

Thomas Kühlein, Marco Zoller, Heinz Bhend

«Wer die Daten besitzt, hat auch die Macht»

Oder: Warum wir Hausärzte lernen sollten, mit Daten umzugehen

Zusammenfassung

Mit der International Classification of Primary Care (ICPC) liegt eine für Hausärzte geeignete Klassifikation vor. Die SGAM hat von der Wonca, der Weltorganisation der Hausärzte, die Lizenz zur Nutzung der International Classification of Primary Care (ICPC) erworben. Mit Hilfe der ICPC und einer Dokumentation in elektronischen Praxisverwaltungsprogrammen lassen sich ohne grossen Zusatzaufwand Bilder unserer Arbeit erzeugen. Diese Bilder können wir zur Darstellung und Steuerung der Qualität der Patientenversorgung in der Hausarztpraxis nutzen. Die Abbildung, Bewertung und Steuerung eigener Arbeit über geeignete Daten sowie eine eigenständige epidemiologische Forschung sind Kernstücke hausärztlicher Professionalisierung. Dies anderen zu überlassen wäre ein Fehler. Wir möchten an dieser Stelle ein paar Fragen beantworten.

Warum sollten sich Hausärzte mit Klassifikationen und elektronischer Dokumentation befassen?

Statistiken dienen grundsätzlich der Beschreibung vieler, nicht einzelner Patienten. Als Versorger individueller Patienten sind sie uns vielleicht deshalb zunächst so fremd. Mit einer geeigneten Klassifikation lässt sich die Vielfalt hausärztlicher Arbeit sortieren, ordnen und abbilden. Mit ihrer Hilfe kann man Daten, und mit diesen Daten Bilder unserer ärztlichen Tätigkeit erzeugen. Längst nicht alles, was ein Hausarzt tut, lässt sich so beschreiben. Die entstehenden Bilder reduzieren unvermeidlich die Komplexität hausärztlicher Wirklichkeit. Umso wichtiger ist es, die Deutungshoheit über sie zu behalten. Professionalität bedeutet Selbstkontrolle. Eine Profession unterscheidet sich von anderen Berufen dadurch, dass ihr von der Gesellschaft das Recht gegeben wurde, ihre eigene Arbeit zu kontrollieren [1]. Mit anderen Worten, Professionalität heisst, dass man abbildet, sich anschaut und bewertet was man tut. Dies gilt sowohl für den Einzelnen, als auch für die Profession insgesamt. Wo dieses Bild gut ausfällt, kann man laut davon sprechen. Wo es schlecht ausfällt, sollte man sich bemühen, die Fehler zu beseitigen. Um also die eigene Arbeit abbilden zu können, braucht man Daten und aus ihnen folgend Statistiken. Auch in der Schweiz gab es längst verdiente Hausärzte, die sich um solche Statistiken bemüht haben [2]. Diese Statistiken wurden aufwendig per Hand «mit Block und Bleistift» erstellt. Bisher ist die Nutzung von Computern in schweizerischen Hausarztpraxen noch nicht sehr verbreitet [3]. Elektronische Patientenakten haben jedoch unbestreitbare Vorteile. So entstehen über die Verwendung des Computers als Werkzeug für Dokumentation, Überweisungen, Einweisungen und Verordnungen, ohne zusätzlichen Aufwand, sogenannte Routinedaten. Durch weitestgehende Nutzung dieser Routinedaten lässt sich zusätzlicher Dokumentationsaufwand minimieren.

Wer nutzt die entstehenden Daten und wofür?

Klassifikationen, Daten und Statistiken reduzieren die schillernde Vielfalt hausärztlicher Arbeit auf ein spröde wirkendes Gerüst von Tabellen. Wer die hausärztliche Arbeit nicht kennt, kann nicht gut von der Tabelle auf die Wirklichkeit schliessen. Dies führt oft dazu,

dass Wissenschaftler und Spezialisten scheinbare Defizite finden [4]. Die logische Konsequenz kann nur sein, diese Forschungsarbeit selbst zu übernehmen. Aus diesem Grund sind in Basel und Zürich die ersten Lehrstühle für Allgemeinmedizin in der Schweiz eingerichtet worden. Da es kein «Universitätsklinikum für Allgemeinmedizin» geben kann, sind die Abteilungen auf die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Hausärzten angewiesen. Durch die geschickte Nutzung geeigneter Praxisverwaltungssoftwares wäre es möglich, eine ganze Menge Fragen wissenschaftlich zu beantworten. In Deutschland ist das Projekt CONTENT (CONTinuous morbidity registration Epidemiologic NeTwork), ein Forschungsprojekt der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg [5] (www.content-info.org), ein erster Ansatz in diese Richtung. In der Schweiz ist das Projekt FIRE (www.icpc.ch/ à Projekt FIRE) mit ähnlichen Zielen gestartet worden [6].

Was kann ein Hausarzt selbst mit Daten und Statistiken anfangen?

Auch wenn Statistiken immer nur begrenzte Aspekte der Patientenversorgung in der Hausarztpraxis abbilden können, gäbe es doch eine ganze Menge, was sich zeigen liesse. Ein Beispiel: Patienten, die bereits einen Myokardinfarkt erlitten haben, sind für weitere Infarkte besonders gefährdet. Sie sollten deshalb beinahe regelhaft mit Betablockern, Thrombozytenaggregationshemmern und Statinen versorgt werden. Wenn ein Patient nach abgelaufenem Myokardinfarkt eines dieser Medikamente nicht bekommt, sollte dies daran liegen, dass er es nicht will, nicht verträgt oder es aufgrund seines individuellen Lebenskontextes oder seiner Komorbidität nicht sinnvoll ist. Es sollte jedoch nicht daran liegen, dass es einfach vergessen wurde. Das praxisinterne Bemühen, dieses Vergessen zu eliminieren, nennt sich im Englischen «clinical governance» («klinische Steuerung»). Dabei wird der tatsächliche Zustand der Patientenversorgung (Ist-Zustand) mit einem theoretisch wünschenswerten Zustand (Soll-Zustand) verglichen. Weichen Ist- und Soll-Zustand zu weit voneinander ab, werden Massnahmen ergriffen, dies zu ändern. Zur Feststellung der Ist-Zustände benötigt man geeignete Daten. Für die Entstehung geeigneter Daten benötigt man Klassifikationen. Die Frage «wie viel Prozent meiner Patienten mit überstandener Herzinfarkt sind in meiner Praxis optimal versorgt?» liesse sich über eine geeignete Praxissoftware leicht beantworten [7,8]. Wichtig wäre, eine solche klinische Steuerung in Eigenregie durchführen zu können. Die Schweiz hat jetzt die Chance, durch einen Neuanfang der Arbeit mit elektronischen Patientenakten viele Fehler, wie sie beispielsweise in Deutschland gemacht wurden, und daraus folgende Kämpfe zu vermeiden [9]. Die Hausärzte haben diese Chance nur dann, wenn sie sich der Sache der klinischen Steuerung jetzt selbst annehmen. Vor kurzem stand in einem Artikel über den Firmenchef eines medizinischen Softwareherstellers der Satz: «Wer die Daten besitzt, hat auch die Macht» [10]. Die Daten hat zunächst der, der sie erzeugt: die Hausärzte. Es wäre schade, damit nichts zu machen.

Warum eine Professionalisierung der Hausarztmedizin – und warum jetzt?

Die USA erleben aktuell einen Niedergang hausärztlicher Medizin. Auch in Deutschland gibt es erhebliche Schwierigkeiten, Nachwuchs zu finden. Die Ursachen dürften vor allem in zunehmender Bürokratisierung und Deprofessionalisierung zu finden sein. Fortschritt und Erfolg nicht nur unserer Volkswirtschaften, sondern auch der Medizin beruhen auf dem Prinzip der Arbeitsteiligkeit. Spezialisierung braucht jedoch Koordination. Um ihrem Anspruch, die Basis und der verbindende Knoten zu sein, gerecht werden zu können, müssen sich Hausärzte stärker professionalisieren. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung wäre die Fähigkeit, über geeignete Klassifikationen und Daten Bilder unserer Arbeit erzeugen zu können, zu bewerten und wo nötig korrigierend einzugreifen.

Schlussfolgerung

Mit geeigneten Klassifikationen wie der ICPC lassen sich über elektronische Praxisverwaltungsprogramme ohne grossen Aufwand, unter weitestgehender Verwendung dabei entstehender Routinedaten, Bilder unserer Arbeit erzeugen. Diese Bilder lassen sich von uns selbst zur Abbildung und Steuerung der Qualität hausärztlicher Tätigkeit nutzen. Die Arbeit mit eigenen Daten ist ein notwendiger Schritt zur Professionalisierung der Hausärzte.

Literatur

- 1 Freidson E. Profession of Medicine – A Study of the sociology of applied knowledge. Chicago: The University of Chicago Press. 1970;71.
- 2 Landolt-Theus P. Fälleverteilung in der Allgemeinmedizin. Fünf-Jahres-Statistik einer Schweizer Allgemeinpraxis. *Allgemeinarzt* 1992;14:254–68.
- 3 Bhend H. Hausarztmedizin und E-Health oder E-Health und Hausarztmedizin. *Primary Care* 2008;8:288–9.
- 4 Hensler S, Wiesemann A. Diskreditierende Versorgungsstudien in Deutschen Hausarztpraxen. *Z Allg Med* 2003;79: 579–85.
- 5 Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis – Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. Urban & Vogel, München 2008.
- 6 Bhend H, Zoller M, Rosemann T. FIRE is lit – das Feuer ist entfacht. *Primary Care* 2009;9:325–7.
- 7 Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Wie versorge ich meine Patienten mit Rhinosinusitis? – Die CONTENT-Software als Werkzeug für ein praxisinternes klinisches Qualitätsmanagement. *Z Allg Med* 2008;84:510–5.
- 8 Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. CONTENT, ein praxistaugliches Werkzeug zur Qualitätsmessung in der Hausarztpraxis – Ein Zyklus der Qualitätsverbesserung am Beispiel «akute unkomplizierte Kreuzschmerzen». *Z Allg Med* 2009;85:159–64.
- 9 Meyer RL. Die ICD-10 und die deutsche Ärzteschaft – eine Komödie, ein Trauerspiel oder ein Lehrstück? *Primary Care* 2005;5:296–302.
- 10 Niejahr E. Der Datenarzt – Was bewegt ... Peter Reuschel? *Die Zeit* 4.12.2008;50:38.

Korrespondenz:

Dr. med. Thomas Kühlein
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
 Vosstr. 2, Geb. 37
 D-69115 Heidelberg
 thomas.kuehlein@med.uni-heidelberg.de