

4 Der Patient im Wandel

Jens Deerberg-Wittram

Krankenhäuser sind nicht alle gleich. Sie unterscheiden sich in dem, was sie tun und oft auch darin, wie sie es tun: Unikliniken forschen und bilden Studenten und Fachärzte aus, Fachkrankenhäuser spezialisieren sich auf bestimmte Krankheitsbilder oder Eingriffe, und kommunale Häuser versorgen eine breite städtische Bevölkerung von der Geburt bis ins hohe Alter. Doch egal, wie groß ein Krankenhaus ist, welchen Versorgungsauftrag es wahrnimmt oder wer der Träger ist, in einem sind sich alle Krankenhäuser gleich. Jedes Krankenhaus behauptet notorisch: Der Patient steht im Mittelpunkt der Arbeit.

Doch ist das wirklich wahr? Und ist es überhaupt möglich, dass in jedem noch so unterschiedlichen Krankenhaus das Zentrum der Arbeit immer der Patient ist? Und wer ist eigentlich „der Patient“.

Schon die Zahl von über 1.200 stationären Fallpauschalen mit Verweildauern zwischen wenigen Stunden und mehreren Wochen zeigen deutlich: Patient ist nicht gleich Patient. Die Vorstellungen einer jungen Erstgebärenden von einem gelungenen Krankenhausaufenthalt sind offensichtlich andere als die eines verletzten Spitzensportlers oder eines final Krebskranken in der Palliativversorgung. Im Alltag ist es schwierig, den verschiedenen Patientengruppen jeweils gerecht zu werden. Zusätzlich sind auch die Erwartungen der einzelnen Patienten – ganz unabhängig von ihrem konkreten Gesundheitsproblem – sehr unterschiedlich. Angst, Unsicherheit und das Gefühl der Abhängigkeit verändern oft die Perspektive der Patienten. Und zusätzlich ändert sich die Rolle des Patienten gerade in jüngerer Zeit ganz erheblich, vom „erduldenden Kranken“ zum „informierten“ und „aktiv mitentscheidenden Partner“.

4.1 Die neue „Mündigkeit“ der Patienten

Der moderne Mensch der Aufklärung hat sich in fast allen Lebensbereichen aus der „selbst verschuldeten Unmündigkeit“ heraus bewegt und wagt nun „sich seines Verstandes zu bedienen“. Das Krankenhaus war so gesehen eine der letzten Bastionen des Paternalismus, in dem einem wissenden und tatkräftigen Arzt ein leidender und sich unterordnender Patient gegenüberstand. Den Pflegenden blieb in der alten Welt oft nur noch die Rolle einer verständnisvollen Nächstenliebe zum Patienten, denn die Position der Fachkompetenz und Entscheidungsmacht hatte der Arzt besetzt.

Doch das alte Muster, in dem das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient das Machtverhältnis zwischen beiden Seiten prägte, hat sich geändert. Dank des Internets und der fast grenzenlosen Information in medizinischen Portalen und bei google ist es heute eher die Ausnahme, dass der Arzt einem uninformatierten Patienten gegenüber sitzt, der ihm in allem geduldig folgt. Häufig besteht die erste Aufgabe des Arztes darin, eine Informationsüberflutung des Patienten zu filtern, zu ordnen und zu priorisieren. Damit befindet er sich bereits in einem Dialog mit dem Patienten, wo früher eher monologisiert wurde. Mit der zunehmenden Informationssymmetrie hat sich ein neues Selbstverständnis des Patienten entwickelt: Nicht der Arzt vergibt huldvoll Termine und „parkt“ Patienten in seinem „Wartezimmer“. Der aufgeklärte Patient lässt den Arzt wissen, wann er Zeit hat und worüber er sprechen will. Denn im Internet lässt man ihn schließlich auch nicht warten (Topol 2015). Und auch die Pflegenden werden anders herausgefordert als zu früheren Zeiten. Kranke und ihre Angehörigen haben immer klarere Vorstellungen von fachlich kompetenter Pflege, gutem Service und Information.

Mit dem Arztbesuch oder der Visite ist die Interaktion zwischen Patient und Klinik jedoch längst nicht abgeschlossen. Immer öfter wird die vom Patienten wahrgenommene Freundlichkeit, Kompetenz und Servicehaltung des Arztes oder Stationsteams in einem der zahllosen Bewertungsportale wie klinikbewertungen.de kommentiert oder benotet. So wird jeder einzelne Patientenkontakt zum möglichen Aushängeschild eines Krankenhauses.



Der lange erwartete „mündige Patient“ ist nun endlich da, und seine oft berechtigten Wünsche sind in der immer stärker verdichteten Arbeitswelt nur schwer zu erfüllen.

4.2 Was der „mündige“ Patient wünscht

Aus der Auswertung umfassender Umfragedaten wissen wir recht genau, was Patienten wünschen bzw. was sie zur Weiterempfehlung eines Krankenhauses bewegt: Sie wollen Ärzten und Pflegenden vertrauen. Sie wollen, dass

die verschiedenen Berufsgruppen und Disziplinen eng bei der Versorgung ihrer Krankheit zusammenarbeiten. Sie wollen Höflichkeit, gutes Zuhören und ein spürbares Interesse für ihre Sorgen und Nöte. Kurz zusammengefasst wollen Patienten die Kompetenz und Empathie eines interdisziplinären Behandlungsteams (Lee 2016). Und dieses Team ist dann erfolgreich, wenn es die besten Behandlungsergebnisse für das konkrete Krankheitsbild des Patienten erzielt. Die Kombination aus Empathie und guten Behandlungsergebnissen schlägt sich in den Bewertungsportalen des Internets in den höchsten Weiterempfehlungsraten nieder.

4.3 Was ist „Patientennutzen“?

Auf der Ebene des Gesundheitssystems sind neben der Behandlungsqualität auch die Kosten relevant, die aufgebracht werden müssen, um ein gutes Behandlungsergebnis zu erzielen. Auch wenn die genauen Behandlungskosten für den normalen Versicherten kaum eine Konsequenz haben, sind natürlich ausufernde Kosten durch steigende Beitragssätze oder Versicherungsprämien auch irgendwann für Patienten spürbar. Deshalb gibt es einen breiten Konsens, dass das Ziel für das Gesundheitswesen und seine Akteure darin bestehen muss, eine möglichst gute Behandlungsqualität zu vernünftigen Kosten zu erbringen. Das Verhältnis von Behandlungsergebnissen (outcomes) zu Kosten wird als „Patientennutzen“ bezeichnet (Porter u. Guth 2012). Dabei ist „Patientennutzen“ die etwas sperrige Übersetzung des englischen Wortes „value“, das als Bestandteil von „value-based health care“ seit ungefähr einem Jahrzehnt die gesundheitspolitischen Reformdebatten in den USA und in einigen europäischen Ländern prägt (Porter u. Teisberg 2006). In Deutschland hat sich der Begriff „value-based health care“ bisher nicht wirklich etablieren können. Dennoch finden sich auch in der aktuellen deutschen Diskussion um ein besseres Gesundheitswesen einige zentrale Argumente von Porters Reformvorschlägen.

Zentrale Forderung von „value-based health care“ ist eine radikale Neuausrichtung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen am Patientennutzen. Dieser ist definiert als Quotient aus den medizinischen Behandlungsergebnissen (outcomes), die aus Sicht des Patienten wichtig sind, und den Kosten, die nötig sind, um diese Behandlungsergebnisse zu erzielen. Wären die Behandlungsergebnisse bekannt, die ein Arzt oder ein Krankenhaus bei einem bestimmten Krankheitsbild erzielt, dann würden sich die Patienten, die zuweisenden Ärzte oder auch die Kostenträger an diesen Ergebnisdaten orientieren. Und diejenigen, die die besten Behandlungsergebnisse mit den niedrigsten Kosten erreichen (= höchster Patientennutzen), würden durch treue Patienten und Zuweiser sowie durch stetiges Fallwachstum profitieren. Da aber sowohl Behandlungsqualität als auch Behandlungskosten in aller Regel unbekannt sind, orientieren wir uns häufig bei Entscheidungen

für einen Arzt oder ein Krankenhaus an etwas fadenscheinigen Qualitätsargumenten oder schlicht unzureichenden Daten:

- ein kurzer Anfahrtsweg
- ein beeindruckender akademischer Titel
- die Empfehlung eines Bekannten oder
- eine ansprechende Inneneinrichtung

sind oft Kriterien für die Wahl einer Klinik. Und die neueste Technologie oder die höchsten Kosten bestimmen nach dem Motto „viel hilft viel“ am Ende, welche Behandlung ein Patient bekommt. Besonders Krankenhäuser profitieren im aktuellen Vergütungssystem in Deutschland davon, dass sie besonders viele und aufwändige Eingriffe und Untersuchungen vornehmen, egal ob der Patient davon gesund wird oder nicht. Auch in der ambulanten Versorgung gibt es trotz einiger halbherziger Reformversuche nach wie vor Anreize für eine Über- und Fehlversorgung. Deutschland ist sowohl bei der Anzahl der Krankenhausbetten als auch bei teurer Infrastruktur wie MRTs an der Spitze Europas. Und die Anzahl koronarer Revaskularisierungseingriffe ist bei weitem die höchste in Europa, gefolgt von Österreich, das immer noch 40% weniger Behandlungen hat als Deutschland (OECD 2016). Die Einführung des G-DRG Systems in der stationären Versorgung seit 2002 hat zwar zu einem Abbau von Krankenhausbetten geführt. Die Fallzahlen dagegen sind weiter stetig gestiegen (DRG-Gutachten 2014). Kein Land in Europa gibt heute einen höheren Anteil seines Bruttoinlandsproduktes für Gesundheit aus als Deutschland – bei durchaus gemischten Qualitätsdaten.

4.4 Regionale Unterschiede in der Krankenversorgung

Ärzte und Krankenhäuser nutzen die Freiheiten, die ihnen das Vergütungssystem einräumt, im unterschiedlichen Maße. Während ein Teil der Leistungserbringer im Wesentlichen Untersuchungen und Behandlungen durchführt, die dem Primat der medizinischen Notwendigkeit und ökonomischen Vernunft entsprechen, überschreitet der andere Teil regelmäßig die Grenzen des tatsächlich Indizierten. Die Vergütungslogik unseres Gesundheitssystems sanktioniert Über- und Fehlversorgung nicht ausreichend. Gerade Kliniken, die es mit der Indikationsstellung bei bestimmten Eingriffen nicht so genau nehmen, werden oft wirtschaftlich für diese Überversorgung belohnt. So ist der Qualitätsdaten des G-BA zu entnehmen, dass beim sehr teuren Katheter-gestützten Herzklappenersatz manche Kliniken nur in 30% der Fälle leitliniengerechte Indikationen gestellt haben (Qualitätsreport 2014). Wirtschaftlich sanktioniert wurde dieses Fehlverhalten indessen nicht. Da die Behandlungsintensität oft von individuellen wirtschaftlichen Anreizen, der zufälligen Verteilung besonderer medizinischer Fertigkeiten oder dem systematischen Ausreizen von Regulierungslücken durch profitorientierte Leistungsanbieter abhängt, kommt es zu einer erstaunlichen Ver-

teilung von regionalen Versorgungsunterschieden. In Deutschland bestätigen z.B. die Untersuchungen der Bertelmann-Stiftung (versorgungsatlas.de) die Ungleichheit der regionalen Versorgung, die etwas zugespitzt als „Postleitzahlenlotterie“ bezeichnet wurde:



Demnach bestimmt weder die individuelle gesundheitliche Situation noch der explizite Wunsch des Patienten so sehr seine Behandlung wie die Postleitzahl seines Wohnortes.

4.5 Unterschiede und Defizite bei der Behandlungsqualität

Neben den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen rückt in den letzten Jahren das Thema „Behandlungsqualität“ in die Öffentlichkeit. Das dichte Netz aus Akutkrankenhäusern und Rehakliniken in Deutschland ist einzigartig. Während die Niederlande mit rund 90, Schweden mit gut 70 und Dänemark mit etwa 30 Krankenhäusern bei insgesamt guten Qualitätsdaten auskommen, gibt es in Deutschland fast 2.000 Akutkliniken. Dazu kommt noch ein Netz aus über 1.100 Rehakliniken, das in dieser Form weltweit einzigartig ist. Eine aktuelle Stellungnahme der Deutschen Akademie der Wissenschaften (Busse et al. 2016) betont zu Recht, dass die regionale Überversorgung zu einer erheblichen „Verdünnung“ fachlicher Expertise und auch medizinischer Infrastruktur kommt. Gerade in Notfallsituationen sind oft weder qualifiziertes Personal noch das richtige Gerät zur Hand. So ist z.B. die Wahrscheinlichkeit, einen Herzinfarkt in einem Deutschen Krankenhaus zu überleben, im Durchschnitt weniger als halb so groß wie in Dänischen oder Holländischen Krankenhäusern (OECD 2016). Dieser erhebliche Qualitätsunterschied ist umso schmerzlicher, weil wir in Deutschland mehr als doppelt so viele teure und invasive Herzkatheter-Eingriffe durchführen wie unsere Nachbarländer. Man kann etwas zugespitzt sagen, dass man in Deutschland mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Herzkatheter-Behandlung bekommt, wenn man sie nicht braucht. Wenn der Herzkatheter aber lebenswichtig sein könnte, ist oft keiner da.

Aber nicht nur die durchschnittliche Behandlungsqualität im Vergleich zu anderen OECD Ländern wird zunehmend als Problem wahrgenommen. Auch die Behandlungsunterschiede innerhalb Deutschlands werden in den heute verfügbaren Qualitätsdaten immer deutlicher. Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) initiierte und verpflichtende sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung vergleicht insgesamt 129 Qualitätsparameter (davon 43 risikoadjustiert) von über 1.500 Krankenhäusern. Die private Initiative Qualitätsmedizin stellt sogar über 250 Qualitätsindikatoren für über 50 Krankheitsbilder von 350 Krankenhäusern aus Deutschland und der Schweiz dar. Die jüngsten Daten zeigen in wichtigen Dimensionen der

Behandlungsqualität oft erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Krankenhäusern, selbst nachdem man die Daten nach Alter, Begleiterkrankungen oder schwere einer Krankheit risikoadjustiert hat. Der Preis der flächendeckenden Versorgung in Deutschland ist, dass man oft im nächsten Krankenhaus nicht gut aufgehoben ist. Aber selbst große und gut ausgestattete Kliniken garantieren nicht immer eine gute Versorgung: 14 der 34 deutschen Universitätskliniken hatten eine durchschnittliche Behandlungsqualität in den vorliegenden risikoadjustierten Qualitätsdaten als der Durchschnitt aller deutschen Krankenhäuser.

4.6 Behandlungsqualität aus Sicht des Patienten

Auch wenn immer mehr Daten zur Behandlungsqualität von Krankenhäusern zur Verfügung stehen, sind diese Daten für die meisten Patienten nur von geringem Wert, vor allem wenn sie sich für eine konkrete Behandlung entscheiden muss. Das liegt sowohl an der oft zu komplizierten Darstellung als auch der mangelnden Relevanz der Daten. Die verpflichtende Qualitätsberichtserstattung in Deutschland erfasst vor allem Daten zur Sterblichkeit oder zu Komplikationen bestimmter Eingriffe. Aber Operationen sind häufig nicht der geeignete Ausgangspunkt einer Suche nach der richtigen Behandlung. Patienten sind mit einem Krankheitsbild (z.B. Rückenschmerzen oder Prostatakrebs) konfrontiert, und sie fragen sich zunächst, ob überhaupt etwas unternommen werden muss. Das Krankenhaus oder eine Operation werden dabei meist nicht als erste sondern als letzte Option gesehen. Patienten bevorzugen, wenn es verschiedene Behandlungsmöglichkeiten gibt, die am wenigsten invasive. Deshalb kann auch eine fehlerfrei durchgeführte Operation immer noch schlechte Qualität sein, wenn der Patient genauso gut hätte konservativ behandelt werden können, und wenn er persönlich Letzteres vorgezogen hätte. Die Konzentration der aktuellen Qualitätsmessung auf Daten zur Sterblichkeit und Komplikationen setzt stillschweigend voraus, dass eine komplikationslose Operation, die der Patient überlebt hat, geboten und erfolgreich war. Diese Annahme ist gerade vor dem Hintergrund der in Deutschland hohen Eingriffszahlen jedoch falsch.

Eine Behandlung ist aus Sicht des Patienten von hoher Qualität, wenn sie als Therapie des zugrunde liegenden Krankheitsbildes geeignet und geboten ist, möglichst wenig risikoreich und invasiv ist, und wenn das Behandlungsergebnis den realistischen Erwartungen des Patienten entspricht.

4.7 Messung der medizinischen Behandlungsqualität

Die Messung der medizinischen Behandlungsqualität ist in den letzten Jahren systematisch weiterentwickelt und zu weiten Teilen international stan-

dardisiert worden. Grundlage der Ergebnismessung ist die Erfassung von Krankheitsbild-spezifischen Behandlungsergebnissen (sog. outcomes). Hierbei werden drei Ebenen von Behandlungsergebnissen unterschieden und getrennt erfasst (s. Abb. 2) (Porter 2010).

- **Die erste Ebene** beschreibt den Gesundheitszustand des Patienten, der durch die Behandlung erreicht oder erhalten wurde. Auf dieser Ebene werden z.B. das Krankheits-spezifische Überleben, motorische, kognitive und mentale Fähigkeiten, Schmerzen sowie die krankheitsspezifische Lebensqualität mit dafür validierten Fragebögen erfasst.
- **Die zweite Ebene** erfasst die Behandlungsdauer und -verlauf mit Daten zu Komplikationen, Re-Hospitalisierungen, sowie Einschränkungen und Schmerzen durch die Behandlung.
- **Die dritte Ebene** der Ergebnismessung befasst sich mit dem langfristigen Erfolg bzw. den Folgen der Behandlung. Hierzu gehören neben dem langfristigen Heilungserfolg z.B. auch die „Standdauer“ eines Implantates oder die langfristigen Schäden durch eine Bestrahlung.

Um alle drei Ebenen der Ergebnisqualität erfassen zu können, ist man auf verschiedene Datenquellen angewiesen. So können bestimmte funktionale Daten wie z.B. der Beugewinkel eines Knies nach Gelenkersatz oder auch intraoperative Komplikationen nur vom Arzt dokumentiert werden (sog. physician-reported outcomes). Schmerz, Lebensqualität oder Stimmungsschwankungen können nur die Patienten selber adäquat beschreiben (sog. PROMs, patient-reported outcomes). Manche Ergebnisparameter wie z.B. Mortalität werden z.B. in Sterberegistern erfasst.

Die systematische Messung der Behandlungsqualität bei einem bestimmten Krankheitsbild muss einen sinnvollen Zeitraum umfassen. So muss bei akuten Krankheitsbildern wie z.B. einem Schlaganfall mindestens die Zeit von den ersten Symptomen bis zum Abschluss der Rehabilitation betrachtet werden. Bei chronischen Krankheitsbildern wie z.B. Morbus Parkinson sollte die Behandlungsqualität über viele Jahre erfasst werden. Das International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) entwickelt seit einigen Jahren zusammen mit Klinikern, Outcome-Experten und Patienten Standard-Sets für die medizinische Ergebnismessung der wichtigsten Krankheitsbilder (ICHOM.org). Mithilfe dieser unentgeltlich zur Verfügung stehenden Standards lassen sich strukturiert Ergebnisdaten sammeln, die für Qualitätsvergleiche genutzt werden können, und die Patienten und Ärzten als relevante Informationsquellen zur Verfügung stehen (Porter 2016). Der Umfang und die Zeitdauer einer für Patienten sinnvollen Qualitätsmessung haben viele Ärzte und Kliniken vor dem Aufwand zurückschrecken lassen. Lediglich in klinischen Studien wurde die systematische Erfassung von Outcome-Daten seit jeher gefordert.

Ergebnisindikatoren

Ebene 1 erreichter Gesundheitszustand	Überleben	Beispiel 1: Brustkrebs	Beispiel 2: Kniearthrose mit Gelenkersatz
Ebene 2 Genesungsprozess	Grad der Gesundheit bzw der Genesung	<ul style="list-style-type: none"> Überlebensrate (1 Jahr, 3 Jahre, 5 Jahre) Remission funktionaler Status Brusterhalt ... 	<ul style="list-style-type: none"> Sterblichkeitsrate (Krankenhaus) erreichter funktionaler Status Schmerzstatus
Ebene 3 Nachhaltigkeit des Gesundheitszustandes	Dauer der Genesung bis zur Wiederaufnahme normaler Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> Zeit bis zur Remission Zeit bis zum guten funktionalen und kosmetischen Status 	<ul style="list-style-type: none"> Zeit bis zur Behandlung Zeit bis zur Rückkehr zu normalen Aktivitäten und Arbeit
	Komplikationen des Behandlungsprozesses	<ul style="list-style-type: none"> Krankenhausinfektionen Übelkeit und Erbrechen Bewegungseinschränkungen ... 	<ul style="list-style-type: none"> Schmerz Behandlungsdauer Rehospitalisierungen Infektionen, Blutungen,...
	Nachhaltigkeit der Gesundheit bzw. der Genesung und Wiederauftreten der Krankheit	<ul style="list-style-type: none"> Rezidiv und Rezidivfolgen Nachhaltigkeit des funktionalen Ergebnisses 	<ul style="list-style-type: none"> erhaltener funktionaler Status Fähigkeit, unabhängig zu leben Revisionen oder Re-Operationen
	Langfristige Konsequenzen der Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> Bestrahlungs-induzierter Krebs Armplexus-Erkrankung ... 	<ul style="list-style-type: none"> Verlust der Beweglichkeit Risiko einer komplexen Fraktur regionale Schmerzsyndrome ...

Abb. 2 Die drei Ebenen der medizinischen Ergebnismessung (mit freundlicher Genehmigung von Professor Michael E. Porter, Institute for Strategy and Competitiveness, Harvard Business School)

4.8 Das wachsende Interesse an Qualitätstransparenz

Das Interesse an aussagekräftigen Qualitätsdaten ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Grund hierfür sind nicht nur Medienberichte über Fehlbehandlungen oder hohe Komplikationsraten einzelner Krankenhäuser. Es gibt generell eine große Bereitschaft, Daten vor allem aus dem Internet für Konsumententscheidungen jeder Art zu nutzen. Was zunächst außerhalb des Gesundheitswesens mit Testberichten und Nutzerbewertungen von Elektrogeräten oder Hotels begann, hat sich längst in fast allen Lebensbereichen etabliert: Komplexe und wichtige Entscheidungen werden immer weniger „intuitiv“ getroffen, sondern sie beginnen regelmäßig mit der Recherche von Daten, die für die Entscheidungsfindung hilfreich sein können. Zahlreiche Internetportale wie Tripadvisor bieten heute einfache Freitextbewertungen oder Punktesysteme, die bei der Auswahl eines Hotels oder Restaurants hilfreich sind. Für Krankenhäuser und Ärzte gibt es ähnliche Portale, die meist die Zufriedenheit der Patienten mit Service, Freundlichkeit und Information durch den Arzt bewerten. Diese unter dem Begriff Patientenzufriedenheit zusammengefassten Daten sind nützlich, wenn beim Arzt- oder Klinikbesuch das Wohlbefinden, ein reibungsloser Behandlungsverlauf und eine gute Information für den Patienten im Vordergrund stehen. Die neue „Servicekultur“, die von vielen Patienten gefordert wird, steht aber leider zu sehr im Fokus sogenannter „Concierge-Kliniken“ während die tatsächliche Behandlungsqualität manchmal vernachlässigt wird. Man kann eben auch im Krankenhaus jeden Euro nur einmal ausgeben, und wer in teure Menüauswahl investiert, der muss oft im medizinischen Bereich sparen.

Anders als in reinen Serviceunternehmen wie Restaurants oder Hotels ist eine gute medizinische Behandlung eben mehr als nur eine vordergründige Patientenzufriedenheit.

Patienten und deren Angehörige, die oft bei der Suche nach dem besten erreichbaren Krankenhaus beteiligt sind, fragen konkret nach der medizinischen Ergebnisqualität bei dem für sie relevanten Krankheitsbild. Hierbei steht oft nicht das „ranking“ der möglichen Kliniken im Vordergrund sondern das Interesse, die Behandlungsoptionen, ihre Erfolgswahrscheinlichkeiten oder die möglichen Komplikationen realistisch einschätzen zu können.



Aussagekräftige Daten zur Ergebnisqualität sind die Voraussetzung für eine kompetente, gemeinsame Therapieentscheidung durch Patient und Arzt („shared decision making“).

4.9 Der informierte Patient

Für die heute im Gesundheitswesen Tätigen gibt es keinen Zweifel, dass die Patienten in Zukunft anspruchsvoller werden. Sie orientieren sich an Daten bei der Entscheidungsfindung, in welches Krankenhaus oder zu welchem Arzt sie gehen, die Kliniken nicht immer wirkungsvoll beeinflussen können. Behandlungskompetenz entsteht nicht über Nacht, und mancher, der sich an der Spitze wähnte, findet sich in medizinischen Ergebnisdaten deutlich geerdet. Doch auch, wenn die Entscheidung für eine Klinik getroffen ist, wollen die Patienten über viele Dinge mitreden. Das Bedürfnis nach Mitbestimmung kann sowohl Service-Aspekte als auch die medizinische Behandlung umfassen. Die Krankenhäuser, die sich auf diese neue Herausforderung am besten einstellen, werden in einer Welt mit größerer Qualitätstransparenz Sieger sein. Hierbei kommt es nicht nur auf systemische Lösungen wie z.B. einen aussagekräftigen und aktuellen Internet-Auftritt und die Datenlieferung in Qualitätsportale an. Vielmehr ist jeder einzelne Mitarbeiter in Zukunft

- Informationsquelle,
- Servicekraft,
- Kompetenzträger im Behandlungsprozess und
- Sparringspartner bei der Entscheidungsfindung des Patienten.

Lebt der Mitarbeiter diese verschiedenen Funktionen zusammen mit einer für den Patienten unmittelbar spürbaren Empathie, so wird nicht nur die Zufriedenheit und Weiterempfehlung der Patienten steigen. Auch die Mitarbeiterzufriedenheit steigt in dem Maße, in dem es gelingt, die Patienten gut zu versorgen.

Literatur

- AQUA-Institut (2014) Qualitätsreport 2014. Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses. URL: <https://sqq.de/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2014/AQUA-Qualitaetsreport-2014.pdf> (abgerufen am 05.04.2017)
- Busse R, Ganten D, Huster S, Reinhardt ER, Suttrop N, Wiesing U (2016) Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften Halle (Saale)
- Lee TH (2016) An epidemic of empathy in healthcare. McGraw-Hill New York
- OECD (2016) Health at a glance: Europe 2016. OECD publishing
- Porter ME, Teisberg E (2006) Redefining health care. Harvard Business School Press Boston
- Porter ME (2010) What is value in health care? *New Engl J Med* 363, 2477–2481
- Porter ME, Larsson S, Lee TH (2016) Standardizing patient outcomes measurement. *New Engl J Med* 374, 504–506
- Porter ME, Guth C (2012) Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Springer Gabler Heidelberg
- Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A (2014) Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Hamburg Center for Health Economics
- Topol E (2015) The patient will see you now. Basic Books New York



Dr. med. Jens Deerberg-Wittram

Nach seinem Medizinstudium und Promotion in molekularer Onkologie hat Dr. Jens Deerberg-Wittram zunächst ein Management-Trainee-Programm in der Medizintechnikindustrie absolviert. Von 1998–2002 arbeitete er als Strategie-Berater im Gesundheitswesen bei der Boston Consulting Group. 2002 wechselte er in das Krankenhausmanagement einer privaten deutschen Klinikgruppe, wo er zunächst eine Neurologische Fachklinik leitete. 2004 wurde er zum Geschäftsführer der Klinikgruppe mit 15 Krankenhäusern und 4.500 Betten berufen. Er etablierte in dieser Zeit ein umfangreiches System zur Qualitätsmessung in den Kliniken und bekleidete Vorstandsämter in verschiedenen Verbänden im Gesundheitswesen.

2012 zog Dr. Deerberg-Wittram in die USA, wo er als Gründungspräsident das International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM), ein unabhängiges Non-Profit-Institut zur internationalen Standardisierung der Qualitätsmessung im Gesundheitswesen, aufbaute, das von der Harvard Business School, dem Karolinska Institut in Stockholm und der Boston Consulting Group gegründet wurde. Seit 2012 lehrt Dr. Deerberg-Wittram als Fakultätsmitglied an der Harvard Business School und als Gastdozent verschiedener internationaler Universitäten „value-based health care“. Seit 2016 arbeitet Dr. Deerberg-Wittram als Experte für Qualität im Gesundheitswesen bei der Boston Consulting Group in München.