

Kühlein T, Carvalho A, Viegas Dias C, Rodrigues D, Pinto. Wie versorge ich meine Patienten mit ...? Z Allg Med 2017; 93: 396–401

Maun A. Primarwärtsqualität – ein System zur Qualitätsverbesserung in der schwedischen Allgemeinmedizin. Z Allg Med 2017; 93: 402–6

Hummers E. Schweden gegen Deutschland 1:0. Z Allg Med 2017; 93: 407–9

Leserbrief von Dr. Armin Mainz

Ich bin den Autoren sehr dankbar, dass sie sich mit einem wichtigen Thema, der systematischen Reflexion des eigenen hausärztlichen Handelns inkl. der daraus zu ziehenden Konsequenzen, auseinandersetzen. Sie beklagen, dass dieses Vorgehen mit einem entsprechenden Aufwand verbunden und daher in Deutschland unterwickelt sei. Ich möchte zunächst darauf aufmerksam machen, dass dieses Phänomen nicht nur auf der primärmedizinischen Ebene zu verorten ist. Auf den Ebenen der Sekundär- und Tertiärversorgung wird es nicht viel anders und angesichts der dort angewandten massiveren Maßnahmen für die Patienten nicht viel schmerzärmer zugehen. Zumal es vermutlich immer noch gelten dürfte, dass ungefähr nur 30 % aller medizinischen Aktivitäten nachgewiesenermaßen nutzen.

Im Gegensatz zum schwedischen Modell gibt es in Deutschland bisher nur einzelne, mehr oder weniger erfolgreiche Insel-Projekte mit „selbstreflexiv“ handelnden Praxisteamen. Das Angebot an gut nutzbaren Instrumenten, die bei dieser Selbstreflexion über die **Inhalte** der Versorgung behilflich sein können, ist jedoch auch in Deutschland nicht einmal so schlecht und technisch bereits gut umsetzbar: Von den Hausärzten mitentwickelte, wissenschaftlich fundierte Qualitätsindikatoren („QISA“), Pharmakotherapie-Qualitätszirkel mit Verordnungsanalysen, DMP-Rückmeldeschleifen, Beratungsmodule in „arriba“ mit dokumentierten Entscheidungsprozessen und vor allem das umfassende Qualitätsmanagementsystem „Europäisches Praxisassessment (EPA)“, das edukativ neben den oben genannten Elementen auch moderne Standards (Leitlinien) bei der Patientenversorgung einfordert. Damit stehen schon jetzt genü-

gend Werkzeuge zur Verfügung, um mit Transparenz, Wissenschaftlichkeit und Qualität zu punkten und eine hochwertige primärmedizinische Versorgung zu entwickeln.

Der **alleinige** Appell an die Eigeninitiative der Praxen ist m.E. allerdings zu wenig. Ohne eine Institutionalisierung, ohne eine Veränderung auf der Systemebene wird es nicht gehen. Selbstverständlich müsste gleichzeitig eine adäquate Würdigung des Aufwands etabliert werden. Also: Worauf warten wir noch?

Interessenkonflikte: Armin Mainz erhält bzw. erhielt in den letzten drei Jahren Honorare, weil er an Expertenrunden für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren teilnahm, Qualitätszirkel moderierte sowie DMP-Fortbildungen und EPA-Visitationen durchführt. Er ist im Aufsichtsrat der „arriba“-Genossenschaft und im Vorstand des Vereins „Stiftung Praxissiegel“ vertreten.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Armin Mainz
Hausarzt
Am Berndorfer Tor 5
34497 Korbach
dialog@praxis-korbach.de

Leserbrief von Dr. Günther Egidi

Ich verstehe und teile die Einschätzung der Autor/innen der drei Artikel, dass die Situation bei der Verwendbarkeit der Praxisverwaltungssysteme für epidemiologische wie auch für Qualitätsmessungen maximal unbefriedigend ist. Wie in etlichen anderen Bereichen kapitalistischer Wirtschaft (z.B. Autokonzern beim Dieselskandal) gibt es auch bei den Anbietern von Praxisverwaltungs-

systemen kartellartige Strukturen, die außerordentlich resistent sind gegenüber Bemühungen für sinnvolle Innovationen (Exportierbarkeit der Daten für wissenschaftliche Zwecke, automatisierte Verknüpfung von Rezepten mit Laborkontrollen, Einbindung von Hausarztverträgen etc.).

Ich habe allerdings erhebliche Zweifel daran, ob es, wie Eva Hummers es in ihrem begleitenden Editorial schreibt, wirklich 1:0 steht beim Vergleich Schweden gegen Deutschland.

Wenn ich mir die von Andy Maun in seinem Bericht zur schwedischen Allgemeinmedizin dargestellten 13 der 82 Qualitätsindikatoren ansehe, graust es mich teilweise: 8 dieser 13 Qualitätsindikatoren sehe ich erheblich kritisch:

- Anteil an Patienten mit Diabetes mit $HbA_{1c} < 6,9\%$ bzw. $< 52\text{ mmol/mol}$: Die Rationale für den Nutzen dieses Indikators würde mich interessieren. Meines Wissens existiert keine einzige randomisierte Studie, die den Nutzen einer Senkung des $HbA_{1c} < 7,0\%$ belegt hätte [1].
- Anteil der Patienten mit Vorhofflimmern mit $ChA_2D_2\text{Vasc-Score} > 2$, die antikoaguliert werden: Ein $ChA_2D_2\text{Vasc-Score} 3$ prädiziert ein Risiko von 16 %/5 Jahren für einen embolischen Schlaganfall [2]. Bei einem HAS-BLED-Score von 3 Punkten läge das Risiko für eine größere Blutung darüber [3]. Die Punktzahl in beiden Scores steigt oft parallel mit dem Alter. Wo bleiben hier die gemeinsame Entscheidungsfindung, wo die Patientenautonomie bei einer sehr weit reichenden Entscheidung?
- Anteil KHK-Patienten, die mit einem Betablocker behandelt werden: Meines Wissens beschränkt sich der spezifische Nutzen einer Betablocker-Behandlung auf die ersten ein bis zwei Jahre nach einem Herzinfarkt und ist ansonsten nur bei begleitender Hypertonie oder Herzinsuffizienz nützlich [4].

- Anteil der Patienten mit TIA/ischämischen Schlaganfall mit Statin-Behandlung: Der Nutzen einer Statin-Behandlung nach Schlaganfall zur Verhinderung eines neuen Ereignisses ist marginal. In der SPARCL-Studie [5] lag die ARR zur Verhinderung eines Re-Insultes selbst unter hoch dosiertem Atorvastatin nur bei 1,9 % entsprechend einer NNT von 53 in 5 Jahren.
- Anteil der Patienten u.a. mit Demenz, Depression und Schizophrenie [6], bei denen eine Nikotinentwöhnung durchgeführt wurde: Gerade bei den o.a. Erkrankungen kann ein Nikotinentzug mit schweren unerwünschten Wirkungen verbunden sein.
- Drei Qualitätsindikatoren zielen auf eine Erhöhung der Kontaktfrequenz bei chronisch kranken und/oder multimorbiden Patienten: Dies ist sicherlich im dünn besiedelten Schweden mit einem völlig anders strukturierten Versorgungssystem und einer erheblich niedrigeren Dichte an Arzt- und Patient-Kontakten ein sinnvolles Ziel. In Deutschland leiden gerade die Hausarztpraxen an einer zu hohen Kontaktdichte [7].

Zusammengefasst: In Schweden kann zwar besser gemessen werden, aber ob das, was hier dargestellt wird, tatsächlich die Qualität der hausärztlichen Arbeit darstellt, darf getrost hinterfragt werden. Und zugleich stellt sich die Frage, ob die in den vorgestellten Qualitätsindikatoren zum Ausdruck kommende Orientierung auf Outcome-Indikatoren möglicherweise mit dem zentral gesteuerten Gesundheitswesen Schwedens zu tun haben könnte.

Aber auch hinsichtlich der von Thomas Kühlein am Beispiel der Osteoporose vorgeschlagenen Indikatoren stellen sich mir etliche Fragen:

- Kühlein schlägt u.a. die Verordnung eines Osteoporose-Medikamentes als Qualitätsindikator vor. Ich finde diesen Indikator aus mehreren Gründen problematisch: Er berücksichtigt nicht den autonomen Willen und eine ggfs. vorhandene Komorbidität und Komedikation. Hinzu kommt, dass es mit zunehmender Dauer einer – in der Regel aus Kostengründen zu bevorzugenden – Behandlung mit Bisphosphonaten gehäuft zu atypischen Femurfrakturen [8] und möglicherweise auch zu gastrointestinalen Malignomen [9] kommen kann. Darum werden verantwor-

tungsbewusste Hausärztinnen und Hausärzte den Einsatz von Alendronat zeitlich begrenzen. Dies wiederum steht einer Suchbarkeit des Indikators in der Praxis-Software entgegen.

- Vorschriften der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) verhindern es, Dauerdiagnosen mit den Buchstaben V für „Verdacht auf“ und A für „Ausschluss von“ zu versehen – eine Quartalsabrechnung ist dann nicht möglich. Diese Vorgabe erzwingt es, Umwege zu gehen, um dennoch die Behandlungsqualität zu dokumentieren. Formal nicht ganz korrekt setzen wir in unserer Praxis einfach den Buchstaben Z für „Zustand nach“ und erläutern im optionalen Feld der Diagnosemaske Zeilen wie „Ein Gespräch über das Osteoporose-Risiko fand statt – die Patientin entschied sich gegen eine Diagnostik“ oder „Osteoporose im Jahr 2016 per DXA ausgeschlossen“.
- Kühlein übernimmt die m.E. zu hinterfragende Definition einer Osteoporose durch die WHO, die sich allein an der Knochendichtemessung orientiert. Ein Vorgehen unter Einbezug diverser Zusatzrisiken (Alter, Geschlecht, Medikation, Raucherstatus, Hormonstörungen etc.) scheint hier valider [10].
- Kühlein fordert, dass eine Osteoporose, die bereits zu einer Fraktur geführt hat, gesondert als „Schwere Osteoporose“ kodiert werden solle. Diese Forderung nach spezifischerer Kodierung nach ICD verwundert bei einem Autor, der so große Verdienste um die Entwicklung einer eigenen hausärztlichen Erkrankungs-Kodierung erworben hat wie Thomas Kühlein [11]. Mir scheint es für das hausärztliche Setting ausreichend, überhaupt an eine Osteoporose gedacht und im Fall ihrer diagnostischen Sicherung sie auch kodiert zu haben – *keep it simple*.

Zusammenfassend scheint mir auch der von Thomas Kühlein verfolgte Ansatz nicht erfolgversprechend zu sein für die Untersuchung der Behandlungsqualität hinsichtlich des Themas Osteoporose.

Beide in der ZFA veröffentlichte Untersuchungen haben gemein, dass sie wesentlich auf Outcome-Indikatoren abheben. (Möglicherweise haben systematische externe Beschäftigungen mit hausärztlicher Behandlungsqualität sogar eine Eigendynamik in dem Sinn, dass eher deshalb auf Outcome-Messun-

gen fokussiert wird, weil diese Parameter einfacher zu erheben sind und vordergründig sicherer für Qualität zu stehen scheinen). Diese kollidieren aber systematisch mit der für die hausärztliche Tätigkeit essenziellen Individualisierung der Therapie: Wenn sich eine Patientin nicht mit dem Thema Osteoporose beschäftigen möchte, wenn DXA-Messung und/oder Bisphosphonat-Behandlung einfach nicht zu ihr passen, würde ein negatives Resultat nach durchgeführten Osteodensitometrien oder Alendronat-Verordnungen eine schlechte Behandlungsqualität suggerieren, wo sie vielleicht überhaupt nicht schlecht ist.

In der Konsequenz plädiere ich dafür, dass wir uns im hausärztlichen Bereich vorrangig auf Prozess-Indikatoren konzentrieren. Der Erkenntnis folgend, dass es im Bereich von Erkennung und Behandlung einer Osteoporose in Deutschland eine Unterversorgung gibt [12], schlage ich den Qualitätsindikator vor: Anteil aller über 70-jährigen Patientinnen einer Praxis, im Gespräch mit denen das Thema Osteoporose besprochen worden und denen bei erhöhtem Basisrisiko und prinzipieller Therapiebereitschaft die Überweisung zur DXA zu Lasten der GKV angeboten worden war. Ich schlage vor, das Ergebnis wie oben beschrieben entweder als gesicherte Osteoporose oder als Z.n. Osteoporose zu kodieren.

Die elektronischen Praxisverwaltungssysteme in Deutschland gehören zu den massiv behindernden Faktoren. Bei allen über 70-jährigen Patientinnen, bei denen nicht eine Osteoporose als gesichert oder „Zustand nach“ kodiert wurde, einen Alert zu programmieren mit dem Text „Die Patientin ist über 70 – haben Sie schon einmal mit ihr über eine Osteoporose gesprochen?“ wäre für Informatiker sicher keine Hexerei. Die Politik ist gefordert, hier regulierend im Sinn der Patienten einzugreifen. Wir als Fachgesellschaft wiederum sollten uns darüber verständigen, welche Qualitätsindikatoren tatsächlich in der Lage erscheinen, unseren Patienten zu nützen.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Günther Egidi
 Arzt für Allgemeinmedizin
 Huchtinger Heerstraße 24
 28259 Bremen
 Tel.: 0421 9888280
 guenther.egidi@posteo.de

Literatur

1. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) Nationale Versorgungsleitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes. www.leitlinien.de/nvl/diabetes/therapie (letzter Zugriff am 10.11.2017)
2. Lip G, Nieuwlaar R, Pisters R, Lane D, Crijns H. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach. The Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. *Chest* 2010; 137: 263–72
3. Friberg L, Rosenqvist M, Lip G. Evaluation of risk stratification schemes for ischaemic stroke and bleeding in 182 678 patients with atrial fibrillation: the Swedish Atrial Fibrillation cohort study. *Eur Heart J* 2012; 33: 1500–10
4. Abholz HH. Medikation nach Herzinfarkt – lebenslang? Eine hintergründige Antwort. *Z Allg Med* 2016; 92: 247–50
5. Amarenco P, Bogousslavsky J, Callahan A, et al. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med* 2006; 355: 549–59
6. Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2: CD007253
7. Koch K, Gehrman U, Sawicki P. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: A 2584–91
8. Meier R, Perneger T, Stern R, Rizzoli R, Peter R. Increasing occurrence of atypical femoral fractures associated with bisphosphonate use. *Arch Intern Med* 2012; 172: 930–6
9. Green J, Czanner G, Reeves G, Watson J, Wise L, Beral V. Oral bisphosphonates and risk of cancer of oesophagus, stomach, and colorectum: case-control analysis within a UK primary care cohort. *BMJ* 2010; 341: c4444
10. Dachverband Osteologie. Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Männern ab dem 60. Lebensjahr und bei postmenopausalen Frauen. www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/osteoporose-leitlinie-2014 (letzter Zugriff am 10.11.2017)
11. Kühlein T, Maibaum T, Gensichen J, Engeser P. Dokumentation und Kodierung in der Hausarztpraxis – ein Lösungsvorschlag nach Wegfall der neuen Kodierrichtlinien. *Z Allg Med* 2011; 87: 400–6
12. Häussler B, Gothe H, Mangiapane S, Glaeske G, Pientka L, Felsenberg D. Versorgung von Osteoporose-Patienten in Deutschland. Ergebnisse der BoneEVA-Studie. *Dtsch Arztebl* 2006; 103: A 2542–8

Leserbrief von Dr. Iris Demmer und Dr. Johannes Hauswaldt

Den Autoren Thomas Kühlein und anderen ist zu danken, dass sie beispielhaft untersuchen, wie sie eigene Patientinnen mit Osteoporose versorgen. Dieser Mut zur Selbstevaluation ist Ausdruck hausärztlicher Professionalität und entspricht zweifelsohne dem „reflektierenden Praktiker“, wie ihn Donald A. Schön in seinem lesenswerten und auch im Artikel selbst erwähnten Buch [1] nennt.

Die vergleichsweise niedrigen Zahlen für eine einzelne Diagnose sind nur auf den ersten Blick überraschend. Wir fanden mittels der „bordeigenen“ Statistikmodule in zwei Arztpraxisinformationssystemen die gängige Diagnose „Herzinsuffizienz“ mit indikationstypischer Medikation in fünf Jahren 27-mal bzw. 135-mal bei 3.859 bzw. 4.566 betreuten Patienten insgesamt. Dies spiegelt möglicherweise die sogenannte „multiple Niedrigprävalenz“ von Einzeldiagnosen beim Hausarzt wider; aber auch Fehler in den Statistikmodulen sind denkbar. Zur besseren Transparenz und zum vergleichenden Nachvollziehen bleibt zu wünschen, die Autoren hätten ihren angewandten Suchalgorithmus sowie die Gesamtzahl gefundener Patientinnen als Nenner (denominator; population at risk) genau offengelegt. Unseren genannten Ergebnissen liegt folgender Suchalgorithmus zugrunde: ((Patienten: alle) UND (Zeitraum: 01.01.2012 bis 31.03.2017) UND (Behandlungsdiagnose: „Herzins“ ODER „I50*“) UND (Medikation: „Dig*“ ODER „Ram*“ ODER „HCT*“ ODER „Tor*“)).

Wichtig ist, dass die Autoren überhaupt die Möglichkeit zur systematischen und vergleichbaren Untersuchung der eigenen hausärztlichen Arbeit thematisieren und zur hochwertigen, klinisch orientierten praxisinternen Qualitätsprüfung anregen. Routinedatennutzung wird seit langem gefordert [2] und in anderen Bereichen des Gesundheitswesens praktiziert [3]. Wie andere [4] auch, konnten wir exemplarisch mehrfach zeigen, dass die Nutzung hausärztlicher Routinedaten technisch-organisatorisch möglich und fruchtbar [5, 6] ist.

Weil dabei zwingend der Datenschutz für Patienten, Praxismitarbeiter und Dritte gewährleistet sein muss,

kann eine derartige sekundäre Nutzung hausärztlicher Routinedaten zunächst nur jeweils innerhalb einer Praxis und durch den Praxisinhaber (Datenherr; Verantwortlicher im Rechtssinne) kontrolliert erfolgen. Gefundene Ergebnisse in geeigneter und nachhaltiger Weise (Ärztliche Qualitätszirkel, Forschungspraxennetze) zusammenzutragen und zu vergleichen, mag dann ein zweiter Schritt sein. Dafür fehlen den Praxismitarbeitern in Deutschland jedoch die technischen und organisatorischen Voraussetzungen, wie Eva Hummers schreibt. Hier sind die Organe der Selbstverwaltung, die Software-Industrie, Forscher und die Politik gemeinsam in der Pflicht, den Praxismitarbeitern die technisch-organisatorischen Voraussetzungen sowie die datenschutzrechtlichen Bedingungen für eine Selbstevaluation bereitzustellen [2].

Korrespondenzadresse

Dr. Johannes Hauswaldt, MPH
 Institut für Allgemeinmedizin
 Universitätsmedizin Göttingen
 Humboldtallee 38
 37073 Göttingen
Johannes.Hauswaldt@med.uni-goettingen.de

Literatur

1. Schön DA: The reflective practitioner: how professionals think in action. New York: Basic Books, 1983
2. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zur obligaten Einrichtung und Unterhaltung einer Wissenschaftlichen Datentransferschnittstelle in Arztpraxisinformationssystemen. www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de/de/media/DEGAM_Positionspapier_Praxissoftware.pdf (letzter Zugriff am 10.10.2017)
3. Swart E, Ihle P, Gothe H, Matusiewicz D (Hrsg.). Routinedaten im Gesundheitswesen – Handbuch Sekundärdatenanalyse. Grundlagen, Methoden und Perspektiven. 2., vollständig überarb. und erw. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, 2014
4. Laux G. Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis: Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006–2009. München: Springer Medizin, Urban & Vogel, 2010
5. Hauswaldt J, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U. Health service use among patients with chronic or mul-

tiple illnesses, and frequent attenders: secondary analysis of routine primary care data from 1996 to 2006. Dtsch Arztebl Int 2012; 109: 814–20

6. Weiß V, Hauswaldt J. Verordnungshäufigkeit von Schlafmitteln auf Privatrezept: Analyse aus hausärztlichen Routinedaten. Z Allg Med 2015; 91: 409–12

**Antwort von
Prof. Dr. Eva Hummers,
Prof. Dr. Thomas Kühlein
und Dr. Andy Maun**

Wir danken den Einsendern der Leserbriefe sowohl für ihre ermunternden wie auch für ihre kritischen Worte. Sie unterstützen uns in unserem Ziel, eine Diskussion zur Selbstreflexion und damit zur Professionalität unseres ärztlichen Handelns anzustoßen.

Zu Recht beschreibt Armin Mainz, dass es durchaus bereits jetzt Mittel und Wege der Selbstreflexion wie zum Beispiel Qualitätsindikatoren und Pharmakotherapie-Qualitätszirkel gibt. Wir denken, dass diese Entwicklungen nicht im Widerspruch zu weiteren technologischen Entwicklungen in der Auswertung der Praxisdaten stehen, sondern sich synergistisch verhalten können. In dem schwedischen Beispiel hat sich gezeigt, dass die Entwicklung von zwei Seiten stattfinden sollte, um dann zu konsentierten Kompromissen zu gelangen: Bottom-Up (Bedarfe aus der Sicht der Hausärzte) und Top-Down (wo vorhanden, leitliniengerechte Diagnostik und Therapie). Dem entsprechend sind die Aufgaben und Ziele eines Systems zur Qualitätsverbesserung vielfältig: Die Möglichkeit eines strukturierten Follow-Up der eigenen Patienten, Reflexion über die eigene Leitlinien-Adhärenz, Grundlage für kollegiale Dialoge, Eröffnung von Forschungsfragen oder Fortbildungsfragen und Aufzeigen des Arbeitsumfanges der hausärztlichen Versorgung.

Aus diesem Grund haben die Entwickler des schwedischen Systems immer wieder den Kontakt und Austausch zu den Hausärzten als Hauptnutzern und gleichzeitig zu den akademischen Institutionen der Allgemeinmedizin gesucht und zwischen den Positionen vermittelt. Dass die daraus resultierenden Kompromisse in Form von Qualitätsindikatoren, wie von Günther Egidi, für problematisch gehalten werden können, ist nachvollziehbar. Jedoch geht es nicht darum, für eine Gruppe von Patienten einen für alle zu erreichenden Zielwert zu definieren, sondern einen Überblick darüber zu bekommen, welche Anteile einer Patientenpopulation in den verschiedenen Ziel-Intervallen landet. So ist beispielsweise die Aufteilung der Diabetes-Patienten in die drei genannten Korridore (< 52 bzw. zwischen 52 und 70 bzw. > 70 mmol/mol) zu verstehen. Besondere Aufmerksamkeit bekommt dabei die Gruppe der unter 60-Jährigen in dem höchsten Intervall, da sie das größte Risiko für Komplikationen hat. In einer anderen Analyse zur Antikoagulation bei Vorhofflimmern wurde festgestellt, dass es in einer Provinz deutliche Unterschiede in der Therapie von Frauen und Männern gab, was Anlass zu weiteren Analysen gab. Wie eine solche Analyse bis hin zur Identifizierung der eigenen Risiko-Patienten in der Praxis aussieht, lässt sich in einem kurzen Video (trotz Sprachbarriere) eindrucksvoll beobachten: <https://vimeo.com/194676623>. Denn erst durch das Erheben von strukturierten Daten aus der hausärztlichen Medizin in einem größeren Umfang, lassen sich „Silo-Indikatoren“ für Einzeldiagnosen, die meist aus anderen Fächern stammen, akademisch infrage stellen. Eine genau solche kritische Analyse, die die Multimorbidität der hausärztlichen Patienten berücksichtigt und auf den Daten des schwedischen Systems basiert, ist aktuell auf dem Weg zur wissenschaftlichen Publikation.

Für Iris Demmer und Johannes Hauswaldt sei darauf hingewiesen, dass

der Suchalgorithmus in der Methodik beschrieben wird: „Deshalb folgte die Methodik eine Patientenliste zu erstellen einem pragmatischen Ansatz. Wir suchten in unserem PVS nach allen Frauen, die älter als 50 Jahre alt waren, und die Buchstabenkette (string) ‚...fraktur...‘ in den Diagnosetexten aufwiesen.“ (S. 398). Die Begründung für diesen Pragmatismus liefert die Beschreibung der Methodik bis zu diesem Punkt. Die weitere Erstellung der Patientenliste (Nenner) musste – wie beschrieben – aufgrund der Insuffizienz der Funktionalitäten des PVS „händisch“ erfolgen.

Die Artikel waren als Anregungen und Aufforderungen zu eigener Beschäftigung mit dem Thema und gemeinsamer Diskussion und Suche nach Lösungen gemeint. Deshalb möchten wir uns bei den Leserbriefschreibern für die Aufnahme dieses Impulses und für die ausführlichen und konstruktiven Kommentare ganz besonders bedanken.

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. med. Thomas Kühlein
Universitätsklinikum Erlangen
Allgemeinmedizinisches Institut
Universitätsstraße 29
91054 Erlangen
thomas.kuehlein@uk-erlangen.de

Dr. Andy Maun, PhD
Lehrbereich Allgemeinmedizin,
Sektion Versorgungsforschung
und Rehabilitationsforschung
Institut für Medizinische Biometrie
und Statistik
Universitätsklinikum Freiburg
Elsässerstraße 2m
79110 Freiburg
andy.maun@uniklinik-freiburg.de

Prof. Dr. med Eva Hummers
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38
37073 Göttingen
eva.hummers-pradier@med.uni-goettingen.de