



Das frivole Hauptstadtleben – hier abgebildet Otto Dix („Large Towns“).

„Babylon Berlin“

Der Hauptstadt-Urologe Thorsten Schlomm im Interview

© United Archives / TopFoto / Between The Wars / mauritius images

Seit nunmehr zwei Jahren leitet Prof. Thorsten Schlomm die Klinik für Urologie der Charité Berlin. Im URO-NEWS-Interview stellt er sich Fragen zu seiner Personalpolitik und seinen wissenschaftlichen Zielen, aber auch zur Ausbildung künftiger Urologen und damit der Zukunft der Urologie im Gesamten.

? Selten war eine Berufung so umstritten wie die Ihre. Wir haben in einem vielbeachteten Editorial damals sogar von einer „Schlomm-Schlacht“ geschrieben. Wie geht man damit um?

Prof. Schlomm: Ich glaube, hier sollte man sich die Probleme der anderen nicht zu seinen eigenen machen.

? In der Serie „Babylon Berlin“ zieht ein Kölner nach Berlin. Wie ist es, wenn man aus einer perfekt orchestrierten, beschützenden Werkstätte wie der Martini-Klinik im feinen Hamburg in die ungekämmt, immer klamme Welthauptstadt der Improvisation kommt?

Schlomm: Ich habe die Serie sehr gerne gesehen, Berlin ist wirklich eine faszinierende Stadt. Im alltäglichen Leben stimmt

das beschriebene Bild sehr gut. Tatsächlich vermisse ich die Martini-Klinik oft: einerseits natürlich meine alten Freunde, mit denen ich ja zusammen „aufgewachsen“ bin, aber natürlich auch die dort etablierte optimale Situation für hochqualitative Medizin. Das ist dort schon einzigartig und so wohl auch nicht wiederholbar.

Die Charité hat da schon andere Strukturen. Sie ist eher der perfekte Ort für die ganz großen Visionen. Es gibt hier ein einzigartiges Umfeld für innovative Medizin und wir dürfen gerade einen vielversprechenden strukturellen Wandel der Charité mitgestalten. Entscheidend ist hier auch die unmittelbare Nähe zu Politik und Entscheidern. Mit der richtigen Agenda und einem soliden Netzwerk kann man dann auch relevante Investitionen triggern und Visionen mit

weit überregionaler Relevanz umsetzen. Diese Entwicklungen kannte ich ja im Vorfeld und die damit einhergehenden Möglichkeiten waren auch ausschlaggebend für meine Entscheidung, an die Charité zu wechseln. Über diese Entscheidung bin ich jeden Tag sehr glücklich.

? Im Film singt die androgyne russische Gräfin Swetlana Sorokina im Variete Moka Efti vor einem Meer aus vergnügungssüchtigen Leibern „Zu Asche, zu Staub“. Was war erhaltenswert, was war reformbedürftig an der Charité?

Schlomm: Ich schaue eigentlich ungerne in die Vergangenheit, weil wir diese eh nicht mehr ändern und nur im begrenzten Maße aus ihr lernen können. Was ich glaube, beurteilen zu können, ist, dass es die Charité in der Vergangenheit immer geschafft hat, Topleute hervorzubringen oder zu rekrutieren. Aufgrund der Größe gibt es für jede noch so seltene Fragestellung einen Superspezialisten.

Prominentes Beispiel ist ja aktuell unsere Corona-Taskforce aus hoch profilierten Virologen, Infektiologen, Epidemiologen,

Lungenexperten und Intensivmedizinern. Solche Konstellationen gibt es auch für andere Schwerpunkte wie Onkologie, Neurologie oder degenerative Erkrankungen. Hinzu kommt die enge Vernetzung mit der Spitzenforschung, wie dem Berlin Institute of Health, das ja zur Charité gehört. Das ist schon einzigartig. Ich denke, es ist auch gut, dass es die Charité geschafft hat, stabil über Jahre eine „schwarze Null“ zu generieren.

Aus der Angestelltenperspektive gibt es hier natürlich immer viel zu jammern. Für die Gesamtstruktur und damit auch für jeden Einzelnen bietet das aber viele Freiheiten und erlaubt auch nachhaltige Planungen. Die Reform findet gerade im vollen Zuge statt. Wir haben einen Strategieprozess „Charité 2030“, in dem wir große Visionen formulieren, die wir dann aber auch umsetzen können. Eine Fragestellung ist besonders spannend: „Was ist überhaupt universitäre Medizin?“

Wenn man das mal konsequent weiterdenkt, bleibt da nicht viel übrig. Das Destillat ist dann aber eine hocheffektive Kombination aus Klinik und Forschung als Innovationsmotor mit Versorgungsauftrag für die gesamte Bevölkerung – dazu gehören dann nicht nur die Kranken. Auf die Umsetzung freue ich mich besonders und wir haben dann sicherlich viel Stoff für weitere Interviews mit provokativen Überschriften. Haben Sie beispielsweise schon mal über ein rein digitales Krankenhaus nachgedacht?

? Früher hieß es: Wer für einen Chefarztposten zu schlecht ist, muss ein Ordinariat übernehmen. Sie haben das augenzwinkernd umgekehrt und gesagt, dass Sie die guten Oberärzte behalten und die schlechten zu Chefärzten machen. Haben Sie genügend Geld, um die Guten zu halten oder zu locken? Welche Pilger sind denn schon nach Mekka gekommen?

Schlomm: Ich bin sehr stolz, dass ich bereits drei internationale Koryphäen für unser Team begeistern konnte.

Als erstes ist Maria de Santis aus Großbritannien als Leiterin unserer Uroonkologie zu uns gestoßen. Sie baut derzeit eine einzigartige Studieninfrastruktur auf.

Der nächste war Joachim Weischenfeldt aus Kopenhagen als Leiter unserer Genomforschung. Er steuert die Sequenzierungsaktivitäten und etabliert neue Techniken zur Sequenzierung aus Gewebe und Blut mit

dem Ziel, die Gesamtgenomsequenzierung als Routinediagnostik zu etablieren.

Betrand Guilloneau ist nach 10 Jahren New Yorker MCKCC und zuletzt Paris als Leiter unserer chirurgischen Onkologie zu uns gestoßen und bringt nun nicht nur seine operativen Erfahrungen ein und bildet aus, sondern hilft bei der Umstrukturierung der Klinik hin zur ganzheitlichen Versorgung von Krebspatienten – auch weit über den stationären Aufenthalt hinaus.

Damit sich unsere Spitzenkräfte entfalten können, haben wir eine neue hierarchische Ebene etabliert, das medizinische Management-Board. Das ist im Prinzip eine Zwischenebene zwischen Klinikdirektor und Oberärzten. Der erste „Interne“, dem wir eine Management-Board-Position angeboten haben, ist Jonas Busch, der unser Nieren- und Hodentumorzentrum leitet. Er ist ein Paradebeispiel für das vorige Zitat und ein außerordentlicher Arzt und Organisator. Den muss man sonst irgendwann ziehen lassen, was eine Delle in der Qualität unserer Klinik bedeuten würde, bis eventuell ein Nachfolger auf das gleiche Niveau ausgebildet wurde. Und der geht dann auch irgendwann wieder. So hat man keine stetige Weiterentwicklung, sondern agiert eher wellenförmig. Ich persönlich glaube, dass die Qualität in vielen regionalen Kliniken deshalb sogar besser ist als an Unikliniken – weil dort weniger Wechsel stattfinden.

Wir bieten deshalb den besten Leuten eine Position, die für sie sicher interessanter ist als eine Chefarztstelle oder ein Ordinariat sonstwo. Ein relevantes Kriterium für so eine Entscheidung ist natürlich auch die Fähigkeit dieser Personen, eine solche Chance zu erkennen und die Visionen mitzudenken, anstatt einem vermeintlichen Status hinterherzueifern.

Geld dafür ist durch meine Berufungsmittel erstmal vorhanden. Weiterhin gehen bei uns alle Privaterlöse und sonstigen bonusrelevanten Erlöse nicht auf mein Konto, sondern in einen Pool, der transparent unter den leitenden Ärzten und Oberärzten aufgeteilt wird. Das Ganze ist natürlich auch ein Experiment, ob sich ein solches System in unserem Gesundheitssystem überhaupt tragen kann. Da laufen bei uns sehr interessante Analysen, wie viel etwa die Lernkurve eines Oberarztes kostet und ob da eine permanente Position nicht günstiger ist.

Weiterhin erproben wir derzeit zusammen mit Krankenkassen ein Modell für qualitäts-



„Oft bin ich mir vorgekommen wie Kolumbus, der mit seiner Mannschaft über das offene Meer segelt und jeden Tag aufs Neue verspricht, dass bald das gelobte Land kommen wird.“

Prof. Dr. med. Thorsten Schlomm

Direktor der Klinik für Urologie der Charité Berlin

basierte Vergütungen. Zusätzlich integriert sich dieses Personalmodell hervorragend in unsere Forschungsplattform, sodass hier auch relevante Drittmittel generiert werden können, die dann zum Teil der Refinanzierung dienen. Da schließt sich der Kreis wieder.

? Sie sind ja der Letztverantwortliche für alles, überall. Wie managt man eine multilokuläre Klinik dieser Größe? Kann man da noch ruhig schlafen?

Schlomm: Ich habe diese Thematik nie verstanden. Das wird auch nur in der Medizin diskutiert, als Relikt des erfreulicherweise zunehmend verschwindenden (Selbst-)Verständnis von Chefärzten, die alles jeweils am besten können wollen und sollen.

Wir brauchen doch nur in die Wirtschaft zu schauen: Da kann der CEO eines Konzerns auch nicht alles. Die haben weit mehr Angestellte und Aufgabenfelder. Meine Verantwortung liegt darin, eine Kommunikations- und Leitungsstruktur zu schaffen und zu pflegen, die es erlaubt, Teilgebiete eigenverantwortlich an Andere – die es besser können – zu delegieren.

Hierbei ist auch Qualitätskontrolle ein entscheidender Faktor: Man kann zwölf Oberärzte und 30 Assistenten nicht den ganzen Tag kontrollieren und beaufsichtigen. Man kann aber Messpunkte installieren, die einen ziemlich guten Überblick über die Qualität geben und auch ein Frühwarnsystem für Fehler sind.

So eine Struktur ist auch die Basis für eine weitreichende Skalierung. Man muss abgeben und vertrauen können. Das macht mit dem richtigen Team viel Spaß und ist sehr effektiv!

? Ich habe die US-Amerikaner immer um ihre standardisierten Ausbildungsprogramme beneidet. Wie organisiert man Ausbildung in einem Department-System?

Schlomm: Unser Prinzip ist: „Vom Besten lernen“. Ich kann hier nur kurz erklären, wie wir das umsetzen. Ob das besser ist, wird sich zeigen.

Die ersten zwei Jahre können die Assistenten im Prinzip machen, was sie wollen. Das ist die „Grundausbildung“. Die wird ab Herbst vornehmlich in unserer neuen Ambulanz am Campus Benjamin Franklin stattfinden. Dort wird es fünf ambulante OPs inklusive Röntgen und Endoskopie geben, wir sehen dort die Notfälle und führen Sprechstunden durch. Ein hervorragendes Umfeld, um die wichtigsten ersten Erfahrungen inklusive kleiner OPs zu machen.

Dann geht es in Spezialgebiete: Schwerpunkt ist hier die obligate Onkologierotation, unterteilt in chirurgische Onkologie und die medikamentöse Onkologie mit Studien und Einbindung in die Forschungsprojekte. Dann können weitere Rotationen angeschlossen werden.

Spätestens zwei Jahre vor dem Facharzt wird es ernster: Da führen wir Karrieregespräche durch. Das sieht so aus, dass wir die Assistenten erstmal motivieren, sich darüber klar zu werden, wo es hingehen soll. Niederlassung, Klinik oder Unilaufbahn mit Forschung – die meisten wissen noch gar nicht, was sie wollen. Nach ein paar Wochen sprechen wir dann nochmal und versuchen, die grobe Richtung herauszubekommen, um dann individuell planen zu können. Wird eine Praxisübernahme angestrebt, bieten wir etwa einen schwerpunktmäßigen Einsatz in den Ambulanzen und Sprechstunden. Andere vertieften die Onkologie oder plastisch rekonstruktive Aspekte. Am Ende gehen aber alle mit einer breiten Ausbildung raus – oder bleiben eben.

Auch die Oberärzte werden zunächst breit ausgebildet, sodass sie „Chefarzt-ready“ sind. Eine Qualifizierung zum Oberarzt ist etwa die Nierentransplantation. Alles andere wäre ungerecht, da man ihnen sonst Karrieremöglichkeiten abschneiden würde. Weiterhin ist ein Dienstmodell in einer Klinik mit drei Standorten und komplettem Spektrum nur mit Spezialisten nicht abzubilden.

Eine Spezialisierung in einem Segment forcieren wir aber schon früh parallel. Hier steuern wir tatsächlich auch nach Bedarf und langfristiger Planung.

Die Ausbildung profitiert wiederum vom Departmentsystem: Die Departmentleiter sind gleichzeitig auch die Chefausbilder. Durch eine strukturierte Ausbildung und engmaschige Kontrolle der Ergebnisse können wir eine sehr effiziente Ausbildung ohne relevante Einbußen an der Behandlungsqualität anbieten. Die für dieses Konzept notwendigen Zusatzkapazitäten generieren wir durch Portfolio-Verdichtungen und Verschiebungen.

? Sie gelten in der internationalen Prostatakarzinom-Szene als exzellent vernetzt und innovativ. Welche Forschungsprojekte haben Sie schon initialgezündet?

Schlomm: Ich bin kein Freund von hypothesenbasierten Einzelprojekten, sondern verfolge eine umfassende Plattformstrategie. Unsere Forschung hat im Prinzip nur drei Säulen: In der Uroonkologie und Studienambulanz wollen wir so viele Patienten mit komplexen Tumorerkrankungen sehen und in Studien behandeln wie möglich. Von diesen Patienten asservieren wir standardisiert Biomaterialien wie Gewebe und Blut für molekulare Analysen; idealerweise longitudinal in verschiedenen Stadien der Erkrankung. Zusätzlich erheben wir mit einem Onlinetool kontinuierlich die Verlaufsdaten und die Lebensqualität der Patienten. Das ergibt eine longitudinale Biobank mit relevanten Verlaufsdaten – die erste Säule.

Die zweite Säule ist dann unsere Genomanalyseplattform. Hier wollen wir eher kooperieren als selbst etablieren: Wir nutzen etwa unsere internationalen Netzwerke wie The Cancer Genome Atlas und das International Cancer Genome Consortium. Wenn wir ein spezifisches Mausmodell brauchen, gibt es im Netzwerk etwa immer irgendwo auf der Welt eine Gruppe, die das am besten kann. Somit ist die Studienambulanz quasi die Basis für unsere Forschungsplattform und dementsprechend auch personell gut ausgestattet.

Die dritte Säule ist unser neu etabliertes Hauptstadurologie-Netzwerk. Das ist dann die skalierbare Klammer, die unsere Forschung aus der Charité heraus wieder zurück zu den Ärzten und Patienten bringt und eine maximale überregionale Vernetzung erlaubt. Hierdurch können wir die Anzahl der Patienten, auf die wir Zugriff haben, und natürlich die damit einhergehenden Daten exponentiell erhöhen. Der Forschungsschwerpunkt ist hier, aus „Real-

World-Daten“ tatsächliche „Real-World-Evidenz“ zu generieren.

Auf unserer Forschungsplattform können wir dann jegliche Projekte aufsetzen, ohne das Rad jeweils immer neu erfinden zu müssen. Weiterhin steigen die Menge und Tiefe der Daten mit jedem Projekt an. Diese Infrastruktur macht uns auch sehr attraktiv für Kooperationen mit Industrie oder Forschungsverbänden. Zudem ist dieser Ansatz sehr leicht auf andere Tumor-entitäten skalierbar. Ein neuer Schwerpunkt ist die genetische Charakterisierung von Urothelkarzinomen. Das sind genetisch sehr faszinierende Tumoren.

? Wohin gehen die Trends in Diagnostik und Therapie bei dem häufigen Tumor?

Schlomm: Ich bin davon überzeugt, dass wir in den nächsten Jahren maßgeblich von der molekularen Diagnostik – und damit einhergehenden gezielten Therapien – sowie der Vernetzung der Menschen im Internet beeinflusst werden. Die Medizin ist eine der letzten Bastionen, in denen sich die Digitalisierung noch schwertut.

Das ändert sich aber gerade rasant. Wie ein sich explosionsartig entwickelndes „Internet of Things“ wird es ein „Internet of Patients“ geben, was uns die sehr mächtige und bisher komplett ungenutzte Ressource der Schwarmintelligenz zur Verfügung stellen und bislang ungeahnte Möglichkeiten eröffnen wird. Aktuell entwickeln wir hierzu eine Art Onko-Navigationssystem, analog etwa zu Google Maps, das anhand klinischer und genetischer Daten vieler Patienten die ideale Therapieroute berechnet und den behandelnden Ärzten als „augmented decision support“ in Form einer App zur Verfügung stellt.

Ich beobachte hier mit großem Interesse, wer bei diesen beiden hochtechnologischen Entwicklungen – Genomics und Digitalisierung – das Rennen machen wird. Das müssen diesmal nicht unbedingt die Ärzte sein. Ich sehe das Risiko, dass die bisher etablierten Player wie Ärzte und Kliniken von finanzstarken und innovativen Technologiekonzernen verdrängt werden könnten, wie man es in anderen Branchen durch Uber oder Airbnb erlebt. Umso wichtiger ist es, hier gemeinsam neue Wege zu beschreiten.

Aus meiner Sicht heißt die Lösung „open data“. Wir teilen in den Genomkonsortien die Daten schon immer und sind damit sehr

erfolgreich. Spitzenforschung ist heute nur in Netzwerken mit transparentem Data-Sharing möglich. Ich bin überzeugt, dass wir hier aus der Urologie heraus in Deutschland sogar Pionierarbeit leisten können. Die Urologen sind innovativen Entwicklungen gegenüber immer aufgeschlossen und wir haben eine gute Community.

So haben wir mit unserem Hauptstadturologie-Netzwerk bisher nur allerhöchste Unterstützung von den beteiligten Ärzten, der DGU, dem BvDU, den Patientenverbänden und der Politik erhalten. Da hat man das Gefühl, dass alle an einem Strang ziehen. Unterstützend kommt hier natürlich auch hinzu, dass die aktuellen DGU- und BvDU-Vorstände extrem innovativ und weitsichtig sind.

? Das hört sich sehr zukunftsweisend an. War es einfach, diese innovativen Strukturen an der Charité zu etablieren?

Schlomm: Nein. Den Charité-Vorstand hatte ich auf meiner Seite, da das Konzept integraler Bestandteil meiner Berufungsverhand-

lungen war. Beim Aufbau der Infrastruktur habe ich jedoch innerhalb der Klinik einige Managementfehler gemacht.

Ich habe vom ersten Tag an alle Projekte auf einmal installiert, was sich zwar jetzt retrospektiv auszahlt, da fast alle Puzzle-teile fertig sind und wir nun anfangen, sie zusammenzuführen. Allerdings konnte ich da nicht immer alle gleichermaßen mitnehmen. Oft bin ich mir vorgekommen wie Kolumbus, der mit seiner Mannschaft über das offene Meer segelt und jeden Tag aufs Neue verspricht, dass bald das gelobte Land kommen wird. Das macht man sechs Monate, zwölf Monate, 18 Monate, es ist aber kein Land in Sicht. Da kann sich auch schon mal eine Meuterei anbahnen.

Ich habe die Geduld meiner Leute schon oft strapaziert, zumal man nicht immer mit allen gleich intensiv kommunizieren kann. Da gab es auch Kritik. Die habe ich angenommen und neue Kommunikationsstrukturen auf allen Ebenen eingeführt. Jetzt sieht man die ersten kleinen Inseln und alle Einzelprojekte beginnen sich langsam zu verzahnen.

Ich habe mir für den ganzen Prozess drei Jahre gegeben. Zwei sind erst um, ich bin sehr zuversichtlich.

? Die Corona-Krise wird nach Aussagen von Peter Albers zu erheblichen Kollateralschäden bei onkologischen Patienten führen. Wie ist die Situation in Berlin?

Schlomm: Ich habe da sicherlich zu wenig Ahnung, um so weitreichende Aussagen treffen zu können. Wenn ich mit niedergelassenen Kollegen und auch den Onkologen hier spreche, spiegelt das im Groben unsere eigene Einschätzung wider, dass wir eigentlich alle relevanten Fälle unterbekommen, also niemand signifikant länger auf eine wichtige Therapie wie eine Operation, Bestrahlung oder Systemtherapie warten muss und musste.

Meine eigene Einschätzung ist, dass es zeitweise zu Verzögerungen bei der Primärdiagnostik sowie in der Nachsorge und bei Studien gekommen ist. Wenn es hier Effekte geben sollte, wird man diese sicher erst in einiger Zeit messen können und dann wird

fraglich sein, ob man für diese Effekte überhaupt eine Kausalität mit Corona darstellbar machen kann. Viel augenscheinlicher sind derzeit Transplantationen und vermeintliche „Bagatellfälle“ wie geplante Doppel-J-Katheter-Wechsel, die jetzt verschoben werden und dann später als Sepsis in die Notaufnahme kommen.

? Welchen Stellenwert hat die studentische Lehre für Sie? Was sind hier die Formate der Zukunft?

Schlomm: Studenten sind die Ärzte von morgen. Jeder anständige Fußballverein hat seine eigene Jugendförderung. Wir haben eine sehr strukturierte studentische Ausbildung. Das initiale Interesse für unser Fachgebiet zu schaffen ist der entscheidende erste Schritt. Da haben wir in der Urologie den Vorteil, die jungen Leute mit „coolen Sachen“ wie DaVinci, Endoskopie und Sexunfällen „ködern“ können.

Dann liegt es an uns, eine gute individualisierte Ausbildung anzubieten. Wir legen sehr viel Wert auf eine gute Betreuung unserer Famulanten und PJ-ler. Unser Format ist also die Integration motivierter Studierender ins Team und dann Individualausbildung. Mein Ziel ist nicht, alle Studenten unbedingt davon zu überzeugen, dass die Urologie die Speerspitze der Medizin ist. Man kommt in anderen Fachgebieten sicher auch ohne tiefergehende Urologiekenntnisse sehr weit.

? Auf der letzten DGU-Jahrestagung wurde im Hauptforum der drohende Untergang der Medizin durch die zunehmend arbeitsunwillige „Generation Y“ oder „Millennials“ heraufbeschworen. Wie sehen Sie das?

Schlomm: Das ist doch Unsinn! In anderen Branchen wie der IT haben wir das schon länger – die Medizin hängt hier mal wieder hinterher. Ich komme zwar mit den ganzen Bezeichnungen der jeweiligen „Generationen“ nicht mehr hinterher.

Was die jungen Leute heute aber eint, ist, dass sie eine reflektiertere und ganzheitlichere Zukunftsplanung betreiben. Da wird schon öfter nach dem „warum“ und „was habe ich persönlich davon“ gefragt als nach dem „wie“. Ich beschäftige mich mit dem Thema eher instinktiv als wissenschaftlich und habe mir als Herleitung zusammengerimt, dass es aktuell viel mehr offensichtliche potenzielle Zukunftsbedrohungen

gibt als noch vor 20 Jahren. Die heute 50- bis 60-Jährigen konnten doch bisher ohne große Zukunftsängste aus dem Vollen schöpfen. Da konnte man sich eher auf die Optimierung des eigenen Lebensstils – etwa durch die Karriere – konzentrieren. Bedrohungen wie die zunehmenden Klimaveränderungen und globalen Ungleichheiten waren natürlich auch früher schon da, nur wurde nicht so viel darüber gesprochen. Es gab auch nicht die Kanäle, die wir dank des Internets heute haben.

Dazu kommt ein Überangebot an freien Stellen. Das bringt unsere jungen Kollegen in die komfortable Situation, sich die für sie besten Optionen – auch in Hinsicht auf eine gesunde Work-Life-Balance – herausuchen zu können. Jetzt kann man das doof finden und öffentlich mahnen, dass die alle nur faul sind und keine Ziele mehr haben. Aus meiner Sicht sind das aber überwiegend eher Verdrängungsmechanismen.

Ich finde diese Entwicklung bringt sehr viele Chancen mit sich, um nun endlich auch mal längst überfällige Reformen zu forcieren. Deutschland hat in Europa immernoch eines der familienunfreundlichsten Systeme – und die Medizin sticht hier besonders negativ heraus: Ärztinnen haben nach wie vor kaum eine Chance, sich beruflich zu verwirklichen und parallel eine Familie zu gründen. Wenn auch noch beide Partner Ärzte sind, wird es ganz schwer. Anstatt über die neuen Generationen zu schimpfen, sollten wir gemeinsam Strukturen erarbeiten, um ein gesünderes Verhältnis zwischen Beruf, Familie und Freizeit zu schaffen.

? Wie handhaben Sie das in Ihrer Klinik?

Schlomm: Wir versuche das mit konkreten Programmen umzusetzen. Zum Beispiel haben wir eine „Reduktionsstelle“ geschaffen, die es den Assistenten erlaubt, ohne nennenswerten Verdienstausfall jeweils einen Monat frei zu nehmen: Dafür müssen jeweils zwölf Kollegen ihre Stelle um einen Monat reduzieren – dafür stellen wir dann einen neuen Kollegen ein, um die Freimonate zu kompensieren.

Manche möchten sogar zwei Monate frei nehmen, um sich privat weiterzuentwickeln, etwa durch Reisen oder Sprachkurse. Das ist super simpel, aber höchst effektiv. Gleiches gilt für Elternzeit – gleichermaßen bei Müttern wie Vätern. Das kann man doch

frühzeitig organisieren und das sind doch alles keine Karriereverweigerer!

In unserer Abteilung nehmen, glaube ich, alle Väter Elternzeit und ich bestärke sie auch darin. Da können wir mal wieder von unseren Nachbarn lernen. Ein Freund von mir arbeitet beispielsweise in einer sehr hohen Position bei Spotify und hat bei zwei Kindern insgesamt über neun Monate Elternzeit genommen – bei vollem Lohn wohlgeerntet! Ich glaube fest daran, dass man auch in maximal 48 Stunden Arbeitszeit in der Woche gute Medizin machen kann. Dafür sind dann auch die Ärzte gesünder als die Patienten und nicht andersherum. Der traurige Status quo wurde ja grade im Ärzteblatt im Artikel „Arbeitsbelastung im Krankenhaus: Gemeinsam gegen die Ökonomie“ zusammengefasst.

? Zu guter Letzt: Möchten Sie nun nach zwei Jahren Abstand ein Fazit über die Martini-Klinik abgeben?

Schlomm: Aber gerne! Es ist amüsant, dass ich jetzt immer – teilweise konspirativ – zur Martini-Klinik befragt werde. Ich bin da ja nicht weggegangen, weil ich den Laden blöd finde, sondern im Gegenteil, um zu versuchen, dieses Konstrukt mit den Erfahrungen, die ich dort machen durfte, auf weitere Krankheitsbilder und Regionen auszuweiten.

Mein Fazit ist, dass die Martini-Klinik ein perfektes Model ist, um im deutschen Gesundheitssystem Innovationen auf höchstem Niveau umzusetzen. Da waren Hartwig Huland und Markus Graefen sehr visionär. Der eigentliche Verdienst aber ist, das erfolgreich in einem finanziell auf Kante genähten Gesundheitssystem umgesetzt zu haben. Ich habe ja jetzt auch gelernt, wie die Controller mit CMP, DBII, IneK und so weiter versuchen, eine Klinik zu steuern. Da fragt keiner nach Qualität. Die muss man sich erkämpfen und ständig die Kosten dafür rechtfertigen. Die Martini-Klinik hat das nachhaltig geschafft.

Die Kritik, das sei ja auch eine Privatklinik, ist Unsinn. Die Martini-Klinik ist hundertprozentige Tochter des UKE und es werden dort sehr viele gesetzlich versicherte Patienten behandelt. Der Überschuss, der dort erwirtschaftet wird, kommt vor allem der Forschung und Verbesserung der Versorgung zu Gute.

Das Interview führte Prof. Elmar W. Gerharz.