

Zentrenbildung in der gastrointestinalen Chirurgie

Ernst Klar^a Rüdiger Siewert^b

^a Abteilung für Allgemeine, Thorax-, Gefäß- und Transplantationschirurgie, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Universität Rostock,

^b Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum rechts der Isar, Technischen Universität München, Deutschland

Zentrumsbildung ist «in» – aber nicht nur modern, sondern tatsächlich auch notwendig.

In Anbetracht der wirtschaftlich schwierigen Situation, die sich im Jahr 2007 verschlimmern wird, haben alle größeren Kliniken die Notwendigkeit der Prozessoptimierung erkannt. Das klassische Fächerspektrum steht aber häufig einer solchen Prozessoptimierung entgegen. Deswegen versucht man, Horizontalvernetzungen zum Zweck der besseren Prozessabläufe zwischen Kliniken herzustellen. Dieser Prozess ist in weiten Bereichen bereits in Gang gekommen oder sogar vorläufig abgeschlossen, so dass man aus den ersten vorliegenden Erfahrungen einige Grundprinzipien formulieren kann.

Grundsätzlich muss jede Zentrumsbildung einen Mehrwert schaffen. Zentrumsbildung, nur um einem Modetrend zu folgen, wird erfolglos bleiben. Der Mehrwert muss von Beginn an definiert werden und kann in verschiedenen Ansätzen gesehen werden:

- Verbesserung und Konzentration von Funktionsabläufen in Hinblick auf den Patienten bzw. seine Erkrankung. Hierfür bieten sich die sogenannten *krankheitsorientierten Zentren* an, die je nach Leitthema alle Bereiche, z.B. alle an der onkologischen Therapie eines Patienten beteiligten Fächer, zusammenführen. Das Gleiche kann auch für andere Themen, z.B. für den Stütz- und Bewegungsapparat oder in Form sogenannter Gefäßzentren usw., versucht werden. Derartige krankheitsorientierte Zentren sind nicht nur für den Patienten und den einweisenden Arzt von Vorteil, sondern verbessern in der Regel auch die Marktposition des Klinikums. Im Hinblick auf die Onkologie hat die Deutsche Krebsgesellschaft die Notwendigkeit der Schaffung derartiger «Cancer Center» erkannt und fördert sie durch eine hoch dotierte Ausschreibung.
- Eine andere Zielsetzung kann im Zusammenführen von *Serviceleistungen* eines Klinikums bestehen. Hier haben sich insbesondere die Bildgebungszentren bereits bewährt. Durch eine organisatorische Verknüpfung können die Prozesse wesentlich gestrafft und optimiert werden. Durch gemeinsam erstellte diagnostische Leitlinien lassen sich die diagnostischen Abläufe auch bei komplizierten Erkrankungen deutlich beschleunigen und zielstrebig durchführen. Ein anderes Beispiel sind Notfallzentren. Derartige Zentren können sich auch auf den nichtärztlichen Bereich beziehen.
- Schließlich kann die Notwendigkeit der gemeinsamen Nutzung knapper werdender *Ressourcen* zur Leitidee einer Zentrumsbildung werden. Hier haben sich die Begriffe «medizinische Zentren» oder auch «Departmentstrukturen» bewährt, wobei derzeit noch erhebliche Unterschiede in den verschiedenen Definitionen bestehen (z.B. zwischen Wissenschaftsrat und Verband der Universitätsklinika Deutschlands), die in naher Zukunft aufgelöst werden müssen. Immer geht es aber darum, verschiedene Fächer, die eine gemeinsame Infrastruktur nutzen können oder sollten, zusammenzuführen, z.B. die operativen Disziplinen, die gemeinsam Operationssäle, postoperative Intensivstationen, Polikliniken, Aufnahmestationen usw. nutzen können. Da diese Zentren ressourcenorientiert sind, sollte hier eine eher störende, weitere administrative Zwischenebene vermieden werden und stattdessen, entsprechend der Grundidee, die Leitung einem betriebswirtschaftlich erfahrenen Geschäftsführer anvertraut werden.

– Die Zentrumsbildung ist geradezu existentiell an den Universitätskliniken, weil sie einen entscheidenden Beitrag zur Weiterentwicklung der interdisziplinären Forschung und der problemorientierten Lehre darstellt.

– Voraussetzung für jede Zentrumsbildung ist eine gut funktionierende und fest etablierte IT in den jeweiligen Kliniken. Anders gelingt es nicht, den Informationsfluss an einem Ort zusammenzuführen und die bei allen Zentren entscheidende Struktur des «Interdisziplinären Therapie-Board» mit den entsprechenden Informationen zeitgerecht zu bedienen.

– Die artifizielle Konstruktion von administrativen Zwischenebenen ist häufig destruktiv und kann dazu führen, dass Prozessabläufe eher komplizierter werden. Ein «primus inter pares», insbesondere für krankheitsorientierte Zentren und den Servicezentren erscheint völlig ausreichend.

Es besteht kein Zweifel, dass sich die interdisziplinäre Kooperationsfähigkeit in gemeinsamen diagnostischen Leitlinien und Therapiekonzepten widerspiegeln muss. Der Mehrwert derartiger Zentren muss durch eine sorgfältige Outcome-Analyse kontinuierlich belegt werden. Insofern müssen Zentren stets durch ein Qualitätsmanagement und durch eine sehr sorgfältige Dokumentation begleitet werden.

Man kann natürlich auch aus Fehlern lernen. So lohnt es sich nicht, gegen den Willen der Beteiligten Zentren zu erzwingen. Wesentliche Grundvoraussetzung für die Horizontalvernetzung innerhalb der traditionellen Fächerstruktur ist, dass sich die betroffenen Persönlichkeiten zum Mehrwert eines Zentrums bekennen und dieses als gemeinsamen Vorteil verstehen.

Um einen schon jetzt zu beobachtenden Wildwuchs derartiger Zentrumsbildungen zu steuern, wird in Zukunft eine Zertifizierung derartiger Zentren notwendig sein. Dies ist bereits vorbildlich im Bereich der Gefäßzentren geschehen. Die Deutsche Krebshilfe versucht gerade ein Ähnliches für die «Cancer Center». Es gilt, Etikettenschwindel aufzudecken bzw. zu verhindern. Noch ist der Begriff «Zentrum» in der Medizin unzureichend definiert. Zentrum wird man nicht durch Selbstdeklaration, sondern durch Weiterentwicklung einer bereits bestehenden oder neu zu schaffenden Interdisziplinarität. Ein Zentrum bedarf auch der Akzeptanz von außen, d.h. es muss nach einer Anlaufphase auch unter den Kriterien des «High Volume Hospital» gemessen werden. Zentren, die nicht noch zu definierende Mindestmengen erreichen, sind keine Zentren. Zentren müssen sich zudem nach außen öffnen, und dem «Second Opinion»-Verfahren zur Verfügung stehen, wobei derzeit noch jede Klarheit in ökonomischer und juristischer Hinsicht fehlt.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass Prozessoptimierung im geschilderten Sinne tatsächlich für die Zukunftsfähigkeit eines Klinikums ein entscheidender Eckpfeiler sein wird. Alles ist derzeit aber noch im Werden bzw. in einer Experimentierphase, so dass abschließende verbindliche Richtlinien noch nicht vorliegen. Dabei bestehen die Herausforderungen weniger in der Organisation oder in der virtuellen Zusammenführung der Partner, sondern vielmehr im menschlichen Bereich der Harmonisierung oft auseinanderstrebender Einzelpersönlichkeiten. Nur wenn es gelingt, die Leistungsträger einzubeziehen und zusammenbringen, kann eine Zentrumsstruktur erfolgreich sein.