

## Sektionsbericht Forschung 2010

### Forschungsförderung

Die lange erwartete Ausschreibung „Versorgungsforschung“ des BMBF erfolgte im Frühjahr 2010. Anträge sollten jeweils mehrere Partner und möglichst Disziplinen einbinden und einem der vier Module Methodenentwicklung, qualitative Forschung, quantitative Beobachtungsstudie oder Interventionsstudie fest zugeordnet werden. Die für allgemeinmedizinische Forschung typischen Projekte mit gemischter bzw. kombinierter Methodik waren nicht erwünscht bzw. konnten nicht als Ganzes untergebracht werden. Aus den forschenden Abteilungen und Instituten wurden zahlreiche Anträge gestellt. Eine Reihe anderer Ausschreibungen stand bzw. steht grundsätzlich ebenfalls für allgemeinmedizinische Themen offen. Näheres findet sich unter <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de> oder <http://www.dlr.de> sowie den Internetseiten und Informationsschriften anderer Institutionen bzw. Stiftungen. Ein spezifisches Förderprogramm für Fragen der Primärversorgung oder das Fach Allgemeinmedizin gibt es leider nicht (mehr).

### DFG

Für die Fachkollegienwahl 2011 der DFG hat die DEGAM das Vorschlagsrecht beantragt und beabsichtigt im Falle der Zustimmung eigene Kandidaten aufzustellen. Das Verfahren läuft noch. Die DEGAM nimmt hier wohl eine gewisse Sonderstellung ein: Durch die Mitgliederstruktur mit relativ wenig Universitätsangehörigen, aber vielen Lehrbeauftragten und Kollegen, die durch mehr oder weniger verbindliche Zugehörigkeit zu einem Forschungspraxenetz an wissenschaftlichen Projekten beteiligt sind, ist sie eher ungewöhnlich und schafft einen gewissen Erklärungsbedarf.

Der DEGAM-Kongress 2010 in Dresden erhält eine DFG-Förderung zur Finanzierung der ausländischen Keynotesprecher – herzlichen Glückwunsch an die Organisatoren!

### Netzwerk Klinische Studien

Einer DEGAM-Arbeitsgruppe mit 15 Teilnehmern aus 8 allgemeinmedizinischen Instituten bzw. Abteilungen (Hannover, Göttingen, Marburg, Heidelberg, München, Rostock, Lübeck, Freiburg) bewilligte die DFG die Förderung eines wissenschaftlichen Netzwerks „Klinische Studien in der Allgemeinmedizin“. Hieraus können für drei Jahre (ab 2010) zwei bis drei jährliche Arbeitstreffen der Gruppe sowie Reisekosten für einige ausländische Referenten und in eher bescheidenem Umfang Material- bzw. Publikationskosten finanziert werden. Hintergrund war, dass es in Deutschland bisher an Erfahrung mit der Initiierung und Durchführung klinischer Studien in hausärztlichen Praxen fehlt, und es bisher trotz einiger Anläufe auch nicht gelungen ist, eine öffentliche Förderung für ein entsprechendes Projekt zu erhalten – wobei einige Anträge noch im Begutachtungsverfahren sind. Eine entsprechende, für die Bedingungen hausärztlicher Forschung angepasste Infrastruktur (wie sie z. B. in Großbritannien vom Staat gefördert wird) existiert in Deutschland bisher nicht. Durch die DFG-Förderung können Arbeitstreffen der Netzwerkgruppe sowie einige ausländische Referenten finanziert werden. Das erste Treffen (nach der Antragsphase) fand am 22./23.2.2010 in Hannover statt, das zweite am 17./18.8.2010 in Heidelberg. Ziele des Netzwerks sind die Entwicklung eines Konzepts für ein Koordinations- und Methodenzentrum für klinische Studien in der deutschen Allgemeinmedizin, die Vorbereitung entsprechender Schulungs- bzw. Fortbildungsmodulen für in der Allgemeinmedizin tätige Wissenschaftler und an klinischen Studien teilnehmende Hausärzte und ihre Praxisteams und die Unterstützung allgemeinmedizinischer Anträge im Förderprogramm Clinical Trials. Begonnen werden soll zudem mit dem Aufbau eines Forschungspraxenetzwerks für klinische Studien. Interessierte Kollegen können sich sehr gern bei den Sektionssprechern melden.

### Nachwuchsakademie Versorgungsforschung

Prof. Dr. Martin Scherer, Lübeck, konnte eine DFG-Förderung für eine interdisziplinäre Nachwuchsakademie einwerben. Gegenstand ist die Versorgungsforschung, die sich nach dem Verständnis der DFG weniger auf ein umgrenztes Arsenal von wissenschaftlichen Methoden bezieht, sondern vielmehr auf das Problemfeld der medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung und ihrer Organisation, Regulierung und Verbesserung. Versorgungsforschung soll u. A. Personen und Einrichtungen mit Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen wissenschaftlich fundiert beraten. Bis Ende August konnten sich Nachwuchswissenschaftler (hier greift leider die recht restriktive Definition eines Zeitraums von sechs (Ärzte) bzw. vier Jahren nach der Promotion), die bereits in eine entsprechende Forschergruppe eingebunden sind, mit einer Projektskizze zur Teilnahme an der Akademie bewerben, die vom 29.11. bis 3.12.2010 in Lübeck stattfindet. In einer zweiten Phase können diese Teilnehmer bei der DFG bis zu 50.000 Euro Anschubfinanzierung für ihr (Pilot-) Projekt beantragen.

Themenvorschläge für das kommende EU-Förderprogramm

Wie bereits im letzten Jahr wurden zwei Themen (sogenannte Topicvorschläge) für das derzeit in Planung begriffene 8. Forschungsrahmenprogramm der Europäischen Union ab 2012 an die zuständige Nationale Koordinationsstelle für Lebenswissenschaften eingereicht. Bisher gab es noch nie einen Förderschwerpunkt Allgemeinmedizin oder Primary Care. Entsprechende Schlagwortsuchen auf den Internetseiten der EU-Förderprogramme ([http://cordis.europa.eu/fp7/ncp\\_en.html](http://cordis.europa.eu/fp7/ncp_en.html)) ergeben keine Treffer. Dies steht durchaus im Kontrast zu dem in politischen Dokumenten häufigen Betonen der Wichtigkeit einer adäquaten allgemeinmedizinischen Versorgung für ein effektives und bezahlbares Gesundheitssystem. Zum Themenfeld „Optimizing delivery of health care to European citizens –Quality, efficiency and solidarity of health care systems including transitional health systems“

wurde ein Topic „Innovative primary care delivery: Responding to the changing health needs of European Citizens“ vorgeschlagen. Zum Themenfeld „Biotechnology, generic tools and medical technologies for human health: Predicting suitability, safety and efficacy of therapies“ wurde eine Skizze „Clinical research in primary care – effectiveness, utility and safety of therapies in everyday conditions“ eingereicht.

Ergänzend wurde das Verfahren den nationalen Vertretern der internationalen Gesellschaften (EGPRN, WONCA-Europe) vorgestellt, die bisher nur teilweise darüber informiert waren, und dafür geworben, ähnlich lautende oder doch zumindest überhaupt allgemeinmedizinische Themenvorschläge zu machen. Eine entsprechend hohe Nachfrage bzw. Vorschlagsdichte kann hoffentlich dazu beitragen, Allgemeinmedizin in derartigen Förderprogrammen besser zu verankern.

### Internationale Sichtbarkeit

Die Sektionssprecherin Eva Hummers-Pradier wurde 2009 für 3 Jahre zur Präsidentin des European General Practice

Research Network (EGPRN) gewählt. Auch über eine Präsidiumsmitgliedschaft der WONCA Europe besteht eine gute Einbindung in internationale Gremien bzw. Netzwerke. Die Publikationsleistungen allgemeinmedizinischer Wissenschaftler aus Deutschland sorgen für eine internationale Sichtbarkeit; Deutschland wird durchaus als ein bedeutsamer Forschungsstandort wahrgenommen, wenn auch mit deutlichem Abstand zu Großbritannien und den Niederlanden. Die Beteiligung deutscher Kollegen an internationalen allgemeinmedizinischen Kongressen (WONCA Europe, EGPRN) ist leicht ansteigend, aber weiterhin verbesserungsfähig.

### Forschungskurs

Das traditionelle Konzept der Freiburger Forschungskurse erscheint angesichts sinkender Nachfrage im letzten Jahr und zunehmenden regionalem Alternativangeboten z. B. im Rahmen von Tagen der Allgemeinmedizin nicht mehr zeitgemäß. Im Frühjahr fand in Maastricht die Abschlussveranstaltung des ersten internationalen Forschungskurses statt.

Dieser war über zwei Jahre gemeinsam von den niederländischen und belgischen Fachgesellschaften und der DEGAM veranstaltet worden. Die DEGAM hatte den Kurs auch finanziell unterstützt. Derzeit wird an einem neuen Konzept gearbeitet, das ergänzend zum jetzt neu anlaufenden internationalen Forschungskurs einerseits die Möglichkeit eines „Schnupperkurses“ für bisher forschungsunerfahrene Kollegen bietet, andererseits auch methodisch anspruchsvollere Kurse zu bestimmten Themen vorhalten soll. Hier könnten bereits existierende Angebote mehrerer Hochschulen eingebunden werden.

Eva Hummers-Pradier und Attila Altiner

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Eva Hummers-Pradier  
Institut für Allgemeinmedizin  
Medizinische Hochschule Hannover  
Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover  
E-Mail:  
hummers-pradier.eva@mh-hannover.de

## Sektionsbericht Versorgungsaufgaben mit dem Arbeitskreis Palliativversorgung 2010

Die Sektion Versorgungsaufgaben traf sich im vergangenen Jahr auf dem Kongress der DEGAM bzw. dem Versorgungsforschungskongress 2009 und mehrfach in der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung in Heidelberg. Die wichtigsten behandelten Aufgaben waren:

- Ambulante Versorgung im Krankenhaus
- Pädiatrische Grundversorgung
- Wundversorgung und „modernes Wundmanagement“
- Ernährungstherapie, Versorgung mit PEG-Sonden
- Ambulante Kodierrichtlinien
- Palliativversorgung

### Ambulante Versorgung im Krankenhaus

Mit der Neuregelung des § 116b SGB V wurden besondere Leistungen definiert, die in der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser erbracht werden können. Darüber hinaus wurde eine Anzahl seltener Krankheiten definiert, die ebenfalls in Krankenhäusern nach entsprechender Zulassung, ambulant behandelt werden können. Hierbei handelt es sich um schwerwiegende Krankheitsbilder wie maligne Tumore, HIV/AIDS oder multiple Sklerose. Die Sektion Versorgungsaufgaben hat in einer Stellungnahme darauf hingewiesen, dass darauf geachtet werden muss, dass die hoch spezialisierten Leistungen nicht auf Kosten der normalen Versorgung ausgeweitet werden dürfen, dass aber

hierdurch eine gute Möglichkeit besteht, die starren Sektorengrenzen aufzuweichen. Für die Versorgung der Patienten könnte sich dann tatsächlich eine Verbesserung einstellen.

#### Pädiatrische Grundversorgung

Der Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte verstärkte im letzten Jahr seine Bemühungen, Hausärzte aus der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verdrängen. Dies soll durch Selektivverträge nach §73b erfolgen, die zur Teilnahme für Hausärzte inadäquate Qualitätsmerkmale voraussetzen. Ein erster Vertrag liegt in Bayern mit der AOK vor. Die Sektion Versorgungsaufgaben hatte daher in Zusammenarbeit mit weiteren Kollegen im Jahr 2009 ein Positionspapier zu diesem Thema erarbeitet. Die Kernaussage hierin war, dass die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin

und Familienmedizin (DEGAM) für Deutschland ein gemischtes System der gemeinsamen ambulanten Grundversorgung von Kindern und Jugendlichen durch Allgemeinärzte und Pädiater befürwortet, wobei eine erweiterte ambulante Versorgung für schwerere Krankheitsverläufe durch Pädiater erfolgen sollte. Ziel der Grundversorgung durch beide Fachgruppen ist es, Kinder und Jugendliche möglichst ambulant zu versorgen und stationäre Aufenthalte zu vermeiden sowie chronisch kranke und behinderte Kinder, soweit möglich, wohnortnah zu versorgen. Im Rahmen weiterer Gespräche mit einer Gruppe von Pädiatern wurde diese Grundposition verdeutlicht. Außerdem wurden die Grundzüge der Versorgung von Kindern besonders im ländlichen Bereich diskutiert. Beide Gruppen sind sich einig, dass derzeit eine flächendeckende Versorgung nur mit Kinderärzten in Deutschland nicht möglich ist. Voraussetzung für eine Versorgung von Kindern durch Allgemeinärzte ist allerdings, und darin waren sich alle Teilnehmer einig, eine adäquate Weiterbildung in der Pädiatrie.

### Wundversorgung in der Hausarztpraxis

Wundversorgung ist eine wichtige Aufgabe im hausärztlichen Umfeld. Hierbei sind weniger die akuten Verletzungen problematisch, denn diese heilen nach adäquater chirurgischer Versorgung meist rasch vollständig aus. Sehr große Probleme bestehen aber häufig bei der Versorgung von chronischen, nicht heilenden Wunden. Durch die Einführung neuer Verbandmaterialien und dem Berufsbild der Wundmanager ist gerade die Versorgung dieser Patienten mittlerweile sehr aufwendig. Damit sind zunehmend hohe Kosten (Material und personeller Einsatz) verbunden. Die Studi-

enlage zu diesem Thema ist allerdings sehr unbefriedigend. Die Sektion ist dabei, auf der Grundlage des erarbeiteten Materials, einen praxisorientierten Leitfaden zur Wundversorgung zu erstellen.

### Ernährungstherapie, Versorgung mit PEG-Sonden

Die Sektion beteiligt sich als DEGAM-Vertreter an der Erstellung der Leitlinie klinische Ernährung. Hier besteht weiterhin ein hoher Bedarf an praktischen Empfehlungen für den sinnvollen Einsatz der Ernährungstherapie. Durch das unkritische Kontrollieren des Body-Mass-Index (BMI) durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. die Mitarbeiter der Heimaufsicht gibt es mittlerweile groteske Fehlentwicklungen, die ein alltägliches Problem in der Hausarztpraxis darstellen.

### Ambulante Kodierrichtlinien

Zum 1.1.2011 sollen die neuen ambulanten Kodierrichtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) in Kraft treten. Der allgemeine Teil beschreibt die fachgebietsübergreifenden Richtlinien, der spezielle Teil gibt konkrete Vorgaben für bestimmte Krankheitsbilder. Hierdurch wird ein erheblicher Mehraufwand für die Praxen entstehen. Die Sektion kommt zu dem Resümee, dass das Regelwerk mit seinem Zuschnitt auf eine spezialistische Abrechnung für den hausärztlichen Alltag völlig untauglich ist. Das Regelwerk ist in der vorgelegten Form nicht vernünftig umsetzbar. Eine Hinwendung zu einer hausärztlich orientierten Kodierung, die den Besonderheiten der Allgemeinmedizin entspricht wie ICPC -2 wird daher dringend gefordert.

### Palliativversorgung

Der Arbeitskreis Palliativmedizin traf sich ebenfalls in Berlin und in Heidelberg. Durch die Einführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 wird sich eine Neuordnung in der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender ergeben. Die Umsetzung dieses neuen Paragraphen 37b, SGB 5 verläuft allerdings weiterhin sehr schleppend. Bis zum jetzigen Zeitpunkt (Stand Juli 2010) gibt es immer noch keine flächendeckende Versorgung im Bundesgebiet. Besonders in ländlichen Bereichen gibt es große Probleme die Palliative Care Teams mit den geforderten Fachkräften zu besetzen.

Der Arbeitskreis beteiligt sich weiterhin an der von der Bundesärztekammer gemeinsam mit dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ins Leben gerufenen Charta-Prozess für die Versorgung Schwerstkranker und sterbender Menschen. Ziel hierbei ist die Verbesserung der Versorgung dieser Patienten und die Förderung der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Sterben sowie die Verbesserung der Rahmenbedingungen für Forschung und Lehre in diesem Bereich. Die endgültige Fassung der Charta wird am 8.9.2010 der Öffentlichkeit präsentiert.

Peter Engeser und Stefan Hensler

#### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Peter Engeser  
Abt. Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung  
Voßstr. 2/37  
69115 Heidelberg  
E-Mail: PeterEngeser@web.de

## Sektionsbericht Studium und Hochschule 2010

### Bewegung in der Hochschul-landschaft

Der vor allem auf dem Land und in unterprivilegierten Wohngebieten immer deutlicher werdende Hausärztemangel hat inzwischen die Politiker auf den Plan gerufen, sodass auch Änderungen bei der Ausbildung der Ärzte mit stärkerer Gewichtung der Allgemeinmedizin auf verschiedenen Ebenen ernsthaft diskutiert werden und auch zu Planung oder Ausschreibungen von neuen Professuren für Allgemeinmedizin sowie punktueller Förderung des PJ in Hausarztpraxen geführt hat. Auch unsere Initiativen zur Mitgliederwerbung für die DEGAM ergaben eine größere Zahl neuer Mitglieder in dieser Sektion, für die nach wie vor folgende Aufgaben gelten.

### Aufgaben der Sektion

Hauptaufgabe ist die Förderung der optimaler Arbeitsbedingungen in Forschung und Lehre der Allgemeinmedizin an Deutschen Universitäten und Hochschulen. Die Sektion ist ein Ansprechpartner in organisatorischen und inhaltlichen Fragestellungen. Wir leisten lokale Unterstützungen beziehungsweise Argumentationshilfen, wo dies erforderlich ist und angefordert wird. Ferner vermitteln wir kompetente Ansprechpartner und unterstützen den Austausch der Standorte untereinander sowie spezifischer Gruppen wie Lehrbeauftragter und Lehrärzte, des wissenschaftlichen Mittelbaus und der Habilitanden. Letzteres wird von der Sektion Forschung organisiert.

Mit der Gesellschaft für medizinische Ausbildung GMA bestehen enge personelle Verbindungen – insbesondere über den dortigen Ausschuss Primärversorgung und das Vorstandsmitglied Dr. Markus Gulich; ebenso pflegen wir eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Gesellschaft der Hochschullehrer für Allgemeinmedizin GHA und ihrem Vorsitzenden Prof. Wilhelm Niebling.

### Entwicklung der Abteilungen, Institute und Lehrgebiete

### te an den Hochschulen:

Die positive Entwicklung der letzten Jahre hat sich fortgesetzt. Insbesondere in Bayern und Mecklenburg-Vorpommern gibt es jetzt neue Lehrstühle beziehungsweise Ausschreibungen solcher Einrichtungen. Bewirkt wurde dies durch nachdrückliche Einflussnahme der entsprechenden Landesregierungen aber auch anderer Förderer wie Krankenkassen sowie lokaler KVen.

An zwölf Standorten gibt es C4/W3-Professuren, davon einmal als Äquivalent mit BAT-Vertrag und zweimal als halbe Stelle, zusätzlich ist einmal die Stelle geteilt mit formaler Verlagerung einer halben Stelle von Halle nach Magdeburg. Neu ausgeschrieben ist Greifswald und Erlangen bereitet eine Ausschreibung vor. Zur Wiederbesetzung sind die Professuren in Düsseldorf und Hamburg ausgeschrieben beziehungsweise im Berufungsverfahren, demnächst wird Göttingen folgen. An einem Standort ist die Aufwertung der vorhandenen W2-Professur nach W3 geplant. Zehn Standorte verfügen über C3/W2-Professuren, dabei dreimal zwei halbe Professuren (davon ist eine derzeit vakant) und zweimal Professuren an Hochschulen, die auch eine C4-Professur aufweisen. In einem Fall ist die halbe Professur des Standortes analog besetzt. Drei weitere W2-Professuren befinden sich derzeit im Besetzungsverfahren, davon eine durch Aufwertung einer W1-Professur an einer Universität mit weiterhin bestehender C3-Professur.

Somit haben **21** (17 im Jahr 2008, 20 in 2009) der 36 **Hochschulstandorte** mindestens eine **institutionalisierte (Teilzeit-)Professur**, die derzeit an 19 Hochschulen auch besetzt ist. An zwei weiteren Standorten steht die Einrichtung einer Professur bevor, an einem die Gründung eines Instituts anstelle eines Lehrbereiches.

29 Standorte verfügen darüber hinaus über mindestens 2/5 wissenschaftliche Mitarbeiter/innen-Stellen (max. 6,5), darunter 9 ohne institutionalisierte oder im Besetzungsverfahren befindliche Professuren. Somit verbleiben **fünf Universitäten** (Bonn, Erlangen, Homburg/Saar, Kiel, Regensburg), die derzeit über **keine festen wissenschaftli-**

**chen Personalstellen** verfügen können; dabei ist in Erlangen und Bonn eine Änderung fest geplant.

Fünf Hochschulen haben keinerlei eigenes Sekretariatspersonal – die übrigen haben 1/5 bis 4 Stellen für nichtwissenschaftliches Personal – an drei dieser Hochschulen gibt es nicht einmal eine Unterstützung durch wissenschaftliche Hilfskräfte, einmal übernimmt dabei das Dekanat diese Funktionen.

An vier Standorten gibt es keine eigenen Räume für die Allgemeinmedizin.

Auch die Aktivitäten bei der Einwerbung von Drittmitteln sind zunehmend erfolgreich. 13 Abteilungen haben in den letzten 5 bis 10 Jahren Drittmittel in Höhe von jeweils 100 000.- bis 6,5 Millionen eingeworben, d.h. hier findet auch extern geförderte Forschungsaktivität statt. Sechs weitere Standorte konnten kleinere externe Förderungen einwerben. Insgesamt verfügen 17 universitäre Einrichtungen der Allgemeinmedizin über extern finanzierte Stellen.

Somit setzt sich der Aufwärtstrend der letzten Jahre fort, aber die Zahl der oben benannten noch immer völlig unzureichend ausgestatteten Lehrbereiche der Allgemeinmedizin ist konstant geblieben. Die Details der einzelnen Standorte werden nicht mehr publiziert, können aber intern und spezifisch nach Bedarf und Fragestellung in der Sektion abgerufen werden. Die Angaben sind dann absolut vertraulich zu behandeln.

### Lehre

Lehrangebote in der Allgemeinmedizin

Das Pflichtblockpraktikum in der Allgemeinmedizin wird in den Regelstudiengängen an 18 Universitäten einwöchig (davon an drei Fakultäten nur halbtags), zweiwöchig an 15 und länger an drei Hochschulen im Regelstudiengang durchgeführt. Außerdem bieten alle Hochschulen neben dem Blockpraktikum zusätzlichen Unterricht in Seminarform bzw. als Vorlesung an. Auch hier schwankt der Umfang je nach Standort erheblich. Darüber hinaus sind 25 Standorte in erheblichem Umfang an der Durchführung der Querschnitts-

fächer und interdisziplinären Unterrichtsveranstaltungen im klinischen Studienabschnitt (POL, Kommunikationstraining, Untersuchungskurse) sowie weiteren Lehrveranstaltungen wie beispielsweise der Einführung in die klinische Medizin und der Berufsfelderkundung in der Vorklinik beteiligt oder haben einen sehr großen eigenen Anteil an der Lehre. Vier weitere Standorte haben kleinere Anteile an interdisziplinären Veranstaltungen oder bieten Wahlfächer an. Bei den verbliebenen Reformstudiengängen gibt es ein verstärktes Lehrangebot durch die Allgemeinmedizin, z. B. in Form von regelmäßigen Praxistagen.

Evaluationen zeigen, dass die allgemeinmedizinische Lehre in aller Regel deutlich überdurchschnittlich bewertet wird, dazu kommt der erhebliche Umfang der Lehre durch die Allgemeinmedizin. Bedauerlicherweise spiegelt sich dies häufig nicht in der Ausstattung wider. Eine Übernahme von weiteren Lehrveranstaltungen kann sicher die Position an der eigenen Fakultät stärken, wenn sie mit einer adäquaten Gegenleistung verbunden ist, sonst schwächt sie unter Umständen die eigene Position.

#### Lehrpraxen und Lehraufträge

Die Zahl der Lehrpraxen variiert an den einzelnen Fakultäten zwischen 42 und 350, insgesamt sind es 4565. Zwei Hochschulen verfügen nach eigenen Angaben über keinerlei bezahlte, zwei haben weit mehr als 10 unbezahlte Lehraufträge. Dem stehen 491 bezahlte Lehraufträge in der Summe aller Fakultäten / Fachbereiche gegenüber.

#### PJ-Wahltertial Allgemeinmedizin:

Aktuell wird an 33 Standorten ein allgemeinmedizinisches PJ-Tertial durch-

geführt. Düsseldorf, Homburg und Münster bieten es derzeit mangels finanzieller Ausstattung nicht an. In Westfalen-Lippe und Niedersachsen wird es eine externe Förderung durch die KV beziehungsweise das Sozialministerium geben. Insgesamt haben bisher über 600 Studierende ihr PJ-Wahltertial in der Allgemeinmedizin abgeleistet und dieses meist hervorragend bewertet. In Westfalen-Lippe wird dieses Tertial auf die Weiterbildung Allgemeinmedizin angerechnet.

Diskutiert wird derzeit die Einführung eines Pflicht-Tertials Allgemeinmedizin neben Innere, Chirurgie und einem Wahlfach für je drei Monate im Praktischen Jahr. Hierzu gab es ein Gespräch mit Vertretern der Studentenschaft, die zunächst sehr skeptisch waren, aber nun doch aufgeschlossener reagieren.

#### Qualifizierung:

Die Sektion organisiert auf den DEGAM-Kongressen Workshops oder Sitzungen mit dem Schwerpunkt Lehre und kooperiert bei der Qualifizierung von Lehrpraxen, wie sie z. B. durch die Gesellschaft der Hochschullehrer in der Allgemeinmedizin (GHA) oder an einzelnen Hochschulstandorten angeboten wird.

#### Fazit

Trotz positiver Entwicklungen bleibt noch viel für unser Fach zu tun. Wir müssen weiterhin durch exzellente Leistungen in der Lehre, zunehmende Qualität und Außenwirkung von Forschungsprojekten und insbesondere die Förderung unseres wissenschaftlichen Nachwuchses die Voraussetzungen für die Anerkennung der Allgemeinmedizin als gleichwertiges Fach an allen Univer-

sitäten erkämpfen. Insbesondere benötigen wir bei den anstehenden Ausschreibungen genügend geeignete Bewerber/innen, um auch innerhalb der Hochschulen unsere Gleichrangigkeit nachweisen zu können.

Der Medizinische Fakultätentag hat sich jetzt mit der Stärkung der hausärztlichen Versorgung befasst und dabei eine überwiegend defensive Haltung eingenommen. Hierzu gibt es eine Stellungnahme der DEGAM, ebenso eine Resolution zur geplanten Schließung der Medizinischen Fakultät in Lübeck und ein Positionspapier zum Bedarf an Studienplätzen im Fach Humanmedizin und zur Förderung des hausärztlichen Nachwuchses an deutschen Universitäten. Letzteres ist zum Zeitpunkt der Manuskripteinreichung dieses Sektionsberichtes noch im Diskussionsprozess. Alles ist auf der Homepage der DEGAM nachzulesen ([www.degam.de](http://www.degam.de)).

Wer uns bei unseren Aktivitäten unterstützen möchte, ist herzlich zur Kooperation in unserer Sektion eingeladen. Außerdem freuen wir uns auf unverzügliche Mitteilungen über neue Entwicklungen an der eigenen Abteilung / Lehrbereich – dies kommt letztlich allen in unserem Fach zugute.

Erika Baum und Maren Ehrhardt

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Erika Baum  
Dresdener Str. 34  
35444 Biebertal  
E-Mail: [Baum064092007@t-online.de](mailto:Baum064092007@t-online.de)

## Sektionsbericht Weiterbildung 2010

### Zurück in die Zukunft – Weiterbildung Allgemeinmedizin wieder wie vor Rostock 2002

Seit dem DEGAM-Kongress in Heidelberg September 2009 sind kaum für möglich gehaltene Träume zumindest teilweise in Erfüllung gegangen. Die Identität unseres Faches Allgemeinmedizin ist auf dem Deutschen Ärztetag am 13.5.2010 in Dresden nach intensiver Vorarbeit des DEGAM-Vorstandes wieder gefestigt worden. Wir werden wieder Fachärzte für Allgemeinmedizin sein und dies in eigenem Gebiet, unabhängiger von anderen Fachdisziplinen. Wir haben bei dem Versuch, gemeinsam mit den Internisten ein neues Weiterbildungsmodell zum Hausarzt zu schaffen, zehn Jahre versäumt. Doch nun können wir durch vielversprechende Ansätze zur besseren Strukturierung der Weiterbildung, besonders im Rahmen von Verbundweiterbildungen, viel verlorenes Terrain wieder gut machen. Hier gibt es hervorragende Beispiele in Baden-Württemberg mit dem Kompetenzzentrum in Heidelberg und der jetzt geplanten universitätsgebundenen Weiterbildungsinitiative in Frankfurt am Main und Marburg.

Bei der Reform der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) war „politisch angeblich nicht mehr machbar“ wegen der Mehrheitsverhältnisse der Ärztekammern in Bund und Ländern. Hier wird in den nächsten ein bis zwei Jahren viel Überzeugungsarbeit erforderlich sein, um Mehrheiten für unsere Anliegen zu bekommen. Dies wird sicher eine letzte Chance sein, dass Vertreter aller Fachgruppen problem- und lösungsorientiert ohne Lobbyismus für unsere Patienten und Ihre Hausärzte einen guten Allgemeinarzt in der MWBO verankern.

Was waren weitere Ergebnisse in Dresden? Die Weiterbildungszeiten wurden nur wenig geändert und nicht ausreichend auf die Breite des Faches abgestimmt. Die bisher sehr auf die Internisten orientierte MWBO erfuhr hier nur wenig Spezifizierung für unser Fach Allgemeinmedizin. Konkret sind die Zeiten:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß §5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin, davon könnten bis zu 18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung (auch 3 Monats-Abschnitte) auch im ambulanten Bereich angerechnet werden,
- 24 Monate Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung, davon können bis zu 6 Monate in Chirurgie (auch 3 Monats-Abschnitte) angerechnet werden,
- 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß §4 Abs. 8 in Psychosomatische Grundversorgung.

Der mit dem Deutschen Hausärzteverband e. V. abgestimmte Antrag der DEGAM zur Musterweiterbildungsordnungsänderung 2010 wird im Folgenden dargestellt und danach kritisch vergleichend mit dem BÄK-Vorstandsantrag bewertet.

1. Das Fach soll wieder im eigenen Gebiet in der MWBO eingeordnet sein.
2. Die Weiterbildungszeit bleibt bei 60 Monaten.
3. Als Strukturierung sind verpflichtend:
  - Allgemeinmedizin (ambulant): 24 Monate
  - Innere Medizin: 18 Monate (davon mind. 12 Monate stationär)
  - Chirurgie (stationär / ambulant): 6 Monate (auch 3-Monats-Abschnitte; Orthopädie/Unfall-C)
4. Die sogenannte „Freie Zeit“ (12 Monate) ist in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung stationär oder ambulant in Abschnitten von mindestens drei Monaten abzuleisten.
5. Die 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 bleibt bestehen.

Im Vergleich zum positiv abgestimmten BÄK-Vorstandsantrag mit dem wissenschaftlich fundierten Änderungsantrag der DEGAM muss man folgende gravierende Unterschiede ausschließlich in den o. g. Punkten 3 und 4 des DEGAM-Antrags feststellen:

· Unter 3. erster Spiegelstrich: Im Sinne der „Verpflichtenden Strukturierung“ ist deutlich gefordert, dass Allgemeinmedizin – also das Fach im jetzt wieder eigenen Gebiet – alleine die Voraussetzungen mit einer 24-monatigen

Weiterbildungszeit gewährleistet. „Hausärztliche Versorgung“ bringt hingegen einen für die Weiterbildung unklaren Begriff aus dem Sozialrecht ein, mit dem auch die Innere Medizin bzw. Pädiatrie in der hausärztlichen Versorgungsebene gemeint sein könnten. Dies hätte aber zur Folge, dass u. U. allgemeinmedizinische Versorgung in der Weiterbildung nicht erlernt werden kann, wenn der Arzt die Weiterbildung in einer Praxis für Innere Medizin bzw. Pädiatrie durchläuft. Folglich muss klar der Begriff „Allgemeinmedizin“ statt „hausärztlich“ verwendet werden.

· Unter 3. zweiter Spiegelstrich: Eine verpflichtende Weiterbildungszeit über 18 Monate in der Inneren Medizin, auch zwingend über mindestens 12 Monate stationär, ist nach Evaluationen der allgemeinmedizinischen Versorgungssituation als sinnvoll anzusehen, da ca. 40 % Erkrankungen aus dem neuen Gebiet der Inneren Medizin anzufinden sind. Ein höherer Anteil rein internistischer Weiterbildungszeit, evtl. auch im ambulanten hausärztlich-internistischen Bereich, muss vermieden werden, da sonst eine umfassende Weiterbildung in anderen Gebieten und im Gebiet Allgemeinmedizin unterrepräsentiert wäre.

· Unter 3. dritter Spiegelstrich: Erkrankungen aus dem chirurgischen (orthopädischen) Gebiet stellen mindestens ca. 20 % der Fälle in einer allgemeinmedizinischen Praxis dar. In der bisherigen Darstellung der Weiterbildungsinhalte waren auch verbindliche Kriterien und Versorgungsbereiche dazu aufgeführt worden. Eine obligatorische sechsmonatige chirurgische (orthopädische) Weiterbildungszeit – wie von der DEGAM beantragt – muss schon aus systematischen, aber sicher auch aus versorgungsrelevanten Gründen umgesetzt werden.

Unter 4. wird die mögliche Nutzung der verbleibenden 12 Monate für patientennahe Fächer beschrieben. Hier ist die Weiterbildung in „kleinen Fächern“ wie Pädiatrie, Psychiatrie/Psychosomatik, Neurologie, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in mindestens dreimonatigen Abschnitten gemeint; hier darf nicht ersatzweise „Innere Medizin“ bzw. „Chirurgie/Orthopädie“ gewählt wer-

den, da diese unter 3. bereits abgehandelt wurden. Für die oben beschriebenen kleinen Fächer müsste nach den Vorschlägen der DEGAM eine komplementäre Seminarweiterbildung bei fehlender Weiterbildungszeit in dem entsprechenden Fach erfolgen.

Die vom BÄK-Vorstand eingebrachte und am 13.5.10 positiv abgestimmte Muster-WBO erfüllt nur in den Punkten 1., 2. und 5. den Antrag der DEGAM. Die in den Punkten 3. und 4. dargestellten Unterschiede erscheinen auf den ersten Blick marginal, denn die Muster-WBO des BÄK-Vorstandes ist so flexibel, dass eine Ausgestaltung der Weiterbildungszeiten nach DEGAM-Vorgaben durchaus möglich ist. Erst bei genauem Hinsehen wird ein gravierendes Problem deutlich: Die weite Auslegung der gerade abgestimmten WBO lässt eine Weiterbildung ohne auch nur einen Tag im Gebiet bzw. Fach Allgemeinmedizin zu. Es ist möglich, dass ein Arzt in Weiterbildung zur Allgemeinmedizin drei Jahre Innere Medizin im stationären bzw. in subspezialisierten Fächern der Inneren Medizin und zwei Jahre bei hausärztlichen Internisten verbringt und dann Facharzt für Allgemeinmedizin ist.

Die oben dargestellte kritische Interpretation der Entscheidungen des Deutschen Ärztetages in Dresden im Mai 2010 verlangt große Aufmerksamkeit und Engagement bei der Mitgestaltung der neuen MWBO Allgemeinmedizin in den nächsten Jahren. Die Weiterbil-

dungszeiten müssen korrigiert und die Weiterbildungsziele auch wegen neuer hausärztlicher Aufgaben angepasst werden.

Auch intensiver von der „universitären Allgemeinmedizin“ zusammen mit Koordinierungsstellen strukturierte Weiterbildungsverbände werden die Attraktivität unseres Faches und damit den Hausarztmangel günstig beeinflussen.

In einem **Workshop der DEGAM-Weiterbildungssektion im Juni 2010**, offen für alle Interessierten, konnten nach einer Ist-Analyse mit vielen Aktiven in der Weiterbildung Zukunftskonzepte erörtert werden. Schwerpunkte waren:

- Verbundweiterbildung Plus in Baden-Württemberg (J. Steinhäuser, HD)
- Ergebnisse der Umfrage bei ÄiW durch Uni Bochum (B. Huenges, BO)
- Entwicklung von Lernfeldern (S. Schumann, J)
- Kompetenzbasiertes Curriculum Allgemeinmedizin – Bericht von der Heidelberger Tagung am 27.3.10 (J. Steinhäuser, HD)
- Bericht der Internationalen Kommission zur Weiterbildung Allgemeinmedizin in Deutschland (T. Lichte, MD)
- Initiative Weiterbildung Allgemeinmedizin der DEGAM – Neue MWBO (T. Lichte, MD)

O. g. Themen-Bereiche werden in den nächsten Jahren Schwerpunkte in der

DEGAM-Sektion Weiterbildung sein. Hier sind die beiden unterzeichnenden Sektionssprecher zum Schluss gekommen, neuen „unverbrauchten“ KollegInnen das Zepter zu übergeben. In Kooperation mit der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland – JADE – werden sicher auf der nächsten Sektionssitzung (23.9.10) in Dresden sich geeignete Kandidaten finden, die dann in der DEGAM-Mitgliederversammlung als unsere Nachfolger gewählt werden können.

Wir danken allen aktiven Mitgliedern der DEGAM-Sektion Weiterbildung und dem DEGAM-Vorstand für ihre Unterstützung mit dem Wunsch, wieder als normale DEGAM-Mitglieder weiter die Weiterbildungsbelange aktiv zu unterstützen.

Thomas Lichte und Marcus Schmidt

#### Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Lichte  
Lehrstuhl für Allgemeinmedizin  
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg  
Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg  
Tel.: 0391 / 67 21 009  
E-Mail: thomas.lichte@med.ovgu.de  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Magdeburger Str. 18, 06112 Halle  
Tel.: 0345 / 557 53 39  
E-Mail: thomas.lichte@medizin.uni-halle.de

## Sektionsbericht Fortbildung 2010

Nachdem die Sektion Fortbildung im Jahr zuvor ein eindeutig definiertes Markenzeichen „Tag der Allgemeinmedizin“ (TdA) erarbeitet hatte, wurde im zurückliegenden Jahr dieses Angebot an interaktiver, industrieffreier und wissenschaftlicher Fortbildung für Hausärzte auf einer eigenen Homepage dargestellt: <http://www.tag-der-allgemeinmedizin.de/>

Mit Hilfe einer Google-Suche zu Angeboten an Tagen der Allgemeinmedizin fanden wir drei neue Treffer: Der TdA Aachen wird mittlerweile nach den von der DEGAM festgesetzten Kriterien durchgeführt.

In Greifswald und Berlin musste interveniert werden, dass nach anfänglicher Unkenntnis der DEGAM-Kriterien die bislang angebotenen Seminarformate nicht unter diesem Namen weitergeführt werden dürfen – in Greifswald waren nicht Hausärzte die Initiatoren, und in Berlin handelte es sich um einen gemeinsamen Workshop mit der Landesärztekammer, der nur aus Vorträgen bestand.

In der kommenden Zeit sollen die allgemeinmedizinischen Abteilungen und Institute aller medizinischen Fakultäten mit der Bitte angesprochen werden, ggf. in Zusammenarbeit mit dem

regionalen Hausärzterverband einen „Tag der Allgemeinmedizin“ anzubieten.

Kritisch wurden kommerzielle Fortbildungsaktivitäten wie beispielsweise das „Praxis-Update Allgemeinmedizin“ durch die Sektion kommentiert. In diesen Fortbildungen herrscht überwiegend das Fortbildungsformat „Spezialisten unterrichten Hausärzte“ vor. Zudem lassen die hierbei vermittelten Inhalte den Rückschluss zu, dass indirekt für pharmazeutische Produkte geworben werden soll. Mit den von der DEGAM erarbeiteten Kriterien für eine hausärztliche Fortbildung vertragen sich solche

Veranstaltungen nicht. Alle Mitglieder der DEGAM sind aufgerufen, sich weder als Organisatoren noch als Teilnehmende am „Praxis-Update Allgemeinmedizin“ zu beteiligen.

Ebenfalls kritisch, wenngleich auch nicht mit der Kritik zu großer Industrienähe, wurden die Veranstaltungen der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin beurteilt – auch hier sind die Referierenden nahezu ausnahmslos Spezialisten, ohne dass ihnen hausärztliche Co-Referenten zur Seite gestellt worden wären.

Einige Mitglieder der Sektion Fortbildung nahmen im Herbst letzten Jahres an einer Tagung der Bundesärztekammer zum Thema „Evidenz didaktischer Methoden in der ärztlichen Fortbildung“ teil. Wir fühlten uns in unserer Kritik an einem rein quantitativ orientierten CME-Fortbildungssystem bestätigt. Unsere Kritik wurde dabei von den meisten Anwesenden geteilt. Die teilnehmenden Mitglieder der Sektion nahmen dabei die Idee einer interkollegialen und interprofessionellen Rezertifizierung unter Einbeziehung von Patienten-Rückmeldungen mit, wie sie in Kanada praktiziert wird. Das Absolvieren dieses Rezertifizierungs-Prozesses ist in Kanada verpflichtend – auf eine sanktionierende Beurteilung wird dabei aber verzichtet, um nicht die intrinsische Motivation der Teilnehmenden durch externe Anreize zu stören.

Wesentlicher Schwerpunkt der Sektionsarbeit war die Überarbeitung der DEGAM-Stellungnahme zur Fortbildung von 2001, die also noch vor Einführung der CME-Pflicht 2004 erstellt worden war. Ein (zu) ausführliches Hintergrund-Papier (<http://www.degam.de/fortbildung/dokumente/DEGAM-Fortbildungspapier2009-Langversion-Hintergrund-Papier.pdf>) wurde in einem intensiven Diskussionsprozess auf einen kurzen und damit leicht verwendbaren Text zusammengefasst: ([http://degam.de/index.php?eID=tx\\_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user\\_upload/degam/Fortbildung/Position\\_der\\_DE-](http://degam.de/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/user_upload/degam/Fortbildung/Position_der_DE-)

[GAM\\_zur\\_hausaerztlichen\\_Fortbildung2010.pdf&t=1275643547&hash=257701cbf54fdfa1065eae4cfaf246aa](#))

Die Sektion Fortbildung ist – sicherlich wesentlich bedingt durch die DEGAM-Kampagne zur Mitgliederwerbung im zurück liegenden Jahr rasant von 21 auf 97 Mitglieder angewachsen. Dieses Potenzial gilt es nun zu nutzen.

In der Sektionssitzung am Rande des Heidelberger DEGAM-Kongresses 2009 war noch über eine Reihe von Irritationen im Verhältnis zum Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) des Deutschen Hausärztesverbandes berichtet worden. Mittlerweile hat mit Michael Mühlenfeld ein Mitglied der Sektion die Leitung des IhF übernommen. Noch während des Heidelberger Kongresses fand ein erstes reflektierendes Gespräch statt. Inzwischen hat sich eine sehr erfreuliche, atmosphärisch hervorragende Kooperation entwickelt.

Der Hausärztesverband steht im Rahmen der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach §73b SGB V in der Pflicht, seine Fortbildungen nach evidenzbasierten Leitlinien auszurichten. Die DEGAM mit ihren wissenschaftlichen Ressourcen unterstützt dabei das Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) des Deutschen Hausärztesverbandes in seinem Bestreben, gute Fortbildungsformate flächendeckend zu implementieren. Die Tendenz zur Zentralisierung und zur Organisation von Großveranstaltungen wird von der DEGAM allerdings nicht befürwortet. Stattdessen sollte die Reflexion des eigenen Handelns und ggf. die Erarbeitung alternativer Handlungsstrategien in den Mittelpunkt gerückt werden. Diese Methodik wird bereits erfolgreich in zahlreichen Qualitätszirkeln praktiziert.

Die DEGAM wiederum braucht, obwohl selbst deutlich größer geworden, weiterhin die organisatorische Kraft des Hausärztesverbandes, um die Resultate ihrer Recherchen auch in die Fläche zu implementieren.

Inzwischen wurden die beiden Sektionssprecher zu den Sitzungen von Beirat und Vorstand des IhF eingeladen. Das IhF verzichtet auf Fortbildung eigener regionaler Veranstaltungen, wenn zeitgleich Tage der Allgemeinmedizin stattfinden.

Inzwischen wurden die tendenziell zusammenlaufenden Interessen beider Organisationen in einem Vertragsentwurf zur Zusammenarbeit niedergelegt.

Es bleiben Differenzen, die sich möglicherweise aus den unterschiedlichen Sichtweisen einer an Wissenschaftlichkeit orientierten Fachgesellschaft und einem nicht unwesentlich an interner Effektivität orientierten Berufsverband erklären. Die DEGAM kritisiert dabei eine Tendenz zur Zentralisierung der Fortbildungsangebote beim IhF (Stichwort IhF-Kompakt-Tage). Unter Interaktivität versteht die DEGAM etwas anderes als den Einsatz von Telepromptern bei solchen Großveranstaltungen. Ein vom IhF zur Begründung dieser Formate herangezogenes Cochrane-Review wurde durch die Sektion einer kritischen Analyse unterzogen. Die in das Review einbezogenen Studien untersuchten allerdings echte interaktive Formate und nicht solche Veranstaltungen wie die IhF-Kompakt-Tage.

Unterm Strich hat sich aber die Kooperation beider Institutionen ganz erheblich verbessert.

Das nächste Sektionstreffen findet am Donnerstag 23. September um 19 Uhr am Rand des DEGAM-Kongresses in Dresden statt.

Günther Egidi und Armin Mainz

#### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Günther Egidi  
Arzt für Allgemeinmedizin  
Huchtlinger Heerstr. 41  
28259 Bremen  
E-Mail: familie-egidi@nord-com.net



## Sektionsbericht Qualitätsförderung 2010

Im Hinblick auf die Positionierung der DEGAM zum Thema Qualitätsindikatoren gab es im vergangenen Jahr eine Diskussion innerhalb des DEGAM-Präsidiums, die, um die ganze Bandbreite der Argumente für alle Mitglieder darzustellen, in Form von zwei getrennten Positionspapieren (Abholz / Egidi, Juni-Ausgabe und Scherer / Niebling / Szecsenyi, August-Ausgabe) in der ZFA veröffentlicht wurden. Das rege Interesse unter den Mitgliedern zeigte sich in der Diskussion während der Mitgliederversammlung im September 2009.

Das weitere Vorgehen zum Thema Qualitätsindikatoren sah unter anderem vor:

- eine Stellungnahme der DEGAM zu den AQUIK-Indikatoren der KBV,
- eine Diskussion des Themas innerhalb eines Workshops zu „Pay-for-Performance“ auf dem DEGAM / Versorgungsforschungskongress. Über diesen ausgesprochen erfolgreich verlaufenen Workshop hatten wir bereits im Rahmen einer „Kongressnachlese“ in der ZFA berichtet,
- die Umsetzung der inzwischen zwei Jahre alten Beschlüsse, Qualitätsindikatoren bei der DEGAM-Leitlinien-Entwicklung zu berücksichtigen.

Wegen Arbeitsüberlastung der Autoren und möglicherweise auch Unklarheiten darüber, wie man das methodisch bewerkstelligen soll, war dies jedoch bisher nicht geschehen.

Die Arbeitsgruppe „Qualitätsindikatoren“ der DEGAM hat sich der Entwick-

lung von Qualitätsindikatoren zu DEGAM-Leitlinien in diesem Jahr nun intensiv gewidmet.

Auf einem ersten, anderthalb täglichen Treffen im März dieses Jahres konstituierte sich die Gruppe und beschloss die Entwicklung von Qualitätsindikatoren (QI) zu den DEGAM-Leitlinien (LL) Demenz, Halsschmerzen und Nackenschmerzen. Während des Treffens wurde dann die Methodik der Entwicklung abgestimmt und in Kleingruppen wurden erste Vorschläge zu Qualitätsindikatoren erarbeitet. Diese Vorschläge wurden im Anschluss an die Sitzung durch JS und MS auf Indikatoren-Bewertungsblätter übertragen.

Im Nachgang zu diesem ersten Workshop zum Thema Qualitätsindikatoren aus DEGAM LL wurden an die Kleingruppenleiter bzw. LL-Autoren die Bewertungsunterlagen mit der Bitte um Weiterbearbeitung durch die LL Autoren versandt. Anschließend erhielt jedes Mitglied der Gruppe ein Manual mit ersten Indikatorenvorschlägen, die dann von jedem Teilnehmer nach den Kategorien „Relevanz“ und „Klarheit / Verständlichkeit“ bewertet und im Freitext kommentiert werden konnten. In einem weiteren Präsenztreffen wurden dann alle Vorschläge intensiv diskutiert, ggf. verändert und dann während des Treffens nochmals schriftlich bewertet. Ende August / Anfang September sollen dann die verbliebenen Indikatorenvorschläge unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität und verschiedener Ein-

satzmöglichkeiten in der Versorgung schriftlich bewertet werden. Bei einem letzten Workshoptreffen am Vortag des diesjährigen DEGAM-Kongresses in Dresden sollen die Indikatoren dann weitgehend finalisiert und nachfolgend dem DEGAM-Präsidium sowie der Mitgliederversammlung vorgestellt werden. Die Methodik sowie die Ergebnisse der Arbeitsgruppe sollen abschließend der ZFA zur Publikation angeboten werden.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass es möglich ist, Qualitätsindikatoren aus DEGAM-Leitlinien abzuleiten. Der Aufwand, diese dann aber in einem strukturierten Verfahren unter Einbeziehung von Wissenschaftlern und Praktikern zu validieren, ist jedoch erheblich. Und erst wenn man die Indikatoren dann später einmal unter Praxisbedingungen angewandt hat, wird sich zeigen, welchen Beitrag die zugrundeliegenden Leitlinien und die Indikatoren zur Qualitätsförderung in der Allgemeinmedizin tatsächlich leisten.

Joachim Szecsenyi und Martin Scherer

### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Joachim Szecsenyi  
Voßstr. 2  
69115 Heidelberg  
E-Mail: joachim.szecsenyi@med.uni-heidelberg.de

## Sektionsbericht 2010 – Ständige Leitlinienkommission der DEGAM

### Leitlinienentwicklungsstelle Lübeck neu besetzt

Auf Grundlage des Beschlusses der DEGAM-Mitgliederversammlung, die Leitlinienarbeit strukturell zu fördern, wurde im April dieses Jahres die DEGAM-Leitlinienentwicklungsstelle mit Dr. Michaela Hänsel, MPH, Fachärztin für Allgemeinmedizin, besetzt. Die Leitlinienentwicklungsstelle ist am Institut für Sozialmedizin der Universität Lübeck angesiedelt. Zu den Aufgaben von Frau Hänsel gehören zum einen die inhaltliche Betreuung von Leitlinien und Unterstützung der Autoren, zum anderen aber auch die konzeptionelle Weiterentwicklung des DEGAM-Leitlinienkonzepts. Hauptaufgabe von Frau Hänsel sind derzeit das Update der DEGAM-Leitlinie Ohrenschermerz sowie das Priorisierungsprojekt zur Findung von Leitlinienthemen (siehe unten). Die Leitlinienentwicklungsstelle ist mit ihrer inhaltlichen Ausrichtung eine wichtige Ergänzung zur DEGAM-Leitliniengeschäftsstelle, die von Anja Wollny, Institut für Allgemeinmedizin, Universität Rostock, geleitet wird und für administrative und koordinative Aufgaben zuständig ist.

### Priorisierungsprojekt und neue Leitlinien-Agenda

Titel von DEGAM-Leitlinien wurden bislang mehr oder weniger auf „Zuruf“ gewählt, je nach Interessen- und Kompetenzlage der Mitglieder des (damals noch) Arbeitskreises Leitlinien, heute SLK. Wir haben nach gut zehn Jahren DEGAM-Leitlinien nun fast alle der initial beschlossenen Themen abgearbeitet. Wie geht es nun weiter? Wie könnte das Leitlinienpaket für die nächsten zehn Jahre aussehen?

Mit der systematischen Auswahl und der Priorisierung von LL-Themen haben sich in Deutschland noch nicht allzu viele Akteure befasst. Ausnahmen sind das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin sowie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), Köln. Insbesondere für hausärztliche Leitlinien sind folgende Fragen bislang

ungeklärt: Nach welchen Kriterien wählt man Leitlinienthemen aus:

- Nach der Prävalenz des Beratungsanlasses?
- Nach dem Schweregrad des Versorgungsproblems?
- Nach der Verfügbarkeit der vorhandenen Evidenz für einen bestimmten Beratungsanlass?

Viele weitere potenzielle Priorisierungskriterien sind denkbar. Wie gewichtet man diese Kriterien, wie wägt man sie gegeneinander ab? Dies ist der theoretische Teil einer derzeit laufenden Mitgliederbefragung der DEGAM, der auf qualitativen Vorarbeiten der internationalen Literatur aufbaut. Die Umfrage wird von der DEGAM-Entwicklungsstelle Leitlinien in Lübeck durchgeführt, ihre Ergebnisse werden auf dem DEGAM-Kongress präsentiert und anschließend in der ZFA publiziert werden.

Der „praktische“ Teil der Umfrage bezieht sich auf konkrete Leitlinientitel:

- Welche Themen halten DEGAM-Mitglieder selbst für relevant?
- Wie könnte die Leitlinien-Agenda der Zukunft aussehen?

Derzeit haben sich rund 300 DEGAM-Mitglieder am Survey beteiligt, diese Zahl wird durch einen erneuten E-Mail-Aufruf im August noch gesteigert werden. Mit einer derartigen empirischen Untermauerung ihrer Leitlinienarbeit kann sonst keine Deutsche Medizinische Fachgesellschaft aufwarten. Zum anderen geben uns die Ergebnisse der Umfrage „Planungssicherheit“ und die Möglichkeit, die Leitlinienarbeit prospektiv zu gestalten (im Sinne einer Leitlinienagenda) – dies ist besonders vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen wichtig – die Sicherheit, die Leitlinien-Produktivität der DEGAM auch in Zukunft zu gestalten.

### DEGAM Leitlinie bildet Basis für neue Internetseite zum Thema Demenz (Kooperation mit Leuchtturmprojekt Demenz)

Seit März 2010 ist die Internetseite [www.demenz-leitlinie.de](http://www.demenz-leitlinie.de) für alle am Thema

Demenz Interessierten frei verfügbar. Ziel der Internetseite ist es, Angehörige, Pflegekräfte und Ärzte/Ärztinnen über das Thema Demenz auf höchstem wissenschaftlichen Niveau verständlich und übersichtlich zu informieren. Es werden evidenzbasierte Empfehlungen zu Diagnostik und Behandlung von demenziellen Erkrankungen sowie Hilfen im Umgang mit Demenz-Erkrankten zur Verfügung gestellt.

Die aufgeführten Empfehlungen sind der „DEGAM-Leitlinie Nr.12 Demenz“ (2008) entnommen. Auf diese Weise soll die Versorgung der erkrankten Menschen verbessert, die Kooperation von Angehörigen, Pflegenden und Ärzten/Ärztinnen gefördert und alle Beteiligten im Umgang mit den Krankheitsbelastungen unterstützt werden.

Die Internetseite stellt darüber hinaus weitere nützliche Informationen (z. B. zum Thema Kommunikation mit Demenzkranken, Entscheidungshilfen, technische Alltagshilfen, Autofahren, Finanzielles und Rechtliches) für den Praxisalltag zur Verfügung, die an Patienten/innen und Angehörige weitergegeben werden können, und verweist mit zahlreichen Links auf Anlauf- und Beratungsstellen.

Die Internetseite, die im Rahmen eines vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) von 2008 bis 2010 geförderten „Leuchtturmprojekts“ durch das Universitätsklinikum Freiburg in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft und weiteren Partnern entwickelt wurde, enthält auch ein interaktives Fortbildungsangebot (CME).

### Kooperationsvereinbarung mit Hausärzteverband und IhF auf dem Weg

Der bevorstehende Abschluss eines Vertrags zwischen der DEGAM und dem Deutschen Hausärzteverband bzw. dem IhF dient ganz zentral auch der Verbreitung der DEGAM-Leitlinien. Vorgesehen sind u. a. der Einsatz von Leitlinien in den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung sowie die Erstellung von Fortbildungsmodulen auf der Basis von DEGAM-Leitlinien. Die DEGAM und die

Leitlinienautoren sollen auf diesem Wege zusätzliche Einnahmen erzielen.

### Neue Leitlinienthemen und Updates bereits bestehender Leitlinien

Im kommenden Jahr wird die Leitlinie Brustschmerz fertiggestellt werden. Die Leitlinien Schwindel und Schilddrüse haben den Paneltest durchlaufen und werden nun überarbeitet.

Die Leitlinienthemen Gesprächsführung und Zeckenbiss sind in Planung.

Für die Updates von DEGAM-Leitlinien wurden ähnlich wie für die Neuentwicklungen ein einheitliches Vorgehen bzgl. des Überarbeitungsprozesses beschlossen. Dieses umfasst nach dem festgelegten Priorisierungsbedarf durch die Autoren sowohl eine transparente systematische Literaturrecherche (für den Zeitraum seit Erscheinen der LL mit ggf. Neubewertung der Evidenzen in der LL) als auch ein Konsensusverfahren mit Fachgesellschaften und Berufsverbänden, die ebenfalls mit der Betreuung des jeweiligen Beratungsanlasses befasst sind.

Folgende Leitlinien befinden sich momentan im Updateprozess:

DEGAM LL Nr.	LL Thema	Voraussichtliche Fertigstellung
2	Müdigkeit	Frühjahr 2011
5	Harninkontinenz	2011
6	Pflegende Angehörige	2011
7	Ohrenschmerzen	Frühjahr 2011
8	Schlaganfall	Ende 2010 / Anfang 2011

Neben der Entwicklung und dem Updateprozess von DEGAM-Leitlinien hat die Ständige Leitlinienkommission der DEGAM darüber hinaus auch die Organisation der Mitarbeit der DEGAM an interdisziplinären S3-Leitlinien anderer Fachgesellschaften und Nationalen Versorgungsleitlinien übernommen.

Kooperation mit der Leitliniengruppe Hessen

Nach gemeinsamer Sitzung von Vertretern der Ständigen Leitlinienkommission der DEGAM und der Leitliniengruppe Hessen wurde vor dem Hintergrund verschiedenster Probleme und Anforderungen (fehlende Ressourcen für Updates, Neuentwicklung von LL), die zukünftig auf beiden Seiten bewäl-

tigt werden müssen, eine Kooperation beider Gruppen vereinbart.

Im Einzelnen wurde beschlossen, dass die Leitliniengruppe Hessen in die SLK kooptiert wird und 1 Stimme für die Gruppe erhält. Jedes Mitglied kann darüber hinaus auch seine individuelle Mitgliedschaft in der SLK beantragen. Die Kooptierung soll wechselseitig erfolgen. Vonseiten der SLK sollen sowohl die Anmeldung der gemeinsam geplanten Leitlinien bei der AWMF als auch die Organisation der für eine S3-Leitlinie notwendigen methodischen Anforderungen übernommen werden.

Als erste gemeinsame Projekte sollen die Themen „Geriatric“ und „Gesprächsführung“ zusammen bearbeitet werden.

Martin Scherer, Sprecher der Ständigen Leitlinienkommission  
Anja Wollny, DEGAM-Leitliniengeschäftsstelle

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Martin Scherer  
Institut für Sozialmedizin  
Beckergrube 43-47  
23552 Lübeck  
E-Mail: martin.scherer@uk-sh.de