

Editorial

König Kunde?

Dr. Susanne Rabady,
Ärztin für Allgemeinmedizin, Windigsteig,
Vizepräsidentin der ÖGAM



Bis vor einigen Jahren noch war es standeswidriges Verhalten von Tierärzten, wenn sie die Besitzer ihrer Patienten als „Kunden“ bezeichneten. Das hat sich gründlich geändert, mit allen Konsequenzen und der zugehörigen Haltungsänderung.

Offenbar steht uns in der Humanmedizin Ähnliches ins Haus.

Laut einer Meldung des renommierten „Guardian Weekly“ ist nun im verstaatlichten englischen Gesundheitssystem ein wesentlicher Schritt in Richtung Supermarkt gelungen: Englische Gesundheitseinrichtungen dürfen aktiv Kunden keilen, z.B. mittels „Celebrities“, die Heilungsraten und niedriges Infektionsrisiko gegen gutes Geld öffentlich preisen.

Vordergründiges Argument dabei ist die Sicherung der Qualität durch Veröffentlichung von Qualitätsparametern.

„Wir hören auf, Patienten zu sein“, beklagt jedoch die Zeitung.

Ein Schlüsselsatz in meinen Augen. In allen staatlichen Gesundheitssystemen ist eine Ausweitung des privaten Sektors zu beobachten und auch bei uns kommt der Druck in Richtung eines steuerfinanzierten Systems anstelle des – evidenzbasiert – erfolgreichen Kassensystems nicht zufällig von Personen und Institutionen, die an privaten Anbietern beteiligt sind.

Patienten werden zu Kunden und davon gibt's bekanntlich gute und schlechte. Gute kosten wenig und zahlen viel, daher werden sie umworben. Kunden

muss man nicht schützen, Patienten aber schon, die befinden sich häufig in Ausnahmesituationen und sind angewiesen auf den wohlwollenden, zugewandten Experten.

In von Nichtärzten geführten oder gemanagten Einrichtungen fehlt die unmittelbare, emotionale Beziehung zum Kunden = Expatienten und die Beziehung zwischen Arzt und Patient wird den üblichen Marktgesetzen unterworfen.

Kunden stellen aber auch Bedingungen, je nach ihrer Finanzkraft und ihrem Anspruchshintergrund. Wenn gezahlt wird, werden Wünsche erfüllt. Für Kunden ist das grundsätzlich erstrebenswert, für Patienten oft aber nicht, wie wir alle wissen.

Diese Entwicklung wird früher oder später auch auf die ärztliche Haltung zurückschlagen.

Wir niedergelassenen Ärzte arbeiten jetzt doch auch freiberuflich. Was ist der Unterschied? Was schützt den kranken Menschen vor Gewinnstreben einzelner Ärzte? Meiner Überzeugung nach ist das sein klarer Status als Patient, der gestützt und bewahrt wird durch das System der Pflichtversicherung, die uns der Existenzangst enthebt und Gewinnstreben minimiert, weil Zahler unserer Leistungen und Gegenstand unserer Zuwendung eben nicht identisch sind. Wir sind geschützt durch unsere ärztliche Haltung, durch unsere Beziehung zum Patienten und durch unsere Ethik.

Qualitätssicherung schaut anders aus; diese Bestrebungen benützen von außen definierte Qualitätsparameter nicht zur Sicherung von Qualität.

Eine Visite beim dänischen Morbiditätsregister

Das Morbiditätsregister in Dänemark wird EPR (Electronic Patient Record) genannt und in diesem werden von Allgemeinmedizinern große Mengen an Patientendaten verwaltet. Um in diesem Bereich Erfahrung zu sammeln, besuchte ich die Research Unit in Odense (Zentrum der Süddänischen Universität). Um auch die praktische Anwendung und Funktionsweise des Morbiditätsregisters zu erleben, stattete ich anschließend einer Allgemeinpraxis in Skodstrup bei Aarhus einen Besuch ab.

Die zentrale Schaltstelle des Morbiditätsregisters in Dänemark befindet sich am Institut für Allgemeinmedizin der Southern University of Denmark. Hier befinden sich im Keller des Institutes auch die entsprechenden Server. Im Rahmen eines ausgiebigen Tagesprogramms wurde mir das Computersystem mit seinen Möglichkeiten und Chancen präsentiert.

Durch die Etablierung dieser Datensammlung, die etwa 1995 begonnen wurde, gibt es die einmalige Möglichkeit, auf eine umfangreiche Gesundheitsstatistik zurückgreifen zu können. Jeder praktische Arzt kodiert gemäß den ICPC-Codes während einer Sitzung mit dem Patienten. Gleichzeitig erhält der kodierende Arzt auch Zugang zum sogenannten Link Portal. Dies ist eine EBM-Datenbank, die laufend aktualisiert wird und somit dem Allgemeinmediziner die Möglichkeit bietet, rasch auf aktuelle Evidenz zurückzugreifen. Ferner bietet dieses Tool auch eine Reihe weiterer Funktionen. Wenn z.B. operative Maßnahmen empfohlen werden, dann können bereits in der Primärversorgung aktuelle Patienteninformationsbögen umgehend ausgedruckt werden. Auch die Organisation eines Spitalplatzes kann vom selben Arbeitsplatz aus durchgeführt werden. Des Weiteren wird der Patient ebenfalls noch während der Sitzung vollständig abgerechnet. Wird eine Arznei benötigt, dann erfolgt die Verschreibung ebenfalls noch in der Sitzung

mit dem Patienten auf elektronische Art und Weise. Hier gibt es dann zwei Möglichkeiten: 1. Der Patient gibt seine Wunschapotheke an und das Rezept wird elektronisch dorthin übermittelt, wodurch das Pharmazeutikum dann schon abholbereit vorliegt. 2. Das Rezept wird ins Apothekennetz gestellt und der Patient kann sich in ganz Dänemark (wo und wann er will) die betreffende Substanz abholen. Dazu benötigt der Patient die sogenannte „Gesundheitskarte“. Auf dieser sind der Name und eine Datenummer des Patienten gespeichert. Die Patienteninformationen (Krankengeschichte, Arzneimittel, Untersuchungen, Überweisungen ...) sind nur in Zusammenhang mit der Nummer von der Apotheke abrufbar. In diesem Fall sind das nur die verordnete Substanz und alle bisher konsumierten Arzneien, damit das System auch gleich Interaktionen feststellen kann. Mit diesem Computersystem kann der Apotheker nur in gerade aktuelle Verschreibungen einsehen – nicht in Diagnosen oder in die ganze Krankengeschichte. Es herrschen verschiedene Benutzerebenen. Die höchste Ebene besitzt der Vertrauenshausarzt und dieser Allgemeinmediziner kann vom Patienten selbst gewählt werden. Auf seinem Ordinationsserver wird auch der komplette Patientenakt gespeichert. Dieser Arzt muss von allen anderen Mitbenutzern umgehend über alle Ergebnisse mittels E-Mail informiert werden. Dadurch kommt es zu einer sinnvollen Bündelung der Daten beim Vertrauensarzt und es können zahlreiche Fehlerquellen eliminiert werden (Medikamentenwechselwirkungen, Doppelverschreibungen, Doppelbefundungen ...). Sollte es z.B. zu Fehlern bei der Medikamentenverschreibung kommen, unter-



Vor der Praxis in Skodstrup mit Dr. Roar Maagaard (r.) und einer Patientin

stützt ein sogenanntes Decision Support System den Vertrauensarzt mit einer entsprechenden Fehlermeldung.

Wird ein Patient ins Krankenhaus überwiesen, muss dieses die nötigen Patienteninfos vom Vertrauensarzt anfordern, der zuvor aber vom Patienten die Zustimmung einholen muss, dass er die Daten auch übertragen darf. Bei positiver Erledigung der Formalitäten erfolgt eine rasche elektronische Übermittlung. So entfallen für den Patienten belastende doppelgleisige Untersuchungen (Blutabnahmen, Röntgenbilder ...). Neben diesem allgemeinen Nutzen für Patient und Arzt kommt es natürlich zu einer gigantischen Generierung von Gesundheitsdaten. In Dänemark wird aktuell ein Diabetes- und Hypertonieprojekt gestartet. Hierbei erfolgt eine strukturierte Auswertung der Gesundheitsstatistiken betreffend Diabetes und Hypertonie. Es werden konkrete epidemiologische Trends erfasst und in der Folge können auf Basis dieser validen Daten gezielte Interventionen gesetzt werden.

Abschließend ist zu sagen, dass ich vom dänischen Gesundheitssystem ziemlich beeindruckt bin. Es ist in sich bestens koordiniert und der Hausarzt übernimmt eine zentrale Rolle. Ferner hat man es geschafft, Daten aus der Primärversorgung in Form eines Morbiditätsregisters zu sammeln. Auch für Österreich wäre ein vergleichbares System unbedingt

erstrebenswert. Durch die Etablierung der Institution des Vertrauensarztes (= Allgemeinmediziner) wurde eine gute Sicherheitsstruktur innerhalb des Systems entwickelt.

Eine weitere Erfahrung, die ich sammeln konnte, ist die, dass das Medium Internet für die meisten Patienten in Dänemark selbstverständlich ist. Auch ältere Patienten nutzen dieses Tool regelmäßig im Rahmen ihres Arztbesuches. Konkret melden sich Patienten oftmals per Internet beim Hausarzt an und vereinbaren online Termine.

Außerdem werden auch sogenannte E-Mail-Konsultationen angeboten. Hier schickt man einfach Fragen an seinen Hausarzt und dieser antwortet ebenfalls auf elektronischem Weg. In Dänemark ist im Arbeitsplan des Arztes ein fixes Zeitfenster eingeplant, wo eben gezielt solche E-Mail-Konsultationen stattfinden können. Diese Form der Kommunikation wird meist auch dann verwendet, wenn Patienten nur ein neues Rezept brauchen. Der Arzt gibt auf die E-Mail-Anforderung hin das neue Rezept online ein und der Patient kann sich die Arznei dann in der Apotheke abholen.

Es ist aber klar, dass solche Leistungen durch die Allgemeinmedizin nur stattfinden können, wenn entsprechende Infrastrukturen vorliegen. Primär sind mehr Zeitressourcen für Allgemeinmediziner erforderlich. Sinnvolle Projekte wie das Morbiditätsregister können nur realisiert werden, wenn dafür Raum im normalen Alltag geschaffen wird. Dies bedeutet auch, dass eine finanzielle Honorierung dieses Aufwands abgegolten werden

muss. Unabdingbar ist auch die Schaffung von weiteren Instituten für Allgemeinmedizin. Derartige Projekte brauchen eine wissenschaftliche Betreuung, um realisiert werden zu können. Derzeit gibt es ja bereits fixe Institute für Allgemeinmedizin in Wien und Salzburg – in Innsbruck und Graz sind sie noch ausständig. Wir von der Jungen Allgemeinmedizin Österreich hoffen darauf, dass auch dort so rasch wie möglich Institute etabliert werden.

Abschließend möchte ich mich nochmals herzlich bei Dr. Henrik Schroll (Leiter der Research Unit in Odense) und Dr. Roar Maagaard (Leiter einer allgemeinmedizinischen Gemeinschaftspraxis in der Nähe von Aarhus) für die umfangreiche Unterstützung bedanken.

Dr. Christian C. Schiller,
JAMÖ, Turnusarzt in Linz,
christian.claus@gmx.at

Kommentar zum Beitrag

Das hier beschriebene Morbiditätsregister aus Dänemark und die Kenntnis seines Potenzials für unsere Disziplin sowie für das Gesundheitssystem in Österreich waren mit ausschlaggebend für die Gründung des Morbiditätsregisters Austria im Jahr 2002. Die Umsetzung des Projekts in Form einer Kooperation der Abteilungen Allgemeinmedizin und Epidemiologie am Zentrum für Public Health und seine Lokalisation an der Abteilung Allgemeinmedizin der Medizinischen Universität Wien wurden durch zwei Forschungsförderungen seitens der Jubiläumsstiftung der Oesterreichischen Nationalbank ermöglicht. Trotz mehrerer Hindernisse wie z.B. der Skepsis gegenüber Kodierungen oder der weitaus strengeren Datenschutzbestimmungen in Österreich konnte sich das Morbiditätsregister fix etablieren und ausweiten. Erste Daten zur Morbidität auf Populationsebene wurden national und international, so z.B. auf dem WONCA-Europa-Kongress 2006 in Florenz, vorgestellt. Die Betreiber hoffen, dass das Register in nächster Zukunft von einem Forschungsprojekt zu einem flächendeckenden Instrument der österreichischen Allgemeinmedizin wird.

Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier, Abteilung Allgemeinmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität Wien

Veranstaltungen

➤ 29.-31. Mai 2008

4. KONGRESS FÜR ALLGEMEINMEDIZIN & INTEGRIERTE GESUNDHEITSVERSORGUNG – PREIS FÜR INNOVATIONEN

Ort: MuseumsQuartier, Arena21, Wien

Preis Ausschreibung:

MACHEN SIE MIT UND GEWINNEN SIE den 2. Österreichischen Preis für Innovationen in der extramuralen Versorgung!

DONATION: 1. Preis: 2.000 Euro / 2. Preis: 1.500 Euro / 3. Preis: 1.000 Euro

Infos:

Wir suchen richtungweisende Projekte in der extramuralen Versorgung! Machen Sie mit und reichen Sie Ihre Projekte ein! Alle Infos finden Sie online unter www.oegam.at.

Der Preis wird unterstützt von



- 8.5.2008 in Klagenfurt
- 12.6.2008 in Eisenstadt und
- 15.10.2008 in Wiener Neustadt

SELBSTHILFEGRUPPE DARMKREBS – „TAGE DER DARMGESUNDHEIT“



Das Redaktionsteam: Dr. Erwin Rebhandl, Dr. Barbara Degn, Dr. Bernhard Fürthauer, Dr. Reinhold Glehr, Univ.-Prof. Dr. Manfred Maier, Dr. Peter Pichler, Dr. Susanne Rabady, Dr. Wolfgang Zillig

ÖGAM-Mitglieder wissen mehr!

Sie haben hohe Qualitätsansprüche und schätzen umfangreiche Information? Dann sind Sie bei uns richtig! Zur ÖGAM-Mitgliedschaft kommen Sie unter www.oegam.at

Für Gesundheitsbewusste: www.mein-arzt.org

Korrespondenzadresse:

ÖGAM-Sekretariat
c/o Wiener Medizinische Akademie
Herr Christian Linzbauer
Alser Straße 4, 1090 Wien
Tel. 01/405 13 83-17
Fax 01/405 13 83-23
office@oegam.at • www.oegam.at

Die ÖGAM-News sind offizielle Nachrichten der Österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

Cognitive Apprenticeship in der Lehrpraxis

Die Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin hat sich in den letzten Jahren nicht nur mit den Lehrinhalten, sondern auch mit den Lehrmethoden der Lehrpraxis auseinandergesetzt. Mit der laufenden Diskussion über die Änderung der Weiterbildungsordnung zum Arzt für Allgemeinmedizin hat die Darstellung geeigneter Methoden in der Lehrpraxis an Bedeutung gewonnen.

Die Notwendigkeit der allgemeinmedizinischen Lehrpraxis ist allgemein anerkannt. Sie ist durch die Besonderheit der Tätigkeit und der Umgebungsbedingungen, die keine direkte Entsprechung im stationären oder spitalsambulanten Bereich haben, begründet.

Ziel der Lehrpraxis ist die Vermittlung vielfältiger Kompetenzen: die flexible Anwendung von medizinischem Wissen, die Fähigkeit des Lösens komplexer Problemstellungen, die Kenntnis und Anwendung strukturierter Diagnose- und Behandlungsmodelle, aber auch von Betreuungsmodellen im Sinne des Chronic-Care-Modells. Unberechtigt geringgeschätzt wird häufig der Erwerb von Führungskompetenz im Sinne des Patientenmanagements nicht nur innerhalb der Praxis, sondern auch im Gesundheitssystem, die Fähigkeit der Führung der Praxismitarbeiter und der wirtschaftlichen Führung der Praxis sowie die Fähigkeit, das persönliche Wissen zeitökonomisch auf dem neuesten Stand zu halten und die in der Praxis anfallenden Daten angemessen zu verwalten bzw. reflektierend zu nützen.

Cognitive Apprenticeship (nach Collins, Brown, Newman) ist eine jener interaktiven Lehr- und Lernmethoden, die – der postgradualen Situation angepasst – in der Lehrpraxis eine wichtige Rolle spielen. Sie stellt vor allem die grundsätzlichen Erkenntnisse in den Vordergrund. Allgemeinen, auf andere Fälle übertragbaren Kompetenzen wird dabei ebenso viel Bedeutung beigemessen wie speziellen krankheitsbezogenen

Inhalten. Ziel ist weiters nicht die Nachahmung einer Tätigkeit, sondern die Fähigkeit, Vorgehensweisen, die bei einem Problem erlebt wurden, auf andere Problemstellungen zu übertragen und dort eigenständig anzuwenden. Bei den in der Regel komplexen Problemstellungen einer allgemeinmedizinischen Praxis kann vorhandenes Wissen nicht in Form einfacher Schemata angewandt werden, sondern muss umstrukturiert und angepasst werden. Mit anderen Worten hat in diesem Modell die Vermittlung einer allgemeinen Strategie zur Bearbeitung von Beratungsanlässen ebenso viel Bedeutung wie die Vermittlung medizinischer Inhalte.

Dem Lernenden wird in einer realen Situation das Vorgehen des Fachexperten vermittelt, wobei ein aus dem Studium und früher absolvierten Praktika resultierendes inhaltliches Grundwissen des Lernenden vorausgesetzt wird. Die Anwendung dieses Wissens wird über ein an die zunehmende Kompetenz des Lernenden angepasstes Stufenmodell trainiert. Lücken im Grundwissen werden im Rahmen der Reflexion aufgedeckt. Der Experte zeigt dem Lernenden dabei nicht nur, wie etwas gemacht wird, sondern setzt sich im reflexiven Teil auch mit den Alternativen, dem Warum und den Grenzen der gezeigten Methode auseinander.

Von Beginn an wird die Komplexität der Fälle berücksichtigt, um nicht die im Rahmen des Studiums häufig notwendige Vereinfachung und Kategorisierung zu einer Barriere für die Wahrnehmung der Vielfalt der Wirklichkeit werden zu lassen. Die Betrachtung der unterschiedlichen Perspektiven eines Patienten, eines Falles, eines Beratungsanlasses wird angeregt. Trotz der unmittelbaren Konfrontation mit Komplexität ist jedoch die Anpassung der Lerninhalte an die Rückmeldungen über die Lernfortschritte wichtiger Teil des Lehrprozesses.

Aufgabe des Lehrenden ist es, dem Lernenden die Relevanz von Inhalten zu



Dr. Reinhold Glehr

vermitteln, ihn dafür zu interessieren und zu motivieren. Weitere Schritte sind Hilfen bei der Bewältigung von Lernprozessen im Sinne von Übungsszenarien, Hinweisen auf entsprechende Literatur oder Ähnliches, wobei die Instruktion zugunsten der Reflexion mit zunehmender Kompetenz immer mehr in den Hintergrund tritt. Eine angemessene Steigerung der Schwierigkeit der Lernziele bzw. der Komplexität der Aufgaben erfordert die wiederholte Einordnung der Lernschritte in ein dem Lernenden verständliches Gesamtkonzept. Der Überblick über die Lernschritte soll dem Lernenden die innere Logik des Lernprozesses verständlich machen und so die Identifikation mit diesem fördern.

Die Vermittlung einer Vielfalt von Inhalten und Kompetenzen ist für die allgemeinmedizinische Lehrpraxis charakteristisch. Der Zeitaufwand für den Lehrenden ist zu Beginn nicht unerheblich und eine produktiv entlastende Mitarbeit des Lehrpraktikanten erst nach einigen Monaten zu erwarten. Die Auseinandersetzung mit der Methodik erhöht die Wahrscheinlichkeit für einen Kompetenzgewinn sowohl auf Seiten des Lernenden als auch auf Seiten des Lehrers. Cognitive Apprenticeship ist ein Stichwort dazu.

Dr. Reinhold Glehr,
Allgemeinmediziner,
Hartberg,
glehr@aon.at