

Christoph Schmitz/Susanne Quante

Auswirkungen der Zentrenstruktur auf die strategische Entwicklung des UKE

Nachfolgend beschreiben die Autoren die Erfahrungen mit der vor 3 Jahren begonnenen Zentrenbildung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Neben der Entlastung der Klinikdirektoren von administrativen Tätigkeiten und Controllingaufgaben konnten unter anderem enorme Fortschritte auf dem Weg zu transparenten Kosten- und Erlösstrukturen gemacht werden. Im medizinischen Bereich des UKE kam es zu einer klareren Schwerpunktbildung sowie zu einer Bündelung interdisziplinär-ärztlicher Kompetenz, in Forschung und Lehre zu einer leistungsgerechteren Ressourcenallokation. Weiterhin festzustellen waren eine Steigerung der Prozessqualität, die Mobilisierung von Leistungsreserven durch Benchmarking und Optimierungen der zentralen Dienste mit Hilfe von externen Partnern. Die dezentrale Zentrenstruktur hat die Unternehmenskultur des UKE nachhaltig verändert und die Basis für eine permanente strategische Weiterentwicklung geschaffen.

Nach einer Krankenhausstudie der Unternehmensberatung Booz Allen Hamilton¹⁾ wird sich der wirtschaftliche Druck auf die Krankenhäuser in den nächsten Jahren drastisch verschärfen. Infolgedessen wird rund jede 4. Klinik in den kommenden 15 Jahren in ihrem Bestand gefährdet sein. Diese Entwicklung wird nicht spurlos an den deutschen Universitätskliniken vorübergehen. Die Privatisierung der Krankenversorgung an den Universitäten Marburg und Gießen ist ein erstes Zeugnis dieses Veränderungsprozesses. Die Universitätskliniken müssen ihre Marktposition im nationalen und internationalen Wettbewerb auf den Feldern Krankenversorgung sowie Forschung und der Lehre verbessern und weiterentwickeln. Der zunehmende Wettbewerbsdruck, verbunden mit sinkenden öffentlichen Mitteln, erfordert Strukturveränderungen innerhalb der universitätsmedizinischen Einrichtungen in Deutschland. Ein wichtiges Instrument stellt dabei die Bildung von dezentralen Unternehmensbereichen in Form von Zentren dar. Das UKE hat sich hierfür bereits frühzeitig entschieden und kann inzwischen eine erfolgreiche Zwischenbilanz ziehen.

Aufgaben der Zentrenbildung

Die Bildung von dezentralen Unternehmensbereichen in Form von Zentren an Universitätskliniken stößt auf immer größeres Interesse. Sowohl der Verband der Universitätsklinika in Deutschland (VUD) als auch der Wissenschaftsrat befürworten eine solche Restrukturierung unter Hinweis auf folgende Vorteile:

- Steigerung der Versorgungsqualität,
- patientenorientierte Prozessoptimierung,

- Kostenersparnis durch Synergien, zum Beispiel in Form von Ressourcenpooling und verstärkter Interdisziplinarität,
- Optimierung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung,
- Budgetverantwortung,
- Benchmarking.

Wichtig ist, dass die Rezentrierung der Universitätskliniken in Zentren und Departements anhand von krankheits- oder ressourcenorientierten Kriterien erfolgt. Bei der Ausrichtung der dezentralen Einheiten sollten die wissenschaftlichen Schwerpunkte und die Bündelung der Expertisen in diesen Bereichen besondere Beachtung finden.

Vor dem Hintergrund der erwähnten Studie, die den deutschen Kliniken spezielle Schwächen bei der strategischen Positionierung und Planung der medizinischen Schwerpunkte sowie bei der Prozessoptimierung und der Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Leistungsträgern bescheinigt, kommt der Zentrenbildung große Bedeutung zu. Im Rahmen ihrer strategischen Ausrichtung sollten sich, so der VUD, die Universitätskliniken Deutschlands verstärkt auf die komplexe medizinische Versorgung sowie auf Forschung und Lehre als Alleinstellungsmerkmale der akademischen Zentren konzentrieren.

Entwicklung der Zentrenbildung am UKE

Das UKE hat sich schon sehr früh auf die Notwendigkeit einer dezentralen Organisations- und Führungsstruktur eingestellt. Unter anderem bedingt durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wurden 1993 in einem Sollkonzept die Grundzüge einer Konzernstruktur entwickelt, angelehnt an eine Holding mit dezentralen Leistungsbereichen. In einem von 1999 bis 2001 durchgeführten Modellprojekt im Bereich Psychiatrie wurden erste Erfahrungen gesammelt, die in das Strukturgesetz des UKE sowie in dessen Satzung (2001/2002) einfließen. Nach § 6 und § 7 der UKE-Satzung wurden sowohl die Grundstruktur als auch die Aufgaben der Organe und Gremien der Zentren sowie der zentralen Bereiche des UKE definiert. 2003 erfolgten die Umsetzung der Zentrenbildung und die Verabschiedung der Satzungen der einzelnen Zentren. Mit der personellen Besetzung der Zentrumsleitungen bis Ende 2003 war die neue Organisations- und Leitungsstruktur endgültig implementiert. Nach nunmehr knapp 3 Jahren Erfahrung und dem Ende der ersten Wahlperiode der ärztlichen Zentrumsleitungen lassen sich erste Schlüsse hinsichtlich der strategischen Unternehmensentwicklung auf der Grundlage der neuen Zentrenstruktur des UKE ziehen.

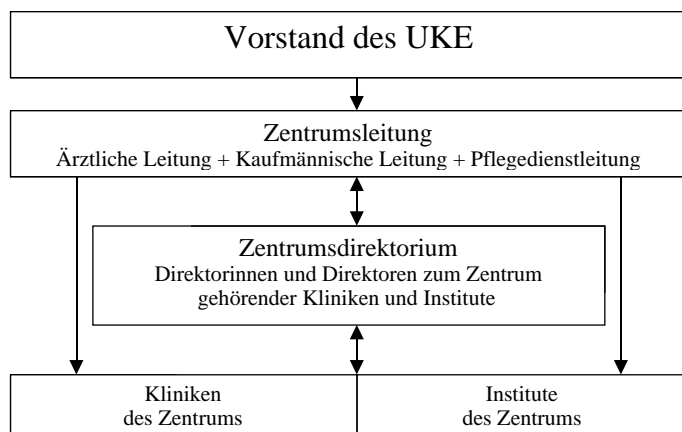
Ausgestaltung der Zentren am UKE

Die Organisation der Zentren des UKE weist in ihrer Grundstruktur die beiden Gremien Zentrumsleitung und Zentrumsdirektorium auf. Die Mitglieder der Zentrumsleitung sind die ärztlich-wissenschaftliche Leitung und deren Stellvertretung, die kaufmännische Leitung sowie in den bettenführenden Zentren die Pflegedienstleitung. Die Aufgaben der Zentrumsleitung bestehen in der Führung des Zentrums nach innen und außen, wobei die Zusammenarbeit mit dem Vorstand und die Unterstützung des Fachbereichs in Angelegenheiten der Forschung und Lehre von besonderer Bedeutung sind. Die ärztliche Zentrumsleitung ist vor allem für die Überwachung der Leistungs- und Qualitätsziele des Zentrums sowie für die Optimierung des Ressourceneinsatzes in der Medizin zuständig. Der Aufgabenbereich der kaufmännischen Zentrumsleitung umfasst unter anderem die Leistungs-, die Kosten- und die Budgetplanung sowie deren Überwachung und Steuerung für die zum Zentrum gehörenden Kliniken und Institute. Der Pflegedienstleitung des Zentrums obliegen unter anderem die mit dem Personaleinsatz und der Budgetverantwortung für den Pflege- und Funktionsdienst verbundenen Aufgaben sowie die Qualitätssicherung in diesen Bereichen.

Neben der Zentrumsleitung besteht ein Zentrumsdirektorium, das die Zentrumsleitung in wichtigen Angelegenheiten berät. In Fragen der Zentrumsstruktur und bei der Budgetallokation hat die Zentrumsleitung die Zustimmung des Direktoriums einzuholen. Mitglieder des Zentrumsdirektoriums sind die Direktoren der einzelnen Kliniken und Institute des Zentrums. Abbildung 1 zeigt die Grundstruktur der Zentren des UKE.

Die Zentren des UKE wirken als Teile des UKE im Interesse von Lehre, Forschung und Krankenversorgung auf den Erfolg des gesamten Universitätsklinikums hin. Sie besitzen für ihre Bereiche volle Ergebnisverantwortung und arbeiten mit allen anderen Zentren und Tochtergesellschaften des UKE kooperativ, konsiliarisch und in ständigem kommunikativen Austausch zusammen. Die Aufsicht über die Zentren wird vom Vorstand ausgeübt, der zum Beispiel bei Interessenkonflikten zwischen verschiedenen Zentren Einzelanweisungen geben kann.

Abbildung 1: Organigramm eines Zentrums am UKE



Der Zuschnitt der Zentren des UKE erfolgte anhand verschiedener Kriterien. So war beispielsweise für das Herz- und für das Neurozentrum das Krankheitsbild prägend. Für das Transplantationszentrum bildete der Forschungsschwerpunkt das verbindende Element. Für den Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sprach das gemeinsame Lehr-Curriculum. Für die großen klinischen Bereiche der Chirurgie und der Inneren Medizin sprachen die verwandten ärztlichen Methoden. Die Zentrumszuschnitte wurden aber nicht nur unter den Gesichtspunkten von Krankheitsbildern oder Ressourcensynergien vorgenommen, sondern es kamen hierbei auch „weiche Kriterien“ wie historisch gewachsene Strukturen, ähnliche Prozesse, administrative Synergien oder besondere Beziehungen zwischen Klinikdirektoren zur Anwendung. Entscheidend für den Erfolg der Zentrenstruktur ist, dass die Zuschnitte flexibel und bei Bedarf anpassbar sind. Medizinisch-technische Entwicklungen, ebenso strukturelle oder personelle Veränderungen im Unternehmen, bedingen eine strukturelle Anpassung. Das UKE hat deshalb im Laufe der letzten 3 Jahre mehrfach die Struktur angepasst, indem zum Beispiel Zentren fusionierten oder neue Einheiten gegründet wurden. Derzeit gibt es im UKE 14 Zentren.

Auswirkungen der Zentrenstruktur auf die strategische Entwicklung des UKE

Durch die dezentralen Managementstrukturen der Zentren konnten die Klinikdirektoren von administrativen Tätigkeiten und Controllingaufgaben entlastet werden. Gleichzeitig stiegen die Beeinflussbarkeit und die Transparenz der Budget- und Leistungszahlen in den Zentren und damit im gesamten UKE. Die verstärkte Professionalisierung sowie die Präsenz der kaufmännischen Leitungen erlauben es den ärztlichen Führungskräften, sich intensiver auf ihre ärztlich-pflegerischen Kernaufgaben zu konzentrieren.

Die dezentrale Organisationsform – verbunden mit einer erhöhten Entscheidungsautonomie – hat die Anforderungen an die zentralen Dienste des UKE sprunghaft wachsen lassen. Zum einen waren diese Dienste nun gezwungen, sich in ihrem Selbstverständnis zunehmend als interne Dienstleister anstatt wie früher als zentrale Mittelverwalter zu verstehen. Zum anderen stiegen auch die Anforderungen an die Informationstechnologie und die eingesetzten Controllingmethoden. Die Anforderungen der Zentren setzten einen dynamischen Prozess in Gang, der das Gesamtunternehmen vor enorme Herausforderungen stellt. Indem die Zentren als interne „Kunden“ die zentralen Dienstleister benchmarken und die notwendigen Daten zur dezentralen Unternehmenssteuerung einfordern, entsteht ein permanenter Prozess der Weiterentwicklung. Durch ihn hat das UKE enorme Fortschritte auf dem Weg zu transparenten Kosten- und Erlösstrukturen gemacht und so die Entscheidungsqualität in Struktur-, Prozess- und Ergebnisfragen deutlich verbessert.

Durch die verbesserte Transparenz der Zahlen sowie die klareren Kommunikationsstrukturen der Zentren entstand mehr Vertrauen zwischen den zentralen Bereichen sowie den Kliniken und Instituten vor Ort. Infolgedessen wurden Stärken, aber auch Schwächen auf beiden Seiten offen

gelegt. Letztere betrafen sowohl Defizite in den Bereichen Forschung, Lehre und Krankenversorgung als auch ineffiziente Strukturen der zentralen Dienste. Dies hat im UKE zu einer transparenteren Schwerpunktbildung im medizinischen Bereich sowie zu einer leistungsgerechteren Ressourcenallokation in Forschung und Lehre geführt. In den zentralen Diensten wurden Optimierungen unter anderem durch die Beteiligung externer Partner, zum Beispiel für die zentralen Bereiche Logistik oder Facility Management erreicht. Hier bestand die Aufgabe, Preise und Qualität der Leistungen auf Marktniveau für die Zentren anbieten zu können.

Im Rahmen der Zentrenbildung stellte sich im UKE auch die Frage, welche Aufgaben noch zentral wahrgenommen und wie viele Ressourcen dezentral eingesetzt werden sollen. War man anfangs noch von unveränderten Strukturen der zentralen Bereiche ausgegangen, so lässt sich dort inzwischen ein permanenter Wandel feststellen. Die Diskussion über die Zuordnung wird derzeit mit dem Ziel geführt, eine für das UKE optimale Lösung für die Prozesseffizienz zu finden, sie ist noch nicht abgeschlossen.

Eng verbunden mit der Frage der Zuordnung zentraler administrativer Funktionen sind die Rolle und die Ausgestaltung der kaufmännischen Zentrumsleitungen. War der Tätigkeitsschwerpunkt im Zusammenhang mit der Satzung zunächst stark auf das Controlling fokussiert, dominieren mittlerweile die strategischen Komponenten im Rahmen des Zentrumsmanagements. Dies kommt zum einen in den mit dem Vorstand geschlossenen Ziel- und Leistungsvereinbarungen zum Ausdruck. Sie zwingen die Zentren zu wettbewerbsanalogem Verhalten durch Bonus- und Malusregelungen (zum Beispiel Leistungsentwicklung, Inanspruchnahme von internen Ressourcen) und zur Auseinandersetzung mit den zentrumsspezifischen Stärken und Schwächen. Zum anderen zeigt sich der strategische Managementaspekt durch die „Vermarktung“ des Zentrums nach innen und außen. Nach innen umfasst sie die Profilierung gegenüber den anderen Zentren sowie gegenüber den zentralen Diensten und dem Vorstand. Der Vorstand muss seine Aufmerksamkeit auf die für das Gesamtunternehmen wichtigsten strategischen Projekte konzentrieren und kann nicht alle Initiativen und Vorhaben gleichermaßen unterstützen. Aus Sicht der Zentren können bestimmte Ziele erstrebenswert sein, die aber im Kontext des Gesamtklinikums durch den Vorstand nicht befürwortet und deshalb nicht weiter verfolgt werden. Das einzelne Zentrum kann sich bei seiner strategischen Entwicklung auf die Reputation des Gesamtklinikums sowie auf den Support der zentralen Serviceeinheiten stützen. Voraussetzung ist jedoch, dass die Ziele des Zentrums mit denen des Klinikums übereinstimmen. Der durch die Zentrenbildung angeregte interne „Wettstreit“ bietet die Chance, durch Benchmarking Leistungsreserven zu mobilisieren. Es besteht aber auch die Gefahr, dass hierdurch Mechanismen in Gang gesetzt werden, zum Beispiel im Rahmen des internen Leistungsaustauschs, die den Zielen des Gesamtunternehmens nicht dienlich sind. Dies zwingt den Vorstand, die Entwicklungen im Unternehmen aufmerksam zu beobachten und – falls notwendig – rechtzeitig gegenzusteuern. Die „Vermarktung“ der Zentren nach außen be-

deutet für die Zentrumsleitung die logische Fortsetzung der internen Profilierung. Durch Verringerung der Leitungsspanne des Vorstandes konnten die Initiativen der Zentren gefördert und für das Gesamtklinikum nutzbringend in die richtigen Bahnen gelenkt werden. Diese Entwicklung zeigt sich in der Öffnung des UKE nach außen und in der Erschließung neuer Märkte. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang strategische Kooperationen und Partnerschaften mit anderen Kliniken und Klinikgruppen sowie strategische Netzwerkbildungen, zum Beispiel mit niedergelassenen Ärzten. Zusätzlich konnten neue „Märkte“, unter anderem durch ein Medizinisches Versorgungszentrum, durch Verträge zur Integrierten Versorgung und durch das Angebot von Sekundär- und Tertiärdienstleistungen, zum Beispiel im Laborbereich erschlossen werden.

Fazit und Ausblick

Nach einem anfangs langwierigen emotionalen Diskussionsprozess im gesamten UKE, insbesondere auch mit den Gremien des Dekanats und mit dem Fakultätsrat über das Spannungsfeld Hochschulmedizin versus Profitcenter, fanden die Zentren in den verschiedenen Satzungen, Verordnungen und Gesetzen ihr heutiges Fundament. Die Etablierung einer dezentralen Zentrenstruktur am UKE kann nach mittlerweile 3 Jahren Erfahrung durchweg positiv beurteilt werden. Zwar konnten mit Hilfe der Zentren tiefer liegende Konflikte struktureller oder personaler Art nur bedingt gelöst werden, aber auch bei einer anderen Unternehmensstruktur hätten diese Schwierigkeiten durch den Vorstand gelöst werden müssen. Folgende Pluspunkte lassen sich als Auswirkung der Zentrenbildung bisher feststellen:

- Bündelung interdisziplinär-medizinischer Kompetenz,
- Patientenmarketing,
- Dezentralisierung von Managementkompetenz,
- Optimierung des Ressourceneinsatzes und Steigerung der Prozessqualität,
- Delegation von Verantwortung und dadurch bessere Steuerung, vor allem großer Kliniken,
- Professionalisierung der strategischen Diskussion im UKE.

Neben den aufgeführten Folgen veränderte die Zentrenstruktur des UKE nachhaltig dessen Unternehmenskultur. Statt Abschottung und Verharren im „akademischen Elfenbeinturm“ hat sich das UKE durch die Zentren sowohl nach innen als nach außen geöffnet und den Grundstein zur strategischen Fortentwicklung des Unternehmens gelegt.

Literatur

- 1) Booz Allen Hamilton: Krankenhausstudie, München, 2006
- 2) Wissenschaftsrat: Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen, Bremen 2005
- 3) Verband der Universitätsklinika Deutschland (VUD): Vorteile für Patienten und Kliniken durch Kompetenzbündelung. das Krankenhaus 12/ 2005, Seite 1124 f.
- 4) Behrends, B.; Ebeling, K. H.; Keil, R.: Reform der Organisations- und Führungsstrukturen im Universitäts-Krankenhaus Eppendorf – Sollkonzept, Hamburg, 1993

- 5) Gesetz zur Errichtung der Körperschaft Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKEG), HmbGVBl, Seite 375, 12. September 2001
 - 6) Verordnung über die Satzung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), 25. Juni 2002, zuletzt geändert durch Amtlichen Anzeiger 2005, Seite 1341
 - 7) Satzungen der Zentren des UKE
-

Anschrift der Verfasser:

Christoph Schmitz,
Kaufmännischer Leiter des Kopf- und Hautzentrums sowie
des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde/
Susanne Quante,
Geschäftsbereich Strategische
Unternehmensentwicklung,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg ■