

DER ARZNEIMITTELBRIEF

Entwicklungssprünge zu besseren Krankenhäusern

AMB 2012, 46, 96DB01

Entwicklungssprünge zu besseren Krankenhäusern

„Pfuscher oder Retter – Wie Patienten den richtigen Arzt finden“ so titelte der „Spiegel“ kürzlich und kündigte an, dass immer mehr Krankenhäuser damit beginnen, ihre Ergebnisse und Komplikationsraten zu veröffentlichen. Da diese „Transparenz“ in einer kompetitiven Marktsituation möglicherweise weniger den Patienten, sondern den Krankenhausbetreibern nutzen soll, gilt auch hier: Trau keinem Qualitätssiegel, dass Du nicht selbst erfunden hast!

Selbstverständlich wollen alle Ärzte Retter und keine Pfuscher sein. Aber gute Ärzte können nur in einer gesunden Umgebung gedeihen. Wenn in unseren Krankenhäusern, die sozusagen die Kinderstube der Ärzte sind, gewisse Qualitätsstandards nicht vorhanden sind (und nicht überprüft werden) und wenn strukturelle Probleme und medizinische Fehler nicht offen besprochen werden, dann ist die Wahrscheinlichkeit eher gering, dass aus diesen Krankenhäusern gute Ärzte kommen. Wenn es um die Ausbildungsqualität in den Krankenhäusern geht, sollten also in erster Linie das Arbeitsklima, die Arbeitsergebnisse und die Qualitäts- und Sicherheitsstandards in den Krankenhäusern beleuchtet werden.

In den USA wurde bereits vor über einem Jahrzehnt eine Organisation gegründet, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, der Öffentlichkeit unabhängige Informationen über Sicherheit, Qualität und Kosteneffektivität von Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen. Diese Non-Profit-Organisation nennt sich Leapfrog (1). Sie wird von vielen großen Arbeitgebern wie General Motors, Boeing, FedEx oder UPS finanziert.

Die Philosophie der Leapfrog-Gruppe besagt, dass die Qualität eines Krankenhauses in vier Qualitätssprüngen (Leaps) abgebildet werden kann. Der erste Qualitätssprung für ein Krankenhaus ist die Verwendung eines CPOE-Systems (**C**omputerized **P**hysician **O**rders **E**ntry; vgl. 2). Mit einer elektronischen Unterstützung der Arzneimittelverordnungen können mindestens 50% sehr häufiger Medikationsfehler vermieden werden. Daher gelten sie für Leapfrog als ein obligates Mittel zur Erhöhung der Patientensicherheit und als ein basales Qualitätskriterium für Krankenhäuser.

Der zweite Sprung betrifft die Zuweisungspraxis (**E**vidence based **H**ospital **R**eferral = EHR). Patienten sollten nur an Abteilungen überwiesen werden, die für die gewünschte Maßnahme ausreichend Expertise besitzen (Nachweis!) und außerdem Evidenz-basierte Medizin betreiben. Auf solchen Abteilungen ist das Risiko für Patienten, Schaden zu nehmen, um 40% geringer.

Der dritte Qualitätssprung betrifft die Intensivtherapie (**ICU Physician Staffing = IPS**). Krankenhäuser sollten ihre Intensivstationen mit speziell trainierten Intensivmedizinern betreiben, weil das Risiko für Patienten, auf solchen Intensivstationen zu sterben, um 40% geringer ist.

Der vierte Sprung betrifft die Transparenz und Effektivität von Prozessen und Behandlungsergebnissen. Hierfür wurde ein sog. „Leapfrog safe practice score“ entwickelt. Er wird mittlerweile auch von den **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)** oder der **Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)** anerkannt. Dieses auch als „Hospital Safety Score“ bezeichnete Messinstrument beinhaltet derzeit 26 Punkte. Es werden krankenhauserne Prozesse bewertet, wie etwa Qualität der ärztlichen Führung, Durchführen von Team-Training, welche Maßnahmen zum Abbau von Gefahren ergriffen werden oder wie es um die Händehygiene bestellt ist. Außerdem werden ausgewählte unerwünschte Ereignisse im Krankenhaus abgefragt, z.B. die Häufigkeit von Liegegeschwüren, Stürzen, Thrombosen oder postoperativen Wunddehiszenzen.

Im Bereich der Arzneimitteltherapie werden das Abgleichen zwischen verordneten und tatsächlich eingenommenen Medikamenten (Reconciliation) und der rationale Umgang mit Antibiotika bewertet.

Aus allen diesen Prüfparametern resultiert eine Gesamtnote zwischen A und F, die am Ende des Jahres veröffentlicht wird. Von 2.618 allgemeinen Krankenhäusern in den USA, die sich 2011 freiwillig einem solchen Evaluierungsprozess unterzogen haben, schnitten 790 mit der Note A und 678 mit der Note B ab. 44% der Häuser erhielten schlechtere Noten, 25 Kliniken fielen mit der Note F durch. Die ganze Welt kann diese Bewertungen im Netz ansehen, und Patienten haben die Möglichkeit, ihre Krankenhäuser oder auch bestimmte Abteilungen (z.B. orthopädische Chirurgie oder Onkologie) miteinander zu vergleichen und danach auszuwählen.

Wir glauben nicht, dass ein solches Bewertungssystem auf Deutschland übertragen werden sollte, denn die Rahmenbedingungen sind hier anders. Dennoch könnten die Leapfrog-Kriterien auch für unsere jungen Ärzte eine Orientierungshilfe sein und die Motivation für eine qualitätsgesicherte Versorgung der Patienten fördern. Allerdings müssten die Leapfrog-Kriterien hinsichtlich ihres Nutzens in wissenschaftlich seriösen Studien in ihrem Nutzen validiert werden.

Literatur

1. www.leapfroggroup.org [Link zur Quelle](#)
2. AMB2010, **44**, 49 [Link zur Quelle](#) und AMB 2011, **45**, 49. [Link zur Quelle](#)

Schlagworte zum Artikel:

[Ärzte](#), [Krankenhaus](#), [Krankenversorgung](#), [Leapfrog](#),

Alle Artikel zum Schlagwort: Krankenhaus

Im Krankenhaus erworbene Infektionen [2014, 48, 47b](#)

Entwicklungssprünge zu besseren Krankenhäusern [2012, 46, 96DB01](#)

Der Arztbrief. Welche Informationen zur Arzneimitteltherapie sollten darin stehen? [2012, 46, 80DB01](#)

„Pay for Performance“-Programm für Bevacizumab bei Patienten mit fortgeschrittener Krebserkrankung: Innovatives oder unseriöses Angebot? [2011, 45, 81](#)

Unerwünschte Reaktionen auf Arzneimittel als Grund für Krankenhausaufnahmen – erhebliche Zunahme bei älteren Patienten in den Niederlanden [2011, 45, 15](#)

Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) im Krankenhaus [2010, 44, 49](#)

Unerwünschte Ereignisse im Krankenhaus – befrage die Patienten! [2008, 42, 90a](#)

„Cost-Sharing-Initiativen“ und „Risk-Share-Verträge“ zwischen pharmazeutischen Herstellern und Krankenkassen bzw. Kliniken [2008, 42, 57](#)

Leserbrief: Nochmals: Krankenhausaufnahmen wegen UAW [2003, 37, 16](#)

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen als Grund für eine Krankenhausaufnahme [2002, 36, 94](#)

Verlässliche Daten zu Arzneimitteln

DER ARZNEIMITTELBRIEF informiert seit 1967 Ärzte, Medizinstudenten, Apotheker und Angehörige anderer Heilberufe über Nutzen und Risiken von Arzneimitteln.

DER ARZNEIMITTELBRIEF erscheint als unabhängige Zeitschrift ohne Werbeanzeigen der Pharmaindustrie. Er wird ausschließlich durch seine Leserinnen und Leser, d. h. durch die Abonnenten, finanziert. Wir bitten Sie deshalb um Verständnis, dass wir aktuelle Artikel nur auszugsweise veröffentlichen können.

**DER ARZNEIMITTELBRIEF
als Mitherausgeber**

Gute Pillen – Schlechte Pillen

- unabhängige Gesundheitsinformationen für interessierte Laien
- Werbefrei und ohne Einfluss der Pharmaindustrie
- neutrale Berichte über Vor- und Nachteile von Therapien
- wissenschaftlich fundiert

**Zuverlässige Fakten finden
zum Studentenpreis**



**DER ARZNEIMITTELBRIEF
ist Mitglied in der**



Werden Sie Abonnent!

- 12 Ausgaben pro Jahr
- Onlinezugang zum Archiv mit über 3000 Artikeln
- 36 CME Punkte pro Jahr für Ihr Konto bei der Ärztekammer