2.3 Organisation Krankenhaus – Balanceakt zwischen Spezialisierung und Koordination

Claudia B. Conrad

Alle Organisationen richten sich nach ihren Prioritäten aus. Dies gilt auch für die Gesamtorganisation Krankenhaus mit ihren verschiedenen Organisationseinheiten. Dabei sind die Prioritäten der einzelnen Organisationseinheiten nicht identisch mit der Prioritätensetzung des Gesamtunternehmens. Dies ergibt sich bereits aus den bei der Zieldefinition möglichen Blickwinkeln auf den Organisationszweck, welcher im Falle der Organisation Krankenhaus maßgeblich geprägt wird vom Charakter einer Expertenorganisation. Die Betrachtungsweise der Hauptleistungserbringer im Krankenhaus – Mediziner und Pflegekräfte – unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von der Sichtweise des Managements einer Klinik. Zusätzlich sind beide Blickwinkel nicht hundertprozentig deckungsgleich zu den Zielsetzungen und Erwartungen der Patienten. Hieraus ergeben sich intrinsische Organisationsbestrebungen, die an den Schnittstellen der Suborganisationen nahezu unausweichlich zu Differenzen und Zielkonflikten führen.

Das Zusammenwirken von Menschen und Technik in einer Organisation erfolgt arbeitsteilig. Um effizient zu sein, muss das arbeitsteilige System sich organisieren. Dies geschieht, indem Regelwerke geschaffen werden, die die Arbeitsteilung (Spezialisierung) mit der Koordination in ein ausgewogenes Verhältnis bringen. Das zunehmende Auftreten von Verschwendungen bzw. nicht wertschöpfenden Tätigkeiten (Qualitätsmängel, Nacharbeiten, Wartezeiten, übermäßige Besprechungs- und Dokumentationsanteile, etc.) ist ein deutliches Zeichen für eine notwendige Veränderung in Spezialisierungs- und Koordinationsform. Damit einher geht in der Konsequenz eine Änderung der Organisationsform. Wird im Krankenhaus ein deutlicher Anstieg der Patientenbeschwerden bez. Wartezeiten, Kontaktzeiten mit medizinisch-pflegerischem Personal oder/und sogar Fehldiagnosen verzeichnet, ist ein Hinterfragen der existenten Organisation der Patientenversorgung dringend notwendig.

Gleichzeitig sind weder die Gesamtorganisation Krankenhaus noch die hierin enthaltenen Suborganisationsstrukturen wie medizinische Fachabteilungen, Diagnostikbereiche oder administrative Abteilungen ein in sich geschlossenes System. Die auf die Organisation wirkenden äußeren Systemkräfte, wie nationale Gesundheitssysteme, technologische und medizinwissenschaftliche Entwicklung oder die gesellschaftlichen Anforderungen an das System Krankenhaus und die hierin agierenden Menschen, zwingen zu Anpassungen der Organisationseinheiten oder auch der Gesamtorganisation.

Um rechtzeitig auf interne und externe Veränderungen des Systems reagieren zu können, muss sich jedes Klinikunternehmen regelmäßig die Frage stellen, ob die Organisationsstrukturen noch den Anforderungen von Mitarbeitern, Patienten und Kunden gerecht werden können. Auch muss bei sich beständig ändernden Rahmenbedingungen (Finan-

Goepfert, Conrad. Unternehmen Krankenhaus (ISBN 9783131673213), © 2013 Thieme Verlag KG

zierung, Krankenhausrecht, Verbraucherschutz, Arbeitsrecht etc.) überprüft werden, welche Organisationsformen den aktuellen Anforderungen und Herausforderungen besser dienen könnten. Die im Folgenden dargestellten möglichen Organisationsstrukturen auf den verschiedenen Leistungsebenen eines Krankenhauses zeigen, wie sehr der Charakter als Expertenorganisation, die externen Anforderungen und die internen Anpassungsnotwendigkeiten sich gegenseitig beeinflussen. Eine einzige optimale Organisationsstruktur kann es nicht geben und aufgrund der sich ständig verändernden Einflussfaktoren intern und extern ist eine beständige Organisationsentwicklung erfolgsbestimmend.

2.3.1 Klassische Organisationsstrukturen in Krankenhäusern

Kliniken haben eine grundlegende Gemeinsamkeit hinsichtlich der inneren Organisation – und dies nicht nur in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Unabhängig von Region, Größe oder Versorgungsgrad ist die überwiegende Zahl der Krankenhäuser auf eine sehr ähnliche, klassische Weise strukturiert. Es finden sich traditionell eher funktionale Organisationsformen. Ähnlich wie in produzierenden Industriezweigen existiert eine weitgehende Trennung von Bereichen der primären und sekundären Leistungserbringung – in diesem Fall Medizin, Pflege und Diagnostik – und der tertiären Bereiche mit den administrativen, technischen und zuliefernden Prozessen.

Die Bereiche der primären und sekundären Leistungserbringung sind in der klassischen Form streng an medizinischen Fachbereichen orientiert. Ein Blick in die Statistik der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gb-e, 2010) zeigt die Vielfalt der angebotenen Spezialgebiete mit der jeweiligen Anzahl von Abteilungen und Betten (Tab. 2.**1**).

Diese traditionelle Aufbauorganisation von Krankenhäusern in den Kernleistungsbereichen der direkten Patientenversorgung ist maßgeblich durch die Entwicklung der medizinischen Wissenschaften der vergangenen Jahrzehnte geprägt. Steigendes Wissen um die körperlichen Funktionsweisen, die Entstehung von Krankheiten und deren Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten führten in der Medizin zu einer noch heute fortschreitenden Subspezialisierung. Die medizinischen Fachbereiche untergliedern sich immer weiter. Aus den ehemals unter dem Begriff „Chirurgie“ geführten Bereichen der operativ tätigen Mediziner sind mittlerweile eine Vielzahl nach betroffenen Organsystemen, Patientengruppen oder auch verwendeten Techniken benannte Fachdisziplinen hervorgegangen. Hinzu kommen immer neue Subspezialisierungen wie bariatrische Chirurgie (operative Behandlung bei Fettleibigkeit) oder Proktologie (Erkrankungen des Enddarms), bei denen deutlich infrage gestellt werden muss, inwieweit die Bezeichnungen verständlich für Patienten und Angehörige sind. Selbst für die etablierten Fachabteilungsbezeichnungen ist es für Patienten nicht eindeutig, mit welchen Beschwerden bzw. Erkrankungen sie in welches Spezialgebiet gehören. Neben der tiefgreifenden Auswirkung auf Organisation und Abläufe ist auch die durch die Abteilungsstrukturen erreichte, nach außen gerichtete Darstellung des Leistungsspektrums einer Klinik von Bedeutung. Vergleichbar mit den Geschäftseinheiten im produzierenden Gewerbe oder mit

Goepfert, Conrad. Unternehmen Krankenhaus (ISBN 9783131673213), © 2013 Thieme Verlag KG

Tabelle 2.**1** Medizinische Fachbereiche (gb-e).

Fachabteilung	Anzahl Fachabteilungen (D)	Anzahl Betten (D)
Augen	323	4872
Chirurgie	1252	107544
Gynäkologie (Frauenheilkunde) und Geburtshilfe	925	35228
Geriatrie (Altersheilkunde)	226	12128
HNO (Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	730	11128
Dermatologie (Haut-/Geschlechtskrankheiten)	116	4744
Kardiochirurgie (Herzchirurgie)	70	4446
Innere Medizin	1299	154213
Kinderchirurgie	80	1914
Pädiatrie (Kinderheilkunde)	363	19297
MKG-Chirurgie (Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie)	194	2191
Neurochirurgie	177	7000
Neurologie	410	22098
Nuklearmedizin	112	921
Orthopädie	420	24018
plastische Chirurgie	131	1943
Strahlentherapie	162	3154
Urologie	513	15002
sonstige Fachbereiche	216	4086
Kinder-/Jugendpsychiatrie	137	5460
Psychiatrie und Psychotherapie	412	54035
psychotherapeutische Medizin	179	7300

Goepfert, Conrad. Unternehmen Krankenhaus (ISBN 9783131673213), © 2013 Thieme Verlag KG

den Verkaufsbereichen eines Kaufhauses sollen die aufgeführten Fachabteilungen dem Patienten oder auch dem zuweisenden Arzt Orientierung geben. Die Beantwortung der Frage „Kann ich mich bzw. meinen Patienten hier behandeln lassen?“ soll hierdurch ermöglicht werden. Fraglich ist, ob dies in dem beabsichtigten Ausmaß gelingen kann, wenn sich die Benennung von Fachabteilungen auch in der Außenkommunikation an den Begrifflichkeiten der Medizin in Fremdworten lateinischer oder griechischer Herkunft anlehnt. Diesem Problem wird von vielen Kliniken bereits begegnet, indem Fachabteilungen und Zentren deutlich verständlicher benannt werden. So gibt es vielerorts nach Körperregionen benannte Zentren (Darm-, Kopf-, Brustzentrum) oder aus der Fachabteilung Viszeralchirurgie wird die Abteilung für Bauchchirurgie.

Die Entwicklung der Abteilungsstruktur von Krankenhäusern aus der Ausdifferenzierung der in ihnen als Hauptakteure tätigen Ärzte zeigt ein weiteres Charaktermerkmal der Organisationsform. Ein Blick in die Weiterbildungsordnung Ärzte [1] offenbart die Dependenz der Organisationsstruktur im Krankenhaus von der medizinischen universitären Aus- und Weiterbildung. Krankenhäuser sind, wie auch Universitäten oder Schulen, als Expertenorganisation (professionelle Organisation, professional bureaucracy) zu verstehen [2]. Hauptmerkmal von Expertenorganisationen ist der Umgang mit Wissen als zentraler Faktor des Unternehmenszwecks. Weitere Charakteristika von Expertenorganisationen sind:

- hochqualifizierte Mitarbeiter mit relativ starker Stellung im Unternehmen
- Identifikation des Mitarbeiters eher mit seiner Profession (Standesorganisation, Verbände, wissenschaftliche Institutionen) als mit dem Unternehmen
- ausgeprägte Handlungs- und Entscheidungsautonomie der Experten
- Erstellung komplexer Dienstleistungen/Produkte
- Qualität kann nur durch andere Experten bewertet werden
- Orientierung am professionellen Karriere- und Reputationssystem
- geringes Interesse der Experten an Koordinationsaufgaben
- Standardisierung und Schaffung von Bewertungsmaßstäben durch Standardisierung der Ausbildung
- direkte Interaktion des Experten mit dem Patienten/Kunden/Klienten

Alle oben aufgeführten Merkmale einer Expertenorganisation Krankenhaus führen zu entsprechenden Konflikten und Herausforderungen, die mit steigender Unternehmensgröße und zunehmenden Einflüssen von extern noch weiter wachsen. Neben dem Fokus auf eine stärkere Patientenorientierung macht die zunehmende Komplexität des Gesundheitswesens mit Finanzierung, Qualitätssicherung, verfügbarer Technik oder spezifische Rechtsgrundlagen einen zunehmenden Wandel hin zu Mischformen von Organisationsstrukturen und die Adaption neuerer Organisationsformen aus anderen Branchen erforderlich.

Aus den folgenden, beispielhaft aufgeführten Situationen lassen sich die aus den Merkmalen einer Expertenorganisation entstehenden Zielkonflikte innerhalb der Klinikunternehmen erahnen.

Goepfert, Conrad. Unternehmen Krankenhaus (ISBN 9783131673213), © 2013 Thieme Verlag KG

Ärzte identifizieren sich aufgrund ihrer beruflichen Sozialisation im universitären Umfeld sehr stark mit der eigenen Profession. Hiermit einher geht die Orientierung am Karrieresystem des eigenen Referenzrahmens, welches die Universität oder auch die Berufsverbände sein kann. Bei einem anhaltend hohen Innovationsgrad in Forschung und Lehre ist es für den Erhalt des Expertenstatus des einzelnen Arztes notwendig, eine zunehmend kleinteilige Spezialisierung zu erzielen. Diese Spezialisierung im fachmedizinischen Bereich bildet sich zum Beispiel ab in der Entwicklung vom Viszeralchirurgen, der weitestgehend alle chirurgischen Eingriffe im Bauchraum durchführt, hin zum Spezialisten für Transplantationschirurgie. Zur Sicherstellung der eigenen Stellung im Kollegenbezug benötigt der spezialisierte Arzt nun den dazugehörenden organisatorischen Rahmen: Chefarztposition einer eigenen Fachabteilung mit Recht zur Privatliquidation, zugeordnete Betten in ausreichender Anzahl (im Vergleich zu den übrigen chirurgisch tätigen Chefarztbereichen), Sekretärin, Ober- und Assistenzärzte, Eintrag in der Homepage der Klinik, OP-Kapazitäten, spezielle Ausstattung. Diese Liste lässt sich noch weiter ausdifferenzieren – deutlich wird auch auf dieser Aggregationsebene, welcher organisatorische und finanzielle Aufwand hiermit einhergeht.

Die Klinikleitung steht nun vor der Herausforderung, diese Forderungen zu erfüllen, um den Experten mit seinem sowohl spezialisierten als auch allgemeinen Wissen und der dazugehörenden Reputation zu gewinnen oder zu halten. Oder darauf zu bestehen, dass die Spezialleistungen im Kontext der bisherigen Fachdisziplin erbracht werden. Im ersten Fall hat dies eine Kostensteigerung zur Folge, der in vielen Fällen wiederum nur schwer zu kalkulierende Erlöse gegenüberstehen. Die häufig angeführte Erweiterung des Leistungsspektrums mit dem dazugehörenden Marketingeffekt ist nur bedingt gegeben, da das Wissen und die Fähigkeiten des Arztes auch in der bestehenden Organisation zum Nutzen des Patienten und des Unternehmens eingebracht werden könnten. Die Schaffung einer neuen Organisationseinheit – in diesem Fall einer neuen Fachabteilung – ist gleichzeitig die Schaffung von weiteren Schnittstellen. Der hieraus entstehende Koordinierungsaufwand wird in der Regel nicht vollständig durch die an den Schnittstellenpunkten tätigen Experten erbracht werden. In der Konsequenz müssen Lösungen gefunden werden für die Einbindung des neuen Bereichs in existierende Strukturen. Hierzu gehört die Abbildung in der Krankenhausstatistik, der Aufbau des notwendigen Expertenwissens im Bereich von Kodierung und Abrechnung, die Sicherstellung von Erfordernissen hinsichtlich Mindestbesetzungen für Bereitschafts-, Ruf- und Hintergrunddiensten, die Abbildung der Abteilungsanforderungen im Krankenhausinformationssystem. Sicherstellung der Koordination und effiziente Überbrückung bestehender Schnittstellen liegt weitestgehend im Verantwortungsbereich der Management- und Stützbereiche – von den medizinischen Fachabteilungen gerne auch als „die Verwaltung" bezeichnet. Im zweiten Entscheidungsfall – dem Belassen der Leistungen in der bestehenden Fachabteilung – verliert das Unternehmen potenziell einen oder mehrere Mitarbeiter (was einhergeht mit nicht unerheblichen Personalbeschaffungskosten für die Wiederbesetzung) und mit dem Personal auch das hier vorhandene Wissen. Wechselt der abwandernde Arzt in ein Klinikunternehmen im direkten Einzugsbereich des betroffenen Krankenhauses, so ist ggf. mit dem Rückgang von Patientenzahlen und damit Er-

Goepfert, Conrad. Unternehmen Krankenhaus (ISBN 9783131673213), © 2013 Thieme Verlag KG

löseinbußen zu rechnen, da die Patienten, die sich bisher im Fachbereich der Viszeralchirurgie operativ aufgrund ihrer Adipositas-Erkrankung (Fettleibigkeit) behandeln ließen, zur neu etablierten Fachabteilung der bariatrischen Chirurgie im Klinikum XYZ wechseln.

Das Aufeinandertreffen der ausgeprägten Handlungs- und Entscheidungsautonomie der Experten und des geringen Interesses der Experten an Koordinationsaufgaben führt zu Schnittstellenproblemen und in der Folge auch zu Qualitätseinbußen in der Leistungserbringung gegenüber dem Patienten. Die notwendigen und steigenden Managementaufgaben werden von den medizinischen und pflegerischen Experten in der Regel als lästig empfunden. Jeder möchte sich auf seine Facharbeit konzentrieren, da hier sowohl die größte Wertschöpfung erzielt werden kann als auch die größere persönliche Wertschätzung durch Patienten und Kollegen. Im Zuge der Diskussionen, inwieweit Steuerungs- und Leitungsaufgaben innerhalb von Expertenorganisationen an Fachkräfte außerhalb des jeweiligen Expertisesystems übertragen werden können, gerät eine Organisation häufig an Grenzen, da Entscheidungen im Rahmen von Leitungsfunktionen häufig eng an die fachliche Ebene gebunden sind. Eine komplette Zuordnung von Steuerungs-/Leitungsaufgaben zu den primären Leistungsbereichen (Fachabteilungen, Kliniken) ist nicht in hinreichender Qualität realisierbar. Gründe hierfür sind zum einen die unzureichende Vermittlung von Wissen im Bereich Management, Organisation, Führung und Ökonomie in der Ausbildung der Experten, zum anderen die Komplexität des Gesamtunternehmens Krankenhaus. Die Übernahme von Managementaufgaben durch den Experten funktioniert noch in einer kleinen bis mittleren Arztpraxis, im Krankenhaus mit den unterschiedlichsten beteiligten Fachbereichen, Abrechnungsformen oder auch externen Einflüssen wie Politik, Wettbewerb oder Lieferantenbeziehungen sind andere Wege in der Organisationsstruktur notwendig. Da jedoch ein nicht unerheblicher Teil des für die Steuerung notwendigen Wissens und Verantwortlichkeiten bei den medizinischen und pflegerischen Experten angesiedelt ist (Informationen zur korrekten Kodierung, Steuerung der Verweildauer), besteht die Notwendigkeit zur Schaffung von Spezialwissen an den Schnittstellen. Die an den Schnittstellen arbeitenden, speziell ausgebildeten Mitarbeiter (wie z. B. Kodierfachkräfte, Case Manager oder Controller) haben den Koordinationsaufwand zu leisten – und dies häufig gegen den mehr oder weniger ausgeprägten Widerstand der medizinischen und pflegerischen Experten. Diese interpretieren die Tätigkeit der an den Schnittstellen tätigen Mitarbeiter als Einmischung und beharren auf der Entscheidungsautonomie des eigenen Berufsstands. Wird diese Anstrengung jedoch nicht unternommen, erleidet die Gesamtorganisation finanzielle und qualitative Einbußen, was in der Konsequenz auch negative Auswirkungen auf die primären Leistungsbereiche hat. In diesem Fall schadet sich die Expertenorganisation durch ihr Beharren auf ihr Spezialistentum selber.

Unabhängig von den bestehenden Entscheidungsnotwendigkeiten bleibt das Wissen und die Leistungsfähigkeit aller direkt am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeiter (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten) das wichtigste Kapital der Krankenhäuser. Eines der Hauptunternehmensziele muss es daher sein, eine Organisation zu schaffen, die es den

Goepfert, Conrad. Unternehmen Krankenhaus (ISBN 9783131673213), © 2013 Thieme Verlag KG

Experten ermöglicht, ihr Wissen zum Wohl des Patienten zu nutzen, ihre Leistungsbereitschaft sicherzustellen und ihre Reputation für sich selber und das Unternehmen zu etablieren und auszubauen. Organisationsentwicklungsmaßnahmen, welche die zentrale Bedeutung des Expertenwissens zu gering einschätzen oder negieren, werden am inneren Widerstand der Hauptleistungsträger scheitern. Es besteht die Notwendigkeit, bestimmte administrative Prozesse gezielt in die Verantwortung der Experten zu geben, für andere Prozesse einen einfachen Zugang für die Organisationseinheiten der primären Kernleistungsbereiche zu schaffen und für die strategische Unternehmensführung Wege zu finden, das vorhandene Expertenwissen bestmöglich und unter Vermeidung von Kultur- und Kommunikationskonflikten für die Entscheidungsfindung zu nutzen.

2.3.2 Modifizierte Organisationsstrukturen der primären und sekundären Leistungsbereiche

In dem Bemühen, die klassischen Organisationsformen der stationären Patientenversorgung in Kliniken an die Veränderungen im Gesundheitssystem und die veränderte Erwartungshaltung der Patienten oder Zuweiser anzupassen, beschreiten viele Krankenhäuser neue Wege der Organisationsentwicklung. Die zunehmende Multimorbidität der Patienten, bestehende Schwierigkeiten in der Zuständigkeitsverteilung für bestimmte Symptome (Stichwort „akuter Bauch"), die oben beschriebenen Orientierungsprobleme für Patienten in der klassischen Fachabteilungsstruktur und der steigende Wettbewerb zwischen Krankenhäusern mit der Notwendigkeit der Differenzierung der einzelnen Anbieter im Markt sind führende Gründe für geplante oder durchgeführte Veränderungen der Organisationsform von Kliniken. Gemeinsam ist allen diesen Bemühungen der Versuch, die strenge funktionale Bereichstrennung in Teilen aufzuheben und die verteilten Zuständigkeiten und Abläufe der klassischen Organisationsform bestmöglich zu vernetzen und zu integrieren. An der Ausrichtung als Expertenorganisation ändert sich hierbei nichts, im Wesentlichen zielen die Maßnahmen auf eine Verbesserung der Koordinationsfaktoren in dem System, welche die Nachteile der Spezialisierungstendenzen ausgleichen müssen.

Die Ziele, die mit den neuen Organisationsstrukturen erreicht werden sollen, sind vielfältig:
- Ermöglichung eines ganzheitlichen, integrativen Behandlungsprozesses
- Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung
- Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung
- Steigerung der Patienten-/Kundenorientierung durch Überwindung von Schnittstellenproblemen
- Differenzierung im Wettbewerb

Seit Ende des letzten Jahrhunderts lassen sich im Gesundheitswesen zunehmende Umstrukturierungsaktivitäten beobachten. Hier überwiegt zahlenmäßig die Bildung von Zentren – welche jedoch in Zielsetzung, Struktur und Umfang sehr unterschiedlich aus-

Goepfert, Conrad. Unternehmen Krankenhaus (ISBN 9783131673213), © 2013 Thieme Verlag KG

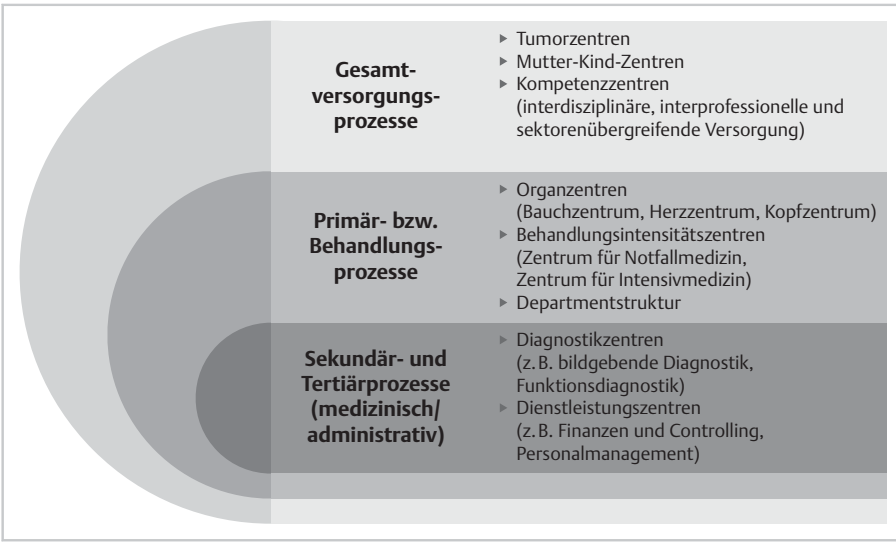

Abb. 2.**6** Wertschöpfungsprozesse und Zentrumsformen.

geprägt sind. Gemeinsam ist ihnen jedoch die Schaffung von neu definierten Einheiten, welche dezentral organisiert sind und gleichzeitig neue übergeordnete bzw. verbindende Strukturen erhalten. Dabei ist eine standort-, sektoren- oder auch trägerübergreifende Ausprägung denkbar. Orientiert an dem Ziel des möglichst integrativen Behandlungsprozesses, können die Zentrumsformen hinsichtlich ihres Abdeckungsgrads des Wertschöpfungsprozesses unterschieden werden [3] (Abb. 2.**6**).

Die häufigsten Zentrumsformen zielen auf die Abdeckung des Behandlungsprozesses für Erkrankungs- oder Patientengruppen. Dies sind z. B. Organzentren wie Herz- oder Bauchzentrum, Patientengruppen-fokussierte Zentren wie Mutter-Kind-Zentren oder Zentren, die auf die Zusammenfassung von Behandlungsstufen zielen, wie Zentren für Notfallmedizin oder Intensivmedizinzentren. Im Fokus stehen hier das Ziel der Reduktion von Schnittstellenproblemen, die Ermöglichung eines ganzheitlichen, integrativen Behandlungsprozesses sowie auch die Differenzierung zu den Wettbewerbern. So wird innerhalb dieser neuen Zentrumsstruktur sichergestellt, dass der Behandlungsprozess der Patienten zwischen den beteiligten Bereichen koordiniert und abgestimmt abläuft. Strukturen und Abläufe entlang der Patientenbehandlung werden gebündelt und in eine organisierte Kooperationsform überführt. Die Zentren verfügen i. d. R. über eine aus dem Kreis der Chefärzte gewählte oder ernannte Zentrumsleitung. Definierte Instrumente der Qualitätssicherung und Standardisierung von Behandlungspfaden dienen der Sicherstellung der oben genannten Zielsetzungen. So verfügen Bauchzentren über SOPs (Standard Operating Procedures) für Patienten, die mit der Symptomatik des akuten Bauches ins Krankenhaus kommen. Hierdurch soll eine frühzeitige, medizinisch abgestimm-

Goepfert, Conrad. Unternehmen Krankenhaus (ISBN 9783131673213), © 2013 Thieme Verlag KG

te Klärung der Zuständigkeit von Internisten, Allgemeinchirurgen oder Gynäkologen sichergestellt werden. Eine reale Zusammenlegung der betroffenen Fachbereiche und Funktionen findet jedoch nur selten statt. Die betroffenen Fachbereiche sind weiter organisatorisch voneinander getrennt (mit eigenen Chefärzten), auch eine räumliche Zusammenfassung ist nur selten zu finden.

Unter Berücksichtigung der Merkmale von Expertenorganisationen wie Entscheidungsautonomie, geringe Verantwortungsübernahme für Koordinierungsaufgaben, Qualitätskontrolle durch Ausbildungsstandards, lässt sich leicht erahnen, wie groß der Aufwand für die Etablierung der beschriebenen Koordinationsinstrumente wie SOPs, eine funktionierende Zentrumsleitung oder Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Vorbereitung, Einrichtung und vor allen Dingen Betrieb von Zentren der beschriebenen Form ist.

Die sicherlich weitestgehende Zentrumsform sind die Zentren, die den gesamten Versorgungsprozess in der Wertschöpfung abdecken, auch **Kompetenz**zentren genannt. Hierunter fallen zum Beispiel Tumorzentren oder auch Comprehensive Cancer Centers (CCC). Die wesentlichen Faktoren von Kompetenzzentren sind nach Braun et al.

- eine stringente Ausrichtung aller (Behandlungs-)Prozesse am Kundennutzen
- eine vollständige, sektorenübergreifende Betreuung von Krankheitsbildern (von Prävention über Diagnostik und Therapie bis zu Rehabilitation und Nachsorge) – vertikale Integration
- eine organisierte, interdisziplinäre Zusammenarbeit vormals getrennter Professionalitäten und medizinischer Fachbereiche – horizontale und laterale Integration
- eine ausführliche, den gesamten Krankheitsverlauf umfassende Dokumentation zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgung [3].

In die Kompetenzzentren können – besonders an Universitätskliniken – auch die Forschungsbereiche integriert sein. Von besonderem Nutzen für den Patienten ist die vollständige Integration des gesamten Versorgungsprozesses mit allen hieran Beteiligten, unabhängig von Phase der Behandlung oder des Gesundheitssystemsektors. Dies stellt jedoch für die Umsetzung auch gleichzeitig die größte Herausforderung dar.

Als Beispiel für den Departmentansatz in Deutschland kann die 2003 begonnene Zentrenbildung am UKE (Universitätskliniken Eppendorf, Hamburg) gesehen werden. Der Zuschnitt der Zentren erfolgt nach unterschiedlichen Kriterien. Einige eint der gemeinsame Forschungsschwerpunkt oder vergleichbare Lehr-Curricula, andere behandeln gemeinsam spezifische Krankheitsbilder. Allen gemeinsam ist die dezentrale Organisationsform mit erhöhter Entscheidungsautonomie – was bei richtiger Umsetzung für eine so ausgeprägte Expertenorganisation wie eine Universitätsklinik ein deutlicher Erfolgsfaktor sein kann. Jedes Zentrum wird geleitet von einem Dreiergremium aus ärztlich-wissenschaftlicher Leitung, Pflegedienstleitung und kaufmännischer Leitung. Dieses Gremium führt das Zentrum und trägt die Verantwortung für Leistungen, Personal und Budgets. Zusätzlich wurde für jedes Zentrum ein Zentrumsdirektorium eingerichtet, in dem die Direktoren der Kliniken und Institute vertreten sind. Das Direktorium berät die

Goepfert, Conrad. Unternehmen Krankenhaus (ISBN 9783131673213), © 2013 Thieme Verlag KG

Zentrumsleitung und ist entscheidungstragend bei Fragen der Budgetverteilung und Veränderungen in der Zentrumsstruktur. Die weitgehende Entscheidungsautonomie der Zentren führt direkt zu höheren Anforderungen an die tertiären Leistungsbereiche. Diese müssen sich zwangsläufig zu Dienstleistern entwickeln. Eine Zentrenbildung nach dem Departmentansatz hat den Vorteil, dass die enge interdisziplinäre und interprofessionelle Vernetzung innerhalb des Zentrums qualitätsverbessernd wirken kann, was in der Folge zu positiven Marketingeffekten auf Patienten und Personal führt. Die Dezentralisierung der organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Managementkompetenz reduziert Reibungsverluste an den Schnittstellen und bietet den Akteuren des primären Leistungsbereichs Entlastung von Koordinierungsaufwänden. Im Hinblick auf das Gesamtunternehmen ergibt sich bei konsequenter Umsetzung ein deutlicher Vorteil in der strategischen Ebene. Durch die enge Verknüpfung von medizinischer, pflegerischer und betriebswirtschaftlicher Kompetenz auf Zentrumsebene (in der Zentrumsleitung) können abgestimmte und risikominimierte Entscheidungen in der Unternehmensplanung und strategischen Weiterentwicklung getroffen werden, die in der Umsetzungsphase in der Regel auf weniger Widerstand treffen dürften [4].

Eine geringe Abdeckung des Wertschöpfungsprozesses wird durch die Bildung von zum Beispiel Diagnostikzentren oder administrativen Dienstleistungszentren erreicht. Letztere werden im folgenden Kapitel detaillierter zu betrachten sein. Zur Erreichung von Skaleneffekten werden Sekundär- oder Stützprozesse organisatorisch zusammengeführt, Kompetenzen und Ressourcen werden gebündelt. So kann z. B. die komplette bildgebende Diagnostik (Radiologie und Ultraschalltechnik) in einem Diagnostikzentrum Bildgebung zusammengefasst und zentralisiert werden. Für die Radiologie ist dies üblich und auch technisch nicht anders umzusetzen. Im Fall der Ultraschalldiagnostik bedeutet eine komplette Zentralisierung eine gravierende Veränderung für die Diagnostikprozesse der Fachabteilungen, da in vielen Fachbereichen die Ultraschalldiagnostik sehr nah am Patienten – auf den Stationen oder auch direkt am Bett – erbracht wird. Bei der Bildung derartiger Zentren sind die Vor- und Nachteile gründlich gegeneinander abzuwägen. Neben den Vorteilen, die sich aus dem Heben von Synergieeffekten ergeben (Standardisierung der Diagnostikprozesse, Bündelung von Kompetenzen, Reduktion des Geräte- und Flächenbedarfs), sind die Nachteile eher im Bereich der Verfügbarkeit der Diagnostikleistungen zu verorten. So müssen für die Patienten und auch das Personal (Pflegekräfte oder Patiententransportdienste) längere Wege in Kauf genommen werden. Auch bedarf es ggf. mehr personeller Ressourcen, da bei dezentraler Durchführung von z. B. Ultraschalldiagnostik dieses „nebenbei“ durch die Stationsärzte und Pflegepersonal übernommen wird. Für ein bildgebendes Diagnostikzentrum sind dagegen sowohl ärztliches als auch medizinisches Assistenzpersonal zumindest in der Regelbetriebszeit vorzuhalten, um die Koordination, Durchführung und Dokumentation der Leistungen für das ganze Krankenhaus sicherzustellen.

Goepfert, Conrad. Unternehmen Krankenhaus (ISBN 9783131673213), © 2013 Thieme Verlag KG