



Vordenker 2018

Der Neuausrichter

Prof. Dr. Jens Scholz ist Vordenker 2018. Das einst marode Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) schreibt unter seiner Führung endlich operative schwarze Zahlen; in Kiel und Lübeck treibt er eines der größten Klinikbauvorhaben Deutschlands voran; zudem hat er seinem Unternehmen einen digitalen Kulturwandel verordnet.

Herr Professor Scholz, wie gelingt das Kunstwerk, so viel auf einmal auf den Kopf zu stellen?

Ob das Kunstwerk wirklich gelingt, werden wir erst sehen, wenn alles fertig ist. Aber wir sind optimistisch, dass wir erfolgreich sein werden – und auch die Fortschritte bei den Neubauten geben uns recht. Wir haben im vergangenen Jahr Richtfest an beiden Standorten gefeiert, und wir werden im kommenden Jahr die ersten Übergabeeinheiten in Lübeck und Kiel wie geplant beziehen.

21 Kliniken in Kiel und 20 in Lübeck werden zentralisiert, 255.301 Quadratmeter Nutzfläche bebaut und 520 Millionen Euro investiert. Wie haben Sie das Uniklinikum der Zukunft geplant?

Ein Krankenhausbau läuft ja normalerweise so: Man denkt sich etwas am grünen Tisch aus und beauftragt dann jemanden, eine bestimmte Anzahl OPs, Ambulanzräume und so weiter zu bauen. Das haben wir anders gemacht und zuerst ein medizinisches Strukturkonzept für die nächsten 25 Jahre ausgearbeitet, also das Leistungsgeschehen definiert, das wir abbilden wollen. Dann haben wir die Baukonsortien gefragt, wie ihrer Meinung nach ein Bau aussehen muss, der das abbildet. Alle Annahmen, die wir eingespeist haben, wurden in diesem Prozess überprüft. Lassen Sie es mich mit dem Beispiel Fehmarnbelt-Überquerung verdeutlichen: Man will von A nach B. Ob man nun einen Tunnel oder eine Brücke baut, ist zunächst offen und wird im wettbewerblichen Dialog erörtert.

Nicht nur Planung und Bau, sondern auch der Betrieb wurde bis zum Jahr 2044 ausgeschrieben. Welche Vorteile versprechen Sie sich von dieser Langzeitplanung?

Wir haben nicht mehrere Ansprechpartner, sondern nur einen Verantwortlichen – und derjenige schuldet uns nun eine bestimmte Qualität. Alles muss funktionieren. Wenn in einem Krankenhaus ein Fenster kaputtgeht, bleibt es meistens geschlossen. Bei uns wird das sofort repariert. Damit ist klar: Die Gebäude am UKSH werden nie wieder verfallen. Durch die europaweite Ausschreibung haben wir zudem die gesamte Bandbreite an Ideen und Angeboten, wie ein modernes Krankenhaus aussieht und wie es sich entwickelt, überprüfen lassen. Unser Kriterium war, dass sich der Bau am Ende selber trägt. Das ist nicht

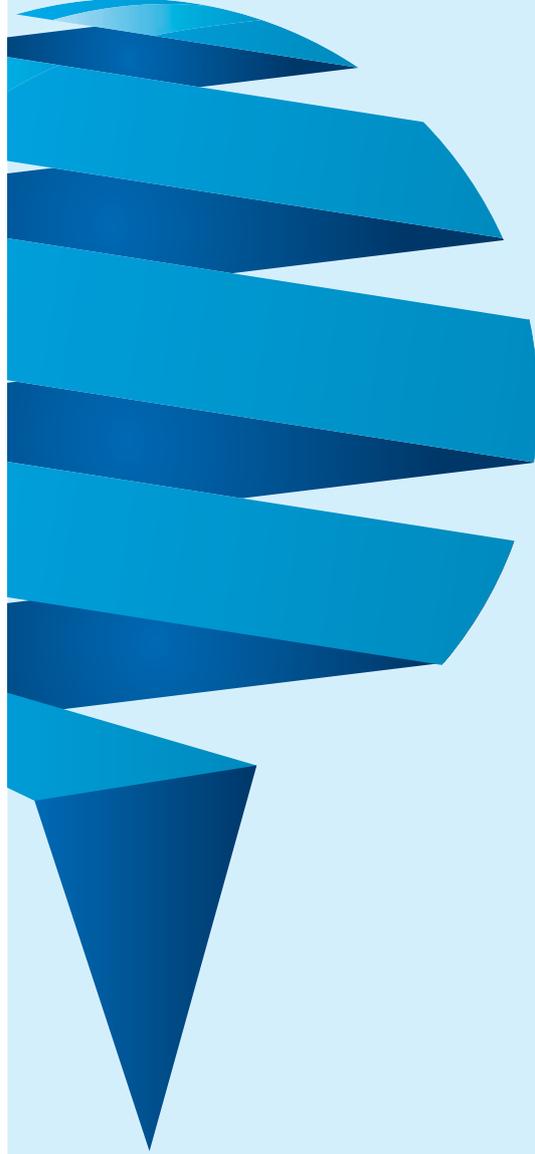
selbstverständlich. Denn es bedeutet, alle Folgekosten wie Reparatur und Reinigung, Energie und Personalbedarf mit zu berechnen.

Wie haben Sie Ihre Mitarbeiter in diesen Prozess eingebunden?

Als wir unsere Beschäftigten eingeladen haben, sich zu beteiligen, war der Wille zunächst gering. Das lag auch daran, dass in der Geschichte des UKSH schon oft etwas versprochen, aber nicht eingelöst wurde. Es gab hier schon einmal einen Masterplan, ebenso einen Beschluss der Landesregierung, das zu bezahlen. Aber die sind wieder gekippt worden. Der Glaube, dass wirklich gebaut werden würde, war nicht vorhanden. Als die Beschäftigten merkten, dass wir ausschreiben und in den Diskussionsprozess mit den Konsortien gehen, hat sich die Stimmung gedreht. Wir haben in über 600 Terminen kontinuierlich und gemeinsam mit allen Einheiten diskutiert und sind dabei nach dem Motto verfahren „wer jetzt nichts sagt, soll für immer schweigen“. So wuchs die Erkenntnis: Wer jetzt nicht liefert, wie viele Operationen er hat und wie sich sein Fach entwickeln wird, bekommt vielleicht eine zu kleine Einheit. Diese Zahlen haben wir natürlich überprüft: Braucht man beispielsweise für 20.000 Behandlungen im Jahr wirklich zehn oder 20 Untersuchungsräume, oder reichen vielleicht auch fünf? Wir haben versucht, Sachlichkeit in die Diskussion zu bekommen und darüber zu reden, wie in Zukunft Abläufe aussehen können. Die verschiedenen Lösungsvorschläge sind den Mitarbeitern präsentiert worden; manche haben wir weiterverfolgt und andere verworfen. So wurde es immer konkreter. Und irgendwann gab es den Glauben: Jetzt passiert es wirklich! Und spätestens, als die Bagger kamen, war klar: Wir bauen neu!

Was kennzeichnet Ihr Change-Management?

Früher haben wir bei einem Neubau nur auf dem Papier geplant, wie wir darin arbeiten wollen. Dann haben alle gesagt: „Machen wir“. Und wenn man eingezogen war, lief doch alles so wie vorher. Die Erkenntnis daraus ist, dass die Mitarbeiter Unterstützung brauchen, wenn sie in neuen Strukturen arbeiten sollen. Man muss die neuen Arbeitsweisen üben und auch überprüfen, ob die neuen Prozesse



Begründung der Jury

Prof. Dr. Jens Scholz personifiziert wie kein anderer die Neuausrichtung des deutschen Gesundheitswesens in Zeiten der Digitalisierung. Frühzeitig hat er das Potenzial, das der Modernisierung der Universitätsmedizin innewohnt, erkannt und für das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein zu nutzen verstanden. In mustergültiger Weise verknüpft der Laureat Innovationsgeist mit betriebswirtschaftlicher Ratio und ethischer Verantwortung. Damit leistet Prof. Dr. Jens Scholz einen preiswürdigen Beitrag zur Gestaltung einer modernen, bezahlbaren und menschlichen Patientenversorgung.

Die Kriterien im Einzelnen:

Innovationsgeist

Prof. Scholz hat die Neuausrichtung der medizinischen Schwerpunkte betrieben und entsprechende Zentren sowohl in Kiel als auch in Lübeck – teilweise standortübergreifend – realisiert. Mithilfe eines ehrgeizigen baulichen Masterplans löst Prof. Scholz den erheblichen Sanierungs- und Investitionsstau an beiden Standorten auf. Zugleich forciert Prof. Scholz konsequent die Digitalisierung der Medizin. Er fördert Projekte aus dem Bereich Big Data und Robotik, unterstützt die therapeutisch Tätigen durch digitalen Workflow und fördert die Transparenz gegenüber den Patienten mittels digitaler Angebote.

Betriebswirtschaftliche Vernunft

Prof. Scholz hat in einer Situation Vorstandsverantwortung übernommen, als das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein praktisch ein Sanierungsfall war. Die Zusammenführung der Campusse Kiel und Lübeck galt als allenfalls rudimentär abgeschlossen, und Friktionen zwischen den beiden Standorten waren deutlich sichtbar. In dieser Phase gab Prof. Scholz gegenüber der Politik die Zusage, das Defizit abzubauen. Im Gegenzug verpflichtete sich die Politik, das Klinikum zu entschulden und erhebliche Investitionen zu finanzieren. Heute sind an beiden Standorten, Kiel und Lübeck, Neubauten realisiert, die vor der endgültigen Fertigstellung und Inbetriebnahme stehen. Nach Abschluss dieser Investitionsanstrengungen wird das UKSH im Wesentlichen neu gebaut und die Bilanz saniert sein. Die über Jahre negativ beurteilte Zusammenführung der Standorte Kiel und Lübeck zu einem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein ist inzwischen in eine äußerst fruchtbare Entwicklung übergegangen. Die Standorte empfinden sich als Teil eines Ganzen und arbeiten kooperativ zusammen. Dies gilt auch für die Verknüpfung der beiden Fakultäten.

Soziale Verantwortung

Medizin muss den Patienten dienen und die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter respektieren. Prof. Scholz fördert den Change-Prozess unter den Mitarbeitern. Dazu hat er, einmalig in Deutschland, eine entsprechende „Change-Management“-Organisation im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein geschaffen. Er selbst engagiert sich bei der Vermittlung des Themas Digitalisierung bundesweit. Die Mitarbeiter werden durch entsprechende Wissensportale in ihrer Kompetenz unterstützt. Prof. Scholz hat weit vor anderen Ärzten das Thema Patient ganz ins Zentrum seiner Aktivitäten gestellt. Er hat früh erkannt, dass sich die Position der Patienten verändert und die Ärzteschaft sich darauf einstellen muss. Patienten werden zu Konsumenten, deren Präferenzen bei der Gestaltung der Gesundheitsangebote eine zunehmend gewichtige Rolle spielen. Prof. Scholz fördert Kulturprojekte, die deutlich machen, dass Patienten mehr als nur Reparatur an ihrem Körper im Krankenhaus erwarten dürfen. Sie sollen ganzheitlich angesprochen werden und damit ihre eigenen Stärkungskräfte mobilisieren, um als Co-Therapeuten für sich selbst wirksam werden zu können.

Ordentliche Mitglieder der Jury

Dr. Markus Horneber,
Vorstandsvorsitzender, Agaplesion,
Vordenker 2017

Prof. Dr. Jörg F. Debatin,
Vice President & Chief Technology
Officer, GE Healthcare

Prof. Dr. Norbert Roeder,
Ärztlicher Direktor und
Vorstandsvorsitzender,
Universitätsklinikum Münster

Prof. Dr. Herbert Rebscher,
ehem. Vorstandsvorsitzender,
DAK-Gesundheit

Prof. Dr. Alexander Schachtrupp,
Geschäftsführer, B. Braun-Stiftung

Stefan Deges, Geschäftsführer,
Bibliomed Medizinische
Verlagsgesellschaft mbH

Prof. Heinz Lohmann,
Vorstandsvorsitzender, Initiative
Gesundheitswirtschaft e.V.

wirklich gelebt werden. Die Mitarbeiter müssen von den Vorteilen des Neuen überzeugt sein. Das UKSH wird beispielsweise ein Unit-Dose-System einführen. Damit schaffen wir die großen Medikamentenschränke auf den Stationen ab. Dort wird es nur noch wenige und kleine Schränke für Notfallmedikamente geben. Das ändert alles. Es entlastet die Pflegekräfte, denn die Medikamente werden in der Apotheke vorbereitet. Und wir werden die Patientensicherheit erhöhen – auch weil die Software auf Arzneimittelnebenwirkungen prüft. Ein weiteres Beispiel ist die neue interdisziplinäre Notaufnahme. Plötzlich gibt es dann nur eine Tür, und die führt zu gemeinsamen Behandlungsräumen und gemeinsamen Behandlungsteams.

Aber Sie erreichen sicher nicht jeden. Auf wie viel Prozent der Mitarbeiter können Sie verzichten?

Unser Anspruch ist es, alle mitzunehmen. Auch wenn dies nicht in jedem Fall gelingen kann: Ich bin überzeugt, dass es einen Sogeffekt geben wird, weil wir ein modernes Krankenhaus bauen mit modernen Abläufen und auch mit einem schönen Ambiente. Wir werden eine höhere Patienten- und eine höhere Mitarbeiterzufriedenheit erreichen, sodass die Leute sagen werden: Wir sind stolz, im UKSH zu arbeiten. Wir werden dann auch mehr Mitarbeiter gewinnen.

Inwiefern hat das Bauprojekt das Zusammenwachsen der beiden Standorte in Lübeck und Kiel befördert?

Es ging immer um einen gemeinsamen Lösungsvorschlag. Das war schon spannend: Wir hatten mehrere Vorschläge der Konsortien und immer zwei Vorschläge aus den Kliniken in Lübeck und Kiel, und wir mussten uns immer für einen Weg entscheiden. Dadurch haben wir nun Gemeinsamkeit in den Abläufen sichergestellt.

Ist aus dem Gegeneinander der ersten Jahre inzwischen ein Miteinander geworden?

Keine Frage, die Geschichte des UKSH ist bewegt. Aber die früheren Kämpfe sind vorbei. Natürlich gab es nach der Fusion der beiden Kliniken 2003 die Befürchtung, dass ein Standort weniger benötigt werden könnte als der andere. Wir haben immer entgegnet, dass die Entfernung von 80 Kilometern ein Vorteil ist, denn maximal fünf Prozent unserer Patienten entscheiden, ob sie in Kiel oder Lübeck behandelt werden wollen. Deshalb muss es auch immer an beiden Standorten eine Chirurgie, eine Innere oder eine HNO geben. Zentralisieren konnten wir die Verwaltung und das Labor, mit dem wir inzwischen 25 weitere Krankenhäuser versorgen. Dadurch sinken auch unsere Preise.

Sie wollen das UKSH zum Vorreiter in Sachen Digitalisierung machen. Wie nahe sind Sie diesem Ziel inzwischen gekommen?

In den Sekundär- und Tertiärbereichen sind wir sehr weit: von der automatischen Laboranforderung bis zum Archiv und der Abrechnung. Bis Ende 2019 werden wir eine

komplette elektronische Patientenakte haben. Das ist sehr wichtig – denn noch haben wir eine Hybridakte. Einige Bereiche laufen schon auf Elektronik, aber die Patientenkurve ist noch nicht so weit. Solche Übergangsphasen führen natürlich nicht immer zu großer Freude, aber man kann nicht alles sofort umstellen. Dazu kommen Robotik, Telemedizin und andere Projekte. Für die Patienten haben wir eine Inhouse-App entwickelt, mit der sie beispielsweise informiert werden, wenn sich ein Termin ändert. Wir wollen perspektivisch, dass sich die Patienten bereits zu Hause vorbereiten und anmelden können – wie beim Flugzeug und in der Bahn. Hier können wir definitiv schneller werden.

Wie schnell gelingt es den Beschäftigten, von analog auf digital umzuschalten?

Bei 13.500 Mitarbeitern gibt es natürlich die ganze Bandbreite: von Enthusiasten bis zu großen Skeptikern. Grundsätzlich hinken wir im Krankenhaus immer dem Consumer-Markt hinterher. Das liegt auch an den Rahmenbedingungen. Ein iPhone verkauft sich in riesiger Auflage. Krankenhaus-IT hingegen verkauft sich nur in Deutschland, allein schon deshalb, weil die Abrechnungssysteme in Österreich und der Schweiz andere sind. In diesem begrenzten heimischen Markt ist wenig Dynamik. Die Krankenhaus-IT wartet immer – so, wie man früher darauf gewartet hat, dass das ABS nicht nur in Luxusautos, sondern in allen Pkw verbaut wird. Ein weiteres Problem: Die sehr hohen Datenschutzerfordernungen und Regularien im Gesundheitssystem führen dazu, dass IT nicht besonders smart ist.

Was unternimmt Ihre IT, um das zu ändern?

Wir haben unsere IT zentralisiert, gemeinsam mit einem privaten Partner aufgesetzt und ein neues Rechenzentrum gebaut. Ehrlicherweise muss man sagen: Eine IT-Abteilung in einem Krankenhaus ist dafür da, dass es läuft. Sie ist nicht dafür da, innovativ und disruptiv zu sein. Deshalb braucht man neben der IT-Abteilung Menschen, die sich für das Thema interessieren, die Spaß am Ausprobieren haben. Das war ein Grund dafür, dass wir im vergangenen Jahr in Kiel den europaweit größten Healthcare-Hackathon mit ausgerichtet haben. „Einfach mal machen“, war das Motto von über 200 Entwicklern und IT-Enthusiasten. Wir

i Vordenker Award

Die Initiative Gesundheitswirtschaft e.V., die B. Braun-Stiftung und der Bibliomed-Verlag verleihen jährlich den Vordenker Award der Gesundheitswirtschaft. Strategischer Weitblick, unkonventionelles Denken, Veränderungswille, diplomatisches Geschick – der Vordenker Award ehrt unterschiedlichste Tugenden des modernen Medizin-Managers. Ausgezeichnet werden Persönlichkeiten aus allen Bereichen der Gesundheitswirtschaft, die mit innovativen Ideen und Projekten ein Vorbild für die Verbesserung von Qualität und Produktivität der Versorgung sind.

Mehr Informationen: vordenker.bibliomed.de



Prof. Dr. Jens Scholz

- Geboren 1959 in Osnabrück
- Seit April 2009: Vorstandsvorsitzender Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
- Seit 2015: Mitglied des Vorstands des Verbands der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)
- 2006–2009: Prodekan der medizinischen Fakultät der Christian Albrechts Universität zu Kiel
- 2005–2009: Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer
- Seit 2000: Universitätsprofessor (C4) für Anästhesiologie und Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin im UKSH, Campus Kiel
- Seit 2006: Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina
- 1997–2000: Leitender Notarzt der Hansestadt Hamburg
- 1996: Universitätsprofessor (C3) für Anästhesiologie im UKE, Hamburg
- September 1992: Habilitation & Fresenius Preis der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)

haben auch einen Innovation-Hub mit IBM gestartet. Bei alledem: Innovationstreiber dürfen auch scheitern! Wir testen zuerst im Kleinen, ob es etwas verbessert. Falls ja, kann es unsere IT-Abteilung ausrollen.

Welche Hackathon-Ideen werden wir bald im UKSH sehen?

Wir bauen Avatare, die den Self-Check-in der Patienten unterstützen, und arbeiten am tastaturlosen Krankenhaus. Es soll in naher Zukunft möglich sein, dass Ärzte bei der Visite in ein intelligentes Sprachkennungssystem diktieren, damit sie von überflüssigen Tipp-Arbeiten entlastet sind und wieder mehr Zeit für den Patienten haben.

Ist Digitalisierung am UKSH Chefsache?

Absolut. Aber die Ideen kommen natürlich von Klinikdirektoren und Mitarbeitern. Aber die Frage, ob wir ein OP-Zentrum mit Roboterchirurgie schaffen wollen, ist natürlich eine Entscheidung des Vorstands.

Wie füllt das UKSH den Anspruch mit Leben, dass der Patient im Mittelpunkt stehen soll?

Wir sind dafür da, den Menschen zu helfen. Und hier kann ein Universitätsklinikum mit interdisziplinärer Zusammenarbeit mehr bieten als andere Krankenhäuser, etwa mit Tumorkonferenzen. Ein Problem ist dabei allerdings, dass so etwas im DRG-System nicht bezahlt wird. Wenn man möchte, dass sich Medizin weiterentwickelt, dann muss es sich auch rechnen. Mit genetischen Analysen, elektronischen Krankenakten und künstlicher Intelligenz können wir viel bessere Antworten geben als früher. Deshalb sind ja inzwischen auch so viele neue Player im Gesundheitsmarkt: weil sie in der Lage sind, große

Datenmengen zu verknüpfen und ihre Rechenkapazitäten nutzen, um neue Antworten zu liefern. Und das ist ja genau das, was der Patient möchte.

Stößt das DRG-System Ihrer Einschätzung nach an seine Grenzen?

Ich glaube, dass die Einführung des DRG-Systems richtig war. Ungewöhnlich ist, dass man es bis heute nicht unabhängig überprüft hat. Man nimmt an, dass alles richtig ist. Und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) sagt, es sei alles mathematisch und alternativlos. Das kenne ich sonst aus keinem Bereich. Selbst der Papst wird mehr kritisiert als das InEK. Es gibt allerdings offensichtliche Limitierungen, etwa die Extremkostenfälle.

Ist es richtig, die Pflege aus dem DRG-System zu ziehen, wie es die Große Koalition plant?

Da bin ich mir nicht sicher, denn mittlerweile gibt es „Die Pflege“ nicht mehr. Vieles hat sich ausdifferenziert – nehmen wir nur die OTAs oder CTAs. Zudem gibt es in vielen Bereichen einen Personalmix, etwa aus Servicekräften und Pflegekräften. In manchen Häusern sind fast keine Pflegekräfte mehr in den Ambulanzen, sondern Arzthelferinnen. Aber eben nicht überall, das macht jedes Krankenhaus anders. Wenn man alles über einen Kamm schert, wird man den Anforderungen vor Ort nicht gerecht. Die Tarifsteigerungen mitzufinanzieren, ist sicher eine berechtigte Forderung.

Drückt sich die Politik um das eigentliche Problem: die mangelhafte Investitionsfinanzierung?

Ja, und wenn Sie mich fragen, ob ich für die Monistik bin: Ja, hundertprozentig. Das sage ich auch als jemand, der aus einem armen Land wie Schleswig-Holstein kommt. Es gibt ein extremes Ungleichgewicht zwischen den Bundesländern. In Hamburg zahlt alles der Senat. In Bayern dürfen Uniklinika keine Kredite aufnehmen. Mit der Monistik hätte man aber andere Player in der Krankenhausplanung, und das wollen einige nicht.

Sie haben dem Land für 2017 eine operative schwarze Null versprochen. Halten Sie dieses Versprechen?

Ja, und zwar schneller als gedacht. Die operative schwarze Null haben wir 2017 sowohl im UKSH-Einzelabschluss wie auch im Gesamtkonzern geschafft. Operativ, wohlgemerkt. Da wir unsere Baumaßnahmen selber bezahlen müssen, müssen wir auch alle Kredite finanzieren – und alles abschreiben. Wir sind hier gewissermaßen zweifach geschädigt.

Abschließende Frage: Sind Sie in diesem großen Change-Prozess schon einmal an Ihre Grenzen gestoßen?

Wir sprechen ja immer von Herausforderungen, die es zu lösen gilt. Und dass man immer mit dem ersten Versuch eine Lösung findet – das wäre in der Tat überraschend.

Das Interview führte Florian Albert.

Reisen Sie mit dem Vordenker Prof. Dr. Jens Scholz nach Indien

27. Oktober bis 4. November 2018

Die Reise führt nach
Neu-Delhi und Bangalore



Weitere Informationen unter
vordenker.bibliomed.de