

Hartwig Huland | Markus Graefen
Jens Deerberg-Wittram (Hrsg.)

DAS MARTINI- PRINZIP



Spitzenmedizin durch
Spezialisierung,
Ergebnistransparenz und
Patientenorientierung



Hartwig Huland | Markus Graefen | Jens Deerberg-Wittram (Hrsg.)

Das Martini-Prinzip



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Hartwig Huland | Markus Graefen | Jens Deerberg-Wittram (Hrsg.)

Das Martini-Prinzip

Spitzenmedizin durch Spezialisierung,
Ergebnistransparenz und Patientenorientierung

mit Beiträgen von

C. Bergelt | L. Budäus | J. Deerberg-Wittram | G. Feick | A. Geissler | I. Gerbitz
M. Graefen | C. Guth | A. Haese | H. Heinzer | H. Huland | H. Isbarn | D. Loppow
U. Michl | M. Otto | J. Prölb | C. Pross | M. Rafii | J. Rohde | G. Salomon
T. Steuber | I. Thederan | D. Tilki | B. Westerhoff



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Die Herausgeber

Prof. Dr. Hartwig Huland
Mitbegründer
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Markus Graefen
Mitbegründer
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Dr. Jens Deerberg-Wittram
Director
THE BOSTON CONSULTING GROUP
Ludwigstraße 21
80539 München

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstraße 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN ISBN 978-3-95466-408-5 (eBook: PDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2018

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Der Verlag kann insbesondere bei medizinischen Beiträgen keine Gewähr übernehmen für Empfehlungen zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen oder für Dosierungsanweisungen, Applikationsformen oder Ähnliches. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Bernadette Schultze-Jena, Berlin
Lektorat: Monika Laut-Zimmermann, Berlin
Layout & Satz: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Vorwort

Dieses Buch ist eine Sammlung von Beiträgen, die von Kollegen der Martini-Klinik sowie einigen ausgewählten Experten des deutschen Gesundheitswesens verfasst wurden. Ihre Beiträge beschreiben die wesentlichen Elemente des „Martini-Prinzips“, wie sie in der Martini-Klinik am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf in der täglichen Arbeit gelebt werden.

Die Martini-Klinik ist nicht „die perfekte Klinik“, aber sie ist anders als die meisten anderen Kliniken. Und sie ist erfolgreich. Eine seit Jahren stabile Weiterempfehlungsrate zwischen 97 und 99 Prozent zeigt, dass sich Patienten bei uns gut behandelt fühlen. Die hohe Zufriedenheit unserer Mitarbeiter macht uns stolz und lässt uns und die Patienten täglich von der Erfahrung und Empathie aller Berufsgruppen profitieren. Die medizinische Ergebnisqualität der Martini-Klinik, die in allen Dimensionen Spitzenwerte erreicht, bestätigt, dass unsere besondere Vorstellung von Qualitätsmanagement funktioniert. Unsere sehr aktive Beteiligung an klinischen Studien und Grundlagenforschung schafft ein intellektuell anregendes fachliches Klima. Das rasante Wachstum von einer kleinen Privatklinik zum größten Prostatakrebszentrum der Welt – gemessen an den operativen Eingriffen –, in dem doppelt so viele Patienten operiert werden wie z.B. in den urologischen Abteilungen der Mayo Clinic, der Cleveland Clinic oder von Johns Hopkins, lässt die Hoffnung zu, dass Qualität sich auch bei einem Überangebot an Krankenhäusern durchsetzen kann (s. Abb. 1).

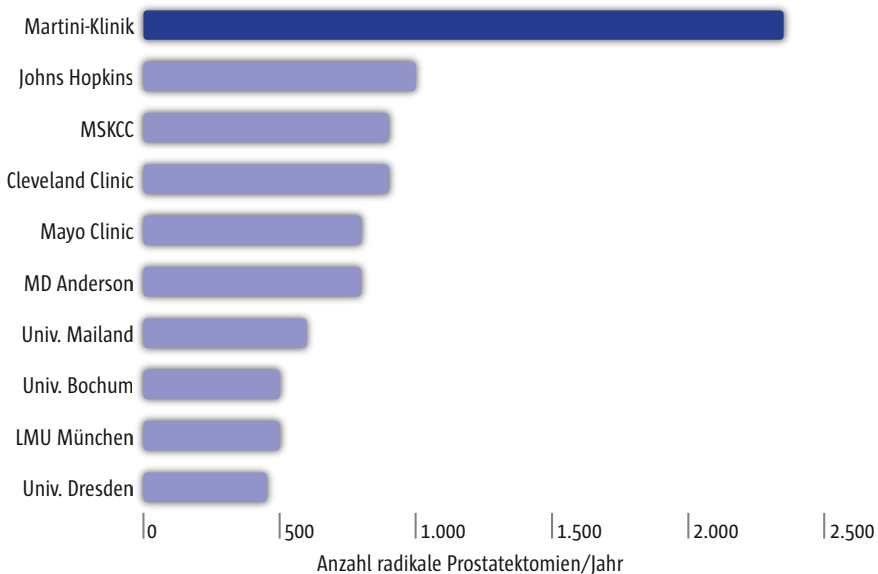


Abb. 1 Anzahl der radikalen Prostatektomien pro Jahr: Vergleich der 10 größten akademischen Zentren

Im Wesentlichen sind es drei Besonderheiten, die das Martini-Prinzip ausmachen und die es in dieser Kombination im Allgemeinen nicht gibt:

1. Die Spezialisierung auf eine einzige Erkrankung.
2. Das nicht-hierarchische Faculty-System mit einem gut kooperierenden Team von mittlerweile 11 Chefarzten, die dies jeweils als Lebensposition sehen.
3. Die systematische Erfassung der Behandlungsergebnisse, auch nach Entlassung der Patienten aus der Klinik.

In dem vorliegenden Buch wollen wir diese und viele andere Aspekte des Martini-Prinzips und ihre konkreten Auswirkungen auf unseren Alltag beschreiben. Wir hoffen, damit andere anzuregen, über Veränderungen in ihren Kliniken nachzudenken und zumindest einige Anreize in die Tat umzusetzen.

Wir wollen in diesem Buch aber auch Themenfelder diskutieren, in denen sich das Gesundheitswesen noch deutlich weiterentwickeln muss. Beispiele hierfür sind die noch unzureichende Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung, eine strengere Indikationsstellung gerade für Operationen, die Verbesserung der Qualitätstransparenz und der transsektoralen Zusammenarbeit. Es entspricht dem „Geist“ des Martini-Prinzips, solche kritischen Themen offen anzusprechen, damit sie angegangen und schließlich verbessert werden. In diesem Sinne danken wir allen Autorinnen und Autoren für ihre Beiträge. Mögen sie zu einer besseren Behandlung unserer Patienten in der Martini-Klinik und weit darüber hinaus beitragen.

Eine große Unterstützung zur Verwirklichung dieses Buches haben wir durch den Verleger der Medizinisch Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft, Herrn Dr. Hopfe, erfahren. Wir möchten uns bei ihm für die vielen, wertvollen Anregungen sehr herzlich bedanken. Unser Dank gilt auch ganz besonders Frau Bernadette Schultze-Jena, die akribisch und mit sehr vielen guten Hinweisen die Texte von Verlagsseite aus bearbeitet hat, sodass sie in dem jetzigen Format vorliegen können.

Hartwig Huland, Markus Graefen und Jens Deerberg-Wittram

Hamburg und München im Mai 2018

Die Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. Corinna Bergelt

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Martinistraße 52
20246 Hamburg

PD Dr. Lars Budäus M.A.

Leitender Arzt
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Dr. Jens Deeberg-Wittram

Director
THE BOSTON CONSULTING GROUP
Ludwigstraße 21
80539 München

Günter Feick

Vorsitzender
Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.
Thomas-Mann-Straße 40
53111 Bonn

Dr. Alexander Geissler

Technische Universität Berlin
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen
Straße des 17. Juni 135
Skr. H80
10623 Berlin

Ingmar Gerbitz

Pflegerische Klinikleitung
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Markus Graefen

Ärztlicher Leiter
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Dr. Clemens Guth

Artemed SE
Bahnhofstraße 7
82327 Tutzing

Prof. Dr. Alexander Haese, FRCS

Leitender Arzt
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Hans Heinzer

Stellv. Ärztlicher Leiter
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Hartwig Hulan

Mitbegründer
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Priv.-Doz. Dr. Hendrik Isbarn

Leitender Arzt
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Dr. Detlef Loppow

Geschäftsführer
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Dr. Dipl. hum. biol. Uwe Michl

Leitender Arzt
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Michael Otto

Werner-Otto-Straße 1-7
22179 Hamburg

Joachim Pröhl

Vorstand Patienten- und Pflegemanagement
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Dr. Christoph Pross

THE BOSTON CONSULTING GROUP
Schützenstraße 40
10117 Berlin
und
Technische Universität Berlin
Fachgebiet Management im Gesundheitswesen
Straße des 17. Juni 135
Skr. H80
10623 Berlin

Dr. Mani Raffi

Postfach 110704
10837 Berlin

Julia Rohde
Gesundheits- und Krankenpflegerin
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Georg Salomon
Leitender Arzt
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Thomas Steuber
Leitender Arzt
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Dr. Imke Thederan
Leitende Ärztin
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Prof. Dr. Derya Tilki
Leitende Ärztin
Martini-Klinik am UKE GmbH
Martinistraße 52
20246 Hamburg

Benjamin Westerhoff
Postfach 110704
10837 Berlin

Inhalt

Das Martini-Prinzip oder der Patient rückt ins Zentrum _____	1
<i>Jens Deerberg-Wittram, Hartwig Huland und Markus Graefen</i>	
I Spezialisierung, IPU _____	7
1 Value-based Health Care oder die Orientierung am Patientennutzen _____	9
<i>Jens Deerberg-Wittram</i>	
2 Das Faculty-System _____	21
<i>Hartwig Huland</i>	
3 Die Associated Faculty _____	27
<i>Georg Salomon</i>	
4 Multiprofessionalität, alle Berufsgruppen auf den Patienten ausgerichtet _____	37
<i>Markus Graefen</i>	
5 Wettbewerb, Differenzierung und Marke _____	45
<i>Detlef Loppow</i>	
II Medizinische Ergebnisqualität _____	57
1 Die Messung der medizinischen Ergebnisqualität _____	59
<i>Hartwig Huland</i>	
Exkurs: Die Martini-Klinik aus Sicht eines Unternehmers _____	67
<i>Michael Otto</i>	
2 Transparenz über die medizinischen Ergebnisse deutscher Krankenhäuser _____	71
<i>Christoph Pross, Alexander Geissler und Jens Deerberg-Wittram</i>	
3 Qualität durch kontinuierliche Outcome-Analyse _____	85
<i>Hans Heinzer</i>	
4 Klinische Forschung und medizinischer Fortschritt – die roboterassistierte radikale Prostatektomie _____	97
<i>Alexander Haese</i>	
5 Grundlagenforschung und internationale Kooperationen _____	103
<i>Derya Tilki</i>	
6 Interdisziplinäre Zusammenarbeit beim metastasierten Prostatakarzinom _____	109
<i>Hendrik Isbarn und Thomas Steuber</i>	

7	Partizipative Entscheidungsfindung mit Prostatakrebspatienten _____	115
	<i>Corinna Bergelt</i>	
	Exkurs: Eine Geschichte der medizinischen Ergebnismessung _____	125
	<i>Jens Deerberg-Wittram</i>	
III	Die Martini-Kultur _____	133
1	Empathie – vom Umgang mit den Patienten und Angehörigen _____	135
	<i>Markus Graefen</i>	
2	Umgang mit Kollegen, Zuweisern und externen Partnern _____	145
	<i>Uwe Michl</i>	
3	Die Pflege-Faculty der Martini-Klinik _____	151
	<i>Ingmar Gerbitz und Julia Rohde</i>	
4	„Patient First“?! – nur mit zufriedenen Mitarbeitern. Patienten- und Mitarbeiterorientierung im Fokus _____	157
	<i>Joachim Prölß</i>	
	Exkurs: Das Martini-Prinzip aus Sicht eines in der Prostatakrebs Selbsthilfe engagierten Patienten _____	169
	<i>Günter Feick</i>	
IV	Herausforderungen in der Zukunft _____	173
1	Martini für alle? Eine Perspektive zu qualitätsorientierter Versorgung in Deutschland _____	175
	<i>Mani Rafii und Benjamin Westerhoff</i>	
2	Digitalisierung, Künstliche Intelligenz, Big Data – Martini-Klinik 2.0 __	189
	<i>Lars Budäus</i>	
3	Komplementäre (supportive) Therapie und Präventionsansätze _____	197
	<i>Imke Thederan</i>	
	Exkurs: Internationale Beispiele für Value-based Health Care-Kliniken __	203
	<i>Jens Deerberg-Wittram und Clemens Guth</i>	
	Die Herausgeber _____	211

Das Martini-Prinzip oder der Patient rückt ins Zentrum

Jens Deerberg-Wittram, Hartwig Huland und Markus Graefen

Das Gesundheitswesen – ein krankes System

Die Liste der Bücher, die den Zustand unseres Gesundheitswesens beklagen, ist lang und sicher noch lange nicht geschlossen. Zu groß ist die Unzufriedenheit mit Qualitätsproblemen, mangelnder Zuwendung, Zwei-Klassen-Medizin, Fachkräftemangel, Kostensteigerungen oder unklaren Zuständigkeiten. Die Probleme sind vielschichtig, die Zusammenhänge kompliziert und die Lösungen in der Regel umstritten. Der Ruf nach mutigen politischen Reformen des Gesundheitswesens wird schon laut, wenn die letzten Gesetzesänderungen noch nicht einmal richtig umgesetzt sind. „Nach der Gesundheitsreform ist vor der Gesundheitsreform“ beschreibt ganz gut das Gefühl vor allem der im Gesundheitswesen tätigen Ärzte, Pflegenden und Therapeuten.

Wir wollen der langen Liste der Reformratgeber nicht einfach ein weiteres Buch hinzufügen, das nach radikalen politischen Veränderungen ruft. Nach ungezählten sogenannten Gesundheitsreformen wissen wir alle, dass es radikale Lösungen von außen nicht geben wird. Wir sind vielmehr davon überzeugt, dass die Kliniker selbst die wichtigsten Veränderungen in die Hand nehmen sollten. Schließlich ist das die vornehmste Aufgabe der ärztlichen Profession: die Regeln für ihr berufliches Handeln in der Verantwortung ihren Patienten gegenüber selber aufzustellen. Wenn die Führungskräfte, die für die Organisation eines Krankenhauses, die Gestaltung der klinischen und administrativen Abläufe und die internen Vergütungsstrukturen zuständig sind, diese Bereiche im Sinne der Patienten neu gestalten, dann wird die Gesundheitsversorgung von innen reformiert. Der Politik bleibt dann nur noch die Aufgabe, die rechtlichen Rahmenbedingungen z.B. in der Krankenhausvergütung diesen neuen Bedingungen anzupassen.

Die Reform von innen

Die „Gesundheitsreform von innen“ braucht aber ein starkes Ziel, das die Interessen und Wünsche aller Beteiligten vereinigt. Nur wenn alle Beteiligten, also die Patienten, die Kliniker, das Klinikmanagement und die Krankenkassen durch den Veränderungsprozess gewinnen, wird er gelingen. Eine Reform gegen den Willen einer dieser Gruppen wäre eine Revolte! Und wir haben nicht die Zeit, uns in Grabenkämpfen zu verlieren.

Das gemeinsame Ziel, das alle Beteiligten verbindet, ist die Verbesserung der Patientenversorgung. Diese ist nicht nur im Interesse der Patienten selbst, sondern auch aller anderen genannten Gruppen. Wir wissen aus zahlreichen Studien und aus der täglichen Arbeit, dass zufriedene Patienten mit sehr guten Behandlungsergebnissen für Pflegende und Ärzte die größte Motivation und Befriedigung darstellen. Auch das Management freut sich, wenn die Weiterempfehlungsrate der Klinik steigt und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stolz auf ihre Arbeit sind – denn das bedeutet gut gefüllte Stellenpläne und ausgelastete Betten. Und auch die Krankenkassen haben längst verstanden, dass für sie nichts so günstig ist, wie eine erfolgreiche Behandlung ihrer Kunden ohne Fehler, Komplikationen und Nachbesserungsbedarf. Mit der objektiven, idealerweise messbaren Verbesserung der Versorgung jedes einzelnen Patienten steht und fällt unser Reformvorschlag.

Die bessere Patientenversorgung funktioniert aber nur dann, wenn die Klinik konsequent um die Bedürfnisse individueller Patienten herum organisiert ist. Das bedeutet gleichzeitig, dass man sich auf bestimmte Patientengruppen fokussieren muss. Der „Gemischtwarenladen“, der irgendwie versucht „alles unter einem Dach“ anzubieten, ist schon im Einzelhandel gescheitert! Wir brauchen eine Medizin, bei der sich Fachleute aus allen Berufen gemeinsam um eine Gruppe von Patienten mit einem Krankheitsbild und ähnlichen Bedürfnissen, Fragen und Problemen kümmert. Das bedeutet aber auch das Ende der traditionellen Fachabteilungen, wo sich eine Gruppe von Ärzten mit derselben Ausbildung und gleicher Herangehensweise um verschiedene Gruppen von Patienten mit sehr unterschiedlichen Problemen und Bedürfnissen bemüht!

Wir kennen aus eigener Erfahrung die Frustration, wenn eine nicht mehr zeitgemäße Organisationsform, schlechte Prozesse und falsche Anreize dem Patientenwohl im Wege stehen. Das muss sich ändern. Wir sind davon überzeugt, dass die Patientenversorgung von denen organisiert werden muss, die die Probleme aus ihrer täglichen Arbeit kennen. In diesem Sinne ist dies ein Buch, das von Praktikern für Praktiker geschrieben wurde. Unser Ziel ist es, Sie zu motivieren, anders zu arbeiten!

Die Martini-Klinik – ein Beispiel, das man kopieren kann

Die Martini-Klinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf ist vor allem Urologen als Spezialklinik für die Behandlung des Prostatakarzinoms bekannt. Einige Leser werden vielleicht sogar gehört haben, dass es die größte Spezialklinik weltweit für die Behandlung dieses Krankheitsbildes ist. Mancher wird vielleicht auch wissen, dass der Erfolg der Klinik mit einer herausragenden Ergebnisqualität verbunden ist, die konsequent gemessen wird. Aber es soll in diesem Buch gar nicht um die Martini-Klinik und ihre Erfolge im engeren Sinne gehen. Wir möchten vielmehr am Bei-

spiel der Martini-Klinik erläutern, wie man heute, sogar unter den strengen Spielregeln der akademischen Medizin, Versorgung besser entlang der Patientenbedürfnisse organisieren kann. Der Erfolg der Martini-Klinik soll vor allem diejenigen ermutigen, die jeder Veränderung zunächst einmal skeptisch gegenüberstehen.

Die Martini-Klinik hat sich mit dem Prostatakarzinom ein Krankheitsbild zum Schwerpunkt der Arbeit gewählt, das sicherlich in vielerlei Hinsicht „besonders“ ist: besonders häufig, besonders schwer früh zu entdecken, oft besonders schwer zu prognostizieren und zu behandeln. Es gibt besonders viele Therapieoptionen, und die Operation ist besonders kompliziert. Die Behandlungsfolgen können das Leben des Patienten besonders beeinträchtigen. Deshalb fragen sich einige, ob Erkenntnisse und Erfolge der Martini-Klinik auf andere Krankheitsbilder übertragbar sind. Davon sind wir überzeugt. Wir schauen mit großem Respekt auf die Arbeit der Kolleginnen und Kollegen aller Berufsgruppen, die sich um Patienten mit z.B. Osteoarthritis, Essstörungen, Rückenschmerzen, chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Depressionen und viele andere Krankheiten kümmern. Wir sind der Meinung, dass jedes dieser Krankheitsbilder, aber vor allem jeder Patient „besonders“ ist. Auch Patienten mit komplexen, oft noch gar nicht ganz verstandenen Krankheitsbildern wie der allgemeinen Gebrechlichkeit des Alters, dem metabolischen Syndrom oder mit typischen Multimorbiditätsmustern sind „besonders“ und bedürfen einer Versorgung, die sich konsequent an ihren Bedürfnissen orientiert.

In diesem Buch stellen Kollegen aus der Martini-Klinik, Patienten und ausgewählte Fachleute in 23 Kapiteln und Exkursen die Aspekte vor, in denen die Martini-Klinik anders denkt und arbeitet als viele andere Krankenhäuser. Diese Elemente können und sollen aus unserer Sicht überall in der Krankenversorgung angewendet werden. Alle Elemente zusammen beschreiben das Erfolgskonzept der Martini-Klinik. Deshalb nennen wir sie in ihrer Gesamtheit „das Martini-Prinzip“.



In diesem Buch geht es also nicht um die Klinik, es geht ums Prinzip.

Das Prostatakarzinom – ein komplexes Krankheitsbild wie viele andere

Das Prostatakarzinom ist der häufigste Tumor und die dritthäufigste Krebstodesursache des Mannes nach dem Lungenkarzinom und dem Kolonkarzinom. Für den Patienten und den Arzt sind viele Aspekte dieser Erkrankung kompliziert. Das Prostatakarzinom ist im Frühstadium ein sehr langsam wachsender Tumor, bei dem, anders als bei sehr aggressiven Tumoren wie z.B. dem Bronchialkarzinom, nicht jeder Patient sofort behandelt werden muss. Bei der Wahl der Therapie muss deshalb die weitere Lebenserwartung besonders mit ins Kalkül gezogen werden. Manche Frühformen des Prostatakarzinoms müssen auch unabhängig von der Lebenserwartung nicht behandelt werden. Hier ist ein Überwachungsmodus, genannt Active Surveillance, für viele Patienten die bessere Option. Es gibt für die Prostatakreberkrankungen, die im lokalisierten Stadium entdeckt werden und die behandlungsbedürftig sind, die folgenden sehr unterschiedlichen Therapiemöglichkeiten:

- Operation mit unterschiedlichen Techniken (offene oder roboterassistierte Operation)
- Bestrahlung (Low Dose oder High Dose Brachytherapie, Protonentherapie, Cyberknife)
- verschiedene medikamentöse Behandlungen (Hormontherapie, Chemotherapie)
- fokale Therapien mit unterschiedlichsten Techniken (z.B. fokussierter Ultraschall oder Kryotherapie)

Darüber hinaus ist die heutige Möglichkeit der Früherkennung mithilfe des bekannten Markers Prostataspezifisches Antigen (PSA) nicht einfach zu handhaben. Dieser Bluttest ist nicht spezifisch für das Prostatakarzinom, denn er kann auch durch eine gutartige Wucherung und eine Entzündung oder Reizung der Prostata erhöht sein, sodass – kurz gesagt – von 10 Männern mit einer PSA-Erhöhung nur drei bis vier diese Blutwerterhöhung aufgrund eines Prostatakarzinoms haben! Dennoch muss man mit allen, die einen erhöhten PSA-Wert haben, über das Thema Prostatakrebs sprechen, und – was noch belastender ist – eine Gewebepunktion mit mehrfachen sogenannten Stanzungen der Prostata empfehlen. Es kommt hinzu, dass die Bildgebung, die bei anderen Tumoren sehr gut zur Diagnostik eingesetzt werden kann, nur beschränkt zur Entdeckung und Klassifizierung des Prostatakarzinoms tauglich ist. All diese Spezifika machen es für einen betroffenen Mann außerordentlich schwierig, sich zu entscheiden, welche Behandlung für ihn die richtige ist.

In der Regel weiß der Patient zwar, dass jede lokale Therapie eine Gefahr für zwei ganz wesentliche Funktionen darstellt, nämlich seine Harnkontinenz und seine Potenz. Aber Daten zu konkreten Wahrscheinlichkeiten und den Komplikationsraten einzelner Kliniken und Ärzte sind in aller Regel nicht vorhanden. Deshalb ist die vom Gesetzgeber längst vorgeschriebene partizipative Entscheidungsfindung, in der der Patient nach umfangreicher Aufklärung auf Basis aussagekräftiger Daten die Behandlung zusammen mit dem Arzt festlegt, meist leider nur Theorie. Auch die entsprechend spezialisierten Ärzte tragen oft fachliche „Scheuklappen“, die den Blick für Behandlungsmethoden außerhalb ihres eigenen fachlichen Blickfeldes einschränken.

In der Martini-Klinik werden alle maßgebenden Verfahren im Bereich der Diagnostik, wie etwa multiparametrisches MRT, PSMA-PET/CT, Knochenszintigramm, CT und die modernen Möglichkeiten der Sonographie und der Pathologie angeboten. Und natürlich stehen den Patienten alle Formen der fokalen Behandlung und der Bestrahlungstherapien, Chemo- und Hormontherapien für das fortgeschrittene Prostatakarzinom, die komplementäre Medizin, die einen wichtigen Platz neben der sogenannten Schulmedizin bei der Behandlung dieses Tumors einnimmt, und die psychoonkologische Betreuung zur Verfügung. Der wichtigste Faktor bei der Auswahl der Behandlung ist jedoch neben der Erfahrung und der Empathie der Ärzte und Pflegenden der Martini-Klinik eine weltweit einzigartige Datenbank, die die Behandlungsergebnisse und die Lebensqualität von fast 28.000 Prostatakrebspatienten seit über 25 Jahren penibel dokumentiert. Diese Daten ermöglichen die Auswahl der objektiv besten Behandlung für jeden einzelnen Patienten.

Es geht ums Prinzip

Wir haben in der Martini-Klinik seit der Gründung der Klinik im Jahr 2005 das Martini-Prinzip umgesetzt. Wir folgten dabei keiner Managementtheorie, sondern haben uns schlicht gefragt, was unsere eigene Wunschvorstellung wäre, wenn wir selbst eine komplizierte Erkrankung hätten. Diese „Wunschliste“ war relativ einfach:

1. Eine Klinik, die sich auf diese spezielle Erkrankung mit all ihren Aspekten und diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten spezialisiert hat.
2. Experten aller Fachrichtungen und Berufsgruppen in einer solchen Klinik, die große Erfahrung in der Diagnostik, Therapie und Nachbehandlung dieses Krankheitsbildes haben und die die Behandlung immer auf dem neuesten Stand halten.
3. Eine Dokumentation der erzielten Behandlungsergebnisse, die transparent auf der Homepage oder der Klinikbroschüre dargestellt sind und die so standardisiert sind, dass man die Klinik mit anderen Kliniken vernünftig vergleichen kann.
4. Eine von gegenseitigem Respekt, Empathie und Zuwendung getragene Kultur des Umgangs der Klinikmitarbeiter mit den Patienten und Angehörigen, den zuweisenden Ärzten aber auch untereinander!

Diese vier Punkte wurden im Martini-Prinzip umgesetzt, ohne dabei den Erfolg im Sinne von Patientenzahlen, Auslastung oder Wirtschaftlichkeit im Kopf zu haben. Natürlich sind wir heute stolz, dass das Martini-Prinzip die Klinik erfolgreich und wirtschaftlich zukunftsfähig gemacht hat. Abbildung 2 zeigt die Anzahl der radikalen Prostatektomien pro Jahr im Vergleich zu den Zahlen der übrigen zertifizierten Pros-

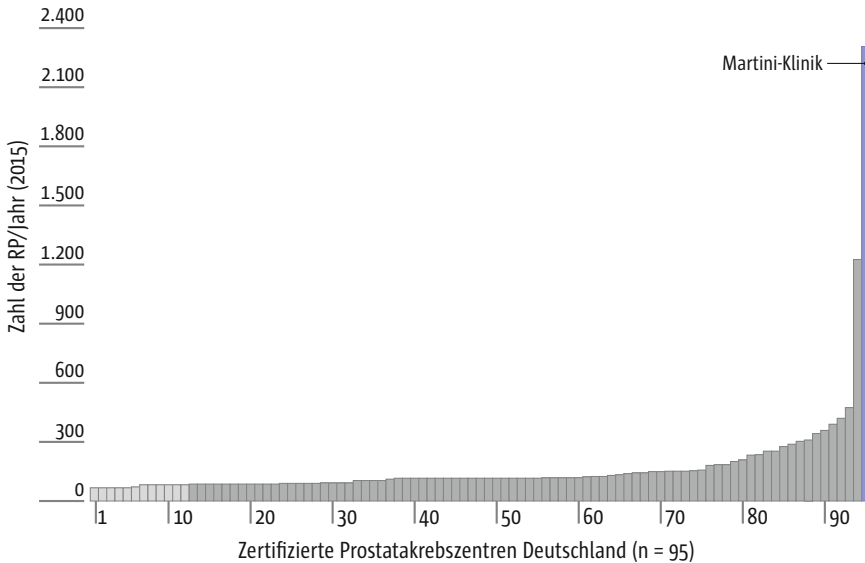


Abb. 2 Anzahl der radikalen Prostatektomien (RP)/Jahr im Vergleich zu den Zahlen der übrigen zertifizierten Prostatektomiezentren in Deutschland, Sollvorgabe ≥ 50 , Daten von 2015 (mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Krebsgesellschaft)

tatakrebszentren in Deutschland. Jedoch kam der Erfolg eben mehr oder weniger „automatisch“, weil wir uns an der oben beschriebenen Wunschliste orientiert haben. So gesehen bedeutet das Martini-Prinzip auch, dass das richtige medizinische Vorgehen allein zum wirtschaftlichen Erfolg führt. Umgekehrt funktioniert das aber nie!

Die Martini-Klinik war von Anfang an als eine Spezialklinik für alle Patienten, unabhängig von ihrem Versicherungsstatus, geplant. Leider erforderten die Spielregeln der Landesbettenplanung, dass die Martini-Klinik als Privatklinik und nicht als Plan-Krankenhaus bzw. Krankenhaus mit Versorgungsvertrag für gesetzlich Versicherte begann. Umso erfreulicher war es dann, dass der ausgezeichnete Ruf und vor allem die überlegenen medizinischen Ergebnisse die meisten der großen gesetzlichen Krankenversicherungen veranlassten, individuelle Versorgungsverträge mit der Martini-Klinik abzuschließen. Heute sind etwa die Hälfte unserer Patienten gesetzlich versichert, und wir sind stolz, dass sich sowohl die Daten zur Ergebnisqualität als auch zur Patientenzufriedenheit zwischen den Versichertengruppen nicht unterscheiden.

Viele Überlegungen und konkrete Schritte des Martini-Prinzips finden sich heute im Management-Konzept Value-based Health Care des Harvard-Professors Michael E. Porter wieder (Porter u. Teisberg 2006). Porter beschäftigt sich seit über zwei Jahrzehnten mit der Frage, wie der Wettbewerb im Gesundheitswesen um das Patientenwohl organisiert werden kann, und welche Konsequenzen dieser Wettbewerb für die Politik, die Versorger, die Krankenkassen und die Industrie hat. Value-based Health Care ist heute das international führende Konzept, das im Zentrum der Gesundheitsreform in den USA und in vielen anderen Ländern steht. Auch seine Bedeutung für das deutsche Gesundheitswesen wurde ausführlich dargestellt (Porter u. Guth 2012). Wir sind stolz, dass Porter die Martini-Klinik in seinen Publikationen und Vorträgen immer wieder als eine Value-based Health Care-Klinik beschreibt (Porter et al. 2014). Bei unserer Beschreibung des Martini-Prinzips benutzen wir deshalb bewusst Begrifflichkeiten und Einteilungen des Value-based Health Care-Konzepts. Auf die einschlägige Literatur hierzu wird in den Texten verwiesen. Ein Exkurs über internationale Beispiele von Value-based Health Care-Organisationen, in denen sich Elemente des Martini-Prinzips wiederfinden, stellt dem interessierten Leser einige ähnlich erfolgreiche Kliniken aus anderen Ländern vor. Das Martini-Prinzip funktioniert auch außerhalb Deutschlands!

Einige Leitgedanken des Martini-Prinzips, wie die Qualitäts- und Patientenzufriedenheitsmessung oder der Qualitätswettbewerb mit qualitätsorientierter Vergütung, vor allem im Kontext der zunehmenden Digitalisierung und Big Data Auswertungen, werden schon in wenigen Jahren für die meisten von uns zur Realität im Arbeitsalltag werden. Deshalb ist der Leser spätestens in diesen Kapiteln eingeladen, die Martini-Klinik „geistig“ zu verlassen und sich zu fragen, ob es nicht Zeit für ein wenig „Martini-Prinzip“ in der eigenen Klinik wäre.

Literatur

- Porter ME, Teisberg E (2006) Redefining health care. Harvard Business School Press Boston
- Porter ME, Guth C (2012) Chancen für das deutsche Gesundheitswesen. Springer Gabler Heidelberg
- Porter ME, Deerberg-Wittram J, Marks, CM (2014) Martini Klinik: Prostate Cancer Care. Harvard Business School Fallstudie. URL: <https://hbr.org/product/martini-klinik-prostate-cancer-care/714471-PDF-ENG> (abgerufen am 10.04.18)



Spezialisierung, IPU

1 Value-based Health Care oder die Orientierung am Patientennutzen

Jens Deerberg-Wittram

1.1 Kostensteigerungen und Qualitätsunterschiede im Gesundheitswesen


Die Deutschen haben zu ihrem Gesundheitswesen ein ambivalentes Verhältnis. Einerseits ist die Mehrheit der Bürger mit dem Gesundheitssystem so zufrieden wie lange nicht mehr (TK-Meinungspuls Gesundheit 2017) und bewertet vor allem den leichten Zugang zu Gesundheitsleistungen unabhängig vom sozialen Status der Versicherten als positiv. Andererseits klagt jeder fünfte Versicherte heute schon über unzureichende ärztliche Aufklärungsgespräche und medizinische Behandlungsfehler. Durchaus pessimistisch sind jedoch die Prognosen für die Zukunft der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Hier gehen über 90% der Befragten davon aus, dass die Versicherungsbeiträge weiter steigen, die von den Versicherungen bezahlten Leistungen aber dennoch eingeschränkt werden.

Tatsächlich sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland seit der Jahrtausendwende von 10,1% auf 11,3% der Wirtschaftsleistung des Landes gestiegen, ein Wert der innerhalb der OECD nur von den USA, Japan und der Schweiz übertroffen wird. Diese *Kostensteigerung* ist schon heute eine volkswirtschaftliche Herausforderung, und sie wird in den nächsten Jahren mit einer älter werdenden Bevölkerung und immer teureren medizinischen Innovationen weiter zunehmen.

Weitaus beklemmender – und für den einzelnen Patienten konkret bedrohlich – sind aber die *Qualitätsunterschiede*, die zwischen Leistungserbringern existieren. So schwankte z.B. im Jahr 2014 die Häufigkeit von Wiederholungseingriffen nach Gallenblasenoperationen zwischen dem besten und dem schlechtesten Fünftel der deut-

schen Krankenhäuser um den Faktor 34, die Sterblichkeitsrate von Patienten mit akutem Herzinfarkt um den Faktor 11 und mit Schlaganfall um den Faktor 53 (AQUA - Qualitätsreport 2014). Diese Qualitätsunterschiede sind erschreckend hoch und den meisten Bürgern nicht bekannt. Auch wenn für die allermeisten Menschen eine durch objektive Daten belegte Behandlungsqualität das wichtigste Entscheidungskriterium bei der Wahl eines Krankenhauses ist, sind aussagekräftige Qualitätsdaten über einzelne Leistungserbringer nur schwierig zu bekommen oder für Laien unverständlich. Die *fehlende Qualitätstransparenz* erklärt, warum zwar über 90% der Patienten einen längeren Anfahrtsweg für eine bessere Versorgung in Kauf nehmen würden, die Mehrzahl der komplizierten Behandlungen aber nicht in den dafür qualifiziertesten Krankenhäusern durchgeführt werden.

Aber auch für die Krankenhäuser und die dort tätigen Ärzte, Therapeuten und Pflegenden ist die Situation unbefriedigend. Sie behandeln unter wachsendem Druck immer mehr Patienten, doch eine systematische Rückmeldung über den Behandlungserfolg bleibt meist aus. Die strukturierte Erfassung und der Vergleich der medizinischen Ergebnisqualität während und nach der Behandlung bleibt für die meisten Krankenhäuser eine Ausnahme.

 **Es gibt gute und schlechte Krankenhäuser und Ärzte in Deutschland. Das Ausmaß der Unterschiede ist den Bürgern und den Ärzten selbst meist nicht bekannt.**

1.2 Fehlanreize und mangelnde Transparenz

Ohne belastbare Daten zur Ergebnisqualität ist es kaum möglich, konkrete Qualitätsprobleme bei der Versorgung spezifischer Krankheitsbilder systematisch anzugehen. Darüber hinaus können Kostenträger nicht die Kliniken identifizieren und wirtschaftlich belohnen, die regelmäßig bessere Ergebnisse erzielen als andere. In der Planung von Krankenhausbetten oder bei der ambulanten Versorgungsplanung spielt die Qualität der Leistungserbringer heute keine relevante Rolle.

Die Vergütung von stationären Leistungen durch das DRG-System in Deutschland belohnt vor allem die Anzahl und die Schwere von Eingriffen. Ob der Patient tatsächlich vom Eingriff profitiert hat, oder ob eine weniger invasive Versorgung zum selben Ziel geführt hätte, ist für die Vergütung irrelevant. In der ambulanten Medizin koexistieren Kopfpauschalen im GKV-Bereich, die eher zur Leistungseinschränkung führen, mit den die Leistungsmengen steigernden Abrechnungssystemen der PKV. In beiden Systemen spielt die objektive Ergebnisqualität der Behandlung aber keine Rolle. Im deutschen Gesundheitssystem ist somit der wirtschaftliche Erfolg eines Krankenhauses oder eines Arztes und der Behandlungserfolg aus Sicht des Patienten meist voneinander entkoppelt: Man kann mit schlechten Ergebnissen aber für den Patienten vordergründig plausibler oder angenehmer Behandlung reich werden, und man kann mit differenzierter, am Patientenwohl orientierter Medizin zum wirtschaftlichen Verlierer werden. Ein Hauptproblem des deutschen Gesundheitswesens besteht heute vor allem in diesem *fehlgesteuerten Wettbewerb*, in dem derjenige gewinnt, der möglichst viele Leistungen zu möglichst niedrigen Kosten erbringt. Der Jagd nach Produktivität opfert man oft die medizinische Qualität, weil sie nicht ge-

messen wird und damit verborgen bleibt. Das Ergebnis ist ein zwar hochproduktives System, in dem aber Überversorgung, Unterversorgung und Fehlversorgung bei schwankender Qualität nebeneinander bestehen. Zugang zu Versorgungsleistungen ist dank der Überversorgung für jeden gewährleistet. Ärzte und Pflegende werden zu höherer Produktivität getrieben und haben immer weniger Zeit für ihre Patienten. Die stationären und ambulanten Anbieter, die eigentlich zum Wohle ihrer Patienten eng verzahnt zusammenarbeiten sollen, bleiben aufgrund fehlender Anreize und mangelnder Datentransparenz voneinander getrennt. Das Ergebnis aus Sicht der Patienten ist oft eine *fragmentierte, unkoordinierte und ineffiziente Versorgung*.

Im deutschen Gesundheitssystem sind der wirtschaftliche Erfolg eines Krankenhauses oder eines Arztes und der Behandlungserfolg aus Sicht des Patienten oft voneinander entkoppelt. Man kann also mit schlechter Medizin reich werden und trotz guter Medizin als Arzt Pleite gehen.

1.3 Value-based Health Care als umfassender Lösungsansatz

Michael Porter und Elizabeth Teisberg von der Harvard Business School haben schon Mitte der 90er-Jahre die negativen Auswirkungen des fehlgesteuerten Wettbewerbs im Gesundheitswesen beschrieben und später mit dem Konzept Value-based Health Care einen umfassenden Gegenentwurf vorgelegt (Porter u. Teisberg 2006). In Gesundheitssystemen, die nach Health Care-Prinzipien funktionieren, steht der *Patientennutzen* („value“) im Vordergrund, nicht Mengensteigerung oder Kostensenkung. Patientennutzen ist dabei definiert als die medizinische Ergebnisqualität im Verhältnis zu den Kosten, die zum Erreichen der medizinischen Ergebnisse aufgewendet werden müssen.

Patientennutzen ist definiert als die medizinische Ergebnisqualität, die durch die Behandlung eines Krankheitsbildes erzielt wird im Verhältnis zu den Kosten, die für das Erzielen der Ergebnisqualität aufgewendet werden müssen.

Das Maß der Dinge ist dabei der einzelne *Patient mit seinem konkreten Krankheitsbild*. Aus seiner Sicht bedeutet Ergebnisqualität vor allem die Verbesserung des Gesundheitszustandes und die Vermeidung von Komplikationen oder langfristigen Problemen. Der Patientennutzen ist also dort am höchsten, wo ein Patient mit seinen definierten physischen, mentalen und kognitiven Einschränkungen die beste Genesung erzielt. Gemessen wird diese Genesung über die *gesamte Behandlungskette* hinweg, also von der Erstdiagnose des Problems über die Behandlung bis zur Nachsorge und Rehabilitation. Porter und Guth haben das Potenzial von Value-based Health Care für das deutsche Gesundheitswesen detailliert erläutert (Porter u. Guth 2012).

Voraussetzung für einen Wettbewerb um möglichst großen Patientennutzen ist die Erhebung und Veröffentlichung von *Daten zur medizinischen Ergebnisqualität und zu den Behandlungskosten* für jedes relevante Krankheitsbild. Idealerweise kennt jeder Leistungserbringer für alle seine Patienten die medizinische Ergebnisqualität und Kosten

und kann diese Daten dann sinnvoll für die wichtigsten Krankheitsbilder zusammenstellen. Die Daten können Patienten und zuweisende Ärzte für die Auswahl eines geeigneten Krankenhauses nutzen. Krankenkassen können Verträge mit den besten Kliniken schließen und ausgezeichnete Versorgung finanziell belohnen. Außerdem können Krankenhäuser und Ärzte Kosten- und Ergebnisdaten nutzen, um sich mit anderen Leistungsanbietern zu vergleichen und sich systematisch zu verbessern.

Es gibt heute noch kein Gesundheitssystem, das ausschließlich nach Value-based Health Care-Prinzipien funktioniert. Viele Elemente des Konzeptes prägen aber schon die gesundheitspolitische Agenda in Deutschland wie z.B. das Thema Qualitätstransparenz, qualitätsorientierte Planung und Vergütung oder finanzielle Anreize für die Bildung von Zentren für konkrete Krankheitsbilder.

1.4 Die traditionelle Organisation von Krankenhäusern

Value-based Health Care ist mehr als ein neues Vergütungskonzept. Das Hauptziel des Ansatzes ist die *Umgestaltung der medizinischen Versorgungsstrukturen*. Denn der Wettbewerb um mehr Patientennutzen hat zum Ziel, dass der Patient stärker ins Zentrum der Versorgung rückt.

Die traditionelle Organisation von Krankenhäusern hat sich seit über einem Jahrhundert vor allem an der *fachlichen Spezialisierung der Ärzte* orientiert. An der Wende zum 20. Jahrhundert wurden an den deutschen medizinischen Fakultäten Lehrstühle für die klinischen Disziplinen eingerichtet, die dann seit 1920 als Pflichtfächer die medizinische Ausbildung bestimmten. Ausgangspunkt dieser Entwicklung war die führende Rolle, die Deutschland damals in der medizinischen Forschung spielte. Die Ausrichtung der Kliniken an den Forschungsstrukturen der Fakultät begründete die naturwissenschaftlich ausgerichtete Ausbildungs- und Versorgungstradition in Deutschland, der seither Praxisferne und mangelnder Patientenbezug vorgeworfen wird. Gleichzeitig wurden medizinische Fachgesellschaften gegründet, die oft die *Rivalitäten innerhalb der ärztlichen Profession* zwischen konkurrierenden oder überlappenden Spezialitäten verstärkten.

Die organisatorischen Einheiten heißen heute je nach Größe der Krankenhäuser entweder Abteilungen, Kliniken oder Institute. Sie decken die Facharzttrichtungen wie Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Neurologie oder Pädiatrie ab. Die Organisation entlang der Spezialisierung der Ärzte hat zwei wesentliche Vorteile. Sie berücksichtigt die Weiterbildungsordnung der Mediziner und anderer Berufsgruppen, und sie unterstützt das Selbstverständnis der verschiedenen Facharztgruppen: Als Neurologe arbeitet man eben mit Neurologen in der Klinik für Neurologie.

Doch die strenge Organisation nach Facharzttrichtungen hat auch Nachteile. So sind einzelne Abteilungen gerade in großen Krankenhäusern wie Universitätskliniken häufig als eigenständige wirtschaftliche Organisationseinheiten zu klein, und die strenge Aufteilung nach Fachgebieten erschwert die Zusammenarbeit. Deshalb ist man seit einigen Jahren bemüht, „verwandte“ Abteilungen wie z.B. Neurologie, Neurochirurgie und Neuroradiologie in sogenannten Zentren zusammenzufassen. Das Ziel dieser zusätzlichen Organisationsebene ist die *Verringerung der Führungsspanne* der Krankenhausleitung, die dann nicht mehr mit über fünfzig Abteilungs- und Institutsleitungen, sondern mit einer überschaubaren Zahl von Zentrumsleitern im