

Reflektiertes Handeln: Professionalität und Vertrauen durch Abbildung der eigenen Arbeit

Thomas Kühlein

4. Österreichischer Primärversorgungskongress

Graz am 5. Mai 2019



FRIEDRICH-ALEXANDER
UNIVERSITÄT
ERLANGEN-NÜRNBERG

MEDIZINISCHE FAKULTÄT

Universitätsklinikum
Erlangen



Professionalität ist die Basis des Vertrags zwischen Medizin und Gesellschaft.

*Medical Professionalism Project**

Voraussetzung für einen solchen Vertrag ist das **Vertrauen der Öffentlichkeit in die Integrität des einzelnen Arztes und in den **Ärztstand insgesamt.****

the view that medicine's commitment to the patient is being challenged by external forces of change within our societies.

Recently, voices from many countries have begun calling for a renewed sense of professionalism, one that is activist in reforming health-care systems. Responding to this challenge, the European Federation of Internal Medicine, the ACP-ASIM Foundation, and the ABIM Foundation combined efforts to launch the Medical Professionalism Project (www.professionalism.org) in late 1999. These three organisations designated members to develop a "charter" to encompass a set of principles to which all medical professionals can and should aspire. The charter supports physicians' efforts to ensure that the health care systems and the physicians

forces. Moreover, there are wide variations in medical delivery and practice through which any general principles may be expressed in both complex and subtle ways. Despite these differences, common themes emerge and form the basis of this charter in the form of three fundamental principles and as a set of definitive professional responsibilities.

Fundamental principles

Principle of primacy of patients' welfare

This principle is based on a dedication to serving the interest of the patient. Altruism contributes to the trust that is central to the physician-patient relationship. Market forces, societal pressures, and administrative exigencies must not compromise this principle.

Der gute alte Hausarzt: eine vertrauenswürdige Gestalt

Bild Hausarzt

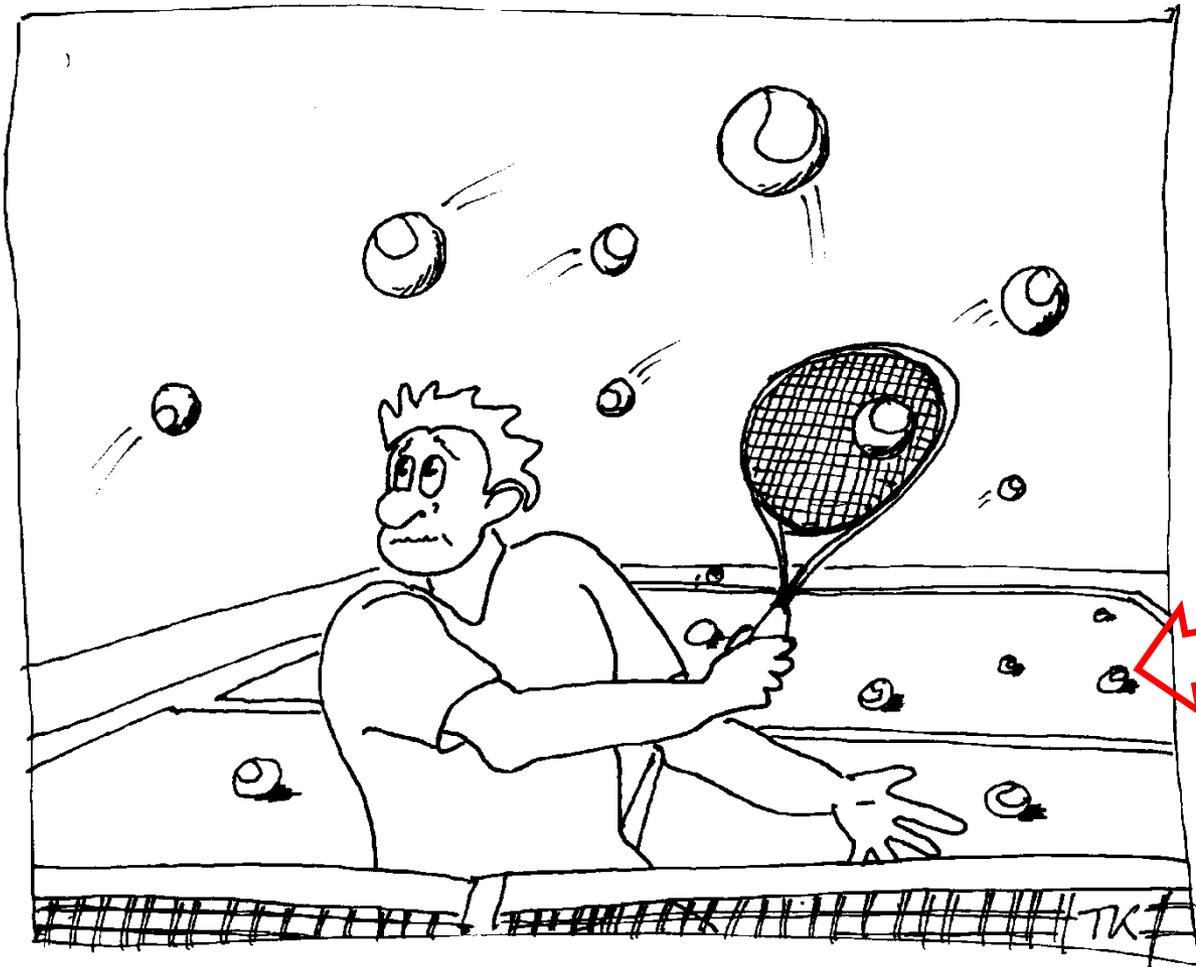


Niemand sah, was er wirklich tat

8. VI. 2003 10	100 - v. g. u. - erkrankt Am 21. 6. 02 Dig. abk. Pat. 7
10 10	seit 3 Tagen Husten TBSE - & Blutauswurf. + Kopfweh P: Dislok. Spasie -> Benvenf Cefuroxim 250 ^{mg} 4x 1stb Dexam. 4x 1stb
6. MRZ 2003 10	Rp Cactin Tr. li Bronchitis
3. PR 2003 10	Rp Amoxycilin 1g und Clavulanzat 1g Hem. abk. Blasen w. Fleischweil -> Phe orbidap.
2. APR. 2003 JUNI 2003	4x für med. Suppl. 6. 6. 03
1	P.



Das Lebensgefühl des Hausarztes heute



Lebensgefühl
mancher
Patienten?



Der Vertrag zwischen Medizin und Gesellschaft wurde beiderseitig verletzt.

Bild Gerhard
Schröder

Warum sollten wir der Politik noch trauen, die den eigenen ökonomischen Vorteil zum letzten Maß aller Rationalität gemacht hat?

Bild Donald Trump

**Würden Sie ihm auch nur einen
Gebrauchtwagen abkaufen?**





Warum sollte uns die Öffentlichkeit vertrauen?

Das Primat des Patientenwohls:

Altruismus trägt zum Vertrauen bei, das zentral ist für die Arzt-Patientenbeziehung.

Vertrauen zwischen Menschen ist implizit und bedarf keiner Begründung.

MICHAELA I. ABDELHAMID
**DIE ÖKONOMISIERUNG
DES VERTRAUENS**
EINE KRITIK GEGENWÄRTIGER
VERTRAUENSBEGRIFFE

Vertrauen in eine Profession muss glaubhaft inszeniert werden oder es wird durch Rechenschaftspflicht ersetzt.

Die Kommunikation von Qualität steht für die Schaffung von Vertrauen.

Steuern oder gesteuert werden?

The Reflective Practitioner

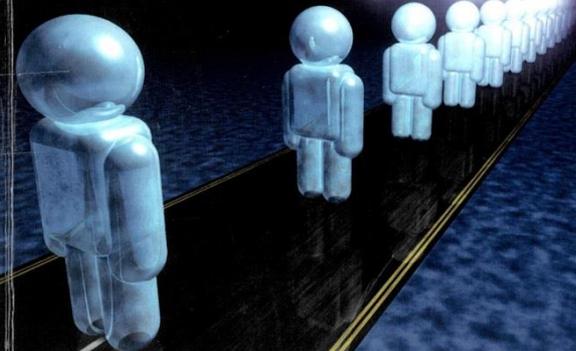
How Professionals
Think in Action

Donald A. Schön

From General Practice
to Primary Care

THE INDUSTRIALIZATION OF FAMILY MEDICINE

Steve Iliffe



Die zentrale Frage:

396 ORIGINALARBEIT / ORIGINAL PAPER

Z Allg Med | 2017; 93 (10)

Wie versorge ich meine Patienten mit ...?

Selbstevaluation als eine Frage der Professionalität

How do I Care for my Patients with ...?

Self-Evaluation as a Question of Professionalism

Thomas Kühlein, Ana Carvalho, Catarina Viegas Dias, David Rodrigues, Daniel Pinto

Hintergrund: Ärzte sollten sich die Frage stellen, ob sie ihre Patienten gut versorgen. Die Qualität ärztlicher Arbeit statistisch zu beschreiben ist jedoch meist ungewohnt. Die grundlegende Frage dabei lautet: „Wie versorge ich meine Patienten mit ...?“, in die ein bestimmtes Gesundheitsproblem einzusetzen wäre. Wir wollten beispielhaft wissen, ob sich diese Art Frage über unser Praxisverwaltungssystem (PVS) für unsere Patientinnen mit Osteoporose beantworten lässt und wie die Antwort auf eine solche Frage ausfällt. Das Beispiel Osteoporose ist dabei zu-

Background: Physicians should want to know how they care for their patients. However, it will be unfamiliar for many to describe the quality of their work statistically. A basic question to ask would be: How do I care for my patients with a certain health condition? We wanted to find out whether we can answer this question for our patients suffering from osteoporosis by means of our electronic health record (EHR). The example of osteoporosis is chosen accidentally. Our intention is not to report a scientific study. Instead we want to call for a discussion of the

Wie versorge ich meine Patienten mit...?

CONTENT - ZIM Zentrum für Informations- und Medizintechnik

Adresse <https://www.content-statistics.org/protected/statistic/global/global.jsp>

CONTENT-ANALYSE-SYSTEM

Aktueller Benutzer: tk

> Analyse starten

Analysetyp:

- 0 Erfassungsquantität und -qualität
- 1 Allgemeine Kennzahlen
- 2 Morbiditätsanalysen
- 3 Pharmakoepidemiologische Analysen
- 4 Indikatoren

Titel:

Beschreibung:

...

Vorselektion

Allgemein:

Geschlecht: Alle männlich weiblich

Zeitraum: von bis

ICPC-Kodierung:

- Keine Auswahl -
- A - Allgemein und unspezifisch
- A01 - Schmerz generalisiert/ an mehreren S
- A02 - Frösteln
- A03 - Fieber
- A04 - Schwäche/ allgemeine Müdigkeit
- A05 - Unwohlsein

Mehrfachauswahl durch Halten der [Strg]-Taste beim Anklicken

Teileselektion

1. Selektion	<input type="text"/>	Legende	<input type="text"/>
2. Selektion	<input type="text"/>	Legende	<input type="text"/>
3. Selektion	<input type="text"/>	Legende	<input type="text"/>
4. Selektion	<input type="text"/>	Legende	<input type="text"/>
5. Selektion	<input type="text"/>	Legende	<input type="text"/>
6. Selektion	<input type="text"/>	Legende	<input type="text"/>
7. Selektion	<input type="text"/>	Legende	<input type="text"/>
8. Selektion	<input type="text"/>	Legende	<input type="text"/>
9. Selektion	<input type="text"/>	Legende	<input type="text"/>
10. Selektion	<input type="text"/>	Legende	<input type="text"/>

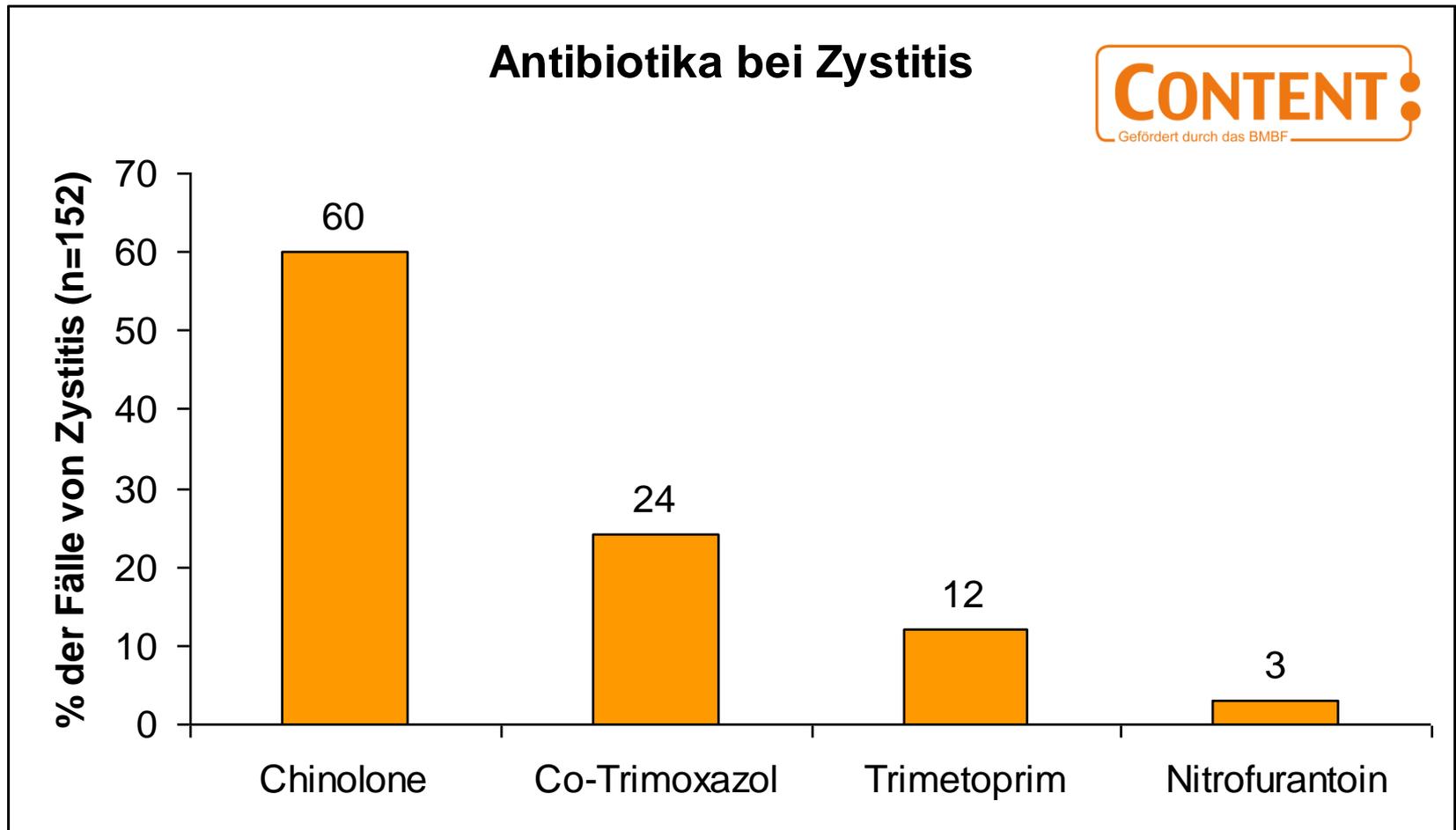
vier Mausklicks

Nutzungsfrequenz:

0



Verordnungswirklichkeit aus CONTENT-Daten

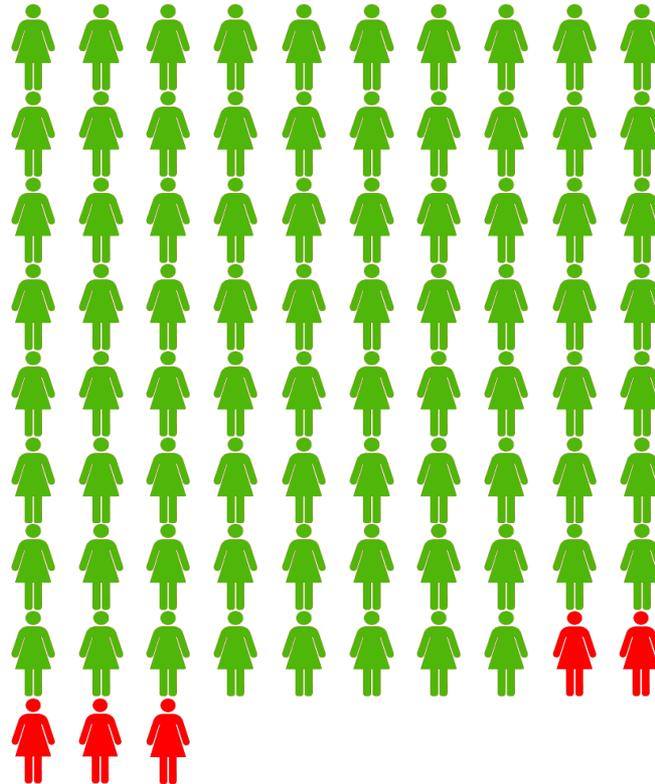


Eigener Versuch

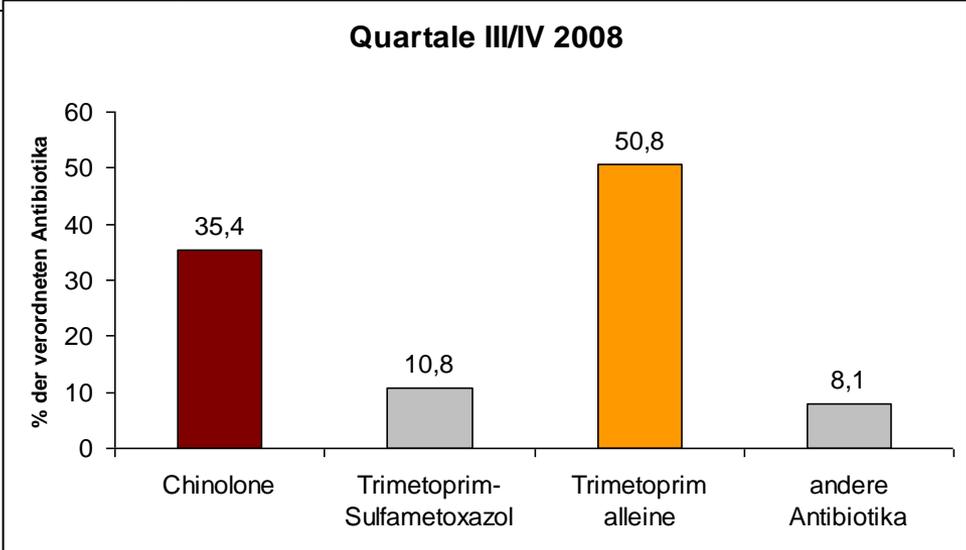
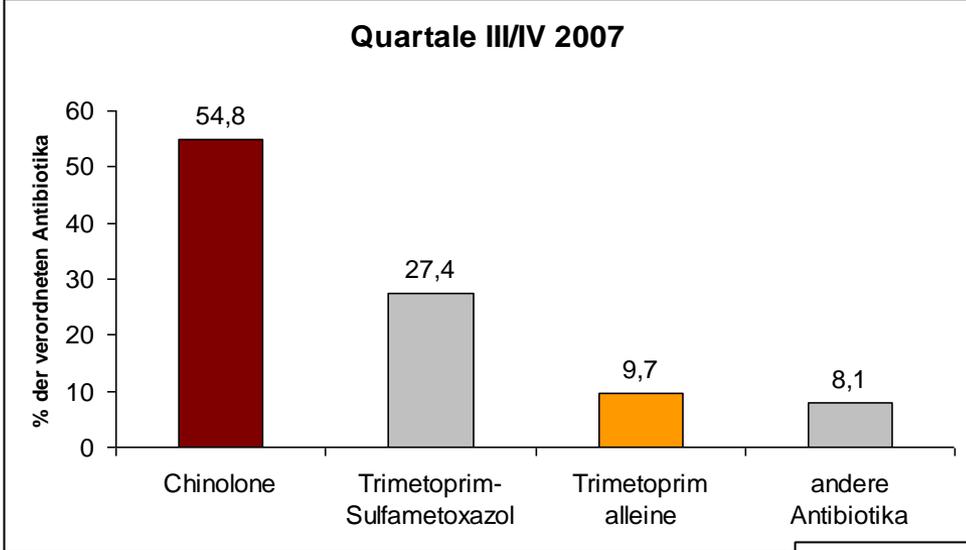
Wie hoch, glauben Sie, war die Erfolgsquote?

Ergebnisse der Datenanalyse:

Erfolgsquote 94%



Reflektiertes Handeln ändert etwas:



**Professionalität =
Qualität sichtbar
machen**



Fazit:

Abbildung und Reflektion und der eigenen Arbeit...

- erlauben die eigene Arbeit selbst zu bewerten und wo nötig, an Verbesserung zu arbeiten
- erlauben die eigene Arbeit und ihre Qualität anderen zu zeigen
- erlauben zu lernen und zu lehren
- erzeugen Vertrauen im Vertrag zwischen Medizin und Gesellschaft
- und:

Thomas Kühlein, Marco Zoller, Heinz Bhend

„Wer die Daten besitzt, hat auch die Macht“ – oder: Warum 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 anerkannt wurde, ihre eigene Arbeit

zeug für Dokumentation, Überweisungen, Einweisungen und Verordnungen, ohne zusätzlichen Aufwand, so genannte 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 finden⁴. 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 Praxisverwaltungssoftware 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 Heidelberg⁵ (www.content-info.org), ein erster Ansatz in diese Richtung. In der Schweiz ist das Projekt FIRE (www.icpc.ch/ → Projekt FIRE) mit ähnlichen Zielen gestartet worden⁶.

Was kann ein Hausarzt selbst mit Daten und Statistiken anfangen?

Auch wenn Statistiken immer nur begrenzte Aspekte der Patient

stand 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 überstandem 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 vermeiden⁹. 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 Etablierung

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.

Korrespondenz:

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

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. Fallverteilung in der Allgemeinmedizin. Fünf-Jahres-Statistik einer Schweizer Allgemeinerkrankungsambulanz. 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, Wisemann 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 entfach. Primary Care 2009;9:325-7
- 7 Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Wie versorge ich meine Patienten mit Rhinosinustitis? – 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 praxisaugliches Werkzeug zur Qualitätsmessung in der Hausarztpraxis – Ein Zyklus der Qualitätsverbesserung am Beispiel „akute unkomplizierte Krebsschmerzen“. 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

MICHAELA I. ABDELHAMID

DIE ÖKONOMISIERUNG DES VERTRAUENS

EINE KRITIK GEGENWÄRTIGER
VERTRAUENSBEGRIFFE

**Wollen wir nur Geld und
Macht?
Ist das Alles?**



Der Arzt nur als Homo Oeconomicus?

**Wenn Geld und Macht die einzige
Anerkennung von Leistung
wären, dann ja .**

**Sind sie aber
nicht**



Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

