

Moderne Klinikorganisation, warum Zentrenbildung? – das Beispiel Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Christoph Schmitz · Susanne Quante · Jörg F. Debatin

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Schlüsselwörter

■

Zusammenfassung

Der wirtschaftliche Druck verbunden mit einer Umstrukturierung der Gesundheitssysteme zwingt die Krankenhäuser und Universitätskliniken, ihre Marktposition im nationalen und internationalen Wettbewerb zu sichern und auszubauen. Universitätskliniken müssen sich bei gleichzeitig sinkenden öffentlichen Mitteln auf den Feldern der Krankenversorgung sowie der Forschung und Lehre verbessern und weiterentwickeln. Um dies zu erreichen, sind umfangreiche Strukturveränderungen, wie z.B. die Bildung dezentraler Unternehmensbereiche in Form von Zentren, notwendig. Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) hat sich hierfür bereits sehr früh entschieden und kann inzwischen eine erfolgreiche Zwischenbilanz ziehen. Neben der Entlastung der Klinikdirektoren von administrativen Tätigkeiten und Controlling-Aufgaben 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 und in Forschung und Lehre zu einer leistungsgerechteren Ressourcenallokation. Weiterhin ließ sich eine Steigerung der Prozessqualität, die Mobilisierung von Leistungsreserven durch «Benchmarking» und Optimierung der zentralen Dienste mit Hilfe von externen Partnern feststellen. Die dezentrale Zentrenstruktur hat die Unternehmenskultur des UKE nachhaltig verändert und die Basis für eine permanente strategische Weiterentwicklung geschaffen.

Key Words

■

Summary

Modern Organization of Medical Centers, Why Center Formation? – the Example of the University Medical Center Hamburg-Eppendorf

The economic pressures arising from the reform of the health care system are forcing hospitals and university medical centers to strengthen and expand their market positions in a framework of heightened domestic and international competition. University medical schools need to improve the quality of their health care delivery along with their research and education efforts. To meet these goals at a time of diminishing public financial support, extensive structural reorganization is required. Thus, it is necessary to create decentralized business units in the form of centers. The University Medical Center Hamburg-Eppendorf (UKE) resolved to take these measures at an early stage and has already achieved remarkable success in the process. In addition to relieving physicians of management and controlling tasks, the Medical Center has made significant progress in generating transparent cost and revenue structures. In terms of health care delivery, the UKE has established clear areas of priority and created interdisciplinary centers of medical competence. In research and education, the university instituted a performance-based resources allocation process. Furthermore, with the help of external partners, improvements were generated in process quality, in efficiency via benchmarking and in the optimization of tertiary support services. The creation of decentralized structures has had a lasting impact on the business culture of the UKE and created the foundation for permanent strategic growth.

Ausgangslage

Der wirtschaftliche Druck auf Krankenhäuser wird sich in den nächsten Jahren noch weiter verschärfen. Studien verschiedener Unternehmensberater gehen davon aus, dass etwa jede vierte Klinik in den kommenden 15 Jahren in ihrem Bestand gefährdet sein wird. Diese Entwicklung wird auch an den deutschen Universitätskliniken nicht spurlos vorübergehen. Die Privatisierung der Krankenversorgung an den Universitäten Marburg und Gießen ist ein erstes Zeugnis dieses Veränderungsprozesses. Um zu überleben, müssen auch die Universitätskliniken ihre Marktposition im nationalen und internationalen Wettbewerb auf den Feldern der Krankenversorgung sowie in der Forschung und der Lehre verbessern und weiterentwickeln. Dieser zunehmende Wettbewerbsdruck, verbunden mit gleichzeitig sinkenden öffentlichen Mitteln, erfordert Strukturveränderungen innerhalb der universitätsmedizinischen Einrichtungen in Deutschland. Ein wichtiges Instrument stellt hierbei die Bildung von unabhängig organisierten Unternehmensbereichen in Form von medizinischen Zentren dar. Das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) hat sich hierfür bereits frühzeitig entschieden und kann inzwischen eine erfolgreiche Zwischenbilanz ziehen.

Gründe für Zentrumsbildung

Es gibt zahlreiche Motivationen für die Gründung bzw. Bildung von Zentren. Zunächst scheint die Zentrumsbildung einem Modetrend zu entsprechen. So wird die Zentrumsbildung vielerorts auch als Instrument für Patienten-Marketing gesehen. Aus Sicht der Mediziner geht es bei der Zentrumsbildung um die interdisziplinäre Bündelung medizinischer Kompetenz. Klinikleitungen hingegen sehen in der Zentrumsbildung ein probates Mittel, um Managementkompetenz zu auf untergeordneten Hierarchieebenen zu etablieren. Dabei kann der Ressourceneinsatz optimiert und die Prozessqualität gesteigert werden.

Definition von «Zentrum»

So heterogen wie die Gründe und Motivationen für die in der deutschen Krankenhauslandschaft um sich greifende Zentrumsbildung so unterschiedlich sind die Zentren in ihrer Form und Ausprägung. Am häufigsten anzutreffen sind so genannte Kompetenzzentren. Im Vordergrund stehen hier meist Marketing-Gründe. Diese Kompetenzzentren, zu denen auch viele Zusammenschlüsse aus dem gastroenterologischen Bereich wie z.B. Magen-Darm-Zentren, Dickdarm- oder auch Enddarm-Zentren gehören, sprießen in vielen Krankenhäusern und Verbundpraxen wie Pilze aus dem Boden. Für Institute und Abteilungen die sich innerhalb eines solchen Kompetenzzentrums organisieren, besteht die Möglichkeit, Allein-

stellungsmerkmale nach außen zu kommunizieren (Schmerzzentrum, Epilepsiezentrum).

Schon nachhaltiger ist die Funktion so genannter Behandlungszentren. Im Gegensatz zu den einfachen Kompetenzzentren verfügen sie über eigene Führungs- und Verwaltungsstrukturen und werden aus kostenkalkulatorischen Gründen meist als «Profitcenter» geführt. Meist treten sie autonom mit einem einheitlichen Firmenimage auf dem Markt auf. Während die meisten Behandlungszentren lediglich Abteilungen bzw. Teile von Abteilungen eines Krankenhauses umfassen, gibt es auch solche Behandlungszentren, bei denen sich die integrierten Abteilungen und Institute auf mehrere Krankenhäuser verteilen. Koordinationszentren ergänzen Behandlungszentren in ihrer Ablauforganisation und dienen der abteilungsübergreifenden Koordination der Behandlungsabläufe für interdisziplinäre Krankheitsbilder (z.B. Tumorbehandlung). Eine Akzentuierung erfahren derartige Zentren, wenn ihre Strukturen und ihre Leistungsfähigkeit durch Dritte zertifiziert wird. In diese Kategorie fallen auch die nach den DMP-Kriterien errichteten Mamma-Zentren.

Im UKE hingegen stand beim Zentrumsbildungsprozess vor allem die Schaffung administrativer Zentren im Vordergrund. Entscheidend für die Funktionsfähigkeit administrativer Zentren ist eine parallel zur Gründung dieser Zentren stattfindende Verlagerung von Budgetverantwortung vom Klinikumsvorstand bzw. von den Abteilungsleitungen auf die Zentrumsleitungen. Die Zentren organisieren sich, versehen zumindest mit Budgetverantwortung und besser sogar mit Ergebnisverantwortung, innerhalb des Klinikums mit hoher Selbstständigkeit. Verantwortung und Entscheidungskompetenz werden dezentralisiert. Damit wird der begrenzten Führungsspanne eines jeden Vorstands Rechnung getragen. Innerhalb dieser administrativen Zentren führt die Bündelung administrativer Abläufe zusammen mit der verstärkten Möglichkeit zur Ressourcenbündelung zu erheblichen Effizienzgewinnen. Gleichzeitig werden viele interpersonelle Konflikte zwischen den innerhalb eines Zentrums organisierten Klinik- und Institutsdirektoren von der Vorstandsebene auf die Ebene der Zentrumsleitungen delegiert.

Die Erfahrung zeigt, dass mit der Realisierung administrativer Zentren in Form von homogenen Leistungsbereichen überschaubarer Größe Kosteneinsparungen bei gleichzeitiger Qualitätsverbesserung erzielt werden können. Entscheidend dabei waren vor allem folgende Faktoren:

- Steigerung der Versorgungsqualität innerhalb des umschriebenen Leistungsbereichs durch internes «Benchmarking»,
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit durch patientenorientierte Prozessoptimierung,
- Kostenreduktion durch Synergien z.B. in Form verstärkter Interdisziplinarität und Ressourcenbündelung,
- Optimierung von Aus- und Weiterbildung durch abteilungsübergreifende Programme,
- erhöhte Flexibilität und Reaktivität durch dezentrale Budgetverantwortung,

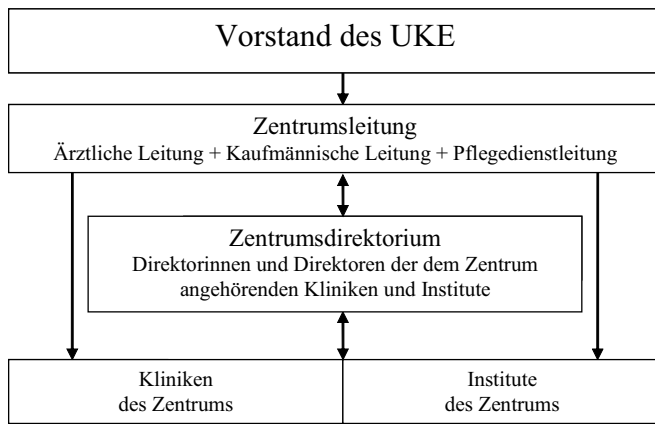


Abb. 1. Organigramm eines Zentrums am UKE.

- Bündelung administrativer Abläufe innerhalb eines Zentrums, z.B. bei Personaleinstellungen usw.,
- Dezentralisierung von Managementkompetenz,

Die weitere Diskussion fokussiert sich deshalb auf administrative Zentren.

Um eine aktive Rolle in der zukünftigen Ausgestaltung des Gesundheitsmarkts zu behaupten, erscheint die Bildung dezentraler Unternehmensbereiche in Form von Zentren an Universitätskliniken geradezu unverzichtbar. Sowohl der Verband der Universitätsklinika in Deutschland (VUD) als auch der Wissenschaftsrat befürworten eine solche Strukturierung der Universitätsklinik. Im Vordergrund steht hierbei die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit auf einem zunehmend umkämpften Dienstleistungsmarkt. Weniger Einigkeit besteht in der Frage, welche Kriterien dem Zentrumszuschnitt zugrunde liegen sollten. Klar ist, dass in Krankenhäusern der Zuschnitt der Zentren nach krankheits- oder ressourcenorientierten Kriterien erfolgen sollte. Dabei sollte vor allem die Optimierung administrativer Prozesse im Vordergrund stehen. Aufgrund der Aufgabenstellung innerhalb eines Universitätsklinikums sollten wissenschaftliche Schwerpunkte und Gemeinsamkeiten bei der Organisation der Lehre in der Ausrichtung der dezentralen Einheiten Beachtung finden. Diese heterogenen Anforderungen gestalten die Bildung moderner Zentrumsstrukturen schwierig. Im Folgenden sollen daher exemplarisch für zahlreiche Initiativen die Erfahrungen der Zentrumsbildung am UKE dargestellt werden.

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) 1993, wurden in einem ersten Sollkonzept die Grundzüge einer Konzernstruktur, die an eine Holding mit dezentralen Leistungsbereichen angelehnt ist, entwickelt. In

einem Modellprojekt im Bereich der Psychosozialen Medizin wurden im Zeitraum zwischen 1999 und 2001 erste Erfahrungen gesammelt. Diese wertvollen Erfahrungen flossen dann auch in das Strukturgesetz des UKE sowie in dessen Satzung (2001/2002) ein. Nach den §§6 und 7 der UKE-Satzung wurden sowohl die Grundstruktur als auch die Aufgaben der Organe und Gremien der Zentren und der zentralen Bereiche des UKE definiert. Basierend auf diesen Grundlagen, erfolgte die Umsetzung der Zentrenbildung und die Verabschiedung der Satzungen der einzelnen Zentren im Jahr 2003. Mit der personellen Besetzung der Zentrumsleitungen bis Ende 2003 war die neue Organisations- und Leitungsstruktur endgültig implementiert. Dabei gestalteten sich die Einstellungen der kaufmännischen Zentrumsleiter, die bereits über Managementenerfahrung im Klinikbereich verfügen sollten, in Ermangelung geeigneter Kandidaten recht schwierig.

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

In den 14 Zentren des UKE sind sämtliche 81 Kliniken und Institute organisiert. Das in Abbildung 1 dargestellte Organigramm verdeutlicht die Grundstruktur der UKE-Zentren. Die Organisation der Zentren weist in ihrer Grundstruktur zwei Gremien auf: Zentrumsleitung und Zentrumsdirektorium. Die Zentrumsleitung setzt sich aus bis zu 4 Personen zusammen: die ärztlich-wissenschaftliche Leitung und deren Stellvertretung, die kaufmännische Leitung sowie in den Betten führenden Zentren die Pflegedienstleitung. Die Aufgaben der Zentrumsleitung bestehen in der Führung des Zentrums nach innen und außen, wobei die Zusammenarbeit mit dem Vorstand sowie die Unterstützung des Fachbereichs in Angelegenheiten der Forschung und Lehre von besonderer Bedeutung sind.

Die Aufgaben der ärztlich-wissenschaftlichen Leitung sind unter anderem:

- Überwachung der Leistungs- und Qualitätsziele des Zentrums,
- Aufbau und Weiterentwicklung von Patientenfaden (Prozess- und Behandlungsstandards) innerhalb des Zentrums,
- Optimierung des Ressourceneinsatzes in der Medizin,
- Überwachung von medizinischen Sicherheitsstandards,
- Überwachung der Budgetpositionen im medizinischen Kernbereich und Unterstützung der Budgetverantwortlichen bei Abweichungen.

Die Aufgaben der kaufmännischen Zentrumsleitung umfassen unter anderem:

- Vorbereitung der Anmeldung des Zentrums zum Wirtschaftsplan des UKE,

- Leistungs-, Kosten- und Budgetplanung für die dem Zentrum angehörenden Kliniken und Institute,
- Erlöskalkulation, -planung und -Controlling,
- Kosten- und Wirtschaftlichkeitsanalysen innerhalb des Zentrums,
- Vorbereitung und Controlling der Ziel- und Leistungsplanung zwischen dem Vorstand und der Zentrumsleitung sowie zwischen Zentrumsleitung und Klinik- oder Institutsdirektoren einschließlich der Budgetallokation im Zentrum,
- dezentrales Controlling zur Unterstützung und Beratung der Führungskräfte des Zentrums bei der Qualitäts-, Prozess- und Kostensteuerung,
- Projektmanagement für Sonderprojekte des Zentrums,
- Budgetüberwachung und Budgetsteuerung im Zentrum,
- Zusammenarbeit mit den zentralen Diensten bei der Wahrnehmung administrativer Aufgaben (z.B. Einstellungen, Beschaffungen).

Der Pflegedienstleitung des Zentrums obliegen unter anderem folgende Aufgaben:

- Planung und Controlling für den Pflege- und Funktionsdienst,
- Qualitätssicherung in der Pflege und im Funktionsdienst.

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. Das Zentrumsdirektorium setzt sich aus den Direktoren der einzelnen Kliniken und Institute des jeweiligen Zentrums zusammen. Der Leiter des Zentrumsdirektoriums sollte nicht der Zentrumsleitung angehören. Abbildung 2 bildet das Zusammenspiel von Zentrumsleitung und Zentrumsdirektorium ab.

Die Zentren des UKE wirken als Teile des UKE im Interesse von Lehre, Forschung und Krankenversorgung auf den Erfolg des gesamten Universitätsklinikums hin. Der Prozess der personellen Besetzung der Zentrumsleitungen spiegelt die Komplexität des Aufgabenspektrums wider. So wird die Zentrumsleitung auf Vorschlag des Zentrumsdirektoriums vom Vorstand ernannt. Zur Sicherstellung der Integration von Forschung und Lehre muss dann noch das Einvernehmen mit dem Fakultätsrat hergestellt werden. Die Zentren verfügen für Ihre Bereiche über volle Ergebnisverantwortung und arbeiten mit den anderen Zentren und Tochtergesellschaften des UKE kooperativ zusammen. Die Aufsicht über die Zentren obliegt dem Vorstand, der im Falle von Interessenskonflikten zwischen verschiedenen Zentren eingreifen kann. Der Vorstand kann auch bei schwerwiegenden Konflikten innerhalb eines Zentrums weisend tätig werden.

Die 14 Zentren des UKE sind mit den in ihnen organisierten Kliniken und Instituten in Abbildung 3 zusammenfassend dargestellt.

Der Zuschnitt der Zentren des UKE erfolgte anhand unterschiedlicher Kriterien. So waren für das Herz- sowie das Neu-

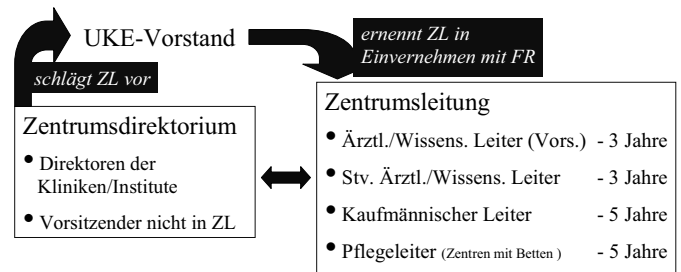


Abb. 2. Interaktion zwischen Vorstand, Zentrumsleitung (ZL) und Zentrumsdirektorium. FR = ■.

zentrum die zugrunde liegenden Krankheitsbilder prägend. Konservative und chirurgische Fächer sind miteinander in einem Zentrum organisiert und somit eng verwoben. Diese Form des Zentrumszuschnitts hat sich bewährt. Interdisziplinäre Fallbesprechungen, gemeinsame Stationsbelegungen und die gemeinsame Patientenpfade verbessern Prozesse und Behandlungsqualität.

Für regen fachbezogenen Austausch sorgt auch der Zuschnitt des Zentrums für psychosoziale Medizin. Als nicht ganz einfach hat sich hier die Mischung aus Abteilungen mit und ohne Aufgaben in der Krankenversorgung erwiesen.

Für die Zentrenbildung in den Bereichen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sprach das gemeinsame Lehr-Curriculum.

Gemeinsamkeiten in Forschung und Lehre und in den damit verbundenen administrativen Abläufen waren ausschlaggebend für die Gründung des Zentrums für Experimentelle Medizin sowie des Zentrums für Molekulare Neurobiologie Hamburg (ZMNH). Auch diese Form des Zentrumszuschnitts hat sich im Alltag als sehr sinnvoll erwiesen. Als überaus zukunftsgerichtet hat sich auch die Zusammenführung der Klinik für Intensivmedizin und der Anästhesie im gleichnamigen Zentrum sowie die Zusammenführung der labormedizinischen Fächer mit den Pathologieinstituten im Zentrum für Klinische Pathologie erwiesen. Gerade in dem letztgenannten Zentrum führen die Gemeinsamkeiten in den zugrunde liegenden organisatorischen und administrativen Prozessen zu erheblichen Synergien.

Für das Transplantationszentrum war der Forschungsschwerpunkt das verbindende Element. Für die großen klinischen Bereiche der Chirurgie und der Inneren Medizin sprachen die verwandten ärztlichen Methoden. Die Zentrumszuschnitte wurden aber nicht nur nach harten Kriterien der Prozessoptimierung vorgenommen; ausschlaggebend waren in einigen Zentren auch «weiche Kriterien» wie historisch gewachsene Strukturen (Integration der Strahlentherapie im Zentrum für Diagnostische Bildgebung und Intervention) oder besondere Beziehungen zwischen Klinikdirektoren. So ist die kuriose, aber durchaus erfolgreiche Zusammensetzung des Kopf-Haut-Zentrums zu erklären.

Entscheidend für den Erfolg der Zentrenstruktur ist dabei mittel- und langfristig, dass die Zuschnitte flexibel und bei Be-



Abb. 3. Zentren des UKE mit Klinik/Institutsbezeichnung.

darf anpassbar sind. Medizinisch-technische Entwicklungen, aber auch strukturelle oder personelle Veränderungen im Unternehmen bedingen derartige strukturelle Anpassungen. Das UKE hat deshalb im Laufe der letzten 3 Jahre mehrfach die Zentrumsstruktur angepasst, indem Zentren fusionierten und/oder neue Einheiten gegründet wurden.

Auswirkungen der Zentrenstruktur auf die strategische Entwicklung des UKE

Zweifelsfrei stellt die Etablierung der Zentrumsstruktur einen zentralen Eckpunkt in dem Strukturwandel des UKE dar. Im Vordergrund stand dabei die Schaffung von dezentralen Managementstrukturen, mit denen es gelungen ist, die oftmals schwierigen Entscheidungen auf mehrere Schultern zu verteilen. Dadurch wurde die Akzeptanz des Umstrukturierungsprozesses selber erheblich erhöht. Gleichzeitig konnten die Klinik- und Institutsdirektoren von administrativen Tätigkeiten und Controlling-Aufgaben entlastet werden. Die verstärkte Managementprofessionalisierung in Form der kaufmännischen Leitungen vor Ort erlaubt den ärztlichen Führungskräften eine verstärkte Fokussierung auf medizinischen und wissenschaftlichen Kernaufgaben. Mit der rasch ansteigenden Transparenz der Budget- und Leistungszahlen, jeweils heruntergebrochen auf die einzelnen Zentren, und von dort auf die Kliniken und Institute stieg die Anpassungsfähigkeit des gesamten Leistungsgeschehens innerhalb des UKE.

Die dezentrale Organisationsform verbunden mit einer erhöhten Entscheidungsautonomie haben die Anforderungen an die zentralen Dienste des UKE sprunghaft wachsen lassen. Zum einen waren die zentralen Verwaltungsdienste nun gezwungen, sich in ihrem Selbstverständnis verstärkt als interne Dienstleister anstatt als zentrale Mittelverwalter wie

in der Vergangenheit zu verstehen. Zum anderen stiegen auch die Anforderungen an die Informationstechnologie und die eingesetzten Controlling-Methoden. Die Anforderungen der Zentren setzten einen dynamischen Prozess in Gang, der das Gesamtunternehmen unter einen erheblichen Druck gestellt hat. Nach einer Phase der gegenseitigen Orientierung begann bereits nach kurzer Zeit eine permanente Fortentwicklung, in der die Zentren zunehmend als interne «Kunden» verstanden werden. Die Leistungen der zentralen Dienstleister werden durch die internen Kunden beurteilt und im Rahmen eines «Benchmarking» auch mit anderen externen Anbietern verglichen. Die für eine flexible dezentrale Unternehmenssteuerung erforderlichen Controlling-Daten werden konsequent eingefordert. Durch diesen Prozess hat das UKE enorme Fortschritte auf dem Weg zu transparenten Kosten- und Erlösstrukturen gemacht und dadurch die Entscheidungsqualität in Struktur-, Prozess- und Ergebnisfragen deutlich verbessert.

Durch die verbesserte Transparenz der Zahlen sowie klare Kommunikationsstrukturen der Zentren entstand mehr Vertrauen zwischen den zentralen Bereichen und den Kliniken und Instituten vor Ort. Infolge dessen wurden Stärken, aber auch Schwächen auf beiden Seiten offengelegt. Dies betrifft sowohl Defizite in den Bereichen der Forschung, der Lehre und der Krankenversorgung wie auch ineffiziente Strukturen der zentralen Dienste. Als Folge ergibt sich heute im UKE eine transparentere Schwerpunktbildung im medizinischen Bereich sowie eine leistungsgerechtere Ressourcenallokation in Forschung und Lehre. In den zentralen Diensten wurden Verbesserungen unter anderem durch die Beteiligung externer Partner z.B. für die zentralen Bereiche der Logistik oder des «Facility»-Managements erreicht. Hier bestand die Aufgabe, Preise und Qualität der Leistungen auf Marktniveau für die Zentren anbieten zu können.

Die Zentrenbildung hat auch maßgeblich dazu beigetragen, die Frage der optimalen Ressourcenverteilung zwischen «zentral» und «dezentral» immer wieder neu zu diskutieren. Vormalig zementierte Strukturen sind in Bewegung geraten. Die Diskussion über die Zuordnung von Ressourcen und Aufgaben wird nunmehr mit dem Ziel geführt, eine für das UKE optimale Lösung der Prozesseffizienz zu finden, und ist sicher 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 Rahmen der Satzung anfangs stark Controlling-fokussiert, dominieren mittlerweile die strategischen Komponenten im Rahmen des Zentrumsmanagements. Dies kommt zum einen im Rahmen der mit dem Vorstand geschlossenen Ziel- und Leistungsvereinbarungen zum Ausdruck. Sie zwingen die Zentren zu wettbewerbsanalogem Verhalten durch Bonus- und Malusregelungen (z.B. Leistungsentwicklung, Inanspruchnahme von internen Ressourcen) und der Auseinandersetzung mit den zentrumsspezifischen Stärken und Schwächen. Zum anderen zeigt sich der strategische Managementaspekt in der «Vermarktung» des Zentrums nach innen und außen. Profilierung nach Innen umfasst dabei die Positionierung 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 Projekte gleichermaßen unterstützen. Aus Sicht der Zentren können bestimmte Ziele erstrebenswert sein, die aber im Kontext des Gesamtklinikums durch den Vorstand nicht befürwortet werden und deshalb nicht weiter verfolgt werden. Das einzelne Zentrum kann sich bei seiner strategischen Entwicklung auf die Reputation des Gesamtklinikums sowie auf die Unterstützung der zentralen Serviceeinheiten stützen. Voraussetzung ist aber, dass die Ziele des Zentrums mit denen des Klinikums konform sind. Der durch die Zentrenbildung angeregte interne «Wettstreit» bietet die Chance, durch «Benchmarking» Leistungsreserven zu mobilisieren. Es besteht aber auch die Gefahr, dass hierdurch Mechanismen, z.B. im Rahmen des internen Leistungsaustauschs, in Gang gesetzt werden, die den Zielen des Gesamtunternehmens nicht dienlich sind. Hier ist es die Aufgabe des Vorstands, die Entwicklungen im Unternehmen aufmerksam zu beobachten und falls notwendig rechtzeitig gegenzusteuern.

Die «Vermarktung» der Zentren nach außen bedeutet für die Zentrumsleitung die logische Fortsetzung der internen Profilierung. Durch die Verringerung der Leitungsspanne des Vor-

stands konnten die Initiativen der Zentren gefördert und für das Gesamtklinikum nutzbringend in die richtigen Bahnen gelenkt werden. Ausdruck dessen ist die Öffnung des UKE nach Außen und die Erschließung neuer Märkte. Zu nennen sind hier strategische Kooperationen und Partnerschaften mit anderen Kliniken und Klinikgruppen sowie strategische Netzwerkbildungen z.B. 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 z.B. im Laborbereich erschlossen werden.

Fazit und Ausblick

Nach einem anfänglich langwierigen emotionalen Diskussionsprozess im gesamten UKE, insbesondere auch mit den Gremien des Dekanats und dem Fakultätsrat, über das Spannungsfeld von Hochschulmedizin versus Unternehmenserfolg fanden die Zentren in den verschiedenen Satzungen, Verordnungen und Gesetzen ihr heutiges Fundament. Die Etablierung einer dezentralen Zentrumsstruktur am UKE kann dabei 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 bei einer anderen Unternehmensstruktur hätten diese ebenso durch den Vorstand gelöst werden müssen. Die Einführung der Zentren hatte bisher folgende Wirkung im UKE:

- Bündelung interdisziplinär-medizinischer und wissenschaftlicher Kompetenz,
- erhöhte Transparenz durch Dezentralisierung von Managementkompetenz,
- Optimierung von Ressourceneinsatz und Steigerung der Prozessqualität,
- verbesserte und flexiblere Steuerung der Leistungsportfolios durch Delegation von Verantwortung,
- deutlich verbessertes und fokussierteres Patienten-Marketing,
- Professionalisierung der strategischen Diskussion innerhalb des UKE.

Neben den aufgeführten Wirkungen hat die Zentrenstruktur die Entwicklung des UKE nachhaltig beeinflusst, indem es die Unternehmenskultur verändert hat. Statt Abschottung und Verharren im «akademischen Elfenbeinturm» hat sich das UKE durch die Zentren sowohl nach innen wie auch nach außen geöffnet und den Grundstein zur strategischen Fortentwicklung des Unternehmens gelegt.