

Aus dem Institut für Radiologie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Charité – Umstrukturierung an einem großen deutschen Universitätsklinikum
Allgemeine und spezielle Aspekte eines Reformprozesses aus Sicht des
Querschnittsfaches Radiologie/Neuroradiologie

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Stefanie Gottstein
aus Braunschweig

Gutachter: 1. Priv.-Doz. Dr. med. R. Klingebiel
 2. Prof. Dr. med. L. Harms
 3. Prof. Dr. med. M. Essig

Datum der Promotion: 30.01.2009

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	iii
Abkürzungsverzeichnis	vii
Abbildungsverzeichnis	x
Tabellenverzeichnis	xi
1. Einleitung	1
1.1. Geschichte der Charité	1
1.2. Gegenwart	2
2. Herleitung der Aufgabenstellung	4
3. Methodik	5
3.1. Übergeordnete Rahmenbedingungen des Reformprozesses	5
3.1.1. Gesundheitssystem in Deutschland	6
3.1.2. Hochschulmedizin in Deutschland	6
3.1.3. Land Berlin	7
3.1.3.1. Haushaltslage	7
3.1.3.2. Berliner Gesundheitswesen	7
3.1.3.3. Hochschulmedizin	7
3.2. Abgeleitete Zielsetzungen und Reforminhalte	7
3.2.1. Landesgesetze	9
3.2.2. Die Charité-Satzung	9
3.2.3. Das Unternehmenskonzept der Charité	9
3.3. Stand und Dynamik des Reformprozesses aus Charité-Sicht	10
3.3.1. Interviews mit dem geschäftsführenden Vorstand	10
3.3.1.1. Vorstandsvorsitzender	11
3.3.1.2. Direktor des Klinikums	12
3.3.1.3. Dekan	13
3.3.1.4. Leiter des Unternehmenscontrolling	13
3.3.2. Interviews mit der Zentrums- und Abteilungsleitung	14

3.3.2.1. Centrumsleitung CC6	14
3.3.2.2. Abteilungsleitung Neuroradiologie	16
3.4. Außenansicht	17
3.4.1. Träger	18
3.4.2. Medien	20
3.4.3. Struktureller Vergleich mit der Abteilung Neuroradiologie der LMU München	20
3.4.4. Studentische Sicht	21
3.5. Wettbewerber als Eliteuniversität	22
4. Ergebnisse	23
4.1. Übergeordnete Rahmenbedingungen des Reformprozesses	23
4.1.1. Gesundheitssystem in Deutschland	23
4.1.2. Hochschulmedizin in Deutschland	26
4.1.3. Land Berlin	29
4.1.3.1. Haushaltslage	29
4.1.3.2. Berliner Gesundheitswesen	29
4.1.3.3. Hochschulmedizin	31
4.2. Abgeleitete Zielsetzungen und Reforminhalte	33
4.2.1. Landesgesetze	33
4.2.2. Die Charité-Satzung	35
4.2.3. Das Unternehmenskonzept der Charité	36
4.3. Stand und Dynamik des Reformprozesses aus Charité-Sicht	41
4.3.1. Ausgangslage	41
4.3.2. Vorgaben	41
4.3.2.1. Profitcenter	41
4.3.2.2. Budget	42
4.3.2.3. Investitionen	43
4.3.2.4. Innere Struktur des Zentrums	43
4.3.2.5. Rechtsform	44
4.3.2.6. Integrationsmodell	44
4.3.2.7. Trennungsrechnung	45

5.2.1. Rechtsform der Anstalt öffentlichen Rechts in staatlicher Trägerschaft	72
5.2.2. Die Zentrenbildung	74
5.2.3. Integrationsmodell	76
5.2.4. Trennungsrechnung	78
5.2.5. Corporate Identity, Marketing und Unternehmenskommunikation	79
5.2.6. Exzellenzzentrum	80
5.3. Außenwahrnehmung	81
5.3.1. Medien	81
5.3.2. Struktureller Vergleich mit der Universitätsmedizin und der Abteilung Neuroradiologie der LMU München	81
6. Zusammenfassung	83
7. Literaturverzeichnis	85
8. Anhang	93
8.1. Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden Prof. Dr. D. Ganten (3.9.2007)	93
8.2. Interview mit dem Direktor des Klinikums Dr. B. Behrends (20.9.2007)	98
8.3. Interview mit dem Dekan Prof. Dr. M. Paul (23.4.2008)	102
8.4. Interview mit dem Leiter des Unternehmenscontrolling Dipl.-Kfm. M. Scheller (10.10.2007)	106
8.5. Interview mit dem Leiter des CC6 Prof. Dr. B. Hamm (28.8.2007)	108
8.6. Interview mit dem kaufmännischen Leiter des CC6 Dr. G. Fleige (27.6.2007)	111
8.7. Interview mit dem Leiter der Abteilung Neuroradiologie Priv.-Doz. Dr. R. Klingebiel (5.12.2007)	115
8.8. Interview mit dem Leiter der Neuroradiologie der LMU München Prof. Dr. H. Brückmann (2.10.2007)	120
Danksagung	125
Lebenslauf	126
Eidesstattliche Erklärung	126

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AR-DRG	Australian Refined – Diagnosis Related Group
Art.	Artikel
BerlUniMedG	Berliner Universitätsmedizingesetz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CBF	Campus Benjamin Franklin
CC	CharitéCentrum
CCM	Campus Charité Mitte
CFM	Charité Facility Management
CHE	Centrum für Hochschulentwicklung
CT	Computertomographie
CUB	Charité-Universitätsmedizin Berlin
CVK	Campus Virchow Klinikum
DDR	Deutsche Demokratische Republik
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DKG-NT	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. – Neuer Tarif
DM	Deutsche Mark
DRG	Diagnosis Related Group
etc.	et cetera
€	Euro
F & L	Forschung und Lehre
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
FTD	Financial Times Deutschland
FPÄndG	Fallpauschalenänderungsgesetz
FPG	Fallpauschalengesetz
GG	Grundgesetz
gGmbH	gemeinnützige GmbH

GKöR	Gliedkörperschaft des öffentlichen Rechts
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbH & Co.KG	Kommanditgesellschaft mit GmbH als Komplementär
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung
HBFG	Hochschulbauförderungsgesetz
HMS	Harvard Medical School
HS-Med-G	Vorschaltgesetz zum Gesetz über die Umstrukturierung der Hochschulmedizin im Land Berlin
ILV	Innerbetriebliche Leistungsverrechnung
ISI	Imaging Science Institute
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
KHEntG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KMK	Kultusministerkonferenz
KOBV	Kooperativer Bibliothekenverbund Berlin-Brandenburg
LKG	Landeskrankenhausgesetz
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität
LOM	Leistungsorientierte Mittelvergabe
Mio.	Million/Millionen
Mrd.	Milliarde/Milliarden
MRT	Magnetresonanztomographie
MTA	Medizinisch-Technischer Assistent / Medizinisch-Technische Assistentin
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
o.V.	ohne Verfasser
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
PACS	Picture Archiving and Communication System
§	Paragraph
PJ	Praktisches Jahr
PPP	Public Private Partnership

RIS	Radiologieinformationssystem
s.	siehe
s.o.	siehe oben
SAP-BW	SAP-Business Warehouse
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SURs	Standardised Unemployment Rates
UKBF	Universitätsklinikum Benjamin Franklin
UniMedG	Gesetz über die Neuordnung der Hochschulmedizin in Berlin
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
z.B.	zum Beispiel
ZEP	Zentrums- und Entwicklungsprojekt
ZHGB	Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ergebnisverbesserungsbedarf, aktualisierte Einschätzung Stand 02/2006 [Mio. €], Quelle: (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d)	3
Abbildung 2: Gesundheitsausgaben in % des BIP in Deutschland (CC1 Charité- Universitätsmedizin Berlin 2007).....	23
Abbildung 3: Anpassung der krankenhausindividuellen Basisfallwerte an die Landes- Basisfallwerte, Quelle: (Keun, et al. 2006), S.107	25
Abbildung 4: Ausgleichsmechanismus im flexiblen Budget, Quelle: (Keun, et al. 2006), S.90 ..	26
Abbildung 5: Bettendichte nach Bundesländern, Quelle: (Senatsverwaltung für Gesundheit 2006)	30
Abbildung 6: Vergleich der Entwicklungen des KHG-Fördermittelvolumens und des BIP (indexiert auf das Jahr 1991), Quelle: (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2007), S.58.....	31
Abbildung 7: Strategie im Unternehmenskonzept: Konsolidierung im Kernbereich und Wachstum in neuen Geschäftsfeldern über Kooperationen, Quelle: (Charité- Universitätsmedizin Berlin 2006d), S.7	37
Abbildung 8: Wachstum an der Schnittstelle von Forschung und Lehre und Krankenversorgung, Quelle: (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d), S. 22	38
Abbildung 9: Die 17 Zentren der Charité, eigene Darstellung nach (Charité-Universitätsmedizin Berlin GB Unternehmenskommunikation 2007).....	39
Abbildung 10: Grund- und Leistungsfinanzierung durch die Fakultät, Quelle: (Charité- Universitätsmedizin Berlin 2006c).....	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Artikel im online-Archiv der Welt (www.welt.de) in der Zeit vom 1.1.2007 bis 1.1.2008 bei der Suche nach "Charité" bzw. nach "LMU", nach Kategorien sortiert.....	61
Tabelle 2: Artikel im online-Archiv der Süddeutschen Zeitung (www.sueddeutsche.de) in der Zeit vom 1.1.2007 bis 1.1.2008 bei der Suche nach "Charité" bzw. nach "LMU", nach Kategorien sortiert	62
Tabelle 3: Vergleich der HMS und der CUB (Harvard Medical School 2008) (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2008b).....	67

1. Einleitung

Im Jahre 2010 feiert die Charité, eines der größten und ältesten Universitätsklinika Europas, ihr 300-jähriges Bestehen. Sie kann somit auf eine lange und traditionsreiche Vergangenheit zurückblicken, auf der das heutige Leitbild und die Zukunftsvisionen aufbauen (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005b).

Im Spannungsfeld zwischen Universitätsklinikum und Wirtschaftsunternehmen hat sich die Charité in einem durch wachsenden Wettbewerb und Kostendruck gekennzeichneten Gesundheitsmarkt einem in dieser Form einzigartigen Reformprozess unterworfen. Erforderlich wurde diese Restrukturierung unter anderem dadurch, dass im Rahmen des Fusionsprozesses der vormals konkurrierenden Berliner Universitätsklinika betriebswirtschaftliche Redundanzen, Überkapazitäten und ineffiziente Steuerungsstrukturen beseitigt werden mussten.

Die vorliegende Promotionsarbeit beleuchtet diesen Reformprozess aus der Sicht des Querschnittsfaches Radiologie/Neuroradiologie der Charité und versucht die Auswirkungen der Restrukturierung in verschiedenen Facetten, von der ganzheitlichen Unternehmenssicht bis hin zu Sekundäreffekten auf die nachrangige Struktureinheit einer Abteilung, zu beschreiben.

Diese Arbeit erhebt weder den Anspruch auf Vollständigkeit im Sinne einer Zwischenbilanz, noch kann sie sich den Limitationen einer Momentaufnahme in einem auf mehrere Jahre angelegten dynamischen Reformprozess entziehen. Sie illustriert vielmehr Teilaspekte einer strukturellen Metamorphose unter den gegenwärtigen, spezifischen Prozessbedingungen.

1.1. Geschichte der Charité

Der Ursprung der Charité lag beim 1710 vor der Stadt Berlin errichteten Pesthaus, das später als Hospiz für Alte, Bettler und andere Hilfesuchende genutzt wurde. Unter König Friedrich Wilhelm I. wurde das ursprüngliche Pesthaus im Jahre 1727 zum „Lazarett und Hospital“ und erhielt den Namen „Charité“, wo nun Militärchirurgen ausgebildet wurden. Die Ausbildung ziviler Ärzte begann erst später, war aber in der damaligen Zeit beispielhaft und brachte herausragende Wissenschaftler hervor wie Rudolf Virchow, Hermann von Helmholtz oder auch Emil von Behring (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005b). Erst 100 Jahre nach der Errichtung des Pest-

hauses, 1810, wurde die Berliner Universität einschließlich medizinischer Fakultät gegründet, die zunächst von der Charité unabhängige Kliniken errichtete, später aber mit der Charité fusionierte (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005b).

Im Jahre 1906 wurde das Rudolf Virchow Krankenhaus eröffnet, das 1986 Universitätsklinikum der Freien Universität wurde. Während der deutschen Teilung wurde in West-Berlin außerdem im Jahr 1968 das Universitätsklinikum Steglitz der Freien Universität eingeweiht, das später Universitätsklinikum Benjamin Franklin genannt wurde (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005b). Die Charité sollte als Vorzeigeklinik der DDR erhalten und ausgebaut werden, so dass in dieser Zeit mehrere Neubauten entstanden, wie zum Beispiel das Bettenhochhaus 1982 (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005b).

In den Jahren 1997 und 1998 fusionierte die Charité mit dem Universitätsklinikum Rudolf-Virchow der Freien Universität und zwei Forschungskliniken in Berlin-Buch zum Klinikum Charité der Humboldt-Universität. Fünf Jahre später wurde der ursprüngliche Plan des Berliner Senats, das Universitätsklinikum Benjamin-Franklin in ein normales Versorgungskrankenhaus umzuwandeln, um so jährlich 98 Millionen € beim Landeszuschuss für Forschung und Lehre einzusparen, auf Grund öffentlicher Proteste fallen gelassen. Stattdessen folgte man dem Vorschlag einer externen Expertenkommission und dem Wissenschaftsrat, die geforderte Einsparsumme durch eine (weitere) Fusion zu ermöglichen (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2007b). So entstand aus den medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken von Freier Universität und Humboldt-Universität im Rahmen des Vorschaltgesetzes zum Gesetz über die Umstrukturierung der Hochschulmedizin im Land Berlin (HS-Med-G vom 22.5.2003) (Abgeordnetenhaus von Berlin 2003) die Charité-Universitätsmedizin Berlin als rechtsfähige Gliedkörperschaft beider Universitäten und mit ihren vier Standorten Campus Mitte (CCM), Campus Virchow-Klinikum (CVK), Campus Benjamin-Franklin (CBF) und Campus Berlin-Buch (CBB).

1.2. Gegenwart

Die Charité ist mit ca. 14.000 Mitarbeitern in der Krankenversorgung, 128.000 stationären sowie ca. einer Million ambulanten Behandlungen, einem Gesamtbudget von etwa 1,02 Milliarden € und jährlich ca. 100 Millionen € an eingeworbenen Forschungsgeldern ein entscheidender Wirtschaftsfaktor der Region Berlin-Brandenburg (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005b).

Durch die schrittweise Kürzung des jährlichen Landeszuschusses für Forschung und Lehre um 98 Mio. €¹ bis zum Jahr 2010, die Einführung der Fallpauschalen-Vergütung nach DRGs² und die prognostizierte Entwicklung weiterer wesentlicher Erlös- und Kostenparameter³ besteht ein Ergebnisverbesserungsbedarf von insgesamt 199 Mio. € im Zeitraum von 2006-2010, einschließlich des für Investitionen benötigten Überschusses von 14 Mio. €⁴ (siehe Abbildung 1).

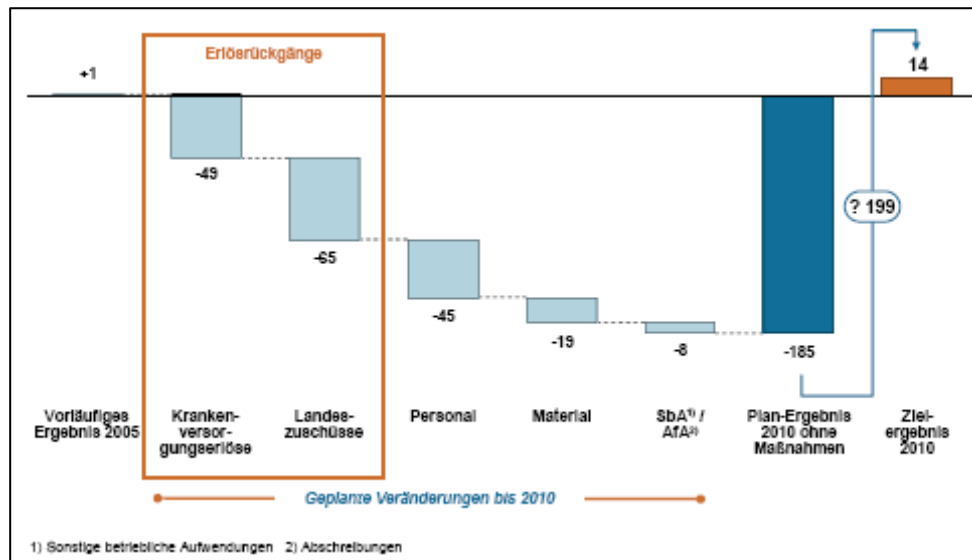


Abbildung 1: Ergebnisverbesserungsbedarf, aktualisierte Einschätzung Stand 02/2006 [Mio. €], Quelle: (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d)

Diese große Einsparerfordernis und der steigende Wettbewerbsdruck auf dem Gesundheitsmarkt, begleitet von einer zunehmenden Mittelknappheit der öffentlichen Haushalte begründeten die Notwendigkeit einer umfassenden Reform mit dem Ziel, sich im Jahr 2010 als „Schrittmacher einer modernen, ganzheitlichen Medizin und als führendes modernes Unternehmen auf dem Gesundheitsmarkt (Humboldt-Universität zu Berlin, et al.) präsentieren“ (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005c) (Humboldt-Universität zu Berlin, et al. 2007).

¹ auf 175 Mio. € im Jahre 2010

² verminderte Einnahmen in der Krankenversorgung von 49 Mio. €, (DRG = Diagnosis Related Group)

³ Steigerung der Personal- und Sachkosten um 72 Mio. € bis 2010

⁴ Zum Zeitpunkt des Unternehmenskonzeptentwurfes 2005 lag das Ergebnisrisiko noch bei 212 Millionen €.

2. Herleitung der Aufgabenstellung

Aus den vorstehenden Ausführungen ergeben sich folgende Fragen:

1. Wie stellen sich die übergeordneten, strukturellen, wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen des oben angegebenen Reformprozesses dar?
2. Welches sind die abgeleiteten Zielsetzungen und Reforminhalte des Reformprozesses, die ihren Niederschlag finden in
 - i. Landesgesetzen (insbesondere Landesvorgaben zu den Organen der Charité und zur Zentrenbildung)
 - ii. Charité-Satzung und
 - iii. Unternehmenskonzept ?
3. Wie sind Stand und Dynamik des Reformprozesses zu bewerten aus Sicht
 - i. der Unternehmensleitung (Top-down)
 - ii. der Zentrums- und Abteilungsleitung im Querschnittsfach Radiologie/Neuroradiologie (Bottom-up) ?
4. Wie wird der Reformprozess in der Außenwahrnehmung beurteilt?
 - i. Träger
 - ii. Medien
 - iii. Struktureller Vergleich mit der Abteilung Neuroradiologie der LMU München
 - iv. Studentische Sicht
5. Welche grundlegenden Unterschiede bestehen zwischen der Charité und anderen, herausragenden Medizinfakultäten (Eliteuniversitäten)?

3. Methodik

3.1. Übergeordnete Rahmenbedingungen des Reformprozesses

Die Rahmenbedingungen des Reformprozesses wurden in einer wissenschaftlichen Literaturrecherche erarbeitet. Die genannten Quellen stammen größtenteils aus der Suche in Internet-Datenbanken wie

- dem Kooperativen Bibliotheksverbund Berlin-Brandenburg KOBV⁵,
- dem Online-Katalog der Deutschen Zentralbibliothek für Wirtschaftswissenschaften Econis⁶,
- der Datenbank für deutschsprachige Literatur der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften WISO-Net WIWI⁷,
- weiteren Suchmaschinen und Online-Zeitungsarchiven⁸.

Daneben fanden sich relevante Artikel in den Zeitschriften „Das Krankenhaus“, „führen und wirtschaften im Krankenhaus“, „Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis“ und „Zeitschrift für Betriebswirtschaft“.

Zusätzliche Literaturquellen zum Thema Krankenhausfinanzierung wurden von Prof. Dr. Michael Simon⁹ von der Evangelischen Fachhochschule Hannover sowie Dipl.-Kff. Corina Naujock von der „Geschäftsstelle Masterstudienprogramm Management im Gesundheitswesen“ der Fachhochschule Osnabrück benannt.

Nachstehend sind die wichtigsten Themen mit ihren Quellenbezügen tabellarisch dargestellt.

⁵ <http://digibib.de>

⁶ www.zbw.eu/datenbanken/econis.htm

⁷ www.wiso-net.de →Wirtschaftswissenschaften

⁸ www.zeit.de, www.welt.de, www.faz.de, www.ftd.de, www.tagesspiegel.de und andere

⁹ Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

3.1.1. Gesundheitssystem in Deutschland

Thema	Quelle
Statistische Daten zum Gesundheitswesen in Deutschland	<p>Statistisches Bundesamt (www.destatis.de) → Gesundheitsausgabenrechnung und jährlich erscheinende Fachserien zu Einzelthemen</p> <p>OECD (www.oecd.org) → statistics portal → national accounts → quarterly national accounts; statistics portal → labour → unemployment → standardised unemployment rates (SURs)</p> <p>Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland (Busse, et al. 2005)</p> <p>Unternehmenskonzept Charité 2010 – Fortschreibung (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d)</p>
Geschichte des deutschen Gesundheitssystems	<p>Europavergleich der Sozialsysteme (www.ess-europe.de)</p> <p>Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland (Busse, et al. 2005)</p> <p>Die deutschen Universitätsklinika im Spannungsfeld ihrer Rahmenbedingungen (Rösler 1999)</p> <p>Profit-Center-Strukturen im Krankenhaus (Dahlgaard, et al. 2000)</p> <p>Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung (Keun, et al. 2006)</p> <p>Start in die Konvergenzphase 2005 (Hensen, et al. 2005)</p>

3.1.2. Hochschulmedizin in Deutschland

Thema	Quelle
Finanzierung der Universitätsklinika	<p>Grundgesetz Artikel 91b Abs.1 und 143c (www.gesetze-im-internet.de) → Grundgesetz, Seite des Bundesministeriums für Justiz)</p> <p>Auswirkungen der Föderalismusreform auf die Universitätsmedizin (von Heyden 2007)</p> <p>Kongressbericht – II. Innovationskongress der deutschen Hochschulmedizin (Rochus Fisches GmbH 2006)</p> <p>Abgrenzung von klinischer Forschung, Lehre und Krankenversorgung (Leonhard 2005)</p>
Mehrkosten der Hochschulmedizin	<p>Markt und Wettbewerb geben den Universitätskliniken eine Zukunft (Behrends 2000)</p> <p>Unternehmenskonzept Charité 2010 – Fortschreibung (2006d)</p> <p>Die großen Flieger starten durch - Uniklinika auf dem Weg in die Zukunft - noch mit viel Ballast (Volk 2007)</p>

Verursachungsgerechte Kostentrennung und stille Quersubventionierung	Abgrenzung von klinischer Forschung, Lehre und Krankenversorgung (Leonhard 2005) Grenzen und Lösungsansätze einer Kostenzuordnung auf Forschung, Lehre und Krankenversorgung in Universitätsklinika (Ott 2003)
--	---

3.1.3. Land Berlin

3.1.3.1. Haushaltslage

Thema	Quelle
Haushaltslage des Landes Berlin	Online-Archive der Welt, des Spiegel, der Krankenhaus Umschau Die großen Flieger starten durch - Uniklinika auf dem Weg in die Zukunft - noch mit viel Ballast (Volk 2007)

3.1.3.2. Berliner Gesundheitswesen

Thema	Quelle
Krankenhausplanung	KHG, LKG (Landeskrankenhausgesetz) Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (www.berlin.de/sen/guv/) → Gesundheit → Krankenhauswesen → Der Krankenhausplan Krankenhauswesen: Berlin und seine Krankenhäuser (Senatsverwaltung für Gesundheit 2007)
Investitionsförderung /-planung durch das Land	KHG, SGB V, KHEntG (Krankenhausentgeltgesetz), LKG (Landeskrankenhausgesetz) Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (www.berlin.de/sen/guv/) → Gesundheit → Krankenhauswesen → Finanzierung Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (www.dkgev.de): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2007) Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise (Simon 2005) Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland (Busse, et al. 2005)
Statistische Daten zur Krankenhaussituation im Land Berlin	Krankenhausplan (Fortschreibung des Berliner Krankenhausplanes, aus: www.berlin.de/sen/guv/ → Gesundheit → Krankenhauswesen → Berlins Krankenhäuser) (Senatsverwaltung für Ge-

	<p>sundheit 2006), Statistisches Bundesamt (www.destatis.de)</p> <p>Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland (Busse, et al. 2005)</p>
--	---

3.1.3.3. Hochschulmedizin

Thema	Quelle
Investitionslage der Berliner Hochschulmedizin	<p>Wissenschaftsrat (www.wissenschaftsrat.de) :</p> <p>Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin (Wissenschaftsrat 1995)</p> <p>Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin (Wissenschaftsrat 1999)</p> <p>Stellungnahme zur Ausbauplanung der Charité und zu den Perspektiven der Berliner Hochschulmedizin (Wissenschaftsrat 1997)</p> <p>Stellungnahme zu Strukturreformen in der Berliner Hochschulmedizin (Wissenschaftsrat 2003)</p> <p>Berliner Universitätsmedizinergesetz (BerlUniMedG) vom 5.12.2005 (www.charite.de → Organisation → Download)</p> <p>Strukturreform in der Berliner Hochschulmedizin (Expertenkommission des Berliner Senats 2002)</p>
Versorgung mit universitären Betten in Berlin	<p>Wissenschaftsrat:</p> <p>Stellungnahme zur Ausbauplanung der Charité und zu den Perspektiven der Berliner Hochschulmedizin (Wissenschaftsrat 1997)</p> <p>Stellungnahme zu Strukturreformen in der Berliner Hochschulmedizin (Wissenschaftsrat 2003)</p> <p>(Statistisches Bundesamt Deutschland 2008)</p> <p>(Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2008)</p>

3.2. Abgeleitete Zielsetzungen und Reforminhalte

Die aus den übergeordneten Rahmenbedingungen abgeleiteten Zielsetzungen und Reforminhalte fanden ihren Niederschlag in den Gesetzen des Landes Berlin (Vorschaltgesetz, Universitätsmedizinergesetz), der Satzung und dem Unternehmenskonzept der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Diese sind nachfolgend mit ihrem „Bezugsort“ tabellarisch aufgeführt.

3.2.1. Landesgesetze

Hierbei geht es insbesondere um Landesvorgaben zu den Organen der Charité und zur Zentrenbildung.

Vorschaltgesetz (HS-Med-G)	Vorschaltgesetz zum Gesetz über die Umstrukturierung der Hochschulmedizin im Land Berlin HS-Med-G vom 22.5.2003 (Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung: www.berlin.de/sen/bwf/ → Hochschulen → Recht → Gesetze und Verordnungen)
Universitätsmedizingesetz (BerlUniMedG)	Berliner Universitätsmedizingesetz (BerlUniMedG) vom 5.12.2005 (www.charite.de → Organisation → Download)

3.2.2. Die Charité- Satzung

Satzung der Charité	Neufassung der Satzung der Charité-Universitätsmedizin Berlin vom 2.11.2006 (www.charite.de → Organisation → Download)
---------------------	---

3.2.3. Das Unternehmenskonzept der Charité

Thema	Quelle
Leitbild und Ziele der Charité	Unternehmenskonzept Charité 2010 – Fortschreibung (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d) Berliner Universitätsmedizingesetz vom 5.12.2005 (Abgeordnetenhaus von Berlin 2005) Leitbild: www.charite.de → Organisation → Leitbild
Strategie der Charité	Unternehmenskonzept Charité 2010 – Fortschreibung (2006d) Charité 2010 Auszug aus dem Unternehmenskonzept (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005c) Informationsveranstaltung des Vorstandes am 17.12.2007 (Ganten 2007a)
Aufbau und Ziele der Zentren	Unternehmenskonzept Charité 2010 – Fortschreibung (2006d) Charité 2010 Auszug aus dem Unternehmenskonzept (2005c)
Weitere Ziele im Unternehmenskonzept der Charité	Charité 2010 Auszug aus dem Unternehmenskonzept (2005c) Unternehmenskonzept Charité 2010 – Fortschreibung (2006d) Folien zur Campus Tour 2007 (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2007a)

3.3. Stand und Dynamik des Reformprozesses aus Charité-Sicht

Es sollte der aktuelle Zielerreichungsgrad verschiedener Aspekte des Reformvorhabens aus Sicht der Charité dargestellt werden.

Dabei waren ein wesentlicher methodischer Teil der Arbeit die Interviews mit Verantwortlichen und Entscheidungsträgern der Charité auf der Ebene der Unternehmens- und Fakultätsleitung, des CharitéCentrum 6 (Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin) sowie der Abteilung Neuroradiologie.

Ziel war es, Erkenntnisse zu gewinnen über Stand und Probleme der Umsetzung von Zielvorgaben im Rahmen der aktuellen Neustrukturierung der Berliner Hochschulmedizin. Dabei ging es zum einen um die Hintergründe und Ziele der Neustrukturierung, die konkrete Ausgestaltung der neuen dezentralen Organisationsstruktur und ihrer betriebswirtschaftlichen Steuerungsinstrumente in Konzeption und Umsetzung, zum anderen um Schwierigkeiten und Verbesserungsbedarf bei diesem umfangreichen Prozess.

Den potentiellen Interviewpartnern wurde eine Terminanfrage zusammen mit einer kurzen Vorstellung von Ziel und Inhalt der Arbeit und den Interviewfragen zugesandt. Jedes Interview wurde nach voriger Zustimmung des Interviewpartners mit einem Diktiergerät aufgenommen und ihm anschließend eine Abschrift desselben zur Korrektur und Freigabe zugeleitet. Die korrigierten und freigegebenen Abschriften der Interviews sind dieser Arbeit im Anhang angefügt. Die Interviews begannen mit einer kurzen Vorstellung von Aufgabenstellung und Ziel der Arbeit und dauerten zwischen einer halben und einer Stunde. Sie fanden in einem informellen Rahmen und (mit Ausnahme des mit Herrn Scheller vom Unternehmenscontrolling geführten Interviews) in Anwesenheit von Dr. Klingebiel statt.

Nachfolgend sind die den jeweiligen Interviews zu Grunde liegenden Fragenkataloge aufgeführt.

3.3.1. Interviews mit dem geschäftsführenden Vorstand

In Interviews mit dem Vorstandsvorsitzenden, dem Direktor des Klinikums und dem Dekan der Charité sollte die Sicht der Klinikums- und Fakultätsleitung auf die Hintergründe und den Fortschritt der Reorganisation, dabei noch bestehende Schwierigkeiten und die allgemeinen klinischen und wissenschaftlichen Perspektiven der Charité erfragt werden.

3.3.1.1. Vorstandsvorsitzender

Im Gespräch mit dem Vorstandsvorsitzenden Prof. Dr. Detlev Ganten am 3.9.2007 ging es deshalb um Hintergrund und Zielsetzung, Fortschritt und Schwierigkeiten der Umstrukturierung. Außerdem war die Frage nach den Steuerungsinstrumenten der Geschäftsführung, wie zentralen Vorgaben, Budgetermittlung oder leistungsfördernden Anreizsystemen, und nach der Eigenständigkeit von Zentren und Abteilungen und ihren betriebswirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten. Die Fragen im Einzelnen waren:

- 1) Welche sind für Sie die wichtigsten Faktoren, die eine Umstrukturierung der Charité im Sinne einer Dezentralisierung notwendig machten? Welche Zielsetzungen waren dabei besonders wichtig? Wie beurteilen Sie allgemein die Umsetzung?
- 2) Welche konkreten wirtschaftlichen (und sonstigen) Vorgaben wurden den Zentren gemacht und wurden diese Vorgaben eingehalten?
- 3) Wie viel Eigenständigkeit haben die Zentren? Haben sie neben der Verantwortung für die Einhaltung des vorgegebenen Budgets auch Autonomie bei der Investitionsplanung (für Kleingeräte, für Großgeräte, etc.)?
- 4) Wenn die Zentrumsleitung die gesamte Entscheidungskompetenz und Verantwortung für die Einhaltung des Budgets und für die Personal- und Sachkosten hat, welche Möglichkeiten haben dann noch einzelne Kliniken, Institute oder Abteilungen innerhalb des Zentrums, ihre Effizienz zu kontrollieren und zu steuern? Welche Instrumente stehen ihnen zur Verfügung?
- 5) Orientiert sich das Budget der einzelnen Zentren ausschließlich an geplanten Leistungen (und deren voraussichtlichen Erlösen), oder orientiert man sich noch an den verursachten Kosten bzw. Vorjahreswerten? Was passiert, wenn ein Zentrum mit seiner tatsächlichen Leistungsmenge von der geplanten abweicht und das Budget überschreitet?
- 6) Gibt es leistungsfördernde Anreizsysteme? Werden beispielsweise bei Einhaltung oder Unterschreitung des Budgets zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt (z.B. Bonus für Investitionen)?
- 7) Wie schätzen Sie zusammenfassend die Situation und die Perspektiven der Charité aus Unternehmenssicht ein? Wie sehen Sie langfristig die Wettbewerbsfähigkeit der Charité im Vergleich zu nicht-universitären Krankenhäusern?

3.3.1.2. *Direktor des Klinikums*

Am 20.9.2007 fand das Interview mit dem damaligen Direktor des Klinikums, Dr. Behrend Behrends statt, der zum Jahresende 2007 aus dem Vorstand ausgeschieden ist. Dabei ging es um die bisherige Umsetzung der neuen Organisationsstruktur und zukünftige Herausforderungen. Außerdem sollten die Möglichkeiten der Nutzung privater Finanzierungsquellen, die Trennungsrechnung für Klinik und Fakultät und die Frage nach der Eigenständigkeit von Zentren und Abteilungen zur Sprache kommen.

Dabei wurden im Einzelnen folgende Fragen gestellt:

- 1) Wie beurteilen Sie die bisherige Umsetzung der neuen dezentralen Organisationsstruktur und der verschiedenen Projekte zur Ergebnisverbesserung, die bis jetzt umgesetzt wurden?
- 2) Gibt es außer dem Facility Management noch weitere Beispiele für private Investoren, die angeworben werden konnten oder andere Projekte im Rahmen des PPP-Modells?
- 3) Ist das unternehmens-übergreifende strategische Controlling der Geschäftsführung schon ausreichend ausgebaut und funktionsfähig?
- 4) Worin sehen Sie die wichtigsten Herausforderungen der Zukunft?
- 5) Wie gut funktioniert die Trennungsrechnung für Klinikum und Fakultät, wie wird dieses komplexe Problem an der Charité gelöst?
- 6) Inwieweit wird/wurde für die Umstrukturierungsmaßnahmen auch externe Hilfe in Anspruch genommen?
- 7) Wie viel Eigenständigkeit haben die Zentren? Haben sie neben der Verantwortung für die Einhaltung des vorgegebenen Budgets auch Autonomie bei der Investitionsplanung (für Kleingeräte, für Großgeräte, etc.)? Welche Kompetenzen verbleiben bei der Geschäftsführung der Charité?
- 8) Die Zentren bestehen ja aus verschiedenen Kliniken, Instituten und Abteilungen, so dass es innerhalb des Zentrums zu divergierenden Interessen zwischen den Organisationseinheiten kommen kann. Wenn die Zentrumsleitung über Personal- und Sachmittel entscheidet, wie ist dann gewährleistet, dass auch die Interessen der Untergliederungen ausreichend berücksichtigt werden?
- 9) Welche Möglichkeiten haben die einzelnen Untergliederungen eines Zentrums, selbständig wirtschaftlicher zu arbeiten und Effizienz zu erreichen?

3.3.1.3. Dekan

Das Gespräch mit dem Dekan Prof. Dr. Martin Paul fand am 23.4.2008 statt. Darin ging es um die bisherige Umsetzung der Charité-Reform, die Trennungsrechnung und die Beziehung zwischen Klinikum und Fakultät, die leistungsorientierte Mittelvergabe in der Forschung und um Perspektiven und zukünftige Herausforderungen der Charité. Folgende Fragen wurden im Einzelnen gestellt:

- 1) Wie beurteilen Sie die bisherige Umsetzung der Charité-Reform mit ihrer neuen dezentralen Organisationsstruktur?
- 2) Wie gut funktioniert die Trennungsrechnung für Klinikum und Fakultät an der Charité? Welches Kostenzuordnungsverfahren wird angewandt?
- 3) Sehen Sie die Interessen der Fakultät gegenüber dem Klinikum ausreichend gewahrt? Sind Sie ein Befürworter des Integrations- oder des Kooperationsmodells?
- 4) Seit wann gibt es an der Charité ein getrenntes Budget für Forschung, Lehre und die Krankenversorgung? Wie groß ist der Anteil an Mitteln, die leistungsabhängig verteilt werden innerhalb der Charité? Nach welchen Kriterien erfolgt die leistungsorientierte Mittelvergabe?
- 5) Wie genau kann man nachvollziehen, wofür Gelder aus dem Landeszuschuss für Forschung und Lehre verwendet werden?
- 6) Worin sehen Sie die wichtigsten Herausforderungen für die Charité in der Zukunft?
- 7) Wie schätzen Sie die Situation und die längerfristige Perspektive der Charité auf den Gebieten der Forschung, der Lehre und der Krankenversorgung ein?

3.3.1.4. Leiter des Unternehmenscontrolling

Im Gespräch mit dem Leiter des Unternehmenscontrolling Dipl.-Kfm. Matthias Scheller am 10.10.2007 ging es in erster Linie um die Fortschritte bei der Implementierung eines Unternehmenscontrolling an der Charité, dessen aktuelle Qualität und Bedeutung für die Geschäftsführung, um das Berichtswesen SAP-BW und andere Formen der Informationsbereitstellung für Zentren und Abteilungen. Im Frühjahr 2008 wurde Herr Scheller zum Nachfolger von Dr. B. Behrends im Amt des kaufmännischen Direktors der Charité ernannt.

Die Fragen im Einzelnen waren:

- 1) Seit wann gibt es ein zentrales Unternehmenscontrolling an der Charité? Wie beurteilen Sie dessen derzeitige Qualität? Welche anderen Controlling-Bereiche gibt es an der Charité (Medizin-, Personal-, Unternehmens-, Klinik-, Fakultäts-Controlling)?
- 2) Wie wichtig sind das zentrale Controlling und ein zuverlässiges Zahlengerüst für die Arbeit des Vorstandes?
- 3) Wie beurteilen Sie die Qualität der Daten (Aktualität, Korrektheit, Reproduzierbarkeit und Konsistenz), die zentral vorliegen und in der „Peripherie“ erfasst werden? Wie kann man die Qualität dieser Daten überprüfen?
- 4) Welche Funktionen soll das Berichtswesen SAP-BW in der Charité erfüllen? Ist es vom Software-Hersteller gut durchdacht und optimal auf die Charité abgestimmt? Wer erfasst die Daten dort?
- 5) Gibt es außer dem Berichtswesen SAP-BW weitere Werkzeuge, mit denen den Zentren und Abteilungen Daten zu Verfügung gestellt werden (beispielsweise Benchmarking-Berichte, Balanced-Scorecard-Berichte, etc.)?
- 6) Wie lange wird es dauern, bis es eine auf belastbaren Zahlen beruhende klare Rechnungslegung geben wird?

3.3.2. Interviews mit der Zentrums- und Abteilungsleitung

3.3.2.1. Zentrumsleitung CC6

Auf der Ebene des Zentrums für diagnostische und interventionelle Radiologie und Nuklearmedizin (CC6) sollte durch Interviews mit dem Ärztlichen Direktor und dem kaufmännischen Leiter die Sicht der Zentrumsleitung auf die Veränderungen und Herausforderungen an der Charité erfasst werden. Dabei standen beim Ärztlichen Direktor eher Aspekte der Organisationsstruktur und Leitung im Vordergrund, während es beim kaufmännischen Leiter des Zentrums in erster Linie um Budgetverhandlungen, zentrale Vorgaben und Instrumente der Effizienzsteuerung ging.

3.3.2.1.1. Ärztlicher Direktor

Das Interview mit dem Ärztlichen Direktor des CC6 und Leiter des Instituts für Radiologie am Standort Mitte, Prof. Dr. Bernd Hamm, fand am 28.8.2007 statt. Es ging dabei um die Beurteilung der neuen Organisations- und Leitungsstruktur, des Ausmaßes an Eigenständigkeit und Handlungsfreiheit und der zentralen Vorgaben. Im Einzelnen wurden folgende Fragen gestellt:

- 1) Wie beurteilen Sie die bisherige Umsetzung der neuen dezentralen Organisationsstruktur? Haben sich schon Verbesserungen im Bereich der Effizienz, der Ablauforganisation, der Qualität der Leistungen ergeben und wo sehen Sie eventuell noch Verbesserungsbedarf?
- 2) Wird es in Zukunft eine stärkere Spezialisierung im Sinne von Leistungsschwerpunkten an den einzelnen Standorten geben (für die Gesamt-Charité und auch innerhalb des CC6)?
- 3) Wie sehen Sie die optimale Leitung und Struktur des Zentrums? Wie viel Autonomie sollen die Untergliederungen haben im Sinne der selbständigen Effizienzerreichung und welche Kompetenzen verbleiben bei der Zentrumsleitung?
- 4) Werden den einzelnen Abteilungen zur Steuerung ihrer Effizienz konkrete Ziele vorgegeben?
- 5) Sind Sie zufrieden mit dem bisher Erreichten, mit den Vorgaben des Vorstandes und den Budgetverhandlungen?
- 6) Sind die zentral vorgegebenen Instrumente (z.B. das Controlling, die Informationssysteme, RIS/PACS, etc.) ausreichend zur Steuerung und Kontrolle der Effizienz? Was wäre zusätzlich sinnvoll?
- 7) Welche Projekte zur Ergebnisverbesserung gibt es im Moment im CC6 und wie beurteilen Sie diese?
- 8) Gibt es schon Medizinische Versorgungszentren und wie weit ist deren Einrichtung fortgeschritten?

3.3.2.1.2. Kaufmännischer Leiter

Am 27.6.2007 fand das Interview mit dem kaufmännischen Leiter des CC6, Dr. Gerrit Fleige statt. Dabei standen Fragen der Budgetvereinbarung, interner Budgetierung und innerbetrieblicher Leistungsverrechnung, der zentralen Vorgaben und Projekte zur Ergebnisverbesserung, sowie der Instrumente der Effizienzsteuerung wie z.B. das Controlling im Mittelpunkt. Ein weiterer Aspekt waren die Möglichkeiten einer einzelnen Abteilung (wie der Neuroradiologie) selbständig Effizienz zu erreichen vor dem Hintergrund, dass die Satzung der Charité in §5 Absatz 1 (sowie §19 Abs. 6 im Berliner Universitätsmedizingesetz) der Zentrumsleitung die Zuständigkeit für alle Entscheidungen, insbesondere im Personal- und Sachmittelbereich, zuspricht. Die Fragen im Interview waren die Folgenden:

- 1) Ist das CC6 ein Service-Center in dem Sinne, dass es seine finanziellen Mittel (ausschließlich) aus der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (ILV) erhält oder hat es sein eigenes Budget?
- 2) Wie werden die Budgets für die Zentren und die Abteilungen ermittelt? Was passiert bei Über- oder Unterschreitungen? Gibt es leistungsfördernde Anreizsysteme?
- 3) Wie ist das zentrumsinterne Controlling aufgebaut?
- 4) Da laut Satzung (§5 Abs.1) und Uni-med-Gesetz (BerlUniMedG §19, Abs.6) die Zentrumsleitung für Personal- und Sachmittelentscheidungen verantwortlich ist, fragt sich, welche Möglichkeiten zur selbständigen Effizienzerreichung die Abteilung überhaupt hat?
- 5) Gibt es mit dem Vorstand vereinbarte Leistungsschwerpunkte oder sonstige Vorgaben und Richtlinien?
- 6) Bestehen schon Ziel- und Leistungsvereinbarungen?
- 7) Welche Projekte zur Ergebnisverbesserung gibt es im CC6?
- 8) Hat sich die Investitionsfinanzierung seit der HBMG-Abschaffung geändert?
- 9) Besitzt das Zentrum eine Geschäftsordnung?
- 10) Gibt es Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, etc. und werden Medizinische Versorgungszentren aufgebaut?

3.3.2.2. Abteilungsleitung Neuroradiologie

Auf der Ebene der Abteilungsleitung Neuroradiologie der Charité fand am 5.12.2007 ein Interview mit Priv.-Doz. Dr. Randolph Klingebiel statt. Es ging im Interview mit Dr. Klingebiel um die Bewertung der Ausgangslage und der Notwendigkeit zur Reform, die Beurteilung des neuen Organisations- und Steuerungskonzepts und seiner Umsetzung, den aktuellen Stand in Bezug auf Grad der Eigenständigkeit und Möglichkeiten zur selbständigen Effizienzsteuerung der Abteilung, sowie eventuelle Verbesserungsmöglichkeiten aus Abteilungssicht.

Im Einzelnen wurden Dr. Klingebiel folgende Fragen gestellt:

- 1) Welche sind die wichtigsten Rahmenbedingungen der Charité, die eine Neugestaltung der Organisations- und Führungsstruktur notwendig gemacht haben? Wie war die Ausgangslage an der Charité?

- 2) Wie beurteilen Sie das neue dezentrale Organisations- und Steuerungskonzept in Bezug auf seine Eignung, den Herausforderungen der Charité zu begegnen (auch vor dem Hintergrund des Ziels, Exzellenz zu erreichen im Wettbewerb mit anderen Universitätskliniken in Deutschland und Europa)?
- 3) Wie beurteilen Sie die bisherige Umsetzung? Was ist noch zu tun? Welche Schwierigkeiten gibt es?
- 4) Welchen Grad an Autonomie hat die Abteilung Neuroradiologie im Verhältnis zur Zentrumsleitung des CC6? Gibt es ein eigenes Budget, Eigenständigkeit in Fragen des Personal- und Sachmittelbereichs und Einfluss auf Investitionsentscheidungen?
- 5) Wie schätzen Sie die Möglichkeiten der Abteilung zur selbständigen Effizienzerreichung und –kontrolle ein? Welche Instrumente zu Effizienzsteuerung stehen zur Verfügung und welche wären zusätzlich sinnvoll?
- 6) Wie beurteilen Sie zusammenfassend die Situation und die Perspektiven der Abteilung Neuroradiologie der Charité?

3.4. Außenansicht

Hierbei ging es um die Fremdwahrnehmung des Reformprozesses und der Charité zum Zeitpunkt der Promotionsarbeit, sowohl durch Organe und Personen des Unternehmensträgers (Politiker des Berliner Senats beziehungsweise im Ausschuss für Wissenschaft und Bildung) als auch im Spiegel der Medien.

Auf der Ebene des Landes, beziehungsweise des Berliner Senats für Wissenschaft und Bildung, sollten Interviews stattfinden, wofür aber in der Zeit bis zum Abschluss der Promotion kein Termin bereitgestellt wurde.

Darüber hinaus ging es in einem strukturellen Vergleich der Abteilung Neuroradiologie der Charité mit derjenigen der LMU München um die Identifizierung von Stärken und Schwächen und eine Standortbestimmung.

Dazu sollte ein weiteres Interview mit dem Leiter der Neuroradiologie der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München, gleichzeitig Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie und Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Neuroradiologen, Prof. Dr. H. Brückmann übergreifende hochschulpolitische und berufspolitische Aspekte aus Sicht des Fachgebietes

tes Neuroradiologie ebenso beleuchten wie Vergleichsmöglichkeiten eröffnen zu einer universitär-neuroradiologischen Abteilung mit ähnlichen Versorgungsaufgaben.

Die Vorgehensweise bei Terminanfrage und Auswertung sowie der Durchführung des Interviews entsprachen der oben beschriebenen (Abschnitt 3.3).

Schließlich sollte in einem Erfahrungsbericht aus dem PJ-Tertial der Autorin im CC6 auch die studentische Sicht des CC6, insbesondere der Abteilung Neuroradiologie in Bezug auf Arbeitsalltag, Prozesse und Arbeitsbedingungen dargestellt werden.

3.4.1. Träger

Es sollte auf der Ebene des Landes Berlin und des Aufsichtsrates ein Gespräch mit dem Staatssekretär für Wissenschaft und Forschung der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung des Landes Berlin Dr. Hans-Gerhard Husung oder/und dem Leiter der Abteilung Forschung Herrn Wolfgang Eckey stattfinden.

In diesen Gesprächen sollte es um die Bewertung der Bedeutung der Charité für Berlin, um Landeszuschuss und Investitionsfinanzierung, die Bewertung der bisherigen und geplanten Veränderungen an der Charité, die Frage nach der optimalen Verteilung von Entscheidungskompetenzen zwischen Vorstand, Zentren und Abteilungen, die Beurteilung des Problems der verursachungsgerechten Kostenzuordnung und der künftigen Herausforderungen und Perspektiven der Charité gehen. Im Einzelnen wurden folgende Fragen zusammen mit der Terminanfrage versandt:

- 1) Wie beurteilen Sie die Bedeutung der Universitätsmedizin für den Wirtschafts- und Wissenschaftsstandort Berlin?
- 2) Wie können der Charité vor diesem Hintergrund langfristig ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden?
 - a) Wird der Landeszuschuss nach der schrittweisen Kürzung um 98 Mio. € bis 2010 dann längerfristig konstant bleiben bzw. sich den Erfordernissen der Forschung und Lehre anpassen oder sind weitere Kürzungen möglich?
 - b) Welche Rolle wird bei der Investitionsfinanzierung die Gewinnung privaten Kapitals, z.B. durch Fundraising oder Private Public Partnership, spielen?
- 3) Welche Bedeutung hat vor diesem Hintergrund die Neustrukturierung, das neue Führungs- und Steuerungskonzept (mit interner Leistungsverrechnung, erlösorientierter Budgetierung,

Stärkung des strategischen Controlling, etc.) und die Strategie von paralleler Konsolidierung und Wachstum der Charité? Sind diese Maßnahmen/Strategien Ihrer Meinung nach ausreichend oder sollten zusätzliche/andere Maßnahmen ergriffen werden?

- 4) Wie viel Eigenständigkeit sollten im Rahmen der neuen dezentralen Strukturen (nach Profitcenter-Vorbild) Ihrer Meinung nach die einzelnen Zentren besitzen und wie viel Eigenständigkeit müsste den einzelnen Instituten/Abteilungen/Untergliederungen zugestanden werden? Mit anderen Worten: Auf welcher Ebene sollten die wichtigsten operativen Entscheidungen (über die Verwendung von Investitionsmitteln, von Geldern für Forschung und Lehre, im Bereich Personal- und Sachkosten) getroffen werden, um dem Ziel der Effizienz möglichst nahe zu kommen? Welche Aufgaben/Kompetenzen sollten zentral bei der Geschäftsführung verbleiben?
- 5) Wie beurteilen Sie das Problem der verursachungsgerechten Kostenzuordnung auf Forschung, Lehre und Krankenversorgung und seine Auswirkung auf die Transparenz der bestimmungsgerechten Verwendung des Landeszuschusses für Forschung und Lehre?
- 6) Wie beurteilen Sie die Chancen und Perspektiven der Charité? Welche sind die größten zukünftigen Herausforderungen?

Leider wurde seitens dieser Vertreter des Hochschulträgers kein Interviewtermin gewährt.

Ersatzweise wurden folgende Quellen genutzt zur Bestimmung der Wahrnehmung der Charité und ihrer Reform durch die politischen Gremien und Entscheidungsträger.

<p>Hochschulträger, politische Gremien (Abgeordnetenhaus, Senator)</p>	<p>Protokolle des Ausschusses für Wissenschaft und Forschung aus der Datenbank des Berliner Abgeordnetenhauses: www.parlament-berlin.de -> Parlamentsdokumentation, Suchmaschine</p> <p>Interview mit Prof. Zöllner in der Zeitung „Charité am Puls“ (Zöllner 2007)</p> <p>Pressemitteilung der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 25.Juni 2007, „Konkurrenzfähig in die Weltspitze“ (Senatsverwaltung für Bildung, et al. 2007a)</p> <p>Information über Prof. Zöllner aus: Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung www.berlin.de/sen/bwf/ → Wir über uns → Leitung</p>
--	--

3.4.2. Medien

Es wurden überregionale und regionale Tageszeitungen anhand ihrer Online-Archive nach Meldungen und Reportagen mit Bezug zur Charité durchsucht und ausgewertet.

Über-/Regionaler Medienspiegel	Online-Archive der Zeit, der Welt, der Financial Times Deutschland (FTD), der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ), der Süddeutschen Zeitung und des Tagesspiegels
-----------------------------------	---

3.4.3. Struktureller Vergleich mit der Abteilung Neuroradiologie der LMU München

Eine universitäre Neuroradiologie mit vergleichbaren Versorgungsaufgaben in Deutschland stellt die Abteilung Neuroradiologie der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) dar¹⁰. Um einen Vergleich der organisatorischen Einbindung in die Hochschule und der Möglichkeiten zur eigenverantwortlichen Effizienzsteuerung mit der gleichen Abteilung eines ähnlich großen Universitätsklinikums in Deutschland zu erhalten, wurde Prof. Dr. Hartmut Brückmann, der Leiter der Neuroradiologie der LMU München und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie um ein Interview gebeten. Der Vergleich sollte eine eigene Standortbestimmung ermöglichen durch die Identifizierung von Stärken und Schwächen gegenüber dem „Vergleichsmaßstab“. In dem Interview, das am 2.10.2007 stattfand, sollte es dabei um den Grad der Autonomie, der Ergebnisverantwortung und um das Vorhandensein dezentraler Organisationsstrukturen und Instrumente zur Effizienzsteuerung in der Münchner Neuroradiologie gehen. Daneben wurden auch Fragen nach Budget- und sonstigen Vorstandsvorgaben, eventueller leistungsfördernder Anreizsysteme, dem Controlling, dem Informationssystem, Projekten zur Ergebnisverbesserung und Kooperationen gestellt. Die Fragen im Einzelnen waren:

- 1) Wie ist die Neuroradiologie in München in das Universitätsklinikum eingebunden, wie groß ist ihre Autonomie im Verhältnis zum Institut für Radiologie und zum Universitätsklinikum?
- 2) Werden Budgets vom Vorstand direkt der Neuroradiologie zugewiesen oder indirekt über das Institut für Radiologie? Orientiert sich das Budget an geplanten Leistungen oder werden

¹⁰ Bei einem Vergleich, der sich auf die Bettenzahl des zu versorgenden Universitätsklinikums bezieht, verfügt die LMU über 2.300 (Klinikum der Universität München 2008) und die Charité über rund 3.200 Betten (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2008b). Die meisten deutschen Universitätsklinika verfügen über deutlich weniger Betten.

- vergangene Budgets fortgeschrieben? Was passiert bei Budgetüberschreitungen? Gibt es Anreize, das Budget zu unterschreiten, zum Beispiel in Form von zusätzlichen Bonus- oder Investitionsmitteln? Sind die Budgets für Krankenversorgung auf der einen Seite und für Forschung und Lehre auf der anderen Seite getrennt?
- 3) Hat die Abteilung für Neuroradiologie eine gewisse Autonomie bei Investitionsentscheidungen, z.B. in Form eines Budgets für Kleingeräte? Wie funktioniert die Beantragung von Großgeräten?
 - 4) Ist die Einführung von Profitcenter-Strukturen in Form von eigenständigen Zentren mit Ergebnisverantwortung in München auch schon angedacht?
 - 5) Hat die Neuroradiologie in München ein eigenes Controlling oder Berichtswesen? Wie schätzen Sie die Verlässlichkeit der Zahlen des Controllings ein?
 - 6) Gibt es vom Vorstand Vorgaben oder Anreize für eine Steigerung der Effizienz? Gibt es sonstige Vorgaben, zum Beispiel zur Verbesserung der Ablauforganisation, zum Qualitätsmanagement oder der Transparenz beim Ressourcenbedarf?
 - 6) Welche Instrumente stehen zur Beurteilung und Steigerung der Effizienz (außer des Controllings) zur Verfügung? Was wäre Ihrer Meinung nach zusätzlich sinnvoll?
 - 7) Gibt es ein optimiertes, funktionsfähiges Informationssystem?
 - 8) Werden in der Abteilung Neuroradiologie Projekte zur Ergebnisverbesserung durchgeführt, wie zum Beispiel eine leistungsabhängige Vergütung oder die Optimierung des Einkaufs?
 - 9) Gibt es Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten oder mit anderen Krankenhäusern? Existiert ein Medizinisches Versorgungszentrum?

3.4.4. Studentische Sicht

Hierbei handelt es sich um einen Erfahrungsbericht aus dem PJ-Tertial der Autorin im CC6, in den auch die subjektive Wahrnehmung nicht oder ungenügend quantifizierbarer Qualitäten wie Personalzufriedenheit, Gelegenheit zur beruflichen und wissenschaftlichen Fortbildung, studentischen Lehre etc. Eingang finden sollte.

Der Erfahrungsbericht wurde während des PJ-Wahlfach-Tertials (vom 3.12.2007 bis zum 21.3.2008) am Institut für Radiologie am Campus Charité Mitte angefertigt. Im Rahmen dieses PJ-Tertials war in den ersten Wochen auch ein Kennenlernen der Abteilung Neuroradiologie möglich. Dabei konnten aus der internen Sicht, gewissermaßen als Abteilungsmittglied, Eindrü-

cke über den Arbeitsalltag und die Abläufe in der Abteilung gewonnen werden. Es ging vor dem Hintergrund der Aufgabenstellung dieser Arbeit vor allem um Eindrücke von Prozessabläufen und Arbeitsbedingungen, die den klinischen Arbeitsalltag der Abteilung prägen.

3.5. Wettbewerber als Eliteuniversität

In einem kurzen Vergleich der Charité-Universitätsmedizin Berlin (CUB) mit einer bedeutenden amerikanischen Medizinfakultät sollten wesentliche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich Organisation und Finanzierung dargestellt werden. Anhand von Rankings, unter anderem dem des US News and World Report, wurde die im Bereich der Forschung führende Harvard Medical School (HMS) (U.S. News & World Report 2007) für diesen Vergleich ausgewählt.

Ranking	America's Best Graduate Schools 2008 – Complete Guide to Medical Schools (U.S. News & World Report 2007)
CUB	Ausgewählte Kennzahlen zur Charité-Universitätsmedizin Berlin (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2008b) Unternehmen Lebenswissenschaft – Austauschprozesse zwischen Hochschulen und Unternehmen (Humboldt-Universität zu Berlin, et al. 2007)
HMS	Facts & Figures 2007-2008 (Harvard Medical School 2008).

4. Ergebnisse

4.1. Übergeordnete Rahmenbedingungen des Reformprozesses

4.1.1. Gesundheitssystem in Deutschland

Mit 4,3 Millionen¹¹ Beschäftigten und einem Anteil von über 12% am Bruttoinlandsprodukt (BIP) im Jahre 2006 ist das Gesundheitswesen in Deutschland der wichtigste Wirtschaftssektor (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d).

Der anhaltende Ausgabenanstieg im Gesundheitssektor (s. Abbildung 2) wird hauptsächlich auf den zunehmenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung, die Zunahme der Prävalenz chronischer Erkrankungen mit kostenintensiver Langzeittherapie, die kostenintensiveren Diagnostik- und Therapieverfahren, die Anreize für eine überhöhte Erbringung und Nutzung von Gesundheitsleistungen und das steigende Anspruchsdenken der Bevölkerung zurückgeführt (Busse, et al. 2005). Gleichzeitig verkleinert sich die Einnahmehasis der gesetzlichen Sozialversicherungen, da seit 1992 der Anteil der Erwerbstätigen an der Bevölkerung und damit auch die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten gesunken ist (Busse, et al. 2005)¹².



Abbildung 2: Gesundheitsausgaben in % des BIP in Deutschland (CC1 Charité-Universitätsmedizin Berlin 2007)

¹¹ Beginn 2006 (Statistisches Bundesamt Deutschland 2007)

¹² Das durchschnittliche BIP-Wachstum lag seit 1990 unter dem OECD-Durchschnitt (bis einschließlich 2005), während die Arbeitslosenrate seitdem über dem OECD-Durchschnitt lag (OECD 2007a, b).

Die Einführung von Budgets in der Krankenhausfinanzierung begann im Jahre 1984 mit dem Krankenhaus-Neuordnungsgesetz, nach dem die Pflegesätze prospektiv festgelegt werden sollten. Das geschah mit dem Ziel, erste marktwirtschaftliche Aspekte in die Krankenhausführung zu integrieren (Rösler 1999).

Die Gesundheitsreformen von 1988 bis Mitte der 90er Jahre waren gekennzeichnet durch stärkere staatliche Interventionen zur Kostendämpfung in allen Bereichen und durch wettbewerbsfördernde Maßnahmen auf dem Gebiet der Krankenkassen und Krankenhäuser (Busse, et al. 2005). Insgesamt stand der Wettbewerbsansatz im Widerspruch zur zentralen Steuerung über die Krankenhausplanung der Länder im Rahmen der Daseinsvorsorge des Staates, nach der unwirtschaftliche „Unternehmen“ nicht aus dem Markt austreten, ihre „Produktpalette“ ändern oder den Standort wechseln dürfen (Dahlgaard, et al. 2000). Außerdem sollten Einrichtungen des Gesundheitswesens keine Verluste, aber auch keine Gewinne erwirtschaften, weil diese letztlich von Krankenkassen und Beitragszahlern finanziert würden (Dahlgaard, et al. 2000).

Im Jahre 1993 trat das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Kraft, mit dem unter anderem das Selbstkostendeckungsprinzip der Krankenhäuser aufgehoben wurde. Das Krankenhausbudget wurde für die nächsten Jahre „gedeckelt“, das heißt es wurde jeweils aus dem Vorjahr übernommen und an die Entwicklung der Grundlohnsumme angepasst (Keun, et al. 2006).

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz¹³ des Jahres 2000 beinhaltete schließlich eine Strukturreform der stationären Versorgung, bei der unter anderem eine DRG-orientierte Vergütung eingeführt werden sollte (Keun, et al. 2006). Letztere sollte ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem stationärer Krankenhausleistungen darstellen (Keun, et al. 2006) und orientierte sich an der Systematik der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRG). Das Ziel bei der Einführung einer Fallpauschalen-Vergütung war, den früheren Anreiz möglichst langer Verweildauern mit der Vergütung über tagesgleiche Pflegesätze durch den Anreiz der Fallpauschale zu ersetzen, möglichst geringe Kosten pro Fall und eine schnellere Genesung des Patienten (Verweildauerverkürzung) zu bewirken. Auf diese Weise sollten verstärkt marktwirtschaftliche Elemente in die Vergütung eingeführt und der Wettbewerb unter den Krankenhäusern gestärkt werden (ESS-Europe 2005). Die Gruppierung in Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Group) erfolgt hauptsächlich diagnosebezogen nach Haupt- und Nebendiagnosen, aber auch auf Grund von Prozeduren und weiterer Kriterien¹⁴. Das Ziel dabei war

¹³ GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

¹⁴ Wie z. B. Fallschwere, Alter, Geschlecht, Entlassungsgrund, Verweildauer, Beatmungszeiten.

ein möglichst homogener Behandlungskostenaufwand der einzelnen, medizinisch ähnlichen Fälle innerhalb einer Gruppe, aber auf der anderen Seite auch ein praktikabler Differenzierungsgrad¹⁵ (Keun, et al. 2006). Zur Ermittlung der Relativgewichte, die jede DRG ins Verhältnis zu einem einheitlichen Basisfallwert setzen und so die letztendliche Vergütung eines Falles festlegen, beteiligen sich jedes Jahr deutsche Krankenhäuser mit der Bereitstellung ihrer Istkosten an der landesweiten Kalkulation¹⁶, wobei mittelfristig alle Krankenhäuser beteiligt werden sollen (Keun, et al. 2006).

Mit dem Fallpauschalengesetz (FPG) und dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) von 2002 wurde die Einführung der DRG-Vergütung mit ihrem Einführungsplan, der Finanzierung in den einzelnen Einführungsphasen und Fragen der Qualitätssicherung festgelegt (Keun, et al. 2006). Danach sollte das neue System für die ersten beiden Jahre 2003 und 2004 budgetneutral umgesetzt werden¹⁷, das heißt, das Budget wurde weiterhin auf Basis des Vorjahresbudgets unter Berücksichtigung der Veränderungsrate der Grundlohnsumme und von Ausnahmetatbeständen ermittelt (Keun, et al. 2006). Ein krankenhausesindividueller Basisfallwert wurde ermittelt durch Division des Erlösbudgets durch die Summe der Bewertungsrelationen (den so genannten Case-mix). Dieser sollte sich dann im Laufe der Konvergenzphase bis 2007 über die Anpassung des Budgets schrittweise an den landesweiten Basisfallwert angleichen (siehe Abbildung 3¹⁸).

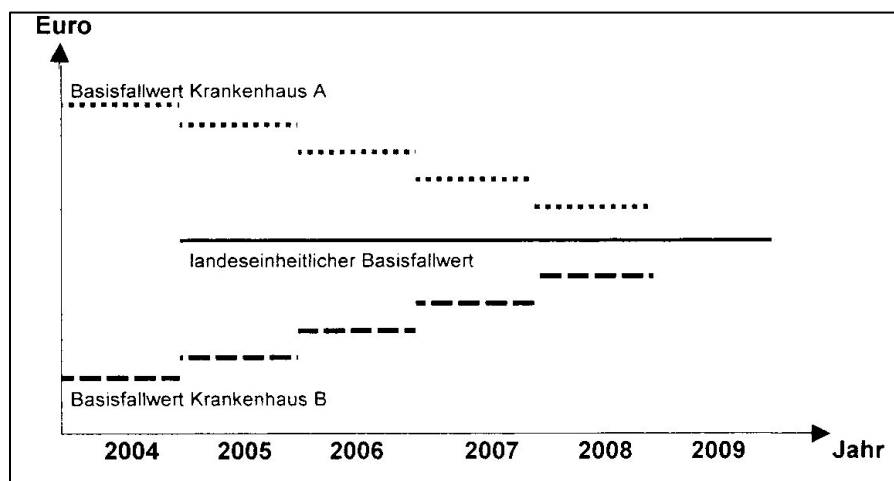


Abbildung 3: Anpassung der krankenhausesindividuellen Basisfallwerte an die Landes-Basisfallwerte, Quelle: (Keun, et al. 2006), S.107

¹⁵ und damit nicht zu viele Fallgruppen

¹⁶ so auch die Charité (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d)

¹⁷ Im Jahr 2003 war der Umstieg für die Krankenhäuser noch freiwillig.

¹⁸ Hier ist die Konvergenzphase schon bis zum Jahr 2009 verlängert dargestellt (siehe nächster Absatz).

Da die noch nicht sachgerechte Abbildung bestimmter Leistungen im DRG-System insbesondere Krankenhäuser der Maximalversorgung und Spezialversorgung (auch Universitätsklinika) unter einen zu großen wirtschaftlichen Druck gesetzt hätte, wurde die Konvergenzphase mit dem 2. Fallpauschalenänderungsgesetz (2.FPÄndG) des Jahres 2005 um zwei Jahre bis 2009 verlängert (Hensen, et al. 2005). Der landesweite Basisfallwert sollte ab dem Jahr 2005 zwischen den Vertragsparteien der Selbstverwaltung vereinbart werden (§10 KHEntgG) unter der Maßgabe, Beitragserhöhungen der Krankenkassen möglichst zu vermeiden (Keun, et al. 2006).

Mit dem 2.FPÄndG wurden außerdem geänderte Ausgleichsregeln beschlossen (Keun, et al. 2006). Die Ausgleichsregeln besagen, dass gegenüber dem prospektiv vereinbarten Erlösbudget auftretende Mehr- oder Mindererlöse durch eine Abweichung der tatsächlichen von der geplanten Leistungsmenge und –zusammensetzung, durch definierte Ausgleichsquoten ausgeglichen werden (Hensen, et al. 2005) (s. Abbildung 4). Ziel war dabei die verlässliche Erstattung der Fixkosten und eine leistungsabhängige Vergütung der variablen Kosten.

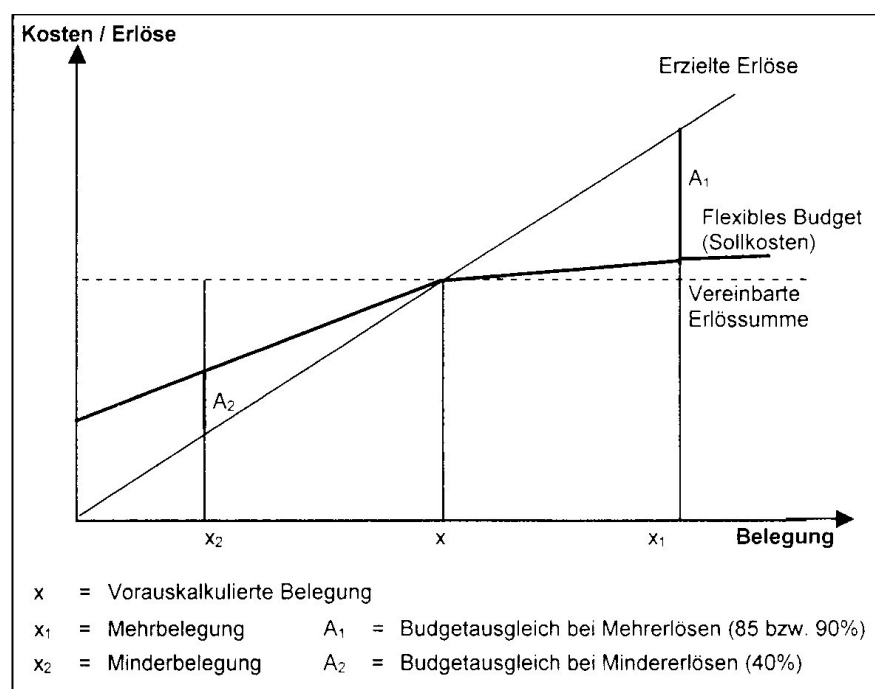


Abbildung 4: Ausgleichsmechanismus im flexiblen Budget, Quelle: (Keun, et al. 2006), S.90

4.1.2. Hochschulmedizin in Deutschland

Die Finanzierung der Universitätsklinika nimmt in der Krankenhausfinanzierung Deutschlands eine Sonderstellung ein. Die Finanzmittel kommen aus drei verschiedenen Quellen: die laufenden Kosten der Krankenversorgung tragen wie bei anderen Krankenhäusern die Krankenkassen,

laufende Kosten für Forschung und Lehre trägt das Land und die Investitionen werden (früher gemäß Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG) je zur Hälfte) von Bund und Ländern finanziert. Zum 1.1.2007 wurde das HBFG im Rahmen der Föderalismusreform abgeschafft und die Hochschulinvestitionsfinanzierung im Grundgesetz in den Artikeln 91b Abs. 1 und 143c neu geregelt (von Heyden 2007). Nach der Abschaffung der Gemeinschaftsaufgabe Hochschulbauförderung und dem dadurch bedingten Wegfall der Finanzierungsanteile des Bundes werden gemäß Artikel 143c GG in einem Übergangszeitraum bis 2019 den Ländern Bundesmittel als eine Pauschale zugewiesen, die sich am Durchschnitt der Finanzierungsanteile des Bundes der Jahre 2000-2008 orientieren (von Heyden 2007). Es wird erwartet, dass durch die Föderalismusreform die Investitionsfinanzierung deutlich abnimmt, da der Bund zum einen seinen Etat von 924 auf 700 Millionen € kürzt und zum anderen die Pflicht der Länder zur Ko-Finanzierung nicht mehr existiert (Rochus Fisches GmbH 2006). Außerdem entfällt ab 2013 die Zweckbindung der verbleibenden Zuschüsse des Bundes, so dass die Länder diese Mittel zum Ausgleich ihrer Defizite verwenden können, anstatt sie in die Hochschulen zu investieren (Rochus Fisches GmbH 2006).

Die im Vergleich zu nicht-universitären Krankenhäusern hohen Kosten und das differenziertere Leistungsspektrum eines Universitätsklinikums finden in der neuen DRG-Systematik noch keine ausreichende Berücksichtigung (Behrends 2000, Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d), so dass die Universitätsklinika durch die neue Vergütungsform benachteiligt sind¹⁹. Allerdings hat sich die Abbildungsqualität hochschulmedizinischer Leistungen im DRG-System, vor allem auch durch die Beteiligung der Universitätsklinika am Kalkulationsverfahren verbessert (Volk 2007). Gründe für die höheren Kosten sind die vergleichsweise komplizierteren und schwereren Krankheitsfälle²⁰, ein vergleichsweise höherer Spezialisierungsgrad und medizinischer Behandlungsstandard, ein erhöhter diagnostischer und therapeutischer Aufwand durch Lehre, Forschung und Ausbildung, die Entwicklung und Erprobung innovativer Diagnostik- und Behandlungsformen und die überwiegend defizitären Hochschulambulanzen (Leonhard 2005). Diese schwer abgrenzbaren Mehrkosten sind nur zum Teil durch Forschung und Lehre bedingt, werden aber von

¹⁹ Um der Benachteiligung entgegenzuwirken und die Innovationsfreude nicht zu hemmen, ist im Rahmen der DRG-Vergütung ein Zuschlag für Ausbildung und für innovative Diagnose- und Therapiemethoden vorgesehen (Keun, et al. 2006). Außerdem gibt es Sicherstellungszuschläge für die Vorhaltung von selten in Anspruch genommenen Leistungen, bei denen die Fallpauschalen nicht kostendeckend sind und die für die Versorgung der Bevölkerung, vor allem in ländlichen Gebieten, notwendig sind (§5 KHEntG) (Simon 2005).

²⁰ Universitätsklinika sind ein Auffangbecken für kostenintensive und von anderen Krankenhäusern weiterverlegte Fälle, sie haben einen hohen Anteil von Extremkostenfällen (Leonhard 2005).

den Krankenkassen nicht getragen. Die Abgrenzbarkeit dieser Mehrkosten ist daher eng verbunden mit der verursachungsgerechten Kostentrennung zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung, die in Universitätsklinika große Schwierigkeiten bereitet (Leonhard 2005). Letztere ist Voraussetzung für das Controlling der Effizienz, die Kostenkalkulation einzelner DRGs, die Abgrenzung der Finanzierungszuständigkeit von Krankenkassen (für die laufenden Kosten der Krankenversorgung) und Ländern (laufende Kosten von Forschung und Lehre) und für die Vermeidung der stillen (weil unbemerkten) Quersubventionierung der Krankenversorgung mit Mitteln des Landeszuschusses²¹ (Leonhard 2005).

Als Ursache der Schwierigkeiten hinsichtlich einer verursachungsgerechten Kostentrennung wird unter anderem die Kuppelproduktion in Universitätsklinika benannt, da Leistungen für die Krankenversorgung und Forschung und Lehre oftmals parallel erbracht werden (Ott 2003) und so eine Kostentrennung erschweren. Zum anderen ist sie auf den Dienstleistungscharakter der Produktion, infolge dessen der Output praktisch nicht messbar ist²² und auf die ausgeprägte Marktunvollkommenheit²³ und die Mehrdeutigkeit²⁴ und Stochastik²⁵ bei der Leistungserstellung zurückzuführen (Ott 2003).

Diese Ursachen werden als Grund genannt, warum das Instrumentarium der Industriebetriebswirtschaftslehre zur Kostenabgrenzung bei Kuppelproduktion nicht in Universitätsklinika verwendet werden kann (Leonhard 2005). Es können keine festen Input-Output-Relationen und damit keine Produktionsfunktionen gebildet werden, aus denen eine Kostenfunktion abzuleiten wäre, so dass keine verursachungsgemäße Aufteilung der Kosten in Universitätsklinika möglich ist (Ott 2003).

²¹ Durch den zunehmenden Vorrang und die Leistungsausweitung in der Krankenversorgung, die die meisten personellen und materiellen Ressourcen bindet und den steigenden Wirtschaftlichkeitsdruck (unter anderem durch die Einführung der DRGs) werden Forschung und Lehre zurückgedrängt und in ihrer Qualität und Leistungsfähigkeit benachteiligt (Leonhard 2005).

²² zum Beispiel die Verbesserung des Gesundheitszustandes eines Patienten

²³ Es stehen keine Marktpreise zur Bewertung des Output zur Verfügung, das Kostentragfähigkeitsprinzip basiert aber auf Ertrags- bzw. Erlösgrößen (Leonhard 2005).

²⁴ Zwei Patienten mit ähnlichem Krankheitsbild bekommen nicht dieselbe Therapie, beispielsweise auf Grund unterschiedlicher Begleiterkrankungen.

²⁵ Der Behandlungserfolg einer bestimmten Therapie kann nicht mit Sicherheit vorausgesehen werden.

4.1.3. Land Berlin

4.1.3.1. *Haushaltslage*

Die Haushaltslage des Landes Berlin zu Beginn des Umstrukturierungsprozesses der Berliner Hochschulmedizin war gekennzeichnet durch eine Verschuldung von 39 Mrd. € (Kulick 2002) und ein Haushaltsdefizit von knapp 7,5 Mrd. € (Spiegel-Online 2002b) im Jahr 2001.

Vor dem Hintergrund einer weiter anwachsenden Verschuldung erklärte das Land Berlin im November 2002 die extreme Haushaltsnotlage und reichte zu Beginn des Folgejahres eine Klage beim Bundesverfassungsgericht ein, um Finanzhilfen vom Bund und anderen Ländern zu erhalten (Spiegel-Online 2002a). Ursachen dieser haushaltspolitischen Notlage waren für den Finanzminister Thilo Sarrazin (SPD) der Abbau von Bundeshilfen für Berlin zu Beginn der 90er Jahre, die Kosten der Wiedervereinigung, der Bankenskandal, eine hohe Zinslast und hohe Personalkosten (Spiegel-Online 2002a). Aus Sicht des Bundesfinanzministeriums liegt die Ursache bei mangelhaften eigenen Sparanstrengungen des Landes und einem überhöhten Ausgabenniveau (Spiegel-Online 2006). Die Klage wurde im Oktober 2006 vom Bundesverfassungsgericht abgewiesen, da „Berlin weit vom Notstand entfernt“ sei und nicht ausgeschöpfte Konsolidierungspotentiale vermutet wurden (Fahrun 2006).

Ausdruck der finanziellen Lage des Landes sind die schrittweise Kürzung des Landeszuschusses für Forschung und Lehre über den Zeitraum 2003 bis 2010 um 98 Mio. € und der Investitionsstau, der allerdings auch in anderen Bundesländern besteht (Volk 2007).

4.1.3.2. *Berliner Gesundheitswesen*

Aus dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes leitet sich der „Sicherstellungsauftrag“ der Bundesländer für die Krankenhausversorgung ab. Die grundlegende Verpflichtung der Länder zur Krankenhausplanung ist auf Bundesebene im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) §6 festgelegt und soll für eine patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhäusern sorgen (Senatsverwaltung für Gesundheit 2007). Dieser Plan wird in Berlin für einen mehrjährigen Zeitraum festgelegt und fortgeschrieben und enthält gesundheitspolitische Ziele, die voraussichtliche Bedarfsentwicklung, den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser und die Entwicklungsziele für Ausbildungsstätten (Senatsverwaltung für Gesundheit 2007).

Im Zeitraum von 1991 bis 2003 hat das Land Berlin von der bundesweit höchsten Bettendichte ausgehend seine Bettenzahl um knapp 47% reduziert und liegt nun unter dem Bundesdurch-

schnitt (Busse, et al. 2005). Zum Stichtag 31.12.2005 wurden in 48 Plankrankenhäusern 21.163 Krankenhausbetten betrieben, wobei die Charité (mit 3240 Betten) und Vivantes als jeweils nur ein Krankenhaus gezählt wurden (Senatsverwaltung für Gesundheit 2006). Abbildung 5 zeigt, dass vor allem in den Stadtstaaten ein großer Teil der Betten für die Versorgung von Patienten aus dem Umland vorgehalten wird. Die in Berlin von der Berliner Bevölkerung in Anspruch genommene Bettenkapazität (umlandversorgungsbereinigt) war 2004 die niedrigste im ganzen Bundesgebiet (Senatsverwaltung für Gesundheit 2006). Es ergibt sich danach zur Zeit kein Hinweis auf eine Überversorgung in Berlin (Senatsverwaltung für Gesundheit 2006).

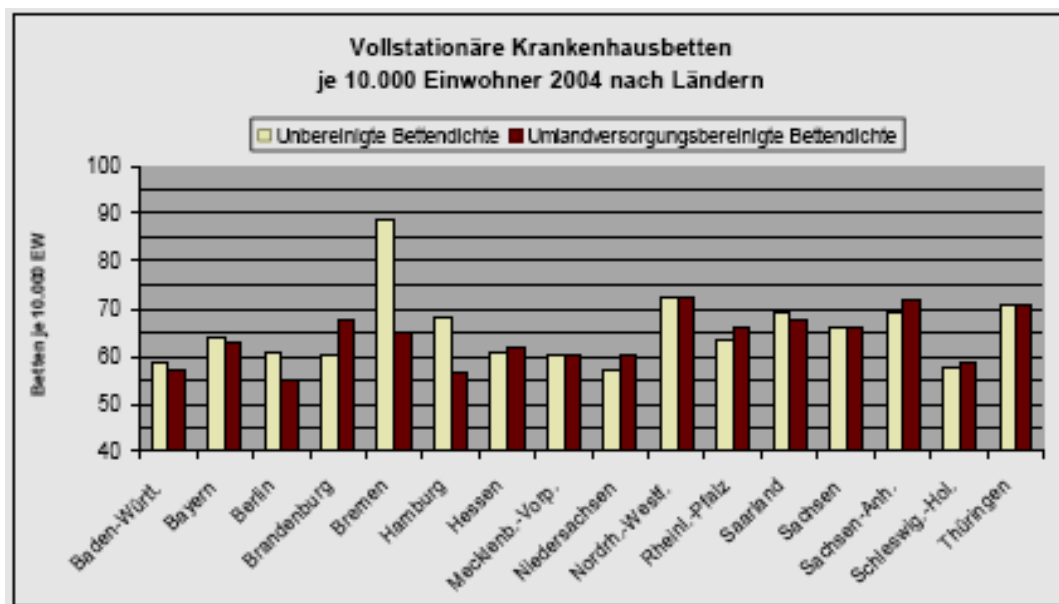


Abbildung 5: Bettendichte nach Bundesländern, Quelle: (Senatsverwaltung für Gesundheit 2006)

Nach § 8 Abs.1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) begründen die Berücksichtigung im Krankenhausplan und die daraufhin erlassenen Feststellungsbescheide den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses. Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan begründet außerdem neben einem Anspruch auf öffentliche Investitionsförderung nach Maßgabe des Berliner Landeshaushaltes auch einen Anspruch auf Übernahme der notwendigen Behandlungskosten durch die Krankenkassen (Kontrahierungszwang) nach §109 SGB V (Simon 2005)²⁶. Zu den Plankrankenhäusern gehören nach § 4 Abs.2 Satz 2 LKG auch die Berliner Universitätsklinik. Die Plankrankenhäuser müssen sich in Versorgungsverträgen mit den Krankenkassen über die

²⁶ Man spricht in diesem Zusammenhang von der dualen Finanzierung der Plankrankenhäuser: während die laufenden Kosten der Krankenversorgung von den Krankenkassen getragen werden (§ 4 KHG), übernimmt das Land Berlin die Finanzierung von Investitionen wie Krankenhausbauten und technische Ausstattung (Senatsverwaltung für Gesundheit 2006, Busse, 2005 #7, Busse, et al. 2005)

Vergütung der Krankenhausleistungen einigen und ein individuelles Budget vereinbaren (Simon 2005).

Die in Deutschland insgesamt ausgegebenen Investitionsfördermittel nach KHG sind rückläufig und entsprechen aus Sicht der zuständigen Landesbehörden seit Beginn der 80er Jahre nicht mehr dem Investitionsbedarf (Simon 2005). Die Höhe des mittlerweile aufgestauten Investitionsdefizits wird auf 30 Mrd. € geschätzt (Simon 2005). Die folgende Abbildung zeigt, wie im Vergleich zum Bezugsjahr 1991 das BIP bis 2006 um die Hälfte gestiegen ist, während die jährlichen Fördermittel nach KHG auf etwa 75% gefallen sind (Abbildung 6).

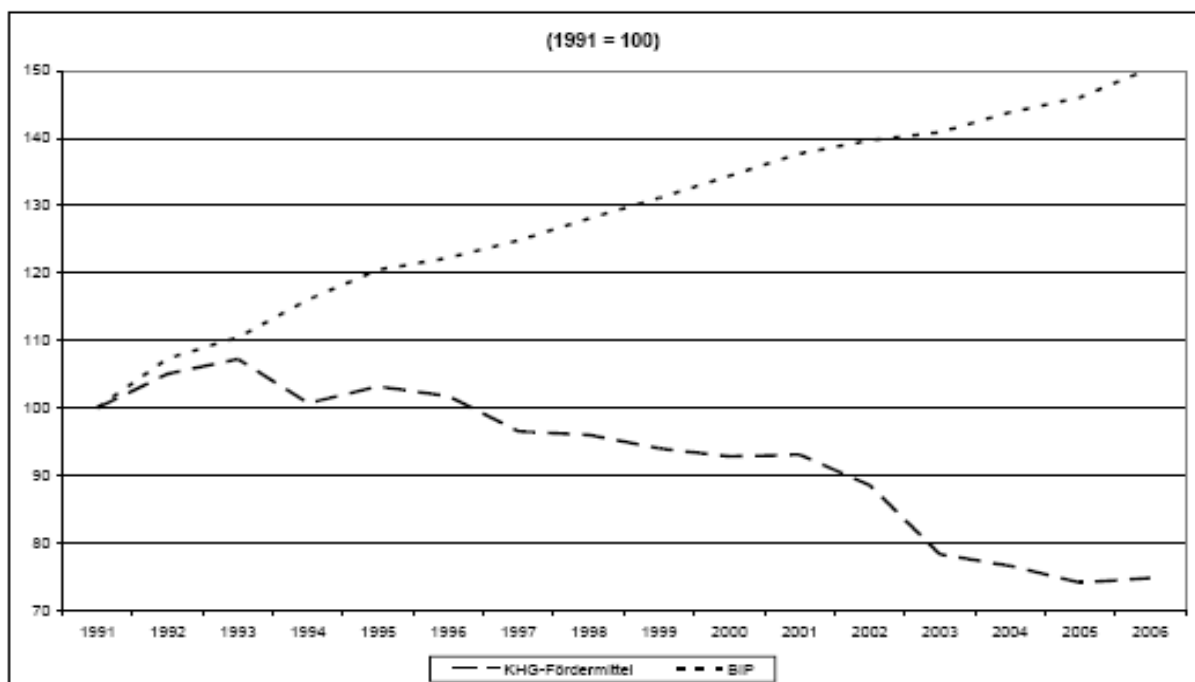


Abbildung 6: Vergleich der Entwicklungen des KHG-Fördermittelvolumens und des BIP (indexiert auf das Jahr 1991), Quelle: (Deutsche Krankenhaus Gesellschaft 2007), S.58

4.1.3.3. Hochschulmedizin

Investitionslage der Berliner Hochschulmedizin

Der im deutschen Krankenhauswesen auf über 30 Mrd. €²⁷ geschätzte, aufgestaute Gesamtinvestitionsbedarf zeigt, dass der Investitionsstau im Krankenhausbereich nicht auf das Land Berlin beschränkt ist (Alfen, et al. 2005, Cording 2007). Den Universitätsklinika fehlen jährlich Investitionsmittel in Höhe von 1 bis 2 Milliarden €, so dass auch hier der Investitionsstau zunimmt (Rochus Fisches GmbH 2006).

²⁷ mit steigender Tendenz (Alfen, et al. 2005)

Im Bereich der Berliner Hochschulmedizin wurde im UniMedG (vom 3.1.1995) für den Zeitraum 1995 bis 2005 ein Investitionsprogramm für den Campus Mitte von 800 Mio. DM vorgesehen (Expertenkommission des Berliner Senats 2002), während für das UKBF (Universitätsklinikum Benjamin Franklin) im Jahre 1998 ein Bau- und Sanierungsbedarf von 250 Mio. DM über einen Zeitraum von etwa 12 Jahren festgestellt wurde, von dem im Jahr 2002 noch 190 Mio. DM (bzw. rund 98 Mio.€) übrig waren (Expertenkommission des Berliner Senats 2002). Nach dem Neubau des Virchow-Klinikums (1998) wurden die Investitionszuweisungen des Landes Berlin jedoch erheblich gekürzt, so dass Sanierungsmaßnahmen für den Campus Mitte eingeschränkt und Baumaßnahmen für das UKBF aufgeschoben wurden (Wissenschaftsrat 1997).

Im Jahre 2003 (dem Jahr der Fusion) erreichte Berlin in der Hochschulmedizin nicht die Hälfte der durchschnittlichen Investitionen je Studierendem in den neuen Ländern (Wissenschaftsrat 2003).

Laut Unternehmenskonzept bestand an der Charité im Zeitraum von der Erstellung des Unternehmenskonzeptes im Jahr 2005 bis zum Jahr 2010 insgesamt ein Investitionsbedarf von 427 Mio. € (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005c).

Versorgung mit universitären Betten in Berlin

Nach der Wiedervereinigung bestand in Berlin eine Überversorgung mit Krankenhausplanbetten, insbesondere mit universitären Planbetten der nunmehr drei konkurrierenden Universitätsklinika: Trotz einer Verringerung der nicht-universitären Krankenhausbetten in den ersten fünf Jahren nach der Wiedervereinigung um 17% und der universitären Betten um 21%, lag das Land Berlin zum Ende des Jahres 1994 mit insgesamt 1026 aufgestellten Betten pro 100.000 Einwohner und 134 universitären Planbetten pro 100.000 Einwohner (bzw. 77 bei Berücksichtigung der Bevölkerung Brandenburgs) jeweils deutlich über dem Bundesdurchschnitt (jeweils 758 bzw. 63) (Wissenschaftsrat 1997, Statistisches Bundesamt Deutschland 2008, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg 2008).

Im Jahr der Fusion 2003 lag die hochschulmedizinische Versorgung von Berlin/Brandenburg (6 Mio. Einwohner) mit 55 universitären Planbetten je 100.000 Einwohner unter dem Bundesdurchschnitt (60) der durch das HBFG finanzierten Planbetten^{28 29} (Wissenschaftsrat 2003).

²⁸ Ohne die Bevölkerung Brandenburgs ergäbe sich ein Verhältnis von 97 universitären Betten pro 100.000 Einwohner.

Durch die Fusion der Charité waren darüber hinaus etwa 70 doppelte Vorhaltungen hochschulmedizinischer Einrichtungen entstanden, die zügig abgebaut werden mussten³⁰ (Wissenschaftsrat 2003).

4.2. Abgeleitete Zielsetzungen und Reforminhalte

4.2.1. Landesgesetze

Vor dem Hintergrund des steigenden Wirtschaftlichkeitsdruckes auf die Universitätsmedizin im Allgemeinen und der Sparzwänge im Land Berlin im Besonderen, hat das Land im Zuge der Fusion der medizinischen Fakultäten und Universitätsklinik zu Charité-Universitätsmedizin Berlin Vorgaben zu Struktur, Organisation und Einsparzielen³¹ gemacht. Die Vorgaben des Landes finden sich in erster Linie im Vorschaltgesetz zum Gesetz über die Umstrukturierung der Hochschulmedizin im Land Berlin (HS-Med-G vom 22.5.2003) und im Universitätsmedizingesetz (BerlUniMedG vom 5.12.2005). Sie bestehen vor allem in übergeordneten strategischen Zielen und einem Leitbild, in der neuen Organisationsstruktur nach der Fusion und in Zusammensetzung und Kompetenzverteilung der Organe. An diesen Gesetzen orientiert sich auch die Neufassung der Satzung der Charité-Universitätsmedizin Berlin vom 2.11.2006.

Das Ziel des so genannten „Vorschaltgesetzes“³² war die Neuordnung der medizinischen Fakultäten bzw. Fachbereiche zur Sicherung wissenschaftlicher und medizinischer Exzellenz, einer wirtschaftlichen Krankenversorgung und eines effektiven Einsatzes der Mittel für Forschung und Lehre (§1 HS-Med-G) in Berlin. Übergeordnetes strategisches Ziel des Landes bei dieser Fusion war die Entwicklung der Charité zu einer in Europa führenden Universitätsmedizin mit einer aus

²⁹ Nach Angabe der Forschungslandkarte Hochschulmedizin (Fraunhofer-Institut für Systemtechnik und Innovationsforschung ISI 2002) und des statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt Deutschland 2008), ohne die Planbetten der Universitätsklinik Mannheim, Bochum und der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg.

³⁰ Im Jahr 2002 existierten nur noch 11 (Mitteilung des Landes zum 32. Rahmenplan für den Hochschulbau) (Wissenschaftsrat 2003).

³¹ vor allem durch die Kürzung des Landeszuschusses um 98 Mio. €

³² und des späteren Berliner Universitätsmedizingesetzes in §2 Abs. 7 (BerlUniMedG)

wissenschaftlicher Exzellenz und wirtschaftlicher Stärke erwachsenen „Strahlkraft für die gesamte Region“ (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d).

Die Charité ist gemäß §2 Abs.1 HS-Med-G eine Körperschaft öffentlichen Rechts in Form einer Gliedkörperschaft von Freier und Humboldt-Universität. Im Vorschaltgesetz sind außerdem die Organe des neuen Unternehmens in ihrer Zusammensetzung und ihren Aufgaben festgelegt (§§ 6-19). Der Aufsichtsrat kontrolliert die Geschäftsführung und die Erreichung der Betriebsziele und besteht aus dem für Hochschulen zuständigen Senatsmitglied als Vorsitzendem, dem für Finanzen zuständigen Senatsmitglied, den Präsidenten von Freier und Humboldt-Universität und vier externen sachverständigen Mitgliedern (§§11-12). Er wurde im September 2003 durch den Berliner Senat berufen (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2007b). Der Vorstand führt die Geschäfte und setzt sich aus Vorstandsvorsitzendem, Direktor des Klinikums und Dekan zusammen (§§13-14). Er ist seit Juli 2004 vollständig besetzt (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2007b).

Das „Vorschaltgesetz“ wurde schließlich abgelöst vom Berliner Universitätsmedizingesetz, das am 5. Dezember 2005 beschlossen wurde und wenig später in Kraft trat (Abgeordnetenhaus von Berlin 2005). Die Präambel des Berliner Universitätsmedizingesetzes weist auf die Verantwortung der Charité für Forschung, Lehre und Krankenversorgung und den daraus erwachsenden wichtigen Beitrag für die Lebenswissenschaften sowie eine effizientere und besser zugängliche Krankenversorgung hin. Neben einer genaueren Konkretisierung der Organe der „Charité-Universitätsmedizin Berlin“ und ihrer Aufgaben ist auch die neue, dezentrale Gliederung der Charité in Zentren festgelegt und konkretisiert, die auf der im Unternehmenskonzept der Charité vom 25.2.2005 dargelegten neuen Organisationsstruktur basiert (siehe Abschnitt 4.2.3).

Im Universitätsmedizingesetz (§24 Abs. 6) ist zudem festgelegt, dass sich die Charité auch fremder Unternehmen bedienen, Unternehmen gründen oder sich an fremden Unternehmen beteiligen kann, wenn es die Erfüllung ihrer Aufgaben erfordert. Wirtschaftsführung und Rechnungswesen in der Charité sollen sich an kaufmännischen Grundsätzen, vor allem denen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, orientieren (§24 Abs.1). Die Wirtschaftsführung basiert auf dem Gesamtwirtschaftsplan, der sich aus den Teilwirtschaftsplänen für Forschung und Lehre, Krankenversorgung und staatliche Investitionen zusammen setzt und die geplanten Erträge und Aufwendungen (Erfolgsplan) und die Deckungsmittel und Ausgaben (Finanzplan) enthält (§24 Abs.2).

4.2.2. Die Charité-Satzung

Die Satzung der Charité³³ legt nach Maßgabe des Berliner Universitätsmedizingesetzes unter anderem Rechtsstellung, Gliederung, Aufgaben und Leitung der CharitéCentren fest. Danach sind sie „rechtlich unselbständige Einrichtungen der Charité mit Ergebnisverantwortung“ unter Aufsicht des Vorstandes (§1 Abs. 2 Satzung) (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006b). Nach §2 Abs.2 der Satzung gliedern sich die Zentren in Kliniken, Institute, sonstige Leistungsbereiche und Arbeitsbereiche. Zu ihren Aufgaben gehören neben der Patientenversorgung (nach vorgegebenen Leistungsschwerpunkten) und Forschung und Lehre der Abschluss von Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit dem Vorstand und daraufhin von Leistungs- und Budgetvereinbarungen mit den Kliniken und Instituten innerhalb des CharitéCentrums (§3 Abs.1 Punkte 4 und 5 der Satzung). Auch die Klinik- und Institutsdirektoren führen die Geschäfte ihrer Klinik oder ihres Instituts eigenverantwortlich, jedoch im Rahmen der Vorstandsvorgaben und –weisungen, der Vorgaben von Klinikums- und Fakultätsleitung und der Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit der Zentrumsleitung (§6 Abs. 2 der Satzung).

Weiterhin gehören zu den Zentrumsaufgaben auch ein entsprechendes Controlling, die Optimierung des Leistungsportfolios, der Ablaufprozesse, des Ressourceneinsatzes, die Entwicklung von standardisierten Patientenfäden und die Umsetzung von leistungsfördernden Anreizsystemen (§3 Absatz 1 der Satzung). Als weitere Aufgabe definiert §3 Absatz 1 der Satzung die Kooperationen in Forschung und Lehre mit anderen CharitéCentren und in der Krankenversorgung mit niedergelassenen Ärzten und anderen Krankenhäusern, sowie die Einrichtung Medizinischer Versorgungszentren und integrierter Versorgungsmodelle. Die Leitung eines CharitéCentrums mit Aufgaben in der Krankenversorgung soll nach §4 Absatz 1 in kollegialer Form durch den Ärztlichen Leiter/Direktor als Vorsitzenden, den Kaufmännischen Leiter und den Pflegeleiter stattfinden. Der Leitung des CC6 gehört zusätzlich ein leitender Technischer Assistent mit beratender Stimme an (§4 Abs. 1 der Satzung). Zu den Aufgaben der Zentrumsleitung gehört auch die Einrichtung einer Zentrumskonferenz (§7 der Satzung) aus Klinik- und Institutsdirektoren, Mitarbeitern und Studierenden, die die Leitung in grundsätzlichen Fragen wie der Zielvereinbarung mit dem Vorstand berät, von ihr über besondere Entwicklungen informiert und mindestens einmal jährlich einberufen wird.

³³ 1. Fassung vom April 2006, aktuelle Fassung vom 2.11.2006

Die Zentrumsleitung führt die Geschäfte des Zentrums in eigener Verantwortung gemäß der Satzung und Zielvereinbarungen, Richtlinien und Weisungen des Vorstandes (§4 Abs. 3, §5 Abs. 1 der Satzung). Sie ist für die Einhaltung des Zentrumsbudgets und die Qualitätssicherung verantwortlich und ist für alle Entscheidungen, auch im Personal- und Sachmittelbereich, innerhalb des Zentrums zuständig (§5 Abs. 1, §8 Abs. 3).

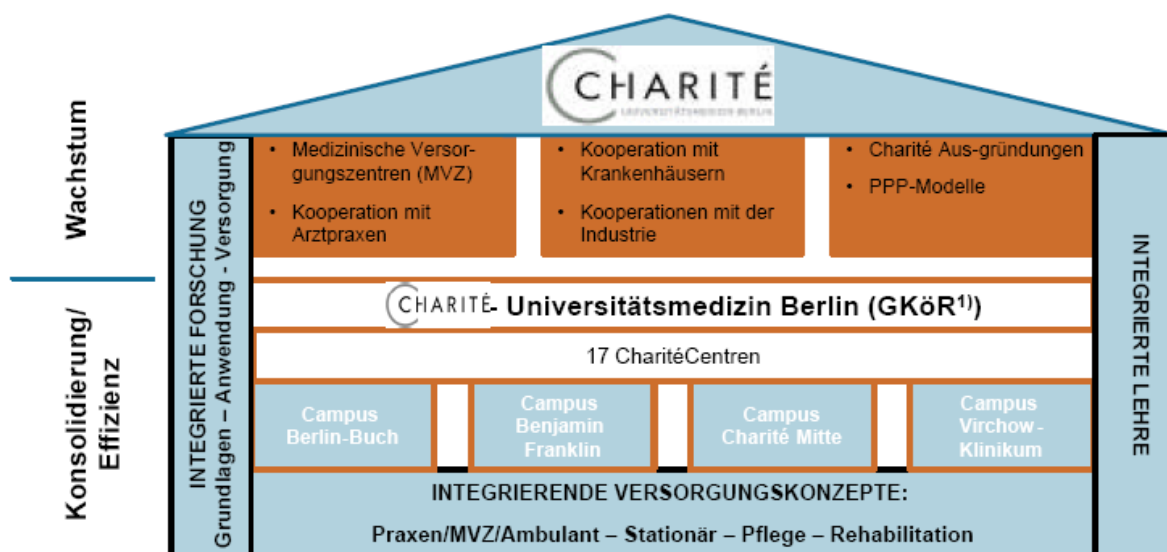
In §8 der Satzung finden sich nähere Bestimmungen zur Budgetplanung für die einzelnen Zentren und deren Kliniken und Institute. Danach soll der Vorstand rechtzeitig vor Beginn eines Geschäftsjahres den Zentrumsleitungen die Rahmenbedingungen für die Budgetplanung des entsprechenden Zentrums mitteilen, woraufhin die Leitung nach Rücksprache mit den Klinik- und Institutsdirektoren Leistungspläne und Budgetentwürfe für die einzelnen Kliniken und Institute des Zentrums aufstellt und diese dem Vorstand zuleitet (§ 8 Abs. 1). Im Rahmen der Ziel- und Leistungsvereinbarungen werden dem Zentrum dann Budgetmittel für die Krankenversorgung zugewiesen, während die Mittel für Forschung und Lehre durch die Fakultätsleitung zugeteilt werden (§8 Abs. 1). Außerdem wird in der Satzung gefordert, dass Vorstand und Zentrumsleitung ein aussagefähiges und zeitnahes Berichtswesen sicherstellen (§8 Abs. 1). Aus dem vom Vorstand zugeteilten Budget weist die Zentrumsleitung dann auf der Grundlage der Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit den einzelnen Kliniken und Instituten des Zentrums diesen Budgetmittel zu (§8 Abs. 2). Die Instituts- und Klinikdirektoren vereinbaren wiederum mit den Leitern ihrer Abteilungen und Arbeitsbereiche Budgets (§8 Abs. 2).

4.2.3. Das Unternehmenskonzept der Charité

Gemäß §13 Abs. 2 des Berliner Universitätsmedizingesetzes ist der Vorstand verpflichtet, ein Konzept zu entwickeln, mit dem die Charité zu einem Innovationsstandort für die Lebenswissenschaften und einer wirtschaftlich wettbewerbsfähigen Universitätsmedizin werden soll, die die wissenschaftliche Exzellenz garantiert und ihren Beitrag zum Versorgungsauftrag leistet. Dieses „Unternehmenskonzept Charité 2010“ hat der Vorstand am 25. Februar 2005 vorgestellt und ein Jahr später seine Fortschreibung veröffentlicht. Es enthält, wie in der Satzung in § 21 bestimmt, die strategischen Ziele der Geschäftsentwicklung, die aus dem Leitbild und den Aufgaben der Charité abgeleitet werden. Außerdem werden zukünftige Wachstumschancen, die Bedeutung der Charité für die „Gesundheitsregion Berlin“, die zur Umsetzung der strategischen Ziele notwendige Reform der Charité, ihre Rahmenbedingungen und der Stand der durchzuführenden Projekte zur Reorganisation dargestellt (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d).

Das Leitbild der Charité besteht „in dem historischen Auftrag, dem ethischen Anspruch und der gesellschaftlichen Verpflichtung [...], die Lebenswissenschaften und eine humane Wissensgesellschaft der Zukunft maßgeblich mit zu gestalten“ und darauf hinzuwirken, dass Berlin zu einer der national und international führenden Gesundheitsstandorte wird (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d), (Präambel des BerlUniMedG). Die Charité soll gemäß Unternehmenskonzept in naher Zukunft im Bereich Forschung und Lehre zu den international führenden Fakultäten gehören, im Bereich der Krankenversorgung „Schrittmacher einer modernen, ganzheitlichen Medizin“ werden und als „modernes, wirtschaftlich starkes Unternehmen“ ein wesentlicher Wachstums- und Innovationsmotor in der Gesundheitsregion Berlin sein (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005a).

Um bis zum Jahre 2010 ein ausgeglichenes Unternehmensergebnis zu erreichen, soll der Ergebnisverbesserungsbedarf von 212 Millionen € im Zeitraum 2005 bis 2010 (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005c) durch Steigerung der Erlöse und Senkung der Kosten eingespart werden. Dazu wurde eine Strategie der parallelen Konsolidierung und des Wachstums entwickelt (s. Abbildung 7) und diverse Projekte zur Ergebnisverbesserung konzipiert.



1) Gliedkörperschaft des öffentlichen Rechts

Abbildung 7: Strategie im Unternehmenskonzept: Konsolidierung im Kernbereich und Wachstum in neuen Geschäftsfeldern über Kooperationen, Quelle: (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d), S.7

Kostensenkungen sollen im Bereich Personal durch Zusammenlegung von Einrichtungen und optimierte Abläufe, im Bereich Sachkosten durch Optimierung des Einkaufs und Standardisierung und im Bereich der Betriebskosten durch die Gründung der Facility Management GmbH

(als Tochtergesellschaft der Charité) und die Verringerung der Nutzfläche mit einer Aufgabe von Außenstandorten erreicht werden (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d).

Im Bereich Konsolidierung wurden zahlreiche Projekte im Rahmen einer unternehmensweiten Projektplanung sowohl zentral auf dem Gebiet Infrastruktur und Verwaltung als auch in den Zentren und ihren Kliniken und Instituten zur Ergebnisverbesserung initiiert. Sie hatten das Ziel, die durch die Fusion entstandenen Potenziale und Synergien zu nutzen und die Effizienz zu erhöhen (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d). Im Sommer 2006 wurden mehr als 100 einzelne Projekte koordiniert, die ein positives Jahresergebnis ab dem Jahr 2010 gewährleisten sollten. Die ergriffenen Maßnahmen im Rahmen der Projekte haben in den Jahren 2005 und 2006 zu einem positiven Jahresergebnis geführt (1,8 Mio. € im Jahr 2005) (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d), (Ganten 2007a). Im Bereich Wachstum sollen Wachstumspotentiale in der Synergie zwischen Forschung, Lehre und Krankenversorgung erschlossen werden³⁴ (Abbildung 8), ein innovativer Modellstudiengang und Forschungsschwerpunkte als Alleinstellungsmerkmale dienen.

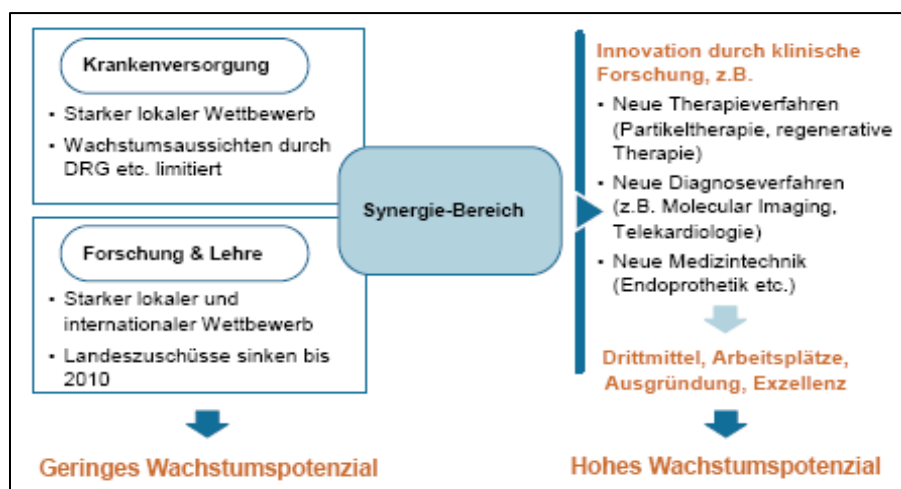


Abbildung 8: Wachstum an der Schnittstelle von Forschung und Lehre und Krankenversorgung, Quelle: (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d), S. 22

Das Unternehmenskonzept sieht die konsequente Dezentralisierung und Zusammenfassung der 128 Kliniken und Institute in 17 CharitéCentren (s. Abbildung 9) und die damit verbundene Übertragung von Entscheidungskompetenz und Verantwortlichkeiten auf eine unterhalb der Klini-

³⁴ was ein besonderer Vorteil des Integrationsmodells zwischen Fakultät und Klinikum ist (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d)

kums- und Fakultätsleitung liegende Führungsebene vor, um Wirtschaftlichkeits- und Entwicklungspotentiale zu erschließen (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005c).

- | | |
|------|--|
| CC1 | Human- und Gesundheitswissenschaften (ZHGB) |
| CC2 | Grundlagenmedizin |
| CC3 | Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde |
| CC4 | Therapieforschung |
| CC5 | Diagnostische und präventive Labormedizin |
| CC6 | Radiologie und Nuklearmedizin |
| CC7 | Anästhesiologie, OP-Management und Intensivmedizin |
| CC8 | Chirurgische Medizin |
| CC9 | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie |
| CC10 | Magen-, Darm-, Nieren- und Stoffwechselmedizin |
| CC11 | Herz-, Kreislauf- und Gefäßmedizin |
| CC12 | Innere Medizin und Dermatologie |
| CC13 | Innere Medizin mit Kardiologie, Gastroenterologie, Nephrologie |
| CC14 | Tumormedizin |
| CC15 | Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie |
| CC16 | Audiologie/Phoniatrie, Augen- und HNO-Heilkunde |
| CC17 | Frauen-, Kinder- und Jugendmedizin mit Perinatalzentrum und Humangenetik |

Abbildung 9: Die 17 Zentren der Charité, eigene Darstellung nach (Charité-Universitätsmedizin Berlin GB Unternehmenskommunikation 2007)

Die Zentrenbildung soll zu einer besseren Prozessorganisation, einer optimierten Nutzung der Personal- und Sachressourcen und der intensiveren interdisziplinären und standortübergreifenden Zusammenarbeit führen (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005c), (Senatsverwaltung für Gesundheit 2006). Dabei sollen die Zentren wie Profitcenter geführt werden (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d).

Neben der erwähnten dezentralen Organisation liegen weitere Ziele des Unternehmenskonzepts in der Förderung der Spitzenstellung in Forschung und Lehre (Exzellenzzentrum) durch leistungsorientierte Mittelvergabe, optimierte Organisation und Kooperationen mit anderen Forschungsinstitutionen der Umgebung (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005c). Außerdem sollen die Verwaltung und andere interne Dienstleistungen im Sinne einer Service- und Dienstleistungsorientierung reformiert und die internen Dienstleister als Profitcenter umstrukturiert werden.

riert werden³⁵ (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d). Weitere Ziele sind die Vereinheitlichung des Krankenhausinformationssystems im Sinne eines „Digitalen Krankenhauses“, das moderne Personalmanagement, die Karriereförderung junger Wissenschaftler und die Gleichstellung von Frauen (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005c). Um diese zahlreichen und vielfältigen Ziele erreichen zu können, soll die Einführung von innerbetrieblicher Leistungsverrechnung und erlösorientierter Budgetierung, sowie die Weiterentwicklung von strategischem und projektbezogenem Controlling und Trennungsrechnung³⁶ die Führung und Steuerung des Unternehmens Charité verbessern (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d).

Zusätzlich besteht bis zum Jahr 2010 ein Investitionsbedarf von 427 Mio. €, der über die HBFG-Finanzierung und seinen Nachfolger, Veräußerungserlöse in erster Linie von Außenstandorten und privates Kapital finanziert werden muss (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005c). Privates Kapital soll durch den Verkauf von Dienstleistungen, Fundraising im Rahmen der Stiftung Charité und Public Private Partnerships (PPP, s. Abschnitte 4.3.3.9 und 5.2.1) erschlossen werden. Aus Forschungsergebnissen sollen vermehrt Firmenneugründungen bzw. –ausgründungen („Start-ups“) entstehen, die durch Vermarktung der Innovationen zu Rückflüssen führen, die nach dem im Januar 2006 vom Abgeordnetenhaus verabschiedeten Beteiligungskonzept auch der Charité zu Gute kommen können und im Sinne einer geschlossenen Wertschöpfungskette wieder in die Forschung investiert werden können (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d).

Das Flächennutzungs- und Betriebskonzept des Vorstandes findet sich im Masterplan Charité 2005-2015, der zum Ziel hat, die vier Standorte zu stärken, durch die Aufgabe von Außenstandorten die Gesamtnutzfläche um 30 bis 40% zu reduzieren und die verbleibende Fläche effizienter zu nutzen (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005c). Außerdem enthält er einen Investitionsplan, um die zur Umstrukturierung der Flächennutzung erforderlichen Baumaßnahmen zu finanzieren (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2007a).

³⁵ In diesem Sinne wurden die Charité Facility Management GmbH für Gebäude- und Geländedienstleistungen und die Charité Research Organisation GmbH zur effizienten Bearbeitung klinischer Studien gegründet (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d).

³⁶ Beispielsweise in Form je einer eigenen, getrennten GuV (Gewinn- und Verlustrechnung) für Klinikum und Fakultät.

4.3. Stand und Dynamik des Reformprozesses aus Charité-Sicht

4.3.1. Ausgangslage

Die Ausgangslage des Reformprozesses wird aus Vorstandssicht aufgrund mangelnder Anreize zur Verbesserung der Finanzierungsstrukturen der Berliner Hochschulmedizin im vormals gut finanzierten Gesundheitssystem als ungünstig eingestuft (Ganten 2007b). Die Notwendigkeit neuer Managementstrukturen entstand durch die Fusion der Berliner Universitätsklinika und medizinischen Fakultäten (Ganten 2007b). Die Größe des neuen Unternehmens erforderte eine Dezentralisierung von Entscheidungskompetenzen, da der Vorstand auf Grund der großen Leitungsspanne zu weit von den Prozessen entfernt ist und diese nicht genau genug kennt, um mit einer zentralen Steuerung erfolgreich zu sein (Ganten 2007b, Behrends 2007, Hamm 2007, Paul 2008).

Die vormalige organisatorische Zersplitterung hatte auch auf Prozessebene zu Inkompatibilitäten geführt, die zum Beispiel eine adäquate Bilddatenkommunikation im PACS (Picture Archiving and Communication System) behindert hatten, im Einzelfall mit der Notwendigkeit von Doppeluntersuchungen aufgrund von Schnittstellenmängeln zwischen den Campus (Klingebiel 2007).

4.3.2. Vorgaben

4.3.2.1. Profitcenter

Die unter 4.2. genannten Vorgaben³⁷ wurden vom Vorstand und Träger der Charité definiert, wobei als prioritäres Ziel die effiziente Dezentralisierung mit einem hohen Maß an Entscheidungsfreiheit und Eigenverantwortung der Zentren bezeichnet wird (Ganten 2007b). Die Dezentralisierung von Verantwortung und Kompetenzen wird als Voraussetzung für Prozessoptimierungen angeführt, die wiederum Bedingung für die erforderliche Effizienzsteigerung sind (Behrends 2007). Auch innerhalb eines Zentrums wird Verantwortung auf untergeordnete Ebenen delegiert, da sie auf Grund der Größe des Zentrums nicht in ihrer Gesamtheit in der Zentrumsleitung wahrgenommen werden kann (Hamm 2007). Die Struktur von Zentren und den einzelnen Kliniken wird damit hierarchischer (Hamm 2007).

³⁷ In erster Linie: Leitbild, Verpflichtung zu Exzellenz und Effizienz, Anstalt des öffentlichen Rechts, Zusammensetzung und Kompetenzverteilung der Organe, Zentrenbildung, Integrationsmodell, Masterplan.

Die Dezentralisierung mit Verlagerung von Entscheidungskompetenzen in die Zentren wird limitiert durch die Rahmenbedingungen der Charité und beinhaltet in diesem Sinne keine vollständige (Planungs-)Autonomie der Zentren (Ganten 2007b). Dennoch bleibt die Verlagerung von Entscheidungskompetenzen auf operativer Ebene eine wichtige Voraussetzung zur Wahrnehmung der Ergebnisverantwortung in den Zentren (Behrends 2007). Die mittel- und langfristigen, strukturellen und strategischen Entscheidungen, wie diejenigen über Investitionen im Großgerätebereich (s. Abschnitt 4.3.2.3), trifft der Vorstand (Behrends 2007). Er steuert die Zentren über Zielvereinbarungen einschließlich der Budgetvorgaben (Behrends 2007).

4.3.2.2. Budget

Eine klare und auch im Controlling eindeutige Trennung des Budgets zwischen Fakultät und Klinikum besteht an der Charité seit der Fusion im Jahre 2003 (Paul 2008). Auch in jedem Zentrum ist das Budget getrennt in ein Budget für Krankenversorgung auf der einen und eines für Forschung und Lehre auf der anderen Seite (Fleige 2007). Dasjenige für Forschung und Lehre besteht aus den leistungsabhängigen Mitteln (leistungsorientierte Mittelvergabe, LOM) und der Grundausrüstung, die das Zentrum von der Fakultät erhält (Fleige 2007) (s. Abbildung 10).

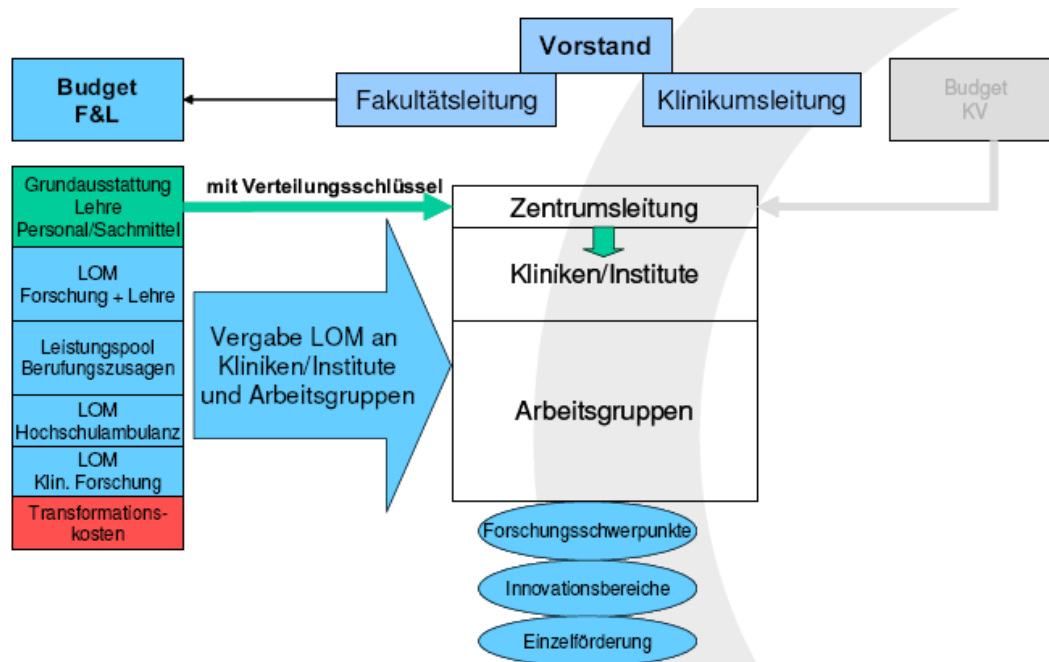


Abbildung 10: Grund- und Leistungsfinanzierung durch die Fakultät, Quelle: (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006c)

Die leistungsorientierte Mittelvergabe wurde Ende der 90er Jahre an beiden medizinischen Fakultäten eingeführt, um bei knappen finanziellen Mitteln in erster Linie erfolgreiche Forschungsbereiche zu fördern und die Fördermittel so möglichst effizient einzusetzen (Paul 2008). Mitt-

lerweile werden 34 % des Landeszuschusses für Forschung und Lehre (ca. 70 Mio. €) nach einem transparenten System leistungsorientiert vergeben (Paul 2008). Die Vergabekriterien orientieren sich am Input, gemessen an eingeworbenen und ausgegebenen Drittmitteln³⁸, und am Output der Forschung, gemessen an der Publikationsleistung der vergangenen drei Jahre³⁹ (Paul 2008). Die leistungsorientiert vergebenen Mittel werden direkt den einzelnen Arbeitsgruppen zugewiesen, so dass eine zweckgerechte Verwendung der Mittel sicher gestellt ist (Paul 2008) (s. Abbildung 10).

Daneben werden die defizitären Hochschulambulanzen durch die Fakultät unterstützt, deren Erlöse nicht kostendeckend sind (Fleige 2007).

Das Budget für die Krankenversorgung orientiert sich an den geplanten Erlösen; im CC6 sind das vor allem ILV⁴⁰-Erlöse (80%), DRG-Erlöse, Erlöse aus Nebentätigkeiten, Nutzungs- und Zusatzentgelte (Fleige 2007).

4.3.2.3. *Investitionen*

Die Zentren sollen im Rahmen des Wirtschaftsplans und des Investitionsplans untereinander Prioritäten für Investitionen setzen und diese dem Vorstand vorschlagen (Ganten 2007b). Zwischen den Zentren und innerhalb der Zentren gibt es dabei allerdings divergierende Interessen, so dass eine Einigung oft nicht zustande kommt (Ganten 2007b). Über das Budget für Kleingeräte kann ein Zentrum frei entscheiden, Investitionen für Großgeräte müssen jedoch von einer Großgerätekommission unter Vorsitz des ärztlichen Direktors bewilligt werden (Ganten 2007b), so dass in diesem Bereich keine autonome, betriebswirtschaftliche Steuerung des Zentrums möglich ist (Fleige 2007).

4.3.2.4. *Innere Struktur des Zentrums*

Auch die Interessen von Untergliederungen in einem Zentrum sollen ausreichende Berücksichtigung finden (Behrends 2007). Deshalb wurde ein kollegiales Führungssystem gewählt, bei dem die Zentrumsleitung aus drei gleich stimmberechtigten Mitgliedern besteht (ärztlicher Leiter, kaufmännischer Leiter und Pflegedienstleiter) (Behrends 2007). Als Gegengewicht zur starken Position des ärztlichen Direktors ist der kaufmännische Leiter für die Bewilligung von Einstellungsanträgen zuständig (Behrends 2007). Das neue Organisationsprinzip der Charité soll sich

³⁸ gewichtet danach, ob die Drittmittelvergabe begutachtet oder nicht begutachtet wurde

³⁹ gewichtet nach Impact-Faktoren der Publikationen

⁴⁰ interne Leistungsverrechnung

auch innerhalb eines Zentrums in der Hierarchie nach unten fortsetzen, indem die Zentrumsleitung Ziele und ein Budget mit den einzelnen Kliniken und Instituten vereinbart, die in diesem Rahmen eigenverantwortlich wirtschaften (Behrends 2007)(s.Abschnitt 4.2.2). Diese Umstellung wird vom Vorstand als tiefer kultureller Einschnitt und deshalb als längerer Lernprozess gesehen (Behrends 2007). Die genaue Verteilung der Kompetenzen und Verantwortung unterhalb der Zentrumsleitungsebene erfolgt nach dem Ermessen der Zentrumsleitung ohne zentrale Vorgaben, da sich die vorhandenen Strukturen in den einzelnen Zentren unterscheiden (Behrends 2007).

4.3.2.5. *Rechtsform*

Für die Umstrukturierung und Effizienzerhöhung sind Investitionen notwendig, für die ausreichende finanzielle Mittel fehlen (Ganten 2007b, Hamm 2007, Paul 2008). Diese Mittel kann die Charité auf Grund ihrer öffentlich-rechtlichen Rechtsform nicht als Kredit aufnehmen, was sie gegenüber privaten Klinikketten benachteiligt (Ganten 2007b). Auch andere wichtige Veränderungen können nicht vom Vorstand selbständig durchgesetzt werden (Ganten 2007b). Damit begrenzt die Verfassung der Charité ihre Möglichkeiten der Effizienzsteigerung (Ganten 2007b). Der Vorstand regt zur Verwirklichung der erforderlichen Freiheiten deshalb eine Änderung der Rechtsform in der Verfassung an, beispielsweise in Form einer Stiftung privaten Rechts (Ganten 2007b). Eine vollständige Privatisierung wird ausgeschlossen, auch wenn die privatwirtschaftliche Struktur der medizinischen Fakultät in Harvard als deren grundlegender strategischer Vorteil gegenüber der Charité gesehen wird (Ganten 2007b).

4.3.2.6. *Integrationsmodell*

Der Vorstand der Charité bekennt sich in der Fortschreibung des Unternehmenskonzeptes zum Integrationsmodell als zentralem Alleinstellungsmerkmal gegenüber regionalen Wettbewerbern (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d), das auch in der Präambel des Berliner Universitätsmedizingesetzes verankert ist (Abgeordnetenhaus von Berlin 2005). Dieses Modell beinhaltet die Zusammenfassung von Entscheidungskompetenz und Verantwortung für Forschung, Lehre und Krankenversorgung in einem einheitlichen medizinischen Vorstand (Wissenschaftsrat 1999). Aus Sicht des Charité-Vorstandes bestehen die Vorteile des Integrations- gegenüber dem Kooperationsmodell in einer besseren Konfliktbewältigung, einer einheitlicheren Abrechnung, einer geringer ausgeprägten Trennung und Gefahr der Entfremdung der beiden Geschäftsbereiche⁴¹ und einer einfacheren Organisationsstruktur (Paul 2008). Durch die Einführung einer Trennungs-

⁴¹ Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits

rechnung (s. Abschnitt 4.3.2.7) wird die Wahrung der Fakultätsinteressen auch im Integrationsmodell seitens der Fakultätsleitung als ausreichend angesehen (Paul 2008).

Das Berliner Modell wird auch als Hybridmodell bezeichnet, da unter dem Dach des Integrationsmodells eine Fakultäts- und eine Klinikumsleitung existieren, die Charakteristika des Kooperationsmodells sind (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2008a)⁴².

4.3.2.7. *Trennungsrechnung*

Die Trennungsrechnung für Klinikum und Fakultät ist eine Voraussetzung für ein funktionierendes Führungs- und Steuerungskonzept (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d) und für die leistungsorientierte Mittelvergabe (s. Abschnitt 4.3.2.2) (Wandschneider, et al. 1998). An der Charité wird die Trennungsrechnung aus Vorstandssicht zunehmend genauer und verlässlicher (Paul 2008). Direkt zuordenbare Einzel- und Gemeinkosten werden verursachungsgerecht aufgeteilt, andere Kosten werden nach verschiedenen Schlüsseln verteilt, die an sich ändernde Gegebenheiten angepasst werden sollen (Paul 2008). Als Beispiel wird angeführt, dass die Kosten des für Fakultät und Klinikum zuständigen Vorstandsvorsitzenden je zur Hälfte auf Fakultät und Klinikum aufgeteilt werden, während die Kostenschlüsselung der Personalabteilung dem Mitarbeiterverhältnis zwischen Fakultät und Klinikum von etwa 35% zu 65% entspricht (Paul 2008). Schlüssel anderer Bereiche orientieren sich am Aufwand (Paul 2008).

4.3.2.8. *Controlling*

Die Bedeutung des Unternehmenscontrolling und seines Berichtswesens ergibt sich daraus, dass sie die Basis für Maßnahmen, (strategische) Entscheidungen und Verhandlungen auf allen Ebenen und für eine optimale Steuerung des Unternehmens sind (Scheller 2007, Klingebiel 2007). Zuverlässige, belastbare Daten werden als Voraussetzung angesehen, um ertragreiche Bereiche von defizitären unterscheiden und sich in den Grenzen des Versorgungsauftrags entsprechend ausrichten zu können (Klingebiel 2007).

Zur Steuerung und Kontrolle der Leistungen eines Zentrums gibt es ein übergreifendes Zentrumscontrolling, für das die kaufmännische Leitung verantwortlich ist (Fleige 2007). Zusätzlich werden den Zentren die Daten der zentralen Controllingbereiche zur Verfügung gestellt in Form des betriebswirtschaftlichen Informationssystems SAP-BW (SAP-Business Warehouse) (Fleige

⁴² Aus Sicht des vormaligen ärztlichen Direktors der Charité, Dr. Behrends, ist eine einheitliche Führung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre wie an der Medizinischen Hochschule Hannover oder am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf vorzuziehen (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2008a).

2007). Das Berichtswesen SAP-BW soll Entscheidungsträgern an der Charité eine Rückspiegelung von Kosten- und Leistungsdaten ermöglichen (Scheller 2007). Zusätzlich sind ILV-Daten und Einkaufsdaten jeweils mit Planungs-, Istgrößen und Hochrechnungen aufgeführt, die sich getrennt nach einzelnen Zentren, Kliniken und Instituten und weiter nach einzelnen Kostenstellen abrufen lassen (Fleige 2007). Daneben werden im Rahmen der Quartalsgespräche Informationsblätter über die Situation des Zentrums verteilt (Scheller 2007).

4.3.2.9. CC6

Das CC6 ist im neuen Zentrumskonzept ein Dienstleister für andere Einrichtungen, so dass 80% seiner Erlöse aus der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (ILV) stammen (Fleige 2007). Außerdem werden Leistungen für ambulante Patienten und Fremdeinrichtungen erbracht und in einer eigenen nuklearmedizinischen Station am Campus Virchow mit Betten für Interventionspatienten auch eigene DRGs abgerechnet (Fleige 2007).

4.3.2.10. Abteilung

Die Autonomie und die Gestaltungsmöglichkeit einer einzelnen Abteilung innerhalb eines Zentrums sind begrenzt, da die Charité-Satzung eine weitgehende Gestaltungsfreiheit auf der Leitungsebene des Zentrums anlegt. Aus der Gesamtsicht des Klinikums ist vorrangig die Bilanz des Zentrums entscheidend, so dass die Zentrumsleitung in die Lage versetzt worden ist, übergeordnete Ziele, zum Beispiel durch Umstrukturierungen, auch gegen Partikularinteressen nachgeordneter Organisationseinheiten durchzusetzen (Klingebiel 2007). Die einzelne Abteilung hat eher ein Mitspracherecht, kann im Zentrum Vorschläge und im Rahmen der Zentrumsvorgaben eigene Initiativen einbringen (Klingebiel 2007). Die Neustrukturierung der Charité hat damit zu einer Verringerung der Selbständigkeit (auch bei der Effizienzerreichung) und Mitgestaltungsmöglichkeiten von Abteilungen und sonstigen Untergliederungen geführt (Klingebiel 2007).

4.3.3. Umsetzung

4.3.3.1. Profitcenter

Das Zentrum hat den Charakter eines Profitcenters, das innerhalb der Budget- und Leistungsvorgaben des Vorstandes weitgehend unabhängig wirtschaftet und für das sich Leistung lohnen soll (Ganten 2007b). Letzteres ist noch nicht ausreichend verwirklicht auf Grund eines für klare Zielvorgaben nicht ausreichenden Zahlengerüsts, was die Steuerung und Zusammenführung der Kliniken erschwert und verzögert (Ganten 2007b).

4.3.3.2. Budgetverhandlungen

Die Budgetverhandlungen wurden aus Sicht des Vorstands und des Zentrums bisher noch nicht entsprechend der Vorgaben geführt. Zunächst soll das Budget eines Zentrums rechtzeitig zu Beginn eines Geschäftsjahres feststehen (Satzung §8 Abs.1), wurde aber für das Jahr 2007 erst im März des laufenden Geschäftsjahres festgelegt (Fleige 2007)⁴³. Dabei wurden für das CC6 durch eine Punktwertsenkung der DKG-NT-Punkte⁴⁴, auf denen die ILV beruht, der Budgetbestandteil der ILV-Erlöse um 22% und das resultierende Budget noch einmal um 800.000 € gesenkt (Fleige 2007)⁴⁵. Es richtet sich damit nicht nach den wirklichen Erlösen (und den zu Grunde liegenden, geplanten Leistungen) des Zentrums, so wie es bei der gewünschten erlösorientierten Budgetierung (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d) geplant ist und wie es das Profitcenter Konzept erfordert (Fleige 2007). In der Vergangenheit definierte sich das Budget stattdessen über eine Mischung aus Kosten und Leistungen (Ganten 2007b).

Im Rahmen der erlösorientierten Budgetierung muss bei einem nachträglichen Überschreiten der geplanten Leistungsmenge das Budget angepasst werden, was gegenwärtig nicht umgesetzt wird (Fleige 2007). Auch in dieser Hinsicht orientieren sich die Budgets also nicht an den Leistungen (Fleige 2007). Damit wird der entscheidende Gedanke des DRG-Systems, nämlich für Leistungen fixe⁴⁶ Preise zu zahlen und damit den Anreiz zu setzen, die einzelne Leistung Kosten sparend zu erbringen und das Minimum der Stückkosten durch eine optimale Auslastung zu erreichen⁴⁷ (Breyer, et al. 2005), noch nicht in eine entsprechende zentrumsinterne Anreizstruktur umgesetzt. Da Anforderungen der internen Zuweiser nicht abgewiesen werden können, muss das CC6 bei einer drohenden Budgetüberschreitung auf Grund von Mehrleistungen elektive Leistungen einschränken, um das vorgegebene Budget einzuhalten (Fleige 2007). Eine weitere Schwierigkeit bei der Umsetzung des Gedankens der erlösorientierten Budgetierung besteht darin, dass

⁴³ Das Budget für das Jahr 2008 stand dagegen schon rechtzeitig vor Beginn des neuen Geschäftsjahres fest, die Budgetverhandlungen mit den Zentren wurden im Oktober 2007 geführt und der Wirtschaftsplan für 2008 wurde durch den Aufsichtsrat am 14.12.2007 verabschiedet (Ganten 2007a).

⁴⁴ Punktesystem für Krankenhausleistungen der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft e.V. (DKG)

⁴⁵ Zudem entschied sich die Fakultät im Frühjahr 2007 dafür, rückwirkend zum Jahresanfang die Defizite der Hochschulambulanzen (etwa 2 Mio. €) nicht mehr zu finanzieren, so dass keine strukturellen Anpassungen mehr getroffen werden konnten (Fleige 2007).

⁴⁶ Mehr oder weniger fix durch Erlösausgleiche, vgl. Abschnitt 4.1.1. und (Hensen, et al. 2005). Durch diese Erlösausgleiche soll jedoch nur erreicht werden, dass zusätzlich zu den variablen Kosten der leistungsmengenabhängige Fixkostenanteil gedeckt wird.

⁴⁷ anstelle des Anreizes, bei einem von Leistungsmengen unabhängigen Budget die Leistungen zu reduzieren

bei einem Unterschreiten der Leistungsmenge das Budget im Nachhinein nicht gesenkt werden kann, weil dann keine Einsparungen im Bereich der Fixkosten mehr möglich sind (Fleige 2007).

4.3.3.3. *Budgetdisziplin*

Der neuen Profitcenter-Struktur liegt die Idee zu Grunde, dass sich Leistung persönlich und für das Zentrum lohnen soll (Ganten 2007b). Deshalb sind Anreizstrukturen und Sanktionen zur Einhaltung des Budgets vorgesehen. Diese werden noch nicht konsequent umgesetzt, da ein defizitäres Zentrum keine deutlichen Konsequenzen im Sinne einer Schließung von Abteilungen oder Kliniken zu befürchten hat (Ganten 2007b, Hamm 2007) und bei einem Überschuss auch kein Bonus ausgeteilt wird (Hamm 2007)⁴⁸. Allerdings wurde von Beginn an eine Autonomie der Zentren in Personalfragen von der Einhaltung ihres Budgets und der Zielvereinbarungen mit dem Vorstand abhängig gemacht (Fleige 2007, Behrends 2007), was die Budgetdisziplin unterstützt (Ganten 2007b).

4.3.3.4. *Prozessoptimierung im Zentrum*

Die Effizienzsteigerungen bei der Bildung der Zentren entstehen vor allem durch die Zusammenfassung von kleinen Einheiten mit ähnlichen Abläufen (Ganten 2007b). Im Bereich der Intensivstationen lässt sich beispielsweise in einer zusammen gelegten, interdisziplinär belegten Intensivstation zur Steigerung der Versorgungsqualität leichter ein Facharzt 24 Stunden am Tag vorhalten, als auf vier kleinen separaten Stationen; auch bei Schwestern und Abläufen können Einsparpotentiale erschlossen werden (Ganten 2007b). Ähnliches gilt für Hochschulambulanzen und Labore (Ganten 2007b). Diese für die angestrebte Effizienzsteigerung notwendigen Prozessoptimierungen haben manche Zentren intensiver vorangetrieben als andere (Behrends 2007), je nachdem ob die Einsicht in die Notwendigkeit dieser Maßnahmen oder die Widerstände, vertraute Abläufe und Privilegien aufzugeben, überwogen (Ganten 2007b). Erfolge bei der Prozessoptimierung zeigen sich zum Beispiel im Laborzentrum, der Radiologie und vielen Projekten des klinischen Bereichs (Behrends 2007).

4.3.3.5. *Innere Struktur des Zentrums*

Zur Steuerung der einzelnen Untergliederungen eines Zentrums soll die Leitung ihre Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit dem Vorstand in Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit den ein-

⁴⁸ Dass bisher keine Boni verteilt wurden (in Form von Teilen des Überschusses, die das Zentrum behalten und für das Budget für Kleingeräte bis 20.000€ verwenden darf (Fleige 2007)) liegt daran, dass die Zentren ihr Budget bisher noch nicht unterschritten haben (Ganten 2007b).

zelen Kliniken, Instituten und Abteilungen umsetzen (Satzung §3 Abs.1 Satz 5 und (Behrends 2007), s. Abschnitt 4.3.2.4). Das ist zum Zeitpunkt der Promotionsarbeit für das CC6 noch nicht erfolgt (Fleige 2007, Klingebiel 2007), soll aber im Jahr 2008 erstmals umgesetzt werden (Fleige 2007). Im Bereich der für die einzelnen Untergliederungen des Zentrums vorgesehenen und aus dem Zentrumsbudget abgeleiteten Teilbudgets⁴⁹ ist der Grund für die bisherige Nichtumsetzung die späte Budgetvorgabe für das Jahr 2007 und die hohe Einsparsumme (etwa 2,8 Mio. €) (Fleige 2007). Werden Teilbudgets ausgegeben, so besteht eine Möglichkeit der Einflussnahme einer einzelnen Abteilung bei Budgetkonformität in der Mitentscheidung in Personalfragen, in dem sie die Auswahl bei der Besetzung einer freien Stelle in ihrem Bereich trifft (s. Abschnitt 4.3.3.3) (Fleige 2007).

Das Projekt zur Umsetzung der Ziel- und Leistungsvereinbarungen innerhalb des CC6 mit einzelnen Mitarbeitern oder Teams ist das Zentrums- und Entwicklungsprojekt (ZEP) (Fleige 2007). Diesem Ziel dient auch die neue Organisationsstruktur des Zentrums (Matrixstruktur)⁵⁰, bei der die Modalitäten⁵¹ - Manager ihren Bereich eigenverantwortlich und budgetkonform leiten und nur die Menge an Personal zugeteilt bekommen, die durch die Leistungen finanziert werden kann (Hamm 2007).

Um gemeinsam im Zentrum, den Kliniken und einzelnen Abteilungen eine Optimierung von Prozessen und Strukturen zu erreichen, wurde in jedem Zentrum eine Zentrumskonferenz eingerichtet (Satzung §7 und BerlUniMedG §20), in der sich Klinikdirektoren und Oberärzte regelmäßig und konstruktiv über Einsparmöglichkeiten, das Budget und drohende Gefahren austauschen sollen (Ganten). Dabei sollen Oberärzte und Assistenzärzte die Zentrumsleitung über die Effizienzreserven auf der Arbeitsebene informieren und beraten (Ganten 2007b). Das Konzept der Zentrumskonferenz ist aus Vorstandssicht noch nicht überall optimal umgesetzt auf Grund teilweise mangelnder Bereitschaft der Zentren (Ganten 2007b).

4.3.3.6. *Zentrale Steuerung*

Der Vorstand soll zur strategischen Steuerung gemäß Satzung §3 Abs.1 Satz 7 Rahmenvorgaben und Verfahrensanweisungen für die Zentren erstellen. Zentrale Vorgaben und Richtlinien gibt es gegenwärtig in begrenztem Umfang, die strategische, übergreifende Steuerung kann aus Zent-

⁴⁹ Aufgeteilt in ein Teilbudget für Forschung und Lehre und eines für die Krankenversorgung.

⁵⁰ Deren Umsetzung jedoch noch nicht abgeschlossen ist (Hamm 2007).

⁵¹ Zu den Modalitäten zählen CT, MRT, Projektionsradiographie, Ultraschall, Mammadiagnostik und Interventionen/Angiographie.

rumssicht optimiert werden (Fleige 2007). Die Vorgaben des Vorstandes bestehen für das CC6 in erster Linie aus Leistungsschwerpunkten innerhalb des Zentrums⁵² (Fleige 2007). Für die Gesamt-Charité existieren als Strukturvorgaben die übergeordneten Schwerpunkte der Campus: die Neurowissenschaften am CCM, Kardiovaskuläre Erkrankungen am CBF und Pädiatrie am CVK (Fleige 2007).

Aus der Sicht des Vorstandes werden Strukturvorgaben⁵³ jedoch im Gegensatz zu einem Unternehmen der freien Wirtschaft nur langsam umgesetzt (Ganten 2007b).

Es gibt eine Reihe von Beispielen dafür, dass das Interesse (und das Kostenoptimum) des Zentrums zum Teil nicht mit dem der Gesamt-Charité übereinstimmt und deshalb eine übergreifende strategische Steuerung des Vorstands entsprechende Anreize für das Zentrum setzen muss. Zum einen haben Zentren der stationären Versorgung einen Anreiz, Patienten auch dann in den Ambulanzen zu behandeln, wenn dabei ein Defizit entsteht⁵⁴, weil sie dadurch stationäre Patienten gewinnen⁵⁵. Dieser beim CC6 fehlende Anreiz würde beispielsweise durch eine Ausgleichszahlung der Zentren, die aus der radiologischen Ambulanz zusätzliche stationäre Patienten gewinnen⁵⁶, kompensiert (Klingebiel 2008). Solche Ausgleichszahlungen können auch dem Umstand Rechnung tragen, dass Charité-Patienten oft kostenintensivere und zeitnähere Untersuchungen erfordern, als die des niedergelassenen Radiologen, bei dem teilweise eine Vorlaufzeit von acht bis zehn Wochen besteht (Klingebiel 2008). Kapazitätsengpässe bei radiologischen Untersuchungen im CC6 auf Grund unzureichender Investitionen im Großgerätebereich können durch die verzögerte Diagnostik für die Zuweiser zu einer Verlängerung der Verweildauer ihrer Patienten und dadurch zu sinkenden Deckungsbeiträgen bei den Fallpauschalen führen (Klingebiel 2008). Für die Charité führt das insgesamt zu höheren Kosten. Aus Sicht eines Zentrums kann der Anreiz bestehen, bei Personal- und Gerätekosten sowie bei Service-Verträgen⁵⁷ zu sparen und damit längere Wartezeiten für die Patienten in Kauf zu nehmen⁵⁸, was aus übergeordneter Klinikums-

⁵² Mamma-Diagnostik am CCM, interventionelle Radiologie vor allem am CVK.

⁵³ wie z.B. in der Radiologie die Vorgaben zur Konzentrierung von Leistungen und Gerätezusammenlegung

⁵⁴ Nach Auffassung von Wissenschaftsrat und Kultusministerkonferenz (KMK) arbeiten die Hochschulambulanzen meist nicht kostendeckend (Heller 1999).

⁵⁵ bzw. die Versorgung ihrer stationären Patienten durch die vor- und nachstationäre Behandlung günstiger wird

⁵⁶ bzw. ihre Patienten dort vor- und nachstationär untersuchen lassen

⁵⁷ Es gibt verschiedene Service-Stufen, die sich in Preis und Umfang der Leistungen unterscheiden. Umfangreichere Service-Verträge können längere Ausfallzeiten eher vermeiden helfen.

⁵⁸ womit man auch die Auslastung der Geräte besser steuern kann (Fleige 2007)

sicht nicht wünschenswert ist (Klingebiel 2008). Auch hier ist eine zentrumsübergreifende Optimierung notwendig, die in der Verantwortung der Geschäftsführung liegt (Fleige 2007, Klingebiel 2008).

4.3.3.7. Investitionen

Für Investitionen zur Deckung des Ersatzbedarfs und zur Effizienzsteigerung und Rationalisierung im Rahmen der bisher durchgeführten Restrukturierungsmaßnahmen und Personalreduktion fehlen ausreichende finanzielle Mittel (Hamm 2007, Ganten 2007b, Paul 2008) (s. Abschnitt 4.3.2.5). Diese Defizite im Investitionsbereich treffen vor allem das CC6, das in hohem Maße investitions- und technologieabhängig ist (Hamm 2007) und gefährden insgesamt die Wettbewerbsfähigkeit der Charité (Paul 2008).

4.3.3.8. Controlling

Ein zentrales Problem ist die Verlässlichkeit der Daten des Controlling, deren Qualität zur Zeit der Interviews sehr inhomogen ist (Fleige 2007, Hamm 2007, Ganten 2007b, Scheller 2007, Klingebiel 2007)⁵⁹. Das seit Herbst 2006 neu eingeführte zentrale Controlling (Behrends 2007) führt die Daten aus Klinik und Fakultät nach einheitlichen Standards zusammen. Dadurch hat sich die Datenqualität erhöht (Ganten 2007b, Scheller 2007), aber es besteht weiterhin Verbesserungsbedarf bei der peripheren Erfassung und Buchung der Daten⁶⁰, ihrer noch nicht einheitlichen Granulierung und der Zeitnähe ihrer Bereitstellung (Ganten 2007b, Scheller 2007, Fleige 2007)⁶¹. Auf Abteilungsebene besteht zum Interviewzeitpunkt keine Kosten- und Erlöstransparenz, so dass eine betriebswirtschaftliche Effizienzsteuerung nicht möglich ist (Klingebiel 2007). Ab dem Ende des Jahres 2008 wird im Vorstand mit einer verlässlichen, klaren Rechnungslegung gerechnet (Ganten 2007b, Scheller 2007). Das zentrale Unternehmenscontrolling muss zusätzlich noch in Bereichen wie dem Beteiligungs- und Projektcontrolling und Risikomanagement weiter ausgebaut werden (Behrends 2007).

⁵⁹ Vor diesem Hintergrund ist das neue RIS/PACS für das CC6 wichtig, um die Zahlen des Controlling intern zu überprüfen (Hamm 2007) (s. Abschnitt 4.3.3.10).

⁶⁰ Am CT muss beispielsweise die neuroradiologische Leistung auf die entsprechende Kostenstelle „CT-N“ gebucht werden und nicht auf „CT-normal“, sonst lassen sich Daten einzelner Einrichtungen wie der Abteilung Neuroradiologie nicht getrennt abrufen (Fleige 2007).

⁶¹ Um der entscheidungsunterstützenden Informationsfunktion des Controlling gerecht zu werden, müssen beispielsweise auch im Berichtswesen Business Warehouse (SAP-BW) sämtliche Kosten- und Leistungsdaten bis auf die einzelnen Kostenstellen heruntergegliedert einsehbar sein.

Die genaue Zuordnung von Leistungen und Kosten auf die einzelnen Kostenstellen wird im CC6 auch deshalb erforderlich, weil die Leitung in Zukunft den Abteilungen oder Modalitäten Ressourcen entsprechend ihrer Leistungen zuteilen will, und deshalb neben Leistungsmengen auch die genauen Kosten der einzelnen Leistung kennen muss (Fleige 2007). Zudem ermöglicht eine verursachungsgemäße Kostenzuordnung auf einzelne Leistungen eine exakte, an den Kosten orientierte ILV (Fleige 2007). Diese kann adäquate Anreize setzen, weil die Zuweiser in ihrem Anforderungsverhalten die echten Kosten berücksichtigen.

4.3.3.9. Projekte zur Ergebnisverbesserung und PPP

Es existieren an der Charité über 100 Projekte zur Ergebnisverbesserung, die zentral im Projektsteuerungsbüro gesteuert werden und die überwiegend dezentrale, zum Teil hauptamtliche Projektleiter haben (Behrends 2007). Für große Projekte wurde auch der Rat externer Berater hinzugezogen. Das größte Projekt war die Ausgründung des Facility Managements mit einem privaten Partner im PPP-Modell (Behrends 2007). Weitere erfolgreiche Projekte sind die MVZ (Medizinische Versorgungszentren) an jedem Standort, die Laborprojekte, und die der Radiologie (Behrends 2007).

Zukünftige Projekte, die mit Hilfe privater Investoren realisiert werden sollen, sind das neu einzurichtende Partikeltherapiezentrum mit einem Umfang von 150 Mio. € und die Aufstockung des Bettenhochhauses mit sieben zusätzlichen Stockwerken (Behrends 2007). Angesichts der knappen öffentlichen Mittel wird aus Vorstandssicht die Häufigkeit solcher Beispiele für PPP-Modelle zunehmen, bei denen ein privater Geldgeber seine Investition über entsprechende Nutzungsentgelte refinanziert und das Investitionsgut nach dem Ende der Laufzeit in das Eigentum des Auftraggebers übergeht (Behrends 2007).

4.3.3.10. Projekte des CC6

Auch im CC6 gibt es Projekte zur Ergebnisverbesserung. Eines der ersten ist das Projekt der Reorganisation der Radiologien mit der einheitlichen RIS/PACS-Einführung, Geräteclusterung und –zusammenführung und baulichen Maßnahmen (Fleige 2007). Das neue, zu Beginn des Jahres 2008 in Betrieb genommene RIS/PACS, dessen Einführung sich auf Grund von Schnittstellenproblemen mit dem Krankenhaus-Informationssystem (KIS) verzögert hat und das als einheitliches System aller drei Standorte eines der größten in ganz Europa ist, soll den Workflow und die Kommunikation mit den zuweisenden Kliniken verbessern und eine Kontrolle der Daten des Unternehmenscontrolling ermöglichen (Hamm 2007).

Zur Prozessoptimierung innerhalb des CC6 wurde eine neue Aufbauorganisation (Matrixstruktur) eingeführt (s. Abschnitt 4.3.3.5) (Fleige 2007). Daneben soll ein so genanntes Zentrums-Entwicklungsprojekt (ZEP) eine variable Vergütung einführen (Fleige 2007). Die variable Vergütung beruht auf dem „Führen mit Zielen“, die messbar sein müssen und entweder quantitativen (z.B. Leistungszahlen) oder qualitativen (z.B. Freundlichkeit) Charakter haben (Fleige 2007). Weitere Bestandteile des Projekts sind die Definition einer Führungsstruktur, die Kommunikation im Zentrum und ein Feedback- und Beurteilungssystem (Fleige 2007). Ein weiteres Projekt ist das Einkaufsmodell „Best in Class“, bei dem durch eine Bündelung von Bestellmengen bei einem oder wenigen Anbietern Kosten gespart werden sollen (Fleige 2007).

4.3.3.11. *Reformprozess im CC6: Aktueller Stand*

Die Zentrumsbildung im Bereich der bildgebenden Fächer hat zu Verbesserungen in der standortübergreifenden Kommunikation und Zusammenarbeit, der Effizienz und Qualität der Leistungen geführt (Hamm 2007). Die zum Teil unterschiedlichen Kompetenzen der Standorte können sich nun innerhalb des Zentrums besser ergänzen (Hamm 2007).

Bei den Bemühungen des CC6, sich im Wettbewerb nachhaltig aufzustellen, um intern und extern langfristig erfolgreich zu sein, zeigen sich Erfolge zum Beispiel daran, dass im Jahr 2006 die Kosten um 2,6 Millionen € gesenkt werden konnten und auch weiterhin sinken⁶² (Fleige 2007). Das CC6 ist auf Grund des ZEP-Projektes mit variabler Vergütung, dem „Führen mit Zielen“ und der Gesamtentwicklung des Zentrums mit den standortübergreifenden Strukturen aus Sicht der Zentrumsleitung fast allen Zentren voraus⁶³ und wird im internen und externen Vergleich als Vorzeigeklinik bezeichnet (Fleige 2007). Auch in den Augen des Vorstandes ist das CC6 auf Grund der erfolgreichen Projekte ein Vorzeigezentrum, was besonders den internen Kunden in Form des geringeren internen Verrechnungspreises zu Gute kommt (Behrends 2007).

Zur Erschließung zusätzlicher Erlösquellen und weiterer Vorteile geht das CC6 vielfältige Kooperationen ein mit anderen Krankenhäusern⁶⁴, niedergelassenen Radiologen, mit Siemens im Imaging Science Institute (ISI), und in den an jedem Standort zum Teil schon eingerichteten MVZs (Fleige 2007).

⁶² Das liegt vor allem an der RIS/PACS-Einführung, Infrastrukturmaßnahmen, Geräteaufrüstung, baulichen Maßnahmen, Clusterbildung, Gerätezusammenführung, der Matrixstruktur und dem ZEP-Projekt.

⁶³ Das liegt zum Teil auch an dem Vorteil des Zentrums, Dienstleister mit überall ähnlichen Prozessen zu sein (Fleige 2007).

4.3.3.12. *Reformprozess in der Abteilung Neuroradiologie: Aktueller Stand*

Mit der einheitlichen Leitung der Neuroradiologie an den Standorten Mitte und Virchow können durch campusübergreifende Rufdienste, Urlaubsregelungen, Verwaltung und die Remote-Befundung Synergien erschlossen und Personal eingespart werden (Klingebiel 2007). Im Bereich der Qualitätssicherung sind durch einheitliche Protokolle, eine gemeinsame Personalplanung und den Austausch von Personal zwischen den Campi Verbesserungen erreicht worden, beispielsweise eine verbesserte Befundqualität während der Dienstzeiten (Klingebiel 2007).

Verbleibende strukturelle Mängel sind aus Abteilungssicht die mangelhafte und teilweise unzeitgemäße Großgeräteausstattung an verschiedenen Standorten wie beispielsweise am Campus Mitte, dem so genannten Neurozentrum der Charité, an dem seit mehreren Jahren nur ein zeitgemäßes MRT-Gerät zur Verfügung steht, dessen eingeschränkte, anteilige Nutzung für Patienten mit neuroradiologischen Fragestellungen⁶⁵ zu mehrtägigen Wartezeiten führt (Klingebiel 2007). Die Wartezeiten verzögern die Therapie und verlängern die Liegezeiten der Patienten, was im DRG-System sanktioniert wird (s. Abschnitt 4.3.3.6)(Klingebiel 2007). Zentrum und Abteilung können auf die zentralen investiven Maßnahmen jedoch nur sehr begrenzten Einfluss nehmen, so dass diese Produktivitäts- und Effizienzhindernisse nicht zeitnah beseitigt werden (Klingebiel 2007).

4.3.3.13. *Bewertung der Neustrukturierung insgesamt*

Die Umsetzung der neuen Struktur war aus Vorstandssicht schwieriger als erwartet, weil neben der Zusammenführung der Fakultäten die nur oberflächlich vereinten Klinika Virchow und Mitte in ein einheitliches System mit gemeinsamer Verwaltung überführt werden mussten (Ganten 2007b). Der mehrere Jahre in Anspruch nehmende Prozess der Umstrukturierung ist zum Zeitpunkt der Fertigstellung der Promotionsarbeit noch nicht abgeschlossen (Paul 2008).

Insgesamt bewertet der Vorstand die soziale, strategische und die Gesamtausrichtung der Charité positiv und wird in seiner Strategie und den getroffenen Maßnahmen von Wissenschaftssenator, Finanzsenator und Berliner Senat unterstützt (Ganten 2007b). Die Wissenschaft und die Charité wurden auch vom Regierenden Bürgermeister als wichtige Zukunftsfaktoren bezeichnet, was

⁶⁴ auch im Rahmen von Personalgestellungen an andere Krankenhäuser

⁶⁵ ca. 47% der Gesamtmeßzeit

sich unter anderem in der Berufung des Hochschulpolitikers Prof. Dr. J. Zöllner zum Wissenschaftssenator widerspiegelt (Ganten 2007b).

Die Charité hat ihren 2005 errechneten Ergebnisverbesserungsbedarf zur Hälfte erreicht, was auf Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung im Rahmen der Dezentralisierung zurückzuführen ist (Behrends 2007).

4.3.4. Perspektiven

Die strategische Ausrichtung der Charité spiegelt sich aus Vorstandssicht in einem zukunftsweisenden und von der Politik getragenen Unternehmenskonzept wider und wird vor dem Hintergrund, dass der Senat die Universitätsmedizin als wichtigen Zukunftsfaktor erkannt hat, als viel versprechend eingeschätzt (Ganten 2007b). Als Argument für die Wettbewerbsfähigkeit der Charité im Bereich der Krankenversorgung wird das Erreichen der Bundes- und Landesbasisfallwerte angeführt (Ganten 2007b). Vorstand und Aufsichtsrat erwarten, dass die Charité vor dem Hintergrund der bisherigen Halbierung des Ergebnisverbesserungsbedarfs (s. Abschnitt 4.3.3.13) ihr Ergebnisziel bis zum Jahr 2010 erreicht (Behrends 2007). Aus Sicht der Fakultätsleitung wird angeführt, dass die Charité bundesweit die meisten Studienplatzbewerber (8.000) aufweist und im Forschungsranking der DFG⁶⁶ auf Platz 1 steht (Paul 2008). Vor allem auf Grund ihres Humankapitals werden der Charité hier Chancen einer weiterhin positiven Entwicklung eingeräumt (Paul 2008).

Die Weiterentwicklung des Finanzierungssystems nach Fallpauschalen ist Voraussetzung für das Halten des universitären Niveaus und soll durch die Teilnahme der Charité am Kalkulationsverfahren so beeinflusst werden, dass den universitären Erfordernissen und der Innovationsfähigkeit ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stehen (Ganten 2007b). Da die Universitätsmedizin und medizinische Innovationen wichtige Standortfaktoren für Deutschland und Berlin und damit von besonderem Interesse für die Entscheidungsträger der Politik sind, geht der Vorstand von einer in Zukunft ausreichenden Finanzierung aus (Ganten 2007b).

Die künftigen Herausforderungen der Charité im Bereich der Krankenversorgung bestehen im zunehmenden Wettbewerb, der sich durch die Umsetzung von Einkaufsmodellen der Kranken-

⁶⁶ DFG: Deutsche Forschungsgemeinschaft

kassen und eine Lockerung des Kontrahierungszwanges⁶⁷ ergibt und sich dadurch zu einem Preiswettbewerb entwickelt (Behrends 2007). Die Krankenhausplanung wird zu einer reinen Rahmen- bzw. Standortplanung ohne detaillierte Bettenvorgaben für einzelne Fachdisziplinen (Behrends 2007). Daneben verstärkt sich der Wettbewerb um gute Mitarbeiter, bei dem die Charité in der Lage sein muss, auch im Vergleich zu privaten Krankenhäusern wettbewerbsfähige Gehälter zu zahlen und von der Senatsverwaltung unabhängige Vertragsverhandlungen zu führen (Paul 2008). Auch auf dem Gebiet der Forschung und Lehre sind Exzellenzinitiative und die Clusterentwicklung, politische Rahmenbedingungen und Förderprogramme auf größeren Wettbewerb ausgerichtet, so dass zum Bestehen in diesem Wettbewerb Exzellenz erforderlich ist (Behrends 2007). Der bisherige Erfolg der Fakultät wird sich fortsetzen, wenn es gelingt, hervorragende Wissenschaftler an der Charité zu halten bzw. nachzuberufen, was ebenfalls eine unabhängige Vertragsgestaltung voraussetzt (Paul 2008). Daneben ist die Bewältigung des Investitionsstaus im Bereich von Gerätepark und baulicher Konsolidierung eine große Herausforderung, da gegenüber privaten Krankenhäusern bei der Erschließung von Kapital ein Wettbewerbsnachteil besteht (Paul 2008, Ganten 2007b). Im „Bottom-up view“ wurden die Einsparvorgaben und die Vergütung nach Fallpauschalen als größte Herausforderungen für die Charité genannt (Klingebiel 2007).

Eine weitere wichtige Herausforderung ist für den Vorstand das Zusammenwachsen der Charité (Paul 2008) und die Weiterentwicklung der Corporate Identity zur Erhöhung der Motivation und Stärkung des „Wir-Gefühls“, durch die die Visionen des Vorstandes von allen Mitarbeitern unterstützt und verwirklicht werden sollen (Ganten 2007b). Es wird die Entwicklung einer Gesundheitsmarke angestrebt, die sich in Deutschland und der Welt etabliert und eine künftige Führungsrolle der Charité in der nationalen und internationalen Medizin widerspiegelt (Ganten 2007b, Paul 2008). Diese Gesundheitsmarke Charité soll zur 300-Jahr Feier im Jahre 2010 im Rahmen eines großen, internationalen Kongresses präsentiert werden (Motto „Charité – The Future of Medicine“) (Ganten 2007b).

Im „Bottom-up view“ wird die Charité insgesamt auf Grund ihrer Größe, Exzellenz und der förderlichen Rahmenbedingungen⁶⁸ auf einem guten Weg gesehen, trotz vieler und großer Defizite,

⁶⁷ Die Krankenkassen schließen mit einzelnen Krankenhäusern Behandlungsverträge und müssen dann solchen, mit denen sie keinen Vertrag geschlossen haben, die Behandlung ihrer Patienten nicht vergüten.

⁶⁸ Wie z.B. die Berufung von Prof. Dr. J. Zöllner als Wissenschaftssenator, einem Hochschullehrer der Medizin mit einem sehr guten Ruf als Bildungspolitiker (Klingebiel 2008).

die auf Grund eines noch nicht abgeschlossenen Strukturwandels nicht zeitnah behoben werden, und einer verglichen mit Umstrukturierungen in der freien Wirtschaft sehr langsamen Entwicklung der Charité (Fleige 2007, Klingebiel 2007).

4.4. Außenansicht

4.4.1. Träger

Die Wahrnehmung der Charité von Seiten der Politik, in erster Linie vom Wissenschaftssenator und dem entsprechenden Ausschuss für Wissenschaft und Forschung, ist geprägt von dem Bewusstsein um ihre große Bedeutung für den Wirtschafts- und Wissenschaftsstandort Berlin und ihr großes Zukunftspotenzial (Abgeordnetenhaus Berlin 2007a, Zöllner 2007). Aus Sicht des Aufsichtsratsvorsitzenden und Wissenschaftssenators Prof. Dr. J. Zöllner⁶⁹ birgt die Wissenschaft eine große Zukunftschance für Berlin, was Analysen zu den Innovationspotentialen Berlins bestätigten und woraus sich auch die besondere Bedeutung der Charité für die Politik und den Standort Berlin ergäbe (Senatsverwaltung für Bildung, et al. 2007a, Zöllner 2007). Aus Sicht des Senates ist die Charité Teil der Gesundheitsstadt Berlin mit einer Vorreiterrolle auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften (Zöllner 2007). Die „schwierige Lage“ der Charité und die Erfolge des Vorstandes werden anerkannt und die eingeschlagene Richtung überwiegend als grundsätzlich richtig eingeschätzt (Abgeordnetenhaus Berlin 2007a).

Der Aufsichtsratsvorsitzende Prof. Zöllner bewertet die bisherige Umstrukturierung der Berliner Hochschulmedizin als schmerzhaft (Abgeordnetenhaus Berlin 2007b) und in Form und Dimension mit keinem anderen deutschen hochschulmedizinischen Standort vergleichbar (Zöllner 2007). Aus seiner Sicht wurde mit der Neustrukturierung bisher Herausragendes geleistet (Zöllner 2007) und die gefundene, Erfolg versprechende Lösung muss nun mittel- und langfristig stabilisiert werden, ohne dass neue überstürzte und vorgefertigte Konzepte die Entwicklung der

⁶⁹ Prof. Dr. Jürgen Zöllner studierte Medizin in Freiburg und Mainz und habilitierte auf dem Gebiet der Physiologischen Chemie. Er war unter anderem Präsident der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz (1990-1991), Minister für Wissenschaft und Weiterbildung in Rheinland-Pfalz (1991-2001), stellvertretender Ministerpräsident des Landes Rheinland-Pfalz (seit 2006), Bundesbeauftragter im EU-Rat für Bildung, Jugend und Kultur (seit 2005) und Präsident der Kultusministerkonferenz (seit 2007). Außerdem ist er seit dem 24.11.2006 Senator für Bildung, Wissenschaft und Forschung in Berlin (Senatsverwaltung für Bildung, et al. 2007b).

Charité gefährden (Abgeordnetenhaus Berlin 2007b). Das Potenzial der Charité an wissenschaftlichen Möglichkeiten und qualitativ hochwertiger Krankenversorgung wird vom Aufsichtsratsvorsitzenden als einmalig in Deutschland gesehen und ihre Situation in Berlin als gut und attraktiv bewertet (Abgeordnetenhaus Berlin 2007b). Im Vergleich mit der Situation anderer Universitätsklinika in Deutschland sieht er an anderen Standorten, trotz eingeschränkter Vergleichbarkeit der Leistungsfähigkeit, größere Probleme und keine ähnlich guten Lösungswege wie an der Charité (Abgeordnetenhaus Berlin 2007b). Ziel ist die weitere Förderung der Berliner Hochschulmedizin im nationalen und internationalen Forschungswettbewerb (Zöllner 2007).

4.4.2. Medien

Da das Bild der Charité in der Öffentlichkeit durch die Berichterstattung der Medien widergespiegelt und geprägt wird, werden im Folgenden die wichtigsten Themen mit Bezug zur Charité dargestellt, die seit Beginn der Charité-Reform (etwa 2003) die Medien⁷⁰ beherrschten. Außerdem werden Meinungsbilder zu Reform, finanzieller Situation und Forschungsleistungen der Charité erfasst. Es folgt ein Vergleich der Außenwahrnehmung der Charité und der medizinischen Fakultät der LMU München, beispielhaft erstellt anhand der Archive zweier überregionaler deutscher Tageszeitungen.

Häufig wiederkehrende Themen in der Medienrecherche der letzten Jahre waren (in absteigender Aktualität) die Zusammenarbeit der Charité mit dem privaten Klinikbetreiber Helios am Campus Buch („Klinik-Skandal“), das Ausscheiden des Klinikdirektors Dr. Behrends, die steigenden Kosten für den geplanten Vorklinik-Neubau, die Vorgänge um Krankenschwester Irene B., Tarifkonflikte und Ärztestreiks sowie die Gründung der Charité Facility Management GmbH.

Von einem „Klinik-Skandal“ war in den Medien zu lesen, nach dem am 22. November 2007 erstmals berichtet wurde, dass aus Landes-Forschungsmitteln vergütete Ärzte und Angestellte der Charité seit mehreren Jahren in der Krankenversorgung des privaten Klinikbetreibers Helios eingesetzt wurden, ohne eine nachweisbare Erstattung dieser Kosten durch das Unternehmen Helios. Der dadurch entstandene Verlust für die Charité wurde mit 15 Millionen € angegeben (Kotlorz 2007)⁷¹. Die auch in den Medien zu findende Erklärung des Charité-Vorstandes war,

⁷⁰ in erster Linie regionale (Tagesspiegel) und überregionale (die Zeit, die Welt, die FTD und die FAZ) Zeitungen

⁷¹ Seit 2001 ist am Campus Buch Helios für die Krankenversorgung zuständig, während die Charité weiterhin Forschung und Lehre übernimmt. Von dieser Kooperation profitieren beide (Kotlorz 2007).

dass Ärzte der klinischen Forschung zwangsläufig auch Beiträge zur Krankenversorgung leisten, eine exakte Kostentrennung dieser Bereiche nicht möglich ist (Kotlorz 2007) und es daher keinen so genannten Millionen-Skandal an der Charité gegeben habe (Treichel 2007). Von der Aufsichtsratssitzung am 14.12.2007 wurde berichtet, dass die Außenstände für die Jahre 2001 bis 2006 von einem Wirtschaftsprüfer ermittelt werden sollen, der Aufsichtsratsvorsitzende aber nicht am korrekten Handeln des Vorstands zweifele (Treichel 2007).

Kurz zuvor war bekannt geworden, dass sich die Charité von Klinikumsdirektor Dr. Behrend Behrends nach wenig mehr als 3 Jahren trennt (Goldstein 2007). Die Einstellung eines ehemaligen Stasi-Majors und Beanstandungen des Landesrechnungshofes über unangemessene finanzielle Leistungen an Charité-Führungskräfte wurden als Gründe genannt (Goldstein 2007)⁷².

Neben dem für das Jahr 2008 vom Staatssekretär der Senatswissenschaftsverwaltung erwarteten Defizit der Hochschulambulanzen von 13,1 Millionen € war auch die Mitteilung über die „Kostenexplosion“ des geplanten Vorklinik-Neubaus (86 Mio. statt 56 Mio.€) zu finden, wobei als Ursachen die fehlende Berücksichtigung wichtiger Ausstattungsbestandteile und der speziellen Bodenbeschaffenheit in den Planungen angeführt wurden (Goldstein 2007).

Für bundesweite Aufmerksamkeit sorgten die Tötungsdelikte der im Oktober 2006 festgenommenen und mittlerweile zu lebenslanger Haft verurteilten (Kotlorz 2007) Krankenschwester Irene B. (Goldstein 2007). Es wurde berichtet, dass die Charité als Reaktion auf diese Vorgänge eine Kommission für Patientensicherheit einsetzte, deren Gutachten der entsprechenden kardiologischen Intensivstation keine optimale Kompetenz für eine stabile und angemessene medizinische Versorgung bescheinigte (Kotlorz 2007, Goldstein 2007). Des Weiteren wurden als Beispiele für Negativ-Schlagzeilen der Charité die im August 2007 im Heizkeller des CBF gefundene Leiche eines Obdachlosen und das Steckenbleiben eines Patienten in einem Aufzug des CBF für drei Tage im Juli 2006 genannt (Goldstein 2007).

Ein über lange Zeit die Medien bestimmendes Thema mit Bezug zur Charité waren die Tarifkonflikte und drohenden Streiks an der Charité. Die diesbezügliche Berichterstattung endete mit der Nachricht über eine erzielte Einigung durch Zustimmung des Aufsichtsrates zu einem Tarifkompromiss Anfang November 2006 (o.V. 2006b).

⁷² Von Seiten der Charité wurde als Grund die in Zukunft notwendige personelle Kontinuität bei den anstehenden langfristigen Entscheidungen angeführt (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2007c).

In einem Dossier vom 17.8.2006 in der Financial Times Deutschland (Förster 2006) wurde die Ausgründung des Facility Managements analysiert⁷³. Das Erreichen der ehrgeizigen Ziele wurde bezweifelt, wobei der Autor als Ursachen eines drohenden Misserfolgs „interne Machtkämpfe, Streit um Verträge, Chaos beim Controlling“ und Schnittstellenprobleme zwischen Charité und CFM anführte. Die Ausgründung wurde als bisher in dieser Größe und Komplexität in Europa einmaliges Experiment bezeichnet (Förster 2006). Zur Kontrolle des Vergabeverfahrens und der tatsächlichen Einsparungen fand eine Prüfung des Rechnungshofes statt (Förster 2006), die Fehler bei der Vergabe in Form von durch das Konsortium zu niedrig berechneten Einzelpreisen beim Bieterverfahren feststellte, die aktuell zu deutlichen Mehrkosten führen (Kotlorz 2006). Außerdem wurde kritisiert, dass bei der Vergabe kleinere mittelständische Unternehmen nicht berücksichtigt wurden (Fahrun 2005).

Des Weiteren finden sich auch einige Meinungsbilder zur Situation der Charité.

In der „Zeit“ erschien am 2.6.2005 ein Beitrag zu der finanziell angespannten Lage der Charité und ihrem Sparprogramm (Albrecht 2005). Darin wurde die Frage aufgeworfen, ob diese Sparzwänge nicht die wissenschaftliche Qualität der Charité in Gefahr bringen. Es wurde aber auch die Möglichkeit dargestellt, dass der Strukturwandel in der Berliner Hochschulmedizin die klinische Forschung voranbringen könne.

„Die Welt“ berichtete am 16.6.2007 über die Fortschritte und wirtschaftlichen Erfolge bei der Sanierung (Köhler 2007). Es wurde gleichzeitig aber auf die Erfordernis weiterer Einsparungen in Form von Personalabbau, Veräußerung von Immobilien, Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich und einer Zentrums-übergreifenden Zusammenlegung von Ambulanzen, Laboren, OP-Räumen und Stationen hingewiesen (Köhler 2007).

Ein Artikel im Tagesspiegel vom 8.6.2007 (Schlicht 2007) bescheinigte der Charité einen Spitzenplatz in der deutschen Hochschulmedizin, da sie beispielsweise im Forschungsranking des Centrums für Hochschulentwicklung (CHE) in der Hochschulmedizin an erster Stelle stehe. Die durch die Fusion der Charité entstandenen Netzwerke in der Berliner Forschungslandschaft und

⁷³ Die Ausgründung der nicht-medizinischen Dienstleistungen an der Charité in die Charité Facility Management GmbH (CFM GmbH) zu Anfang des Jahres 2006 ist ein Beispiel für die Umsetzung eines PPP-Modells. Dadurch sollten bis zum Jahre 2010 42 Mio. € eingespart werden (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006a). Gesellschafter dieser GmbH sind die Charité als Hauptgesellschafterin und ein Betreiber-Konsortium. Die Einsparpotentiale resultieren aus der Bündelung der Leistungen und ihrer gemeinsamen Steuerung, durch die hohe Synergieeffekte erschlossen werden und aus der Markterfahrung des privaten Betreibers (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006a).

die Brückenfunktion der Charité zwischen den Universitäten wurden hervorgehoben. Auch die Erfolge der Charité bei der Exzellenzinitiative (mit einer erfolgreichen Graduiertenschule zu dem Thema „Mind and Brain“) wurden beleuchtet⁷⁴. Ein früherer Artikel des Berliner Tagesspiegels (Schlicht 2005) bezeichnete die Charité als „Leuchtturm“ und „Leitbild für den Wissenschaftsstandort Berlin“, da sie unter den vier Berliner Universitäten die meisten Forschungsdrittmittel einwerbe und eine der deutschen Universitäten mit den meisten Großvorhaben in der Forschung⁷⁵ sei. In den Sparzwängen und der politischen Einflussnahme wurde eine Bedrohung dieser herausragenden Stellung gesehen (Schlicht 2005).

Zur Beurteilung der Außendarstellung der Charité in den Medien im Vergleich zu einer anderen großen hochschulmedizinischen Einrichtung (hier der LMU auf Grund ihrer ähnlichen Größe, s. Abschnitt 3.4.3) wurden die in zwei großen überregionalen Tageszeitungen („Die Welt“ und „Süddeutsche Zeitung“) innerhalb des Jahres 2007 erschienenen Artikel mit Bezug zu den beiden Fakultäten und Klinika verglichen. Dazu wurden die verschiedenen Artikel in einzelne Kategorien eingeteilt, die den folgenden Tabellen zu entnehmen sind.

Kategorie	Charité	LMU ⁷⁶
Studien und Forschungsergebnisse/ -vorhaben/ -zentren/ -zuschüsse	60	4
Expertenmeinungen/ -interviews/ -gutachten	99	4
Projekte, Initiativen, Ausgründungen, Kooperationen, Innovationen	16	-
(Prominente) Patienten, Mitarbeiter, Studenten, Geburten	66	-
Negativ-Schlagzeilen (Charité: Irene B., Helios-„Skandal“, Leiche im Keller, Kostenexplosion Vorklinik-Neubau)	105	-
Sonstiges, neutral/positiv (Beratungen, Spenden, Katastrophenübung, Medizintourismus, Ausstellung, Kongresse, Vorträge, „Groß-OP“, E-Learning)	103	-
Landeszuschuss, Beraterkosten, Investitionsbedarf, Masterplan, Sanierung, Geräte-Ausstattung	34	-
Summe	486	8

Tabelle 1: Artikel im online-Archiv der Welt (www.welt.de) in der Zeit vom 1.1.2007 bis 1.1.2008 bei der Suche nach "Charité" bzw. nach "LMU", nach Kategorien sortiert

⁷⁴ Auch im zweiten Teil der Exzellenzinitiative war die Charité mit einem Exzellenzcluster und zwei Graduiertenschulen erfolgreich (sie erhält in den nächsten fünf Jahren für diese Projekte mind. 54 Mio. € an direkten Fördergeldern) und liegt damit an der Spitze aller deutschen Medizinfakultäten (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2007c).

⁷⁵ die Sonderforschungsbereiche der Charité

⁷⁶ Es wurden in erster Linie Artikel mit Bezug zur medizinischen Fakultät bzw. zum Universitätsklinikum der LMU eingeschlossen.

Kategorie	Charité	LMU ⁷⁶
Studien und Forschungsergebnisse/ -vorhaben/ -zentren/ -zuschüsse	10	24
Expertenmeinungen/ -interviews/ -gutachten	17	15
Projekte, Initiativen, Ausgründungen, Kooperationen, Innovationen	2	12
(Prominente) Patienten, Mitarbeiter, Studenten, Geburten	19	8
Negativ-Schlagzeilen (Charité: Irene B., Helios-„Skandal“, Leiche im Keller, Kostenexplosion Vorklinik-Neubau)	13	-
Sonstiges, neutral/positiv (Beratungen, Spenden, Katastrophenübung, Medizintourismus, Ausstellung, Kongresse, Vorträge, „Groß-OP“, E-Learning)	11	25
Landeszuschuss, Beraterkosten, Investitionsbedarf, Masterplan, Sanierung, Geräte-Ausstattung	3	14
Summe	75	98

Tabelle 2: Artikel im online-Archiv der Süddeutschen Zeitung (www.sueddeutsche.de) in der Zeit vom 1.1.2007 bis 1.1.2008 bei der Suche nach "Charité" bzw. nach "LMU", nach Kategorien sortiert

Insgesamt zeigt sich, dass die Charité in der in Berlin erscheinenden „Welt“ im Betrachtungszeitraum deutlich häufiger erwähnt wurde, als die LMU (486 zu 37) oder als die Hochschulmedizin der LMU (486 zu 8), während das Verhältnis in der in München erscheinenden „Süddeutschen Zeitung“ umgekehrt war (75 zu 542 bzw. 75 zu 98). Allerdings lag die Häufigkeit der Erwähnung in der „Süddeutschen Zeitung“ für die Universitätsmedizin beider Städte in einer ähnlichen Größenordnung.

Forschungsergebnisse, Studien, Projekte und Zitate von Experten zu bestimmten Themen fanden sich bei beiden Fakultäten in mindestens einem Drittel aller Artikel. Prominente Patienten wurden bei der LMU gar nicht, bei der Charité hingegen in insgesamt 11 Artikeln erwähnt. Außerdem spielten bei beiden Standorten auch Berichte über die wirtschaftliche Situation der Klinika, über Investitionen und Organisationsstruktur eine Rolle.

Auffällig ist, dass in der Kategorie „Negativ-Schlagzeilen“ in beiden Zeitungen keine Meldungen über die Hochschulmedizin der LMU zu finden waren, während die Berichterstattung über die Charité in dieser Kategorie jeweils etwa ein Fünftel aller Charité-Artikel ausmachten. Den größten Anteil (etwa 70%) an dieser Kategorie hatten die Meldungen über den Prozess der Krankenschwester Irene B (s.o. in diesem Abschnitt).

4.4.3. Struktureller Vergleich mit der Abteilung Neuroradiologie der LMU München

Die Neuroradiologie der LMU München ist auf Grund der Größe des zugehörigen und zu versorgenden Universitätsklinikums am ehesten mit der Neuroradiologie der Charité vergleichbar (s. Abschnitt 3.4.3). Das Ziel des Gesprächs mit dem Leiter der Neuroradiologie der LMU München und Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie Prof. Dr. H. Brückmann am 2.10.2007 war, einen Vergleichsmaßstab zu liefern für die Bedingungen und die betriebswirtschaftlichen Strategien einer großen deutschen universitären Neuroradiologie und gleichzeitig eine Einschätzung des Präsidenten der entsprechenden Fachgesellschaft zu den Perspektiven der universitären Neuroradiologie zu gewinnen.

Die Neuroradiologie der LMU München ist eine auf struktureller Ebene selbständige Abteilung, deren C3-Professor organisatorisch dem Lehrstuhl des Instituts für Radiologie zugeordnet ist (Brückmann 2007). Die Abteilung ist eigenständig in Personalangelegenheiten, in der Verwendung des zugewiesenen Budgets, in der Erlösaufstellung und der Anfertigung einer eigenen Bilanz (Brückmann 2007). Die Abteilung Neuroradiologie der LMU München bekommt vom Vorstand (der Verwaltungsdirektion) ein Budget, das sich an den Kosten des vergangenen Jahres orientiert (Brückmann 2007). Es gibt im Universitätsklinikum der LMU keine interne Leistungsverrechnung, da jeder Bereich ein Budget entsprechend der vergangenen Kosten erhält (Brückmann 2007). Da allerdings Verwaltungsdirektion und ärztliche Direktion des Universitätsklinikums der LMU München zum 1. Oktober 2007 neu besetzt wurden, werden für die Zukunft eine Änderung der Budgetermittlung und eine Einführung von Profitcenter-Strukturen erwartet (Brückmann 2007).

Sollte sich eine Überschreitung des Budgets abzeichnen, kann bei rechtzeitiger Mitteilung an das Controlling das Budget noch angepasst werden, und es wird eine Vergütung der Mehrleistungen mit den Krankenkassen ausgehandelt (Brückmann 2007). Anreize, das Budget zu unterschreiten oder einzuhalten gibt es bisher nicht (Brückmann 2007). Im Bereich der Investitionen gibt es ein Budget für Kleingeräte, das angespart werden kann (Brückmann 2007). Die von der Radiologie und Neuroradiologie benötigten Großgeräte wurden bisher über das HBMG-Verfahren beantragt und nach vier bis acht Jahren eventuell bewilligt, so dass vielfältige Kooperationen zwischen Kliniken und Industrie entstanden sind (Brückmann 2007). Die Budgets für Krankenversorgung und für Forschung und Lehre sind an der LMU seit 2006 getrennt (Brückmann 2007). In For-

schung und Lehre werden die Mittel leistungsorientiert vergeben, nach Impact-Punkten und Lehrtätigkeit (Brückmann 2007).

Kooperationen der Neuroradiologie in München gibt es vor allem über die Telemedizin, wobei die Abteilung in einem bayrischen Verbund-Projekt mehreren Kliniken angeschlossen ist und konsiliarisch bei bestimmten Untersuchungen um Rat gefragt wird (Brückmann 2007). Dabei stehen allerdings nicht ökonomische Aspekte, sondern die Optimierung der medizinischen Versorgung im Vordergrund (Brückmann 2007). Trotzdem ist die Telemedizin aus Sicht der wissenschaftlichen Fachgesellschaft auch eine Möglichkeit für die Neuroradiologie, zusätzliche Erlösquellen zu erschließen (Brückmann 2007).

4.4.4. Studentische Sicht

Dieser Erfahrungsbericht bezieht sich auf im Rahmen des Praktischen Jahres gewonnene Einblicke in Inhalte und Abläufe der Leistungsprozesse der Abteilung Neuroradiologie am Campus Mitte. Beispielhaft sollen diese Prozesse anhand von zwei Arbeitstagen illustriert werden, die durch die jeweils unterschiedliche Großgerätenutzung strukturiert werden.

Am Standort Mitte standen im Bereich der MRT-Untersuchung der Abteilung 2 MRT-Geräte zu unterschiedlichen Zeiten zur Verfügung. Der Magnetom Symphony Scanner (Siemens) aus dem Jahr 2001 wurde von der Neuroradiologie an drei Vormittagen von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr und an zwei Nachmittagen von 13.00 bis 21.30 Uhr genutzt, zu den übrigen Zeiten von der allgemeinen Radiologie (Herz, Abdomen und Becken). Der zweite MR Tomograph (Magnetom Vision, Siemens) aus dem Jahr 1996 befand sich in einem Container außerhalb des Gebäudes und konnte aus technischen Gründen nur noch für bestimmte Messungen genutzt werden (Klingebiel 2008).

MRT-Frühschicht (Die MRT-Frühschichttage sind die Tage Montag, Mittwoch und Freitag.)

7:30 Uhr

Jetzt beginnt der Arbeitstag für die Ärzte und Studenten. Alle Ärzte aus der allgemeinen Radiologie und der Neuroradiologie treffen sich im großen Demonstrationsraum. In der Regel findet eine Fortbildung mit Falldemonstrationen oder, zumeist einmal pro Woche, ein wissenschaftlicher Vortrag statt. Der Assistenzarzt der Neuroradiologie, der das so genannte Diensthandy hat, kommt als zentraler Ansprechpartner für das gesamte Klinikum meist nicht dazu

daran teilzunehmen. Notfall-CTs, meistens Schlaganfallpatienten, werden dem Arzt über dieses Handy angekündigt oder er wird von der technischen Assistentin (MTA) am Scanner dazu gerufen.

Bei Rückfragen und in besonders schwierigen Fällen kann sich der Assistent an den Oberarzt oder Abteilungsleiter wenden. Der Oberarzt war während der Anwesenheit des Abteilungsleiters vertretungsweise am Campus Virchow eingesetzt, so dass nur ein Facharzt, der Abteilungsleiter, zur Verfügung stand.

8:00 Uhr – 13.00 Uhr

Die Frühbesprechung ist zu Ende, und die MR-Schicht hat zumeist bereits begonnen. Als Student ist man gefordert, bei der Aufklärung der Patienten mitzuwirken sowie venöse Zugänge zu legen und bei der Lagerung des Patienten zu helfen. Der Arzt, der die MRT Schicht am Vormittag führt ist ausschließlich hierfür eingeteilt, während die CT-Untersuchungen und ärztliche telefonische Nachfragen von einem weiteren Assistenzarzt versorgt werden.

In der MR-Schicht wird für einen einzelnen Patienten eine Stunde Messzeit vorgesehen, wobei sich die Zahl der Patienten durch so genannte „Einschübe“, in der Regel Patienten der Rettungsstelle und der Intensivstationen, erhöht.

14:00 – 20:00

In dieser Zeit, nach dem Ende der MR-Schicht, werden Befunde geschrieben und weiterhin die CT-Untersuchungen betreut. Außerdem finden einige MR-Untersuchungen im Container – MRT statt. Der normale Dienst endet um 16.00 Uhr, ein Assistenzarzt bleibt im Spätdienst jedoch bis 20.00 Uhr.

MRT-Spätschicht (Die MRT-Spätschichttage sind die Tage Dienstag und Donnerstag.)

7.30 – 8.00 Uhr

Auch an diesen Tagen finden Notfalluntersuchungen, in der Regel von im Nachtdienst aufgenommenen Patienten, im MRT (Symphony) statt; darüber hinaus sind CT-Notfalluntersuchungen zu betreuen.

8.00 - 13.00 Uhr

Am weiteren Vormittag finden MR-Untersuchungen im Container-MRT statt, die von einem Arzt betreut werden, während sich ein weiterer Arzt um die CT-Untersuchungen kümmert.

13.00 - 21.30 Uhr

Die MR-Schicht, in der etwa 8-12 Patienten untersucht werden, beginnt. Der neuroradiologische Assistenzarzt des Spätdienstes nimmt seine Tätigkeit um 13 Uhr auf und bleibt bis zum Ende der Spätschicht, in der Regel bis etwa 21:30 - 22 Uhr. Er muss (nachdem der Dienst der anderen Ärzte um 16.00 Uhr endet) sich gleichzeitig um die MRT-Untersuchungen, CT-Untersuchungen und die Befundung kümmern. Aus studentischer Sicht ist das eine Herausforderung, die ein zügiges Arbeiten und ein gutes Maß an Belastbarkeit erfordert.

An den Geräten und in den Gesprächen mit zuweisenden Ärzten anderer Kliniken kam es gelegentlich zu kontroversen Diskussionen, da aufgrund eines Messzeitenmangels und teilweise mehrtägiger MR-Wartezeiten vielfältige Strategien angewendet wurden, den eigenen Patienten doch noch kurzfristig vor Entlassung oder Behandlung auch ohne Notfallindikation ein MRT zu ermöglichen.

Während der MR-Schichten fiel auf, dass es gerade in den Nachmittagsstunden zu Wartezeiten auf die Patienten kam und das Gerät dabei teilweise leer stand. Der Hol- und Bringdienst schien überlastet zu sein. Aber auch während der Vormittagsschichten kam es zu Verzögerungen, insbesondere dann, wenn die Patienten Einschränkungen unterworfen waren (nicht ansprechbar, nicht aufklärungsfähig, unklare Implantate).

Die MRT-Untersuchung von Intensivpatienten war besonders zeitintensiv und erforderte eine Vorbereitung von mindestens einer halben Stunde sowie eine funktionierende Absprache zwischen Neuroradiologie, Intensivstation und Anästhesie; nur entsprechend vorbereitetes und aufgeklärtes Personal durfte den Patienten im MRT-Untersuchungsraum betreuen.

Trotz der hohen Arbeitsbelastung nahmen sich die Assistenten Zeit, Studenten (Famulanten und PJ-Studenten) zu unterrichten und in die Abläufe einzubeziehen. Gelegenheit zur wissenschaftlichen Tätigkeit bestand für die Assistenzärzte während der regulären Arbeitszeit in der Regel nicht, so dass sie häufig in den Abendstunden im Rahmen von Studienauswertungen oder Messungen anzutreffen waren.

4.5. Wettbewerber als Eliteuniversität

Ein Vergleich der Charité mit einer bedeutenden amerikanischen universitätsmedizinischen Einrichtung (Harvard Medical School, HMS) sollte grundlegende Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufzeigen.

Die in bedeutenden Rankings wie dem des US News and World Report im Bereich der Forschung an erster Stelle stehende Harvard Medical School (U.S. News & World Report 2007) ist in folgender Tabelle 3 bezüglich einiger grundlegender Daten der Charité-Universitätsmedizin Berlin (CUB) gegenüber gestellt. Dabei ist zu beachten, dass die HMS nur die medizinische Fakultät umfasst, die im Rahmen des Kooperations- bzw. Distanzmodells (s. auch Abschnitt 5.2.3) kein eigenes Universitätsklinikum besitzt, sondern deren gesamte praktische Ausbildung an Lehrkrankenhäusern („teaching affiliates“) stattfindet (Harvard Medical School 2008).

	Harvard Medical School	Charité-Universitätsmedizin Berlin
gegründet	1782	1710
Mitarbeiter ¹	10.458	14.400
Professoren	287	300
Jahresumsatz	800 Millionen Dollar ²	1 Milliarde Euro
Studierende	1.331 ³	7.500
Drittmittel jährlich	28,5 Millionen Dollar ⁴	100 Millionen Euro
Staatliche Zuschüsse für F&L	194 Millionen Dollar	231 Millionen Euro ⁵
Stiftungskapital	4 Milliarden Dollar	10,5 Millionen Euro ⁶
Studiengebühren / Jahr	41.646 Dollar	keine

¹ Die Mitarbeiter der HMS umfassen nur solche der Fakultät, während an der CUB auch diejenigen des Klinikums dazugehören.

² Für die HMS steht zum Vergleich nur das Budget der Fakultät zur Verfügung.

³ Nicht mitgezählt sind die Studenten der Zahnmedizin, bei 4 Jahren Regelstudienzeit und 35 Plätzen pro Jahr also mindestens 140.

⁴ Für die HMS stehen zum Vergleich nur die privaten Zuschüsse zur Verfügung, es ist aber unklar, ob diese wie die Drittmittel ausschließlich projektgebunden vergeben werden.

⁵ aus dem Jahr 2006

⁶ Kapitalstock der Stiftung Charité, Stand 18.4.2007 (Humboldt-Universität zu Berlin, et al. 2007)

Tabelle 3: Vergleich der HMS und der CUB (Harvard Medical School 2008) (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2008b)

Ein grundsätzliches Problem bei dieser Gegenüberstellung ist, dass wichtige Größen wie der Umsatz, die Mitarbeiterzahl und allgemein Finanzberichte oder Jahresabschlüsse bei beiden Fakultäten sich auf eine unterschiedliche Aufgabenverteilung beziehen (Finanzberichte der HMS betreffen nur die Fakultät, die der Charité auch das Klinikum). Die Charité ist also insofern nicht ohne weiteres mit der Harvard Medical School vergleichbar, als beide sehr unterschiedlich aufgebaut sind, was in erster Linie mit dem grundsätzlich unterschiedlichen Verhältnis zwischen akademischer Krankenversorgung und Forschung und Lehre in Deutschland und den USA zusammen hängt (s. Abschnitt 5.2.3).

Allerdings lässt sich an Hand des obigen Vergleichs beider Fakultäten (Tabelle 3) feststellen, dass die HMS auch ohne Aufgaben in der Krankenversorgung über ein Budget und staatliche Zuschüsse verfügt, die fast diejenigen der Charité erreichen (nur etwa 20% weniger, je nach Wechselkurs), aber mit einem etwa 400-fach höheren Stiftungskapital (je nach Wechselkurs) ausgestattet ist. Eine weitere Erlösquelle der HMS sind die Studiengebühren (s. Tabelle 3). Die HMS hat eine ähnliche Anzahl an Professoren, dafür aber nur etwa ein Fünftel der Studierenden der Charité.

5. Diskussion

5.1. Bewertung der übergeordneten Rahmenbedingungen des Reformprozesses

5.1.1. Herausforderungen

Die im vergangenen Jahrzehnt getroffenen, prägenden hochschul- und gesundheitspolitischen Entscheidungen, vorwiegend durch den Berliner Senat als Hochschulträger, wurden auf dem Boden vielfältiger Problemstellungen getroffen, die in erster Linie charakterisiert waren durch die Haushaltslage des Landes Berlin, eine hochschulmedizinische Überversorgung als Folge der Wiedervereinigung, einen Investitionsstau der Universitätsklinika und den Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems bezüglich der Vergütungsmaßstäbe (s. Abschnitt 4.1.3).

Der Berliner Senat wies in seinem Finanzplan für die Jahre 2002 bis 2006 darauf hin, dass sich Berlin in einer in der Geschichte bislang einzigartigen Finanzkrise befinde (Senatsverwaltung für Finanzen 2002). Aus diesem Grund habe die „schmerzhafte und nachhaltige“ Reduzierung der Ausgaben in allen Lebensbereichen, auch im Gesundheitswesen, in der Finanzplanung des Landes Berlin für den Senat Priorität (Senatsverwaltung für Finanzen 2002).

Der Wissenschaftsrat wies darauf hin, dass sich nach der Wiedervereinigung von Ost- und Westberlin ein vergleichsweise hoher Bestand universitärer Planbetten ergab, der eine hohe Belastung für die Finanzierungsträger (Krankenkassen, Land und Bund) darstellte und einen Bettenabbau erforderte, der in seinem Ausmaß in der Bundesrepublik bisher einmalig sei (Wissenschaftsrat 1997).

Während die zunehmende Erfordernis von mehr Effizienz in der Leistungserbringung eine zeitgemäße apparative Ausstattung voraussetzt, wird der bauliche und apparative Standard in den Universitätsklinika kritisch gesehen: „Während private Anbieter derzeit Kliniken bauten und in Großgeräte investierten, um effektiver in der Krankenversorgung zu werden, seien die Unikliniken seit Jahrzehnten im Investitionsrückstand.“ (Rochus Fisches GmbH 2006).

Bereits 1997 forderte der Wissenschaftsrat eine Erhöhung der für Investitionen in der Berliner Hochschulmedizin zu Verfügung stehenden Beträge, die aus seiner Sicht auch für dringende Baumaßnahmen der Universitätsklinika unzureichend waren (Wissenschaftsrat 1997).

5.1.2. Strukturelle Besonderheiten

Die erfolgreiche Teilnahme am wissenschaftlichen und klinischen Wettbewerb, dem sich das Universitätsklinikum Charité stellen muss, setzt Handlungsfreiheiten bezüglich der Gestaltung struktureller Rahmenbedingungen voraus. Im Unterschied zu privatwirtschaftlichen Unternehmen oder privatwirtschaftlich organisierten Medizinfakultäten wie beispielsweise der Harvard Medical School (s. Abschnitt 4.5) ist die Charité jedoch vielfältigen Einschränkungen der wirtschaftlichen Gestaltungsfreiheit unterworfen, die auch aus Vorstandssicht ihre Möglichkeiten der Ergebnisverbesserung und Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit begrenzen (Ganten 2007b).

Aus volkswirtschaftlicher Sicht handelt es sich beim Markt für Krankenhausleistungen um einen stark regulierten Markt. Durch den Krankenversicherungsschutz des Einzelnen soll das finanzielle Risiko der Krankheit gestreut und das Wohlergehen risikoscheuer Bürger erhöht werden, was eine freie Preisbildung verhindert und damit zum Marktversagen führt: da der Verbraucher den Preis eines Gutes nicht zu tragen hat, drückt seine Nachfrage auch nicht mehr seine Wertschätzung in Bezug zur Knappheit des Gutes aus, so dass der Preis nicht mehr zur optimalen Allokation von Ressourcen führt (Breyer, et al. 2005). Deshalb werden die finanziellen Mittel für die stationäre Versorgung nach genau vom Gesetzgeber festgelegten Regeln zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen ausgehandelt (Breyer, et al. 2005). Mit der Einführung der Vergütung durch Fallpauschalen sind die Preise für Leistungen staatlich vorgegeben und eine Preispolitik nicht möglich (Dahlgaard, et al. 2000).

Krankenhaus und Universitätsklinikum können zudem nicht wie ein herkömmliches Dienstleistungsunternehmen das eigene Leistungsprogramm in Art, Menge und Zeitraum selbständig bestimmen, da sie durch die Krankenhausplanung der Länder und den Versorgungsauftrag zur Vorhaltung bestimmter Leistungen verpflichtet sind (Dahlgaard, et al. 2000). Ebenso können unwirtschaftliche Bereiche nicht abgestoßen werden (Dahlgaard, et al. 2000).

Da Preise nicht und Mengen kaum von den Anbietern beeinflusst werden können, bleibt nur noch ein Wettbewerb über die Qualität (Meinhold 2004b, Lungen, et al. 2002).

Diese Merkmale sind wesentliche Hindernisse bei der Verwirklichung von wirtschaftlich erfolgreichen, eigenständigen „Profitcentern“ im Krankenhaus und begrenzen die Verantwortung eines Zentrums (oder einer Abteilung) für das wirtschaftliche Ergebnis (Dahlgaard, et al. 2000).

Zudem unterliegen Universitätsklinika wie die Charité dem öffentlichen Dienst- und Tarifrecht mit seinen Versorgungssystemen, welches Kostensenkungen und Flexibilität im Personalbereich

einschränkt (Paul 2008, Behrends 2000, Meinhold 2004a). Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) fordert deshalb eine Änderung der Zuständigkeiten, damit die Tarifpolitik in den Händen der Klinika und Fakultäten liege (Richter-Kuhlmann 2008).

Daneben ermöglicht die Trägerstruktur der Charité die Einflussnahme durch die Politik, was eine Kontinuität der Rahmenbedingungen gefährdet (Abgeordnetenhaus Berlin 2007b) und die Durchführung „unpopulärer“ Maßnahmen beeinträchtigt oder verhindert.

5.2. Bewertung der Zielsetzungen und Reforminhalte

Vor dem Hintergrund der beschriebenen übergeordneten strukturellen, wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen erließ das Land Berlin Vorgaben für eine Neustrukturierung der Berliner Hochschulmedizin, die in der Fusion der vormals getrennten medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika, der Errichtung der „Charité-Universitätsmedizin Berlin“ als Körperschaft des öffentlichen Rechts (§2 Abs.1 HS-Med-G) und der Erstellung einer Satzung (§5 Abs.1 HS-Med-G) und eines Unternehmenskonzeptes (§13 Abs.2 des BerlUniMedG) durch den Vorstand bestehen.

Die daraus abgeleiteten Paradigmen der Charité-Reform sind im Wesentlichen die Errichtung einer selbständigen Anstalt öffentlichen Rechts⁷⁷, die Zentrenbildung zur Dezentralisierung von Entscheidungs- und Verantwortungsgewalt, das Festhalten am Integrationsmodell zur Nutzung von Synergien und daraus entstehender Wachstumspotentiale zwischen Krankenversorgung sowie Forschung und Lehre und das Festhalten am Modell der staatlichen Trägerschaft (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d). Weitere Ziele bestehen in der Entwicklung zu einem Exzellenzzentrum der Grundlagenforschung und der klinischen Forschung (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2005c), zu einem „Leuchtturm der Lebenswissenschaften“ (Pressestelle der Charité 2005) und in der Entwicklung eines Leit- und Erscheinungsbildes, einer Corporate Identity und eines erfolgreichen Marketing für den Auftritt am Markt (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d).

⁷⁷ im Gegensatz zur früheren unselbständigen Anstalt der Universität ohne eigene Rechtspersönlichkeit

5.2.1. Rechtsform der Anstalt öffentlichen Rechts in staatlicher Trägerschaft

Die Überführung der Charité in eine Anstalt öffentlichen Rechts wird als wichtige Grundlage für unternehmerisches Handeln aufgrund größerer Freiheiten im Bereich Personal, Bauen und Unternehmensbeteiligung angesehen (Müller-Bellingrodt 1999). Dazu zählt auch das Recht, selbst Tarifverhandlungen zu führen und Partnerschaften mit privaten Investoren im Sinne einer PPP⁷⁸ einzugehen (Abgeordnetenhaus von Berlin 2005).

Gegenüber einer privatwirtschaftlichen Rechtsform wie einer gGmbH⁷⁹ oder einer Stiftung privaten Rechts werden allerdings weiterhin Einschränkungen durch mangelnde Möglichkeiten der Fremdkapitalgewinnung sowie der Abhängigkeit in allen wichtigen, strategischen und verfassungsbezogenen Fragen vom staatlichen Träger gesehen (Meinhold 2004a). Gerade im internationalen Vergleich so genannter „Eliteuniversitäten“, wie zum Beispiel der Harvard Medical School, sieht der Charité-Vorstand aufgrund der Investitionshemmnisse und asymmetrischen Finanzkraft eine Wettbewerbsverzerrung (Ganten 2007b). Deshalb schlägt er eine Rechtsformänderung vor, beispielsweise zu einer Stiftung privaten Rechts (Ganten 2007b).

Die rechtliche Verselbständigung von medizinischen Einrichtungen wird auch vom Wissenschaftsrat als ein Weg erkannt, der die Wettbewerbsfähigkeit der universitären Krankenversorgung erhöht (Wissenschaftsrat 1999). Er befürwortet die Möglichkeit der direkten Kreditaufnahme, eine Stärkung von Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit bei der Führung der Klinika und der Verwendung der Investitionsmittel, die Übertragung der Bauherreneigenschaft auf die Klinika und Privatisierungslösungen der universitären Krankenversorgung unter der Bedingung einer finanziellen Trennung von Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits (Wissenschaftsrat 1999). Dabei wird die vollständige Privatisierung eines gesamten Klinikums jedoch nur in Ausnahmefällen befürwortet (1999).

⁷⁸ Zur Überwindung der Mittelknappheit im Bereich der Investitionen (vor allem zur Strukturverbesserung und Rationalisierung von Abläufen) gehen auch Universitätsklinika vermehrt den Weg der Public Private Partnership. Ein Beispiel für ein erfolgreiches PPP-Projekt ist der Neubau des Universitätsklinikums Jena in den Jahren 1999 - 2002, bei dem sich die Feststellung eines Gutachtens des Landesrechnungshofes Baden-Württemberg bestätigte, nachdem die Errichtung öffentlicher Gebäude durch private Unternehmen um bis zu 30 Prozent günstiger ist als die der staatlichen Hochbauämter (Fuchs 2001).

⁷⁹ gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands sieht die private Betriebsform in der Krankenversorgung als mögliche Alternative an und ist auch offen für ähnliche Modelle in Forschung und Lehre, so wie in Rheinland-Pfalz geplant (Volk 2007). Der frühere leitende Ministerialrat im Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Baden-Württemberg, Helmut Meinhold, empfiehlt eine private Minderheitsbeteiligung am Klinikum im Rahmen einer privaten Rechtsform, die für eine effizientere Ausgestaltung des betriebswirtschaftlichen Managements sorgt⁸⁰(Meinhold 2004a). Die Rechtsform der Anstalt ist aus seiner Sicht zur Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit der Universitätsklinika nicht geeignet, weil sie zu wenig flexibel ist, die Nähe zu Politik und Staat wichtige, aber unbeliebte Reformen behindert und eine Beteiligung privaten Kapitals nicht möglich ist (Meinhold 2004a). Auch der Generalsekretär des Verbandes der Universitätsklinika Deutschlands Rüdiger Strehl sieht in der Befreiung der Universitätsklinika von öffentlich-rechtlichen Handlungsbeschränkungen und Bürokratieresten und der Stärkung von Handlungs- und Entscheidungsfreiheit der Vorstände die Voraussetzung für eine wettbewerbsfähige Hochschulmedizin (Volk 2007).

Die weitestgehende Maßnahme im Sinne einer Rechtsformänderung im Bereich der Universitätsklinika war bisher die Privatisierung des fusionierten Universitätsklinikums Gießen und Marburg im Jahre 2006. Aus Sicht der hessischen Landesregierung wurde die Hochschulmedizin durch die vom Betreiber Rhön AG zugesicherten Mittel für Forschung und Lehre zukunftssicher und die Bildung von Exzellenzzentren gefördert (o.V. 2006a). Es wird davon ausgegangen, dass es in Zukunft auf Grund einer ähnlichen Haushaltslage in anderen Bundesländern weitere Privatisierungsmodelle anderer Universitätsklinika geben wird (o.V. 2006a). Aus ärztlicher Sicht wird nach der erfolgten Privatisierung die Vorherrschaft der Betriebswirte, das Gewicht der Fallabrechnungen und die fehlende Zeit der Ärzte für Forschung und Publikationen kritisiert, während das Klinikum Marburg/Gießen Überschüsse erwirtschaftet (Albrecht 2005). Ein Jahr nach der Privatisierung wird eine zeitnahe Auflösung des Investitionsstaus erkannt, jedoch auch eine mangelnde Managementunterstützung für Strukturumbau und Prozessoptimierung beschrieben und Defizite in der Ausbildung einer Corporate Identity gesehen (Schwing 2007).

Ein Vergleich mit amerikanischen medizinischen Fakultäten zeigt, dass diese über deutlich höhere finanzielle Mittel verfügen, vor allem in Form von großzügigem Stiftungskapital (s. Abschnitt 4.5). Das bessere Verhältnis von Studierenden zu Professoren und das große Stiftungskapital der Medizinischen Fakultät der Harvard University, der „reichsten Universität der Welt“ (Joffe

⁸⁰ Abgesehen davon kann sie auch zu einer Entlastung im Investitionsbereich führen (Meinhold 2000a, b, 2001).

2007), verbunden mit dem großen Leistungsdruck auf dem Gebiet der Forschung und Lehre⁸¹ sind wichtige Ursachen für die herausragende Stellung dieser Fakultät (U.S. News & World Report 2007). Zudem macht es die privatwirtschaftliche Rechtsform der HMS leichter, für große Investitionen zusätzliches Kapital zu gewinnen (z.B. über eine Kreditaufnahme). In diesem Zusammenhang kann die Gründung der Stiftung Charité im Dezember 2005 als ein Schritt in Richtung auf die Einwerbung von Stiftungskapital sowie zur erfolgreichen Ausgründung von Unternehmen verstanden werden, an denen die Charité durch Beteiligungen profitiert (Stiftung Charité 2006). Beide Wege erscheinen geeignet, der Charité dringend benötigtes Kapital für die erfolgreiche Fortsetzung des Reformkonzeptes zuzuführen.

Verglichen mit der deutschen Hochschulmedizin scheinen insbesondere der starke Wettbewerb und die privatwirtschaftlichen Strukturen in der amerikanischen Universitätsmedizin Garanten für die Entwicklung effizienter und wirtschaftlicher Strukturen zu sein.

5.2.2. Die Zentrenbildung

Bezüglich der Notwendigkeit einer neuen dezentralen Organisationsstruktur, bedingt durch die Größe der Charité und die Erfordernis von Effizienzsteigerungen durch dezentrale Prozessoptimierungen, bestand weitgehende Übereinstimmung unter den Interviewpartnern (Ganten 2007b, Behrends 2007, Paul 2008, Hamm 2007, Brückmann 2007) (s. Abschnitt 4.3.1 und 4.3.2.1). Bei der Bildung der Zentren ist aus Sicht der Zentrumsleitung eine Orientierung an Krankheitsbildern sinnvoller als die erfolgte Zusammenfassung gleicher Fachgebiete pro Standort und teilweise auch standortübergreifend (Hamm 2007).

Die Kultusministerkonferenz empfahl 1995 in ihrem so genannten „KMK-Papier“⁸² die Verbindung einzelner Einheiten oder Abteilungen zu krankheitsorientierten Zentren (zum Beispiel Krebs-, Herz-, Gefäß- oder Diabeteszentrum), denen wesentliche finanzielle und organisatorische Kompetenzen übertragen werden sollen (Meinhold 2001). Die Umsetzung einer solchen Strukturreform in Universitätsklinika bezeichnen Krankenhausmanager aus dem Bereich der Hochschulmedizin im Vergleich zu entsprechenden Reformen in Krankenhäusern privater Trä-

⁸¹ Dieser Leistungsdruck entsteht aus der Bedeutung der Forschungs- und Lehrleistungen für den Rankingplatz einer Fakultät, der über die Anzahl der zahlenden Studenten (o.V. 2004) und die Unterstützung durch Spenden und privatwirtschaftliche Unternehmen entscheidet.

⁸² Das KMK-Papier besteht aus einem Bericht und einem Beschluss und leitete die Reform der Hochschulklinika ein (Meinhold 2000a).

gerschaft jedoch als zeitlich verzögert (Gürkan 1999), da durch die Verbindung der alten Struktur mit dem Liquidationsrecht, mit Privateinkommen und Prestige Widerstände bei ihrer Abschaffung zu überwinden seien (Meinhold 2001).

Auch der Wissenschaftsrat empfiehlt vor dem Hintergrund knapper finanzieller Mittel die konsequente Einführung betriebswirtschaftlicher Managementmethoden in Universitätsklinika, die durch Leistungsanreize Rationalisierungspotenziale erschließen (Wissenschaftsrat 1999). Diesem Ziel dient eine Professionalisierung des Managements und die Delegation von Verantwortung innerhalb des Klinikums zusammen mit einem System der internen Budgetierung (Wissenschaftsrat 1999), wie es an der Charité umgesetzt wurde. Außerdem verbessern die Dezentralisierung von Entscheidungskompetenz und Ergebnisverantwortung Flexibilität, Reaktionschnelle und Innovationsfähigkeit eines Universitätsklinikums (Gürkan 1999).

Die Zentrenbildung der Charité mit dem Ziel der Einrichtung einer Profitcenter-Struktur ist ein Konzept, welches auch in anderen Krankenhäusern und Universitätsklinika bereits umgesetzt ist. Am Universitätsklinikum Frankfurt a. M. legte der Vorstand im Jahr 1992 in einem Grundsatzbeschluss die Einführung überschaubarer Ertrags-Kosten-Einheiten auf der Basis vorhandener Kliniken und Institute mit einem eigenverantwortlich zu verwaltenden Budget fest (Gürkan 1999). Ziel war dabei die Schaffung eines Ertrags- und Kostenbewusstseins und eine Identifikation der Mitarbeiter mit den Zielen des Klinikums (Gürkan 1999). Dieser Veränderungsprozess hat sich aus Sicht des Universitätsklinikums Frankfurt a. M. durch eine Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgezahlt (Gürkan 1999). Weitere Klinika folgten diesem Beispiel, unter anderem die Universitätsklinik Kiel im Jahr 2000 (Schleswig-Holsteinischer Landtag 2002), die Ruhr-Universität Bochum im Jahr 2002 (Ruhr-Universität Bochum 2002) und Ulm im Jahr 2004 (Verwaltung des Universitätsklinikums Ulm 2004).

Zwar fehlt es mit dem Versorgungsauftrag, den festgesetzten Preisen, der mangelnden autonomen Investitionsplanung und ausgeprägter Verflechtungen zwischen verschiedenen Abteilungen bei den Prozessen an wesentlichen Strukturvoraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung des Profitcenter-Modells im Krankenhaus (Dahlgaard, et al. 2000) (s. Abschnitt 5.1.2). Trotzdem wird das Modell als ein „wichtiger Reformimpuls“ für die Organisation von Krankenhäusern und Universitätsklinika angesehen (Dahlgaard, et al. 2000).

5.2.3. Integrationsmodell

An der Charité ist eine Variante des Integrationsmodells⁸³ verwirklicht, das im Berliner Universitätsmedizingesetz und im Unternehmenskonzept verankert ist (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d, Abgeordnetenhaus von Berlin 2005). Dieses Integrationsmodell bietet den Vorteil, dass in der Verbindung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung Synergien genutzt werden können, die zusätzliche Wachstumspotentiale beinhalten (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d) und die Abstimmung der zum Teil miteinander in Konflikt stehenden Belange von Forschung, Lehre und Krankenversorgung gefördert werden kann (Wissenschaftsrat 1999, Paul 2008). Gleichzeitig wird die Gefahr gesehen, dass der vordringlich erscheinenden Krankenversorgung im gemeinsamen Leitungsgremium bei (vor allem finanziellen) Konflikten der drei Bereiche der Vorrang zu Lasten von Forschung und Lehre eingeräumt wird, besonders bei einem für alle Bereiche gemeinsamen Budget (Wissenschaftsrat 1999, Rösler 1999, Meinhold 2004a). Diese Gefahr ist für den früheren leitenden Ministerialrat im Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg Helmut Meinhold (s. Abschnitt 5.2.1) besonders groß auf der Ebene der Klinik- und Abteilungsleiter, da dort der Krankenversorgung auf Grund des unmittelbaren Handlungsdrucks, dem Rechenschaftsdruck bei der Leistungsvergütung und dem Vergütungsgefälle zwischen klinischer und wissenschaftlicher Tätigkeit der Vorrang eingeräumt wird (Meinhold 2004a).

Das Kooperationsmodell⁸⁴ ist durch eine getrennte Aufgabenwahrnehmung im Bereich Forschung und Lehre durch den Fakultätsrat und im Bereich Krankenversorgung durch den Klinikumsvorstand gekennzeichnet, so dass die verschiedenen Bereiche ein größeres Gewicht in Verhandlungen haben und die Wahrung der Interessen der Fakultät leichter sicher gestellt ist (Wissenschaftsrat 1999, Rösler 1999). Meinhold empfiehlt zur Stärkung der Position der Fakultät außerdem (vor allem im Fall der Privatisierung von Universitätsklinika) die Möglichkeit innerhalb des Kooperationsmodells, auch andere Krankenhäuser für einzelne Fächer als „Universitätskliniken“ zu gewinnen (Meinhold 2004a). Die Stärke und Verhandlungsmacht der Fakultät liegt für ihn dann in ihrem Wert für das Universitätsklinikum als Wettbewerbsvorteil (wie in den USA), da im wachsenden Wettbewerb am Krankenhausmarkt die Qualität der Krankenversor-

⁸³ Wie z.B. auch in Hessen, Hamburg und Niedersachsen (Wissenschaftsrat 1999). Das Berliner Modell wird auch als Hybridmodell bezeichnet (s. Abschnitt 4.3.2.6) (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2008a).

⁸⁴ Wie z.B. in Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein und Sachsen.

gung zunehmend als Wettbewerbsargument in den Vordergrund tritt und der Status des Universitätsklinikums als Qualitätsmerkmal dient (Meinhold 2004b).

Eine enge Zusammenarbeit der Bereiche Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits muss im Kooperationsmodell deren Abstimmung sicherstellen und eine übermäßige Verselbständigung vermeiden (Wissenschaftsrat 1999). Die Fakultätsleitung der Charité sieht deshalb Nachteile des Kooperationsmodells in einer deutlich komplexeren Organisationsstruktur, einer unterschiedlichen Abrechnungssystematik zwischen den Geschäftsbereichen, der Tendenz der Entfremdung und einer schwierigeren Konfliktbewältigung (s. Abschnitt 4.3.2.6) (Paul 2008).

Eine Sonderform des Kooperationsmodells ist das Distanzmodell, bei dem eine medizinische Fakultät nicht über ein eigenes Universitätsklinikum verfügt, sondern mit Lehrkrankenhäusern Verträge über Umfang und Inhalt der praktischen Ausbildung schließt⁸⁵ (Rösler 1999). Ein Grund für die höhere Produktivität der USA in der medizinischen Forschung, gemessen an der Anzahl der Veröffentlichungen (Rösler 1999), wird im Vorherrschen des Distanzmodells in der amerikanischen Hochschulmedizin gesehen⁸⁶, bei dem im Gegensatz zum Integrationsmodell die Krankenversorgung nicht zu Lasten von Forschung und Lehre bevorzugt wird (Rösler 1999). Ein weiterer Grund ist die wettbewerbsentscheidende Bedeutung der Rankings für eine Medizinische Fakultät in den USA, die auch Forschungsergebnisse einbeziehen (Rösler 1999).

Um die Interessen von Forschung und Lehre auch im Integrationsmodell und vor dem Hintergrund des zunehmenden wirtschaftlichen Drucks der Krankenversorgung (und daraus folgender Rechtsformänderungen der Universitätsklinik) zu wahren, empfiehlt der Wissenschaftsrat die Zuweisung eines von der Krankenversorgung getrennten Budgets für Forschung und Lehre seitens des Landes und dessen Verteilung nach leistungsorientierten Kriterien durch die Fakultät

⁸⁵ Wie zum Beispiel in Großbritannien und an den meisten medizinischen Fakultäten in den USA (Rösler 1999).

Auch in Deutschland findet auf Grund der umfangreichen Ausbildungsanforderungen und zahlreichen Studierenden ein Teil der praktischen Ausbildung an Lehrkrankenhäusern statt (Rösler 1999). Die Universität Bochum ist außerdem ein Beispiel für ein seit 1975 umgesetztes und erfolgreiches Distanzmodell (also ohne eigenes Universitätsklinikum).

⁸⁶ In den USA sind die meisten medizinischen Fakultäten im Sinne des Distanzmodells über Assoziationsverträge mit externen Lehrkrankenhäusern verbunden (sogenannte „teaching affiliates“), der Anteil der medizinischen Fakultäten ohne eigenes Universitätsklinikum überwiegt also (nur 15% der Teaching Hospitals befinden sich in der Trägerschaft einer Medizinischen Fakultät (Braun 1992))

(Wissenschaftsrat 1999)⁸⁷. Die Leistungsorientierung der Mittelvergabe soll laut Meinhold nicht nur fakultätsintern, sondern schon auf der Ebene des Landes erfolgen⁸⁸, da dann die Fakultäten ihre Interessen gegenüber dem Klinikumsvorstand mit dem erforderlichen Nachdruck vertreten (Meinhold 2000a, b).

Aus Sicht des Charité-Vorstandes werden die Interessen der Fakultät bei einem vom Klinikum getrennten Budget mit leistungsorientierter Vergabe und einer möglichst genauen Trennungsrechnung (s. Abschnitt 4.3.2.7) auch im Integrationsmodell ausreichend gewahrt (Paul 2008). An der Charité werden bereits 34% des Landeszuschusses für Forschung und Lehre leistungsorientiert vergeben (Paul 2008), was trotz der Absenkung des Landeszuschusses zu einer weiteren Leistungssteigerung in der Forschung geführt hat mit mittlerweile 8 Sonderforschungsbereichen und einer beständig anwachsenden Drittmittelinwerbung (Paul 2006). Insgesamt überwiegt aus Vorstandssicht der Nachteil des Kooperationsmodells in Form einer zu starken Fragmentierung, so dass in Deutschland die Tendenz zur Verwirklichung von Integrationsmodellen besteht (Paul 2008).

5.2.4. Trennungsrechnung

Im Unternehmenskonzept der Charité ist als eines der Projekte mit dem Ziel eines funktionierenden Führungs- und Steuerungskonzeptes die Weiterentwicklung der Trennungsrechnung für Klinikum und Fakultät genannt (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d). Die möglichst verursachungsgerechte Kostentrennung zwischen der Krankenversorgung einerseits und Forschung und Lehre andererseits hat besondere Bedeutung im Hinblick auf das Ziel der Ermittlung des echten Finanzierungsbedarfs von Forschung und Lehre (Meinhold 2000b) und ist Voraussetzung für die geforderte leistungsorientierte Mittelvergabe (Wandschneider, et al. 1998)(s. Abschnitt 5.2.3), die Deckungsbeitragsrechnung der einzelnen DRG und die Verminderung der Gefahr der stillen Quersubventionierung der Krankenversorgung zu Lasten von Forschung und Lehre (Leonhard 2005) (s. Abschnitt 4.1.2).

⁸⁷ Diese Aufgabe nimmt im Integrationsmodell der Dekan als Mitglied des gemeinsamen Leitungsgremiums wahr; für Schnittstellenfragen sind Konfliktfallregelungen und eventuell ein Vetorecht des Dekans nötig, um die akademischen Interessen durchzusetzen (Wissenschaftsrat 1999).

⁸⁸ Die dann zu einem vergleichbaren Rechenschaftsdruck bei der Leistungsvergütung wie in der Krankenversorgung führt.

Da eine verursachungsgemäße Aufteilung der Kosten in Universitätsklinika nicht möglich ist (s. Abschnitt 4.1.2) (Ott 2003), gesetzliche⁸⁹ (Steffen, et al. 1997) und wirtschaftliche Zwänge aber eine Zuordnung erfordern, wird als Basis der Ausbau der Kostenrechnung gefordert (Leonhard 2005, Steffen, et al. 1997), beispielsweise in Form einer Prozesskostenrechnung, mit der die Kosten der Krankenversorgung näherungsweise ermittelt werden (Ott 2003).

An der Charité besteht die Trennungsrechnung aus einer Kombination von verursachungsgerechter Trennung und der Verwendung unterschiedlicher Schlüsselungen (Paul 2008). Der Vorstand ist mit der Genauigkeit der Trennungsrechnung an der Charité zufrieden und erwartet für die Zukunft weitere Verbesserungen (Paul 2008).

5.2.5. Corporate Identity, Marketing und Unternehmenskommunikation

Ein übergeordnetes Ziel der Neustrukturierung ist die Schaffung einer einheitlichen Corporate Identity der drei vorher unabhängigen Universitätsklinika (Ganten 2007b) zur Stärkung des „Wir-Gefühls“ und der Motivationserhöhung an der Charité (Ganten 2007b, Paul 2008) (s. Abschnitt 4.3.4). Dieses Leit- und Erscheinungsbild und ein entsprechendes Marketing, mit Hilfe derer sich die Charité auf dem Gesundheitsmarkt behaupten kann, gehören trotz der Ausrichtung der Charité am öffentlichen Interesse und an akademischen Standards zu den Grundsätzen des Unternehmenskonzeptes (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d). Der Vorstand strebt dabei auch die Entwicklung einer Gesundheitsmarke Charité an (Ganten 2007b, Paul 2008). Ein eigener Geschäftsbereich Unternehmenskommunikation informiert die Öffentlichkeit über Ergebnisse der Forschung und Entwicklung, stellt Bildmaterial über die Charité zur Verfügung, koordiniert Interviewwünsche und Drehtermine (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2008c) und dient so dem Ziel, die Außenwahrnehmung der Charité positiv zu beeinflussen. Für einen zeitgemäßen Internetauftritt hat die Charité im März 2008 ihre neue Homepage veröffentlicht (www.charite.de), deren Content Management System Typo 3 es den Kliniken und Instituten erlaubt, ihren jeweiligen Internetauftritt im Rahmen der übergreifenden Designvorgaben selbst zu gestalten und zu aktualisieren.

⁸⁹ Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV)

5.2.6. Exzellenzzentrum

In der Präambel des Berliner Universitätsmedizingesetzes ist die Verpflichtung der Charité zu wissenschaftlicher Exzellenz enthalten (Abgeordnetenhaus von Berlin 2005). Gemäß Unternehmenskonzept sollen wissenschaftliche Exzellenzbereiche ausgebaut und weiterentwickelt werden, damit die Charité ihrer Verantwortung als Motor für Entwicklung und Innovation im Bereich der Gesundheitswissenschaften in der Region Berlin-Brandenburg gerecht wird (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d). Die Charité setzt mit Leuchtturmprojekten Ideen aus der Wissenschaft unternehmerisch um und nutzt so „Wachstumschancen der Lebenswissenschaften“ (Pressestelle der Charité 2005).

Zwischen den Medizinischen Fakultäten hat, parallel zum zunehmenden Wettbewerb in der Krankenversorgung, ein stetig wachsender Wettbewerb um Finanzaufweisungen auf der Basis der Leistungen in Forschung und Lehre eingesetzt, so dass aus Sicht des früheren leitenden Ministerialrats im Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg Helmut Meinhold die traditionelle prinzipielle Gleichwertigkeit der Medizinfakultäten unterschiedlicher Hochschulen in Deutschland durch ein Auf- oder Absteigen einzelner Fakultäten abgelöst wird (Meinhold 2001). Im Rahmen der Exzellenzinitiative sollen nach dem Willen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung die universitäre Spitzenforschung gefördert und „Leuchttürme der Wissenschaft“ mit internationaler Strahlkraft in Deutschland entstehen (Bundesministerium für Bildung und Forschung 2007). Bei den Kriterien der Exzellenzinitiative werden der Charité auch in den Medien sehr gute Platzierungen bescheinigt (Schlicht 2005) (s. Abschnitt 4.4.2) und sie führt als einzige medizinische Hochschule in Deutschland ein Exzellenzcluster und zwei Graduiertenschulen (Charité-Universitätsmedizin-Berlin 2008). Weitere Erfolge werden in der Drittmittelwerbung, die unter den vier Berliner Universitäten die höchste ist, im ersten Platz im Forschungsranking der DFG, in der Zugehörigkeit zu den deutschen Universitäten mit den meisten Forschungsgroßvorhaben⁹⁰ und in der größten Anzahl von Studienplatzbewerben für Medizin in Deutschland (8000) gesehen (Schlicht 2005) (Paul 2008) (s. Abschnitt 4.4.2). Aus Sicht der Fakultätsleitung sind diese Erfolge gefährdet durch das Ausscheiden wissenschaftlich und klinisch tätiger Mitarbeiter, wenn keine entsprechenden Nachberufungen erfolgen (Paul 2008).

⁹⁰ die Sonderforschungsbereiche der Charité

5.3. Außenwahrnehmung

5.3.1. Medien

Ein wichtiges Ziel der Charité-Reform ist die erfolgreiche Unternehmenskommunikation im Rahmen einer übergreifenden Marketing-Strategie (Charité-Universitätsmedizin Berlin 2006d) (s. Abschnitt 5.2.5) zur Positionierung der Charité am Markt als wettbewerbsfähiges Unternehmen, das sich durch Exzellenz in Forschung, Lehre und Krankenversorgung auszeichnet. Da die Wahrnehmung der Charité und ihrer Reform in der Öffentlichkeit durch die Medien geprägt wird, ist das Ergebnis einer Medienanalyse ein wichtiger Indikator für den Erfolg dieser Unternehmenskommunikation.

Bei einem groben, stichprobenartigen Vergleich der Außendarstellung von Charité und Medizinfakultät der LMU in zwei großen, überregionalen Tageszeitungen (s. Abschnitt 4.4.2) zeigt sich, dass die Charité im Vergleich zur medizinischen Fakultät der LMU deutlich häufiger erwähnt wird, was nicht nur an bei der LMU nicht vorhandenen „Negativ-Schlagzeilen“ liegt, sondern vor allem auch an vielen positiven Meldungen aus Forschung und Krankenversorgung. Dabei trägt auch die Versorgung von „Prominenten“ bzw. die Tatsache, dass diese Personen und Persönlichkeiten bei in der Regel freier Wahl der Behandler und Klinik sich der Charité anvertraut haben, zu einer positiven Außenwahrnehmung bei.

5.3.2. Struktureller Vergleich mit der Universitätsmedizin und der Abteilung Neuroradiologie der LMU München

Der Vergleich der beiden neuroradiologischen Abteilungen (s. Abschnitt 4.4.3) von Charité und LMU zeigt, dass letztere selbständiger ist, da sie über Autonomie in Personalangelegenheiten, ein eigenes Budget und eine eigene Bilanz verfügt (Brückmann 2007). Allerdings setzt die traditionelle, an den Kosten orientierte Form der Budgetermittlung der LMU ohne interne Leistungsverrechnung keine Anreize für einen wirtschaftlichen Umgang mit Ressourcen und die Steigerung der Effizienz (Breyer, et al. 1997). Das neue Konzept der Charité der an Leistungen und ihren Erlösen orientierten Budgetierung (was bei festen DRG-Preisen gleichwertig ist) kann dagegen, bei erfolgreicher Umsetzung, diese Anreize schaffen (Breyer, et al. 1997). Im Gegensatz zur Charité fehlen an der LMU auch Anreize in Form von Boni und Sanktionen zur Erreichung von Budgetdisziplin, was unter anderem auf die weniger angespannte Haushaltslage des Freistaates Bayern zurückzuführen sein dürfte (Nicodemus 2007). An beiden Universitäten existiert

eine Trennung der Budgets für Krankenversorgung und für Forschung und Lehre und eine leistungsorientierte Mittelvergabe in Forschung und Lehre (Brückmann 2007, Paul 2008).

Im Vergleich der Organisationsstruktur der LMU München mit der der Charité hat die LMU viele Veränderungen wie dezentrale Profitcenter-Strukturen mit einer leistungsorientierten Budgetierung und innerbetrieblicher Leistungsverrechnung noch nicht eingeführt (Brückmann 2007). Deshalb ist die Charité der LMU auf der Ebene der Organisationsstruktur und der Leistungs- und Effizienzanreize voraus, so dass sie eine größere Wettbewerbsfähigkeit erreichen kann, vorausgesetzt, die mangelnden Investitionen stehen dem nicht im Wege.

6. Zusammenfassung

Gegenstand der Promotionsarbeit ist die Beleuchtung des Reformprozesses der Charité unter übergreifenden Gesichtspunkten (hochschulpolitisch, gesundheitspolitisch, wirtschaftswissenschaftlich) sowie aus der Sicht des Querschnittsfaches Radiologie/Neuroradiologie der Charité (CharitéCentrum 6), im Zeitraum 2007-2008.

Hierzu wurden die Rahmenbedingungen und Zielsetzungen des Reformprozesses definiert und deren Niederschlag in Vorschaltgesetz, Universitätsmedizingesetz und Satzung der Charité evaluiert. Stand und Dynamik des Reformprozesses wurden anhand von Interviews mit Entscheidungsträgern auf der Ebene des Vorstandes (einschließlich Klinikleitung und Fakultätsleitung), der Zentrumsleitung des CC6, der Abteilungsleitung Neuroradiologie und der Leitung des Unternehmenscontrolling analysiert. Ergänzend wurde die Fremdwahrnehmung der Charité während des Reformprozesses aus Sicht der Trägerorgane sowie der Medien erhoben.

Vor dem Hintergrund der Haushaltslage des Landes Berlins, des Investitionsstaus im Bereich der Universitätsklinika, der Existenz von redundanten Strukturen in der Berliner Hochschulmedizin nach der Wiedervereinigung und der Vergütungsreform in der stationären Patientenversorgung erließ das Land Berlin Vorgaben für eine Neustrukturierung der Berliner Hochschulmedizin. Diese Vorgaben wurden umgesetzt durch die Fusion der medizinischen Fakultäten und Universitätsklinika der Freien Universität und der Humboldt-Universität, durch die Errichtung der „Charité-Universitätsmedizin Berlin“ als Körperschaft des öffentlichen Rechts, sowie durch die Erstellung einer Satzung und eines Unternehmenskonzeptes.

Die im Unternehmenskonzept der Charité aufgeführten Ziele beinhalten die Entwicklung zu einem wirtschaftlich erfolgreichen, wettbewerbsfähigen Unternehmen, zu einem Exzellenzzentrum im Bereich der Grundlagenforschung sowie der klinischen Forschung und darüber hinaus zu einem nationalen und internationalen Innovationsstandort.

Eine besondere Herausforderung ist dabei die Umwandlung in ein modernes, wirtschaftlich erfolgreiches Unternehmen innerhalb des durch das deutsche Gesundheitssystem vorgegebenen Rahmens auf einem regulierten Markt mit weitgehend vorgegebenen Preisen und Leistungsprogrammen. Als weitere diesbezügliche Einschränkungen deutscher Universitätsklinika sind das Tarifrecht des öffentlichen Dienstes, Verpflichtungen im Bereich der Altersvorsorge sowie Vergaberichtlinien und Zuständigkeiten öffentlicher Bauverwaltungen anzuführen.

Zur Zielerreichung wurde die Charité in 17 CharitéCentren mit Entscheidungskompetenz und Ergebnisverantwortung untergliedert. Konzeptionell ist vorgesehen, dass sich das Prinzip der Delegation von Entscheidungskompetenz innerhalb der Zentren in die Untergliederungen fortsetzt. Die konkrete Umsetzung dieser Vorgaben wurde den Zentren überlassen und im Charité-Centrum 6 im Rahmen des Zentrums- und Entwicklungsprojektes (ZEP) sowie der Einführung einer Matrixstruktur umgesetzt. Durch Verlagerung von Kompetenzen im Bereich der Personal- und Sachressourcen auf die Ebene der Zentrumsleitung ist als ein Sekundäreffekt des Reformprozesses eine eingeschränkte Selbständigkeit und Gestaltungsfreiheit nachrangiger Organisationseinheiten des Zentrums (Kliniken, Institute, Abteilungen) entstanden.

Das zum Zeitpunkt der Promotion noch im Ausbau befindliche Controlling mit limitiertem Durchdringungsgrad führte zu relevanten Einschränkungen bezüglich Durchführung und Steuerung von budgetären Zielvereinbarungen und Maßnahmen der betriebswirtschaftlichen Effizienzsteuerung auf allen Ebenen und hatte auch zur Folge, dass sich die Budgetverhandlungen teilweise bis in das laufende Geschäftsjahr verzögerten.

Limitationen auf der Ebene der Unternehmensleitung bestanden in einer eingeschränkten Autonomie bei Entscheidungen auf dem Gebiet der Investitionen, der strategischen Ausrichtung und der eigenen Verfassung. Versorgungsmängel im Bereich von Bausubstanz und Großgeräten, bedingt durch Investitionsstau und Großgeräteüberalterung wurden auf allen Unternehmensebenen als zentrale Probleme beschrieben.

Positiv bewertet wurden aus Vorstandssicht die erfolgreiche Umsetzung der Dezentralisierung, zahlreiche Projekte zur Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung, die Halbierung des Ergebnisverbesserungsbedarfs bereits im Jahre 2005, das Erreichen der Bundes- und Landesbasisfallwerte der Krankenversorgung, sowie ein positives Jahresergebnis in den Jahren 2005 und 2006. Aus Sicht der Fakultätsleitung wurde die Spitzenposition im Bereich des Forschungsrankings der DFG, die erfolgreiche Teilnahme am Exzellenzwettbewerb des Bundes sowie die hohe Anzahl von Studienbewerbern an der Charité in den Vordergrund gerückt.

In den Interviews mit den Entscheidungsträgern auf Vorstands-, Fakultäts- und Klinikleitungsebene wurden als große Herausforderungen der Zukunft für die Charité der wachsende Wettbewerb auf den Gebieten von Forschung, Lehre und Krankenversorgung, der spezifische Ergebnisverbesserungsbedarf der Charité, die Entwicklung einer Corporate Identity und Gesundheitsmarke sowie die Vermeidung eines „brain drain“ durch Abwanderung wissenschaftlicher Exzellenz auf Grund nicht wettbewerbsfähiger Gehälter im öffentlichen Dienst genannt.

7. Literaturverzeichnis

- Abgeordnetenhaus Berlin (2007a). Wortprotokoll - Ausschuss für Wissenschaft und Forschung - 10.Sitzung - 27.6.2007. Abgeordnetenhaus Berlin, 27.6.2007. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/16/AusschussPr/wf/wf16-010-wp.pdf>)
- Abgeordnetenhaus Berlin (2007b). Wortprotokoll zur Arbeitsplanung des Senats - Bericht des Senators für Bildung, Wissenschaft und Forschung Dr. Jürgen Zöllner - 10.1.2007. Abgeordnetenhaus Berlin, 10.1.2007. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.parlament-berlin.de:8080/starweb/adis/citat/VT/16/AusschussPr/wf/wf16-002-wp.pdf>)
- Abgeordnetenhaus von Berlin (2003). Vorschaltgesetz zum Gesetz über die Umstrukturierung der Hochschulmedizin im Land Berlin (HS-Med-G). Berlin, 23.5.2003. (Accessed 1.4.2007 at <http://www.berlin.de/imperia/md/content/senwfk/pdf-dateien/recht/hsmmedg.pdf>)
- Abgeordnetenhaus von Berlin (2005). Berliner Universitätsmedizingesetz (BerlUniMedG). Berlin, 5.12.2005. (Accessed 1.4.2007 at http://www.berlin.de/imperia/md/content/senwfk/pdf-dateien/recht/berliner_universitaetsmedizingesetz.pdf)
- Albrecht H (2005). Tanz der Sparvampire. Die Zeit, 2.6.2005. (Accessed 1.4.2008 at http://www.zeit.de/2005/22/Tanz_der_Sparvampire?page=all)
- Alfen HW, Buscher F, Daube D and Weidemann A. Public Private Partnership im Krankenhausbereich. das Krankenhaus 2005; 12/2005: 1083-8.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Statistik Berlin-Brandenburg. 2008. (Accessed 1.4.2008 at www.statistik-berlin-brandenburg.de)
- Behrends B. Markt und Wettbewerb geben den Universitätskliniken eine Zukunft. f&w - führen und wirtschaften im Krankenhaus 2000; 6/2000: 626-31.
- Behrends B (2007). Interview mit Dr. B. Behrends. Berlin, 20.9.2007.
- Braun D. Probleme und Perspektiven der Gesundheitsforschung in den Vereinigten Staaten, Frankreich und England - Materialien zur Gesundheitsforschung. Bonn: Projektträger des BMFT Forschung im Dienste der Gesundheit, 1992.
- Breyer F, Zweifel P and Kifmann M. Gesundheitsökonomik. 2nd ed. Berlin: Springer, 1997.
- Breyer F, Zweifel P and Kifmann M. Gesundheitsökonomik. 4th ed. Berlin: Springer, 2005.
- Brückmann H (2007). Interview mit Prof. Dr. H. Brückmann. Berlin, 2.10.2007.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2007). Exzellenzinitiative. Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2007. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.bmbf.de/de/1321.php>)
- Busse R and Riesberg A. Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. 1st ed. Berlin: MWV-Med.-Wiss.-Verl.-Ges., 2005.

- CC1 Charité-Universitätsmedizin Berlin. Gesundheitsausgaben in % des BIP in Deutschland, Seminarunterlagen SS 2007. Berlin: CC1 Charité-Universitätsmedizin Berlin, 2007.
- Charité-Universitätsmedizin-Berlin. Charité glänzt im Exzellenzwettbewerb. Charité am Puls 2008; 1/2008: 1-2.
- Charité-Universitätsmedizin Berlin (2005a). Anhang zum Unternehmenskonzept der Charité - Die Charité im Rahmen einer innovativen Hochschulentwicklung Berlin. Charité-Universitätsmedizin Berlin, 2.2.2005. (Accessed 1.4.2007 at www.charite.de/de)
- Charité-Universitätsmedizin Berlin (2005b). Anhang zum Unternehmenskonzept der Charité - Geschichte der Charité 1710-1810-1910-2010. Charité-Universitätsmedizin Berlin, 2.2.2005. (Accessed 1.4.2007 at www.charite.de/de)
- Charité-Universitätsmedizin Berlin (2005c). Charité 2010 - Auszug aus dem Unternehmenskonzept. Charité-Universitätsmedizin Berlin, 25.2.2005. (Accessed 1.4.2007 at www.charite.de/de)
- Charité-Universitätsmedizin Berlin (2006a). Charité Facility Management GmbH (CFM) auf Erfolgskurs. Charité-Universitätsmedizin Berlin, 2.1.2006. (Accessed 3.1.2008 at www.charite.de/de)
- Charité-Universitätsmedizin Berlin (2006b). Neufassung der Satzung der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Charité-Universitätsmedizin Berlin, 2.11.2006. (Accessed 1.4.2008 at http://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal/charite/organisation/download/AMB061102-09.pdf)
- Charité-Universitätsmedizin Berlin (2006c). Präsentation Unternehmenskonzept Fortschreibung Mai 2006. Charité-Universitätsmedizin Berlin, 05/2006. (Accessed 1.4.2007 at www.charite.de)
- Charité-Universitätsmedizin Berlin (2006d). Unternehmenskonzept Charité 2010 - Fortschreibung. Charité-Universitätsmedizin Berlin, 31.5.2006. (Accessed 1.4.2007 at www.charite.de/de)
- Charité-Universitätsmedizin Berlin (2007a). Campus-Tour. Charité-Universitätsmedizin Berlin, 21.5.2007. (Accessed 1.10.2007 at Charité-Intranet)
- Charité-Universitätsmedizin Berlin (2007b). Chronik der Fusion. Charité-Universitätsmedizin Berlin, 7.12.2007. (Accessed 3.1.2008 at <http://www.charite.de/org/ueb/doc/InternetChronikFusion.pdf>)
- Charité-Universitätsmedizin Berlin (2007c). Vorstandswihnachtsbrief an Mitarbeiter. Charité-Universitätsmedizin Berlin, 20.12.2007. (Accessed 3.1.2008 at Charité-Intranet)
- Charité-Universitätsmedizin Berlin. "Ich gehe zufrieden". Charité am Puls - Beilage "Charité im Puls" 2008a; 01/2008: 3-4.

- Charité-Universitätsmedizin Berlin (2008b). Kennzahlen. Charité-Universitätsmedizin Berlin, 2008. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.charite.de/charite/organisation/kennzahlen/>)
- Charité-Universitätsmedizin Berlin (2008c). Presse. Charité-Universitätsmedizin Berlin, (Accessed 1.4.2008 at <http://www.charite.de/charite/presse/>)
- Charité-Universitätsmedizin Berlin GB Unternehmenskommunikation (2007). Organisationsstruktur Juni 2007. Charité-Universitätsmedizin Berlin, 16.8.2007. (Accessed 1.4.2008 at http://www.charite.de/fileadmin/user_upload/portal/charite/organisation/download/orga-84a.pdf)
- Cording F. Public-Private-Partnership in der Investitionskostenfinanzierung öffentlicher Krankenhäuser: eine Analyse unter Einschluss institutionenökonomischer Aspekte. 1st ed. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag, 2007.
- Dahlgaard K, Jung K and Schelter W. Profit-Center-Strukturen im Krankenhaus: Potentiale, Risiken und (Neben-)Wirkungen. 2nd ed. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2000.
- Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (2007). Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. DKG, 04/2007. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.dkgev.de/pdf/1717.pdf>)
- ESS-Europe (2005). Europavergleich der Sozialsysteme. ESS-Europe, 2007. (Accessed 1.10.2007 at <http://www.ess-europe.de/>)
- Expertenkommission des Berliner Senats (2002). Strukturreform in der Berliner Hochschulmedizin. www.an-morgen-denken.de, 14.10.2002. (Accessed 1.4.2008 at http://www.an-morgen-denken.de/archiv/Empfehlungen_Expertenkommission_Hochschulmedizin.pdf)
- Fahrn J (2005). Poker um Mammut-Auftrag der Berliner Charité. Welt-Online, 5.7.2005. (Accessed 1.4.2008 at http://www.welt.de/print-welt/article680681/Poker_um_Mammut-Auftrag_der_Berliner_Charit.html)
- Fahrn J (2006). Das Waterloo des Klaus Wowereit. Welt-Online, 19.10.2006. (Accessed 1.4.2008 at http://www.welt.de/politik/article88382/Das_Waterloo_des_Klaus_Wowereit.html)
- Fleige G (2007). Interview mit Dr. G. Fleige. Berlin, 27.6.2007.
- Förster N (2006). Dossier: Der Berliner Patient. Financial Times Deutschland, 17.8.2006. (Accessed 3.1.2008 at <http://www.ftd.de/unternehmen/gesundheitswirtschaft/105427.html?p=4>)
- Fraunhofer-Institut für Systemtechnik und Innovationsforschung ISI (2002). Forschungslandkarte Hochschulmedizin. Bundesministerium für Bildung und Forschung, Medizinischer Fakultätentag, 4/2002. (Accessed 1.10.2007 at <http://hochschulmedizin.gesundheitsforschung-bmbf.de/>)
- Fuchs W. Universitätsklinikum Jena - Beispiel eines erfolgreichen Public-Private-Partnership-Modells. *das Krankenhaus* 2001; 4/2001: 304-6.

- Ganten D (2007a). Informationsveranstaltung des Vorstandes am 17.12.2007. Berlin, 17.12.2007.
- Ganten D (2007b). Interview mit Prof. Dr. D. Ganten. Berlin, 3.9.2007.
- Goldstein P (2007). Negativ-Schlagzeilen für Universitätsklinikum Charité. Welt-Online, 29.11.2007. (Accessed 3.1.2008 at http://www.welt.de/welt_print/article1411616/Negativ-Schlagzeilen_fuer_Universitaetsklinikum_Charit.html)
- Gürkan I. Profit-Center im Krankenhaus am Beispiel des Universitätsklinikums Frankfurt/Main. In: Braun G, ed. Handbuch Krankenhaus-Management - Bausteine für eine moderne Krankenhausführung. 1st ed. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 1999: 525-52.
- Hamm B (2007). Interview mit Prof. Dr. B. Hamm. 28.8.2007.
- Harvard Medical School (2008). Facts & Figures 2007-2008. Harvard Medical School, 2008. (Accessed 3.1.2008 at <http://hms.harvard.edu/hms/facts.asp>)
- Heller M. Ambulanzleistungen in Hochschulklinika - Ermächtigungssystem nach SGB V und Vergütungen. In: Franke-Ullmann G, ed. Strukturen und Finanzierung der Hochschulmedizin. 1st ed. Baden-Baden: Nomos, 1999: 116-27.
- Hensen P, Roeder N and Rau F. Start in die Konvergenzphase 2005. das Krankenhaus 2005; 2/2005: 96-105.
- Humboldt-Universität zu Berlin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Stiftung Charité and Humboldt-Innovation GmbH (2007). Unternehmen Lebenswissenschaft - Austauschprozesse zwischen Hochschulen und Unternehmen. Humboldt-Universität zu Berlin, 2007. (Accessed 3.1.2008 at <http://www.austauschprozesse.de/cms/upload/HU-Berlin.ppt>)
- Joffe J (2007). Harvard am Hungertuch. Die Zeit online, 30.4.2007. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.zeit.de/campus/online/2007/18/harvard-hungertuch>)
- Keun F and Prott R. Einführung in die Krankenhaus-Kostenrechnung - Anpassung an neue Rahmenbedingungen. 6th ed. Wiesbaden: Gabler, 2006.
- Klingebiel R (2007). Interview mit Priv.-Doz. Dr. R. Klingebiel. Berlin, 5.12.2007.
- Klingebiel R (2008). Persönliche Mitteilung. Berlin, 5.5.2008.
- Klinikum der Universität München (2008). Das Klinikum. Klinikum der Universität München, 2008. (Accessed 1.6.2008 at <http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinikum/index.html>)
- Köhler R (2007). Charité: Konzept zur Sanierung erfolgreich. Welt-Online, 16.6.2007. (Accessed 3.1.2008 at http://www.welt.de/welt_print/article950536/Charit_Konzept_zur_Sanierung_erfolgreich.html)
- Kotlorz T (2006). Folgeschwerer Fehler bei der Auftragsvergabe. Welt-Online, 7.7.2006. (Accessed 3.1.2008 at http://www.welt.de/print-welt/article228039/Folgeschwerer_Fehler_bei_Auftragsvergabe.html)

- Kotlorz T (2007). Prüfer machen Charité schwere Vorwürfe. Welt-Online, 10.7.2007. (Accessed 3.1.2008 at http://www.welt.de/berlin/article1014253/Pruefer_machen_Charit_schwere_Vorwuerfe.html)
- Kulick H (2002). "Südamerikanische Verhältnisse". Spiegel-Online, 5.2.2002. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,180766,00.html>)
- Leonhard EM. Abgrenzung von klinischer Forschung, Lehre und Krankenhausversorgung: Auswirkungen auf Finanzierung und Organisation von Universitätsklinika. 1st ed. Berlin: Berliner Wissenschafts-Verlag, 2005.
- Lüngen M and Lauterbach KW. Zehn Thesen zum Strategiewandel im Krankenhaus. Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis 2002; 2/2002: 156-71.
- Meinhold H. 5 Jahre "KMK-Papier" - einige Bemerkungen zum Stand und zu den Perspektiven der Hochschulmedizin (I). das Krankenhaus 2000a; 11/2000: 882-92.
- Meinhold H. 5 Jahre "KMK-Papier" - einige Bemerkungen zum Stand und zu den Perspektiven der Hochschulmedizin (II). das Krankenhaus 2000b; 12/2000: 1012-7.
- Meinhold H. 5 Jahre "KMK-Papier" - einige Bemerkungen zum Stand und zu den Perspektiven der Reform der Hochschulmedizin (III). das Krankenhaus 2001; 1/2001: 36-9.
- Meinhold H. Medizinische Fakultäten und Universitätsklinika im DRG-Zeitalter (I). das Krankenhaus 2004a; 8/2004: 610-22.
- Meinhold H. Medizinische Fakultäten und Universitätsklinika im DRG-Zeitalter (II). das Krankenhaus 2004b; 9/2004: 721-3.
- Müller-Bellingrodt T. Zur Verselbständigung von Universitätskliniken. Zeitschrift für Betriebswirtschaft 1999; 5/1999: 1-10.
- Nicodemus S (2007). Schulden der öffentlichen Haushalte 2006. Statistisches Bundesamt, 2007. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/FinanzenSteuern/SchuldenHaushalte2006,property=file.pdf>)
- o.V. (1999). Universitätsklinika - Wissenschaftsrat empfiehlt Struktur- und Finanzierungsreform der Hochschulen. das Krankenhaus 1999; 9/1999: 617-8.
- o.V. (2004). Ranking - Harvard und Princeton an der Spitze. Spiegel-Online, 23.8.2008. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.spiegel.de/unispiegel/studium/0,1518,314341,00.html>)
- o.V. (2006a). Koch: "Dem Land ging es nicht darum, Kasse zu machen". f&w - führen und wirtschaften im Krankenhaus 2006a; 1/2006: 14-5.
- o.V. (2006b). Tarifkonflikt an der Charité beendet. Welt-Online, 2.11.2006. (Accessed 1.4.2008 at http://www.welt.de/print-welt/article91756/Tarifkonflikt_an_der_Charit_beendet.html)

- OECD (2007a). OECD Standardised Unemployment Rates (SURs) - updated November 2007. OECD, 11/2008. (Accessed 3.1.2008 at <http://www.oecd.org/dataoecd/9/27/39604470.pdf>)
- OECD (2007b). Quarterly National Accounts - Quarter 3/2007. OECD, 19.11.2007. (Accessed 3.1.2008 at <http://www.oecd.org/dataoecd/8/42/39643864.pdf>)
- Ott R. Grenzen und Lösungsansätze einer Kostenzuordnung auf Forschung, Lehre und Krankenversorgung in Universitätsklinika. 1st ed. München: Bayerisches Staatsinstitut für Hochschulforschung und Hochschulplanung, 2003.
- Paul M (2006). TOP 13 Fusionierung von Universitätsklinika aus der Sicht der Medizinischen Fakultäten. Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland, 2006. (Accessed 4.4.2008 at http://www.mft-online.de/buch6/pdf/TOP13_Paul.pdf)
- Paul M (2008). Interview mit Prof. Dr. M. Paul. Berlin, 23.4.2008.
- Pressestelle der Charité (2005). Unternehmenskonzept "Charité 2010" vorgestellt. Charité-Universitätsmedizin Berlin, 25.2.2005. (Accessed 1.4.2007 at citto.charite.net/aktuell/doc/PI_Unternehmenskonzept_Charite_2010_25Feb05-16.10-final_version-2.pdf)
- Richter-Kuhlmann E (2008). Universitätskliniken - Sorgenvoller Blick in die Zukunft. Verlag Deutsches Ärzteblatt, 2.5.2008. (Accessed 15.5.2008 at <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=60033>)
- Rochus Fisches GmbH (2006). Pressemitteilung - Kongressbericht - II. Innovationskongress der deutschen Hochschulmedizin. Rochus Fisches GmbH Kommunikations-Management, 14.7.2006. (Accessed 1.4.2008 at http://www.rochusfisches.de/files/Kongressbericht_Endbericht.doc)
- Rösler A. Die deutschen Universitätsklinika im Spannungsfeld ihrer Rahmenbedingungen: eine Standortbestimmung im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit im internationalen Vergleich. 1st ed. Frankfurt am Main: Peter Lang Verlag, 1999.
- Ruhr-Universität Bochum (2002). RUB-Pathologie nach Fusion noch leistungsfähiger. Ruhr-Universität Bochum, 2002. (Accessed 4.4.2008 at <http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/text/81896/>)
- Scheller M (2007). Interview mit Herrn Scheller. Berlin, 10.10.2007.
- Schleswig-Holsteinischer Landtag (2002). Bericht der Landesregierung an den Landtag - Universitätsklinika Jahr 2001. Schleswig-Holsteinischer Landtag, 26.11.2002. (Accessed 4.4.2008 at <http://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl15/drucks/2200/drucksache-15-2294.pdf>)
- Schlicht U (2005). Der Leuchtturm flackert. Berliner Tagesspiegel, 14.10.2005. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.tagesspiegel.de/magazin/wissen/gesundheit;/art300,2067095>)
- Schlicht U (2007). Charité punktet in der Forschung. Berliner Tagesspiegel, 8.6.2007. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.tagesspiegel.de/zeitung/Sonderthemen;art893,2316669>)

Schwing C. Ein Jahr nach der Privatisierung. Krankenhaus Umschau 2007; 6/2007: 478-80.

Senatsverwaltung für Bildung and Wissenschaft und Forschung (2007a). Konkurrenzfähig in der Weltspitze- Wowerit und Zöllner stellten Masterplan "Wissen schafft Berlins Zukunft!" für die Jahre 2008 bis 2011 vor. BerliNews - Onlinemagazin an der Schnittstelle von Wissenschaft und Wirtschaft, 26.6.2007. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.berlinews.de/artikel.php?10240>)

Senatsverwaltung für Bildung and Wissenschaft und Forschung (2007b). Prof. Dr. E. Jürgen Zöllner - Senator für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung, 2007. (Accessed 1.4.2008 at http://www.berlin.de/sen/bwf/wir_ueber_uns/leitung/zoellner.html)

Senatsverwaltung für Finanzen (2002). Finanzplanung von Berlin 2002 bis 2006. Senatsverwaltung für Finanzen, 2002. (Accessed 4.4.2008 at http://www.berlin.de/imperia/md/content/senatsverwaltungen/finanzen/haushalt/fpl02_06.pdf)

Senatsverwaltung für Gesundheit (2006). Fortschreibung 2006 des Berliner Krankenhausplans. Senatsverwaltung für Gesundheit, 2006. (Accessed 1.4.2008 at http://www.berlin.de/imperia/md/content/sen-gesundheit/sonstige_themen/krankenhausplan_2006.pdf)

Senatsverwaltung für Gesundheit (2007). Krankenhauswesen: Berlin und seine Krankenhäuser. Senatsverwaltung für Gesundheit, 2007. (Accessed 3.1.2008 at <http://www.berlin.de/sen/gesundheit/krankenhauswesen/>)

Simon M. Das Gesundheitssystem in Deutschland: eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 1st ed. Bern: Verlag Hans Huber, 2005.

Spiegel-Online (2002a). Berlin leistet den Offenbarungseid. Spiegel-Online, 5.11.2002. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,221500,00.html>)

Spiegel-Online (2002b). Berlins Haushaltseckwerte. Spiegel-Online, 5.2.2002. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.spiegel.de/media/0,4906,2965,00.pdf>)

Spiegel-Online (2006). Finanzministerium spricht Berlin Haushaltsnotlage ab. Spiegel-online, 17.10.2006. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,442932,00.html>)

Statistisches Bundesamt Deutschland (2007). Gesundheitspersonal. Statistisches Bundesamt Deutschland, 2007. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Gesundheit/Gesundheitspersonal/Gesundheitspersonal.psm1>)

Statistisches Bundesamt Deutschland. DESTATIS wissen.nutzen. 2008. (Accessed 1.4.2008 at www.destatis.de)

Steffen A and Kuntz L. Universitätsklinik im Spannungsfeld von wissenschaftlichem Auftrag und Sparzwängen: ein Vorschlag zur sachgerechten Abgrenzung der Kosten für Forschung und Lehre. Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis 1997; 2/1997: 101-22.

- Stiftung Charité (2006). Stifterin. Stiftung Charité, 2006. (Accessed 1.4.2008 at http://www.stiftung-charite.de/sites/20%20stifterin/20_10.php)
- Treichel T (2007). Charité-Skandal: Zöllner schickt Wirtschaftsprüfer. Berliner Zeitung, 15.12.2007. (Accessed 1.4.2008 at www.berlinonline.de/berliner-zeitung/print/berlin/710013.html)
- U.S. News & World Report (2007). America's Best Graduate Schools 2008 - Complete Guide to medical Schools. U.S. News & World Report, 2007. (Accessed 3.1.2008 at http://grad-schools.usnews.rankingsandreviews.com/usnews/edu/grad/rankings/med/medindex_brief.php)
- Verwaltung des Universitätsklinikums Ulm (2004). Jahresbericht 2004 - 27 Verwaltung. Universitätsklinikum Ulm, 2004. (Accessed 4.4.2008 at http://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/dokumente/Allgemein/Jahresberichte/2004/27_Verwaltung.pdf)
- Volk A. Die großen Flieger starten durch - Uniklinika auf dem Weg in die Zukunft - noch mit viel Ballast. Krankenhaus Umschau 2007; 6/2007: 475-7.
- von Heyden H (2007). Auswirkungen der Föderalismusreform auf die Universitätsmedizin. Universität Münster, 16.3.2007. (Accessed 1.4.2008 at <https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/agfortbildung/1>)
- Wandschneider U, Lalanne SC and Rösler A. Abgrenzung der Kosten für Forschung & Lehre in der Hochschulmedizin. führen & wirtschaften im Krankenhaus 1998; 6/98: 539-42.
- Wissenschaftsrat. Stellungnahme zur Entwicklung der Hochschulmedizin. In: Wissenschaftsrat, ed. Empfehlungen und Stellungnahmen 1995: 90 ff.
- Wissenschaftsrat. Stellungnahme zur Ausbauplanung der Charité und zu den Perspektiven der Berliner Hochschulmedizin. 1st ed. Berlin: Wissenschaftsrat, 1997.
- Wissenschaftsrat. Empfehlungen zur Struktur der Hochschulmedizin. 1st ed. Köln: Wissenschaftsrat, 1999.
- Wissenschaftsrat (2003). Stellungnahme zu Strukturreformen in der Berliner Hochschulmedizin. Wissenschaftsrat, 16.1.2003. (Accessed 1.4.2008 at <http://www.wissenschaftsrat.de/texte/5515-03.pdf>)
- Zöllner J. Leistungsfähig in die Zukunft - Über den Umstrukturierungsprozess an der Charité. Charité am Puls 2007; 02/2007: 3.

8. Anhang

8.1. Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden Prof. Dr. D. Ganten (3.9.2007)

- Welches sind für Sie die wichtigsten Faktoren, die eine Umstrukturierung der Charité im Sinne einer Dezentralisierung notwendig gemacht haben? Welche Zielsetzungen waren dabei besonders wichtig?

Eine grundsätzliche Management-Maxime ist, dass man eine Fusion nicht auf alten Strukturen verwirklichen kann, auch wenn die alten Strukturen noch so gut sind, weil diese ja nicht direkt auf den neuen Unternehmensteil übertragbar sind. Man muss die Teile also zusammenführen und neue Strukturen etablieren. Um einen neuen "Spirit" in die Verwaltung einzubringen ist auch eine Reform der Managementstrukturen notwendig. Diese Reform kann groß oder klein sein, je nach dem wie die Vorbedingungen sind. In der Charité waren die Vorbedingungen ungünstig. Es bestand eine betriebswirtschaftlich nicht durchdachte Finanzierung bei früher gut finanziertem Gesundheitssystem. Dazu kommt, dass die Charité in dieser Größe neue Strukturen brauchte. Eine Einrichtung mit 15 000 Mitarbeitern und mit 130 Kliniken und Instituten kann nicht mehr zentral über einen Vorstand gesteuert werden, denn der Vorstand hat keine hinreichende Einsicht mehr in all das, was in den Kliniken wirklich passiert. Daher ist das Grundelement der Restrukturierung eine wirklich effiziente Dezentralisierung. Die Zentrumsbildung hat als Ziel, gemäß § 18 (6) des Universitätsmedizingesetzes vom 05. Dezember 2005, dass Entscheidungen in den Zentren mit einem Höchstmaß an Entscheidungsfreiheit und Verantwortung getroffen werden. Sie bekommen ein Budget, Leistungszielvorgaben und innerhalb dieser Vorgaben sollen sie Entscheidungen treffen. Es entstehen damit also Profitcenter, die zwar nicht völlig unabhängig wirtschaften können, da sie gewissermaßen in der Konzernzentrale verhaftet bleiben, für die aber die Grundidee zutrifft, dass sich Leistung lohnt, persönlich und für das Zentrum. Diese Grundidee ist bisher in der Reinform noch nicht hinreichend verwirklicht. Das liegt an dem für klare Zielvorgaben notwendigen, aber noch nicht ausreichend vorhandenem Zahlengerüst. Deshalb ist die Zusammenführung dieser Kliniken in einer Verwaltung sehr schwierig und dauert länger, als es wünschenswert ist.

- Sind die Zahlen jetzt verlässlicher?

Jetzt sind die Zahlen deutlich besser, weil wir erstmals ein zentrales Controlling haben, das die Zahlen aus Fakultät und Klinik nach einheitlichen Standards zusammenführt. Das hat es vorher an der Charité nicht gegeben. Aber die Zahlen, mit denen zentral gearbeitet wird, sind natürlich nur so gut, wie das, was in der Peripherie an Daten erfasst wird. Da gibt es noch Buchungsprobleme, weil noch nicht jeder weiß, was wo gebucht wird und es kann zu Umbuchungen im Laufe des Jahres kommen, die dann wiederum zu Zahlenänderungen führen. Die Zentralisierung ist noch nicht so realisiert, wie wir das gerne hätten. Der Bereich Wirtschaft wird teilweise noch von der Klinik dominiert, weil die Klinik eben auch ein besonders risikobehafteter Wirtschaftsbetrieb ist. Das muss jetzt nach einheitlichen Kriterien zusammengeführt werden und ich denke, dass es im nächsten Jahr eine auf belastbare Zahlen beruhende, klare Rechnungslegung geben wird.

- Also war die Umsetzung aus Ihrer Sicht schwieriger als Sie gedacht hatten?

Viel schwieriger. Einmal ging es um die Zusammenführung der medizinischen Fakultät der Freien Universität und der medizinischen Fakultät der Humboldt Universität. Aber auch das Virchow-Klinikum und das Klinikum Mitte der medizinischen Fakultät der Humboldt Universität waren nur an der Oberfläche

vereint, intern waren das noch getrennte Verwaltungen. Die Kliniken haben ein Eigenleben geführt und das zusammenzuführen mit einem einheitlichen System, das dauert einfach seine Zeit.

- Welche konkreten wirtschaftlichen (und sonstigen) Vorgaben wurden den Zentren gemacht und wurden diese Vorgaben eingehalten?

Es wurden Budgets gemacht. Wir haben einen klaren Teilwirtschaftsplan Klinik und einen Teilwirtschaftsplan Fakultät, die sich aus verschiedenen Elementen zusammensetzen. Diese Teilwirtschaftspläne wurden dann zusammengeführt zum Gesamtwirtschaftsplan. Die Idee war, dass dann die Zentrumsleitung und die Kliniken mit diesem Gesamtwirtschaftsplan operieren können, es muss nur die Gesamtsumme wieder mit dem Plan übereinstimmen. Es gab in der Vergangenheit Schwierigkeiten, weil das Zahlenwerk strittig war und ausgiebige Budgetdiskussionen stattfanden, so dass die Budgetvereinbarungen in eine Glaubwürdigkeitskrise geraten sind. Wir hoffen, dass das bei den Verhandlungen über das Budget für das Jahr 2008 besser wird. Wenn man sich die Ausgangssituation ansieht und wenn wir dann in drei Jahren einigermaßen verlässliche Budgets mit einer Selbstverwaltung auf Zentrumsniveau verwirklicht haben, dann ist das Ergebnis positiv zu werten.

Wir sind jetzt dabei, den Wirtschaftsplan für 2008 zu machen. Der Wirtschaftsplan 2007 konnte erst im Frühjahr 2007 verabschiedet werden, was die Situation erschwert hat. Jetzt arbeiten wir gerade daran, den Wirtschaftsplan für 2008 fertig zu bekommen, aber wir haben noch eine Deckungslücke. Diese Deckungslücke muss durch Einsparungen oder erhöhte Einnahmen ausgeglichen werden.

- Gibt es auch andere Vorgaben an die Zentren außer den Budgetvorgaben?

Es gibt auch Strukturvorgaben. In der Radiologie wären das z. B. die Zentralisierung, die Konzentrierung auf bestimmte Bereiche. Es sollen nicht alle Geräte überall vorgehalten werden, sondern es soll an einem Ort eine Radiologie-Zentrale geben und an der Peripherie wirklich nur das, was vor Ort auch akut gebraucht wird. Solche Strukturvorgaben gibt es natürlich in allen Bereichen, aber sie sind aufgrund der vorhandenen und tradierten Strukturen teilweise erschwert durchsetzbar. Man kann solche Strukturvorgaben nicht einfach so beschließen und am nächsten Tag wird es gemacht. Hier ist die Charité nicht mit einem Unternehmen vergleichbar. Außerdem werden für eine solche konsequente Umsetzung der Zentralisierung zur Erhöhung der Effizienz und Senkung der Kosten bedeutende Investitionen benötigt, wofür gegenwärtig die Mittel fehlen. Die Charité kann als öffentlich-/rechtliche Einrichtung auch keine Kredite aufnehmen, selbst wenn über Effizienzsteigerung die Zinsen mehr als verdient würden. Das Land Berlin kann hier keine zusätzlichen Mittel bereitstellen.

Deshalb ist die Effizienzsteigerung also begrenzt durch die Verfassung der Charité und dieses stellt ein Problem dar. Die privaten Klinikketten Rhön, Helios, Asklepios und Sana sind hier nicht leistungsfähiger, aber dort gibt es mehr Freiheiten, Maßnahmen durchsetzen, die vernünftig erscheinen. Diese Einrichtungen haben auch nicht mehr Geld, aber sie können Kredite aufnehmen. Das ist ein großes Hemmnis und allgemein ein großes Problem öffentlich-rechtlicher Einrichtungen. Ich bin überzeugt, dass im Management der Charité in der strategischen Durchdringung der Probleme ein hohes Niveau erreicht ist. In der ärztlichen Versorgung ist die Universität attraktiver für qualifizierte Mitarbeiter. Aber wir können wichtige Veränderungen einfach nicht so umsetzen, wie wir es machen müssten.

Wir arbeiten auch an einer Verbesserung dieser Verfassung. Die Charité strebt keine Privatisierung an, könnte aber als Stiftung privaten Rechtes, ähnlich wie eine GmbH, die o. a. erforderlichen Freiheiten haben und wäre dann sogar geschützt vor Privatisierung. Es wäre also eine strukturelle Änderung auch in der Verfassung für eine Einrichtung wie die Charité sehr wichtig. Harvard ist deshalb gut, weil diese Einrichtung wie ein privat-wirtschaftliches Unternehmen arbeiten kann, obwohl sie nie verkauft wurde.

- Wie viel Eigenständigkeit haben die Zentren? Haben Sie neben der Verantwortung für die Einhaltung der vorgegebenen Budgets auch Autonomie bei der Investitionsplanung?

Es muss natürlich in einen Gesamtplan passen. Aber aus meiner Sicht nutzen die Zentren ihre Eigenständigkeit noch nicht ausreichend aus. Das liegt auch daran, dass so etwas mental wachsen muss. Der Plan ist ein Höchstmaß an Freiheit, die Realisierung muss sich natürlich an den Gesamtmöglichkeiten der Charité orientieren, insofern können die Zentren nicht frei planen. Im Idealfall sollen die Zentrumsleitungen untereinander so verantwortungsvoll mit dem bekannten Wirtschaftsplan und den bekannten Investitionsmitteln umgehen, dass sie ihre eigenen Prioritäten setzen und dann dem Vorstand einen Vorschlag machen. Das wäre unsere Idealvorstellung. Aber es gibt auch divergierende Interessen zwischen den Zentren und auch innerhalb der Zentren muss ein Interessenausgleich herbeigeführt werden. Es ist also auch einiges an interner Vorbereitung notwendig für eine so verantwortungsvolle Freiheitsgestaltung. Investitionen im Großgerätebereich werden von den Zentren beantragt. Dann gibt es eine Gerätekommission unter Vorsitz des ärztlichen Direktors und da werden Prioritäten gesetzt, das geht nach Argumenten. Wir haben einen viel höheren Ersatzbedarf und einen höheren Anschaffungsbedarf als wir bewilligen können (etwa 20 Mio. Euro). Das reicht nicht aus bei dem Gerätepark, den wir haben.

- Wenn die Zentrumsleitung die gesamte Entscheidungskompetenz und Verantwortung für die Einhaltung des Budgets und für die Personal- und Sachkosten hat, welche Möglichkeiten haben dann noch einzelne Abteilungen innerhalb des Zentrums ihre Effizienz zu steigern und wirtschaftlicher zu werden? Welche Instrumente stehen Ihnen zur Verfügung?

Das ist ja die Idee des Zentrums. Da sind ja solche Einheiten zusammengefasst, die von den Abläufen her zusammenpassen. Nehmen wir das Beispiel Ambulanz: z. Z. hat jede Klinik ihre eigene Ambulanz. Die Hochschulambulanzen sind hoch defizitär. Indem wir diese Ambulanzen räumlich, strukturell und personell zusammenführen, können wir natürlich für jede einzelne Klinik sehr viel Geld sparen und die Effizienz steigern. Das Gleiche gilt für die Zusammenlegung und die interdisziplinäre Belegung von Intensivstationen. Wir haben noch zu viele separate Intensivstationen, viele sind zu klein, das hat auch ein Gutachten ergeben. Das Ziel ist, diese Stationen zusammen zu legen und dann die Intensivpatienten in einer größeren Station zu versorgen. Damit steigt die Qualität der Versorgung, weil man einen Facharzt 24 Stunden sieben Tage in der Woche vorhalten kann. Und auch bei den Schwestern und den Abläufen können hohe Effizienzreserven erschlossen werden.

Außerdem gibt es noch sehr viele Einzellabore, denn jede Klinik hat ihre Spezialuntersuchungen und meint, dass das gar nicht anders geht, weil natürlich auch die Wissenschaft vor Ort ist. Aber die Routine kann gut irgendwo anders gemacht werden und man kann auch gut wissenschaftliche Daten aus einem Labor wieder zurückholen. Da gibt es also eine Menge an Effizienzreserven. Und es gibt natürlich auch Vorbehalte in einzelnen Kliniken, lieb gewordene Abläufe und Privilegien aufzugeben. Da gibt es aber auch sehr vernünftige Leute und diese sehen die Notwendigkeiten auch ein. Insgesamt bedarf es aber einer intensiven Kommunikation.

- Aber es ist schon so gedacht, dass die wichtigen Entscheidungen in der Zentrumsleitung getroffen werden und nicht auf unteren Hierarchieebenen?

Im Idealfall gibt es eine Zentrumskonferenz. Das sind dann vielleicht zwischen vier und acht Entscheidungsträger (Klinikdirektoren) und soweit wie möglich auch Oberärzte. Die setzen sich zusammen und müssen sich fragen, wie sie im Zentrum Geld sparen können und mit dem Budget so auskommen, dass etwas übrig bleibt, mit dem dann gearbeitet werden kann. Hier gibt es noch Optimierungsbedarf.

Ich wünsche mir, dass sich im Rahmen der Zentrumskonferenz die Zentrumsleitung einschließlich kaufmännischem Leiter und Pflegedirektion regelmäßig, z. B. alle vier Wochen, zusammen setzt und über das Budget, kommende Gefahren und Möglichkeiten zur Optimierung berät und dabei den Rat der OÄ und auch der Assistenzärzte aus der Klinik einholt. Das Ziel ist, dass man so mit den wichtigen Entscheidungsträgern zu einer gemeinsamen Optimierung des Systems kommt, natürlich nicht nur der Kliniken sondern auch der Abteilung. Oberärzte und Assistenzärzte wissen besser als die Chefs, wo die Effizienzreserven sind, wie Sachmittel ausgegeben werden, wie mit Medikamenten umgegangen wird, was weg geworfen wird und was nicht. Das ist auf den Arbeitsebenen natürlich viel besser bekannt als auf der E-

bene des Zentrumsleiters, der im Zweifelsfall die Arbeitsebene gar nicht mehr so genau kennt. Und es muss aus der Kenntnis der Kliniken hinein- getragen werden in die Zentrumsleitung und in die Strategie des Zentrums. Das funktioniert nicht immer optimal, teilweise gibt es auch Tendenzen, sich gegen diese Neuerungen zu wehren, denn es hat ja schon viele Reorganisationen gegeben. Und da muss man deutlich machen, dass das nicht so sein wird. Die Charité wird in dieser Verfasstheit so weiter bestehen, da wird es keine großen Änderungen des Universitätsmedizingesetzes oder ähnlicher Vorschriften geben. Deswegen sind alle gut beraten, sich auf die Zentrumsorganisation jetzt auch wirklich einzustellen und einzulassen.

- Orientiert sich das Budget der einzelnen Zentren ausschließlich an geplanten Leistungen oder orientiert man sich noch an den verursachten Kosten?

In der Vergangenheit war das eine Mischung. Die Grundidee ist, dass das Budget an den Erlösen orientiert ist. Die guten Zentren sollen von einem Budget profitieren und die schlechten sollen das auch zu spüren bekommen. Aber das Controlling muss natürlich über die Kosten erfolgen. Dann sind wir in einer guten Position, denn wenn dann das Budget richtig gemacht wurde, dann kann es nicht passieren, dass wir in ein Defizit kommen. Das Budget wird jetzt also nach Erlösen geplant. Wobei beim Controlling die Kostenerfassung ein Problem ist, denn sie müssen stimmen und zeitnah zur Verfügung stehen. Aber ich denke, dass das inzwischen möglich ist.

- Und was passiert, wenn ein Zentrum sein Budget überschreitet?

Ja, das ist das große Problem. Es hat, aus meiner Sicht, keine ausreichenden Konsequenzen. In der Forschung hat das dann ggf. zur Konsequenz, dass Materialien nicht mehr bestellt werden können und evtl. die Labortätigkeit eingeschränkt werden muss. In der Klinik geht das natürlich nicht. Da werden Patienten eingeliefert und dann wird bestellt. Trotzdem kann man natürlich durch Vorwarnung und durch ein gutes Berichtswesen die Leute wissen lassen, dass sie sich schon Mitte des Jahres einer Grenze nähern und hier Aufmerksamkeit geboten ist. Den Notfall, dass eine Station aus diesen Gründen geschlossen werden muss, hat es bisher noch nicht gegeben. Leider wird daher in manchen Kliniken zum Teil einfach weiter bestellt, Materialien eingekauft und implantiert, die eigentlich gar nicht mehr bezahlt werden können.

Dadurch kann ein Defizit verursacht werden. Und die Konsequenzen sind nicht ausreichend. Wir versuchen die Zentren zu steuern. Steuern kann man schlecht über Sachmittel: Wir können als Vorstand nicht sagen, teure Medikamente werden nicht gekauft, wenn es da einen Patienten gibt, der solche Medikamente braucht. Aber wir können sagen: Wenn das Budget von der Einrichtung nicht eingehalten wird, dann gibt es keine Möglichkeiten Personal einzustellen. Bei Einhaltung oder Unterschreitung des Budgets können die Zentren also Personal einstellen aber bei Überschreitung nicht. Hier wird auch das Sachmittel-Budget mit berücksichtigt. Das ist dann schon ein hoher Anreiz, das Budget auch einzuhalten. Es gibt eine Reihe von Zentren, die ihr Budget einhalten und Personal einstellen können. Das spricht sich herum. Alle negativen Personalentscheidungen sind schwierig, da gibt es immer Begründungen wie z. B. "da haben wir eine Zusage gemacht" oder "dann ist die Leistung nicht zu halten" oder Ähnliches. Aber irgendwie muss man natürlich auch eine Budgetdisziplin erzielen können.

- Gibt es auch sonst leistungsfördernde Anreizsysteme oder einen Anreiz dafür, das Budget zu unterschreiten z.B. in Form von zusätzlichen Investitionen?

In der Forschung und Lehre ja sowieso, da gibt es eine leistungsorientierte Mittelvergabe. Die Idee ist, dass Zentren, die ihr Budget unterschreiten, das Plus behalten können, jedenfalls teilweise, und sich damit Freiheiten schaffen. Das können die Zentren dann so frei wie möglich verwenden. Es gibt da gewisse Grenzen aber vom Grundsatz her herrscht hier Freiheit. Bisher ist das noch nicht richtig realisiert worden, weil die Zentren, wenn überhaupt, geradeso die Budgetgrenze erreichen.

-Wie schätzen Sie zusammenfassend die Situation und die Perspektive der Charité aus Unternehmenssicht ein?

Wenn mich das jemand fragt, dann sage ich immer: "Fragen Sie nicht nur mich, sondern auch Andere." Meine Position ist, dass die strategische Orientierung der Charité noch nie so gut war wie jetzt. Wir haben ein Unternehmenskonzept gemacht, das zukunftsträchtig ist und das von der Politik komplett akzeptiert ist. Das hat es in der Vergangenheit nie gegeben. Die Standorte und die Investitionen sind gesichert. Wir haben in der mittelfristigen Finanzplanung über 300 Mio. Euro, im Masterplan über eine halbe Mrd. Euro praktisch zugesagt bekommen vom Land Berlin. Wir können alle wichtigen Baumaßnahmen – die Vorklinik, das Hochhaus, die Ambulanz, die Reorganisation, das Forschungshaus Buch – planen und durchführen. Wir haben die ganze Tarifvertragsituation ohne wirklichen Streik überstanden. Wir haben mit den Gewerkschaften und mit den Personalräten Dienstvereinbarungen getroffen, die die Personalanpassung ohne betriebsbedingte Kündigung aber mit durchaus eingreifenden Maßnahmen ermöglicht und realistisch macht. Wir haben ein hohes Maß an Freiheit und Mobilität innerhalb der Einrichtungen bis hin zu Untergruppierungen, was einzigartig ist in der Bundesrepublik. Insofern ist von der sozialen, strategischen und Gesamtausrichtung der Charité aus meiner Sicht die Situation sehr positiv zu beurteilen. Wir haben einen Masterplan, der die Gebäudeentwicklung betrifft, in der ersten Phase realisiert. Wir haben also eine Analyse gemacht und festgestellt, dass wir von den 600 000 m² Fläche 200 000 m² nicht brauchen. Wir können die gesamte Peripherie, die Villen in Dahlem, die natürlich sehr teuer waren und hohe Personal- und Infrastrukturkosten verursacht haben, verkaufen und dieses Geld garantiert zu 100 % behalten, was auch nicht selbstverständlich ist. Das heißt, wir haben ein Interesse an diesen Verkäufen, sparen Investitionen in der Peripherie und können diese an den zentralen Standorten machen. Damit haben wir die komplette Unterstützung des Wissenschaftssenators, des Finanzsenators und des gesamten Senates von Berlin. Der Regierende Bürgermeister Klaus Wowereit hat die Wissenschaft und insbesondere auch die Klinik als wichtigen Zukunftsfaktor benannt. Die Tatsache, dass Herr Professor Zöllner als Wissenschaftssenator gerufen wurde, zeigt, dass der Wissenschaft und Universitätsmedizin diese Bedeutung zugemessen wird. Insofern ist also die strategische Orientierung meiner Meinung nach hervorragend.

Das Problem ist das, was wir vorgefunden haben. Da war die Frage, wie wir das umsetzen in eine Motivationserhöhung in der Charité. Es ging also um die Entwicklung der Corporate Identity und die Vermittlung des Gefühls in der Charité: "Wir sind auf dem richtigen Weg und wenn wir jetzt die Ärmel aufkrempelein, dann schaffen wir das, auch wenn es schwierig ist." Das ist uns noch nicht hinreichend gelungen. Es gibt weitere Bemühungen diese Corporate Identity zu stärken. Jeder versteht unter Charité etwas anderes, im Benjamin Franklin etwas anderes als in Mitte und im Virchow und in Buch. Wir haben eine große Firma beauftragt, eine der weltweit besten Firmen für Markenentwicklung, die uns bei dieser Entwicklung helfen soll. Das gute Schicksal will es, dass wir 2010 die 300-Jahr-Feier haben. Wir haben also ein richtiges Ziel, das auch vermittelbar ist. Bis dahin wollen wir die Charité zu dieser neuen großen Gesundheitsmarke in Berlin, in Deutschland und in der Welt machen. Ein "Claim", den wir mit der Firma besprochen haben, könnte sein: "Charité – The Future of Medicine" – Die Zukunft der Medizin, die die Charité in der Vergangenheit mit Robert Koch und Rudolf Virchow schon einmal maßgeblich beeinflusst hat. Warum eigentlich nicht wieder? Die Charité soll eine Führungsrolle in Deutschland aber eben auch in Europa und in der Welt übernehmen. Dann haben wir vor, als Beginn der 300-Jahr-Feier, einen großen Kongress "Charité – The Future of Medicine" zu veranstalten, in dem also das, was wir intern diskutiert haben auch international präsentiert werden soll. Das Ziel ist, das auch zu reflektieren und dann gute Leute einzuladen zu diesem großen Kongress, auch Nobelpreisträger. Aber das ist natürlich ein Weg dahin, der geführt werden muss und der unglaublich ist, wenn intern Dinge zerbrechen, wenn die Leute sagen, es gibt eine Dissoziation zwischen dem was die Tagesarbeit beherrscht und dem, was der Vorstand sich vorstellt. Hier liegt die eigentliche Herausforderung.

- Wie sehen Sie die Wettbewerbsfähigkeit der Charité im Vergleich zu nicht-universitären Krankenhäusern?

Wettbewerbsfähig unter welchen Gesichtspunkten? Was die medizinische Leistung angeht, gibt es da gar keine Frage, was die Wirtschaftlichkeit angeht, sind wir wettbewerbsfähig, weil wir ja die Bundes- und Landesfallwerte, irgendwann übernehmen und sie jetzt schon erreicht haben. Das ist einer der wichtigen

strategischen Orientierungspunkte der Charité und zeigt, dass wir eben nicht mehr die teure Medizin sind. Inwieweit wir das universitäre Niveau halten können, mit einem Basisfallwert, der im Jahr 2010 wahrscheinlich in etwa bei 2.800 Euro liegt, das ist die große Frage. Das betrifft das Gesamtfinanzierungssystem nach dem DRG-Modell. Da müssen wir darauf hoffen, dass wir durch die Beteiligung am Kalkulationsverfahren dieses lernende System so mit beeinflussen, dass die universitäre Medizin damit glücklich ist und wir dann auch eine ausreichende Finanzierung bekommen. Das wird sehr schwierig sein. Wettbewerb unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ist also schwierig und wir müssen rationalisieren und können nicht alles so machen, wie wir das gerne hätten. Das Finanzierungssystem muss aber so sein, dass man für den Betrieb ohne staatliche Zuschüsse auskommt und dass universitäre Belange und Innovationsfähigkeit der Einrichtung finanziert werden. Bisher ist das nicht gegeben aber ich bin zuversichtlich, dass das kommt. Denn es ist in niemandes Interesse, eine universitäre Medizin und medizinische Innovation, die ja wichtige Wirtschaftsfaktoren gerade für Deutschland und insbesondere für Berlin sind, zu beschädigen. Das ist eine Frage der politischen Geschicklichkeit, mit der man so etwas macht.

8.2. Interview mit dem Direktor des Klinikums Dr. B. Behrends (20.9.2007)

- Wir beurteilen Sie die bisherige Umsetzung der neuen dezentralen Organisationsstruktur und der Projekte zur Ergebnisverbesserung, die bis jetzt umgesetzt wurden?

Wir haben uns ja für eine Neuorganisation der Charité auf der Basis einer Profit-Center-Struktur entschieden, weil wir der Meinung sind, dass wir durch die Dezentralisierung von Kompetenzen und Verantwortung am ehesten in der Lage sein werden, die nötigen Effizienzsteigerungen zu erzielen. Man kann ein so großes Unternehmen wie die Charité mit 128 Kliniken und Instituten nicht zentral steuern, weil die Leitungsebene und die Leitungsspanne viel zu groß sind und man von den Prozessen viel zu weit entfernt ist. Wir wissen alle, dass eine Effizienzsteigerung über die Prozessoptimierung erreicht wird, und diese kann nur dezentral erfolgen. Das war die Grundüberlegung. Und nach zwei Jahren Erfahrung kann ich sagen, dass diese Rechnung auch auf geht. Allerdings muss man das differenziert betrachten. Manche Zentren sind da weiter als andere, manche stellen sich der Aufgabe auch nicht so intensiv wie andere. Aber die Zentren, die es besonders nötig haben, weil sie deutliche Effizienzreserven haben, die haben auch die Zeichen der Zeit erkannt und arbeiten an ihrer Effizienzsteigerung. Man kann da sehr schöne Erfolge sehen, zum Beispiel im Laborzentrum, auch in der Radiologie und bei einer Vielzahl von Teilprojekten in Zentren des klinischen Bereichs.

Ich denke, was die Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung angeht, sind wir auf halbem Wege angekommen. Es ist noch viel zu tun, aber die Prozesse sind eingeleitet.

Was die Projekte zur Ergebnisverbesserung betrifft, haben wir 15 so genannte Lead-Projekte und eine Vielzahl kleinerer Projekte aufgelegt, insgesamt über 100 Projekte. Die werden alle zentral gesteuert in einem Projektsteuerungsbüro. Auch hier ist wieder das dezentrale Prinzip verwirklicht, indem wir dezentrale Projektleiter haben, die zum Teil direkt aus dem operativen Geschäft kommen und für die Projektleitung von ihren operativen Aufgaben teilweise freigestellt sind. Dann haben wir hauptamtliche Projektleiter und Externe. Wir haben zum Beispiel bei den großen Projekten auch sehr viel mit Roland Berger zusammen gearbeitet, weil ja die großen Projekte besonders professionell und stringent durchgezogen werden.

Das größte Projekt war die Ausgründung des gesamten Facility Managements in eine Tochtergesellschaft im PPP-Modell, also mit einem privaten Partner. Außerdem haben wir an jedem Standort ein Medizinisches Versorgungszentrum gegründet, die jetzt sehr gut laufen. Wir haben große Laborprojekte durchgeführt, die so gut wie abgeschlossen sind. Und wir haben auch Projekte mit der Radiologie gemacht, die

sehr gute Erfolge gezeigt haben und wodurch das Zentrum 6 hinsichtlich dieser Effekte zu einem Vorzeige-Zentrum geworden ist. Das kommt auch bei den internen Kunden [den anfordernden Kliniken] sehr gut an, denn die merken diese Verbesserungen ja am internen Verrechnungspreis.

Um mal ein paar Zahlen zu nennen: Wir hatten im Jahr 2005 einen Ergebnisverbesserungsbedarf von 266 Millionen Euro bis zum Jahr 2010, weil die Schere zwischen Kosten und Erlösen eklatant auseinander ging. Dieser Vorstand wurde ja Mitte des Jahres 2004 ernannt und wir waren Anfang 2005 soweit, dass wir eine vollständige Risikoanalyse gemacht hatten. Wir haben beim Stand Mai 2007 noch einen Ergebnisverbesserungsbedarf von 128 Millionen bis zum Jahre 2010, die Hälfte haben wir also geschafft. Wir sind sehr optimistisch, dass wir bis zum Ende 2010 den Turnaround vollständig geschafft haben.

Am Anfang beherrschten die Grundeinstellung aller Beteiligten, auch des Vorstandes, Zweifel, ob man den Riesenberg von Problemen jemals in den Griff bekommen würde. Im Moment sind wir da sehr viel optimistischer und ich denke diesen Optimismus teilt auch der Aufsichtsrat. Herr Zöllner ist voll des Lobes für die Charité angesichts der erreichten Erfolge und das spricht ja auch für Optimismus von unseren Entscheidungsträgern im Aufsichtsrat. Wobei ich immer warnend sage: wir haben es noch lange nicht geschafft und es wird auch noch viele Probleme geben.

- Gibt es außer dem Facility Management auch noch weitere Beispiele für private Investoren, die angeworben werden konnten oder andere Projekte im Rahmen des PPP-Modells?

Wir arbeiten da gerade an einem Projekt, das wir mit privaten Investoren realisieren wollen, und zwar das Partikeltherapiezentrum, einer Kombianlage für Protonen und Schwerionen. Das ist eine Investition von 150 Millionen Euro, die wir nicht allein bewältigen können. Wir haben mittlerweile einen Businessplan mit einer angemessenen Eigenkapitalrendite, so dass wir zuversichtlich sind, dass wir Investoren finden werden. Dieses Projekt werden wir demnächst ausschreiben.

Ein anderes Projekt ist die Aufstockung des Hochhauses mit sieben zusätzlichen Stockwerken, das auch privat finanziert werden muss, da es dafür kein staatliches Geld geben wird. Das wird kein großes Problem sein, da es genügend Interesse gibt. Wir sind gerade dabei, die Ausschreibung vorzubereiten.

Das sind also drei konkrete Projekte, wobei das Facility Management – Projekt schon realisiert ist, und die anderen sicher auch bald realisiert werden. Da wird es immer wieder Beispiele geben. Es kommt natürlich auch darauf an, wie man PPP-Modelle definiert, da gibt es ja eine ganze Bandbreite. Manche bezeichnen ja schon die Aufstellung von Leihgeräten als PPP, weil die Industrie in Vorlage tritt, manche Leihgeräte auch nie bezahlt werden und die Refinanzierung letztendlich über die Wartung erfolgt. Das klassische PPP-Modell ist ja, dass man sich für eine größere Investition einen Geldgeber für die Finanzierung sucht, der natürlich die Refinanzierung über entsprechende Nutzungsentgelte sicher stellen muss und wobei dann nach Ablauf der Finanzierung der Investitionsgegenstand in das Eigentum des Projektgebers übergeht.

Das Universitätsklinikum Jena ist dafür ein gutes Beispiel, oder das Universitätsklinikum in Mainz, Heidelberg baut gerade die medizinische Klinik und Essen eine Protonen-Anlage, so wie wir das auch vorhaben. Diese PPP-Modelle werden natürlich angesichts der knappen öffentlichen Haushalte auch noch viel intensiver genutzt werden.

- Ist das strategische Controlling der Geschäftsführung in Ihren Augen schon ausreichend und funktionsfähig oder gibt es da noch Verbesserungsbedarf?

Das Unternehmenscontrolling, so nennen wir das strategische Controlling, ist beim Vorstandsvorsitzenden angesiedelt und funktionsfähig. Es fehlen aber Funktionsbereiche, die wir noch aufbauen müssen, zum Beispiel das Beteiligungscontrolling. Je mehr wir ausgründen, je mehr Beteiligungen wir eingehen, desto wichtiger wird auch das Beteiligungscontrolling. Das Risikomanagement, das Risikoportfolio und das Projektcontrolling müssen noch weiter ausgebaut werden. Im Moment ist der Fokus eindeutig auf die

Wirtschaftsplanung, die Langfrist-Planung mit den entsprechenden Risikoanalysen und das operative Controlling gerichtet.

Das Unternehmenscontrolling ist also funktionsfähig, es muss aber weiter ausgebaut werden.

- Worin sehen Sie weitere wichtige Herausforderungen für die Zukunft?

Da muss man differenzieren zwischen Krankenversorgung und Forschung und Lehre.

Die Krankenversorgung wird ja absehbar immer stärker durch Wettbewerb und Kostendruck geprägt. Nach Abschluss der Konvergenzphase werden in dieser Richtung sicher weitere gesetzgeberische Schritte folgen. Es wird darauf hinauslaufen, dass die Krankenkassen mehr Marktmacht bekommen und ihr Konzept von Einkaufsmodellen umsetzen können. Das bedeutet mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen, aber auch mehr Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern. Denn letztere müssen um die Gunst der Krankenkassen buhlen, um ihre Leistungen abzusetzen und finanziert zu bekommen. Deshalb müssen die Krankenhäuser dann noch stärker als bisher ihr Leistungsportfolio an der Nachfrage orientieren. Zum anderen wird der Kontrahierungszwang wahrscheinlich gelockert werden, was aber auch sehr eng mit dem Einkaufsmodell zusammen hängt, weil die Krankenkassen dann die Möglichkeit haben, Krankenhäusern, mit denen sie keine Behandlungsverträge abgeschlossen haben, die Behandlung ihrer Patienten nicht zu vergüten. Und drittens wird sich die Krankenhausplanung, die ja immer noch eine Bettenplanung ist, wahrscheinlich auf eine reine Rahmenplanung reduzieren. Die Krankenhausplanung wird dann also nicht mehr bis ins Detail vorschreiben, wie viele Betten die einzelnen Häuser in den einzelnen Fachdisziplinen haben sollen und dürfen. Sondern es wird wahrscheinlich eine reine Standortplanung werden, bei der die Leistungen der einzelnen Standorte bzw. der einzelnen Häuser mit der Krankenkasse verhandelt werden müssen.

Das alles bedeutet mehr Wettbewerb, vor allem auch mehr Preiswettbewerb. Denn mit dem Einkaufsmodell der Krankenkassen werden diese abnehmende Preise vereinbaren wollen. Damit fallen zumindest teilweise auch die Festpreise, es entsteht also ein Preisdruck und für uns Leistungserbringer bedeutet das einen noch größeren Kostendruck.

Was Forschung und Lehre angeht, ist meine Prognose, dass auch hier der Wettbewerb zwischen den Hochschulen angereizt werden wird. Man sieht das ja an der Exzellenzinitiative, an der Clusterinitiative, an den politischen Rahmenbedingungen und Förderprogrammen. Das heißt, wir werden auch hier einen stärkeren Wettbewerb erleben. Und auch da lautet die Herausforderung: wir müssen exzellent sein, um in diesem Wettbewerb beteiligt zu sein.

Man kann also das Ganze unter die einheitliche Überschrift stellen: Mehr Wettbewerb im System.

- In der Literatur ist immer wieder zu finden, dass die Trennungsrechnung für ein Universitätsklinikum, also für Klinikum und Fakultät, ein sehr großes Problem ist. Wie wird dieses Problem denn an der Charité gelöst?

Wir haben es noch nicht gelöst. Wir sind dabei. Aber eine Lösung wird auch nur ansatzweise möglich sein. Wer sich vorstellt, er könnte diese Kosten trennscharf voneinander unterscheiden, der unterliegt einem großen Irrtum. Das kann man an einem relativ einfachen Beispiel festmachen: Nehmen Sie einen Patient auf einer Station, der an einer Studie teilnimmt, wie wollen Sie kostenmäßig auseinander halten, was von den verursachten Kosten jetzt zur Forschung und was zur Krankenversorgung gehört? Das ist einfach nicht möglich. Zur Zeit bemühen wir uns um eine Lösung für die Hochschulambulanzen. Es gibt ja in den Kliniken eine Vielzahl von Ambulanzen: das ambulante Operieren, die Spezialsprechstunden, allgemeine Sprechstunden, ambulante Notfallaufnahmen, Hochschulambulanzen und Dispensaire-Einrichtungen. Alle diese vielfältigen ambulanten Leistungen finden unter einem organisatorischen Dach statt, es gibt immer einen gemeinsamen Anlaufpunkt, die ambulante Aufnahme. Das Personal wird entsprechend auch nicht aufgeteilt in Personal für die Hochschulambulanz, für ambulantes Operieren, für die Chefarztsprechstunde oder für die allgemeine Ambulanz, sondern jeder macht alles. Wie wollen Sie da

die Kosten auseinander halten? Wenn man es genau wissen wollte, müsste man eigentlich durch die Mitarbeiter eine Leistungsaufschreibung machen lassen, aber das ist gar nicht machbar und die Mitarbeiter erklären Sie für bescheuert. Also wird man da mit Schlüsseln arbeiten müssen und das ist auch unser Ansatz. Da würde man dann zum Beispiel sagen, der durchschnittliche Aufwand für die Betreuung eines ambulanten Patienten, ob nun ein hochschulambulanter Patient oder ein anderer Patient, ist dreißig Minuten für den Arzt und für die Funktionsschwester und vielleicht 10 Minuten für die MTA. Man versucht dann also, über realitätsnahe Anhaltszahlen zu einer sinnvollen Kostentrennung zu gelangen, anders geht das nicht. Außerdem wird es zukünftig möglich sein, über die Medizinischen Versorgungszentren vermehrt den Teil der ambulanten Patienten zu versorgen, die hauptsächlich der Krankenversorgung zuzurechnen sind, während solche, die unter Forschungsgesichtspunkten interessant sind, weiterhin in der Hochschulambulanz versorgt werden. Das erleichtert auch die Kostentrennung im ambulanten Bereich.

- Wurde eigentlich für die Erarbeitung des großen Konzeptes der Dezentralisierung auch externe Hilfe in Anspruch genommen?

Nein, dieses dezentrale Zentrumskonzept haben wir selbst erarbeitet. Ich bin aus Hamburg hier her gekommen, wo wir das alles schon realisiert hatten, so dass ich mit dieser Erfahrung an die Charité gekommen bin. Das Konzept haben wir im Vorstand erst einmal schriftlich gemacht, dann haben wir es diskutiert, zunächst mit ein paar Meinungsbildnern hier an der Charité und dann in Einzelgesprächen mit jedem Klinikdirektor. Diese Einzelgespräche mit den Klinikdirektoren haben wir zu jener Zeit jeden Morgen durchgeführt, mit einigen auch fünf oder sechs Mal, so dass wir ein viertel Jahr dafür gebraucht haben.

- In der Satzung steht ja, dass die Zentren für die Einhaltung des Budgets verantwortlich sind und die vollständige Autonomie im Personal- und Sachkostenbereich haben, aber auf dem Gebiet der Investitionsplanung haben sie ja eigentlich keine Autonomie. Wie viel Eigenständigkeit sollen die Zentren also haben?

Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass die Zentren Profit-Center sein sollen. Sie sollen also Ergebnisverantwortung haben und wenn sie Ergebnisverantwortung haben, sollen sie diese in Entscheidungskompetenzen umsetzen. Da sich die Ergebnisverantwortung auf das operative Geschäft bezieht, muss die Entscheidungskompetenz auch auf der operativen Ebene liegen. Die strukturellen Entscheidungen, also die, die mittel- und längerfristig sind, wie die Fragen nach der Schließung, Eröffnung oder Verkleinerung, der strategischen Ausrichtung oder des Leistungsportfolios einer Abteilung, das sind Vorstandsentscheidungen. Der Vorstand gibt also den Rahmen vor und innerhalb dieses Rahmens sollen die Zentren eigenverantwortlich wirtschaften. Das gilt auch für Personalentscheidungen unter der Voraussetzung, dass ein verbindlicher Rahmen vereinbart wurde.

Wir steuern die Zentren über Zielvereinbarungen. Das Budget ist ein Teil dieser Zielvereinbarungen, aber es werden auch noch andere Zielvereinbarungen getroffen. Gerade wenn es um Effizienzverbesserung geht, werden konkrete Projekte vereinbart.

Wenn also ein solcher Rahmen verbindlich vereinbart ist, dann soll das Zentrum auch eigenverantwortlich damit umgehen. Es gibt aber natürlich auch die Situation, dass ein Zentrum die Vorstellungen des Vorstandes und das Budget nicht akzeptieren will. Wenn wir das als Vorstand wissen, dann kann das Zentrum auch nicht den Anspruch haben, eigenverantwortlich zu wirtschaften. Es muss dann also vom Vorstand installierte Steuerungsinstrumente geben. Für Personalentscheidungen haben wir zum Beispiel eine Personalsteuerungsgruppe, die sich mit solchen Zentren befasst. Wenn von einem Zentrum Einstellungsanträge kommen, das keine verbindlichen Vereinbarungen mit dem Vorstand hat und vielleicht sogar noch das Budget überzieht, dann entscheidet diese Personalsteuerungsgruppe, ob dem Einstellungsantrag stattzugeben ist oder nicht. Besser wäre es aber natürlich aus der Sicht des Vorstandes, man würde sich mit den Zentren einigen.

- Die Zentren bestehen ja aus verschiedenen Kliniken, Instituten und Abteilungen, so dass es innerhalb des Zentrums zu divergierenden Interessen kommen kann zwischen den Organisationseinheiten. Wenn die Zentrumsleitung über Personal- und Sachmittel entscheidet, wie ist dann gewährleistet, dass auch die Interessen der Untergliederungen ausreichend berücksichtigt werden?

Das ist ein ganz wichtiger Punkt, den wir sehr intensiv diskutiert haben. Wir haben uns deshalb auch gegen das singuläre Führungsprinzip entschieden, bei dem der Direktor einer Klinik allein ein Zentrum „regiert“. Dabei wäre in der Tat die Gefahr gegeben, dass es nicht zu einem Ausgleich der Interessen kommt. Deshalb haben wir uns für ein kollegiales Führungsprinzip in den Zentren entschieden, so dass die Leitung aus drei gleich stimmberechtigten Mitgliedern besteht: dem ärztlichen Leiter, dem kaufmännischen Leiter und dem Pflegedienstleiter. Bei den Einstellungsvorgängen soll der kaufmännische Leiter über den Einstellungsantrag entscheiden und nicht der ärztliche Leiter. Beide werden sich zwar abstimmen, aber am Ende soll der kaufmännische Leiter für die Personalentscheidungen des Zentrums die Verantwortung übernehmen. Das Problem werden wir damit nicht vollständig lösen, da trotz dieser Führungsorganisation die ärztlichen Direktoren sich im Zweifelsfall immer durchsetzen werden. Aber was wir erreichen ist, dass innerhalb der Zentrumsleitung zumindest eine Auseinandersetzung erfolgt über die richtigen Maßnahmen innerhalb des Zentrums. In der Praxis ist es ja auch so, dass der kaufmännische Leiter des Zentrums mit den einzelnen Klinikdirektoren über Budgetfragen, -Planung, -Steuerung und dergleichen spricht. Aber ein Restproblem behalten wir sicher in dieser Hinsicht.

- Welche Möglichkeiten haben die einzelnen Untergliederungen eines Zentrums, selbstständig wirtschaftlicher zu arbeiten und Effizienz zu erreichen?

Das ist an sich wieder das gleiche Prinzip. Die Zentrumsleitung würde Zielvereinbarungen abschließen mit dem Klinikdirektor und dem Institutsdirektor, einschließlich Budget. Mit so einer Zielvereinbarung kann dann auch der Klinikdirektor eigenverantwortlich wirtschaften. Denn dieses Prinzip wird sich von oben nach unten durchsetzen. Das ist aber ein Lernprozess und in gewisse Hinsicht auch ein tiefer kultureller Einschnitt, wenn wir zu einem Klinikdirektor sagen: Wenn Du etwas willst, musst Du erstmal mit Deinem Zentrumsleiter sprechen, das ist der Kollege von nebenan. Das ist durchaus ein Problem. Und dieser Prozess muss eingeübt werden. Der ist auch noch nicht abgeschlossen.

- Dazu müssten ja auch von der Zentrumsleitung ein paar Kompetenzen abgegeben werden an untergeordnete Entscheidungsträger?

Ja, wobei wir da keine Vorgaben gemacht haben. Wir wollen auf der Ebene unterhalb der Zentrumsleitung möglichst viel Freiheit haben in der Selbstorganisation, weil diese Strukturen im Verhältnis untereinander auch sehr unterschiedlich sind.

8.3. Interview mit dem Dekan Prof. Dr. M. Paul (23.4.2008)

- Wie beurteilen Sie die bisherige Umsetzung der Charité- Reform mit ihrer neuen dezentralen Organisationsstruktur?

Die Charité ist durch die Fusion so groß geworden, dass sie zentral nicht mehr gut steuerbar war. Wir hatten ja initial 128 Kliniken und Institute und es ist für einen Vorstand sehr schwer mit 128 Chefärzten und -ärztinnen zu interagieren. Deswegen war es wichtig, durch die Zentrumsbildung und die Dezentrali-

sierung, die Übergabe von Verantwortung auf die dezentralen Zentren, eine Struktur zu schaffen, die die Interaktion und das Management einfacher macht. Das ist ein Prozess, der mehrere Jahre dauert, und der (wir haben im Jahr 2005 begonnen) natürlich noch nicht abgeschlossen ist. Da gibt es Vieles, was in der Interaktion noch verbessert werden muss. Aber ich glaube, dass es bei einer so großen Einrichtung sehr wichtig ist, nicht nur die Strukturen so zu gestalten, dass das Leitungsgefälle überschaubar ist, sondern auch in diese dezentralen Bereiche Verantwortung zu geben, zum Beispiel Budgetverantwortung oder auch Verantwortung für das Personal.

- Wie gut funktioniert die Trennungsrechnung zwischen Klinikum und Fakultät an der Charité? Welches Kostenzuordnungsverfahren wird angewandt?

Die Trennungsrechnung funktioniert immer besser. Es gibt ja zwei Schulen: die eine verzichtet auf eine Trennungsrechnung, weil sie nicht zu 100% verursachungsgerecht durchgeführt werden kann, die andere trennt die Kosten der Bereiche, in denen die Trennung verursachungsgerecht möglich ist und greift für die restlichen Bereiche auf Schätzungen zurück. Ich gehöre zur letzteren und bin der Meinung, dass man dort, wo man ohne zu großen Aufwand die Kostenzuordnung durchführen kann, z.B. durch direkte Rechnungslegung, die Kosten eindeutig trennen sollte und dass man in den anderen Bereichen Schätzungen vornehmen muss. Das haben wir an der Charité auch so eingeführt und mit Vertretern der Fakultät und des Klinikums z.B. für Energiekosten oder Kosten der Verwaltung Schlüssel festgelegt. Diese Schlüssel sind unterschiedlich. Zum Beispiel werden die Kosten des Vorstandsvorsitzenden, der sowohl für die Fakultät und das Klinikum zuständig ist und einen eigenen Stab hat, zur Hälfte auf Fakultät und Klinikum aufgeteilt. Das Personalverhältnis zwischen Fakultät und Klinikum ist etwa 35 zu 65, so dass auch die Kosten der Personalabteilung in diesem Verhältnis aufgeteilt werden. In anderen Bereichen sind die Schlüssel am Aufwand orientiert. Wir haben darüber hinaus das SAP-Modul PCA im letzten Jahr installiert, um damit Abschlüsse zu machen, das auf Grund der Schlüssel und der eindeutigen Verteilung sehr exakt zuordnen kann, was die Kosten von Fakultät und Klinik sind. Die Schlüssel werden auch an neue Gegebenheiten angepasst. Insofern sind wir in den letzten Jahren gut weiter gekommen und wir werden immer besser bei der Trennungsrechnung.

- Sehen Sie die Interessen der Fakultät gegenüber dem Klinikum ausreichend gewahrt?

In diesem Prozess ja. Es wurde eine Gruppe gebildet, die paritätisch aus Fakultätsleitung und Klinikumsleitung bestand und die von einer neutralen Person moderiert wurde, dem Leiter des Unternehmenscontrollings. Der Prozess war natürlich nicht konfliktfrei, aber letztendlich hat man sich doch auf ein Verfahren geeinigt.

- Sind Sie eher ein Befürworter des Integrations- oder des Kooperationsmodells?

Ich glaube schon, dass das Integrationsmodell gerade unter oben genannten Aspekten günstiger ist. Wir haben viele Erfahrungen gemacht, dass es mit Kooperationsmodellen doch noch extremer zu einer Trennung dieser beiden Geschäftsbereiche Forschung und Lehre einerseits und Krankenversorgung andererseits und zu einer zunehmenden Entfremdung kommt. Wenn man beide Bereiche unter einem Dach hat, ist das letztendlich besser, auch bei entstehenden Konflikten, denn es geht ja um ein gemeinsames Ziel. Ein Universitätsklinikum besteht ja aus diesen drei Geschäftsfeldern, die kann man nicht unterschiedlich managen. Ich weiß von Kollegen in anderen Organisationsformen mit klarer Trennung, dass diese teilweise sehr chaotisch organisiert sind. Die Grundlageninstitute gehören beispielsweise zur Universität, sind also in der Kameralistik dem Kanzler zugeordnet, während die Institute, die im klinischen Bereich tätig sind, wie die Radiologie, dem Dekan zugeordnet sind. Beide Bereiche haben ganz unterschiedliche Abrechnungen, da gibt es eher Probleme mit der Trennungsrechnung zwischen dem universitären kameralistischen System und der kaufmännischen Buchhaltung im Krankenhaus.

- Sie sind also nicht der Meinung, dass die Fakultät im Integrationsmodell eine schwächere Position gegenüber dem Klinikum hat als im Kooperationsmodell?

Nein. Das hängt natürlich auch immer von den handelnden Personen ab. Aber die Fakultät kann sich im Integrationsmodell eben durch eine Trennungsrechnung sehr gut wieder finden und der Mehrwert eines einheitlichen Systems ist meiner Meinung nach vorzuziehen gegenüber dieser zu starken Fragmentierung. Ich glaube auch, dass die Tendenz bundesweit zum Integrationsmodell geht. Es gab vor einigen Jahren eher eine Tendenz, überall Kooperationsmodelle einzuführen, aber nach meinen Beobachtungen im Medizinischen Fakultätentag gibt es ein klares Plädoyer für das Integrationsmodell in Deutschland.

- Seit wann gibt es an der Charité ein getrenntes Budget für Forschung, Lehre und das Klinikum?

Das Budget gibt es in seiner wirklich auch im Controlling getrennten Form seit der Fusion, weil wir da die gesetzlichen Grundlagen geschaffen haben, dass auch die Verantwortlichkeiten zu Fakultät und Klinikum zugeordnet werden konnten. Früher gab es zwar auch getrennte Budgets, aber die waren unter einer Einheitsverwaltung nicht immer so sauber zu trennen.

- Und wie lange gibt es schon die leistungsorientierte Mittelvergabe in der Charité?

Die leistungsorientierte Mittelvergabe gibt es sicher schon seit über 10 Jahren, übrigens sowohl an der Alt-Charité wie auch am ehemaligen Fachbereich Humanmedizin der FU, weil beide Fakultäten schon Ende der 90er Jahre erkannt haben, dass man nicht mit der Gießkanne finanzieren sollte, sondern das Geld dahin geben muss, wo die Leistung erbracht wird. Wir haben auch jedes Jahr weniger Geld auszugeben und da setzt man natürlich vor allem auf die Bereiche, die dann auch am leistungsstärksten sind. Diese Erkenntnis war viel weniger kontrovers diskutiert, als zum Beispiel jetzt die Einführung der Trennungsrechnung. Es war eigentlich klar, dass man diesen LOM-Systemanreiz so einrichten musste. Dies wird übrigens auch durchaus gewürdigt von der deutschen Forschungsgemeinschaft, die die Anstrengungen der Charité lobend anerkannt hat.

- Wie viel Prozent werden mittlerweile leistungsorientiert vergeben?

Derzeit sind das 34% des Landeszuschusses, also da wir etwa einen Landeszuschuss von 210 Mio. € haben, sind das über 70 Mio.€.

- Nach welchen Kriterien erfolgt die Vergabe?

Nach Input- und Output-Kriterien. Es gibt da viele Verfahren, wir haben uns auf ein relativ einfaches geeignet. Wir betrachten 3 Jahre retrograd die Publikationsleistung, wobei wir Impact-Faktoren analysieren, und wir bewerten den Input, das sind die eingeworbenen und die ausgegebenen Drittmittel, wobei wir danach gewichten, ob die Drittmittelvergabe begutachtet oder nicht begutachtet wird (dabei haben DFG-Mittel das höchste Gewicht). Danach wird dann die individuelle Forschungsleistung bezogen auf die Gesamtforschungsleistung der Charité ausgerechnet. Es handelt sich also um ein geschossenes System. Wichtig ist, dass diese Leistungsgelder nicht an den Chef einer Klinik oder eines Institutes vergeben werden, der sie dann verteilen kann, sondern direkt an die Arbeitsgruppen, also auch an Nachwuchsgruppen.

- Damit kann man dann auch kontrollieren, wofür die Mittel aus dem Landeszuschuss für Forschung und Lehre verwendet werden.

Das Geld liegt auf eigenen Kostenstellen, und man weiß natürlich genau, was darauf gebucht wird. Es kommt natürlich manchmal zu Fehlbuchungen, das kann man dann aber auch nachprüfen und korrigieren.

- Worin sehen Sie die wichtigsten Herausforderungen für die Charité in der Zukunft?

Ich glaube, die wohl größte Herausforderung ist der Bereich der Investitionen, sowohl was Geräteanschaffungen angeht (wir haben einen überalterten Gerätepark), als auch die bauliche Konsolidierung. Das Hochhaus und viele andere Gebäude mit Ausnahme des Virchow-Klinikums sind in einem sehr schwierigen Zustand, was unter anderem daran liegt, dass auf Grund der knappen Investitionsmittel die Instandhaltung von Gebäuden nur unzureichend betrieben wurde. Das gilt auch für die Wiederanschaffung von Großgeräten.

Das Geld aus den Grundstücksverkäufen der Charité durfte nach dem Willen unseres Eigentümers nicht für die Konsolidierung von Geräten und Zentralisierung von Geräteparks verwendet werden, weil das keine Baumaßnahmen im eigentlichen Sinne sind. Aber auch die Konsolidierung und Clusterung von Geräteparks ist eine strukturelle, Masterplan-orientierte Aufgabe, die entsprechende finanzielle Mittel erfordert. Trotz guter und mit Zahlen belegter Argumente müssen wir hier neue Lösungen suchen.

Es gibt also nach wie vor einen Investitionsstau. Wenn wir diesen nicht lösen, werden wir ein großes Problem haben

Zwar ist natürlich auch das „menschliche Kapital“ wichtig, aber gerade bei diagnostischen oder auch operativen Fächern und in den Forschungszentren, muss man natürlich wettbewerbsfähig sein, insbesondere wenn man Wettbewerber in der gleichen Stadt hat, die nicht diesen Investitionsstau zu bewältigen haben. Das ist natürlich die größte Herausforderung.

Und letztendlich ist das noch immer nicht ausreichend erfolgte Zusammenwachsen der Charité, also diese heterogene Mentalität eine weitere Herausforderung, obwohl ich da schon, auch verglichen mit meinem Dienstantritt vor vier Jahren, Fortschritte sehe.

- Wie schätzen Sie die Situation und die längerfristigen Perspektiven der Charité auf den Gebieten der Forschung, Lehre und Krankenversorgung ein?

Eigentlich hat die Charité auf Grund der Menschen und der Köpfe alle Chancen, eine sehr positive Entwicklung zu nehmen. Allerdings gibt es viele Stolpersteine. Ein paar habe ich schon genannt. Das Investitionsproblem muss geklärt werden. Wir müssen die Möglichkeit haben, kompetitive Gehälter zu zahlen, wir müssen die Leute an uns binden, unsere Mitarbeiter, unsere Patienten und unsere Studenten. Im Moment läuft es für die Fakultät sehr gut. Wir sind die Fakultät mit den meisten Studienplatzbewerbern in Deutschland (8.000). Wir sind die Fakultät, die im Forschungsranking der DFG auf Platz 1 steht. Aber das wird natürlich arrodirt werden, wenn wichtige Personen weg gehen und wenn wir keine guten Nachberufungen machen können. Dann ist so ein Erfolg auch wieder verloren.

Ich denke in der Krankenversorgung ist es noch schwieriger. Wir sind ja die einzige Medizinische Fakultät am Ort und insofern haben wir in Berlin und auch in Brandenburg keine Wettbewerber. In der Krankenversorgung ist das schwieriger, weil natürlich hier im Umfeld viele Krankenhäuser sind, auch Maximalversorger, privat und städtisch. Diese Häuser werben oftmals unsere Leistungsträger, das sind in der Regel die Oberärzte, aber auch erfahrenere Fachärzte, mit besseren Konditionen ab, die dann natürlich auch Patienten mitnehmen. Das halte ich für sehr problematisch. Außerdem müssen wir außertarifliche Arbeitsverträge oftmals in einem mühsamen und langwierigen Prozess abstimmen. Wenn wir frei verhandeln könnten, könnten wir auch für wichtige Positionen attraktivere Angebote machen.

Aber im Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt denke ich, dass letztendlich die Kompetenz der Charité in der Krankenversorgung zählt. Die Charité ist ja auch das einzige Universitätsklinikum in Deutschland, das noch einen Namen hat, eine eigene Marke. Wenn die Charité das geschickt nutzt und wenn die Rahmenbedingungen so gestaltet werden können, dass wir eben keinen „brain drain“ haben, dann haben wir alle Chancen. Aber wenn das nicht passiert, wenn die Investitionen nicht kommen, wenn wir unser Umfeld nicht gestalten können, sind wir großen Risiken unterlegen.

8.4. Interview mit dem Leiter des Unternehmenscontrolling Dipl.-Kfm. M. Scheller (10.10.2007)

- Seit wann gibt es ein zentrales Unternehmenscontrolling an der Charité?

Seit etwa einem Jahr.

- Wie beurteilen Sie die Qualität des Controlling?

Es gibt noch viel Verbesserungsbedarf. Zwar hat es im Vergleich zum Ausgangspunkt vor einem Jahr schon große Verbesserungen gegeben, aber die Ausgangslage war auch extrem schlecht. Das Unternehmenscontrolling ist die übergeordnete Einrichtung, in der die Arbeit und die Information der verschiedenen dezentralen Controllingeinrichtungen zusammen läuft. Denn auch im Bereich des Controlling wurde eine dezentrale Struktur verwirklicht. Es gibt also verschiedene Fachbereiche des Controlling wie Medizincontrolling, Klinik- und Fakultätscontrolling, Personalcontrolling und das Projektcontrolling. Außerdem hat jedes Zentrum sein eigenes Controlling, welches beim kaufmännischen Leiter des Zentrums angesiedelt ist. Das Zentrums-Controlling ist eine der wichtigsten Aufgaben des kaufmännischen Leiters.

Dieses dezentrale Controlling ist im Moment noch sehr uneinheitlich, vor allem im Ausmaß der Detailliertheit der Daten, bzw. ihrer „Granuliertheit“. Man muss immer abwägen, zwischen der Sichtweise des großen Ganzen und einer Betrachtung einzelner Details. Da ist es wichtig, die optimale „Flughöhe“ zu finden, wie beim Flug mit einem Flugzeug über die Alpen. Fliegt man zu hoch, übersieht man vielleicht wichtige Details, fliegt man zu niedrig, verliert man den Überblick für das Ganze und verirrt sich in einzelnen Tälern. Da gibt es momentan noch sehr unterschiedliche Ansichten über den optimalen Grad an „Granuliertheit“ der Daten. Das hängt auch mit der Mentalität und dem Management-Typus der einzelnen Controller zusammen. Manche halten sich dann mit der Frage auf, ob eine untergeordnete Kennzahl einen Wert von 10,3 oder 10,5 annimmt, was für die Gesamt-Charité nicht so entscheidend ist, auch wenn es vielleicht für den einzelnen Teilbereich ganz interessant ist. Insgesamt ist also die Qualität der Daten längst noch nicht so, wie sie sein sollte.

- Wie wichtig ist das zentrale Controlling und ein zuverlässiges Zahlengerüst für die Arbeit des Vorstandes?

Es ist immer nicht gut, wenn man die Bedeutung der eigenen Arbeit beurteilen soll, man müsste da eher den Vorstand fragen, für wie wichtig er das Unternehmenscontrolling hält.

Generell muss man sagen, dass das Unternehmenscontrolling dafür sorgt, dass die Informationen der verschiedenen Teilbereiche des Controlling in eine Form gebracht werden, mit der der Vorstand arbeiten kann und die ihm hilft, wichtige strategische Entscheidungen zu treffen. Solche Entscheidungen müssen auf der Basis verlässlicher, vollständiger und aktueller Informationen über die gegenwärtige Lage des Unternehmens und fundierter Zukunftsprognosen erfolgen, weil sie sonst keine optimale Steuerung eines Unternehmens zulassen.

- Wie beurteilen Sie die Qualität der Daten, die zentral vorliegen und wie kann man diese Qualität überprüfen?

Diese Qualität lässt sich noch verbessern, weil im Moment relativ uneinheitliche Verfahren und Ansätze verwendet werden. Außerdem stehen manche Daten erst mit größerer zeitlicher Verzögerung zur Verfügung, was sich auch ändern muss. Man kann die Konsistenz der Daten auch an Vergleichen von Vorjahres-, Soll- und Istwerten sehen, die unter weitgehend gleichen Rahmenbedingungen erhoben wurden.

Wenn es da nur geringe Abweichungen gibt, beispielsweise 10,3 , 10,5 und 10,1 Millionen Euro für den Umsatz eines Bereichs, dann kann man davon ausgehen, dass diese Werte relativ konsistent sind. Wenn es aber größere Unterschiede gibt, etwa 10, 13 und 8 Millionen Euro und diese Daten sind alle unter den gleichen Rahmenbedingungen erhoben worden, dann muss man sich da schon Gedanken machen.

- Welche Funktionen soll das SAP-BW in der Charité erfüllen? Ist es vom Software-Hersteller gut durchdacht und optimal auf die Charité abgestimmt und wer erfasst die Daten dort?

Das SAP-BW soll einem breiten Empfängerkreis Daten zur Verfügung stellen, um ihnen eine Rückspiegelung von Kosten- und Leistungsdaten an die Hand zu geben, auf die sie ihre Entscheidungen stützen können.

Die Daten, die dort zur Verfügung stehen, sind sehr vielschichtig und es wäre vielleicht besser, man würde ein Executive Summary einführen, um die Übersichtlichkeit zu erhöhen.

Letztendlich werden die Daten, die dort zu finden sind, nicht direkt auf Zentrumsebene „eingepflegt“, sondern kommen aus den verschiedenen Controllingbereichen, zum Beispiel aus dem Personalcontrolling. Natürlich erhalten diese Controllingbereiche zum Teil ihre Kennzahlen auch wieder von den Zentren, aber man kann nicht sagen, dass die Daten des SAP-BW direkt von den Zentren kommen.

- Es werden aber nicht die Daten für alle Kostenstellen getrennt erfasst, zum Beispiel für die Neuroradiologie. Gerade deren Kostenstellen werden dort nicht aufgeführt. Damit hat das SAP-BW für die Neuroradiologie keinen Nutzen....

Ja, auch da gibt es sicher noch Verbesserungsbedarf.

- Gibt es außer dem SAP-BW weitere Werkzeuge für die Aufbereitung des Berichtswesens, beispielsweise Benchmarking-Berichte, Balanced-Scorecard-Berichte...?

Die Charité hat im Moment so viele Baustellen, da lohnt es sich jetzt nicht, mit der Balanced-Scorecard anzufangen, sondern man muss erstmal mit den Quelldaten beginnen, dann muss man daraus ein ordentliches Kennzahlensystem machen und dann kann man mit der Balanced Scorecard als qualitativem Kennzahlensystem beginnen. Aber das wäre jetzt der falsche Zeitpunkt.

- Wie werden sonst noch den Zentren und Abteilungen Daten zur Verfügung gestellt außer durch das SAP-BW?

Es werden vom zentralen Controlling Informationen an die Zentren verteilt, zum Beispiel verteile ich im Rahmen der Quartalsgespräche Informationsblätter über die Situation eines Zentrums. Aber auch da gibt es Raum für Verbesserungen. Mir schwebt vor, dass eines Tages im BW jeden Monat eine Aktualisierung der Zahlen der ganzen Charité sichtbar ist oder dass man pro Klinik oder pro Einrichtung ein Kennzahlenblatt hat. Heute ist das alles irgendwo vorhanden, aber eben nicht zentral und das ist komplett überarbeitungsbedürftig.

- Wie lange, glauben Sie, wird es noch dauern, bis es eine auf belastbaren Zahlen beruhende klare Rechnungslegung geben wird?

Bis Ende 2008. Das ist eine ehrgeizige Planung. Es könnte vielleicht auch bis Mitte 2009 dauern, aber auf jeden Fall mindestens noch ein Jahr. Das wird angestrebt und das Ziel habe ich auch gegenüber dem Aufsichtsrat so formuliert.

8.5. Interview mit dem Leiter des CC6 Prof. Dr. B. Hamm (28.8.2007)

- Wie beurteilen Sie die bisherige Umsetzung der neuen dezentralen Organisationsstruktur? Haben sich schon Verbesserungen im Bereich der Effizienz, der Ablauforganisation, der Qualität der Leistungen ergeben und wo sehen Sie eventuell noch Verbesserungsbedarf?

In Anbetracht der Größe der Charité war diese Organisationsveränderung sicherlich zwingend erforderlich. Die ursprünglich drei Universitätsklinika mit ihren circa 130 verschiedenen Kliniken sind zentral gar nicht zu leiten. Deshalb ist die Bildung der Charité Centren richtig. Auf der anderen Seite muss man sich fragen, warum die Bildung der Zentren nicht krankheitsorientiert erfolgt ist, beispielsweise mit einem Zentrum für Leber- und Gastrointestinalerkrankungen mit Chirurgie und anderen entsprechenden Fächern zusammen. Stattdessen gibt es Zentren pro Standort und dann gibt es wieder Zentren, die standortübergreifend sind. Das ist meines Erachtens organisatorisch nicht komplett durchdacht.

Die Zentrumsbildung für die bildgebenden Fächer mit Diagnostischer und Interventioneller Radiologie, Nuklearmedizin und Medizinischer Physik war gut und hat zu Verbesserungen geführt. Zum einen hat sich die Kommunikation zwischen den Standorten verbessert, während man sich vorher eher im sportlichen Wettbewerb miteinander befand und zum anderen ist es auch durch die Fusion zwischen den Standorten Virchow und Mitte zu einer deutlichen Qualitätssteigerung gekommen. Denn Kompetenzen, die auf dem einen Standort vielleicht nicht optimal vertreten waren, werden jetzt durch den anderen ergänzt. Das geht in beide Richtungen, zumal auch das Spektrum an beiden Standorten unterschiedlich ist.

Ich sehe also insgesamt eine Effizienz- und eine Qualitätssteigerung, vor allem bei der Fusion der beiden Standorte Mitte und Virchow, aber auch campusübergreifend einschließlich Steglitz.

- Wird es in Zukunft eine stärkere Spezialisierung im Sinne von Leistungsschwerpunkten an den einzelnen Standorten geben (für die Gesamt-Charité und auch innerhalb des CC6)?

Da muss man unterscheiden: Die großen Schwerpunkte der Charité, wie sie vorgegeben sind – der Neuroschwerpunkt in Mitte, der kardiovaskuläre Schwerpunkt in Steglitz – sehe ich noch nicht. Da hat sich bis jetzt noch nicht viel getan und das wird auch eher schwierig, weil die Zentren nicht unbedingt auf diese Schwerpunkte ausgerichtet sind. Da fehlt es meines Erachtens auch an investiven Maßnahmen.

Innerhalb des CC6 sehe ich schon eher, dass für die Bildgebung Schwerpunkte umgesetzt worden sind, wie zum Beispiel der Mamma-Schwerpunkt hier in Mitte und der Interventionsschwerpunkt im Virchow-Klinikum. Das bezieht sich aber auch mehr auf die Fusion [zwischen Mitte und Virchow], da man innerhalb einer einheitlichen Klinik solche Schwerpunkte leichter bilden kann als zwischen verschiedenen Kliniken. Die Einrichtung des kardiovaskulären Schwerpunktes in Steglitz dauert auch noch ein wenig.

- Wie sehen Sie die optimale Leitung und Struktur des Zentrums? Wie viel Autonomie sollen die Untergliederungen haben im Sinne der selbständigen Effizienzerreichung? Welche Kompetenzen verbleiben bei der Zentrumsleitung?

Es heißt ja immer, dass die Medizin so hierarchisch ist, aber ich habe inzwischen gelernt, dass sie viel weniger hierarchisch ist, als Unternehmen der freien Wirtschaft. Es gibt viele Assistenten, dann einen dicken Bauch an Oberärzten und schließlich einen Chef. Jeder kann an jeden berichten und zu jedem gehen. In der Wirtschaft dagegen ist festgelegt, wer an wen berichtet und wie es dann stufenweise nach oben geht. Das wird mit unserem neuen System nun auch eingeführt. Es wird mehr Verantwortung auf andere Ebenen verteilt, weil man in der Zentrumsleitung nicht mehr alles bündeln kann.

In Teilbereichen funktioniert das schon ganz gut, zum Beispiel gibt es bei den MTAs Verantwortliche für den ganzen Bereich Workflow und Anmeldung.

Das heißt also, dass die Struktur des Zentrums bzw. der einzelnen Klinik hierarchischer wird, weil das auf Grund der Größe notwendig ist. Das CC6 hat dabei gegenüber anderen Zentren den Vorteil, dass es nur aus wenigen Kliniken besteht, andere Zentren haben 8 oder mehr Kliniken. Das erleichtert für das CC6 ein wenig die Klinik-übergreifende Organisation.

- Werden den einzelnen Abteilungen zur Steuerung ihrer Effizienz konkrete Ziele vorgegeben?

Richtige Ziele werden den einzelnen Kliniken nicht vorgegeben. Es gibt Ziele, die dem gesamten Zentrum vorgegeben werden und deren Einhaltung in der Verantwortung der Zentrumsleitung liegt. Dazu muss die Organisationsstruktur des Zentrums so verändert werden, dass es Teilbereiche gibt, die dann eigenverantwortlich und auch budgetkonform arbeiten müssen.

Nehmen wir einmal ein Beispiel: Demnächst wird es an jedem Campus für den CT-Bereich einen Verantwortlichen geben, der nur die Anzahl an Ärzten und MTAs anfordern kann, die durch die Leistungen auch wieder eingespielt werden. Aber das vollständig umzusetzen ist sicherlich noch ein etwas längerer Weg.

- Sind Sie zufrieden mit dem bisher Erreichten, mit den Vorgaben des Vorstandes und den Budgetverhandlungen?

Im CC6 bin ich recht optimistisch, da tut sich was und auch die Kommunikation ist gut.

Leider gibt es noch größere Defizite im Investitionsbereich. Das geht von einfachen Renovierungsarbeiten, die für Personal und Patienten wichtig sind, bis hin zu entscheidenden Investitionen. Und gerade die Radiologie und Nuklearmedizin sind ja besonders investitions- und technologieabhängig.

Innerhalb des CC6 haben wir schon erhebliche Restrukturierungsmaßnahmen und auch Personalreduktionen umgesetzt, die aber auch neue Technologie voraussetzen. Diese erleichtert die Arbeit und kann so eine Personalreduktion kompensieren und den Workflow verbessern. Nur leider benötigen diese Investitionen noch zu viel Zeit.

- Sind die zentral vorgegebenen Instrumente (z.B. das Controlling, die Informationssysteme, RIS/PACS, etc.) ausreichend zur Steuerung und Kontrolle der Effizienz? Was wäre zusätzlich sinnvoll?

Das Charité- Controlling funktioniert noch nicht hinreichend, die Zahlen divergieren immer wieder. In so fern ist das RIS/PACS dringend erforderlich, um diese Zahlen intern noch einmal zu kontrollieren.

Auch für den Ablauf innerhalb der Radiologie ist das RIS/PACS dringend erforderlich. Es würde den Workflow verbessern und zu Erleichterungen führen, die den bis jetzt durchgeführten Personalabbau in gewisser Weise kompensieren und rechtfertigen würden. Es sollte allerdings auch die Kommunikation mit den anderen, zuweisenden Kliniken verbessern. Da gibt es im Moment noch Probleme in den Schnittstellen zwischen dem RIS/PACS (der Firma GE) und dem SAP-Informationssystem auf Krankenhausseite, das ist noch nicht befriedigend gelöst.

Es wird ja angestrebt, dass die Kliniken ihre Patienten elektronisch anmelden und elektronisch einen Termin bekommen. Das ist momentan leider in weite Ferne gerückt.

Vor allem ist es auch wichtig, dass das RIS/PACS für alle drei Standorte einheitlich ist. Das wäre dann wahrscheinlich das größte in ganz Europa. Eigentlich sollte dieses neue RIS/PACS schon im Sommer 2007 eingerichtet sein, jetzt wird es eher für Ende des Jahres erwartet.

- Welche Projekte zur Ergebnisverbesserung gibt es im Moment im Zentrum und wie beurteilen Sie diese?

Einmal gibt es das Einkaufsprojekt Best in Class, was innerhalb des Zentrums sehr gut läuft. Beispielsweise werden die Kontrastmittel eingesetzt, die am günstigsten sind und das Zentrum beschränkt sich dabei auf zwei Typen. Mit den entsprechenden beiden Firmen ist vereinbart worden, dass jeder etwa die Hälfte des Gesamtvolumens liefert, dann bekommt das Zentrum den nötigen Rabatt. Allerdings funktioniert die Rückspiegelung des Verbrauchs bzw. des prozentualen Anteils eines Anbieters über die Apotheke oder das Controlling noch nicht ausreichend.

Dann hat das CC6 innerhalb der Charité mit dem Zentrums- und Entwicklungsprojekt (ZEP, „Führen mit Zielen“) ein Pilotprojekt, das vorwiegend vom Zentrum selbst gesteuert wird. Der große Vorteil ist, dass es dabei campus-übergreifende Gespräche gibt.

Wir werden jetzt zum Beispiel einheitliche Bewertungsbögen einführen zur Bewertung der Assistenten durch die Oberärzte nach jeder Rotation, das wird eine Qualitätsverbesserung mit sich bringen. Außerdem wird ein Counseling eingeführt, bei dem Oberärzte Assistenten über einen längeren Zeitraum wie ein Mentor betreuen, was wichtig für die Personalentwicklung ist. Es gibt jetzt ein paar Vorschläge, die auch vom Lenkungsausschuss verabschiedet worden sind und die müssen schrittweise mit Leben erfüllt werden. Da bin ich eigentlich ganz optimistisch.

Bezüglich der variablen Vergütung im Rahmen des „Führen mit Zielen“ fehlen zur Zeit noch die Vorgaben von Seiten der Charité. Das kann auch die Zentrums-Leitung nicht machen, denn sie hat zwar Autonomie bei der Personalvergütung, ist aber an die Tarifverträge gebunden. Sie kann also bspw. bestimmte Oberärzte zur Einstellung vorschlagen, muss aber das Geld für diese Stellen an anderen Orten einsparen, denn die Budgetvorgaben bleiben die gleichen.

Momentan ist es allerdings leider so, dass die Zentren, die Defizite machen, eigentlich nicht bestraft werden und die Zentren mit Überschüssen auch keinen Bonus bekommen. Das ist eher ungünstig. Dass man natürlich nicht alle Überschüsse behalten kann und sich gegenseitig unterstützen muss, ist klar. Aber dieser Aspekt der Anreize müsste meines Erachtens konsequenter umgesetzt werden.

- Gibt es schon Medizinische Versorgungszentren und wie weit ist deren Einrichtung fortgeschritten?

Ein Teil der Medizinischen Versorgungszentren sind eingerichtet. Es galt, und das ist bis jetzt im CC6 erfolgreich umgesetzt worden, die medizinischen Versorgungszentren im Zentrum zu verankern, damit keine Parallelstruktur entsteht. Stattdessen sollten die MVZs als Ambulanzbereiche des Zentrums betrachtet werden und das ist meines Erachtens im CC6 bis jetzt erfolgreich umgesetzt worden: Es sind drei nuklearmedizinische MVZ-Sitze entstanden, jeweils einer an den drei Standorten Steglitz, Mitte und Virchow. Möglicherweise wird im Virchow-Klinikum auch die Radiologie dazukommen, aber auch organisatorisch angebunden im Zentrum. Das ist meines Erachtens der Schlüssel zum Erfolg, damit man sich nicht noch innerhalb des eigenen Hauses im ambulanten Bereich Konkurrenz macht.

Die MVZs sind pro Standort eine GmbH als hundertprozentige Tochter der Charité, so dass sich die verschiedenen Teile des MVZs an einem Standort gegenseitig ausgleichen müssen. Wenn also innerhalb des MVZs zum Beispiel die Kinderklinik ein Defizit macht und die Radiologie einen Überschuss, dann fließt der Überschuss erst einmal in die Kinderklinik. Das kann also zu einem Anreizproblem werden.

Aber wichtig war schon einmal, dass die MVZs fachorientiert in den Kliniken oder dem Zentrum mitgesteuert werden, und das funktioniert auch ganz gut. Und die MVZs werden weiter ausgebaut.

8.6. Interview mit dem kaufmännischen Leiter des CC6 Dr. G. Fleige (27.6.2007)

- Ist das CC6 ein Service-Center in dem Sinne, dass es seine finanziellen Mittel (ausschließlich) aus der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (ILV) erhält oder hat es sein eigenes Budget?

Prinzipiell sind gemäß Unternehmenskonzept alle Zentren als Profit-Center gedacht, im Moment werden sie aber eher als Cost-Center geführt, an die erlösorientierte Budgets ausgegeben werden. Das CC6 ist aber natürlich in erster Linie Dienstleister für andere Einrichtungen, was sich auch an einem Anteil von 80% der Erlöse aus innerbetrieblicher Leistungsverrechnung (ILV) zeigt. Es werden also diagnostische und auch therapeutische (z.B. coiling) Leistungen zum einen intern für andere Einrichtungen angeboten, zum anderen auch extern für ambulante Patienten und für Fremdeinrichtungen. Das Zentrum hat aber auch eine nuklearmedizinische Station am CVK mit eigenen Betten für Interventionspatienten, wo eigene DRGs abgerechnet werden.

- Wie werden die Budgets für die Zentren und die Einrichtungen/Abteilungen ermittelt? Was passiert bei Über-/Unterschreitung? Gibt es leistungsfördernde Anreizsysteme?

Die Budgets werden erlösorientiert ermittelt und beziehen sich auf Personal- und Sachkosten (Deckungsbeitragsstufe 1) und Innerbetriebliche Leistungsverrechnung (ILV) (Deckungsbeitragsstufe 2) und alles andere wird über Gemeinkosten umgelegt. Das Budget leitet sich ab aus den Erlösen für das Klinikum und, getrennt davon, den Mitteln der Fakultät für die Grundausrüstung und die leistungsabhängigen Zuschüsse für Forschung und Lehre. Die Budgets für Forschung und Lehre einerseits und für die Krankenversorgung andererseits sind also ganz klar getrennt. Daneben finanzieren die Fakultäten auch noch einen großen Teil der Hochschulambulanzen (das soll geändert werden), da deren Erlöse zur eigenen Finanzierung in der Regel nicht ausreichen (mit einer Pauschale von 65 Euro ist kein MRT zu finanzieren). Das Budget ermittelt sich also aus den verschiedenen Erlösen des Zentrums, und zwar aus ILV-Erlösen (80%), DRG-Erlösen, Nebentätigkeiten, Nutzungsentgelten, Abrechnung internationaler Patienten, Zusatzentgelten, Personalgestellungen, etc. Dabei darf es nicht über den Istkosten des letzten Monats des Vorjahres liegen. Dieses Budget sollte im vornherein für ein Geschäftsjahr festgelegt werden. Tatsächlich ist es aber im Jahr 2007 erst im März festgelegt und willkürlich auf einen Betrag festgesetzt worden, der noch um 800.000 Euro unter dem lag, was man durch eine Punktwert-Senkung um 22% (das heißt auch 22% weniger Erlöse) sowieso schon bereit war einzusparen. Damit ist man weit weg von einem echten Profit-Center. Auf der anderen Seite hat sich die Fakultät nach dem ersten Quartal 2007 dazu entschieden, für die Hochschulambulanzen nur noch das zu zahlen, was tatsächlich an Erlösen entsteht und somit das Defizit (von rd. 2 Mio. Euro) rückwirkend zum Jahresanfang nicht mehr zu finanzieren. Deshalb ist es nicht mehr möglich, noch rechtzeitig die nötigen strukturellen Anpassungsmaßnahmen vornehmen zu können, um die fixen Kosten (Maschinenpark, Personal) zu senken. Durch die Pauschalvergütung von 65 Euro pro Patient in den Hochschulambulanzen sind teure Untersuchungen wie ein CT oder ein MRT nicht kostendeckend zu erbringen und müssen auf ein Minimum reduziert werden. Bei anderen Hochschulambulanzen wird das Defizit zum Teil bewusst in Kauf genommen um damit zusätzliche stationäre Patienten zu bekommen und damit natürlich auch zusätzliche Erlöse. Dieser Anreiz besteht in der Radiologie nicht. Ein Ausweg wäre, von den Kliniken, die dann über die Radiologie zusätzliche Patienten bekommen, Ausgleichszahlungen zu erhalten. Ein weiteres Problem ist, dass die Charité-Patienten meist die sind, die für den niedergelassenen Radiologen sehr unattraktiv sind und dadurch die Deckungslücke weiter vergrößern. Letzten Endes müsste dieser Bereich (ambulante Leistungen) also mit Budget und Personal aus der normalen Krankenversorgung quersubventioniert werden.

Für den Fall, dass die Leistungsmenge im Nachhinein größer ist als die im Budget geplante, sollte das Budget eigentlich angepasst werden, aber dafür gibt es momentan noch keinen offiziellen Prozess, auch wenn so ein Prozess geplant ist. Das heißt, dass die Steuerung im Moment sich nur an den Kosten ausrichtet und von der Leistungsmenge unabhängig ist. Diese Tatsache wird im Jahr 2007 eine große Heraus-

forderung für das CC6, da schon nach dem ersten Quartal eine große Menge an Mehrleistungen angefallen ist und je nachdem, ob sich dieser Trend fortsetzt, das Budget massiv überschritten werden könnte (bis über eine Million Euro).

Da der größte Anteil der Mehrleistungen durch eine erhöhte Nachfrage der Zuweiser, also der klinischen Zentren an der Charité, zustande kommt, wäre die einzige Möglichkeit, in so einer Situation das vorgegebene Budget einzuhalten, Leistungen einzuschränken und elektive Untersuchungen nicht mehr durchzuführen.

Ein übergreifendes Problem, bzw. ein Nachteil des Systems ist, dass das Kostenoptimum aus Zentrums-sicht nicht immer mit dem aus Gesamt-Charité-Sicht übereinstimmt. Wenn das Zentrum, um zu sparen und das Budget einzuhalten, die Leistungsmengen reduzieren würde, und eventuell auch Personal und Geräteanzahl verringerte, dann würden sich für die Charité-Patienten längere Wartezeiten ergeben, die Liegezeiten würden sich verlängern und viele DRGs wären nicht mehr kostendeckend zu erbringen. Überhaupt könnte man mit einem größeren Vorlauf bei Untersuchungen die Geräteauslastung viel besser steuern (s.o. die Interessen von Zentrum und Gesamt-Charité unterscheiden sich auch bei der Frage, ob das Zentrum ambulante Leistungen erbringt, um anderen Zentren Patienten zuzuführen.) Damit würde die Charité als Ganzes erhebliche Einnahmeverluste erleiden. In diesem Bereich wäre also eine übergreifende Steuerung nötig, da es momentan nur um Kostensenkung im einzelnen Zentrum geht.

Für den Fall, dass das Zentrum sein Budget bei den Sachmitteln unterschreitet, besteht ein Anreiz in Form von Bonusmitteln, die dann im nächsten Jahr in das Budget für Kleingeräte bis 20.000 Euro fließen.

Im Geschäftsjahr 2007 gibt es für die einzelnen Einrichtungen und Untergliederungen des Zentrums noch keine Teilbudgets, die vom Zentrumsbudget abgeleitet werden. Das liegt zum einen daran, dass die aktuelle Budgetvorgabe erst im März kam, zum anderen, dass sie eine enorm hohe Absparsumme vorgibt (initial 2,8 Mio. Euro). Das hat für die kleinen Abteilungen im Moment den Vorteil, dass sie nicht an Belastungen wie den neuen Tarifverträgen beteiligt werden, da sie statistisch nach Stellen weitergeführt werden und dass die großen Abteilungen die Hauptlast tragen. Der notwendige Stellenabbau soll außerdem möglichst in den nicht unmittelbar Wert-schöpfenden Bereichen erfolgen. In jedem Fall ist es im Moment für die einzelnen Bereiche gut, dass sie noch keine eigenen Budgets haben, diese sollen aber ab nächstem Jahr eingeführt werden.

- Wie ist das Zentrums-interne Controlling aufgebaut?

Das Zentrum hat in dem Sinne keine eigene Controlling-Struktur, nur eine kaufmännische Leitung, wo das übergreifende Zentrums-Controlling statt findet und die jetzt neuerdings eine für einzelne spezifische Controlling-Fragen (und andere Themen) zuständige Mitarbeiterin hat. Auf zentraler Ebene (also Gesamt-Charité-Ebene) gibt es Unternehmens-, Medizin-, Personal-, Klinik- und Fakultätscontrolling, deren Daten in unterschiedlichem Maße und in unterschiedlicher Qualität auch den Zentren zur Verfügung gestellt werden. Dazu wird ein betriebswirtschaftliches Informationssystem, SAP-BW (business warehouse), genutzt, zu dem alle Einrichtungen Zugang haben. In diesem Informationssystem sind die Kostendaten, die Leistungsdaten, die Daten der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung (ILV) (leider im Moment nur als Euro-Erlöse, für mehrjährige Mengenvergleiche muss man den jeweiligen Punktwert verrechnen), Daten des Einkaufs (BIC), Personaldaten, auch Planungs- und Istgrößen und Hochrechnungen enthalten. Man hat damit eigentlich ein gutes Steuerungsinstrument, nur ist die Datenqualität im Moment noch sehr inhomogen.

Die Daten lassen sich auch nach den einzelnen Einrichtungen getrennt abrufen, was natürlich voraussetzt, dass die einzelnen Leistungen auch auf die entsprechende Einrichtung verbucht werden (dass zum Beispiel am CT die neuroradiologische Leistung auf CT-N gebucht wird anstatt auf CT-normal), was zum Teil noch nicht durchgehend geschieht. Die genaue Leistungserfassung wird in Zukunft sehr wichtig, weil innerhalb des Zentrums anhand der Leistungen auch die Ressourcen zugeteilt werden sollen. Das System soll dann eine genaue, verursachungsgemäße Kostenzuordnung ermöglichen und damit Kostentransparenz schaffen, was dann überhaupt erst eine genaue Betrachtung der Kosten und Wirtschaftlichkeit ein-

zelner Diagnostik- und Therapiemaßnahmen ermöglicht. Das könnte zu einer genaueren innerbetrieblichen Leistungsverrechnung führen.

- Da laut Satzung (§5 Abs.1) und Uni-med-Gesetz (§19, Abs.6) die Zentrumsleitung für Personal- und Sachmittelentscheidungen verantwortlich ist, fragt sich, welche Möglichkeiten zur selbstständigen Effizienzerreichung die Abteilung überhaupt noch hat.

Die Entscheidungskompetenz liegt bei den Zentren, sobald ein Zentrum seine Budgetvorgaben einhält, hat es auch die volle Autonomie in Personalfragen. Aber wenn erstmal das Budget auf die Einrichtungen runter gebrochen ist, dann können die Einrichtungen in Personalfragen mitentscheiden. Im Sinne eines strategischen Managements soll dann eine frei werdende Stelle mit der am besten qualifizierten Kraft besetzt werden, was dann in der Verantwortung der Bereiche liegen würde.

- Gibt es mit dem Vorstand vereinbarte Leistungsschwerpunkte oder sonstige Vorgaben und Richtlinien?

Es gibt vom Vorstand aus sehr wenige Vorgaben und damit eine maximale Autonomie der Zentren. Es fehlen eine strategische, zentrumsübergreifende Steuerung und konkrete inhaltliche Vorgaben. Die Schwerpunktbildung im Zentrum besteht in interventioneller Radiologie vorwiegend am CVK und Mamma-Diagnostik eher am CCM. Aus Gesamt-Charité-Sicht soll das CBF einen Kardiovaskulären Schwerpunkt bekommen, wonach sich das CC6 dann auch ausrichtet. Weiterhin sind im Unternehmenskonzept vorgesehen, dass sich das CCM auf die Neurowissenschaften und das CVK auf die Pädiatrie spezialisiert.

- Gibt es schon Ziel- und Leistungsvereinbarungen?

Die Restrukturierung des Zentrums soll zu einer langfristig wettbewerbsfähigen Position am Markt führen, dabei geht es vor allem darum, die Kosten deutlich zu senken. Im letzten Jahr wurden die Kosten um 2,6 Millionen Euro unter das Budget gesenkt, dieses Jahr wird das ohnehin schon stark abgesenkte Budget eine Unterschreitung nicht zulassen. Aber die Kosten werden weiter gesenkt und zwar mit Hilfe verschiedener Maßnahmen und Projekte. Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit allen Mitarbeitern sind geplant im Rahmen des ZEP-Projektes (s.u.).

- Welche Projekte zur Ergebnisverbesserung gibt es im CC6?

Zum einen gibt es schon länger das Projekt zur Reorganisation der Radiologien und effizienteren Prozessgestaltung durch die Einführung von RIS/PACS und entsprechender Infrastrukturmaßnahmen wie bauliche Maßnahmen, Geräteaufrüstung, Clusterbildung und Gerätezusammenführung. Des Weiteren wird eine neue Aufbauorganisation, bzw. eine Matrixstruktur eingeführt, mit dem Ziel der Prozessoptimierung innerhalb der Modalitäten (CT, MRT, Projektionsradiografie, US, Mammadiagnostik, Interventionen / Angiografie). Als drittes gibt es das Zentrums-Entwicklungskonzept (ZEP-Projekt), dass die Organisationsentwicklung und Personalentwicklung umfasst. Mit diesem Projekt ist das CC6 eines der ersten Zentren, das eine Dienstvereinbarung mit dem Personalrat umsetzt, nach der ab dem Jahr 2005 Charitéweit eine variable Vergütung eingeführt werden soll. Das Projekt besteht aus den vier Teilen „Führen mit Zielen“ als Basis für die Ausschüttung variabler Vergütung, der Definition einer „Führungsstruktur“ um mit einzelnen Mitarbeitern oder Mitarbeiterteams Leistungsziele vereinbaren zu können, „Kommunikation“ im Zentrum und schließlich „Feedbacksystem, Evaluation und Beurteilungssystem“. Solche Ziele müssen messbar sein und können zum Beispiel in einer Erhöhung von Leistungszahlen an einzelnen Geräten / Modalitäten oder der Vorgabe von quantitativen und qualitativen (Freundlichkeit u.ä.) Ziele an MTA-Teams bestehen. Das ZEP-Projekt ist sehr innovativ, auch innerhalb der Charité. „Führen mit Zielen“ soll im CC6 als einem der ersten Zentren eingeführt werden und auch bei den Standortübergreifenden Strukturen und der Gesamtentwicklung ist das CC6 den anderen voraus. Dabei hat das

Zentrum sicher auch den Vorteil, dass es mehr oder weniger Dienstleister ist und überall eigentlich die gleichen Prozesse hat. Mit all diesen Entwicklungen kann sich das CC6 als Vorzeigeklinik positionieren, nicht nur Charité-intern, sondern allgemein auf dem Krankenhausesektor, denn auch in großen Klinikketten gibt es in den einzelnen Krankenhäusern keine einheitlichen Prozesse.

- Hat sich die Investitionsfinanzierung seit der HBF - Abschaffung geändert?

Es gibt keine große Änderung, der Bund zieht sich zwar aus der Finanzierung zurück, aber es werden weiterhin Gutachten der DFG zur Beurteilung von Anträgen erstellt und auch weiterhin Zuschüsse vom Land Berlin kommen. In der Vergangenheit ist dieser Zuschuss zusammen mit dem allgemeinen Landeszuschuss für die Betriebskosten in Forschung und Lehre an die Charité geflossen, nicht getrennt. Großgeräteinvestitionen werden über eine Großgerätekommission entschieden und auf Grund dessen ist in dem Bereich keine autarke Steuerung nach betriebswirtschaftlichen Kriterien möglich. Im Bereich der Kleingeräte dagegen hat das Zentrum ein eigenes Budget und kann darüber auch frei entscheiden. Während die Autonomie des Zentrums in Bezug auf die Veränderung interner Strukturen maximal ist, ist sie auf dem Bereich der Investitionen also sehr eingeschränkt.

Es gibt auch immer noch keine Aufstellung des gesamten Anlagevermögens mit den Anschaffungspreisen auf dessen Basis die Servicekosten des technischen Dienstes berechnet werden, die das Zentrum zu zahlen hat. Deshalb besteht auch für das Zentrum kein Anreiz eigene Geräte abzuschalten.

Auch da wird wieder deutlich, dass das, was aus Zentrumsicht optimal ist (keine teuren Service-Verträge mit dem Hersteller), für andere Kliniken und die Gesamt-Charité sehr schlecht sein kann. Um solche Interessenkonflikte zu vermeiden bedarf es einer übergreifenden Steuerung der Charité.

- Besitzt das Zentrum eine Geschäftsordnung (gemäß Uni-med-Gesetz) ?

Im Moment wird im Zentrum ein Organisationshandbuch erstellt, was dann ein großer Teil einer Geschäftsordnung wäre, aber es gibt noch kein Dokument mit dem Namen Geschäftsordnung. Die ist im Gesetz gefordert, ohne dass es nähere Vorgaben zur Gestaltung gibt, und sie wird sicherlich auch noch kommen. Die Zentrumsleitung ist im Moment auch ohne Geschäftsordnung sehr gut handlungsfähig.

- Gibt es Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, etc. und werden Medizinische Versorgungszentren aufgebaut?

Es gibt sehr vielfältige Kooperationen mit anderen Krankenhäusern, mit Praxen (Herrn Sander zum Beispiel), MVZs (sind an jedem Standort geplant), Personalgestellungen an andere Krankenhäuser, das Imaging Science Institute (ISI). Mit diesen Kooperationen sollen zusätzliche Erlösquellen erschlossen werden oder sonstige Vorteile für das CC6 geschaffen werden.

- Zusammenfassung von Herrn Dr. Fleige: Das Zentrum (und die Charité) ist auf dem richtigen Weg, aber es gibt noch sehr große Defizite. Die Veränderungen gehen nur sehr langsam von statten, wenn man sie mit ähnlichen Prozessen in der freien Wirtschaft vergleicht, für ein Universitätsklinikum scheint die Umsetzung jedoch recht schnell zu gehen (Vergleich mit UKE laut Herrn Dr. Behrends).

8.7. Interview mit dem Leiter der Abteilung Neuroradiologie Priv.-Doz. Dr. R. Klingebiel (5.12.2007)

- Welche sind die wichtigsten Rahmenbedingungen der Charité, die eine Neugestaltung der Organisations- und Führungsstruktur notwendig gemacht haben? Und wie war die Ausgangslage an der Charité?

Ich bin 1999 an die Charité gekommen und damals gab es zwei Campi, also zwei eigene Universitätskliniken, die zu einem zusammen gefasst waren, das war der Campus Virchow und der Campus Mitte. Aus der Sicht der Radiologie kann man sicherlich sagen, dass es an grundlegenden Abstimmungen gefehlt hat. Zum Beispiel war es so, dass die einfache Datenkommunikation digital zwischen den Campi nicht funktioniert hat, so dass manchmal auch Doppeluntersuchungen daraus resultiert sind, dass Patienten primär an den Campus Mitte kamen und brauchten eine neurochirurgische Versorgung, die am Campus Virchow vorgehalten wurde. Dann hatten wir teilweise enorme Probleme, überhaupt einen Transport zu finden, um den Patienten und die Bilder, die meistens noch nicht sofort zur Verfügung standen, an den Campus Virchow zu den Neurochirurgen zu bringen. Das ging digital gar nicht oder nur mit großen Schwierigkeiten. Also die Rahmenbedingungen waren so, dass im Grunde genommen aus logistischer Sicht eine unzulängliche Kommunikation zwischen den Standorten bestand. Die Verwaltung war zwar offiziell zusammengefasst, aber sicherlich auch nicht vereinheitlicht. Und dann ist in der Folge noch ein dritter Standort dazu gekommen, das Benjamin Franklin. Ich denke, dass die beiden großen Herausforderungen waren, auf der einen Seite wirklich eine Corporate Identity zu schaffen von drei vorher konkurrierenden, im Wettbewerb miteinander stehenden Universitätskliniken und auf der anderen Seite nicht nur im Geiste eine Vereinigung zu erzielen, sondern dabei auch noch ein wettbewerbsfähiges Universitätsklinikum heraus zu bilden, wettbewerbsfähig auf wissenschaftlicher Ebene und auch unter den geänderten Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen. Das heißt also ein Universitätsklinikum, das sich im DRG-System behaupten kann und das auch trennen kann zwischen der normalen klinischen Dienstleistung in der Patientenversorgung und den ganz spezifischen Aufgaben der Universität, der klinischen Forschung und natürlich der Lehre. Im Grunde genommen sind das also Herausforderungen auf mehreren Ebenen gewesen, die zu einem scheinbar unlösbaren Gordischen Knoten geführt haben, den man versucht hat, jetzt mit dieser Restrukturierung anzupacken.

- Wie beurteilen Sie dieses neue Konzept in Bezug auf seine Eignung, den Herausforderungen der Charité zu begegnen, auch vor dem Hintergrund des Ziels, exzellent zu sein im Wettbewerb mit anderen Universitätskliniken in Deutschland und Europa?

Ich glaube, angesichts der Größe der Aufgabe, kann man mit dem Konzept zufrieden sein. Allein die Tatsache, dass es gelungen ist, in diesen wenigen Jahren diese unüberschaubare Anzahl von Kliniken runter zu brechen auf Zentren, klare Zuordnungen zu schaffen und einigermaßen klare Kommunikationswege, das finde ich schon ganz beeindruckend. Auf der anderen Seite gibt es sehr enttäuschende Mängel, zum Beispiel apparative Mängel bei Großgeräten, wie am Standort Mitte in der MRT-Versorgung. Wenn da die Stationen, seit mehreren Jahren mittlerweile schon, bis zu vier / fünf Tage auf eine Großgeräte-Untersuchung warten müssen, ist das in Zeiten, wo die Liegezeit über den Erlös entscheidet, einfach untragbar. Und dass solche Missstände nicht kurz- bis mittelfristig in Angriff genommen werden, zeigt eben, dass es da ein sehr, sehr großes Hemmnis gibt. Da ist offenbar im Strukturwandel immer noch etwas nicht vollzogen, was dringend erforderlich wäre, um den eigenen Vorgaben gerecht zu werden.

- Wie beurteilen Sie die bisherige Umsetzung und was ist noch zu tun? Welche Schwierigkeiten gibt es?

Ich glaube, das ist nicht ganz einfach zu beantworten, weil natürlich auf allen Ebenen gewisse Begehrlichkeiten und Partikularinteressen bestehen. Als Abteilung oder Abteilungsleiter ist man daran interessiert, dass im eigenen Bereich die Abläufe optimiert werden, dass die Großgeräteausstattung primär im eigenen Verantwortungsbereich erst einmal aktualisiert wird oder angemessen angepasst wird. Aber es

gibt natürlich einen großen Investitionsstau im Gesamt-Komplex Charité, und man muss ehrlicherweise immer auch ein bisschen im Auge behalten, dass nicht alles auf einen Schlag zu lösen ist. Generell muss man sagen, das hatte ich schon vorweg genommen, ist der Weg, der eingeschlagen wurde sicherlich der Richtige, man sieht auch eine Reihe von Fortschritten. Was ich aber für ungeeignet halte, ist die Tatsache, dass Investitionsmaßnahmen, die letztendlich weitgehend mitentscheiden über die Effizienz und die Wettbewerbsfähigkeit in der klinischen Versorgung, aber natürlich auch in der klinischen Forschung, nicht zeitnah und effizient umgesetzt werden können. Wenn eine Mangelversorgung in bestimmten Bereichen besteht - das betrifft bei uns zum Beispiel die Angiografie und das MRT, die jetzt über viele Jahre ein Problem gewesen sind - und dort keine notwendigen Ersatzbeschaffungen zeitnah getätigt werden können, es zu Komplettausfällen von Anlagen kommt, ohne dass rechtzeitig Vorsorge getroffen worden ist, dann zeigt das, dass in diesem Bereich die Strukturplanung einfach noch nicht stimmt.

- Und gibt es auch andere Bereiche, außer den Investitionen, wo Sie noch Schwierigkeiten sehen in der Umsetzung?

Dieses Interview ist ja eines der Letzten in einer Kette von Gesprächen, die geführt worden sind und was wir jetzt gelernt haben ist (das wussten wir allerdings vorher auch schon): die alles entscheidende Grundlage für Maßnahmen auf allen Ebenen sind im Wesentlichen blande Zahlen und Kosten- und Erlöstransparenz. Ich denke eines der Hauptprobleme ist, dass aus diesen verschiedenen, auch über viele Jahre gewucherten Datenquellen ein Zahlenwerk zustande gebracht wird, campusübergreifend für alle drei ehemaligen Universitätskliniken, das wirklich glaubwürdig und eine zuverlässige Handlungsgrundlage für die Entscheidungen und Gespräche miteinander ist. Ich glaube, dass das bisher nicht gelungen ist, das ist zumindest das was man hört und was man selber teilweise empfindet. Auf unseren Bereich runter gebrochen heißt das zum Beispiel, dass ich gar keine Kosten- und Erlöstransparenz für meine Abteilung habe, ich könnte zum Beispiel gar keine Personalplanung betreiben. Ich hätte auch Schwierigkeiten, bestimmte Geräteanschaffungen anders zu begründen als aus der klinischen Notwendigkeit, die Patienten zu versorgen. Das andere Problem ist zum Beispiel die RIS/PACS- Umsetzung. Da merkt man eben, dass viele Dinge offenbar in der Abwicklung mit viel mehr Problemen behaftet sind, als man erwartet hat: dass sich die ganzen Fristigkeiten teilweise drastisch verschoben haben, um bis zu einem Jahr, dass die Schnittstellen nicht sauber definiert sind, dass es mit großer Wahrscheinlichkeit jetzt in der Umstellungsphase zu Funktionsausfällen und Datenverlusten kommen wird. Das sind eben Riesenprojekte, die in der Größenordnung vermutlich auch noch woanders gar nicht gestemmt worden sind. Und die möglicherweise schon deswegen Schwierigkeiten mit sich bringen, die niemand vorhersehen konnte. Was bleibt ist im Wesentlichen, um Ihre Frage zu beantworten, die Datenlage im betriebswirtschaftlichen Bereich, ich glaube, das ist letztendlich das Hauptproblem. Das ist das, was ich jetzt nennen würde, aus den eigenen Erfahrungen, der eigenen Sichtweise, aber auch aus den Gesprächen und was tatsächlich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht befriedigend gelöst ist.

- Und die Umstellung auf das neue RIS/PACS ist jetzt am 1.12. ?

Die Umstellung findet jetzt zum neuen Jahr statt. Auch da zeigt sich eben, dass eigentlich erforderliche strukturelle Entscheidungen aus verschiedenen Gründen, möglicherweise einfach auch aus Gründen des Finanzierungsvolumens, nicht getroffen worden sind oder nicht getroffen werden konnten. Es ist so, dass zum Beispiel die Stationen, wie etwa die Unfallchirurgie, mit Rechnern ausgestattet werden, die kein CD-Laufwerk haben. Es ist aber schon seit über einem Jahr so, dass in der Radiologie bis auf ein paar Papierausdrucke gar keine Filme mehr erstellt werden, die geeignet wären, im OP angeschaut zu werden. Genau das gleiche gilt für die Neurochirurgie. Das heißt es wäre also zwingend geboten, dass man mit der RIS/PACS- Umstellung demjenigen, für den die Bildgebung die entscheidende Handlungsgrundlage ist, den Zugang zu den digitalen Daten auch ermöglicht. Das ist aber bisher nicht mit eingeplant und auch nicht vorgesehen. Man schneidet also im Grunde genommen diese Kliniken jetzt von der Bildgebung zu einem gewissen Teil ab. Denn Sie haben Rechner, auf denen Sie die CDs, die gebrannt werden, nicht anschauen können und auf der Basis von Papierausdrucken möchte sicherlich keiner eine Operationsentschei-

ung treffen. Diese Dinge sind vermutlich angedacht worden, aber auf jeden Fall nicht zu Ende gedacht oder auch nicht zu Ende finanzierbar.

- Welchen Grad an Autonomie hat die Abteilung Neuroradiologie im Verhältnis zur Zentrums-Leitung? Gibt es ein eigenes Budget, Eigenständigkeit in Fragen der Personal- und Sachmittel und Einfluss auf Investitionsentscheidungen?

Einfluss auf Investitionsentscheidungen hat die Abteilung nicht, den hat zum großen Teil sogar das Zentrum nicht. Nur für kleinere Investitionen gibt es ein Budget, das den Zentren zusteht und das dann verteilt wird. Aber die entscheidende Frage, zum Beispiel im Bereich des Querschnittsfaches Radiologie, ist die zeitnahe, effektive Vorhaltung von Bildgebung zu dem Zeitpunkt, an dem es klinisch und wirtschaftlich erforderlich ist. Denn wenn, als Beispiel, jemand zu einer Blinddarm-Operation kommt, dann darf er vielleicht drei oder vier Tage liegen und wenn zu einer Blinddarm-Operation zum Beispiel ein CT gehören würde, was jetzt in der Regel nicht der Fall ist, aber nur mal als Beispiel, und der Patient müsste jetzt auf diese Untersuchungen 2 oder 3 Tage länger warten, dann würden sich mit hoher Wahrscheinlichkeit die Liegezeiten entsprechend verlängern. Das ist im DRG-System dann so abgebildet, dass wenn bestimmte Regelliegezeiten überschritten werden, es bei den Erlösen Abschläge gibt. Also nicht nur die Tatsache, dass der Patient dann klinisch eine gewisse Bildgebung braucht, sondern auch, dass sie zu einem bestimmten Zeitpunkt erfolgen soll, das ist nicht gewährleistet. Deswegen ist die Frage der Großgeräteausstattung für die Radiologie entscheidend und darauf haben die Abteilung und das Zentrum keinerlei Einfluss. Bis auf die Tatsache, dass man natürlich seine Bedenken und Wünsche vortragen darf, aber man kann hier nicht mitentscheiden.

Im zweiten Teil der Frage geht es um die Autonomie. Da muss man das Konzept der Charité ein bisschen mit einbeziehen. Es ist so, dass die Charité ein Konzept aufgestellt hat, nach dem eine weitgehende Autonomie im Bereich der Zentren besteht. Die Zentren sollen als Profit-Center agieren können. Das setzt eben voraus, dass sie eine gewisse Gestaltungsfreiheit haben, nicht im Investitionsbereich, das haben wir schon gehört, aber in allen anderen Entscheidungen. Um zu vermeiden, dass in diesen Zentren Partikularinteressen die Kommunikation miteinander behindern, hat man sie so aufgestellt, dass die Untergliederungen im Grunde genommen nur eine ganz begrenzte Gestaltungsmöglichkeit haben. Im Wesentlichen ist es eher eine Art Mitspracherecht, aber wenig Entscheidungsgewalt, und das betrifft die Abteilung Neuroradiologie genauso. Die Abteilung hat die Möglichkeit, sich konstruktiv einzubringen in das Zentrum, indem sie die Vorgaben der Zentrumsleitung beachtet, natürlich versucht im Rahmen des Effizienzdrucks mitzuarbeiten, eigene Initiativen zu entwickeln und die vorhandenen Reformprojekte zu unterstützen. Aber durch die Reformierung der Charité, durch die neuen Strukturen ist die Selbständigkeit der kleineren Abteilungen, der Untergliederungen, der kleineren Kliniken eindeutig eingeschränkt worden.

- Und die Abteilung hat auch kein eigenes Budget?

Die Abteilung hat gegenwärtig kein eigenes Budget, und es gibt auch keine Sicherheit, ob sie eins bekommen wird. Das interessiert tatsächlich auch im Gesamtkontext der Charité insofern nicht, als letztendlich die Zentrumsbilanz entscheidend ist. Natürlich setzt sie sich aus den einzelnen Arbeitsbereichen zusammen. Aber es ist auch verständlich, dass man sagt, da die Zentrumsbilanz entscheidet, muss auch die Zentrumsleitung die Möglichkeit haben, Arbeitsbereiche, die sich selber gerne weiter aufrechterhalten würden in dem gewohnten Umfang, die aber nicht wirtschaftlich sind, zu beschneiden. Das ist nachvollziehbar, aber aus der Sicht der untergegliederten Einheiten, also der kleineren Kliniken, Institute und Abteilungen verlieren sie eindeutig an Selbständigkeit und an Mitgestaltungsmöglichkeiten.

- In der Satzung heißt es aber auch, dass die Zentren, die ja Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit dem Vorstand treffen, dann wiederum Ziel- und Leistungsvereinbarungen mit den einzelnen Abteilungen, Kliniken und Instituten treffen sollen.

Ja, aber das konnte bisher nicht umgesetzt werden. Ich hoffe, dass das kommt und die Perspektive gibt es sicherlich, aber ob und in welchem Umfang das kommt ist im Moment unklar.

- Und wie schätzen Sie dann also die Möglichkeiten der Abteilung zur selbständigen Effizienzerreichung und Effizienzkontrolle ein und welche Instrumente dazu stehen zur Verfügung? Und welche wären zusätzlich sinnvoll?

Die Möglichkeiten sind begrenzt. Das fängt schon an bei der Personalplanung. Das ist ja ein ganz entscheidender Faktor. Das setzt sich fort zum Beispiel im Bereich der Einflussnahme auf die Personalplanung in den medizinischen Assistenzbereichen, also dem medizinisch-technischen Personal an den Geräten. Für die Effizienz der Abteilung ist entscheidend die apparative Ausstattung, darauf sind wir schon zu sprechen gekommen. Das heißt, wenn jetzt im Sekretariat oder irgendwo bei den Ärzten mehr Energie dafür aufgewendet werden muss, um „unberechtigte“ Anforderungen abzuwehren, weil einfach keine Messzeit vorhanden ist, statt dass man diese Untersuchungen einfach durchführt, um sie schneller und effizient abzuarbeiten, dann ist das eigentlich ein nicht Ziel führender Einsatz der Ressourcen. Das sind Dinge, die im Augenblick unbefriedigend sind.

Die Möglichkeiten der selbständigen Effizienzerreichung und –kontrolle sind begrenzt was die Investitionen und die apparativen Möglichkeiten angeht. Sie sind vorhanden insofern als durch den Zusammenschluss der beiden Campi Virchow und Mitte im Bereich der Radiologie auch die Versorgung in der Neuroradiologie unter einer Leitung ist. Das heißt man kann hier mit weniger Personal, zum Beispiel durch campusübergreifende Rufdienste, durch Initiativen im Bereich der so genannten Remote- Befundung - das heißt der Facharzt kann von zu Hause aus mehrere Campi betreuen, er hat also Zugriff auf verschiedene Rechner-, durch gemeinsame, campusübergreifende Urlaubsregelungen und –vertretungen, durch Verteilung von Verwaltungsaufgaben auf die Sekretariate an den Campi, dadurch kann man tatsächlich doch eine Menge Effizienz, oder Synergien erreichen.

- Und das wird auch schon umgesetzt?

Ja. Das erstreckt sich auch in den Bereich, dass die Zuweiser gern die gleiche Qualität an allen Standorten haben möchten. Das heißt, wenn Sie jetzt einen Patienten mit einer Hypophysen- Raumforderung abgeklärt haben wollen, dann möchten Sie gerne, dass das nach den neusten Kenntnissen, dem letzten Stand der Technik, auf gleicher Weise an allen Campi erfolgt, das war bisher auch nicht immer so. Wir möchten auch gern, dass wenn zum Beispiel Notfalluntersuchungen in der Nacht stattfinden, auch da eine gewisse Qualitätssicherung vorhanden ist, dass die Untersuchungen vernünftig durchgeführt werden, dass auch der Befund in der Nacht schon eine weitgehende Verlässlichkeit hat. Auch das war nicht immer so in der Vergangenheit. Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle spielen also eine große Rolle dabei. In dem Bereich können wir zum Beispiel dadurch, dass wir campusübergreifend die Protokolle vereinheitlichen, dass wir eine Homepage eingerichtet haben, wo die Zuweiser alle wichtigen Daten und Informationen finden, dass wir das Personal über die Campi austauschen, dass wir jetzt eine gemeinsame Personalplanung und Dienstplanung durchführen, schon Effizienzsteigerungen erreichen.

- Und was würden Sie sich noch zusätzlich wünschen? Wahrscheinlich ein zuverlässigeres Berichtswesen...?

Also was ich mir aus der Sicht der Abteilungsleitung wünschen würde wären tatsächlich zuverlässige, belastbare Zahlen, deren Validität nicht erst durch erneutes Nacharbeiten und Kontrollen überprüft werden muss, sondern die per se eine Qualität haben, mit der man arbeiten kann und die auch auf eine ritualisierte Form, regelhaft, regelmäßig, auch verständlich vorgelegt werden. So dass man tatsächlich aus der Sicht der Abteilungsleitung sich aktiv beteiligen kann mit der Durchsetzung von Schwerpunkten bei bestimmten Tätigkeitsbereichen, eigene Konzepte erarbeiten kann, die sich einpassen in das Zentrums-Konzept zum Beispiel. Dass man überhaupt erkennen kann, welche Bereiche ertragreich zu gestalten sind und in welchen Bereichen im Grunde genommen zwar eine klinische Versorgung vorgehalten wird, die

aber nicht wirtschaftlich nachhaltig tragbar ist. Diese Transparenz fehlt also und das Datenmaterial, wenn es dann mal vorliegt, scheint doch, wie gesagt, dringend kontroll- und überarbeitungswürdig.

- Und die Datenerfassung von Untersuchungszahlen zum Beispiel, die muss ja hier in der Abteilung von eigenen Mitarbeitern durchgeführt werden...

Das passiert eigentlich nicht. Die Patienten werden ja erstmal aufgenommen an der Anmeldung, wenn sie direkt in die Radiologie kommen, oder ihre Daten sind schon im Krankenhausinformationssystem, dem KIS, erfasst worden, wenn sie stationär sind. Wenn diese Patienten jetzt in die Radiologie kommen, dann werden die Untersuchungen geleistet durch die technischen Assistentinnen und diese Leistung wird mit einer bestimmten Codierung versehen, als Beispiel CT-N für Neuro-CT. An Hand dieser Listen kann man aus dem RIS abrufen, wie viele Patienten untersucht worden sind an bestimmten Geräten für bestimmte Arbeitsbereiche. Aber auch hier ist es so, dass es der jeweiligen Abteilung überlassen bleibt, eine Qualitätskontrolle durchzuführen. Es ist häufig so, dass Untersuchungen eben nicht korrekt geleistet werden, dass zum Beispiel das CT Neuro nicht als CT-N sondern als CT geleistet wird. Auch da hat die Abteilung wenige Einflussmöglichkeiten, dafür Sorge zu tragen, dass die von ihr erbrachten Leistungen auch wirklich eindeutig der Abteilung zugeordnet werden können.

- Weil die Leistung zentral an der Anmeldung stattfindet?

Weil sie an den Arbeitsplätzen stattfindet. Und natürlich gibt es viele gute, motivierte Mitarbeiter, aber gerade im Bereich des öffentlichen Dienstes kann man auch nicht an jedem Arbeitsplatz jeden Mitarbeiter so motivieren oder kontrollieren von der Abteilung aus, dass wirklich die korrekte Erfassung sicher gestellt ist.

- Wie beurteilen Sie zusammenfassend die Situation und die Perspektiven der Abteilung Neuroradiologie in der Charité?

Fangen wir vielleicht mit der Situation an: die Situation hat sich grundlegend verändert im Vergleich zu früher. Früher war diese Abteilung ja selbständig und hatte also auch für Personalfragen eine weitgehende Autonomie, das ist in dem neuen Charité- Konzept nicht mehr gewünscht. Das mag man aus der Sicht der Abteilung beklagen, aus der Sicht des Zentrums und einer Trimmung der Zentren und des gesamten Klinikums auf eine gemeinsame Zielsetzung, erscheint das wiederum nachvollziehbar. Die effiziente und wissenschaftlich erfolgreiche Ausrichtung einer Abteilung ist ja entscheidend daran gebunden, dass man im Zentrum miteinander konstruktiv umgeht. Das hängt natürlich sowohl an Sachfragen und strukturellen Bedingungen, das hängt aber auch an ganz einfachen zwischenmenschlichen Kontakten, die da sein müssen. Vertrauen muss vorhanden sein, das ist denke ich, hier tatsächlich sehr gut gegeben. Es gibt ein sehr wohlwollendes, produktives Miteinander. Man muss sich natürlich in der Abteilung kritisch anpassen an Vorgaben, Personalreduktion, Einschränkung bestimmter Leistungen, weil sie nicht wirtschaftlich sind. Es gibt da also schon auch Probleme, denen man sich stellen muss. Aber generell kann man sagen, dass unter den vorhandenen, strukturellen Rahmenbedingungen, so wie sie definiert worden sind durch die Gesetzgebung und die Satzung der Charité, die Abteilung, denke ich, zufrieden sein kann. Bis auf den Punkt, dass es tatsächlich zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein akzeptables Controlling und Berichtswesen gibt für diesen Arbeitsbereich. Das ist sicherlich ein großes Problem und daran muss gearbeitet werden.

Die Perspektiven der Charité sind ja schon in anderen Interviews kommentiert worden. Auf Grund der Größe und der Exzellenz der Charité, der besonderen Lage und auch der Förderung durch die Rahmenbedingungen, durch die Berufung von Herrn Zöllner zum Beispiel als Wissenschaftssenator, denke ich, dass die Perspektiven sehr gut sind. Die Einsparvorgaben und vor allem die Abrechnung der Leistungen der Universität über das DRG-System ist meiner Meinung nach die größte Herausforderung, die die Charité haben wird. Die Perspektiven der Abteilung, die machen sich eigentlich an verschiedenen Dingen fest. Zum einen wird die Entwicklung der Abteilung davon abhängen, wie zeitnah es gelingt, die strukturellen Mängel zu beheben. Das würde bedeuten, zum Beispiel eine adäquate Ausrüstung mit Großgeräten hier

am Campus Mitte sicher zu stellen. Zum anderen hängt die Entwicklung der Abteilung davon ab, inwiefern es gelingt, zum Beispiel dort, wo es in der Personalabteilung Probleme gibt - das betrifft jetzt zum Beispiel bei uns konkret einen bestimmte Arbeitsbereich, die Neurointervention - schnell und kompetent nachzusetzen, ohne dass durch langfristige, langwierige Ausschreibungen und Behördenwege das verhindert oder behindert wird. Die Perspektiven sind langfristig sicherlich gut, weil es immer wieder hoch qualifizierte und interessierte Wissenschaftler geben wird, die hierher kommen. Es gibt aber bei den kurz- und mittelfristigen Problemen auf Grund einer gewissen Behäbigkeit in den Entscheidungswegen und den angesprochenen Problemen im Bereich der Investitionsentscheidungen Hindernisse, die eine gute und schnelle Entwicklung behindern oder einschränken.

8.8. Interview mit dem Leiter der Neuroradiologie der LMU München Prof. Dr. H. Brückmann (2.10.2007)

- Wie ist die Neuroradiologie in München in das Universitätsklinikum eingebunden, untersteht sie dem Institut für Radiologie oder ist sie eher selbständig?

Wir haben eine besondere Situation in unserer Neuroradiologie. Nach der Verordnung des § 52 -4 des bayerischen Hochschulgesetzes gibt es Abteilungen im Einvernehmen mit dem jeweiligen Institutsdirektor einer Einrichtung, in denen zwar organisatorisch auf akademischer Ebene der C3-Professor am Lehrstuhl des übergeordneten Instituts angebunden bleibt, die aber auf struktureller Ebene eigenständig sind. Das ist in Bayern realisiert in den Universitätsklinik von Würzburg, Erlangen und München, sowohl im Klinikum rechts der Isar als auch im Klinikum der LMU. Und das beinhaltet eine Eigenständigkeit in Personalangelegenheiten, sowohl im MTA-Bereich wie auch im ärztlichen Bereich, in den zugewiesenen Budgetmitteln und auch im Budget für Sachkosten. Auch unsere Erlöse werden unabhängig vom Institut für Radiologie selbstständig ausgewertet und die Kalkulation bzw. Bilanz unabhängig vom Institut erstellt. Organisatorisch befindet sich die Neuroradiologie also unter einem großen Dach, ist aber eine vollständig selbstständige Abteilung. Das ist, wie gesagt, im §52-4 des bayerischen Hochschulgesetzes so bestimmt und wurde schon im Vorherein von der Strukturkommission in der Ausschreibung so festgelegt.

- Bekommen Sie das Budget direkt vom Vorstand der Klinik oder indirekt über das Institut für Radiologie?

Das bekomme ich direkt vom Vorstand, also von der Verwaltungsdirektion.

- Und woran orientiert sich das Budget, an im Voraus geplanten Leistungen oder an vergangenen Kosten?

Das Budget orientiert sich an den Istwerten von Kosten und Erlösen des letzten Jahres. Auf Grund dieser Kostenorientierung bei der Budgetbemessung gibt es innerhalb des Klinikums auch keine interne Leistungsverrechnung. Wir haben allerdings gerade eine Umbruchsituation, weil der Vorstand von Verwaltungsdirektion und ärztlicher Direktion zum 1. Oktober gewechselt hat. Wie das Budget in Zukunft bemessen wird, kann man noch nicht beantworten. Aber bisher war die treibende Kraft für das Budget der Istwert des Vorjahres, nach dem dann Hochrechnungen vorgenommen wurden, die auch durchaus sukzessive angepasst werden konnten.

- Was passiert, wenn das Budget überschritten wird, weil mehr Leistungen anfallen?

Wenn das Budget überschritten wird, ist es zumindest bisher so, dass wenn man es dem Controlling rechtzeitig mitteilen kann, durchaus die Möglichkeit gegeben ist, das Budget noch anzupassen. Aber man muss das rechtzeitig melden, dafür bekommen wir auch die Drei-Monats-Auswertung bzw. die Quartalsauswertung. Daraufhin wird, insbesondere bei erlöswirksamen Leistungen wie den interventionellen radiologischen Leistungen, mit den Krankenkassen verhandelt, inwieweit Möglichkeiten bestehen, die Sätze anzuheben.

- Gibt es auch Anreize dafür, das Budget einzuhalten oder zu unterschreiten, zum Beispiel in Form von zusätzlichen Bonus- oder Investitionsmitteln?

Nein, bisher nicht. Bisher gibt es weder einen Bonus, noch Investitionsanreize.

- Sie haben gesagt, Sie haben die Autonomie in Personal- und Sachmittelentscheidungen. Wie ist das im Bereich der Investitionen, gibt es zum Beispiel auch ein Budget für Kleingeräte?

Das Investitionsbudget für „Kleingeräte“ ist dürrtig, wir haben jetzt gerade innerhalb von 2 Jahren ein Investitionsbudget von 60.000 Euro angespart. Wenn das Budget für Kleingeräte in einem Jahr nicht verbraucht wird, dann verbleibt der Rest in der Abteilung. Man kann auf diese Weise also Gelder ansparen oder sammeln. Die werden dann in solchen Fällen gebraucht, in denen sich bei irgendwelchen Vereinbarungen mit der Industrie Lücken auftun und man dann doch noch 20.000 oder 40.000 Euro benötigt. Dieses Investitionsbudget für Kleingeräte bekommen wir also zusätzlich, über den Rahmen des normalen Sachmittelbudgets hinaus. Es wird vom der Verwaltungsdirektion vorgegeben nach einem Schlüssel, der uns jedenfalls bisher nicht transparent war.

Die Radiologie und Neuroradiologie brauchen ja relativ teure Geräte, die aus dem Investitionsbudget primär erstmal gar nicht bezahlbar wären. Das, was man sich mit 40.000 bis 60.000 Euro leisten kann, ist vielleicht eine neue Bestuhlung, neue Regale und eventuell einige neue Rechner.

- Und wie ist das bei den Großgeräten, werden die beim Vorstand beantragt?

Bei den Großgeräten hat sich ja jetzt die Verfahrensweise geändert. Bisher konnte man Großgeräte über das HBFG-Verfahren beantragen, diese HBFG-Anträge mussten dann entsprechend mit Haushaltstiteln versehen werden und schließlich dem Bund vorgelegt werden. Nach Fristen von 4 bis 8 Jahren konnte man dann mit den entsprechenden Mitteln rechnen. Dadurch hat es dann natürlich ganz wilde Modelle der Kooperationen zwischen Firmen und Instituten oder Kliniken gegeben.

- Haben Sie auch getrennte Budgets für Krankenversorgung und für Forschung und Lehre?

Wir haben jetzt neuerdings seit einem Jahr eine Trennungsrechnung. Die Mittel, die wir aus der so genannten LOM, der leistungsorientierten Mittel –Vergabe, bekommen, die sind zum jetzigen Zeitpunkt relativ bescheiden. Diese Mittel für die Forschung und Lehre werden in Abhängigkeit von den Impact-Punkten und der Aktivität in der Lehrtätigkeit vergeben.

- Ist die Einführung von Profit-Center-Strukturen in Form von eigenständigen Zentren mit Ergebnisverantwortung in München auch schon angedacht?

Das kann ich nicht beantworten, weil sich der neue Vorstand, der ja wie gesagt am 1. Oktober angefangen hat, noch nicht erklärt hat. Aber da ganz bewusst ein Mann aus einer großen Klinikette als Verwaltungs-

direktor eingesetzt wurde, gehe ich davon aus, dass es wahrscheinlich die primäre Absicht sein wird, Profit-Center zu schaffen.

- Haben Sie auch ein eigenes Controlling oder Berichtswesen?

Das Controlling berichtet an und wird informiert sowohl vom Institut für Radiologie als auch von uns. Wir haben eigene Besprechungen mit dem Controlling und bekommen eigene Bilanzen, die nur die Neuroradiologie dann darstellen. Das ist für uns vor allem deshalb sehr wichtig, weil wir zur Zeit ein sehr erlöswirksamer Bereich innerhalb der Neuro-Zentren sind, sowohl was Patienten auf der Stroke-Unit angeht, für die es günstige Fallpauschalen gibt, wie auch für die Neurochirurgie im Rahmen der Aneurysmaembolisation.

- Wie schätzen Sie die Zahlen des Controllings in Bezug auf ihre Verlässlichkeit ein?

Ich will ganz ehrlich sein: Bisher habe ich die Zahlen bis auf den Bereich der interventionellen Leistungen nicht im Einzelnen überprüft, weil das für mich bislang keine Bedeutung hatte. Ich habe nur gesehen, dass wenn ich dem Controlling gesteigerte Leistungsmengen melde, auch relativ zügig mit den Krankenkassen verhandelt und von diesen entsprechende Mittel zu Verfügung gestellt wurden. Dabei spielt eine große Rolle, dass wir bis vor ungefähr eineinhalb Jahren im Großraum Oberbayern die einzige Klinik mit einer interventionellen Neuroradiologie waren. Deshalb hatten wir bei den Krankenkassen eine Art Sonderstatus.

- Gibt es vom Vorstand irgendwelche Vorgaben oder Anreize für eine Steigerung der Effizienz?

Bisher eigentlich nicht. Der einzige Anreiz, den wir haben, ist, möglichst viel Personal aus dem Krankenversorgungsbereich für die wissenschaftliche Arbeit einzusetzen. Wir bemühen uns natürlich um effiziente Arbeitsschritte. Auch aus der medizinischen Notwendigkeit heraus bemühen wir uns um eine effiziente Patientenversorgung, damit bei einem akuten Schlaganfall ein Patient möglichst schnell versorgt wird und die Komplikationen minimiert werden.

- Wenn sich das Budget also sowieso eher an den Kosten orientiert, dann gibt es von der Konzeption her ja eigentlich gar keinen großen Anreiz, Kosten zu sparen, nicht?

Ja, bisher war der Anreiz nicht sonderlich groß. Das hat sich unter anderem darin ausgewirkt, dass wenn bspw. in der Nacht einer meiner Oberärzte oder ich eine mechanische Rekanalisation durchgeführt hat, dann im Prinzip eine Art Eskalation vorgenommen wurde. Das heißt, dass wenn ein Instrument nicht funktionierte, obwohl es vielleicht 2.500 Euro gekostet hatte, wurde das nächste ausprobiert, so dass also durchaus bei einer Behandlung zugunsten eines Patienten leicht einmal 10.000 Euro an Materialkosten zusammen gekommen sind. Da konnte man natürlich auch sehr viel experimentieren, viele neue Behandlungsmethoden entdecken, kennen lernen und an die jungen Mitarbeiter weiter geben. Das war also eine ganz andere Welt also die, die jetzt auf uns zukommt.

- Gibt es sonst irgendwelche Vorgaben, zum Beispiel zur Verbesserung der Ablauforganisation, zum Qualitätsmanagement oder der Transparenz beim Ressourcenbedarf?

Wir müssen einen Qualitätsbericht abgeben, der von der Struktur her vorgegeben ist. Mehr machen wir nicht. Damit können wir der Pflicht genügen.

- Welche Instrumente stehen zur Beurteilung und Steigerung der Effizienz, außer dem Controlling, zur Verfügung?

Wir hatten zwischenzeitlich über einen Zeitraum von etwa fünf Jahren eine Unternehmensberatungsfirma, Lohfert und Lohfert, die monatliche Gespräche mit uns führte. In diesen Gesprächen bekamen wir zum allerersten Mal die Top 30 der Sachkosten aufgeschlüsselt und konnten auch deren Verläufe sehen und uns darüber Gedanken machen, warum beispielsweise etwaige Sprünge entstehen. Darauf wurden wir von der Firma aufmerksam gemacht und ich glaube, unser Controlling hat durch diese Maßnahme viel dazu gelernt. Diese Analysen waren für uns sehr gut, weil dadurch überhaupt erstmal ein wenig Transparenz bei den Daten entstand.

Wir haben aber auch selber eine Initiative ergriffen, unser internes Sachcontrolling zu optimieren, indem wir ein Computersystem angeschafft haben, welches alle bei bestimmten interventionellen Eingriffen verwendeten Materialien erfasst. Damit sind wir heute in der Lage, anhand der einer bestimmten Behandlung zugeordneten Materialien Durchschnittskosten anzugeben. Der Materialverbrauch wird dabei kontinuierlich bei jeder Behandlung eingegeben. Wir werden also auf lange Sicht besser in der Lage sein, zu untersuchen, welche Anteile wir an den Ausgaben haben, die für bestimmte DRGs entstehen.

- Was wäre Ihrer Meinung nach zusätzlich noch sinnvoll, um die Effizienz zu steigern?

Man kann die Effizienz nur steigern erstens durch permanente, gezielte Ausbildung der Mitarbeiter und durch Motivation der Mitarbeiter mit entsprechenden finanziellen Anreizen. Und zweitens braucht man eine Dezentralisierung der betriebswirtschaftlichen, ökonomischen Aufgaben. Ähnlich wie in England müsste es eine Art Betriebswirt geben, der die Abläufe einer Abteilung oder eines Zentrums kennt und gleichzeitig in dieser Abteilung oder diesem Zentrum als Betriebswirt die Prozesse mit steuert. Je nach Größe des Zentrums oder des Klinikums müssten ein oder zwei solche Mitarbeiter in die Prozesse eingebunden werden und ein vertrauensvolles Verhältnis zum restlichen Personal aufbauen. Als eine Art Frühwarnsystem müssten dann die entsprechenden Controller über relevante Veränderungen informiert werden. Es darf nicht ein Gegeneinander als Symbol entstehen, zwischen Betriebswirten und Ökonomen auf der einen und Ärzten und Krankenschwestern auf der anderen Seite.

Ich halte also die Dezentralisierung der betriebswirtschaftlichen Steuerung für den Schlüssel zum Erfolg, denn nur wer die Prozesse und die Abläufe in einer Abteilung genau kennt, kann auch die richtigen, betriebswirtschaftlich sinnvollen Maßnahmen ergreifen. Vielen von den Controllern musste man ja überhaupt erstmal beibringen, wie Bereiche von der Klinik funktionieren. Ich bin davon überzeugt, dass wenn detaillierte Kenntnisse von den Abläufen in Kombination mit betriebswirtschaftlichen Kenntnissen vorhanden sind, es in keiner Klinik wirtschaftliche Probleme geben wird.

Auch externe Berater müssen erst einmal gründlich geschult werden, damit sie ein Verständnis für die Abläufe und Erfordernisse einer Abteilung bekommen. Nur dann kann man von solchen Beratungen auch profitieren. Wir haben mit Lohfert und Lohfert erreicht, dass wir ein eigenes Computersystem – das Piranha-System – bekommen haben, um selber unsere Prozesse im interventionellen Bereich finanzieren und beurteilen zu können.

- Haben Sie ein optimiertes, funktionsfähiges Informationssystem?

Zum einen haben wir ein radiologisches Informationssystem und zum anderen - darüber hinaus- das Piranha-System, das für das Controlling Daten aus der Behandlung, wie zum Beispiel den Materialverbrauch, erfasst. Die Personalstunden bei einer Behandlung werden noch nicht erfasst, weil uns das bisher nicht interessiert hat, aber das wird sicherlich bald hinzukommen. Dieses Piranha-System ist leider unabhängig vom RIS, also sozusagen eine Insellösung in unserer interventionellen Neuroradiologie. Aber das ist letztlich ja auch Aufgabe des Klinikums, insbesondere des Controlling, dafür eine Lösung zu finden.

- Gibt es bei Ihnen ansonsten irgendwelche Projekte zur Ergebnisverbesserung, wie zum Beispiel leistungsabhängige Vergütung oder die Optimierung des Einkaufs?

Eine leistungsabhängige Vergütung gibt es bei uns nicht. Was den Materialeinkauf angeht, ist dafür die Klinik zuständig. Die verhandelt mit bestimmten Firmen und nimmt dann sozusagen Paketeinkäufe vor. Allerdings werden wir dabei auch wieder mehr einbezogen und gefragt, ob wir mit bestimmten Materialien oder Systemen arbeiten können, bzw. welche wir bevorzugen.

- Gibt es auch bei Ihnen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten oder mit anderen Krankenhäusern, und haben Sie ein Medizinisches Versorgungszentrum?

Es gibt bei uns im Moment kein MVZ, die werden erst noch eingerichtet. Kooperationen gibt es zur Genüge, vor allem über die Telemedizin, die aber im Wesentlichen von Seiten der Neurologie ausgeht. Es gibt da in Bayern ein Verbund-Projekt, bei dem wir mehreren Kliniken angeschlossen sind und dann konsiliarisch um Rat gefragt werden und zu bestimmten Untersuchungen Stellung nehmen. Da geht es vor allem darum, rasch zu entscheiden, ob ein Patient, der eine intravenöse Lyse erhalten hat, übernommen werden soll. Es geht dabei also um rein am medizinischen Versorgungsbedarf ausgerichtete Entscheidungen, um Fragen der Patientenbetreuung und -versorgung, nicht um ökonomische Entscheidungen. Kooperationen, um zusätzliche Erlöse zu gewinnen gibt es bisher nicht.

Danksagung

Mein Dank gilt in erster Linie Herrn PD Dr. Randolph Klingebiel für die Möglichkeit der Promotion und die Überlassung des Themas sowie die ausgezeichnete Betreuung. Sein Engagement und seine Ideen haben mich stets motiviert und eine zügige Fertigstellung der Arbeit ermöglicht. Von substantieller Bedeutung für diese Promotionsarbeit waren seine konstruktive Kritik und seine Verbesserungsvorschläge. Besonders bedanken möchte ich mich für die von ihm investierte Zeit und Geduld, sowie die wertvollen Erfahrungen und Einblicke im Bereich der Unternehmensführung eines Klinikums und dem Grenzgebiet zwischen Wirtschaft und Medizin.

Für ihre tatkräftige Unterstützung, insbesondere bei Terminvereinbarungen mit den Interviewpartnern, möchte ich außerdem Frau Carola Beyer ganz herzlich danken.

Ferner möchte ich mich bei allen Interviewpartnern bedanken für die Zeit und die Bereitschaft, offen über den Reformprozess, Erfolge und bisherige Schwierigkeiten zu sprechen und für das Einverständnis, diese Inhalte für meine Dissertation nutzen zu dürfen.

Schließlich danke ich meinem Vater für seine ständige Unterstützung und Aufmunterung, und besonders für sein Verständnis und seine Geduld.

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Eidesstattliche Erklärung

„Ich, Stefanie Gottstein, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema: ‚Charité – Umstrukturierung an einem großen deutschen Universitätsklinikum, Allgemeine und spezielle Aspekte eines Reformprozesses aus der Sicht des Querschnittsfaches Radiologie/Neuroradiologie‘ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

„Ich habe vor diesem Zeitpunkt noch nie ein Promotionsverfahren beantragt.“

Datum

Unterschrift