.

Was bedeutet ein Department-Modell in der Urologie?

Schlomm: Ich werde einzelne Zentren für Nierentumoren, Prostatakarzinome, Harnblasenkarzinome, Hodentumoren, Urogynäkologie, Kinderurologie, Inkontinenz, Steintherapie, BPH, Nierentransplantation sowie rekonstruktive Urologie bilden. In einem solchen Zentrum sieht nicht nur der Urologe den Patienten, sondern auch der Onkologe oder der Nephrologe sowie ein Team von hochspezialisierten Radiologen und Pathologen. Jedes Department wird einen eigenen ärztlichen Leiter mit Budget, Personal und eigenständiger Verantwortung haben. Über diesen Departments wird es eine Leitungsebene mit Service-Struktur geben. Mein Mentor Prof. Hartwig Huland ist sehr stolz, dass sein in der Hamburger Martini-Klinik am Prostatakarzinom etabliertes, spezialisiertes Department-System nun in einer urologischen Universitätsklinik auf ein gesamtes Fachgebiet ausgeweitet wird.

Wie reagieren Sie auf Angriffe gegen das Department-Modell?

Schlomm: Ein Department-System schädigt nicht das Fach Urologie. Das Gegenteil ist ja der Fall: Vielmehr wird das Rotationssystem der Departments dafür sorgen, dass die Oberärzte die Charité am Ende als hervorragend ausgebildete Generalisten verlassen. Diese Oberärzte der Charité verfügen dann über ein exzellentes und vielseitiges operatives Know-how und werden die Qualität der Urologie in der gesamten Republik verbessern und keinesfalls schädigen. Da ist auch ein Generations-



wechsel im Gang. Das traditionelle Modell der Hochschulmedizin geht nun in ein modernes System der Spezialisierung und des Teamworks über. Voraussetzung hierfür ist, dass man nicht sich selber in den Mittelpunkt stellt, sondern die Werte, für die man steht, möchte die beste Medizin machen – für die Patienten. Da steht das eigene Ego nur im Wege. Dieselbe Diskussion hatten wir ja schon vor zehn Jahren bei der Gründung der Martini-Klinik. Da gab es exakt dieselben Argumente aus der Ordinarien- und DGU-Szene. Und heute ist die Martini-Klinik die größte und aus meiner Sicht beste Prostatakllinik der Welt. Huland hat damals seine „Macht“ als Chefarzt einfach mit uns geteilt, was im Endeffekt etwas viel Größeres geschaffen hat, als das hergebrachte Ordinarisystem mit einem Primus inter pares erlaubt hätte. Davon haben die Patienten profitiert, nicht Huland! Natürlich kann es nicht an jeder Klinik nur

Spezialzentren geben, natürlich müssen die Chefs in regionalen Kliniken Generalisten sein. Sie können in einem Departementsystem jedoch besser ausgebildet werden. Ich denke sogar, dass die Charité aufgrund ihrer Größe und Metropolposition derzeit die einzige Stelle in Deutschland ist, in der ein Departmentmodell für das gesamte Fach Urologie möglich ist. Die Charité wird nach außen für die Patienten eine komplette Generalistin sein, die aber nach innen konsequent durch Super-spezialisierung organisiert ist. Damit setzen wir einen hohen Qualitätsstandard in allen Abteilungen und geben unseren Patienten ein umfassendes Qualitätsversprechen.

Wie sieht die Personalorganisation in einem Department-System aus?

Schlomm: Früher gab es den Klinikdirektor, die Oberärzte und die Assistenzärzte. Wir führen jetzt eine Zwischenebene zwischen Klinikdirektor und Oberärzten ein, „Medizinisches Managementboard“ genannt. Ich werde das Managementboard leiten, dem alle Chefs der Departments angehören. Alle strategischen und relevanten medizinischen Entscheidungen der Klinik treffen wir im Team. Meine Aufgabe besteht darin, dafür zu sorgen, dass alle perfekte Arbeitsbedingungen haben, dass die Qualitätsziele eingehalten werden und dass ein ständiger Innovationsprozess stattfindet. Die einzelnen Leiter der Departments sind eigenständig und haben die volle Verantwortung für ihr Budget, ihr Personal und natürlich für ihre Medizin. Diese Mitarbeiter erhalten wirkliche Führungspositionen in ihren Fachgebieten.

Welche neuen Personalien können Sie berichten?

Schlomm: Ich bin sehr froh, dass Prof. Maria De Santis von der Universität Warwick in Coventry an die Charité gekommen ist. Sie ist eine international renommierte Onkologin, die früher in Salzburg und Wien gearbeitet hat. Seit 1. April gehört sie zu meinem Team in der Charité. Maria De Santis erhält eine eigenständige Institution innerhalb der Urologie und Onkologie namens „Inter-

disziplinäre Uroonkologie“. Ihre Einheit wird mit zwei Oberärzten – einer aus der Onkologie und einer aus der Urologie –, weiterem Personal und Medizintechnik ausgestattet. Sie wird alle onkologischen Patienten mitbetreuen und das



Prof. Maria De Santis wechselte zum 1. April aus Coventry an die Charité. Die international renommierte Onkologin übernahm die Leitung der Interdisziplinären Uroonkologie.

Studienzentrum zusammen mit Dr. Ursula Steiner ausbauen. Mit Prof. Joachim Weischenfeldt aus Kopenhagen habe ich einen der führenden Genforscher an die Charité holen können, der hier ein molekulares Tumorboard zusammen mit den Experten des Comprehensive Cancer Center aufbauen wird. Wir arbeiten bereits seit Jahren erfolgreich zusammen im „International Cancer Genome Consortium“, ICGC. Viele neue Departments werden vom exzellenten bestehenden Team der Charité-Urologie geleitet. Zudem werden weitere international renommierte Experten für urologische Tumoren und rekonstruktive Chirurgie unser Team im Laufe dieses Jahres erweitern.

Wie wird Prof. Kurt Miller als Senior Consultant in dieses Netzwerk eingebunden sein?

Schlomm: Prof. Kurt Miller ist der Initiator des Department-Systems in der Charité-Urologie. Ohne seine Initiative gäbe es dieses Projekt nicht. Er ist enthusiastisch und offen für alles Neue und Moderne. Deshalb bin ich sehr froh, dass ich ihn dazu bewegen konnte, unseren Weg weiter zu begleiten und uns durch Rat und Tat zur Seite zu stehen. Er verfügt insbesondere über einen riesigen Schatz an Führungserfahrung und ich lerne jeden Tag von ihm. Zudem sind wir sehr gute Freunde geworden.

Was verstehen Sie unter dem Konzept der Hauptstadt-Urologie?

Schlomm: In der Region Berlin-Brandenburg leben 7 Mio. Menschen, die von 130 niedergelassenen Urologen versorgt werden. Ich möchte eine Urologie für ganz Berlin-Brandenburg schaffen, in der wir alle im Team besser werden als der Einzelkämpfer. Wir wollen dieses Konzept „Hauptstadt-Urologie“ nennen. Mithilfe dieses Netzwerks möchte ich eine Art Schwarmintelligenz schaffen. Die niedergelassenen Urologen werden Partner im Netzwerk sein, ebenso viele urologische Kliniken. Alle Teamplayer werden motiviert, ihre Daten in das Netzwerk einzubringen.

Machen bereits Niedergelassene im Netzwerk mit?

Schlomm: Ja, es gibt bereits erste urologische Partnerpraxen in Berlin-Brandenburg, die einen Modellversuch des Netzwerks betreiben. Über das Netzwerk erhalten die niedergelassenen Urologen auch die Möglichkeit, Fragen ans Tumorboard zu richten. Mein Ziel ist nicht eine Medizin im Elfenbeinturm, sondern wir wollen uns als Unterstützer einer medizinischen Region positionieren. Viele kleine urologische Zentren in der Region sollen ein Netzwerk der Urologie bilden, das wir in der Charité medizinisch-wissenschaftlich betreuen. Auch andere urologische Kliniken sollen integriert werden. Die Beiträge der Charité zum Netzwerk werden komplexe Diagnostik und Therapie, Tumorboards und Genanalysen sein.

Und damit streben Sie Genomanalyse für jedermann an?

Schlomm: Zumindest steht mir an der Charité ein Jahresbudget für die Sequenzierung zur Verfügung, das ich für eine routinemäßige Sequenzierung der Genompatienten nutzen kann, deren Standardtherapien ausgereizt sind. Zum ersten Mal in Deutschland werden wir in der Charité die Genomdiagnostik für jeden zur Verfügung stellen. Das ist ein echtes Novum. Außerdem bieten wir das aber auch externen Patienten an, die sich bei uns sequenzieren lassen. Und natürlich können uns auch nieder-

gelassene Urologen ihre Patienten zur Gensequenzierung schicken.

Welche Ideen werden Sie in der Forschung verfolgen?

Schlomm: Die genombasierte Krebstherapie ist ja mein Spezialgebiet in der Forschung. Mein Traum ist es, jedem Krebspatienten der Charité eine komplette Gensequenzierung anbieten zu können. Wir sind inzwischen soweit, dass wir Patienten anhand des genetischen Tumorprofils gezielt mit genspezifischen Medikamenten therapieren können. Ich war ja bereits in der Hamburger Martini-Klinik Teil der beiden weltweit größten Genomforschungsprojekte, des ICGC und des „The Cancer Genome Atlas“, TCGA. In den vergangenen zehn Jahren haben wir hier über 1 Mrd. Euro für Studien ausgegeben, die jetzt Einzug in unsere klinische Routine halten. Genombasierte Medizin, Qualität in der Medizin und medikamentöse Tumorthherapie werden meine Forschungsschwerpunkte sein. Ein vierköpfiges IT-Team wird eine Datenbank zur Versorgungsforschung aufbauen.

Wie wollen Sie medizinische Qualität in der Klinik vergüten?

Schlomm: Ein wichtiger Ansatz besteht darin, dass nicht mehr die Fallzahl, sondern die medizinische Behandlungsqualität über Art und Höhe der Honorierung bestimmt. Diesen Ansatz nennt man „Value-based Healthcare“. Die Evaluierung der Lebensqualität unserer Patienten ist für mich der wichtigste Parameter für die Honorierung stationärer medizinischer Leistungen. Mein Konzept heißt eindeutig: „Pay for Performance“. Ich plane in der Charité P-4-P-Pilotprojekte mit Krankenkassen, bei denen die Qualität unserer Behandlung einen wesentlichen Teil der Vergütung ausmachen wird.

Gibt es in Ihrer Klinik keine Privatliquidation?

Schlomm: Natürlich gibt es in der Charité Privatliquidation. Aber wir Ärzte haben die gesamte Privatliquidation an die Charité abgetreten, haben also keinen persönlichen Vergütungsanteil daran. Das trifft auch für mich zu, weil ich

Götterdämmerung der Eminenz-basierten Urologie – ein Kommentar von Franz-Günter Runkel

Gar Ungeheuerliches tut sich in der wohl berühmtesten deutschen Universitätsklinik: Ein Verfechter des modernen Department-Modells, PCa-Spezialist und Experte für die moderne genombasierte Uroonkologie erhielt den Ruf an die Berliner Charité. Wie keine andere urologische Personalie zuvor hat der Wechsel von Prof. Thorsten Schlomm aus der Hamburger Martini-Klinik in die Hauptstadt für Erregung und besorgte Diskussionen gesorgt. Dabei scherte man sich herzlich wenig um die Gepflogenheiten der Discretion bei Bewerbungsprozessen auf dieser Ebene.

Monate vor der offiziellen Annahme des Rufs wurde die Causa Schlomm hinter den Kulissen, aber auch öffentlich auf dem NRW-Urologenkongress 2017 in Essen diskutiert – natürlich ohne Nennung des Namens. Ein Ordinarius schrieb sogar an den DGU-Vorstand und forderte eine Intervention der Fachgesellschaft in einem laufenden Personalverfahren! Während Schlomm also in Berlin die Konditionen seiner Charité-Tätigkeit aushandelte, wurde hinter seinem Rücken eifrig über sein Department-Modell gestritten. Aus der Sicht der konservativen „Generalisten“-Partei handelte es bei der Berufung Schlomm um eine „ökonomisch getriggerte Entscheidung“.

In dem Brief eines Ordinarius an den DGU-Vorstand ging es zu Sache: „Die Wahl einer Nachfolge von Kurt Miller, die dem extrem komplexen Anforderungsprofils eines Lehrstuhlinhabers in einem operativen Fach nicht entspricht, könnte die Zerschlagung und Aufteilung des Fachs Urologie an der Charité bedeuten. Der Verlust einer eigenständigen akademischen Urologie ... wäre für unser Fach und die DGU eine berufspolitische Katastrophe. Ich bitte den Vorstand, berufspolitisch aktiv zu werden.“ Die DGU distanzierte sich von diesem Ansinnen und wahrte offiziell Neutralität.

Trotzdem ist die Diskussion um Schlomm Berufung kein Ruhmesblatt für die Urologie. Schlomm verdient die Chance, die Überlegenheit seines Department-Modells zeigen zu können. Hinter dem Berufungszwist steckt aber noch mehr: Die traditionelle „Skalpell-Fraktion“ beharrt auf der Verteidigung des daVinci-getriggerten Primats der operativen Urologie gegen die eher auf Medikamente und aktive Überwachung bauende „Genom-Fraktion“. Außerdem setzt die „alte Garde“ (nicht altersbezogen gemeint) auf Autorität und weniger auf eine Teamwork-orientierte Führungsstruktur in einer Universitätsklinik. Was da in der Urologie aufbricht, ist ein veritabler Generationenkonflikt – die Götterdämmerung der Eminenz-basierten Urologie.

die persönliche Privatliquidation nicht mehr für zeitgemäß halte. Für eine gute medizinische Betreuung der Patienten ist dies aus meiner Sicht der falsche Ansatz. Ich möchte gute Medizin für jeden und nicht nur für den Privatpatienten machen. Im Gegenzug zum Verzicht auf die private Liquidation erhalten wir aber von der Universitätsmedizin ein größeres Budget für das Department-Modell und für Investitionen in die medizinische Qualität, die jedem Patienten zugute kommt.

Was ist ihre Vision der Charité?

Schlomm: Meine Vision ist, die Charité zu einer Art Pilgerstätte für moderne genombasierte Therapie sowie für zukunftsorientierte Department-Struk-

turen zu machen. Ich möchte operative und medikamentöse Therapie ausgewogener anwenden. Wir werden außerdem die moderne Informations- und Kommunikationstechnologie stärker in die Klinik bringen, indem wir Startup-Unternehmen mit uns verbinden und auch Ausgründungen in diesem Bereich der internetbasierten Diagnostik und Therapie fördern. Am Ende soll die Urologie der Charité ein internationales Referenzzentrum für patientenorientierte, qualitätsbasierte Medizin sein. Unser Department-System soll dann nicht nur in der Urologie Realität sein, sondern zum generellen Organisationsprinzip der gesamten Charité geworden sein. ■

