

Chirurg 2022 · 93:861–869
<https://doi.org/10.1007/s00104-022-01629-4>
 Angenommen: 3. März 2022
 Online publiziert: 7. April 2022
 © Der/die Autor(en) 2022



Patientenorientierung

André L. Mihaljevic¹ · Christoph Michalski¹ · Udo Kaisers¹ · Guido Strunk^{2,3}

¹ Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Ulm, Ulm, Deutschland

² Executive Academy, Wirtschaftsuniversität Wien, Wien, Österreich

³ Complexity-Research, Wien, Österreich

Zusammenfassung

Hintergrund: Patientenorientierung entwickelt sich politisch und gesellschaftlich zum entscheidenden Leitbild unseres Gesundheitssystems, doch in der praktischen Umsetzung zeigen sich Probleme durch konfligierende Ziele und Interessen.

Ziel der Arbeit: Darstellung des Begriffs Patientenorientierung sowie möglicher Messmethoden mit besonderem Fokus auf den deutschen Sprachraum.

Material und Methoden: Narrative Übersichtsarbeit durch Literatursuche in Medline, der Cochrane Library, PsylNfo und CINHAL. Aus den Ergebnissen wird das Konzept von „Patient-Reported Experience Measures“ (PREMs) und ein PREM-System entwickelt.

Ergebnisse: Die Patientenorientierung ist kein abgeschlossenes theoretisches Konstrukt. Aktuell werden 16 Dimensionen der Patientenorientierung unterschieden. Die am weitesten verbreitete Messmethode zur Erfassung der Patientenorientierung sind PREMs. Anders als in anderen Ländern gibt es im Deutschen nur eine begrenzte Anzahl von PREMs, deren methodologische Messungsqualität häufig unklar ist. Wesentliche chirurgische Aspekte der Patientenversorgung werden durch vorliegende deutschsprachige PREMs nicht erfasst. Es wird ein PREM-System in deutscher Sprache entwickelt und der Forschungsbedarf aufgezeigt.

Diskussion: Anders als in anderen Ländern gibt es in deutscher Sprache kein zusammenhängendes PREM-System. Die systematische Erfassung der Patientenorientierung ist daher insbesondere in der Chirurgie aktuell nicht adäquat möglich. Wesentliche methodologische, organisatorische, regulatorische und finanzielle Aspekte müssen bewältigt werden, bevor die Patientenorientierung als fundiertes Konstrukt im klinischen Alltag implementiert werden kann.

Schlüsselwörter

Patientenorientierung · Patientenzentrierung · Patient-reported experience measures · Patient-reported outcome measures

Patientenorientierung in der Chirurgie

„Das Patientenwohl ist für uns entscheidender Maßstab für gesundheitspolitische Entscheidungen, die Patientenorientierung ist das Leitbild für das gesamte Gesundheitswesen“, sagte der ehemalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn am 07.08.2020 in einem Interview [6]. Dieser Satz findet sich wortgleich auch im Koalitionsvertrag der Bundesregierung der zu Ende gegangenen 19. Legislaturperiode [14]. Auch der Koalitionsvertrag der neuen Bundesregierung unterstreicht die Ausrichtung am Patientenwohl. Eine Stärkung der Patientenorientierung (PO) findet sich

in vielen weiteren gesundheitspolitischen (Gesetzes-)Initiativen der vergangenen Jahre wie z. B. dem Nationalen Krebsplan und dem Patientenrechtegesetz. Den Patienten „ins Zentrum unseres Handelns zu stellen“ und die PO zum wichtigen Maßstab des Handels zu machen, liest man als (Marketing-)Slogan und Unternehmensleitbild auf den Homepages fast jeder Klinik oder jeden Unternehmens der Gesundheitsbranche.

Probleme der Patientenorientierung in Deutschland

Dieser Wille zur Stärkung der PO durch gesetzliche Initiativen steht im Widerspruch



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

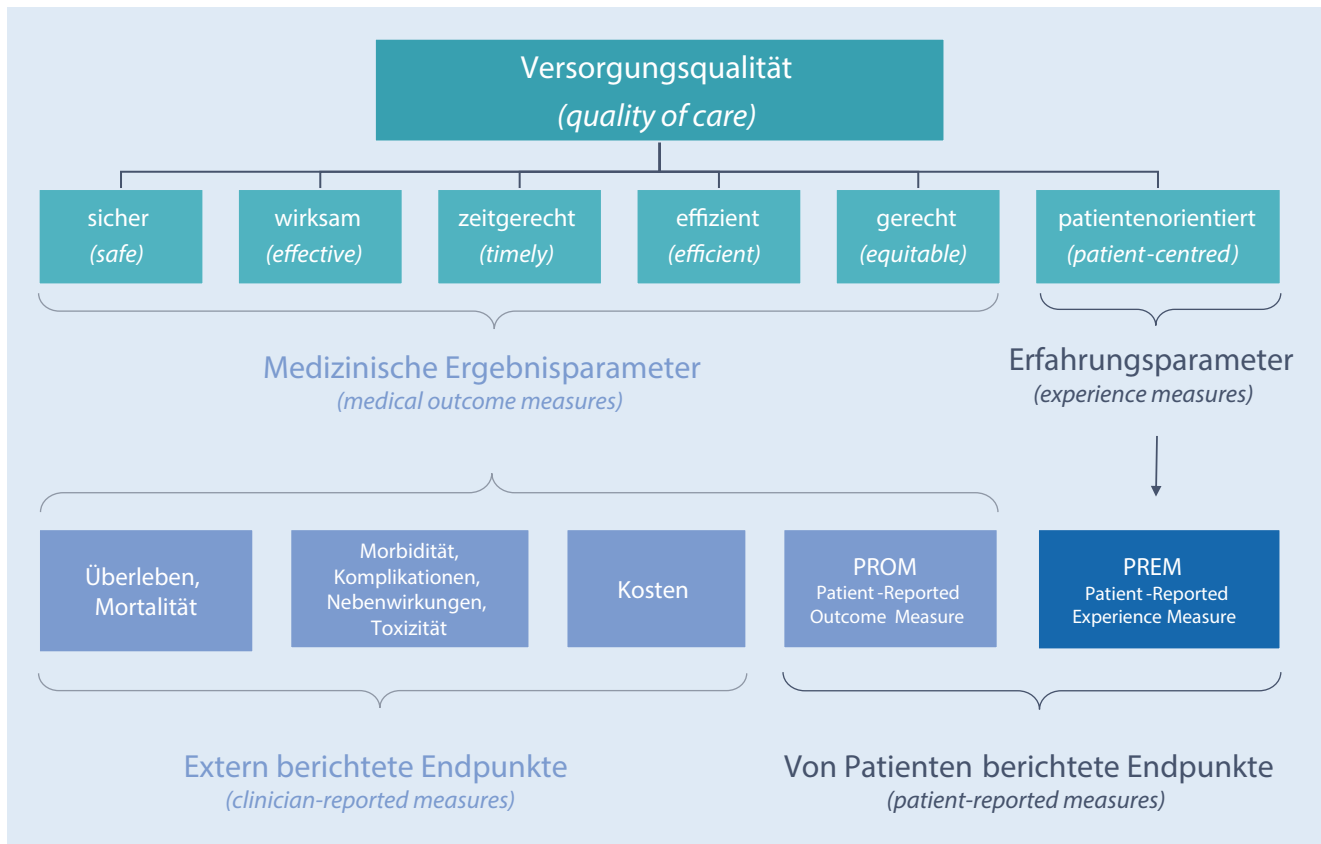


Abb. 1 ▲ Die Abbildung zeigt das Verhältnis der sechs Aspekte der Versorgungsqualität (grün; nach Institute of Medicine), der Patientenorientierung und messbarer Endpunkte (blau). Wirksamkeit („efficacy“), Sicherheit („safety“), Effizienz („efficiency“) und Gerechtigkeit („equitability“) werden meist in klinischen Studien über „objektiv“ messbare Endpunkte wie Mortalität, Morbidität oder Kosten ermittelt (hellblau). Daneben gibt es den Bereich der patientenberichteten Endpunkte („Patient-Reported Outcome Measures“ [PROM], hellblau). Diese bilden ebenfalls wichtige Wirksamkeitsendpunkte („efficacy“), wie z. B. die Lebensqualität. PROMs sind von patientinnen- und patientenberichteten Erfahrungsendpunkten („Patient-Reported Experience Measures“ [PREM]) zu unterscheiden (dunkelblau). Letztere werden zur Ermittlung der Patientenorientierung eingesetzt

zum bestehenden Mangel an PO auf der Mikroebene (Arzt-Patienten-Kontakt). Krankenhäuser in Deutschland sind für ihre fehlende PO bekannt: „Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen müssen endlich begreifen, dass sie sich an den Patientenbedürfnissen orientieren müssen, wenn sie zukunftsfähig sein wollen“, sagte Staatssekretär Karl-Josef Laumann, ehemaliger Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege der Bundesregierung [1]. Patienten wünschen sich mehr Zeit und Zuwendung durch die behandelnden Ärzte und Pflegenden, bemängeln fehlende Informationen und mangelnde Involvierung in Entscheidungen über ihre eigene Gesundheit [7]. Mehr als 80% der Patienten wünschen sich eine partizipative Entscheidungsfindung, doch nur 45%

sehen diese auch realisiert [7]. In einer Untersuchung zur Patientenzentrierung medizinischer Versorgung in Deutschland gab eine Vielzahl von Befragten Mängel in der Implementierung in allen Bereichen der Patientenzentrierung an [33].

Woran liegt also diese offensichtliche Diskrepanz zwischen der Versorgungswirklichkeit und den politischen und institutionellen Willensbekundungen? Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits 2003 in seinem Gutachten darauf hingewiesen, dass sich der Mangel an PO durch „... Widerspruch (der Patientenorientierung) zu einer Reihe von Leitbildern, Verhaltensmustern und Organisationsabläufen bei Institutionen und Professionen des Gesundheitswesens (erklärt). Ebenso konfliktieren wichtige politische Zielbündel, wie z. B. eine strikte ‚Sys-

temorientierung‘ ... als auch eine strikte ‚Kostenorientierung‘ aller Beteiligten, und gesetzliche Rahmenvorgaben, wie strenge sektorale Versorgungsgliederungen oder fallpauschalierende Vergütungen mit dem Ziel der Patientenorientierung“ [26].

Was versteht man unter Patientenorientierung?

Hierdurch wird klar, dass die PO, im Englischen meist Patientenzentrierung („patient-centeredness“) genannt, nur einer von mehreren Aspekten eine hochwertigen Gesundheitsversorgung ist. Die PO wird vom Institute of Medicine (IOM) neben einer sicheren („safe“), wirksamen („effective“), zeitgerechten („timely“), effizienten („efficient“) und gerechten („equitable“) Versorgung als 6. Säule einer hochwertigen Gesundheitsversorgung („qua-

Tab. 1 Übersicht über Dimensionen der Patientenorientierung				
	Scholl et al. [27]	Wong et al. [32]	Picker [4, 13]	Mead und Bower [17]
1	Die Patientin/der Patient als einzigartige Person („patient as a unique person“)	Patientenpräferenz („patient preference“)	Respekt für Patientenpräferenzen	Die Patientin/der Patient als Person („the patient-as-person“)
2	Biopsychosoziale Perspektive („biopsychosocial perspective“)	–	–	Biopsychosoziale Perspektive („biopsychosocial perspective“)
3	Essenzielle Eigenschaften der Behandler („essential characteristics of the clinician“)	–	–	Die Ärztin/der Arzt als Person („the doctor-as-person“)
4	Einbindung von Patienten in ihre Behandlung („patient involvement in care“)	Patientenpräferenz („patient preference“)	Beteiligung an Entscheidungen	Teilen von Macht und Verantwortung („sharing power and responsibility“)
5	Einbindung von Angehörigen und Freunden („involvement of family and friends“)	Familie und Freunde („family and friends“)	Einbeziehung der Familie und Freunde	Therapeutische Allianz („therapeutic alliance“)
6	Physische Unterstützung („physical support“)	Physische Unterstützung („physical support“)	Physisches Wohlbefinden, saubere und sichere Umgebung	–
7	Emotionale Unterstützung („emotional support“)	Emotionale Unterstützung („emotional support“)	Emotionale Unterstützung, Empathie, Respekt	–
8	Behandler-Patienten-Kommunikation („clinician-patient communication“)	Information und Unterweisung („information and education“)	Klare, verständliche Information und Unterstützung für die Selbstversorgung	Teilen von Macht und Verantwortung („sharing power and responsibility“)
9	Stärkung von Selbstbestimmung u. Autonomie („patient empowerment“)	–		
10	Patientinnen- u. Patienteninformation („patient information“)	–		Therapeutische Allianz („therapeutic alliance“)
11	Zugang zur Versorgung („access to care“)	Zugang zur Versorgung („access to care“)	Schneller Zugang zu zuverlässiger Gesundheitsversorgung	–
12	Integration medizinischer u. nichtmedizinischer Behandlung („integration of medical and non-medical care“)	–	–	–
13	Koordination und sektorenübergreifende Versorgung („coordination and continuity of care“)	Koordination der Versorgung („coordination of care“)	Kontinuität der Behandlung und geregelte Überleitsysteme	–
		Kontinuität der Versorgung („continuity and transition of care“)		
14	Teamwork („teamwork and teambuilding“)	–	–	Therapeutische Allianz („therapeutic alliance“)
15	Behandler-Patienten-Beziehung („clinician-patient relationship“)	–	–	
16	–	–	Effektive Behandlung durch vertrauenswürdiges Fachpersonal	

Verschiedene Modelle betonen unterschiedliche Dimensionen der „patient-centeredness“. Scholl et al. aus [27]; Picker aus [4, 13], Wong et al. aus [32], Mead und Bower aus [17]. Falls es sich um englischsprachige Originalpublikationen handelt, stehen die englischen Begriffe in Klammern, um Missverständnisse zu vermeiden

lity of care“) angesehen (▣ Abb. 1; [12]). Diese Definition wird auch in Deutschland durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) in leicht abgewandelter Formulierung genutzt [3].

Weder das IOM noch das IQTIG definieren jedoch genauer, welche inhaltlichen Dimensionen zur PO („patient-centeredness“) gehören. Ursächlich hierfür ist die fehlende Klarheit im Konzept der PO sowie teils widersprüchliche oder überlappende Modelle [8, 17, 22, 27]. Dies

spiegelt sich auch in den verschiedenen öffentlichen Äußerungen aus Politik, dem Gesundheitswesen und der Wirtschaft wider: „Während Gesundheitspolitiker und Ökonomen ‚Patientenorientierung‘ oftmals mit ‚Kundenorientierung‘ gleichsetzen und damit die Forderung einer Neuausrichtung des Gesundheitswesens verbinden, steht für Patientenvertreter eine Autonomie und Souveränität achtende Gesundheitsversorgung im Mittelpunkt. Patientenorientierung aus der Perspektive der Pflege stellt zudem den Patienten als

Subjekt ins Zentrum von Betreuung und Therapie“ [21]. Letzteres dürfte auch für die Chirurgie gelten.

Scholl et al. haben 2014 durch eine systematische Übersichtsarbeit aus 417 Publikationen insgesamt 15 Dimensionen der „patient-centeredness“ identifiziert und diese zu einem integrativen Modell der PO zusammengefasst [27]. Im weit verbreiteten Picker-Modell kommt als 16. Dimension „effektive Behandlung durch vertrauenswürdiges Personal“ hinzu [4]. ▣ Tab. 1 gibt einen Überblick

über Dimension der PO in gängigen Patient-centeredness-Modellen. Hierbei wird deutlich, dass sich Dimensionen der PO mit Aspekten der Versorgungsqualität (■ **Abb. 1**) überschneiden. Ein abschließendes, international anerkanntes Konzept der PO bildet sich also erst langsam heraus.

Wie misst man Patientenorientierung?

Verschiedene Methoden sind für die Messung der PO beschrieben worden, u.a. Fokusgruppen, Interviews, öffentliche Treffen, „comment cards“, Beschwerdemanagementsysteme oder Fragebögen [28]. Einen „Goldstandard“ gibt es nicht und kann es, wie weiter unten ausgeführt, auch nicht geben. Die Erfassung der PO mittels validierter Fragebögen hat sich international durchgesetzt, da sie höchste Generalisierbarkeit und Standardisierung versprechen. Diese Umfragenwerkzeuge werden gemeinhin „Patient-Reported Experience Measures“ (PREMs) genannt. Der Name benennt schon einen wichtigen Aspekt von PREMs: Die PO soll anhand der Erfahrung der Patienten in einem spezifischen Gesundheitskontext erfasst werden.

Während die Messung der ersten fünf Säulen des IOM „Quality-of-Care“-Modells mittels klinischer Endpunkte erfolgt, wird die PO also mittels „experience measures“ erfasst. Aller Erfahrung nach bereitet die Bewertung der ersten fünf IOM-Säulen durch klinische Endpunkte den meisten Chirurgen weit weniger Probleme als die Beurteilung der PO.

PREMs dienen nach Bull et al. drei Zielen [5]:

1. PREMs ermöglichen es Patienten, über ihre persönliche Versorgungserfahrung zu reflektieren.
2. PREMs dienen einzelnen Kliniken oder Abteilungen als Qualitätssicherungsinstrument und ermöglichen gezielte Verbesserungen.
3. PREMs erlauben eine Messung der Patientenorientierung und Versorgungsqualität über Kliniken hinweg und ermöglichen damit das Benchmarking.

Unzählige Publikationen beschäftigen sich mit der Frage, wie die PO, gemessen mittels PREMs, und klinische Ergebnisparameter zusammenhängen. Die Frage wird kontrovers diskutiert, insbesondere in Ländern wie den USA, in denen PREM-Bewertungen Auswirkungen auf die Bezahlung von Kliniken haben („pay-for-performance“). Diese Diskussion erscheint jedoch müßig, denn, wie oben ausgeführt, erfassen PREMs einen dezidiert anderen Aspekt der Versorgungsqualität als klinische Ergebnisparameter (■ **Abb. 1**; [16]).

PREMs, PROMs, Zufriedenheit

PREMs dienen also der Erfassung der *Erfahrung* des Patienten in einem bestimmten Versorgungskontext (z.B. in einer chirurgischen Abteilung). Die „patient experience“ unterscheidet sich daher grundlegend von der Zufriedenheit („satisfaction“). Erstens wird Zufriedenheit global bewertet, während PREMs sehr detailliert einzelne Erfahrungen abfragen. Als Beispiel eine Frage aus der deutschen Version des U.S.-amerikanischen HCAHPS-Fragebogens: „Wie oft haben die Ärzte Sie während dieses Krankenhausaufenthaltes höflich und mit Respekt behandelt? Nie/Manchmal/Meistens/Immer“ [30]. Zweitens ist die Zufriedenheit von vielen Einflussfaktoren („confounder“) wie z.B. der Erwartungshaltung von Patienten abhängig, die eine generalisierbare und valide Auswertung erschweren [23]. Fragen zur Patientenerfahrung hingegen können zur Konstruktion valider und reliabler Fragebögen genutzt werden [16]. In der Literatur und auch bei Fragebögen werden die Begriffe PO und Zufriedenheit („satisfaction“) jedoch nicht immer klar voneinander getrennt. Eine genaue Analyse des Fragebogens ist also in jedem Einzelfall notwendig.

Bei PREMs handelt es sich um eine Messmethode, bei der Patienten eigenständig Fragebögen ausfüllen, um ihre „patient experience“ zu bewerten. PREMs sind insofern mit „patient-reported outcome measures“ (PROMs) verwandt (■ **Abb. 1**). Ähnlich wie PREMs werden auch PROMs definiert als „... any outcome evaluated directly by the patient himself or herself and is based on patient's perception ...“ [9]. Anders als PREMs bezieht sich die „pa-

tient's perception“ bei PROMs jedoch auf klinische Ergebnisparameter der Erkrankung oder der Behandlung (z.B. Schmerzen, Abgeschlagenheit oder die Lebensqualität) und nicht auf die „patient experience“ zur Messung der PO (■ **Abb. 1**). Es gibt noch einen weiteren wesentlichen Unterschied zwischen PREMs und PROMs. Wie oben dargelegt (■ **Tab. 1**), setzt sich die PO aus verschiedenen Dimensionen zusammen. PREMs sind somit immer multidimensional. PROMs hingegen können sowohl eindimensional sein (z.B. die Messung des Schmerzes mittels der Numeric Rating Scale) als auch multidimensional (z.B. die Ermittlung der Lebensqualität mittels eines multidimensionalen Fragebogens). Zum Teil sind die Grenzen zwischen PREMs und PROMs aber fließend.

PREM-Kategorien

Ein wichtiger Aspekt der PREMs ist, dass diese nicht per se universell einsetzbar sind, sondern jeweils bestimmte, patientenrelevante Aspekte der Versorgung abfragen. Dies erklärt, dass eine Vielzahl von PREMs je nach Kontext entwickelt wurde. Wir schlagen eine grobe Kategorisierung von PREMs in vier Gruppen vor:

1. *Generische PREMs* erfassen allgemeine Aspekte der PO und sind somit in verschiedenen Versorgungskontexten, Fachgebieten, Erkrankungen und Ländern einsetzbar.
2. *Fachspezifische PREMs* erfassen Besonderheiten in der „patient experience“ eines bestimmten Fachs. So würde z.B. der Aspekt der Schmerzfreiheit in allen chirurgischen Fächern ein wesentlicher Aspekt der Versorgung darstellen, aber in internistischen Fächern von weniger großer Bedeutung sein.
3. *Behandlungspfadspezifische PREMs* („healthcare pathway-specific“) dienen dazu die PO eines bestimmten Behandlungspfades über Fächer- und Sektorengrenzen hinweg zu erfassen, z.B. für Tumorpatienten.
4. *Krankheitsspezifische PREMs* dienen dazu die PO spezifischer Patientengruppen zu erfassen.

Die verschiedenen Kategorien zeigen Überlappungen. In ■ **Abb. 2** wird der Ver-

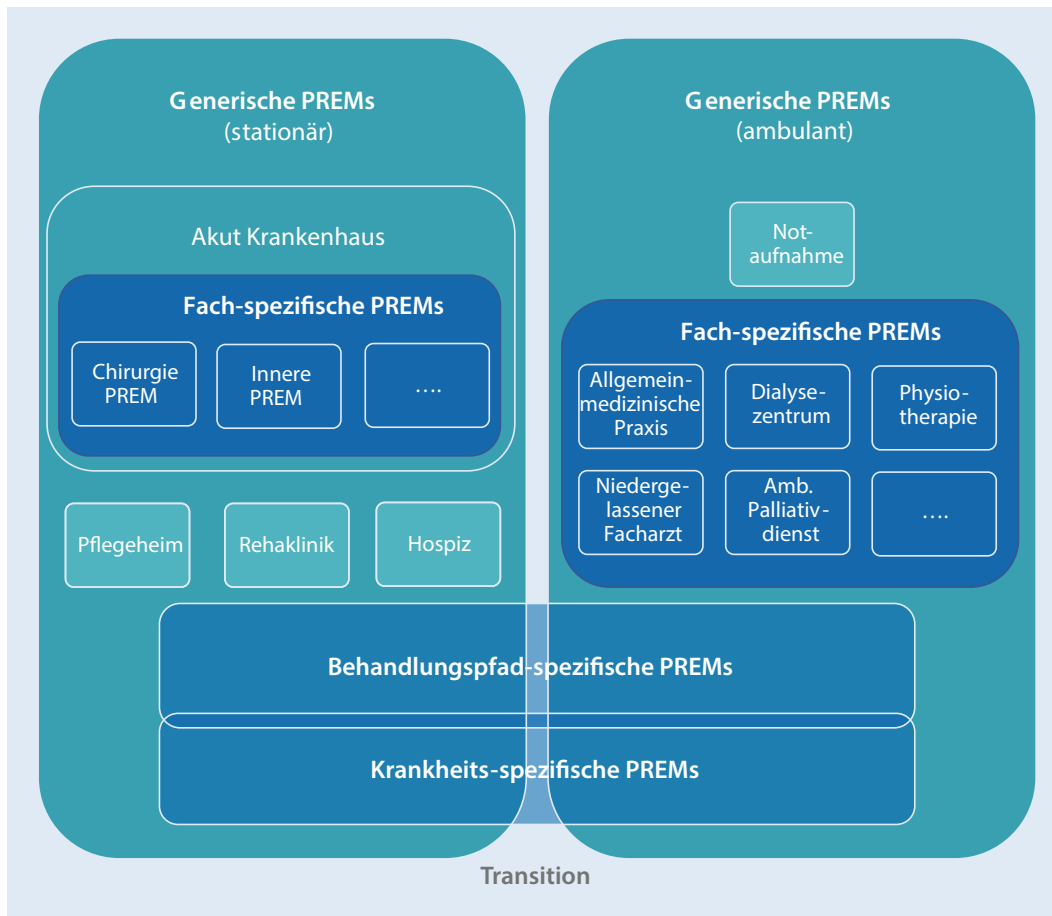


Abb. 2 ◀ Einteilung von „patient-reported experience measures“ (PREMs). Die Abbildung zeigt die unterschiedlichen Bereiche, für die PREMs konzipiert wurden. Generische PREMs erfassen allgemeine Aspekte der Patientenorientierung. Fachspezifische PREMs erfassen Besonderheiten in der „patient experience“ eines bestimmten Fachs. Behandlungspfad-spezifische PREMs dienen dazu, die Patientenorientierung eines bestimmten Behandlungspfads zu erfassen. Krankheitsspezifische PREMs erfassen die „patient experience“ bei einer spezifischen Erkrankung. Die Übergänge zwischen den Gruppen sind fließend, was durch die Überlappung der Bereich angedeutet wird. Ein besonderer Aspekt der „patient experience“ ist die Schnittstelle zwischen verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems (z. B. stationär/ambulant; Transition)

such unternommen, die verschiedenen PREM-Kategorien schematisch zu einem zusammenfassenden PREM-System anzuordnen.

Je nach Versorgungskontext, Gesundheitssystem, kulturellem Hintergrund oder Erkrankung müssen PREMs teils unterschiedliche Fragen enthalten, um spezielle Aspekte der PO und der Versorgungsqualität zu erfassen. Aus dem Gesagten ergibt sich auch, dass in dem Maße, wie sich das Gesundheitssystem oder die geplante Ausrichtung der Versorgung ändern, auch neue PREMs oder zusätzliche PREM-Fragen notwendig sind. Somit kann es den abschließenden „Goldstandard“ bei PREMs nicht geben. Als Beispiel sei die sektorenübergreifende Versorgung genannt, die in Deutschland als mangelhaft gilt. Um diese zu erfassen, bedarf es anderer PREM-Fragen, als sie in einem rein stationären PREM abgebildet sind [20].

Messen PREMs denn wirklich die Patientenorientierung?

Inwieweit ein PREM sein erklärtes Ziel, nämlich die PO über die Messung der „patient experience“ in einer bestimmten Versorgungssituation zu erfassen, erreicht, hängt davon ab, wie methodologisch aussagekräftig die verwendeten Messmethoden sind. Die Messungen der PO mittels nicht validierter PREM-Instrumente ist nicht zielführend und stellt eine Verschwendung von Ressourcen dar. Leider ist diese Praxis weit verbreitet [24]. Die Güte von PROMs oder PREMs lässt sich anhand psychometrischer Gütekriterien messen. Diese Gütekriterien („measurement properties“) sind Reliabilität, Validität, Responsivität, Interpretierbarkeit, Machbarkeit, Angemessenheit und Akzeptanz [10, 19]. Leider werden die Definitionen sowie die Taxonomie dieser Gütekriterien nicht einheitlich verwendet, was zu erheblicher Verwirrung sorgen kann. Die COSMIN-Gruppe (Consensus-based Standards for the selection of health

Measurement Instruments) hat in den letzten Jahren Leitlinien zur Entwicklung und Bewertung patientenberichteter Messmethoden (PREMs, PROMs) publiziert, die sich international durchgesetzt haben [19, 25] und die sich auf der COSMIN-Homepage finden lassen (<https://www.cosmin.nl/>).

Internationale PREM-Systeme

PREMs spielen in vielen Ländern eine große Bedeutung in der Bewertung, Bezahlung und Organisation des jeweiligen Gesundheitssystems. In Schweden wurde eines der ersten PREMs entwickelt und auch landesweit eingesetzt: der Quality of Care from the Patients' Perspective (QPP; [15]) sowie dessen Kurzversion (QPPS; [31]) sind feste Bestandteile des schwedischen Gesundheitssystems. Manche Länder sind jedoch noch einen Schritt weiter gegangen und haben generische, fachspezifische, behandlungspfad-spezifische und krankheitsspezifische PREMs zu einem umfassenden PREM-System verknüpft. PREM-Systeme finden sich u.a.

Tab. 2 Übersicht über internationale PREM-Systeme				
	Generische PREMs Provider-spezifisch	Fachspezifische PREMs	Behandlungspfad-spezifische PREMs	Krankheitsspezifische PREMs
USA (CHAPS)	Hospital Survey (HCAHPS)	CAHPS Surgical Care Survey	CAHPS Cancer Care (CC-CAHPS)	CAHPS Dental Plan
	Clinician and Group Survey (CG-CAHPS)	CAHPS Outpatient and Ambulatory Surgery Survey (OAS CAHPS)		CAHPS Experience of Care and Health Outcomes in Mental Health (ECHO)
	CAHPS Home and Community-Based Services Survey (HCBS CAHPS)	CAHPS In-Center Hemodialysis Survey		
	CAHPS			
	Emergency Department Survey (ED CAHPS)			
	CAHPS Home Health Care Survey			
	CAHPS Hospice Survey			
	CAHPS Nursing Home Surveys			
England (NHS)	NHS Inpatient Survey (via Picker)	NHS Maternity Survey	–	NHS Inpatient Mental Health Survey (via Picker)
	NHS Outpatient Survey (via Picker)			NHS Community Mental Health (via Picker)
	NHS Children and Young People Patient Experience Survey (via Picker)			
	NHS Urgent and Emergency Care Survey (Via Picker)			
Niederlande (CQI)	CQI Inpatient Hospital Care	CQI Cataract Surgery	CQI Cancer Care	CQI for Chronic Dialyses
	CQI General Practitioner	CQI Palliative Care		CQI Diabetes
	CQI Care for the Elderly („nursing home“)	CQI Social Care		CQI Asthma
	CQI for the Accident and Emergency Department (CQI A&E)			CQI Heart Failure
Norwegen (NKCHS)	Hospital Outpatients (OPEQ)	Next-of-Kin of Pediatric Inpatients	–	Psychiatric Inpatients (PIPEQ)
	Hospital Inpatients (PEQ)			Psychiatric Outpatients (POPEQ)
Picker-Institut	Picker Patient Experience Questionnaires (PPE-40, PPE-15)	Picker Primary Care Survey (Allgemeinmedizin)	Picker Cancer Survey	Coronary Heart Disease In-Patient Experience Questionnaire
	Picker Adults Outpatient Questionnaire			Picker STROKE QUESTIONNAIRE
	Picker Adult Emergency Questionnaire			Picker Mental Health Care Questionnaire
	Picker Young Patient Survey			Picker Diabetes Questionnaire
	Picker Community Service Questionnaire			Child and Adolescent Mental Health Services Questionnaire
EORTC	–	–	IN-PATSAT32	–
			PATSAT-C33	
			OUT-PATSAT7	

CAHPS Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CQI Consumer Quality Index, NKCHS Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, EORTC European Organisation for Research and Treatment of Cancer

in den USA (CAHPS; <https://www.ahrq.gov/cahps/index.html>), England (NHS), den Niederlanden (Consumer Quality Index, CQI) und Norwegen (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services). Auch zwei Organisationen haben zusammenhängende PREM-Fragebögen entwickelt: das Picker Institute sowie, in begrenzten Umfang, die Quality-of-Life-Gruppe der European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) für den Bereich der Krebsbehandlung.

Die Ergebnisse der U. S.-amerikanischen generischen In-hospital-PREMs (HCAHPS) dienen dem Vergleich zwischen verschiedenen Kliniken. Auch auf die Bezahlung haben die Ergebnisse Einfluss („pay-for-performance“). Basierend auf den Ergebnissen wurden in der Folge ganze Kliniken und Abteilungen umstrukturiert [18]. Eine Übersicht der PREM-Systeme findet sich in **Tab. 2**.

Deutschsprachige PREMs

Eine systematische Übersichtsarbeit deutschsprachiger PREMs und eine Bewertung ihrer psychometrischen Gütekriterien liegen nicht vor, wird aber von den Autoren aktuell vorbereitet. Zu den deutschsprachigen PREMs gehören z.B. die deutsche Version des amerikanischen HCAHPS-Fragebogens [30], der Picker Patient Experience Questionnaire 15 (PPE-15; [13]), die Kurzversion des schwedischen

Quality from the Patients' Perspective (QPPS; [29]), der deutsche Patient Experience Questionnaire (PEQ; [11]) sowie des Patient Experience Across Healthcare Settings (PEACS; [20]). Die deutschsprachigen PREMs stellen entweder Übersetzungen aus anderen Sprachen dar, wie der PPE-15 [13], HCAHPS [30] und QPPS [29], oder es handelt sich um PREMs, die direkt in Deutsch entwickelt wurden wie der Patient Experience Questionnaire (PEQ [11] oder PEACS [20]). Ein zusammenhängendes PREM-System, wie es andere Länder aufgebaut haben, gibt es im deutschen Sprachraum nicht. Chirurgiespezifische PREMs liegen in deutscher Sprache, anders als im englischen Sprachraum, nicht vor.

Was ist konkret zu tun?

Die Ausrichtung an der PO entspricht einem politischen und gesellschaftlichen Wandel, dem wir uns als Chirurgen stellen müssen. Damit die Dimensionen der PO (Abb. 1) im ärztlichen Alltag genutzt werden können, erscheinen uns folgende Entwicklungen notwendig:

1. *Deutschsprachige PREMs.* Für wesentliche Bereiche der Gesundheitsversorgung liegen in deutscher Sprache keine validen PREMs vor (z. B. Chirurgie). Solche PREMs sollten dringend entwickelt und validiert werden.
2. *Digitalisierung.* Die routinemäßige Erfassung von PREMs benötigt datenschutzkonforme digitale Systeme (Apps, Onlinefragebögen). Auch wenn einzelne Anbieter solche Systeme für die Erfassung von PROMs bereitstellen, ist die Integration in bestehende KIS und Praxissoftware nicht ausgerollt und stellt ein dringendes Handlungsfeld dar.
3. *PREM-basierte Interventionen.* Welche Rückschlüsse und Verbesserungen lassen sich konkret aus den Ergebnissen einzelner PREM-(Sub-)Skalen für die Kliniken, Abteilungen und Praxen ableiten? Gibt es standardisierbare „Interventionen“, die einzelne Dimensionen der PO verbessern? Oder sind jeweils spezifische organisatorische und strukturelle Maßnahmen notwendig? Zu all diesen Fragen fehlen qualitativ hochwertige Studien.

4. *Holistische Betrachtungsweise.* Auch wenn die PO ein wesentlicher Aspekt der Versorgung darstellt, sollten, wie in Abb. 1 dargestellt, medizinische Ergebnisparameter, PROMs und PREMs zusammen betrachtet werden, um ein ganzheitliches Bild der Versorgungsqualität zu erhalten. Es ist also notwendig, PREMs zusammen mit der standardisierten Erfassung von PROMs und validierten, patientenrelevanten medizinischen Endpunkten auszuwerten und darzustellen. Hierzu wäre die Entwicklung von „standard outcome sets“ für spezifische Patientengruppen notwendig. Diesbezüglich sei u. a. auf die COMET-Initiative (www.comet-initiative.org) und ICHOM (www.ichom.org) verwiesen.

Die PO zielt aber auch auf eine viel größere Fragestellung ab: Wie sollten Gesundheitsinstitutionen in der Zukunft organisiert sein, um die PO zu gewährleisten? Im Ausland ist zu beobachten, wie die Orientierung an PREMs zu erheblichen Umstrukturierungen mit Orientierung am Patienten [18] oder Fokussierung auf krankheitsorientierte Einheiten mit hoher organisatorischer Autonomie führt [2]. Hochspezialisierte Leistungen können in solchen Systemen auch intersektoral mit hoher Qualität und PO erbracht werden, ohne die in Deutschland zu beobachtenden Organisationszentralisierung, die häufig zu einer Depersonalisierung der Medizin führt. Dies bedeutet aber ein klares Umdenken, weg von einer immer noch stark hierarchisierten Klinikstruktur hin zu einem kollegialen Organisationsmodell mit klar de-

Hier steht eine Anzeige.



finierten Zuständigkeiten. Managementaufgaben können in einem solchen System auf mehrere Schultern auch interdisziplinär verteilt werden. Klare medizinische Zuständig- und Eigenverantwortlichkeiten führen dann auch zu einer verbesserten intersektoralen Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

Korrespondenzadresse

André L. Mihaljevic
 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
 Universitätsklinikum Ulm
 Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm,
 Deutschland
 andre.mihaljevic@uni-ulm.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. A.L. Mihaljevic, C. Michalski, U. Kaisers und G. Strunk geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Ärztezeitung (2016) Patientenorientierung als Schlüsselwort. <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Patientenorientierung-als-Schlüsselwort-278093.html>. Zugegriffen: 9. Sept. 2020

Patient-centeredness

Background: Patient-centeredness has developed into the guiding principle of healthcare policy over the last decade. However, its practical implementation is hindered by numerous problems and opposing interests.

Objective: To define and elucidate the term patient-centeredness, describe evidence-based measurement tools and outline recommendations for practical implementation.

Material and methods: A narrative literature review was carried out in Medline, Cochrane Library, PsylNfo and CINHALL. Based on the results the concept of Patient-Reported Experience Measures (PREM) is explained and a comprehensive PREM system is developed.

Results: Patient-centeredness is a not yet clearly defined theoretical construct. Patient-centeredness covers up to 16 different aspects ranging from patient involvement to the transition of care. Patient centeredness is most frequently measured via PREMs. Contrary to other countries, there are only a limited number of validated PREMs available in German and measurement qualities are frequently unclear or insufficient. No comprehensive PREM system has been developed for the German language so far. Important aspects of surgical care are not captured by currently available German language PREMs.

Conclusion: Contrary to other countries no comprehensive PREM system is available in the German language. Currently available German PREMs do not enable the adequate assessment of surgical aspects of care. Important organizational, regulatory, methodological, and financial aspects must be addressed before patient-centeredness can be implemented into every clinical practice in German-speaking countries.

Keywords

Patient-centeredness · Patient-reported experience measures · Patient-reported outcome measures · Patient outcome assessment

- Bohmer R, Beyersdorfer D, Ribera J (2014) Hospital Clinic de Barcelona
- Boywitt D (2019) Qualität der Gesundheitsversorgung – das Rahmenkonzept des IQTIG. In: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Hrsg) Qual. 2019, S 227–230
- Institut BQS (2021) Picker Patient-centred care model. <https://www.bqs.de/picker-befragungen/51-patientenbefragung.php>. Zugegriffen: 10. Sept. 2020
- Bull C, Byrnes J, Hettiarachchi R, Downes M (2019) A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Serv Res* 54:1023–1035. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13187>
- Bundesgesundheitsministerium (2020) Ministerinterview mit Jens Spahn. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz/ministerinterview.html>. Zugegriffen: 20. Dez. 2020
- Dierks M-L (2006) Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Robert Koch-Inst, Berlin
- van Dulmen S (2003) Patient-centredness. *Patient Educ Couns* 51:195–196. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00039-9](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00039-9)
- European Medicines Agency (2016) The use of patient-reported outcome (PRO) measures in oncology studies. Appendix 2 to the guideline on the evaluation of anticancer medicinal products in man
- Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR (1998) Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess* 2:i–iv, 1–74
- Gehrlach C, Altenhöner T, Schwappach D (2009) Der patients' experience questionnaire. Bertelsmann,
- Institute of Medicine (2001) Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academies Press, Washington (DC)
- Jenkinson C, Coulter A, Bruster S (2002) The picker patient experience questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *Int J Qual Health Care* 14:353–358. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.5.353>
- Koalitionsvertrag, 19. Legislaturperiode (2018) Koalitionsvertrag der 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags zwischen CDU, CSU und SPD, S 95
- Larsson G, Larsson BW, Munck IM (1998) Refinement of the questionnaire „quality of care from the patient's perspective“ using structural equation modelling. *Scand J Caring Sci* 12:111–118
- Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW (2013) The patient experience and health outcomes. *N Engl J Med* 368:201–203. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1211775>
- Mead N, Bower P (2000) Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 51:1087–1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)
- Merlino JI, Raman A (2013) Health care's service fanatics. *Harv Bus Rev* 91(5):108–116
- Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL et al (2010) The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol* 63:737–745. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>

20. Noest S, Ludt S, Klingenberg A et al (2014) Involving patients in detecting quality gaps in a fragmented healthcare system: development of a questionnaire for Patients' Experiences Across Health Care Sectors (PEACS). *Int J Qual Health Care* 26:240–249. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu044>
21. Ose D (2011) Patientenorientierung im Gesundheitswesen. In: Ose D (Hrsg) *Patientenorientierung Im Krankenh. Welchen Beitrag Kann Ein Patienten-Inf.-Zent. Leist. VS, Wiesbaden*, S 35–45
22. Ouwens M, Hermens R, Hulscher M et al (2009) Development of indicators for patient-centred cancer care. *Support Care Cancer* 18:121. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0638-y>
23. Pawils S, Trojan A, Nickel S, Bleich C (2012) Customer and patient satisfaction. An appropriate management tool in hospitals? *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 55:1183–1189. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1534-z>
24. Powers JH, Patrick DL, Walton MK et al (2017) Clinician-reported outcome assessments of treatment benefit: report of the ISPOR clinical outcome assessment emerging good practices task force. *Value Health* 20:2–14. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.005>
25. Prinsen CAC, Mokkink LB, Bouter LM et al (2018) COSMIN guideline for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Qual Life Res* 27:1147–1157. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1798-3>
26. Sachverständigenrat Gesundheit (2003) 3.1 Patientenorientierung in der Versorgung – ein Konzept zwischen konfligierenden Strukturen und Zielbündeln. In: *Gutacht. 2003 Sachverständigenrates Für Konzertierte Aktion Im Gesundheitswesen, Drucksache 15/530. Deutscher Bundestag.*, S 87
27. Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J (2014) An integrative model of patient-centeredness—a systematic review and concept analysis. *Plos One* 9:e107828. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
28. de Silva D (2013) Measuring patient experience. *Evidence scan No. 18*
29. Singer S, Götze H, Möbius C et al (2009) Quality of care and emotional support from the inpatient cancer patient's perspective. *Langenbecks Arch Surg* 394:723–731. <https://doi.org/10.1007/s00423-009-0489-5>
30. Squires A, Bruyneel L, Aiken LH et al (2012) Cross-cultural evaluation of the relevance of the HCAHPS survey in five European countries. *Int J Qual Health Care* 24:470–475. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs040>
31. Wilde Larsson B, Larsson G (2002) Development of a short form of the Quality from the Patient's Perspective (QPP) questionnaire. *J Clin Nurs* 11:681–687. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00640.x>
32. Wong E, Mavondo F, Fisher J (2020) Patient feedback to improve quality of patient-centred care in public hospitals: a systematic review of the evidence. *BMC Health Serv Res*. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05383-3>
33. Zeh S, Christalle E, Hahlweg P et al (2019) Assessing the relevance and implementation of patient-centredness from the patients' perspective in Germany: results of a Delphi study. *BMJ Open* 9:e31741. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031741>



Titeländerung dieser Zeitschrift

Liebe Leserinnen, liebe Leser,
in den bibliografischen Angaben von Beiträgen, die **vor** der
Titeländerung in elektronischer Form ("Online First") publiziert
wurden, wird weiterhin der alte Zeitschriftentitel aufgeführt.
Ihre Redaktion