

Der Zentrumsbegriff in der Medizin

(aus den Ergebnissen der Arbeitsgruppe „Gute Zentrumszertifizierung“ der Bundesärztekammer)

Grundsätzlich ist mit dem Begriff „Zentrum“ eine im Mittelpunkt des Handelns stehende Institution einer gewissen Größe und Spezialisierung verbunden. Der Begriff wird in zahlreichen Wortvarianten verwendet wie z. B. „Kompetenzzentrum“, „Leistungszentrum“.

Zentrierung ist hier als eine Zusammenlegung von Leistungen im Sinne einer funktionalen Bedeutung definiert. Davon zu unterscheiden ist die **Zentralisierung** als spezielle räumliche Form der Zentrierung [Neubauer und Minartz¹ 2009]. Zentren im modernen Verständnis sind nicht solitär, sondern eher als Netz zu verstehen. Den Netzwerkcharakter der Zentren betont z. B. der Nationale Krebsplan² (Ziel 5 - Qualitätssicherung, Zertifizierung onkologischer Behandlungseinrichtungen), der von einem „Netz von qualifizierten und gemeinsam zertifizierten, multi- und interdisziplinären, transsektoralen und ggf. standortübergreifenden Einrichtungen“ spricht.

In der Medizin ist der Zentrumsbegriff durch die Assoziation mit umfassender Behandlung, Kompetenz und Spezialisierung in der Regel positiv belegt. Für betroffene Patienten wird der Zentrumsbegriff mit Vertrauenswürdigkeit und Bequemlichkeit für die eigene Versorgung assoziiert. Im englischsprachigen Raum soll der Begriff „Center of Excellence“ die Außenwirkung einer qualitativen Überlegenheit vermitteln [Walshe³ et al. 2002].

Das Ausmaß, in dem Krankenhäuser einen Teil ihrer Versorgung in Form von Zentren durchführen, lässt sich aus den verpflichtenden Qualitätsberichten der Krankenhäuser ablesen. Gerste⁴ [2008] stellte fest, dass die Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten 2006 im Mittel 3,3 Zentren angaben, mit einem Maximum von 34. Die häufigsten Nennungen waren „Brustzentren“, vor „Schlaganfallzentren“ und „Tumorzentren“.

Da der Begriff per se nicht geschützt ist, kann sich letztlich jede Einrichtung in Deutschland als „Zentrum“ bezeichnen, z. B. um den Marketingeffekt des Begriffs zu nutzen. Es ist in jüngerer Zeit immer wieder Gegenstand der Rechtsprechung gewesen, ob diese Bezeichnung im Einzelfall nicht gerechtfertigt oder sogar irreführend sein könne. Zum Beispiel wird in der Begründung einer Revisionsentscheidung des Bundesgerichtshofs [BGH⁵ 2012] vom 18.01.2012 ausgeführt, dass der Begriff „Zentrum“ im Grundsatz immer noch für eine besondere Kompetenz, Ausstattung und Erfahrung einer Einrichtung stehe. Der BGH sah im genannten Fall bei der Bezeichnung einer Unterabteilung eines Krankenhauses als „Neurologisch/Vaskuläres Zentrum“ den Tatbestand der irreführenden Werbung als gegeben an.

Die sprachliche Unschärfe des Zentrumsbegriffs wird nicht zuletzt dadurch gefördert, dass in der deutschsprachigen medizinischen Fachliteratur der Terminus „Zentren“ als Synonym für „medizinische Einrichtungen“ verwendet wird, z. B. im Kontext von Studien als „teilnehmende Zentren“.

Zentrumstypologien

Zentren als Organisationsform bedeuten grundsätzlich einen Wandel von einer funktionsorientierten Struktur mit einer inputorientierten Organisation, z. B. der Fachabteilungsstruktur in Krankenhäusern, hin zu einer produktorientierten Organisation, in dem der Output im Vordergrund steht. Während in ersterer die Organisationseinheiten an den fachlichen Qualifikationen der Mitarbeiter ausgerichtet werden, werden letztere die Mitarbeiter um ein Produkt oder eine Dienstleistung angeordnet [Kuntz und Wittland⁶ 2009].

Je nach Betrachtungsweise lassen sich zumindest zwei Zentrentypologien unterscheiden: eine organisationstheoretische und eine (gesundheits)ökonomische Typologie.

1. Organisationstheoretische Zentrentypologie

Schrappe⁷ [2007] hat verschiedene Vorschläge der Literatur zur Zentrentypologie organisationstheoretisch zusammenfasst. Dabei interpretiert er die verschiedenen Zentrumsausprägungen als unterschiedliche Entwicklungsstufen der Integration der Krankenhausorganisation. Die Zentrenbildung wird somit ebenso als ein Integrationsinstrument verstanden wie z. B. Leitlinien, Behandlungspfade, Case Management.

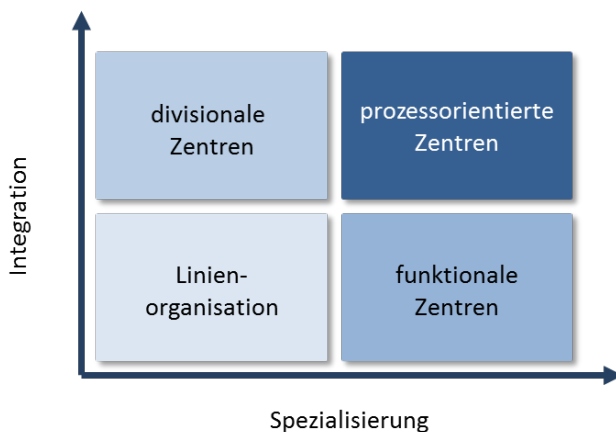


Abbildung (eigene Grafik): Zentrentypen nach Schrappe 2007

Die herkömmliche „Linienorganisation“ einer Gesundheitseinrichtung (in der Regel ein Krankenhaus) ist am wenigsten integriert. Die spezialisierten Fachabteilungen decken hier jeweils einen breiten Leistungsbereich ab.

Divisionale Zentren sind ein erster bedeutender Schritt zur Integration, ohne die Spezialisierung wesentlich zu verändern. Diese Zentren, auch als Departments, administrative Zentren, medizinische Zentren oder Orgazentren bezeichnet, trifft man vor allem im Bereich der Universitätsmedizin an. Es handelt sich um dezentrale Management- und Organisationsstrukturen, in denen Kliniken und Institute benachbarter Disziplinen zusammengefasst werden. In diesen Zentren werden die originären Aufgabenbereiche Forschung, Lehre und Krankenversorgung gebündelt und gemeinsam vorhandene Ressourcen genutzt. Gegenüber der Klinikleitung treten diese Zentren mit hoher Selbstständigkeit auf, z. B. in Form von Budgetverantwortung.

Funktionale Zentren, auch aufgabenorientierte Zentren [Siewert⁸ 2005], supportive oder Service-Zentren genannt, sind vor allem spezialisiert auf effektive und effiziente Ressourcennutzung, indem interne Dienstleitungen für ein Krankenhaus zusammengefasst

werden. Beispiele sind Bildgebungszentren („Imaging Center“) Busch⁹ [2011], Laborzentren, Operationszentren und Notfallzentren. Abteilungen oder andere Zentren können die Leistungen bei den funktionalen Zentren „einkaufen“. Rationalisierungs- und Einspareffekte durch Ablaufoptimierung sind in diesen Zentren hoch. Auch wenn die Typisierung sich eher auf Zentren im Krankenhausbereich bezieht, könnte man auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Regel unter diesen Typ subsumieren.

Prozessorientierte Zentren konzentrieren sich in der Regel auf bestimmte Krankheitsbilder. Sie stellen die am weitesten integrierte und spezialisierte Organisationsform dar. Andere Bezeichnungen für diesen Zentrentyp sind: „Problemorientierte Zentren“ [Richter-Kuhlmann¹⁰ 2006] und „Medizinische Kompetenz- und Exzellenzzentren“ [Neubauer und Minartz¹¹ 2009] oder „Profizentren“ [Wissenschaftsrat¹² 2007]. Schmitz¹³ et al. [2006] unterscheiden je nach Ausmaß der Prozessorientierung zwischen „Kompetenzzentren“ (loser Verbund, eher Marketing), „Behandlungszentren (gemeinsame Strukturen)“ und „Koodinierungszentren“ (Prozesse über verschiedene Disziplinen und Institutionen hinweg koordiniert).

Am gebräuchlichsten ist jedoch für diesen Zentrentyp die Bezeichnung, „**Krankheitsorientierte Zentren**“ [Siess¹⁴ et al. 2002, Klar und Siewert¹⁵ 2006]. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit spielt in diesen Zentren – mehr noch als bei divisionalen und funktionalen Zentren – eine zentrale Rolle. Zu ihren technischen und organisatorischen Maßnahmen zählen z. B. interdisziplinäre Behandlungspfade oder Behandlungskonferenzen.

Die von medizinischen Fachgesellschaften zertifizierten Zentren sind in der Regel dem Typ der **Krankheitsorientierten Zentren** zuzuordnen.

2. (Gesundheits-)ökonomische Zentrentypologie

Braun¹⁶ et al. [2009] entwickelten eine Zentrentypologie, welche die Zentrentypen anhand des Grades ihrer Ausrichtung an der Wertschöpfungskette anordnet. Als gesundheitsökonomisches Ziel der Zentrenbildung wird die Transformation von einer fragmentierten, d. h. arzt-, fachbereichs-, oder sektorbezogenen Versorgung hin zu einer patientenzentrierten Versorgung gesehen. Dabei soll die Relation von Kosten zu Patientennutzen der wichtigste Erfolgsparameter sein.

Auf unterster Ebene hinsichtlich der Orientierung an der Wertschöpfung, also an einer günstigen Kosten-Nutzen-Relation, steht in diesem Modell das **Dienstleistungs- bzw. Servicezentrum**, in denen verschiedene den Behandlungsprozess unterstützende Tätigkeiten, z. B. die Bildgebung, synergetisch zusammengefasst werden. Auf zweiter Ebene stehen **Organzentren oder Departments**, in den Fachbereiche zusammengefasst werden. Dies kann sowohl räumlich geschehen als auch virtueller Natur sein. Die Fachbereiche bleiben weiter organisatorisch getrennt, haben aber einen gemeinsamen Überbau und definieren gemeinsame Patientenbehandlungsprozesse. **Komplexe Zentren** wie z. B. Tumorzentren oder Perinatalzentren, stehen auf der nächsten Ebene des Modells. Hier werden alle Aspekte der Versorgung unter Einbindung vieler Fachdisziplinen abgedeckt. Die stringenteste Ausrichtung an der Wertschöpfung findet sich demnach in **Kompetenzzentren**. Die Integration geschieht sowohl horizontal (Fachrichtungen gehen vollständig in interdisziplinärer Zusammenarbeit auf) als auch vertikal (über alle Sektoren).

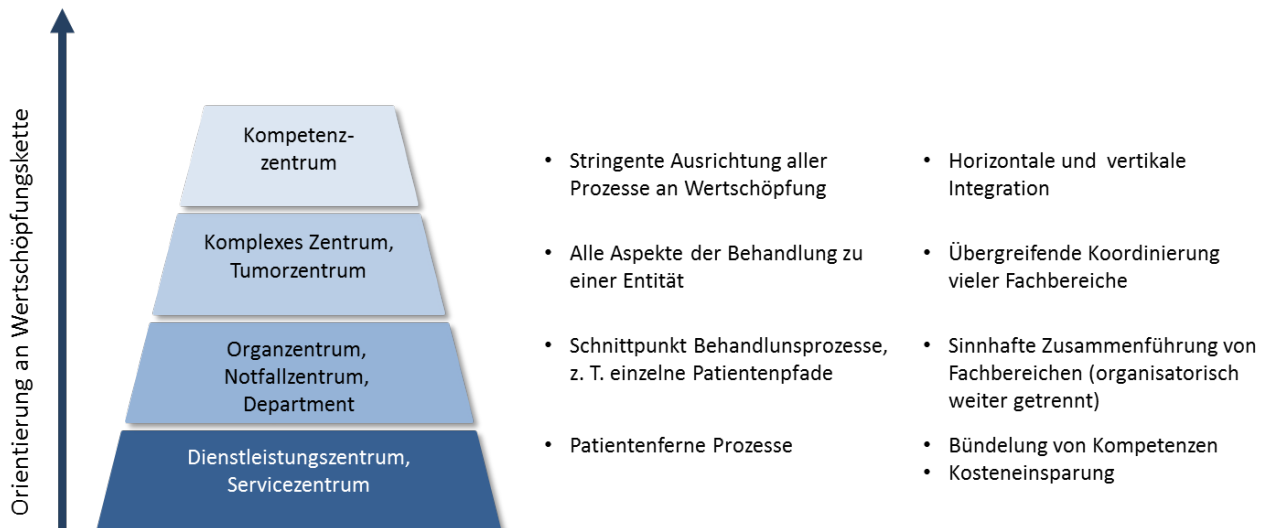


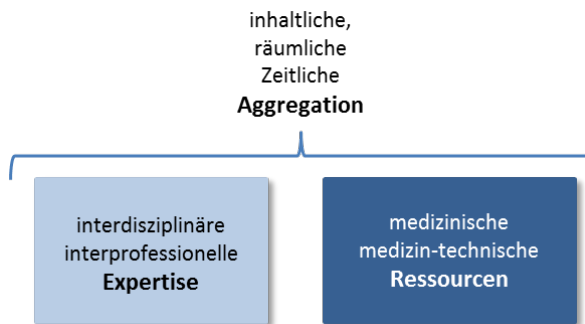
Abbildung (eigene Grafik): Zentrumstypen nach Braun et al. 2009

Das normstrategische Konzept der Orientierung an der Wertschöpfungskette wurde von Porter schon für Unternehmen anderer Wirtschaftszweige zur Entwicklung nachhaltiger Wettbewerbsvorteile entwickelt [von Eiff¹⁷ 2012]. Als Konzept des „werteorientierten Gesundheitswesens“ (value based health care) haben es Porter und Guth¹⁸ [2012] auf das deutsche Gesundheitswesen angewandt. Der „Wert“ wird hier mit „Patientennutzen“ gleichgesetzt. Porter und Guth empfehlen die Bildung von Zentren [hier als integrated practice units (ipu) bezeichnet] als zentrale (Markt-)Struktur des Gesundheitswesens. Zentren seien gleichzusetzen mit Behandlungsteams, die um den Patienten herumgruppiert werden, wobei der Patient selbst als Teil eines Teams zu verstehen sei. Bei multimorbiden Patienten könne die Versorgung in mehreren Zentren gleichzeitig notwendig werden, in jedem Zentrum solle dann ein für sie zuständiger „team captain“ zur Verfügung stehen. Selbst für die hausärztliche Primärversorgung schlagen Porter und Guth eine auf bestimmte Patientengruppen (so genannte medical conditions) spezialisierte Versorgung (dedicated teams) vor. Die Qualitätsverbesserung des Gesundheitssystems durch Zentrenbildung wird in dem Konzept idealisiert als „circulus virtuosus“ dargestellt: eine höhere Zahl behandelter Patienten führe zu besser angepassten Einrichtungen und effizienteren Prozessen, zur besseren Kostenverteilung und schließlich zu besseren Ergebnissen. Um den Patientennutzen beurteilen zu können, sind allerdings aussagekräftige Langzeit-Outcome-Messungen notwendig [McClellan¹⁹ et al. 2008].

Kritik am von Porter propagierten Konzept findet man z. B. bei Enthoven²⁰ et al. [2007]. Sie sind nicht überzeugt, dass sich das Konzept Inselbildung („Archipel“) durch Zentren gegen die Strategie eines breiten Versorgungsspektrums auf breiter Front durchsetzen werde, da schließlich nicht jeder der Beste sein könne. Eine übermäßige Aufteilung der Gesundheitsversorgung in Zentren führe zu hohem Koordinationsaufwand und zu Reibungsverlusten. Zudem seien Zentren im Kern nicht – wie oft behauptet – patientenzentriert, sondern vielmehr krankheitszentriert.

3. Fazit

Ziel einer Zentrenbildung ist in der Regel die Schaffung von Mehrwerten gegenüber der konventionellen Versorgung [Siewert⁸ 2005]. Real existierende Zentren lassen sich in der Regel nicht eindeutig nur einem der o.g. Typen zuordnen. Vielmehr sind Mischformen bzw. dynamische Übergänge zwischen den Typen durch Weiterentwicklung möglich. Unabhängig davon, ob man eine organisationstheoretische oder eine ökonomische Betrachtungsweise wählt, lässt sich zusammenfassend ein Zentrum beschreiben als eine Aggregation von Expertise und Ressourcen (Abbildung)



[Abb. eigene Grafik] Grundsätze eines Zentrums, unabhängig von der Theorie

Literatur:

¹ Neubauer, G., Minartz, C.: Zentrierte Versorgung- Ziele und Optionen. In: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2008/2009, Schwerpunkt: Versorgungszentren, Schattauer Verlag GmbH, Stuttgart, 2009, S. 3-16

² Nationaler Krebsplan. Ziel 5 - Qualitätssicherung, Zertifizierung onkologischer Behandlungseinrichtungen <http://www.bmg.bund.de/praevention/nationaler-krebsplan/was-haben-wir-bisher-erreicht/ziel-5-qualitaetssicherung-zertifizierung-onkologischer-behandlungseinrichtungen.html> (Stand: 21.01.2015)

³ Walshe et al.; Center of Excellence, Cancer Center, Kompetenznetz: Terminologischer Wirrwarr? [Center of Excellence, Cancer Center, Competence Network: Terminological confusion?] Dtsch Med Wochenschr 2002;127:913–914

⁴ Gerste, B.; Zentrenbildung in Deutschland - eine Bestandsaufnahme auf Basis der Qualitätsberichte. In: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2008/2009, Schwerpunkt: Versorgungszentren, Schattauer Verlag GmbH, Stuttgart, 2009, S. 17-34

⁵ BGH Urteil AZ.: I ZR 104/10 (Neurologisch/Vaskuläres Zentrum) vom 18.01.2012

⁶ Kuntz, L.; Wittland, M.; Zentrenbildung und Verbesserung von Qualität und Effizienz - Evidenz am Beispiel der Universitätsklinik Köln. In: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2008/2009, Schwerpunkt: Versorgungszentren, Schattauer Verlag GmbH, Stuttgart, 2009, S.87-100

⁷ Schrappe, M.; Medizinische Zentren – Systematik und Nutzen. Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes. 101, 2007, 141-6

-
- ⁸ Siewert, J.R.; Des Kaisers Neue Kleider oder: Neue Strukturmodelle für Universitätsklinika. [The Emperor's New Clothes: New structures for university hospitals] Dtsch Med Wochenschr 2005;130:2524-2527
- ⁹ Busch, H.P.; Imaging Center – Optimierung der diagnostischen Bildgebung im DRG-Zeitalter [Imaging Center – Optimization of the Imaging Process]. Fortschr Röntgenstr 2013; 185(4): 313-319
- ¹⁰ Richter-Kuhlmann, E.; Trend zur Zentrenbildung. DÄB:103(7) 17. Februar 2006
- ¹¹ Neubauer G, Minartz C. Teil I Schwerpunkt: Versorgungszentren. Zentrierte Versorgung - Ziele und Optionen. In: Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2008/2009. Stuttgart: Schattauer; 2009. S. 3-15.
- ¹² Wissenschaftsrat. Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin. Drs. 7984-07. <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/7984-07.pdf> (Stand: 23.01.2015); 2007.
- ¹³ Schmitz C, Quante S, Debatin J. Moderne Klinikorganisation, warum Zentrenbildung? – das Beispiel Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Chir Gastroenterol 2006;22(4):230-5.
- ¹⁴ Siess et.al.; Qualitätsmanagement und Erfahrungen mit dem „Cancer Center“ [Quality management and experience at a „Cancer Center“]. Dtsch med Wochenschr 2002; 127(17): 896-900
- ¹⁵ Klar, E.; Siewert, R.; Zentrenbildung in der gastrointestinalen Chirurgie. Chir Gastroenterol 2006; 22: 218
- ¹⁶ Braun et.al.; Formen, Management und Führungsorganisation von Krankenhauszentren – in: Handbuch Integrierte Versorgung; 2009: Hrsg. Von Hellmann. Economica, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH, Heidelberg
- ¹⁷ Von Eiff, W.; Wettbewerbsstrategie. Bedeutung des Porter-Ansatzes für Kliniken. HCM Gesundheitspolitik; 3. Jg. Ausgabe 5/2012 S: 14-17
- ¹⁸ Porter, M.E.; Guth, C.; Redefining German Health Care. Moving to a Value-Based System. S. 30 ff. Springer Verlag 2012
- ¹⁹ McClellan et.al.; Evidence-Based Medicine and the Changing Nature of Healthcare: Meeting Summary (IOM Roundtable on Evidence-Based Medicine) 2008 <http://books.nap.edu/catalog/12041/evidence-based-medicine-and-the-changing-nature-of-health-care> (Stand: 23.01.2015)
- ²⁰ Enthoven et.al.; 'Redefining health care': medical homes or archipelagos to navigate? Health Affairs, 26, No. 5 (2007): 1366-1372