

Krankenhaus-Report 2008/2009

„Versorgungszentren“

Jürgen Klauber / Bernt-Peter Robra /
Henner Schellschmidt (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2009

Auszug Seite 17-33



2	Zentrenbildung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme auf Basis der Qualitätsberichte	17
	<i>Bettina Gerste</i>	
2.1	Hintergrund und Ziel	17
2.2	Qualitätsberichte als Datengrundlage	18
2.3	Empirische Analyse der Zentrenbildung	20
2.4	Fazit	32
2.5	Literatur	33

2 Zentrenbildung in Deutschland – eine Bestandsaufnahme auf Basis der Qualitätsberichte

Bettina Gerste

Abstract

Anhand einer Sekundärdatenanalyse soll die Zentrenlandschaft in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2006 beschrieben werden. Dazu wurden die Qualitätsberichte der Krankenhäuser ausgewertet. Die Verteilung der Zentren nach Größe, Trägerschaft und Region sowie die an den Zentren beteiligten Fachabteilungen werden ebenso dargestellt wie die Strukturmerkmale der zentrenbildenden Krankenhäuser. Insgesamt werden 2933 Zentrennennungen aus 889 Krankenhäusern ausgewertet. Die meisten Zentren befanden sich in Kliniken öffentlicher Trägerschaft und waren etwa gleich auf Häuser unterschiedlicher Größe verteilt. In der Regel waren ein bis drei Fachabteilungen an einem Zentrum beteiligt. Die häufigste Form war das Brustzentrum. Die ausgewerteten Qualitätsberichte geben jedoch nicht zu allen Fragen Aufschluss, da die Diversität der Einträge einen schnellen systematischen Überblick erschwert.

By means of a secondary data analysis of quality reports, the article describes the number and forms of medical care centres in German hospitals in 2006. Centres are described by size, ownership, region and hospital units involved as well as the structural features of the respective hospitals. 889 hospitals have reported a total of 2933 medical care centres. The majority were located in clinics of public ownership and were more or less equally distributed to hospitals of different sizes. In most cases, one to three hospital units were involved. The most common form was the breast center. However, since the evaluated quality reports are filled out very diversely, some questions remain open.

2.1 Hintergrund und Ziel

Mit den Veränderungen der Krankenhauslandschaft in den letzten Jahren sowie mit der Verschiebung des Fokus auf eine sektoren- oder disziplinenübergreifende Versorgung von Patienten zeigt sich verstärkt ein Trend zur Bildung von Versorgungszentren im Krankenhaus. Die Zentrenbildung gilt einerseits als Antwort auf erhöhten wirtschaftlichen Druck – so verspricht man sich beispielsweise Synergieeffekte durch Ressourcenbündelung und mehr Kosteneffizienz durch restrukturierte, verbesserte Prozessabläufe. Sie gilt andererseits als Marketinginstrument gegenüber den Patienten – Alleinstellungsmerkmale etwa sind über den Zentrenbegriff gut nach außen kommunizierbar. Unter medizinischen Gesichtspunkten steht als dritte wichtige Grün-

dungsmotivation die fächerübergreifende Bündelung medizinischer Kompetenz im Vordergrund, die eine Verbesserung der Behandlungsqualität erwarten lässt.

Der Begriff des Zentrums ist jedoch zur Zeit nicht geschützt; es existieren kaum klare oder einheitliche Vorgaben bei der Etablierung eines Zentrums. Die definitiven Unschärfen setzen sich bei den Typologien für (Versorgungs-)Zentren an Krankenhäusern fort. Eine kurze Literaturrecherche ergibt bereits rund zehn verschiedene Typen.¹

Der Gesetzgeber regelt im KHEntg (§ 5 Abs. 3) lediglich Vergütungsfragen, stellt aber in seiner Gesetzesbegründung die Wahrnehmung übergreifender Aufgaben insbesondere im Zusammenhang mit Qualitätsfragen heraus.²

Das Fehlen ausreichender strukturbildender Kriterien sowie die unterschiedlichen Motivationen für die Zentrenbildung haben zum Entstehen einer vielgestaltigen Zentrenlandschaft beigetragen. Es ist an der Zeit, diese erstmals eingehender zu beschreiben.

Ausgehend von den veröffentlichten Qualitätsberichten der Krankenhäuser, der einzigen bereits zur Verfügung stehenden Informationsquelle, wird der Stand der Zentrenbildung innerhalb deutscher Kliniken anhand einer Sekundärdatenanalyse untersucht: Welche Aussagen lassen sich zu den existierenden Zentren treffen – und welche nicht? Dies dient gegebenenfalls dazu, weiteren Informations- oder Forschungsbedarf deutlich zu machen.

Leitfragen der Analyse sind:

- Welche Strukturmerkmale tragen diejenigen Krankenhäuser, die Zentren gebildet haben? Existieren Unterschiede nach Trägerschaft oder Krankenhaus-Größenklassen?
- Kann man verschiedene Formen von Zentren unterscheiden und wie häufig und verbreitet sind die verschiedenen Zentrumstypen? Variieren die Formen mit den Strukturmerkmalen des Krankenhauses?
- Welche Fachabteilungen sind an der Zentrenbildung vorrangig beteiligt?

2.2 Qualitätsberichte als Datengrundlage

Datengrundlage und gesetzlicher Rahmen

Die deutschen Krankenhäuser sind seit 2005 gesetzlich verpflichtet, alle zwei Jahre (erstmalig für das Berichtsjahr 2004) einen strukturierten Qualitätsbericht über das Haus und seine Organisationseinheiten zu erstellen. Qualitätsberichte sind von allen

1 Der Wissenschaftsrat unterscheidet in seinen Allgemeinen Empfehlungen zur Universitätsmedizin (vom 13.07.2007, Berlin) Departments und Profizentren. Schmitz et al. (2006) unterscheiden Kompetenzzentren, Behandlungszentren, Koordinationszentren und administrative Zentren. Sie klassifizieren nach dem Grad interner Eigenständigkeit: Sind eigene Führungs- und Verwaltungsstrukturen vorhanden oder nicht? Hat das Zentrum Budgetverantwortung? Siewert (2005) unterscheidet Departments, ressourcenorientierte Zentren, krankheitsorientierte Zentren und Service-Zentren. Bei Richter-Kuhlmann wird neben diesen Begriffen auch der Terminus DRG-Zentrum verwendet.

2 Siehe dazu ausführlicher den Beitrag von Deh/Dralle in diesem Band

nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern auf der Grundlage des § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V anzufertigen, den Krankenkassen zu übermitteln und zu veröffentlichen. Sie dienen der Information der Öffentlichkeit über das Leistungsangebot und das Engagement der Kliniken im Hinblick auf Qualität und Qualitätssicherung und sollen etwa Patienten oder einweisenden Ärzten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung als Orientierungs- und Entscheidungshilfe dienen.

Grundlage dieses Beitrags sind die im Jahr 2007 von den Krankenhäusern veröffentlichten Qualitätsberichte für das Berichtsjahr 2006.

Vorbemerkungen zu Datenqualität und Vorgehen

Die in den Qualitätsberichten dokumentierten Angaben werden von den Krankenhäusern selbst vorgenommen, Vorgaben gibt es kaum. Entsprechend wird allein bei der Benennung von fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkten oder Zentren eine Vielzahl unterschiedlicher Begriffe verwendet (Freitextfelder). Die weitgehend unstandardisierte Form der Darstellung bringt es mit sich, dass bei der hier durchgeführten quantitativen Analyse in vielen Fällen sehr starke Verallgemeinerungen und Zusammenfassungen vorgenommen werden müssen, um zu Aussagen über Gruppen von Zentren zu kommen. So werden etwa rein sprachliche Merkmale zur Klassifizierung der Zentren herangezogen (Ausählung des Vorkommens bestimmter Wortfolgen, ohne im Einzelfall beispielsweise die konkrete Vertragslage zu berücksichtigen).

Eine erste Sichtung der Berichte ergab, dass die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vorgegebene Struktur zur Typisierung der Zentren, die eine Klassifizierung in zunächst neun konkrete und eine Restkategorie³ vorsah, zur Erfassung der neu entstandenen Vielfalt von 4250 in den Berichten genannten fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkten bei Weitem nicht ausreichte. 57,2 Prozent aller Einträge waren unter „Sonstiges“ verzeichnet und nur durch einen Text näher beschrieben.

Darunter fand sich eine Vielzahl von Angaben, die mit zentrierter Versorgung zwar in Verbindung gebracht werden können, beispielsweise Kooperation mit niedergelassenen Praxen, Beratungsstellen, Tageskliniken oder Nennung von Schwerpunkten, aber dennoch nicht selbst als Zentrum zu bezeichnen wären. Diese wurden herausgefiltert und nur solche Einrichtungen weiter betrachtet, die den Begriff „Zentrum“ im Namen bzw. im Erläuterungstext führten. Insgesamt waren dies 2933 Zentren, deren Merkmale in der folgenden Auswertung näher beschrieben werden.

³ Auswahlliste „Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses“ (A-8), Anhang 2 zu Anlage 1 der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser bzw. Vereinbarung des G-BA nach § 91 Abs. 7 SGB V zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser vom 17.10.2006, zuletzt geändert am 21.06.2007, Anhang 2 zu Anlage 1, zuletzt geändert am 21.02.2006.

2.3 Empirische Analyse der Zentrenbildung

Überblick über die teilnehmenden Krankenhäuser

Im Jahr 2006 hatten insgesamt 1 899 Krankenhäuser Qualitätsberichte veröffentlicht (Tabelle 2–1). 889 Kliniken⁴ berichteten Informationen zu Zentren, davon 14 Kliniken mit mehreren Standorten⁵. Das entsprach 42,3 Prozent aller Krankenhäuser im Jahr 2006 oder 46,8 Prozent der Kliniken mit veröffentlichtem Qualitätsbericht. Da vermehrt große Häuser Zentren führten und kleinere Kliniken deutlich unterrepräsentiert waren (Abbildung 2–1, linker Teil), deckten die 889 Häuser bereits 73,3 Prozent aller Betten und 78,4 Prozent aller Fälle in Deutschland ab.

Freigemeinnützige und öffentliche Häuser, die in der Regel größer sind als Kliniken privater Trägerschaft, waren über-, private unterrepräsentiert (Abbildung 2–1, rechter Teil).

Jede dritte Klinik hatte lediglich ein Versorgungszentrum eingerichtet, knapp zwei Drittel der Häuser wiesen ein bis drei Zentren auf. Im Mittel waren es 3,3 Zentren pro Krankenhaus, das Maximum lag bei 34 Zentren.

Überblick über die Zentren

Im Rahmen der Qualitätsberichtserstattung gaben die 889 Kliniken für das Jahr 2006 2 933 Versorgungszentren an.

Die hohe Anzahl an Zentrennennungen überrascht. Sie kommt teilweise dadurch zustande, dass die Datenquelle Mehrfachnennungen enthält.

Tabelle 2–1

Anzahl von Versorgungszentren je Krankenhaus

	Anzahl Zentren	Anzahl Krankenhäuser	Anteil an Häusern mit Zentren in Prozent	Anteil an allen Häusern mit Bericht in Prozent
	1	310	34,9	16,3
	2	182	20,5	9,6
	3	116	13,0	6,1
	4	79	8,9	4,2
	5–6	102	11,5	5,4
	7–9	60	6,7	3,2
	10–19	35	3,9	1,8
	über 20	5	0,6	0,3
Häuser mit Zentrum		889	100,0	46,8
Häuser ohne Zentrum		1 010		53,2
Häuser mit Qualitätsbericht		1 899		100,0

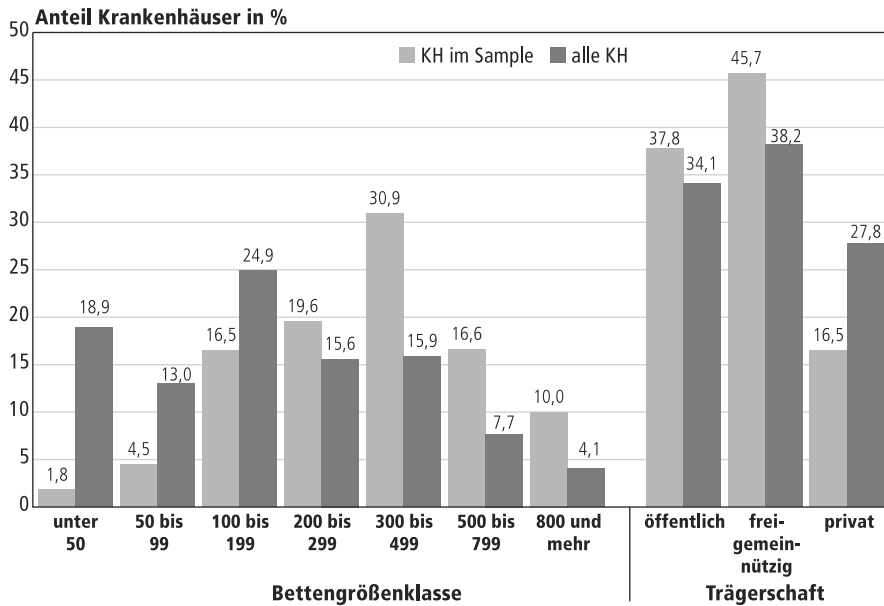
Krankenhaus-Report 2008/2009

WlD0

4 Betriebseinheiten nach Institutionskennzeichen (IK)

5 Häuser mit einem Standort wurden genauso gewertet wie Häuser mit mehreren Standorten.

Abbildung 2–1
Repräsentativität



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

- Ein Zentrum, an welchem mehrere Kliniken beteiligt sind, wird in den je Krankenhausbetrieb anzufertigenden Qualitätsberichten häufig von allen Kooperationspartnern aufgeführt – ein aus der Perspektive des ausfüllenden Hauses folgerichtiger Schritt, der jedoch die tatsächliche Anzahl der Zentren verschleiert. Eine Kennzeichnung als externe Kooperation erfolgt nicht in jedem Fall, und wenn, dann nur durch einen Erläuterungstext, nicht in maschinenlesbarer Form.⁶ Das Herausfiltern von Mehrfachnennungen aus den Daten ist ohne weitere Recherchen unmöglich.

⁶ Beispiel 1: Kooperationen zwischen zwei Betreibern sind oft nur durch eine Bindestrich-Konstruktion im Namen vermutbar: Haus 1 führt ein zertifiziertes Brustzentrum mit seinem vollen Namen (mit regionalem Bezug: zwei Städtenamen finden sich darin wieder) ohne Angabe von Kooperationspartnern auf. Aufgrund des zusammengesetzten Namens wird für die zweite Stadt recherchiert: Auch das dortige Krankenhaus berichtet ein zertifiziertes Brustzentrum, jedoch ohne Angabe weiterer Details.

Beispiel 2: Nicht alle Kooperationspartner führen ein Zentrum, an dem sie teilhaben, auf: Ein Partner nennt das Zentrum samt den drei weiteren Kooperationspartnern im Erläuterungstext. Von diesen Partnern nennt einer das Zentrum ebenfalls, die beiden anderen erwähnen es nicht.

Beispiel 3: Kooperation nur von einem Partner benannt, aber Zentrum von allen aufgeführt: Haus 1 beschreibt, dass das „Brustzentrum xy“ im Jahr z als Zusammenschluss dreier Krankenhäuser und zahlreicher Kooperationspartner aus dem Vertragsarztbereich gegründet wurde. Haus 2 und Haus 3 berichten jeweils ein Brustzentrum ohne weitere Anmerkungen.

- Bei Häusern mit mehreren Standorten – davon sind 14 im Sample enthalten – wurde ebenfalls jedes aufgeführte Zentrum gezählt, auch wenn es von mehreren Standorten genannt wurde (analog zum Vorgehen bei Kooperationen zwischen mehreren Kliniken).⁷

Aus diesem Grund sind nicht Aussagen nicht über „Zentren“ schlechthin möglich, sondern lediglich Aussagen über „Zentrennennungen“ oder „Zentrenbeteiligungen“.

Leistungsspektrum der Zentren

Als häufigste Zentrenform gelten Medizinische Kompetenzzentren (Schmitz et al. 2006). Sie stellen eine organisatorische Möglichkeit dar, sich auf Behandlungsschwerpunkte zu konzentrieren, traditionelle Fächergrenzen zu überwinden und eine verbesserte Versorgung der Patienten anzubieten. Aufgrund der jeweiligen Schwerpunktsetzung sind sie meist nach Indikationen, Organen, Symptomen oder Befunden benannt.

Die zehn vorgegebenen Kategorien der Auswahlliste⁸ wurden nach Sichtung der Kommentare in der Kategorie „Sonstige“ um acht weitere ergänzt.⁹ Damit konnte der Anteil sonstiger Zentren von 39,7 auf 20,8 Prozent verringert werden. Eine weitere Zusammenfassung erschien allerdings aufgrund der vorgefundenen Diversität wenig sinnvoll – keine der weiteren zu bildenden Gruppen hätte mehr als 30 Zentren enthalten.

Die Verteilung der 2 322 Zentren, für die eine Zuordnung zu den 17 Kategorien vorgenommen werden konnte, ist in Abbildung 2–2 dargestellt. Die häufigste Form waren mit Abstand die Brustzentren. Vergleichsweise häufig waren auch Zentren

⁷ Insgesamt wurden von diesen 14 Häusern 65 Zentren genannt.

⁸ 1. Brustzentrum

2. Perinatalzentrum

3. Schlaganfallzentrum

4. Transplantationszentrum

5. Traumazentrum

6. Tumorzentrum

7. Zentrum für angeborene und erworbene Fehlbildungen

8. Zentrum für Gefäßmedizin

9. Zentrum für Schwerbrandverletzte

10. Sonstige

⁹ Folgende acht Kategorien wurden neu gebildet (in Klammern sind jeweils alle Begriffe bzw. Wortkomponenten aufgeführt, deren Nennung zur Zuordnung führten. Unterschiedliche Schreibweisen und Beugungsformen wurden ebenfalls berücksichtigt.):

1. (In-)Kontinenzzentrum (Inkontinenz, Kontinenz, Beckenboden)

2. Schmerzzentrum (Palliativ, Schmerz)

3. Darmzentrum (Darm, Koloproktologie; ohne Kombination Magen-Darm, diese findet sich unter Bauchzentren)

4. Diabeteszentrum (Diabetes, Diabetologie)

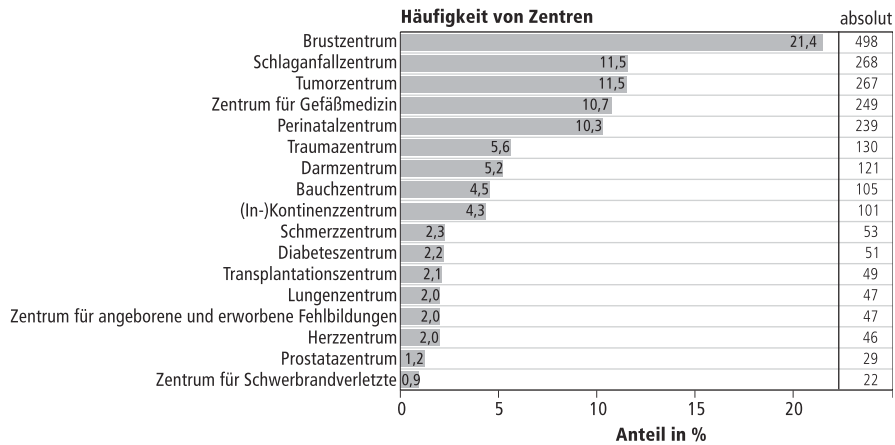
5. Bauchzentrum (Bauch, abdominal, Magen-Darm, gastro, viszeral)

6. Herzzentrum (Herz, Kardiologie, Rhythmologie)

7. Lungenzentrum (Lunge, Thorax, Pneumologie, Pulmologie)

8. Prostatazentrum (Prostata)

Abbildung 2–2

Häufigkeit der Zentrentypen

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

für Gefäßmedizin, Schlaganfall, Tumorerkrankungen und Perinatalzentren. Es existieren hingegen nur wenige Prostatazentren oder Zentren für Schwerbrandverletzte.

Trägerschaft der Zentren

Beinahe jedes zweite Zentrum befand sich in Kliniken öffentlicher Trägerschaft (Tabelle 2–2), was überwiegend auf die Universitätsklinika mit ihrer überdurchschnittlichen Größe und deren Engagement hinsichtlich der zentrierten Versorgung zurückzuführen sein dürfte. Erwartungsgemäß lag die Anzahl der Zentren pro Haus in öffentlicher Trägerschaft über der freigemeinnütziger oder privater Kliniken.

Die zusätzliche Differenzierung nach dem Zentrentyp lässt ebenfalls erkennen, dass die Maximalversorgung, gemessen z. B. an Transplantations-, oder Traumazentren, eher in öffentlichen Häusern stattfindet, die Grundversorgung, gemessen an Bauch-, Lungen- oder Darmzentren, eher in freigemeinnützigen Kliniken (Abbildung 2–3).

Tabelle 2–2

Zentren nach Trägerschaft

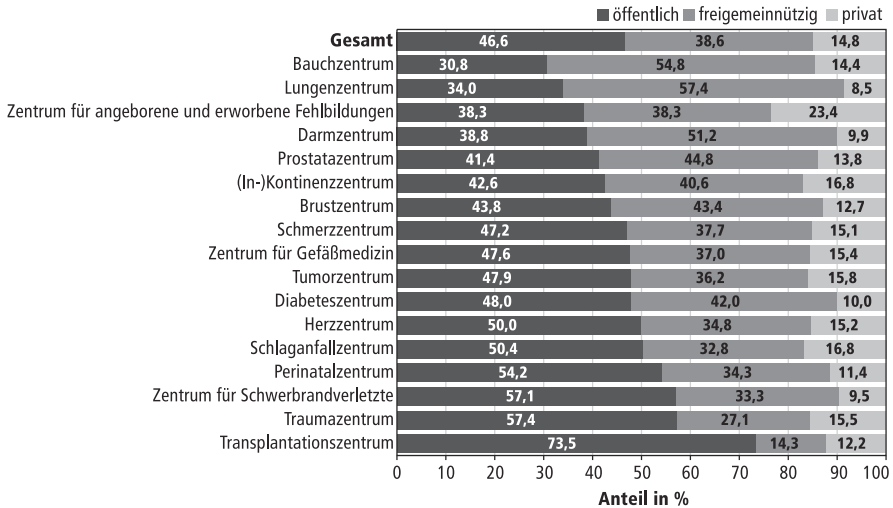
Trägerschaft	Anteil an den Zentren (in %)	mittlere Anzahl Zentren je Krankenhaus	Anteil an den Krankenhäusern im Sample (in %)
öffentlich	46,6	4,1	37,8
freigemeinnützig	38,6	2,8	45,7
privat	14,8	2,9	16,5
gesamt	100	3,3	100,0

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Abbildung 2–3

Zentrentyp nach Trägerschaft



Krankenhaus-Report 2008/2009

WldO

Zentren nach Bettengrößenklasse der Krankenhäuser

Fachabteilungsübergreifende Kooperationen können erst bei Kliniken mit mehreren Fachabteilungen entstehen und setzen somit eine gewisse Krankenhausgröße voraus. Die Analyse verdeutlicht die Größenabhängigkeit. Kliniken bis 300 Betten machten bereits 42,4 Prozent aller Häuser im Sample aus (Tabelle 2–3), stellten aber nur rund jedes vierte Zentrum (24,1 %). Am anderen Ende der Größenskala – bei den Kliniken über 800 Betten – waren in 10,0 Prozent der Häuser bereits 24,5 Prozent aller Zentren angesiedelt. Die mittlere Zentrenzahl je Haus stieg kontinuierlich mit der Krankenhausgröße an.

Für eine nach Zentrentyp differenzierte Darstellung wurden daher die unteren Größenklassen bis 300 Betten zu einer zusammengefasst. Insgesamt verteilen sich die 2933 Zentren mit jeweils rund einem Viertel gleich auf Krankenhäuser der vier Größenklassen (Abbildung 2–4).

Vorwiegend in großen Kliniken bzw. bei Maximalversorgern angesiedelt waren erwartungsgemäß Transplantationszentren und Zentren für Fehlbildungen und für Schwerbrandverletzte (Abbildung 2–5). Diese wiesen jeweils eine geringe Gesamtanzahl auf. Damit zeigt sich auch bei der Fokussierung auf Zentren, dass Maximalversorger eher als andere auf die Versorgung von seltenen Indikationen spezialisiert sind.

Überwiegend in kleineren Häusern waren Bauch-, Darm- und sowie die häufigste Kategorie, die Brustzentren, angesiedelt. Auch die Zentren für Fehlbildungen fielen hier auf, denn diese fanden sich zu einem hohen Prozentsatz sowohl in sehr großen als auch in kleinen Häusern (Abbildung 2–5).

Betrachtet man die beiden oberen Größenklassen zusammen (Häuser mit über 500 Betten), wird erkennbar, dass auch Herz-, Prostata-, Diabetes- und Perinatal-

Tabelle 2–3

Zentren nach Bettengrößenklasse des Krankenhauses

Anzahl Betten	Anteil an den Zentren (in %)	Mittlere Anzahl Zentren je Krankenhaus	Anteil an den Krankenhäusern im Sample (in %)
unter 50	0,7	1,1	1,8
50 bis 99	1,6	1,2	4,5
100 bis 199	8,9	1,7	16,5
200 bis 299	12,9	2,0	19,6
300 bis 499	26,4	2,9	30,9
500 bis 799	25,0	4,9	16,6
800 und mehr	24,5	8,5	10,0
Insgesamt	100,0	3,3	100,0

Krankenhaus-Report 2008/2009

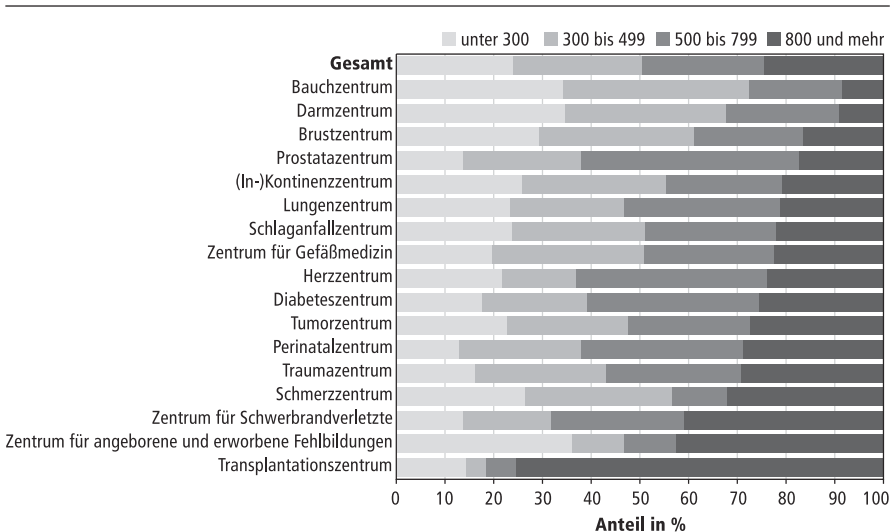
WIdO

zentren sich hauptsächlich (zu über 60 Prozent) in großen Kliniken befanden (Abbildung 2–4). Bis auf die Perinatalzentren (n=239) wiesen alle genannten Zentren-typen nur eine geringe Gesamtanzahl (maximal n=51) auf.

Weitere häufige Zentrenformen (Gefäßmedizinische, Schlaganfall- und Tumorzentren) verteilten sich zu rund jeweils einem Viertel gleich auf alle Größenklassen.

Abbildung 2–4

Zentrentyp nach Bettengrößenklasse

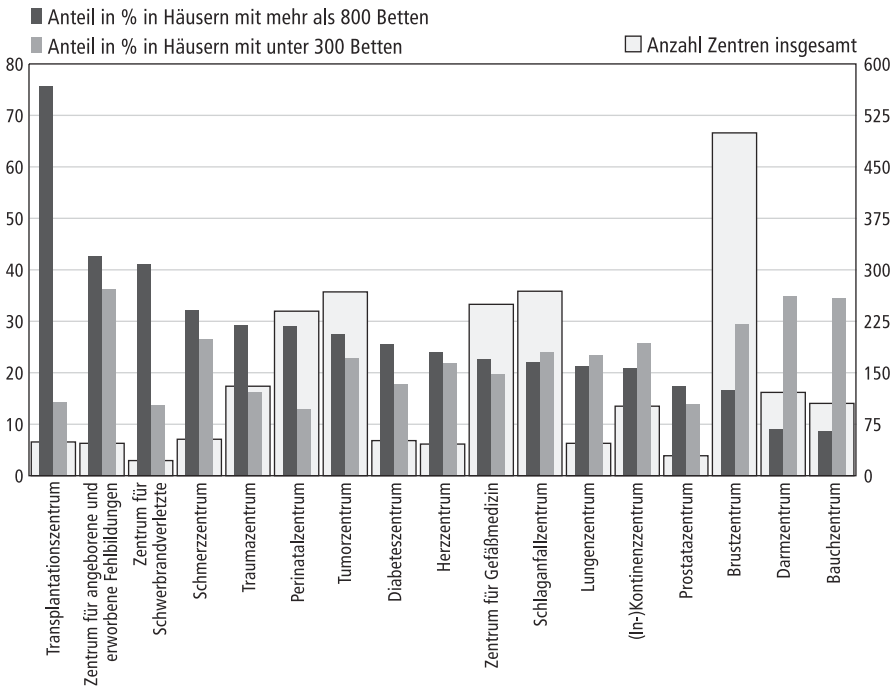


Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Abbildung 2–5

Verteilung der Zentrentypen in der kleinsten und größten Bettengrößenklasse



Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

Zentren nach Bundesland

Die regionale Verteilung der Zentren ist Tabelle 2–4 zu entnehmen. Gemessen an der durchschnittlichen Zahl der Zentrennennungen je Krankenhaus, die, wie bereits erwähnt, bei 3,3 lag, waren überdurchschnittliche Werte mit 4,5 und mehr Zentren je Haus in Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen, Berlin und Bremen zu finden. Dies lässt sich z. T. mit der Größe der beteiligten Kliniken erklären (im Mittel mindestens 500 Betten), weil – wie bereits festgestellt – die Zahl der Zentren einer Klinik mit ihrer Größe ansteigt.

Überdurchschnittlich häufig vertreten waren Krankenhäuser und Zentren aus NRW: Jedes vierte in den Berichten aufgeführte Zentrum wurde aus diesem Bundesland gemeldet. Möglicherweise besteht hier ein Zusammenhang zur regionalen Krankenhausplanung, die auch Regelungen zu Zentren enthält¹⁰.

Für die hier nicht im Detail dargestellten Regionalanalysen nach Zentrentyp seien zwei weitere Auffälligkeiten genannt, um die Variationsbreite bei Zentrengründungen, die Schnelligkeit der Verbreitung neuer Zentrentypen oder die Auswirkungen der Aktivitäten auf gesetzgeberischer Seite zu verdeutlichen:

10 Siehe auch den Beitrag von Deh/Dralle in diesem Band.

Tabelle 2–4

Regionale Verteilung der Zentren nach Bundesland

Land	Anzahl Zentren	Anteil an den Zentren (in %)	Mittlere Anzahl Zentren je Krankenhaus	Anteil an den Krankenhäusern im Sample (in %)	Mittlere Anzahl Betten je Krankenhaus
Schleswig-Holstein	103	3,5	3,6	3,3	377
Hamburg	71	2,4	3,6	2,2	516
Niedersachsen	245	8,4	3,2	8,5	361
Bremen	50	1,7	4,5	1,2	501
Nordrhein-Westfalen	763	26,0	3,2	26,5	397
Hessen	176	6,0	3,1	6,4	400
Rheinland-Pfalz	147	5,0	3,4	4,8	472
Baden-Württemberg	339	11,6	3,0	12,6	404
Bayern	338	11,5	2,9	13,2	396
Saarland	54	1,8	3,4	1,8	386
Berlin	127	4,3	4,5	3,1	655
Brandenburg	86	2,9	2,9	3,4	412
Mecklenburg-Vorpommern	84	2,9	5,6	1,7	595
Sachsen	147	5,0	3,1	5,3	444
Sachsen-Anhalt	94	3,2	3,4	3,1	462
Thüringen	109	3,7	4,5	2,7	500
Insgesamt	2 933	100,0	3,3	100,0	421

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

- In Nordrhein-Westfalen waren Darmzentren auffällig häufig, über die Hälfte der 121 Nennungen kam aus NRW. Auch Prostata-, Diabetes-, Lungen- und Bauchzentren wurden dort überdurchschnittlich häufig genannt. Besondere Gründe für diese Häufung, beispielsweise eine spezifische Berücksichtigung in der Krankenhausplanung des Landes, sind jedoch nicht bekannt¹¹.
- Prostatazentren wurden nur aus westlichen Bundesländern und Berlin berichtet.

Überblick über an den Zentren beteiligte Fachabteilungen

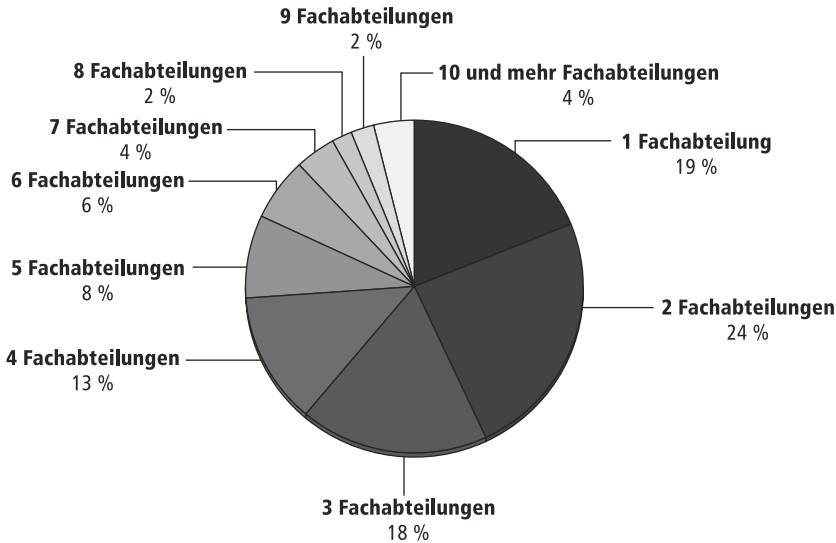
Die Art und Anzahl der am jeweiligen Zentrum beteiligten Fachabteilungen kann Aufschluss über den Grad der Interdisziplinarität eines Zentrums erteilen.¹²

11 Persönliche Mitteilung der AOKs Rheinland/Hamburg und Westfalen-Lippe.

12 Informationen über beteiligte Fachabteilungen wurden den Strukturdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen der Qualitätsberichte entnommen. Die meisten Häuser gaben die teilnehmenden Fachabteilungen nach der gebräuchlichen Nomenklatur an; manche haben Namen benutzt, die in ihrer Schreibweise nicht im Fachabteilungsschlüssel enthalten waren. Diese konnten

Abbildung 2–6

Anzahl der an einem Zentrum beteiligten Fachabteilungen



Krankenhaus-Report 2008/2009

WidO

In der Regel waren ein bis drei Fachabteilungen an einem Zentrum beteiligt (Abbildung 2–6). Knapp zwei Drittel aller Zentren gingen somit wenig Kooperationen mit anderen Fachgruppen ein. Mit 19 Prozent lag der Anteil von Zentren mit nur einer Fachabteilungsbeteiligung überraschend hoch.

Welchem Fach die Abteilungen zuzuordnen waren, ist Tabelle 2–5 zu entnehmen. Darin sind die größten Zentrentypen (über 50 Nennungen) mit den jeweils häufigsten Fachabteilungsbeteiligungen aufgeführt. Dabei wurden jeweils die fünf häufigsten Fachabteilungen je Zentrentyp berücksichtigt. So waren beispielsweise an 87 Prozent aller Brustzentren Fachabteilungen der „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“, bei 20 Prozent nuklearmedizinische Abteilungen beteiligt.

Die Strahlenheilkunde ist bei Brust- und Tumorzentren zu rund 40 Prozent beteiligt. Pathologie und Nuklearmedizin werden nur bei Brustzentren aufgeführt, nicht aber bei Tumorzentren.

Die Allgemeine Chirurgie war mit Ausnahme der Brust- und Perinatalzentren überall beteiligt, in der Regel mit Beteiligungsquoten von über 50 Prozent. Auch Kooperationen mit der Radiologie oder der Inneren Medizin wurden für die Mehrzahl der Zentren angeführt.

Tabelle 2–6 stellt dar, welches die je Zentrentyp häufigsten Kombinationen beteiligter Fachabteilungen waren. Dies konnten auch solitäre Abteilungen sein: So

teilweise nachbearbeitet werden, damit eine Auswertung möglich war. In einigen Fällen wurde auch die Angabe „Alle Fachabteilungen des Hauses“ gemacht. Durch diese Unschärfen konnten nicht für alle Zentren entsprechende Fachabteilungsbeteiligungen ermittelt werden. Es fehlen daher 3,4 Prozent der Zentren (n=100) bei den fachabteilungsbezogenen Auswertungen.

Tabelle 2–5

Anteil der in den Zentren beteiligten Fachabteilungen in %

Fachabteilung	Zentrumstyp											
	Brust	Schlag- anfall	Tumor	Gefäß- medizin	Peri- natal	Trauma	Darm	Bauch	Inkon- tinenz	Schmerz	Diabetes	Sonstige
Allgemeine Chirurgie		33	69	95		96	90	97	72	33	54	53
Anästhesie						46				40		
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	87		46		74				89		19	
Gastroenterologie							36	36			17	
Geburtshilfe					34				20			
Innere Medizin		44	47	43			62	71			71	28
Intensivmedizin		18				32				33		
Kardiologie				23								
Kinderchirurgie					14							
Neonatologie					29							
Neurologie		74							18	29		14
Nuklearmedizin	20											
Orthopädie						38						
Pädiatrie					76						21	13
Pathologie	21											
Radiologie	44	36	28	58		35	33	11			17	16
Sonstige Fachabteilung				24						46		
Strahlenheilkunde	40		43				31	14				
Urologie									67			

Krankenhaus-Report 2008/2009

WlD

war bei den Brustzentren die häufigste Nennung die Frauenheilkunde und Geburtshilfe – und zwar ohne andere Beteiligungen. Die Anteilswerte der jeweils häufigsten Fachabteilungskombination an den entsprechenden Zentren variierten stark. So stellte allein die Kombination „Innere Medizin; Allgemeine Chirurgie“ 35,4% aller Bauchzentren. Hingegen zeichnen sich die Tumorzentren durch sehr unterschiedliche Fachabteilungskombinationen aus; selbst die häufigste Konstellation, die aus einer Fachabteilung für Allgemeine Chirurgie ohne weitere Fachabteilungsbeteiligung besteht, macht weniger als drei Prozent aller Tumorzentren aus.

Fasst man jeweils die fünf häufigsten Kombinationen zusammen, so schwanken die Anteilswerte zwischen 12% bei den Tumorzentren und mehr als 63% bei den Bauchzentren. Bei beiden Betrachtungsweisen erweisen sich die Bauchzentren somit als der homogenste Zentrumstyp, während sich die Tumorzentren durch besondere Heterogenität auszeichnen.

Tabelle 2–6

Die häufigsten Fachabteilungskombinationen nach Zentrentyp

Zentrentyp	Fachabteilung	Anzahl Zentren	Anteil an allen Zentren des Typs in %	Anteil der 5 häufigsten Kombinationen in %
Brustzentrum (n=498)	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	110	22,4	} 37,7
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Radiologie	32	6,5	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Geburtshilfe	21	4,3	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Strahlenheilkunde	11	2,2	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Strahlenheilkunde, Radiologie, Pathologie	11	2,2	
Schlaganfallzentrum (n=268)	Neurologie	51	19,0	} 44,4
	Innere Medizin	29	10,8	
	Innere Medizin, Neurologie	17	6,3	
	Neurologie, Radiologie	11	4,1	
	Allgemeine Chirurgie, Neurologie, Radiologie	11	4,1	
Tumorzentrum (n=267)	Allgemeine Chirurgie	8	2,9	} 12,1
	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie	7	2,6	
	Innere Medizin	7	2,6	
	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe	6	2,2	
	Allgemeine Chirurgie, Strahlenheilkunde	5	1,8	

Tabelle 2–6

Fortsetzung

Zentrentyp	Fachabteilung	Anzahl Zentren	Anteil an allen Zentren des Typs in %	Anteil der 5 häufigsten Kombinationen in %
Zentrum für Gefäßmedizin (n=249)	Allgemeine Chirurgie	34	13,9	} 41,6
	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie	22	9,0	
	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Radiologie	20	8,2	
	Allgemeine Chirurgie, Radiologie	17	6,9	
	Allgemeine Chirurgie, Sonstige Fachabteilung, Radiologie	9	3,7	
Perinatalzentrum (n=239)	Pädiatrie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe	64	27,0	} 53,2
	Pädiatrie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe	27	11,4	
	Pädiatrie, Neonatologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe	13	5,5	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	12	5,1	
	Pädiatrie	10	4,2	
Traumazentrum (n=130)	Allgemeine Chirurgie	24	18,9	} 30,7
	Allgemeine Chirurgie, Orthopädie	8	6,3	
	Pädiatrie, Allgemeine Chirurgie	3	2,4	
	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurochirurgie, Urologie, Orthopädie, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Augenheilkunde, Radiologie, Anästhesie	2	1,6	
	Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie	2	1,6	
Darmzentrum (n=121)	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie	26	23,6	} 40,9
	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Radiologie	6	5,5	
	Allgemeine Chirurgie	6	5,5	
	Innere Medizin, Gastroenterologie, Allgemeine Chirurgie	4	3,6	
	Gastroenterologie, Allgemeine Chirurgie	3	2,7	
Bauchzentrum (n=105)	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie	34	35,4	} 63,5
	Innere Medizin, Gastroenterologie, Allgemeine Chirurgie	9	9,4	
	Gastroenterologie, Allgemeine Chirurgie	9	9,4	
	Allgemeine Chirurgie	6	6,3	
	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Strahlenheilkunde	3	3,1	

Tabelle 2–6

Fortsetzung

Zentrentyp	Fachabteilung	Anzahl Zentren	Anteil an allen Zentren des Typs in %	Anteil der 5 häufigsten Kombinationen in %
(In-)Kontinenzzentrum (n=101)	Allgemeine Chirurgie, Urologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe	17	16,8	} 43,6
	Allgemeine Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe	11	10,9	
	Urologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe	8	7,9	
	Allgemeine Chirurgie, Urologie	4	4,0	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	4	4,0	
Schmerz-zentrum (n=53)	Sonstige Fachabteilung	6	11,5	} 32,7
	Innere Medizin, Strahlenheilkunde, Sonstige Fachabteilung	3	5,8	
	Intensivmedizin, Anästhesie	3	5,8	
	Anästhesie	3	5,8	
	Intensivmedizin, Sonstige Fachabteilung, Anästhesie	2	3,8	
Diabetes-zentrum (n=51)	Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie	8	15,4	} 38,5
	Innere Medizin	5	9,6	
	Innere Medizin, Gastroenterologie	3	5,8	
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2	3,8	
	Allgemeine Chirurgie	2	3,8	

Krankenhaus-Report 2008/2009

WIdO

2.4 Fazit

Anhand einer Sekundärdatenanalyse konnte die Zentrenlandschaft in deutschen Krankenhäusern beschrieben werden. Die Verteilung der Zentren nach Größe, Trägerschaft und Region sowie die an den Zentren beteiligten Fachabteilungen wurden ebenso dargestellt wie die Strukturmerkmale der zentrenbildenden Krankenhäuser.

Was dabei vornehmlich ins Auge sticht, ist die große Vielfalt der Zentren hinsichtlich ihres Aufbaus und ihrer fachlichen Ausrichtung. Dennoch lassen sich einige generelle Aussagen treffen. Zu diesen zählt beispielsweise der – wenig überraschende – Umstand, dass vornehmlich große Krankenhäuser dazu tendieren, Zentren zu etablieren. Da öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser in der Regel größer sind als private, ist bei letzteren auch die Zentrenbildung weniger häufig als bei solchen in anderer Trägerschaft. Unterschiede existieren auch, wenn man die fachliche Ausrichtung der Zentren in Betracht zieht. Gerade die häufig anzutreffenden Bauchzentren sind beispielsweise auch in kleineren Häusern anzutreffen. Zentren, die sich auf speziellere Indikationen beziehen, wie zum Beispiel die Trans-

plantationszentren, sind nicht nur insgesamt sehr viel seltener, sie finden sich auch überwiegend in großen bis sehr großen Krankenhäusern. Angesichts der Tatsache, dass in der Literatur oftmals hervorgehoben wird, der große Vorteil von Zentren bestehe in der Überwindung von Fachabteilungsgrenzen, ist es überraschend, dass immerhin bei 19% der Zentren nur eine einzige Fachabteilung vorhanden ist und ein weiteres Viertel der Zentren lediglich aus zwei Fachabteilungen besteht.

Die Datenquelle „Qualitätsberichte der Krankenhäuser“ bietet jedoch nicht in allen Fragen Aufschluss. Bisher erschwert die Diversität der Einträge einen schnellen systematischen Überblick. Sowohl Aspekte interner Organisation der Zentren (z. B. Grad der Eigenständigkeit) als auch die Quantifizierung von Kooperationen zwischen verschiedenen Kliniken oder zwischen stationärem und ambulantomem Bereich mussten weitestgehend offen bleiben.

Für zukünftige Analysen zum Thema Krankenhauszentren wäre daher eine Berichterstattung auf Ebene der Zentren (Fokus der Abfrage auf das einzelne Zentrum, nicht auf das Krankenhaus) wünschenswert. Sie müsste idealerweise eine stärker standardisierte Abfrage einzelner Items und damit eindeutiger Differenzierungen etwa bei der Darstellung von Kooperationen (Art und Grad der Vernetzung beteiligter Institutionen) oder Gründungsmotivationen für Zentren ermöglichen.

Insgesamt sollte der Zuschnitt der Zentren nicht nur hinsichtlich Aufgabenstellung, Leistungsspektrum oder Schwerpunktsetzung beschreibbar sein, sondern auch im Hinblick etwa auf Eigenständigkeit, Ressourcenausstattung oder Kooperationsbeziehungen, damit die Ernsthaftigkeit bei der Umsetzung des Konzepts zentrierter Versorgung erkennbar wird und die Spreu vom Weizen getrennt werden kann. Auch bei der Beobachtung von Veränderungen in der Zentrenlandschaft, deren hohe Dynamik sich auch in den kommenden Jahren weiter fortsetzen dürfte, wäre eine klare und eindeutige Definition verschiedener Zentrenformen sicher von Vorteil.

2.5 Literatur

- Gemeinsamer Bundesausschuss nach § 91 Abs. 7 SGB V – Beschluss zur Neufassung der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. 17.10.2006.
- Koop H. Zusammenfassung des BVGD-Forums auf der 61. Jahrestagung der DGVS. Berlin, Oktober 2006. Zugriff unter www.bvgd-online.de/556.php.
- Richter-Kuhlmann E. Universitätskliniken: Trend zur Zentrenbildung. Dtsch Arztebl 2006; 103 (7): A-384–86 / B-337 / C-320.
- Schmitz C, Quante S, Debatin JF. Moderne Klinikorganisation, warum Zentrenbildung? – das Beispiel Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Chir Gastroenterol 2006, 22: 230–5.
- Siewert JR. „Des Kaisers Neue Kleider“ oder: Neue Strukturmodelle für Universitätsklinika. Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement 2006, 11. Jg, 2: 75–80.
- Wissenschaftsrat. Allgemeine Empfehlungen zur Universitätsmedizin. Drs. 7984–07. Berlin, 13.07.2007.