Wie versorge ich meine Patienten mit Rhinosinusitis?
Die CONTENT-Software als Werkzeug für eine praxisinterne klinische Qualitätssteuerung

How do I Care for my Patients with Rhinosinusitis? The Content Software as a Tool for Clinical Governance in General Practice

Zusammenfassung
Praxisinternes Qualitätsmanagement lässt zu- meist den Kernprozess jeder Praxis, die ärzt- liche Versorgung der Patienten, außer Acht. Wir fragten uns, wie eine solche klinische Qualitäts- steuerung aussehen könnte. Der Artikel stellt den klassischen Ablauf des Zyklus der Qualität- verbessierung (auch PDCA- oder Deming-Zyklus) und seiner Werkzeuge am Beispiel der Versor- gung von Patienten mit Rhinosinusitis dar. Er zeigt, dass die Werkzeuge für eine klinische Quali- tätssteuerung in der Hausarztpraxis vorhanden sind. Mit einer nur wenig modifizierten Praxis- software und einem bereitgestellten Analyse- server (CONTENT), lässt sich der praxis eigene Datenpool ohne großen Aufwand zu klinischer Qualitätsarbeit nutzen. Es gibt eine Reihe von Gründen eine solche praxisinterne klinische Quali- tätssteuerung zu betreiben. Alle diese Gründe münden in Etablierung und Erhalt hausärztlicher Professionalität und Freude an der eigenen Ar- beit. CONTENT ist ein praxistaugliches Werkzeug dazu beizutragen.

Abstract
Quality management in general practice in Ger- many mostly neglects the core process of medi- cine, the direct medical care of patients by the doctor. We asked how clinical governance in general practice might look like. This article de- scribes the classic cycle of quality improvement (PDCA-/Deming cycle) and the tools necessary for its completion, using the example of care for patients with rhinosinusitis. It shows that the tools for clinical governance are available. With the help of a slightly modified practice software and an online tool for data analysis (CONTENT), internal clinical governance in general practice is feasible without much extra work. There is a bundle of good reasons why this should be accomplished. All these reasons aim at professionalizing general practice and at establishing sa- tisfaction with the work of a general practitioner. CONTENT is a good tool to achieve this goal.

Zusammenfassung
„Der Körper muss vertikal und ohne Steifheit 0,20 Meter vom Schraubstock entfernt stehen … Die Fußstellung muss einen Winkel von 68° aufwei- sen, mit einer Distanz zwischen den Fersen von 0,25 Meter … Schließlich soll der Rhythmus der Feilenbewegung 70 Stöße pro Minute betragen … Die so erreichte maximale Arbeit ist mindestens doppelt so groß wie die gewöhnliche Leistung der größten Mehrheit der Arbeiter“ J. Amar, Arbeitssphysiologe, in Le moteur humain et les bases scientifiques du travail professionnel, Paris 1914 [1]

„People do not resist change, they resist being changed“ P.R. Scholtes 1988 [2]

Hintergrund
Der bürokratische Aufwand in der Medizin hat erheblich zugenommen. Das Sozialgesetzbuch V (§135a) fordert von den Vertragsärzten die Ein- führung und Weiterentwicklung eines einrich- tungsinternen Qualitätsmanagements. Der ge- meinsame Bundesausschuss sieht als erstes Grundelement eines solchen Qualitätsmanage- ments die „Ausrichtung der Versorgung an fach- lichen Standards und Leitlinien entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Er- kenntnis“ [3]. Die für Hausarztpraxen angebote- nen Qualitätsmanagementsysteme (z.B. EPA, QEP) sparen diesen Punkt jedoch noch weitestge- hend aus. Qualitätsmanagement in Deutschland
Grundstruktur aller Qualitätsarbeit

Der Zyklus der Qualitätsverbesserung

Warum sollte man sich mit klinischer Qualitätssteuerung beschäftigen?

Vermutlich sollte man sich als erstes aus Gründen der Neugier, des Berufsstolzes und der eigenen Professionalität um die Qualität der eigenen Arbeit kümmern. Die meisten Ärzte werden von sich annehmen, dass sie gute Ärzte sind. Warum aber legen sie nicht selbst fest, woran man das erkennt und warum sehen sie nicht nach, ob es auch stimmt?

Eliot Freidson hat 1970 ein anhaltend aktuelles Buch mit dem Titel „Profession of Medicine – A Study of the Sociology of Applied Knowledge“ geschrieben [6]. Er argumentiert dort, dass sich eine Profession von anderen Berufen dadurch unterscheidet, dass ihr von der Gesellschaft das Recht gegeben wurde, ihre eigene Arbeit zu kontrollieren (S.71). Mit anderen Worten, professionelle Arbeit bedeutet, dass man abbildet, sich anschaut und bewertet (evaluiert) was man tut. Dies gilt sowohl für den Einzelnen, wie 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. Ein paar Seiten weiter heißt es: „Die privilegierte Position einer Profession wird von der Gesellschaft gewährt, nicht von ihr erzwungen“ (S.73).

Hausärztliche Arbeit ist zu komplex, um alle ihre Qualitäten allein mit statistischen Mitteln bewerten zu können [7]. Das schließt aber nicht aus, dass man dies in Teilen sehr wohl kann. Es besteht immer die Gefahr, dass diese Teile danach für das Ganze genommen werden. Der beste Schutz davor ist vermutlich, die Darstellung und Evaluation der eigenen Arbeit selbst vorzunehmen.

Der Zyklus der Qualitätsverbesserung als Grundstruktur aller Qualitätsarbeit

Der Zyklus der Qualitätsverbesserung (Abb. 1) besteht, nach der Wahl eines Themas, aus 4 Elementen [8]

- Analyse des Ist-Zustandes
- Evaluation unter Berücksichtigung eines Soll-Zustandes
- Zielbestimmung und Planung der Zielerreichung
- Handeln nach Plan

Der Zeitraum des Handelns nach Plan folgt eine erneute Analyse des Ist-Zustandes.

Analyse des Ist-Zustandes

Der Ist-Zustand, beschreibt den aktuellen Zustand der Versorgung von Patienten mit Rhinosinusitis. Versorgungsqualität hat viele Aspekte. Es steht außer Frage, dass ärztliche Qualität immer nur in Teilaspekten abgebildet werden kann. Aus pragmatischen Erwägungen wollen wir die Fragestellung auf die medikamentöse Versorgung der Rhinosinusitis einschränken und dabei vor allem die Antibiotika betrachten. Die konkrete Frage im Rahmen eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements würde lauten:

Wie versorge ich (medikamentös/antibiotisch) meine Patienten mit der Diagnose Rhinosinusitis?

Die Antwortung obiger Frage, mithilfe einer handelsüblichen Praxissoftware, ist aufwendig. In der Regel lassen die Statistikfunktionen der Softwareprogramme zu, bestimmte Diagnosen über deren ICD-10 Codes zu suchen. Im Falle der Sinusitis be- schränkt sich dies auf wenige Codes. Im Falle komplexerer Krankheitsbilder mit hohem Differenzierungsgrad der Kodierung, kann die Suche sehr viele Codes umfassen. Eine Abfrage auf der Kategorienebene der ICD-10 (dreistellig), mithilfe so genannter „truncation“ (Asterisk, Wildcard) ist normalerweise nicht möglich. Die Kombination der Diagnose mit der Frage,
welche Medikamentengruppen hierbei verordnet wurden, ge-lingt nicht. Die der Diagnose zugehörigen Patienten lassen sich in der Regel identifizieren. Jetzt muss die Kartei jedes einzelnen Patienten aufgerufen, die verordnete Medikation herausgesucht und in eine Datenbank eingetragen werden. Mithilfe der Datenbank ließe sich endlich die gestellte Frage beantworten. Das ganze Verfahren wäre bei Weitem zu kompliziert um praktikabel zu sein [8].

**CONTENT, ein praxistaugliches Werkzeug zur Qualitätsmessung**

Das Akronym CONTENT steht für **CO**ntinuous morbidity registration Epidemiologic NeTwork. Es handelt sich um ein Forschungsprojekt der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg. CONTENT wird durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert. Ziel des Projektes ist eigentlich, ein Morbiditätsregister für den ambulanten hausärztlichen Bereich aufzubauen [11, 12]. Die Software und der Analyseserver können jedoch darüber hinaus als ein ideales Werkzeug für eine klinische Qualitätsteuerung genutzt werden. Die CONTENT-Software beinhaltet zwei grundsätzliche Neuerungen, die Internationale Classification of Primary Care (ICPC) und die Behandlungs episode.

Die ICPC ist eine speziell für die Hausarztmedizin entwickelte Klassifikation [13]. Sie gehört zur Familie der Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Es gibt drei wesentliche Unterschiede zwischen der ICPC und der International Classification of Diseases (ICD). Die ICPC wurde auf der Basis hausärztlicher Daten entwickelt und baut auf den häufigsten Problemen hausärztlicher Patienten auf. Im Gegensatz zur volumnösen ICD, passt die gesamte Klassifikation auf zwei DIN-A4 Seiten. Man kann mit ihr nicht nur die Diagnose, sondern außerdem den Beratungsanlass und den Versorgungsprozess erfassen. Die Erfassung des Beratungsanlasses, obwohl grundsätzlich wichtig, kann für unsere Fragestellung unberücksichtigt bleiben.

Die Dokumentation in Form von Behandlungsepisoden ist ein zur ICPC gehörendes Konzept. Eine Behandlungsepisode beginnt mit dem ersten Kontakt eines Patienten zu seinem Arzt, bezüglich eines bestimmten Gesundheitsproblems und endet mit dem letzten Kontakt, bezüglich dieses selben Problems [13]. Alles was zu diesem Gesundheitsproblem gehört, wird ihm in der Dokumentation auch zugeordnet.

Für CONTENT wurde ein Softwaremodul entwickelt und bisher in zwei Praxisverwaltungsprogrammen umgesetzt (S3/Systec GmbH; Quincy/Frey ADV GmbH). Das Prinzip ist einfach und praktikabel. Man definiert mithilfe der ICPC ein Gesundheitsproblem als Episodentitel in einer Liste. Solange dieses Problem in der Liste markiert ist, werden ihm alle Einträge in die elektronische Karteikarte (Anamnese, Befund, Diagnose, Verordnungen, Überweisungen ...) automatisch zugeordnet. Der Vorteil im Moment der Konsultation ist, dass man sich per Mausklick nur noch die dem gewählten Problem zugehörige Information anzeigen lassen kann. Man gewinnt augenblicklich einen besseren Überblick über den vorliegenden Krankheitsfall und damit ein besseres Verständnis.

Der zweite und entscheidende Vorteil liegt in der verbesserten Auswertbarkeit der in der Praxissroutine entstehenden Daten. Durch die Art der Eingabe sind die Daten eindeutig einem bestimmten Gesundheitsproblem zugeordnet. Diese Zuordnung kann nur der behandelnde Arzt vornehmen. Die für die Hausarztmedizin typische Gleichzeitigkeit der Behandlung mehrerer Probleme und die durch die Logik der Abrechnung bestimmte Struktur der Dokumentation machten bisher einen großen Teil der Schwierigkeit der Auswertung von Routinedaten aus. In CONTENT werden die Daten quartalsweise pseudonymisiert, extrahiert und an eine zentrale Datenbank am Universitätsklinikum Heidelberg weitergeleitet. Auf diese Datenbank greift ein Analyseserver zu, der vorgefertigte, aber auch individuell gestaltbare Abfragen an die eigenen Praxisdaten zulässt (Abb. 2). Die teilnehmenden Ärzte können jederzeit über das Internet Fragen an ihre eigenen Daten stellen.

Eine der dort möglichen Abfragen entspricht genau der eingangs gestellten Frage: „Wie versorge ich meine Patienten mit …?“. In die Frage einzusetzen, ist jeder Code der ICPC. Die Antwort wird dabei ausschließlich Episoden mit dem gewählten Code entnommen. Jedes Medikament wird pro Episodendurchschnitt analysiert. Jedes Medikament wird pro Episode nur einmal gezählt und als Prozentanteil aller solchen Episoden angegeben. Die verordneten Medikamente werden entsprechend der pharmakologischen Hauptgruppe der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen Klassifikation (ATC-Klassifikation) der WHO dargestellt.

Die konkrete Frage, die wir Eingangs gestellt hatten, war, „Wie versorge ich meine Patienten mit Rhinosinusitis (ICPC-Code R75)?“. Wir beantworten hier die Frage für alle aktuellen CONTENT-Praxen zusammen (n=30; zusammen 230 Episoden = 100%) (siehe Abb. 3).

Es erhalten danach knapp 65% der Patienten mit Rhinosinusitis ein Antibiotikum. Im Einzelnen erhielten 32,6% der Patienten Makrolide, 10,9% Betalactam-Antibiotika und Penicilline, 8,3% Chinolone, 7,4% andere Betalactam-Antibiotika und 5,7% Tetrazykline. Diese Abfrage ist nach Aufruf des Analyseservers im Internet mit genau 4 Mausklicks erstellt. Bei den in der Auswertung enthaltenen Medikamenten wie beispielsweise Angiotensin-II-Antagonisten oder Antipsychotika handelt es sich um Einzelfälle ohne unvermeidlichen Fehlzuordnungen.
Evaluation des Ist-Zustandes unter Berücksichtigung eines Sollzustandes

Leitlinien können als Versuch gesehen werden, für eine Mehrheit der Patienten orientierend einen Soll-Zustand der Versorgung zu beschreiben. Der Begriff Soll-Zustand löst in einem von großen individuellen Unterschieden geprägten Feld wie der Hausarztpraxis häufig Widerstand aus. Es handelt sich um einen Terminus Technicus des Qualitätsmanagements. Der Soll-Zustand, auch in Form einer Leitlinie bleibt zunächst ein auf theoretischem Basis entworfenes Konstrukt, dessen Umsetzbarkeit in die Wirklichkeit erst noch in Frage steht. Soll-Zustände können in aller Regel nicht zu 100 % erfüllt werden. DEGAM-Leitlinien werden in erster Linie von Hausärzten gemacht und sind Teil professioneller ärztlicher Selbstkontrolle. Merkwürdigerweise scheinen sie oft als Therapiefreiheit einschränkende, fremde Vorgabe empfunden zu werden.

Im Fall der Rhinosinusitis konnte man die bisherigen Therapieempfehlungen in ihrer Widersprüchlichkeit kaum anders als chaotisch bezeichnen. Die Empfehlungen reichten von Antibiotikum als „Therapie der Wahl“, bis zu Antibiotika „nur in seltenen Fällen“ [14]. Demnach kann der gefundene Ist-Zustand der Versorgung kaum als vom Soll abweichend bezeichnet werden. Es gab kein einheitliches Soll.

Auf dem Kongress 2007 der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wurde die neue hausärztliche Leitlinie Nr. 10 „Rhinosinusitis“ vorgestellt [9]. Sie ist inzwischen kostenlos online zur Verfügung gestellt (www.degam.de). Diese Leitlinie kommt zu dem Schluss, dass Antibiotika nur in ausgewählten Fällen verordnet werden sollten. Seit Mitte 2007 gibt es eine neue Version der Leitlinie „Rhinosinusitis“ der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie [10]. Sie rät ebenfalls für die meisten Fälle von Rhinosinusitis von der Gabe von Antibiotika ab. Dabei widerspricht sie ihrer eigenen Vorgängerin [15] diametral. Nicht die Korrektur der Empfehlung ist dabei eindeutig, sondern die Latenz von 10 Jahren, bis sich qualitativ hochwertige Studienergebnisse [16] in Leitlinien niederschlagen. An der neuen HNO-Leitlinie waren auch hausärztliche Experten maßgeblich beteiligt.

Eine Evaluation des in den CONTENT-Daten gefundenen Ist-Zustandes der Versorgung von Patienten mit Rhinosinusitis, würde, angenommen der Befund entspreche dem der eigenen Praxis, den Schluss nahe legen, dass die Zahl der Antibiotikaverordnungen reduziert werden sollte. Beiden genannten Leitlinien gemeins ist die Empfehlung, für die wenigen Fälle bei denen doch einmal Antibiotika eingesetzt werden sollten, Amoxicillin zu verwenden.

Zielfestlegung

Das Ziel wird am besten von dem festgelegt, der es erreichen will. Dabei ist zu bedenken, dass Annäherungen an 100%- oder 0%-Lösungen in der Regel unrealistisch sind und zu Frustration führen. Vor allem aber sind sie meist medizinisch nicht sinnvoll. Bei der Rhinosinusitis sieht auch die Leitlinie in einigen Fällen eine Indikation für Antibiotika. Durch die langjährige Verordnung von Antibiotika bei bestimmten Krankheitsbildern kommt es zudem zu Erziehungseffekten und damit zu Erwartungshaltungen seitens der Patienten [17]. Diese können allzu ehrgeizigen Zielen im Weg stehen.

Die Zielfestlegung für die einzelne, eigene Praxis bleibt zunächst willkürlich. Es fehlt die Erfahrung mit der tatsächlichen Erreichbarkeit von Zielen. Diese Erreichbarkeit dürfte auch, je nach Temperament und Stil des Arztes, unterschiedlich sein [18]. Der Ausgangswert war 65% Antibiotikaverordnungen bei Rhinosinusitis. Legen wir also willkürlich fest, zunächst einen Wert von 45% erreichen zu wollen.

Ein zweites Ziel wäre die Eingrenzung der Antibiotikaverordnungen auf das von den Leitlinien empfohlene Medikament, Amoxicillin. Legen wir fest, dass in unserer Praxis mindestens 75% der Patienten, die in Zukunft wegen Rhinosinusitis ein Antibiotikum erhalten, Amoxicillin erhalten sollen.
Jetzt fehlt nur noch der Zeitraum, um dieses Ziel zu erreichen. Der Zeitraum sollte so gewählt werden, dass eine Veränderung auch sichtbar werden kann. Die Rhinosinusitis ist eine häufige Diagnose in der Allgemeinmedizin. In der CONTENT-Datenbank zeigt sich eine Häufigkeit von 56,2 Fällen/1000 Patienten in der Jahreskontaktgruppe 2007. Die Jahreskontaktgruppe ist eine Annäherung an die Zahl der Patienten, die von einer Praxis behandelt werden, einschließlich derjenigen, die sich dieser Praxis zugehörig fühlen, sie aber zum Beispiel aufgrund erfreulicher Gesundheit nicht aufsuchten [19]. Legen wir einen Zeitraum von einem halben Jahr fest. Bis dahin wäre in einer Praxis mit einer Scheinzahl von etwa 1000 Patienten die Versorgung von etwa 25–30 Patienten mit Rhinosinusitis zur erwarten. Diese Zahl könnte genügen, um eine stattgefundene Änderung der Therapie sichtbar zu machen.

**Handeln nach Plan**

Es stellt sich die Frage, wie, das heißt mit welchen Mitteln, das gesteckte Ziel erreicht werden soll. Grundsätzlich können hier als Beispiele Verfahrensbeschreibungen, strukturelle Veränderungen, Computer-Reminder, Benennung von Verantwortlichen und einiges mehr genannt werden. Im Falle der medikamentösen Versorgung von Patienten mit Rhinosinusitis ist der Verantwortliche der Arzt. Als Mittel zur Zieleinhaltung mag zunächst die Kenntnis der neuen Leitlinie und der Wunsch „das Richtige zu tun“ genügen. Ein halbes Jahr wird nun versucht, so konsequent wie möglich, aber unter Abwägung der Bedürfnisse der individuellen Patienten, die eigenen Ziele zu erreichen. Das Handeln wird in der Praxissoftware in Episodenform dokumentiert.

**Erneute Analyse des Ist-Zustandes**

Nach einem halben Jahr braucht man nur den Analyseserver aufzurufen und ihn mit 4 erneuten Mausklicks befragen, was sich geändert hat. Für die Abfrage muss zusätzlich der Analysezeitraum auf das vergangene halbe Jahr eingegrenzt werden. Das Ergebnis kann jetzt, angesichts der Zellulotie und der Zielsetzung, erneut evaluiert werden. Die erste Schleife eines klassischen Zyklus der Qualitätsverbesserung ist beendet. Je nach Grad der Zieleinhaltung und Bewertung des Ergebnisses, können höhere oder neue Ziele gesetzt und Pläne geändert werden. Der nächste Zyklus der Qualitätsverbesserung kann beginnen. Die Erkenntnisse aus der praktischen Anwendung der Leitlinie sollten wiederum deren nächste Version beeinflussen können.

**Diskussion**

Die CONTENT-Software und der bereitgestellte Analyseserver ermöglichen, ohne großen Zusatzaufwand für die praktisch täglichen Ärztin/Arzt, eine klinische Qualitätssteuerung in Form klassischer Zyklus der Qualitätsverbesserung. Wir kommen auf die Frage zurück, wozu sich Hausärzte mit so etwas beschäftigen sollten. Sieht man sich in der eigenen Praxis um und hört die Kollegen, scheint einem die Lage nicht anders als defensiv und oft auch beinahe depressiv zu sein. Der Druck auf die Praxen lässt nicht nach. Daran ändern auch die mehr oder minder willige Verordnung von Generika, die Teilnahme an den DMPs, Qualitätsmanagement und viele andere Anpassungen an die sich beständig verändernde Situation nichts. Nach einer Phase großer biomediizinischer Erfolge hat sich das Verhältnis von Spreu zu Weizen im Rahmen medizinischer Neuerungen deutlich verschlechtert [20]. Die Spreu verschlingt trotz aller Anstrengungen immer mehr Ressourcen. Die große, immer schon schwierige Aufgabe, das Richtige zu tun, ist immer schwieriger geworden. Es genügt nicht mehr, sich auf „seinen alten Lehrer Sauerkrebs“ zu berufen. Mit pathophysiologischen und biochemischen Erklärungsnoten lässt sich wunderbar argumentieren und fast alles begründen. Die DEGAM hat, vor allem in Person engagierter hausärztlicher Kollegen, als wichtigen ersten Schritt der Professionalisierung Leitlinien entwickelt, die nach den Kriterien evidenzbasierter Medizin versuchen, differenzierte Sollzustände für das Vorgehen bei einzelnen Beratungsanlässen und Krankheitsbildern zu beschreiben. Leitlinien werden häufig als Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit empfunden. Warum eigentlich? Was ist denn der Unterschied zu den früheren Lehrbüchern, außer, dass Leitlinien aktueller, praxisorientierter, fachspezifischer und in ihrer Entstehung transparenter sind? An der Entwicklung dieser Leitlinien sind weder Krankenkassen, noch die Politik beteiligt. Der zweite auch noch ausstehende Schritt zur Professionalisierung wäre jetzt die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen unter Berücksichtigung der Individualität einzelner Patienten. Was noch aussteht, ist also der Nachweis der tatsächlichen Umsetzbarkeit und die innerfachliche Diskussion darum. Wer außer den Mitgliedern der DEGAM sollte in der allgemeinen Defensive noch Kraft und Neugier aufbringen, diesen nächsten Schritt der Professionalisierung anzuzeigen. Es ist eine hausärztliche Kernaufgabe, die Patienten vor unnötiger Diagnostik und Therapie zu bewahren. Die Einsparung von Kosten ist ein daraus folgender, zweitrangiger aber erfreulicher Nebeneffekt. Was man aber nicht sichtbar macht, darüber kann man nicht diskutieren. Damit kann man nicht wuchern, wenn man gut ist und das kann man nicht verbessern, wenn es nicht so gut ist. Mit dem CONTENT-Modul, dem Analyseserver und dem beispielhaft in diesem Artikel beschriebenen Zyklus der klinischen Qualitätssteuerung ließe sich einiges davon ohne großen Zusatzaufwand erreichen. Das CONTENT-Modul gibt es bisher nur über zwei Praxisverwaltungssysteme. Diese Beschränkung ließe sich sicher ausweiten, wenn hausärztlicherweise so genügend Interesse dafür bestünde. Es geht darum die Initiative wieder zu gewinnen, um Freude und Motivation in unserem Beruf zu erhalten.

Die Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien der DEGAM über ein praxisinternes klinisches Qualitätsmanagement ist ein Kernelement hausärztlicher Professionalisierung. Um über ihre tatsächliche Umsetzbarkeit lustvoll streiten zu können, wäre es hilfreich, klinische Versorgung in der Hausarztpraxis sichtbar zu machen. CONTENT bietet ein praxistaugliches Werkzeug dafür.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

**Literatur**

1. Sarasin P. Die Rationalisierung des Körpers – Über „Scientific management“ und „biologische Rationalisierung“. In: Jetzmann M, Hrsg. Obsessionen – Beherrschende Gedanken im wissenschaftlichen Zeitalter. Frankfurt a. M.: Suhrkamp; 1995: 78–115
2. Hearnshaw H, Baker R. Overcoming obstacles to changes. In: Baker R, Hearnshaw H, Robertson N, Eds. Implementing change with clinical audit. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.; 1999: 57–67
3. Gemeinsamer Bundesausschuss. Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung. Bundesanzeiger 2005; 248: 17–329

Kuehlein T et al. Wie versorge ich meine Patienten ... Z Allg Med 2008; 84: 510–515
Kühlein T et al. Wie versorge ich meine Patienten... Z Allg Med 2008; 84: 510–515

4 Implementing Change with Clinical Audit. 1. ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 1999
5 Clinical Governance in Primary Care. 2. ed. Oxford/San Francisco: Radcliffe Medical Press 2004
6 Freidson E. Profession of Medicine – A Study of the Sociology of Applied Knowledge. Chicago: The University of Chicago Press; 1970
7 Sweeney K. Complexity in Primary Care. Abingdon: Radcliffe Publishing Ltd.; 2006
8 Kühlein T. Vom Zirkel zum Zyklus - Evaluation in der Qualitätszirkelarbeit. Z Allg Med 2005; 81: 18–23
9 Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin Hrsg. Rhinosinusitis, DEGAM – Leitlinie Nr. 10. Düsseldorf: omikron publishing; 2008
10 Stuck BA, Bachert C, Federspiel P, et al. Leitlinie Rhinosinusitis der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 017/049, Entwicklungsstufe 2, Stand 5/2007. 2007. www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll/082-001.htm Online-Zugriff am 6.3.2008
11 Kühlein T, Laux G, Gutscher A, et al. Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis – Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. München: Urban und Vogel; 2008
12 Laux G, Koerner T, Rosemann T, et al. The content project: a problem-oriented, episode-based electronic patient record in primary care. Inform Prim Care 2005; 13: 249–255
13 International Classification of Primary Care, ICPC-2-R. Oxford University Press 2005
14 Kühlein T, Hermann K, Rosemann T, et al. Nicht rationale Empfehlungen zur Therapie der akuten Rhinosinusitis – warum wir dringend eine DEGAM-Leitlinie brauchen. Ein pragmatischer Review. Z Allg Med 2007; 83: 397–404
15 Dr.Ges. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde. Antibiotikatherapie der Infektionen an Kopf und Hals. AWMF, Hrsg. 2003 http://leitlinien.net/ Online-Zugriff am 6.3.2008
16 van Buchem FL, Knottenbus JA, Schrijnemaekers VJ, et al. Primary-care-based randomised placebo-controlled trial of antibiotic treatment in acute maxillary sinusitis. Lancet 1997; 349: 683–687
17 Little P, Gould C, Williamson I, et al. Reattendance and complications in a randomised trial of prescribing strategies for sore throat: the medicalising effect of prescribing antibiotics. BMJ 1997; 315: 350–352
18 Donner-Banzhoff N. Eine kleine ärztliche Typenlehre oder: Das Paradoxon des Doktor Asher. Z Allg Med 2003; 79: 10–13
19 Szecsenyi J, Engelhardt N, Wessel M, et al. Eine Methode zur Bestimmung des Denominators in Allgemeinpraxen - Ergebnisse einer Pilotstudie. Gesundheitswesen 1993; 55 (Sonnerheft 1): 32–36
20 Le Fanu J. The Rise and Fall of Modern Medicine. New York: Carroll and Graf Publishers; 2002

Zur Person

Dr. med. Thomas Kühlein,
Facharzt für Allgemeinmedizin
46 Jahre alt; 10 Jahre lang niedergelassener Hausarzt in fachübergreifender Gemeinschaftspraxis in Bad Staffeln/ Oberfranken. In dieser Zeit auch Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer. Seit Juli 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg; Projektleiter CONTENT (www.content-info.org). Weiterhin an zwei Tagen die Woche hausärztliche Tätigkeit und Notdienste am Wochenende; verheiratet, drei Kinder, von denen die älteste gerade mit dem Medizinstudium begonnen hat.