

1. Vorträge Abstracts

V1

Evaluation einer einfachen Heuristik an einer Kohorte von 1400 Patienten

Norbert Donner-Banzhoff, Roth T, Sönnichsen AC, Leonhardt C, Chenot JF, Becker A, Luckmann J, Kochen MM, Keller S, Basler HD, Baum E
Abteilungen für Allgemeinmedizin und Medizinische Psychologie, Marburg, Göttingen

Einleitung: Bei Patienten mit Kreuzschmerzen müssen Allgemeinärzte die seltenen abwendbar gefährlichen Verläufe diagnostizieren. Die Prüfung der sog. „red flags“ ist jedoch aufwändig und wenig ergiebig. Wir haben eine vorgeschlagen, diese Prüfung nur bei Patienten vorzunehmen, die ihre Rückenschmerzen als neu bzw. nicht vertraut empfinden. Die Studie sollte prüfen, ob diese Regel ausreichend valide ist. **Methoden:** Im Rahmen einer dreiarmligen kontrollierten Interventions-Studie zur Qualitätsoptimierung bei Rückenschmerzen wurden 1378 Patienten in 126 hausärztlichen Praxen rekrutiert. Sie gaben an, ob ihnen ihre Rückenschmerzen vertraut waren oder nicht (Index-Test). Beim Follow-up nach einem Jahr wurden auf Grund einer telefonischen Befragung der Patienten und der hausärztlichen Dokumentation von drei verblindeten Gutachtern entschieden, ob bei Rekrutierung ein abwendbar gefährlicher Verlauf vorlag (Referenz-Standard). **Ergebnisse:** Das mittlere Alter der Patienten betrug 49 Jahre (St.Abw. 13.7), 58% waren weiblich. Lediglich vier abwendbar gefährliche Verläufe waren aufgetreten. Zwei konnten durch die Heuristik identifiziert werden, was in einer unbefriedigenden Sensitivität resultierte; die Spezifität betrug 83%. **Schlussfolgerungen:** Die niedrige Prävalenz ernster Erkrankungen stellt eine große Schwierigkeit für diagnostische Forschung in der Allgemeinmedizin dar. Zwar kann die Vertrautheits-Heuristik z.Z. nicht empfohlen werden, die Untersuchung liefert aber wichtige methodische Einsichten für künftige Studien zur Diagnostik in der Allgemeinmedizin

V2

Garbage in – garbage out? Morbiditätsorientierte Regelleistungsvolumina und Validität von Abrechnungsdiagnosen in hausärztlichen Praxen

Antje Erler¹, Beyer M², Gerlach FM

¹Institut für Gesundheitssystemforschung, Charité Berlin

²Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Einleitung: Die Höhe der seit diesem Jahr für die hausärztliche Vergütung geltenden Regelleistungsvolumina soll ab 2007 von der Morbidität der behandelten Patienten abhängig gemacht werden. Die Morbidität eines Patienten soll anhand seiner Abrechnungsdiagnosen bestimmt werden. Doch inwieweit spiegeln Abrechnungsdiagnosen die tatsächlichen Behandlungsanlässe in Hausarztpraxen wider, d.h. wie „valide“ sind sie? Welche Faktoren beeinflussen die Validität? Mit welchen Maßnahmen könnten Hausärzte ihre Dokumentation an die neuen Gegebenheiten anpassen und damit Voraussetzungen für eine realistische Vergütung schaffen? **Methode:** Vergleich von Behandlungsanlässe und Abrechnungsdiagnosen des Jahres 2003 (Validitätsmaße: Sensitivität, PPW, Cohen´s Kappa) in 250 Patientenakten aus 10 Berliner Hausarztpraxen. Quantitativer Praxenvergleich: Dokumentations- und Codierungsgewohnheiten (Einsatz der Praxis-EDV, Dokumentationsqualität). Qualitative Untersuchung von Dokumentations- und

Codierungsgewohnheiten in den Praxen mittels Interview. **Ergebnisse:** Ein Pretest (n=33) ergab, dass die Behandlungsanlässe der Patienten nur in ca. der Hälfte der Fälle mit den angegebenen Abrechnungsdiagnosen übereinstimmen. Ein „overreporting“ (Abrechnungsdiagnose vorhanden, jedoch kein Behandlungsanlass) ist doppelt so häufig wie ein „underreporting“ (Behandlungsanlass vorhanden, jedoch keine Abrechnungsdiagnose). „Overreporting“ wird fast nur durch inaktive (Dauer-) Diagnosen hervorgerufen. **Schlussfolgerungen:** Die Validität von Abrechnungsdiagnosen aus Hausarztpraxen ist derzeit eher als schlecht zu bezeichnen. Dadurch könnten falsch hohe oder niedrige Werte bei der Berechnung morbiditätsorientierter Regelleistungsvolumina resultieren. Um die Validität von Abrechnungsdiagnosen zu verbessern, sollte näher untersucht werden, wie es zu einer Dokumentation und Fortschreibung von inaktiven Diagnosen kommt.

V3

Geriatrisches Assessment – über den Einfluss des Guten Kennens, gemeinsamer Sprache und des Geschlecht des Patienten auf das Übersehen von Krankheit und Beschwerne im Alter

Giuliano Piccoliori, Gerolimon E, Abholz HH

S. Cristina/Grönden in Italien, Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Einleitung: Die Anwendung eines Geriatrischen Assessments bringt zahlreiche bisher übersehene Störungen ans Tageslicht. 1. Finden sich in einer Gemeinde mit überwiegend ländlichen/kleinstädtischen Charakter sowie einer Hausarzttradition und Primärarztssystem ähnlich viele bisher unentdeckte Gesundheitsprobleme wie aus internationalen Studien bekannt? 2. Sind die Raten neuer, bisher unentdeckter Störungen bezogen auf folgende Charakteristika unterschiedlich? - Dauer der Praxiszugehörigkeit - Subjektive Arzteinschätzung des „Gut-Kennens“ - gleiche Sprache von Arzt und Patient (italienisch/deutsch) sowie ländlich/kleinstädtisch. 3. Wird die Relevanz neu entdeckter Probleme von Arzt und Patient ähnlich gesehen? **Methodik:** 45 der 218 in Frage kommenden Hausärzte Südtirols wendeten das Europäische Geriatric Assessment (STEP) bei jeweils 30 konsekutiven Patienten an (n= 992). Arzt und Patienten dokumentierten zusätzlich zu weiteren persönliche Daten und „Relevanz“ neu gefundener Probleme. **Ergebnisse:** Fast alle neu entdeckten Störungen – insbesondere psychosoziale – finden sich in der Südtiroler Population um meist 20 bis 30 Prozent niedriger als in europäischen Untersuchungen. In fast allen Problemgruppen ist die Neu-Erkennungsrate – bei etwa gleicher Gesamtrate der einzelnen Störung – signifikant niedriger, wenn der Patient länger als ein halbes Jahr bekannt ist, wenn er - subjektiv beurteilt - „gut gekannt“ wird, wenn der Patient weiblich ist und wenn Arzt und Patient die gleiche Sprache sprechen. Für die vom Patienten allein als relevant angesehenen neuen Probleme ist dieser Befund deutlicher als für die vom Arzt allein als relevant gesehenen Probleme. **Schlussfolgerungen:** Bei stabilen Arzt-Patienten-Verhältnissen liegen eher niedrige Neuerkennungsraten im STEP vor.

V4

Welche Diabetiker werden nicht in das DMP Diabetes eingeschlossen?

Dirk Zingel, Dunkelberg S., Noack A, van den Bussche H, Kaduszkiewicz H
Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg

Einleitung: Das Disease Management Programm zum Diabetes mellitus Typ II wird seit über einem Jahr praktisch umgesetzt. Eine Befragung der Hamburger Hausärzte ergab deutliche Hinweise auf Selektionseffekte beim Patienteneinschluss. Wir untersuchten daher, ob sich

eingeschlossene von nicht eingeschlossenen Patienten hinsichtlich Ausgangs-HbA1c, Insulintherapie, Nationalität und Sprachverständnis unterscheiden. Weiter wurde erfragt, welche Kriterien die hausärztliche Entscheidung für bzw. gegen einen Einschluss beeinflussen. **Methoden:** Mittels teilstandardisierter Befragung von 10 Hausärzten werden Merkmale von 100 in das DMP eingeschlossenen und 100 nicht eingeschlossenen, zufällig ausgewählten Typ II Diabetikern erhoben. Hypothese für den primären Endpunkt: Nicht eingeschlossene Diabetiker unterscheiden sich von eingeschlossenen durch einen schlechteren HbA1c-Wert. Die Antworten auf die offenen Fragen werden kategorisiert und deskriptiv verglichen. **Ergebnisse:** Unter den ins DMP Diabetes eingeschlossenen Patienten sind 54% weiblich (60% der nicht eingeschlossenen) und der Median des Geburtsjahres beträgt 1938 (1934). Komorbiditäten sind in beiden Gruppen ähnlich verteilt. Unterschiede zwischen den teilnehmenden und nicht teilnehmenden Patienten finden sich in der Altersgruppe der unter 70 jährigen. Hier unterscheidet sich der HbA1c-Wert um 0,5% ($p < 0,05$). Er beträgt bei den eingeschlossenen Patienten unter 70 Jahren im Mittel 6,8 ($\pm 1,0$ SD), bei den nicht eingeschlossenen 7,3 ($\pm 1,5$ SD). Insulin erhalten 46 % der Eingeschlossenen versus 28% der nicht Eingeschlossenen. Die Compliance der eingeschlossenen Patienten wird in allen Altersgruppen besser bewertet als die der nicht eingeschlossenen. **Schlussfolgerungen:** Die Hinweise darauf, dass die Diabetiker, deren Versorgung verbesserungswürdig ist, seltener in das DMP eingeschlossen werden, verdichten sich.

V5

Qualitätszirkel für Arzthelferinnen Implementierung und kontinuierliche Evaluation

Paul Jansen, Schluckebier I, Baur M, Rieger, Vollmar HC, Koneczny N, Butzlaff M
Witten / Herdecke

Einleitung: Die Entwicklung der ambulanten medizinischen Versorgungslandschaft bedeuteten für die Allgemeinmedizin (AM) neue Herausforderungen in der ambulanten Patientenversorgung, die nicht mehr allesamt durch Ärzte erfüllbar sein werden, sondern qualifizierte Mitarbeiterinnen mit dem Willen zur kontinuierlichen Fortbildung erfordern. Da bisher wenig kontinuierliche, strukturierte und evaluierte Fortbildungsangebote für Arzthelferinnen existieren war es unser Ziel im Rahmen der Einführung eines „Qualitätszirkels für Arzthelferinnen“ deren Einschätzung zum bisherigen Fortbildungsangebot sowie Wünsche und Vorstellungen für gute Fortbildungsveranstaltungen zu erfragen und auf der Basis dieser Befragung Themen und Inhalte für den Qualitätszirkel festzulegen. **Methode:** Die Arzthelferinnen der Lehrpraxen wurden gezielt zu einer Einführungsveranstaltung eingeladen. Im Rahmen dieser Veranstaltung wurden in Kleingruppen positive und negative Aspekte bisher erlebter Fortbildung erfragt und Kriterien für eine gute Fortbildung für Arzthelferinnen erarbeitet. Die Themen für die weiteren Veranstaltungen wurden von den Anwesenden (55) Arzthelferinnen vorgeschlagen.

Alle Veranstaltungen bestehen aus einer kurzen theoretischen Einführung und Diskussion sowie anschließenden Kleingruppenarbeiten. Alle Veranstaltungen wurden kontinuierlich evaluiert. Die Teilnehmerinnen Zahl hat sich bei 35-40 Teilnehmerinnen eingependelt. Ergebnisse: Die Arzthelferinnen haben bemängelt, dass sie nur selten Gelegenheit bekommen überhaupt an Fortbildungen teil zu nehmen und es meist keine strukturierte Förderung durch die Praxisinhaber gibt. Veranstaltungen die sie erlebt haben seinen oft für Ärzte und Arzthelferinnen ausgelegt und damit sprachlich und inhaltlich für sie teilweise unverständlich. Die Themen zentrierten sich zudem auf Abrechnungsaspekte. Selten sei Gelegenheit zu praktischen Übungen und Erfahrungsaustausch in Kleingruppen. Gute Fortbildungen seien gekennzeichnet durch folgende Kriterien: Praxisnah, verständliche Formulierungen, Vermittlung von Sicherheit, Training des Selbstbewusstseins, Fallbeispiele, Eigenarbeit,

Zertifikat. **Schlussfolgerungen:** Für die zukünftige ambulante Versorgung sind Teams aus Ärzten und kompetenten Arzthelferinnen gefordert. Die Ausbildung der Arzthelferinnen trägt diesen Anforderungen zurzeit nicht Rechnung. Zudem fehlt ein kontinuierliches strukturiertes Fortbildungsangebot. Ein Lösungsansatz ist die Gründung von Qualitätszirkeln für Arzthelferinnen.

V6

Scheitern von Spezialisierten Sportgruppen für Patienten mit Bluthochdruck

Stefan Hensler, Protte C, Ackermann H, Jork K
Ehemals Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Einleitung: In der täglichen hausärztlichen Praxis ist es schwierig, Patienten zu sportlicher Aktivität als Therapie bei manifestem Bluthochdruck zu motivieren. Ziel dieser Studie war es durch Einrichtung spezialisierter Bluthochdruck-Sportgruppen Patienten den Zugang zu körperlichen Training zu vereinfachen. Begleitend sollte der Therapieeffekt bzgl. Blutdruck und Lebensqualität ermittelt werden. **Methoden:** In 3 städtischen Vereinen wurde jeweils eine Bluthochdruck-Sportgruppe angeboten. 25 HausärztInnen in räumlicher Nähe zu den Trainingsstätten waren aufgerufen, Patienten mit Bluthochdruck zu der Teilnahme einem Trainingsprogramm mit Ausdauersport zu motivieren. Die Patienten wurden randomisiert entweder in eine der Sportgruppen eingeteilt oder sollte das Trainingsprogramm in Eigenregie mit Trainingsplan durchführen. Die Evaluierung erfolgte nach 4 Monaten bzgl. Umfang der geleisteten sportlichen Aktivität, Blutdruck und Lebensqualität. **Ergebnisse:** Über einen Zeitraum von 2 Jahren versuchten die HausärztInnen insgesamt 673 Patienten zu motivieren. Insgesamt konnten 49 Patienten in die Studie eingeschlossen werden, jedoch nur 37 Patienten beendeten die Studie mit der Kontrolluntersuchung. Das primäre Zielkriterium Blutdruckreduzierung konnte daher nicht evaluiert werden. Keine der drei Sportgruppen konnte als solche über einen längeren Zeitraum Aufrecht erhalten werden. **Schlussfolgerung:** Die Etablierung von Bluthochdruck-Sportgruppen im städtischen Setting war nicht erfolgreich. Probleme des Designs von Studien, die lebensverändernde Maßnahmen bei schwer motivierbaren Patientengruppen erfassen, werden an diesem Beispiel diskutiert.

V7

Miteinander statt Gegeneinander. SEAMAN - Sektor- und berufsgruppen-übergreifendes Entlassungs- und Aufnahmemanagement in Harburg-Süderelbe

Anna Niemeyer, van den Bussche H
Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg

Einleitung: Die ungenügende Verzahnung an den Schnittstellen führt zu Problemen beim Übergang der Patienten vom ambulanten in den stationären Sektor und umgekehrt. Versorgungslücken entstehen dabei vor allem durch mangelnde oder unzureichende Informationsübermittlung. Neben den Patienten sind ärztliche genauso wie pflegerische und soziale Berufsgruppen Leidtragende dieser Situation. Das Praxisprojekt SEAMAN hat im Mai 2004 mit einer Dauer von zwei Jahren begonnen und wird durch die Hansestadt Hamburg gefördert. Die Prozesse der Krankenhauseinweisung und -entlassung und der hausärztlichen Nachsorge sowie der pflegerischen Betreuung sollen mittels standardisierter Informationsübertragung verbessert und elektronisch unterstützt werden. Die Vernetzung wird Hausärzte und Krankenhäuser sowie ambulante Pflegedienste und Pflegeheime umfassen. **Methode:** Um einen bedarfsorientierten Lösungsansatz zu entwickeln, wurden die Kommunikations- und Informationsprozesse der beteiligten Berufsgruppen im Raum

Harburg/Süderelbe in einer qualitativen Studie untersucht. Hierzu wurden 300 Dokumentationen zur Überleitung ausgewertet und 17 Gruppeninterviews in den teilnehmenden Einrichtungen durchgeführt. Die Prozesse wurden in Flussdiagrammen abgebildet. Anhand der bestehenden Prozesse wurde eine gemeinsame berufsgruppenübergreifend einsetzbare Dokumentation zur Überleitung von Patienten konzipiert. Die Realisierung erfolgt mit der plattformunabhängigen Programmiersprache JAVA. Für die elektronische Datenübertragung wird ein MPLS-Netz verwendet, das als Gesundheitsnetz in Hamburg etabliert und vom HDSB abgenommen worden ist. **Ergebnisse:** Die Ergebnisse der Prozessanalyse wurden in einem Pflichtenheft für die elektronische Kommunikation berücksichtigt. Die telematische Vernetzung aller beteiligten Einrichtungen mit der Möglichkeit verschiedene Kommunikationswege zwecks effektiver Datenübertragung zu nutzen wird im Frühsommer 2005 realisiert. Im Herbst liegen erste Ergebnisse und Erfahrungen vor.

V8

Hausarzt und Facharzt. Naht- oder Schnittstelle. Evaluation von 455 Überweisungen im Raum Marbach/Ludwigsburg aus der Sicht aller Beteiligten

Thomas Rosemann, Rüter G, Szecsenyi J

Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Einleitung: Die Zusammenarbeit zwischen ärztlichen Generalisten und Spezialisten wird bisher kaum unter dem Aspekt der Versorgungsqualität betrachtet. Absicht der Studie war, qualitative Daten zu gezielten Überweisungen von Hausärzten, Patienten und Fachärzten zu erheben. **Methode:** Im Frühjahr 2004 wurden in 25 Hausarztpraxen im Raum Ludwigsburg alle Überweisungsvorgänge die Folge einer persönlichen Konsultation waren, durch Hausarzt und Patient je vor und nach der Überweisung und einmal durch den konsultierten Facharzt bewertet. Pro Überweisungsvorgang wurden so in jeweils 5 Fragebögen und 64 Items sämtliche Kategorien des Vorganges abgebildet: Initiator, Anlass und Ziel der Überweisung, Angemessenheit, Ergebnis. Zudem wurden prozessuale Daten erhoben: weiterführende Überweisungen, Dauer bis zum Facharztbericht, Kommunikationswege. **Ergebnisse:** 411 von 500 Bögen (82.2%) konnten komplett ausgewertet werden. Die allermeisten Patienten erachten Zeitpunkt und Benefit der Überweisung als angemessen und folgen dem Hausarzt in der Wahl des Facharztes. Der weit überwiegende Teil der gezielten Überweisungen wird von den Fachärzten als zeitlich und sachlich adäquat beurteilt. Abgestuft nach Fachgruppe tritt deutliches Verbesserungspotential, insbesondere im Hinblick auf Informationen zu Vorgeschichte und Medikation zu Tage. Hausärzte bewerteten den Benefit der Überweisung je nach Fachgruppe sowohl in diagnostischer wie auch therapeutischen Hinsicht sehr differenziert. Positive Prädiktoren für gute Patientenbewertungen sind eine langjährige Zusammenarbeit unter den Kollegen und eine bejahende Einstellung des Hausarztes zur Überweisung. **Schlussfolgerungen:** Die vorliegende Überweisungsstudie liefert wegen der zahlreichen erhobenen Daten ein komplexes und sehr differenziertes Bild. In einzelnen Bereichen (z.B. Überweisung zu Fachinternisten) konnte ein deutliches Verbesserungspotential aufgezeigt werden. Andererseits (Überweisungen zu Orthopäden) wurde deutlich, dass durch eine gate-keeper-Rolle zahlreiche - auch vom Patienten negativ bewertete - Überweisungen hätten vermieden werden können.

V9

Einsparung von Arzneimittelkosten durch hausärztliche Modifikation poststationärer klinischer Therapieempfehlungen

Carolin Essmann, Müller-Bühl U., Engeser P, Klimm HD, Wiesemann A., Szecsenyi J
Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Einleitung: In einer Studie über die Häufigkeit und Gründe von Änderungen poststationärer Therapieempfehlungen durch den Hausarzt wurden aktuelle pharmakotherapeutische Kostenaspekte bewertet. **Methoden:** In 15 hausärztlich tätigen Allgemeinpraxen wurde die prästationäre Medikation, die medikamentösen Therapieempfehlungen internistischer Krankenhausentlassungsbriefe und die tatsächliche poststationäre hausärztliche Medikation erfasst. Die aktuellen Preise der Medikamente wurden der Roten Liste[®] entnommen, die Kosten der Änderungen analysiert. **Ergebnisse:** 130 Patienten (78 Frauen, 62 Männer), Altersdurchschnitt 71 Jahre (Frauen 75 Jahre, Männer 67 Jahre) gingen in die Studie ein. Die Zahl der Gesamtverordnungen stieg durch die Klinikaufnahme von prästationär 696 auf 863 bei Klinikentlassung an und blieb nach dem ersten poststationären Praxisbesuch mit 868 erhöht. Die Gesamtkosten betragen prästationär 800,21€ (6,15€/Patient/Tag), laut Entlassungsempfehlung der Klinik 1242,59€ (9,55€/Patient/Tag) und nach hausärztlicher poststationärer Verordnung 1000,26€ (7,69€/Patient/Tag). Der Kostenunterschied zwischen vorausgegangener Therapie beim Hausarzt und nach Einweisung in die Klinik betrug 442,38€/Tag (3,40€/Patient/Tag), zwischen Klinik und poststationärer hausärztlicher Verordnung 242,33€/Tag (1,86€/Patient/Tag). Die stationäre Behandlung führte zu einem Anstieg der Arzneimittelkosten zwischen prä- und poststationärer hausärztlicher Therapie um 200,05€/Tag (1,54€/Patient/Tag), **Schlussfolgerungen:** Eine stationäre internistische Behandlung älterer Patienten führt zu einem Anstieg der poststationär verordneten Arzneimittelkosten von etwa 50%. Korrekturen der medikamentösen Therapieempfehlungen der Klinik durch den Hausarzt senken die Kosten um etwa die Hälfte.

V11

Sektorübergreifende Harmonisierung der Arzneimitteltherapie – Mängel und Verbesserungsmöglichkeiten der Kommunikation zwischen Klinik und Hausärzten unter Einbeziehung der Patienten. Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten

Sabine Ludt, Koeksal H, Knaup P, Haefeli WE, Joachim Szecsenyi J
Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Institut für Medizinische Biometrie und Informatik, Abteilung Innere Medizin VI, Klin. Pharmakologie und Pharmakoepidemiologie, Heidelberg

Einleitung: In der Arzneimitteltherapie kommt es an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu Brüchen in der Versorgungs- und Informationskette durch unzureichende Abstimmung zwischen den Leistungserbringern und geringe Einbeziehung der Patienten in die Umsetzung der Therapieempfehlungen. Ziel dieser qualitativen Untersuchung war es, Kommunikationswege, Kritikpunkte und Verbesserungsmöglichkeiten der Kommunikation zwischen den Sektoren zu eruieren. Die Analyse trägt zur Spezifikation der Anforderungen an ein Modell zur integrierten Versorgung für das Universitätsklinikum Heidelberg bei. **Methode:** Aus einer KV-Auflistung niedergelassener Hausärzte der Region wurden 200 Ärzte zu einer Fokusgruppendifkussion eingeladen. Nach der Reihenfolge der Fax-Zusagen wurden 25 Ärzte rekrutiert und auf 5 Fokusgruppenrunden verteilt. Die

Fokusgruppendifkussion wurde an Hand vorab entwickelter Leitfragen geföhrt und in Bild und Ton aufgezeichnet. Die Audiotapes wurden transkribiert, die Textanalyse und Kodierung erfolgt mit Unterstützung der ATLAS.ti 5.0 Software. **Ergebnisse:** Die Hauptkommunikation zwischen Krankenhaus und Hausarztpraxis erfolgt schriftlich. Kritisiert wird die Angabe von Präparatenamen statt Wirkstoffen, die mangelnde Begründung und Bezugsname auf die Vormedikation bei Medikamentenwechsel oder neuen Verordnungen. Die Therapieempfehlungen berücksichtigen nicht die hausärztliche Budgetproblematik. Ferner fehlen weitere Anmerkungen über die Fortführung der Therapie. Der Erhalt der Information am Entlassungstag ist zu spät. Verbesserungsmöglichkeiten wurden gesehen in Vorabinformationen über Fax, der Absprache von Arzneimittellisten, vermehrter Transparenz zwischen den Sektoren, einer besseren telefonischen Erreichbarkeit der Krankenhausärzte, der Einrichtung intersektoraler Qualitätszirkel und der elektronischen Übermittlung von Verordnungsdaten. Pharmakotherapie-gespräche mit Patienten auf stationärer Ebene werden befürwortet. **Schlussfolgerungen:** Die Untersuchung hat Defizite in der Arzneimittel-Kommunikation zwischen ambulantem und stationärem Sektor aufgezeigt. Die in einem Modellprojekt entwickelten Lösungsansätze könnten diese Defizite beheben.

V12

Pharmakotherapie der Herzinsuffizienz an der ambulant-stationären Schnittstelle im Spiegel evidenzbasierter Kriterien

Martin Scherer, Sobek C, Wetzel D, Koschack J, Kochen MM.
Abteilung Allgemeinmedizin, Göttingen

Einleitung: Trotz nationaler und internationaler Empfehlungen zur Arzneimittelbehandlung von Patienten mit Herzinsuffizienz erscheint deren Umsetzung im hausärztlichen Versorgungsbereich problematisch. Unsere Studie sollte die Umsetzung evidenzbasierter Therapiekriterien im prästationären, stationären und poststationären Vergleich untersuchen. Im Vordergrund stand dabei die Verordnung von ACE-Hemmern bzw. Sartanen und Betablockern sowie der Einsatz von Aldosteronantagonisten bei schwerer erkrankten Patienten. **Methode:** Bei 91 Patienten mit Herzinsuffizienz wurden während des Aufenthaltes im Universitätsklinikum Göttingen die Medikation des einweisenden Hausarztes, der Krankenhausärzte sowie klinische Charakteristika erhoben. Die poststationäre hausärztliche Medikation erfragten wir durch ein Telefoninterview 14 Tage nach Entlassung. **Ergebnisse:** Im Krankenhaus erhielten die untersuchten Patienten signifikant häufiger ACE-Hemmer (72,5% vs. 54,9%; $p = 0,001$) und geeignete Betablocker (82,4% vs. 56,0%) als vor der stationären Aufnahme. Aldosteronantagonisten wurden während der stationären Behandlung zwar häufiger verordnet (38,5% vs. 16,5%), jedoch nicht in erster Linie bei den schwerer erkrankten Patienten, wie es evidenzbasierte Empfehlungen nahelegen. Der Schweregrad der Herzerkrankung nach der New York Heart Association (NYHA) beeinflusste die Verordnung von Aldosteronantagonisten weder im hausärztlichen noch im stationären Bereich. Nach Krankenhausentlassung erhielten noch 71,4% der Patienten die in der Klinik verordneten ACE-Hemmer (77,9% Betablocker und 33,8% Aldosteronantagonisten). **Schlussfolgerungen:** Obwohl in der Mehrzahl der Fälle im Krankenhaus die Gabe von Arzneimitteln nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin erfolgte, war deren Weiterverordnung bereits 14 Tage nach Entlassung rückläufig. Die Gründe für das auch in der internationalen Literatur beschriebene Phänomen der poststationären Therapieumstellung bei herzinsuffizienten Patienten bleiben unklar.

V13

Evidenzbasierte Hypertonietherapie - mögliche ökonomische Auswirkungen in einem Praxisnetz

Wilhelm Niebling, Weitling F, John S
Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg

Einleitung: Hypertonie ist ein weltweit bedeutsames Gesundheitsproblem mit hohen Behandlungs- und Folgekosten. Die Reduktion der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität durch eine effektive antihypertensive Therapie ist durch methodisch hochwertige Studien belegt und findet ihren Niederschlag in evidenzbasierten Therapieempfehlungen und Leitlinien. Mit ca. 100 Mio. Verordnungen/Jahr (Kosten 2003: 3,2 Mrd. €) stehen Antihypertensiva in Deutschland seit Jahren in der Spitzengruppe der verordnungsstärksten Indikationsgruppen. Die ökonomischen Auswirkungen einer Adhärenz an evidenzbasierten Leitlinien war das Ziel der vorliegenden Studie. **Methoden:** Retrospektive Datengenerierung via Behandlungs-Daten-Träger (BDT) Export in 29 von 50 angeschriebenen Praxen eines Hausarztnetzes. Zeitraum: Quartale II und III 2004. Abgleich der tatsächlichen Verordnungskosten mit einer „ideal“-leitlinienadhärenten Therapie in ausgewählten Patientenclustern (Kostenminimierungsansatz). **Ergebnisse:** Auswertung von 1,6 Mio. DDD Antihypertensiva. In allen ausgewerteten Patientengruppen (z.B. Diabetes m., Herzinsuffizienz) erhebliches Potential für Kostenreduktion bis 56%. **Schlussfolgerungen:** Eine evidenzbasierte (bessere, da belegte) Therapie der arteriellen Hypertonie ermöglicht Einsparungen.

V14

Befragungsmodule zur Erhebung von Basisdaten im hausärztlichen Qualitätsmanagement: das QP-Modell nach EFQM

Nübling, Matthias; Mühlbacher A, Niebling W, Böckmann H
Gesellschaft für Empirische Beratung (GEB) mbH, Denzlingen

Einleitung: Die Grundlage aller Qualitätsmanagementverfahren ist die Erhebung von Basisdaten bei den relevanten Akteuren. Im Bereich der hausärztlichen Versorgung sind zuvorderst Befragungen der Praxeninhaber und -inhaberinnen, der Mitarbeitenden und der Patienten und Patientinnen zu nennen. Wichtig ist dabei zum einen die Gewährleistung einer hohen Messqualität der Erhebungsinstrumente und zum anderen die zyklische Wiederholung der Datenerhebungen, um Veränderungsprozesse evaluieren zu können. **Methode:** Das im Hausärztenetzwerk QP-Praxen angewandte Qualitätsmanagement (QM) fußt auf dem EFQM-Modell: neben einem Praxisaudit und einem QM-Handbuch werden pro Zyklus drei Befragungen durchgeführt: eine EFQM-Selbstbewertung durch das Praxenteam, eine Mitarbeiterbefragung und eine Patientenbefragung. Die dazu entwickelten Erhebungsinstrumente weisen alle eine nachgewiesene hohe Messqualität in Bezug auf Reliabilität und Validität auf. Seit 2001 wurden diese Instrumente in über 100 Praxen und bei über 15.000 Patienten eingesetzt; 60 Praxen haben inzwischen den zweiten Durchlauf abgeschlossen. **Ergebnisse:** Die EFQM Selbstbewertung zeigte besonders für die Kriterien „kundenbezogene Ergebnisse“ und „Geschäftsergebnisse“ Defizite auf – diese wurden als primäre Handlungsfelder definiert. Die Patientenbefragung ergab als primäres Handlungsfeld die Organisation der Wartezeiten. Die Evaluation der durchgeführten Maßnahmen in der Wiederholungsbefragung bei 60 Praxen zeigte, dass Verbesserungen in den Organisationsabläufen meist auch zu verbesserten Leistungsbewertungen - z.B. durch die Patienten - führten. **Schlussfolgerungen:** Der interne anonymisierte Vergleich der

Praxenergebnisse (Benchmarking) gibt den Praxen schon bei der ersten Befragung konkrete Hinweise, welche Aspekte aus ihrer eigenen Sicht (Anspruch), aus Sicht der Mitarbeitenden oder der Patienten einer Verbesserung bedürfen. Verbesserungen sind möglich, unabdingbar ist aber die Erfolgskontrolle der ausgewählten und durchgeführten Maßnahmen in einem zyklischen Prozess der Qualitätsmanagements.

V15

Das Frankfurter Fehlerberichts- und Lernsystem – Struktur und Ergebnisse des ersten Jahres

Michael Rusitska, Rohe J, Beyer M, Blauth E, Gerlach FM
Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Einleitung: International gelten Fehlerberichtssysteme als unverzichtbares Instrument des fachinternen Risikomanagements und sind in sicherheitsorientierten Industrien weit verbreitet. In der Medizin wurden sie in den letzten Jahren u.a. in der Schweiz, in Großbritannien und Australien eingeführt. **Methode:** Im September 2004 wurde ein freiwilliges, Internet-basiertes Fehlerberichtssystem für Hausärzte in Deutschland und Österreich unter www.jeder-fehlerzaehlt.de eingerichtet. Das System ist unbeschränkt zugänglich, vollständig anonym und unabhängig. Berichte werden in ein Online-Formular eingegeben und über eine gesicherte Verbindung übertragen. Durch regelmäßige Veröffentlichungen beispielhafter Fehlerberichte wird den Teilnehmern eine Rückmeldung gegeben. Jeder veröffentlichte Bericht kann online diskutiert werden. **Ergebnisse:** Im Durchschnitt werden ca. 15 Berichte pro Monat abgegeben, zurzeit sind es 120. Die Möglichkeit der Diskussion wird intensiv genutzt. Die Bewertung des Systems bei den Teilnehmern ist größtenteils positiv. Für eine erste explorative Datenauswertung wurden 85 Fehlerberichte verwendet. Davon waren 66% Prozessfehler und 33% Kenntnis-/ Fertigungsfehler. Die Einteilung nach dem Schweregrad der Fehler zeigte, dass 34% der Fehler vorübergehenden oder dauerhaften Schaden verursacht hatten. 55% der Fehler beinhalteten Medikationsfehler, bei 46% der Fehler spielten Probleme bei der Kommunikation eine Rolle. Bis September 2005 werden ca. 180 Berichte zur Auswertung zur Verfügung stehen. **Schlussfolgerung:** Freiwillige Fehlerberichtssysteme sind eine wichtige Datenquelle, um Bedrohungen der Patientensicherheit zu identifizieren. Die Motivation, Berichte abzugeben hängt mit der vermuteten Nützlichkeit des Systems zusammen. Hierzu trägt insbesondere die Qualität der Rückmeldung bei.

V16

Auswirkungen der DEGAM Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ auf die hausärztliche Tätigkeit. Praxistest der DEGAM Leitlinie.

Peter Mand, T. Lichte, O. Lukowitz
Abteilung Allgemeinmedizin, Hannover

Hintergrund: Menschen, die Angehörige pflegen, suchen zu 42 % regelmäßig wegen eigener Beschwerden einen Arzt auf. Ihre kontinuierliche Betreuung ist eine wichtige Aufgabe für die hausärztliche Praxis.

Fragestellung: Welche Auswirkungen hat die DEGAM Leitlinie „pflegerische Angehörige“ auf die hausärztliche Tätigkeit und die Betreuung der pflegenden Angehörigen? **Methoden:** Hausärzte wurden vor Testbeginn, nach 6-wöchiger Testphase und 6 Monate nach Testbeginn über Ihre Erfahrungen und Einschätzungen befragt. Ein standardisierter Fragebogen erfasste u. a. die psychische, körperliche und soziale Betreuung der pflegenden Angehörigen durch den Hausarzt. Das subjektive Kompetenzerleben des Hausarztes wurde mittels einer visuellen

Analogskala getestet. **Ergebnisse:** 12 von 24 Hausärzte haben vollständige Angaben nach 6 Monatiger Anwendung der Leitlinie gemacht. Durch angewandte Empfehlungen der Leitlinie konnte die psychische Betreuung der pflegenden Angehörigen bei 92% verbessert werden. Besonders stabilisiert wurden die Angehörigen durch Reduktion der psychischen Pflegebelastung. Die körperliche Pflegebelastung wurde durch Einbindung weiterer Helfer bei 75% verbessert. Weniger Verbesserungen gab es bei der Optimierung der körperlichen Leistungsfähigkeit der Pflegenden (50%). Das subjektive Kompetenzerleben der Hausärzte steigerte sich durch die Leitlinie auf der visuellen Analogskala von durchschnittlich 5,9 auf 8,0. Nach 6 Monaten wurde sowohl die Langfassung der Leitlinie (von 89% der Ärzte) als auch die Kurzfassung (von 75%) nur noch selten genutzt. **Schlussfolgerung:** Durch die Leitlinie kann vor allem die psychische Betreuung von pflegenden Angehörigen verbessert und das Kompetenzerleben des Hausarztes erhöht werden. Die geringe Nutzung der Leitlinie nach 6 Monaten ist möglicherweise teilweise bedingt durch eine unverändert hohe subjektive Kompetenzzempfindung.

V17

Kann die Anzahl unnötiger Antibiotikaverordnungen bei akutem Husten nachhaltig gesenkt werden? Cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie ("CHANGE")

Attila Altiner, Sielk M, Wegscheider K, Abholz HH, Brockmann S
Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Einleitung: In ca. 50% der Fälle wird bei akutem Husten in der Hausarztpraxis ein Antibiotikum verordnet, obwohl bekannt ist, dass Antibiotika nur bestenfalls einen marginalen Effekt haben. Durch den nicht-indizierten Einsatz von Antibiotika wird eine Schädigung der Patienten, die weitere Entwicklung bakterieller Resistenzen und die Verursachung unnötiger Kosten in Kauf genommen. Hausärzte vermuten, dass Patienten bei Husten häufig ein Antibiotikum erwarten. Patienten erwarten das jedoch tatsächlich eher selten. Der „Teufelskreis“ dieses Missverständnisses wird durch das Nicht-Ansprechen von Arzt und Patient unterhalten. Unsere Intervention fokussierte auf die Auflösung dieses Missverständnisses. **Methode:** 104 Hausärzte wurden in Kontroll- und Interventionsgruppe randomisiert. 5 Peers - alle erfahrenen Hausärzte - wurden in speziellen Kommunikationsmethoden in Anlehnung an das elaboration-likelihood-model (ELM) geschult. Anfang 2003 fanden die Peer-Besuche in den Hausarztpraxen statt. Zusätzlich erhielten die teilnehmenden Hausärzte schriftliche Informationsmaterialien. Im Dezember 2004 wurden zur Verstärkung des Interventionseffektes nochmals speziell hierfür entwickelte Informationsmaterialien verschickt. **Ergebnisse:** 61 Hausärzte komplettierten alle drei Erhebungsphasen (Baseline, Postintervention1, Postintervention2). Die Baseline-adjustierte Antibiotikaverordnungsrate betrug vor der Intervention (Baseline) 46,2%. Unmittelbar nach der Intervention (Postintervention1) sank die Antibiotikaverordnungsrate in der Interventionsgruppe auf 39,0% (95%CI 33,7-44,3). In der Kontrollgruppe stieg sie auf 51,7% (95%CI 46,9%-56,6%), ein relevanter und signifikanter Unterschied ($p < 0,05$). Bei parallelem Anstieg der Antibiotikaverordnungsraten in der Interventionsgruppe auf 46,3% (95%CI 41,0%-51,5%) und in der Kontrollgruppe auf 57,1% (95%CI 52,2%-61,9%) unterschieden sich die Gruppen ein Jahr nach der Intervention (Postintervention1) noch immer signifikant ($p < 0,05$).

Diskussion: Mit hohem Aufwand an "human-resources" wurde eine nachhaltige Reduzierung unnötiger Antibiotikaverordnungen bei akutem Husten bewirkt.

V18

Case management für depressive Patienten in der Hausarztpraxis – Das PROMPT-Projekt

Torge Marion, Peitz M, Mosig-Frey J, Wendt-Hermainski H, Gerlach FM, Gensichen J
Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Einleitung:

Case Management wird als “Übernahme von Verantwortung für die Beobachtung (“following-up”) der Patienten, [...] Bewertung, ob sich die Symptome der Depression verbessern und rechtzeitiges Handeln, wenn Patienten nicht mehr der evidenz-basierten Behandlung folgen können oder wenn sich nicht der erwartete Effekt einstellt” definiert (von Korff 2001). Verbessert ein hausarztpraxisbasiertes Case Management die Versorgung von depressiven Patienten? **Methode:** Cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie (RCT); Case Management vs. Routineversorgung mit dem Cluster Praxis und der Beobachtungseinheit Patient; 68 Praxen in Hessen mit je 10 Patienten (N=680 Pat. mit Major Depression); Intervention: Telefon-Monitoring (1 x Monat je Patient) durch geschulte Arzthelferinnen anhand des DeMol-Fragebogens; Zielgrößen: Depressivität (PHQ-D nach 12 Monaten), Lebensqualität (EQ5D, SF-36), Patientenzufriedenheit (EUROPEP), Adherence, Kosten.

Erwartete Ergebnisse: Alle Rekrutierungsziele werden sicher erreicht. Arzthelferinnen können das Monitoring sicher durchführen. Case Management kann die Versorgung für Patienten mit Major Depression in der Hausarztpraxis verbessern. Wir präsentieren zunächst Baselinedaten.

Diskussion: Methodische Grenzen: 1) Keine fachpsychiatrische Validierung der Einschlussdiagnose - dieses würde die Studiendurchführbarkeit gefährden. 2) Keine systematische Stichprobe - Prärandomisierungsliste schützt aber vor Selektion. 3) Keine „objektiven“ Instrumente zur Adherence-Messung - Invasiv erhobene Serumspiegel würden von den Patienten nicht akzeptiert. **Schlussfolgerungen:** Werden positive Effekte nachgewiesen, ist Case Management für die Professionalisierung der Hausarztpraxis als lokales Kompetenzzentrum für die Versorgung chronisch Kranker nutzbar. Arzthelferinnen als Case Manager können eine Entlastung des Hausarztes erreichen.

V19

Eine Studie zur Erkennung und Vermeidung von Medikationsfehlern in der Hausarztpraxis – Hintergrund und Studiendesign

Eckhardt Blauth, Rohe J, Beyer M, Gerlach FM
Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Einleitung: Medikationsfehler sind eine der wichtigsten Gefahrenquellen in der Hausarztpraxis. In der internationalen PCISME-Studie repräsentierten sie mit 35 % die größte Gruppe der berichteten Fehler. Im hausärztlichen Fehlerberichts- und Lernsystem www.jeder-fehler-zaeHLT.de beträgt der Anteil medikationsbezogener Fehler derzeit 55%. Über Typen und häufige Ursachenkonstellationen von Medikationsfehlern ist wenig bekannt. **Methode:** Medikationsfehler in den Teilnehmerpraxen werden durch ein Chart-Audit zu spezifischen Medikationsbereichen (Antihypertensive Therapie, Orale Antikoagulation und Multimedikation) schrittweise identifiziert. Anhand eines aus internationalen Leitlinien hergeleiteten Kriterienrasters werden aus den Patientendokumentationen und ergänzenden Informationen aus Patientenbefragungen zunächst alle auffälligen Medikationen ermittelt. Nach Klärung etwaiger Dokumentationsmängel werden von den Empfehlungen abweichende

Medikationsereignisse zusammen mit dem behandelnden Hausarzt analysiert. Hierbei wird zwischen beabsichtigten Abweichungen, die entweder sinnvolle Therapiemodifikationen oder aber Planungsfehler bzw. Zuwiderhandlungen darstellen können, und unbeabsichtigten Abweichungen, die im wesentlichen Ausführungsfehler ("slips" und "lapses") umfassen, unterschieden. Neben dem Chart-Audit beteiligen sich die Praxen an einem Fehlerberichtssystem, um spontan aufgefallene Fehler ermitteln zu können.

Erwartete Ergebnisse: Die Konstruktion des Kriterienrasters und der Analysegang werden im Vortrag dargestellt und anhand von bis zum Kongress vorliegenden Daten aus der Erprobungsphase erläutert. **Schlussfolgerungen:** Die Analyse unterschiedlicher Fehlertypen und Ursachenkonstellationen kann in einer Gewichtung- und Bewertungsphase wichtige Ansatzpunkte zur gezielten Vermeidung von Medikationsfehlern in der Hausarztpraxis liefern. Daraus soll in einer zweiten Förderphase ein Riskmanagement-Inventar für die hausärztliche Praxis entwickelt werden.

V20

Haben sie einen Plan oder lassen sie (nur) ,ihre Launen aus'? Strategien von Hausärzten in Konsultationen

Silke Brockmann, Altiner A, Wilm S
Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Einleitung: ‚Hausärzte gehen mit ihren PatientInnen wenig differenziert vor‘, ‚die ärztliche Sprechstunde ähnelt einem amateurhaften Motivationsprogramm‘ – solche Sätze, von Vertretern anderer Disziplinen geäußert, lassen das Bild des konzeptionslosen, um Ziele verlegenen Hausarztes aufkommen. Es bedarf nicht solcher ‚Vorwürfe‘ Hausärzten gegenüber, um sich den Fragen zuzuwenden, ob Hausärzte in ihren Konsultationen gegenüber den Patientinnen eine zielgerichtete Interaktion zeigen und sich Entscheidungs- und Handlungsschemata erkennen lassen. Auch Forschungsergebnisse über Behandlungsvariabilität von Hausärzten, gewonnen von hausärztlichen Forschern selbst, lassen es lohnend erscheinen, sich diese(n) Fragen zu stellen. Denn die Behandlungsvariabilität weist auf unterschiedliches Herangehen von Hausärzten gegenüber gleichen Behandlungsanlässen, ja sogar gegenüber den selben (z.B. standardisierten) Patienten hin. Auch hier stellt sich die Frage nach einer zielgerichteten Konsultationsstrategie von Hausärzten. **Methode:** Als Material für die Untersuchung dienen 42 auf Tonträger mitgeschnittene Konsultationen in hausärztlichen Praxen. Sie entstanden im Rahmen einer Studie zur Erfassung der hausärztlichen Behandlungsvariabilität durch den Einsatz standardisierter Patienten mit Kopfschmerz. Dafür hatten sich 2002 sechs ‚Standardisierte Patientinnen‘ (SP) bei 52 Hausärzten im Rheinland mit dem Symptom Kopfschmerzen vorgestellt und in 42 Fällen die Konsultationen verdeckt auf Tonträger mitgeschnitten.

Die Analyse der Konsultationen erfolgt mithilfe des modifizierten ‚Davis Observation Codes‘ (DOC). Hierbei werden die Interaktionsschritte zwischen Arzt und Patient anhand von Items zerlegt und Kategorien zugeordnet. Anschließend werden die so identifizierten Schlüsselsequenzen in den Transkripten der Konsultationen textanalytisch dahingehend ausgewertet, wer die Interaktionsinitiative ergreift, ob zielgerichtete Strategien erkennbar sind, ob Richtungsänderungen oder Ausweichmanöver erfolgen oder Hilflosigkeit sichtbar ist.

V21

Aktuelle Probleme in der Hausärztlichen Versorgung von Patienten nach Schlaganfall

Anne Barzel, Stubenvoll M, Behnke M, van den Bussche H
Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg

Einleitung: Etwa eine Million Patienten werden in Deutschland nach Schlaganfall in der sog. Nach-sorgephase vertrags-, d.h. hausärztlich betreut. Während es zahlreiche Untersuchungen über die Versorgung von Schlaganfallpatienten durch stroke units und Rehabilitationseinrichtungen gibt, ist die Situation der hausärztlichen Versorgung dieser Patientengruppe kaum erforscht. Nach dem Bundesgesundheitsurvey ist mit der Rückkehr von Schlaganfallpatienten in die vertragsärztliche Versorgung in der Regel ein Stillstand der Rehabilitation verbunden, obwohl gerade in dieser Phase eine Fortführung der Rehabilitation besonders wichtig ist. Das Ziel dieser Untersuchung ist daher, die Versorgungsrealität für diese Patienten in der hausärztlichen Nachsorgephase zu evaluieren. **Methode:** Untersucht wurde eine Zufallsstichprobe von Hamburger Hausärzten mittels eines postalisch versandten Fragebogens. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurde im Anschluss daran eine telefonische Nachfassaktion durchgeführt.

Inhaltlich wurden Fragen gestellt zur Versorgungssituation von Schlaganfallpatienten in der Hausarztpraxis, Kooperation mit Fachärzten und Therapeuten, Angebot und Bedarf von Rehabilitationsleistungen, Nutzen und Qualität therapeutischer Maßnahmen sowie den eigenen Therapiezielen und ihrer Erreichbarkeit. **Ergebnisse:** Erste Auswertungsergebnisse der dreimonatigen Untersuchungsphase können im September vorgestellt werden. Neben der Darstellung der Versorgungssituation von Schlaganfallpatienten aus der Sicht der Hausärzte sollen Bereiche der Über- bzw. Unterversorgung benannt werden. Es soll aufgezeigt werden, in welchen Bereichen Hausärzte Unterstützung brauchen, um die Ziele der Sekundärprävention und den Erhalt des Rehabilitationserfolges auch in der Nachsorgephase zu erreichen.

V 22

Entwicklung einer universellen Plattform für elektronische Leitlinien und Adaptation der DEGAM Leitlinie #1: Brennen beim Wasserlassen

Jörg Sigle, Surhoff M, Kochen MM für die MedViP-Arbeitsgruppe
Abteilung Allgemeinmedizin, Göttingen

Einleitung: Ziel ist die Entwicklung einer universell nutzbaren Plattform für elektronische Leitlinien als Werkzeug zur Untersuchung der Nutzung einer Leitlinie (=wird sie gelesen?) und des Einflusses des verwendeten Mediums auf den Effekt einer Leitlinie (=ändert sie das Verhalten?). **Methode:** Definition der Anforderungen: Koexistenz der Lösung mit einer möglichst breiten Auswahl von Praxisprogrammen, leichte Pflfegbarkeit von Leitlinieninhalten, unaufdringliche Erinnerungsfunktion, Darstellung der Leitlinieninhalte in möglichst einfach und schnell bedienbarer Oberfläche, keine Einschränkung der Bewegungsfreiheit in Praxissoftware, Nutzungsprotokoll. Entwicklung von Software: Für DOS und Windows funktional identische Programme, ähnlich einem WWW-Browser bedienbar. Leitlinieninhalte liegen in einfachem HTML-Format vor. Die Kurzversion der Leitlinie erlaubt es, von einer klar gegliederten Übersicht schnell zu gewünschten Bereichen (u.a. Anamnese, Prognose, Diagnose, Therapie) zu springen. Direkter Wechsel zur Langfassung ist möglich. Distribution: Durchführung von Informationsveranstaltungen mit zukünftigen Anwendern. Test bei Pilotanwendern, Erstellung von SOPs für die Distribution. Einladung von Kollegen zum RCT, Randomisation und stufenweise Distribution unter Beobachtung der Anwendererfahrung. **Ergebnisse:** Bisher haben 100 der 189 eingeladenen KollegInnen geantwortet: 82 bekundeten ihr Interesse an einer Teilnahme, 16 lehnten ab und zwei waren unentschieden. In den ersten zwei Wochen der Distribution wurde die elektronische Fassung (Stand 04.05.2005) in sieben Praxen problemlos installiert.

Schlussfolgerungen: Das resultierende Werkzeug erfüllt die definierten Anforderungen und ist für die Anwendung mit weiteren Leitlinien geeignet. Zum Kongress können wir das Werkzeug und Erfahrungen aus mehreren Monaten der Anwendung vorstellen.

V23

Häusliches Gehtraining als Rehabilitationsnachsorge bei Patienten mit COPD

Michaela Behnke¹, Du Moulin M¹, Taube K², Lehmann, K², Van den Bussche H¹.

¹Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg

²Atem-Reha GmbH Hamburg

Einleitung: Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist weltweit eine der führenden Erkrankungen bezüglich Morbidität und Mortalität. Es ist bekannt, dass ein körperliches Training im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme geeignet ist, Lebensqualität und Belastungsfähigkeit dieser Patienten zu verbessern. Das zur Aufrechterhaltung dieser Erfolge notwendige postrehabilitative Training wird jedoch immer noch zu selten durchgeführt. Ziel unserer Untersuchung ist es, ein hausärztlich überwachtes häusliches Gehtraining (HGT) nach teilstationärer Rehabilitation (TsR) als Rehabilitationsnachsorge zu evaluieren. **Methode:** Es handelt sich um eine prospektive, randomisierte und kontrollierte Interventionsstudie (Start: März 2005). Insgesamt sollen 120 Patienten mit COPD nach Durchführung einer 3-wöchigen TsR in der Atem-Reha GmbH Hamburg auf eine Trainings- (6 Monate HGT) oder eine Kontrollgruppe (kein Training) randomisiert werden. Die Überwachung erfolgt durch den jeweiligen Hausarzt in Zusammenarbeit mit einem Mitarbeiter unseres Institutes. Zu Beginn der Studie sowie nach 3 und 6 Monaten werden u.a. krankheitsspezifische Lebensqualität (CRQ) und Belastbarkeit (6-Minuten-Gehstrecke) erfasst. **Ergebnisse:** Work in progress! Erste Ergebnisse werden beim Kongress vorgestellt werden. Es soll evaluiert werden, ob ein HGT unter hausärztlicher Überwachung mit entsprechender fachlicher Unterstützung grundsätzlich durchführbar ist. Weiterhin erwarten wir aufgrund positiver Vorstudien, dass das HGT bei den Trainingspatienten zur Aufrechterhaltung der Erfolge der TsR hinsichtlich Lebensqualität und Belastbarkeit beiträgt. **Schlussfolgerungen:** Es gibt für Patienten mit COPD nur wenige Angebote einer strukturierten Rehabilitationsnachsorge. In dieser Hinsicht soll unsere Untersuchung überprüfen, ob ein häusliches Gehtraining unter hausärztlicher Überwachung durchführbar und effektiv ist.

V24

Praxistest einer Leitlinie zu einem Beratungsanlass mit sehr niedriger Inzidenz – methodische und inhaltliche Aspekte

Markus Gulich, Zimmermann B, Zeitler HP

Abteilung Allgemeinmedizin, Ulm

Einleitung: Leitlinien der DEGAM spielen in den letzten Jahren eine zunehmende Rolle in der hausärztlichen Patientenversorgung. Einer der bedeutsamsten Punkte der DEGAM-Leitlinien in Bezug auf ihre Praxisrelevanz ist der obligat durchzuführende Praxistest aller Leitlinien unmittelbar vor der Verabschiedung. Nach den Vorgaben des AKLL sind beim Praxistest möglichst viele Beobachtungen von Patienten mit dem zu untersuchenden Beratungsanlass in den Praxistest aufzunehmen. Im vorliegenden Fall – Leitlinie „Schlaganfall – ist der Beratungsanlass so selten, dass sich eine Einbeziehung von Erfahrungen der Leitlinie unter Realbedingungen nicht realisieren lässt. **Methode:** In Abwandlung des DEGAM-Konzepts wurde der Praxistest für die Leitlinie „Schlaganfall“

durch strukturierte Interviews zur Umsetzbarkeit der Leitlinie in 14 hausärztlichen Praxen und eine Fokusgruppe, die sich mit Fragen der Umsetzbarkeit beschäftigte, durchgeführt. Durch Einbeziehung von klinischen und praxisorganisatorischen Szenarien wurde eine möglichst realitätsnahe Erprobung der Leitlinie umgesetzt. Um Einflüsse der Praxisvariabilität möglichst klein zu halten, wurde eine ähnliche Gruppe von Hausarztpraxen im teilweise ländlichen Raum um Ulm und im Großraum Berlin durchgeführt. **Ergebnisse:** Es wurden 14 Hausarztinterviews in der Umgebung von Ulm geführt, die Auswertung ist zum Zeitpunkt des Abstracts noch nicht abgeschlossen. **Schlussfolgerungen:** Ein Praxistest einer hausärztlichen Leitlinie lässt sich auch bei Beratungsanlässen mit sehr niedriger Inzidenz realitätsnah durchführen.

V25

„Überbringen schlechter Nachrichten“ Ein erfolgreiches interdisziplinäres Unterrichtsangebot zur Arzt-Patienten-Kommunikation

Maren Ehrhardt, von Renteln-Kruse W, de Wit M
Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg, Albertinen Haus Hamburg

Einleitung: Die Vermittlung von ärztlichen kommunikativen Basisfertigkeiten ist ein zum Teil mühsames Unterfangen. Auf der Beliebtheitsskala der Studierenden finden sich Rollenspiele und ähnliche Angebote eher im unteren Bereich. In Hamburg wurden mit dem neuen interdisziplinären Unterrichtskonzept zum Überbringen schlechter Nachrichten jedoch sehr positive Erfahrungen gemacht. Zu Unterrichtskonzepten zum „Überbringen schlechter Nachrichten“ gibt es bereits eine große Anzahl von Untersuchungen und Publikationen. Gegenstand dieses Beitrages ist die Frage: Kann das hier vorliegende Konzept ein Beispiel für anderer Unterrichtsangebote zur Vermittlung kommunikativer Fertigkeiten sein? **Methode:** Nach der neuen Approbationsordnung ist die Lehre in sog. Themenblöcke aufgeteilt. Zusammen mit der Onkologie des Universitätsklinikums und der Geriatrie des Albertinenhauses wird vom Institut für Allgemeinmedizin ein vierstündiges Pflichtseminar zum „Überbringen schlechter Nachrichten“ innerhalb des Themenblockes „Psychosoziale Medizin“ angeboten. Das Unterrichtskonzept wird seit der Einführung vor gut einem Jahr sowohl einzeln im Anschluss an die Seminare als auch zusammen mit den anderen Veranstaltungen am Ende des Trimesters evaluiert. Zur Ergänzung findet am Ende des jetzigen Trimesters eine studentische Fokusgruppe statt. **Ergebnisse:** Die bisherigen Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass das Seminar von den Studierenden sehr positiv bewertet wird. Andere fachübergreifende Unterrichtsveranstaltungen zur Arzt-Patienten-Kommunikation werden von den Studierenden hingegen deutlich schlechter evaluiert. Auf dem Kongress sollen insbesondere folgende Aspekte dargestellt werden: Worin liegen die „Ursachen“ für die positive Bewertung des Konzeptes durch die Studierenden? Welche Bedingungen tragen zum erfolgreichen interdisziplinären Zusammenarbeiten bei? Welche Schlußfolgerungen lassen sich allgemein für den Unterricht von sogenannten „soft skills“ ziehen?

V27

Überzeugung oder Opportunismus: Warum gehen deutsche Hausärzte nach Großbritannien?

Burkhard Sonntag

Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Einleitung: Großbritannien übt nach wie vor eine große Anziehungskraft auf deutsche Ärzte aus. Zahlreiche deutsche Hausärzte leben und arbeiten seit vielen Jahren dort, weil sie überzeugt sind von den Chancen, die das britische Gesundheitssystem bietet. Andere Kollegen kommen für eine begrenzte Zeit, weil sie ihren Horizont erweitern oder die guten Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten nutzen möchten. Außerdem gibt es Kollegen, welche überwiegend an lukrativen Vertretungen und Notdiensten interessiert sind. **Methode:** Etwa 20 deutsche Hausärztinnen und Hausärzte, welche eine Berufstätigkeit in Großbritannien erwägen und zu diesem Zweck im Juli 2005 an einem Einführungsseminar der deutsch-englischen Ärztevereinigung teilnehmen, werden unmittelbar vor Beginn der Veranstaltung mittels Fragebogen befragt. Eingeschlossen sind Kollegen, welche ihre Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, Praktischen Arzt oder zum hausärztlich tätigen Internisten abgeschlossen haben. Gefragt wird nach derzeitiger Berufstätigkeit, Art und Dauer der beabsichtigten Tätigkeit in Großbritannien, eigener Motivation sowie Wissenstand zum britischen Gesundheitssystem. **Ergebnisse:** Aufgrund von vorherigen Erfahrungen ist davon auszugehen, dass eine Anzahl deutscher Ärzte vor allem an den Verdienstmöglichkeiten als Kurzzeitvertretung und im Notdienst interessiert sind und hierbei zum Teil unrealistische Vorstellungen haben. Diese Ärzte sind oft nur mangelhaft über das britische Gesundheitssystem informiert. Eine andere Gruppe von überwiegend jüngeren Ärzten erwägt, für einen Zeitraum zwischen 1 - 2 Jahren in Großbritannien zu arbeiten und bevorzugt eine angestellte Tätigkeit in einer Gruppenpraxis. Diese Ärzte sind in der Regel verhältnismäßig gut über das britische Gesundheitssystem informiert und scheuen aufgrund des unternehmerischen Risikos sowie bürokratischer Hürden eine Niederlassung in Deutschland.

V29

ARRIBA-Herz: Herz- Kreislaufprävention in der hausärztlichen Praxis - Implementierung einer Beratungsstrategie

Eva Sadowski, Keller H, Krones T, Sönnichsen A, Eimer C, Popert U, Baum E, Donner-Banzhoff N

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Einleitung: Präventivmaßnahmen in der hausärztlichen Praxis sollten risikoadaptiert und (kosten)effizient sein. ARRIBA-Herz bietet eine am individuellen kardiovaskulären Gesamtrisiko orientierte Beratung, die den Patienten aktiv in den Entscheidungsprozeß einbezieht. Ziel der Untersuchung war die Abschätzung von Akzeptanz, Anwendbarkeit und Reichweite von ARRIBA-Herz sowie Optimierung des Konzeptes für die Anwendung in der Praxis. Es handelt sich um eine Phase-II-Studie der Evaluation einer komplexen Intervention. **Methode:** 90 Allgemeinärzte, die das ARRIBA-Herz-Konzept durch Schulungen oder im Selbststudium kennen gelernt hatten, wurden über ihre Erfahrungen befragt. Die Erhebung erfolgte in Form von teilstrukturierten Telefoninterviews und wurde qualitativ und quantitativ ausgewertet. **Ergebnisse:** 49 Ärzte hatten ARRIBA-Herz regelmäßig in der Praxis eingesetzt. Wichtigste Gründe für die Anwendung waren strukturierte und effiziente Beratung, für den Patienten gut darstellbare und verständliche Risikokalkulation, Einbeziehung des Patienten in Therapieentscheidungen, Förderung von Eigenverantwortung

für gesundheitsbewusstes Verhalten sowie mehr Entscheidungssicherheit. Dabei wird das Konzept eher für Patienten mittleren Alters mit niedrigem Risikostatus und in Bezug auf bestimmte Fragestellungen (z. B. Verordnung eines CSE-Hemmers) angewandt.

Auch Nichtanwender beurteilten ARRIBA weitgehend positiv. Als Gründe für den Nichteinsatz nannten sie mangelnde Einarbeitung in die komplexe Thematik bzw. den damit verbundenen Zeitaufwand, Zufriedenheit mit eigenen oder anderen Beratungskonzepten und organisatorische Probleme. **Schlussfolgerungen:** Die von Arzt und Patient gemeinsam getragene Therapieentscheidung aufgrund der Abschätzung des individuellen Gesamtrisikos und der Einbeziehung von Patientenpräferenzen ist ein Anliegen evidenzbasierter Medizin. ARRIBA-Herz- ermöglicht dies und erfährt unter Allgemeinärzten große Akzeptanz. In einem modernen Konzept der Evaluation komplexer Interventionen sind Untersuchungen der Phasen I + 2 unverzichtbare Vorstufen zu einer definitiven Wirksamkeitsstudie.

V30

Subjektive kardiovaskuläre Risikoschätzung von Patienten im Kontext hausärztlicher Risikoeinschätzung und Risikofaktoren

Markus Herrmann, Welke J, Reeg J, Michalke S, Segebrecht S, Schwantes U
Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Halle und Magdeburg

Einleitung: Subjektive Risikoeinschätzung hängt von Einstellungen, Werten, Interessen, Glaubenssätzen und Wissensbeständen des Betrachters ab. Im Zuge der Verfügbarkeit von Risikoalgorithmen können Patienteneinschätzungen mit berechneten Morbiditätswahrscheinlichkeiten kontrastiert werden. Gesundheitspsychologische Studien haben gezeigt, dass es sowohl zur Unterschätzung des eigenen Risikos, aber auch zur Überschätzung kommen kann. Es wird der Frage nachgegangen, inwieweit Patienten ihr kardiovaskuläres Risiko unter- bzw. überschätzen, und welche Unterschiede sich bei „Überschätzern“ bzw. „Unterschätzern“ hinsichtlich Soziodemographie, Wissen und hausärztliche Konsultation aufzeigen lassen. **Methode:** Auf der Grundlage von Befragungen von Hausarztpatienten in Berlin-Brandenburg und Sachsen-Anhalt und ihren Hausärzten liegen aktuell 550 von 800 Arzt-Patienten-Befragungen vor. Patienten (40-74 Jahre, mit zumindest einem kardiovaskulären Risikofaktor) und ihre behandelnden Ärzte füllen unabhängig von einander einen Fragebogen zu Risikofaktoren, Soziodemographie, der hausärztlichen Konsultationen und der Einschätzung des kardiovaskulären Risikos aus. Pro Hausarzt werden maximal 20 Patienten rekrutiert. Die subjektive 6-stufige Skala der Patienteneinschätzung wird aufgrund der errechneten Mittelwerte für alle Paare kalibriert. Hiermit sind Abweichungen für individuelle Patienten quantifizierbar und alle subjektiven Risikoschätzungen können in Tertialen kategorisiert werden (zu hoch/richtig/zu niedrig). **Ergebnisse:** Aufgrund der bisher erhobenen klinischen Daten ist das objektive individuelle kardiovaskuläre 5-Jahres-Mortalitätsrisiko für 554 Patienten aus 34 Praxen bekannt; Median 2,7% [5 und 95% Perzentile 0,3% bzw. 14,6%]. Das von Patienten Seite geschätzte Risiko wird mit dem berechneten verglichen. Die aus diesem Vergleich als Überschätzer bzw. Unterschätzer extrahierten Patienten werden auf ihre soziodemographischen Merkmale, Wissen, Gesundheitszustand, hausärztliche Konsultation und Ost-West-Vergleich hin untersucht. **Schlussfolgerungen:** Die Identifizierung der Merkmale von Überschätzern bzw. Unterschätzern sind bedeutsam für die Gestaltung hausärztlicher Gesundheitsberatung.

V31

Das neue Paradigma des kardiovaskulären Risikos: ohne Grenzwert, ohne Pathologie

Dieter Borgers

Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Einleitung: Aufgrund von neuen Ergebnissen der beobachtenden und interventiven Epidemiologie muß auch die konzeptionelle Grundlage der Behandlung des kardiovaskulären Risikos verändert werden, was in einer allgemeinmedizinischen Leitlinie Berücksichtigung finden sollte. **Methoden:** Es werden die empirischen Ergebnisse von interventiver und beobachtender Epidemiologie der letzten 10 Jahre auf die Frage hin untersucht, inwieweit sie neue konzeptionelle Vorstellungen in bezug auf das Grenzwertdenken und die Semantik von Pathologien (Hypertonie und andere Hyper ...) notwendig machen. **Ergebnisse:** Die Leitsätze des neuen Paradigmas können wie folgt formuliert werden: 1. Alleiniger Indikationsgrund ist das Risiko eines kardiovaskulären Ereignisses. Die Höhe des relativen Risikos definiert wegen des schicksalhaften Anteils die Abweichung vom Normalen; die Höhe des absoluten Risikos entscheidet über den quantitativen Nutzen des medikamentösen oder anderen Eingreifens. 2. Es existiert kein üblicher Grenzwert mehr. 3. Es existiert kein semantisches Klassifikationsritual von z.B. Hypertonie oder Hypercholesterinämie. Es wird dargestellt, welche Gesichtspunkte der Empirie für die benannten Auffassungen sprechen und welche dagegen.

Schlußfolgerungen: Die effektive Risikosenkung in der Allgemeinmedizin benötigt ein Handlungsschema, das flexible, autonome und individuelle Entscheidungen ermöglicht, statt immer komplizierteren starren Anweisungen hinterherzulaufen, die in der Praxis nur zu marginalen Resultaten führen. Das neue Paradigma führt endlich zu vereinfachenden – der Allgemeinmedizin adäquaten – Konsequenzen und zu einer dem „Risiko“ adäquaten Begrifflichkeit. Die psychologischen Widerstände gegen den „Entzug“ von Grenzwerten und Pathologie in einer Leitlinie sind aber nicht zu unterschätzen.

V32

Patienten, Arzt und Konsultationsvariablen mit Einfluss auf die Güte der ärztlichen kardiovaskulären Risikoschätzung

Justus Welke, Herrmann M, Michalke S, Segebrecht S, Schwantes U

Institut für Allgemeinmedizin, Charité, Berlin

Einleitung: Die quantitative kardiovaskuläre Risikoschätzung bedarf als „input“ sowohl der Ergebnisse ärztlicher objektiver Befunde (RR, Cholesterin) wie auch anamnestischer Daten (Lifestyle Risikofaktoren, Vorerkrankungen). Durch gleichzeitige Befragung von Ärzten und Patienten ist es möglich, für jeden Patienten zu den beiden Bereichen valide Daten zu gewinnen, welche die Berechnung des so genannten objektiven kardiovaskulären Risikos ermöglichen. Der Frage wird nachgegangen, wie das von Ärzten subjektiv geschätzte Risiko mit diesem objektiven zusammenhängt und welche Faktoren mit Über- oder Unterschätzung assoziiert sind. **Methode:** Aktuell zu 70% abgeschlossener (550 von 800 Paaren) Survey von Patienten-Arzt Paaren. Patienten (40-74 Jahre mit zumindest einem kardiovaskulären Risikofaktor) und ihre behandelnden Ärzte füllen ohne Kenntnis der Einträge des jeweiligen Partners einen Fragebogen zu Risikofaktoren, dem Patient-Arzt-Gespräch und der Einschätzung des kardiovaskulären Risikos aus. Pro Arzt werden maximal 20 Patienten rekrutiert.

Die subjektive 6-stufige Skala der ärztlichen Risikoeinschätzung wird aufgrund der errechneten Mittelwerte für alle Paare kalibriert. Hiermit sind Abweichungen für individuelle Patienten quantifizierbar und alle subjektiven Risikoschätzungen können in Tertialen

kategorisiert werden (zu hoch/richtig/zu niedrig). **Ergebnisse:** Aufgrund der bisher erhobenen klinischen Daten ist das objektive individuelle kardiovaskuläre 5-Jahres-Mortalitätsrisiko für 554 Patienten aus 34 Praxen bekannt; Median 2,7% [5 und 95% Perzentile 0,3% bzw. 14,6%]. Die Übereinstimmung des ärztlich geschätzten subjektiven mit dem objektiven Risiko ist hochsignifikant. Effekte von Patienten- und Arztvariablen sowie Variablen des Patient-Arzt-Gesprächs auf die Unter- und Überschätzung des Risikos werden dargestellt.

Diskussion: Besondere Berücksichtigung für die Diskussion werden Einflüsse der Charakteristika der Konsultation und der soziodemographischen Daten der Patienten auf Übereinstimmung ärztlich geschätzten subjektiven und des objektiven Risikos finden.

V33

Legt die Lebensweise der Familie den Grundstein für kardiovaskuläres Risiko?

Andreas C. Sönnichsen¹, Verwied-Jorky S², Donner-Banzhoff N¹, Weineck J³ Koletzko B²

¹ Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

² Dr. von Haunersches Kinderspital, Ludwig-Maximilians-Universität München

³ Institut für Sportwissenschaft, Erlangen

Einleitung: Arteriosklerose entwickelt sich über viele Jahrzehnte. Bereits bei Jugendlichen können erste Gefäßveränderungen nachgewiesen werden. Bewegungsmangel spielt für die Atherogenese eine herausragende Rolle. Dieser ist bereits im Kindesalter zu beobachten, und es stellt sich die Frage, welche Faktoren eine bewegungsarme Lebensweise bei Kindern begünstigen. Besteht ein Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität bzw. Inaktivität von Eltern und Kindern? **Methode:** Die Untersuchung wurde 1041 Schulanfängern und deren Eltern in 16 Schulen von Erlangen angeboten. 187 Erstklässler, 187 Mütter und 135 Väter nahmen teil. Per Interview erhoben wir detailliert die tägliche körperliche Aktivität. Zudem wurde das kardiovaskuläre Risikoprofil bestimmt (Cholesterin, HDL-Cholesterin, Blutdruck, Rauchgewohnheiten). Aus den Werten wurde mit Hilfe des Framingham-Algorithmus das absolute 10-Jahresrisiko für ein kardiovaskuläres Ereignis berechnet. **Ergebnisse:** Es zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen Müttern, Vätern und Kindern bezüglich der täglich sitzend verbrachten Stunden sowie zwischen Müttern und Kindern bezüglich sportlicher Aktivität. Eine sehr hohe Korrelation fand sich zwischen Müttern und Vätern bezüglich der sportlichen Betätigung und auch bezüglich des absoluten kardiovaskulären Risikos.

Schlußfolgerungen: Unsere Daten legen nahe, dass sportliche Aktivität oder eine überwiegend inaktive Lebensweise familien-spezifische Merkmale sind. Die Kinder von inaktiven Eltern tragen ein erhöhtes Risiko, auch selbst eher inaktiv zu sein, wodurch der Grundstein für ein frühzeitig erhöhtes kardiovaskuläres Risiko gelegt werden könnte. Die Korrelation bezüglich des Risikoscores zwischen Müttern und Vätern belegt, dass kardiovaskuläres Risiko nicht nur durch genetische Faktoren bedingt ist, sondern mit der ähnlichen Ernährungs- und Lebensweise innerhalb einer Ehe/Partnerschaft in Zusammenhang steht.

V34

Pillen schlucken und verschreiben. Dauermedikation im Spannungsfeld zwischen Hausarzt und dem betagten Patienten

Junius Ulrike, Langner D, Breull A
Abteilung für Allgemeinmedizin, Hannover

Einleitung: Angesichts der hohen Prävalenz multipler Erkrankungen im Alter ist die Polypharmakotherapie eine alltägliche hausärztliche Intervention. Dass diese Polypragmasie nicht ungefährlich ist, belegen Studien, nach denen ca. 15% aller Krankenhauseinweisungen älterer Patienten medikamentenbedingt sind.

Ziel dieser Untersuchung ist es zum einen, den regelmäßigen Medikamentengebrauch älterer Hausarztpatienten zu beschreiben und das Ausmaß der Polypragmasie (≥ 5 Medikamente) zu untersuchen. Zum anderen wird die Übereinstimmung zwischen Hausarztverordnung und Patientenangabe zur eingenommenen Dauermedikation analysiert. **Methode:** An einer repräsentativen Studie zum geriatrischen Assessment nahmen 67 Hausärzte und 466 quasi-randomisierte Patienten im Alter von 70 Jahren und darüber teil. Sowohl Hausärzte als auch Patienten wurden zur Anzahl der verschriebenen Dauermedikamente und der zusätzlich eingenommenen frei verkäuflichen Mittel befragt. **Ergebnisse:** 419 Aussagen waren auswertbar. Ältere Hausarztpatienten nahmen durchschnittlich 4,3 ($\pm 2,3$) verschriebene und zusätzlich 1,4 ($\pm 1,1$) frei verkäufliche Mittel ein. Der Anteil der Patienten unter Polypragmasie betrug 38% für Frauen und 39% für Männer. Nur für 46% der Patienten stimmten die von Hausärzten und Patienten angegebenen verschriebenen Medikamentenzahlen überein und für 74% der Patienten mit zusätzlich eingenommenen Mitteln. Hausärzte unterschätzten die tatsächlich gebrauchte Medikamentenzahl ihrer älteren Klientel signifikant ($p < 0,001$).

Diskussion: Fremd- bzw. selbstverordnete Multimedikation ist für einen erheblichen Anteil älterer Hausarztpatienten zutreffend und wird von Allgemeinmedizinerinnen deutlich unterschätzt. Das neu eingeführte geriatrische Basisassessment (EBM2000+) bietet einen guten Rahmen, mit dem Patienten Verordnung und Einnahme zu klären.

V 36

Partnerschaftlich mit Patienten entscheiden? Ein Modellprojekt mit Hausärzten und Bluthochdruckpatienten

Anja Deinzer, Babel H, Veelken R, Schmieder RE
Institut für Präventive Medizin, Erlangen-Nürnberg

Einleitung: Shared Decision Making (SDM) wurde für die Behandlung des Bluthochdrucks operationalisiert. **Methode:** 15 Hausärzte erhielten ein SDM-Kommunikationstraining und führten mit 40 Bluthochdruckpatienten 6 SDM-Entscheidungsgespräche in der zweijährigen Projektlaufzeit. Die Kontrollgruppe bestand aus 46 Bluthochdruckpatienten, die ebenso wie die Studienpatienten an einer Bluthochdruckschulung teilnahmen. Evaluiert wurde u.a. SDM (COMRADE/FAPG-Bogen), Entscheidungspräferenzen (API) und Blutdrucksenkung in der Selbstmessung. Als qualitative Evaluation wurden 15 Patienteninterviews durchgeführt. **Ergebnisse:** SDM nahm in beiden Gruppen signifikant zu ($p = 0,001$ vs $p = 0,001$), wobei die Kontrollgruppe ein signifikant niedrigeres Niveau aufwies ($p < 0,05$). Die Blutdrucksenkung war in der Studien- und in der Kontrollgruppe signifikant ($-9,26 \pm 10,2$ / $-5,33 \pm 9,5$ mm Hg versus $-6,0 \pm 11,8$ / $-3,0 \pm 8,3$ mm Hg; systolisch: $p < 0,00001$ vs. $p = 0,002$; diastolisch: $p = 0,001$ vs. $p = 0,02$). Patienten mit hohem Bedürfnis nach SDM zeigten eine Korrelation von dem Zuwachs an SDM mit der systolischen RR-Senkung ($r = -0,40$). Die Patienteninterviews

boten Hinweise, dass für sie nicht in erster Linie der Entscheidungsanteil relevant war. **Schlussfolgerung:** Die Studienärzte praktizierten mit ihren Patienten mehr SDM. Eine Zunahme an SDM und Verbesserung der Blutdruckeinstellung wurde durch die Patientenschulung erzielt. SDM zeigte einen Zusammenhang mit der Blutdruckeinstellung nur für die Subgruppe von Patienten, die einen hohen Bedarf nach SDM hatten. SDM als Forschungskonstrukt scheint von der Patientenperspektive abzuweichen.

V 37

Patienten verzichten bei adäquater Aufklärung auch bei akuten Schmerzen auf die Gabe intramuskulärer NSAR

Thomas Rosemann, Szecsenyi J

Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Einleitung: Trotz abratender Empfehlungen der DEGAM-LL „Rückenschmerz“ oder etwa der ständigen Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, stellt die intramuskuläre Gabe von NSAR eine weit verbreitete Praxis dar. Von Hausärzten wird oftmals das Argument vorgebracht, Patienten wären nicht oder nur schwer von dieser invasiven Applikationsform abzubringen. Mit der zu präsentierenden Studie sollte gezeigt werden, dass eine kurze aber adäquate schriftliche Information Patienten von dieser riskanten Verabreichungsform abbringen kann. **Methode:** Eingeschlossen wurden in 2004 in 13 Hausarztpraxen konsekutiv 179 Patienten, die ihren Hausarzt mit akuten Rücken- oder Schmerzen des Bewegungsapparates aufsuchten. Sämtliche Patienten hatten in der Vergangenheit eine Injektion von NSAR erhalten und wurden explizit mit diesem Wunsch wieder vorstellig. Alle Patienten erhielten ein Informationsblatt, das im wesentlichen die Vorgaben der Arzneimittelkommission hinsichtlich der Aufklärungspflicht bei i.m.-Gabe von NSAR erfüllte. Zur Evaluation der Beschwerden wurde etablierte Instrumente (AIMS2-SF, Roland-Morris-pain-questionnaire, Visuelle-Analog-Skala VAS für Schmerz eingesetzt). Eine kurze Begründung der Entscheidung wurde ebenfalls erfasst. **Ergebnisse:** 157 Patienten (87.7%) entschieden sich nach Lektüre des Infoblattes für die orale Gabe eines NSAR. Bei der Evaluation nach drei Tagen gab es keine signifikanten Unterschiede in der i.m. und der oralen Gruppe hinsichtlich der Beschwerden in VAS, AIMS2-SF und Roland-Morris. Nur 2 Patienten der oralen Gruppe gaben an, das nächste Mal wieder eine Spritze zu wünschen. **Schlussfolgerungen:** Durch eine gezielte, kurze und praxisnahe Information können in den allermeisten Fällen Patienten in der Situation akuten Schmerzes bewegt werden auf die risikobehaftete intramuskuläre Injektion zu verzichten. Auf den Verlauf der Beschwerdesymptomatik hat die Applikationsform keinen Einfluss.

2. Poster

P 1

Die DEGAM-Leitlinie Herzinsuffizienz: Verifikation eines systematischen Leitlinienreviews durch Evaluation der Originalquellen

Christiane Muth, Gensichen J, Beyer M, Gerlach FM
Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Einleitung: Die Herzinsuffizienz wird immer häufiger. Sie ist hochkomplex und die große Zahl publizierter Therapiestudien ist für den einzelnen Hausarzt kaum überschaubar. Darum wird mit Förderung durch das BMBF gegenwärtig eine evidenzbasierte, konsenterte und praxiserprobte DEGAM-Leitlinie im Rahmen des Kompetenznetzes Herzinsuffizienz entwickelt. **Methode:** Mit einem systematischen Leitlinienreview über 16 evidenzbasierte Leitlinien wurde eine Matrix aus relevanten Fragestellungen, dazugehörigen Leitlinien-Empfehlungen und zitierter Evidenz entwickelt. Wir identifizierten die jeweils höchstwertige Evidenz der eingeschlossenen Leitlinien. Wir bewerteten die methodische Qualität der im Volltext vorliegenden Originalpublikationen und extrahierten die enthaltenen Daten in Evidenztabelle. Die Ergebnisse verglichen wir mit denen aus dem systematischen Leitlinienreview und überprüften darauf beruhende Empfehlungen kritisch. **Ergebnisse:** Wir ermittelten 57 relevante Publikationen zur Pharmakotherapie der Herzinsuffizienz: ein HTA-Bericht, 26 systematische Übersichtsarbeiten und 20 Primärstudien. Die methodische und Berichtsqualität der Publikationen war unterschiedlich. Hauptkritikpunkte waren: fehlende Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Studien und Verwendung wenig konservativer Metaanalysetechniken (systematische Reviews), fehlende Verblindung und mangelhafte Berichtsqualität (Primärstudien). Die Auswertung führte zu keiner substantiellen Änderung der Empfehlungen gegenüber dem leitlinienbasierten Erstentwurf, aber zu drei Präzisierungen (z.B. Warnhinweis bei Spironolactontherapie), zu zwei neuen Empfehlungen bezüglich Digitalistherapie und zweimal zur Änderung des Evidenzlevels (je einmal Upgrading und Downgrading). **Schlussfolgerungen:** Die erneute Evaluation der bereits in Leitlinien eingeschlossenen Studien war für die Leitlinienentwicklung auf der Basis eines systematischen Leitlinienreviews zur Sicherstellung des Evidenzbezugs notwendig. Diese Vorgehensweise ist im Vergleich zur herkömmlichen Evidenzgenerierung bei Leitlinien umfassender und gleichzeitig ressourcensparend, da auf ausgedehnte Recherchen anderer Leitlinienhersteller zurückgegriffen und dabei der Selektionsfehler durch die Auswahl der zugrundeliegenden Evidenz vermindert werden kann.

P3

Verschreibungsmuster und Wirksamkeitsvermutung von Antidementiva- Ein Vergleich von Hausärzten und niedergelassenen Neurologen und Psychiatern -

Hendrik van den Bussche, Kaduszkiewicz H
Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg

Einleitung: In wissenschaftlichen und berufspolitischen Aufsätzen der Neuropsychiatrie besteht weit gehende Einigkeit darüber, dass Acetylcholinesterase-Hemmer (AChEH) und Memantine bei Alzheimer-Demenz Präparate der ersten Wahl sind. Zwei gängige Thesen zur Arzneimittelversorgung werden in dieser Auntersuchung geprüft

1. Die einfache Dichotomisierung, nach der Hausärzte Ginkgo verschreiben, Neurologen und Psychiater hingegen die AChEH und Memantine.
2. Die These der massiven Unterversorgung von dementen Patienten mit AChEH.

Dargestellt werden die Unterschiede bezüglich subjektiver Wahrnehmung der Wirksamkeit und subjektiver Verschreibungshäufigkeit von AChEH und Memantine zwischen Hausärzten und niedergelassenen Neurologopsychiatern. Zwischen subjektiver Wahrnehmung der Ärzte und der Verschreibungsrealität gibt es jedoch beträchtliche Unterschiede.

Die These der medikamentösen Unterversorgung wird unter Beachtung der kaum strittigen Erkenntnisse zur Wirkung und zur Wirksamkeit einer kritischen Betrachtung unterzogen.

Methode: Die Untersuchung beruht auf:

- 30 einstündigen, leitfadengestützten Interviews aus dem Jahr 2003 mit zufällig ausgewählten Hausärzten in Hamburg und Düsseldorf,

einer standardisierten postalischen Befragung von 389 Hausärzten und 239 niedergelassenen Neurologen und Psychiatern in sechs Städten im Jahr 2004. **Schlussfolgerungen:** Als Fazit wird diskutiert, wie die Verschreibung von AChEH in Deutschland klarer geregelt und kontrolliert werden könnte.

P4

Einschätzung der Wirksamkeit von Antidementiva durch Hausärzte

Horst Christian Vollmar, *Rieger MA, *Kempkens D, Koneczny N, *Janssen P, ** Kunstmann W, Butzlaff M

Medizinisches Wissensnetzwerk evidence.de der Universität Witten/Herdecke

*Kompetenzzentrum für Allgemeinmedizin und ambulante Versorgung, Universität Witten/Herdecke

** Bundesärztekammer, Dezernat I, Berlin

Einleitung: Die medikamentöse Therapie der Demenz wird zunehmend kontrovers diskutiert. Der in Studien nachgewiesenen Wirksamkeit von einzelnen Pharmaka – z.B. den Cholinesterasehemmern – stehen kritische Fragen nach der Relevanz für den Alltag Betroffener gegenüber. Eine Umfrage bei Lehrärzten der Universität Witten/Herdecke im Abstand von drei Jahren sollte dazu ein Meinungsbild liefern. **Methode:** Parallel zur Aktualisierung einer Demenz-Leitlinie wurden 18 (2001) bzw. 20 (2004) Lehrärzte im Qualitätszirkel befragt. Auf einer 6-Punkte Likert-Skala erfolgte eine Einschätzung der Wirksamkeit verfügbarer Antidementiva. **Ergebnisse:** Bei Piracetam wurde die Wirksamkeit in beiden Jahren (2001/2004) mit 72% bzw. 80% als niedrig bis sehr niedrig eingestuft; bei Ginkgo mit 61% bzw. 85% und bei Memantine mit 12% bzw. 50%. Bei den drei Cholinesterasehemmern zeigte sich folgendes Bild: Donepezil niedrig bis sehr niedrig 11% bzw. 20%, Galantamin 23% bzw. 20% und Rivastigmin 12% bzw. 20%. Gleichzeitig stieg die Zahl der Ärzte, die 2004 die Wirksamkeit hoch bis sehr hoch einstufte: Donepezil 28% vs. 40%, Galantamin 11% vs. 30% sowie Rivastigmin 22% vs. 30%. Insbesondere in der Fortbildungsveranstaltung 2004 gab es vermehrt kritische Stimmen zum Einsatz von Cholinesterasehemmern und den therapeutischen Konsequenzen. **Schlussfolgerungen:** Während die übrigen Antidementiva 2004 im Durchschnitt als weniger wirksam eingeschätzt wurden als 2001, zeigte sich bei den Cholinesterasehemmern ein heterogenes Bild: ein Teil der Hausärzte schätzte die Wirksamkeit höher, ein anderer Teil niedriger ein. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit nach Studien, die längerfristige und versorgungsrelevante Endpunkte berücksichtigen. Die anschließende Diskussion im Qualitätszirkel spiegelte die öffentliche Debatte wider und ist bei der Erarbeitung einer hausärztlichen Demenz-Leitlinie zu berücksichtigen.

P5

Was hat Hausärzte zur Änderung ihres Verhaltens angeregt? Eine qualitative Untersuchung nach einer Intervention zur Senkung von Antibiotikaverordnungen bei Husten

Kristina Stock, Altiner A, Sielk M, Brockmann S

Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Einleitung: Zur Senkung der Verordnungsrate von Antibiotika bei akutem Husten wurde 2003/2004 eine randomisierte Interventionsstudie in der Rhein-Ruhr-Region durchgeführt ('CHANGE'). Wichtigster Bestandteil der Intervention waren Besuche von geschulten Hausärzten (Peers) bei 51 Hausärzten der Interventionsgruppe. Die Peers sollten die Hausärzte zu einer veränderten Kommunikation mit ihren Patienten bei der Entscheidungsfindung für oder gegen ein Antibiotikum motivieren. Nach dem Erfolg der Intervention stellen sich Fragen: Wie wird der Peer-Besuch von dem Hausarzt empfunden? Hat er merklich die Arzt-Patienten-Kommunikation über Antibiotika angeregt? Eine Nachbefragung der Ärzte soll das erhellen. **Methode:** Die Hausärzte aus der Interventionsgruppe, die Anfang 2005 an einer Nach-Erhebung teilgenommen haben (n=28), werden von einem Allgemeinarzt telefonisch interviewt. Die erzählstimulierende Befragung erfolgt leitfaden-gestützt. Die thematische Vollständigkeit wird durch Simultan-Supervising (Triple S Methode) gesichert. Die Fragen beziehen sich auf die Studie selbst, Ereignisse, die auf das Verhalten gewirkt haben und Wahrnehmung der Kommunikation mit den Patienten. Die Interviews werden auf Tonträger aufgezeichnet, transkribiert und einer qualitativen Textanalyse durch 2 Untersucher zugeführt. **Ergebnisse:** Die erste Sichtung der Ergebnisse zeigt: Bei hoher inhaltlicher Sättigung der Interviews empfinden die Ärzte die Peer-Besuche als Bereicherung. Ihre Sensibilisierung für die Problematik hat zugenommen. Die Ärzte schildern positive Erlebnisse beim direkten ‚Zugehen‘ auf die Patienten. **Schlussfolgerungen:** Die Befragung soll Licht in die „Black-Box“ bringen, in der sich eine Verhaltensänderung der Hausärzte vollzogen hat. Die Faktoren sind für das Gesamt-Verständnis der Interventionsstudie relevant, können aber auch helfen, bei weiteren Interventions-Studien die Erfolgchancen für die Beeinflussung hausärztlichen Handelns zu erhöhen.

P6

Hält der steigende Trend zur Verordnung von Reserveantibiotika bei akutem Husten an?

H. Jörg. Fiegen, Brockmann S, Sielk M, Altiner A

Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Einleitung: Infektionen des Respirationstraktes mit akutem Husten geben häufig Anlass für Konsultationen des Hausarztes. In der Hälfte der Fälle werden hier Antibiotika verordnet, obwohl diese in der Regel nicht indiziert sind. Außerdem zeigte sich im internationalen Vergleich in den letzten Jahren der Trend, dass nicht etwa Antibiotika wie Penicilline oder Tetracycline verordnet werden, sondern in zunehmendem Maße Reserveantibiotika, wie z.B. Chinolone. Das steht im Widerspruch zu maßgeblichen Therapieempfehlungen. **Methode:** Sekundäranalyse der randomisierten kontrollierten Interventionsstudie 'CHANGE'. Die von den Hausärzten aus der Kontrollgruppe (n=33) verordneten Antibiotika wurden nach Klassen sortiert und im zeitlichen Verlauf der drei Datenerhebungszeiträume (2003-2005) miteinander verglichen. **Ergebnisse:** Der Anteil der verordneten Chinolonderivate steigt von 14,3% auf 17% und der Anteil an Makrolidantibiotika steigt von 26,7% auf 36% der verordneten

Antibiotika. Im Gegensatz dazu sinkt der Anteil von Penicillinen von 16,2% auf 10,7% und der von Tetracyclinen von 34% auf 29%. Die Verordnungsraten von Cephalosporinen bleiben konstant bei 6,8% und die der Sulfonamide bleiben bei 1%. **Schlussfolgerungen:** In unserer Untersuchung lässt sich ein Trend zur vermehrten Verschreibung von Makrolid- und Chinolonantibiotika erkennen. Tetrazykline und Penicilline werden hingegen seltener verschrieben. Dies widerspricht eindeutig nationalen und internationalen Empfehlungen. Die zunehmende Verordnung dieser Antibiotika in der Hausarztpraxis stimmt - insbesondere bei steigenden Resistenzraten - bedenklich.

P7

Antihypertensive Therapie in einem Hausärztenetz - Pharmakoepidemiologische Aspekte und Interventionsmöglichkeiten

Simon John, Weitling F, Niebling W
Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg

Einleitung: Die arterielle Hypertonie stellt einen der wichtigsten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen dar. Die Prävalenz beträgt in Deutschland stichprobenabhängig bis zu 55% - eine effiziente Therapie scheint jedoch oftmals schwierig. Evidenzbasierte Therapieleitlinien sind an Begleitdiagnosen orientiert und international etabliert. **Methoden:** Untersucht werden epidemiologische Aspekte der antihypertensiven Pharmakotherapie in 29 hausärztlichen Praxen für die Quartale 2/04 und 3/04. Retrospektive Datenerhebung via BDT-Export beginnend Quartal 4/02. **Ergebnisse:** Ausgehend von einer Stichprobe von 37.667 Patienten identifizierten wir 9.463 mit der Diagnose „arterielle Hypertonie“, davon 6.167 Patienten (65%) mit dokumentierter antihypertensiver Pharmakotherapie. Evidenzbasierten Therapieempfehlungen folgend unterteilten wir diese Hypertoniker anhand ihrer Begleitdiagnosen wie z.B. Diabetes Mellitus, Asthma bronchiale etc. in Subpopulationen und untersuchten das Verschreibungsverhalten, dargestellt in definierten Tagesdosen (DDD). Für die Komorbiditäten Diabetes mellitus und KHK stellten wir eine weitgehende Umsetzung von Leitlinien fest; aktuelle Therapieempfehlungen wurden vermehrt berücksichtigt. Für die Patienten ohne für eine Differentialtherapie relevante Begleiterkrankungen eruierten wir eine deutliche Abweichung von Leitlinien, hier imponieren ein generell zurückhaltender Gebrauch von Diuretika, der empfohlenen First-Line-Therapie. In der Subpopulation der Hypertoniker mit der Begleitdiagnose Asthma bronchiale identifizierten wir zwar in 30% der Fälle die Verordnung von Betablockern - die Diagnose sollte hierbei einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. **Schlussfolgerungen:** Unseren Ergebnissen zufolge bleibt die Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien problematisch. Aktuelle Therapieempfehlungen, vor allem Patienten ohne wesentliche Komorbiditäten betreffend, werden nur äußerst zurückhaltend umgesetzt. Wir vermuten ferner, dass gerade bei grober Devianz eine erneute kritische Diagnosefindung erforderlich ist. Auf Grund der großen Diskrepanz zwischen erfassten und therapierten Hypertonikern fordern wir weiterhin eine deutlich genauere computergestützte Dokumentation.

P8

Prädiktoren für die Verordnung von Opioiden bei Rückenschmerzen in der ambulanten Versorgung

Jean-François Chenot¹ Becker A¹, Donner-Banzhoff N², Baum E², Hildebrandt J³, Pfingsten M³, Leonhardt C⁴, Keller S⁴, Luckmann J⁴, Basler H-D⁴, Kochen MM¹

¹Abteilung für Allgemeinmedizin, Göttingen

²Abteilung für Allgemeinmedizin, Marburg

³Schmerzambulanz, Göttingen

⁴Institut für Medizinische Psychologie, Marburg

Einleitung: Opioide sind Reservemittel in der Behandlung von Rückenschmerzen, wenn mit Paracetamol oder nichtsteroidalen Antirheumatika ausnahmsweise keine ausreichende Schmerzreduktion erreicht werden kann. **Methode:** Es handelt sich um eine Querschnittsuntersuchung – eingebettet in eine randomisiert kontrollierte Studie. Bei hausärztlichen Patienten mit Rückenschmerzen wurden mit Hilfe von standardisierten Fragebögen demographische und krankheitsbezogene Daten und vier Wochen nach Konsultation Verordnungen mit einem standardisierten Telefoninterview erfasst. Die statistische Auswertung erfolgte durch Chi_-Tests und logistische Regressionsanalysen. **Ergebnisse:** Von 1378 Patienten aus 116 Praxen erhielten 96 (7,2 %) eine Opiatverordnung. Die Verordnung war signifikant ($p < 0,05$) mit Schmerzstärke und -dauer, Funktionseinschränkung, Depressivität, Chronifizierungsgrad und Schmerzausstrahlung ins Bein korreliert. Nach Adjustierung für demographische und krankheitsassoziierte Faktoren stellten sich die Konsultation (meist) eines Orthopäden (OR 3 [KI 1,7-5,4]) und der Grad der Chronifizierung (OR 1,6 [KI 1,2.-2,0]) als stärkste Prädiktoren heraus. Zudem war die Einnahme von Opioiden signifikant mit Verordnungen von Krankengymnastik und der Anwendung der Transkutanen Elektrischen Nervenstimulation (TENS) assoziiert. **Schlussfolgerungen:** Die Verordnung von Opioiden bei Rückenschmerzen orientiert sich offensichtlich an nachvollziehbaren krankheitsabhängigen Kriterien und korreliert deutlich mit der Einschaltung eines Spezialisten. Die Assoziation mit nicht-pharmakologischen Behandlungsmaßnahmen dürfte Ausdruck eines hohen Leidensdrucks der Patienten sein.

P9

Gründe für ein Abweichen von evidenzbasierten Therapieempfehlungen in der Sekundärprävention des Schlaganfalles

Hubertus Jahn, Hetzel A, Graf von Luckner A, Niebling W

Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg

Einleitung: Ziel dieser Studie war es am Beispiel der Betreuung von Patienten nach Schlaganfall Ursachen für die Abweichung von leitlinienorientierten Therapieempfehlungen in der hausärztlichen Praxis zu finden. **Methode:** Von 60 Hausärzten lagen ausgewertete Behandlungsdaten von 102 Schlaganfallpatienten aus schriftlichen Patientenakten und Praxis-EDV vor. Auf der Basis von Qualitätsindikatoren wurde geprüft, ob eine leitlinienorientierte Betreuung durchgeführt wurde. Die Hausärzte, die Abweichungen von leitlinienorientierten Therapieempfehlungen zeigten, wurden zur Teilnahme an einem leitfadengestützten Interview eingeladen. Die Interviews fokussierten die Themen: Sekundärprävention, Leitlinien, Qualitätsindikatoren, Strukturierung der Sekundärprävention in der Praxis, Gründe für individuelles Vorgehen am Beispiel der Studienpatienten. Die Auswertung erfolgte durch zwei Rater mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Vorläufige Ergebnisse: 1. Wir fanden unvollständige Patientendokumentationen, d.h. Rückschlüsse auf die Sekundärprävention ließen sich nicht ziehen. (Dokumentation nicht in der Praxis sondern bei Patient oder im Heim, dokumentierte Diagnosen waren nicht korrekt.) 2. Wir fanden verschiedene Variablen, die die Sekundärprävention des Schlaganfalles beeinflussen: Patientenabhängige Variablen: Fehlende Motivation des Patienten zur Sekundärprävention, Komorbidität (Sucht, Tumorerkrankung), soziale Variablen (Motivation des Umfeldes des Patienten), arztabhängige Variablen (Vorurteile über die Patientencompliance). Aktuell sind vier Interviews vorläufig ausgewertet. Weitere sechs Interviews werden bis August 2005 ausgewertet vorliegen. **Schlussfolgerungen:** Eine alleinige Auswertung von Behandlungsdaten lässt keine Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität von Hausärzten zu. Wesentliche Faktoren, die ein Abweichen von Leitlinienempfehlungen begründen, sind in der hausärztlichen Dokumentation nicht routinemäßig enthalten. Hausärzte ordnen die Sekundärprävention des Schlaganfalles einem Gesamtbetreuungskonzept unter.

P10

Evidenz-basiertes geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis: Ganzheitlicher Ansatz und selektiver Versorgungsimpakt

Ulrike Junius, Langner D, Breull A
Abteilung für Allgemeinmedizin, Hannover

Einleitung: Studien zur Implementierung evidenz-basierter Leitlinien ergeben regelmäßig Defizite beim Transfer von theoretischen Erkenntnissen in praktische Therapiemaßnahmen. Am Beispiel des geriatrischen Assessments wird untersucht, wo und in welchem Ausmaß konkrete Umsetzungsprobleme im hausärztlichen Behandlungsspektrum auftreten. **Methode:** Das hausärztliche geriatrische Assessment ist auf der Basis evidenz-basierter Kriterien und Erkenntnisse entwickelt und umfasst somatische, funktionelle, psychische und soziale Untersuchungsbereiche mit Empfehlungen zur Therapie. Eingeschlossen sind nur prävalente, relevante und therapierbare Beschwerden im Alter. Im Praxistest sollten Hausärzte dokumentieren, welche Gesundheitsprobleme vorlagen, welche dieser Probleme zuvor nicht bekannt waren und bei welchen Problemen Interventionen (inkl. Beratungen, Wiedervorstellungen) veranlasst wurden. Zur Auswertung kamen Assessment-initiierte Interventionen für ausschließlich neu aufgedeckte Gesundheitsprobleme. **Ergebnisse:** 67 Hausärzte und 466 Patienten im Alter von ≥ 70 Jahren nahmen am Praxistest teil. Von 990 neu aufgedeckten Problemen im somatischen Bereich wurden 443 (45%) behandelt; darüber hinaus wurden 99 (35%) von 283 Neuaufdeckungen im psychischen Bereich, 27 (10%) von 260 im funktionellen und 4 (7%) von 60 im sozialen Bereich behandelt. Der Anteil hausärztlicher Interventionen in der somatischen Dimension war signifikant höher als der Anteil an Abklärungen/Therapien in den psychischen, funktionellen und sozialen Dimensionen ($p < 0,005$). Am häufigsten initiierten Hausärzte Interventionen bei bisher unbekannter Hypercholesterinämie (74%), am seltensten nach Offenlegung des Zustandes „Pfleger Angehöriger“ (0%). **Schlussfolgerungen:** Das ganzheitliche Konzept des geriatrischen Assessments wird von den Hausärzten unzulänglich auf die Behandlung der Patienten übertragen. Das hausärztliche Behandlungskonzept ist somatisch dominiert; hingegen bleiben die für den Patienten wichtigen funktionellen und psychosozialen Probleme unterversorgt.

P11

Forcierte inspiratorische Volumina helfen bei der Interpretation klinischer Zeichen bei obstruktiven Atemwegserkrankungen - Eine diagnostische Studie zum Einsatz von Spirometrie in der Hausarztpraxis

Antonius Schneider, Maag I, Gantner L, Dinant G-J, Meyer F J, Szecsenyi J
Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Einleitung: Spirometrie wird zunehmend in Hausarztpraxen eingesetzt. Neben den Routineparametern sind noch zahlreiche weitere spirometrische Kennwerte wie inspiratorische und endexpiratorische Volumina einsetzbar. Ziel der diagnostischen Studie war die Untersuchung des Zusammenhangs von klinischen Zeichen und der spirometrischen Parameter. Zusätzlich wurden die prädiktiven Werte der klinischen Zeichen und der spirometrischen Parameter ermittelt. **Methode:** 60 Patienten mit Verdacht auf eine obstruktiven Atemwegserkrankung wurden konsekutiv in die Studie, die in insgesamt 6 Praxen durchgeführt wurde, eingeschlossen. Bei allen Patienten wurde eine Spirometrie durchgeführt. Patienten mit unauffälliger Spirometrie erhielten ein peak flow (PEF)-Meter mit Tagebuch zur Dokumentation der PEF-Variabilität über zwei Wochen. Zusätzlich wurde eine strukturierte Anamnese erhoben. **Ergebnisse:** 18 Patienten hatten Zeichen einer Obstruktion in der Spirometrie. 19 Patienten mit unauffälliger Spirometrie wiesen eine pathologische PEF-Variabilität von mehr als 20% auf. Sowohl inspiratorische (FIV_1 ; OR 7,0; CI 1,8-27,8) als auch endexpiratorische Parameter (MEF_{75} ; 14,8; CI 4,0-55,0) waren prädiktiv für das Vorliegen einer obstruktiven Atemwegserkrankung. Die Selbstwahrnehmung eines pfeifenden Atemgeräusches hatte einen positiven Zusammenhang zur Diagnose (OR 3,4; CI 1,1-10,3). Rezidivierender Husten war negativ mit der Diagnose assoziiert (OR 0,2; CI 0,1-0,7). Atemnot (OR 5,6; CI 1,6-19,6) und pfeifendes Atemgeräusch (OR 3,6; CI 1,0-12,8) war verbunden mit einer schlechteren inspiratorischen Einsekundenkapazität FIV_1 in der Spirometrie. **Schlussfolgerungen:** Erstmals konnte an einem allgemeinmedizinischen Klientel gezeigt werden, dass die Beeinträchtigung der Inspiration bedeutsam für die Selbstwahrnehmung von pfeifenden Atemgeräuschen und Atemnot ist. Demzufolge könnten inspiratorische Parameter eine Risikostratifizierung von Patienten erlauben. Diese Zusammenhänge müssten allerdings in umfangreicheren diagnostischen Studien validiert werden.

P12

Diagnostischer Wert des NT-proBNP für die hausärztliche Versorgung von Patienten mit hohem Herzinsuffizienz-Risiko

Janka Koschack¹, Lüers C², Binder L³, Pieske B², Wetzel D¹, Kochen MM¹.
Abteilungen ¹Allgemeinmedizin, ²Kardiologie und Pneumologie, ³Klinische Chemie, Göttingen

Einleitung: Die koordinierende Rolle des Hausarztes bei der Versorgung von Patienten mit erhöhtem Risiko der Entwicklung einer Herzinsuffizienz (Hypertonie, KHK etc.) kann nur dann effektiv zum Einsatz kommen, wenn es diagnostisch gelingt, zwischen Patienten mit geringem Risiko für eine Herzinsuffizienz und denen mit hohem Risiko zu unterscheiden. Nur letztere benötigen eine Überweisung zur kardiologischen Abklärung. In der vorliegenden Studie sollte überprüft werden, ob bei hausärztlichen Risikopatienten eine bereits echokardiographisch bestätigte linksventrikuläre Dysfunktion auch durch die Bestimmung des neuroendokrinen Serummarkers *NT-proBNP* diagnostiziert werden kann. Dies könnte die Anzahl unnötiger Überweisungen zur echokardiographischen Abklärung erheblich reduzieren.

Methode: In einem hausärztlichen Kollektiv von 529 Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren, aber klinisch ausgeschlossener Herzinsuffizienz wurden die linksventrikuläre Funktion (LVF) durch eine Echokardiographie und der NT-proBNP-Wert durch eine Blutabnahme bestimmt. **Ergebnisse:** 107 Patienten wiesen eine normale, 422 eine gestörte LVF auf (davon 23 eine systolische und 399 eine diastolische Dysfunktion). Ein Vergleich der Mittelwerte zeigte, dass Patienten mit normaler LVF niedrigere NT-proBNP-Werte aufwiesen als Patienten mit gestörter LVF (der Unterschied war bei Patienten mit diastolischer Dysfunktion tendenziell, bei Patienten mit systolischer Dysfunktion statistisch signifikant). Eine univariate Analyse (ROC-Kurven) zeigte, dass NT-proBNP zuverlässig die Diagnose einer systolischen Dysfunktion erlaubt, nicht aber die einer diastolischen Dysfunktion. Nach multivariater Auswertung musste die Diagnosegüte des NT-proBNP bei systolischer Dysfunktion allerdings relativiert werden, da die Vorhersagekraft nicht über klinische und soziodemographische Parameter (KHK, Belastungsdyspnoe, Alter) hinausging. **Schlussfolgerungen:** In der hausärztlichen Praxis könnte die NT-proBNP-Bestimmung geeignet sein, um bei Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren eine systolische Dysfunktion mit hoher Zuverlässigkeit auszuschließen und damit unnötige Überweisungen zur echokardiographischen Abklärung zu vermeiden. Den sicheren Ausschluss einer diastolischen Dysfunktion hingegen kann NT-proBNP nicht leisten, was jedoch in Anbetracht fehlender evidenzbasierter Therapieempfehlungen zum jetzigen Zeitpunkt irrelevant erscheint.

P13

Der Thoraxschmerz – eine explorative Studie hausärztlicher Regeln und Heuristiken.

Maren Abu Hani, Vandenesch J, Sönnichsen A, Griffiths F, Donner-Banzhoff N
Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive- und Rehabilitative Medizin, Marburg,

Einleitung: Hausärzte müssen unter Patienten mit Thoraxschmerzen diejenigen mit einer ernstesten, hier vor allem einer akuten, koronaren Erkrankung sicher identifizieren. Die speziellen Bedingungen der primärärztlichen Praxis, nämlich hoher Zeitdruck, niedrige Prävalenz, frühes, diffuses Stadium der Erkrankung, stellen für den Hausarzt eine große Herausforderung dar, während die oft langjährige Kenntnis des Patienten und des sozialen Umfelds wertvolle Informationen bietet. Aus dieser Situation heraus haben Hausärzte der Ökologie ihres Versorgungsbereiches angepasste Regeln und Heuristiken zur Differenzierung von Thoraxschmerzen entwickelt, die in dieser Studie identifiziert werden sollen. Forschungsfrage: Welche Kriterien verwenden Hausärzte bei Patienten mit akuten oder chronischen thorakalen Beschwerden zur diagnostischen Abklärung? **Methode:** Mit Hilfe eines halbstandardisierten Leitfadens wurden 23 Hausärzte zu ihren persönlichen Entscheidungskriterien befragt. Dabei bildeten zwei vom Arzt prospektiv ausgesuchte Patienten, einer mit und einer ohne Verdachtsdiagnose KHK, den Ausgangspunkt des Interviews. Die Gespräche wurden verbatim aufgezeichnet und mit Hilfe einer speziellen Software codiert und qualitativ ausgewertet. **Ergebnisse:** Vorläufige Ergebnisse zeigen, dass die Mehrzahl der genannten Entscheidungskriterien den Kategorien „erster Eindruck“ und „Anamnese“ angehören. Während die Kriterien in der Kategorie „erster Eindruck“ vielfach nur halbbewusst ablaufen und kontext- oder personenspezifische Diskrepanzen bezeichnen, können in der Kategorie „Anamnese“ ganz bewusst genutzte sogenannte Teilungsfragen identifiziert werden. Das Entscheidungskriterium „EKG“ nimmt eine Sonderstellung in der hausärztlichen Praxis ein. Ausdrücke wie „zur Sicherheit“, „zur Beruhigung“ oder „den Verdacht untermauern“ fallen häufig.

Relevanz: Die im Rahmen dieser Studie identifizierten Regeln und Heuristiken werden in einer nachfolgenden prospektiven Studie auf ihre tatsächliche Aussagekraft hin überprüft.

P14

Der Einfluss sozialer Einbettung eines Patienten sowie der hausärztlichen Kenntnis eines Patienten auf die hausärztliche Beurteilungsfähigkeit kognitiver Leistungen älterer Patienten

Maja Bak, Pentzek M, Fuchs A, Abholz HH
Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Einleitung: Kognitive Störungen bei älteren Patienten werden von Hausärzten oft übersehen. Als Einflussfaktoren werden meist Wissensdefizite auf der Arztseite angeführt. Doch inwieweit ist seine Beurteilung auch abhängig von der ärztlichen Kenntnis des Patienten und dessen Lebensbedingungen? Werden umgekehrt gar kognitive Einschränkungen durch eine gute soziale Einbettung des Patienten kaschiert? **Methode:** Im Rahmen des „Kompetenznetzes Demenzen“ wird die Übereinstimmung von Hausarzt und einem klinisch-neuropsychologischen Patienten-Interview durch einen geschulten Interviewer (Goldstandard) in Bezug auf leichte kognitive Beeinträchtigung geprüft. Beide schätzen die kognitive Leistung auf der sieben-stufigen Global Deterioration Scale (GDS) ein. Zusätzlich werden von 500 der befragten Patienten aus 27 Praxen Angaben zu ihrer sozialen Einbettung erhoben. Der jeweilige Arzt machte darüber hinaus Angaben zur Intensität und Dauer der einzelnen Arzt-Patienten-Beziehungen. Wir prüfen, ob sich die soziale Einbettung und/oder die Patientenkenntnis auf die Beurteilerübereinstimmung der kognitiven Leistung zwischen Hausarzt und Interviewer auswirken. **Ergebnisse:** Daten sind eingegeben, Ergebnisse werden im Juli vorliegen

P15

Rationales Handeln im Niedrigprävalenzbereich: Stufendiagnostik als Konsequenz des Bayes'schen Theorems

Antonius Schneider, Laux G, Dinant G-J, Szecsenyi J
Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Einleitung: Kernproblem der medizinischen Diagnostik ist die Abhängigkeit der prädiktiven Werte diagnostischer Tests von der Prävalenz von Erkrankungen. Im Niedrigprävalenzbereich ist die diagnostische Treffsicherheit geringer, so dass von spezialisierten Abteilungen ausgehende Studien dazu neigen, Defizite in der hausärztlichen Diagnostik aufzuzeigen. **Methode:** Die Zusammenhänge von Vortest- und Nachtestwahrscheinlichkeit (positiver Vorhersagewert = PPV; Negativer Vorhersagewert = NPV) lassen sich durch das Bayes'sche Theorem gut erklären. Durch Modifikation des Theorems lassen sich auch Zusammenhänge von Vortestwahrscheinlichkeit und Fehldiagnosen (falsch positiver Vorhersagewert = FPPV; falsch negativer Vorhersagewert = FNPV) aufzeigen. Anhand einer Kurvendarstellung wird der Zusammenhang von Prävalenz und der prädiktiven Werte in Abhängigkeit von unterschiedlichen Sensitivitäten und Spezifitäten aufgezeigt. **Ergebnisse:** Im Niedrigprävalenzbereich ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass ein Testpositiver krank ist und die Wahrscheinlichkeit höher, dass ein Testpositiver gesund, also falsch positiv, ist. Für die Höhe von PPV und FPPV ist vor allem die Spezifität eines Tests maßgeblich. Dafür ist im Niedrigprävalenzbereich grundsätzlich die Wahrscheinlichkeit höher, dass ein Testnegativer auch tatsächlich gesund ist und die Wahrscheinlichkeit geringer, dass ein Testnegativer krank,

also falsch negativ, ist. Die Höhe von NPV und FNPV variieren im Niedrigprävalenzbereich nur geringfügig in Abhängigkeit von Sensitivität und Spezifität. **Schlussfolgerungen:** Um die diagnostische Treffsicherheit im Niedrigprävalenzbereich zu erhöhen, muss im Verlauf des diagnostischen Prozesses sukzessive die Vortestwahrscheinlichkeit erhöht werden. Dies lässt sich über eine Stufendiagnostik realisieren, die durch Kombination von klinischer Erfahrung, dem Faktor Zeit und abgestufter apparativer Diagnostik entsteht.

P16

Osteoporose in Deutschland – Prävalenz und Versorgungsrealität

B. Häussler¹, Gothe H¹, Göl D¹, Felsenberg D², Schiffhorst G¹

1 Institut für Gesundheits- und Sozialforschung,

2 Zentrum für Muskel- und Knochenforschung, Charité –Berlin

Hintergrund: Osteoporose wird als „Volkskrankheit“ verstanden, wenngleich keine gesicherten Angaben zur Häufigkeit und Versorgungsrealität in Deutschland existieren. Der Hausarzt spielt vermutlich eine zentrale Rolle in Vorbeugung, Erkennung und Behandlung.

Ziel: Zu eruieren, wie häufig Osteoporose in Deutschland ist und wer die Diagnose im ambulanten Bereich stellt. **Methoden:** Retrospektive Beobachtungsstudie anhand von GKV-Routinedaten und ZI-Abrechnungsdaten für 2000 bis 2003. Einschlusskriterien für Versicherte: Osteoporose-Diagnosen nach ICD-10; bestimmte Frakturen, die der Osteoporose zugeschrieben wurden entsprechend aus der Literatur abgeleiteten alters- und geschlechtsspezifischen Gewichtungen; Behandlung mit osteoporosespezifischen Arzneimitteln; Lebensalter von ≥ 50 Jahren. **Ergebnisse:** 2003 litten 7,8 Millionen Deutsche (26% der Bevölkerung über 50 Jahren) unter Osteoporose. Mit einer Prävalenzrate von 39% war Osteoporose hauptsächlich eine Frauenkrankheit. 333.000 (4,3%) der Osteoporose-Patienten hatten mindestens eine Fraktur; Hüfte (n=100.000), Unterarm (n=42.000) und Rippen (n=41.000) waren am häufigsten betroffen. Die meisten Osteoporose-Patienten erhielten ihre Diagnose vom Orthopäden (10%), Allgemeinmediziner (8%) oder Internisten (4%). Bei vorliegender Fraktur wurde Osteoporose sowohl bei Orthopäden als auch bei Allgemeinärzten häufiger als bei anderen Facharztgruppen diagnostiziert. Bei Allgemeinärzten lag der Anteil der Patienten mit Frakturen, denen eine Osteoporose-Diagnose gestellt wurde, je nach Frakturlokalisation zwischen 11 und 35%. Insgesamt wurde nur jeder fünfte Osteoporose-Patient (22%; n=1.692.281) mit einem osteoporose-spezifischen Arzneimittel behandelt. **Schlussfolgerungen:** Der hohe Anteil an Patienten mit Diagnosestellung durch niedergelassene Allgemeinmediziner und Internisten unterstreicht die Bedeutung dieser Fachgruppen für die Erkennung und Behandlung der Erkrankung. Doch scheinen die Erkennungsraten niedrig zu sein – insbesondere bei asymptomatischer Osteoporose. Hierin liegt ein Verbesserungspotenzial, vor allem bei denjenigen Arztgruppen, die erste Ansprechpartner für Patienten unter Osteoporose-Risiko sind.

P17

Patienten mit chronischen Schmerzen in deutschen Hausarztpraxen

Stefan Hensler, Engeser P, Becker MT, Wiesemann A

Sektion Versorgung der DEGAM

Einleitung: Chronische Schmerzen werden in Deutschland als zunehmendes Gesundheitsproblem diskutiert, die ausreichende Versorgung der betroffenen Patienten wird dabei in Frage gestellt. Schätzungen zu Folge beklagen 5 Millionen Menschen über 6 Monate anhaltende starke Lebenseinschränkungen. Davon sollen 600.000 Spezielle Schmerztherapie

benötigen, da sie hausärztlich nicht ausreichend versorgt seien. Die der Schätzung zu Grunde liegenden bevölkerungsbezogenen Studien haben jedoch einige methodische Schwächen. Zur Prävalenz im hausärztlichen Bereich und zur Versorgungsqualität liegen bislang keine Arbeiten vor. Ziel dieser Studie ist es, die Prävalenz chronischer Schmerzen in Hausarztpraxen abzuschätzen und Einschränkungen des täglichen Lebens und Krankheitskonzept der Patienten den Eindrücken ihrer behandelnden Hausärzte gegenüber zu stellen. **Methode:** In 40 Hausarztpraxen werden 50 konsekutive Patienten bzgl. länger anhaltender Schmerzen befragt. Patienten mit Schmerzdauer über 3 Monate erhalten einen Fragebogen mit Fragen zur Schmerzintensität, Einschränkung des Alltags, bisherige Behandlung, Therapieziel und Krankheitskonzept. Zum Teil sind die Fragen validiert, andere Fragen sind im Rahmen der Pilotstudie angepasst worden. Dem Arzt wird zu jedem Patient ein Fragebogen zur Diagnose, Therapie, Überweisungen und Einschätzung des Patienten ausgehändigt. **Ergebnisse und Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse der Hauptstudie werden in den nächsten Wochen vorliegen und im September präsentiert. Die Ergebnisse der Pilotstudie lassen als Tendenz u.a. vermuten, dass Patienten eine Reihe von Fachärzten konsultieren, aber nur sehr selten Spezielle Schmerztherapeuten; dass meist Linderung und nur selten Schmerzfreiheit erwartet wird und dass meist eine kausale diagnostische Abklärung gewünscht wird.

P18

Chronische Schmerzbeschwerden bei Kindern und Jugendlichen

Angela Roth-Isigkeit,

Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Einleitung: Chronische Schmerzbeschwerden sind ein häufiger Grund für Arztbesuche in der allgemeinmedizinischen Praxis. Chronischer Schmerz wird definiert als „pain or discomfort, that persisted continuously or intermittently for longer than 3 months“. Über die Prävalenz von chronischen Schmerzen im Kindes- und Jugendalter gibt es gegenwärtig nur wenige Informationen. Zielsetzung der vorliegenden Studie war es, die Prävalenz von chronischen Schmerzen, ihre Lokalisation, Intensität und Häufigkeit des Auftretens bei Kindern und Jugendlichen zu untersuchen. **Methode:** Nach Zustimmung der örtlichen Ethikkommission wurden altersentsprechende Versionen des Lübecker Schmerzfragebogens 11548 Kindern und Jugendlichen im Alter von 10-21 Jahren zur Beantwortung vorgelegt. Die Studie wurde in allgemein- und berufsbildenden Schulen Lübecks durchgeführt. 9266 Fragebögen (Rücklaufquote 80,2%) wurden beantwortet, 9148 Fragebögen konnten in die Auswertung einbezogen werden. **Ergebnisse:** 4039 (44,2%) Kinder und Jugendliche berichteten chronische Schmerzen. Kopfschmerzen (28,4%), Rückenschmerzen (16,7%), Gliedmaßenschmerzen (15,7%) und Bauchschmerzen (9,1%) wurden am häufigsten genannt. 31,6% der Kinder und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen berichteten, dass ihre Schmerzen mehrmals pro Woche oder jeden Tag (8,5%) auftraten. Kinder und Jugendliche mit chronischen Schmerzen berichteten, dass sie durch ihre Schmerzen in folgenden Bereichen beeinträchtigt gewesen seien: Hobbys (Mädchen 59,6%; Jungen 56,5%), Schlaf (Mädchen 60,5%; Jungen 45,6%), Schulanwesenheit (Mädchen 37,2%; Jungen 32,4%), Treffen von Freunden (Mädchen 47,9%; Jungen 36,5%) und Appetit (Mädchen 47,8%; Jungen 29,6%). 69,7% berichteten eine Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (49,8% Arztbesuche und/oder Medikamenteneinnahme 48,3%) wegen Schmerzen. **Schlussfolgerungen:** Über ein Drittel der antwortenden Kinder und Jugendlichen berichteten chronische Schmerzbeschwerden. Ein genaueres Verständnis der Epidemiologie von chronischen Schmerzen ist für einen effizienteren Umgang mit chronischen Schmerzenbeschwerden in der Primärversorgung notwendig.

P19

Sind die Patienten von anthroposophischen Kassen-Ärzten und konventionellen Hausärzten unterschiedlich? Eine Befragung bezüglich Behandlungsanlass, sozioökologischer Faktoren und Gesundheitsorientierung

Roland Unkelbach, Abholz HH
Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Einleitung: Es wird immer wieder behauptet, bei Patienten von anthroposophischen Ärzten seien bessere Therapieerfolge zu erlangen, weil diese sich in gesundheits-relevanten Faktoren unterscheiden. **Methode:** In der vorliegenden explorativen Studie wurden zuerst vier kassenärztlich nieder-gelassene Arztpraxen aus dem Rheinland (Köln und Krefeld), aus insgesamt 12 möglichen Praxen, die vorwiegend anthroposophisch alternativ arbeiten, ausgewählt.

Zu diesen wurden vier vergleichbare schulmedizinische, hausärztliche Lehrarztpraxen der Universität Düsseldorf hinsichtlich Scheinzahl, Geschlecht, Arbeitszeit des Arztes und Kaufkraft und Zahlungsmoral der Einwohner am Praxisstandort (Klick search Herbst 2004, statistische Daten zu privaten Haushalten), aus einer Anzahl von 20 Lehrarztpraxen ausgesucht. Anschließend werden jeweils 100 konsekutive Patienten / Praxis zu einem identischen Zeitraum von 3 Tagen befragt. Hierfür werden ein selbsterstellter Fragebogen bezüglich soziokultureller Faktoren, Behandlungsanlass und Gesundheitsorientierung sowie ein validierter Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG) verwendet. **Ergebnisse:** Ergebnisse von den 2x 400 Patienten liegen im Juni vor. **Schlussfolgerungen:** Noch offen

P20

Lebensqualität und gesundheitliche Situation von Obdachlosen, die ein niederschwelliges medizinisches Angebot wahrnehmen

Paul Jansen, Wehe P, Dieterle J, Butzlaff WE, Rieger M
Kompetenzzentrum für Allgemeinmedizin und Ambulante Versorgung, Witten / Herdecke und Abt. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg

Einleitung: Medizinstudierende der Universität Witten/Herdecke bieten in der Bahnhofsmision Hagen einmal wöchentlich eine Sprechstunde für obdachlose Menschen an. Anfang 2004 wurde von der dortigen Sozialarbeiterin eine vermehrte Inanspruchnahme dieses niederschweligen medizinischen Angebotes beobachtet. Im Rahmen einer Befragung sollten krankheitsbedingte (u.a. finanzielle) Belastungen sowie die Lebensqualität der Personen erfasst werden, die die Angebote der Bahnhofsmision wahrnehmen. Zum Vergleich standen Angaben von Patienten einer Hausarztpraxis derselben Region zur Verfügung. **Methode:** Angaben zur Lebensqualität (Instrument WHOQOL BREF) sowie zu einer möglichen Belastung aufgrund gesundheitlicher Störungen wurden mittels Fragebogen erhoben. Dieser erfasste zusätzlich Fragen zum Beratungsanlass und soziodemographische Daten. In der Bahnhofsmision wurden 26 Obdachlose befragt. Die 26 hausärztlichen Vergleichspersonen sollten ein ähnliches Krankheitsspektrum aufweisen. **Ergebnisse:** Obdachlose und hausärztliche Befragte ähnelten sich im Hinblick auf das Erkrankungsspektrum. Die Stärke der entsprechenden Beschwerden („mittel“ bis „stark“) wie auch die Qualität der Behandlung („gut“) wurden von beiden Personengruppen ähnlich eingeschätzt. Eine Belastung durch hohe behandlungsassoziierte Kosten wurde von den Obdachlosen etwas stärker bejaht als von den nicht-obdachlosen Personen (nicht sig.). Die Zahl der Krankenhausaufenthalte (letzte zwei

Jahre) lag bei den Obdachlosen höher als bei den nicht-obdachlosen Personen. Im WHOQOL BREF entsprachen die Daten der hausärztlichen Patienten den Normwerten (Ausnahme: Frauen niedriger in der Domäne „physisch“), wohingegen die Obdachlosen-Werte generell niedriger als die Normwerte lagen (besonders Domäne „soziale Beziehungen“). **Schlussfolgerungen:** Zu bedenken ist, dass die befragten Obdachlosen bereits ein niederschwelliges medizinisches Angebot wahrnehmen. In dem kleinen Untersuchungskollektiv ließ sich eine veränderte Motivation zum Besuch der „Sprechstunde“ nicht erfassen. Deutlich wurde allerdings der hohe Bedarf an sozialer Unterstützung unter den Obdachlosen.

P21

Rechtliche und technische Aspekte der Datengewinnung in Hausarztpraxen im Rahmen der Versorgungsforschung - ein Erfahrungsbericht

Florian Weitling, John S, Niebling W
Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg

Einleitung: Die Extraktion von Daten aus EDV-Systemen in Hausarztpraxen birgt in Theorie und Praxis eine Reihe von Fallstricken. Die im Rahmen von drei Studien gesammelten Erfahrungen werden vor medizinisch-informatischem Hintergrund vermittelt. **Methode:** Es wurde in über 110 Praxen ein Datenexport über die BDT-Schnittstelle im Rahmen der Generika-, MedViP- und Hypertonie-Studie der Universitäten Göttingen, Tübingen und Freiburg durchgeführt. Ein Überblick über den Nutzen des BDT-Formats für die Versorgungsforschung, den Workflow des Exports und von den Praxen häufig gestellte Fragen (FAQ) wird gegeben. Ergänzend werden die technischen und rechtlichen Aspekte von Datenschutz und Datensicherheit erläutert. **Ergebnisse:** 1. Die aufgetretenen technischen Probleme liegen vorwiegend in fehlerhaften oder unkomfortablen Implementationen der Exportroutinen der Praxissoftware. Als Grund hierfür ist häufig die kritische Haltung des Herstellers gegenüber der BDT-Schnittstelle anzusehen.

2. Die nach einer Nachbearbeitung der Rohdaten erhaltene Netto-Datenqualität hängt stark vom dokumentierenden Arzt ab.

3. Die Ärzte und Praxismitarbeiter sind für die Bedeutung von Datenschutz (Security) und Datensicherheit (Safety) in der Regel nicht ausreichend sensibilisiert. Dies ist - unter anderem - auf eine rein technische Schulung auf die verwendete Software zurückzuführen.

Schlussfolgerungen: Die Sensibilisierung der Praxen für Sicherheitsaspekte wird auch in Folgekontakten fortgeführt. Entscheidend für die Qualität der Daten für die Versorgungsforschung ist die Einheitlichkeit und Konsistenz der Dokumentation seitens der Ärzte. Weiterhin wäre eine positivere Haltung der Hersteller von Praxissoftware gegenüber dem BDT-Export wünschenswert.

P22

CONTENT: Ein Konzept für die epidemiologische Forschung und problemorientierte Dokumentation in der Allgemeinpraxis

Katja Gilbert¹, Beyer M¹, Gerlach F¹, Körner T², Laux G², Szecsenyi J²

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main, ² Sektion für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Hintergrund: Eine adäquate Datenbasis für die Forschung und Epidemiologie in der deutschen Allgemeinmedizin fehlt – im Gegensatz zu anderen Ländern – bisher fast völlig. Die reguläre Dokumentation in der hausärztlichen Praxis ist stark von

sozialversicherungsrechtlichen und abrechnungstechnischen Regelungen geprägt. Als Grundlage für die Forschung sind diese Daten kaum verwendbar, aber auch dem behandelnden Arzt ist die Übersicht über die Probleme des einzelnen Patienten sowie der von ihm versorgten Patientenklientel erschwert. **Methode:** Ziel ist die wirklichkeitsnahe, problemorientierte Abbildung von hausärztlicher Patientenversorgung und eine klare epidemiologische Abgrenzung von Gesundheitsproblemen durch die Kodierung und Morbiditätsklassifizierung nach ICPC-2 („International Classification in Primary Care“). Hierfür wird eine spezielle, problemorientierte Dokumentationssoftware für Hausärzte entwickelt und in bestehende Praxissoftware implementiert. Eine Datenbasis für Forschungszwecke und Praxisstatistik wird geschaffen, auf dessen Grundlage ein Netz von allgemeinmedizinischen Forschungspraxen in Deutschland aufgebaut werden soll. **Ergebnisse:** Ein allgemeinmedizinisches Klassifikationssystem sowie ein Episodenkonzept, das den Tatbeständen von niedrigschwelliger Primärananspruchnahme sowie Dauerbetreuung angemessen ist, stellen die Schlüsselemente problemorientierter Dokumentation dar. Mit dem internationalen Klassifikationssystem für die Primärversorgung ICPC-2 lassen sich Symptome/Beratungsanlässe, Befunde, Diagnosen sowie Interventionen klassifizieren und untereinander verknüpfen. In Form von 'episodes of care' lassen sich diese problemorientiert und über abrechnungstechnische Zeitintervalle hinweg verfolgen. **Ausblick:** Ein problemorientiertes Dokumentationssystem ermöglicht es, Morbidität und Versorgung in der Allgemeinpraxis angemessen abzubilden. Es wird diskutiert, daß hierdurch auch internationale Vergleiche der hausärztlichen Praxis ermöglicht werden. Für den Praxisinhaber ergeben sich Vorteile für ein problemorientiertes Vorgehen und eine erhöhte Transparenz der Leistungserbringung.

P23

CONTENT: Eine problemorientierte, episodenzugewandte elektronische Patientenakte für die allgemeinmedizinische Versorgungsforschung

Gunter Laux, Körner T, Gilbert K, Beyer M, Szecsenyi J

Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg und Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Einleitung: Eine differenzierte Situationsanalyse der allgemeinmedizinischen Versorgungssituation ist mit bestehenden Daten der hausärztlichen Routinedokumentation nicht möglich. Im Rahmen des durch das BMBF geförderten Projektes CONTENT (CONTinuous morbidity registration Epidemiologic NeTwork) wird ein Forschungsnetzwerk zur kontinuierlichen Morbiditätsregistrierung und -analyse in der Hausarztpraxis etabliert. Über eine strukturierte episodenzugewandte Dokumentation mit der International Classification for Primary Care (ICPC) als Klassifikationssystem erfolgt eine Erfassung fallbezogener Daten, die eine realitätsnahe und detaillierte Beschreibung des hausärztlichen Handelns ermöglichen. Bestehende Praxissoftware-Systeme werden um domänenspezifische Module erweitert, um eine problemorientierte, episodenzugewandte Dokumentation zu ermöglichen. Mit Hilfe der daraus resultierenden Datenbasis werden zunächst erste Untersuchungen zu Ko- und Multimorbiditäten ermöglicht. Darüber hinaus wird auf dieser Grundlage die Stichprobenplanung für weitere klinische Studien im Hinblick auf pharmakoepidemiologische und gesundheitsökonomische Fragestellungen ermöglicht. **Methode:** Daten, die in kooperierenden Hausarztpraxen mit der gewohnten, um wenige Zusatzmodule erweiterten Praxissoftware routinemäßig erfasst werden, können automatisiert über wohldefinierte Schnittstellen in einer zentralen Datenbank vereinigt werden. Ein Praxissoftwarehersteller mit bundesweit über 1.000 Installationen hat im Rahmen einer Machbarkeitsstudie nach Vorgaben der Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums

Heidelberg eine Basisversion entwickelt, die in der kommenden Ausbaustufe bereits im 3. Quartal 2005 in einigen kooperierenden Praxen produktiv wird. **Ausblick:** Durch die Kooperation mit weiteren Softwareherstellern und Hausarztpraxen zielt die entstehende Datenbank im Jahr 2008 auf eine bundesweite Stichprobe von etwa 1% der Bevölkerung ab. Das entstehende Forschungsnetzwerk hat das Potential durch die umfassende längsschnittliche Datenerhebung einen wesentlichen Beitrag zur allgemeinmedizinischen Versorgungsforschung zu leisten.

P24

Konzept und Evaluation des erstmalig durchgeführten Blockpraktikums Allgemeinmedizin an der Universität Magdeburg

Thomas Lichte, Herrmann M, Schwarz, C

Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Halle und Magdeburg

Einleitung: In der Umsetzung der neuen AO wurde erstmalig durch die beiden frisch berufenen Professoren für Allgemeinmedizin für das 4. Studienjahr ein dreiwöchiges, mit Seminaren begleitetes Blockpraktikum konzipiert, durchgeführt und evaluiert. Es orientiert sich an erprobten Konzepten der Medizinischen Hochschule Hannover (SOAP-Schema) und Charité Berlin (ÄGF). **Methode:** Die 150 Studierenden haben in einem Dreiwochenblock an mindestens 6 Tagen in einer hausärztlichen Praxis in Magdeburg oder Umgebung bei einem Lehrarzt der Uni-Magdeburg von mindestens 37,5 Stunden zu absolvieren. Dabei sollen sie in einem Begleitbuch vorformulierte Ziele hinsichtlich Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen sich aneignen. Ein besonderer Fokus liegt auf der Förderung gerade der psychosozialen Fertigkeiten. Zwischen den Praxistagen liegen Tage des Selbststudiums und zwei Seminartage, die der Reflexion dessen, was sie erlernt, erlebt und erfahren haben, dienen. Ein Fallbereich eines Patienten aus der Lehrpraxis soll vor dem Hintergrund des SOAP-Schemas erarbeitet werden und dient als Grundlage für die mündliche Prüfung am Ende des Blocks Allgemeinmedizin. Konkrete Fertigkeiten beim Ausfüllen ärztlicher Formulare werden ebenfalls geprüft. Eine kursbegleitende Evaluation erfolgte mit dem am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Göttingen validierten Evaluationsinstruments. **Ergebnisse:** Neben der Darstellung und Diskussion des erstmalig in einem der neuen Bundesländern zum Einsatz gekommenen Kurskonzeptes des Blockpraktikums Allgemeinmedizin sollen erste Evaluationsergebnisse dargestellt und diskutiert werden. Ein Vergleich mit den Evaluationsergebnissen der Universität Göttingen wird angestrebt. **Schlussfolgerungen:** Die Diskussion der Evaluationsergebnisse im Kontext des erstmalig umgesetzten seminarintegrierten Kurskonzeptes für das Blockpraktikum Allgemeinmedizin verspricht Aufschlüsse für Optimierungspotentiale in kommenden Semestern und Anregungen für andere Universitäten.

P26

Universitäre Curriculumentwicklung in der Allgemeinmedizin: häufige und wichtige Beratungsanlässe in der hausärztlichen Praxis

Christoph Heintze, Esch T, Braun V, Schwantes U, Kampmann M

Institut für Allgemeinmedizin, Charite Berlin

Einleitung: Die Allgemeinmedizin erfährt an deutschen Hochschulen durch die veränderte Approbationsordnung (8. AppOÄ 2002) einen Bedeutungszuwachs. Die Breite des Faches muss in Vorlesungen, Blockpraktika und Seminaren strukturiert gelehrt und vermittelt

werden. Daher definiert das Institut für Allgemeinmedizin/Universitätsmedizin Berlin derzeit im Rahmen der Curriculumentwicklung einen Katalog von Kompetenzbereichen, die für die studentische Ausbildung zukünftig zu berücksichtigen sind. In diesen Katalog werden häufige und relevante Beratungsanlässe der hausärztlichen Praxis eine besondere Rolle einnehmen. **Methode:** In einer postalischen Befragung wird 150 Hausärzten eine Liste von 48 Beratungsanlässen vorgelegt, denen die Autoren eine hohe Bedeutung für die hausärztlichen Sprechstunde einräumen. Jedem Beratungsanlass ist eine Liste von Diagnosen und Symptome zugeordnet, die von den Befragten anhand ihrer klinischen Erfahrung überprüft, verändert und ergänzt werden kann. Um eine heterogene Meinungsvielfalt abbilden zu können, werden sowohl Hausärzte aus östlichen- und westlichen Bundesländern, aus ländlichen und städtischen Regionen an der Umfrage beteiligt. Ein Teil der Befragten ist sowohl hausärztlich, als auch in der medizinischen Ausbildung tätig. **Ergebnisse:** Auf Grundlage der Auswertung sollen häufige und wichtige Beratungsanlässe mit den dazugehörigen Diagnosen und Symptomen in ihrer Wertigkeit für Hausärzte abgebildet werden. Die so ermittelten Beratungsanlässe werden in den Lernzielkatalog des Instituts für Allgemeinmedizin Berlin integriert und sollen als Grundlage für den Studentenunterricht und zukünftige Prüfungsformen dienen. **Schlussfolgerungen:** Es ist zu vermuten, dass durch die Einbeziehung von Allgemeinärzten eine strukturierte und realitätsnahe Liste häufiger und wichtiger Beratungsanlässe erstellt werden kann. Durch die Einbeziehung niedergelassener Kollegen in die universitäre Curriculumentwicklung des Faches soll eine praxisbezogene und patientenorientierte Ausbildung sichergestellt werden.

P28

Kann ein psychiatrisches Kurzpraktikum mit intensiver fachärztlicher Betreuung mehr hausärztlich relevante Kompetenz vermitteln als ein Lehrbuch?

Martin Sielk, Wilm S, Becker N, Janssen B.
Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Einleitung: Vom Hausarzt wird als "erster Ansprechpartner bei allen Gesundheitsfragen" ein ausreichend breites Wissen in allen Sparten der klinischen Medizin erwartet. Im Rahmen der Weiterbildung können jedoch nicht in jedem Fach praktische Erfahrungen gesammelt werden, sodass zum Kompetenzerwerb in vielen Feldern auf theoretischen Unterricht oder Lehrbuchlektüre zurückgegriffen werden muss. Ohne praktischen Bezug jedoch ist es schwerer, die Inhalte aufzunehmen, sie zu behalten und sie in die Praxis umzusetzen. Anhand der allgemeinmedizinisch wichtigen psychiatrischen Inhalte haben wir in einem randomisierten, kontrollierten Design untersucht, ob sich Weiterbildungskandidaten in der Allgemeinmedizin in Ihrer Leistung in einem an der hausärztlichen Praxis orientierten Wissenstest unterscheiden, wenn sie an 1 $\frac{1}{2}$ Tagen ein intensiviertes Einzelpraktikum in einer psychiatrischen Klinik absolvieren, statt in derselben Zeit ein auf Ihre Bedürfnisse zugeschnittenes Lehrbuch durchzuarbeiten. **Methoden:** 30 Weiterbildungskandidaten wurden in die Gruppen "Praktikum" und "Lehrbuch" randomisiert und ihre Leistungen in einem Prä-Post-Vergleich anhand eines speziell auf praktisches Hausarztwissen zugeschnittenen Wissenstest erhoben. Dabei wurden vor allem Fallvignetten zur Bearbeitung vorgegeben und Essay-Fragen gestellt. Die Leistungen wurden von 3 verblindeten Ratern auf einer hierfür entwickelten Skala bewertet. Alle Teilnehmer wurden zudem schriftlich und in einem Gruppeninterview zu ihren Erfahrungen befragt. **Ergebnisse:** Der Wissenszuwachs betrug in der Praktikumsgruppe 11% und in der Lehrbuchgruppe 26% ($p < 0,05$, Interraterkorrelation: 0,72). In der Befragung äußerten die Praktikumssteilnehmer vor allem, dass sie das Spektrum der im stationären Rahmen vermittelten Inhalte als zu wenig hausärztlich relevant empfanden. **Schlussfolgerungen:** Das kurze aber aufwendige "Einzelpraktikum" von 1 $\frac{1}{2}$ Tagen vermochte es nicht,

hausärztlich wichtige psychiatrische Inhalte besser zu vermitteln als ein praxisorientiertes Kurzlehrbuch.

P29

Die Akzeptanz von studentischen Tutoren als OSCE-Rater

Alexandra Koch, Fischer T, Scherer M, Himmel W, Kochen MM, Chenot J-F
Abteilung Allgemeinmedizin, Göttingen

Einleitung: Die Verbreitung des Objective Structured Clinical Examination (OSCE) als Prüfungsform stehen der große Personalbedarf und demzufolge hohe Kosten bei der Durchführung entgegen. Die Prüfung von Studierenden durch studentische Tutoren höherer Semester als OSCE-Rater könnte eine mögliche Problemlösung darstellen. **Methoden:** Studierende des 1. klinischen Semester absolvierten im Anschluss an den Kurs „Ärztliche Basisfähigkeiten“ eine OSCE, die parallel von studentischen Tutoren und Ärzten bewertet wurde. Auf einem Fragebogen sollten die Prüfungsform und die (ärztlichen wie studentischen) Prüfer mit Hilfe von Likert-Skalen bewertet werden. **Ergebnisse:** Die Antworten von 195 der 214 teilnehmenden Studierenden konnten ausgewertet werden (Rücklauf 97 %). Die Mehrheit bewertete die OSCE als fair (85 %) und geeignet, praktische Fähigkeiten zu prüfen (93 %). Im Vergleich zur Prüfung durch Ärzte fühlten sich 28 % durch Studierende eher besser, 62 % gleich und 10 % eher schlechter bewertet. 80 % der Studierenden trauten sich selber zu, jüngere Studierende zu prüfen. **Schlussfolgerungen:** Die Mehrheit der Studierenden fühlt sich durch studentische Tutoren gerecht bewertet. Unsere Daten zeigen, dass studentische Tutoren im Rahmen einer OSCE als Rater eingesetzt werden können.

P30

Echter interdisziplinärer Unterricht unter Einbeziehung der Allgemeinmedizin im Querschnittsbereich 7: „Medizin des Alters und der alten Menschen“

C. Stahl, Gulich M, Zeitler HP, Nikolaus T
Abteilung Allgemeinmedizin und geriatrisches Zentrum, Ulm

Einleitung: Die neue Approbationsordnung schreibt vor, dass neben den fächerbezogenen Kursen im klinischen Studium auch Querschnittsbereiche zu erbringen sind, vorzugsweise als interdisziplinärer Unterricht. **Methode:** An der Universität Ulm wird der Leistungsnachweis im Querschnittsbereich 7 „Medizin des Alters und der alten Menschen“ als Seminarveranstaltung unter Federführung des geriatrischen Zentrums von Dozenten aus vier klinischen/medizinisch-praktischen Bereichen erbracht. Als Lehrmaterial dienen in interdisziplinärer Zusammenarbeit erstellte Fallvignetten. Die Leistungsbeurteilung im Kurs erfolgt durch eine schriftliche Prüfung, die sich auf im gleichen Team erstellte fallbezogene Fragen stützt. Diese Pflichtveranstaltung wird im Sommersemester 2005 erstmals routinemäßig durchgeführt. Ein fakultätsweit standardisierte Evaluation wird durchgeführt. **Ergebnisse:** Zum Zeitpunkt der Einreichung dieses Abstracts wurde die Lehrveranstaltung begonnen, aber noch nicht zu Ende geführt. **Schlussfolgerungen:** Echte interdisziplinäre Lehre unter Einbeziehung der Allgemeinmedizin ist nicht nur möglich, sondern wird von den beteiligten vorläufig sehr positiv aufgenommen und beurteilt.

P31

E – Learning: Aktueller Stand und Chancen in der Allgemeinmedizin

Uta Maria Schmidt, Sönnichsen A, Vollmar HC, Gilbert K und Gensichen J
Universitäten Ulm, Marburg, Witten/Herdecke, Frankfurt

Einleitung: Derzeit werden neue Anforderungen an die allgemeinmedizinische Aus-, Weiter- und Fortbildung gestellt, z.B. fächerübergreifende Lehre im Rahmen der Neuen Approbationsordnung. Die CME-Akkreditierung (Continuing Medical Education) verpflichtet jeden Arzt zur nachweisbaren Fortbildung. Eine Lösung wird in der Nutzung elektronischer Medien gesehen. Wie werden E-Learning-Aktivitäten in der allgemeinmedizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildung verwirklicht? Welche Chancen, Möglichkeiten und Entwicklungen gibt es? **Methode:** Eine universitäts- und bundesländerübergreifende Arbeitsgruppe stellt derzeit einen Überblick über E-Learning-Aktivitäten zusammen. In drei Phasen soll eine Strategie für die effektive Nutzung elektronischer Lehr- und Lernmedien für das Fach Allgemeinmedizin entwickelt werden:

- Phase 1 – Nationales Expertentreffen (Juli 2005 in Frankfurt), um Erfahrungen, Probleme und Möglichkeiten in den verschiedenen Lehrbereichen zu diskutieren und E-Learning-Plattformen kennen zu lernen.
- Phase 2 – Gründung eines Netzwerks zur Zusammenarbeit, Koordination und gegenseitiger Unterstützung bei der Entwicklung von E-Learning-Modulen, Nutzung von Synergien und Peer-Review.
- Phase 3 – Evaluation von E-Learning in der Aus-, Weiter- und Fortbildung durch systematische qualitative und quantitative Evaluationen.

Ergebnisse: Schon in der Arbeitsgruppe zeichnet sich ein Nutzen bei der Entwicklung und Umsetzung von E-Learning-Aktivitäten in Aus- und Fortbildung ab. **Schlussfolgerungen:** Die veränderten Anforderungen an Aus-, Weiter- und Fortbildung erfordert die kritische Reflexion der Lehr- und Lernumgebungen. Inwieweit E-Learning eine qualitative und effektive Bereicherung darstellt und wie die Umsetzung erfolgen kann, soll durch diese Initiative systematisch untersucht und gestaltet werden.

P32

Inanspruchnahme von Komplementärmedizin – eine Umfragestudie bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Stefanie Joos, Hahn EG, Szecsenyi J, Brinkhaus B
Medizinische Klinik und Poliklinik und Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Einleitung: Die Inanspruchnahme komplementärmedizinischer Methoden bei Patienten mit chronischen Erkrankungen ist in Deutschland weit verbreitet. Leistungserbringer sind neben Heilpraktikern insbesondere auch Hausärzte. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen hinsichtlich ihres Interesses, ihrer Meinung und Inanspruchnahme von Komplementärmedizin zu befragen. **Methode:** Hierzu wurde ein Fragebogen erstellt, der neben demographischen und krankheitsbezogenen Daten insbesondere Fragen zu Gebrauch und Zufriedenheit mit verschiedenen komplementärmedizinischen Behandlungsmethoden enthielt. Während drei Arzt-Patienten-Seminaren, die von der deutschen Selbsthilfeorganisation für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (DCCV e.V.) organisiert wurden, wurde allen teilnehmenden Patienten ein Fragebogen vorgelegt. **Ergebnisse:** 413 Fragebögen wurden zurückgegeben und gingen in die Auswertung ein (response rate: 49%; n=153 Männer, n=260 Frauen; n=246 M. Crohn, n=164 Colitis ulcerosa). 77% der Patienten bemängelten unzureichende Informationen über Komplementärmedizin. 52% gaben an schon mal wegen ihrer Erkrankung komplementärmedizinische Behandlungsmethoden in Anspruch genommen

zu haben. Homöopathie (55%), Probiotika (43%), klass. Naturheilverfahren inkl. Phytotherapie (38%), Weihrauch (36%) und Akupunktur/TCM (33%) waren die am häufigsten gebrauchten Methoden. Die Zufriedenheit der Patienten, die Probiotika, Weihrauch und Akupunktur/TCM in Anspruch genommen hatten, war am größten. 40% der Patienten gaben an, dass die Behandlung von ihrem Hausarzt durchgeführt wurde (Heilpraktiker 44%). **Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse der Umfrage zeigen eine hohe Inanspruchnahme von Komplementärmedizin bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen bei allerdings gleichzeitig beklagtem Informationsdefizit. Diese Diskrepanz weist auf ein generelles Problem im Bereich Komplementärmedizin hin, dem sich auch Hausärzte stellen sollten: eine hohe Patientennachfrage einerseits bei weitgehend ungenügender Evidenzlage andererseits.

P33

Möchte wirklich jeder Patient „shared decision making“? Ergebnisse einer Studie zur Arzt-Patient-Interaktion in der Hausarztpraxis

Antonius Schneider, Mehring M, Körner T, Wensing M, Elwyn G, Szecsenyi J
Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Einleitung

Shared decision making (SDM) wird derzeit als optimaler Kommunikationsstil in der Patientenversorgung favorisiert, da er eine gesellschaftliche Gleichberechtigung zwischen Patient und Arzt widerspiegeln soll. Ziel der Studie war die Evaluation von Zusammenhängen zwischen Behandlungsanlass, psychosozialen Charakteristiken und der individuellen Patientenneigung, an einer Behandlungsentscheidung zu partizipieren. Darüber hinaus sollte überprüft werden, ob die Einschätzung der Ärzte bezüglich der patienteneigenen Entscheidungspräferenzen mit der Selbsteinschätzung der Patienten übereinstimmt. **Methode:** 234 Patienten in drei Hausarztpraxen wurden mit den Fragebögen Autonomie-Präferenz-Index (API), Kontrollüberzeugung Krankheit und Gesundheit (KKG) und Hospital Anxiety and Depression (HADS) befragt. Die Ärzte dokumentierten den Behandlungsanlass und schätzten ein, ob die Patienten eher einen autonomen, paternalistischen oder partnerschaftlichen Kommunikationsstil bevorzugen würden. **Ergebnisse:** Die Entscheidungspräferenzen variieren entsprechend dem Behandlungsanlass, aber dieser Effekt kann durch das Patientenalter erklärt werden ($p < 0,01$). Die Neigung, sich an der Behandlungsentscheidung aktiv zu beteiligen (API), die internale und sozial externe Krankheitskontrollüberzeugung nehmen mit steigendem Alter ab, während die Depressivität ansteigt ($p < 0,01$). Die Einschätzung der Ärzte korreliert mit der Selbsteinschätzung der Patienten im API ($p < 0,05$). **Schlussfolgerungen:** Es muss hinterfragt werden, ob das Modell SDM in der Hausarztpraxis wirklich für jeden Patienten das ideale Kommunikationsmodell ist. Eher sollten unterschiedliche Kommunikationsstile bei unterschiedlichen Situationen eingesetzt werden. Hausärzte sind dabei in der Lage, die Entscheidungspräferenzen der Patienten einzuschätzen. Diese Ergebnisse stehen im Kontrast zu anderen Studien, die häufig Defizite in der hausärztlichen Kommunikation einräumen.

P34

Krankheitskonzepte von Deutschen und Türken: Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Nuray Can¹, Güldal D², Dunkelberg S¹

1 Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg,

2 Institut für Allgemeinmedizin, Izmir

Einleitung: Krankheitsvorstellungen gelten allgemein als stark kulturell bedingt. Von Interesse ist, in wiefern Migration Krankheitskonzepte moduliert. Türken und türkisch stämmige Patienten sind in Deutschland eine große Gruppe in der Bevölkerung. In welchen Bereichen bestehen Überschneidungen bzw. Unterschiede zwischen den Krankheitskonzepten von Türken, die in der Türkei bzw. in Deutschland leben und Deutschen? Überwiegen die Unterschiede oder die Gemeinsamkeiten? Ist die Herkunft ein stärkerer Einflussfaktor auf Krankheitskonzepte als der Bildungsstand? **Methode:** Es erfolgte eine schriftliche Befragung von in Deutschland lebenden deutschen (n=205) und türkischen Patienten(n=208) über deren Krankheitskonzepte mittels eines in Izmir entwickelten Fragebogens, der ins Deutsche übersetzt wurde. Es werden neben der Zustimmung zu 58 Krankheitskonzepten beschreibenden Statements die soziodemographischen Daten und insbesondere der Zeitpunkt der Migration der Befragten bzw. der Familie erhoben. **Ergebnisse:** Deutsche, Türken aus Izmir und Hamburger Türken werden hinsichtlich ihrer Zustimmungsraten zu den verschiedenen Krankheitskonzepten verglichen. Bei 23 Statements zu Krankheitskonzepten weichen die Zustimmungsraten nur geringfügig ab, bei 25 Statements stimmen die Türken häufiger zu als die Deutschen und bei 10 Items ist es umgekehrt, hier stimmen Deutsche häufiger zu. Die in Deutschland lebenden Türken nehmen häufig eine Mittelposition ein. Subgruppenanalysen nach dem Zeitpunkt der Migration und dem Bildungsstand sind noch nicht abgeschlossen. **Schlussfolgerungen:** Es konnte nachgewiesen werden, dass die Unterschiede zwischen den Krankheitskonzepten von Deutschen und in Deutschland lebenden Türken geringer sind, als allgemein angenommen.

P35

ARRIBA-Herz: Konzept und Implementierung in der allgemeinärztlichen Praxis – Ergebnisse der Pilotphase

Heidi Keller, Krones T, Sadowski E, Sönnichsen A, Baum E, Popert U, Donner-Banzhoff N
Abteilung für Allgemeinmedizin, Marburg

Einleitung: Im vorliegenden Beitrag werden Entwicklung und erste Ergebnisse zur partizipativen Entscheidungsfindung auf der Basis eines Beratungskonzepts zur Herz-Kreislauf-Primärprävention (ARRIBA-Herz = Absolute und Relative Risikoreduktion: individuelle Beratung in der Allgemeinpraxis) vorgestellt. Das Konzept beruht auf den Daten der Framingham-Studie und verbindet die Berechnung des individuellen absoluten Gesamtrisikos (rechnerische Anpassung an den europäischen Kontext) für schwere kardiovaskuläre Ereignisse (Myocardinfarkt und Apoplex) mit einer Einladung zur partizipativen Entscheidungsfindung hinsichtlich individuell sinnvoller Präventionsmaßnahmen. **Methode:** Die Eignung und Modifikation bestehender Messinstrumente waren Bestandteil der bis Mitte April laufenden Pilotphase. Dazu wurden die Hauptzielkriterien und der Zusammenhang mit dem Beratungskonzept zur partizipativen Entscheidungsfindung auf der Basis unterschiedlicher Einflussgrößen (Prozessschritte, Indikatorvariablen, outcome Parameter, Beratungsstrategie etc.) untersucht. Probanden waren 155 Patienten, die herkömmlich beraten wurden (Kontrollgruppe) und 56 Patienten, die nach ARRIBA-Herz beraten wurden (Interventionsgruppe). Verschiedene Messinstrumente wurden integriert (u.a.

PICS, API, PEF-FB, Man-Son-Hing Comrade). Hauptzielkriterien waren auf Patientenseite Zufriedenheit mit Beratung und Therapievereinbarung, Realisierung der partizipativen Entscheidungsfindung, Wissen über Herz-Kreislaufprävention. Auf ärztlicher Seite wurden Zufriedenheit mit Konzept und Beratung, realisierte partizipative Entscheidungsfindung sowie risikoadaptiertes Verschreibungsverhalten untersucht. **Ergebnisse:** Aufgrund extrem hoher Deckeneffekte erwies sich Comrade als ungeeignet. PICS und PEF-FB₁ zeigten sich, unabhängig von der Gruppenzugehörigkeit, als gut verwendbar zum Messen von partizipativer Entscheidungsfindung. Es bestand eine hohe Korrelation zu Zufriedenheit mit der Beratung. Im Datenvergleich Interventionsgruppe zu Kontrollgruppe erwies sich Man-Son-Hing als geeignetes Messinstrument für allgemeine Zufriedenheit als outcome Parameter. **Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse dieser Pilotphase dienen der Evaluation für die Hauptstudie und werden im Einzelnen vor diesem Hintergrund präsentiert und diskutiert.

P36

Lässt sich das Verständnis des kardiovaskulären Risikos verbessern?

Martin Sielk, Abholz HH, Borgers D.
Abteilung für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Einleitung: Das biostatistische Konzept eines Gesamtrisikos ist nur schwer zu vermitteln, da Risiken viel schwieriger erfassbar sind als z.B. Diagnosen. Ein Vortrag über kardiovaskuläre Risiken vor akademisch interessierten Teilnehmern eines öffentlichen "Wissenschaftstages" wurde zum Anlass genommen um zu überprüfen, ob die Kernbotschaften zum Thema (Gesamtrisiko vs. Einzelrisiko, Alter als wichtigster Risikofaktor) überbracht werden konnten. **Methoden:** Es wurden mittels Fragebogen einfache Fragen zum kardiovaskulären Risiko vor und nach einem einstündigen interaktiven Vortrag gestellt. **Ergebnisse:** 35 Teilnehmer (Durchschnittsalter 59J., Frauenanteil: 1/3) füllten den Vorher-Bogen aus, von denen nur einer ein kardiovaskuläres Ereignis in der Vorgeschichte hatte. Bei Auswahl der 5 wichtigsten Risikofaktoren aus einer Liste wurde "erhöhter Cholesterinspiegel" am häufigsten (3/4 der Befragten) gewählt, gefolgt von "Blutdruckerhöhung", "Übergewicht", "Kalk in Gefäßen" und "Rauchen". Nach dem Vortrag (n=28 Bögen) wurden – dem Inhalt entsprechend - "fortgeschrittenes Alter" (27/28) am häufigsten gewählt und "erhöhter Cholesterinspiegel" sank hinter "Blutdruckerhöhung" und "Rauchen" auf Rang 4. Über die Hälfte der Befragten (19/35) waren – fälschlicherweise - der Meinung, ihr Risiko, einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden, sei in 10 Jahren für sie genauso hoch wie heute. Nach dem Vortrag waren es nur noch jeder 7te (4/28). Aber: über die Hälfte der Befragten schätzte ihr 10-Jahres-Risiko, an einer kardiovaskulären Erkrankung zu sterben, genauso hoch ein, wie daran zu erkranken. Dieser Irrtum blieb nach der Veranstaltung bei Zweidrittel der Teilnehmer bestehen. **Schlussfolgerungen:** Es zeigt sich, dass zwar zentrale Botschaften des Risikokonzepts vermittelbar waren, andererseits aber weiterhin große Unsicherheit bezüglich des Wesens und der Anwendung von Ereigniswahrscheinlichkeiten besteht.

Wie sehen Medizinstudierende die Tätigkeit des Hausarztes ?

Anne Göbel¹, Klewer J², Gothe H³, Kugler J⁴, Bergmann A¹

¹Medizinische Klinik und Poliklinik III, Dresden

²FB Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Zwickau (FH)

³IGES, Berlin

⁴Public Health, Dresden

Einleitung: In Sachsen mangelt es an Hausärzten, vor allem in ländlichen Regionen. Als Ursachen für die rückgängige Zahl der Hausärzte werden mangelnde berufliche Perspektiven sowie hohe Belastungen verantwortlich gemacht. Wir gingen deshalb der Frage nach, wie hoch der Anteil bei sächsischen Medizinstudierenden ist, die überhaupt Hausarzt werden wollen und, wie von ihnen die berufliche Tätigkeit des Hausarztes eingeschätzt wird.

Methode: Insgesamt wurden 298 Medizinstudierende des 1., 3. und 5. Studienjahres der TU Dresden mittels eines standardisierten Fragebogens zu demographischen Daten, ihrem späteren Berufswunsch und zum Bruttoverdienst eines Hausarztes befragt. Zusätzlich wurden Sie anhand von zehnstufigen Skalen um ihre Einschätzungen zur hausärztlichen Tätigkeit gebeten (u.a. zu Verdienst, Patientenkontakt, Arbeitsbelastung, Administrativer Aufwand).

Ergebnisse: Es zeigte sich, dass 10% bzw. 14% der Studierenden im 1. bzw. 3. Studienjahr Hausarzt werden möchten, im 5. Studienjahr waren es 17%. Ein Viertel der Studierenden pro Studienjahr zog jeweils lieber eine Tätigkeit als niedergelassener Facharzt bzw. als Angestellter im Krankenhaus vor. Der Verdienst eines Hausarztes wurde als mäßig hoch (Mittelwert=4,8) eingeschätzt bzw. mit ca. 4700 € brutto pro Monat angegeben. Patientenkontakt und Arbeitsbelastung wurden als hoch (Mittelwert=7,3 bzw. 8,0), der Administrative Aufwand als sehr hoch (Mittelwert=8,8) eingeschätzt.

Schlussfolgerungen: Damit für Medizinstudierende die hausärztliche Tätigkeit zur attraktiven Berufsperspektive wird, sollten die Bedingungen der hausärztlichen Tätigkeit noch eindeutiger vermittelt werden. Ferner sollten Anreize geschaffen werden, um Medizinstudierende für die Tätigkeit in der hausärztlichen Praxis zu motivieren.