

4 Multiprofessionalität, alle Berufsgruppen auf den Patienten ausgerichtet

Markus Graefen

Die Fokussierung auf Diagnose und Behandlung nur eines Krankheitsbildes erlaubt eine „Superspezialisierung“ im ärztlichen Bereich. Neben einer größeren fachlichen Kompetenz, erlaubt diese auch eine ständige Anpassung an die Bedürfnisse des Patienten, die schneller und einfacher möglich und umsetzbar ist als in einer nicht-spezialisierten Klinik. Das System der Faculty und der sog. Associated Faculty, das sich grundlegend von einer streng hierarchisch organisierten üblichen deutschen Klinik unterscheidet, wurde in den Kapiteln I.2 und I.3 beschrieben.

Zwei Ziele verfolgt diese Superspezialisierung: Sie erlaubt einerseits, dass der medizinische Standard stets auf einem sehr hohen Niveau gehalten wird. Hierfür sorgen die kontinuierliche Qualitätskontrolle z.B. der Operationsergebnisse und die Innovationskraft einer breit aufgestellten, leitenden Ärzteschaft. Nur ein ständiges Anpassen des Diagnostik- und Therapieangebotes an Neuentwicklungen und eine kritische Evaluierung neuer Verfahren durch unsere Klinik sichert die Zukunft einer solchen Institution. Anders als ein Krankenhaus mit einem breiten Spektrum sind wir darauf angewiesen, dass zum einen die Qualität der Behandlung für Patient und Zuweiser spürbar besser ist als in einer anderen Klinik, und zum anderen ein Therapieangebot vorgehalten wird, das einen Zusatznutzen für Patient und Zuweiser mit sich bringt. Nur wenn mindestens einer der beiden Faktoren erfüllt ist, „lohnt sich“ der häufig längere Weg in unsere Klinik.

Würde dieser Zusatznutzen nicht gewährleistet sein, wäre die Existenz unserer Klinik gefährdet. Dies ist in einer Institution mit breitem Spektrum nicht in gleichem Maße relevant: Wird ein spezieller Eingriff oder grundsätzlich die Behandlung eines Krankheitsbildes nicht in erwarteter Qualität angeboten, suchen Zuweiser und Patienten Kliniken aus, die hier ein

besseres Angebot machen. Wird beispielsweise die radikale Prostatektomie mit erhöhter Komplikationsrate und schlechteren funktionellen Ergebnissen durchgeführt, werden die Behandlungszahlen nur in diesem Bereich mittelfristig aufgrund rückläufiger Empfehlungen von Patienten und Zuweisern zurückgehen. Für unsere Klinik wäre dies existenzgefährdend, eine Klinik mit breiterem Spektrum hingegen kann die hierdurch frei werdende Kapazität mit anderen Eingriffen auffüllen.

Qualität in der Behandlung heißt aber nicht nur komplikationsarmes Operieren, sondern auch ein Abstimmen des Behandlungsangebotes auf die Bedürfnisse des Patienten. Zu den Bedürfnissen gehört hierbei nicht nur, was gemacht wird, sondern auch, wie die potenziellen Therapien, die Abläufe, die potenziellen Nebenwirkungen oder die Alternativen Patienten und Angehörigen vermittelt werden. Das bedeutet einen Zugang zu Informationen zu schaffen, die medizinisch korrekt, für den Laien verständlich und möglichst neutral sind. Ziel ist es, den Patienten in die Lage zu versetzen, Informationen zu sammeln, um eine auf seine Situation und Bedürfnisse ausgerichtete informierte Therapieentscheidung zu treffen. Zusätzlich möchte die Integrated Practice Unit weiterhin auch das Spektrum an begleitenden Maßnahmen um die Behandlung und Bewältigung der Erkrankung herum optimieren. Dies geht über das Angebot der reinen Diagnostik und Therapie deutlich hinaus und betrifft neben dem ärztlichen und pflegerischen Personal die Mitarbeit praktisch aller Berufsgruppen in der Klinik.

4.1 Ausrichtung auf den Patienten – Beispiele aus dem Bereich der stationären und ambulanten Pflege

Die Fokussierung auf wenige Eingriffe erlaubt es, den medizinischen und pflegerischen Standard um diese Prozeduren immer weiter zu verbessern und weitgehend zu standardisieren.



Mit Standardisierung ist dabei gemeint, dass ein in seinem Ablauf evaluierter Prozess in einer Klinik auf allen Stationen gilt und es nicht dem Zufall überlassen wird, ob der Patient je nach diensthabender Pflegekraft oder Arzt besser, schlechter oder einfach anders behandelt wird.

Solche Standards sind natürlich auch in den meisten anderen Kliniken vorhanden. Ein Hinterfragen, Ändern und Re-Evaluieren erfordert allerdings eine hohe Fallzahl, um zu verstehen, ob z.B. ein verbesserter postoperativer Verlauf Zufall oder Folge einer Änderung bestimmter Maßnahmen ist. Wird ein Eingriff wie die radikale Prostatektomie in einer Klinik fünfzigmal in der Woche durchgeführt, können veränderte Prozesse in einem ganz anderen Ausmaß in ihrer Wirkung untersucht und erfasst werden.

Als konkretes Beispiel sei hier das postoperative Schmerzmanagement aufgeführt. Mit Gründung der Martini-Klinik wurde der bestehende Standard der medikamentösen Therapie zunächst von der urologischen Abteilung übernommen, aus der die Klinik ausgegründet worden war. Im Laufe der Zeit zeigte sich aber, dass zwar viele Patienten mit dieser Medikation gut zurechtkamen, ein Teil der Männer jedoch über

nicht akzeptable Schmerzen klagte. Die Erstellung und Anordnung der Medikamente ist ärztliche Tätigkeit, der Umgang mit den Patienten und das Erleben schlecht kontrollierter Schmerzen erfolgt jedoch viel intensiver durch das Pflegepersonal. Die Visite des Arztes dauert häufig nur einige Minuten am Tag, während die Pflegekräfte täglich oft Stunden mit den Patienten verbringen. So entstand aus der Schwestern- und Pflegerschaft heraus die Initiative, die standardisierte Medikamentengabe zu hinterfragen und zu verändern.

Hierbei ist grundsätzlich wichtig, dass in der Klinik eine Atmosphäre herrscht, die alle Mitarbeiter ermuntert, bestehende Standards zu hinterfragen. Das Kritisieren von Abläufen darf nicht als lästiges und unnötiges Rummäkeln verstanden werden, sondern es sollte als ein Bestreben um das Verbessern der Abläufe anerkannt werden.

Gleiches gilt auch für die Betrachtung der Mitarbeiter, die vorhandene Prozesse kritisieren. Auf den ersten Blick erscheinen diese vielleicht als lästige und unzufriedene Nörgler, tatsächlich bedeutet aber das Ansprechen von Missständen eine hohe Identifikation mit Klinik und Patient, und es zeigt den Willen, an einer Verbesserung mitwirken zu wollen. Dem Mitarbeiter ist es nicht egal, wie es ist!

So wurde damals von der Klinik- und Pflegeleitung ausdrücklich begrüßt, dass sich eine sogenannte „Schmerzgruppe“ gründete. Diese Gruppe setzte sich aus Pflegenden, Anästhesisten und urologischen Ärzten zusammen. Zunächst wurde mithilfe einer in der Schmerztherapie häufig angewandten Analogskala ermittelt, zu welchen Zeitpunkten die vorhandene Medikation ausreichend war oder nicht. Durch die hohe Fallzahl konnte schnell ein Muster erkannt werden, welches z.B. zeigte, dass gegen Ende der ersten postoperativen Nacht überzufällig häufig Patienten über starke Schmerzen klagten. Wichtiger Punkt ist hierbei, dass wiederum das Empfinden des Patienten und nicht, wie häufig eine Pflegekraft gerufen wurde, als Endpunkt der Evaluation genommen wurde.

Dann erfolgte die Diskussion dieser Beobachtung mit den Ärzten und es wurde eine neue Standardmedikation implementiert. Im Anschluss erfolgte dann die erneute Evaluation des Schmerzempfindens mit dem Resultat einer nachweisbaren Verbesserung gegenüber dem vorherigen Standard. In den Jahren danach wurde in regelmäßigen Abständen immer wieder die Standardmedikation hinterfragt und so ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess implementiert.

Einige weitere Beispiele für solche auf das Patientenwohl ausgerichtete Verbesserungszyklen seien hier aufgeführt:

So wurde jüngst das sog. ERAS-Programm (Enhanced Recovery After Surgery) umgesetzt (Martin et al. 2017) – diesmal als Initiative aus der urologischen Ärzteschaft heraus, aber gemeinsam mit der Pflege und den Narkoseärzten. Ziel dieser für viele operative Eingriffe bereits etablierten Strategie ist es, die Beeinträchtigung des Patienten durch einen operativen Eingriff möglichst gering zu halten. Eine Verkürzung der Phase des Nüchternseins vor und nach der Operation, und die frühzeitige Mobilisation des Patienten nach dem Eingriff sind nur einige Punkte, die hier zu einer verbesserten Toleranz der Operation und einer schnelleren Erholung nach dem Ein-

griff führen. Zur Umsetzung des Programms wurde der bestehende Standard des postoperativen Managements auf den Prüfstand gestellt, und es wurden wesentliche Veränderungen implementiert.

Weiterhin wird aktuell beispielsweise der Standard der antibiotischen Therapie rund um den Eingriff evaluiert. In Zeiten zunehmender Probleme durch den ungerichteten Einsatz einer antibiotischen Prophylaxe kam diese Initiative von Assistenzärzten der Klinik. Zunächst wurde die bestehende Literatur aufgearbeitet und zum Thema einer der wöchentlich stattfindenden Wissenschaftssitzung gemacht. Dann wurde gemeinsam einer neuen Standard mit einem deutlich reduzierten Einsatz von Antibiotika beschlossen. Aktuell wird nun geschaut, ob es zu einer Veränderung der Infektionsraten kommen wird; dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen.

Die oben genannten Beispiele stammen aus dem stationären Bereich. Wichtige Vorschläge für Veränderungen kamen auch aus dem ambulanten Bereich:

Anfänglich bestand nur ein unzureichender Standard für die Versorgung der Patienten unmittelbar nach der Entlassung. Viele Patienten werden mit einem Harnkatheter entlassen und stellen sich wenige Tage später zur Entfernung dieses Katheters entweder ambulant in der Klinik oder heimatnah beim betreuenden Urologen vor. Das Entfernen des Katheters ist meist völlig unkompliziert. Dennoch können manchmal Fragen oder Probleme auftreten, die zu Unsicherheiten beim Patienten führen. Aus dieser Erfahrung heraus wurde – initiiert von der stationären und ambulanten Pflege – eine Broschüre für die Patienten erstellt, die die häufigsten von Patienten erwähnten Fragen aufgreift und erklärt. Da nicht die behandelnden Ärzte sondern primär das ambulante und stationäre Pflegepersonal im Falle solcher Probleme von den Patienten angesprochen werden, war den meisten Ärzten diese Problematik gar nicht bewusst. Deshalb ist es wichtig, solche Anregungen zum Erstellen z.B. spezieller Broschüren tatsächlich auch aufzugreifen und umzusetzen.

Es wurde eine neue Broschüre erstellt, die mit Unterstützung von Patienten ergänzt bzw. verändert wurde. Statt Beschwerden der Patienten abzutun oder zu bagatellisieren, wurde diese Information genutzt, um eine möglichst präzise Anleitung und Aufklärung zu formulieren, die heute jedem Patienten vor der Entlassung ausgehändigt wird. Der Erfolg liegt auf der Hand: die Patienten fühlen sich sicherer, können mit vermeintlichen Problemen besser umgehen, und die telefonischen Rückfragen auf Station und Ambulanz nahmen ab. Obendrein wurde der Service, den eine solche Broschüre darstellt, von sehr vielen Patienten verstanden und wertgeschätzt. Zusätzlich sahen die Mitarbeiter, die auf diese Problematik hingewiesen hatten, dass eine tatsächliche Änderung und Verbesserung der Behandlung erfolgte; eine bessere Motivation für weitere Anregungen kann es nicht geben.

Auch hier unterscheiden sich erneut die Möglichkeiten eines spezialisierten Zentrums von einer Klinik mit breitem Therapiespektrum. In einer Klinik mit vielen verschiedenen Operationen kann eine solche detaillierte Beschreibung und Erstellung einer entsprechenden Broschüre nicht geleistet werden, was letztendlich einen weiteren Qualitätsverlust in der Behandlung bedeutet. So ist nicht nur die Behandlung, sondern auch die Aufklärung der Patienten im Spezialzentrum besser.

4.2 Ausrichtung auf den Patienten – Aufbau und Unterhalt einer Studienambulanz – Ausweitung der Studienaktivität

Die Einrichtung eines Spezialzentrums ermöglicht es auch, dass eine Infrastruktur für klinische Studien geschaffen wird. Zum einen kann hier an bestehenden multizentrischen Studien teilgenommen werden, zum anderen erlaubt gerade eine hohe Fallzahl auch die Initiierung eigener Studien, sog. Investigator Initiated Trials (IIT's). Der unmittelbare Vorteil für den Patienten kann hierbei sein, dass in dem Zentrum beispielsweise neue Medikamente eingesetzt werden, die noch nicht zugelassen sind. In diesem Kapitel werden die strukturellen Vorteile eines High-volume-Zentrums in Bezug auf die Durchführung von klinischen Studien dargestellt. Ein hohes Patientenaufkommen fördert zum einen die Möglichkeit einer erfolgreichen Studienteilnahme, zum anderen ist eine rege Teilnahme an oder Initiierung von Studien ein integraler Bestandteil eines Zentrums und ist zur Komplettierung einer IPU unabdingbar. Neben den hier aufgeführten konkreten Beispielen finden sich weitere Details hierzu im Kapitel II.4.

Wir haben uns in der Martini-Klinik dazu entschieden, eine Studienambulanz zu unterhalten, um unseren Patienten durch Studienteilnahme Zugang zu neuen Medikamenten, die noch im Zulassungsprozess sind, zu geben. Diesen Zugang haben nur Kliniken, die aktiv mit einer signifikanten Patientenzahl an den Zulassungsstudien teilgenommen haben. Zusätzlich stellt eine Studienambulanz auch eine innovative und intellektuell stimulierende Einheit einer Klinik und damit auch einen wichtigen Aspekt der Attraktivität eines Arbeitgebers für Mitarbeiter dar. Für die langfristige Bindung von Mitarbeitern ist dies kein unwesentlicher Aspekt.

Bei der Beurteilung der Rentabilität eines solchen Bereiches in einer Klinik darf deshalb nicht allein die Frage sein, ob sich eine solche Ambulanz direkt aus den von der Pharmaindustrie bereitgestellten Geldern trägt. Im Vordergrund sollten der Nutzen für den Patienten und auch der Imagegewinn für die Klinik sein.

Natürlich sollte dies nicht zu einer unkritischen Annahme von Studienprotokollen führen, sondern stets zu einer sorgfältigen Prüfung nach zwei Aspekten erfolgen:

1. Passt die Studie in das Angebot der Studienambulanz und können genügend Patienten rekrutiert werden? Gibt es evtl. bereits laufende, konkurrierende Studien mit alternativen Medikamenten in der gleichen Indikationsstellung?
2. Reicht die angebotene Vergütung für die Studienteilnahme aus, um zumindest kein großes finanzielles Defizit zu erzeugen?

Neben der Teilnahme an multizentrischen Studien stellt eine hohe Fallzahl unserer Ansicht nach auch eine Verpflichtung zur Durchführung eigener selbst-initierter Studien (IIT's) dar. Dies ist auf dem medikamentösen Sektor für eine Klinik praktisch nicht möglich. Die Evaluation einzelner Schritte eines operativen Eingriffes lässt sich aber sehr wohl von einer einzelnen „high-volume“-Institution untersuchen.

Konkret wurde aktuell in unserer Klinik eine Studie initiiert, die untersucht, ob durch eine simple Maßnahme (Annaht des zuvor gelösten Bauchfells am Schambein) während der radikalen, roboterassistierten Prostatektomie und Lymphknotenentfernung die Entwicklung sogenannter behandlungsbedürftiger Lymphzellen vermindert werden kann. Bei dem in unserem Zentrum insgesamt komplikationsarmen Eingriff

stellen Lymphozelen die häufigste Ursache postoperativer Komplikationen dar. Kleine Studien weisen darauf hin, dass durch die o.g. Naht die Inzidenz hiervon gesenkt werden kann. Um eine aussagekräftige Studie durchzuführen, mussten hierzu ca. 1.500 Patienten randomisiert werden, um einen tatsächlichen Effekt dieser Maßnahme nachweisen zu können. Die Studie wurde im Sommer 2017 initiiert und hatte bereits Ende 2017 die ersten 300 Patienten rekrutiert.

Sollte die Studie tatsächlich zeigen, dass durch eine solche einfache chirurgische Maßnahme die Komplikationsrate der radikalen Prostatektomie tatsächlich weiter gesenkt werden kann, wird dieser Schritt in den Standard der Operation auch in anderen Kliniken mit aufgenommen werden. Die Umsetzung einer solchen Studie ist in einer Klinik wie der Martini-Klinik viel unkomplizierter möglich als in Kliniken mit kleiner Fallzahl. Die Logistik, die für multizentrische Studien notwendig ist, entfällt hier. Die Infrastruktur zur Erfassung des postoperativen Verlaufes und möglicher Komplikationen existiert bereits und wird auch unabhängig von der Studie routinemäßig durchgeführt.

Leider zeigte sich in der jüngsten Vergangenheit, dass urologische randomisierte Studien im multizentrischen Design in Deutschland häufig scheitern. Beispielsweise seien hier die PREFERE-Studie (Vergleich verschiedener Therapieoptionen bei lokalisiertem Prostatakarzinom), die ART-2-Studie (Rolle der adjuvanten Strahlentherapie bei Patienten mit 1 oder 2 Lymphknoten-Metastasen) oder die SEAL-Studie (Evaluation der Effektivität der Lymphknoten-Entfernung bei Prostatakrebs-Patienten mit mittlerem oder hohem Risikoprofil) genannt. Die Ursachen für das Scheitern solcher multizentrischen Studien ist vielfältig, der Kern liegt aber in der mangelnden Rekrutierung geeigneter Patienten in einer „verzettelten“ Kliniklandschaft mit vielen kleinen Institutionen, die eine Studienteilnahme wegen der geringen Patientenzahlen und der fehlenden Infrastruktur nicht gewährleisten können. High-Volume Zentren wie der Martini-Klinik kommen deshalb zukünftig auch auf diesem Sektor eine wichtige Rolle zu, wenn die vielen noch ungeklärten Fragen bei der Behandlung des Prostatakarzinoms geklärt werden sollen.

4.3 Multiprofessionalität, interdisziplinäre Entscheidungsfindungen

Die Therapieoptionen beim Prostatakrebs sind vielfältig und umfassen das abwartende Beobachten, operative Eingriffe, strahlentherapeutische Behandlungen sowie systemische Therapieformen wie die Hormonentzugs- oder Chemotherapie.

Patienten profitieren in unserer Klinik von einer interdisziplinären Entscheidungsfindung, die aktuell von den zertifizierten Prostatakrebszentren eingefordert wird. Dies soll vermeiden, dass Therapien durchgeführt werden, zu denen es aus Sicht des Patienten bessere Alternativen gibt, die aber aufgrund einseitiger Beratung oder mangelnder Verfügbarkeit nicht angeboten werden (Barbiere et al. 2012). In einer IPU wie der Martini-Klinik stehen alle etablierten Therapieformen mit hoher Fallzahl zur Verfügung, sodass für den Patienten eine objektive Beratung gewährleistet ist. Zusätzlich bieten wir auch experimentelle Therapieformen nach entsprechender Aufklärung an.

Jede primäre Behandlung wird im sog. **Tumorboard** wöchentlich interdisziplinär diskutiert und die Indikation zur jeweiligen Therapie gemeinsam bestätigt. Zusätz-

lich findet wöchentlich eine interdisziplinäre Diskussion für Patienten mit systemischer Therapie sowie einmal monatlich eine Konferenz zur Vorstellung problematischer Fälle zuweisender Kollegen statt.

Ziel dieser interdisziplinären Ausrichtung ist eine möglichst objektive und fundierte Therapieempfehlung für den Patienten. Diese beschränkt sich in unserer Klinik nicht nur auf die primäre Therapieentscheidung, sondern schließt auch weitere Therapieempfehlungen z.B. bei vorliegender Histologie nach Operation mit ein. Hier wird im Rahmen einer sogenannten Pathologiekonferenz erneut interdisziplinär eine Empfehlung zu einer möglichen weiteren Therapie nach erfolgter Operation gegeben.

4.4 Ausrichtung auf den Patienten – Ausweitung in „Randbereiche“ der Behandlung

Neben der etablierten sogenannten Schulmedizin wünschen viele Patienten zumindest Informationen über begleitende, komplementäre Therapiemaßnahmen. Da hierzu immer wieder Fragen in unserer Klinik gestellt wurden, haben wir uns entschlossen, eine Spezialsprechstunde diesbezüglich anzubieten. Konkret wurde von einem der Faculty-Mitglieder eine Zusatzausbildung zur Ernährungsmedizinerin absolviert und eine Kooperation mit der komplementärmedizinischen Abteilung des Universitären Krebszentrums des UKE aufgebaut. Mittlerweile bieten wir allen Patienten eine komplementäre Beratung ambulant und auch während des stationären Aufenthaltes gemeinsam mit dem Partner an. Wichtig war uns hierbei, dass in dieser Sprechstunde die Evidenz der begleitenden Therapiemaßnahmen erläutert wird, um die Patienten vor häufig kostenintensiven und nutzlosen bzw. in ihrem Nutzen nicht zureichend untersuchten Zusatztherapien zu schützen. Eine detailliertere Beschreibung unseres komplementärmedizinischen Angebotes findet sich in Kapitel IV.3.

Ein weiteres Beispiel ist unser psychoonkologisches Betreuungsangebot, das wir im Rahmen der Zertifizierung unseres Prostatakrebszentrums vor einigen Jahren etabliert haben. Mittlerweile werden unsere Patienten von zwei Psychoonkologen betreut. Jeder stationäre Patient wird am Aufnahmetag von einem Psychoonkologen visitiert, und es wird eine Betreuung angeboten. Der Patient kann entscheiden, ob er dieses Angebot wahrnehmen möchte oder nicht. Die Betreuung erfolgt dann je nach Wunsch des Patienten auch mehrfach während des Aufenthaltes und kann im Bedarfsfall auch nach dem Aufenthalt ambulant weiter erfolgen.

Die beiden oben genannten Angebote wurden im Laufe der Zeit aufgrund von Patientennachfragen oder im Zuge der Zertifizierung eingeführt. Es hat sich gezeigt, dass eine IPU eigentlich nie fertig ist, sondern dass ständig neue Felder bei der ganzheitlichen Behandlung des Prostatakarzinoms hinzukommen.

Aktuell erweitern wir das Angebot des sogenannten Komplikationsmanagements. Wir wollen den Patienten im Falle von Komplikationen nach einem Eingriff oder auch zur Behandlung von Folgen der Operation oder Bestrahlung eine strukturierte Sprechstunde und den unkomplizierten Zugang zu einem in diesem Bereich spezialisierten und erfahrenen Arzt gewährleisten. Der Grund hierfür waren Beschwerden der Patienten und der zuweisenden Urologen, dass im Falle von Komplikationen eine klare Betreuungsstruktur fehlte und Patienten sich dann z.B. in anderen urologischen Abteilungen zur Behandlung vorstellen mussten. Hierfür haben wir nun eine Spe-

zialsprechstunde etabliert, die unter Leitung eines Oberarztes und einer erfahrenen ambulanten Pflegekraft eine erweiterte Diagnostik und Therapie ergänzend zu den niedergelassenen Kollegen anbietet. Als Schwerpunkt wird hier eine Diagnostik der Harninkontinenz und der erektilen Dysfunktion nach Operation angeboten. Im seltenen Fall einer Empfehlung zur operativen Behandlung der Harninkontinenz erfolgt diese dann in der kooperierenden Klinik für Urologie im UKE. Im geplanten Neubau der Martini-Klinik werden solche operativen Eingriffe unter dem Dach der Martini-Klinik gemeinsam mit der Klinik für Urologie angeboten werden.

4.5 Multiprofessionalität – Einbeziehung der Unternehmenskommunikation in eine Patienten-gerechte Darstellung medizinischer Informationen

Die Information zum diagnostischen und therapeutischen Angebot einer Klinik wird in erster Linie vom medizinischen Fachpersonal erstellt. Bei Gründung der Martini-Klinik hatten wir zunächst kein eigenes Budget und keine professionelle Hilfe bei der Erstellung unserer Homepage und unserer Aufklärungsbroschüren. Mit Einführung einer eigeständigen Abteilung für Unternehmenskommunikation wurden dann die existierende Homepage sowie sämtliche Broschüren zum diagnostischen und therapeutischen Angebot der Klinik erneuert. Bei dieser Umstrukturierung rückte insbesondere die Sicht des Patienten als Kernpunkt der Aufarbeitung von Patienteninformationen ins Zentrum. Hilfreich war hier in gewisser Weise, dass die Mitarbeiter der Unternehmenskommunikation medizinische Laien sind und sich somit leichter vom Fachjargon lösen und die medizinischen Themen entsprechend für den Laien aufbereiten konnten.

Literatur

- Barbiere JM, Greenberg DC, Wright KA, Brown CH, Palmer C, Neal DE, Lyratzopoulos G (2012) The association of diagnosis in the private or NHS sector on prostate cancer stage and treatment. *J Public Health (Oxf)* 34(1), 108–14
- Martin D, Roulin D, Grass F, Addor V, Ljungqvist O, Demartines N, Hübner M (2017) A multicentre qualitative study assessing implementation of an Enhanced Recovery After Surgery program. *Clin Nutr* pii: S0261-5614(17)31390-0