

text von Schulungen (Führung, Verhandlungsmanagement, Konfliktmanagement) zu optimieren.

Geprüft werden sollte (in enger Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern), welche der genannten und weiteren Instrumente für eine Verbesserung der Abteilungsstruktur und des Abteilungsmanagement eingesetzt werden können. **119**

1.5 Zentrenbildung – Modell der Zukunft?

In der Diskussion um effizientere Strukturen im Krankenhaus nimmt das Wort „Zentrenbildung“ zunehmend Raum ein, auch im Kontext der Forderung nach Aufhebung des Chefarztprinzips. Dabei wird häufig der Eindruck erweckt als ob die Bildung von Zentren „die“ Alternative zu herkömmlichen Abteilungsstrukturen ist, eine Vorstellung, die in einem „absoluten“ Sinne keinesfalls der Realität entspricht. Denn der Begriff „Zentren“ wird wenig einheitlich für sehr unterschiedliche Konstrukte verwendet. **120**

1.5.1 Patienten und Ressourcen orientierte Zentren

Die nachfolgende Einteilung von Zentren bezieht sich in den wesentlichen Punkten auf eine Differenzierung nach Pongs et al.⁴⁴ Danach versteht man unter Zentrum eine Organisationsstruktur, die gekennzeichnet ist durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen mit dem Ziel der Ressourcenbündelung und der Einsparung von Kosten. Darauf bezogene unterschiedliche Ausgestaltungsformen fasst die nachfolgende Tabelle zusammen (Tab. 2). **121**

Tab. 2: *Patienten orientiertes und Ressourcen orientiertes Zentrum im Vergleich* **122**

Typ des Zentrums	Ziel	Merkmale	Beispiele
Patienten orientiertes Zentrum	Steigerung der Versorgungsqualität, hohe medizinische Expertise	Bessere Gewährleistung der Versorgung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Herzzentren • Bauchzentren
Ressourcen orientiertes Zentrum	Effizientere Ressourcennutzung und Minimierung von Kosten	Abteilung übergreifende Nutzung	<ul style="list-style-type: none"> • OP-Zentren • Radiologische Zentren

44 Pongs, K./Jüttner, C./Beierlein, J./Bauer, H.: Die alte Abteilungsstruktur taugt nicht für die Zukunft – Zentrenbildung ist die Basis der Leistungsprofilierung und Qualitätssteigerung, f&w 3/2007.

123 Je nach Lokalisation lässt sich unterscheiden zwischen Krankenhaus internen (institutionellen) und Einrichtung übergreifenden Zentren (Tab. 3).

124 *Tab. 3: Differenzierung von Zentren nach Lokalisation der Leistungserbringung*

Typ des Zentrums	Merkmale	Beispiele
Krankenhaus internes (institutionelles Zentrum)	Leistungserbringung im Krankenhaus ohne externe Partner	<ul style="list-style-type: none">• Bauchzentrum
Einrichtung übergreifendes Zentrum	Leistungserbringung in Kooperation mit umliegenden Leistungserbringern (sinnvoll vor allem in Ballungsgebieten mit hohem Grad der Spezialisierung der Leistungserbringer)	<ul style="list-style-type: none">• Herz-Thorax-Zentrum Kooperation einer Fachklinik für Herzchirurgie mit einem kardiologischen Schwerpunktversorger (auch im Sinne einer Beschränkung auf Fallkonferenzen)

1.5.2 Virtuelle Zentren

125 Darunter werden verstanden Zentren, die das Ziel haben eine optimierte Versorgung komplexer Erkrankungen zu gewährleisten. Der Ort der Behandlung ist hier im Regelfall an der Hauptdiagnose orientiert (z. B. Diabeteszentrum, das Patienten aus unterschiedlichen Abteilungen des Krankenhauses wie Geriatrie, Geburtshilfe, Kardiologie versorgt). Im Mittelpunkt der Zielsetzung entsprechender Zentren steht die Entwicklung von Standards, die im gesamten Krankenhaus (oder auch bei Einrichtung übergreifenden Zentren) im gesamten Netzwerk gelten.

1.5.3 Administrative Zentren

126 Während die bisher genannten Zentren vorrangig abstellen auf eine Optimierung der Patientenversorgung und mehr Effizienz im Behandlungsprozess sind vorrangige Ziele administrativer Zentren z. B.⁴⁵:

- die Verlagerung von Budgetverantwortung von den Abteilungsleitungen auf die Zentrumsleitungen.
- die Bündelung administrativer Abläufe
- die Reduzierung interpersoneller Konflikte zwischen den Leitungen der einzelnen Kliniken

⁴⁵ Schmitz, C./Quante, S.: Zentrenbildung an Universitätskliniken: Modetrend oder Organisationsform der Zukunft, *clanicum* 3/2007.

Als Beispiel für eine entsprechende Organisationsstruktur sei hier das **127**
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) genannt (Abb. 11).

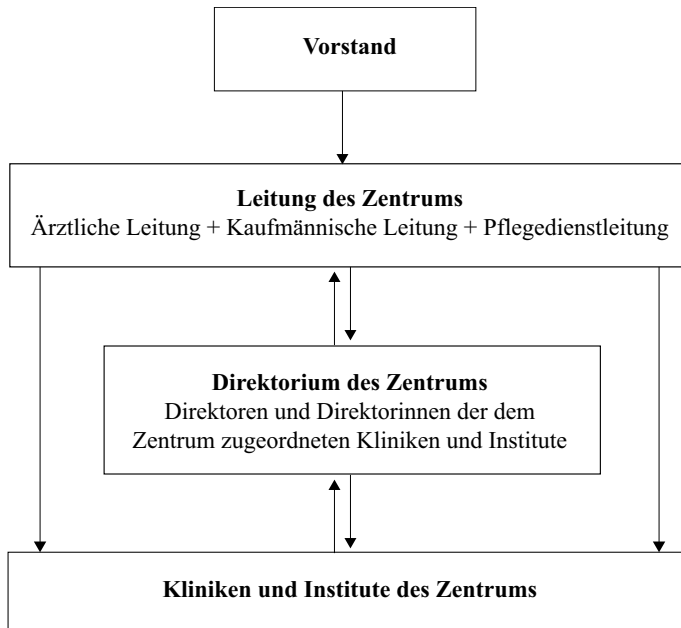


Abb. 11: Organigramm eines Zentrums am Universitätsklinikum Ham- **128**
 burg-Eppendorf

Quelle: Schmitz, C./Quante, S.: Zentrenbildung an Universitätskliniken:
 Modetrend oder Organisationsform der Zukunft, clinicum 3/2007

Als bisherige Ergebnisse der Einführung von Zentren am UKE erge- **129**
 ben sich laut Schmitz und Quante⁴⁶:

- Bündelung interdisziplinär-medizinischer Kompetenz,
- Patientenmarketing,
- Dezentralisierung von Managementkompetenz,
- Optimierung von Ressourceneinsatz und Steigerung der Prozess-
 qualität,
- Delegation von Verantwortung und dadurch bessere Steuerung
 vor allem großer Kliniken,
- Professionalisierung der strategischen Diskussion im UKE.

⁴⁶ Schmitz, C./Quante, S.: Zentrenbildung an Universitätskliniken: Modetrend oder
 Organisationsform der Zukunft, clinicum 3/2007.

- 130** Ein ähnlicher Weg wird offenbar im **Universitätsspital Zürich** eingeschlagen.⁴⁷ Vom Kern her geht es darum, die insgesamt 42 Kliniken des Spitals einander „näher zu bringen“.
- 131** Entsprechende Zentren sollen unternehmerisch von Managern geleitet werden. In diesem Zusammenhang wird von Mitgliedern des Spitalrates, der die Umstrukturierungen im Universitätsspital umsetzen soll, zwar das Ziel einer Entmachtung der Chefärzten in Abrede gestellt. Es ist allerdings zu vermuten, dass dies zumindest ein Ziel der Umstrukturierungen ist!

1.5.4 Folgerungen und Konsequenzen für den zukünftigen Leitenden Arzt

- 132** Der zukünftige Leitende Arzt wird auf Art und Struktur der Etablierung von Zentren, welche Zielsetzung diese auch immer erfolgen, nur sehr eingeschränkt Einfluss haben. Denn den Weg gibt hier die Krankenhausleitung bzw. der Krankenhausträger vor. Es wird jedoch empfohlen, die Zentrenbildung zu unterstützen. Dies gilt in besonderer Weise in Bezug auf Patientenorientierte Zentren innerhalb seines Krankenhauses, aber auch im Hinblick auf die Bildung administrativer Zentren. Denn beide Zentrentypen können einen Beitrag dazu leisten, den Leitenden Arzt von administrativen Aufgaben zu entlasten und bieten ihm damit erweiterte Möglichkeiten, sich dem medizinischen Kerngeschäft der qualitativ hochwertigen Leistungserbringung zu widmen. Berücksichtigt werden sollte aber auch, dass die Mitwirkung in interdisziplinären Behandlungszentren ein besonderes Maß an kommunikativer und sozialer Kompetenz erfordert und somit ggf. die Bereitschaft einfordert, eine solche über Fortbildungen und Trainings zu erwerben.

1.6 Blick über die Grenzen – Das neue Berufsbild des Spitalfacharztes in der Schweiz

- 133** Eine interessante Möglichkeit, die auch zur Entspannung defizitärer Personalstrukturen in deutschen Krankenhäusern beitragen könnte, ist die Einführung eines Spitalfacharztes.⁴⁸

⁴⁷ Köpferollen am Universitätsspital Zürich, Neue Züricher Zeitung 113/2007.

⁴⁸ Hützen, K.: Das neue Berufsbild des Spitalfacharztes in der Schweiz – Mehr Kontinuität und Qualität in der Patientenbetreuung, Deutsches Ärzteblatt 104, Ausgabe 50/2007.

Dieses Angebot gibt es in der Schweiz seit 2003, eingesetzt werden Spitalfachärzte z. B. im Klinikum St. Gallen. Zugrunde liegt der Einführung von Spitalfachärzten ein zunehmender Mangel an Assistenzärzten in der Schweiz. Es werden deshalb zunehmend Assistenzarztstellen in Stellen für Spitalfachärzte umgewandelt. Als positive Folge wird vor allem eine Optimierung der Patientenbetreuung gesehen. **134**

Das **Tätigkeitsfeld** des Spitalfacharztes lässt sich wie folgt umreißen: **135**

- selbstständige Tätigkeit auf Stationsebene oder im Konsiliardienst,
- konstanter Ansprechpartner für zuweisende Ärzte (Haus- und Fachärzte).

Die **Rahmenbedingungen** für die Tätigkeit als Spitalfacharzt werden von Ärzten, die diese Tätigkeit bereits wahrnehmen, als attraktiv bezeichnet:⁴⁹ **136**

- reguläre Arbeitszeit von 42 Wochenstunden (demgegenüber 50 Wochenstunden für Assistenzärzte),
- Einkommen orientiert sich am Verdienst eines Hausarztes,
- weitgehende Freistellung von Nacht- und Wochenenddiensten, damit genügend Freizeit (auch im Hinblick auf eine Verbindung von Familie und Beruf, insbesondere bei Frauen),
- Betreuung von überschaubaren Patientenkollektiven auf Station (25–30 Patienten),
- umfassende Möglichkeiten zur Fortbildung, nicht nur intern und extern, sondern auch Anspruch auf Fortbildungstage,
- dadurch Möglichkeit der Orientierung auf neue Aufgaben, auch in anderen Bereichen.

1.7 Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag betrachtet zunächst die Rolle des Chefarztes im Rahmen der bestehenden funktionalen Krankenhausstruktur und präzisiert Defizite im Hinblick auf eine angemessene Führung und Mitarbeiterorientierung. **137**

Es schließt sich an eine Bestandaufnahme der kontroversen Diskussion zu einem neuen ärztlichen Berufsbild mit dem Ergebnis, dass die Struktur von Krankenhäusern sich massiv verändern wird (Prozessorientierte anstelle funktionaler Strukturen). Dies bedeutet, dass origi- **138**

⁴⁹ Hützen, K.: Das neue Berufsbild des Spitalfacharztes in der Schweiz – Mehr Kontinuität und Qualität in der Patientenbetreuung, Deutsches Ärzteblatt 104, Ausgabe 50/2007.

näre ärztliche Aufgaben in begrenztem Umfang auch von nichtärztlichem Personal übernommen werden (Delegation ärztlicher Tätigkeiten), insbesondere von Chefarzten Macht abgegeben werden muss und ein neues Verständnis von Führung, Kommunikation und Kooperation für das Überleben eines Krankenhauses im Wettbewerb zwingend ist.

- 139** Ausgewählte Instrumente für eine Optimierung des Abteilungsmanagements werden vorgestellt. In diesem Zusammenhang werden Merkmale des Kooperativen Prozessmanagements herausgearbeitet, Klinische Pfade als Steuerungselement beschrieben und die Bedeutung einer Gesundheit fördernden Abteilungsstruktur deutlich gemacht.
- 140** Es folgt eine kurze Betrachtung ausgewählter neuer nichtärztlicher Berufsbilder, deren Integration zu einer Effizienzsteigerung der Abteilung beitragen kann.
- 141** Abschließend wird auf die derzeit breiter diskutierte Möglichkeit der Zentrenbildung eingegangen und das neue Berufsbild des Spitalfacharztes aus der Schweiz vorgestellt, das auch ein Modell für deutsche Krankenhäuser und Kliniken werden könnte.