Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

DIE DRESDNER.

Was kann Zentrenbildung als Initiative von Fachgesellschaften zur Verbesserung der Versorgung und Vermeidung von Ökonomisierung beitragen?

Gabriele Schackert
Klinik für Neurochirurgie
TU Dresden

Zentren des UKD

- Universitäts KrebsCentrum - UCC
- Prostatakarzinomzentrum am Universitäts KrebsCentrum
- Hauttumorzentrum am Universitäts KrebsCentrum
- Gynäkologisches Krebszentrum am Universitäts KrebsCentrum
- Neuroonkologisches Zentrum am UCC
- Regionales Brustzentrum am Universitäts KrebsCentrum
- Viszeralonkologisches Zentrum am Universitäts KrebsCentrum
- Universitäts AllergieCentrum - UAC
- UniversitätsCentrum für Autoimmun- und Rheumatische Erkrankungen
- Universitäts GefäßCentrum - UGC
- Universitäts Kinder Frauenzentrum
- Diagnostisch-Internistisch-Neurologisches Zentrum - DINZ
- Universitäts MukoviszidoseCentrum - UMC
- Dresdner NeurovaskuläresCentrum - DNVC

- Diagnostisch-Internistisch-Neurologisches Zentrum - DINZ
- Universitäts MukoviszidoseCentrum - UMC
- Dresdner NeurovaskuläresCentrum - DNVC
- UniversitätsCentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Universitäts PalliativCentrum - UPC

upc.jpeg

- Universitäts-Physiotherapie-Zentrum
- Universitäts PlastischÄsthetisches Centrum - UPÄC
- UniversitätsProtonenTherapieDresden – Klinik für Strahlentherapie/OncoRay
- Universitäts SchmerzCentrum - USC
- UniversitätsCentrum für Gesundes Altern - UCGA
- UniversitätsCentrum für Seltene Erkrankungen - USE
- Zentrum für Translationale Knochen-, Gelenk- und Weichgewebeforschung
- UniversitätsCentrum Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung

Universitätskliniken

Trend zur Zentrenbildung

Viele Universitätskliniken sind im Umbruch und versuchen, ihren Weg zwischen klassischer Fächerstruktur und neuen Zentren zu finden. Ein Patentrezept gibt es nicht.

Die Finanzkrise in der Hochschulmedizin verschärft sich. Diagnosebezogene Fallpauschalen, reduzierte Zuschüsse der Länder für Forschung und Lehre, längst überfällige Instandhaltungsmaßnahmen sowie hohe Vorhaltekosten bringen die 34 deutschen Universitätskliniken immer stärker in Bedrängnis. Nach Angaben des Wissenschaftsrates schreiben bereits zwei Drittel rote Zahlen. „Die Hochleistungsmedizin muss effizienter werden. Sie muss betriebswirtschaftlich und organisatorisch optimiert werden", ist vielerorts zu hören. Allein das „Wie" ist noch nicht ausreichend und überzeugend beantwortet.

Der Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) setzt wie viele seiner Mitglieder auf die Bildung von Zentren an den Kliniken. Ende Oktober 2005 widmete er diesem Anliegen eine eigene Tagung in Berlin. „Zentren werden die Zukunft der deutschen Universitätskliniken bestimmen. Das ist bereits keine Frage mehr", sagt Prof. Dr. med. J. Rüdiger Siewert, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des VUD. Als Leitidee habe zu gelten: „Man muss zusammenführen, was zusammengehört." Eine Aufhebung der traditionellen Fächerstruktur und die Bildung von Zentren werde immer ein langwieriger und zum Teil schmerzhafter Prozess sein, deshalb sollten die bestehenden Strukturen nicht mit der Brechstange zerstört werden.

In der Tat rumort es gewaltig an einigen Universitätskliniken, an denen bereits mit der Bildung von Zentren begonnen wurde. „Die Umstrukturierung soll nur das Image der Klinik aufbessern, wir fühlen uns dagegen wie Angestellte in einer Fabrik", schimpft ein Arzt. Prof. Dr. med. Volker Schumpelick, Direktor der Chirurgischen Klinik Aachen, äußerte Ende 2004 in der Zeitschrift des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen sogar öffentlich seine Sorge um „die Universitätsstruktur und die Qualität der ärztlichen Behandlung". Es dränge sich der Verdacht auf, dass ein veraltetes Konzept übertragen werden soll, das zu Zeiten voller Kassen an ethischen Bedenken gescheitert wäre.

„Zentrenbildung muss zielorientiert, braucht aber nicht flächendeckend zu sein", betont Siewert immer wieder. Es dürfe weder eine neue akademische Bürokratie entstehen, noch dürften sich klinische Spezialisierungen zurückentwickeln. Stattdessen müsse die Zentrenbildung immer einen „Mehrwert" erzeugen; die Vorteile müssten die Nachteile überwiegen. Mögliche Vorteile sind für Siewert eine Steigerung der Versorgungsqualität, eine bessere Nutzung der Ressourcen oder verbesserte Abläufe. Siewert, selbst Vorstandsvorsitzender und Ärztlicher Direktor des rechtlich verselbstständigten Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM) mit 3 300 Mitarbeitern, verweist dabei auf seine persönlichen Erfahrungen. Lediglich fünf krankheitsorientierte interdisziplinäre Zentren etablierte das Klinikum bislang: ein Tumortherapie-Zentrum, ein Zentrum für Gefäßerkrankungen, ein Mutter-Kind-Zentrum, ein Endokrines Zentrum sowie ein Brustzentrum – mit Erfolg.

Auch der Wissenschaftsrat (WR) würdigt in seiner jüngsten Stellungnahme vom 30. Januar die Optimierung der Krankenversorgung an der TUM, fordert aber gleichzeitig eine weitere Steigerung der Leistungsfähigkeit in Forschung und Lehre, unter anderem durch Zentrenbildung. „Bei Profilbildung und Berufungen ist eine Abstimmung mit der medizinischen Schwesterfakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) unverzichtbar", sagt der WR-Vorsitzende, Prof. Dr. med. Karl Max Einhäupl. So sollen Forschungseinrichtungen gemeinsam genutzt, Rechenzentren zusammengeführt und ein gemeinsames Zentrum zur Koordination klinischer Studien aufgebaut werden. Eine Fusion der Klinika von LMU und TUM – lange im Gespräch – empfiehlt der Rat dagegen nicht. Stattdessen fordert er auch das Klinikum der LMU (8 600 Mitarbeiter) zu Reformen auf. So sollen die meisten Kliniken der Innenstadt an den Hauptstandort Großhadern verlagert werden. Begrüßt wird von dem Beratergremium eine Zusammenführung der Frauenheilkunde und der Pädiatrie in ein modernes Eltern-Kind-Zentrum.

Konkrete Vorgaben, wie und unter welchen Umständen ein Zentrum an einer Universitätsklinik aufgebaut werden sollte, gibt der Wissenschaftsrat nicht. Prof. Dr. med. Werner Seeger, Mitglied der Wissenschaftlichen Kommission des WR, rät jedoch, auch Forschungsprofes-

HR Siewert:

…Finanzen

…zusammenführen, was zusammen gehört

…Aufhebung der Fächerstruktur

…Steigerung der Versorgungsqualität

…bessere Nutzung der Ressourcen

Nachgefragt

Rudiger Strehl unterstutzt als Vorstandsvorsitzender des VUD und Kaufmannischer Vorstand des Universitatsklinikums Tubingen eine „dosierte" Bildung von Zentren.

DÄ: *An vielen Universitätskliniken werden derzeit Zentren gebildet. Zeichnet sich da ein Trend ab, oder ist das nur eine „Mode"?*

Strehl: Beides, aber wenn die modischen Projekte nicht zum Ergebnis führen, wird der wahre Trend deutlicher sichtbar werden.

DÄ: *Auch der VUD empfiehlt die Etablierung solcher Strukturen. Hat sich die Gliederung in die traditionellen Fächer/Kliniken nicht bewährt?*

Strehl: Die Spezialisierung in verschiedene Fachdisziplinen ist die Basis der enormen Leistungssteigerungen in der Medizin. Deshalb sollten Änderungen wohl bedacht sein. Andererseits gibt es weiter reichende Möglichkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit als Konsile und Überweisungen. Mit Behandlungszentren oder einer strikt gesteuerten, dokumentierten und kontrollierten Koordination der Diagnostik und der Therapieschemata bei mehreren beteiligten Fachdisziplinen können durchaus weitere Leistungsverbesserungen erreicht werden. Auch gibt es ordnungsrechtliche und wirtschaftliche Gesichtspunkte, die zu diesen neuen Überlegungen Anlass geben.

DÄ: *Welche Erfahrungen haben Sie selbst in Tübingen gemacht?*

Strehl: Ressourcenzentren bringen schnelle Erfolge. Das haben wir im Zentral-OP und in der Endoskopie an erheblich besseren Kapazitätsauslastungen messen können. Departments und fachübergreifende Zentren sind meist von den Persönlichkeiten und vom Konsens der Beteiligten abhängig. Da es gerade unter den Direktoren oft nicht widerstandsfrei möglich ist, eine zentrale Führungsperson mit Zuständigkeiten und akzeptierter Autorität zu versehen, haben wir bisher nur Departments in der Inneren Medizin, Pädiatrie und Augenheilkunde gebildet. Unser Südwestdeutsches Tumorzentrum ist gerade erst gestartet. Weiteres werden wir nur sehr dosiert und kontrolliert angehen. Insofern sollte man sich hüten, kurzfristige Vorteile zu überschätzen und Einführungsschwierigkeiten zu unterschätzen.

soren mit der Leitung eines Zentrums zu betrauen. Tandemlösungen, bei denen sich ein Kliniker und ein Forscher die Leitung eines Zentrums teilen, seien ebenfalls denkbar. „Zentren sollten aus wissenschaftlichen Gesichtspunkten heraus entstehen", betont auch Prof. Dr. med. Johannes Dichgans, Tübingen. In der Realität sind es jedoch oftmals die ökonomischen Gründe, die Universitätskliniken zur Zentrenbildung veranlassen. Beispiele sind die Kliniken Aachen, Berlin und Schleswig-Holstein.

Bereits vor zwei Jahren fusionierten die Kliniken in Kiel und Lübeck zum zweitgrößten Klinikum Deutschlands (9 000 Mitarbeiter). Der einzige Maximalversorger in Schleswig-Holstein strukturierte sich damals in 15 medizinische Leistungszentren und das Zentrum für Integrative Psychiatrie. „Die acht Leistungszentren am Campus Kiel agieren eher fachbezogen und sind auf Lehre und Ausbildung fokussiert", erläutert Prof. Dr. med. Bernd Kremer, Vorstandsvorsitzender des Klinikums. Die acht Zentren in Lübeck orientierten sich dagegen an Organsystemen und setzten auf Patientenbezug sowie Kostenersparnis durch Synergieeffekte. Welche Variante die bessere sei, lasse sich bislang noch nicht beurteilen.

Widerstand bei Direktoren

Ein Zentren-Projekt noch größerer Dimension startet derzeit an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Auch hier ging eine Fusion verschiedener Kliniken voraus. Und auch hier will – beziehungsweise muss – man Geld sparen. Denn bliebe alles beim Alten, droht der Charité im Jahr 2010 ein Defizit von 212 Millionen Euro. Durch die Zentrenbildung soll es gelingen, das größte Universitätsklinikum Europas als „Schrittmacher einer ganzheitlichen Medizin und als führendes modernes Unternehmen" auf dem Gesundheitsmarkt zu präsentieren.

128 Kliniken und Institute mit 15 000 Mitarbeitern auf vier Campus arbeiten deshalb seit dem 1. Januar 2006 als 17 „Charité Centren". Festgeschrieben ist das Unternehmenskonzept sogar im Berliner Hochschulmedizinstrukturgesetz. „Krankenversorgung, Forschung, Lehre und Verwaltung werden völlig neu ausgerichtet", erklärte der Direktor des Klinikums, Dr. Behrend Behrends. Hauptmerkmale dieser „Agenda 2010" seien eine dezentrale Steuerung, flache Hierarchien mit Kompetenzverteilung nach unten, eine Bestellung und Abberufung der Zentrenleitung durch den Vorstand sowie Kontinuität der Leitung.

Durch die flächendeckenden Maßnahmen will die Charité bis 2010, zu ihrer 300-Jahr-Feier, 98 Millionen Euro einsparen. Erreicht werden soll dies durch Fusionen und Schließungen von Instituten und Kliniken, durch die Senkung von Betriebskosten sowie die Abgabe von Immobilien und Fläche. Eine große Rolle wird auch die Verringerung von Personal spielen – nicht gerade eine günstige Basis für die Akzeptanz des Zentrenmodells durch die Belegschaft. „Die Zentrenbildung wird von uns skeptisch betrachtet", bestätigt Dr. med. Oliver Peters von der Ärzteinitiative der Charité. Ob man durch die Zentren tatsächlich Mittel einsparen könne, müsse sich erst zeigen. „Massenweise werden derzeit neue, außertariflich bezahlte Stellen für die wirtschaftlichen Berater der Zentren geschaffen, während uns noch immer betriebsbedingte Kündigungen drohen", berichtet Peters. „Der Vorstand hat für das Zentrenprojekt aber auch nicht viel geworben", klagt er. „Es ist uns aufoktroyiert worden." Auf Nachfrage räumt der Charité-Vorstandsvorsitzende, Prof. Dr. med. Detlev Ganten, ein: „Das Kommunikationsproblem ist bei uns nicht wirklich gelöst." Zwar werde das Zentrenkonzept von den meisten Mitarbeitern akzeptiert, und der Vorstand versuche, so gut wie möglich zu argumentieren. „Die nächsten ein bis zwei Jahre werden jedoch vermutlich schwierig werden."

Sehr frühzeitig beschäftigte sich auch das Universitätsklinikum Aachen mit einer flächendeckenden Umstrukturierung. 1999 stellte der Kaufmännische Vorstand, Detlef Klimpe, erstmals sein Konzept des „Modularen Großkrankenhauses" vor. „Ein Aufstand entbrannte",

…Sanierung der Charité durch Zentrenbildung

…Einsparung von Personal

erinnert sich Klimpe. „An einen wirtschaftlichen Zwang zu Veränderungen glaubte damals keiner." Das Konzept sieht eine Aufhebung der klassischen Fächerstruktur vor sowie eine Aufteilung in Fachkliniken und Behandlungsmodule, die eigenständig geleitet werden. „Die Ärzte der Fachkliniken erstellen nach dem Motto ‚Planen – Buchen – Bezahlen' ein Behandlungsschema für die im Modul zu erbringenden Leistungen und tragen die inhaltliche Verantwortung", erläutert der Ärztliche Direktor des Aachener Klinikums, Prof. Dr. med. Henning Sass. Für die Einhaltung des Schemas sei wiederum der leitende Modularzt verantwortlich.

2003 begann der Kaufmännische Vorstand in den chirurgischen Fächern mit der Umsetzung des Betriebskonzepts. „Der Widerstand innerhalb der Ärzteschaft war groß. 90 Prozent der Kollegen lehnten das Konzept ab", berichtet der Direktor der Chirurgischen Klinik, Prof. Dr. med. Volker Schumpelick (siehe Nachgefragt). Kritisiert wurden planwirtschaftliches Denken und eine Vielzahl von Schnittstellen.

Gleichzeitig befürchteten die Aachener Ärztinnen und Ärzte, dass die Einführung der Module zu einem Sieg der Ökonomie über die medizinische Ethik beitragen könnte. Durch eine Befragung von mehr als 500 Patienten des Universitätsklinikums wiesen sie 2005 nach: Die Patienten suchen im Krankenhaus den Arzt als partnerschaftlichen Ratgeber. „Der unpersönliche Dienstleister aus einer industriell oder modular organisierten Großinstitution oder ein Wechsel der Behandlungsführung sind nicht gewünscht", erläutert der Leiter der Befragung, Dr. med. Carsten Krones. „Das paternalistische Arzt-Patienten-Verhältnis ist nicht so überholt wie manche Ökonomen propagieren."

Nach einem heftigen Streit fanden sich Ende vergangenen Jahres Ärzte und Ökonomen zu Gesprächen zusammen. Heraus kam eine „Experimentierklausel", nach der sich die Kliniken vorerst eine Versorgungsvariante aussuchen können: Entweder kann der Leiter des Standard-Care-Moduls die ärztliche Versorgung übernehmen oder die Fachklinik bucht ihre Betten lediglich im Modul, versorgt aber ihre Patienten selbst. „Diese Variante scheint die beliebteste zu sein", meint Klimpe. „Wenn sie auch die bessere ist, werden wir unser Konzept danach ausrichten."

Wenn auch wieder Frieden in Aachen hergestellt ist – die Skepsis bleibt. „Ungeklärt ist noch die Schnittstellenproblematik. Durch die neue Organisationsstruktur hat sich die Zahl der Kommunikatoren und Empfänger im Krankenhausalltag erhöht statt verringert", sagt Stationsarzt Krones. Die Arbeit an der Basis sei dadurch nicht einfacher geworden.

Bis Ende 2006 will Klimpe den gesamten chirurgischen Bereich auf sein Zentrenkonzept umstellen. Der konservative Bereich soll 2007/2008 umstrukturiert werden. „Mit einem Schlag ist ein neues Konzept nicht umzusetzen, zumindest nicht, wenn es ans Eingemachte geht", sagt Klimpe. Eine Umstrukturierung lediglich von einigen Kliniken hält er nicht für sinnvoll. Besser sei es, ein Grundkonzept individuell anzupassen.

Für „einfache Grundrezepte" plädiert auch Prof. Dr. med. Manfred Zehender vom Universitätsklinikum Freiburg. „Um nicht zu scheitern, sollten in den Prozess der Zentrenbildung nicht unbedingt alle Kliniken eingeschlossen sein", betont er. Als weitere Gründe für ein Scheitern nennt er Widerstände auf der mittleren Führungsebene und falsches Führungsverhalten. Auf die Vermeidung dieser Fehler zielen auch die Empfehlungen des Management- und Unternehmensberaters Dr. Martin Siess, Booz Allen Hamilton GmbH, München. Er rät, bei der Implementierung der Zentren Anreize zu schaffen, keinen Zwang auszuüben, die leitenden Ärzte und Ärztinnen einzubinden sowie auf starre Vorgaben bezüglich der Leitungsstruktur zu verzichten. Generell ist Siess vom Erfolg der Zentren überzeugt. „Sie sind ein chancenreicher Weg zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit durch gesenkte Fallkosten und eine effiziente Nutzung der Ressourcen." Dabei verweist er auf andere Länder. In den USA seien Departments seit mehr als 100 Jahren erfolgreich – sowohl wissenschaftlich als auch wirtschaftlich. **Dr. med. Eva Richter-Kuhlmann**

Nachgefragt

Prof. Dr. med. Volker Schumpelick ist als Direktor der Chirurgischen Klinik, Aachen, von der Zentrenbildung betroffen.

DÄ: Hier Professor Schumpelick, bis Ende letzten Jahres waren Sie als ein scharfer Gegner der Zentrenbildung an deutschen Universitätskliniken, insbesondere des Konzeptes des „modularen Krankenhauses" am Universitätsklinikum Aachen, bekannt. Jetzt haben Sie Ihre Meinung relativiert. Warum?

Schumpelick: In der Tat habe ich das Konzept der Zentrenbildung am Aachener Klinikum zunächst abgelehnt. Wie viele Kollegen war ich empört über die Realitätsblindheit der ökonomischen Planer. Aber nicht zuletzt durch diese Welle des Entsetzens sowie durch intensive Gespräche ist es in den letzten Wochen gelungen, das modulare System so zu verändern, dass eine dem Patienten zugewandte Medizin praktiziert werden kann. Das neue Modell lehne ich nicht mehr ab, bin aber trotzdem noch etwas skeptisch abwartend.

DÄ: Welche Veränderungen waren für Sie letztlich maßgeblich?

Schumpelick: Kritisiert hatte ich an dem Konzept vor allem die Unterbrechung der ärztlichen Verantwortung und die Vielzahl der Schnittstellen. Nun scheinen die Diagnostik und die Therapie kontinuierlich in der Verantwortung des behandelnden Arztes verbleiben zu können, ohne dass dabei Forschung, Lehre und Ausbildung vernachlässigt werden.

DÄ: Halten Sie die Zentrenbildung an den deutschen Universitätskliniken für den Weg der Zukunft?

Schumpelick: Die Rationalisierung verlangt von Erfolg suchenden Ärzten und Ökonomen ein Miteinander, um im sich wandelnden Gesundheitsmarkt bestehen zu können. Ob das hiesige Modell letztlich kostengünstiger sein wird, muss noch beobachtet werden. Unverändert wird aber weiterhin gelten: „Gesundheit ist keine Ware, Patienten sind keine Werkstücke oder Kunden, Ärzte sind mehr als Dienstleister." Nur wenn die Zentren der Vielschichtigkeit des Arzt-Patienten-Verhältnisses Rechnung tragen, können sich die neuen Systeme bewähren.

arl Gustav Carus
DIE DRESDNER.

…Zentrenbildung Uniklinik Aachen

…Aufhebung der klassischen Fächerstruktur

…"Sieg der Ökonomie über die medizinische Ethik"

…Ärzte sind mehr als Dienstleister, Patienten keine Kunden, Gesundheit keine Ware

…Unterbrechung der ärztlichen Verantwortung und Vielzahl der Schnittstellen

5

ww.uniklinikum-dresden.de

Gründe für Zentrenbildung

- Auf Grund erheblicher Zunahme des Wissens:

Spezialistentum
(Facharztspezialisierung und Subspezialisierung)
(„Generalisten“ selbst innerhalb einer Facharztqualifikation gibt es nicht mehr)

Zunahme der Behandlungsmöglichkeiten

Kostenexplosion im Gesundheitswesen
(„immer mehr ist möglich“)

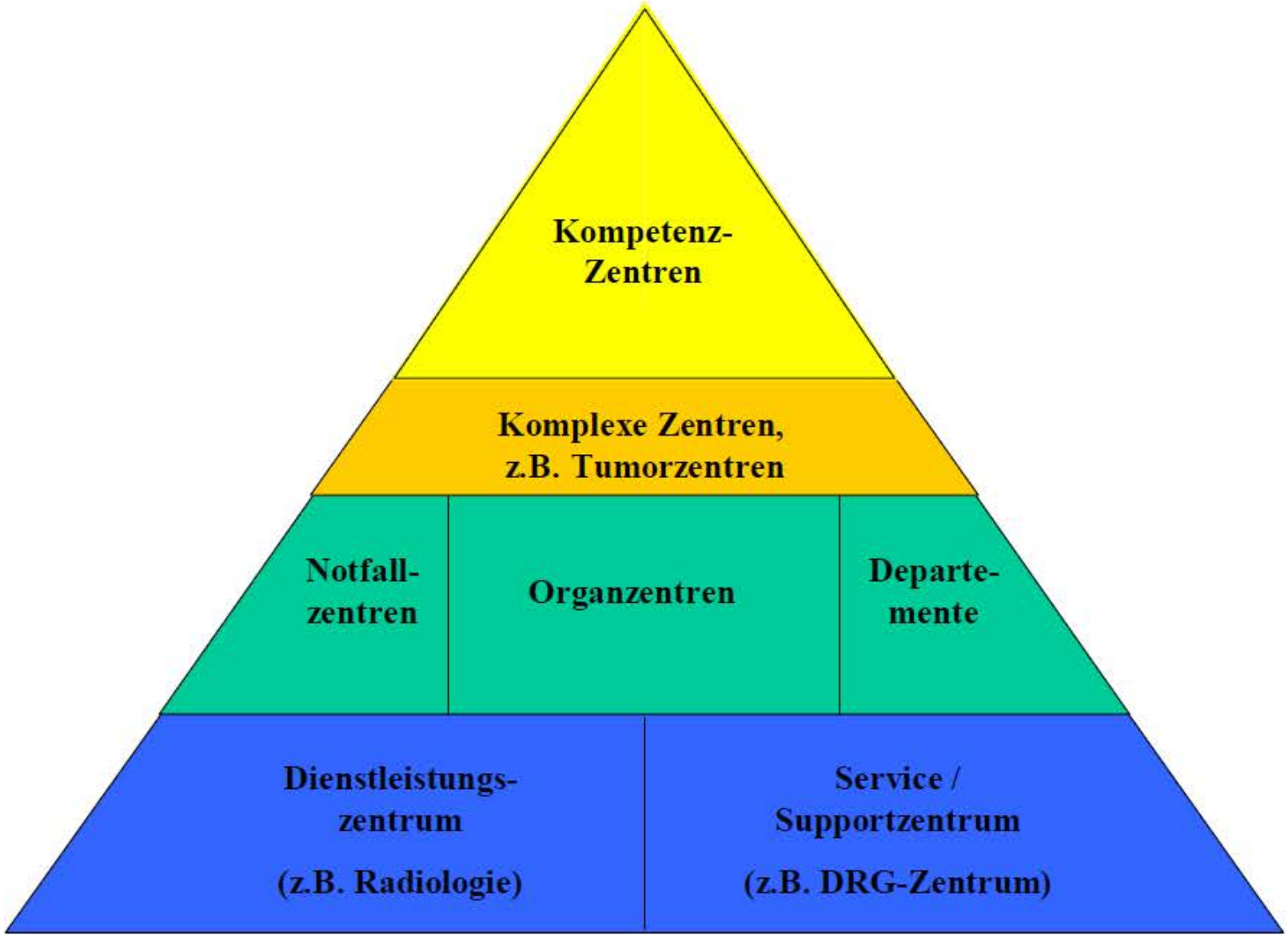
Gründe für Zentrenbildung

- Notwendigkeit von interdisziplinären Konferenzen zur Therapieoptimierung
  (z.B. Chirurg, Internist, Strahlentherapeut, Radiologe, Pathologe)

  Tumorzentrum - Tumorboards

- Entwicklung von sich teilweise überschneidenden Spezialisierungen in verschiedenen Fächern (z.B. Gefäße, Wirbelsäule):

  Entwicklung der Zentren
  um Expertise auf demselben Gebiet wieder zu bündeln


Kompetenz-
Zentren
Komplexe Zentren,
z.B. Tumorzentren
Notfall-
zentren
Organzentren
Departe-
mente
Dienstleistungs-
zentrum
(z.B. Radiologie)
Service /
Supportzentrum
(z.B. DRG-Zentrum)

Publikationen >

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.)

Faktencheck Krankenhausstruktur

Spezialisierung und Zentrenbildung

2016, 96 Seiten (PDF)

kostenlos

Download

Faktencheck 2016

- Spezialisierung – Konzentration von Behandlungsangeboten und –fällen
- Positiver Zusammenhang von Spezialisierung (Fallkonzentration) und Versorgungsqualität
- Einfluss einer stärkeren Spezialisierung auf Erreichbarkeit vernachlässigbar
- Größere Kosteneffizienz durch Spezialisierung möglich, jedoch nicht im Fokus
- Steuerung von Spezialisierungsprozessen erforderlich

Spezialisierungsprozesse

- Qualitätstransparenz durch Verbesserung der strukturierten Qualitätsberichte
- Qualitätstransparenz durch Qualitätssicherung von Zertifikaten
- Förderung von Zentren durch Vergütung besonderer Aufgaben und Ausweisung der Zentren in den Krankenhausplänen der Länder
- Förderung einer stärkeren qualitätsorientierten Krankenhausplanung
- Erleichterung der Festlegung von Mindestmengen
- Fixkostendegressionsabschlag möglicherweise kontraproduktiv für Zentrenbildung und Spezialisierung

01.03.2016 | Kolorektales Karzinom | Leitthema | Ausgabe 3/2016

Verbessert die Zentrenbildung die klinische Versorgungsqualität?

10 Jahre Darmkrebszentren

Zeitschrift: Der Onkologe > Ausgabe 3/2016

Autoren: Prof. Dr. S. Benz, M. Klinkhammer-Schalke

Zum Volltext bitte einloggen

Zusammenfassung

Hintergrund

In Deutschland sind derzeit 257 Darmkrebszentren durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifiziert, die 37,5 % der Patienten mit einem kolorektalen Karzinom versorgen. Der Effekt dieser Zentrenbildung ist bisher nur in Ansätzen untersucht. In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, die aktuell verfügbaren Daten zu dieser Frage zusammenzutragen.

Methode

Die Behandlungsergebnisse der Darmkrebszentren werden jährlich in einem Benchmarkingbericht publiziert. Diese Ergebnisse wurden mit den Daten aus den Krebsregistern verglichen, die zuletzt 2014 anlässlich des deutschen Krebskongresses zusammengeführt und analysiert wurden.

Ergebnisse

Unterschiede zugunsten der Darmkrebszentren fanden sich für die R0-Resektion und die Inanspruchnahme der neoadjuvanten Therapie beim Rektumkarzinom sowie beim Kolonkarzinom hinsichtlich der Anzahl der untersuchten Lymphknoten und der Rate der adjuvanten Chemotherapie im Stadium III. Psychosoziale Aspekte, das Problem des familiären Darmkrebses und die Stomatherapie scheinen ebenfalls mit höherer Durchdringung in den Darmkrebszentren berücksichtigt zu werden. Darüber hinaus sind die Darmkrebszentren Teil eines umfassenden Qualitätsmanagementprogramms auf nationaler Ebene.

Schlussfolgerung

Mit den Darmkrebszentren ist ein System zur flächendeckenden, strukturierten Behandlung des kolorektalen Karzinoms entstanden, das zu einer verbesserten Leitlinienadhärenz führt. Es bleibt abzuwarten, ob sich dies in verbesserten Überlebensraten manifestieren wird.

Zusammenhang zwischen Fallvolumen und Outcome

- Amato et al. 2013; Gooiker et al: 2010; Vrijens et al 2012; Hillner et al: 2000; Siess and Siewert: 2005
- Zusammenhang besonders bei schwierigen Fällen
- Fallvolumen der Einrichtung – Fallvolumen der Operateure (Vickers 2007 bei Prostatakarzinom)
- Schwellenwerte für Mindestmengen nur bedingt ableitbar

Krankenhausstrukturen in Deutschland müssen zentralisiert werden

(20.03.18) In Berlin ist am Montag (19. März) der Krankenhaus-Report 2018 vorgestellt worden. Im Blickpunkt der aktuellen Ausgabe steht die bedarfsgerechte Krankenhausplanung. Auch zwei Jahre nach Inkrafttreten des Krankenhaus-Strukturgesetzes machen die Bundesländer von den Möglichkeiten eines qualitätsorientierten Umbaus der Kliniklandschaft nur zögerlich Gebrauch. Der AOK-Bundesverband schlägt deshalb ein gemeinsames Konzept von Bund und Ländern vor. "Das Zielbild 2025 sollte festhalten, wo wir mit der stationären Versorgung am Ende der nächsten Legislaturperiode stehen wollen", sagte der Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch.

Auf offene Ohren stößt der Vorschlag bei NRW-Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann. Er werde Qualitätsgesichtspunkte in den Mittelpunkt seiner Krankenhausplanung rücken, sagte der CDU-Politiker bei der Pressekonferenz. "Bei den Planungen standen bisher oftmals die Bettenzahlen im Fokus", so Laumann. Für die Patienten komme es aber maßgeblich auf die Ergebnis-Qualität der Leistungen an, betonte der ehemalige Patientenbeauftragte der Bundesregierung.

Karl-Josef Laumann

Mehr Versorgungsqualität durch Zentrenbildung

Martin Litsch

Nach Darstellung von Litsch geht es der AOK bei dem Zielbild-Vorschlag nicht vorrangig um die Frage, wie viele Kliniken es am Ende in Deutschland gibt. Ein deutlicher Schritt wäre es aber bereits, wenn Kliniken mit mehr als 500 Betten künftig nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel bildeten. Für eine an der Versorgungsqualität ausgerichtete Zentrenbildung plädierten bei der Vorstellung des neuen Krankenhaus-Reports (KHR) auch Mitherausgeber und WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber sowie der Gesundheitsökonom Prof. Reinhard Busse.

Das WIdO hat anhand aktueller Daten zu Darmkrebsoperationen durchgespielt, wie die Versorgung der Patienten durch eine Zentralisierung deutlich verbessert werden könnte. 2015 wurden laut Klauber in Deutschland rund 44.000 Darmkrebsoperationen in mehr als 1.000

Ergebnisqualität

Kliniken mit > 500 Betten

…an Versorgungs-qualität ausgerichtete Zentrenbildung

durchgespielt, wie die Versorgung der Patienten durch eine Zentralisierung deutlich verbessert werden könnte. 2015 wurden laut Klauber in Deutschland rund 44.000 Darmkrebsoperationen in mehr als 1.000 Krankenhäusern vorgenommen. Ein Viertel der betreffenden Kliniken habe jedoch maximal 17 Eingriffe durchgeführt, bei einem weitere Viertel seien es bis zu 33 Operationen gewesen. Dürften nur noch zertifizierte Zentren oder Krankenhäuser mit einer Mindestzahl von 50 Darmkrebsoperationen diese Leistung erbringen dürften, wären das laut WIdO bundesweit 385 Kliniken.

"Bessere Überlebenschancen rechtfertigen etwas längere Anfahrtswege"

"Nicht nur bei Krebsoperationen, sondern auch bei anderen planbaren Eingriffen wie Hüftprothesenoperationen und sogar in der Notfallversorgung ist eine stärkere Zentralisierung nötig und möglich", betonte der KHR-Herausgeber. "Wenn sich die Therapiequalität erhöht und Überlebenschancen verbessern, sollten etwas längere Fahrstrecken kein Thema sein." Nach Berechnungen des WIdO würde sich der Anfahrtsweg im bundesweiten Schnitt von acht auf gerade einmal 16 Kilometer verlängern. Im dicht mit Krankenhäusern versorgten Nordrhein-Westfalen wären es sogar nur zehn statt bisher sechs Kilometer. Die längsten Fahrstrecken gäbe es mit im Schnitt 33 Kilometern in Mecklenburg-Vorpommern. "Wir wissen aus Befragungen, dass die Menschen schon jetzt längere Wege in Kauf nehmen, um in guten Krankenhäusern versorgt zu werden", so Klauber.

"Diagnose allgemein akzeptiert, bei der Therapie hapert es"

v.l.: Jürgen Klauber und Prof. Reinhard Busse

"Die Diagnose, dass die mangelnde Konzentration von stationären Fällen zu unnötigen Todesfällen führt, wird von der Politik mittlerweile akzeptiert, auch wenn es mit der Therapie noch hapert", stellte Reinhard Busse fest. So wäre es nach Darstellung des Professors für Management im Gesundheitswesen an der Fakultät für Wirtschaft und Management der TU Berlin längst angebracht, Patienten mit Verdacht auf einen Herzinfarkt nur in Krankenhäuser mit einer Herzkathetereinheit einzuliefern und dort zu behandeln.

Doch von fast 1.400 Krankenhäusern, die derzeit Patienten mit Herzinfarkten behandeln, weisen nach Busses Zahlen weniger als 600 eine solche Einheit auf. Das gleiche gelte für die Behandlung von Schlaganfällen. Nur gut 500 der 1.300 Kliniken, die Schlaganfälle derzeit behandeln, verfügen über entsprechende Schlaganfalleinheiten auf. Gleichzeitig sollte aus Sicht des Experten garantiert sein, dass das Krankenhaus rund um die Uhr über entsprechende Fachärzte verfügt. Doch nach Berechnungen Busses würde die Facharztversorgung nur für jeweils 600 Kliniken reichen, wenn mindestens ein Neurologe oder Kardiologe ständig verfügbar sein müsste: "Die Therapie kann also nicht lauten, jetzt noch die jeweils anderen rund 800 Krankenhäuser mit Schlaganfall- und Herzkathetereinheiten auszustatten."

Auch Mangel an Fachkräften spricht für Zentrenbildung

v.l.: Martin Litsch, Karl-Josef Laumann, Jürgen Klauber, Prof. Dr. Reinhard Busse, Dr. Kai Behrens

Diese Situation betrifft aus Sicht des AOK-Bundesverbandes auch die Pflegekräfte: "Wir haben nicht genügend Personal, um alle bestehenden Krankenhäuser so auszustatten, dass sinnvolle Personalanhaltszahlen oder Personaluntergrenzen gut umgesetzt werden können", so Litsch. "Dieses Personal wird auch nicht kurzfristig auf dem Arbeitsmarkt verfügbar sein, egal ob es 8.000 oder 80.000 sind." Auch deshalb sei die Zentrenbildung sinnvoll.

(Fotos: Stefan Melchior)

…wir brauchen Zentren und ….nicht jeder kann alles machen

Vorteile medizinisch und ökonomisch durch Interdisziplinarität und Bündelung der Ressourcen

- Kompetenzzentren
- Komplexe Zentren (z.B. Tumorzentrum)
- Notfallzentren
- Departments
- Servicezentren
- Dienstleistungszentren (z.B. Radiologie, Pathologie)

- **Umfassende Versorgung der Patienten von der Diagnostik bis zur Nachsorge – Optimierung der Therapie**

Nachteile der Zentrenbildung

- Wege für die Patienten werden länger
- Zentren nicht überall verfügbar
- Verschiebung der Expertise zu den Zentren – in regionalen Krankenhäusern nur noch Standard
- „Schließung von kleinen Krankenhäusern“

Organzentren

Organzentren

unproblematisch, wenn jeder Fachbereich seinen definierten Behandlungsansatz hat

problematisch, wenn verschiedene Fächer dasselbe tun

Umstrukturierung der bisherigen Facharztqualifikationen zu „Organfachärzten“?

Vorteil des Organzentrums aus medizinischer Sicht

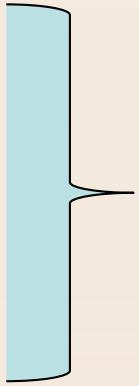
- Bündelung derselben Krankheitsbilder führt zu hohem Volumen – Mindestmengen kein Thema
- Reiche Expertise der behandelnden Ärzte
- Umfassende Versorgung von der Diagnostik bis zur Therapie und Nachsorge durch Interdisziplinarität (OP vs. Intervention)
- Einbringen von Erfahrungen aus unterschiedlichen Perspektiven (z.B. Behandlung der degenerativen Wirbelsäule)
- Kenntnisse der neuesten Behandlungskonzepte und Studienergebnisse
- Behandlung nach aktuellen Leitlinien

Vorteile des Organzentrums aus ökonomischer Sicht

- Vermeidung von Mehrfachfinanzierung für gleiche Ausstattungen (Konzentrierung des Instrumentariums auf wenige erprobte Siebe und Implantate – Rabatt bei hoher Abnahme)
- Reduzierung des Personals??
- Reduzierung von nicht genutzten Raumkapazitäten durch bessere Auslastung
- Verkürzte Behandlungszeiten durch minimal-invasive Eingriffe oder Interventionen
- Verkürzte Liegezeiten durch Vermeidung von Komplikationen
- Konzentrierung der Patienten auf gemeinsamen Stationen – hohe Auslastung bei verkürzter Liegezeit

Vorteil des Organzentrums

- Register
- Zertifizierung
- Vergleichbarkeit der Institutionen



TRANSPARENZ

Probleme des Organzentrums

- Zentrum löst sich aus bisheriger Klinikstruktur heraus – nicht mehr weisungsgebunden, selbstständig
- Klinikchef hat nicht mehr die volle Weiterbildungsberechtigung
- „Übergriffe“ von einem Gebiet auf das andere
- Kostenverrechnung
- Neue Facharztstruktur: Organfacharzt

Zusammenfassung

- Insgesamt positive Einstellung der Fachgesellschaften zur Zentrenbildung:
  - Zentrum bündelt klinische Expertise mit dem Vorteil unterschiedlicher Kompetenzen und Schwerpunkte
  - Optimale Behandlungs- und Ergebnisqualität für Patienten unter Vermeidung von Komplikationen
  - Ressourcenersparnis
  - Aber: bisherige Facharztstrukturen beibehalten!

Zusammenfassung

- Zentrenbildung mit Auswirkung auf Krankenhausdichte
- Krankenhausdichte in Deutschland sehr hoch! Bedingt unnötige Konkurrenzsituation mit „künstlichem“ Anstieg der Behandlungsfälle

Bund und Länder müssen gemeinsames Konzept vertreten

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Vorteile des Zentrums

- Bündelung der Ressourcen
- Minimierung der Kosten durch Nutzung der gemeinsamen Infrastruktur
- Reduzierung von Personalkosten durch Bündelung
- Verkürzung der Behandlungszeiten
- Reduzierung der Komplikationen und Folgeeingriffe
- Vermeidung von unnötigen Konkurrenzsituationen
- Verbesserung der Versorgungs- und Ergebnisqualität