

Zentrumsbildung in der Intensivmedizin*¹⁾

H. Van Aken, K. van Ackern, A. Schleppers und B. Landauer

Ausgangslage

Bedingt durch zunehmenden wirtschaftlichen Druck nach Einführung der DRGs, verbunden mit einer Umstrukturierung der Gesundheitssysteme, müssen Krankenhäuser ihre Marktposition im nationalen und internationalen Wettbewerb sichern und Ihre strategischen Geschäftsfelder ausbauen.

Dabei liegt ein besonderer Druck auf den Universitätskliniken, aber auch den Großkrankenhäusern. Vor allem erstere müssen bei gleichzeitig sinkenden öffentlichen Mitteln auf den Feldern der Krankenversorgung sowie der Forschung und Lehre ihre Leistung verbessern und weiterentwickeln. Um dies zu erreichen, sind umfangreiche Strukturveränderungen erforderlich. Ein viel diskutierter und inzwischen in unterschiedlichen Varianten umgesetzter Weg ist die Bildung von Zentren/Departements. Analysiert man die Begrifflichkeit auf Basis der standortübergreifenden Stellungnahme zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Bayern [1], so sind Zentren/Departements definiert als „zentrale Organisationseinheiten, mit dem Ziel der Neuausrichtung der Organisationsstrukturen und Erschließung und Optimierung von Synergien.“ Zentren/Departements sollen die forschungs- und lehrförderlichen Strukturen sowie die Krankenversorgung verbessern und die Ressourcennutzung optimieren. Das formale Regelwerk erlaubt dabei die Mitgliedschaft sowohl in einem Zentrum als auch mehreren Zentren bzw. Departements.

Zentrumsstrukturen

Betrachtet man weiterhin die Arten von Zentren, so könne diese z.B. unterschieden werden nach:

Affinität / Kompetenz

Mutter-Kind-Zentrum aus Geburtshilfe, Pädiatrie und Kinderchirurgie, Herz-Zentrum aus Kardiologie und Kardiochirurgie, interdisziplinäres Tumorzentrum, Brustzentrum, Beckenboden-

zentrum, Herz-Zentrum, Intensivmedizinisches Zentrum.

Supportive Zentren

OP-Zentrum, Laborzentrum, Zentrum für Anästhesie und, in der Regel, operative Intensivmedizin.

Im Rahmen der um sich greifenden Zentrumsbildung an deutschen Krankenhäusern stehen derzeit die sogenannten Kompetenzzentren im Vordergrund. Für Institute und Kliniken, die sich innerhalb eines solchen Kompetenzzentrums organisieren, besteht die Möglichkeit, Alleinstellungsmerkmale nach außen zu kommunizieren (Mutter-Kind-Zentrum, Schmerz-Zentrum, Herz-Zentrum etc.).

Werden die Kompetenzzentren in Richtung sogenannter Behandlungszentren weiterentwickelt, so treten neben den Marketing- und Affinitätsgründen ökonomische und infrastrukturelle Gründe in den Vordergrund. Im Gegensatz zu den einfachen Kompetenzzentren verfügen sie über eigene Führungs- und Verwaltungsstrukturen und werden aus kostenkalkulatorischen Gründen häufig als „Profitcenter“ geführt. Durch die eigene Führungsstruktur sollen Interessenkonflikte der einzelnen Zentrumsbeteiligten verhindert werden. Eigene (Teil-) Budgets ermöglichen die Verlagerung von Budgetverantwortung vom Klinikumsvorstand bzw. von den Abteilungsleitungen auf die Zentrumsleitungen. Die Zentren können sich so durch Budgetverantwortung und besser noch durch Ergebnisverantwortung innerhalb des Klinikums mit hoher Selbstständigkeit organisieren. Die Verantwortungen und Entscheidungskompetenzen werden umverteilt.

Ein weiteres Ziel einer Zentrumsbildung liegt in der abteilungsübergreifenden Ablauforganisation und der Koordination der Behandlungsabläufe für

* Anästh. Intensivmed. 49 (2008) 299 - 301.

¹⁾ Wesentliche Ergebnisse einer Klausurtagung von DGAI und BDA am 25.07.2007 in Frankfurt unter maßgeblicher Mitwirkung von A. Dänzer, Th. Klöss und A. Goetz

interdisziplinäre Krankheitsbilder (z.B. Intensivmedizin) durch die Entwicklung von klinischen Behandlungspfaden und Standard Operating Procedures (SOPs). Eine Aufwertung erfahren derartige Zentren, wenn ihre Strukturen und vor allem ihre verbesserte Leistungsfähigkeit durch Dritte (z.B. DIN ISO) zertifiziert werden.

Innerhalb dieser Zentrenstruktur mit hoher Eigenständigkeit kann die Zusammenfassung administrativer Abläufe zusammen mit der verstärkten Möglichkeit zur Ressourcenbündelung zu erheblichen Effizienzgewinnen führen. Gleichzeitig werden viele interpersonelle Konflikte zwischen den innerhalb eines Zentrums organisierten Klinik- und Institutsdirektoren von der Vorstand-/Geschäftsführungsebene auf die Ebene der Zentrumsleitungen delegiert.

Dies legt die Erwartung nahe, dass in derartigen Zentren – durch die Bildung homogener Leistungsbereiche bei überschaubarer Größe – Kosteneinsparungen bei gleichzeitiger Qualitätsverbesserung erzielt werden können. Grundvoraussetzungen für diesen Entwicklungsprozess sind:

- Steigerung der Versorgungsqualität innerhalb des umschriebenen Leistungsbereichs, nachgewiesen durch internes Benchmarking,
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit durch patientenorientierte Prozessoptimierung,
- Kostenreduktion durch Synergien z.B. in Form verstärkter Interdisziplinarität und Ressourcenbündelung,
- Optimierung von Aus-, Weiter- und Fortbildung durch abteilungsübergreifende Programme,

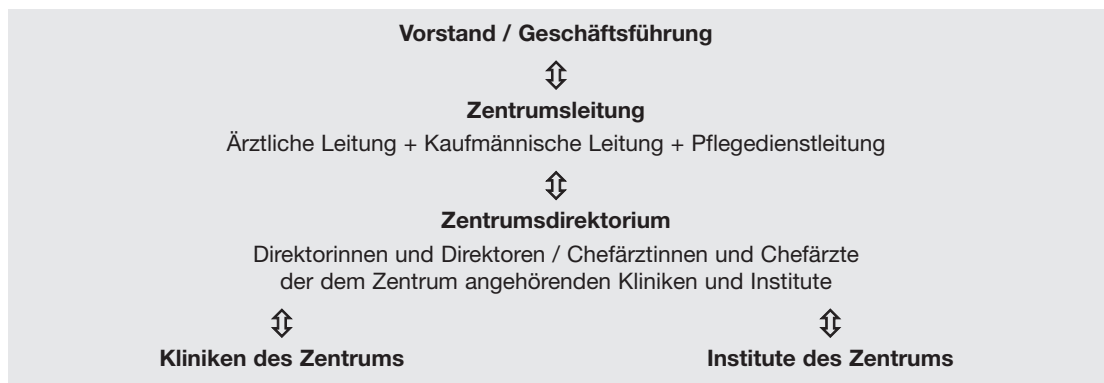
- erhöhte Flexibilität und Reaktivität durch dezentrale Budgetverantwortung, Bündelung administrativer Abläufe innerhalb eines Zentrums, z.B. bei Personaleinstellungen usw.,
- Dezentralisierung von Managementkompetenz.

Organisationsstruktur

Analysiert man die Grundstrukturen gängiger Zentren, finden sich überwiegend zwei unterschiedliche Leitungsgremien, nämlich Zentrumsleitung und Zentrumsdirektorium. Die Zentrumsleitung setzt sich aus bis zu sechs Personen zusammen: die ärztlich-wissenschaftliche Leitung und deren Stellvertretung, die kaufmännische Leitung und deren Stellvertretung sowie in bettenführenden Zentren die Pflegedienstleitung und deren Stellvertretung. Die entscheidende Aufgabe der Zentrumsleitung besteht in der Führung des Zentrums nach innen und nach außen, wobei die Zusammenarbeit mit dem Vorstand/der Geschäftsführung sowie an Universitätskliniken die Unterstützung der Kliniken/Institute in Angelegenheiten der Forschung und Lehre von besonderer Bedeutung sind.

Die Aufgaben der ärztlich-wissenschaftlichen Zentrumsleitung bestehen insbesondere in:

- Überwachung der Leistungs- und Qualitätsziele des Zentrums,
- Aufbau und Weiterentwicklung von Patientenzugängen (Clinical Pathways, SOPs) innerhalb des Zentrums,
- Optimierung des Ressourceneinsatzes in der Medizin,



- Überwachung von medizinischen Sicherheitsstandards.

Die Aufgaben der kaufmännischen Zentrumsleitung umfassen unter anderem:

- 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 Unternehmensbereichen bei der Wahrnehmung administrativer Aufgaben (z.B. Einstellungen, Beschaffungen).

Der Pflegedienstleitung des Zentrums obliegen unter anderen folgende Aufgaben:

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

Konsequenzen der Zentrenbildung für Anästhesie und Intensivmedizin

Betrachtet man die dargestellten Strukturen im Hinblick auf die Konsequenzen, die eine derartige Zentrenbildung für die Anästhesiologie im Ganzen, d.h. Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, hat, so ergeben sich in den meisten Fällen keine größeren Veränderungen vom „Status quo“, da die Anästhesie als supportives Zentrum bereits heute schon fach- und zentrumsübergreifend agiert. Die aus der historischen Entwicklung unseres Faches resultie-

rende und durchaus verständliche Befürchtung, die zentralen Anästhesiekliniken bzw. -abteilungen könnten zerschlagen und den einzelnen Zentren zu- bzw. untergeordnet werden, liegt jedoch fern jeder Realität. Ein solcher „Rückschritt“ wäre nicht nur wirtschaftlich absolut kontraproduktiv, liefere doch eine derartige Aufspaltung den Zielen der Zentrumsidee in jeder Hinsicht diametral entgegen.

Im Gegenteil, nur eine zentrale, gut ausgestattete, fach- und zentrenübergreifend organisierte und integrativ agierende Anästhesie kann die im Zuge der Zentrenbildung anvisierten Effizienz- und Qualitätsziele erreichen.

In der Intensivmedizin wird die Zentrumsbildung die Abkehr von immer noch verbreiteten traditionell fachorientiert geführten Stationen beschleunigen. Dabei darf aber diese, in jeder Hinsicht sinnvolle Entwicklung nicht auf Zentrumsbene beschränkt bleiben, sondern sollte zu größeren Intensivbehandlungseinheiten führen. An Universitätskliniken und Schwerpunktkrankenhäusern sollte dabei, entsprechend einer gemeinsamen Empfehlung zur Organisation der Intensivmedizin von DGAI und BDA mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin, zweckmäßigerweise in operative und konservative Einheiten unterteilt werden. Dabei sind die Voraussetzungen und Details einer gedeihlichen Zusammenarbeit mit den hauptsächlich betroffenen Fachgebieten, nämlich der Chirurgie und der Inneren Medizin, mit den 2007 verabschiedeten „gemeinsamen Empfehlungen zur Ausstattung und Organisation interdisziplinärer operativer Intensiveinheiten“ einvernehmlich geregelt [2,3]. In diesem Zusammenhang ist jedoch unstrittig, dass bei aller Interdisziplinarität die Intensivmedizin integraler Bestandteil des jeweiligen „Mutterfachs“, d.h. des Gebietes im Sinne der Weiterbildungsordnung bleiben muss. Sie darf auch – in Übereinstimmung mit den Verhältnissen in Europa – im Krankenhaus kein selbständiges Fachgebiet werden, eine Entwicklung unter der übrigens die Intensivmedizin selbst am meisten leiden würde:

Zu groß sind nämlich die Synergieeffekte der bis heute gewachsenen Integration von Anästhesie und Intensivmedizin, als dass man diese Symbiose wegen eines vorübergehenden, wie auch immer gearteten Vorteils leichtfertig und kurzfristig aufs Spiel setzen darf. Man denke nur an die Ähnlichkeiten der sich vielfach nur durch ihre „Schlagzahl“ unterscheidenden Prozeduren in der Anästhesie und Intensivmedizin, die friktionsarmen Prozessabläufe durch „fast alles aus einer (zentralen) Hand“, an das Problem der Personalgewinnung, -rotation und -rückkehrer sowie einer qualifizierten Weiterbildung.

Alles in allem ist die Bildung von Departements und Zentren nur dann erfolgreich, wenn sie einen nachweisbaren Nutzen für alle Beteiligten bzw. Betroffenen, d.h. Patienten, Ärzte, Forscher, Weiterzubildende, Pflegekräfte und Studenten schafft. Unser Fach hat sich vorausschauend für diese anspruchsvolle Aufgabe gut vorbereitet.

Literatur

1. WR-Drs. 7582-06 Dresden, 10.11.2006 (DOWNLOAD DFG)
2. Gemeinsame Empfehlungen zur Ausstattung und Organisation interdisziplinärer operativer Intensiveinheiten (IOI)* der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen Anästh Intensivmed 2007;48:230-232
3. Gemeinsame Empfehlung zur Organisation der Intensivmedizin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten sowie der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin Anästh Intensivmed 2007;48:431-432.