



Unerwünschte Behandlungsvarianz durch klinische Entscheidungsfindung vermeiden

Eine bessere klinische Entscheidungsfindung
kann die Patientenversorgung verbessern und
die Gesundheitsausgaben senken



Die Wirtschaftlichkeit und die Behandlungsergebnisse von Krankenhäusern werden häufig durch unerwünschte Behandlungsvarianz beeinträchtigt, die mindestens **25 %** (und manchmal bis zu **65 %**) der Kosten ausmacht. Behandlungsvarianz hat verschiedene Ursachen, aber das Ergebnis sind stets unnötig höhere Gesundheitsausgaben und schlechtere Versorgungsqualität sowie Behandlungsergebnisse.¹

Steigende Gesundheitskosten, die Covid-19-Pandemie und die daraus resultierenden Belastungen für Personal und Ressourcen sowie die Notwendigkeit der schnellen Anpassung an neue Behandlungsmodelle setzen Gesundheitseinrichtungen weltweit stark unter Druck. Vielleicht haben auch Sie, wie viele medizinische Entscheidungsträger, verschiedene Strategien ausprobiert, um optimale Versorgung zu bieten und dabei die Kosten im Zaum zu halten.

Kostensenkung allein löst aber keine Probleme und reduziert auch nicht den Druck. Vielmehr gilt es, unerwünschte Behandlungsvarianz – [also unnötige und unerwünschte Unterschiede in der Versorgung von Patienten](#) (sowohl bei der Diagnose als auch bei der Behandlung) zu vermeiden, die sich nicht aus einer medizinischen Notwendigkeit, den Empfehlungen der evidenzbasierten Medizin oder Patientenvorlieben ergibt.²

Behandlungsvarianz kann zu Ineffizienzen, unerwünschten Behandlungsfolgen, einer längeren Verweildauer und höheren Sterblichkeit führen. Im Grunde genommen sind alle Qualitätsindikatoren davon betroffen.

Wie Sie mit unerwünschter Behandlungsvarianz umgehen, kann Ihre Bemühungen um eine bessere Patientenversorgung und Kostenbegrenzung unterstützen oder behindern und Ihnen helfen, im herausfordernden Umfeld des Gesundheitswesens erfolgreich zu bestehen. Wir untersuchen Entscheidungspunkte im Behandlungskontinuum, an denen es häufig zu unerwünschter Varianz kommt, und empfehlen Ihnen Maßnahmen für eine nachhaltige und wirksame Verbesserung der medizinischen Versorgung.

Beispiele unangemessener medizinischer Behandlung



Durchführung unnötiger diagnostischer Untersuchungen



Nichtdurchführung der richtigen Untersuchung zur richtigen Zeit



Fehldiagnosen oder nicht ordnungsgemäße Behandlung einer Erkrankung



Verschreibung zu vieler oder zu weniger Medikamente



1. Verhaltensweisen fördern, die zu evidenzbasierten Entscheidungen führen

Die medizinische Praxis entwickelt sich unablässig weiter und ändert sich, wenn neue Daten und Forschungsergebnisse vorliegen oder Fortschritte in Medizin und Technik erzielt werden. Keine Ärztin und kein Arzt kann alles wissen. Stets auf dem Laufenden zu bleiben, ist eine echte Herausforderung für Ärztinnen und Ärzte, die ohnehin schon unter starkem Zeitdruck stehen. Und auch wenn sie sich die Zeit dafür nehmen, ist die medizinische Literatur komplex und oft schwierig zu interpretieren. Sie kann mehrere Fachgebiete übergreifen und ist oft nicht nur an einem einzigen Ort zu finden.

Aufgrund dieses Zeitdrucks und anderer Anforderungen kann es vorkommen, dass Ärzte sich auf veraltete Behandlungsansätze verlassen und auf in der Ausbildung Gelerntes oder unbewusst aus eigenen Erfahrungen Abgeleitetes zurückgreifen. Auch wenn die Erfahrung des bzw. der Einzelnen wertvoll ist, kann sie nicht das kollektive, objektive Wissen ersetzen, das in der medizinischen Fachliteratur zu finden ist.

Da die klinische Entscheidungsfindung auf einer Reihe schwer zu ändernder Gewohnheiten beruht (auch wenn Ärzte natürlich richtig handeln wollen), spielen medizinische Entscheidungsträger eine wichtige Rolle bei der Förderung von Verhaltensweisen³, die den Leitlinien bester medizinischer Evidenz und Praxis entsprechen. Die Sensibilisierung für unerwünschte Varianz (und ihre negativen Auswirkungen auf Behandlungsergebnis und Budget) kann helfen, Varianz dort zu reduzieren, wo sie häufig ihren Anfang nimmt: am Beginn der Entscheidungsfindung.

Wenn Ärztinnen und Ärzte neue Rollen einnehmen, neue Praktiken anwenden und neue Wege in der Behandlung beschreiten, kommen sie unter Umständen in Situationen, in denen sie mit ihren klinischen Entscheidungen Neuland betreten müssen. Evidenzbasierte Richtlinien können den Ärzten helfen, in die „neue Normalität“ einer optimierten Behandlung und Patientensicherheit zu finden.

Durch die Pandemie wurde eine Veränderung der Rollen im Gesundheitswesen in Gang gebracht oder beschleunigt:

Ärztinnen und Ärzte arbeiten außerhalb ihres Fachgebiets, um zu helfen, die hohen Patientenzahlen zu bewältigen

Ärzte und Apotheker verabreichen COVID-19-Impfungen

Physician Assistants und Advanced Nurse Practitioners übernehmen Aufgaben, die zuvor in die Zuständigkeit der Ärztinnen und Ärzte fielen

Behandlungsteams müssen aufgrund von Personalknappheit mit weniger Personal mehr leisten

Ärztinnen und Ärzte müssen sich an digitale Modelle der Interaktion mit Patienten und Behandlung gewöhnen



2. Es geht oft um Minuten: Deshalb müssen Ärzte schnell Antworten auf ihre Fragen erhalten.

Ärztinnen und Ärzte müssen sich in ihrer täglichen Arbeit immer wieder Fragen zur Behandlung stellen. Wenn sie dazu recherchieren, gelingt es ihnen meist sehr gut, fundierte Antworten zu finden. Ungefähr die Hälfte aller Fragen werden jedoch nie weiterverfolgt.⁴



Die Suche nach Antworten braucht Zeit. Es kann frustrierend sein, am Patientenbett keine Antwort zu haben. Noch schlimmer ist es, widersprüchliche Informationen zu finden, aus denen sich keine klare Vorgehensweise ergibt. Dies setzt Ihre bereits überlasteten Ärztinnen und Ärzte, die immer komplexere Entscheidungen im hektischen Klinikalltag treffen müssen, unverhältnismäßig unter Druck.

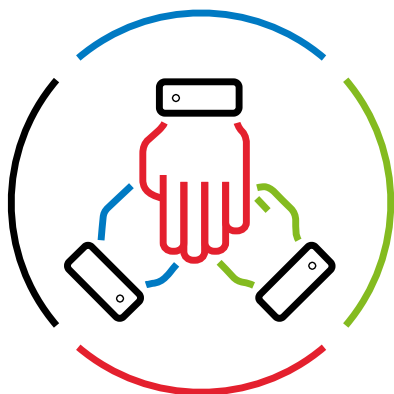
Eine systematische Prüfung der Fragen, die sich Ärzte am Behandlungsort stellen, ergab, dass täglich ungefähr neun Fragen auftauchen, von denen mindestens sechs aufgrund von Zeit- oder Informationsmangel unbeantwortet bleiben. Die meisten Fragen betreffen Symptome, körperliche Befunde, Testergebnisse oder die medikamentöse Behandlung.⁵ Zeitmangel war dabei der größte Hemmschuh für die Verfolgung klinischer Fragestellungen.⁶

Im schlimmsten Fall kann jede unbeantwortete Frage die Patientensicherheit gefährden. Die Gefahr, die von Wissenslücken ausgeht, sollte nicht unterschätzt werden.⁷ Dazu gehören Diagnoseverzögerungen

oder -fehler, unwirksame oder schädliche Therapien und Fehler bei Medikamentendosierung und Überwachung. Im besten Fall ist jede unbeantwortete Frage eine nicht genutzte Lernmöglichkeit.

Die Häufigkeit, mit der Kliniker sich entscheiden, Antworten auf ihre Fragen nicht weiterzuverfolgen – und das Potential daraus folgender Behandlungsfehler – zeigen deutlich den Bedarf an einer Möglichkeit, zeitnah akkurate Antworten zu erhalten.⁸ Auch eine kleine Zeitersparnis kann den Unterschied bedeuten zwischen einer womöglich auf veraltetem Wissen basierenden Entscheidung und einer, die auf aktuelle Evidenz gestützt ist.

Zuverlässige, umfassende Ressourcen, die die beste verfügbare Evidenz und Leitlinien herausfiltern und die Vorteile und Risiken einer Entscheidung zusammenfassen, sind entscheidend, damit Ärztinnen und Ärzte schnell Antworten auf ihre Fragen bekommen. Wenn diese Ressourcen in den Workflow (ins Krankenhausinformationssystem, KIS) integriert werden, spart dies wertvolle Zeit am Patientenbett, die die Ärzte stattdessen ihren Patienten und Patientinnen widmen können.



3. Zusammenarbeit fördern, um Alleingänge zu vermeiden

„Wenn alle Ärztinnen und Ärzte in einem Krankenhaus ihre Leistungen auf Grundlage einer gemeinsamen, vertrauenswürdigen Informationsquelle treffen, sinkt die unerwünschte Behandlungsvarianz. Unnötige Kosten aufgrund von Eskalation, unnötige Untersuchungen und Behandlungsfehler können vermieden werden. Die Ärztinnen und Ärzte haben mehr Zeit für ihre Patienten. Die Produktivität steigt.“

Dr. Dini Handayani, MARS, FISQua,
Chief Executive Officer des Medistra Hospital in Jakarta, Indonesien,
und International Surveyor for Joint Commission International



Um den Arztberuf auszuüben und den Patienten eine hochwertige Versorgung zu bieten, ist eine ständige – und interdisziplinäre – Zusammenarbeit von Medizinern im gesamten Behandlungskontinuum erforderlich. Wenn Entscheidungen im Alleingang getroffen werden, ist unerwünschte Behandlungsvarianz wahrscheinlicher. Dies verschlechtert die Behandlungsergebnisse und steigert die Kosten der medizinischen Versorgung.

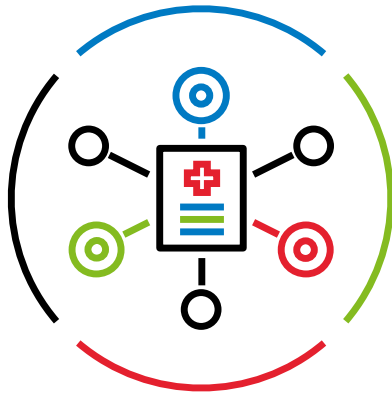
Vielleicht haben Sie Ausschüsse eingesetzt, die Leitlinien erstellen, um Ihre Ärztinnen und Ärzte in der Praxis mit evidenzbasierter Medizin zu unterstützen und ihnen zu helfen, die besten Behandlungsentscheidungen für ihre Patienten zu treffen. Die Ausarbeitung solcher Leitlinien kann schwierig sein und ist mit einem hohen Zeitaufwand und der Einbeziehung zahlreicher Akteure innerhalb einer Organisation verbunden.

Auch wenn die Leitlinien aufgestellt sind, ist ihre Pflege und Aktualisierung oft kostenintensiv und aufwendig. Idealerweise sollten sie stets dann überarbeitet werden, wenn neue Evidenz eine Veränderung der klinischen Praxis erforderlich macht. Ansonsten treffen Ihre Ärzte ihre Entscheidungen anhand von unvollständigem oder überholtem Wissen. Leitlinien müssen außerdem an einem Ort vorgehalten werden, wo sie leicht gefunden und eingesetzt werden können.

Das heißt im Klartext: Wenn Ihre Ärzte sie nicht finden, werden sie sie auch nicht umsetzen.

Um wirksamer zu behandeln, unerwünschte Varianz zu vermeiden und die Kosten zu dämpfen, muss die Entscheidungsfindung über das gesamte Behandlungsteam vereinheitlicht und abgestimmt werden. Dazu müssen alle Beteiligten mit derselben, vertrauenswürdigen und evidenzbasierten Quelle klinischer Informationen arbeiten. Am einfachsten ist es, vorhandene evidenzbasierte Leitlinien an die spezifischen Bedingungen in Ihrer Einrichtung (z. B. Formulare oder Überweisungsvorgaben) anzupassen.

Eine Studie im Journal of the American Medical Association (JAMA) verdeutlicht die Lücken in der Patientenversorgung, die entstehen, wenn die Arbeit der Teams, in diesem Fall Apotheker und Dermatologen, nicht aufeinander abgestimmt wird. Die Dermatologen in der Studie orientierten sich bei ihren Ansichten und Ratschlägen an aktuellen Forschungsergebnissen und Patientenerfahrungen, die Apotheker hingegen an Arzneimittelverzeichnissen, Websites und Packungsbeilagen. Diese Lücke verdeutlicht den Bedarf an koordinierter Behandlung und Entscheidungsfindung über Behandlungsteams hinweg, um unerwünschte Behandlungsunterschiede zu vermeiden.⁹



4. Standardisierte Ansätze fördern, um unerwünschte Varianz zu reduzieren

„Wir müssen ständig Entscheidungen treffen, aber nicht immer bei klarer Sachlage, wenn Entscheidungen und Optionen gesichert sind. Oft gilt es, mit unvollkommenen Optionen, unvollständigen Informationen und konkurrierenden Faktoren, inklusive Patientenwünschen, Begleiterkrankungen und zunehmend auch Kostenfragen, umzugehen und diese in wirksame Maßnahmen umsetzen müssen.“

Peter Bonis, MD, Chief Medical Officer
Clinical Effectiveness bei Wolters Kluwer, Health



Jede Ärztin und jeder Arzt will das tun, was für ihre/seine Patienten und Patientinnen das Beste ist. Die richtige Vorgehensweise zu bestimmen, kann schwierig sein, wenn ständig neue klinische Informationen verfügbar werden und Patienten im Laufe der Zeit immer komplexere Erkrankungen aufweisen. Ärzte müssen die Erkrankungen ihrer Patienten behandeln und dabei alle anderen relevanten Faktoren in deren Leben berücksichtigen.

Klinische Pfade können Krankenhäusern helfen, Qualitätsmaßnahmen und Leitlinien zu befolgen, wenn es um häufige Erkrankungen geht, bei denen die Behandlung oft vom optimalen Behandlungsstandard abweicht. Sie können auch als Mittel dienen, um Unterschiede in der klinischen Praxis zu reduzieren und damit die Behandlungsergebnisse und die klinische Effizienz zu maximieren.¹¹ Der Einsatz klinischer Pfade hilft Ärzten an kritischen, komplexen Entscheidungspunkten, anhand der klinischen Charakteristika jedes einzelnen Patienten richtig zu entscheiden.

Der Hauptzweck klinischer Pfade besteht darin, die klinische Praxis an die Empfehlungen der Leitlinien anzupassen, um in den Krankenhäusern die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten.¹⁰



-
4. Standardisierte Ansätze fördern, um unerwünschte Varianz zu reduzieren

i In einer großen internationalen Studie wurde festgestellt, dass nur 44 Prozent der Patienten mit hohem Schlaganfallrisiko einen oralen Gerinnungshemmer erhielten.¹²

Hier einige der häufigsten klinischen Bereiche, in denen der Einsatz klinischer Pfade unerwünschte Behandlungsvarianz senken kann:

→ Kardiologie

Die Gefahr bei Vorhofflimmern (AF) besteht darin, dass nicht alle Patienten mit AF auch Symptome aufweisen. Trotzdem kann es zu schwerwiegenden gesundheitlichen Komplikationen bis hin zu Schlaganfall und Herzversagen kommen.

Das Risiko eines Schlaganfalls zu senken, ist eine der wichtigsten Überlegungen für Ärzte, die Patienten mit AF behandeln. Die langfristige Einnahme oraler Gerinnungshemmer ist die beste Option, um das Schlaganfallrisiko zu mindern. Dennoch gilt es, das Schlaganfallrisiko gegen Blutungsrisiken aufgrund der Gerinnungshemmer abzuwägen.¹³

Um unerwünschte Varianz zu vermeiden und die Patientenversorgung zu verbessern, können Ärzte auf klinische Pfade zurückgreifen, die ihnen dabei helfen, das individuelle Schlaganfall- sowie Blutungsrisiko zu ermitteln und dadurch den richtigen Gerinnungshemmer und die richtige Dosis für die Patientin/den Patienten zu bestimmen. Zusammen mit der Beurteilung und Überwachung kardiovaskulärer Risikofaktoren sowie Begleiterkrankungen kann der richtige Gerinnungshemmer dazu beitragen, unerwünschte kardiovaskuläre Ereignisse und Krankenhauseinweisungen zu verringern und Kosten für die Solidargemeinschaft einzusparen.¹⁴



4. Standardisierte Ansätze fördern, um unerwünschte Varianz zu reduzieren

❗ *Erwachsene, die nicht gut über Ernährung Bescheid wissen, haben ein erhöhtes Risiko für unerkannten Diabetes. Erkenntnisse aus der English Longitudinal Study of Aging legen nahe, dass man sich für die frühzeitige Diagnose von Diabetes bei älteren Erwachsenen insbesondere auf Menschen aus niedrigeren sozioökonomischen Schichten konzentrieren sollte.¹⁵*

→ Diabetes

Typ-2-Diabetes ist eines der Krankheitsbilder des 21. Jahrhunderts mit der am schnellsten zunehmenden Verbreitung. Fettleibigkeit, schlechte Ernährung und Bewegungsmangel tragen zu dem schnellen Anstieg bei. Eine frühzeitige Diagnose und Behandlung von Typ-2-Diabetes sind wichtig, um Schäden durch einen zu hohen Blutzuckerspiegel zu minimieren und schwere Komplikationen zu verhindern oder zu verzögern.

Wenn die Diagnose gestellt ist, müssen die Ärzte einen Behandlungsplan aufstellen und ein oder mehrere Medikamente verschreiben. Dabei sollten sie sich auf aktuelle Evidenz stützen und die besonderen Charakteristika der Patientin oder des Patienten, beispielsweise Komorbiditäten, Lebensführung, Vorlieben und Therapietreue, berücksichtigen. Ein Beispiel:

- Bestehen bei der Patientin/dem Patienten Komorbiditäten wie Herzerkrankungen, Herzinsuffizienz oder eine chronische Nierenerkrankung, derentwegen man einem Medikament dem Vorzug vor einem anderen geben sollte? Eine falsch gewählte Medikation ist die verpasste Gelegenheit, den Diabetes der Patientin/ des Patienten gut einzustellen und die Ergebnisse für Begleiterkrankungen zu verbessern.

- Wäre Insulin besser zur Einstellung des Blutzuckers geeignet als orale Medikamente? Was ist, wenn die betreffende Person nicht spritzen möchte? Mangelnde Therapietreue würde zu einem schlecht eingestellten Blutzuckerspiegel führen und damit das Risiko für Komplikationen erhöhen.
- Neigt die Patientin/der Patient zu niedrigem Blutzucker? Ein falsches Medikament oder eine falsche Dosis könnte das Risiko einer Unterzuckerung erhöhen.

Klinische Pfade haben einen festen Platz in der Diabetesversorgung, denn sie helfen Ärztinnen und Ärzten, das klinische Erscheinungsbild und die Risikofaktoren einer Person zu bewerten, angemessene Verhaltensänderungen und Medikamente auszuwählen und einen Zeitrahmen für die Verlaufskontrolle festzulegen. Da ein gut eingestellter Diabetes auch das Risiko schwerwiegender Komplikationen – einschließlich Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erblinden, Nierenversagen, Amputation unterer Extremitäten und Schlaganfall – und die damit einhergehenden Kosten senkt, bringt eine Verbesserung der Diabetesversorgung weitreichende Vorteile für Patienten und die Solidargemeinschaft.



4. Standardisierte Ansätze fördern, um unerwünschte Varianz zu reduzieren

i *Diagnostische Fehler führen dazu, dass Patienten unnötigen Belastungen durch Untersuchungen und Behandlungen ausgesetzt werden. Eine falsche Diagnose kann bedeuten, dass die tatsächlich zugrunde liegende Erkrankung zu spät oder gar nicht erkannt wird, was Gesundheitsschäden verursachen und zu einem früheren Versterben führen kann.¹⁶*

→ Chronisch-Obstruktive Lungenerkrankung

Die korrekte Diagnose einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) ist extrem wichtig, denn die richtige Behandlung kann die Symptome verringern, die Häufigkeit und Schwere von Exazerbationen senken, den allgemeinen Gesundheitszustand und die körperliche Leistungsfähigkeit verbessern und das Leben verlängern.¹⁷

Eine korrekte Diagnose einer COPD ist jedoch aus mehreren Gründen schwierig:

Raucher und ehemalige Raucher tragen ein Risiko für weitere Erkrankungen, deren Behandlung sich stark von der einer COPD unterscheidet.

Es gibt zahlreiche COPD-Subtypen (Emphysem, chronische Bronchitis, und chronisch-obstruktives Asthma), die die richtige Diagnosestellung erschweren können.

Die Differentialdiagnose der COPD ist breitgefächert und umfasst Herzinsuffizienz, interstitielle Lungenerkrankung, neuromuskuläre Erkrankungen, Anämie und Adipositas.

Studien zeigen, dass bis zu 90 % der Patienten mit einer falschen COPD-Diagnose eine COPD-Behandlung erhalten, die unerwünschte Ereignisse und erhöhte Kosten für die Solidargemeinschaft verursachen kann. Darüber hinaus schätzen einige Wissenschaftler, dass zwischen 5 % und 62 % der Patientinnen und Patienten mit COPD eine Fehldiagnose erhalten haben.¹⁸

Da COPD sowohl im Hinblick auf die Diagnosestellung als auch auf die Behandlung eine extrem komplexe Erkrankung ist und damit reichlich Risiken für Behandlungsvarianz birgt, können klinische Pfade den Ärztinnen und Ärzten helfen, die richtige Diagnose zu stellen, die richtige Therapie zu bestimmen und mögliche Schäden und Risiken aufgrund einer Fehldiagnose abzuwenden.



4. Standardisierte Ansätze fördern, um unerwünschte Varianz zu reduzieren

Hier einige Beispiele für in großer Zahl durchgeführte Untersuchungen, bei denen Ärztinnen und Ärzte oft weitere Informationen benötigen, um die richtige weitere Vorgehensweise zu bestimmen:

- Auffällige Leberwerte: erhöhte alkaline Phosphatase und hohes Direktbilirubin bei Erwachsenen
- Auffälliges Lipidprofil: hohes Gesamtcholesterin, niedriges HDL-Cholesterin, hohes LDL-Cholesterin oder erhöhte Triglyzeridwerte bei Erwachsenen
- Auffällige Eisenwerte: erniedrigte Ferritin- oder Hämoglobinwerte bei Erwachsenen
- Plättchenzahl: erhöht oder erniedrigt bei Erwachsenen
- Hohe Skelettmuskel-Kreatinkinase bei Erwachsenen

Eine Studie in einer großen Universitätsklinik in Rom (Italien) kam zu dem Schluss, dass die tatsächlichen Auswirkungen unangemessener und übermäßig genutzter Laboruntersuchungen schwierig zu beurteilen sind, aber die für Patienten, Krankenhäuser und die Solidargemeinschaft entstehenden Kosten sind vermutlich hoch und nicht zu vernachlässigen.²⁰

Laborergebnisse und Angemessene Vorgehensweise

Laboruntersuchungen sind in der klinischen Medizin Standard. Die Anzahl und Komplexität klinischer Labortests erschwert es jedoch den Ärztinnen und Ärzten, die Tests richtig anzuordnen und auszuwerten. Ärzte, die ein Testergebnis erhalten, das außerhalb des Referenzbereichs liegt, werden zumeist weiter nachforschen und wahrscheinlich weitere Tests für den jeweiligen Patienten anordnen.

Übermäßige Nutzung von Tests sowie angewiesene, aber nicht angemessene Tests bedeuten unnötige Belastungen für Patientinnen und Patienten, überlasten die diagnostischen Dienste, bergen das Risiko falsch positiver Ergebnisse und gehen mit zahlreichen weiteren Mängeln der Effizienz bei der Behandlung einher, was die Qualität der Gesundheitsversorgung schmälert.¹⁹ Zu wenige Tests oder Tests, die erforderlich wären, aber nicht angeordnet werden, können den Patienten Schaden zufügen, wenn eine Erkrankung nicht entdeckt, diagnostiziert und behandelt wird.

Wenn Ärzte Patienten behandeln, die sie noch nicht kennen (insbesondere bei Nacht- und Wochenend-Diensten), und außerhalb ihrer Abteilung tätig sind (also auch Laborergebnisse auswerten, die außerhalb ihres Fachgebiets liegen), kann es ihnen schwer fallen zu bestimmen, welche Labortests angezeigt sind.

Zusätzlich zur regelmäßigen Auditierung von Laboruntersuchungen und Aufklärung von Ärzten bezüglich des übermäßigen Einsatzes von Labortests können „Lab Interpretation“-Monografien zur Auswertung von Laborergebnissen hilfreich sein, um auffällige Testergebnisse einzuordnen und unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Patienten geeignete weitere Schritte einzuleiten. Diese Maßnahmen können dazu beitragen, ungeeignete Tests und die damit verbundenen Kosten zu vermeiden und die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern.

Unerwünschte Behandlungsvarianz aus einer neuen Perspektive angehen

Trotz hoher Aufmerksamkeit und organisatorischer Bestrebungen zur Reduzierung unerwünschter klinischer Varianz sind diese weiterhin ein Problem für Krankenhäuser überall auf der Welt.

Es braucht also einen neuen Ansatz. Einen Ansatz, bei dem die Reduzierung unerwünschter Varianz an jedem Entscheidungspunkt im Versorgungskontinuum – Diagnose, Behandlung, Verschreibung – berücksichtigt wird.

Durch Ermittlung und Analyse der wichtigsten klinischen Gebiete, auf denen die ineffiziente Nutzung von Ressourcen und Mängel bei der Anwendung bester Praktiken am häufigsten auftreten, können medizinische Führungskräfte bereits zu Beginn des Entscheidungsprozesses unerwünschte Behandlungsvarianz reduzieren.

Der richtige und sinnvolle Einsatz von Technologie ist in anspruchsvollen medizinischen Umgebungen das A und O. Die Senkung der Arbeitsbelastung von Ärztinnen und Ärzten ist nachweislich eine der vier Grundvoraussetzungen dafür, dass diese sich für die Senkung von unerwünschten Behandlungsvarianz einsetzen.²¹

Wenn unerwünschte Varianz auf der Ebene der klinischen Entscheidungsfindung statt auf einer übergeordneten organisatorischen Ebene angegangen wird, können fortlaufend kleine, aber wichtige Veränderungen vorgenommen werden, die insgesamt messbare Auswirkungen auf Behandlungsergebnis, Patientensicherheit und -zufriedenheit sowie Behandlungskosten haben.

Im Jahr 2021 warnte die Boston Consulting Group, dass „während sich das verfügbare therapeutische Arsenal rapide erweitert“, Führungskräfte im Gesundheitswesen und Kliniker „ihre Praktiken anpassen müssen, um mit den Fortschritten Schritt zu halten.“²²



Referenzen

- 1 Luis Lasalvia, Reto Merges, "Maximize healthcare performance by reducing unwarranted variations," *The Journal of Precision Medicine*, 2019 Sept. <https://www.thejournalofprecisionmedicine.com/the-journal-of-precision-medicine/maximize-healthcare-performance-by-reducing-unwarranted-variations/>
- 2 Lasalvia, "Maximize healthcare performance by reducing unwarranted variations"
- 3 Lasalvia, "Maximize healthcare performance by reducing unwarranted variations"
- 4 Guilherme Del Fiol, et al. "Clinical Questions Raised by Clinicians at the Point of Care, A Systematic Review," *JAMA*, 2014 May; 174(5):710-718. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1846630>
- 5 Del Fiol, "Clinical Questions Raised by Clinicians at the Point of Care, A Systematic Review"
- 6 Del Fiol, "Clinical Questions Raised by Clinicians at the Point of Care, A Systematic Review"
- 7 Ellen Brassil, et al. "Unanswered clinical questions: a survey of specialists and primary care provider," *J Med Library Assoc.* 2017 Jan; 105(1): 4–11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5234458/>
- 8 Brassil, "Unanswered clinical questions: a survey of specialists and primary care provider"
- 9 Ashley N. Millard, et al. "Assessment of Topical Corticosteroid Prescribing, Counseling, and Communication Among Dermatologists and Pharmacists," *JAMA Dermatology*, 2019 Mar 27; 155(7):838-843. <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/2729069>
- 10 Thomas Rotter, et al. "Clinical pathways as a quality strategy," from *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*, 2019; chapter 12.2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549262/#:~:text=The%20main%20aim%20of%20clinical,patient%20outcomes%20and%20clinical%20efficiency>
- 11 Rotter, "Clinical pathways as a quality strategy," from *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*
- 12 Jonas Oldgren, et al. "Variations in cause and management of atrial fibrillation in a prospective registry of 15,400 emergency department patients in 46 countries: the RE-LY Atrial Fibrillation Registry," *CirculationAHA*, 2014, Jan; 129:1568-1576. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.113.005451>
- 13 Kapil Kumar, MD. Overview of atrial fibrillation. Last updated: March 24, 2021. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-atrial-fibrillation> Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc.
- 14 Kapil Kumar. Overview of atrial fibrillation. Last updated: March 24, 2021.
- 15 Yun-Ting Huang, et al. "Prevalence of Undiagnosed Diabetes in 2004 and 2012: Evidence From the English Longitudinal Study of Aging," *The Journals of Gerontology: Series A, Volume 76, Issue 5, May 2021, Pages 922–928*. <https://doi.org/10.1093/gerona/glaa179>
- 16 Skylar Jeremias, "Study Identifies Thousands of Potential Diagnosis Errors Among Patients with COPD," *American Journal of Managed Care*, 2021 March <https://www.ajmc.com/view/study-identifies-thousands-of-potential-diagnosis-errors-among-patients-with-copd>
- 17 Stephen Rennard, Jorgen Vestbo. "COPD: the dangerous underestimate of 15%," *Lancet*, 2006 Apr 15;367(9518):1216-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16631861/>
- 18 Jeremias, "Study Identifies Thousands of Potential Diagnosis Errors Among Patients with COPD"
- 19 Spiros Miyakis, et al. "Factors contributing to inappropriate ordering of tests in an academic medical department and the effect of an educational feedback strategy," *Postgraduate Medical Journal*, 2006 Dec; 82(974): 823–829. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2653931/>
- 20 Andrea Tamburrano, et al. "Evaluation and cost estimation of laboratory test overuse in 43 commonly ordered parameters through a Computerized Clinical Decision Support System (CCDSS) in a large university hospital," *PLoS One*, 2020 Aug; 15(8): e0237159. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7410244/>
- 21 V. Lanka, Four keys to engage physicians in care variation reduction infographic. 2018. <https://www.advisory.com/topics/care-variation-reduction/2018/12/four-keys-to-engage-physicians-in-cvr>
- 22 Boston Consulting Group. Health Care's New Reality Is Dynamic, Digital—and Here to Stay. Soza Geng, Nate Holobinko, Torben Danger, Sabrina Kristic, Sanjay Saxena, Ulrik Schulze, and Adam Farber. December 15, 2021. <https://www.bcg.com/publications/2021/dynamic-and-digital-new-reality-for-health-care>. Accessed 9/28/2022

