
Das Arzt-Patient-Verhältnis aus der Sicht eines privaten Trägers von Akutkrankenhäusern

Ralf Heimbach

Lassen Sie mich mit zwei Vorbemerkungen beginnen:

- Wir haben Folgendes in den Unternehmensleitlinien niedergelegt und bemühen uns darum, dies auch zu leben: „... Unser Kerngeschäft ist der Betrieb von Akutkrankenhäusern... Unsere Aktivitäten, Prozesse und Strukturen sind darauf ausgerichtet, unsere Leistungen fortlaufend zu verbessern... Unser Qualitätsanspruch orientiert sich nur an den Besten sowie an der Zufriedenheit unserer Patienten, Kunden und Mitarbeiter...“
- Nehmen Sie es mir ab oder auch nicht: Bei unserem Unternehmen dreht sich alles um die Patientenzufriedenheit. Wir könnten eine preisgekrönte Krankenhausarchitektur, die besten Ärzte, die hübschesten Pflegekräfte, 3-Sterne-Köche und das effizienteste Management haben – wenn es nicht gelingt, damit die Patienten zu erreichen, dann ist die ganze Veranstaltung „vergebene Liebesmühe“ und zum Scheitern verurteilt. Deshalb dreht sich alles um den Patienten als Steuerungsgröße, dazu später aber mehr.

Zum eigentlichen Thema: Was macht das Verhältnis Arzt-Patient unter einer privaten Trägerschaft aus?

Ich könnte Ihnen viel über die Vorzüge einer privaten Trägerschaft erzählen, aber das ist ja nicht gefragt. Die Frage ist vielmehr, was verändert sich unter einer privaten Trägerschaft im Verhältnis Arzt und Patient?

Ich habe es mir einfach gemacht und habe Menschen gefragt, die diesen Wandel selbst erfahren haben, ärztliche Kollegen in Einrichtungen, die ursprünglich öffentlich-rechtlich geführt wurden und inzwischen von uns übernommen wurden.

Die erste Antwort war: Viel hat sich eigentlich nicht verändert. (Diese Antwort gibt dem Ökonomen viel zu denken!)

Anschließend haben wir – immer bezogen auf das „Arzt-Patienten-Verhältnis“ – die folgenden Aspekte herausgearbeitet:

- eine deutlich zunehmende Standardisierung bei dem medizinischen Verbrauchsmaterial,
- die Erarbeitung und den Einsatz von medizinischen Behandlungsleitpfaden,
- die professionelle Erfassung der Patientenzufriedenheit und deren Nutzung als zentrales Steuerungsinstrument,
- die schnellere Erneuerung der medizintechnischen Ausrüstung,
- das Schaffen von interdisziplinären Diagnostikeinheiten (Aufnahmestationen),
- die stärkere Zusammenarbeit mit Einweisern.

Dazu im Einzelnen:

- Für 80 Prozent der eingesetzten Produkte wird eine Konzentration auf zwei Lieferanten angestrebt, aus Kosten- und Qualitätsgründen.
- Der Einsatz von medizinischen Behandlungsleitpfaden erfolgt natürlich nicht für alle Prozeduren und ist nicht zwingend. Sie dienen jedoch als Vergabe auf Basis von evidenzbasierter Medizin und – das ist aus meiner Sicht wichtig – sie werden mit den leitenden Ärzten unserer Gruppe entwickelt, abgestimmt und werden von diesen freigegeben.
- Die Patientenbefragung als Schwerpunktveränderung:

Wir haben mit dem Institut Picker eines der renommiertesten Unternehmen mit einer sehr umfangreichen und breiten Vergleichsdatenbasis beauftragt, jährlich für alle Patienten eine Ex-post-Patientenbefragung durchzuführen mit einer Auswertung bis auf die Abteilungsebene.

Wir haben hierbei zwei Benchmark-Ebenen:

- die der gesamten Picker-Daten,
- die unseres eigenen Klinikverbundes.

Die Ergebnisse liefern uns klare Hinweise darauf, wo auf Abteilungsebene Defizite in der Organisation, in der Behandlungsqualität und im Service bestehen. Und diese werden sehr konsequent angegangen.

Im jeweiligen Klinikum wird eine gemeinsame Auswertungssitzung durchgeführt. Bei unterdurchschnittlichen Einrichtungen werden aus den Ergebnissen der Befragung mindestens drei Projekte abgeleitet und zentral überwacht, bei den drei schwächsten Kliniken auch zentral begleitet.

- Bezüglich der stärkeren Einbindung der Einweiser gibt es Vorgaben und auch organisatorische Unterstützung für eine Mindestanzahl von Kontakten in einer vorgegebenen Periode.
- Zur interdisziplinären Aufnahmestation: Wir versprechen uns davon eine bessere Behandlungsqualität mit geringerem Ressourceneinsatz. Die konkrete Umsetzung gestaltet sich jedoch in der Praxis schwierig.

Ich muss natürlich eine Relativierung machen: Es gibt die ganze Spannweite von gut geführten Einrichtungen mit sehr auskömmlichen Ergebnissen bis hin zu schlecht aufgestellten Krankenhäusern mit gravierenden Ergebnisproblemen – übrigens sowohl bei den öffentlichen Einrichtungen als auch bei den privaten.

In aller Regel übernehmen wir die weniger guten Einrichtungen. Die Bestrebung des Ausgleichs der existenz-

bedrohenden Defizite, die Verbesserung der Ausrüstung und das Schaffen einer Perspektive erzeugen ein gewisses Wohlwollen und eine Akzeptanz, die sich hier ausdrücken.

Was in nächster Zeit – mit Auswirkung auf das „Arzt-Patienten-Verhältnis“ – zu erwarten ist:

- die Entlastung des Arztes von patientenfernen Routinearbeiten,
- verstärkte Einbeziehung von Experten aus anderen Einrichtungen zur unterstützenden Diagnose über die Tele-radiologie,
- eine intensivere und – hoffentlich – bessere EDV-Unterstützung,
- Vergütungssysteme mit verstärkt variablen Komponenten, die sich unter anderem auch an Qualitätskennziffern festmachen.

Noch einmal zurück zum Eingangsstatement. Warum investiert ein privater Krankenhausbetreiber viel Geld, um diese Veränderungen zu bewirken, Änderungen, die zudem jede Menge an Ärger und Konflikten verursachen?

Wir machen es, um eine hohe Zufriedenheit bei unseren Patienten zu erzeugen. Nicht, damit sie deswegen gerne wiederkommen wollen – das liegt in der Natur der Sache –, sondern, damit sie gut über die Einrichtung berichten, bei ihrem Hausarzt, bei ihren Verwandten, bei ihren Freunden.

Das geschieht nicht aus Altruismus. Das DRG-System wird die Möglichkeit der Leistungsausweitung bieten und wir beabsichtigen diese für unsere Einrichtungen zu nutzen.

Und wenn Patienten und Ärzte (übrigens die anderen Berufsgruppen auch) davon profitieren, dann ist dies eine klassische Win-win-Situation, um die Ökonomie abschließend zu bemühen.