

Krankenhaus-Report 2008/2009

„Versorgungszentren“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2009

Auszug Seite 87-100



7	Zentrenbildung zur Verbesserung von Qualität und Effizienz – Evidenz am Beispiel der Universitätsklinik Köln.....	87
	<i>Ludwig Kuntz und Michael Wittland</i>	
7.1	Einleitung	87
7.2	Das Zentrum als Organisationsform der Wahl.....	88
7.2.1	Zentrenstrukturen an Universitätskliniken und Krankenhäusern	90
7.2.2	Potenziale der Zentrenbildung.....	91
7.3	Zentrenbildung an der Universitätsklinik Köln	93
7.3.1	Ziele	93
7.3.2	Erfahrungen.....	94
7.4	Diskussion	96
7.5	Fazit	99
7.6	Literatur.....	99

7 Zentrenbildung zur Verbesserung von Qualität und Effizienz – Evidenz am Beispiel der Universitätsklinik Köln

Ludwig Kuntz und Michael Wittland

Abstract

Die Bildung von Zentren verspricht insbesondere für Universitätskliniken eine Reihe von Vorteilen. Zentren scheinen Fachabteilungs- und Sektorenüberbrückung, Spezialisierung sowie positive Skaleneffekte zu ermöglichen und beschreiben damit einen Weg zur Verbesserung von Qualität und Effizienz. Jedoch gilt es, eine Reihe von Faktoren und Details bei der Zentrenbildung zu beachten. Vor allem der Einbeziehung der beteiligten Mitarbeiter kommt dabei eine Schlüsselrolle zu.

Dieser Artikel zeigt auf, welchen Mehrwert insbesondere krankheits- bzw. problemorientierte Zentren für Universitätskliniken bedeuten können, diskutiert aber ebenso erfolgskritische Faktoren bei der Bildung dieser. Theoretische Potenziale werden dabei den Zielen und Erfahrungen der Universitätsklinik Köln gegenübergestellt.

Creating medical care centres promises a number of advantages especially for university hospitals. Centres can help to build bridges between different departments and sectors in order to reach a higher degree of specialisation and to realise positive economies of scale. Therefore the implementation of a centre structure can be a way to improve quality and efficiency. However, a number of details have to be taken into consideration, particularly the cooperation of the involved employees.

This article describes the additional value which is primarily created through disease- or problem-oriented centres. It also discusses challenges connected with the process of creating such a structure. For this purpose theoretical potentials are confronted with the experiences of the university hospital in Cologne.

7.1 Einleitung

Zentrenstrukturen bieten auf den ersten Blick eine Reihe von Vorteilen, insbesondere auch für Universitätskliniken. Zentren scheinen möglich zu machen, was jede Universitätsklinik anstrebt: Eine Steigerung von Qualität und Effizienz in Patientenversorgung, Forschung und Lehre. Zentren lassen sich somit als vielversprechende Organisationsform der Zukunft verstehen.

Ziel dieses Artikels ist es, Potenziale von Zentren mit dem Fokus auf Universitätskliniken aufzuzeigen und diese am Beispiel der Zentrenbildung an der Universitätsklinik Köln zu validieren. In einem ersten Teil wird dazu die Organisationsform eines Zentrums skizziert, aus welcher sich eine Reihe von Vorteilen ableiten lässt, vor allem aufgrund von Fachabteilungs- und Sektorenüberbrückung, Spezialisierung sowie positiver Skaleneffekte. In einem zweiten Teil werden diese theoriegestützten Aussagen dann den mit der Zentrenbildung verfolgten Zielen und bereits gemachten Erfahrungen der Universitätsklinik Köln gegenübergestellt und es werden verschiedene Aspekte der Zentrenbildung diskutiert. Abschließend wird herausgearbeitet, inwieweit Universitätskliniken eine Vorreiterrolle bei der Zentrenbildung einnehmen können und welche Bedeutung diese Organisationsform in Zukunft haben wird.

7

7.2 Das Zentrum als Organisationsform der Wahl

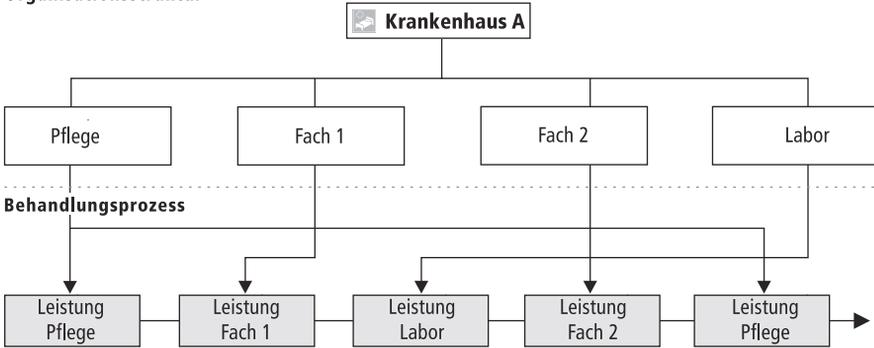
Das Zentrum als Organisationsform bedeutet einen Wandel von der bisherigen häufig eher funktionsorientierten Klinik- bzw. (Fach-)Abteilungsstruktur eines Krankenhauses hin zu einer produktorientierten Organisation. Während eine funktionsorientierte Struktur einen inputorientierten Organisationsaufbau beschreibt, rückt bei einer produktorientierten Organisation der Output bzw. das Produkt in den Fokus. In einem funktionsorientierten Krankenhaus werden Mitarbeiter aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation in einzelnen Organisationseinheiten zusammengefasst. Demgegenüber steht in einer produktorientierten Organisation die Bildung von Abteilungen rund um einzelne Produkte oder Dienstleistungen, denen die Mitarbeiter, die für die entsprechende Leistungserbringung erforderlich sind, zugeordnet werden (Young et al. 2004).

Die Bildung von Zentren erleichtert des Weiteren eine Definition von Behandlungspfaden und bereitet so einer verstärkten Prozess- und damit Patientenorientierung den Weg. Eine patientenorientierte Prozessoptimierung wiederum lässt sich bei einem DRG-orientierten Preissystem als Mittel zur Sicherung von Qualität und Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit verstehen (Behrends/Kuntz 2002).

Abbildung 7–1 zeigt ein Modell von Krankenhaus A, welches funktions- bzw. fachabteilungsorientiert aufgebaut ist. Krankenhaus A ist in vier organisatorische Teilbereiche gegliedert, die jeweils bestimmte Funktionen umfassen. Die Struktur ist damit wie beschrieben inputorientiert. Ein interdisziplinärer Behandlungsprozess wie in der Abbildung vereinfacht skizziert erfordert im Rahmen einer funktions- bzw. fachabteilungsorientierten Organisationsstruktur die Zusammenarbeit zahlreicher organisatorisch getrennter Teilbereiche.

Abbildung 7–2 zeigt ein Modell des organisatorischen Aufbaus von Krankenhaus B. Krankenhaus B besteht ebenfalls aus vier organisatorischen Teilbereichen, die allerdings nicht inputorientiert strukturiert sind, sondern outputorientiert einzelne Produktgruppen umfassen. Zentrum 1 kann bspw. ein Darmzentrum sein, welches Leistungen rund um Darmerkrankungen bündelt. Konkret sind hierzu möglicherweise wie abgebildet zwei Fachabteilungen sowie der entsprechende Bereich der Pflege diesem Zentrum zugeordnet. Der Blick auf den dargestellten Behandlungsprozess zeigt, dass

Abbildung 7-1

Funktions- bzw. fachabteilungsorientierte Organisationsstruktur**Organisationsstruktur**

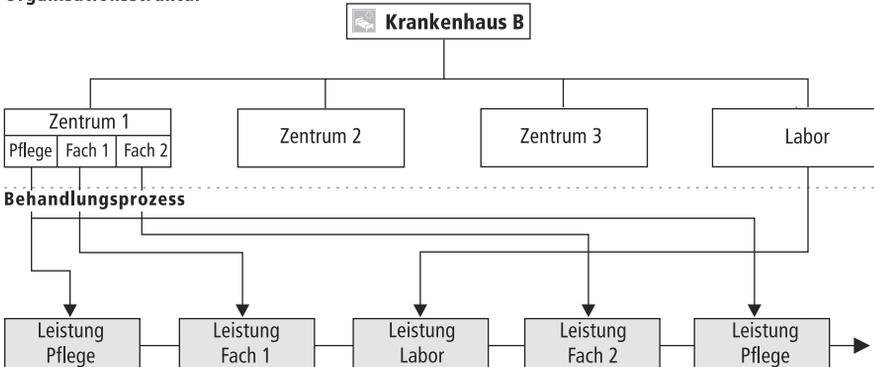
Krankenhaus-Report 2008/2009

WldO

ein Großteil der erforderlichen Leistungen in einer Zentrenstruktur durch eine einzige Organisationseinheit erbracht werden kann, was möglicherweise die oben genannte Festlegung von Behandlungspfaden eher möglich macht.

Die Abbildungen verdeutlichen exemplarisch die Unterschiede in der Aufbauorganisation. Eine Zentrenstruktur bedeutet eine Produktorientierung, sagt allerdings zunächst nicht unbedingt etwas über die Zuordnung einzelner Ressourcen zu Zentren aus. Ebenso sind Zentren nicht automatisch mit einem höheren Maß an Prozessorientierung verbunden. Bei der Zentrenbildung ist ein hoher Freiheitsgrad gegeben. Potenziale, die der Bildung von Zentren zugeschrieben und im weiteren Verlauf dieses Artikels diskutiert werden, lassen sich nicht allein durch eine entsprechende Organisationsstruktur verwirklichen. Hierbei ist eine Reihe weiterer Faktoren und Details zu beachten, auf die in diesem Artikel hingewiesen wird.

Abbildung 7-2

Produktorientierte Zentrenstruktur**Organisationsstruktur**

Krankenhaus-Report 2008/2009

WldO

7.2.1 Zentrenstrukturen an Universitätskliniken und Krankenhäusern

Der Begriff des Zentrums

In Universitätskliniken wie auch in Krankenhäusern allgemein kann es verschiedene Typen von Zentren geben, die aus unterschiedlichen Gliederungskriterien resultieren. Häufig werden krankheits- bzw. problemorientierte Zentren, medizinische Zentren und Servicezentren unterschieden. Bei krankheits- bzw. problemorientierten Zentren handelt es sich um horizontale Vernetzungen einzelner Fächer rund um bestimmte Krankheitsbilder oder Organe. Beispiele für diese Gruppe können Herzzentren, Tumortherapiezentren oder auch Darmzentren sein. Unter medizinischen Zentren hingegen versteht man die Bündelung einzelner Fächer, die gemeinsame Ressourcen nutzen (Siewert/Siess 2006). Beispielsweise könnten alle operativen Fächer zu einem Zentrum zusammengefasst werden, ebenso alle konservativen Fächer. Medizinische Zentren werden – etwa durch den Wissenschaftsrat (2007) – auch unter dem Begriff „Departments“ diskutiert. Im Vergleich zu krankheits- bzw. problemorientierten Zentren steht bei der Bildung von medizinischen Zentren bzw. Departments vor allem der Gedanke einer höheren Effizienz durch gemeinsame Ressourcennutzung im Vordergrund. Erstgenannte Zentren hingegen können durch den Krankheitsbezug wesentlich zu einer prozess- und damit patientenorientierten Organisationsstruktur beitragen, insbesondere durch den Wegfall zahlreicher Schnittstellen zwischen einzelnen am Behandlungsprozess beteiligten Fachbereichen. Servicezentren dienen der Bündelung bspw. diagnostischer Fächer und bieten anderen Zentren bzw. Kliniken einzelne Leistungen an, Funktionsabläufe lassen sich so straffen und „DRG-fähig“ machen (Siewert/Siess 2006).

Im Folgenden werden vor allem krankheits- bzw. problemorientierte Zentren betrachtet, mit Blick auf Patientenorientierung gelten sie als Organisationsform der Zukunft (Siewert/Siess 2006). Die im weiteren Verlauf dieser Arbeit genannten Argumente für die Bildung von Zentren sind jedoch zumeist auch auf andere Zentrenstypen übertragbar. Bevor Gründe für die Bildung von Zentren insbesondere in Universitätskliniken detaillierter dargestellt werden, ist eine Betrachtung der Charakteristika von Universitätskliniken erforderlich.

Charakteristika von Universitätskliniken

Universitätskliniken grenzen sich von anderen Maximalversorgern durch den Forschungs- und Lehrauftrag ab, den sie neben der Krankenversorgung zu erfüllen haben; sie organisieren somit einen komplexen Aufgabenverbund (Strehl 2007). Die einzelnen Aufgaben wiederum bedingen einander, so ist klinische Forschung bspw. ohne eine ausreichende Zahl an Patienten nicht möglich (Siewert/Siess 2006).

Aus dem gegebenen Aufgabenverbund lassen sich für Universitätskliniken eine Reihe charakteristischer Merkmale ableiten:

- Universitätskliniken sind sehr große, hochkomplexe Organisationen, deren Steuerung eine besondere Herausforderung darstellt.
- Die Heterogenität der Aufgaben einer Universitätsklinik führt zu unterschiedlichen Interessen und Zielen, die möglicherweise im Widerspruch zueinander stehen.
- Durch die Aufgabe der Maximalversorgung sowie die Nähe zur Forschung werden in Universitätskliniken oftmals auch besonders schwere Krankheitsfälle be-

handelt, die im derzeitigen DRG-System nicht adäquat abgebildet werden und daher nicht kostendeckend sind.

- Universitätskliniken verfügen insbesondere durch ihren Lehrauftrag über sektorenübergreifende Netzwerke.

Es gilt für Universitätskliniken eine Organisationsstruktur zu schaffen, die ihre hohe Komplexität beherrschbar macht, bestmöglich die Aufgaben in den Bereichen Patientenversorgung, Forschung und Lehre unterstützt und zugleich die Wirtschaftlichkeit sicherstellt. Die Implementierung von Zentren verspricht mit Blick auf die genannten Herausforderungen eine Reihe von Vorteilen.

7.2.2 Potenziale der Zentrenbildung

Reduktion der Komplexität

Zunächst ist, insbesondere mit Blick auf interne Organisationsstrukturen, die Komplexitätsreduktion der Gesamtorganisation zu nennen, die mit der Bildung von Zentren einhergeht. Universitätskliniken sind wie im vorherigen Abschnitt beschrieben hochkomplexe Organisationen, die allein aufgrund ihrer Größe eine dezentrale, jedoch zugleich koordinierte Steuerung erfordern. Zentren bieten eine Möglichkeit zur Gliederung einer solchen Organisation. Bei gleichzeitiger Implementierung wirksamer Koordinationsinstrumente ist so trotz der Dezentralisierung von Entscheidungsbefugnissen eine zielorientierte Steuerung der Gesamtorganisation möglich. Konkret bedeutet dies einen doppelten Vorteil: Zum einen führt die Weitergabe von Entscheidungsbefugnissen an Verantwortliche in einzelnen Organisationseinheiten zu einer besseren Einbeziehung des vor Ort vorhandenen Wissens. Zum anderen bedeutet die Weitergabe von vor allem operativer Verantwortung eine Entlastung des Vorstandes der Gesamtorganisation und schafft damit einen Freiraum für die Auseinandersetzung mit übergreifenden strategischen Fragestellungen. Eine gut implementierte dezentrale Organisations- und Verantwortungsstruktur ermöglicht damit zugleich effizientes und innovatives Handeln und bildet so die Basis für den Erfolg großer Organisation wie Universitätskliniken (Behrends/Kuntz 2002).

Fachabteilungs- und Sektorenüberbrückung

Von besonderer Bedeutung ist die Fachabteilungs- und Sektorenüberbrückung, die die Zentrenbildung möglich macht. Mit Blick auf die Patientenversorgung lassen sich durch die Bildung von Zentren Behandlungsprozesse im organisatorischen Aufbau einer Universitätsklinik manifestieren, die Struktur folgt dem Prozess und nicht umgekehrt. Zunächst bedeutet eine solche Organisation einen erhöhten Behandlungskomfort für Patienten. Zudem führt die interdisziplinäre Versorgung in einem solchen Zentrum häufig zu einer Verbesserung der Qualität. Die Verantwortung für den gesamten Behandlungsprozess liegt dabei maßgeblich in einer organisatorischen Einheit, dem Zentrum. Zentren schaffen somit Voraussetzungen zur Definition von Patientenpfaden und ermöglichen damit eine umfassende Qualitätssicherung. Der Anbieter wiederum, der einen gegebenen Patientenpfad in punkto Qualität und Effizienz dominiert, hat beste Chancen, erfolgreich am Markt zu agieren (Behrends/Kuntz 2002). Des Weiteren wird durch die Bildung von Zentren die Problematik von Schnittstellen zwischen Organisationsteil-

bereichen verringert (Behrends/Kuntz 2002). Unter dem Dach eines Zentrums vereinte, fachfremde Leistungen lassen sich problemlos in den Behandlungsprozess einbeziehen; es entstehen keine Konflikte durch unterschiedliche Behandlungskonzepte und Philosophien einzelner Kliniken, da die Organisation des Behandlungsprozesses zu einem großen Teil dem Zentrum obliegt und nicht mehr zwischen einzelnen eigenständigen Kliniken aufgeteilt ist. Dennoch gilt es weiterhin, Mechanismen für die Inanspruchnahme dem Zentrum nicht zugehöriger Ressourcen wie möglicherweise Labor oder Anästhesie zu implementieren. In Abhängigkeit davon, in welchem Maße ein Zentrum über eigene Ressourcen verfügt oder nicht, existiert damit auch in einer Zentrenstruktur weiterhin eine beachtliche Anzahl von Schnittstellen.

Neben der Patientenversorgung profitieren aber auch Forschung und Lehre von dem fachübergreifenden Ansatz eines krankheits- bzw. problemorientierten Zentrums; interdisziplinäre Forschung und sog. problemorientierte Lehre werden somit ermöglicht (Siewert/Siess 2006).

Obige Ausführungen beziehen sich vor allem auf die Fachabteilungsüberbrückung, ebenso ergeben sich aus der Zentrenstruktur Vorteile mit Blick auf eine angestrebte Sektorenüberbrückung. Ein Zentrum vermittelt ein hohes Maß an Fachkompetenz – insbesondere dann, wenn es an einer Universitätsklinik angesiedelt ist. Damit wird es für Akteure anderer Sektoren wie bspw. niedergelassene Haus- und Fachärzte rund um das Zentrum interessant, mit diesem zu kooperieren. Durch den Lehrauftrag verfügt ein Universitätsklinikum bereits über eine ausgeprägte Vernetzung, die es in diesem Kontext zu nutzen gilt. Zugleich bietet solch ein vernetztes Zentrum eine vielversprechende Ausgangslage zur Realisierung integrierter Versorgungsformen.

Auch Forschung und Lehre können von den angesprochenen sektorenübergreifenden Vernetzungen bzw. Kooperationen profitieren, beispielsweise durch Thematisierung ganzer Versorgungsketten.

Spezialisierung

Die Gründung von krankheits- bzw. problemorientierten Zentren geht einher mit einer Schwerpunktsetzung und bedeutet damit für Universitätskliniken eine Spezialisierung. Zum einen ermöglicht dies eine intensivere Auseinandersetzung mit gewählten Krankheiten bzw. Problemen und führt damit in der Regel zu einer Steigerung der Qualität. Zum anderen resultiert hieraus mit Blick auf den Patienten ein Wettbewerbsvorteil am Markt, denn ein Zentrum insbesondere an einer Universitätsklinik signalisiert höchste Fachkompetenz und erweckt damit das Vertrauen der Patienten. Zudem gelten interdisziplinäre Versorgungsformen zunehmend als moderne Behandlungsstrategien, Zentren signalisieren Zugang zu diesen (Burkhardt et al. 2006). Die Gründung von krankheits- bzw. problemorientierten Zentren lässt sich damit auch als ein Marktinstrument verstehen (Siewert/Siess 2006). Das Erschließen zusätzlicher Marktanteile wiederum kann eine Verbesserung der Erlössituation möglich machen (Sontheimer 2008).

Was für die Patientenversorgung gilt, gilt aber auch für Forschung und Lehre. Eine Spezialisierung in einem bestimmten Bereich macht eine Universitätsklinik auch für Forscher bzw. Ärzte interessant, die in diesem Bereich tätig sind. Gleiches gilt für Studenten – auch ihre Interessen lassen sich durch eine einschlägige Profilierung wecken.

Um in Zukunft zu bestehen, sind Universitätskliniken gefordert, Kernkompetenzen herauszustellen (Strehl 2007). Die Bildung von Zentren ermöglicht dies.

Skaleneffekte

Mit der Bildung von Zentren kommt es zu einer Reihe von positiven Skaleneffekten. Zentren dienen der krankheitsbezogenen Bündelung von Behandlungsprozessen. Zugleich lässt wie oben ausgeführt die wahrgenommene Spezialisierung einen Zustrom an Patienten vermuten. Beides bedeutet einen positiven Mengeneffekt, d. h. eine Steigerung der Fallzahl. Zahlreiche Studien zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen Fallzahl und Ergebnisqualität (vgl. z. B. Birkmeyer et al. 2002 und Dudley et al. 2000). Insbesondere bei Eingriffen, die durch Interdisziplinarität, ein hohes Maß an Erfahrungswissen und intensive Forschungstätigkeit gekennzeichnet sind, konnte dieser Zusammenhang nachgewiesen werden (Lüngen et al. 2006). Neben Qualitätseffekten können durch eine Erhöhung der Fallzahl auch Effizienzgewinne realisiert werden. Ressourcen können so besser ausgelastet werden (Behrends/Kuntz 2002). Des Weiteren wird oftmals angenommen, dass durch die Zusammenlegung gleichartiger Fälle die Kosten pro Fall gesenkt werden (Lüngen et al. 2006).

7.3 Zentrenbildung an der Universitätsklinik Köln

Im Folgenden sollen nun die im vorherigen Abschnitt theoriegestützt hergeleiteten Potenziale der Zentrenbildung mit der Praxis an der Universitätsklinik Köln verglichen werden. Hierzu wurden Interviews mit Herrn Prof. Dr. med. Erdmann, Direktor des Herzzentrums, Frau Dr. med. Plamper, Referentin im ärztlichen Direktorium, und Herrn Zwilling, kaufmännischer Direktor, geführt. Die Interviews fanden jeweils in Form eines persönlichen, offenen Gesprächs statt. Ziel der Gespräche war die Gewinnung qualitativer Aussagen zur Zentrenbildung an der Universitätsklinik Köln, vor allem zu verfolgten Zielen sowie bereits gemachten Erfahrungen. Von besonderem Interesse war dabei das Herzzentrum, welches in seiner heutigen Ausgestaltung erst im Oktober 2007 eröffnet wurde.

Die in den Interviews gemachten Aussagen werden nun in den folgenden Abschnitten zusammengefasst. Zum einen lassen sie sich als exemplarische Evidenz verstehen, zum anderen bieten sie Ansatzpunkte für die abschließende Diskussion.

7.3.1 Ziele

Die Ziele, die die Universitätsklinik Köln mit der Zentrenbildung verfolgt, entsprechen im Kern den allgemein der Bildung von Zentren zugeschriebenen Potenzialen. Auch die Universitätsklinik Köln bildet Zentren, um insbesondere durch Interdisziplinarität die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern sowie die Effizienz zu steigern. Ebenfalls sind Größe und Komplexität der Universitätsklinik Köln Anlass zur Zentrenbildung. Durch die Zusammenfassung einzelner Kliniken zu Zentren soll die Anzahl der zu koordinierenden Einheiten verringert werden. Hiervon versprechen sich die Verantwortlichen eine Vereinfachung der Steuerung.

An der Universitätsklinik Köln existieren verschiedenartige Zentren, als krankheits- bzw. problemorientierte Zentren sind bspw. das CIO, das Centrum für Integrierte Onkologie, das Brustzentrum, das Herzzentrum, das Shuntzentrum und das Transplantationszentrum zu nennen.

7.3.2 Erfahrungen

Da die Zentren an der Universitätsklinik Köln zum Teil noch recht jung sind, lässt sich der mit der Bildung dieser Zentren verbundene Erfolg noch nicht eindeutig beschreiben. Für eine umfassende Bewertung wäre zudem das Erheben und der Abgleich von Qualitäts- und Effizienzindikatoren notwendig. Die folgenden Aussagen beschreiben daher erste Erfahrungen, insbesondere das Herzzentrum betreffend, eignen sich jedoch dennoch hervorragend zur Identifikation kritischer Faktoren bei der Zentrenbildung, die im Folgenden in diesem Artikel diskutiert werden.

Die befragten Verantwortlichen sind überzeugt, dass die Zentrenbildung mit einer Steigerung der Qualität der Patientenversorgung einhergeht, die vor allem aus der interdisziplinären Versorgung in einem Zentrum zu resultieren scheint. Bestätigt wird dies auch durch die mit dem CIO, dem Zentrum für Integrierte Onkologie Köln-Bonn, gemachten Erfahrungen. 2004 gegründet, wurde das CIO im Jahr 2007 durch die Deutsche Krebshilfe als onkologisches Spitzenzentrum ausgezeichnet. Untersuchungen fachfremder Kollegen lassen sich, sofern diese in einem Zentrum zusammenarbeiten, leichter in den Behandlungsprozess integrieren als in einer traditionellen Klinikstruktur. Hieraus resultiert ein gewisser Marketingeffekt: Insbesondere Zentren an Universitätskliniken suggerieren wie oben beschrieben eine hohe Qualität der Behandlung und ziehen damit Patienten an, wecken zugleich aber auch eine entsprechende Erwartungshaltung. Gleiches gilt teilweise auch für Forschung und Lehre; das in einem Zentrum konzentrierte Fachwissen steigert die Attraktivität des Zentrums sowohl für Ärzte wie auch für Studenten. Die Qualität der Forschung wird nach Ansicht der Befragten hingegen durch Zentrenstrukturen nur in weniger bedeutendem Umfang erhöht, da engagierte Forscher auch ohne vorhandene Zentrenstrukturen bei sich überschneidenden Forschungsthemen bereits den Kontakt zu zunächst fachfremden Kollegen gesucht haben. Spitzenforschung verfügt damit unabhängig von vorhandenen Zentren über interdisziplinäre Netzwerke. Dennoch sehen die Interviewpartner auch Vorteile für Forschung und Lehre in Zentrenstrukturen, die insbesondere in einer möglichen behandlungsprozessbezogenen Forschung und Lehre Ausdruck finden. Forschung macht allerdings ebenso Klinikstrukturen erforderlich, die die Zusammenarbeit mit Fachkollegen auf hohem Niveau ermöglichen.

Mit Blick auf eine mögliche Steigerung der Effizienz liegen der Universitätsklinik Köln noch keine gesicherten Erkenntnisse vor. Zum einen führt die Zentrenbildung zu einer verbesserten Auslastung der in einem Zentrum gemeinsam genutzten Ressourcen. Zum anderen bedeutet die Verfügbarkeit dieser aber auch eine höhere Inanspruchnahme. So lässt sich feststellen, dass Untersuchungen durch fachfremde, aber dem Zentrum zugehörige Kollegen in Zentrenstrukturen wesentlich häufiger mit in Behandlungsprozesse einbezogen werden als in der zuvor existenten traditionellen Fächerstruktur. Der medizinische Standard wird damit in einem Zentrum

angehoben, Effizienzgewinnen durch die gemeinsame Nutzung vorhandener technischer und personeller Ressourcen steht dadurch allerdings eine höhere Inanspruchnahme dieser gegenüber. Weiteres Potenzial für Effizienzsteigerungen bieten gemeinsame Dienstpläne, bspw. für Bereitschaftsdienste, aber auch die in einem Zentrum mögliche Standardisierung des eingesetzten medizinischen Sachbedarfs.

Die Interviewpartner betonen, dass Zusammenarbeit in jeglicher Form immer stark von Sympathien und Antipathien der einzelnen beteiligten Personen abhängig ist. Der Erfolg eines Zentrums ist damit in hohem Maße darauf zurückzuführen, ob die Chefärzte der beteiligten Kliniken sich eine Zusammenarbeit mit ihren Kollegen vorstellen können oder nicht. Ist bspw. eine Kommunikation zwischen zwei Chefärzten aufgrund persönlicher Antipathien nicht möglich, kommt es auch bei gegebener Zentrenstruktur nicht zu der gewünschten fachübergreifenden Zusammenarbeit. Kommen die beteiligten Personen hingegen, wie bspw. im Herzzentrum an der Universitätsklinik Köln, gut miteinander aus, verspricht die zur Zusammenarbeit auffordernde Zentrenstruktur Vorteile. In einem Zentrum steigt der Abstimmungsbedarf. Qualitäts- und Effizienzgewinne sind damit nicht nur durch die Zentrenstruktur als solche, sondern ebenso stark durch die Fähigkeit der beteiligten Personen zur Zusammenarbeit determiniert. Die Zentren an der Universitätsklinik Köln sind häufig auf Initiative von Vertretern einzelner Fächer hin entstanden; das Zentrum wurde in diesem Kontext als Struktur für eine gewünschte interdisziplinäre Zusammenarbeit gewählt.

Der Standardisierung von Prozessen und einer damit verbundenen Modularisierung einzelner Teilschritte sind allerdings auch in einem Zentrum Grenzen gesetzt. Die mit Gründung des Herzzentrums zunächst für alle Patienten zentralisierte und vereinheitlichte Aufnahmeuntersuchung bspw. führte zu einer Reihe von Problemen, da sie häufig nicht den individuellen Informationsbedarf des behandelnden Arztes decken konnte.

Es ist davon auszugehen, dass Veränderungen der Organisationsstrukturen wie die Bildung von Zentren zunächst einmal eine große Unsicherheit bei den betroffenen Personen – insbesondere beim Pflegepersonal – auslösen. Dies kann bspw. in einem erhöhten Krankenstand der Belegschaft offenbar werden. Strukturveränderungen führen daher in einer ersten Phase häufig weder zu Qualitäts- noch Effizienzgewinnen, sondern zu einer Reihe von (möglicherweise auch unvorhergesehenen) Problemen, die es unter Einbeziehung aller Beteiligten zu lösen gilt. Erfolgskritisch für die Bildung von Zentren ist nach Einschätzung der Gesprächspartner damit ein Befürworten der Zentrenstruktur durch die betroffenen Mitarbeiter.

Die mit der problem- bzw. krankheitsorientierten Zentrenbildung einhergehende Spezialisierung der Medizin wird, insbesondere auch mit Blick auf die Lehre, nicht ausschließlich positiv bewertet. Zentren wie bspw. das Herzzentrum an der Universitätsklinik Köln bieten hochspezialisierte Leistungen. Allerdings ist unklar, in welcher Breite diese oftmals auch sehr teuren Leistungen künftig noch durch die Gesellschaft finanziert und damit angeboten werden können. Zukünftige Ärzte dürfen daher nicht ausschließlich zu hochqualifizierten Spezialisten ausgebildet werden. Auch für die Patientenversorgung bedeutet eine Spezialisierung nicht ausschließlich Vorteile, sie kann durch die Konzentration auf ein Krankheitsbild zu einer eingeschränkten Betrachtung des Patienten führen.

Die Potenziale, die ein Zentrum bieten kann, sind nach Ansicht der Interviewpartner auch determiniert durch die gegebenen Rahmenbedingungen. So eröffnet ein Zentrum zwar vielfältige Möglichkeiten etwa zur Realisierung sektorenübergreifender Versorgungsketten, diese werden jedoch durch langwierige, zum Teil politische Entscheidungsprozesse an von der öffentlichen Hand getragenen Universitätskliniken eingeschränkt, wie der Vergleich mit Zentren in privater Trägerschaft zeigt. Universitätskliniken haben zwar einerseits die Möglichkeit eine Vorreiterrolle bei der Zentrenbildung zu übernehmen, da sie wie oben dargestellt in einem besonderen Maße netzwerkfähig sind und über die erforderliche fachliche Breite verfügen. Diesen Vorteilen stehen aber nach Ansicht eines Interviewpartners deutliche Nachteile durch eine eingeschränkte Innovationsfähigkeit gegenüber, die aus langwierigen Entscheidungsprozessen und einer großen Anzahl beteiligter Interessengruppen bei der Entscheidungsfindung resultiert. Zudem weisen die Gesprächspartner darauf hin, dass eine zu einem gewissen Grade eigenverantwortliche Steuerung eines Zentrums das Vorhandensein von entscheidungsrelevanten Informationen, bspw. zu Kosten und Erlösen des Zentrums, als Basis für ein Selbstcontrolling erforderlich macht. Der Aufbau eines adäquaten Informationssystems ist dabei in keiner Weise trivial, die Universitätsklinik Köln implementiert gerade ein solches System.

7

7.4 Diskussion

Die Interviews mit Verantwortlichen der Universitätsklinik Köln haben gezeigt, dass die Zentrenbildung Vorteile mit Blick auf Qualität und Effizienz bedeuten kann. Auch in der Literatur scheint es hinreichend Evidenz zu geben, um den Weg der Zentrenbildung zu beschreiten (Lüngen et al. 2006). Zudem existieren eine Reihe weiterer Beispiele zu Erfolgen, die durch die Bildung von Zentren erzielt wurden (Sontheimer 2008, Overlack et al. 2007 und Schmitz/Quante 2006). Dennoch, das zeigen auch die Erfahrungen der Universitätsklinik Köln, gilt es eine Reihe von Faktoren und Details zu beachten. Die nun anschließende Diskussion dient der Sensibilisierung dieser Aspekte, wobei sowohl die Inhalte der Interviews wie auch aktuelle Diskussionen in der Literatur aufgegriffen werden.

Zunächst soll der Aspekt der Prozessorientierung, die durch die Zentrenbildung unterstützt werden kann, näher thematisiert werden. Die Frage, ob eine Organisation bzw. ein Unternehmen prozessorientiert organisiert ist oder nicht, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Jede Organisation bzw. jedes Unternehmen ist zu einem gewissen Grade prozessorientiert und entsprechend auch funktionsorientiert strukturiert. Damit stellt sich die Frage des optimalen Grades der Prozessorientierung. Die Organisation des Krankenhauses rund um die (Kern-)Prozesse hat dabei sowohl eine Kostensenkung und damit eine Steigerung der Effizienz wie auch eine Verbesserung der Qualität zum Ziel (Vera/Kuntz 2007). Eine Qualitätssteigerung äußert sich dabei wie im ersten Teil der Arbeit ausgeführt vordergründig in dem höheren Grad der Patientenorientierung. Die Verminderung von Schnittstellen führt zu einer Steigerung der Behandlungsqualität und ermöglicht die Definition von Patientenfäden, denen ebenfalls mit Blick auf Qualität und Effizienz positive Effekte zuge-

geschrieben werden. Allerdings ist in diesem Kontext zu beachten, dass die Zentrenbildung Schnittstellen keinesfalls obsolet macht, auch da der Behandlungsprozess stark von der Mitwirkung des jeweiligen Patienten abhängt und daher nur eingeschränkt standardisierbar ist. Auch die bisherigen Erfahrungen der Universitätsklinik Köln mit der Zentrenbildung zeigen eine Qualitätsverbesserung. Hinsichtlich der Effizienz kann jedoch zum jetzigen Zeitpunkt noch keine allgemein eindeutige Aussage getroffen werden. Es existieren zahlreiche Studien, die eine positive Abhängigkeit zwischen dem Grad der Prozessorientierung und der Effizienz zeigen. Vera und Kuntz haben 2007 eine Studie durchgeführt und diesen Zusammenhang empirisch signifikant am Beispiel von Krankenhäusern in Rheinland-Pfalz nachgewiesen. Konkret werden in der Studie etwa 25 Prozent der Unterschiede in der Effizienz durch den Grad der Prozessorientierung erklärt, was nachvollziehbar ist, wenn man die Vielfalt der Faktoren bedenkt, die Einfluss auf die Effizienz im Krankenhaus haben (Vera/Kuntz 2007). Zentrenbildung kann mit einer verstärkten Prozessorientierung einhergehen und somit zu einer erhöhten Effizienz führen, wengleich, wie das Beispiel der Universitätsklinik Köln zeigt, Effizienzeffekte durch eine Mengenausweitung bei Einzelleistungen aufgrund verbesserter Zugangsmöglichkeiten unter Umständen in der Summe wieder ausgeglichen werden.

Die angesprochene Studie (Vera/Kuntz 2007) beschreibt ebenso einen Effizienzgewinn durch Dezentralisierung, wobei allerdings der Effekt der Prozessorientierung überwiegt. Die Aussagen zu Komplexität und der daraus erwachsenen erforderlichen Dezentralisierung lassen sich somit empirisch bestätigen. Auch die Literatur verweist dabei auf die Notwendigkeit einer adäquaten Steuerungsunterstützung (Busch 2006). In diesem Zusammenhang wird zur Schaffung erforderlicher Anreize für die einzelnen Teilbereiche bzw. Zentren organisatorisch oftmals die Implementierung sogenannter Profit- oder auch Ergebnis-Center vorgeschlagen. Auch die Universitätsklinik Köln beschreitet diesen Weg und möchte künftig den Verantwortlichen einzelner Zentren verstärkt auch kaufmännische Beratung zur Seite stellen. Unter einem Profit- bzw. Ergebnis-Center versteht man Organisationsteilbereiche mit eigener Ergebnisverantwortung, d. h. mit Verantwortlichkeit für Kosten und Erlöse in dem jeweiligen Teilbereich. Insbesondere die Koppelung der Entlohnung der Verantwortungsträger einer Organisationseinheit an den Erfolg bzw. das Ergebnis dieser Einheit verspricht eine starke Anreizwirkung und ermöglicht so eine zielorientierte Steuerung der Gesamtorganisation (Behrends/Kuntz 2002 und Vera/Kuntz 2007).

Clement et al. wiederum zeigen 2008 in einer Studie über Krankenhäuser, dass eine erhöhte Effizienz mit einer Steigerung der Qualität einhergehen kann, Qualitäts- und Effizienzsteigerungen lassen sich somit Hand in Hand verfolgen (Clement et al. 2008).

Wie im Interview, so wird auch in der Literatur die Bedeutung der Einbeziehung der Leistungserbringer, insbesondere der Leistungsträger, herausgestellt. Bedingt durch eine starke Forschungsausrichtung, ein schwach ausgeprägtes Kostenbewusstsein und ein hohes Autonomiebedürfnis kann möglicherweise der Status der Ärzte als „Professionals“ hier Probleme bereiten (Vera/Kuntz 2007). Hinzu kommen sehr unterschiedliche Denk- und Behandlungsweisen in den einzelnen Fächern, die zweifelsohne auch ihre fachliche Berechtigung haben. Zentrenstrukturen verlangen von den Beteiligten ein Umdenken sowie ein hohes Maß an Kommunikation

und gegenseitigem Verständnis. Young et al. haben 2004 eine Studie zu Unterschieden zwischen funktions- und produktorientierten Krankenhäusern durchgeführt und dabei auch mitarbeiterbezogene Aspekte untersucht. Eine funktionsorientierte Struktur bedeutet zumeist größere Freiheiten für verantwortliche Mitarbeiter in einzelnen Funktionsbereichen, wohingegen eine produktorientierte Struktur durch einen festgelegten Prozess der Produkterstellung determiniert wird, dem sich einzelne Prozessbeteiligte unterzuordnen haben. Die Chefärzte präferieren daher möglicherweise trotz zahlreich vorhandener Schnittstellen eine fachabteilungsorientierte Struktur und damit die Gliederung eines Krankenhauses in einzelne Kliniken. Mehr Freiheiten der Leistungsträger in einer funktional bzw. in Fachabteilungen gegliederten Organisation stehen damit einem intensiveren interdisziplinären Austausch in einer vornehmlich anhand von Produkten strukturierten Organisation gegenüber. Die Studie zeigt, dass eine produktorientierte Organisationsstruktur negativen Einfluss auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter hat (Young et al. 2004). Die Mitarbeiterzufriedenheit wiederum ist insbesondere in Zeiten des Fachkräftemangels von substantieller Bedeutung für eine Organisation. Die Führungskräfte der obersten Leitungsebene sind daher gefordert, ein Klima zu schaffen, was zu Patientenorientierung, fachübergreifender Zusammenarbeit, Informationsaustausch sowie einem offenen Umgang mit Kritik anregt (Vera/Kuntz 2007). Es gilt die mit einem Zentrum verbundenen Vorteile zu kommunizieren. In diesen Zusammenhang lassen sich auch die Erfahrungen der Universitätsklinik Köln einordnen. Können sich beteiligte Mitarbeiter mit dem Zentrum und den Zielen identifizieren, schaffen Zentren einen Mehrwert. Ist dies nicht der Fall, können Zentren die ihnen zugesprochenen Potenziale nicht realisieren (Siewert/Siess 2006).

Gelingt es jedoch, die angesprochene Identifikation herzustellen, verspricht die Zentrenbildung auch mit Blick auf Mitarbeiterzufriedenheit und -motivation erstrebenswerte Effekte. Wird der Arbeitgeber positiv in der Öffentlichkeit wahrgenommen, was wie beschrieben bei einem Zentrum zumeist gegeben ist, führt dies in der Regel zu einer erhöhten Mitarbeiterzufriedenheit; dem Ansehen eines Universitätsklinikums insgesamt bzw. eines Zentrums kommt damit auch eine personalpolitische Bedeutung zu (Zobel et al. 2007).

Eine Veränderung der verbreiteten funktionalen Fächerstruktur hin zu einer produktorientierten und damit möglicherweise prozessorientierten Organisation ist dabei keinesfalls trivial und braucht Zeit. Dies zeigen die Erfahrungen der Universitätsklinik Köln wie auch zahlreiche Literaturquellen (Vera/Kuntz 2007, Burkhardt et al. 2006 und Richter-Kuhlmann 2006). Bei der Bildung bzw. dem Zuschnitt von Zentren sollte zielorientiert vorgegangen werden. Bedeutsam ist, dass die Bildung von Zentren einen Mehrwert schafft. Restrukturierung von Universitätskliniken bedeutet oftmals zunächst einmal Verunsicherung der Beteiligten und nicht automatisch und zeitnah einen Effizienz- und Qualitätsgewinn (Braithwaite et al. 2006). Zudem ist eine Balance zwischen Funktions-, Produkt- und Prozessorientierung zu finden. Große Organisationen ermöglichen den Fortbestand funktionsorientierter Einheiten innerhalb produkt- und/oder prozessorientierter Strukturen (Vera/Kuntz 2007). Zum einen lassen sich so die Vorteile der Produkt- und Prozessorientierung realisieren. Zum anderen besteht aber auch weiterhin eine Struktur fort, die einen Austausch zwischen Kollegen desselben Faches und darauf aufbauend fachbezogene Forschung und Lehre möglich macht. So kann es gelingen, Patienten- und

Problemorientierung einerseits und fachbezogene Spezialisierung andererseits als Basis für Innovationen in den Strukturen einer Universitätsklinik zu implementieren (Siewert/Siess 2006).

7.5 Fazit

Zentrenstrukturen gelten auch nach Ansicht der Interviewpartner als Organisationsprinzip der Zukunft für Universitätskliniken, wenngleich eine Reihe von Faktoren und Details bei der Implementierung zu beachten ist. Die Ausübung einer Vorreiterrolle von Universitätskliniken wird dabei durch deren genannte Merkmale zwar begünstigt, durch schwerfällige Entscheidungsstrukturen und eine vielschichtige Interessenlage der an Entscheidungen beteiligten Personen allerdings eingeschränkt. Universitätskliniken sind gefordert, ihre Kernkompetenzen herauszustellen (Strehl 2007). Die Verbesserung interner Strukturen lässt sich als ein Schlüssel zur Stärkung der Wettbewerbsposition verstehen (Zobel et al. 2007). Gelingt es einem Krankenhaus, Innovationen in Strategie und Steuerung zu verwirklichen und dabei auf eine optimale Ressourcenausstattung verweisen zu können, hat es gute Chancen auch in öffentlicher Trägerschaft in Zukunft erfolgreich zu sein (Becker et al. 2007). Zentren bieten Universitätskliniken Möglichkeiten zur Profilierung und damit zu einer erfolgreichen Positionierung in einem Wettbewerb (Siewert/Siess 2006 und Burkhardt et al. 2006), in dem die Bedeutung von Qualität und Effizienz weiter zunehmen wird.

7.6 Literatur

- Becker A, Beck U, Pfeuffer B. Sind die Privaten wirklich besser? *Das Krankenhaus* 2007; (6): 539–43.
- Behrends B, Kuntz L. Die Bedeutung von medizinischen Zentren in Universitätskrankenhäusern und deren Einbindung in das Steuerungssystem. *Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis* 2002; (2): 130–43.
- Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *The New England Journal of Medicine* 2002; 346 (15): 1128–37.
- Braithwaite J, Westbrook MT, Hindle D, Iedema RA, Black DA. Does restructuring hospitals result in greater efficiency? – an empirical test using diachronic data. *Health Services Management Research* 2006; 19: 1–12.
- Burkhardt J, Müller M, Weigang U, Weißflog D, Wilkens-Lotis C, Zehender M. Die Bewältigung strategischer Herausforderungen in einem dynamischen Krankenhausumfeld. *Das Krankenhaus* 2006; (5): 378–83.
- Busch H-P. Auf dem Weg zum „Profitcenter“. *Das Krankenhaus* 2006; (11): 959–62.
- Clement JP, Valdmanis VG, Bazzoli GJ, Zhao M, Chukmaitov A. Is more better? An analysis of hospital outcomes and efficiency with a DEA model of output congestion. *Health Care Management Science* 2008; 11 (1): 67–77.
- Dudley RA, Johansen KL, Brand R, Rennie DJ, Milstein A. Selective Referral to High-Volume Hospitals: Estimating Potentially Avoidable Deaths. *The Journal of the American Medical Association* 2000; 283 (9): 1159–66.

- Lüngen M, Gerber A, Lauterbach KW. Zentrenbildung und Krankenhausplanung. *Das Krankenhaus* 2006; (11): 963–68.
- Overlack K, Reichensperner HC, Zluhan M, Lüngen B. Ausgliederung eines medizinischen Zentrums – das Universitäre Herzzentrum am Universitätsklinikum Eppendorf (UHZ – UKE) als Erfolgsmodell. *Das Krankenhaus* 2007; (2): 148–49.
- Richter-Kuhlmann E. Trend zur Zentrenbildung. *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103 (7): 384–88.
- Schmitz C, Quante S. Auswirkungen der Zentrenstruktur auf die strategische Entwicklung des UKE. *Das Krankenhaus* 2006; (7): 579–82.
- Siewert JR, Siess M. Das Universitätsklinikum der Zukunft. In: Thiede A, Gassel HJ (Hrsg.). *Krankenhaus der Zukunft*. Heidelberg: Kaden 2006; 587–93.
- Sontheimer GM. Marktanteile erschließen durch Spezialisierung und Zentrenbildung. *f&w* 2008; 25 (3): 243–44.
- Strehl R. Die Rolle der Universitätsklinika und ihrer Ambulanzen in der zukünftigen Versorgung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2007*. Stuttgart: Schattauer 2008; 121–41.
- Vera A, Kuntz L. Process-based organization design and hospital efficiency. *Health Care Management Review* 2007; 32 (1): 55–65.
- Wissenschaftsrat: Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin. Berlin 2007 (Drs. 7984-07 vom 13.07.2007).
- Young GJ, Charns MP, Heeren TC. Product-line management in professional organizations: An empirical test of competing theoretical perspectives. *Academy of Management Journal* 2004; 47 (5): 723–34.
- Zobel C, Borges P, Kuntz L. Krankenhausmanagement im Wandel – Empirische Evidenz, Praxis und Qualitätsrisiken. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinnützige Unternehmen* 2007; Beiheft 35: 96–110.