

Vom Pflegeheim nach Hause

Nach einem Arm- oder Beinbruch, einer schweren Lungenentzündung oder einem leichten Hirnschlag können betagte PatientInnen oft nicht vom Spital nach Hause zurückkehren. Drei Pflegezentren in der Stadt Zürich führen nun Spezialabteilungen, in denen die PatientInnen gezielt darauf vorbereitet werden, wieder selbständig leben zu können. Die Erholungs- und Aufbauphase dauert maximal fünf Monate. Die PatientInnen lernen, die alltäglichen Verrichtungen wieder selbst zu übernehmen, und mit Physiotherapie wird Kraft, Ausdauer und Gleichgewicht trainiert. Rund 80 Prozent der PatientInnen schaffen die Rückkehr nach Hause. Die restlichen 20 Prozent werden in eine «normale» Abteilung des Pflegezentrums verlegt. Eine Langzeituntersuchung darüber, wie sich die vor drei Jahren in Zürich geschaffenen Abteilungen auswirken, fehlt noch. (bc)

Quelle: Aufenthalt im Pflegezentrum als Übergangslösung. In: *Neue Zürcher Zeitung*, 17. März 2005.

Operationen in grösseren Kliniken sicherer

Je mehr Eingriffe ein Spital durchführt, desto besser sind sie in der Regel. Wie lässt sich dieser Zusammenhang erklären? Eine Literaturstudie von Martin Siess und J.R. Siewert geht der Frage nach, ob Zentrenbildung, Spezialisierung und Mindestmengen die Patientensicherheit erhöhen. Die Korrelation von Fallzahl und Ergebnisqualität ist gut belegt, insbesondere hoch ist sie bei PatientInnen mit schweren oder komplexen Erkrankungen und bei risikoreichen Verfahren. Diskutiert werden verschiedene Erklärungen für dieses Ergebnis: In sogenannten High-Volume-Kliniken erkennen spezialisierte Teams Komplikationen früher und sie greifen besser ein. Dies erklärt auch, weshalb Low-Volume-Chirurgen an High-Volume-Kliniken ebenfalls bessere Ergebnisse erzielen. In High-Volume-Kliniken kommen zudem häufiger multimodale Konzepte zur Anwendung. Die höhere Spezialisierung in High-Volume-Kliniken führt auch dazu, dass neue Behand-

lungsansätze schneller umgesetzt werden. Zudem greifen die Spezialisten in grossen Kliniken bei Tumorerkrankungen oft auch radikaler ein, sie erzielen aber dennoch eine geringere Mortalität und Morbidität als ihre Kollegen in kleineren Spitälern. Der Zusammenhang zwischen Grösse des Spitals und Ergebnisqualität konnte bei verschiedenen Tumorerkrankungen, aber auch bei Gelenkersatzoperationen und Geburten festgestellt werden. (bc)

Quelle: M. Siess, J.R. Siewert: Patientensicherheit unter dem Gesichtspunkt von Spezialisierung, Mindestmengen und Zentrenbildung. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2005; 130: 503-507.

Erfahrene Ärzte mit schlechteren Resultaten?

Mit längerer Berufserfahrung zeigen Ärzte schlechteres Wissen, sie kennen die aktuellen Behandlungsstandards weniger gut als frischer diplomierte Kollegen und erzielen wahrscheinlich auch schlechtere Ergebnisse. Dies ist das Resultat einer systematischen Review über empirische Studien in den USA. In 52 Prozent der einbezogenen Studien konnte ein solcher Zusammenhang für alle gemessenen Outcomes festgestellt werden, in zusätzlichen 21 Prozent wurden nur einige, aber nicht alle Outcomes schlechter. In weiteren 21 Prozent konnte kein Zusammenhang festgestellt werden, und nur in 4 Prozent zeigten die erfahrenen Ärzte (teilweise) bessere Outcomes. Die Autoren diskutieren die Resultate vorsichtig, widersprechen sie doch der Idee, dass erfahrene Ärzte besser sind. Gründe für ihr schlechtes Abschneiden können sein, dass die Ärzte ihre Kompetenz nicht mehr den neuen Erkenntnissen nach Studienabschluss angepasst haben. Das medizinische Umfeld hat sich zudem stark verändert: Evidence based Medicine, Disease Management und Qualitätsmessungen haben sich etabliert, ältere Ärzte kennen und akzeptieren diese neue Methoden möglicherweise weniger. Die Weiterbildung durch Literaturstudium scheint ineffektiv zu sein. (bc)

Quelle: N.K. Choudhry, R.H. Fletcher, St.B. Soumerai: Systematic Review: The Relationship between Clinical Experience and Quality of Health Care. In: *Annals of Internal Medicine*. 15. February 2005, Vol. 142, Issue 4, p. 260-273.

VORSCHAU

Schwerpunktthema:
PUBLIC HEALTH UND
GESUNDHEITSVERSORGUNG

Erscheinungsdatum: 8. Juli 2005

Was bedeutet Public Health?

Was die Public-Health-Forschung liefert

Die Rolle der «Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz»

Hausärzte mit Public-Health-Aufgaben

Vorbild Finnland

Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesundheitsversorgung

Welche Versorgung die BürgerInnen wollen

Teure Medikamente (Veranstaltungsbericht)

Diabetiker in der Hausarztpraxis besser versorgen

Nur zwei Drittel der an Diabetes mellitus Erkrankten in Deutschland erhalten Antidiabetika, jüngere Patienten erhalten seltener Medikamente als ältere. Erst wenn es zu Begleiterkrankungen kommt, werden häufiger Antidiabetika verschrieben. Gerade im frühen Krankheitsstadium, bevor Komplikationen auftreten, sollte Diabetes jedoch medikamentös behandelt werden. Die Resultate einer deutschen Studie in Hausarztpraxen zeigen, dass wenig differenziert behandelt wird. Allgemeinmediziner schnitten dabei gleich ab wie die Internisten. Es gab auch keine Unterschiede zwischen Ärzten, die sagen, sie kennen die Leitlinien, und solchen, welche sie nicht kennen. Kenntnis ist offenbar nicht mit Umsetzung verknüpft, so die Autoren. Sie folgern, dass das Verschreibungsverhalten optimierungsbedürftig sei, obwohl es sich im Vergleich zu früheren Studien verbessert habe. (bc)

Quelle: H. Lehnert et. al.: Prävalenz und Pharmakotherapie des Diabetes mellitus in der primärärztlichen Versorgung. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 7, 18. Februar 2005.