



Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

51. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Der Mensch im Mittelpunkt?
Hausärztliches Handeln zwischen Ansprüchen und Alltag
21. – 23. September 2017 – Düsseldorf



Themenschwerpunkte

Patient-Arzt-Kommunikation | Familienmedizin | Evidenzbasiertes hausärztliches Handeln
Gastuniversität 2017: Maastricht/Niederlande

In Kooperation mit



**DEUTSCHER
HAUSÄRZTEVERBAND**

8:30	4. Kongress für „Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft“	PCWS1 Vorbereitung auf die Facharztprüfung AM	PCWS2 Kompetenzzentren in der allgemeinmed. Weiterbildung-Status quo	PCWS3 Teambesprechungen – ein Qualitätsmerkmal von Hausarztpraxen?	PCWS4 Der Hausarzt als medizinischer Gutachter	PCWS5 Kooperative Kommunikation zur ‚Heilsamen Erfahrung‘	PCWS6 Vorkonferenz und Mitgliederversammlung der Jungen AM Deutschland (JADE).	PCWS7 AG Psychosomatik-Netzwerk für Beziehungsorientierung in der AM	PCWS8 Workshop zur Forschung in der AM	PCWS9 Akademische AM- Herausforderungen für den Mittelbau	8:30				
9:00											9:00				
9:30											9:30				
10:00											10:00				
10:30		Junge Allgemeinmedizin		MFA			Junge Allgemeinmedizin		Junge Allgemeinmedizin		10:30				
11:00		Raum: 23.32.01 68	Raum: 23.32.U1 47	Raum: 23.32.01 43	Raum: 23.32.U1 44	Raum: 23.32.01 41	Raum: 23.32.U1 21	Raum: 23.31.U1 66	Raum: 23.32.00 61	Raum: 23.32.00 52	11:00				
11:30		Mittagspause Mensa Universitätsstraße							Mittagspause Mensa Universitätsstraße			11:30			
12:00											12:00				
12:30		Sektion Studium	Sektion Weiterbildung	Sektion Versorgungsaufgaben	Sektion Qualitätsförderung	Sektion Forschung	Sektion Fortbildung				12:30				
13:00											13:00				
13:30							Arriba-Info-Veranstaltung 13:45 - 14:45			13:30					
14:00	Raum: O.A.S.E.	Raum: 23.02.U1 22	Raum: 23.02.U1 24	Raum: 23.03.01 22	Raum: 23.03.01 43	Raum: 23.03.01 41	Raum: 23.02.U1 21	Raum: 23.03.U1 61		14:00					
14:30	Pause							Pause				14:30			
15:00	Eröffnungsveranstaltung Raum: 23.01 HS 3A							Eröffnungsveranstaltung Raum: 23.01 HS 3A				15:00			
15:30												15:30			
16:00	Get-together Foyer 23.01 U1							Get-together Foyer 23.01 U1				16:00			
16:30												16:30			
17:00	I-VT1 Polypharmazie: einfach absetzen?	I-VT2 Prävention durch Verhalten (sänderung)	I-VT3 Teampraxis: erfolgreich und glücklich zusammenarbeiten	I-VT4 Kernfach Allgemeinmedizin: Auf dem Weg zu einem longitudinalen Curriculum I	I-VT5 Centre for Health and Society Düsseldorf	I-WS1 Behandlung im Voraus planen (BVP) – Umsetzg. des neuen §132g SGB V (HPG)	I-WS2 Indirekte Fragebogentechniken in Umfragen zu sensiblen Themen	I-WS3 Methodological workshop on conducting a qualitative meta-synthese	I-WS4 Studentenplenum	AG WiForMFA	AG Famulatur	AG KompMed	AG Psychosomatik	Mittelbau Treffen	17:00
17:30			MFA						Junge Allgemeinmedizin						17:30
18:00	Raum: 23.01 HS 3C	Raum: 23.02.U1 22	Raum: 23.01 HS 3B	Raum: 22.01 HS 2B	Raum: 23.02.U1 24	Raum: 23.03.01 22	Raum: 23.03.01 43	Raum: 23.03.01 24	Raum: 23.03.01 41	Raum: 23.03.01 63	Raum: 23.02.U1 81	Raum: 23.03.U1 65	Raum: 23.03.U1 61	Raum: 23.02.U1 21	18:00
	Pause							Pause							
18:30	Mitgliederversammlung							Mitgliederversammlung							18:30
19:00															19:00
19:30	Raum: 23.01 HS 3D							Raum: 23.01 HS 3D							19:30
20:00															20:00

Programmübersicht | Freitag, 22. September 2017

8:30	II-VT6 Will/kann der Patient zu uns kommen?	II-Symp1 20 Jahre Professionalisierungskurse der DEGAM	II-WS5 Innovative diagnostic tests in general practice	II-WS6 Health literacy in primary care	II-WS7 The Assessment of Burden of COPD (ABC) tool	II-WS8 Alkoholkrankheit: Ambulanter Alkoholentzug	II-WS9 Cluster-randomisierte Studien – Design und Fallzahl-schätzung	II-WS10 DEGAM-Leitlinie Nr. 6 „Pfle-gende Ange-hörige“	II-WS11 Patient-Arzt-Kooperation im Annäherungs-modus	II-WS12 Themen im Mentoring für Ärzte/innen in Weiterbildung im Fach AM	II-WS13 Narrative Medi-zin – eine Ein-führung	II-P1 Patientenzentr. Behandlung u. Berücksichtigung v. Angehörigen bei schwer-(st)er Erkr.	II-P2 Alltagsrele-vante Anre-gungen für MFA und HÄ	II-P3 Patienten-orientierung: besser evi-denzbasiert behandeln	
9:00			International	International	International			Leitlinien					MFA		
9:30	Raum: 23.01 HS 3C	Raum: 23.01 HS 3B	Raum: 23.02.U1 24	Raum: 23.02.U1 22	Raum: 23.31.U1 66	Raum: 23.32.01 43	Raum: 23.32.01 41	Raum: 23.32.U1 47	Raum: 23.32.00 52	Raum: 23.32.U1 21	Raum: 23.32.00 61	Raum: 23.32.01 68	Raum: 23.32.01 65	Raum: 23.32.01 48	
10:00	Kaffeepause Foyer 23.01 U1							Kaffeepause Foyer 23.01 U1							
10:30	Keynote I Yes, we care - for patients, families, communities, and ourselves by Job Metsemakers Raum: 23.01 HS 3A							Keynote I Yes, we care - for patients, families, communities, and ourselves by Job Metsemakers Raum: 23.01 HS 3A							
11:00	Pause							Pause							
11:30	III-VT7 Hot topics in primary care: international perspective I	III-Symp2 Forschung an der Schnittstelle von allgem. und spezialisierter Palliativ-versorgung	III-WS14 Hier stimmt was nicht! Can a GP trust his/her diagnostic gut feelings?	III-WS15 How to go about your career in pri-mary care re-search?	III-WS16 A Common Case of Eut-hanasia in Dutch General Practice	III-WS17 Allgemein-medizinische Forschung mit Impact	III-WS18 Telemedizinische Anwen-dungen in der Hausarztpraxis	III-WS19 Integration der AM in die Not-fallversorgung an Universi-tätskliniken	III-WS20 Sind „informierte“ Patienten läs-tig?	III-WS21 Berufsbegl. Seminarprogr. f.d. Weiterbil-dung AM	III-WS22 Langzeitstudien: Besonderh. d. longitudinalen Proband-For-scher-Bezie-hung	III-P4 Patienten-orientierung: interdisziplinä-re und inter-professionelle Perspektiven	III-P5 Arzneimit-teltherapie: so wenig wie möglich, so viel wie nötig	III-P6 Forschung in der Primär-versorgung: vom Instru-ment zur In-tervention	
12:00	International		International	International	Kontrovers!				Kontrovers!						
12:30	Raum: 23.01 HS 3C	Raum: 23.01 HS 3B	Raum: 23.02.U1 24	Raum: 23.02.U1 22	Raum: 23.31.U1 66	Raum: 23.32.01 43	Raum: 23.32.01 41	Raum: 23.32.U1 47	Raum: 23.32.00 52	Raum: 23.32.U1 21	Raum: 23.32.00 61	Raum: 23.32.01 68	Raum: 23.32.01 65	Raum: 23.32.01 48	
13:00	Pause							Pause							
13:30	Keynote II Where patient care and research come together by André Knottnerus Raum: 23.01 HS 3A							Keynote II Where patient care and research come together by André Knottnerus Raum: 23.01 HS 3A							
14:00	Mittagspause Mensa Universitätsstraße							Mittagspause Mensa Universitätsstraße							
14:30								Gründung WPA Raum: 23.03.01 43							
15:00	IV-VT8 Gute ärztliche Praxis im All-tag	IV-VT9 Hot topics in primary care: international perspective II	IV-Symp3 John Berger und sein Buch „Die Geschichte eines Landarz-tes“	IV-WS23 Concepts and tools to enhance shared decision making ...	IV-WS24 Writing for Pu-blication – Meet the Editors for Tips and Tricks!	IV-WS25 „Warum sind Sie denn depressiv? Draußen scheint doch die Sonne...“ Komm. Strategien	IV-WS26 Forschungs-praxen-Netze in der AM – För-derung, Aufbau und Erhaltung	IV-WS27 Kontam.finanz. Anreizsystem der Arzt-Patien-ten-Beziehung?	IV-WS28 DEGAM-Leitlinien: Was ist neu?	IV-WS29 Ideen zur Arbeitsentlas-tung der Pri-märversorgung	IV-WS30 Fehlerberichts- und Lernsys-teme in der ambulanten Versorgung	IV-WS31 Niederlassen o. lieber lassen? Möglichk. d. Be-rufsausübung!	IV-P7 Gut beraten – gemeinsam entscheiden – effektiv unter-stützen	IV-P8 Kernfach AM: Innovative Lehr- und Lernformen	IV-P9 Fit im Job? Beiträge zur Fort- und Weiterbil-dung
15:30															
16:00	Raum: 22.01 HS 2B	Raum: 23.01 HS 3C	Raum: 23.01 HS 3B	Raum: 23.02.U1 24	Raum: 23.02.U1 22	Raum: 23.31.U1 66	Raum: 23.32.01 43	Raum: 23.32.01 41	Raum: 23.32.U1 47	Raum: 23.32.00 52	Raum: 23.32.U1 21	Raum: 23.32.00 61	Raum: 23.32.01 68	Raum: 23.32.01 65	Raum: 23.32.01 48
16:30	Kaffeepause							Kaffeepause							
17:00	V-ScSI Science Slam	V-VT10 Spannungsfeld Entscheidungs-findung	V-VT11 Weiterbildung besser und at-traktiver gestal-ten	V-VT12 Miteinander sprechen hilft. Hilft dabei auch Technik?	V-Symp4 Warum soll ich Hausarzt/ Hausärztin wer-den	V-WS32 Nutzg. v. Dexi-med als evi-denzb., unabh. Online-Nach-schlagewerk	V-WS33 Psychotrauma und Traumafolge-störungen	V-WS34 Die Propensity Score-Analyse	V-WS35 Hausärztl. In-terventionen im anamnest. Erstgespräch	V-WS36 „Völlig von der Rolle?“ Heraus-forderg. b. d. ärztl. Behandl.	V-WS37 Ist Selbständig-keit ein Risiko? Strategien für d. eigene Praxis				
17:30				Kontrovers!					Leitlinien	Kontrovers!	Junge Allgemeinmedizin				
18:00	Raum: 23.01 HS 3D	Raum: 23.02.U1 24	Raum: 22.01 HS 2B	Raum: 23.01 HS 3C	Raum: 23.01 HS 3B	Raum: 23.02.U1 22	Raum: 23.31.U1 66	Raum: 23.32.01 41	Raum: 23.32.U1 47	Raum: 23.32.00 52	Raum: 23.32.00 61				
18:30															
20:00	Festabend Rheinterrasse Düsseldorf							Festabend Rheinterrasse Düsseldorf							

Programmübersicht | Samstag, 23. September 2017

8:30	VI-VT13 Kernfach Allgemeinmedizin: Auf dem Weg zu einem longitudinalen Curriculum II	VI-VT14 Miteinander sprechen. Aufeinander hören.	VI-VT15 Teampraxis: Ist das die Zukunft?	VI-VT16 Braucht dieser Patient ein Antibiotikum?	VI-Symp5 Personenzentrierte hausärztliche Langzeitversorgung	VI-Symp6 Erfolgsfakt., Herausford. u. Hemmnisse b.d. Umsetzung kollaborat. Versorgungsformen i.d. HApraxis bei psych. Erkr	VI-WS38 Systematische Literaturrecherche: Einführung und Methoden	VI-WS39 Let's talk about sex – Sexuell übertragbare Erkrankungen in der Hausarztpraxis	VI-WS41 Resilienz als Burn-out Prävention – eine Einführung	VI-WS42 Aufsuchende otologische Maßnahmen durch d. HA bei schlecht hörenden u. immobilen Senioren	VI-WS43 Ein "Werkzeug" für die MFA im Patienten-gespräch	VI-WS44 Methoden-workshop Mixed-Methods	VI-WS45 Studenten-Workshop: Medikamentenmissbrauch und Abhängigkeit
9:00													
9:30	Raum: 22.01 HS 2B	Raum: 23.02.U1 22	MFA Raum: 23.03.01 22	Raum: 23.02.U1 24	Raum: 23.01 HS 3B	Raum: 23.01 HS 3C	Raum: 23.32.01 41	Raum: 23.32.00 52	Raum: 23.32.U1 21	Raum: 23.32.U1 47	MFA Raum: 23.32.01 43	Raum: 23.31.U1 66	Junge Allgemeinmedizin Raum: 23.32.00 61
10:00	Kaffeepause Foyer 23.01 U1						Kaffeepause Foyer 23.01 U1						
10:30	Keynote III Der Mensch im Mittelpunkt? Der gesuchte Weg zwischen Ärztlicher Expertise und Leitlinie by Heinz-Harald Abholz Raum: 23.01 HS 3A						Keynote III Der Mensch im Mittelpunkt? Der gesuchte Weg zwischen Ärztlicher Expertise und Leitlinie by Heinz-Harald Abholz Raum: 23.01 HS 3A						
11:00	Pause Lunchpakete						Pause Lunchpakete						
11:30	VII-VT17 Kernfach Allgemeinmedizin: Auf dem Weg zu einem longitudinalen Curriculum III	VII-VT18 Gemeinsam entscheiden - besser entscheiden?	VII-VT19 Was wollen unsere Patientinnen und Patienten?	VII-VT20 Versorgung verstehen und verbessern	VII-VT21 Zu viel und falsche Medizin	VII-Symp7 Hausärztl. Versorgung onkologischer Patienten unter Berücksichtigung komplexer Aspekte (CAM)	VII-Symp8 Wie kann das Management der oralen Antikoagulation in der Hausarztpraxis optimiert werden?	VII-WS46 Offene Placebo-gabe – akademische Spielerei oder reale Option für die allgemeinmed. Praxis?	VII-WS47 Das CoTrain-Kommunikations-training für die Hausarztpraxis – ein einführender Workshop	VII-WS48 Funktionelle Muskeldiagnostik in der täglichen Praxis	VII-WS49 Die Kamera als Praxisbegleiterin – Fotografieren im hausärztlichen Alltag	VII-WS50 Die neue DE-GAM-S3 Leitlinie HÄ Beratung zur kardiovaskulären Prävention	VII-WS51 Wer arm ist, stirbt früher – Über die Bedeutg. d. Sozialen Onkologie in der HApraxis
12:00												Leitlinien	MFA
12:30	Raum: 22.01 HS 2B	Raum: 23.02.U1 22	Raum: 23.03.01 22	Raum: 23.02.U1 24	Raum: 23.03.01 43	Raum: 23.01 HS 3B	Raum: 23.01 HS 3C	Raum: 23.32.01 41	Raum: 23.32.00 52	Raum: 23.31.U1 66	Raum: 23.32.U1 21	Raum: 23.32.U1 47	Raum: 23.32.01 43
13:00	Pause Lunchpakete						Pause Lunchpakete						
13:30	Keynote IV Der Hausarzt als ohnmächtiger Heiland in Franz Kafkas Erzählung „Ein Landarzt“. by Henriette Herwig Raum: 23.01 HS 3A						Keynote IV Der Hausarzt als ohnmächtiger Heiland in Franz Kafkas Erzählung „Ein Landarzt“. by Henriette Herwig Raum: 23.01 HS 3A						
14:00	Abschlussveranstaltung Raum: HS 3A						Abschlussveranstaltung Raum: HS3A						
14:30	Pause Lunchpakete						Pause Lunchpakete						
15:00	VIII-WS53 Autofahren und Demenz – Umsetzung einer Handlungsempfehlung für den hausärztlichen Praxisalltag	VIII-WS54 Arzthaftpflicht – die rechtssichere Kommunikation	VIII-WS55 „Ruhe im Hamsterrad“ - Wissenschaft & Techniken der Stressregulation aus der Mind Body Medizin	VIII-WS56 Sicher in der Tabakentwöhnung: Wie setze ich die S3-Leitlinie ... in der hausärztlichen Praxis um?	VIII-WS57 Therapieverbesserung durch Aufklärung des chronisch kranken Patienten (Asthma/COPD) durch die MFA								
15:30	Leitlinien Raum: 23.32.00 52			Leitlinien Raum: 23.32.U1 47	MFA Raum: 23.32.01 43								
16:00		Raum: 23.31.U1 66	Raum: 23.32.U1 21										

Legende

- Pre-Conference-Workshops (PCWS)
- Symposien (Symp)
- Poster (P)
- Vortragsveranstaltung (VT)
- Workshops (WS)

- Praxis-Workshops (WS)
- DEGAM Sektionen & Arbeitsgemeinschaften
- Keynotes
- alle durchgängigen Veranstaltungen, Eröffnungs-, Abschlussveranstaltungen etc.
- HS Hörsaal

Thematische Reihen

MFA

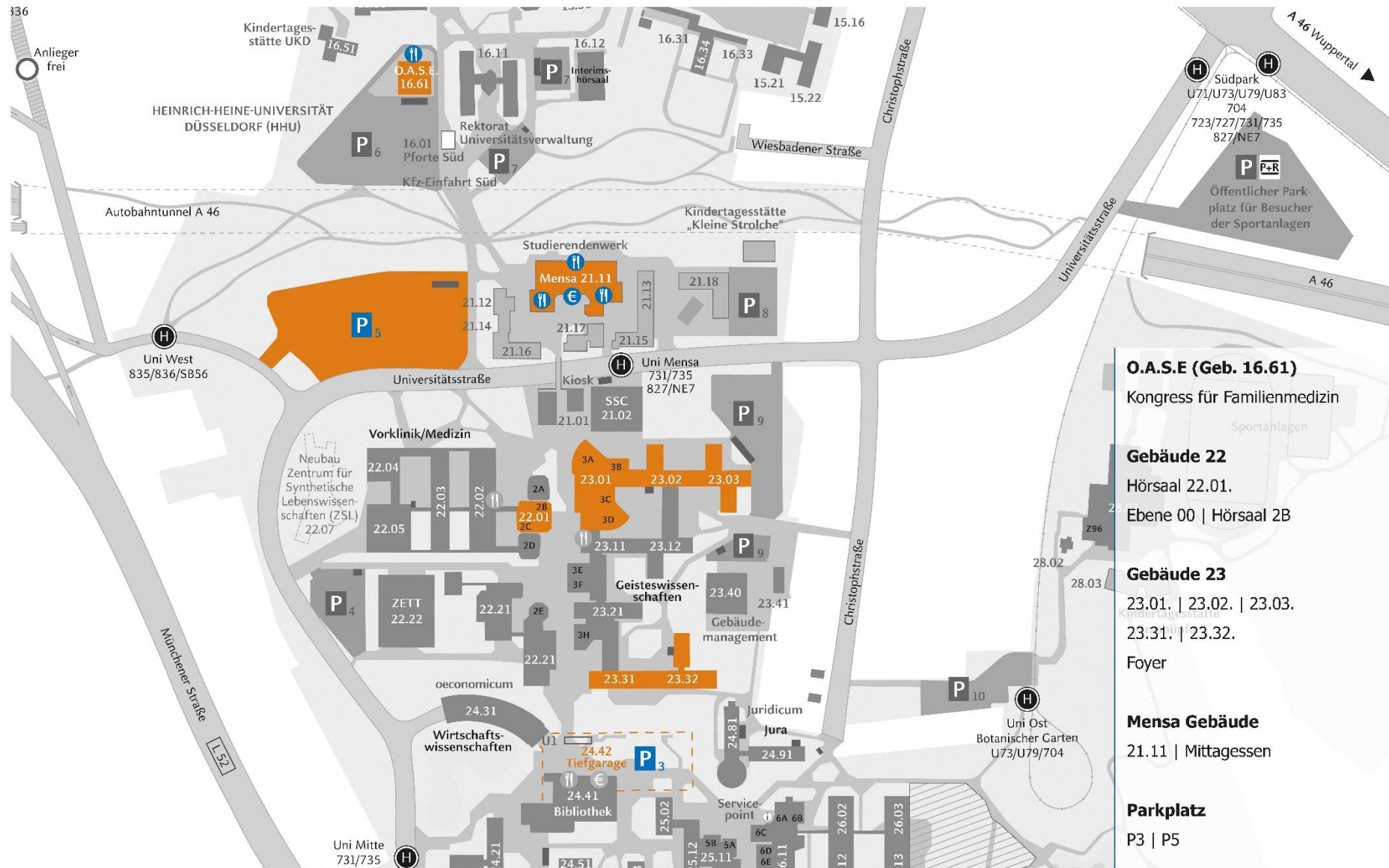
International

Kontrovers!

Junge Allgemeinmedizin

Leitlinien

Programmübersicht | Orientierungsplan HHU



O.A.S.E (Geb. 16.61)
Kongress für Familienmedizin

Gebäude 22
Hörsaal 22.01.
Ebene 00 | Hörsaal 2B

Gebäude 23
23.01. | 23.02. | 23.03.
23.31. | 23.32.
Foyer

Mensa Gebäude
21.11 | Mittagessen

Parkplatz
P3 | P5

Mittwoch, 20. September 2017

Treffen der AG International der JADE

10:30 - 16:00

Raum: 23.32.U1 21

AG International der JADE

Moderation:

Christian Rechtenwald

Sprecher Internationales der JADE und Delegate im european council von VdGM

Donnerstag, 21. September 2017

Pre-Conference-Workshops

08:30 - 11:30

**Junge
Allgemeinmedizin**

Raum: 23.32.01 68

PCWS1

Pre-Conference-Workshop 1: Vorbereitung auf die Facharztprüfung Allgemeinmedizin

- 1 Vorbereitung auf die Facharztprüfung Allgemeinmedizin

M. Lohnstein¹, A. Wunder²

¹Hausärzte am Vincentinum, Augsburg; ²Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin

08:30 - 11:30

Raum: 23.32.U1 47

PCWS2

Pre-Conference-Workshop 2: Kompetenzzentren in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung- Status quo

- 1 Kompetenzzentren in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung- Status quo

R. Jendyk¹, E. Baum², J. - F. Chenot³, F. M. Gerlach⁴, S. Schwill⁵, S. Sommer², J. Steinhäuser⁶

¹Westfälische Wilhelms- Universität Münster, Centrum für Allgemeinmedizin; ²Philipps-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin; ³Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Institut für Community Medicine- Abteilung Allgemeinmedizin; ⁴Johann Wolfgang Goethe- Universität, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; ⁵Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung; ⁶Universitätsklinikum Schleswig- Holstein, Institut für Allgemeinmedizin, Lübeck

08:30 - 11:30



Raum: 23.32.01 43

PCWS3

Pre-Conference-Workshop 3: Teambesprechungen – ein Qualitätsmerkmal von Hausarztpraxen?

- 1 Teambesprechungen – ein Qualitätsmerkmal von Hausarztpraxen?!

K. Götz¹, A. Mainz²

¹Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Allgemeinmedizin, Lübeck; ²Praxis, Korbach

08:30 - 11:30

Raum: 23.32.U1 44

PCWS4

Pre-Conference-Workshop 4: Der Hausarzt als medizinischer Gutachter

- 1 Der Hausarzt als medizinischer Gutachter

A. Stein¹, B. Schirmacher²

¹LMU München, Allgemeinmedizin; ²Hochschule Fresenius, Soziales, München

08:30 - 11:30

Raum: 23.32.01 41

PCWS5

Pre-Conference-Workshop 5: Kooperative Kommunikation zur ‚Heilsamen Erfahrung‘

- 1 Kooperative Kommunikation zur ‚Heilsamen Erfahrung‘

T. Petzold^{1,2}

¹Zentrum Für Salutogenese, Leitung, Bad Gandersheim; ²Medizinische Hochschule Hannover, Allgemeinmedizin

08:30 - 11:30

Junge
Allgemeinmedizin

Raum: 23.32.U1 21

PCWS6

Pre-Conference-Workshop 6: Vorkonferenz und Mitgliederversammlung der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE). Welche Position bezieht die JADE hinsichtlich des Aufbaus der Kompetenzzentren Allgemeinmedizin?

- 1 Vorkonferenz und Mitgliederversammlung der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE). Welche Position bezieht die JADE hinsichtlich des Aufbaus der Kompetenzzentren Allgemeinmedizin?

H. Haumann¹, M. Roos², L. Heinz³, C. Rechtenwald⁴, S. Blumenthal⁵, J. Husemann⁶

¹Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen; ²Junge Allgemeinmedizin (JADE), Erlangen; ³Junge Allgemeinmedizin (JADE), Berlin; ⁴Junge Allgemeinmedizin (JADE), Würzburg; ⁵Junge Allgemeinmedizin (JADE), Berlin/Potsdam-Babelsberg; ⁶Junge Allgemeinmedizin (JADE), Hamburg

08:30 - 11:30

Raum: 23.31.U1 66

PCWS7

Pre-Conference-Workshop 7: AG Psychosomatik- Netzwerk für Beziehungsorientierung in der Allgemeinmedizin – Wie kann die Weiterbildung der Zukunft den Ideen des Positionspapiers zur psychosomatischen Grundversorgung angemessen gerecht werden?

- 1 AG Psychosomatik- Netzwerk für Beziehungsorientierung in der Allgemeinmedizin – Wie kann die Weiterbildung der Zukunft den Ideen des Positionspapiers zur psychosomatischen Grundversorgung angemessen gerecht werden?

O. Reddemann^{1,2}, I. Aden³, I. Veit⁴, S. Pruskil^{5,6}

¹Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Köln; ²Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ³Hausarztpraxis, Braunschweig; ⁴Lehrpraxis Ruhr-Uni Bochum, Herne; ⁵Freie und Hansestadt Hamburg, Bezirksamt Altona, Fachamt Gesundheit; ⁶Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin

08:30 - 11:30

**Junge
Allgemeinmedizin**

Raum: 23.32.00 61

PCWS8

Pre-Conference-Workshop 8: Workshop zur Forschung in der Allgemeinmedizin

1 Workshop zur Forschung in der Allgemeinmedizin

H. Kaduszkiewicz¹, T. Zimmermann²

¹Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Allgemeinmedizin, Kiel; ²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin Zentrum für Psychosoziale Medizin

08:30 - 11:30

Raum: 23.32.00 52

PCWS9

Pre-Conference-Workshop 9: Akademische Allgemeinmedizin – Herausforderungen für den Mittelbau in allgemeinmedizinischer Lehre und Forschung

1 Akademische Allgemeinmedizin – Herausforderungen für den Mittelbau in allgemeinmedizinischer Lehre und Forschung

V. Leve¹, S. Schaffer², S. Heim³, H. Riemenschneider⁴, S. Santos¹, K. Schlöbler⁵, K. Voigt⁴

¹Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ²Allgemeinmedizinisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen; ³Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen; ⁴Bereich Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät Carl-Gustav-Carus Dresden, Dresden; ⁵Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg

11:30-12:15

Mittagessen für Teilnehmer der PCWS

Mensa Universitätsstraße

Donnerstag, 21. September 2017

4. Kongress für „Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft“

09:00 - 14:45

Raum: O.A.S.E.

4. Kongress für „Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft“

- | | | |
|-------|-----|--|
| 09:05 | V1 | Zurück zu den Wurzeln – Frühe Protagonist/innen der Familienmedizin in Deutschland
<u>V. Kalitzkus</u> , S. Wilm

Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam) |
| 09:15 | V2 | Fluch oder Segen? Wenn der Hausarzt die ganze Familie betreut
<u>B. Hemming</u> , A. Hemming

Praxis Dres. Hemming, Duisburg |
| 09:45 | | Pause |
| 10:00 | WS1 | Gewalt in der Familie: Wenn es für den Hausarzt richtig schwierig wird
<u>B. Hemming</u> , A. Hemming

Praxis Dres. Hemming, Duisburg |
| 10:00 | WS2 | Transition von chronisch kranken Jugendlichen in der Hausarztpraxis
<u>S. Zutz</u> ¹ , L. Degener ²

¹ Praxis für Allgemein- und Familienmedizin, Neubukow; ² Hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Altenberge |
| 10:00 | WS3 | Familienanamnese in der Hausarztpraxis
<u>H. Diederichs-Egidi</u>

Praxis für Allgemeinmedizin, Bremen |
| 11:00 | | Pause |

11:15 Familienmedizin im Quartier: Soziale Aspekte hausärztlicher Praxis

V3 So how? – Sozialarbeit und Hausarztmedizin zusammen, aber wie?

I. Buescher¹, D. Jobst^{1,2}

¹Uniklinikum Universität Bonn, Institut für Allgemeinmedizin; ²Uniklinikum Universität Bonn, Institut für Hausarztmedizin

V4 Poliklinik Veddel - ein stadtteilorientiertes Gesundheitszentrum mit hausärztlicher Versorgung sowie Sozial- und Rechtsberatung

O. Spreckelsen^{1,2}

¹Carl von Ossietzky Oldenburg, Allgemeinmedizin; ²Poliklinik Veddel, Hamburg

V5 Aus der Praxis für die Praxis – 2 Fallbeispiele aus den Workshops

V6 Hausärztinnen und Hausärzte in der Stadt - Spezialisten für den ganzen Menschen

W. Herrmann, S. Gehrke-Beck

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin

12:00 Mittagspause

12:45 V7 Umgang mit Krankheit in der Familie: Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige

S. Metzing, M. Galatsch

Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft

13:15 Pause zum Raumwechsel

13:30 WS4 „Unsichtbar?“ Pflegende Kinder in der Hausarztpraxis.

M. Galatsch, N. Chikhradze, S. Metzing

Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft

13:30 WS5 „ Und dann bringt sie auch noch ihre Tochter mit!“ Familienmedizinische Gespräche über Sterben, Tod und Trauer in der hausärztlichen Praxis

M. Haagen

Praxis für ärztliche Psychotherapie, Hamburg

- 13:30** WS6 Familienkonferenz – ein geeignetes Instrument zur Lösung komplexer Entscheidungsprobleme in der Allgemeinmedizin?
A. Mortsiefer, O. Reddemann, S. Wilm

Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- 13:30** WS7 Das Potential der MFA für die Familienmedizin in der hausärztlichen Praxis – ein explorativer Workshop
V. Kalitzkus¹, I. Schluckebier²

¹Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam);
²Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
- 14:40** Zusammenfassung und Verabschiedung

S. Wilm, V. Kalitzkus

Heinrich-Heine-Universität, Medizinische Fakultät Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Donnerstag, 21. September 2017

Pressekonferenz, Sektionstreffen, Arriba Info-Veranstaltung

10:00 - 11:00

Raum: 23.02.U1 81

Pressekonferenz

12:15 - 14:45

Raum: 23.02.U1 22

Sektionstreffen: Sektion Studium

Moderation: Antje Bergmann¹, Maren Ehrhardt²

¹Technische Universität Dresden/Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Bereich Allgemeinmedizin/MK3; ²Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Hamburg

12:15 - 14:45

Raum: 23.02.U1 24

Sektionstreffen: Sektion Weiterbildung

Moderation: Jost Steinhäuser¹, Jean-François Chenot²

¹Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Lübeck; ²Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Abteilung Allgemeinmedizin, Greifswald

12:15 - 14:45

Raum: 23.03.01 22

Sektionstreffen: Sektion Versorgungsaufgaben

Moderation: Uwe Popert¹, Thomas Kühlein²

¹Georg-August-Universität Göttingen, Abteilung Allgemeinmedizin; ²Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut

12:15 - 14:45

Raum: 23.03.01 43

Sektionstreffen: Sektion Qualitätsförderung

Moderation: Guido Schiemann¹, Horst Christian Vollmar²

¹Facharzt für Allgemeinmedizin, Verden; ²Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena

12:15 - 14:45

Raum: 23.03.01 41

Sektionstreffen: Sektion Forschung

Moderation: Antonius Schneider¹, Stefanie Joos²

¹Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum rechts der Isar / Technische Universität München; ²Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen

12:15 - 14:45

Raum: 23.02.U1 21

Sektionstreffen: Sektion Fortbildung

Moderation: Günther Egidi¹, Hans-Otto Wagner²

¹ Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Bremen; ²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

13:45 - 14:45

Raum: 23.03.U1 61

Arriba-Info-Veranstaltung

- 1 Das arriba-Projekt
 N. Donner-Banzhoff¹, A. Altiner²

¹Universität Marburg, Institut für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin; ²Universitätsmedizin Rostock, Institut für Allgemeinmedizin

14:45 - 15:00

Pause

Donnerstag, 21. September 2017

Eröffnungsveranstaltung

15:00 – 16:00

Raum: 23.01 HS 3A

Mit Beiträgen von Anika Beck (Medizinstudentin, NWA), Dr. Hannah Haumann (Ärztin in Weiterbildung, JADE-Vorstandsmitglied), Ulrich Weigeldt (Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes e. V.), Prof. Dr. Stefan Wilm (Kongresspräsident) und Prof. Dr. Erika Baum (DEGAM-Präsidentin)

Anschließend: Dicke Luft!

16:00 – 16:45

Get-together

Foyer 23.01 U1

Donnerstag 21. September 2017

Programm

16:45 - 18:15

Raum: 23.01 HS 3C

I-VT1

Polypharmazie: einfach absetzen?

Moderation: Christiane Muth, Annika Viniol

- 1 [Methodik von Medikamenten-Absetzstudien – Eine systematische Übersichtsarbeit](#)
[N. Grede](#), K. Kuss, N. Donner-Banzhoff, A. Viniol

Philipps-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
- 2 [Exploration zu Absetzstrategien bei Patienten mit Polypharmazie: Eine interdisziplinäre Perspektive](#)
[N. Gerlach](#)¹, M. Michiels-Corsten¹, T. Schlee², O. Krause², N. Donner-Banzhoff¹, U. Junius-Walker², A. Viniol¹

¹Universität Marburg, Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin; ²Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin
- 3 [Einflussfaktoren auf Medikamenten-Absetzentscheidungen: die Perspektive der Patienten](#)
[T. Schlee](#)¹, O. Krause^{1,2}, N. Gerlach³, M. Michiels-Corsten³, A. Viniol³, N. Donner-Banzhoff³, U. Junius-Walker¹

¹Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin; ²DIAKOVERE Henrietenstift, Zentrum für Medizin im Alter, Hannover; ³Philipps-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
- 4 [PRIMA - Polypharmakotherapie: Reduktion von unangemessenen Medikamenten und unerwünschten Nebenwirkungen bei älteren Patienten nach Expertenevaluation: eine kontrollierte randomisierte Studie – Endergebnisse](#)
[G. Piccoliori](#)¹, C. Wiedermann², A. Sönnichsen³, M. Valentini¹, S. Schmid¹, A. Engl¹

¹Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin, Bozen, Italien; ²Krankenhaus Bozen, Innere Medizin, Italien; ³Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

- 5 Auf dem Weg zu risikostratifizierter Versorgung älterer multimorbider Patienten mit Multimedikation: Vorstudie zur Entwicklung prognostischer Modelle zur Identifikation von Risikopatienten

C. Muth¹, L. Uhlmann², P. Ihle³, I. Schubert³, F. von Büdingen¹, G. - G. Schoch⁴, F. Verheyen⁴, M. Beyer¹, C. Stock², F. M. Gerlach¹, M. van Den Akker^{5,6}, B. S. Müller¹

¹Johann Wolfgang Goethe-Universität, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main;

²Universität Heidelberg, Institut für Medizinische Biometrie und Informatik (IMBI); ³Universitätsklinikum Köln, PMV Forschungsgruppe an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie; ⁴Techniker Krankenkasse, Fachbereich Arzneimittel, 22305 Hamburg;

⁵Maastricht University, School CAPHRI, Department of Family Medicine, Niederlande; ⁶KU Leuven, Academic Center for General Practice / Department of Public Health and Primary Care, Belgien

- 6 Neuere Antiepileptika in der Schmerztherapie – eine Registerdatenauswertung

A. Viniol¹, T. Ploner², L. Hickstein², J. Haasenritter¹, N. Donner-Banzhoff¹, A. Becker¹

¹Philipps-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, präventive und rehabilitative Medizin; ²Institut für angewandte Gesundheitsforschung Berlin

16:45 - 18:15

Raum: 23.02.U1 22

I-VT2

Prävention durch Verhalten(sänderung)

Moderation: Markus Bleckwenn, Sabrina Kastaun

- 1 Gesundheitskompetenz und gesundheitliches Informationsverhalten der Südtiroler Bevölkerung – eine epidemiologische Querschnittsstudie

A. Vögele¹, U. Becker², A. Schneider³, A. Engl¹

¹Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin, Bozen, Italien; ²Apollis, Institut für Sozialforschung und Demoskopie, Bozen, Italien; ³Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum rechts der Isar / Technische Universität München

- 2 Befragung von Ärzten zum Umgang mit dem Thema „Tabakkonsum bei Patienten mit Lungenkrebs“

M. Bleckwenn¹, A. Kaluç¹, M. Zipfel², R. Schnakenberg¹, P. Brossart², K. Weckbecker¹

¹Institut für Hausarztmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn; ²Medizinische Klinik und Poliklinik III, Abteilung für Onkologie, Hämatologie, Immunonkologie und Rheumatologie, Bonn

- 3 Hausärztliche Kurzberatung zur Tabakentwöhnung – Erste Ergebnisse der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA Studie)
S. Kastaun¹, D. Kotz^{1,2}

 ¹Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam); ²CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Department of Family Medicine, Maastricht, Niederlande
- 4 Ist Rauchstopp eigentlich kosteneffektiv? - Gesundheitsökonomische Evaluationen in der Allgemeinmedizin am Beispiel der Präventionsmaßnahme Rauchentwöhnung
K. E. Schweer¹, D. Müller¹, R. Wenzel², S. Stock¹, A. Becker², C. C. Adarkwah^{2,3}

 ¹Universität Köln, Institut für Gesundheitsökonomie; ²Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin; ³Maastricht University, Department of Health Services Research, Niederlande
- 5 Hausärztliche Prävention und (Früh-) Erkennung von sexuell übertragbaren Infektionen
H. Riemenschneider, J. Schübel, A. Bergmann, K. Voigt

 Technische Universität Dresden/Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Bereich Allgemeinmedizin/MK3
-

16:45 - 18:15



Raum: 23.01 HS 3B

I-VT3

Teampraxis: erfolgreich und glücklich zusammenarbeiten

Moderation: Lena Werdecker, Christine Kersting

- 1 Psychosoziale Arbeitsbelastungen und die Gesundheit Medizinischer Fachangestellter: eine Fragebogenstudie
P. Vu-Eickmann, J. Li, A. Müller, P. Angerer, A. Loerbroks

 Universität Düsseldorf, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin
- 2 Erfahrungen von Hausärzten und Medizinischen Fachangestellten mit Praxisverwaltungssystemen: Ergebnisse einer Fokusgruppe
C. Kersting, A. Herwig, B. Weltermann

 Universitätsklinikum Essen, Institut für Allgemeinmedizin

Pecha KuchaPräanalytik: Online-Fortbildung für Medizinische Fachangestellte – Bedarf, Nutzen und Vortrag Nachhaltigkeit

C. - C. Schürer-Maly¹, W. G. Guder², E. Wolf³, D. Bauer⁴, R. Fried⁵

¹INSTAND e.V., Webbasierte Qualitätskontrolle, Düsseldorf; ²Krankenhaus Bogenhausen, Institut f. Klinische Chemie, München; ³Fritz-Ruoff-Schule, Nürtingen; ⁴Institut für Medizinische Lehre IML, AUM, Bern, Schweiz; ⁵Universitätsspital Zürich, Institut für klinische Chemie, Schweiz

4 Delegationsquoten bei Hausbesuchen – in welchem Ausmaß werden Hausbesuche in der Versorgungsrealität bereits delegiert? Ergebnisse der 5. Sächsischen Epidemiologischen Studie in der Allgemeinmedizin (SESAM-5)

M. Pochert, K. Voigt, J. Schübel, A. Bergmann

Technische Universität Dresden, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Bereich Allgemeinmedizin/ Medizinische Klinik III

5 Einstellung bezüglich Delegation und aktuelle Delegation ärztlicher und administrativen Tätigkeiten in der Praxis, Haus- und Heimbefuch an nichtärztliches Praxispersonal – Ergebnisse der quantitativen Umfrage der Hauärztinnen und Hausärzte in Nordrhein-Westfalen

L. Dini, C. Heintze

Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin

6 Geplante mixed-methods-Studie: Glück in der Hausarztpraxis

L. Werdecker, T. Esch

Universität Witten/Herdecke, Professur für Integrative Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung

16:45 - 18:15

Raum: 22.01 HS 2B

I-VT4

Kernfach Allgemeinmedizin: Auf dem Weg zu einem longitudinalen Curriculum I

Moderation: Sabine Gehrke-Beck, Kambiz Afshar

1 Menschliche Medizin im Studium – Interprofessionelle Anamnesegruppen Erlangen

L. Hecht, M. Roos

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut

2 "Anamnesetraining"- ärztliche Haltungsübungen im Peer Assisted Learning

A. Deinzer¹, A. Schmidt², M. Roos¹

¹Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut; ²Studiendekanat der Medizinischen Fakultät, Leitung Skills Lab PERLE, Erlangen

3 Evidenz - basierende körperliche Untersuchungsmethoden als Grundlage der täglichen ärztlichen Tätigkeit

B. Klemenz

Southsea Medical Center, Vereinigtes Königreich

4 Ressourcenschonende Lehre in der Allgemeinmedizin - Ausbildung und Einsatz von studentischen TutorInnen im Untersuchungskurs des 1. Studienabschnitts

R. Lehmann, M. Uhl, K. Böhme, W. Niebling, I. Streitlein-Böhme

Universitätsklinikum Freiburg, Lehrbereich Allgemeinmedizin

5 Fall-orientiertes Lernen im Modul Allgemeinmedizin - Ein praxisnahes Lernformat für den Kleingruppenunterricht

K. Afshar, J. Bleidorn, R. Stegemann, O. Krause, N. Schneider

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin

Pecha KuchaVortrag Lohnt die lange S-Bahnfahrt? Lernmöglichkeiten in Lehrpraxen am Berliner Stadtrand und in Brandenburg

S. Gehrke-Beck, G. Bayer, S. Döpfmer, W. Herrmann, C. Heintze

Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin

16:45 - 18:15

Raum: 23.02.U1 24

I-VT5

Centre for Health and Society Düsseldorf



Moderation: Adrian Loerbroks, Simone Weyers

- 1 **Informationsbedürfnisse von Menschen mit kürzlich diagnostiziertem Diabetes mellitus: Ergebnisse der Deutschen Diabetes-Studie.**

S. Grobosch^{1,2}, S. Kuske^{1,2}, U. Linnenkamp¹, N. Ernstmann³, A. Stephan², J. Genz⁴, A. Begun^{1,4}, B. Haastert^{2,5}, J. Szendroedi^{6,7,8}, K. Müssig^{6,7,8}, V. Burkart^{7,8}, M. Roden^{6,7,8}, A. Icks^{1,2,8}

¹German Diabetes Center, Leibniz Center for Diabetes Research at Heinrich Heine University, Institute of Health Services Research and Health Economics, Düsseldorf; ²Heinrich Heine University Düsseldorf, Institute of Health Services Research and Health Economics, Centre for Health and Society, Faculty of Medicine; ³University Hospital of Bonn, Center for Health Communication and Health Services Research, Department for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy; ⁴German Diabetes Center, Leibniz Center for Diabetes Research at Heinrich Heine University, Institute for Biometrics and Epidemiology, Düsseldorf; ⁵mediStatistica, Neuenrade; ⁶Heinrich Heine University Düsseldorf, Department of Endocrinology and Diabetology, Faculty of Medicine; ⁷German Diabetes Center, Leibniz Center for Diabetes Research at Heinrich Heine University, Institute for Clinical Diabetology, Düsseldorf; ⁸German Center for Diabetes Research, Munich-Neuherberg
- 2 **Was sind die Bedürfnisse und Wünsche von Menschen mit Diabetes mellitus in Nordrhein-Westfalen für den Bereich der Diabetesforschung?**

B. Bücker¹, S. Wilm¹, S. Arnolds², N. Lachmann³, M. Verket³, O. Spörkel³

¹Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam); ²Profil Institut für Stoffwechselforschung GmbH, Neuss; ³Nationales Diabetes-Informationszentrum am Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
- 3 **Diabetes-Selbstmanagement am Arbeitsplatz: eine qualitative Studie**

A. Loerbroks¹, X. Q. Nguyen¹, P. Vu-Eickmann¹, A. Icks^{2,3}, P. Angerer¹

¹Universität Düsseldorf, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin;
²Universität Düsseldorf, Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie;
³Deutsches Diabetes Zentrum, Düsseldorf
- 4 **Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Multiplikatoren für kommunale Präventionsnetzwerke: Wer informiert und wer wird informiert?**

S. Weyers, N. Dragano, K. Müller-Thur, S. Wahl

Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Medizinische Soziologie

- 5 Road traffic noise and incident diabetes mellitus after 5 years of follow-up – Results from the Heinz Nixdorf Recall Study

S. Ohlwein¹, F. Hennig¹, S. Lucht¹, C. Matthiessen¹, S. Moebus², K. - H. Jöckel², B. Hoffmann¹

¹Uniklinikum Düsseldorf, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Umweltepidemiologie; ²Uniklinikum Essen, IMIBE

16:45 - 18:15

Raum: 23.03.01 22

I-WS1

Workshop: Behandlung im Voraus planen (BVP) - hausärztliche Qualifikation und hausärztlicher Beitrag zur Umsetzung des neuen § 132g SGB V (HPG)

Moderation: Jürgen in der Schmitt

- 1 Behandlung im Voraus planen (BVP) - hausärztliche Qualifikation und hausärztlicher Beitrag zur Umsetzung des neuen § 132g SGB V (HPG)

B. Behringer¹, A. Fuchs², K. H. Götze², J. in der Schmitt²

¹Hausarztpraxis am Heerbusch, Bochum; ²Medizinische Fakultät der HHU, Institut für Allgemeinmedizin, Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning, Düsseldorf

- 2 Das ABC der regionalen Implementierung von Behandlung im Voraus planen (BVP) - ein Werkstattbericht

K. H. Götze, A. Fuchs, J. in der Schmitt

Medizinische Fakultät der HHU, Institut für Allgemeinmedizin, Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning, Düsseldorf

16:45 - 18:15

Raum: 23.03.01 43

I-WS2

Workshop: Indirekte Fragebogentechniken in Umfragen zu sensiblen Themen

Moderation: Adrian Hoffmann, Michael Pentzek

- 1 Indirekte Fragebogentechniken in Umfragen zu sensiblen Themen

A. Hoffmann¹, M. Pentzek²

¹Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Experimentelle Psychologie; ²Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (i f a m)

16:45 - 18:15

Raum: 23.03.01 24

I-WS3

Workshop: Methodological workshop on conducting a qualitative meta-synthesis

Moderation: Oliver Herber, Kirsti Malterud

1 Methodological workshop on conducting a qualitative meta-synthesis

O. R. Herber¹, K. Malterud²

¹Heinrich Heine University, Institute of General Practice, Düsseldorf; ²University of Bergen, Section for General Practice, Department of Public Health and Primary Health Care, Norway

16:45 - 18:15

Junge
Allgemeinmedizin

Raum: 23.03.01 41

I-WS4

Workshop: Studentenplenum

Moderation: Laura Lunden

1 Studentenplenum

L. Lunden

DESAM-Nachwuchsakademie, Berlin

Donnerstag 21. September 2017

Treffen der Arbeitsgemeinschaften und Mitgliederversammlung

16:45 - 18:15

Raum: 23.03.01.63

Treffen der Arbeitsgemeinschaft: AG WiForMFA

Moderation: Ingrid Gerlach¹, Karola Mergenthal²

¹Verband medizinischer Fachberufe e.V., Fritzlar; ²Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin

16:45 - 18:15

Raum: 23.02.U1 81

Treffen der Arbeitsgemeinschaft: AG Famulatur

Moderation: Reinhold Klein

Technische Universität München, Allgemeinmedizin

16:45 - 18:15

Raum: 23.03.U1 65

Treffen der Arbeitsgemeinschaft: KompMed

Moderation: Detmar Jobst¹, Corina Güthlin²

¹Medizinische Fakultät der Universität Bonn, Institut für Hausarztmedizin; ²Goethe-Universität Frankfurt Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt

1 [AG Komplementärmedizin](#)

[D. Jobst](#)

Medizinische Fakultät der Universität Bonn, Institut für Hausarztmedizin

16:45 - 18:15

Raum: 23.03.U1 61

Treffen der Arbeitsgemeinschaft: Psychosomatik

Moderation: Olaf Reddemann

1 AG Psychosomatik

O. Reddemann^{1,2}

¹Hausarztpraxis, Köln; ²Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Düsseldorf

16:45 - 18:15

Raum: 23.02.U1 21

Mittelbau-Treffen

Moderation: Nadine Pohontsch

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

18:30 – 20:00

Raum: 23.01 HS 3D

Mitgliederversammlung

Freitag, 22. September 2017

Programm

08:30 - 10:00

Raum: 23.01 HS 3C

II-VT6

Will/kann der Patient zu uns kommen?

Moderation: Lisa Ulrich, Olaf Krause

Pecha Kucha Kleinräumige Evaluation der hausärztlichen Versorgungssituation in zwei Landkreisen Thüringens: Vorstellung eines Studiendesigns

Vortrag

A. Dahlhaus, L. R. Ulrich, D. Lemke, A. Erler

Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin

2 Mobilitätskonzepte für einen ländlich geprägten Landkreis am Beispiel Waldshut – ein Mixed-Methods-Ansatz

L. Schröder, K. Flägel, K. Götz, J. Steinhäuser

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Lübeck

3 Zurück zum Hausarzt? Verbleib von ambulanten Patienten nach Behandlung durch einen Allgemeinmediziner in einer universitären zentralen Notaufnahme

M. Raker, T. Schleef, N. Schneider, O. Krause

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin

4 Wie oft erfolgt auf eine Überweisung eine Antwort? – Eine Fragebogenumfrage unter Berliner und Brandenburger Hausärzten

T. Deselaers, C. Heintze, W. Herrmann

Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin

08:30 - 10:00

Raum: 23.01 HS 3B

II-Symp1

Symposium 1: 20 Jahre Professionalisierungskurse der DEGAM

Moderation: Norbert Donner-Banzhoff, Stefan Wilm

Symposium 20 Jahre Professionalisierungskurse der DEGAM

N. Donner-Banzhoff¹, S. Wilm²

¹Universität Marburg Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin; ²Universitätsklinikum Düsseldorf Institut für Allgemeinmedizin

1 Kurzer Rückblick auf die Entstehung der Professionalisierungskurse der DEGAM

N. Donner-Banzhoff

Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin

2 Der 8. Professionalisierungskurs - unsere Projekte, Probleme und Stolpersteine

S. Fuchs¹, S. Döpfmer²

¹Medizinische Fakultät Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg, Institut für Allgemeinmedizin, Halle (Saale); ²Universitätsmedizin Berlin - Charité Campus Mitte, Institut für Allgemeinmedizin

3 Der 9. Professionalisierungskurs – kleine Gruppe, produktives Arbeiten

J. Oltrogge¹, P. Jung², K. Krüger³, K. Ettlinger^{4,5}, A. Wartner⁶

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin Zentrum für Psychosoziale Medizin; ²Uniklinik Freiburg, Lehrbereich Allgemeinmedizin; ³Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin; ⁴Allgemeinarztpraxis, München; ⁵TU München, Institut für Allgemeinmedizin; ⁶Allgemeinarztpraxis, Arnstorf

08:30 - 10:00

International

Raum: 23.02.U1 24

II-WS5

Workshop: Innovative (point of care) diagnostic tests in general practice: challenges in clinical evaluation and implementation

Moderation: Jochen Cals, Mark Spigt, Ramon Ottenheijm, Robert Willemsen, Geertjan Dinant

1 Innovative (point of care) diagnostic tests in general practice: challenges in clinical evaluation and implementation

G. Dinant

Maastricht University, Department of Family Medicine, Niederlande

- 2 International definition of a point-of-care test in family practice: a modified e-Delphi procedure

A. Schols¹, G. Dinant¹, R. Hopstaken², C. Price³, R. Kusters⁴, J. Cals¹

¹Maastricht University, Niederlande; ²Saltro Diagnostic Centre, Utrecht, Niederlande;

³Oxford University, Vereinigtes Königreich; ⁴Twente University, Niederlande

08:30 - 10:00

International

Raum: 23.02.U1 22

II-WS6

Workshop: Health literacy in primary care

Moderation: Jany Rademakers, Stephanie Stock, Peter Nowak

- 1 Health literacy in primary care

J. Rademakers^{1,2}, S. Stock³, P. Nowak⁴

¹Maastricht University, CAPHRI / Department of Family Medicine, Niederlande; ²NIVEL, Utrecht, Niederlande; ³Uniklinik Köln, Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie (IGKE); ⁴Gesundheit Österreich GmbH, Gesundheit und Gesellschaft am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien, Österreich

08:30 - 10:00

International

Raum: 23.31.U1 66

II-WS7

Workshop: The Assessment of Burden of COPD (ABC) tool: a potential tool to improve quality of life of COPD patients in Germany?

Moderation: Daniel Kotz, Onno van Schayck

- 1 The Assessment of Burden of COPD (ABC) tool: a potential tool to improve quality of life of COPD patients in Germany?

O. van Schayck¹, D. Kotz^{2,1}, A. Schneider³, N. Donner-Banzhoff⁴, A. Slok¹

¹CAPHRI; Care and Public Health Research Institute, Maastricht University, Department of Family Medicine, Niederlande; ²Institute of General Practice, Addiction Research and Clinical Epidemiology Unit, Medical Faculty of the Heinrich-Heine-University Düsseldorf; ³Institut für Allgemeinmedizin, Technische Universität München; ⁴Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg

08:30 - 10:00

Raum: 23.32.01 43

II-WS8

Workshop: Alkoholkrankheit: Ambulanter Alkoholentzug in Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Suchtambulanz

Moderation: Bernhard Piest

- 1 Alkoholkrankheit: Ambulanter Alkoholentzug in Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Suchtambulanz

B. Piest¹, J. Benedde²

¹Praxis, Braunschweig; ²Lukas-Werk, Braunschweig

08:30 - 10:00

Raum: 23.32.01 41

II-WS9

Workshop: Cluster-randomisierte Studien – Design und Fallzahlschätzung

Moderation: Birgitt Wiese

- 1 Cluster-randomisierte Studien – Design und Fallzahlschätzung

B. Wiese

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin

08:30 - 10:00

Leitlinien

Raum: 23.32.U1 47

II-WS10

Workshop: DEGAM-Leitlinie Nr. 6 „Pflegerische Angehörige“ – ein Fortschrittsbericht zur LL-Überarbeitung

Moderation: Martin Beyer, Anne Barzel

- 1 DEGAM-Leitlinie Nr. 6 „Pflegerische Angehörige“ – ein Fortschrittsbericht zur LL-Überarbeitung

T. Lichte, C. Höppner

Institut f. Allgemeinmedizin OvGU Magdeburg

08:30 - 10:00

Raum: 23.32.00 52

II-WS11

Workshop: Patient-Arzt-Kooperation im Annäherungsmodus

Moderation: Theodor Petzold

- 1 Patient-Arzt-Kooperation im Annäherungsmodus

T. Petzold^{1,2}

¹Zentrum Für Salutogenese, Leitung, Bad Gandersheim; ²Medizinische Hochschule Hannover, Allgemeinmedizin

08:30 - 10:00

Raum: 23.32.U1 21

II-WS12

Workshop: Themen im Mentoring für Ärzte/innen in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin

Moderation: Marischa Broermann, Anne Messemakers

- 1 Themen im Mentoring für Ärzte/innen in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin

M. Broermann, A. Messemaker

Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin

08:30 - 10:00

Raum: 23.32.00 61

II-WS13

Workshop: Narrative Medizin – eine Einführung

Moderation: Vera Kalitzkus, Melanie Böckmann

- 1 Narrative Medizin – eine Einführung

V. Kalitzkus, M. Böckmann

Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam)

08:30 - 10:00

Raum: 23.32.01 68

II-P1

Postersession 1: Patientenzentrierte Behandlung und Berücksichtigung von Angehörigen bei schwer(st)er Erkrankung

Moderation: Maren Ehrhardt

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Hamburg

- 1 Schmerztherapie durch Angehörige in der Palliativmedizin. Erscheint eine Schulung sinnvoll, möglich, gewünscht?
J. Lentzkow, L. Sanftenberg, S. Mayer-Voigt, J. Schelling

Ludwig-Maximilians-Universität, Institut für Allgemeinmedizin, München
- 2 Opioidmissbrauchsgefahr bei Nicht-Tumor Schmerzpatienten unter Langzeit-Opioid-Therapie in Hausarztpraxen
L. Bingener, R. Schnakenberg, M. Bleckwenn, K. Weckbecker, J. Just

Universitätsklinikum Bonn, Institut für Hausarztmedizin
- 3 Qualitative Studie zu Erfahrungen von Bevollmächtigten krebskranker Patienten
R. Schnakenberg¹, S. Tschirner¹, K. Weckbecker¹, R. Voltz², T. Joist³, L. Radbruch⁴

¹Universitätsklinikum Bonn AöR, Institut für Hausarztmedizin; ²Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln, Palliativmedizinische Krankenhausfachabteilung; ³Palliativteam SAPV, Köln rechtsrheinisch; ⁴Universitätsklinikum Bonn AöR, Klinik für Palliativmedizin
- 4 Der Stellenwert der Patientenverfügung in rheinlandpfälzischen Hausarztpraxen - eine Fragebogenstudie
K. - B. Brantzen, P. Kirch, G. Faust, M. Jansky

Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz, Institut für Allgemeinmedizin
- 5 Der Stellenwert von Organspende / Organspendeausweis in rheinlandpfälzischen Hausarztpraxen - eine Fragebogenstudie
K. - B. Brantzen, P. Kirch, G. Faust, M. Jansky

Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz, Institut für Allgemeinmedizin
- 6 Befähigung zu selbstbestimmten Entscheidungen im Rahmen von Behandlung im Voraus planen: Wie ermöglichen wir Patienten, uns zu sagen, was sie wirklich wollen?
A. Fuchs, K. H. Götze, J. Hildebrandt, J. in der Schmitten

Medizinische Fakultät der HHU, Institut für Allgemeinmedizin, Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning, Düsseldorf

- 7 Behandlung im Voraus planen: Qualifizierte Gesprächsbegleitung und Dokumentation für das akutstationäre Setting

J. in der Schmitten

Medizinische Fakultät der HHU, Institut für Allgemeinmedizin, Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning, Düsseldorf

08:30 - 10:00

MFA

Raum: 23.32.01 65

II-P2

Postersession 2: Alltagsrelevante Anregungen für MFA und Hausärzte

Moderation: Maria Flamm

Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Allgemeinmedizin, Salzburg, Österreich

- 1 Arztbewertungsportale aus Sicht von Allgemeinmedizinerinnen – Einschätzungen, Erfahrungen, Wirkungen

L. Ventzki, J. Wangler, M. Jansky

Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, UNIVERSITÄTSMEDIZIN Mainz

- 2 Medizinische Fachangestellte – Eine qualitative Untersuchung der Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und Ressourcen

P. Vu-Eickmann, A. Loerbroks

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

- 3 Inwiefern sehen Medizinische Fachangestellte einen Zusammenhang zwischen ihren Arbeitsbedingungen und der geleisteten Versorgungsqualität? Eine qualitative Studie

P. Vu-Eickmann, A. Loerbroks

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

- 4 Evidenzbasierte hausärztliche Kurzleitlinien als App [Eh kla!] – Wie schätzen ÄrztInnen die Implementierbarkeit einer Kurzleitlinien-App ein?

S. Löffler, E. Daub, D. Lauinger, B. Schröder, A. Sönnichsen

Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

- 5 Arbeitsbelastung von Lehrärzten während des Blockpraktikums

S. Claus, K. - B. Brantzen, P. Fuchs, J. Wangler, M. Jansky

Universitätsmedizin Mainz, Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Institut für Allgemeinmedizin

- 6 Psychische Widerstandsfähigkeit im Alltag: Eine Analyse zur Ausprägung der Resilienz bei Hausärzten
L. Hebebrand, A. Thielmann, C. Kersting, B. Weltermann

Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Institut für Allgemeinmedizin
- 7 Wie ist der Impfstatus bezüglich Pertussis bei Medizinstudierenden deutscher, ungarischer und anderer Nationalität?
M. Pfaffendorf¹, H. Riemenschneider¹, K. Voigt¹, E. Balogh², A. Bergmann¹

¹Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Bereich Allgemeinmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik III; ²University Pécs Medical School, Department of Public Health Medicine, Ungarn
- 8 Hausärztliches Multitasking
V. Tobert

Kassel School of Medicine
-

08:30 - 10:00

Raum: 23.32.01 48

II-P3

Postersession 3: Patientenorientierung: besser evidenzbasiert behandeln

Moderation: Eva Hummers-Pradier

Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin

- 1 Verordnungsverhalten bei der oralen Antikoagulation in Hausarztpraxen seit Einführung der nicht-Vitamin-K-abhängige oralen Antikoagulanzen
M. Bleckwenn, N. Schumacher, R. Schnakenberg, K. Weckbecker

Institut für Hausarztmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn
- 2 GERDA – GERNOD: Effekte der Disease Management Programme Asthma bronchiale und COPD
F. Kanniess

Gemeinschaftspraxis Reinfeld
- 3 Mögliche Reduktion von Lungenembolien bei hormoneller Kontrazeption? - ein Ansatz zur Verbesserung der Versorgung
H. Prautzsch, S. Joos

Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen

- 5 Häufigkeit von Substitutionsbehandlungen mit Eisen-/Vitaminpräparaten in der Schwangerschaft
U. Spary-Kainz¹, S. Rundel¹, A. Avian², H. Jakse³, T. Semlitsch¹, A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,4}

¹Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin, Österreich; ²Medizinische Universität Graz, Institut für Medizinische Informatik Statistik und Dokumentation, Österreich; ³Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Mutter-Kind-Pass Stelle, Graz, Österreich; ⁴Goethe Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin
- 6 Therapieoptionen für abdominale Adipositas im Erwachsenenalter: Protokoll eines systematischen Reviews randomisierter kontrollierter Studien
D. Kesztyüs¹, J. Erhardt², D. Schönsteiner¹, T. Kesztyüs³

¹Universität Ulm, Institut für Allgemeinmedizin; ²Beuth Hochschule für Technik Berlin, Fernstudieninstitut; ³Hochschule Ulm, Fakultät Informatik
- 7 Naturheilkundlich orientiertes Selbstmanagementförderungsprogramm (NaSelPro) bei Patienten mit herzbezogenen Beschwerden ohne organische Ursachen
V. Brandt

Praxis Valerija Brandt, Baden-Baden
- 8 Prävalenz abdominaler Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland und anderen Ländern Europas: Eine Übersicht
D. Schönsteiner¹, S. Schönsteiner², M. Gulich¹, H. - P. Zeitler¹, D. Kesztyüs¹

¹Universität Ulm, Institut für Allgemeinmedizin; ²Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Innere Medizin III
- 9 Diagnostik und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen in Deutschland - Machen wir zuviel?
M. Klaschik¹, M. - T. Puth², B. Engel¹, M. Schmid², K. Weckbecker¹, E. Münster¹

¹Uniklinik Bonn, Institut für Hausarztmedizin; ²Institut für Medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie (IMBIE), Bonn
- 10 Umgang mit psychischer und somatischer Komorbidität in hausarztbasierten Stepped-Care-Modellen: ein systematisches Review.
K. Maehder, B. Löwe, A. Weigel

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Zentrum für Innere Medizin

10:30 - 11:15

Raum: 23.01 HS 3A

KN I

Keynote I: Yes, we care - for patients, families, communities, and ourselves by Job Metsemakers

Moderation: Daniel Kotz

Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin



1

Yes, we care - for patients, families, communities, and ourselves

J. F. Metsemakers

Maastricht University, Niederlande

11:15 - 11:30

Pause zum Raumwechsel

11:30 - 13:00



Raum: 23.01 HS 3C

III-VT7

Hot topics in primary care: international perspective I

Moderation: Marloes van Boekhoven, Anneke Van Dijk - de Vries

- 1 Mindfulness, Stress and Life Satisfaction: Mediation and Moderation Models in 4 Diverse Samples

L. Toussaint¹, J. Hirsch², M. Offenbacher³, N. Kohls⁴, J. Schelling³, A. Weber⁴, C. Vajda⁵, F. Sirois⁶

¹Luther College, Decorah, USA; ²East Tennessee State University, Johnson City, USA; ³Ludwig-Maximilians Universität, Institut für Allgemeinmedizin, München; ⁴Hochschule für angewandte Wissenschaften, Integrative Gesundheitsförderung, Coburg; ⁵Universität Graz, Medizinische Fakultät, Österreich; ⁶Sheffield University, Vereinigtes Königreich

- 2 Results of the development of a customizable programme for improving interprofessional team meetings. An action research approach.

J. van Dongen^{1,2}, M. van Bokhoven¹, W. Goossens², R. Daniels², T. van der Weijden¹, A. Beurskens²

¹Maastricht University, CAPHRI, Family Medicine, Niederlande; ²Zuyd University of Applied Sciences, Research Centre for Autonomy and Participation for People with Chronic Illnesses, Heerlen, Niederlande

- 3 Sustainable interprofessional teamwork needs a team-friendly healthcare system: Experiences from a collaborative Dutch programme

A. Van Dijk - de Vries, L. van Bokhoven

Maastricht University, CAPHRI Care en Public Health Research Insititute, Family Medicine, Niederlande

- One-Slide-Five-Minutes-Vortrag What's so difficult about becoming a health coach in primary care? A process evaluation of an approach to coach patients

S. Lenzen^{1,2}, L. van Bokhoven², R. Daniels¹, T. van der Weijden², S. Beurskens^{1,2}

¹Zuyd University of Applied Sciences, Heerlen, Niederlande; ²University Maastricht, Department of Family Medicine, Niederlande

- 5 Influenza vaccination rates before and after admission to nursing homes in Germany

O. Spreckelsen¹, A. Luque Ramos², M. Freitag¹, F. Hoffmann²

¹Carl von Ossietzky Oldenburg, Allgemeinmedizin; ²Carl von Ossietzky Oldenburg, Ambulante Versorgungsforschung und Pharmakoepidemiologie

- 6 Einstellungen und Impfverhalten von deutschen Hausärzten zur saisonalen Influenzaimpfung – eine Querschnittstudie

J. F. Arlt, K. Flägel, K. Götz, J. Steinhäuser

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Allgemeinmedizin, Lübeck

11:30 - 13:00



DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR PALLIATIVMEDIZIN

Raum: 23.01 HS 3B

III-Symp2

Symposium 2: Forschung an der Schnittstelle von allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung: Wie kann es weitergehen?

Moderation: Gabrielle Marx¹, Jürgen in der Schmitten²

¹Universitätsmedizin Göttingen Klinik für Palliativmedizin; ²Universitätsklinikum Düsseldorf Institut für Allgemeinmedizin

- 1 Förderliche und hinderliche Faktoren in der hausärztlichen ambulanten Palliativversorgung – Eine qualitative Analyse
F. Tetzlaff¹, H. Ewertowski¹, S. Jünger², N. Schneider¹, S. Stiel¹

¹Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin; ²Universität zu Köln, CERES – Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health
 - 2 „Ich stecke keinen ins Pflegeheim [...] und wenn ich selber dabei drauf gehe“ – Erfahrungen und Bedürfnisse Angehöriger von Menschen mit fortgeschrittener COPD. Eine qualitative Interview-Studie.
A. Vogel¹, F. Nauck¹, N. Schneider¹, H. Stanze^{2,1}, G. Marx¹

¹Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin; ²Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin
 - 3 Forschungsprojekte Palliativmedizin Uniklinikum Bonn – welchen Nutzen bieten sie der Allgemeinmedizin?
B. Jaspers¹, L. Linge-Dahl¹, G. Ates¹, M. Hesse¹, A. Gasper-Paetz¹, S. Schwabe¹, L. Radbruch^{1,2}

¹Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin; ²Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg, Zentrum für Palliativmedizin
 - 4 Anhaltende Trauerstörung – kritische Reflexion einer neuen Diagnose (ICD-11) an der Schnittstelle von Allgemein- und Palliativmedizin
U. Münch

DRK Kliniken Berlin Westend, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Viszeralonkologisches Zentrum
-

11:30 - 13:00

International

Raum: 23.02.U1 24

III-WS14

Workshop: Hier stimmt was nicht! Can a GP trust his/her diagnostic gut feelings?

Moderation: Johannes Hauswaldt, Erik Stolper

- 1 Hier stimmt was nicht! Can a GP trust his/her diagnostic gut feelings?

J. Hauswaldt¹, E. Stolper²

¹Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin; ²Maastricht University, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Niederlande

11:30 - 13:00

International

Raum: 23.02.U1 22

III-WS15

Workshop: How to go about your career in primary care research? An interactive workshop with members of the Oxford International Primary Care Leadership Programme

Moderation: Jeanet Blom, Richard McManus, Jochen Cals, Christiane Muth, Daniel Kotz, Sonia Saxena, Christian Mallen, Michael Freitag, Jose Valderas, Liam Glynn

- 1 How to go about your career in primary care research? An interactive workshop with members of the Oxford International Primary Care Leadership Programme

J. Blom¹, R. Mcmanus², J. Cals³, C. Muth⁴, D. Kotz⁵, S. Saxena⁶, C. Mallen⁷, M. Freitag⁸, J. Valderas⁹, L. Glynn¹⁰

¹Leiden University Medical Center, Department of Public Health and Primary Care, Niederlande; ²University of Oxford, Vereinigtes Königreich; ³University of Maastricht, Niederlande; ⁴Johann Wolfgang Goethe University, Frankfurt; ⁵Universitätsklinikum Düsseldorf; ⁶Imperial College London, Vereinigtes Königreich; ⁷Keele University, Vereinigtes Königreich; ⁸University of Oldenburg; ⁹University of Exeter, Vereinigtes Königreich; ¹⁰National University of Ireland Galway, Irland

11:30 - 13:00

Kontrovers!

Raum: 23.31.U1 66

III-WS16

Workshop: A Common Case of Euthanasia in Dutch General Practice - An on stage Moral Case Deliberation with German and Dutch GPs (Aktive Sterbehilfe in niederländischer Hausarztpraxis - Eine ethische Fallerörterung mit deutschen und niederländischen Hausärzten)

Moderation: Guy Widdershoven, Martin Sielk, Andrea Ruissen

- 1 A Common Case of Euthanasia in Dutch General Practice - An on stage Moral Case Deliberation with German and Dutch GPs (Aktive Sterbehilfe in niederländischer Hausarztpraxis - Eine ethische Fallerörterung mit deutschen und niederländischen Hausärzten)

A. Ruissen^{1,2}, M. Sielk^{1,3}, G. Widdershoven⁴

¹Emergis, Kloetinge / Goes, Niederlande; ²Amedea, Oosterhout, Niederlande; ³Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin; ⁴Vrije Universiteit medisch centrum, Medische Faculteit, Amsterdam, Niederlande

11:30 - 13:00

Raum: 23.32.01 43

III-WS17

Workshop: Allgemeinmedizinische Forschung mit Impact

Moderation: Norbert Donner-Banzhoff, Günther Egidi

- 1 Allgemeinmedizinische Forschung mit Impact

N. Donner-Banzhoff¹, G. Egidi²

¹Philipps-Universität Marburg, Allgemeinmedizin; ²Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Bremen

11:30 - 13:00

Raum: 23.32.01 41

III-WS18

Workshop: Telemedizinische Anwendungen in der Hausarztpraxis

Moderation: Alexander Waschkau

- 1 Telemedizinische Anwendungen in der Hausarztpraxis

A. Waschkau¹, R. Allner², S. Fischer², J. Steinhäuser¹

¹Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Institut für Allgemeinmedizin;

²Universität zu Lübeck, Institut für Telematik

11:30 - 13:00

Kontrovers!

Raum: 23.32.U1 47

III-WS19

Workshop: Integration der Allgemeinmedizin in die Notfallversorgung an Universitätskliniken – Erfahrungen, Ergebnisse und Ausblicke

Moderation: Stefanie Joos

- 1 Integration der Allgemeinmedizin in die Notfallversorgung an Universitätskliniken – Erfahrungen, Ergebnisse und Ausblicke

A. Dickinson¹, H. - O. Wagner², M. Scherer², O. Krause³, N. Schneider³, S. Joos¹

¹Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung; ²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin; ³Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin

11:30 - 13:00

Raum: 23.32.00 52

III-WS20

Workshop: Sind „informierte“ Patienten lästig?

Moderation: Klaus Koch, Jana Isfort

- 1 Sind „informierte“ Patienten lästig?

K. Koch¹, J. Isfort², M. Grote-Westrick³

¹IQWiG, Gesundheitsinformation, Köln; ²Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; ³Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

IQWiG Institut für Qualität und
Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
Institute for Quality and Efficiency in Health Care

11:30 - 13:00

Raum: 23.32.U1 21

III-WS21

Workshop: Berufsbegleitende Seminarprogramme für die Weiterbildung Allgemeinmedizin- Erstellen eines „Werkzeugkasten" für die Entwicklung zukünftiger Seminarprogramme

Moderation: Susanne Sommer, Stephan Fuchs

- 1 Berufsbegleitende Seminarprogramme für die Weiterbildung Allgemeinmedizin- Erstellen eines „Werkzeugkasten" für die Entwicklung zukünftiger Seminarprogramme

S. Sommer¹, S. Fuchs², E. Flum³, S. Heim⁴, J. Steinhäuser⁵, D. Schneider⁶, E. Baum¹

¹Phillips-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin; ²Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg, Sektion Allgemeinmedizin; ³Ruprecht-Karl-Universität Heidelberg, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung; ⁴Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin; ⁵Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Allgemeinmedizin, Lübeck; ⁶Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin Bayern-KoSTA, München

11:30 - 13:00

Raum: 23.32.00 61

III-WS22

Workshop: Langzeitstudien: Besonderheiten der longitudinalen ProbandInnen-ForscherInnen-Beziehung

Moderation: Angela Fuchs, Michael Pentzek

- 1 Langzeitstudien: Besonderheiten der longitudinalen ProbandInnen-ForscherInnen-Beziehung

A. Fuchs, M. Pentzek

Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin

11:30 - 13:00

Raum: 23.32.01 68

III-P4

Postersession 4: Patientenorientierung: interdisziplinäre und interprofessionelle Perspektiven

Moderation: Giuliano Piccoliori

Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin, St.Christina Italien

- 1 (Vermeidbare?) Komplikationen im Rahmen der primären Patientenversorgung in der Hausarztpraxis/Allgemeinmedizin
M. W. Schneider¹, G. Schneider¹, M. Arp^{1,2}, H. - J. Kias¹

¹SenneMedizinHövelhof-Zentrum für Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin, Notfallmedizin; ²Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin e. V., Notarztwache Hövelhof
- 2 Die gesellschaftspolitische und wirtschaftliche Bewertung von Delegationsmodellen im hausärztlichen Bereich - ein multimethodischer Ansatz
T. Hermann¹, H. Sturm¹, S. Stephan², S. Joos¹

¹Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung; ²Hochschule Reutlingen, ESB Business School
- 3 Behandlung von Patienten mit akuter Arthritis urica in einer universitären Notaufnahme – eine retrospektive Analyse
B. Engel¹, S. Schacher^{2,1}, A. Stausberg¹, I. Gräff²

¹Institut für Hausarztmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Bonn; ²Interdisziplinäres Notfallzentrum, Universitätsklinik Bonn
- 4 Warum gehen Patienten in die Notaufnahme?
F. Holzinger¹, S. Oslislo¹, K. Krüger¹, M. Möckel², C. Heintze¹

¹Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin; ²Charité - Universitätsmedizin Berlin, Notfallmedizin/Rettungsstellen und Chest Pain Units, Campus Virchow Klinikum und Campus Charité Mitte
- 5 Die Versorgungssituation von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) durch Allgemeinärzte/ Hausärzte und Allgemein- Internisten - aus Sicht der Primärversorger
L. Sanftenberg¹, J. Schelling¹, L. Pieper², T. Tille², J. Venz², L. Seidel¹, A. Krauß³, N. Nagdyman⁴, P. Ewert⁴, H. Kaemmerer⁴, R. Neidenbach⁴

¹Klinikum der Universität München, Institut für Allgemeinmedizin; ²Technische Universität Dresden, Behaviorale Epidemiologie; ³Technische Universität München, Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften; ⁴Deutsches Herzzentrum München, Klinik an der Technischen Universität München

- 6 „interprof ACT“: Effekte von Strategien zur Verbesserung ärztlich-pflegerischer Zusammenarbeit auf Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohnerinnen und –bewohnern - Studiendesign einer clusterrandomisierten, kontrollierten Studie
C. Müller¹, N. Fleischmann¹, B. Tetzlaff², M. Scherer², S. Köpke³, K. Balzer³, I. Maurer⁴, T. Friede⁵, H. - H. König⁶, E. Hummers-Pradier¹

¹Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin; ²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin; ³Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie; ⁴Georg-August-Universität Göttingen, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät; ⁵Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Medizinische Statistik; ⁶Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung
- 7 Interprofessionelle Kooperation in der ambulanten Versorgung aus Sicht nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe
K. Mauth, S. Joos, H. Sturm

Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung
- 8 Die Sicht niedergelassener Ärzte auf ihre regionale ambulante Versorgungsstruktur
H. Sturm, T. - K. Fidan, S. Joos

Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung
- 9 Vollerhebung von Versorgungsdaten der primärärztlichen Versorgung einer Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge
J. H. Oltrogge, D. Schlichting, M. Jahnke, A. Rakebrandt, S. Boczcor, H. - O. Wagner, D. Lühmann, M. Scherer

UKE Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin
-

11:30 - 13:00

Raum: 23.32.01 65

III-P5

Postersession 5: Arzneimitteltherapie: so wenig wie möglich, so viel wie nötig

Moderation: Hanna Kaduszkiewicz

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Allgemeinmedizin, Kiel

- 1 [Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei Pflegeheimbewohnern mit chronischer Niereninsuffizienz](#)
[A. Pulst](#)¹, F. Hoffmann², A. Dehlfing¹, G. Schmiemann¹

¹Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung Versorgungsforschung; ²Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Department für Versorgungsforschung
- 2 [Ist Metformin immer noch die beste Option bei der Behandlung von älteren Typ-2 Diabetikern? Eine systematische Übersichtsarbeit.](#)
[L. Schlender](#)¹, Y. Martinez², C. Adeniji², D. Reeves², B. Faller¹, C. Sommerauer¹, T. Al Qur'an^{1,3}, A. Woodham², I. Kunnamo⁴, A. Sönnichsen¹, A. Renom-Guiteras^{1,5}

¹Universität Witten/Herdecke, Allgemeinmedizin; ²University of Manchester, NIHR School for Primary Care Research, Vereinigtes Königreich; ³Jordan University of Science and Technology, Faculty of medicine, Irbid, Jordanien; ⁴Duodecim Medical Publications Ltd, Helsinki, Finnland; ⁵University Hospital Parc de Salut Mar Barcelona, Department of Geriatrics, Spanien
- 3 [Optimierung der Sicherheit in der Medikamententherapie bei Altenheimbewohnern- Das SiMBA-Projekt: Studienprotokoll und Baselinedaten](#)
[D. Schaffler-Schaden](#)¹, M. Schreier², S. Pitzer², J. Dellinger², J. Osterbrink², M. Flamm¹

¹Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Allgemeinmedizin, Salzburg, Österreich; ²Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Pflegewissenschaften, Salzburg, Österreich
- 4 [Effektivität und Patientensicherheit von Betablockern bei älteren Menschen mit Hypertonie – Update einer systematischen Übersichtsarbeit](#)
[A. Vögele](#)¹, [T. Johansson](#)², A. Rieckert³, A. - L. Teichmann³, L. Schlender³, A. Sönnichsen³

¹Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin, Bozen, Italien; ²Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Salzburg, Österreich; ³Universität Witten Herdecke, Institut für Allgemein- und Familienmedizin

- 5 [Studienprotokoll einer Cluster-randomisierten Studie zur Erforschung der angemessenen und sicheren Medikation bei Heimbewohnern mithilfe einer interprofessionellen Toolbox](#)
[I. - M. Doyle](#)¹, C. Kirsch¹, P. Thürmann^{2,3}, S. Joos⁴, A. Altiner⁵, S. Wilm⁶, B. Wiese¹, N. Schneider¹, J. Bleidorn¹, O. Krause¹

¹Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin; ²Universität Witten/Herdecke, Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie; ³HELIOS Klinikum Wuppertal; ⁴Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung; ⁵Universitätsmedizin Rostock, Institut für Allgemeinmedizin; ⁶Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin
- 6 [Verbesserung der Angemessenheit der Medikation in Altenpflegeheimen: Ergebnisse des primären Endpunktes der Interventionsstudie InTherAKT \(Initiative zur Therapiesicherheit in der Altenpflege durch Kooperation und Teamwork\)](#)
[A. Mahlknecht](#)¹, L. Krisch², N. Nestler², U. Bauer², I. Waltering³, L. Fährmann³, G. Hempel³, J. Osterbrink², M. Flamm¹

¹Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Österreich; ²Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Österreich; ³Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Pharmazeutische und Medizinische Chemie
- 7 [Pharmakogenetische Interaktionen bei älteren, polymedizierten, antithrombotisch behandelten Hausarztpatienten](#)
[K. L. Schneider](#)¹, M. Kunst¹, A. - K. Leuchs¹, M. Böhme¹, K. Kastenmüller², M. Bleckwenn², K. Weckbecker², J. Stingl¹

¹Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Forschung, Bonn; ²Universitätsklinikum Bonn, Institut für Hausarztmedizin
- 8 [Selbstmedikation und flexible Medikationsadaption bei multimorbiden Patienten im hausärztlichen Setting](#)
[F. Stilgenbauer](#)¹, [D. Kesztyüs](#)¹, M. Gulich¹, A. Hausen²

¹Universität Ulm, Institut für Allgemeinmedizin; ²Katholische Stiftungsfachhochschule München
- 9 [Ein systematisches Review zum Einsatz nichtsteroidaler Antirheumatika \(NSAR\) in der Behandlung von muskuloskelettalen Erkrankungen bei älteren Menschen](#)
[B. Faller](#)¹, A. Rieckert¹, S. Weißbach¹, L. Schlender¹, A. - L. Teichmann¹, C. Sommerauer¹, E. Ediriweera de Silva², A. Sönnichsen¹

¹Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; ²University of Manchester, Centre for Primary Care, Institute of Population Health, Vereinigtes Königreich
- 10 [Effekt der ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung auf Polypharmazie](#)
[T. Richter](#)¹, S. Kiel¹, F. Dittmann¹, C. Zimak², C. O. Schmidt², J. - F. Chenot¹

¹Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Abteilung Allgemeinmedizin, Greifswald; ²Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Abteilung SHIP-KEF, Greifswald

11:30 - 13:00

Raum: 23.32.01 48

III-P6

Postersession 6: Forschung in der Primärversorgung: vom Instrument zur Intervention

Moderation: Andrea Siebenhofer-Kroitzsch^{1,2}

¹Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Österreich; ²Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin

1 [Prevalence and comorbidity of osteoporosis in the general population in Germany](#)

[M. - T. Puth](#)^{1,2}, M. Klaschik¹, M. Schmid², K. Weckbecker¹, E. Münster¹

¹Institut für Hausarztmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Bonn; ²Institut für Medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie, Universitätsklinikum Bonn

2 [Europäische Datenschutzgrundverordnung, Bundesdatenschutzgesetz-neu und die Folgen für Forscher und ihre Forschungsdaten](#)

[J. Hauswaldt](#)¹, S. Heinemann¹, V. Gläß², J. Drepper², E. Hummers¹

¹Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin; ²TMF – Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V., Berlin

3 [PRO PRICARE – Preventing Overdiagnosis in Primary Care. Ein Forschungsnetzwerk zur Verhinderung von Überversorgung im ambulanten Gesundheitswesen](#)

[S. Schaffer](#), A. Schedlbauer, L. Burggraf, J. Tomandl, M. Roos, T. Kühlein

Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut

4 [Der Fragebogen SSD-12 zur Erfassung der psychischen Belastung bei somatischer Belastungsstörung – erste Erfahrungen und Validierung bei Hausarztpatienten](#)

[K. Linde](#)¹, B. Riedl¹, S. Kehrer¹, A. Schneider¹, B. Löwe^{2,3}, A. Toussaint^{2,3}

¹Technische Universität München, Institut für Allgemeinmedizin; ²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie; ³Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Schön Klinik Hamburg-Eilbek

5 [Neuronal effects of a natural pharmaceutical product for control of stress – a randomized, placebo-controlled, double-blind, cross-over fMRI trial](#)

[M. Walter](#)^{1,2,3}, T. Chand², V. Teckentrup¹, A. Kühnel^{1,3}, L. Fensky¹, S. Alizadeh², H. Jamalabadi¹, M. Schultz⁴, Y. Fan^{5,3}

¹Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie, Translationale Psychiatrie, Tübingen; ²Max-Planck-Institut für biologische Kybernetik, Hochfeld-Magnetresonanz, Tübingen; ³Leibniz Institut für Neurobiologie, Clinical Affective Neuroimaging Laboratory, Magdeburg; ⁴Biologische Heilmittel Heel GmbH, Baden-Baden; ⁵Charité Centrum Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, Affektive Neurowissenschaften und Emotionsmodulation, Berlin

- 6 [Prevention by Outdoor-Walking in the Elderly at Risk \(POWER\)](#)
[N. Jegan](#)¹, E. Freiberger², C. Sieber², A. Sönnichsen³, N. Donner-Banzhoff¹

¹Philipps-Universität Marburg, Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin;
²Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Biomedizin des Alterns;
³Universität Witten/Herdecke, Insitut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
- 7 [Psychologische Interventionen bei Posttraumatischen Belastungsstörungen \(PTBS\) in der Primärversorgung: Systematischer Review und Metaanalyse](#)
R. Gehringer¹, A. Freytag¹, [M. Krause](#)¹, P. Schlattmann², K. Schmidt¹, S. Schulz¹, S. J. Zetzulka¹, J. Grininger³, M. Berger⁴, H. C. Vollmar¹, J. Gensichen³

¹Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena; ²Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation, Universitätsklinikum Jena; ³Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München; ⁴Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg/Breisgau
- 8 [Eine Machbarkeitsstudie zur Datenerhebung in Hausarztpraxen durch Blockpraktikanten](#)
[R. Legutke](#), K. Weckbecker, M. Bleckwenn, B. Engel

Institut für Hauarztmedizin der medizinischen Fakultät der Universität Bonn
- 9 [Wo gesundheitsökonomische Evaluationen auf die Allgemeinmedizin treffen: Stellenwert und Entwicklung der Gesundheitsökonomie in der allgemeinmedizinischen Forschung](#)
[C. C. Adarkwah](#)^{1,2}, R. Wenzel³, K. E. Schweer⁴, A. Becker¹

¹Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin; ²Maastricht University, Department of Health Services Research, Niederlande; ³Universität Würzburg; ⁴Universität Köln, Institut für Gesundheitsökonomie
- 10 [Transforming Primary Care : From Past Practice To The Practice Of The Future -An Overview Of Family Medicine In Macedonia](#)
[K. Soleski](#), M. Mihajlova, F. Lokvenec

Macedonian Medical Association, Skopje, Mazedonien
- 11 [International definition of a point-of-care test in family practice: a modified e-Delphi procedure](#)
[A. Schols](#)¹, G. Dinant¹, R. Hopstaken², C. Price³, R. Kusters⁴, J. Cals¹

¹Maastricht University, Niederlande; ²Saltro Diagnostic Centre, Utrecht, Niederlande;
³Oxford University, Vereinigtes Königreich; ⁴Twente University, Niederlande

13:00 - 13:15

Pause zum Raumwechsel

13:15 - 14:00

Raum: 23.01 HS 3A

KN II

Keynote II: Where patient care and research come together by André Knottnerus

Moderation: Peter Sawicki

Internistische Praxis, Duisburg



1 Where patient care and research come together

A. Knottnerus

Maastricht University, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Department of Family Medicine/General Practice, Niederlande

Michael-Berger-Gedächtnis-Vorlesung

In diesem Jahr wird Prof. Dr. André Knottnerus die Michael-Berger-Gedächtnis-Vorlesung halten.

Seit 2006 wird alle zwei Jahre anlässlich der Michael-Berger-Gedächtnis Vorlesung ein Preis für besonders herausragende internationale Leistungen im Spannungsfeld von evidenzbasierter Medizin und Patientenzentrierung verliehen. Es handelt sich um eine Veranstaltung des Instituts für Allgemeinmedizin (ifam), der Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group (CMED) und des Centre for Health and Society (chs) der Medizinischen Fakultät der Heinrich Heine-Universität Düsseldorf.

Der ehemalige Direktor der Klinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung des Universitätsklinikums Düsseldorf, Prof. Dr. med. Dres. h.c. mult. Michael Berger, hatte zahlreiche wissenschaftliche Positionen inne, u.a. Dekan der Medizinischen Fakultät sowie Präsident der deutschen und europäischen Diabetesverbände. Michael Berger etablierte an seiner Klinik 1985 das WHO Collaborating Centre for Diabetes Treatment and Prevention und zusammen mit Prof. Dr. med. Bernd Richter im Jahre 2000 die Cochrane Review Group for Metabolic and Endocrine Disorders. Er war Empfänger der höchsten diabetologischen Ehrenerweisungen, wie der Claude Bernard Medaille der europäischen Diabetesgesellschaft (EASD) und der Harold Rifkin Auszeichnung der amerikanischen Diabetesgesellschaft (ADA). Michael Berger war Mitbegründer des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) und stellte dieses Momentum in den Mittelpunkt seiner klinischen Aktivitäten und Lehrtätigkeiten. Sein steter Fokus war jedoch der Patient in seiner ganzen Individualität, was international strukturelle Patienten-Edukationsprogramme für diverse chronische Erkrankungen als integralen Bestandteil der Versorgung etablierte und zunehmend patienteninformierte Entscheidungsprozesse in das reguläre Arzt-Patientenverhältnis einführte. Michael Berger verstarb am 18. August 2002.

Jahr Preisträger/in

2017 André Knottnerus, NL
2015 Peter T. Sawicki, D
2013 Sir Iain Chalmers, UK
2009 Peter Götzsche, DK
2006 Hilda Bastian, USA
2004 Sir Nicholas Wald, UK
<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/>

14:00 - 15:00

Mittagspause Mensa Universitätsstraße

14:00 – 15:00

Raum: 23.03.01 43

Gründung WPA

Gründung: Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie in der Allgemeinmedizin e.V. (WPA)

M. Herrmann

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Institut für Allgemeinmedizin

15:00 - 16:30

Raum: 22.01 HS 2B

IV-VT8

Gute ärztliche Praxis im Alltag

Moderation: Fritz Meyer, Christoph Werner

- 1 Akupunktur in der Schmerztherapie - psychophysiologische Pilotstudie zur Bedeutung der Reizwiederholung

M. Bäcker^{1,2}, F. Schaefer³, S. Geidis², R. Poetzschner⁴, G. Dobos²

¹Institut für Allgemeinmedizin der Universität Duisburg-Essen; ²Lehrstuhl für Naturheilkunde und Integrative Medizin der Universität Duisburg-Essen; ³Institut für Biologische Psychologie der Bergischen Universität Wuppertal; ⁴Orthopädische Praxis, Gera

- 2 Obturierendes Ohrenschnal. Pilotstudie zur Konzeption eines praxisgerechten und standardisierten Vorgehens für die hausärztliche Cerumenentfernung

F. Meyer, E. Meyer

Allgemeinärztliche Gemeinschaftspraxis, Oettingen

- 3 Keep-Cool: Entwicklung einer online-basierten edukativen Intervention zur Optimierung der Impfstofflagerung in Hausarztpraxen
A. Thielmann, B. Weltermann

Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Institut für Allgemeinmedizin
- 4 Wie beeinflusst die Blutzuckertherapie, gemessen am HbA1c die Gesamtmortalität diabetischer Patienten in der hausärztlichen Praxis?
G. Rüter

Hausärztliche ÜBAG, Benningen
- 5 Wöchentliche Selbstmessungen von FEV1 und PEF und ihre Auswirkungen auf ACQ – Ergebnisse (Asthma Control Questionnaire): eine Beobachtungsstudie
C. Werner, K. Linde, J. Schäffner, C. Storr, A. Schneider

Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München
-

15:00 - 16:30

International

Raum: 23.01 HS 3C

IV-VT9

Hot topics in primary care: international perspective II

Moderation: Jeanet Blom, Eefje de Bont

- 1 General practitioners' use of D-dimer in venous thrombo-embolic events: cohort study in one geographical region in The Netherlands
A. Schols¹, E. Meijs¹, G. Dinant¹, M. Krekels², J. Cals¹

¹Maastricht University, Niederlande; ²Zuyderland Medical Centre, Sittard, Niederlande
- 2 An illness-focussed interactive booklet to optimise management and medication for childhood fever and infections in out-of-hours general practice: a cluster randomised trial
E. de Bont¹, G. Dinant¹, G. Elshout², G. van Well³, N. Francis⁴, B. Winkens⁵, J. Cals¹

¹Maastricht University, CAPHRI, Family Medicine, Niederlande; ²Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, Family Medicine, Niederlande; ³Maastricht University Medical Center (MUMC+), Department of Paediatrics, Niederlande; ⁴Cardiff University, Division of Population Medicine, School of Medicine, Vereinigtes Königreich; ⁵Maastricht University, CAPHRI, Department of Methodology and Statistics, Niederlande
- 3 Functional task exercise and physical therapy as prevention of functional decline in community dwelling older people.
J. Blom¹, P. Siemonsma², H. Hofstetter², A. van Hespen², J. Gussekloo¹, Y. Drewes¹, N. van Meeteren³

¹Leiden University Medical Center, Niederlande; ²TNO Healthy Living, Leiden, Niederlande; ³Maastricht University, Niederlande

- 4 Effectiveness and cost-effectiveness of proactive and multidisciplinary integrated care for older people with complex problems in general practice. An Individual Participant Data meta-analysis.
J. Blom¹, W. van Den Hout¹, W. Den Elzen¹, Y. Drewes¹, N. Bleijenbergh², I. Fabbrocetti³, D. Jansen⁴, R. Kempen⁵, R. Koopmans⁶, W. Looman³, R. Melis⁶, S. Metzelthin⁵, E. Moll van Charante⁷, M. Muntinga⁴, M. Numans¹, F. Ruikes⁶, S. Spoorenberg^{1,8}, T. Stijnen¹, J. Suijker⁷, N. de Wit², K. Wynia⁸, A. Wind¹, J. Gussekloo¹
¹Leiden University Medical Center, Niederlande; ²University Medical Center Utrecht, Niederlande; ³Erasmus University Rotterdam, Niederlande; ⁴VU University Medical Center, Amsterdam, Niederlande; ⁵Maastricht University, Niederlande; ⁶Radboud University Nijmegen Medical Center, Nijmegen, Niederlande; ⁷Amsterdam Medical Center, Niederlande; ⁸University Medical Center Groningen, Niederlande
- 5 Medicationreview in primary care for patients with polypharmacy results in 30% changes in prescriptions and a stable quality of life.
D. Bosch-Lenders¹, M. van Den Akker^{1,2}, J. Stoffers¹
¹Maastricht University, CAPRHI, Department Family Medicine, Niederlande; ²Katholieke Universiteit Leuven, Academic Center of General Practice, Belgien
-

15:00 - 16:30

Raum: 23.01 HS 3B

IV-Symp3

Symposium 3: John Berger und sein Buch „Die Geschichte eines Landarztes“

Moderation: Heinz-Harald Abholz, Stefan Wilm, Vera Kalitzkus

Heinrich Heine Universität Düsseldorf Institut für Allgemeinmedizin (ifam)

- 1 Die Geschichte eines Landarztes – Vorstellung des Buches und seiner Kernaussagen
V. Kalitzkus
Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
- 2 Ein Projekt, von dem ich so viel wie kaum sonst ‚für’s Leben‘ gelernt habe – Die Erfahrung des Übersetzers des Buches ins Deutsche
W. Uter
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Medizininformatik, Biometrie und Epidemiologie (IMBE)

- 3 Über John Berger – Einblicke in Person und Werk vom Hauptübersetzer seiner Bücher und langjährigem Freund

H. Balmes

S.FISCHER Verlag GmbH, Frankfurt am Main

- 4 Im Dialog mit der „Geschichte eines Landarztes“ – Die Stimme einer Hausärztin der jungen Generation

J. Husemann

Praxis am Hein-Köllisch Platz, Hamburg

15:00 - 16:30

International

Raum: 23.02.U1 24

IV-WS23

Workshop: Concepts and tools to enhance shared decision making in primary care. From simplicity to complexity and back.

Moderation: Trudy van der Weijden

- 1 Concepts and tools to enhance shared decision making in primary care. From simplicity to complexity and back.

T. van der Weijden

Maastricht University, Dept Fam Med, Maastricht, Niederlande

15:00 - 16:30

International

Raum: 23.02.U1 22

IV-WS24

Workshop: "Writing for Publication – Meet the Editors for Tips and Tricks!". A Workshop by the Editors-in-Chief of the European Journal of General Practice and the Journal of Clinical Epidemiology.

Moderation: André Knottnerus, Jelle Stoffers

- 1 "Writing for Publication – Meet the Editors for Tips and Tricks!". A Workshop by the Editors-in-Chief of the European Journal of General Practice and the Journal of Clinical Epidemiology.

J. Stoffers, A. Knottnerus

Maastricht University, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Department of Family Medicine/General Practice, Niederlande

15:00 - 16:30

Raum: 23.31.U1 66

IV-WS25

Workshop: „Warum sind Sie denn depressiv? Draußen scheint doch die Sonne...“ Kommunikative Strategien für einen wertschätzenden Umgang mit gängigen psychischen Störungen in der Hausarztpraxis.

Moderation: Arthur Schall, Valentina Tesky

- 1 „Warum sind Sie denn depressiv? Draußen scheint doch die Sonne...“ Kommunikative Strategien für einen wertschätzenden Umgang mit gängigen psychischen Störungen in der Hausarztpraxis.

V. Tesky, A. Schall

Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität, Arbeitsbereich Altersmedizin, Frankfurt

15:00 - 16:30

Raum: 23.32.01 43

IV-WS26

Workshop: Forschungspraxen-Netze in der Allgemeinmedizin – Förderung, Aufbau und Erhaltung

Moderation: Ildikó Gágyor, Jutta Bleidorn, Johannes Hauswaldt

- 1 Forschungspraxen-Netze in der Allgemeinmedizin – Förderung, Aufbau und Erhaltung

I. Gágyor¹, J. Hauswaldt¹, H. Schneider-Rudt¹, K. Mergenthal², J. Bleidorn³

¹Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin; ²Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin; ³Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin

15:00 - 16:30

Kontrovers!

Raum: 23.32.01 41

IV-WS27

Workshop: Kontaminieren finanzielle Anreizsystem die Arzt-Patienten-Beziehung? Eine ethische Analyse am Beispiel der Hausarztzentrierten Versorgung

Moderation: Wolfram Nagel

- 1 Kontaminieren finanzielle Anreizsystem die Arzt-Patienten-Beziehung? Eine ethische Analyse am Beispiel der Hausarztzentrierten Versorgung

W. Nagel

Uni Oldenburg, Lehrstuhl für Allgemeinmedizin

15:00 - 16:30

Leitlinien

Raum: 23.32.U1 47

IV-WS28

Workshop: DEGAM-Leitlinien: Was ist neu?

Moderation: Martin Beyer, Anne Barzel, Martin Scherer, Cathleen Muche-Borowski

- 1 DEGAM-Leitlinien: Was ist neu?

M. Beyer¹, A. Barzel², M. Scherer², C. Muche-Borowski²

¹Goethe-Univ. Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin; ²Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin

15:00 - 16:30

Raum: 23.32.00 52

IV-WS29

Workshop: Ideen zur Arbeitsentlastung der Primärversorgung

Moderation: Uwe Popert

- 1 Ideen zur Arbeitsentlastung der Primärversorgung

U. Popert

Georg-August-Universität Göttingen, Abteilung Allgemeinmedizin

15:00 - 16:30

Raum: 23.32.U1 21

IV-WS30

Workshop: Fehlerberichts- und Lernsysteme in der ambulanten Versorgung – vom Papiertiger zum wertvollen Werkzeug

Moderation: Beate S. Müller, Marina Buchmann, Dagmar Lüttel

- 1 Fehlerberichts- und Lernsysteme in der ambulanten Versorgung – vom Papiertiger zum wertvollen Werkzeug

B. S. Müller¹, M. Buchmann², D. Lüttel³

¹Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin; ²Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Patientensicherheit, Dortmund; ³Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Berlin

15:00 - 16:30

**Junge
Allgemeinmedizin**

Raum: 23.32.00 61

IV-WS31

Workshop: Niederlassen oder lieber lassen? Möglichkeiten der Berufsausübung!

Moderation: Bettina Schläwe, Jessica Hanneken

- 1 Niederlassen oder lieber lassen? Möglichkeiten der Berufsausübung!

J. Hanneken¹, B. Schläwe²

¹Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Hauptstadtrepräsentanz der apoBank, Düsseldorf;
²Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Bereich Informations- und Wissenstransfer, Düsseldorf

15:00 - 16:30

Raum: 23.32.01 68

IV-P7

Postersession 7: Gut beraten - gemeinsam entscheiden- effektiv unterstützen

Moderation: Til Uebel

Facharzt für Allgemein- und Notfallmedizin und Diabetologie, Ittlingen

- 1 [Qualität medizinischer Informationsbroschüren in den Hausarztpraxen der Steiermark: \(MEDIB-Hausarzt\)](#)
[K. Horvath](#)^{1,2}, N. Posch¹, R. Brodnig¹, J. Plath³, A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,3}

¹Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Österreich; ²Medizinische Universität Graz, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel, Universitätsklinik für Innere Medizin, Österreich; ³Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin
- 2 [Ziele von Patienten in Herzsportgruppen – Ergebnisse einer Befragung von aktiven und ehemaligen Teilnehmern](#)
M. Bleckwenn, [L. Rottlaender](#), R. Schnakenberg, K. Weckbecker

Institut für Hausarztmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn
- 3 [Wie gehen Patienten mit einer individualisierten Risikoaufklärung über Unerwünschte Arzneimittelwirkungen \(UAW\) um? – Ergebnisse einer Befragung in der IDrug-Studie](#)
M. Bleckwenn¹, [N. Brose](#)¹, K. Schneider², J. Stingl², K. Weckbecker¹

¹Institut für Hausarztmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn; ²Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn
- 4 [Hat der Hausarzt eine Bedeutung für die erste Beratung zum unerfüllten Kinderwunsch? Ergebnisse der Baseline-Erhebung der prospektiven Kohortenstudie an Paaren in Kinderwunschbehandlung \(PinK-Studie\)](#)
[U. Zier](#)^{1,2}, N. Beckmann¹, K. Weckbecker¹, E. Münster^{1,2}

¹Medizinische Fakultät der Universität Bonn, Institut für Hausarztmedizin; ²Universitätsmedizin Mainz, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
- 5 [Rationale Antibiotikatherapie durch Information und Kommunikation \(RAI-ambulant\): Nutzerevaluation der RAI Materialien nach 3-monatigem Projektverlauf](#)
[B. Schlosser](#)¹, F. Salm¹, I. Petruschke², K. Schmücker², J. Gensichen^{2,3}, H. C. Vollmar², P. Gastmeier¹

¹Charite - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hygiene und Umweltmedizin; ²Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin; ³Klinikum der Universität München, Institut für Allgemeinmedizin

- 6 **Rationale Antibiotikatherapie durch Information und Kommunikation (RAI) in der Hausarztpraxis – Evaluation der Anwendung**
I. Petruschke¹, F. Salm², B. Schlosser², K. Schmücker¹, J. Römhild¹, J. Gensichen^{3,1}, H. C. Vollmar^{1,4}, P. Gastmeier²

¹Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin; ²Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hygiene und Umweltmedizin; ³Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Allgemeinmedizin; ⁴Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
- 7 **Einsatz der elektronischen Entscheidungshilfe zur Optimierung der Medikation in der hausärztlichen Versorgung – eine quantitative Untersuchung zur praktischen Umsetzung im Rahmen der cluster-randomisiert kontrollierten Studie PRIMA-eDS**
A. - L. Teichmann¹, A. Rieckert¹, L. Schlender¹, A. Woodham², A. Vögele³, C. Kriechmayr⁴, E. Drewelow⁵, A. Sönnichsen¹

¹Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; ²University of Manchester, NIHR School for Primary Care Research, Vereinigtes Königreich; ³South Tyrolean Academy of General Practice, Bolzano, Italien; ⁴Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Salzburg, Österreich; ⁵Universitätsmedizin Rostock, Institut für Allgemeinmedizin
- 8 **Infertile Männer in der hausärztlichen Praxis und psychosoziale Versorgung während der Kinderwunschbehandlung: Implikationen der Basisbefragung einer prospektiven Kohortenstudie von Paaren in Kinderwunschbehandlung**
N. Beckmann¹, U. Zier^{1,2}, K. Weckbecker¹, E. Münster^{1,2}

¹Institut für Hausarztmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn; ²Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin der Universität Mainz
- 9 **JAMoL – Jena Angst-Monitoring-Liste**
T. S. Hiller¹, J. Breitbart¹, A. Freytag¹, T. Teismann², E. Schöne¹, W. Blank³, M. Schelle¹, H. C. Vollmar¹, J. Margraf², J. Gensichen⁴

¹Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin; ²Ruhr-Universität Bochum, Klinische Psychologie und Psychotherapie; ³Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Lehr- und Forschungspraxis Kirchberg im Wald; ⁴Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Allgemeinmedizin
- 10 **Diskriminierungserfahrungen im Kontext von Trans*/Transsexualität: Implikationen für die hausärztliche Versorgung**
A. Köhler, F. Loos, J. Eyssel, T. O. Nieder

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Interdisziplinäres Transgender Versorgungszentrum Hamburg
-

15:00 - 16:30

Raum: 23.32.01 65

IV-P8

Postersession 8: Kernfach Allgemeinmedizin: Innovative Lehr- und Lernformen

Moderation: Andreas Sönnichsen

Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

- 1 [Filmische Darstellung des Geriatrischen Assessments in der häuslichen Versorgung als innovativer Lehrbeitrag](#)
[R. Stegemann](#)¹, G. Stiller², M. Behrends², M. Marschollek², N. Schneider¹

¹Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin; ²Medizinischen Hochschule Hannover, Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik
- 2 [Stärkung der ambulanten Versorgung im klinischen Studienabschnitt – der Hausarzttrack](#)
[L. Barthen](#)¹, N. Becker¹, G. Ravens-Taeuber¹, L. Pauscher¹, R. Sader², F. M. Gerlach¹

¹Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; ²Goethe-Universität Frankfurt, Dekanat klinischer Studienabschnitt, Frankfurt am Main
- 3 [Machbarkeit der praktischen Anwendung von Evidenzbasierter Medizin im Rahmen des Blockpraktikums für Allgemeinmedizin](#)
[M. Esser](#), K. Weckbecker, M. Bleckwenn, [B. Engel](#)

Institut für Hausarztmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Bonn
- 4 [Förderung allgemeinmedizinischer Kompetenzen Fähigkeiten von Medizinstudierenden durch das Blockpraktikum Allgemeinmedizin](#)
[D. Pfisterer](#), J. Fahrbach-Veeser, T. Ledig, P. Engeser, C. Eicher, S. Schwill, J. Szecsenyi, S. Kurczyk, S. Loukanova

Universität Heidelberg, Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung
- 5 [Wie geht der Schwarm ins Netz? Integration allgemeinmedizinischer Lehrpraxen in die Lernzielentwicklung.](#)
[S. Hamacher](#), [M. Heßbrügge-Bekas](#), G. Fobbe, H. C. Römer, S. Gesenhues

Institut für Allgemeinmedizin, Essen
- 6 [Wie können wir die Ausbildung künftiger Hausärzte hinsichtlich Arbeitsschutz und Hygiene verbessern? Beschreibung eines innovativen Lehrprojektes.](#)
[H. Steudel](#), K. Weckbecker, E. Münster

Universität Bonn, Institut für Hausarztmedizin

- 7 Terra Incognita? Was ich schon immer über Leben und Arbeiten als Hausarzt wissen wollte
- eine fakultative Informationsveranstaltung für Studierende an der Charite
T. Sturz, C. Heintze, S. Döpfner

Institut für Allgemeinmedizin - Charite Universitätsmedizin, Berlin
 - 8 Using video consultation as a method for improving communicational skills between doctor-
patient relation in Family medicine in Macedonia
M. Mihajlova, F. Lokvenec, K. Soleski

Macedonian Medical Association, Skopje, Mazedonien
 - 9 Interdisziplinärer Workshop „Verständliche Befundübersetzung“
S. Bechmann

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Germanistische Sprachwissenschaft
 - 10 Entwicklung eines eLearning-Tools zur Vermittlung von Grundlagen und Gesprächstechni-
ken für Behandlung im Voraus planen (BVP): ein Werkstattbericht
J. Hildebrandt, A. Fuchs, K. H. Götze, J. in der Schmitt

Medizinische Fakultät der HHU, Institut für Allgemeinmedizin, Forschungsschwerpunkt Ad-
vance Care Planning, Düsseldorf
-

15:00 - 16:30

Raum: 23.32.01 48

IV-P9

Postersession 9: Fit im Job? Beiträge zur Fort- und Weiterbildung

Moderation: Thomas Kühlein

Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut

- 1 Wie werde ich ein guter Mentor/eine gute Mentorin? – Evaluation des Mentorentrainings
des Weiterbildungskollegs Allgemeinmedizin Hessen
M. Broermann, A. Messemaker, A. Wunder, F. M. Gerlach, M. Sennekamp

Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin
- 2 Bestandsaufnahme und Maßnahmen zur Förderung der allgemeinmedizinischen Fortbil-
dung in Nordrhein-Westfalen
N. Kuth, A. Tolksdorf

Uniklinik RWTH Aachen, Lehrgebiet Allgemeinmedizin

- 3 [Mentoringprogramme für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin an Kompetenzzentren – eine bundesweite Erhebung zum Ist-Stand](#)
[A. Messemaker](#)¹, [H. Haumann](#)², [S. Döpfmer](#)³, [S. Heim](#)⁴, [D. Mauer](#)⁵, [J. Magez](#)⁶, [K. K. Pucher](#)⁷,
[M. Broermann](#)¹
- ¹Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt am Main; ²Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Tübingen; ³Institut für Allgemeinmedizin Berlin; ⁴Institut für Allgemeinmedizin Göttingen; ⁵Institut für Hausarztmedizin Bonn; ⁶Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung Heidelberg; ⁷Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin Witten/Herdecke
- 4 [Bedarfsanalyse zu Aufbauseminaren im Rahmen der Train the Trainer-Seminare](#)
[K. Dippell](#), [A. Messemaker](#), [L. Pauscher](#), [A. Wunder](#), [F. M. Gerlach](#), [M. Sennekamp](#)
- Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt
- 5 [Videoedukation als geeignetes Fortbildungsformat für Medizinische Fachangestellte - Ergebnisse einer kontrollierten Studie zum Thema Impfen](#)
[D. Jabs](#), [S. Joos](#), [H. Prautzsch](#)
- Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen
- 6 [Fit im Job? Einschätzung der eigenen Kompetenzen in der hausärztlichen Routine unter WeiterbildungsassistentInnen](#)
[D. Burghaus](#), [P. Maisel](#), [R. Jendyk](#)
- Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Centrum für Allgemeinmedizin
- 7 [Bedeutung und Erkennung einer „HIV Late Presentation“ - Evaluation eines Fortbildungsmoduls für Allgemeinmediziner](#)
[B. Schappert](#), [A. Löhr](#), [M. Jansky](#)
- Universitätsmedizin Mainz, Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie
- 8 [Interaktives Training im SkillsLab – auch ein Konzept für Begleitseminare in der Weiterbildung Allgemeinmedizin des Kompetenzzentrums Nordrhein?](#)
[D. Mauer](#)¹, [B. Engel](#)¹, [N. Thiessen](#)², [B. Weltermann](#)³, [K. Weckbecker](#)¹
- ¹Medizinische Fakultät der Universität Bonn, Institut für Hausarztmedizin; ²Medizinische Fakultät der Universität Bonn, Studiendekanat; ³Universität Duisburg-Essen, Institut für Allgemeinmedizin

16:30 – 17:00

Kaffeepause Foyer 23.01 U1

17:00 - 19:00

Raum: 23.01 HS 3D

V-ScSI

Science Slam Science Slam

Moderation: Daniel Kotz

Hinweis Die Reihenfolge der Beiträge wird zu Beginn des Slams ausgelost!

Science Slam 1 Mal eben Dr. Google fragen – Medizinische Kommunikation im digitalen Zeitalter

S. Bechmann

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Germanistische Sprachwissenschaft

Science Slam 2 Can tobacco cessation support be integrated into primary tuberculosis care in South Asian clinics? Process evaluation protocol of a pragmatic randomized placebo-controlled trial in Bangladesh and Pakistan

M. Böckmann¹, I. Nohavova², E. Kralikova², A. Pankova², K. Zvolska², O. Dogar³, A. Sheikh⁴, K. Siddiqi³, D. Kotz¹

¹Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin; ²University Hospital Prague (VFN v. Praze), Tschechische Republik; ³University of York, Department of Health Sciences, Vereinigtes Königreich; ⁴The University of Edinburgh, Usher Institute of Population Health Sciences and Informatics, Vereinigtes Königreich

Science Slam 3 Die Zukunft der somatoformen Störungen? Das neue Konzept der somatischen Belastungsstörung nach DSM-5 im Vergleich zu den ICD-10-Kriterien

P. Hüsing^{1,2}, A. Toussaint^{1,2}, B. Löwe^{1,2}

¹Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; ²Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Schön Klinik Hamburg-Eilbek

Science Slam 4 DrHaus oder DrEd: Digitale Hausarztmedizin – wenn wir es nicht machen, machen es andere

H. Kamps

Privatier, Berlin

Science Slam 5 Evaluation und Weiterentwicklung eines allgemeinmedizinischen Curriculums

U. Arendt, A. Mergeay, O. Spreckelsen, M. Freitag

European Medical School Oldenburg, Abteilung für Allgemeinmedizin

Science Slam 6 Multitasking durch Mustererkennung - Training ärztlicher Intuition?

U. Popert

Universität Göttingen, Abteilung Allgemeinmedizin

17:00 - 18:30

Raum: 23.02.U1 24

V-VT10

Spannungsfeld Entscheidungsfindung

Moderation: M. Herrmann, J. Haasenritter

- 1 Spannungsfelder ärztlichen Handelns bei der Attestierung von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Beschwerden - eine qualitative Studie
S. Matt-Windel¹, M. Herrmann¹, B. Gaertner¹, M. Wöpking¹, B. - P. Robra², A. Spura², L. Junk¹

¹Otto-von-Guericke Universität Magdeburg, Institut für Allgemeinmedizin; ²Otto-von-Guericke Universität Magdeburg, Institut für Sozialmedizin/ Gesundheitsökonomie
- One-Slide-
Five-
Minutes-
Vortrag Wie kann das Entscheidungsverhalten von Hausärzten beim Attestieren von Arbeitsunfähigkeit bei Patienten mit psychischen Beschwerden evaluiert werden? Eine Strategie zur Entwicklung von Fallvignetten

B. Gaertner, S. Matt-Windel, M. Wöpking, L. Junk, M. Herrmann

Otto von Guericke Universität Magdeburg - Medizinische Fakultät, Institut für Allgemeinmedizin
- 3 Strategien der ärztlichen Entscheidungsfindung - Hausarztpraxis vs. Notaufnahme
J. Abushi¹, S. Bösner¹, M. A. Feufel², N. Donner-Banzhoff¹

¹Philipps-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin; ²Technische Universität Berlin, Institut für Psychologie und Arbeitswissenschaft
- 4 DECADE-pilot. Entscheidungs- und Handlungshilfe für Patienten zur Senkung des Herz-Kreislauf-Risikos. Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Pilotstudie
I. Tinsel¹, A. Siegel¹, C. Schmoor², I. Poguntke², A. Buchholz³, W. Niebling¹

¹Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Lehrbereich Allgemeinmedizin; ²Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Studienzentrum; ³Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie
- 5 Retrospektive Erfassung von ADHS-Symptomen in der Kindheit – Nachuntersuchung Erwachsener mit der Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und/oder Störung des Sozialverhaltens (SSV) im Kindesalter
F. Wolf¹, M. Heinzl-Gutenbrunner², K. Becker²

¹Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität; ²Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Marburg, Philipps-Universität Marburg

- 6 Ausmaß des Bedauerns bei diagnostischen Fehlentscheidungen am Beispiel Brustschmerz
S. Baumann, J. Haasenritter, N. Donner-Banzhoff

Philipps-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
-

17:00 - 18:30

Raum: 22.01 HS 2B

V-VT11

Weiterbildung besser und attraktiver gestalten

Moderation: Johanna Fürthauer, Julia Maglez

- 1 Eine NRW-weite Online-Befragung zur Fachrichtungswahl Medizinstudierender und ihrer Meinung zur Allgemeinmedizin
G. Funkhouser, K. K. Pucher, A. Sönnichsen

Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
- 2 Spät entschieden und dann Allgemeinmedizin: Ergebnisse einer hessenweiten Befragung von Facharztprüfungsabsolventen/innen Allgemeinmedizin
M. Broermann, A. Messemaker, A. Wunder, L. Pauscher, R. Kinczler, F. M. Gerlach, M. Sennekamp

Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin
- 3 5 Jahre Salzburger Initiative Allgemeinmedizin (SIA) – Evaluation eines neuen Ausbildungskonzepts für Allgemeinmediziner in Österreich
J. Fürthauer¹, C. Dachs¹, P. Kowatsch¹, B. Fürthauer¹, C. Fürthauer², M. Flamm³, A. Sönnichsen^{1,4}

¹Salzburger Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Oberalm, Österreich; ²Ärztchamber für Salzburg, Österreich; ³Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Salzburg, Österreich; ⁴Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
- 4 „No Show“? – Motive für die Teilnahme an den fakultativen Begleitseminaren der Verbundweiterbildung^{plus} Baden-Württemberg
S. Schwill¹, J. Steinhäuser², J. Magez¹, J. Szecsenyi¹, E. Flum¹

¹Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung; ²Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Allgemeinmedizin, Lübeck

- 5 Wieviel Mentoring? – Bedarfsabfrage und Evaluation des strukturierten Mentoringprogramms der Verbundweiterbildung^{plus} Baden-Württemberg

J. Magez¹, E. Flum¹, K. Krug¹, H. Haumann², J. Szecsenyi¹, S. Schwill¹

¹Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung; ²Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung

17:00 - 18:30

Kontrovers!

Raum: 23.01 HS 3C

V-VT12

Miteinander sprechen hilft. Hilft dabei auch Technik?

Moderation: Antje Bergmann, Roland Koch

Pecha Kucha Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung – eine kontrollierte Studie mit qualitativ-quantitativer Prozessevaluation (TeleDerm)

R. Koch¹, H. Haumann¹, H. Sturm¹, C. Thies², K. Tomaschko³, C. Gaa³, V. Steeb⁴, M. Woehr⁵, C. Garbe⁶, L. Witkamp⁷, L. Sundmacher⁸, P. Martus⁹, S. Joos¹

¹Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung; ²Fachhochschule Reutlingen; ³AOK Baden-Württemberg, Fachbereich Integriertes Leistungsmanagement, Stuttgart; ⁴AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen; ⁵HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft Aktiengesellschaft, Köln; ⁶Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für Dermatoonkologie; ⁷University of Amsterdam, Niederlande; ⁸Ludwig-Maximilians-Universität München; ⁹Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie

- 2 Chat-basierte Psychotherapie am Beispiel primärer Insomnie: eine randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie

A. Gieselmann, R. Pietrowsky

Heinrich-Heine-Universität, Klinische Psychologie, Düsseldorf

- 3 Psychoonkologie Online

V. Beck, V. Beck

Hochschule Darmstadt, FBGS

- 4 Handhabbarkeit und Akzeptanz telemedizinischer Anwendungen im häuslichen Bereich seitens multimorbider Patienten über 65 Jahren

C. Lang¹, K. Voigt², G. Hübsch², S. Kutter², A. Bergmann², V. Holthoff-Detto^{3,4}

¹Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie; ²Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden, Bereich Allgemeinmedizin/MK3; ³Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik; ⁴Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden

17:00 - 18:30

Raum: 23.01 HS 3B

V-Symp4

Symposium 4: Warum soll ich Hausarzt/Hausärztin werden- eine Fragebogenerhebung in 3 Ländern: Deutschland-Österreich-Slowenien

Moderation: S. Poggenburg^{1,2,3}, A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,2}, A. Avian³

¹Medizinische Universität Graz Institut für Allgemeinmedizin u. evidenzbasierte Versorgungsforschung, Österreich; ²Goethe-Universität Frankfurt am Main Institut für Allgemeinmedizin; ³Medizinische Universität Graz Institut für Medizinische Informatik Statistik und Dokumentation, Österreich

- 1 Von einer spontanen Idee zu einer Befragung in 3 Ländern- Entwicklung und psychometrische Analyse eines Fragebogens zur Motivation zum Hausarztberuf

S. Poggenburg¹, A. Avian²

¹Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Österreich; ²Medizinische Universität Graz, Institut für Medizinische Informatik Statistik und Dokumentation, Österreich

- 2 Ändert sich die Einstellung von Studierenden und TurnusärztInnen zur Allgemeinmedizin mit zunehmender theoretischer und praktischer Erfahrung?

S. Poggenburg¹, M. Flamm²

¹Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Österreich; ²Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Salzburg, Österreich

- 3 Reform- vs. Regelstudiengang: Wie unterscheiden sich die Einstellung von Studierenden dieser Studiengänge hinsichtlich ihrer späteren Berufswahl, der Wahrnehmung ihrer studentischen Ausbildung und ihrer Praxiskompetenz?

S. Poggenburg

Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Österreich

- 4 „Bin ich zum Hausarztberuf bestimmt?“ Was beeinflusst die Motivation von Studierenden, den Hausarztberuf zu ergreifen?Ein länderübergreifender Blick auf soziodemographische, personelle, gesellschaftliche, geographische, kulturelle und strukturelle Faktoren

S. Poggenburg¹, E. Zelko²

¹Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Österreich; ²Medizinische Fakultät der Universität Maribor, Abteilung für Allgemeinmedizin, Slowenien

- 5 3 Länder, 3 verschiedene Systeme, aber doch das gleiche Problem: Hausarztmangel: Haben wir den Stein der Weisen gefunden?

S. Poggenburg¹, A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,2}

¹Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Österreich; ²Goethe Universität, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

17:00 - 18:30

Raum: 23.02.U1 22

V-WS32

Workshop: Nutzung von Deximed als evidenzbasiertes, unabhängiges Online-Nachschlagewerk für Hausärzte

Moderation: Marlies Karsch-Völk, Klaus Reinhardt

- 1 Nutzung von Deximed als evidenzbasiertes, unabhängiges Online-Nachschlagewerk für Hausärzte

M. Karsch-Völk, K. Reinhardt

Gesinform GmbH, Freiburg

17:00 - 18:30

Raum: 23.31.U1 66

V-WS33

Workshop: Psychotraumata und Traumafolgestörungen - Stellenwert der hausärztlichen Versorgung

Moderation: Olaf Reddemann

- 1 Psychotraumata und Traumafolgestörungen - Stellenwert der hausärztlichen Versorgung

O. Reddemann^{1,2}

¹Hausarztpraxis, Köln; ²Institut für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

17:00 - 18:30

Raum: 23.32.01 41

V-WS34

Workshop: Die Propensity Score-Analyse – Eine innovative Methode zur Auswertung von nichtrandomisierten Interventionsstudien

Moderation: Oliver Kuß

- 1 Die Propensity Score-Analyse – Eine innovative Methode zur Auswertung von nichtrandomisierten Interventionsstudien

O. Kuß

Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Biometrie und Epidemiologie

17:00 - 18:30

Leitlinien

Raum: 23.32.U1 47

V-WS35

Workshop: Hausärztliche Interventionen im anamnestischen Erstgespräch – Vorstellung und Diskussion einer Handlungsempfehlung

Moderation: Iris Veit, Ottomar Bahrs

- 1 Hausärztliche Interventionen im anamnestischen Erstgespräch – Vorstellung und Diskussion einer Handlungsempfehlung

I. Veit¹, O. Bahrs^{2,3}

¹Praxis für Allgemeinmedizin / Psychotherapie, Herne; ²Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie; ³Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin

17:00 - 18:30

Kontrovers!

Raum: 23.32.00 52

V-WS36

Workshop: „Völlig von der Rolle?“. Ethische und kommunikative Herausforderungen bei der ärztlichen Behandlung eigener Angehöriger

Moderation: Achim Mortsiefer

- 1 „Völlig von der Rolle?“. Ethische und kommunikative Herausforderungen bei der ärztlichen Behandlung eigener Angehöriger

A. Mortsiefer, K. Leinweber, N. Mücke

Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

17:00 - 18:30

**Junge
Allgemeinmedizin**

Raum: 23.32.00 61

V-WS37

Workshop: Ist Selbständigkeit ein Risiko? Wir zeigen Strategien, wie Du Deine eigene Praxis planst und welche Dinge die Du beachten musst.

Moderation: Jessica Hanneken, Bettina Schläwe

- 1 Ist Selbständigkeit ein Risiko? Wir zeigen Strategien, wie Du Deine eigene Praxis planst und welche Dinge die Du beachten musst.

B. Schläwe¹, J. Hanneken²

¹Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Bereich Informations- und Wissenstransfer, Düsseldorf; ²Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Hauptstadtrepräsentanz der apoBank, Düsseldorf

Samstag, 23. September 2017

Programm

08:30 - 10:00

Raum: 22.01 HS 2B

VI-VT13

Kernfach Allgemeinmedizin: Auf dem Weg zu einem longitudinalen Curriculum II

Moderation: Ulrike Arendt, Janine Schübel

- 1 Kompetenzgewinn durch das Blockpraktikum Allgemeinmedizin bei Medizinstudierenden in Dresden?
J. Schübel, K. Voigt, M. Sauer, M. Gottschall, A. Bergmann

Technische Universität Dresden/Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Bereich Allgemeinmedizin/MK3

- Pecha Das allgemeinmedizinische Hospitationsprogramm an der European Medical School in
Kucha Oldenburg
Vortrag U. Arendt, A. Mergeay, O. Spreckelsen, M. Freitag

European Medical School Oldenburg, Abteilung für Allgemeinmedizin

- Pecha Land.plus – Eine Kooperation zwischen Universität und Gemeinden zur Förderung des
Kucha Blockpraktikums der Allgemeinmedizin im ländlichen Raum
Vortrag R. Koch, H. Haumann, S. Joos

Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung

- 4 Kiezmedizin erleben und gestalten - Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines
Wahlpflichtfaches zu Gemeindeorientierung in der Allgemeinmedizin
W. Herrmann, S. Gehrke-Beck, C. Heintze

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin

- 5 InterKIM – Entwicklung und Implementierung des Lehrmoduls Interprofessionelle Kom-
plementäre und Integrative Medizin
K. Glassen, A. Homberg, C. Mahler, C. Eicher, S. Loukanova, N. Klafke

Universitätsklinikum Heidelberg, Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

6 Das Krankheitsverhalten von Medizinstudierenden bei akuten Erkrankungen unterschiedlichen Schweregrades

S. Schulz¹, S. Hänsch², N. Schneider¹, K. Voigt³, F. Einsle⁴

¹Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena; ²SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera; ³Medizinische Fakultät Carl-Gustav-Carus der TU Dresden, Bereich Allgemeinmedizin/MK III; ⁴Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie

08:30 - 10:00

Raum: 23.02.U1 22

VI-VT14

Miteinander sprechen. Aufeinander hören.

Moderation: Susanne Döpfmer, Adolf Engl

1 Was Ärzte sagen und was Patienten hören – eine kognitionslinguistische Betrachtung von Verstehensproblemen in der Arzt-Patienten-Kommunikation.

S. Bechmann

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Germanistische Sprachwissenschaft

2 Resonanzmedizin. Eine qualitative Untersuchung gelingender Arzt-Patienten-Beziehungen.

R. Jende, J. Schelling

Ludwig-Maximilians-Universität/Institut für Allgemeinmedizin, München

One-Slide-
Five-
Minutes-
Vortrag Wie können PatientInnen ihren ÄrztInnen helfen?

B. Plagg¹, S. Zerbe¹, W. Lorenz², S. Elsen², A. Vögele³, G. Piccoliori³, C. Wiedermann³, H. Atz⁴, U. Becker⁴, A. Engl³

¹Universität Bozen, Fakultät für Naturwissenschaften und Technik, Italien; ²Universität Bozen, Fakultät für Bildungswissenschaften, Brixen, Italien; ³Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin, Bozen, Italien; ⁴Institut für Sozialforschung und Demoskopie, Bozen, Italien

4 Ethische Konflikte in der Hausarztpraxis

S. Döpfmer¹, F. Bruns², J. Stumm¹, L. Peter¹, C. Heintze¹

¹Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin; ²Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin

Pecha Medizinisches framing: Heilsame Sprachbilder im Sprechzimmer

Kucha H. Kamps

Vortrag Privatier, Berlin

08:30 - 10:00

MFA

Raum: 23.03.01 22

VI-VT15

Teampraxis: Ist das die Zukunft?

Moderation: Jean-François Chenot, Karen Voigt

- 1 Die Rolle der MFA im Umgang mit Polypharmakotherapie in der hausärztlichen Praxis – eine qualitative Studie (RIME/PRISCUS)

B. Bücker¹, S. Wilm¹, I. Schluckebier², S. Weißbach³, U. Junius-Walker⁴

¹Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam); ²Medizinische Fachangestellte, Dorsten; ³Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; ⁴Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin

- 2 Dokumentation in der Hausarztpraxis – Eine qualitative Studie

M. Richter¹, A. Haase², S. Fleßa³, J. - F. Chenot²

¹Universitätsmedizin Greifswald, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Institut für Community Medicine, Abteilung Allgemeinmedizin; ²Universitätsmedizin Greifswald, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Institut für Community Medicine, Abteilung Allgemeinmedizin; ³Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Lehrstuhl für ABWL und Gesundheitsmanagement

- 3 Hausbesuche bei Pflegeheimpatienten: was wird in der Routineversorgung von Hausärzten delegiert?

L. Henning, J. Schübel, A. Bergmann, K. Voigt

Technische Universität Dresden/Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Bereich Allgemeinmedizin/MK3

- 4 Hausärztliche Befragung zur Belastungs- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz und deren Pflegenden Angehörigen – Ergebnisse einer Querschnittserhebung im Rahmen der PAiS-Studie

C. Kriechmayr¹, S. Krutter², R. Eßl-Maurer², E. Mann¹, D. Rüsing³, D. Schaffler-Schaden¹, A. Seymer⁴, L. R. Wurm², J. Osterbrink², M. Flamm¹

¹Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Salzburg, Österreich; ²Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Salzburg, Österreich; ³Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD), Universität Witten/Herdecke; ⁴Abteilung Soziologie und Kulturwissenschaft, Paris Lodron Universität Salzburg, Österreich

- 5 Zahnärztliche Versorgung älterer Menschen mit Pflegebedarf: eine qualitative Studie
D. Lubisch¹, V. Leve¹, M. Pentzek¹, D. Niesten², A. Gerritsen², N. Creugers², M. Hoffschulte³, T. Heyer³, K. - J. Bakker⁴, F. Hanneken⁵, C. Pilgrim³

¹Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf; ²Radboudumc, Nijmegen, Niederlande; ³Zahnärztekammer Nordrhein, Düsseldorf; ⁴Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), Nieuwegein, Niederlande; ⁵Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Münster
- 6 Häufigkeit und Management von unerwünschten Arzneimittelwirkungen im ambulanten Bereich - eine Querschnittsanalyse
A. Haase¹, G. Weckmann¹, D. Alte², J. - F. Chenot¹

¹Universitätsmedizin Greifswald, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Institut für Community Medicine, Abteilung Allgemeinmedizin; ²Universitätsmedizin Greifswald, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Institut für Community Medicine, Abteilung SHIP/KEF
-

08:30 - 10:00

Raum: 23.02.U1 24

VI-VT16

Braucht dieser Patient ein Antibiotikum?

Moderation: Katja Götz, Jan Valentini

- 1 Antibiotikaauswahl im Vergleich zwischen deutschen- und niederländischen Hausarztpraxen
P. Baumbach¹, M. Freitag²

¹University Medical Center Groningen, Niederlande; ²Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Allgemeinmedizin
- 2 Analyse von Antibiotikaverordnungen bei akuten Infekten der oberen Atemwege – ein Zugang für Strategien gegen Antibiotika-Resistenzen in der Hausarztpraxis
K. Götz¹, T. Emcke², J. Steinhäuser¹

¹Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Institut für Allgemeinmedizin; ²Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bad Segeberg
- 3 Einstellungen, Motive und Verhaltensweisen von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund im Hinblick auf die Antibiotikanutzung
F. Erdsiek¹, T. Aksakal¹, H. Özcebe², S. Üner², Ö. Karadag Caman², O. Gershuni³, K. Czabanowska³, R. Westerling⁴, P. Brzoska¹

¹Technische Universität Chemnitz; ²Hacettepe University, Ankara, Türkei; ³Maastricht University, Niederlande; ⁴Uppsala University, Schweden

- 4 „Mehr Phytotherapeutika = weniger Antibiotika“? – eine retrospektive Kohortenstudie bei akuten Atemwegsinfekten

J. Valentini¹, B. Musselmann², J. Szecsenyi², G. Laux², S. Joos¹

¹Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung; ²Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

- 5 Verwendung von Hausmitteln bei deutsch- und italienischsprachigen Erwachsenen in Südtirol, Italien

A. Vögele¹, A. Engl¹, C. Wiedermann²

¹Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin, Bozen, Italien; ²Krankenhaus Bozen, Abteilung für Innere Medizin, Italien

08:30 - 10:00

Raum: 23.01 HS 3B

VI-Symp5

Symposium 5: Personenzentrierte hausärztliche Langzeitversorgung

Moderation: Attila Altiner, Ottomar Bahrs, Stefan Wilm

Symposium Personenzentrierte hausärztliche Langzeitversorgung

Attila Altiner¹, Ottomar Bahrs^{3,4}, Eva Drewelow¹, Günther Egidi², Julia Gärtner⁵, Susanne Heim^{5,6}, Karl-Heinz Henze⁵, Stefan Wilm⁴

¹Universitätsmedizin Rostock, Institut für Allgemeinmedizin; ²Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Bremen; ³Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie; ⁴Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin; ⁵Universitätsmedizin Göttingen Institut für Med. Psychologie und Med. Soziologie; ⁶Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin

- 1 Bilanzierungsdialoge zur Förderung von Patientenorientierung und zur Verbesserung der hausärztlichen Behandlungsqualität bei Menschen mit chronischer Krankheit (BILANZ) – Ergebnisse der quantitativen Teilstudie

S. Wilm¹, H. - H. Abholz¹, G. Bureick², S. Heim^{3,4}, K. - H. Henze³, K. Ilse¹, M. - C. Mirescu¹, K. Wegscheider⁵, S. Weißbach², O. Bahrs^{6,1}

¹Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin; ²Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; ³Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Med. Psychologie und Med. Soziologie; ⁴Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin; ⁵Universitätsklinikum Eppendorf, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Hamburg; ⁶Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie

- 2 Interaktionelle Gestaltung von Gesundheitszielen in der hausärztlichen Praxis – Prozessanalysen zur Konzeptumsetzung des Bilanzierungsdialogs (BD) in der Interventionsstudie BILANZ
O. Bahrs^{1,2}, S. Heim^{3,4}, F. Löwenstein³, K. - H. Henze³

¹Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie; ²Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin; ³Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie; ⁴Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin
- 3 Bilanzierungsdialog in der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz – Erfahrungen in einem Pilotprojekt
J. Gärtner¹, G. Egidi², O. Bahrs^{3,4}

¹Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie; ²Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Bremen; ³Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie; ⁴Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin
- 4 Narrative Gesprächsführung als Kommunikationstechnik in der hausärztlichen Praxis – Erfahrungen zur Umsetzung aus der Interventionsstudie DEBATE
A. Altiner¹, E. Drewelow¹, S. Löscher², M. Pentzek², S. Santos², S. Wilm², A. Wollny¹

¹Universitätsmedizin Rostock, Institut für Allgemeinmedizin; ²Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin

08:30 - 10:00

Raum: 23.01 HS 3C

VI-Symp6

Symposium 6: Erfolgsfaktoren, Herausforderungen und Hemmnisse bei der Umsetzung kollaborativer Versorgungsformen in der Hausarztpraxis bei psychischen Erkrankungen

Moderation: Hans-Michael Mühlenfeld

Symposium Erfolgsfaktoren, Herausforderungen und Hemmnisse bei der Umsetzung kollaborativer Versorgungsformen in der Hausarztpraxis bei psychischen Erkrankungen

T. Kloppe¹, I. Tinsel², J. Petersen¹, T. Zimmermann¹, H. - M. Mühlenfeld¹

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin;
²Universitätsklinikum Freiburg Lehrbereich Allgemeinmedizin

- 1 Sozial- und Case Management im Team – eine Tandem-Kooperation zwischen Pflegekräften und Hausarzt*innen zur Selbstmanagementförderung von Patient*innen mit ängstlicher, depressiver oder somatoformer Symptomatik (SMADS)
E. Puschmann, T. Zimmermann, S. Porzelt, M. Scherer

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

- 2 [Telefongestützte, niedrighschwellige Intervention durch geschulte, externe Pflegende als Versorgungsangebot für ältere Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen in Hausarztpraxen \(GermanIMPACT\).](#)

T. Kloppe¹, M. B. Bireckoven², W. Niebling³, L. Hölzel^{4,5}, F. Bjerregaard⁶, M. Härter⁷, C. Bleich⁷, C. Brettschneider⁸, S. Boczor¹, A. Kotterer³, T. Grochtdreis⁸, H. - H. König⁸, M. Hüll⁹, M. Scherer¹, I. Tinsel³

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin; ²Klinikum Konstanz; ³Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Lehrbereich Allgemeinmedizin; ⁴Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie; ⁵Parkklinik Wiesbaden Schlangenbad GmbH; ⁶Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie; ⁷Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie; ⁸Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung; ⁹Zentrum für Psychiatrie Emmendingen, Klinik für Geronto- und Neuropsychiatrie

- 3 [Hausarztpraxisbasiertes Case Management für Patient*innen mit Depression \(PROMPT\)](#)

J. J. Petersen¹, K. Mergenthal¹, S. Rauck¹, F. M. Gerlach¹, J. Gensichen²

¹Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin; ²Klinikum der Universität München, Institut für Allgemeinmedizin

- 4 [Selbstmanagementförderung durch Sozial- und Case Management von Pflegekräften in der ambulanten Versorgung in einem Gesundheitskiosk in der Region Hamburg-Billstedt/Horn \(SMAV-INVEST\)](#)

T. Zimmermann¹, A. Fischer², I. Lorenz², C. Muche-Borowski¹, M. Scherer¹

¹Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin; ²Gesundheit für Billstedt/Horn UG, Hamburg

- 5 [Hausarztpraxisbasiertes Übungsprogramm und Case Management für Patienten mit Panikstörungen \(Paradies-Studie\)](#)

Jochen Gensichen^{1,2}, Thomas Stephan Hiller², Jörg Breitbart², Nico Schneider¹, Christian Brettschneider³, Tobias Teismann⁴, Ulrike Schumacher⁵, Michael Sommer¹, Hans - Helmut König³, Michel Wensing⁶, Jürgen Margraf⁴

¹Jena University Hospital, Institute of General Practice and Family Medicine, Jena; ²University Hospital of Ludwig-Maximilians-University Munich, Institute of General Practice and Family Medicine, München; ³University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Department of Health Economics and Health Services Research, Hamburg Center for Health Economics; ⁴Ruhr-University Bochum, Mental Health Research and Treatment Center, Bochum; ⁵Jena University Hospital Centre for Clinical Studies, Jena; ⁶University of Heidelberg, Hospital Department of General Practice and Health Services, Heidelberg

08:30 - 10:00



Raum: 23.32.01 41

VI-WS38

Workshop: Systematische Literaturrecherche: Einführung und Methoden

Moderation: Maria-Inti Metzendorf

1 Systematische Literaturrecherche: Einführung und Methoden

M. - I. Metzendorf

Institut für Allgemeinmedizin, Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group, Düsseldorf

08:30 - 10:00

Raum: 23.32.00 52

VI-WS39

Praxis-Workshop: Let's talk about sex- Sexuell übertragbare Erkrankungen in der Hausarztpraxis

Moderation: Burkhard Schappert, Steffen Taubert

1 Let's talk about sex- Sexuell übertragbare Erkrankungen in der Hausarztpraxis

B. Schappert¹, S. Taubert²

¹Universitätsmedizin Mainz, Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie; ²Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin

08:30 - 10:00

Raum: 23.32.U1 21

VI-WS41

Workshop: Resilienz als Burn-out Prävention – eine Einführung

Moderation: Gisela Ravens-Taeuber, Armin Wunder

1 Resilienz als Burn-out Prävention – eine Einführung

G. Ravens-Taeuber, A. Wunder

Institut für Allgemeinmedizin, Ausbildung, Frankfurt am Main

08:30 - 10:00

Raum: 23.32.U1 47

VI-WS42

Workshop: Aufsuchende otologische Maßnahmen durch den Hausarzt bei schlecht hörenden und immobilen Senioren in Pflegeeinrichtungen oder zu Hause

Moderation: Fritz Meyer

- 1 Aufsuchende otologische Maßnahmen durch den Hausarzt bei schlecht hörenden und immobilen Senioren in Pflegeeinrichtungen oder zu Hause

F. Meyer

Allgemeinärztliche Gemeinschaftspraxis, Oettingen

08:30 - 10:00

MFA

Raum: 23.32.01 43

VI-WS43

Praxis-Workshop: Ein „Werkzeug“ für die MFA im Patientengespräch

Moderation: Iris Schluckebier

- 1 Ein „Werkzeug“ für die MFA im Patientengespräch

I. Schluckebier

Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

08:30 - 10:00

Raum: 23.31.U1 66

VI-WS44

Workshop: Methodenworkshop Mixed-Methods

Moderation: Verena Leucht, Michael Pentzek

- 1 Methodenworkshop Mixed-Methods

V. Leucht, M. Pentzek

Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin Düsseldorf

08:30 - 10:00

**Junge
Allgemeinmedizin**

Raum: 23.32.00 61

VI-WS45

Workshop: Studenten-Workshop: Medikamentenmissbrauch und Abhängigkeit - Wissen, Erkennen, Handeln

Moderation: Johannes Just, Philipp Skatulla

- 1 Studenten-Workshop: Medikamentenmissbrauch und Abhängigkeit - Wissen, Erkennen, Handeln

J. Just, P. Skatulla

Universität Bonn, Institut für Hausarztmedizin

10:00 - 10:30

Kaffeepause Foyer 23.01 U1

10:30 - 11:15

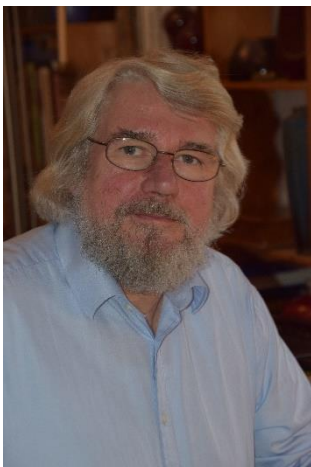
Raum: 23.01 HS 3A

KN III

Keynote III: Der Mensch im Mittelpunkt? – Der gesuchte Weg zwischen Ärztlicher Expertise und Leitlinie by Heinz-Harald Abholz

Moderation: Elisabeth Gummersbach

Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam)



- 1 Der Mensch im Mittelpunkt? – Über den gesuchten Weg zwischen ärztlicher Expertise und EbM-Leitlinie

H. - H. Abholz

Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf,
Institut für Allgemeinmedizin (ifam)

11:15 - 11:30

Pause zum Raumwechsel

Lunchpakete

11:30 - 13:00

Raum: 22.01 HS 2B

VII-VT17

Kernfach Allgemeinmedizin: Auf dem Weg zu einem longitudinalen Curriculum III

Moderation: Klaus Böhme, Reinhild Höfler

- 1 „Arzt von Anfang an“ - Stärkung ärztlicher Kompetenzen von Medizinstudierenden mittels AaL^{plus} im longitudinalen Curriculum Allgemeinmedizin
S. Schwill, J. Fahrbach-Veeser, C. Eicher, D. Pfisterer, J. Szecsenyi, S. Loukanova

Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
 - 2 Nachhaltige Nutzung von Seminararbeiten - FALLDATENBANK
R. Höfler, S. Poggenburg, A. Domke, A. Siebenhofer-Kroitzsch

Medizinische Universität Graz, IAMEV, Österreich
 - One-Slide-
Five-
Minutes-
Vortrag www.ukurs.uni-freiburg.de – Untersuchungstechniken 2.0, multimedial und frei verfügbar
M. Stenzel, M. Uhl, P. von Poellnitz, K. Böhme, W. Niebling, I. Streitlein-Böhme

1Universitätsklinikum Freiburg, Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg im Breisgau
 - 4 Wie bewerten Studierende die ressourcensparende Performanzprüfung?
A. Sigle, D. Lim, J. Maeder, K. Böhme, W. Niebling, I. Streitlein-Böhme

Universitätsklinikum Freiburg, Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg im Breisgau
 - 5 Kompetenzverbund Allgemeinmedizin NRW: Bestandsaufnahme und Maßnahmen zur Nachwuchsförderung durch das PJ Allgemeinmedizin
A. Herwig, G. Fobbe, M. Heßbrügge-Bekas, H. C. Römer, S. Gesenhues, B. Weltermann

Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Institut für Allgemeinmedizin
 - 6 PJ-Tertial Allgemeinmedizin – Ein Weg in die Weiterbildung?
K. Böhme, A. Kotterer, A. Siegel, I. Streitlein-Böhme, W. Niebling

Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-, Allgemeinmedizin
-

11:30 - 13:00

Raum: 23.02.U1 22

VII-VT18

Gemeinsam entscheiden - besser entscheiden?

Moderation: Annette Diener, Ottomar Bahrs

- 1 Die Einführung des Subjekts in die Medizin - Personenzentrierung in der hausärztlichen Versorgung braucht Partizipative Forschung
O. Bahrs^{1,2}

¹Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie; ²Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin
 - 2 Teilnahme am Mammographie-Screening – bleiben Frauen bei ihrer Entscheidung? Ergebnisse einer Fragebogenstudie
E. Gummersbach, M. Pentzek

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf
 - 3 Kardiovaskuläre Risikoberatung mit der Software arriba – Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung zur Anwenderperspektive
A. Diener¹, A. Wollny¹, C. Helbig¹, K. Ertzinger¹, T. Baganz¹, N. Harm¹, C. Gaa², K. Kolpatzik³, N. Donner-Banzhoff⁴, J. Haasenritter⁴, A. Altner¹

¹Universitätsmedizin Rostock, Institut für Allgemeinmedizin; ²AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung, Stuttgart; ³AOK-Bundesverband, Abteilung Prävention, Berlin; ⁴Philipps Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin
 - 4 Wie kann Informieren heilsam sein?
T. Petzold^{1,2}

¹Zentrum für Salutogenese, Leitnug, Bad Gandersheim; ²MHH, Allgemeinmedizin, Hannover
 - 5 Verhandlungssituationen im Patient-Behandler-Gespräch - Narrative Analyse von spontanen Patientenbeiträgen zu einem medizinischen Schreibwettbewerb
R. Koch¹, S. Joos¹, E. - L. Ryding²

¹Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung; ²Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Department of Womens' and Childrens' Health (KBH), K6, Stockholm, Schweden
-

11:30 - 13:00

Raum: 23.03.01 22

VII-VT19

Was wollen unsere Patientinnen und Patienten?

Moderation: Wolfram Herrmann, Kristina Flägel

- 1 Was motiviert betroffene Frauen und Forschende einen Patientinnenbeirat für eine klinische Studie zu Harnwegsinfekten zu unterstützen?
I. Schilling^{1,2}, G. Schmiemann^{1,2}, A. Gerhardus^{1,2}

¹Institut für Public Health und Pflegeforschung, Versorgungsforschung, Bremen; ²Health Sciences Bremen, Universität Bremen
 - 2 Vom Themenvorschlag zum HTA-Bericht: Bürgerbeteiligung beim ThemenCheck Medizin
S. Thys, U. Siering, C. Mischke, L. Altenhofen

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Ressort Versorgung und Gesundheitsökonomie, Köln
 - 3 Präferenzen in der hausärztlichen Versorgung - Versorgungsplanung für einen Landkreis am Beispiel Waldshut
K. Flägel, K. Götz, J. Steinhäuser

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Institut für Allgemeinmedizin
 - 4 Stand und Herausforderungen qualitativer Versorgungsforschung in der Allgemeinmedizin - ein Review
W. Herrmann

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin
-

11:30 - 13:00

Raum: 23.02.U1 24

VII-VT20

Versorgung verstehen und verbessern

Moderation: Johannes Hauswaldt, Konrad Schmidt

- 1 Routinedatenanalyse zur Versorgungssituation von Patienten in Deutschland ein Jahr nach Herzinfarkt.
R. Ulrich¹, J. Pohl¹, B. - P. Robra², C. Heintze¹, W. Herrmann¹

¹Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin; ²Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie

2 [Zur De-Identifizierung bei sekundärer Nutzung hausärztlicher Routinedaten](#)

J. Hauswaldt, E. Hummers, S. Heinemann

¹Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin

3 [Effekte einer hausärztlichen Sepsis-Nachsorge in Abhängigkeit vom Bildungsstand](#)

K. Schmidt^{1,2}, S. Worrack³, H. Andrilla⁴, A. M. Cole⁴, S. Gehrke-Beck¹, C. Heintze¹, N. Schneider², M. Wensing⁵, J. Gensichen⁶

¹Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin; ²Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität, Institut für Allgemeinmedizin; ³Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie; ⁴University of Washington, Department of Family Medicine, Seattle, USA; ⁵Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung; ⁶Klinikum der Universität München, Institut für Allgemeinmedizin

4 [Ergebnisse eines hausarztbasierten Sepsisregisters](#)

K. Schmidt^{1,2,3}, J. Gensichen^{4,1}, V. Bahr⁵, C. Fleischmann³, S. Haak⁶, A. Kortgen⁶, C. Pausch⁷, K. Reinhart^{6,3}, Y. Sakr⁶, M. Wensing⁸, F. M. Brunkhorst^{5,3}

¹Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität, Institut für Allgemeinmedizin; ²Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin; ³Friedrich-Schiller-Universität Jena, IFB Sepsis und Sepsisfolgen; ⁴Klinikum der Universität München, Institut für Allgemeinmedizin; ⁵Friedrich-Schiller-Universität Jena, Zentrum für klinische Studien; ⁶Universitätsklinikum Jena, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin; ⁷Universität Leipzig, Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie; ⁸Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

5 [Überlebte Sepsis: Welche Kosten entstehen in der Nachsorge?](#)

K. Hülle¹, A. Freytag¹, K. Schmidt¹, F. M. Brunkhorst², M. Hartmann³, T. Lehmann⁴, K. Reinhart⁵, N. Schneider¹, H. C. Vollmar^{1,6}, J. Gensichen⁷

¹Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin; ²Universitätsklinikum Jena, Zentrum für Klinische Studien; ³Universitätsklinikum Jena, Apotheke; ⁴Universitätsklinikum Jena, Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation (IMSID); ⁵Universitätsklinikum Jena, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin; ⁶Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin; ⁷Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Allgemeinmedizin

11:30 - 13:00

Raum: 23.03.01 43

VII-VT21

Zu viel und falsche Medizin

Moderation: Angela Schedlbauer, Aniela Angelow

- 1 [Entwicklung eines Core Sets der International Classification of Functioning \(ICF\) für geriatrische Patienten in der Primärversorgung](#)
[J. Tomandl](#), S. Schaffer, S. Heinmüller, T. Kühlein

Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut
 - 2 [Effekte von negativen Studien und Arzneimittelwarnungen auf die Arzneimittelverordnung am Beispiel der dualen RAS-Blockade](#)
[A. Angelow](#)¹, T. Ploner², T. Grimmsmann³, J. Walker⁴, J. - F. Chenot¹

¹Institut für Community Medicine, Abt. Allgemeinmedizin, Greifswald; ²Universität Potsdam; ³Medizinischer Dienst der Krankenversicherung M-V e. V., Referat Arzneimittel & Methoden, Schwerin; ⁴Health Risk Institute, Berlin
 - 3 [Niereninsuffizienz und fehlende Dosisanpassung bei nicht-hospitalisierten Patienten: Ein systematischer Review](#)
[M. Dörks](#)¹, K. Allers¹, G. Schmiemann², S. Herget-Rosenthal³, F. Hoffmann¹

¹Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Department für Versorgungsforschung; ²Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung; ³Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen
 - 4 [Ideas, Concerns, Expectations – Implementierung patientenzentrierter Kommunikation zur Reduktion von Überversorgung bei unkompliziertem Rückenschmerz.](#)
[L. Burggraf](#), S. Schaffer, A. Schedlbauer, M. Roos, T. Kühlein

Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut
 - 5 [Unerwünschte Kaskadeneffekte. Schilddrüsenanomalien und Analyse klinischer Behandlungspfade.](#)
[A. Schedlbauer](#), S. Schaffer, L. Burggraf, J. Tomandl, T. Kühlein

Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut
-

11:30 - 13:00

Raum: 23.01 HS 3B

VII-Symp7

Symposium 7: Hausärztliche Versorgung onkologischer Patienten unter Berücksichtigung komplementärmedizinischer (CAM) Aspekte

Moderation: Stefanie Joos

Symposium Hausärztliche Versorgung onkologischer Patienten unter Berücksichtigung komplementärmedizinischer (CAM) Aspekte

S. Joos¹, R. Simmich¹, M. Adam¹, C. Guethlin², N. Klafke³

¹Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Universitätsklinik Tübingen; ²Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität, Frankfurt am Main; ³Universitätsklinikum Heidelberg, Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

1 Stellenwert der Komplementärmedizin in der hausärztlichen onkologischen Nachsorge aus Sicht der Hausarztpraxen

M. Adam¹, R. Simmich², S. Joos², N. Klafke¹

¹Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung; ²Universität Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung

2 Stellenwert von Komplementärmedizin in der hausärztlichen onkologischen Nachsorge aus Patientensicht

R. Simmich¹, M. Adam², N. Klafke², S. Joos¹

¹Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Universitätsklinik Tübingen; ²Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

3 Blended-Learning-Training von Hausärzten zur Beratung onkologischer Patienten bezüglich komplementärmedizinischer Maßnahmen

C. Guethlin¹, J. Engler¹, R. Simmich², S. Joos²

¹Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität, Frankfurt am Main; ²Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Universitätsklinik Tübingen

4 Vorstellung eines pilotierten TdA-Moduls für Hausarztpraxen zur Beratung von onkologischen Patienten

N. Klafke¹, M. Adam¹, R. Simmich², S. Joos²

¹Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung; ²Universität Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung

11:30 - 13:00

Raum: 23.01 HS 3C

VII-Symp8

Symposium 8: Wie kann das Management der oralen Antikoagulation in der Hausarztpraxis optimiert werden? Ergebnisse der Cluster randomisierten PICANT Studie

Moderation: Juliana Petersen¹, Andreas Siebenhofer-Kroitzsch^{1,2}

¹Goethe-Universität Frankfurt am Main Institut für Allgemeinmedizin; ²Medizinische Universität Graz Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Österreich

1 **Wirksamkeit eines hausarztpraxisbasierten Case Managements zur Optimierung der oralen Antikoagulation – Ergebnisse der Cluster randomisierten PICANT-Studie**

A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,2}, J. J. Petersen¹, L. R. Ulrich¹, K. Mergenthal¹, B. Kemperdick¹, S. Rauck¹, S. Schulz-Rothe¹, F. M. Gerlach¹, G. Pregartner³, A. Berghold³

¹Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin; ²Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Österreich; ³Medizinische Universität Graz, Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation, Österreich

2 **Einführung in die Cluster randomisierte PICANT-Studie: Methoden, Rekrutierung und Repräsentativität von Studienteilnehmern**

J. J. Petersen¹, L. R. Ulrich¹, K. Mergenthal¹, B. Kemperdick¹, S. Rauck¹, S. Schulz-Rothe¹, F. M. Gerlach¹, G. Pregartner², A. Berghold², A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,3}

¹Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin; ²Medizinische Universität Graz, Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation, Österreich; ³Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Österreich

3 **Direkte orale Antikoagulanzen (DOAK) – Therapiewechsel und deren Gründe im Rahmen der PICANT-Studie – Ergebnisse eines Mixed-Methods-Designs**

K. Mergenthal¹, L. R. Ulrich¹, J. J. Petersen¹, A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,2}, S. Rauck¹, B. Kemperdick¹, S. Schulz-Rothe¹, C. Ockelmann¹, S. Harder³

¹Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin; ²Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Österreich; ³Klinikum der Goethe-Universität, Institut für Klinische Pharmakologie, Frankfurt am Main

4 **Gesundheitsökonomische Evaluation eines hausarztpraxisbasierten Case Managements zur Optimierung der oralen Antikoagulation – Ergebnisse aus der Cluster-randomisierten PICANT-Studie**

L. R. Ulrich¹, J. J. Petersen¹, K. Mergenthal¹, A. Berghold², G. Pregartner², A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,3}

¹Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin; ²Medizinische Universität Graz, Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation, Österreich; ³Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Österreich

11:30 - 13:00

Raum: 23.32.01 41

VII-WS46

Workshop: Offene Placebogabe – akademische Spielerei oder reale Option für die allgemeinmedizinische Praxis?

Moderation: Klaus Linde, Ulrike Bingel, Karin Meissner, Sabine Stroppe, Antonius Schneider

- 1 Offene Placebogabe – akademische Spielerei oder reale Option für die allgemeinmedizinische Praxis?

K. Linde¹, U. Bingel², K. Meissner^{3,4}, S. Stroppe³, A. Schneider¹

¹Technische Universität München, Institut für Allgemeinmedizin; ²Universitätsklinikum Essen, Klinik für Neurologie; ³Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Medizinische Psychologie; ⁴Hochschule Coburg, Integrative Gesundheitsförderung

11:30 - 13:00

Raum: 23.32.00 52

VII-WS47

Praxis-Workshop: Das CoTrain-Kommunikationstraining für die Hausarztpraxis – ein einführender Workshop

Moderation: Verena Leve, Olaf Reddemann

- 1 Das CoTrain-Kommunikationstraining für die Hausarztpraxis – ein einführender Workshop

V. Leve¹, O. Reddemann^{2,1}, S. Steinhausen³, S. Wilm¹, F. Vitinius⁴, A. - W. Bödecker⁵, H. Pfaff⁶, E. Neugebauer^{7,8}

¹Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf; ²Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Köln; ³Universität Witten/Herdecke, Campus Köln; ⁴Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Uniklinik Köln; ⁵Schwerpunkt Allgemeinmedizin an der Universität zu Köln; ⁶Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln; ⁷Institut für Forschung in der Operativen Medizin, Universität Witten/Herdecke, Campus Köln; ⁸Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Campus Neuruppin

11:30 - 13:00

Raum: 23.31.U1 66

VII-WS48

Workshop: Funktionelle Muskeldiagnostik in der täglichen Praxis

Moderation: Michel Scheer

- 1 Funktionelle Muskeldiagnostik in der täglichen Praxis

M. Scheer

Praxis, Allgemeinmedizin, Paderborn

11:30 - 13:00

Raum: 23.32.U1 21

VII-WS49

Workshop: Die Kamera als Praxisbegleiterin – Fotografieren im hausärztlichen Alltag

Moderation: Rudolf Kraft

- 1 Die Kamera als Praxisbegleiterin – Fotografieren im hausärztlichen Alltag

R. Kraft

Facharzt für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Groß Grönuu

11:30 - 13:00

Leitlinien

Raum: 23.32.U1 47

VII-WS50

Workshop: Die neue DEGAM-S3 Leitlinie „Hausärztliche Beratung zur kardiovaskulären Prävention“

Moderation: Günther Egidi

- 1 Die neue DEGAM-S3 Leitlinie „Hausärztliche Beratung zur kardiovaskulären Prävention“

Günther Egidi¹, Sabine Ludt², Aniela Angelow³, Erika Baum⁴, Jean-François Chenot⁵, Joachim Feßler⁷, Jörg Haasenritter⁴, Norbert Donner-Banzhoff⁴, Uwe Popert⁶

¹Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Bremen; ²Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Centrum für Allgemeinmedizin; ³Institut für Community Medicine, Abt. Allgemeinmedizin, Greifswald; ⁴Philipps-Universität, Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin; ⁵Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Institut für Community Medicine-Abteilung Allgemeinmedizin; ⁶Georg-August-Universität Göttingen, Abteilung Allgemeinmedizin; ⁷Praxis für Allgemeinmedizin, Flörsheim am Main

11:30 - 13:00

MFA

Raum: 23.32.01 43

VII-WS51

Praxis-Workshop: Wer arm ist, stirbt früher – Über die Bedeutung der Sozialen Onkologie in der Hausarztpraxis

Moderation: Volker Beck

- 1 Wer arm ist, stirbt früher – Über die Bedeutung der Sozialen Onkologie in der Hausarztpraxis

V. Beck

Hochschule Darmstadt, FBGS

13:00 - 13:15

Pause zum Raumwechsel

Lunchpakete

13:15 - 14:00

Raum: 23.01 HS 3A

KN IV

Keynote IV: Der Hausarzt als ohnmächtiger Heiland in Franz Kafkas Erzählung "Ein Landarzt". by Henriette Herwig

Moderation: Vera Kalitzkus

Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam)



1 Der Hausarzt als ohnmächtiger Heiland in Franz Kafkas Erzählung „Ein Landarzt“

H. Herwig

Universität Düsseldorf; University of California, Davis, USA

Preisträgerin der Hufeland-Lecture 2017

Hufeland-Lecture 2017

Prof. Dr. Henriette Herwig hält in diesem Jahr die Hufeland-Lecture. Die Stiftung Allgemeinmedizin lädt einmal im Jahr eine bedeutende Persönlichkeit zur akademischen „Hufeland-Lecture“ zu Grundfragen der Medizin ein. Auf diese Weise soll das Werk dieser Person geehrt werden. Christoph Wilhelm Hufeland (12.08.1762 - 25.08.1836) war in seiner Weimarer Zeit Hausarzt von Johann Wolfgang von Goethe, Friedrich von Schiller, Johann Gottfried von Herder und Christoph Martin Wieland. Mit diesen Patienten wird Hufeland über seinen unmittelbaren klinisch-ärztlichen Auftrag hinaus auch umfassende Fragen von Gesundheit und Krankheit erörtert haben. Daran anknüpfend soll die „Hufeland-Lecture“ Ärzte und Patienten von heute zum Nachdenken anregen.

Jahr Preisträger/in

2017 Henriette Herwig

2016 Gerd Gigerenzer

2015 Michael M. Kochen

https://www.stiftung-allgemeinmedizin.de/content/e147/e156/index_ger.html

14:00 – 14:30

Raum: 23.01 HS 3A

Abschlussveranstaltung

Verleihung der Posterpreise durch die Posterjury des DEGAM-Kongresses 2017

Schlusswort: Prof. Dr. Erika Baum, Präsidentin der DEGAM

Keine Atempause! – Einladung zum DEGAM-Kongress 2018 in Innsbruck/Österreich

14:30 - 14:45

Pause zum Raumwechsel

Lunchpakete

14:45 - 16:15

Leitlinien

Raum: 23.32.00 52

VIII-WS53

Praxis-Workshop: Autofahren und Demenz – Umsetzung einer Handlungsempfehlung für den hausärztlichen Praxisalltag

Moderation: Verena Leve

- 1 Autofahren und Demenz – Umsetzung einer Handlungsempfehlung für den hausärztlichen Praxisalltag

V. Leve, K. Ilse, M. Ufert, S. Santos, S. Löscher, S. Wilm, M. Pentzek

Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

14:45 - 16:15

Raum: 23.31.U1 66

VIII-WS54

Praxis-Workshop: Arzthaftpflicht – die rechtssichere Kommunikation

Moderation: Patrick Weidinger

- 1 Arzthaftpflicht – die rechtssichere Kommunikation

P. Weidinger

Deutsche Ärzteversicherung, Arzt- und Krankenhaushaftpflicht, Köln

14:45 - 16:15

Raum: 23.32.U1 21

VIII-WS55

Praxis-Workshop: „Ruhe im Hamsterrad“ - Wissenschaft & Techniken der Stressregulation aus der Mind Body Medizin

Moderation: Hans-Ulrich Sappok, Sabine Hubbertz-Josat

- 1 „Ruhe im Hamsterrad“ - Wissenschaft & Techniken der Stressregulation aus der Mind Body Medizin

H. - U. Sappok, S. Hubbertz-Josat

Mind Body Medizin Düsseldorf (MBMDUS), Medical Coaching&Training

14:45 - 16:15

Leitlinien

Raum: 23.32.U1 47

VIII-WS56

Praxis-Workshop: Sicher in der Tabakentwöhnung: Wie setze ich die S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums" in der hausärztlichen Praxis um?

Moderation: Sabrina Kaustaun, Daniel Kotz

- 1 Sicher in der Tabakentwöhnung: Wie setze ich die S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums" in der hausärztlichen Praxis um?

S. Kastaun¹, V. Leve¹, E. Gummersbach^{1,2}, O. Reddemann^{1,3}, D. Kotz^{1,4}

¹Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam); ²Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Duisburg; ³Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Köln; ⁴CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Department of Family Medicine, Maastricht, Niederlande

14:45 - 16:15

MFA

Raum: 23.32.01 43

VIII-WS57

Praxis-Workshop: Therapieverbesserung durch Aufklärung des chronisch kranken Patienten (Asthma/COPD) durch die MFA

Moderation: Iris Schluckebier

- 1 Therapieverbesserung durch Aufklärung des chronisch kranken Patienten (Asthma/COPD) durch die MFA

I. Schluckebier

Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Abstract

Donnerstag, 21. September 2017

Pre-Conference-Workshops

08:30 - 11:30

Raum: 23.32.01 68

PCWS1

Pre-Conference-Workshop 1: Vorbereitung auf die Facharztprüfung Allgemeinmedizin

PCWS1 | 1

Vorbereitung auf die Facharztprüfung Allgemeinmedizin

M. Lohnstein¹, A. Wunder²

¹ Hausärzte am Vincentinum, Augsburg; ² Johann Wolfgang Goethe Universität Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt

Hintergrund

Die fünfjährige Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wird mit der mündlichen Facharztprüfung abgeschlossen. Die Breite und Vielfalt des allgemeinmedizinischen Arbeitsfeldes erfordert eine strukturierte Prüfungsvorbereitung mit Schwerpunktsetzungen. Dazu wird eine inhaltliche Gliederung vorgestellt, die auf der Auswertung von über 400 Prüfungsprotokollen aus neun Bundesländern beruht. Ebenso wichtig sind Tipps zur Prüfungspsychologie. "Ich stehe auf dem Schlauch" - Wie kann ich solche Situationen vermeiden und meistern?

Zielgruppe

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, Prüfer für das Fachgebiet Allgemeinmedizin.

Didaktische Methode

Interaktiver Vortrag mit Simulation der Prüfungssituation.

Ziele

Die Teilnehmer erhalten einen Wegweiser für die Prüfungsvorbereitung, der als roter Faden für den Weg zur erfolgreichen Prüfung dient. In den Prüfungssimulationen werden prüfungstypische Fragestellungen in einem geschützten Raum eingeübt. Eine Struktur zur Gestaltung der letzten Wegstrecke vor der Facharztprüfung wird gemeinsam erarbeitet.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

Zwanzig

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Arzt für Allgemeinmedizin seit 1980; Prüfer bei der Landesärztekammer Bayern. Langjähriger Referent zum Thema auf DEGAM-Kongressen.



08:30 - 11:30

Raum: 23.32.U1 47

PCWS2

Pre-Conference-Workshop 2: Kompetenzzentren in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung- Status quo

PCWS2 | 1

Kompetenzzentren in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung- Status quo

R. Jendyk¹, E. Baum², J. - F. Chenot³, F. M. Gerlach⁴, S. Schwill⁵, S. Sommer², J. Steinhäuser⁶

¹ Westfälische Wilhelms- Universität Münster, Centrum für Allgemeinmedizin, Münster; ² Philipps- Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg; ³ Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Institut für Community Medicine- Abteilung Allgemeinmedizin, Greifswald; ⁴ Johann Wolfgang Goethe- Universität, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; ⁵ Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; ⁶ Universitätsklinikum Schleswig- Holstein, Institut für Allgemeinmedizin, Lübeck

Hintergrund

Die ersten Kompetenzzentren zur Förderung der Qualität und Effizienz der Weiterbildung sind seit dem 01.07.2017 gestartet. Ein Austausch erster Erfahrungen ist sowohl für die bestehenden Kompetenzzentren wie auch für die noch zu gründenden Kompetenzzentren wichtig. Der Workshop soll als Austauschplattform dienen. Zudem soll der aktuelle Stand der Weiterbildungsförderung dargestellt werden.

Zielgruppe

Zielgruppe sind Personen, die mit der Errichtung bzw. mit dem Betrieb von Kompetenzzentren in der Weiterbildung betraut sind und Interessierte an der Qualitätsförderung und Effizienzsteigerung in der Weiterbildung.

Didaktische Methode

Ein interaktiver Workshop zum Austausch der Erfahrungen und Präsentation des Status quo soll durchgeführt werden. Eine Art Best- Practice- Forum soll Anregungen und Hilfestellungen bieten.

Ziele

Ein Austausch untereinander und die Darstellung des aktuellen Standes soll Hilfestellungen und Anregungen zu Umsetzungsmöglichkeiten in den einzelnen Kompetenzzentren bieten.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

ca. 40

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Alle 4 Autoren/Workshopleiter sind mit dem Thema vertraut und haben bei Vorarbeiten, der Errichtung und dem Betrieb von Kompetenzzentren Erfahrungen sammeln können.



08:30 - 11:30

Raum: 23.32.01 43

PCWS3

Pre-Conference-Workshop 3: Teambesprechungen – ein Qualitätsmerkmal von Hausarztpraxen?

PCWS3 | 1

Teambesprechungen – ein Qualitätsmerkmal von Hausarztpraxen?!

K. Götz¹, A. Mainz²

¹ Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Allgemeinmedizin, Lübeck; ² Praxis, Korbach

Hintergrund

Die Stiftung Praxissiegel e.V. zertifiziert Praxen, die erfolgreich ein Qualitätsmanagement-System durchlaufen haben und definierte Anforderungen erfüllen (www.praxissiegel.de). Die Erfahrungen zeigen, dass spätestens bei den moderierten Teambesprechungen am Ende eines Assessments die Bedeutung des Praxisteams als Quelle aller Verbesserungsmaßnahmen deutlich wird. Daher sollen (und können) regelmäßige Praxisteambesprechungen dazu beitragen, dass der Qualitätskreislauf PDCA allen zu Gute kommt.

Zielgruppe

Hausärztinnen, Hausärzte, Medizinische Fachangestellte

Didaktische Methode

Impulsvortrag, Kleingruppenarbeit, metaplan-Techniken, Plenumsdiskussion

Ziele

Den TeilnehmerInnen sollen die aus Literatur und Erfahrungen erworbenen Kompetenzen bez. Teambesprechungen vermittelt werden. Sie sollen befähigt werden, mit gelungenen Teambesprechungen ihr Team und damit ihre Praxen erfolgreich weiterzuentwickeln.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

16

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Katja Götz arbeitet als wissenschaftliche Koordinatorin am Institut für Allgemeinmedizin am UKSH in Lübeck. Regelmäßig führt sie Workshops in Praxen und bei diversen Tagen der Allgemeinmedizin an unterschiedlichen Standorten zum Thema „Zusammenarbeit im Team“ durch.

Armin Mainz arbeitete viele Jahre als hausärztlicher Internist in einer Hausarztpraxis (www.praxis-korbach.de). Als Visitor für das QM-System EPA (Europäisches Praxisassessment) hat er einen Einblick in die Vielgestaltigkeit von hausärztlichen Teambesprechungen.



08:30 - 11:30

Raum: 23.32.U1 44

PCWS4

Pre-Conference-Workshop 4: Der Hausarzt als medizinischer Gutachter

PCWS4 | 1

Der Hausarzt als medizinischer Gutachter

A. Stein¹, B. Schirmacher²

¹ LMU München, Allgemeinmedizin, München; ² Hochschule Fresenius, Soziales, München

Hintergrund

20 % der hausärztlichen Arbeit sind im weitesten Sinne gutachterliche Tätigkeiten – jedoch oft unentgeltlich.

Zielgruppe

alle Hausärzte

Didaktische Methode

1. Auftraggeber:

1. Privatpersonen
2. Versicherungen, z. B. AU
3. Schlichtungsstellen (z. B. LÄK)
4. Behörden und Ämter
5. Staatsanwaltschaft
6. Sozialgericht
7. Verwaltungsgericht
8. Arbeitsgericht
9. Zivilgericht
10. Strafgericht
11. Betreuungsrecht

2. spezielle Gutachteraufträge zur/zum:

- Geschäftsfähigkeit
- Testierfähigkeit
- Haftfähigkeit
- Verhandlungs- und Prozessfähigkeit, Zeugentüchtigkeit
- Betreuungsbedürftigkeit
- Unterbringungspflichtigkeit
- Frage nach freiheitsentziehenden bzw. -einschränkenden Maßnahmen
- Schuldfähigkeit und Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik bzw. Entziehungsanstalt
- Miet- und Umzugsfähigkeit
- Feststellung / Verneinung von ärztlichen Behandlungsfehlern
- Arbeitsfähigkeit
- Prüfungstauglichkeit
- Abschiebung
- Renten- und Schwerbehindertenrecht
- Pflegeversicherungsstufe

3. Rechte und Pflichten des Arztes

3.1 Pflichten:

1. Sachkunde übermitteln, wissenschaftliche Anwendung
2. Durchführung von Untersuchungen



3.2 Rechte:

1. Akteneinsicht
2. Zeugenbefragungen
3. Sitzungsteilnahme

4. Ärztlicher Befundbericht

- Sozialanamnese
- Körperliche Fremdanamnese
- Körperliche Eigenanamnese
- Körperliche Befunddarstellung
- psychiatrische Fremdanamnese
- psychiatrische Eigenanamnese
- Drogen- + Alkoholanamnese (allg. + spez.)
- Sexualanamnese
- Psychiatrischer Befund
- Medikamente früher, aktuell + „Tatzeitpunkt“

5. Abschließende Bewertung der erhobenen Befunde

- kurze Zusammenfassung der Highlights als Begutachtungsergebnis
- Bewertung von Fremdbefunden (z. B. Arztbriefen)
- konkrete Beantwortung der gestellten Fragen (Cave – Überschreitung)
niemals rechtl. Bewertung (V.a. Befangenheit)
- eventuelle Empfehlung weiterer Gutachter für fachspezifische Fragen
- Literatur

6. Haftung des Gutachters für falsche Gutachten

- Straf-, zivil- und berufsrechtlich

7. Honorar

- 3-Monats-Frist zur Einreichung der Honorarforderung
- Festsetzung durch das Gericht nach Antrag des Gutachters
- Abrechnung nach den Regelungen des JVEG bzw. den Honorarklassen M1 – M3 + Kosten + MwSt

Ziele

qualifizierte Gutachter aus dem hausärztlichen Bereich

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20 - 30 Personen

Kurzbildung des/r Workshop Leiters/in

Dr. med. Albrecht Stein, niedergelassen als Facharzt für Allgemeinmedizin in einer Gemeinschaftspraxis in München

Studium Medizin und Rechtswissenschaften

Lehrbeauftragter an der LMU München

seit Jahren erfahrener Gerichtsgutachter zu verschiedensten Fragestellungen



08:30 - 11:30

Raum: 23.32.01 41

PCWS5

Pre-Conference-Workshop 5: Kooperative Kommunikation zur ‚Heilsamen Erfahrung‘

PCWS5 | 1

Kooperative Kommunikation zur ‚Heilsamen Erfahrung‘

T. Petzold^{1,2}

¹ Zentrum Für Salutogenese, Leitung, Bad Gandersheim; ² Medizinische Hochschule Hannover, Allgemeinmedizin, Hannover

Hintergrund

Patient-Arzt-Kommunikation hat ein Ziel – implizit und/oder explizit. Der amerikanische Allgemeinarzt und Komplexitätsforscher John Scott nennt als Attraktor für die ärztliche Konsultation „healing experience“. Wenn der Patient beim Arzt eine heilsame Erfahrung macht, wirkt dies salutogen. Patient und Arzt bilden zur Kooperation zum Zwecke der Gesundung ein neues komplexes System. Für diese dialogische Kooperation soll der Attraktor ‚heilsame Erfahrung‘ die gemeinsame Intentionalität bilden.

Mit dem einfachen Modell der kommunikativen gesunden Selbstregulation werden diese komplexen Zusammenhänge in drei Phasen leicht verständlich.

In den kommunikativen Phasen einer Beratung kann der Patient heilsame Erfahrungen machen: 1. In der Anamnese (Reflexion, Einstimmung, Empathie auch für Gesundes), 2. Wahrnehmung/Beobachtung (aktueller Status subjektiv/objektiv: Störungen, Gesundes, Ressourcen und Annäherungsziele/Attraktoren) und 3. (Be-)Handeln/Handlungsmöglichkeiten sowie ggf. 4. einer Bilanzierung/Reflexion. Der Patient kann sich verstanden, gesehen und angenommen fühlen sowie durch Berührung, Unterstützung, Kooperation und geeignete Behandlung eine heilsame Erfahrung machen.

Für Menschen, die sich leicht als Opfer fühlen (und sei es als Opfer einer Erkrankung) ist es besonders wichtig, in ihrer Verletztheit und Sensibilität angenommen zu werden. Erst, wenn sie sich am Punkt der tiefsten Verletzung gesehen fühlen, werden sie bereit für eine salutogene Kooperation. Dies ist oft schon eine wichtige heilsame Erfahrung.

Zielgruppe

Hausärzte, Therapeuten, Studenten, MFA

Didaktische Methode

Impulsreferate, Kommunikationsübungen, Rollenspiel

Ziele

Praxisbezogene, theoretisch gestützte Vorstellungen für eine kooperative Patient-Arzt-Kommunikation

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

6-30

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Allgemeinarzt seit 1979; NHV; Europ. Certif. Psychotherapy; Entwickler, Ausbilder und Supervisor der Salutogenen Kommunikation (seit 2007); Gründer und Leiter des Zentrums für Salutogenese, Sprecher des Dachverbands Salutogenese; Autor zahlreicher Bücher und Artikel: aktuell: ‚Schöpferische Kommunikation – Theoretische Grundlagen ganz praktisch‘.



08:30 - 11:30

Raum: 23.32.U1 21

PCWS6

Pre-Conference-Workshop 6: Vorkonferenz und Mitgliederversammlung der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE). Welche Position bezieht die JADE hinsichtlich des Aufbaus der Kompetenzzentren Allgemeinmedizin?

PCWS6 | 1

Vorkonferenz und Mitgliederversammlung der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE). Welche Position bezieht die JADE hinsichtlich des Aufbaus der Kompetenzzentren Allgemeinmedizin?

H. Haumann¹, M. Roos², L. Heinz³, C. Rechtenwald⁴, S. Blumenthal⁵, J. Husemann⁶

¹ Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen; ² Junge Allgemeinmedizin (JADE), Erlangen; ³ Junge Allgemeinmedizin (JADE), Berlin; ⁴ Junge Allgemeinmedizin (JADE), Würzburg; ⁵ Junge Allgemeinmedizin (JADE), Berlin/Potsdam-Babelsberg; ⁶ Junge Allgemeinmedizin (JADE), Hamburg

Hintergrund

Mit der Umsetzung des Versorgungsstärkungsgesetz entstehen bundesweit Kompetenzzentren Allgemeinmedizin, die die Weiterbildung Allgemeinmedizin strukturell und inhaltlich durch Angebote wie Seminare, Train-the-Trainer, Mentoring, Unterstützung von Weiterbildungsverbünden und der Planung von Rotationen verbessern sollen. Es stellt sich daher die Frage, welche Wünsche die JADE an diese Strukturen adressieren möchte und welche Rolle sie zukünftig als Netzwerk zukünftiger und junger Allgemeinmediziner spielen möchte. Im zweiten Teil der Pre-Conference wird die JADE außerdem ihre jährliche Mitgliederversammlung stattfinden lassen.

Zielgruppe

Eingeladen sind alle JADE-Mitglieder sowie alle Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, junge Fachärztinnen und Fachärzte bis zum Ende des 5. Berufsjahres nach der Facharztprüfung, Studierende der Medizin und alle, die sich für die Arbeit der JADE interessieren

Didaktische Methode

Mischung aus Impulsvorträgen, Gruppenarbeit und Diskussion im Plenum.

Ziele

Erarbeitung von Ideen und einer gemeinsamen Position zur Rolle der JADE in den Kompetenzzentren Allgemeinmedizin. Ferner soll für Interessierte die Möglichkeit gegeben sein, die JADE kennenzulernen. Im zweiten Teil des Workshops wird im Rahmen der Mitgliederversammlung die Wahl eines neuen JADE Vorstandes erfolgen.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

ca. 30 Teilnehmer, max. 50

Kurzzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Dr.med. Hannah Haumann ist DEGAM-Kontaktperson der JADE, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikum Tübingen und begeisterte Ärztin in Weiterbildung Allgemeinmedizin. Hannah Haumann ist in der JADE aktiv für die Bereiche Internationales, Öffentlichkeitsarbeit und DEGAM.



08:30 - 11:30

Raum: 23.31.U1 66

PCWS7

Pre-Conference-Workshop 7: AG Psychosomatik- Netzwerk für Beziehungsorientierung in der Allgemeinmedizin – Wie kann die Weiterbildung der Zukunft den Ideen des Positionspapiers zur psychosomatischen Grundversorgung angemessen gerecht werden?

PCWS7 | 1

AG Psychosomatik- Netzwerk für Beziehungsorientierung in der Allgemeinmedizin – Wie kann die Weiterbildung der Zukunft den Ideen des Positionspapiers zur psychosomatischen Grundversorgung angemessen gerecht werden?

O. Reddemann^{1,2}, I. Aden³, I. Veit⁴, S. Pruski^{5,6}

¹ Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Köln; ² Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Düsseldorf; ³ Hausarztpraxis, Braunschweig; ⁴ Lehrpraxis Ruhr-Uni Bochum, Herne; ⁵ Freie und Hansestadt Hamburg, Bezirksamt Altona, Fachamt Gesundheit, Hamburg; ⁶ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg

Hintergrund

Mit dem Positionspapier zur Psychosomatischen Grundversorgung hat die DEGAM definiert, was Hausärztinnen und Hausärzte als Generalisten leisten können und sollen. Bereitet die Weiterbildung Allgemeinmedizin darauf genügend vor? Ist die 80stündige Weiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung als Pflichtbestandteil ausreichend? Die Konstituierung der Kompetenzzentren Allgemeinmedizin bietet die Möglichkeit, den im Positionspapier formulierten Ideen der Beziehungsmedizin einen anderen Stellenwert auch in anderen Lehr- und Reflexionsformaten zu geben. Wie könnten sich hier nicht-dualistische Perspektiven auch auf die klassischen vordergründig somatischen Beratungsanlässe etablieren lassen? Oder ist der wichtigere gar einzige Ansatzpunkt das Training der Weiterbildungler/innen in den Praxen?

Zielgruppe

Hausärztinnen und Hausärzte, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, in der Allgemeinmedizin Forschende

Didaktische Methode

Impulsvortrag, Kleingruppenarbeit, Fallarbeit nach von Uexküll, Ergebnisdokumentation in verschiedenen Formaten

Ziele

In Kleingruppen sollen Wünsche Ideen und bestehende Best Practice-Modelle gesammelt und erprobt, dokumentiert und in die aktuelle Diskussion möglichst als gemeinsame Publikation stärker eingebracht werden.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Olaf Reddemann ist seit 11 Jahren als Hausarzt in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen. Seit 2001 intensive Beschäftigung mit Fragen der Versorgung psychisch traumatisierter Menschen. Seit 2006 tätig in ärztlicher Fort- und Weiterbildung, ab 2013 Lehrbeauftragter, derzeit freier wissenschaftlicher Mitarbeiter am ifam in Düsseldorf, Sprecher der AG Psychosomatik in der DEGAM.



08:30 - 11:30

Raum: 23.32.00 61

PCWS8

Pre-Conference-Workshop 8: Workshop zur Forschung in der Allgemeinmedizin

PCWS8 | 1

Workshop zur Forschung in der Allgemeinmedizin

H. Kaduszkiewicz¹, T. Zimmermann²

¹ Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Allgemeinmedizin, Kiel; ² Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin Zentrum für Psychosoziale Medizin, Hamburg

Hintergrund

Ziel dieses Workshops ist es, das wissenschaftliche Denken zu schulen, wissenschaftliche Methoden kennenzulernen und eventuelle Hürden auf dem Weg zu wissenschaftlicher Erkenntnis frühzeitig zu erkennen.

Zielgruppe

Studierende der DESAM-Nachwuchsakademie

Didaktische Methode

Die Workshopteilnehmer/-innen werden ihre Forschungsideen strukturiert vorstellen. Anhand dieser Beispiele werden vielfältige methodische Aspekte diskutiert und konkretisiert.

Ziele

Mit dem angebotenen Workshop wollen wir die Studierenden der DESAM-Nachwuchsakademie auf die vielen wissenschaftlichen Präsentationen vorbereiten, die sie während des Kongresses erwarten - und zu eigener Forschung motivieren.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Prof. Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz ist Leiterin des Instituts für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

Dr. Thomas Zimmermann, Dipl.-Psych., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin Zentrum für Psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



08:30 - 11:30

Raum: 23.32.00 52

PCWS9

Pre-Conference-Workshop 9: Akademische Allgemeinmedizin – Herausforderungen für den Mittelbau in allgemeinmedizinischer Lehre und Forschung

PCWS9 | 1

Akademische Allgemeinmedizin – Herausforderungen für den Mittelbau in allgemeinmedizinischer Lehre und Forschung

V. Leve¹, S. Schaffer², S. Heim³, H. Riemenschneider⁴, S. Santos¹, K. Schlöbler⁵, K. Voigt⁴

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Düsseldorf; ² Allgemeinmedizinisches Institut, Universitätsklinikum Erlangen, Erlangen, Erlangen; ³ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen; ⁴ Bereich Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät Carl-Gustav-Carus Dresden; ⁵ Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg, Marburg

Hintergrund

Für die Sicherung der allgemeinmedizinischen Forschung und Lehre ist der wissenschaftliche Mittelbau von großer Bedeutung. Wissenschaftliche Mitarbeiter/innen zeichnen sich für die Durchführung von Forschungsprojekten verantwortlich und sind maßgeblich an der studentischen Ausbildung sowie der Organisation fachärztlicher Fort- und Weiterbildung beteiligt. Die Begleitung und Qualifizierung von Lehrpraxen ebenso wie der Aufbau und die Koordination von Forschungspraxen-Netzen wird durch wissenschaftliche Mitarbeiter/innen geleistet. 2015 zeigte eine Befragung wissenschaftlicher Mitarbeiter/innen der allgemeinmedizinischen Institute in Deutschland, dass sich der Mittelbau in allgemeinmedizinischen Instituten multidisziplinär zusammensetzt und sich durch hohes Engagement und Teamorientierung auszeichnet. Dabei sind Mitarbeiter/innen nicht selten mit hoher Arbeitsbelastung und systembedingten Herausforderungen im Arbeitsalltag konfrontiert.

Basierend auf den Arbeitsergebnissen aus den Jahren 2015 und 2016 wollen wir im Workshop anhand bereits identifizierter Handlungsfelder gemeinsam Perspektiven für die Gestaltung der Arbeitswelt in allgemeinmedizinischer Forschung und Lehre entwickeln. Insbesondere werden wir uns mit den Fragen beschäftigen, was der Mittelbau beitragen kann, um den aktuellen Herausforderungen wie dem Ausbau der Lehre, der Koordinierung der Weiterbildung und dem weiteren Ausbau der Allgemeinmedizin zu begegnen, und welche Rahmenbedingungen hierzu benötigt werden.

Zielgruppe

Wissenschaftliche Mitarbeiter/-innen und wissenschaftliche Interessierte (aller Fachrichtungen: Allgemeinmedizin, Psychologie, Soziologie, Gesundheitsökonomie, Public Health, Pflegewissenschaften, Gesundheitswissenschaften, Physiotherapie, Medizinpädagogik etc.)

Didaktische Methode

Impulsvortrag, themenbezogene Kleingruppenarbeit, Ergebnissicherung (Protokoll)

Ziele

Erarbeitung von Positionen zur Weiterentwicklung von Wissenschaft und Lehre an allgemeinmedizinischen Instituten aus Sicht des Mittelbaus.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15-20

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Der Workshop wird geleitet von den Vertreterinnen der o.g. Arbeitsgruppe, die im Rahmen der Treffen des Mittelbaus gegründet wurde.



Donnerstag, 21. September 2017

4. Kongress für „Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft“

09:00 - 14:45
Familienmedizin

Raum: O.A.S.E.

4. Kongress für „Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft“

Familienmedizin | 1

Zurück zu den Wurzeln – Frühe Protagonist/innen der Familienmedizin in Deutschland

V. Kalitzkus, S. Wilm

Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Düsseldorf

Hintergrund

Familienmedizin ist integraler Bestandteil der Allgemeinmedizin. Ihre Wurzeln reichen bis in die späten 1970er Jahre zurück. Die gesellschaftlichen Aufbrüche der damaligen Zeit wirkten sich auch auf die Allgemeinmedizin aus. Neue Ansätze für die hausärztliche Praxis wurden erprobt, in denen familienmedizinische Aspekte eine Rolle spielten. Um die Familienmedizin in Forschung und Praxis zu stärken und weiterzuentwickeln, kann eine Auseinandersetzung mit den historischen Bezügen wichtige Hinweise liefern.

Fragestellung

Welche Erfahrungen und welches Wissen der damaligen Protagonistinnen und Protagonisten können für die Weiterentwicklung der Familienmedizin heute genutzt werden?

Methoden

Qualitative Interviewstudie mit frühen Vertreterinnen und Vertretern hausärztlicher Familienmedizin in Deutschland (n=9), die die Familienmedizin über Veröffentlichungen, Forschungsprojekte oder Schwerpunkte in ihrer hausärztlichen Praxis prägten. Die Interviews dauerten ein bis zwei Stunden. Die Auswertung der Transkripte erfolgt über qualitative Inhaltsanalyse.

Ergebnisse

In den 1970er bis 1980er Jahren war Familienmedizin selbstverständlicher Bestandteil hausärztlicher Praxis. Strukturierte familienmedizinische Herangehensweisen wurden kaum benannt, hingegen die Bedeutung der Bereitschaft, sich auf die Nähe und eine Beziehung zu den Patientinnen und Patienten und ihren Familien einzulassen. Die heutige hausärztliche Haltung scheint sich nach Ansicht der Befragten im Vergleich zu damals verändert zu haben.

Diskussion

Die Ergebnisse der Studie lassen das Zusammenspiel von gesellschaftlichem Wandel, Medizinsystem und Familie erkennen. Sie verweisen darüber hinaus darauf, dass auch das persönliche Interesse und die individuelle Herangehensweise an die hausärztliche Tätigkeit die Umsetzung von Familienmedizin in der Praxis prägen. Auffällig ist, dass sich für die damalige Zeit kaum Konzepte und Methoden für eine strukturierte familienmedizinische Umsetzung/Haltung in der hausärztlichen Praxis finden lassen.



Familienmedizin | 2

Fluch oder Segen? Wenn der Hausarzt die ganze Familie betreut

B. Hemming, A. Hemming

Praxis Dres. Hemming, Duisburg

Hintergrund

Oft betreut der Hausarzt über Jahrzehnte gleichzeitig mehrere Mitglieder einer Familie. Dies führt zu einer über Jahre gewachsenen Beziehung, die es in vielen Fällen ermöglicht auch systemisch in der Familie Gesundheit zu erhalten oder wieder herzustellen. Oft wird der Arzt aber auch tief in die Familienstrukturen einbezogen mit der Gefahr in seiner Rolle für familiäre Konflikte instrumentalisiert zu werden.

Fragestellung

Ist die Beziehung zu den einzelnen Familienmitgliedern für die Betreuung der Familie hilfreich oder belastend?

Methoden

Fallgestützte Reflektion von mehr als 10 Jahren familienmedizinischer Arbeit

Ergebnisse

Fallvignetten

Diskussion

Differenzierte Sichtweise für die Chancen aber auch Gefahren einer Familienmedizinischen Arbeitsweise

Familienmedizin | WS1

Gewalt in der Familie: Wenn es für den Hausarzt richtig schwierig wird

B. Hemming, A. Hemming

Praxis Dres. Hemming, Duisburg

Hintergrund

Gewalt in der Familie ist ein häufiges Phänomen. Gewalt in der Familie macht krank und ist schwerwiegender als Gewalt außerhalb der Familie. Hausärzte sind damit konfrontiert, dass sie über Jahre oft gleichzeitig Opfer und Täter in einer Familie versorgen und betreuen.

Zielgruppe

Praktizierende Hausärzte; wissenschaftliche Mitarbeiter allgemeinmedizinischer Institute

Didaktische Methode

Fallorientierter Kurzvortrag, anschließend Erarbeitung einzelner Lösungsaspekte in kleineren Gruppen, Zusammenführung im Plenum des Workshops und Ausarbeitung konkreter Handlungsempfehlungen für die Praxis.

Ziele

Sensibilisierung für die eigene Hilflosigkeit und Gefahr der Instrumentalisierung in emotional belastender Betreuung von Familien.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15-20 TeilnehmerInnen

Kurzworstellung des/r Workshop Leiters/in

Seit mehr als 20 Jahren Arbeit in einer familienmedizinisch ausgerichteten Hausarztpraxis und Tätigkeit als Lehrbeauftragter im Institut für Allgemeinmedizin der HHU Düsseldorf.



Familienmedizin | WS2

Transition von chronisch kranken Jugendlichen in der Hausarztpraxis

S. Zutz¹, L. Degener²

¹ Praxis für Allgemein- und Familienmedizin, Neubukow; ² Hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Altenberge

Hintergrund

Für die Überleitung chronisch kranker Jugendlicher gibt es momentan keine etablierten Strukturen. Dies führt dazu, dass es beim Wechsel des Versorgungsbereiches von der Kinder- und Jugendmedizin in die Erwachsenenmedizin einen Bruch in der Kontinuität der (haus-)ärztlichen Betreuung gibt.

Zielgruppe

Hausärzte/Hausärztinnen, die chronisch kranke Kinder und Jugendliche betreuen; wissenschaftliche Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen allgemeinmedizinischer Institute.

Didaktische Methode

Kurzreferat zur Struktur „Transitionskonferenz“; Kleingruppenarbeit; Metaplantechnik.

Ziele

Erarbeitung von Strukturvorschlägen zur systematischen Transition chronisch kranker Jugendlicher.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Stefan Zutz, Facharzt für Allgemeinmedizin, Lehrarzt am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Rostock, niedergelassen seit 2005 in einer Gemeinschaftspraxis für Familienmedizin.



Familienmedizin | WS3

Familienanamnese in der Hausarztpraxis

H. Diederichs-Egidi

Praxis für Allgemeinmedizin, Bremen

Hintergrund

Die Familienmedizin ist von der Allgemeinmedizin nicht zu trennen. Dennoch gibt es spezifische familienmedizinische Arbeitsweisen in der hausärztlichen Praxis, die familiäre Aspekte und familiäre Problemlagen besonders im Fokus haben. Hierzu zählt unter anderem eine ausführliche Familienanamnese. Das familienanamnestische Vorgehen soll anhand konkreter Fallbeispiele aus der Praxis diskutiert und die wichtigsten Aspekte für ein strukturiertes Vorgehen in der hausärztlichen Praxis festgehalten werden.

Fragen, die sich aus dem hausärztlichen Alltag ergeben: Patienten vereinbaren Konsultationen für sich, um eigentlich über Familienmitglieder zu sprechen. Dies kann die eigenen körperlichen /seelischen Probleme betreffen oder die Sorge um einen Angehörigen. Können Strukturen erkannt werden, wer und in welcher Situation in der Praxis Termine vereinbart. Wer sorgt sich um wen? Wie kann eine strukturierte Fragestellung von Seiten der Ärztinnen und Ärzte aussehen? Gibt es Unterschiede in den Altersgruppen? Gibt es kulturelle Unterschiede?

Zielgruppe

Praktizierende Hausärzte/Hausärztinnen; wissenschaftliche Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen allgemeinmedizinischer Institute

Didaktische Methode

Kurzreferat; Diskussion in Klein- und Großgruppen über konkrete Alltagserfahrungen; Falldiskussion; Ergebnissicherung durch Protokoll

Ziele

Vertiefung der Kenntnisse zur Anamnese unter besonderer Berücksichtigung der Familie; Erarbeiten einer Handreichung zur Umsetzung von Familienanamnese in der Hausarztpraxis.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Heike Diederichs-Egidi, Fachärztin für Allgemeinmedizin, ist seit 8 Jahren in eigener Praxis in einem Stadtteil niedergelassen, in dem viele Kulturen und Religionen zu Hause. Ein weiterer Schwerpunkt ihrer Arbeit ist die kulturelle Mitarbeit vor Ort (Sprachfestival, Gestaltung der Parks, Bewegungsangebote...).



Familienmedizin | 3

So how? – Sozialarbeit und Hausarztmedizin zusammen, aber wie?

I. Buescher¹, D. Jobst^{1,2}

¹ Uniklinikum Universität Bonn, Institut für Allgemeinmedizin, Bonn; ² Uniklinikum Universität Bonn, Institut für Hausarztmedizin, Bonn

Hintergrund

„So how?“ erforscht die Kooperation zwischen Sozialarbeitern und Hausärzten. Patienten konsultieren ihre Hausärzte nicht selten in nicht-medizinischen sozialen Fragen und mit psychosozialen Problemen. Die bisherige Studienlage zur Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern ist dünn. Nur in speziellen Tätigkeitsfeldern wie der Drogensubstitution liegen Erhebungen vor, sodass eine genauere Betrachtung von Kommunikation und Zusammenarbeit spannende Ergebnisse liefern kann.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Das Forschungsprojekt untersucht bestehende Kontakte zwischen Sozialarbeitern und Hausärzten und eventuelle Hindernisse, die einer tiefergehenden Kooperation im Wege stehen. Es werden Bedürfnisse und Wünsche bezüglich einer Zusammenarbeit eruiert.

Inhalt

Methode

Eine Fokusgruppensitzung lieferte die Sicht leitender Sozialarbeiter. Zwölf Hausärzte aus Bonn und Umgebung wurden sodann mittels halbstrukturierter Interviews befragt, sämtliche Transkripte mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die Aussagen werden aufgearbeitet und verglichen.

Ergebnisse

Es besteht bei fast allen Befragten der Wunsch nach tiefergehender Kooperation. Diese würde bisher vor allem durch mangelnde Kenntnis voneinander und durch Zeit- und Schnittstellenprobleme behindert. Auch tiefergehende Aspekte wie zum Beispiel das Selbstverständnis der Professionen werden angesprochen.

Etliche Befragte machen Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit. Darauf basierend könnten nachfolgende Interventionsprojekte die Kooperation von Sozialarbeit und Hausarztmedizin konkret verändern und intensivieren.



Familienmedizin | 4

Poliklinik Veddel - ein stadtteilorientiertes Gesundheitszentrum mit hausärztlicher Versorgung sowie Sozial- und Rechtsberatung

O. Spreckelsen^{1,2}

¹ Carl von Ossietzky Oldenburg, Allgemeinmedizin, Oldenburg; ² Poliklinik Veddel, Hamburg

Hintergrund

Nach dem „Primary Health Care“-Konzept (PHC) der Weltgesundheitsorganisation sollte sich die Primärversorgung unter anderem an den Bedürfnissen der lokalen Bevölkerung und der Reduktion sozialer Ungleichheit in der Gesundheit ausrichten. In der bundesdeutschen Versorgungsrealität sind insbesondere in ärmeren Gegenden zunehmend Versorgungslücken zu verzeichnen und den vielfältigen teils sozialen Einflüssen auf die Gesundheit wird selten explizit begegnet. Im Hamburger Stadtteil Veddel – eine der ärmsten Gegenden der Stadt – hat sich die Poliklinik Veddel das Ziel gesetzt, durch parallele Angebote wie Sozial- und Rechtsberatung sowie der hausärztlichen Versorgung, ein nach den PHC-Konzept organisiertes Stadtteilgesundheitszentrum zu etablieren.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Welche Erfahrungen wurden nach ungefähr neun Monaten Betrieb gesammelt und welche Möglichkeiten und Schwierigkeiten in der Umsetzung lassen sich identifizieren?

Inhalt

Zunächst werden die Ausgangssituation durch Veranschaulichung der Besonderheiten des Stadtteils (Insellage, gesundheitsschädliche Belastungen durch Armut und Verkehr, gesundheitsförderliche Ressourcen durch sprachliche Vielfalt und aktives Gemeinschaftsleben) und die Konzeptentwicklung geschildert. Anschließend werden basierend auf Interviews mit relevanten Akteuren Erfahrungen mit möglichen besonderen Anforderungen hausärztlicher Versorgung, der Inanspruchnahme und des ermittelten Bedarfs der Beratungsangebote und deren Bezug zur Gesundheit sowie der Einbindung nachbarschaftlicher und lokaler zivilgesellschaftlicher Strukturen in das Projekt geschildert. Ausgehend von diesen Erfahrungen sollen die Chancen und Schwierigkeiten eines solchen Ansatzes diskutiert werden.



Familienmedizin | 5

Hausärztinnen und Hausärzte in der Stadt - Spezialisten für den ganzen Menschen

W. Herrmann, S. Gehrke-Beck

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin

Hintergrund

75,3% der deutschen Bevölkerung wohnen in Städten und die Lebenserwartung in Städten ist - insbesondere für Männer - niedriger als in den Landkreisen. In der öffentlichen Debatte um Bedeutung und Zukunft der Allgemeinmedizin dominiert jedoch der Begriff des Landarztes und die Bedeutung der Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung auf dem Land. Dabei wird vernachlässigt, dass die hausärztliche Versorgung in der Stadt - trotz oder gerade wegen der dort verfügbaren zahlreichen Fachärzten aller Fachrichtungen zahlreiche Herausforderungen birgt.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Müssen wir uns zukünftig mehr mit der hausärztlichen Tätigkeit in der Stadt beschäftigen?

Inhalt

Typische Stadterscheinungen sind soziale Gefälle, stärkere umweltbedingte und soziale Risikofaktoren wie z.B. Lärm und Verkehr, eine hohe Dichte an Krankenhäusern, Notfallversorgung und Fachspezialisten. Darüber hinaus ist die familiäre Einbettung von Personen in der Stadt in der Regel geringer ausgeprägt.

Internationale Gesundheitskonzepte, die sich häufig an einem städtischen Umfeld orientieren, zielen besonders auf soziale Risikofaktoren und Ressourcen ab, dazu gehören u.a. Gemeindeorientierung in der Allgemeinmedizin und das soziale Rezept.

Das Angebot an Gesundheits- und soziale Angeboten in der Stadt ist nicht nur ein Segen, sondern auch eine Herausforderung für quartäre Prävention.

Wir denken, gerade in der Stadt braucht es auch starke Hausärztinnen und Hausärzte. Die Außendarstellung der Allgemeinmedizin sollte sich daher nicht auf landärztliche Tätigkeit beschränken, sondern offensiv eine selbstbewusste hausärztliche Tätigkeit in der Stadt als Spezialist für den ganzen Menschen den Medizinstudierenden, ärztlichen Kollegen, Patienten und Entscheidungsträgern vermitteln.



Familienmedizin | 6

Umgang mit Krankheit in der Familie: Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige

S. Metzger, M. Galatsch

Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft, Witten

Hintergrund

Kinder und Jugendliche, die regelmäßig für ein chronisch krankes Familienmitglied sorgen, ihm helfen und es pflegen, werden als pflegende Kinder bezeichnet. Sie stellen eine in Deutschland kaum wahrgenommene, verborgene Gruppe pflegender Angehöriger dar. Ihr Einsatz reicht von gelegentlichen Hilfestellungen bis zur Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung unter Schülern aus Österreich (2014) weisen für die Altersgruppe 10-14 Jahre eine Prävalenz von 4.5% aus. Für Deutschland fehl(t)en bislang vergleichbare Zahlen.

Fragestellung

Wie hoch ist der Anteil der Kinder/Jugendlichen, die mit chronisch kranken Angehörigen zusammenleben? Wie hoch ist der Anteil derer, die zuhause in pflegerische Tätigkeiten eingebunden sind? Wen pflegen Kinder/Jugendliche? Welche Tätigkeiten übernehmen sie? Wie unterscheiden sie sich in ihrem Freizeitverhalten und in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern/Jugendlichen, die in der Familie nicht mit Krankheit konfrontiert sind?

Methoden

Standardisierte, repräsentative Fragebogenerhebung (elektronisch, max. 62 Items) unter Schüler*innen ab der fünften Klasse in NRW. Es wurde eine nach Schulform, Geschlecht und Ausländeranteil stratifizierte 1% Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit gezogen.

Ergebnisse

Die Studienergebnisse werden Daten zur Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige erlauben (exemplarisch: Anzahl, soziodemografische Daten, familiäre Konstellation, Art und Umfang der Hilfen, Bedürfnisse, Belastungen, Ressourcen). Darüber hinaus sind auch Aussagen dazu möglich, wie viele Kinder/Jugendliche überhaupt mit chronisch kranken Angehörigen zusammenleben. Auch ein Vergleich zwischen pflegenden und nichtpflegenden Kindern (z.B. Freizeitgestaltung, Mithilfe im Haushalt, subjektives Wohlbefinden etc.) ist möglich.

Diskussion

Eine detaillierte Situationsbeschreibung betroffener Kinder und ihrer Familien wird Vorhersagen über Risikofaktoren und Ressourcen möglich machen, um adäquate Präventions- und Unterstützungsangebote zu erarbeiten.



Familienmedizin | WS4

„Unsichtbar?“ Pflegende Kinder in der Hausarztpraxis.

M. Galatsch, N. Chikhradze, S. Metzing

Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft, Witten

Hintergrund

Kinder und Jugendliche, die regelmäßig für ein chronisch krankes Familienmitglied sorgen, stellen eine in Deutschland kaum wahrgenommene, verborgene und vulnerable Gruppe pflegender Angehöriger dar. Sie übernehmen eine Verantwortung, die gesellschaftlich normalerweise nicht für Kinder vorgesehen ist. Ihr Einsatz reicht von gelegentlichen Hilfestellungen bis zur Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Unter anderem helfen sie bei der Pflege, übernehmen medizinische Tätigkeiten, leisten emotionale Unterstützung oder kümmern sich (auch) um den Haushalt und um jüngere Geschwister. Diese Kinder und Jugendlichen werden als „pflegende Kinder“ bezeichnet. Nicht jedes Kind, das mit kranken Angehörigen zusammenlebt, wird ein pflegendes Kind, sollte es jedoch dazu kommen, kann die Pflege zu einer kaum zu bewältigenden Belastung für betroffene Kinder und Jugendliche werden. Aus diesem Grund ist es von Bedeutung, dass frühzeitig Hilfe- und Unterstützungsangebote für diese Familien bereitgestellt werden.

Zielgruppe

Praktizierende Hausärzte; wissenschaftliche Mitarbeiter allgemeinmedizinischer Institute,

Didaktische Methode

Anhand eines Fallbeispiels soll mit den Workshop-Teilnehmern die Komplexität der Situation von Kindern und Jugendlichen als mögliche „pflegende Kinder“ in Familien mit chronischer Erkrankung dargestellt und erarbeitet werden.

Ziele

Die Workshop-Teilnehmer sollen für die Situation von Familien mit chronischer Erkrankung und dem möglichen Vorhandensein von „pflegenden Kindern“ sensibilisiert werden, um so noch umfassender auf den komplexen Hilfe- und Unterstützungsbedarf dieser Familien eingehen zu können.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

max. 20

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Michael Galatsch und Nino Chikhradze sind wissenschaftliche Mitarbeiter am Department für Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke. Beide arbeiten im Forschungsprojekt „KiFam“: Bewältigung von (chronischer) Krankheit in der Familie: Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige in Deutschland.



Familienmedizin | WS5

„ Und dann bringt sie auch noch ihre Tochter mit!“ Familienmedizinische Gespräche über Sterben, Tod und Trauer in der hausärztlichen Praxis

M. Haagen

Praxis für ärztliche Psychotherapie, Hamburg

Hintergrund

Die Einbeziehung von Angehörigen in Gespräche in lebensgeschichtlichen Krisensituationen findet häufig eher zufällig statt, obwohl in verschiedenen Studien positive Wirkungen solcher Gespräche nachgewiesen wurden. In dem WS sollen Möglichkeiten einer gezielten Einbeziehung von Angehörigen jeden Alters in ärztliche Gespräche über das Lebensende erkundet werden.

Zielgruppe

Praktizierende Hausärzte; wissenschaftliche Mitarbeiter allgemeinmedizinischer Institute

Didaktische Methode

Nach einer kurzen Einführung werden ausgehend von Beispielen der Teilnehmenden und der Referentin konkrete Szenarien erarbeitet.

Ziele

Familienmedizinische Gespräche um das Lebensende von Patienten sicherer führen

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Dr. med. Miriam Haagen, ärztliche Psychotherapeutin für Kinder, Jugendliche und Erwachsene, Paar- und Familientherapeutin, Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Dozentin und Supervisorin verschiedener Institute, Leiterin des Curriculums psychosomatische Grundversorgung an der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg



Familienmedizin | WS6

Familienkonferenz – ein geeignetes Instrument zur Lösung komplexer Entscheidungsprobleme in der Allgemeinmedizin?

A. Mortsiefer, O. Reddemann, S. Wilm

Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Hintergrund

Als Faktoren für Komplexität der Entscheidungsfindung in der Allgemeinmedizin werden meistens die häufig vorhandenen multiplen Gesundheitsprobleme sowie die Herausforderungen von Langzeittherapien bei chronischen Krankheiten genannt. Die Entscheidungsfindung wird jedoch auch dann kompliziert, wenn neben Arzt/Ärztin und Patient/Patientin noch andere Personen aus dem familiären Umfeld einen wesentlichen Einfluss auf den Gang der Dinge ausüben. Neben dem Konzept des „Shared Decision Making“ zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin gibt es noch kein etabliertes Verfahren, mit dem Angehörige mit in den Entscheidungsprozess einbezogen werden können. In diesem Workshop soll das Instrument der Familienkonferenz zur Lösung komplexer Entscheidungsprobleme diskutiert werden und Ideen für die Entwicklung eines ethischen Modells entwickelt werden.

Zielgruppe

Hausärzte/Hausärztinnen sowie Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen mit dem Interessensgebieten „Familienmedizin“ und „Medical Decision Making“

Didaktische Methode

Interaktiver Workshop mit Fallarbeit: 1) Begrüßung, Vorstellung, Einführung; 2) Kurzvortrag zu Familienkonferenzen; 3) Fallarbeit in Kleingruppen; 4) Diskussion mit Sammlung von Forschungsfragen.

Ziele

A) Die Teilnehmenden erwerben Kenntnisse über das Instrument der Familienkonferenz und mögliche Einsatzgebiete; B) Kollegialer Austausch mit dem Ziel der Selbstreflexion über die eigene Arbeitsweise im Hinblick auf das Gespräch mit Patienten und Angehörigen; C) Sammlung von Forschungsideen zur Entwicklung eines lehr- und lernbaren ethischen Modells für Familienkonferenzen in der Allgemeinmedizin.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Achim Mortsiefer ist niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Köln und Leiter des Forschungsschwerpunkts „Patient-Arzt-Kommunikation“ am Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



Familienmedizin | WS7

Das Potential der MFA für die Familienmedizin in der hausärztlichen Praxis – ein explorativer Workshop

V. Kalitzkus¹, I. Schluckebier²

¹ Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Düsseldorf; ² Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten

Hintergrund

Die Familie eines Patienten oder einer Patientin spielt in die Kontakte mit der hausärztlichen Praxis mit hinein, auch wenn sie nicht physisch anwesend ist. MFA haben häufig einen guten Einblick in die soziale Situation und familiären Strukturen der Patientinnen und Patienten. Diese öffnen sich ihnen gegenüber anders als gegenüber dem Hausarzt/der Hausärztin. Sie haben den Erstkontakt (am Telefon oder bei der Anmeldung), insbesondere im ländlichen Bereich aber auch Wissen um die sozialen Gegebenheiten. Das Wissen der MFA kann für einen familienmedizinischen Ansatz von Bedeutung sein. Wie kann dieses Wissen der MFA und ihr Zugang zu den Patientinnen und Patienten für die bessere Betreuung von ihnen und ihren Familien nutzbar gemacht werden? Hierauf versuchen wir im Workshop gemeinsam Antworten zu finden.

Zielgruppe

Medizinische Fachangestellte, praktizierende Hausärztinnen und Hausärzte

Didaktische Methode

Kurzvortrag; Arbeit in Kleingruppen; Diskussion eines Fallbeispiels; Erfahrungsaustausch

Ziele

Das Wissen der MFA um die familiären und sozialen Kontexte der Patientinnen und Patienten erkennen und nutzbar machen; Sensibilisierung für den besonderen Zugang der MFA zur Welt der Patientinnen und Patienten; Wahrnehmung von und Umgang mit (ethischen) Konfliktfeldern; Erarbeiten von Empfehlungen für die Hausarztpraxis.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20

Kurzbildung des/r Workshop Leiters/in

Dr. disc. pol. Vera Kalitzkus ist *medical anthropologist* und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin (ifam) an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Ihre Themenschwerpunkte: Familienmedizin, Narrative Medizin, Biographie und Krankheitsverarbeitung, Qualitative Forschung.

Iris Schluckebier ist ausgebildete MFA, VERAH, NÄPa und Praxismanagerin. Sie arbeitet beim PKV-Informationszentrum (München), ist Seminarleiterin, selbstständige Praxisberaterin, Referentin des Hausärzteverbandes und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Witten/Herdecke. Themenschwerpunkte: Weiterbildung für MFA, Familienmedizin, Schlaganfall



Donnerstag, 21. September 2017

Arriba Info-Veranstaltung

13:45 - 14:45

Arriba-Info-Veranstaltung

Raum: 23.03.U1 61

Arriba-Info-Veranstaltung | 1

Das arriba-Projekt

N. Donner-Banzhoff¹, A. Altiner²

¹ Universität Marburg, Institut für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg; ² Universitätsmedizin Rostock, Institut für Allgemeinmedizin, Rostock

Das arriba-Beratungstool ist in der hausärztlichen Versorgung fest etabliert, weitere Module sind entwickelt und werden den Mitgliedern der künftigen arriba-Genossenschaft zur Verfügung stehen. Wir präsentieren den Stand der Modulentwicklung, der Genossenschaftsgründung und diskutieren die Zukunfts-Perspektiven von arriba.

Moderation: Norbert Donner-Banzhoff (Marburg), Attila Altiner (Rostock)



Donnerstag 21. September 2017

Programm

16:45 - 18:15

Raum: 23.01 HS 3C

I-VT1

Polypharmazie: einfach absetzen?

Moderation: Christiane Muth, Annika Viniol

I-VT1 | 1

Methodik von Medikamenten-Absetzstudien – Eine systematische Übersichtsarbeit

N. Grede, K. Kuss, N. Donner-Banzhoff, A. Viniol

Philipps-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Hintergrund

Aufgrund zunehmender Neuverordnungen von Dauermedikamenten gewinnt das Absetzen von Medikamenten zunehmend an Relevanz. Studien zu Effektivität und Wirksamkeit sind weitestgehend elaboriert, allerdings fehlen evidenzbasierte Informationen zur Methodologie von Absetzstudien.

Ziel dieses Projektes ist die Erstellung einer systematischen Übersichtsarbeit über bereits publizierte Absetzstudien sowie deren Designs.

Fragestellung

Welche methodischen Vorgehensweisen finden Anwendung beim experimentellen Absetzen von Langzeitmedikamenten?

Methoden

Im Januar 2016 erfolgte eine systematische Literaturrecherche in einschlägigen Datenbanken. Eingeschlossen wurden klinische Studien, die ein oder mehrere Dauermedikamente experimentell langfristig absetzen. Das Titel- und Abstract-Screening wurde mittels a priori festgelegten Kriterien von zwei unabhängigen Gutachtern durchgeführt. In der Volltextanalyse werden folgende Parameter extrahiert: Therapieziel (ursprüngliche Therapieindikation), Absetzmotiv, Wirkstoff, Erkrankung, Dauer der Einnahme, Absetzstrategie/Management, Setting, Studiendesign, Absetzquote, Outcomeparameter, Anzahl der Studienteilnehmer, Follow-up-Dauer.

Ergebnisse

Nach Titel-/Abstract-Screening von 10.142 Referenzen, erfolgt aktuell die Volltextanalyse von 619 Studien. Die endgültigen Ergebnisse werden im August 2017 erwartet und auf dem Kongress vorgestellt.

Diskussion

Die Ergebnisse dieses Reviews werden eine wichtige methodische Basis für das Design zukünftiger Absetzstudien darstellen. Darüber hinaus soll in einem Folgeprojekt ein methodisches Rahmenwerk zur Konzeption entstehen. Die Erkenntnisse werden Klinikern bei der Entscheidung helfen, ob das Absetzen eines Medikamentes sinnvoll ist und welche Parameter für ein sicheres und erfolgreiches Vorgehen relevant sind.



I-VT1 | 2

Exploration zu Absetzstrategien bei Patienten mit Polypharmazie: Eine interdisziplinäre Perspektive

N. Gerlach¹, M. Michiels-Corsten¹, T. Schlee², O. Krause², N. Donner-Banzhoff², U. Junius-Walker², A. Viniol¹

¹ Universität Marburg, Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg; ² Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover

Hintergrund

Die allgemein steigende Lebenserwartung führt nicht nur zur erhöhten Anzahl von Patienten mit Multimorbidität, sondern damit einhergehend auch zu einer steigenden Prävalenz von Polypharmazie –hier definiert als die Einnahme von fünf oder mehr Dauermedikamente. Die Folgen sind vermehrte unerwünschte Arzneimittelereignisse wie Nebenwirkungen, Wirkstoffinteraktionen und Krankenhauseinweisungen. Während das Ansetzen von Medikamenten nach klar definierten Leitlinien erfolgt, unterliegen die Handlungsentscheidungen zum Medikamentenabsetzen einem Abwägen komplexer Bedingungen. Die interdisziplinäre Perspektive der beteiligten Berufsgruppen auf dieses Problem ist bisher kaum erforscht.

Fragestellung

Welche Einstellungen haben Hausärzte, Fachspezialisten und Apotheker zum Absetzen von Medikamenten bei Polypharmazie? Welche Erfahrungen liegen hierzu vor? Welche förderlichen, hemmenden sowie kontextuellen Faktoren beeinflussen Abwägen und Durchführung des Absetzens? Wie interagieren die verschiedenen Fachgruppen bei diesem Thema?

Methoden

An den Standorten Marburg und Hannover wurden mit insgesamt 33 Teilnehmern 7 Fokusgruppendifkussionen (FGD) zum Thema Absetzen bei Polypharmazie durchgeführt. Hiervon waren vier Gruppen rein hausärztliche und drei interdisziplinär (insgesamt 26 Hausärzte, 3 Kardiologen, 4 Apotheker). Die FGD umfassten die Themenfelder der Einstellung zu und Erfahrungen von Medikamentenabsetzen, dessen kontextuelle und förderliche Faktoren, sowie Schritte bei der praktischen Durchführung. Alle FGD wurden digital aufgezeichnet, sowie wörtlich transkribiert. Die weitere qualitative Auswertung erfolgt inhaltsanalytisch mithilfe der Software MaxQDA.

Ergebnisse

Die FGD sind zum Abgabezeitpunkt bereits durchgeführt worden. Die qualitative Analyse des Datenmaterials erfolgt aktuell. Zum Kongress-Termin im September werden wir erste Ergebnisse der Untersuchung vorstellen können.

Diskussion

Die Ergebnisse der Fokusgruppen haben direkte Konsequenzen für die weitere Entwicklung einer generischen Entscheidungshilfe zum Medikamentenabsetzen, welche in weiteren Projektschritten entstehen soll.



I-VT1 | 3

Einflussfaktoren auf Medikamenten-Absetzentscheidungen: die Perspektive der Patienten

T. Schlee¹, O. Krause^{1,2}, N. Gerlach³, M. Michiels-Corsten³, A. Vinio¹, N. Donner-Banzhoff³, U. Junius-Walker¹

¹ Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover; ² DIAKOVERE Henriettenstift, Zentrum für Medizin im Alter, Hannover; ³ Philipps-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Hintergrund

Durch den altersabhängigen Anstieg chronischer Erkrankungen steigt der Arzneimittelgebrauch älterer Menschen und somit auch die Prävalenz von Polypharmazie. Während das Ansetzen von Medikamenten routiniert und sicher unter Rückgriff auf evidenzbasierte Leitlinien abläuft, erfolgt ein Absetzen oft auf unzureichender Evidenzlage und ist mit Unsicherheiten verbunden. Ziel unserer Studie ist es, einen Absetzalgorithmus für Hausärzte unter Berücksichtigung der Praxisgegebenheiten sowie der Wünsche und Bedürfnisse der Patienten zu entwickeln. Vor dem Hintergrund einer gemeinsamen Entscheidungsfindung stellt die Sicht der Patienten eine wichtige Größe bei der Entwicklung von Absetzstrategien dar.

Fragestellung

Welche Situationen und Überlegungen führen bei Patienten zum Wunsch bzw. zum Versuch, Medikamente abzusetzen? Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren wirken auf die Entscheidungsfindung ein?

Methoden

Es werden leitfadengestützte Interviews mit 12 Patienten durchgeführt. Die Auswertung erfolgt inhaltsanalytisch nach Schreier.

An den Studienstandorten Marburg und Hannover werden je sechs Patienten über ihre Hausärzte rekrutiert, welche im vorausgegangenen Studienteil bereits selbst an Fokusgruppen zum Absetzen von Medikamenten teilgenommen haben (Einschlusskriterien der Patienten: 70 Jahre und älter; mindestens drei chronische Erkrankungen; tägliche Einnahme von mindestens fünf Medikamenten).

Ergebnisse

Die Entwicklung des Leitfadens ist abgeschlossen. Der Fokus des Leitfadens liegt auf der Einstellung zu Polypharmazie und zum Absetzen von Medikamenten, sowie auf Erfahrungen mit dem Absetzen. Ebenso werden Ängste und Befürchtungen sowie die Beteiligung an der Entscheidungsfindung thematisiert.

Derzeit finden die ersten Interviews statt.

Diskussion

Die Ergebnisse der Patienteninterviews werden im September 2017 präsentiert und diskutiert. Sie sollen einen Überblick liefern, welche entscheidungsrelevanten Faktoren aus Patientensicht bei der Entwicklung eines Absetzalgorithms für Hausärzte zu berücksichtigen sind.



I-VT1 | 4

PRIMA - Polypharmakotherapie: Reduktion von unangemessenen Medikamenten und unerwünschten Nebenwirkungen bei älteren Patienten nach Expertenevaluation: eine kontrollierte randomisierte Studie – Endergebnisse

G. Piccoliori¹, C. Wiedermann², A. Sönnichsen³, M. Valentin¹, S. Schmid¹, A. Engl¹

¹Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin, Bozen Italien; ²Krankenhaus Bozen, Innere Medizin, Bozen Italien;

³Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten

Hintergrund

Die gleichzeitige Einnahme mehrerer Medikamente (Polypharmakotherapie) ist ein häufiges Problem in der Behandlung von chronisch Kranken. Polypharmakotherapie ist bei älteren Patienten häufig mit einer inadäquaten Verwendung von Medikamenten verbunden, und führt auch vermehrt zu Wechselwirkungen sowie unerwünschten Nebenwirkungen und stationären Aufnahmen führt.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Ziel dieser Studie ist es, herauszufinden, ob Experten-Empfehlungen für die Reduktion von unangemessenen und nicht-evidenz-basierten Medikamenten an behandelnde Hausärzte (HÄ) zu einer Verminderung von stationären Aufnahmen, Mortalität und unerwünschten Nebenwirkungen führen.

Inhalt

Methoden: Über die teilnehmenden HÄ wurden Patienten rekrutiert, die älter als 74 Jahren waren und mehr als 7 Wirkstoffe in Dauertherapie einnahmen. Nach Randomisierung der HÄ als Cluster wurden die medikamentösen Dauertherapien aller Patienten nach der Beers-Liste und nach Interaktionen zwischen den Wirkstoffen überprüft. Nur die Therapien der Interventionsgruppe wurden von einem EBM-Experten, einem Internisten und einem klinischen Pharmakologen beurteilt und eventuell Empfehlungen zur Medikamenteneinstellung für den behandelnden HA ausgearbeitet.

Ergebnisse: 46.3% der Patienten der Interventionsgruppe (N=142) hatten mindestens 1 Wirkstoff der Beers Liste. Bei 66.1% der Patienten (N=203) fand man mindestens 1 Interaktion vom Schweregrad D oder X.

Laut den Experten sollte bei 76.5% der Patienten (N=235/307) mindestens ein Wirkstoff abgesetzt werden. Nur bei 35.7% der Patienten (N=84) mit unangemessenen Wirkstoffen wurde mindestens 1 Wirkstoff abgesetzt. Insgesamt wurden 23% aller als unangemessen bezeichneten Wirkstoffe (N=106) abgesetzt. Auf dem Kongress wird man den Vergleich der primären und sekundären Outcomes präsentieren, die zur Zeit noch ausgewertet werden.

Diskussion: Unsere Ergebnisse bestätigen, dass die Polypharmazie im Alter sehr häufig vorkommt und dass viele Medikamente in dieser Altersgruppe inadäquat verschrieben werden. Die Ergebnisse der Therapie Beurteilung zeigten, dass bei 3 von 4 Polypharmakotherapiepatienten zumindest ein Medikament überflüssig oder gar kontraindiziert sein konnte. Die Akzeptanz und Umsetzung der Expertenempfehlungen von Seiten der Hausärzte und der Patienten selber stellte sich als schwierig heraus. Dementsprechend erwarten wir uns eine relativ bescheidenen Einfluss der Medikamenten-Reduktions-Empfehlungen auf Hospitalisierungen und Mortalität.



I-VT1 | 5

Auf dem Weg zu risikostratifizierter Versorgung älterer multimorbider Patienten mit Multimedikation: Vorstudie zur Entwicklung prognostischer Modelle zur Identifikation von Risikopatienten

C. Muth¹, L. Uhlmann², P. Ihle³, I. Schubert³, F. von Büdingen¹, G. - G. Schoch⁴, F. Verheyen⁴, M. Beyer¹, C. Stock², F. M. Gerlach¹, M. van Den Akker^{5,6}, B. S. Müller¹

¹ Johann Wolfgang Goethe-Universität, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; ² Universität Heidelberg, Institut für Medizinische Biometrie und Informatik (IMBI), Heidelberg; ³ Universitätsklinikum Köln, PMV Forschungsgruppe an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Köln; ⁴ Techniker Krankenkasse, Fachbereich Arzneimittel, 22305 Hamburg; ⁵ Maastricht University, School CAPHRI, Department of Family Medicine, Maastricht Niederlande; ⁶ KU Leuven, Academic Center for General Practice / Department of Public Health and Primary Care, Leuven Belgien

Hintergrund

Maßnahmen gegen unangemessene Multimedikation sind zumeist aufwändig und sollten in der heterogenen Gruppe älterer, multimorbider Patienten idealerweise diejenigen adressieren, die gefährdet sind für negative gesundheitliche Folgen wie Hospitalisierung, Tod oder eingeschränkte Lebensqualität. Mit diesem Ziel wurden in einer Vorstudie in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse (TK) prognostische Modelle an TK-Sekundärdaten und Daten des cluster-RCTs PRIMUM¹ entwickelt.

Fragestellung

Welches prognostische Modell sagt mittels soziodemographischer, krankheits-, medikations- und inanspruchnahmebezogener Parameter am besten die Lebensqualität von älteren multimorbiden Patienten mit Multimedikation nach 6 bzw. 9 Monaten voraus?

Methoden

Design: PRIMUM-Daten-Analysen zur Entwicklung und internen Validierung eines prädiktiven Modells; *Population:* ≥ 60 Jahre, ≥ 5 Medikamente, ≥ 3 chronische Krankheiten, ohne Demenz; *Endpunkte:* Lebensqualität nach 6 bzw. 9 Monaten; *potentielle Prädiktorvariablen:* Soziodemographie, Lebensstil, Morbidität, Angemessenheit der Verordnungen, depressive Symptome, Lebensqualität an Baseline, Inanspruchnahmeparameter; *Modellierung:* Schätzung von Regressionsmodellen mit festen Effekten, kombiniert mit Variablenselektionsverfahren und multipler Imputation fehlender Werte; Bestimmung des Nagelkerke's Pseudo- R^2 zur Beurteilung der Modellgüte.

Ergebnisse

Bei ausschließlicher Verwendung von Prädiktoren, die auch in Sekundärdaten abzubilden sind, war R^2 max. 0,111 bzw. 0,107 (Lebensqualität nach 6 bzw. 9 Monaten). Das beste Modell ($R^2=0,507$ nach 10-fach Kreuzvalidierung) enthielt zusätzliche Prädiktorvariablen, die nur in den PRIMUM-Daten vorlagen und prädizierte Lebensqualität nach 6 Monaten. Starken Einfluss hatten depressive Symptome (-2.73 [95%KI: -3.56 bis -1.91], $p<0.001$) und Lebensqualität an Baseline (0.55 [95%KI: 0.47 bis 0.64], $p<0.001$).

Diskussion

Das beste Modell erreichte unter Einschluss plausibler Prädiktoren eine gute Varianzaufklärung, deren Erreichbarkeit bevölkerungsweit jedoch unsicher ist. Eine Modelloptimierung sowie die externe Validierung sind in einer individuellen Patientendaten-Metaanalyse aus fünf Polypharmazie-Interventionsstudien geplant.

¹PRIOisierung von MULTimedikation bei Multimorbidität,

<http://www.egms.de/static/en/meetings/degam2014/14degam043.shtml>



I-VT1 | 6

Neuere Antiepileptika in der Schmerztherapie – eine Registerdatenauswertung

A. Vinio¹, T. Ploner², L. Hickstein², J. Haasenritter¹, N. Donner-Banzhoff¹, A. Becker¹

¹ Philipps-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, präventive und rehabilitative Medizin, Marburg; ² Institut für angewandte Gesundheitsforschung Berlin, Berlin

Hintergrund

Die Wirkstoffe Pregabalin und Gabapentin, nachfolgend P/G genannt, sind für die Behandlung von neuropathischen Schmerzen zugelassen. Studien zeigen kleine Therapieeffekte für isolierte neuropathische Schmerzsyndrome. Für die Anwendung bei Patienten mit gemischten chronischen Schmerzen gibt es keine Evidenz. Dennoch wurden im Jahr 2015 128 Millionen Tagesdosen P/G verordnet.

Fragestellung

Wie hoch ist die Verordnungs-Prävalenz und Inzidenz von P/G? Was sind die typischen Anwendungsgebiete für P/G? Welche schmerz-bezogenen Diagnosen liegen bei P/G-Anwendern vor? Wie ist die Absetzquote von P/G?

Methoden

Im Rahmen einer Sekundärdatenanalyse wurden anonymisierte Abrechnungsdaten von gesetzlichen Krankenkassen deskriptiv analysiert. Die Stichprobe enthielt Daten von verordneten Arzneimitteln, abgerechneten Diagnosen und soziodemografischen Informationen von 6,7 Millionen Versicherten aus den Jahren 2009-2015.

Ergebnisse

Die Verordnungszahlen steigen jährlich an. Im Jahr 2015 bekamen 1,6% der Versicherten eine P/G-Verordnung ausgestellt. Die Mehrheit der Patienten (77,9%) bekommt P/G zu Behandlung von Schmerzen. Unter diesen Schmerzpatienten, liegt bei 21,7% eine typisch neuropathische Schmerzerkrankung mit nachweislichem Nutzen einer P-G-Therapie vor. Bei den verbleibenden P/G-Neubeziehern liegt entweder keine neuropathische Schmerzdiagnose vor oder eine Diagnose bei der eine neuropathische Komponente pathophysiologisch denkbar wäre, jedoch keine Evidenz für den Einsatz von P/G vorliegt. Die Absetzquote von P/G ist hoch; bei 51,9% der Fälle kam es nach Neu-Verordnung, innerhalb von zwei Jahren, zu keiner Folgeverordnung.

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen, dass P/G unabhängig von einer neuropathischen Schmerzdiagnose bei chronischen Schmerzen sehr weit verbreitet eingesetzt wird. Dies steht im Widerspruch zu der nicht vorhandenen Evidenz. Die hohe Absetzquote deutet darauf hin, dass die erhofften Therapieeffekte ausbleiben und/oder unerwünschte Wirkungen auftreten.



16:45 - 18:15

Raum: 23.02.U1 22

I-VT2

Prävention durch Verhalten(sänderung)

Moderation: Markus Bleckwenn, Sabrina Kastaun

I-VT2 | 1

Gesundheitskompetenz und gesundheitliches Informationsverhalten der Südtiroler Bevölkerung – eine epidemiologische Querschnittsstudie

A. Vögele¹, U. Becker², A. Schneider³, A. Engl¹

¹ Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin, Bozen Italien; ² Apollis, Institut für Sozialforschung und Demoskopie, Bozen Italien; ³ Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum rechts der Isar / Technische Universität München, München

Hintergrund

In unserer von digitalen Medien bestimmten Welt der schnellen Informationsbeschaffung wird ein konstruktiver, intellektueller und adäquater Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen für den Einzelnen und für die Gesellschaft immer wichtiger.

Fragestellung

Erfassung der Gesundheitskompetenz der Südtiroler Bevölkerung mit Darstellung des Informationsbeschaffungsverhaltens, um damit die Auswirkungen auf das jeweilige Gesundheitsverhalten zu ermitteln.

Methoden

Diese Studie ist eine epidemiologische Querschnittsstudie, die Datenerhebung erfolgte mittels Telefoninterviews. Abgefragt wurde ein zu diesem Zweck erstellter Fragebogen, der verschiedene Aspekte der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitsverhaltens abdeckt. Zur Ausarbeitung der Typologisierung der markantesten Stereotypen in Sachen Gesundheitskompetenz bzw –verhalten wurde eine hierarchische Clusteranalyse nach Ward durchgeführt.

Ergebnisse

Es konnten 504 gültige Interviews geführt und ausgewertet werden. Die Mehrheit der Befragten hält sich für gesundheitsbewusst und bevorzugt heterogene Informationsmedien. Die meistgenutzten Informationsquellen zu gesundheitlichen Themen lassen sich den Massenmedien, also Zeitungen oder Zeitschriften und Fernsehen oder Radio zuordnen, das Internet steht als regelmäßig genutzte Informationsquelle demgegenüber zurück. In gesundheitlichen Dingen wird dem Hausarzt, dem eigenen Gefühl oder der Erfahrung am meisten vertraut. Die Abgrenzung der markantesten Stereotypen in Sachen Gesundheitskompetenz, –verhalten und Informationsbeschaffung erlaubte eine Unterteilung in „Internetinformations-Eliten“, „robuste Fatalisten“, „Angeschlagene“ und „gesundheitsbewusste Mainstreamer“.

Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Südtiroler Bevölkerung ein verhältnismäßig hohes Gesundheitsbewusstsein hat und sich mit sehr unterschiedlichen Medien gesundheitsbezogene Informationen generiert. Die Charakterisierung von unterschiedlichen Typologien der Informationsverarbeitung in Kombination mit dem Gesundheitsverhalten weist darauf hin, dass Informationen zu Gesundheit und Krankheit passend zum jeweiligen Typus unterschiedlich adressiert werden sollten.



I-VT2 | 2

Befragung von Ärzten zum Umgang mit dem Thema „Tabakkonsum bei Patienten mit Lungenkrebs“

M. Bleckwenn¹, A. Kaluç¹, M. Zipfel², R. Schnakenberg¹, P. Brossart², K. Weckbecker¹

¹ Institut für Hausarztmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn, Bonn; ² Medizinische Klinik und Poliklinik III, Abteilung für Onkologie, Hämatologie, Immunonkologie und Rheumatologie, Bonn

Hintergrund

Das Lungenkarzinom wird in ca. 90 % der Fälle durch die Inhalation von Tabakrauch ausgelöst. Etwas 40 % der Patienten sind bei der Diagnosestellung Lungenkarzinom aktive Raucher. Die Gesamtsterblichkeit liegt bei den Patienten um den Faktor 3 höher, wenn Sie den Tabakkonsum fortsetzten.

Fragestellung

Wie gehen die behandelnden Ärzte mit dem Tabakkonsum ihrer Patienten mit Lungenkarzinom um?

Methoden

Es wurden insgesamt 14 Ärzte des Universitätsklinikums Bonn aus den Abteilungen Pneumologie, Onkologie und Thoraxchirurgie befragt, die in die Behandlung des Lungenkarzinoms eingebunden sind. Die Interviews wurden transkribiert und nach Mayring mit MAXQDA® ausgewertet.

Ergebnisse

Beim Thema Rauchen und seine gesundheitlichen Folgen agieren die befragten Ärzte sehr unterschiedlich und zum Teil äußerst vorsichtig. Zum einen befürchten einige Ärzte, der Patient könnte bei einer unvorsichtigen Ansprache die Therapie des Lungenkrebses beenden. Zum anderen sehen sie das Rauchen als eine Art psychischem Halt während der Krankheitsphase, der die Patientin daran hindert, in eine Depression zu fallen. Die Ärzte waren sich einig, dass die Motivation für einen Rauchstopp zum Zeitpunkt eines kurativen Behandlungsansatzes besonders hoch ist und die Patienten oft von alleine das Rauchen aufgeben. Deutlich anders ist die Meinung der Ärzte und ihrer Patienten in einer palliativen Situation. Aufgrund der deutlich beschränkten Lebensdauer sehen sie häufig keinen Grund sich das Rauchen noch mühsam abzugewöhnen.

Diskussion

Aus Sicht der EbM ist eine Zurückhaltung beim Anbieten einer Raucherentwöhnung bei Lungenkrebspatienten nicht angebracht. Es bietet den Patienten die Chance auf einen Gewinn von Lebenszeit und Lebensqualität. Dieser Aspekt sollte den behandelnden Ärzten in Schulungen nähergebracht werden.



I-VT2 | 3

Hausärztliche Kurzberatung zur Tabakentwöhnung – Erste Ergebnisse der Deutschen Befragung zum Rauchverhalten (DEBRA Studie)

S. Kastaun¹, D. Kotz^{1,2}

¹ Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Düsseldorf; ² CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Department of Family Medicine, Maastricht Niederlande

Hintergrund

Klinische Leitlinien empfehlen Kurzberatung zur Tabakentwöhnung routinemäßig in der Hausarztpraxis anzubieten. Effektive Kurzberatung beinhaltet die Rauchstoppempfehlung sowie das Angebot der Unterstützung und Behandlung. Repräsentative Daten zur Umsetzung dieser Leitlinienempfehlung in Deutschland fehlen.

Fragestellung

Wie häufig wird hausärztliche Kurzberatung zur Tabakentwöhnung in Deutschland umgesetzt? Ist die Umsetzung mit Soziodemographie oder Rauchverhalten der Patienten/innen assoziiert?

Methoden

Für die DEBRA Studie (www.debra-study.info) wird im Querschnittsdesign zweimonatlich eine repräsentative Zufallsstichprobe der Bevölkerung (2.000 Personen, >14 Jahre) persönlich-mündlich zum Rauchstatus befragt. Raucher/innen und frische Ex-Raucher/innen (<12 Monate seit Rauchstopp) werden zusätzlich u.a. zu Rauchverhalten, Rauchstoppmethoden, sowie zum Erhalt von Rauchstoppempfehlungen während ihrer letzten hausärztlichen Konsultation befragt. Die aktuelle Analyse aggregiert die ersten 4 Befragungswellen (Juli 2016 - Januar 2017; 8.216 Befragte; Mittelwert [MW] Alter: 52,5 Jahre, Standardabweichung [SD] $\pm$ 19 Jahre; 51,7% Frauen). Mittels einfacher logistischer Regression wurden Assoziationen zwischen dem Erhalt ärztlicher Rauchstoppempfehlungen (Ja/Nein) mit Geschlecht, Alter, Schulabschluss, Haushaltsnettoeinkommen und Konsummenge (<10 vs. $\geq$ 10 Zigaretten/Tag) berechnet.

Ergebnisse

28% der Befragten waren Raucher/innen (N=2.320; 95% Konfidenzintervall [95%KI]=27%-29%). Davon suchten 64% (N=1.523; 95%KI=62%-66%) im vergangenen Jahr eine Hausarztpraxis auf. Hiervon erhielten wiederum 18% (N=274; 95%KI=12%-16%) eine hausärztliche Rauchstoppempfehlung, 4% davon (N=57; 95%KI=3%-5%) kombiniert mit einer Behandlungsempfehlung. Geringerer Zigarettenkonsum (Odds ratio [OR]=0.51; 95%KI 0.36-0.73) und höheres Alter (OR=1.01; 95%KI 1.01-1.02) waren signifikant mit dem Erhalt einer Kurzberatung assoziiert.

Diskussion

Hausärztliche Kurzberatung zur Tabakentwöhnung wird in Deutschland vergleichsweise selten umgesetzt (18% vs. 60% in England). Verglichen mit „starken“ Raucher/innen haben „leichte“ Raucher/innen eine um die Hälfte reduzierte Wahrscheinlichkeit beraten zu werden. Handlungsbedarf zur flächendeckenden Umsetzung der Leitlinienempfehlung besteht.



I-VT2 | 4

Ist Rauchstopp eigentlich kosteneffektiv? - Gesundheitsökonomische Evaluationen in der Allgemeinmedizin am Beispiel der Präventionsmaßnahme Rauchentwöhnung

K. E. Schweer¹, D. Müller¹, R. Wenzel², S. Stock¹, A. Becker², C. C. Adarkwah^{2,3}

¹ Universität Köln, Institut für Gesundheitsökonomie, Köln; ² Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Marburg; ³ Maastricht University, Department of Health Services Research, Maastricht Niederlande

Hintergrund

Der Stellenwert gesundheitsökonomischer Evaluationen (GE) steigt. Immer häufiger muss vor der Implementierung einer Maßnahme nicht nur die Effektivität, sondern auch die Kosteneffektivität nachgewiesen werden. Dies hat u.a. Auswirkungen auf die Kostenübernahme von präventiven Interventionen. Maßnahmen wie der ärztlich initiierte oder begleitete Rauchstopp sind eine hausärztliche Kernkompetenz, die in vielen Studien klinisch, jedoch nur in wenigen Studien gesundheitsökonomisch evaluiert

Fragestellung

Welche GE gibt es, die sich mit dem Thema Rauchstopp in der hausärztlichen Versorgung befassen und wie stellt sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Rauchstopp-Interventionen im hausärztlichen Setting dar?

Methoden

In zwei Datenbanken (Pubmed und NHS EED) wurden gesundheitsökonomische Evaluationen zu Studien im hausärztlichen Versorgungsbereich zum Thema Rauchstopp recherchiert. Hierzu wurde in einer Vorstudie ein komplexer Suchalgorithmus entwickelt. Dem Maastricht-Approach folgend wurden die Originalarbeiten kategorisiert und im Zuge einer systematischen Übersicht einer detaillierten Bewertung und Analyse unterzogen.

Ergebnisse

Die Ergebnisse werden am Beispiel von Rauchstopp-Interventionen auf dem Kongress vorgestellt.

Diskussion

Die Ergebnisse und deren Auswirkung auf die allgemeinmedizinische Forschungslandschaft werden im Zuge des Kongresses kritisch diskutiert.



I-VT2 | 5

Hausärztliche Prävention und (Früh-) Erkennung von sexuell übertragbaren Infektionen

H. Riemenschneider, J. Schübel, A. Bergmann, K. Voigt

Technische Universität Dresden/Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Bereich Allgemeinmedizin/MK3, Dresden

Hintergrund

Inzidenzen sexuell übertragbarer Infektionen (STI) steigen in Deutschland seit einigen Jahren. Bislang fehlen valide Daten zu STI-Versorgungsabläufen in der Hausarztpraxis. Die wenigen empirischen Studien verweisen auf große hausärztliche Unsicherheiten bzgl. STI-Prävention/-Früherkennung/-Testung (Cedzich/Bosinski 2010, Matthews/Fletcher 2001). Hausärzte berichten Kommunikationsbarrieren bzgl. Sexualitäts-/STI-Themen, die teils zur Vermeidung der STI-Patientenberatung in der Hausarztpraxis führen (Verhoeven et al. 2003).

Fragestellung

Wie schätzen Hausärzte ihre Kompetenz hinsichtlich Prävention, (Früh-) Erkennung und Beratung von STI ein? Welche STI-Tests werden in Hausarztpraxen durchgeführt?

Methoden

Eine schriftliche Befragung erfolgte bei hausärztlich tätigen Teilnehmern einer regionalen Fachgesellschaftstagung im Juni 2016. Der vierseitige Fragebogen fokussierte auf die Selbsteinschätzungen zur STI-Beratungskompetenz, dem STI-Beratungsverhalten und dem STI-Testungsverhalten. Die Daten wurden mit SPSS 23.0 mittels deskriptiver Analyseverfahren ausgewertet.

Ergebnisse

47 von 63 Tagungsteilnehmern beteiligten sich an der Befragung. Fast alle Befragten (98%) bestätigten, Patienten präventiv zum Thema Sexualverhalten/STI zu beraten. 43% schätzten sich dafür als unzureichend ausgebildet ein. 36% gaben an > 50% der Patienten mit STI-Diagnose oder -Verdacht an spezialfachärztliche Kollegen oder den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu verweisen. In den letzten 12 Monaten führten 74% der Hausärzte mind. einen HIV-Test, 64% mind. einen Chlamydien-Test, 30% mind. einen Gonorrhö-Test und 11% mind. einen Syphilis-Test durch.

Diskussion

Bei den befragten Hausärzten war eine höhere Sensibilität für HIV im Vergleich zu anderen STI zu beobachten, die jedoch wesentlich höhere Prävalenzen in der Bevölkerung aufweisen. Das STI-Testungsverhalten der Hausärzte muss im Kontext der Versorgungsstrukturen (z.B. hausärztliche Abrechnungsmodalitäten für STI-Screenings oder STI-Testung) diskutiert werden. Unsere mit anderen Studien vergleichbaren Ergebnisse verweisen auf bestehende Kommunikationsprobleme (Angst, Scham) im Umgang mit Patienten mit STI/STI-Verdacht.



16:45 - 18:15

Raum: 23.01 HS 3B

I-VT3

Teampraxis: erfolgreich und glücklich zusammenarbeiten

Moderation: Lena Werdecker, Christine Kersting

I-VT3 | 1

Psychosoziale Arbeitsbelastungen und die Gesundheit Medizinischer Fachangestellter: eine Fragebogenstudie

P. Vu-Eickmann, J. Li, A. Müller, P. Angerer, A. Loerbroks

Universität Düsseldorf, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin, Düsseldorf

Hintergrund

In zahlreichen epidemiologischen Studien zu Gesundheitsberufen wurden Assoziationen zwischen hohen psychosozialen Arbeitsbelastungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen dokumentiert. Für Medizinische Fachangestellte (MFAs), die größte Berufsgruppe der ambulanten Versorgung, liegen nur wenige derartige Erkenntnisse vor.

Fragestellung

Die vorliegende Fragebogenstudie hat zum Ziel, mögliche Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und Gesundheitsparametern aufzeigen.

Methoden

Es wurde eine Fragebogenstudie unter 887 berufstätigen MFAs aus verschiedenen Fachrichtungen und Tätigkeitsfeldern (u.a. Arztpraxis, Krankenhaus) durchgeführt (09/16 bis 04/17). Zur Messung der Arbeitsbelastungen wurde der etablierte ERI-Fragebogen verwendet (17 Items mit den Konstrukten Verausgabungen, Belohnungen und deren Quotient [„ERI-Ratio“]). Die Gesundheitsparameter umfassten die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (1 Item), Depressivität (PHQ2) und Ängstlichkeit (GAD2). Es wurden multivariate logistische Regressionsanalysen durchgeführt und für Alter, Geschlecht, Leitungsposition, Rauchstatus und Body Mass Index adjustiert.

Ergebnisse

Arbeitsstress gemäß dem ERI-Modell (d.h. ERI-Quotient > 1.0) lag bei 73,8% der Teilnehmer/innen vor und ging mit einer schlechteren selbstberichteten Gesundheit, Depressivität und Ängstlichkeit einher (Odds Ratios [ORs] $> 3,5$). Ähnliche Zusammenhänge wurden bei ausgeprägten Verausgabungen (d.h. oberstes Terzil) beobachtet (ORs $> 2,5$) und entsprechend inverse Assoziationen für hohe Belohnungen (d.h. oberstes Terzil; ORs $< 0,6$).

Diskussion

Entsprechend des ERI-Arbeitsstressmodells können hohe Anforderungen, geringe Belohnungen sowie deren Kombination mit einer Gefährdung der Gesundheit von MFAs einhergehen. Folglich könnte sich bspw. eine Akzentuierung der Belohnungen (z.B. in Form von Anerkennung oder einer höheren Entlohnung) positiv auf den Gesundheitszustand von MFAs auswirken.



I-VT3 | 2

Erfahrungen von Hausärzten und Medizinischen Fachangestellten mit Praxisverwaltungssystemen: Ergebnisse einer Fokusgruppe

C. Kersting, A. Herwig, B. Weltermann

Universitätsklinikum Essen, Institut für Allgemeinmedizin, Essen

Hintergrund

Studien zeigen, dass Praxisverwaltungssysteme das longitudinale Behandlungsmanagement in Hausarztpraxen unzureichend unterstützen. Hauptkritikpunkt ist ein mangelnder Überblick über versorgungsrelevante Inhalte.

Fragestellung

Welche Erfahrungen haben Hausärzte und Medizinische Fachangestellte (MFA) mit elektronischen Praxisverwaltungssystemen (PVS)?

Methoden

Hausärzte und MFA aus Praxen des Praxisnetzwerks unseres Instituts nahmen an einer Leitfaden-gestützten Fokusgruppensitzung teil. Diese wurde auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Die Inhaltsanalyse nach Mayring erfolgte deduktiv-induktiv durch zwei Wissenschaftler.

Ergebnisse

Vier Hausärzte (75 % männlich, 51 ± 4 Jahre alt) und vier MFA (alle weiblich, 38 ± 16 Jahre alt) aus vier Praxen, die 3 verschiedene PVS verwenden, nahmen teil. Positiv sei, dass PVS im Vergleich zu Papierakten zu einer Arbeits-erleichterung sowie zu einer verbesserten Lesbarkeit und Transparenz von Dokumentationen führten. Auch sei die Möglichkeit zur Anbindung weiterer Software-Module hilfreich. Für wenige Bereiche, z. B. Infektionen, seien gut funktionierende Erinnerungssysteme integriert, im Ganzen seien diese aber unzureichend.

Als negativ wurde bewertet, dass PVS zu viele Interaktionen erfordern und zu langsam arbeiten, den Funktionalitäten die Versorgungsnähe fehle und Praxis-individuelle Adaptionen kompliziert seien, Softwaredesign-Probleme meist nur zeitverzögert gelöst würden und viele Funktionen und Informationen redundant seien. Die Teilnehmer forderten eine stärkere Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und verbesserte Funktionen zur Unterstützung des Behandlungsmanagements wie insbesondere optimierte Erinnerungsfunktionen. Um Defizite in der PVS-Funktionalität auszugleichen, hatten die Praxen individuelle Markierungen für die elektronischen Patientenakten entwickelt, um den Überblick über versorgungsrelevante Patienten Aspekte zu behalten.

Diskussion

PVS erfüllen die Bedürfnisse von Hausarztpraxen nicht. Unabhängig vom gewählten PVS werden dieselben Probleme beschrieben. Eine stärkere Einbindung der Endanwender in Entwicklungsprozesse sowie eine stärkere Ausrichtung der Funktionen an Versorgungsprozesse sind notwendig.



I-VT3 | Pecha Kucha Vortrag

Präanalytik: Online-Fortbildung für Medizinische Fachangestellte – Bedarf, Nutzen und Nachhaltigkeit

C. - C. Schürer-Maly¹, W. G. Guder², E. Wolf³, D. Bauer⁴, R. Fried⁵

¹ INSTAND e.V., Webbsierte Qualitätskontrolle, Düsseldorf; ² Krankenhaus Bogenhausen, Institut f. Klinische Chemie, München; ³ Fritz-Ruoff-Schule, Nürtingen; ⁴ Institut für Medizinische Lehre IML, AUM, Bern Schweiz; ⁵ Universitätsspital Zürich, Inst. für klinische Chemie, Zürich Schweiz

Hintergrund

Bei Laboruntersuchungen entstehen die meisten Fehler in der präanalytischen Phase. Im ambulanten Bereich sind Medizinische Fachangestellte (MFA) für die Gewinnung und Handhabung von Proben zuständig.

Fragestellung / Diskussionspunkt

In einer internationalen Kohortenstudie prüften wir die **Fragen 1.** Wie viele Medizinische Fachangestellte (MFA, Deutschland) und Praxisassistentinnen (MPA, Schweiz) lassen sich für eine Fortbildung gewinnen? **2.** Wie ist ihr Kenntnisstand von Präanalytik? und die **Hypothese:** Mit einer Online-Fortbildung kann ein signifikanter akuter und nachhaltiger Wissenszuwachs erreicht werden. Dazu wurde MFA und MPA eine kostenlose "Online-Fortbildung Präanalytik bei Blut- und Probeentnahmen" angeboten. Sie umfasste drei Tests (T1 – T3) mit Single- und Multiple Choice Fragen und eine Lerneinheit zwischen T1 und T2. Alle Tests enthielten dieselben Fragen. T3 fand drei Monate nach T2 statt. Bei 60% richtigen Antworten in T3 wurde ein Zertifikat vergeben.

Inhalt

Ergebnisse: Es registrierten sich 332 Personen für die Fortbildung, 262 nahmen teil, 199 Datensätze waren statistisch auswertbar. In T1 erzielten 54,7 % der TeilnehmerInnen 60 % richtige Antworten, in T 2 waren es 94,97 % und drei Monate später in T3 92,45 %.

Schlussfolgerung: Die Kenntnisse von MFA und MPA zur Präanalytik scheinen unzureichend zu sein. Nur 0.15 % der Angesprochenen haben an der Qualifizierung teilgenommen. Die Online-Fortbildung konnte einen nachhaltigen Wissenszuwachs zur Präanalytik vermitteln.



I-VT3 | 4

Delegationsquoten bei Hausbesuchen – in welchem Ausmaß werden Hausbesuche in der Versorgungsrealität bereits delegiert? Ergebnisse der 5. Sächsischen Epidemiologischen Studie in der Allgemeinmedizin (SESAM-5)

M. Pochert, K. Voigt, J. Schübel, A. Bergmann

Technische Universität Dresden, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Bereich Allgemeinmedizin/ Medizinische Klinik III, Dresden

Hintergrund

Der Gesetzgeber fördert die Delegationsmöglichkeiten beim Hausbesuch, z.B. durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz und einem Beispielkatalog delegationsfähiger Leistungen. Von diesen Rahmenbedingungen kann die Praxisorganisation profitieren, jedoch benötigen die Hausärzte eine angemessene Informationsbasis, um das in der eigenen Praxis realisierbare Delegations- und Entlastungspotenzial abzuschätzen. Unabhängig von Modellprojekten liegen für Deutschland zu diesem Aspekt keine aussagekräftigen Daten vor.

Fragestellung

Gibt es Unterschiede in der Delegationsquote zwischen den verschiedenen Hausarztpraxen, und inwieweit lassen sich Abweichungen auf die Qualifikation und Berufserfahrung des nichtärztlichen medizinischen Personals zurückführen?

Methoden

In der Primärdatenerhebung SESAM-5 (Erhebungszeitraum: 01.07.2014–30.06.2015) wurden Inhalte und organisatorische Merkmale von Hausbesuchen im hausärztlichen Setting erfasst. Dabei wurde die aktuelle häusliche Versorgung von 4.286 sächsischen Hausbesuchspatienten in über 250 Hausarztpraxen ausgewertet. Diese Analyse fokussiert auf die Auswirkungen von Qualifikation und Berufserfahrung des nichtärztlichen medizinischen Personals (NMP) auf die Delegationsquoten.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass die Qualifikation des NMP ein Prädiktor für die Delegationsquoten in den Hausarztpraxen darstellt. Hausarztpraxen, die auf zumindest eine Person mit Zusatzqualifikation (z.B. AGNES, NäPa, VERAH) zurückgreifen konnten, wiesen eine 3-mal höhere Delegationsquote verglichen zu Praxen ohne fortgebildetes Personal auf (18,7% vs. 6,1%). Zudem zeigte sich, dass Hausarztpraxen, die auf keine Person mit Zusatzqualifikation zurückgreifen konnten, deutlich stärker an NMP mit längerer Berufserfahrung delegierten.

Diskussion

Durchschnittlich umfasst die ärztliche Arbeitsbelastung für Hausbesuche knapp 7 Wochenstunden mit 28 Minuten pro Hausbesuch. Mit den Unterschieden in den Delegationsquoten lässt sich daraus ein hohes Entlastungspotenzial für die Ausschöpfung der Delegation ableiten. Deshalb zielen die Ergebnisse auf Empfehlungen hinsichtlich der hausärztlichen Praxisorganisation, z.B. zur Ausbildungsinvestition in das NMP.



I-VT3 | 5

Einstellung bezüglich Delegation und aktuelle Delegation ärztlicher und administrativen Tätigkeiten in der Praxis, Haus- und Heimbefuch an nichtärztliches Praxispersonal – Ergebnisse der quantitativen Umfrage der Hausärztinnen und Hausärzte in Nordrhein-Westfalen

L. Dini, C. Heintze

Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin

Hintergrund

Seit dem 01.01.2015 ist Delegation an qualifiziertes nicht-ärztliches Praxispersonal (näPp) m Rahmen der Anlage 8 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung) bundesweit neu geregelt worden. Niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten (HÄ) können seit dem ausgewählte Tätigkeiten nicht nur in der Praxis sondern auch bei Haus- und Heimbefuchen an näPp, unabhängig vom Versorgungsgrad der Region, delegieren. Um die Relevanz der aktuellen Regelung für den Praxisalltag zu evaluieren, wurde eine Befragung niedergelassener HÄ in NRW durchgeführt.

Fragestellung

Wie positiv ist die aktuelle Einstellung der HÄ NRWs gegenüber Delegation und in wie weit werden zurzeit medizinische und administrative Tätigkeiten an näPpl in der Praxis, im Haus- und Heimbefuch delegiert?

Methoden

Die Befragung erfolgte durch eine postalische Umfrage einer per Zufall gezogenen repräsentativen Stichprobe von 2.416 HÄ, proportional geschichtet nach Alter, Geschlecht und Region. Die Umfrage wurde nach der Total Design Method realisiert. Die Datenanalyse inkludierte HÄ Charakteristika und Outcomes.

Ergebnisse

Die Responserate betrug 31,7 %. Die allgemeine Einstellung der HÄ NRWs zum Ausbau von Delegation war positiv (66 %). 90 % der HÄ delegieren zurzeit Praxistätigkeiten an näPp, Haus- und Heimbefuche wurden im Vergleich dazu weniger häufig delegiert. Das höchste Potential zur Ausweitung von Delegation wurde bei ärztlichen Tätigkeiten im Bereich Diagnostik identifiziert, gefolgt vom Bereich Beratungen und Schulungen und organisatorische/adminstrative Tätigkeiten.

Diskussion

Im Vergleich zu zurückliegenden Untersuchungen deutet diese Studie auf eine wachsende Bereitschaft zur Delegation ärztlicher Tätigkeiten in Deutschland hin. Die gewonnenen Erkenntnisse verweisen auf Möglichkeiten der Ausgestaltung der hausärztlichen Versorgung. Die Studie wurde im Auftrag des Landesentrums für Gesundheit NRW durchgeführt.



I-VT3 | 6

Geplante mixed-methods-Studie: Glück in der Hausarztpraxis

L. Werdecker, T. Esch

Universität Witten/Herdecke, Professur für Integrative Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung, Witten

Hintergrund

Beeinträchtigungen des gesundheitlichen Wohlbefindens und der Arbeitszufriedenheit bei Behandlern wirken sich auf die Patientenversorgung aus. International wird dieses Phänomen als „physician factor“ betrachtet, hierzulande wurde es bislang trotz der prominenten Rolle der Ärztin/des Arztes im deutschen Gesundheitssystem vernachlässigt.

Fragestellung

Wie zufrieden und glücklich sind die in der Primärversorgung Tätigen? Was fördert und was hemmt Arbeitszufriedenheit und Glückserleben? Welche Bedeutung hat das Praxisteam in diesem Zusammenhang?

Methoden

Das geplante mixed-methods-Studiendesign umfasst zum einen eine quantitative Erhebung im Stadt-Land-Vergleich in Teilen von Nordrhein-Westfalen mit standardisierten und validierten Messinstrumenten. Zum anderen beinhaltet das Design eine qualitative Datenerhebung mit a) teilnehmender Beobachtung in Praxen, b) Einzelinterviews mit Ärztinnen/Ärzten und Mitarbeitenden sowie c) Fokusgruppen getrennt nach Berufsgruppen. Im Rahmen der Integration der Forschungsdaten wird ein member check (kommunikative Validierung) angestrebt.

Ergebnisse

Da in Deutschland das Glückserleben von Praxisteams in der Primärversorgung bislang kaum untersucht wurde, zielt die geplante Studie darauf ab, die Bedeutung der verschiedenen Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit und das Glückserleben von Praxisteams tiefergehend zu verstehen. Die Untersuchung verspricht Erkenntnisse über die Bedeutung der Organisation „Hausarztpraxis“ für das Glückserleben.

Diskussion

Insbesondere durch ihren qualitativen Studienteil ergänzt die geplante Untersuchung die bisherigen Erkenntnisse in diesem Forschungsbereich. Der Fokus auf das Praxisteam in der ambulanten Primärversorgung überwindet die getrennte Betrachtung der ärztlich und nicht-ärztlich Tätigen und rückt die interprofessionelle Zusammenarbeit in den Mittelpunkt. Die zu identifizierenden Ressourcen von Praxisteams können potenziell mithilfe von Interventionsmaßnahmen gestärkt werden, um so das Glückserleben der Beteiligten sowie die Qualität der Patientenversorgung zu steigern.



16:45 - 18:15

Raum: 22.01 HS 2B

I-VT4

Kernfach Allgemeinmedizin: Auf dem Weg zu einem longitudinalen Curriculum I

Moderation: Sabine Gehrke-Beck

I-VT4 | 1

Menschliche Medizin im Studium – Interprofessionelle Anamnesegruppen Erlangen

L. Hecht, M. Roos

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut, Erlangen

Hintergrund

Das Konzept der Anamnesegruppen ist bereits an vielen Fakultäten in Deutschland, Österreich und der Schweiz bekannt. Es handelt sich dabei um studentische Projekte, bei denen die Gesprächsführung nach dem bio-psycho-sozialen Modell mit realen Patienten trainiert wird. Neben der eigentlichen Anamnese stehen auch Aspekte wie das Geben von konstruktivem Feedback und die Reflexion der Gesprächsinhalte im Vordergrund.

Seit dem Wintersemester 2015/16 gibt es die Anamnesegruppen auch in Erlangen.

Fragestellung

Im Vortrag soll das Konzept der Anamnesegruppen und das Alleinstellungsmerkmal des Erlanger Modells vorgestellt werden.

Methoden

Für das Erlanger Modell wurde die bestehende Form weiterentwickelt und um folgende drei Besonderheiten ergänzt: Interprofessionalität, fundierte Vorbereitung der Teilnehmer auf die praktischen Gespräche mit Schauspielpatienten und regelmäßige Supervision durch Hausärzte aus Erlanger Lehrpraxen. Die Zufriedenheit der Studenten sowie der Patienten werden über Evaluationsbögen sichergestellt und dienen der stetigen Weiterentwicklung des Projektes.

Ergebnisse

Herauszuheben ist die große Bereicherung der Studenten durch die angeleitete Arbeit mit realen Patienten schon während des Studiums. Die kompetenten Tutoren schaffen eine ideale Lernatmosphäre auf hohem Niveau. Sie bereiten die Studenten mit zwei Einführungsveranstaltungen intensiv auf die Gespräche vor und schaffen eine gute Betreuung während des Semesters. Auch die Interprofessionalität der Gruppen ruft unter den Teilnehmern große Begeisterung hervor. Für den Praxisbezug zum späteren Beruf sorgt vor allem der Kontakt zu hausärztlichen Supervisoren.

Diskussion

Es zeichnet sich eine starke Nachfrage der Studiengänge an den Anamnesegruppen ab. Die hohe Qualität wurde 2016 durch den deutschen Balint-Preis honoriert. Als Herausforderung gestaltet sich jedoch bisher noch die Finanzierung des Projektes. Angedacht ist eine Unterstützung durch Sponsorengelder.



I-VT4 | 2

"Anamnesetraining"- ärztliche Haltungsübungen im Peer Assisted Learning

A. Deinzer¹, A. Schmidt², M. Roos¹

¹ Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut, Erlangen; ² Studiendekanat der Medizinischen Fakultät, Leitung Skills Lab PERLE, Erlangen

Hintergrund

Zur Umsetzung des Lernzielkataloges werden strukturierte und supervidierte Möglichkeiten die komplexen Ebenen des Arzt-Patienten-Gesprächs praktisch zu erfahren gefordert. Eine Möglichkeit dazu ist ressourcensparender Kleingruppenunterricht als Peer Assisted Learning (PAL).

Fragestellung

Ist es möglich im PAL effizient und praktikabel Patienten-Arzt Kommunikation zu lehren?

Methoden

Das Wahlfach „Anamnesetraining“ besteht aus 8 Lerneinheiten mit tutorengeleiteten Kleingruppen a vier Studierenden. Jeweils vier Patienten-Arzt-Gespräche mit Laienschauspielern werden in Rollenspielen geführt und von allen Beteiligten mündliches und schriftliches Feedback dazu gegeben. Die vier Rollen sind im Schwierigkeitsgrad gestaffelt und bio-psycho-sozial vielschichtig konzipiert. Im Vordergrund steht das Üben des kommunikativen Umgangs mit den Patienten. Eine Seminareinheit über patienten-zentrierte Kommunikation geht dem Training vor aus und als Lernzielkontrolle wird nach Abschluss ein selbstreflexiver Text verfasst. Anregungen der Teilnehmenden werden kontinuierlich aufgenommen.

Ergebnisse

Die Studierenden nehmen das Wahlfach sehr gut auf. Durch die wöchentlichen Treffen und die Betreuung durch die Peers entwickelt sich eine offene, vertrauensvolle Lernatmosphäre, welche als Fundament für die Feedbackprozesse und eine Lernspirale dient. Die Evaluation des Trainings ist sehr positiv: „praktische Art Allgemeinmedizin zu üben“, „Vertrauen in der Gruppe“ und die „Echtheit der Gespräche“ werden genannt.

Diskussion

Im Wahlpflichtfach "Anamnesetraining" gelingt es mit Laienschauspielpatienten und Tutorenunterstützung Studierenden kommunikative Fertigkeiten und Haltungen im Bereich Konsultation zu vermitteln. Das Kernelement stellen ausgedehnte Feedbackprozesse dar. Durch Spiegelung eigener Erfahrungen, auf inhaltlicher wie auch emotionaler Ebene, werden die Studierenden in authentischer Patienten-Arzt-Kommunikation angeleitet. Umgang mit Unsicherheit und Vertrauen auf eigene Lösungskompetenz werden gefördert. Das Training ist aufwendig, bietet aber eine intensive Lernerfahrung an. Evaluationen von Langzeiteffekten, Nachhaltigkeit und Realitätsnähe des Trainings sind geplant.



I-VT4 | 3

Evidenz - basierende körperliche Untersuchungsmethoden als Grundlage der täglichen ärztlichen Tätigkeit

B. Klemenz

Southsea Medical Center, Southsea Vereinigtes Königreich

Hintergrund

In der Allgemeinpraxis ist das ärztliche Gespräch mit bis zu 88 Prozent das wichtigste Werkzeug des Arztes, eine beim Patienten zugrundeliegende Krankheit zu diagnostizieren. Die körperliche Untersuchung kann mit bis zu 18 Prozent zur Erfassung der richtigen Diagnose beitragen.

Die Evidenz - basierende körperliche Untersuchungsmethoden helfen dem Allgemeinarzt die richtige Diagnose zu stellen, und verhindern unnötige technische Untersuchungen oder Überweisungen. Die CARE Gruppe wurde 1998 gegründet um die Genauigkeit der klinischen Untersuchungen experimentell zu hinterfragen und mit anderen diagnostischen Methoden (z.B. bildgebende Verfahren) zu vergleichen. Zuvor wurde seit 1992 in der Zeitschrift JAMA eine Serie von Artikeln publiziert, die sich mit der evidenz - basierenden körperlichen Untersuchungsmethoden beschäftigen.

Fragestellung

Gibt es in der deutschsprachigen Literatur Standardwerke über die evidenz - basierende körperliche Untersuchungsmethoden?

Methoden

Internet suche und Anfragen in 3 Universitätsbuchhandlungen

Ergebnisse

Es konnten keine deutschen Übersetzungen der amerikanischen Standardwerke gefunden werden.

(JAMA evidence - The Rational Clinical Examination - Evidence- based Clinical Diagnosis MCGRAW/HILL

Diskussion

Da es im deutschsprachigen Raum keine Übersetzung der Standardwerke der Evidenz - basierende körperliche Untersuchungsmethoden gibt, werden Beispiele der Evidenz - basierende körperliche Untersuchungsmethoden, wie die Diagnose des Karpal Tunnel Syndroms vorgestellt, um die Vorteile der Methode darzustellen.



I-VT4 | 4

Ressourcenschonende Lehre in der Allgemeinmedizin - Ausbildung und Einsatz von studentischen TutorInnen im Untersuchungskurs des 1. Studienabschnitts

R. Lehmann, M. Uhl, K. Böhme, W. Niebling, I. Streitlein-Böhme

Universitätsklinikum Freiburg, Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg

Hintergrund

Gemäß „Masterplan Medizinstudium 2020“ soll die Allgemeinmedizin als longitudinaler Strang stärker im Medizinstudium verankert werden. Die Ausweitung der Lehre, z.B. im Rahmen von Untersuchungskursen ist in der Regel sehr personalintensiv. Um ärztliche Ressourcen einzusparen, wurden in Freiburg im Rahmen des Untersuchungskurses (U-Kurs) des 1. Studienabschnitts intensiv geschulte TutorInnen eingesetzt. Im U-Kurs erlernen Studierende der Humanmedizin in 5 Modulen grundlegende Untersuchungstechniken. Sie werden in Kleingruppen von 8 Studierenden durch 1 - 2 studentische TutorInnen betreut sowie von einer/m ärztlichen Supervisor/in für jeweils 3 Kleingruppen.

Fragestellung

Wie kann man die Allgemeinmedizin ressourcenschonend longitudinal im Studium verankern?

Methoden

Alle TutorInnen durchlaufen vor Tätigkeitsbeginn eine verpflichtende Schulung, die aus einem ganztägigen Training der medizindidaktischen Grundlagen sowie jeweils einem Fachdidaktik-Training pro U-Kurs-Modul besteht. Hier werden die praktischen Inhalte der jeweiligen Module sowie deren Mindeststandards für die Lehre vermittelt und unter Supervision erfahrener UntersucherInnen eingeübt. In einer mehrjährigen Entwicklungsphase wurde das Schulungskonzept für die TutorInnen optimiert und fortlaufend evaluiert. Zusätzlich erfolgt durch das Studiendekanat der Medizinischen Fakultät eine regelmäßige studentische Evaluation des U-Kurses.

Ergebnisse

Durch den Einsatz gut ausgebildeter studentischer TutorInnen werden weniger ärztliche DozentInnen benötigt.

Darüber hinaus bewerten die Studierenden den Einsatz der studentischen TutorInnen als Lehrende im U-Kurs als sehr positiv. Auch die TutorInnen profitieren von Ausbildung und Lehrtätigkeit im Hinblick auf ihre praktischen und didaktischen Fertigkeiten.

Diskussion

Durch den Einsatz ausgebildeter studentischer TutorInnen kann eine Kostensenkung unter Beibehaltung eines sehr guten Betreuungsverhältnisses erzielt werden. Dies bietet eine ressourcenschonende Möglichkeit der longitudinalen Verankerung der Allgemeinmedizin im Studium. Zudem findet sie eine hohe Akzeptanz bei allen Studierenden.



I-VT4 | 5

Fall-orientiertes Lernen im Modul Allgemeinmedizin - Ein praxisnahes Lernformat für den Kleingruppenunterricht

K. Afshar, J. Bleidorn, R. Stegemann, O. Krause, N. Schneider

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover

Hintergrund

Fall-orientiertes Lernen (FOL) wurde als neues Lehrformat in das Modul Allgemeinmedizin im 3. Studienjahr des Modellstudienganges an der Medizinischen Hochschule Hannover integriert und im Studienjahr 2016/17 erstmalig erprobt.

Fragestellung

Ist FOL ein geeignetes Lehrformat, um den Bezug zur Hausarztmedizin praxisnah und strukturiert in der studentischen Ausbildung herzustellen?

Methoden

Aufbau/Inhalt: Vier FOL-Kurse à 90 Minuten zu häufigen, exemplarisch ausgewählten hausärztlichen Beratungsanlässen: Brustschmerz, Müdigkeit, Kopfschmerzen und Luftnot. 8-12 Studierende bearbeiten anhand von Arbeitsaufträgen und bereitgestellten Materialien selbstständig verschiedene Fallvignetten. Dozenten fungieren als Moderatoren im Hintergrund.

Ziele: Arbeitsdiagnosen generieren, hausärztliches Vorgehen schrittweise erarbeiten, Diagnostik sinnvoll begründen und erste therapeutische Maßnahmen kennenlernen.

Evaluation: 1. Schriftlich anonymisierte studentische Abschlussevaluation am Ende der ersten beiden Tertiale; sieben Fragen mit sechsstufiger Antwortskala (1=trifft voll zu; 6=trifft überhaupt nicht zu). 2. Gruppendiskussion mit Dozenten nach jeder Unterrichtseinheit.

Ergebnisse

1. Studierende ($n_{\text{gesamt}}=143$): Der Bezug zur hausärztlichen Praxis wurde deutlich (MW 1,4+/-0,6). Die Fälle haben an Vorwissen angeknüpft (MW 1,6+/-0,7). Die Themen waren praxisnah (MW 1,5+/-0,6) und zeitlich gut strukturiert (MW 1,80+/-1,0). Bereitgestellte Materialien zur Fallbearbeitung waren hilfreich (MW 1,9+/-0,9). Die Kleingruppenarbeit hat Spaß gemacht (MW 1,8+/-0,9). Dozenten haben zur Mitarbeit motiviert (MW 1,8+/-0,8). 2. Dozenten ($n=21$): Lehr-/Lernatmosphäre, Mitarbeit und Vorwissen der Studierenden wurden positiv bewertet. Inhaltliche/zeitliche Strukturierung und die geforderte Zurückhaltung während der Kleingruppenarbeit wurden als herausfordernd angesehen. Um die Individualität der Hausarztmedizin zu präsentieren, blieb genug Zeit.

Diskussion

FOL ermöglicht realitätsnahes Lehren und Lernen in Kleingruppen mit hoher Aktivität auf Seiten der Studierenden. FOL kann frühzeitig im Studium erfolgreich umgesetzt werden und als praxisnahe Vorbereitung auf weitere allgemeinmedizinische Lehrabschnitte (Blockpraktikum, PJ) dienen.



I-VT4 | Pecha Kucha Vortrag

Lohnt die lange S-Bahnfahrt? Lernmöglichkeiten in Lehrpraxen am Berliner Stadtrand und in Brandenburg

S. Gehrke-Beck, G. Bayer, S. Döpfner, W. Herrmann, C. Heintze

Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin

Hintergrund

Allgemeinmedizinische Praktika finden für Medizinstudierende in akademischen Lehrpraxen statt. Studierende bevorzugen zentral gelegene Lehrpraxen, um lange Anfahrtswege zu vermeiden. Erfahrungsgemäß ist die Versorgungsbreite von Lehrpraxen am Stadtrand mit geringerer Facharztichte höher, so dass dort möglicherweise bessere Lernmöglichkeiten bestehen.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Fragestellung: Unterscheiden sich allgemeine Zufriedenheit und Lernmöglichkeiten zu praktikumsspezifischen Lernzielen zwischen Lehrpraxen in eher städtischem und eher ländlichen Raum?

Diskussionspunkte: Wie können Studierende ermutigt werden, ländlicher gelegene Lehrpraxen aufzusuchen? Wie lassen sich unsere Ergebnisse auf Landarztpraxen außerhalb eines Großstadtbereiches übertragen?

Inhalt

Es wurden Evaluationen aus zwei allgemeinmedizinischen Praktika des Modellstudiengangs der Charité Universitätsmedizin Berlin analysiert: dem Praxistag im 5. Semester (SS 2014-SS2015, n=299 Lehrpraxen) und dem Blockpraktikum (SS+WS 2015, n=123 Lehrpraxen). Zufriedenheit mit der Lehrpraxis und Lernmöglichkeiten zu den praktikumsspezifischen Lernzielen wurden in Lehrpraxen innerhalb (Stadt) und außerhalb des Berliner S-Bahn-Ringes (Stadtrand/Umland) deskriptiv verglichen. Die statistische Testung zur Signifikanz erfolgte mittels Kreuztabellen und dem Chi-Quadrat bzw. Fisher`s Exact Test.

Studierende waren mit ihren Praktika sowohl im Stadtzentrum als auch am Stadtrand /im Umland in hohem Maße zufrieden (Praxistag: 71,2% Stadt, 79% Stadtrand; Blockpraktikum: 84,4% Stadt, 88,5% Stadtrand; Unterschiede nicht signifikant). Im Praxistag konnten die Studierenden in Praxen am Stadtrand häufiger selbständig eine Anamnese und Untersuchung durchführen (82,8%) als in innerstädtischen Praxen. (63,2%). Im Blockpraktikum konnten die Studierenden in Stadtrandpraxen zum Lernthema „Chronisch Kranke“ (94,9%) mehr lernen als in den zentral gelegenen Lehrpraxen (80%,) (p=0,014).



16:45 - 18:15

Raum: 23.02.U1 24

I-VT5

Centre for Health and Society Düsseldorf

Moderation: Adrian Loerbroks, Simone Weyers

I-VT5 | 1

Informationsbedürfnisse von Menschen mit kürzlich diagnostiziertem Diabetes mellitus: Ergebnisse der Deutschen Diabetes-Studie.

S. Grobosch^{1,2}, S. Kuske^{1,2}, U. Linnenkamp¹, N. Ernstmann³, A. Stephan², J. Genz⁴, A. Begun^{1,4}, B. Haastert^{2,5}, J. Szendroed^{6,7,8}, K. Müssig^{6,7,8}, V. Burkart^{7,8}, M. Roden^{6,7,8}, A. Icks^{1,2,8}

¹ German Diabetes Center, Leibniz Center for Diabetes Research at Heinrich Heine University, Institute of Health Services Research and Health Economics, Düsseldorf; ² Heinrich Heine University Düsseldorf, Institute of Health Services Research and Health Economics, Centre for Health and Society, Faculty of Medicine, Düsseldorf; ³ University Hospital of Bonn, Center for Health Communication and Health Services Research, Department for Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Bonn; ⁴ German Diabetes Center, Leibniz Center for Diabetes Research at Heinrich Heine University, Institute for Biometrics and Epidemiology, Düsseldorf; ⁵ mediStatistica, Neuenrade Deutschland; ⁶ Heinrich Heine University Düsseldorf, Department of Endocrinology and Diabetology, Faculty of Medicine, Düsseldorf; ⁷ German Diabetes Center, Leibniz Center for Diabetes Research at Heinrich Heine University, Institute for Clinical Diabetology, Düsseldorf; ⁸ German Center for Diabetes Research, Munich-Neuherberg

Hintergrund

Menschen mit Diabetes mellitus haben im Vergleich zu Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen ein höheres Informationsbedürfnis. Dennoch sind ihre Informationsbedürfnisse bisher kaum untersucht.

Fragestellung

Ziele dieser Studie sind (1) die Informationsbedürfnisse von Menschen mit kürzlich diagnostiziertem Typ 1 sowie Typ 2 Diabetes zu identifizieren; (2) diese in verschiedenen Subgruppen darzustellen und; (3) deren assoziierte Faktoren oder Konzepte, wie beispielsweise die aktuelle Informiertheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Partizipationspräferenzen, zu ermitteln.

Methoden

Wir analysierten die Informationsbedürfnisse von insgesamt 138 konsekutiven Teilnehmenden mit Diabetes mellitus der Deutschen Diabetes-Studie (54 % Typ 2 Diabetes, 64 % männlich, mittleres Alter 46,3 ± 12,3 Jahre, bekannte Diabetesdauer < 1 Jahr). Mit einem Mixed-Methods-Ansatz wurden Informationsbedürfnisse zu unterschiedlichen Themen deskriptiv ausgewertet und assoziierte Faktoren mittels logistischen Regressionsmodellen identifiziert. Zusätzlich wurde eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt.

Ergebnisse

Die meisten Teilnehmenden zeigten ein Informationsbedürfnis zu allen vorgegebenen Themen, besonders zur Diabetesforschung (86 %) und zur Behandlung/Therapie (80 %). Die Teilnehmenden wünschten sich Informationen zu neuen Behandlungsmöglichkeiten, die ihren Alltag vereinfachen. Insgesamt bevorzugten die Teilnehmenden Themen, die das Management und den Umgang mit dem Diabetes fokussierten. Ein niedriger Grad an Informiertheit, die Behandlung mit oralen, glukosesenkenden Medikamenten oder Insulin waren mit einem signifikant höheren, diabetesbezogene Komorbidität mit einem signifikant niedrigeren Informationsbedürfnis assoziiert.

Diskussion

Menschen mit kürzlich diagnostiziertem Diabetes mellitus zeigten ein hohes Informationsbedürfnis, welches sich nach dem Grad der Informiertheit, nach Art der Diabetesbehandlung und nach vorhandenen Komorbiditäten unterscheidet. Dies sollte im Rahmen von Patienteninformationen berücksichtigt werden.



I-VT5 | 2

Was sind die Bedürfnisse und Wünsche von Menschen mit Diabetes mellitus in Nordrhein-Westfalen für den Bereich der Diabetesforschung?

B. Bückner¹, S. Wilm¹, S. Arnolds², N. Lachmann³, M. Verket³, O. Spörkel³

¹ Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Düsseldorf; ² Profil Institut für Stoffwechselforschung GmbH, Neuss; ³ Nationales Diabetes-Informationszentrum am Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Hintergrund

Die Partizipation von Patientinnen und Patienten ist für die Entwicklung von Forschungsideen wesentlich. Bislang existieren wenige Informationen über die Wünsche von Betroffenen bezüglich der Diabetesforschung.

Fragestellung

Was sind die Bedürfnisse von Menschen mit Diabetes mellitus in Nordrhein-Westfalen (NRW) für den Bereich der Diabetesforschung?

Methoden

Mit 26 Erwachsenen mit Diabetes mellitus Typ 1 (n=16) oder Typ 2 (n=10) (9 männlich, 17 weiblich; Alter: Mittelwert 59 Jahre, Standardabweichung $\pm$ 12,5 Jahre) aus NRW wurden 5 moderierte Fokusgruppen in großstädtischen und ländlichen Regionen durchgeführt und digital audiodokumentiert. Die Transkripte wurden in einem multidisziplinären Team inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse

Der Wunsch nach Entlastung im Alltag und nach Unabhängigkeit von Ernährung und Equipment z.B. auf Reisen wurde in allen Fokusgruppen thematisiert. Forschung zu technischen Geräten, selbstdenkenden Systemen und Messverfahren, die Blutzuckerwerte einfach und jederzeit verlässlich liefern, wurde häufig angeregt. Forschung zu Therapieansätzen wurde im Bereich der künstlichen Bauchspeicheldrüse, der medikamentösen Stabilisierung der Blutzuckerwerte und der Insulinapplikation ohne Spritze vorgeschlagen. Forschung auf dem Gebiet der Zugänglichkeit von verständlichem Wissen und der Prävention von Diabetes waren ebenso häufig genannte Themen. Verbesserung der Selbstmanagementfähigkeiten sowie Verhinderung von Folgeerkrankungen und auch Grundlagenforschung wurden seltener angesprochen.

Diskussion

Betroffene haben – sichtbar an der Alltagsbetonung in den genannten Forschungsbereichen – eher kurzfristig umsetzbare Problemlösungen im Blick. Um die Nennung der Forschungsziele zu quantifizieren, bilden die Ergebnisse dieser Studie die Grundlage für die Konstruktion eines Fragebogens, der für eine repräsentative Befragung eingesetzt werden soll. Menschen mit Diabetes mellitus können so die aktuelle Forschung dahingehend beeinflussen, dass diese sich gezielter an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert.



I-VT5 | 3

Diabetes-Selbstmanagement am Arbeitsplatz: eine qualitative Studie

A. Loerbroks¹, X. Q. Nguyen¹, P. Vu-Eickmann¹, A. Icks^{2,3}, P. Angerer¹

¹ Universität Düsseldorf, Institut für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin, Düsseldorf; ² Universität Düsseldorf, Institut für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Düsseldorf; ³ Deutsches Diabetes Zentrum, Düsseldorf

Hintergrund

Die alltäglichen Anforderungen an das Krankheitsmanagement von Diabetes sind komplex und umfangreich und stellen hohe Anforderungen an die Adhärenz, Selbstdisziplin sowie das Organisationstalent der Betroffenen. Bei berufstätigen Diabetikern könnten die Möglichkeiten des Krankheitsselbstmanagements insbesondere durch Anforderungen am Arbeitsplatz beeinträchtigt werden.

Fragestellung

Wie stellen sich mögliche Determinanten des Diabetes-Selbstmanagements am Arbeitsplatz dar?

Methoden

Personen mit Typ-1 oder Typ-2-Diabetes wurden über die Diabetes Klinik Bad Mergentheim, Hausarztpraxen, Diabetologen, Betriebsärzte und Selbsthilfegruppen rekrutiert. Die Datenerhebung erfolgte mittels leitfadengestützter qualitativer Einzelinterviews und mittels eines kurzen begleitenden standardisierten Fragebogens. Die qualitativen Einzelinterviews wurden transkribiert und mittels MAXQDA inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse

Es wurden 31 Interviews geführt. Erste inhaltsanalytische Auswertungen zeigten auf, dass die Umsetzung diabetesbezogener Selbstmanagement-Tätigkeiten (z.B. Injektionen oder Arztbesuche) u.a. erschwert wird durch einen hohes Arbeitspensum, eine geringe Kontrolle über Arbeitsabläufe (z.B. Fließbandarbeit oder Kundenkontakt) und schlechte hygienische Bedingungen für Injektionen. Viele Teilnehmer/innen äußerten, dass sie den Anforderungen am Arbeitsplatz eine Priorität gegenüber den Anforderungen ihres Diabetes einräumen. Folglich wurde z.B. der Blutzucker bewusst höher eingestellt, um die Leistungsfähigkeit zu optimieren und mögliche Hypoglykämien zu vermeiden. Die Teilnehmer/innen verwiesen wiederholt auf den großen Nutzen kürzlich entwickelter Hilfsmittel für den Arbeitsalltag (d.h. ein Produkt, das die Glukosebestimmung sensorgestützt ermöglicht).

Diskussion

Erste Auswertungen unserer Daten legen nahe, dass verschiedenste Arbeitsbedingungen und -abläufe die Umsetzung diabetesbezogener Selbstmanagement-Tätigkeiten am Arbeitsplatz erschweren. Die Ergebnisse dieses Vorhabens können zur Entwicklung bzw. Optimierung rehabilitativer und betrieblicher Interventionen beitragen, mit dem Ziel, die Möglichkeiten des Diabetes-Selbstmanagements am Arbeitsplatz zu optimieren und ggf. das Risiko nachgelagerte Outcomes (z.B. schlechte Diabeteskontrolle, Komplikationen, reduzierte Arbeitsfähigkeit) zu reduzieren.



I-VT5 | 4

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als Multiplikatoren für kommunale Präventionsnetzwerke: Wer informiert und wer wird informiert?

S. Weyers, N. Dragano, K. Müller-Thur, S. Wahl

Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Medizinische Soziologie, Düsseldorf

Hintergrund

Kommunale Präventionsnetzwerke basieren auf der Kooperation von Fachkräften. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind hier wichtige Multiplikatoren. Ungeklärt ist, welche Angebote für Kinder Ärzte bewerben und welche Bedarfsgruppen hiervon profitieren.

Fragestellung

In diesem Beitrag untersuchen wir anhand eines Präventionsnetzwerkes für Kinder von 0 bis 6 Jahren: Welche Angebote kennen Familien durch Fachärzte? Zeigen sich diesbezüglich Unterschiede zwischen Familien mit und ohne Präventionsbedarf?

Methoden

Während der Dormagener Schuleingangsuntersuchung 2013/14 wurden Eltern mit einem standardisierten Fragebogen retrospektiv befragt, welche Präventionsangebote (n=10) sie kennen. Als Informationsquelle wurden u.a. Kinderärzte, Frauenärzte und Hausärzte abgefragt. Präventionsbedarf wurde durch niedrige Bildung, Migrationshintergrund und alleinerziehende Elternschaft operationalisiert. Die Häufigkeit der Fachärzte als Informationsquelle wurde für die Gesamtstichprobe ausgezählt. Bei ausreichender Zellbesetzung (n>=5) wurde für Präventionsbedarf stratifiziert.

Ergebnisse

297 Eltern wurden in die Befragung eingeschlossen (Rücklauf 53%). In 123 Fällen wurden Frauen-, Haus- oder Kinderärzte von den Eltern der Schulneulinge als Informationsquelle genannt. Dabei gaben die Frauenärzte insgesamt 62, die Kinderärzte 52 und die Hausärzte 9 Hinweise. Sie informierten am häufigsten über die Informationsmappe für Schwangere (n=60), den Krabbelclub (n=19) und den Babyclub (n=15). Selten wurden ein Bindungstraining für Alleinerziehende (n=2), der Mittagessen-Zuschuss in der Kita (n=2) oder ein Sprachförderprogramm genannt. Für alle Indikatoren zeigt sich, dass Familien mit und ohne Präventionsbedarf in vergleichbarem Umfang informiert werden.

Diskussion

Die Ergebnisse sind durch die kleine Stichprobe und den Erinnerungs-Bias limitiert. Dennoch zeigt sich, dass v.a. strukturelle Angebote durch niedergelassenen Ärzten kaum vermittelt wurden. Angesichts gesundheitlicher Ungleichheiten im Kindesalter ist die verstärkte Ansprache von Familien mit Präventionsbedarf notwendig.



I-VT5 | 5

Road traffic noise and incident diabetes mellitus after 5 years of follow-up – Results from the Heinz Nixdorf Recall Study

S. Ohlwein¹, F. Hennig¹, S. Lucht¹, C. Matthiessen¹, S. Moebus², K. - H. Jöckel¹, B. Hoffmann¹

¹Uniklinikum Düsseldorf, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Umweltepidemiologie, Düsseldorf; ²Uniklinikum Essen, IMIBE, Essen

Hintergrund

Road traffic noise affects a large number of people in urbanized areas and increases the risk of cardiovascular disease. Recent studies suggested a possible link between exposure to noise and metabolic outcomes.

Fragestellung

This study investigated the effect of outdoor and indoor residential road traffic noise on incident diabetes mellitus (T2DM).

Methoden

We used data from 2,748 participants 45-75 years of age in the prospective Heinz Nixdorf Recall study who were non-diabetic at baseline (2000-2003) and completed follow-up (2005-2008) examinations. Road traffic noise (weighted 24-h (L_{DEN}) and night-time (L_{NIGHT}) means) was assessed according to the EU directive 2002/49/EC. Indoor noise exposure for L_{DEN} and L_{NIGHT} was modeled considering living-room/ bedroom orientation, window insulation and ventilation behavior for different seasons. Noise annoyance was assessed with a 5-scale questionnaire. Poisson regression with robust variance was applied to estimate relative risks (RRs) of developing T2DM adjusting for demographic characteristics, lifestyle, body mass index, waist circumference, air pollution ($PM_{2.5}$) and noise annoyance.

Ergebnisse

In the fully adjusted model including $PM_{2.5}$, a 10 dB-increase in average outdoor traffic noise (L_{DEN} and L_{NIGHT}) was associated with a RR of 1.07 (95% CI, 0.93-1.23) for T2DM. Models for indoor road traffic noise exposure showed very similar, but more precise point estimates (L_{DEN} : 1.08 (0.97-1.20), L_{NIGHT} : 1.07 (0.97-1.20)). The associations were stronger among men than women: (RRs per 10-dB-increase of L_{DEN} : 1.13 (0.95-1.35) versus 0.97 (0.78-1.21)).

Diskussion

Our analyses suggest a positive association between long-term road traffic noise and T2DM incidence, with some evidence supporting higher susceptibility to noise exposure among men.



16:45 - 18:15

Raum: 23.03.01 22

I-WS1

Behandlung im Voraus planen (BVP) - hausärztliche Qualifikation und hausärztlicher Beitrag zur Umsetzung des neuen § 132g SGB V (HPG)

Moderation: Jürgen in der Schmitten

I-WS1 | 1

Behandlung im Voraus planen (BVP) - hausärztliche Qualifikation und hausärztlicher Beitrag zur Umsetzung des neuen § 132g SGB V (HPG)

B. Behringer¹, A. Fuchs², K. H. Götz², J. in der Schmitten²

¹ Hausarztpraxis am Heerbusch, Bochum; ² Medizinische Fakultät der HHU, Institut für Allgemeinmedizin, Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning, Düsseldorf

Hintergrund

Behandlung im Voraus planen (BVP), deutsch für Advance Care Planning, kann gemäß §132g SGB V ab 2018 in Einrichtungen der Seniorenpflege sowie der Behindertenhilfe durch die GKV gefördert werden. Das Ziel von BVP ist die Behandlung von Patienten im gesundheitlichen Krisenfall, wenn der Patient selbst nicht entscheiden kann, gemäß ihrem valide und aussagekräftig vorausverfügten Willen. Konstitutive Elemente von BVP sind eine individuelle qualifizierte Gesprächsbegleitung durch nicht-ärztliches Gesundheitsfachpersonal in enger Abstimmung mit dem behandelnden Arzt sowie eine systematische regionale Implementierung. Hausärztinnen und Hausärzte sind für eine erfolgreiche regionale Einführung von BVP unverzichtbare Partner.

Zielgruppe

Hausärztinnen und Hausärzte sowie alle anderen Interessenten an BVP

Didaktische Methode

Nach einer kurzen Einführung in das Konzept BVP besteht für die Teilnehmer Gelegenheit, in Rollenspiel-Kleingruppen einen Eindruck der spezifischen BVP-Gesprächstechnik zu gewinnen. Abschließend wird über aktuell laufende regionaler Pilot-Implementierungen von BVP berichtet, und Teilnehmer erhalten Gelegenheit, Aufwand und Nutzen eines möglichen Engagements in einem BVP-Projekt in ihrer Region zu reflektieren.

Ziele

Das Ziel von BVP ist es, Menschen zu selbstbestimmten Behandlungsentscheidungen qua Vorausverfügung zu befähigen. Im Kontext des § 132g SGB V geht es hierbei speziell um die Gruppen pflegebedürftiger Senioren sowie behinderter Menschen. Hausärzte, die diese Menschen betreuen, können von einer Implementierung von BVP sehr profitieren.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

max. 16

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Jürgen in der Schmitten leitet den Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning / Behandlung im Voraus planen am Institut für Allgemeinmedizin der HHU Düsseldorf und ist Schriftführer der Deutschsprachigen interdisziplinären Vereinigung (DiV) BVP.



I-WS1 | 2

Das ABC der regionalen Implementierung von Behandlung im Voraus planen (BVP) - ein Werkstattbericht

K. H. Götz, A. Fuchs, J. in der Schmitten

Medizinische Fakultät der HHU, Institut für Allgemeinmedizin, Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning, Düsseldorf

Hintergrund

Eine regionale Implementierung von BVP gemäß § 132g SGB V (HPG) mit Fokus auf Einrichtungen der Seniorenpflege und der Behindertenhilfe setzt einen qualifizierten Change Management-Prozess voraus, wenn sie effektiv sein soll. Nach den bisherigen Erfahrungen genügt es nicht, BVP-Gesprächsbegleiter zu qualifizieren, damit sie die Bewohner Ihrer Institutionen zu selbstbestimmten Vorausplanungen befähigen, - dazu sind die Widerstände gegen den damit einhergehenden Paradigmenwechsel zu groß.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Was muss geschehen, damit BVP regional erfolgreich implementiert werden kann?

Inhalt

Ausgehend von etablierten Change Management-Modellen, in deren Zentrum u.a. Konzepte von Netzwerkarbeit, Kommunikation, Kulturwandel und Umgang mit Widerständen stehen, wird von der regionalen Implementierung eines BVP-Pilotprojekts in Oberhausen berichtet, die im Frühjahr 2017 begonnen hat und die im Rahmen einer Begleitstudie durch beschreibende Beobachtung wissenschaftlich ausgewertet wird. Dabei werden begünstigende und hindernde Faktoren exemplarisch herausgearbeitet. Im Vordergrund stehen die Maßnahmen und Vorgänge, die in einer Region VOR der Qualifizierung von BVP-Gesprächsbegleitern gewährleistet sein müssen, damit die gesamte Unternehmung Aussicht auf Erfolg hat.



16:45 - 18:15

Raum: 23.03.01 43

I-WS2

Indirekte Fragebogentechniken in Umfragen zu sensiblen Themen

Moderation: Adrian Hoffmann, Michael Pentzek

I-WS2 | 1

Indirekte Fragebogentechniken in Umfragen zu sensiblen Themen

A. Hoffmann¹, M. Pentzek²

¹ Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Experimentelle Psychologie, Düsseldorf; ² Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (i f a m), Düsseldorf

Hintergrund

In Umfragen zu sensiblen Themen antworten einige Befragte nicht ehrlich, sondern im Einklang mit sozialen Normen, um einen positiven Eindruck zu hinterlassen. Dieses Antwortverhalten führt zu einer Unterschätzung der Verbreitung sensibler Merkmale. Indirekte Befragungstechniken garantieren durch eine Zufallsverschlüsselung die Vertraulichkeit individueller Antworten und erhöhen so die Kooperationsbereitschaft. Schätzungen für die Verbreitung sensibler Merkmale auf Stichprobenebene sind folglich weniger verzerrt und spiegeln eher die tatsächliche Verbreitung wider. Eine aktuelle indirekte Befragungstechnik, das Crosswise-Modell, verfügt über besonders leicht verständliche Instruktionen, führt zu einer hohen empfundenen Vertraulichkeit bei den Befragten und hat die Verbreitung sensibler Merkmale in mehreren Studien exakter geschätzt als konventionelle Fragen.

Zielgruppe

Der Workshop richtet sich an Wissenschaftler/innen, die Umfragen zur Verbreitung sensibler Merkmale planen. Für den Praxisteil ist ein mitgebrachter Laptop mit der vorinstallierten Software „multiTree“ von Vorteil (frei verfügbar unter <http://psycho3.uni-mannheim.de/Forschung/Software/multiTree/>).

Didaktische Methode

Ein einleitender Vortrag vermittelt die Grundlagen indirekter Befragungstechniken, stellt die Ergebnisse bisheriger Studien dar und gibt Einblicke in die praktische Anwendung des Crosswise-Modells. In einem anschließenden Praxisteil nehmen Teilnehmer/innen unter Anleitung eine Datenauswertung für eine Umfrage mit dem Crosswise-Modell vor. Abschließend werden in Kleingruppen mögliche inhaltliche Fragestellungen aus der Allgemeinmedizin erarbeitet.

Ziele

Der Workshop soll Teilnehmer/innen in die Lage versetzen, mögliche Einsatzgebiete für indirekte Befragungstechniken zu identifizieren, indirekte Befragungen selbständig zu planen, umzusetzen, auszuwerten.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Dr. Adrian Hoffmann, Abteilung für Diagnostik und Differentielle Psychologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 2014 Promotion zu indirekten Befragungstechniken, geschäftsführender Partner der punkt05 Statistikberatung (<https://punkt05.de>), adrian.hoffmann@uni-duesseldorf.de, <http://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/diagnostik-und-differentielle-psychologie/arbeitsgruppe/adrian-hoffmann.html>



16:45 - 18:15

Raum: 23.03.01 24

I-WS3

Methodological workshop on conducting a qualitative meta-synthesis

Moderation: Oliver Herber, Kirsti Malterud

I-WS3 | 1

Methodological workshop on conducting a qualitative meta-synthesis

O. R. Herber¹, K. Malterud²

¹ Heinrich Heine University, Institute of General Practice, Düsseldorf; ² University of Bergen, Section for General Practice, Department of Public Health and Primary Health Care,, Bergen Norwegen

Hintergrund

Although single qualitative studies are helpful in uncovering complex processes, they are frequently limited by the range of population groupings and study settings. To date, qualitative studies largely remain isolated works and as such results from qualitative projects have little impact on clinical practice, research or policy. Thus, synthesising the findings of multiple qualitative studies in a meta-synthesis is an ideal approach to addressing these limitations.

Zielgruppe

The target audience is researchers and/or clinicians with intermediate knowledge of qualitative research methodology.

Didaktische Methode

Teaching methods encompass a brief lecture, practical group work as well as plenary discussions.

Ziele

The aim of this workshop is to provide participants with a brief introduction to meta-syntheses. Participants will be introduced to the working steps, prerequisites and challenges associated with this methodology. Drawing on a real life research project, participants will be given the opportunity to extract findings from single qualitative studies, a key technique in synthesis research.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

The maximum number of participants is 15. Workshop language is both German and English.

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Oliver Herber is a Senior Research Fellow at the Institute of General Practice. Oliver has recently completed a meta-synthesis in close liaison with Professor Julie Barroso (USA), the co-author of the "Handbook for Synthesizing Qualitative Research".

Kirsti Malterud is Professor of General Practice at the University of Bergen. Kirsti has published numerous theoretical and methodological contributions about qualitative methods; recently a textbook about qualitative meta-synthesis.



16:45 - 18:15

Raum: 23.03.01 41

I-WS4

Studentenplenum

Moderation: Laura Lunden

I-WS4 | 1

Studentenplenum

L. Lunden

DESAM-Nachwuchsakademie, Berlin

Hintergrund

Aufgrund der deutlichen Zunahme von studentischen Teilnehmern am DEGAM-Kongress, soll hier die Möglichkeit für Studierende eröffnet werden, zusammenzukommen, sich kennenzulernen und zu vernetzen. Deshalb bieten wir dieses Jahr den Studierenden erneut die Chance, während des Kongresses autark an einem gemeinsamen Plenum teilzunehmen. So haben Interessierte die Möglichkeit, Informationen über die Nachwuchsakademie aus erster Hand zu erhalten.

Zielgruppe

Zur Zielgruppe gehören unter anderem Studierende der Humanmedizin und Teilnehmer der DESAM-Nachwuchsakademie, sowie andere Interessierte.

Didaktische Methode

Nach einer Kurzvorstellung der DESAM-Nachwuchsakademie durch ein Mitglied schließt sich eine Gruppendiskussion an.

Ziele

Primäres Ziel des Plenums ist die Vernetzung der Studierenden untereinander.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

Ca. 40 Teilnehmer

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Studentin der Humanmedizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Mitglied der DESAM-Nachwuchsakademie seit 2016



Donnerstag 21. September 2017

Treffen der Arbeitsgemeinschaften

16:45 - 18:15

Raum: 23.03.01 63

Treffen der Arbeitsgemeinschaft: AG WiForMFA

(Wissenschaft und Forschung für und mit Medizinischen Fachangestellten)

Moderation: Ingrid Gerlach¹, Karola Mergenthal²

¹Verband medizinischer Fachberufe e.V., Fritzlar; ²Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin

Die AG WiForMFA zielt darauf ab, durch Forschung mit und für MFA, Mitarbeit in und an innovativen Themen für die Berufsgruppe, sowie aktive Teilnahme an praxisnaher Forschung, die Rolle der MFA im Primärversorgungsteam weiter zu stärken. Die Arbeitsgruppe tauscht sich über regelmäßige Telefonkonferenzen und ein bis zwei Treffen pro Jahr aus. Beim DEGAM-Kongress sollen aktuelle und zukünftige Themen und konkrete Maßnahmen besprochen werden.

16:45 - 18:15

Raum: 23.02.U1 81

AG Famulatur

Moderation: Reinhold Klein

Technische Universität München, Allgemeinmedizin

Bericht aus der Arbeitsgruppe Famulatur der DEGAM

Seit 2013 ist die „DEGAM-Famulaturbörse“ online. Sie vermittelt Famulaturstellen und stellt Studierenden und Famulaturärzten Informationsmaterial zu formalen und inhaltlichen Fragestellungen die mit der Famulatur zusammenhängen zur Verfügung.

Inzwischen stehen bundesweit 543 (Stand 07.08.2017) Famulaturplätze zur Verfügung. 465 davon sind allgemeinmedizinische Praxen. Dazu kommen 68 hausärztlich-internistische Praxen und 10 pädiatrische Praxen.

Inzwischen wurde von der AG ein Evaluationsbogen für die Praxen entwickelt. Er wurde – nach schriftlicher Information mit Widerspruchsrecht der Famulaturpraxen im März 2017 online gestellt. – Inzwischen sind erste Rückmeldungen eingegangen. – Ihre Auswertung wird künftig einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung leisten.

Leider ist die Famulaturbörse der DEGAM bei Ärzten und Studierenden noch zu wenig bekannt. Hier liegt nunmehr der Schwerpunkt für die künftige Arbeit der A.G. Famulatur.



16:45 - 18:15
AG KompMed

Raum: 23.03.U1 65

Moderation: Detmar Jobst, Corina Güthlin

AG KompMed | 1
AG Komplementärmedizin

D. Jobst

Medizinische Fakultät der Universität Bonn, Institut für Hausarztmedizin, Bonn

Die AG KompMed der Sektion Versorgungsaufgaben trifft sich seit 2009 traditionell bei jedem DEGAM-Kongress. Sie versteht sich als Plattform zum Austausch, für Fragen und Projekte der Naturheil- und Komplementärmedizin in der Hausarztpraxis und in der Forschung. Veröffentlichungen werden besprochen (z.B. Linde, K., ZfA 2014), Entwicklungen nachgezeichnet (z.B. NHV in DEGAM- Leitlinien) und Projekte präsentiert (z.B. kompetenzbasiertes Curriculum).

In diesem Jahr findet das Treffen am Donnerstag, den 21. Sept. von 16.45 bis 18.15h auf dem Campusgelände des Uniklinikums Düsseldorf statt. U.a. werden Sprecher und Sprecherin neu gewählt. Wer eine Tagesordnung wünscht, wendet sich ab 15. August bitte an inge.schnitzler@ukbonn.de.

16:45 - 18:15
AG Psychosomatik

Raum: 23.03.U1 61

Moderation: Olaf Reddemann

AG Psychosomatik | 1
AG Psychosomatik

O. Reddemann^{1,2}

¹ Hausarztpraxis, Köln; ² Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Düsseldorf

Die AG will unter dem Gesichtspunkt der Beziehungsorientierung auf die Gestaltung der Aus- und Weiterbildung und der Arbeit an Leitlinien Einfluss nehmen. Ebenso will sie an der Gestaltung und Vermittlung der „Psychosomatischen Grundversorgung“ und der fachbezogenen Psychotherapie mitwirken. Ziel des AG-Treffens soll nach einem Rückblick auf das vergangene Jahr die gemeinsame Weiterentwicklung der Netzwerk- und Arbeitsstruktur der AG sein.

Sprecher der AG: Olaf Reddemann, Ilka Aden



16:45 - 18:15
Mittelbau Treffen

Raum: 23.02.U1 21

Moderation: Nadine Pohontsch

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Das jährlich auf dem Kongress der DEGAM stattfindende MittelbauerInnen-Treffen findet unter der Leitung von Dr. Nadine Pohontsch statt, die sich auch um den MittelbauerInnen-Verteiler kümmert. Das MittelbauerInnen-Treffen ist ein informelles Treffen, das dem gegenseitigen Kennenlernen und dem konkreten Austausch über gemeinsame Forschungsinteressen, Forschungsmethoden, Kooperationsmöglichkeiten und aktuelle berufliche Themen dienen soll. Als akademischer Mittelbau werden dabei Personen vom Abschluss ihres Studiums bis zum Zeitpunkt einer Berufung verstanden.

Dieses Jahr werden wir einen Bericht zur Situation des akademischen Mittelbaus und dem Stand eines in der Entstehung befindlichen Positionspapiers hören (siehe auch Pre-Conference-Workshop "Akademische Allgemeinmedizin – Herausforderungen für den Mittelbau in allgemeinmedizinischer Lehre und Forschung", Leve et al.). Danach widmen wir uns dem Austausch und Networking.



Freitag, 22. September 2017

Programm

08:30 - 10:00

Raum: 23.01 HS 3C

II-VT6

Will/kann der Patient zu uns kommen?

Moderation: Lisa Ulrich, Olaf Krause

II-VT6 | Pecha Kucha Vortrag

Kleinräumige Evaluation der hausärztlichen Versorgungssituation in zwei Landkreisen Thüringens: Vorstellung eines Studiendesigns

A. Dahlhaus, L. R. Ulrich, D. Lemke, A. Erler

Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt

Hintergrund

Nach der derzeitigen Bedarfsplanung sind im Landkreis Gotha 18% und im Ilm-Kreis 19% der Hausarztsitze unbesetzt. Der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Thüringen liegen für den Ilm-Kreis sowohl von Hausärzten/innen als auch Patienten/innen Beschwerden über eine unzureichende hausärztliche Versorgungssituation vor. Für diesen Kreis wurden bereits Zwangszuweisungen von Patienten/innen zu Hausarztpraxen praktiziert. Für den Kreis Gotha liegen der KV Thüringen keine Beschwerden vor.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Das vorliegende Projekt zielt darauf ab, die hausärztliche Versorgungssituation in beiden Kreisen kleinräumig zu evaluieren und dadurch zur Erklärung der Diskrepanz der subjektiven Versorgungssituation in beiden Landkreisen beizutragen.

Inhalt

Die Studie besteht aus einer querschnittlichen Primärdatenerhebung sowie einer Verknüpfung dieser Daten mit Sekundärdaten der KV Thüringen (retrospektiv).

Bei der Primärdatenerhebung werden alle Hausärzte/innen im Untersuchungsgebiet postalisch angeschrieben und um ihre Teilnahme gebeten. Die Teilnehmer/innen werden mittels eines Fragebogens in Anlehnung an Siegrist et al.¹ zu ihrer Arbeitsbelastung befragt. Gleichzeitig werden je 100 Patientenfragebögen in der teilnehmenden Praxis ausgelegt, über die der Zugang zur hausärztlichen Versorgung evaluiert wird (Einschlusskriterium Patient/in > 18 Jahre). Die Primärdaten zur Arbeitsbelastung werden mit Abrechnungs- und Arztregisterdaten verknüpft. Zusätzlich werden Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Versorgung über die Arztdichte, Erreichbarkeitszeiten und geographisch mittels kleinräumiger Arzteinzugsräume abgebildet. Der Versorgungsbedarf der Bevölkerung wird über mehrere Indikatoren kleinräumig approximiert.

Es wird erwartet, eine Aussage zu Versorgungsunterschieden zwischen den beiden Landkreisen treffen zu können. Darüber hinaus sollen explorativ weitere Fragestellungen untersucht werden, beispielsweise ob sich Ärzte mit größeren Einzugsräumen stärker belastet fühlen.

¹Siegrist, J. et al. A short generic measure of work stress in the era of globalization: effort-reward imbalance. *Int Arch Occup Environ Health* 2009;82(8):1005–13.



II-VT6 | 2

Mobilitätskonzepte für einen ländlich geprägten Landkreis am Beispiel Waldshut – ein Mixed-Methods-Ansatz

L. Schröder, K. Flägel, K. Götz, J. Steinhäuser

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig Holstein, Campus Lübeck, Lübeck

Hintergrund

Deutschlands ländliche Räume sind absehbar vom Hausärztemangel betroffen. Daraus können unter anderem längere Wege(-zeiten) zu den Hausärzten resultieren. Trotz der Prämisse „Patient fährt zum Arzt“ sind flexible Alternativbeförderungsformen bisher nicht etabliert. Darüber hinaus ist das Mobilitätsverhalten der Bevölkerung bezüglich Arztbesuchen weitgehend unbekannt.

Fragestellung

Welche Bedürfnisse und Präferenzen haben die Einwohner eines ländlichen Landkreises bezüglich ärztlicher Versorgung und Mobilität?

Methoden

Es wurde ein exploratives Mixed-Methods Design angewandt. 2016 wurden qualitative Interviews mit Vertretern von mobilitäts- und/oder medizinaffinen Berufsgruppen in Waldshut durchgeführt. Diese wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. In einem zweiten Schritt wurde ein auf den Interviewergebnissen basierender Fragebogen an 1000 adulte Einwohner des Landkreises Waldshut in Baden-Württemberg versandt und deskriptiv analysiert.

Ergebnisse

Vier Fokusgruppen und ein Einzel-Telefoninterview mit insgesamt 20 Teilnehmern wurden durchgeführt. Insbesondere das Bedürfnis den Hausarzt möglichst wohnortnah zu erreichen, wurde geäußert.

Der Rücklauf der quantitativen Erhebung betrug 30 %. In die Analysen konnten 277 Fragebögen eingeschlossen werden. Das durchschnittliche Alter lag bei 51 Jahren und 58 % waren weiblich. Über 90 % der Teilnehmer nutzen ein Automobil, um einen Hausarzt zu erreichen. Die ÖPNV Nutzung lag unter 5 %. 0,7 % Teilnehmer nutzen den Bürgerbus für den Arztbesuch. 80 % konnten sich kostenpflichtige Mitfahrgelegenheiten mit ihnen bekannten Personen vorstellen. 60 % gaben an, den Hausarzt unabhängig vom Transportmodus innerhalb von 15 Minuten erreichen zu wollen.

Diskussion

Der motorisierte Individualverkehr spielt bei der wohnortnahen Versorgung der Zukunft eine zentrale Rolle. Internet basierte Mitfahrgelegenheiten könnten bei Gewährleistung der Vertrautheit eine Ergänzung für Arztbesuche im ländlichen Raum darstellen.



II-VT6 | 3

Zurück zum Hausarzt? Verbleib von ambulanten Patienten nach Behandlung durch einen Allgemeinmediziner in einer universitären zentralen Notaufnahme

M. Raker, T. Schleef, N. Schneider, O. Krause

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover

Hintergrund

Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser verbuchen ein immer höheres Patientenaufkommen. Die Mehrheit der Patienten sind sogenannte „Selbsteinweiser“ und verbleiben ambulant. Die Medizinische Hochschule Hannover hat zur Versorgung von Patienten mit Beschwerden aus dem hausärztlichen Behandlungsspektrum seit 2013 Allgemeinärzte in die zentrale Notaufnahme (ZNA) integriert. Ziel dieser Arbeit ist es, den Verbleib von ambulanten, allgemeinmedizinisch behandelten Patienten nach dem Besuch der ZNA zu untersuchen.

Fragestellung

Welche Ärzte werden von ambulant verbleibenden Patienten nach dem ZNA-Besuch kontaktiert, und in welchem Zeitraum finden diese Arztkontakte statt?

Methoden

Im Rahmen der Vorstellung in der ZNA wurden für jeden Patienten u.a. die ärztlichen Empfehlungen zur weiteren Versorgung dokumentiert. Mit 95 Patienten wurde etwa 14 Tage nach dem ZNA-Besuch eine teilstandardisierte telefonische Nachbefragung mit offenen und geschlossenen Fragen zu fünf Themenbereichen (u.a. nächster Arztkontakt nach der ZNA, zukünftige Konsultation bei gleichartigen Beschwerden) durchgeführt.

Ergebnisse

Es konnten 91 telefonische Nachbefragungen ausgewertet werden. 93,4% gaben an, einen Hausarzt zu haben. Durch den Allgemeinmediziner der ZNA wurde in 74,7% eine Weiterbehandlung durch den Hausarzt und/oder Fachspezialisten empfohlen. Nach dem Besuch in der ZNA hatten 51 der 91 Patienten (56,0%) nach durchschnittlich 3,4 Tagen (0 – 13 Tage) einen Arztkontakt (Hausarzt und/oder Fachspezialist): 76,5% suchten dabei als Erstes den Hausarzt auf. Bei ähnlichen Beschwerden würden zukünftig 36,3% der befragten Patienten primär ihren Hausarzt aufsuchen.

Diskussion

Nach dem ZNA-Besuch ist der Hausarzt eine wichtige Anlaufstelle. Eine (Re-)Integration in die hausärztliche Primärversorgung gelingt aber nur teilweise, lediglich ein Drittel der Patienten würde bei ähnlichen Beschwerden als Erstes ihren Hausarzt aufsuchen.



II-VT6 | 4

Wie oft erfolgt auf eine Überweisung eine Antwort? – Eine Fragebogenumfrage unter Berliner und Brandenburger Hausärzten

T. Deselaers, C. Heintze, W. Herrmann

Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin

Hintergrund

Die Kommunikation zwischen Krankenhäusern und Hausärzten nach Entlassung von stationären Patienten wurde bereits häufig analysiert.

Allerdings ist bisher nicht systematisch untersucht, wie häufig hausärztliche Überweisungen von niedergelassenen Kollegen mit einem Bericht beantwortet werden.

Fragestellung

Wie häufig werden Überweisungen von Hausärzten an niedergelassene Fachärzte anderer Fachrichtungen mit einem Arztbericht beantwortet?

Methoden

Ab Januar 2017 wurden 2000 zufällig ausgewählte Berliner und Brandenburger Hausärzte anonym zur Rücklaufhäufigkeit von Arztberichten befragt. Der postalisch verschickte Fragebogen wurde zuvor aufgrund qualitativer Experteninterviews entwickelt. Bei der Befragung schätzten die Teilnehmer unter anderem die Menge an ausgestellten Überweisungen und eingegangenen Arztberichten in ihrer Praxis. Darüber hinaus wurden die Einstellungen der Ärzte zum Themenkomplex und Charakteristika der Praxis erhoben. Die Ergebnisse wurden deskriptiv mit der Statistiksoftware R analysiert.

Ergebnisse

Derzeit liegen ausgefüllte Fragebögen von 431 Hausärzten (Rücklauf 21,5%) vor.

Die Teilnehmer schätzen im Mittel, dass auf 100 Überweisungen 31 Berichte bei ihnen eingehen. Die Befragten beurteilen den Rücklauf von Fachärzten der Inneren Medizin, Kardiologie, Pulmologie und Gastroenterologie als am höchsten; der geringste Rücklauf wird bei den Fachrichtungen Gynäkologie, Dermatologie und Orthopädie angegeben. 74,2% der Hausärzte geben an, dass sie eine Überweisungspflicht vor Besuch eines Facharztes befürworten, 46,5% finden, dass die digitale Kommunikation zwischen Ärzten mehr ausgebaut werden sollte.

Diskussion

Der Rücklauf von Arztberichten hängt aus Sicht der befragten Hausärzte vor allem von der Disziplin des Facharztes ab. Eventuell nötige Verbesserungsmaßnahmen der Kommunikation sollten sich daher auf bestimmte Fachrichtungen konzentrieren. Bei strukturellen Verbesserungen ist zum einen der kritische Blick der Hausärzte auf die Digitalisierung und zum anderen die große Befürwortung eines Gate-Keeper-Konzeptes zu beachten.



08:30 - 10:00

Raum: 23.01 HS 3B

II-Symp1

Symposium 1: 20 Jahre Professionalisierungskurse der DEGAM

Moderation: Norbert Donner-Banzhoff, Stefan Wilm

II-Symp1 | Symposium 1

20 Jahre Professionalisierungskurse der DEGAM

N. Donner-Banzhoff¹, S. Wilm²

¹ Universität Marburg Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg; ² Universitätsklinikum Düsseldorf Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Namen der Moderierenden sowie der Vortragenden Norbert Donner-Banzhoff; Stefan Wilm

Hintergrund 1997 begann die Konzeption eines Faculty development-Programms für den akademischen Nachwuchs unter dem Dach der DEGAM, u.a. nach Anregungen aus Kanada und von Peter Helmich, Düsseldorf. Der Professionalisierungskurs ist seither neunmal in je fünf Wochenend-Blöcken über zwei Jahre erfolgreich durchgeführt worden. Es hat sich dabei gezeigt, dass die 120 Teilnehmenden durch diese Kurse nicht nur die Möglichkeit hatten, neue theoretische und praktische Kompetenzen zu den fünf Themenblöcken und im internationalen Praktikum zu erwerben; vielmehr konnten und mussten sie in einem interaktiven Lernprozess das Programm selbst mitgestalten. Für viele der Teilnehmenden erschlossen sich ganz neue Perspektiven zur Zusammenarbeit in oder mit der universitären Allgemeinmedizin.

Ziele In diesem Symposium werden von früheren und neueren Absolventen/innen der Professionalisierungskurse Ergebnisse aus und Erfahrungen mit den Kursen berichtet, reflektiert und diskutiert. Es werden konkrete Ansätze für die konzeptionelle Weiterentwicklung des neuen Kurses 2018-2020 erarbeitet.

Überblick über Einzelvorträge Donner-Banzhoff, N.: Kurzer Rückblick auf die Entstehung der Professionalisierungskurse der DEGAM Fuchs, S.: Der 8. Professionalisierungskurs - unsere Projekte, Probleme und Stolpersteine Oltrogge, J.: Der 9. Professionalisierungskurs – kleine Gruppe, produktives Arbeiten

Diskussion Die DEGAM geht davon aus, dass ein Programm zur Professionalisierung von akademisch interessierten Allgemeinmediziner/innen 'lerner-gestaltet' in Themen und Ablauf sein muss. Da es außerdem nicht nur um die Vermittlung von faktischem Wissen, sondern auch um das Erlernen/Üben von Fertigkeiten und die Bearbeitung von Einstellungen geht, sollen zwischen den Teilnehmenden gerade auch lebendige Interaktions-Prozesse gefördert werden. Eine dauerhafte Trennung von 'Lehrenden' und 'Lernenden' ist nicht vorgesehen; jede/r Teilnehmer/in soll in einer gleichzeitig stimulierenden und evaluierenden Umgebung ihr/sein Lernen und ihr/sein Lehren weiterentwickeln. Das Symposium will in dieser Haltung die Kurse weiterentwickeln.



II-Symp1 | 1

Kurzer Rückblick auf die Entstehung der Professionalisierungskurse der DEGAM

N. Donner-Banzhoff

Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Hintergrund

Als der Professionalisierungskurs begründet wurde, waren in der Lehre engagierte Allgemeinärzte oft isoliert; große universitäre Abteilungen existierten kaum, so dass es wenig Gelegenheit für kollegialen Austausch und Lernen neuer Herangehensweisen gab. Die Universität wurde überwiegend von außen als eine undurchsichtige und feindliche Umgebung wahrgenommen.

Fragestellung

Kann ein überregionales Programm auf der Basis von 5 Wochenenden die akademische Motivation und Fertigkeiten fördern?

Methoden

Persönlicher Rückblick sowie Befragungen früherer Teilnehmer.

Ergebnisse

Die Teilnahme wurde überwiegend als bereichernd empfunden. Dass die Teilnehmer den Kurs selbständig gestalten können und müssen, stellt eine Schwierigkeit dar, die allerdings das Potenzial für eine besonders lebendige Zusammenarbeit bietet. Die Einblicke in das universitäre Arbeitsfeld halfen den Teilnehmern, realistische Entscheidungen zu ihrem künftigen Werdegang zu treffen, manchmal auch gegen ein intensiveres akademisches Engagement.

Diskussion

Heute sind die Rahmenbedingungen der universitären Allgemeinmedizin in Deutschland grundlegend anders als vor 20 Jahren. Daher ist zu diskutieren, ob der Professionalisierungs-Kurs noch ein angemessenes Format darstellt.



II-Symp1 | 2

Der 8. Professionalisierungskurs - unsere Projekte, Probleme und Stolpersteine

S. Fuchs¹, S. Döpfmer²

¹ Medizinische Fakultät Martin-Luther-Universität Halle/Wittenberg, Institut für Allgemeinmedizin, Halle (Saale); ² Universitätsmedizin Berlin - Charité Campus Mitte, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin

Der 8. Professionalisierungskurs beschreibt anhand der bearbeiteten bzw. noch zu Ende zu bearbeitenden wissenschaftlichen Projekte, wie es angegangen wurde sowohl an den Wochenenden, an denen wir uns trafen, als auch in den Zeiträumen zwischen unseren Treffen, und was an Arbeit eingebracht wurde. Im Rahmen der zweijährigen Kurs-Dauer traten verschiedene Probleme und Stolpersteine auf. Diese möchten wir gerne anschaulich vorstellen und diskutieren.

Im Rahmen von Gruppen- und Kleingruppenarbeit erfolgte die Arbeit u.a. an einem Projekt zur Beleuchtung des Image des Hausarztes an vier ausgewählten konkreten Beratungsanlässen. Hieraus können Rückschlüsse auf die dem Hausarzt zugeschriebenen fachlichen Kompetenzen gezogen und diese in der täglichen Arbeit einbezogen werden. In einem zweiten Projekt wurde ein Begleitbogen für Patienten erstellt. Dieses soll den Hausarzt in der Beratung bei Patienten in schwierigen Lebenssituationen unterstützen. Die Akzeptanz und Resonanz wurde versucht zu evaluieren. Diese Evaluation scheiterte letztendlich aber an verschiedenen Besonderheiten.



II-Symp1 | 3

Der 9. Professionalisierungskurs – kleine Gruppe, produktives Arbeiten

J. Oltrogge¹, P. Jung², K. Krüger³, K. Ettlinger^{4,5}, A. Wartner⁶

¹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin Zentrum für Psychosoziale Medizin, Hamburg; ² Uniklinik Freiburg, Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg; ³ Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin; ⁴ Allgemeinarztpraxis, München; ⁵ TU München, Institut für Allgemeinmedizin, München; ⁶ Allgemeinarztpraxis, Arnstorf

Der 9. Professionalisierungskurs der DEGAM bestand bei der konstituierenden Sitzung im September 2016 aus neun Teilnehmern. Nach Absagen trafen sich im Februar 2017 fünf verbliebene Teilnehmer, die sich darauf verständigten, ein gemeinsames Projekt zu bearbeiten: die Aktualisierung der abgelaufenen S3-Leitlinie „Halsschmerzen“.

Nach Absprache mit der DEGAM-Geschäftsstelle „Leitlinien“ und den Autoren der Leitlinie wurde im Rahmen einer Sitzung im Juli 2017 mit der inhaltlichen Arbeit begonnen. Im Zentrum steht die Aktualisierung von zwei systematischen Suchstrategien zu neuer Primärliteratur zu Diagnostik und Therapie. Darüber hinaus soll eine Anpassung der Kapitelstruktur an das neue Leitlinienformat der DEGAM erfolgen.

Trotz geringer Teilnehmerzahl ermöglicht die Zusammensetzung aus drei Nachwuchswissenschaftlern und zwei erfahrenen Hausärzten im engen Kontakt mit Leitlinienautoren und der Leitlinienentwicklungsstelle ein produktives Arbeiten zum Erwerb von relevanten Kompetenzen zur Erstellung von systematischen Übersichtsarbeiten und der Durchführung von Konsentierungsverfahren. Neben dem wissenschaftlichen Ergebnis profitieren alle Teilnehmer vom Peer-Teaching innerhalb der Gruppe und den bereits bewährten Strukturen der Leitlinienentwicklung.



08:30 - 10:00

Raum: 23.02.U1 24

II-WS5

Workshop: Innovative (point of care) diagnostic tests in general practice: challenges in clinical evaluation and implementation

Moderation: Jochen Cals, Mark Spigt, Ramon Ottenheijm, Robert Willemsen, Geertjan Dinant

II-WS5 | 1

Innovative (point of care) diagnostic tests in general practice: challenges in clinical evaluation and implementation

G. Dinant

Maastricht University, Department of Family Medicine, Maastricht Nederlande

1. Namen der Moderierenden sowie der Vortragenden

Jochen Cals, Mark Spigt, Ramon Ottenheijm, Robert Willemsen, Geert-Jan Dinant

Hintergrund

Diagnostic reasoning is a cornerstone of the work of general practitioners, mostly based on medical history and physical examination and sometimes assisted by additional diagnostic test(s). New additional diagnostic tests and tools are constantly being developed and the possibilities of performing minimally or non-invasive tests in general practice are expanding. Yet again, scientifically assessing clinical effects of a new test in general practice is a grand challenge to both researchers and physicians, and successful implementation is dependent on even more factors.

Ziele

This workshop aims to provide the participants with an overview of the scientific and practical requirements when aiming to successfully evaluate and potentially implement innovative (point of care) diagnostic tests in general practice. The presenting team will present and discuss a framework for the evaluation and implementation of innovative (point of care) diagnostic tests in general practice.

Überblick über Einzelvorträge

Short presentations of completed trials of (point-of-care) test-treatment strategies in the exemplary conditions of thrombo-embolic events, cardiac chest pain, respiratory infections and shoulder pain, with an interactive introduction and discussion section.

Diskussion

The workshop leaders are all GP/researchers working at the department of Family Medicine of Maastricht University, within the research programme Optimising Patient Care. The department and presenting team has a strong track record in diagnostic research and evaluating new diagnostic tests in general practice through large prospective randomised studies.



II-WS5 | 2

International definition of a point-of-care test in family practice: a modified e-Delphi procedure

A. Schols¹, G. Dinant¹, R. Hopstaken², C. Price³, R. Kusters⁴, J. Cals¹

¹ Maastricht University, Maastricht Niederlande; ² Salto Diagnostic Centre, Utrecht Niederlande; ³ Oxford University, Oxford Vereinigtes Königreich; ⁴ Twente University, Twente Niederlande

Hintergrund

The term point-of-care test (POCT) is often used in medical literature and clinical practice. POCTs in family practice are increasing, yet a widely supported definition in family practice does not exist yet.

Fragestellung

To reach consensus on an international definition of a POCT in family practice.

Methoden

We performed a modified international e-Delphi procedure of 4 rounds among expert panel members from different professional backgrounds - family practitioners, laboratory specialists, policymakers, researchers, and manufacturers.

Ergebnisse

Of 27 panel members from 7 different countries, 26 participated in all rounds. Most panel members were actively involved in POCT research or policymaking and 70% worked in family medicine. After choosing important components, structuring of answers and feedback, the following definition was chosen as best- or second best definition by 81% of panel members: A point-of-care test in family practice is a test to support clinical decision-making, which is performed by a qualified member of the practice staff nearby the patient and on any part of the patient's body or its derivatives, during or very close to the time of consultation, to help the patient and physician to decide upon the best suited approach, and of which the results should be known at the time of the clinical decision-making.

Diskussion

With the increasing use of POCTs in family practice, it is important to have a clear definition that is supported and recognised by several professional fields. The definition emerging from this Delphi study can inform family practitioners, laboratory specialists, policymakers and manufacturers on the most widely supported definition.



08:30 - 10:00

Raum: 23.02.U1 22

II-WS6

Workshop: Health literacy in primary care

Moderation: Jany Rademakers, Stephanie Stock, Peter Nowak

II-WS6 | 1

Health literacy in primary care

J. Rademakers^{1,2}, S. Stock³, P. Nowak⁴

¹ Maastricht University, CAPHRI / Department of Family Medicine, Maastricht Niederlande; ² NIVEL, Utrecht Niederlande; ³ Uniklinik Köln, Institut für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie (IGKE), Köln; ⁴ Gesundheit Österreich GmbH, Gesundheit und Gesellschaft am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien Österreich

Hintergrund

Inadequate Health literacy is common among western European populations. In this workshop, we will discuss the concept of Health literacy, how it can be defined and how it impacts health outcomes. Furthermore, we will address the difficulties that patients with inadequate health literacy encounter and how primary health care can be better adjusted to the needs of these patients.

Zielgruppe

Medical doctors, nurses, care providers in general

Didaktische Methode

Three oral presentations and discussion and interaction with the workshop participants

Ziele

- Present research data on Health literacy in primary care from three western European countries (Germany, Austria and the Netherlands)
- Explore the concept of Health literacy and its impact on health outcomes
- Discuss how primary health care can be better tailored to the needs of patients with inadequate health literacy

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

50 -70

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Ms. Prof. dr. Jany Rademakers

Professor Health literacy and patient participation, CAPHRI, Maastricht University, the Netherlands

Head of research department, Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL), Utrecht, the Netherlands

Ms. Prof. Dr. med Stephanie Stock

Professor, Department of Health Economics and Clinical Epidemiology, University of Cologne, Germany

Acting Director, Institute of Health Economics and Clinical Epidemiology (IGKE) Hospital of the University of Cologne, Cologne Institute for Health Economics, Germany

Dr. Peter Nowak

Leiter der Abteilung Gesundheit und Gesellschaft am Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien, Austria



08:30 - 10:00

Raum: 23.31.U1 66

II-WS7

Workshop: The Assessment of Burden of COPD (ABC) tool: a potential tool to improve quality of life of COPD patients in Germany?

Moderation: Daniel Kotz, Onno van Schayck

II-WS7 | 1

The Assessment of Burden of COPD (ABC) tool: a potential tool to improve quality of life of COPD patients in Germany?

O. van Schayck¹, D. Kotz^{2,1}, A. Schneider³, N. Donner-Banzhoff⁴, A. Slok¹

¹ CAPHRI; Care and Public Health Research Institute, Maastricht University, Department of Family Medicine, Maastricht Niederlande; ² Institute of General Practice, Addiction Research and Clinical Epidemiology Unit, Medical Faculty of the Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Düsseldorf; ³ Institut für Allgemeinmedizin, Technische Universität München, München; ⁴ Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg, Marburg

Hintergrund

In the Netherlands, the Assessment of Burden of COPD (ABC)-tool has been developed to measure burden of disease in COPD-patients, and to facilitate shared-decision-making and the formulation of an individual treatment-plan. Outcomes of a cluster-RCT showed that using the tool results in a significant increase in patients with a clinically relevant improvement in disease-specific quality-of-life. The intervention-group also rated the experienced quality-of-care as better. (Slok et al. BMJ Open. 2016;6(7):e011519) The ABC-tool is currently being implemented in Dutch healthcare. The tool might also be useful to improve the quality-of-care for COPD-patients in Germany.

Zielgruppe

Healthcare providers and researchers in primary care.

Didaktische Methode

The workshop will be moderated by Prof. Kotz:

1. Presentation about the rationale behind the ABC-tool and its development and evaluation in the Dutch healthcare-system, by Prof. van Schayck.
2. Critical reflection on the ABC-tool regarding its potential implementation in the German healthcare-system, by Prof. Schneider and Prof. Donner-Banzhoff.
3. Interactive discussion on opportunities and threats of the ABC-tool in Germany.
4. Summary and concluding remarks: how to proceed?

Ziele

A critical discussion about the opportunities and threats of implementing the ABC-tool in the German healthcare-system, both from a scientific and clinical perspective.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15-20

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

1. DK is professor in general practice with a main focus on addiction research and clinical epidemiology at the Institute of General-Practice at the Heinrich-Heine-University Düsseldorf, and was involved with the effect-evaluation of the ABC-tool in the Netherlands
2. OvS is professor of preventive medicine at University Maastricht. He was appointed by the Dutch Lung Alliance as chair of a national expert-group responsible for the development of the ABC-tool.



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.01 43

II-WS8

Workshop: Alkoholkrankheit: Ambulanter Alkoholentzug in Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Suchtambulanz

Moderation: Bernhard Piest

II-WS8 | 1

Alkoholkrankheit: Ambulanter Alkoholentzug in Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Suchtambulanz

B. Piest¹, J. Benedde²

¹ Praxis, Braunschweig; ² Lukas-Werk, Braunschweig

Hintergrund

3,4 Millionen aller erwachsenen Deutschen (6,5%) leiden unter Alkoholmissbrauch oder –abhängigkeit. Nur 10% dieser Menschen befinden sich in adäquater Therapie, aber 70% der Patienten konsultieren mindestens einmal im Jahr den Hausarzt. Trotz der hohen Bedeutung dieses Krankheitsbildes fehlen hausärztliche Therapiekonzepte.

Ein wichtiger Teil der Gesamttherapie ist der Alkoholentzug bei Abhängigkeit. Traditionell wird er stationär durchgeführt. Es wurde jedoch gezeigt, dass in speziellen suchttherapeutisch arbeitenden Ambulanzen Entzüge durchführbar sind. Entsprechend ist die ambulante Entgiftung als Schlüsselempfehlung in die aktuelle S3-Leitlinie (Alkoholbezogene Störungen) aufgenommen worden. Bisher gibt es aber keine Berichte über die Umsetzung dieses Verfahrens in einer hausärztlichen Praxis.

Bericht: Ambulanter Alkoholentzug in Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Suchtambulanz

Seit 10 Jahren führen wir diese Therapie als Hausarztpraxis zusammen mit einer Suchtambulanz durch. Die Entzugsbehandlung dauert 1 Woche. In dieser Woche finden tägliche Arztkontakte (Alkoholatemtest, Prüfung von Entzugssymptomen, Medikamentenvergabe) und 6 Kontakte in der Therapieeinrichtung statt (Einzel- und Gruppengespräche). Indikation (Abhängigkeit) und Kontraindikationen (v.a. bekannter schwerer Entzugsverlauf, schwere somatische oder psychische Begleiterkrankungen) werden geprüft. Entzugsbegleitende Medikamente sind Carbamazepin, Tiaprid und Vitamin B1. Ziel des Entzuges ist eine weiterführende Therapie als ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung. Die Ergebnisse in unserer Praxis zeigen, dass bei 84 ambulanten Entzügen 75 (89%) erfolgreich verliefen.

Zielgruppe

Ärztinnen, Ärzte, Medizinische Fachangestellte, Suchttherapeuten, Sozialarbeiter

Didaktische Methode

Arzt und Suchttherapeut berichten gemeinsam. Viel Gelegenheit zu Rückfragen und Kommentaren.

Ziele

Zentrales Anliegen ist die Vermittlung der Durchführbarkeit des Entzuges im ambulanten Rahmen, wobei die intersektorale Zusammenarbeit zwischen Arztpraxis und Therapieeinrichtung wesentlich ist.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

10 bis 15

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Hausarzt mit Schwerpunkt Suchtmedizin. Substitutionstherapien bei Opiatabhängigen, Entgiftungen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen werden durchgeführt.



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.01 41

II-WS9

Workshop: Cluster-randomisierte Studien – Design und Fallzahlschätzung

Moderation: Birgitt Wiese

II-WS9 | 1

Cluster-randomisierte Studien – Design und Fallzahlschätzung

B. Wiese

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover

Hintergrund

Insbesondere in der Versorgungsforschung werden zunehmend Interventionsstudien durchgeführt, bei denen die Intervention beim Hausarzt/bei der Hausärztin und nicht beim einzelnen Patienten/bei der einzelnen Patientin ansetzt. Daher werden also nicht die Patienten/innen randomisiert, sondern die Randomisierung erfolgt auf der Ebene des Hausarztes/der Hausärztin. Dies erfordert ein spezielles Studiendesign (sog. cluster-randomisierte Studien) und eine an das Design angepasste Fallzahlschätzung. Auch bei der späteren Auswertung der Studie sollten Verfahren angewandt werden, die das spezielle Design berücksichtigen.

Zielgruppe

In der Allgemeinmedizin arbeitende Wissenschaftler/innen

Didaktische Methode

Die Problematik wird anhand von Beispielen aufgezeigt. Die Teilnehmer/innen werden aktiv beteiligt, indem sie in Kleingruppen ein Design erarbeiten und die benötigten Fallzahlen errechnen.

Ziele

Die Teilnehmer/innen sollen die Problematik cluster-randomisierter Studien verstehen, selbstständig eine Fallzahlschätzung durchführen können und sich mit den entsprechenden Auswertungsmethoden vertraut machen.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15 Teilnehmer/Teilnehmerinnen

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Birgitt Wiese ist Mathematikerin und leitet die AG Medizinische Statistik und IT-Infrastruktur am Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Sie ist verantwortlich für den Bereich IT, Datenqualitätssicherung und Biometrie in mehreren Kohorten- und Interventionsstudien (z.B. AgeCoDe-Studie, MULTICARE-Agenda-Studie).



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.U1 47

II-WS10

Workshop: DEGAM-Leitlinie Nr. 6 „Pflegende Angehörige“ – ein Fortschrittsbericht zur LL-Überarbeitung

Moderation: Martin Beyer, Anne Barzel

II-WS10 | 1

DEGAM-Leitlinie Nr. 6 „Pflegende Angehörige“ – ein Fortschrittsbericht zur LL-Überarbeitung

T. Lichte, C. Höppner

Institut f. Allgemeinmedizin OvGU Magdeburg, Magdeburg

Hintergrund

Die DEGAM-S3-Leitlinie Nr. 6 (LL) „Pflegende Angehörige“, zuerst erschienen 2005, war – und ist – die erste hausärztliche Leitlinie zu einem *Versorgungsbereich*, also nicht von einem spezifischen Beratungsanlass ausgehend. Problematisch ist, dass nur wenige Studien - insbesondere Reviews - zur Evidenzbasierung gefunden werden konnten.

Zielgruppe

Hausärzte. Diese Leitlinie hat auch breite Aufmerksamkeit bei weiteren Trägern der Versorgung und in angrenzenden Fächern, z.B. den Pflegewissenschaften, gefunden. Zuletzt wurde sie auch in der sog. KBV-Werkstatt u. a. zur Fortentwicklung der Vergütung genutzt.

Didaktische Methode

Impulsvortrag - Präsentation der Evidenzgrundlage. Darstellung der Bedarfslage bei Hausärzten, Betroffenen und Kostenträgern. Diskussion der Entwicklung und Anwendbarkeit.

Ziele

Präsentation des Standes der LL-Entwicklung und Darstellung, dass die Zielgruppe über die unmittelbar (familiär) Verwandten auf ‚zugehörige Versorgende‘ ausgedehnt werden muss. Der Hausarzt steht mit seinem Praxisteam immer noch in einer Schlüsselposition bei der Unterstützung pflegender Angehöriger. Dabei stehen die Identifizierung der Pflegenden, das rechtzeitige Erkennen von Pflegebelastungen, die Beratung zu und Vermittlung in entlastende Interventionen sowie die Koordinationsfunktion im Vordergrund. Zu verdeutlichen ist die differenzierte Versorgung der Pflegenden je nach Beziehungsaspekten, familiärer Situation und Erkrankung sowie Hilfsbedürftigkeit des Pflegebedürftigen. Anregung zur Konfliktanalyse in der Triangulation zwischen Pflegenden, Pflegebedürftigen und Hausärzten. Diese Leitlinie soll auch zu einer angemessenen Vergütung der hausärztlichen Aktivitäten beitragen.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

30

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Vorstellung der Aktivitäten bei der Erstellung von Leitlinien

Workshop-Leiter: M. Beyer Frankfurt ; PD Dr. A. Barzel Hamburg



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.00 52

II-WS11

Workshop: Patient-Arzt-Kooperation im Annäherungsmodus

Moderation: Theodor Petzold

II-WS11 | 1

Patient-Arzt-Kooperation im Annäherungsmodus

T. Petzold^{1,2}

¹ Zentrum Für Salutogenese, Leitung, Bad Gandersheim; ² Medizinische Hochschule Hannover, Allgemeinmedizin, Hannover

Hintergrund

Bei vielen, besonders ‚chronischen‘ Erkrankungen spielt Stress eine wichtige Rolle, sowohl bei der Entstehung als auch im Verlauf – als Gesundungshindernis oder Anlass für Rezidive. Die psychosomatische Stressreaktion entsteht durch Aktivierung des motivationalen neuropsychischen Abwendungssystems („Vermeidungssystem“). So ist es eine wichtige therapeutische Aufgabe, den Patienten dahingehend anzuregen, dass er aus dem Stressmodus herausfindet und immer wieder positive Annäherungsziele findet und verfolgt. Der Annäherungsmodus ist mit einem Gefühl von Vertrauen verknüpft und mit Lust (Dopaminausschüttung, „inneres Belohnungssystem“). Ein einfaches Modell der dynamischen Stressregulation macht die Zusammenhänge leicht verständlich.

In einer Kooperation im Annäherungsmodus können wir neue Lösungen finden und nachhaltiger zusammenarbeiten als im Abwendungsmodus, wie z.B. zum ‚Kampf gegen eine Krankheit‘. Jede Kooperation, die als oberstes Ziel ein Abwendungs-/Vermeidungsziel hat, verstärkt den Stress und vermindert damit in der Regel die Heilungsaussichten.

So zielt unsere Kommunikation bei Patienten mit ‚chronischen‘ Erkrankungen darauf ab, das Annäherungssystem und damit die gesunde Selbstregulation wieder anzuregen durch eine eigene Hoffnung stärkende Einstellung, durch Mitgefühl, Verständnis, Fragen nach attraktiven Zielen und hilfreichen Ressourcen, Empowerment u.a.

Zielgruppe

Hausärzte, Therapeuten sowie Studenten und MFA

Didaktische Methode

Impulsreferate, Kommunikationsübungen

Ziele

Vorstellungen zu bekommen, wie durch eine kommunikative Anregung des Annäherungssystems ein salutogener Beitrag zum Auflösen von Stressmustern gelingen kann.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

6 - 30

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Allgemeinarzt seit 1979; NHV; Europ. Certif. Psychotherapy; Entwickler, Ausbilder und Supervisor der Salutogenen Kommunikation (seit 2007); Gründer und Leiter des Zentrums für Salutogenese, Sprecher des Dachverbands Salutogenese; Autor zahlreicher Bücher und Artikel: aktuell: ‚Schöpferische Kommunikation – Theoretische Grundlagen ganz praktisch‘.



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.U1 21

II-WS12

Workshop: Themen im Mentoring für Ärzte/innen in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin

Moderation: Marischa Broermann, Anne Messemakers

II-WS12 | 1

Themen im Mentoring für Ärzte/innen in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin

M. Broermann, A. Messemaker

Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Hintergrund

Im Rahmen der ab 2017 geltenden bundesweiten Finanzierung von Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin nach §75 a, SGB V, werden einige Mentoringprogramme für Ärzte/innen in Weiterbildung (ÄiW) Allgemeinmedizin in verschiedenen KV-Bezirken neu entstehen. Um ein Mentoringprogramm mit Leben zu füllen, ist es wichtig, die für die ÄiW passenden Themen anzubieten.

Zielgruppe

Institute und Einrichtungen, die Mentoringprogramme in der Weiterbildung anbieten (möchten), ÄiW und weitere an Mentoring interessierte Personen.

Didaktische Methode

Nach einem kurzen Input zum Hintergrund des Workshops werden die Teilnehmenden die Möglichkeit haben, sich und ggf. ihre Mentoringprojekte vorzustellen. Anschließend werden gemeinsam Themen im Mentoring für ÄiW Allgemeinmedizin gesammelt und durch die Erfahrungen der Workshopleiter im hessenweiten Mentoringprogramm ergänzt. In Kleingruppen werden die wichtigsten Themen ausgearbeitet. Die Ergebnisse werden visualisiert und allen zugänglich gemacht.

Ziele

Der Workshop zielt auf einen Austausch unter den Personen, die Mentoringprogramme leiten und darauf, gemeinsam mit den Teilnehmenden die Inhalte für Mentoringsitzungen zu erarbeiten. Ziel könnte ein gemeinsamer Themenpool mit Unterlagen für jedes Thema sein.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

Ein bis zwei Vertreter aus jedem Kompetenzzentrum/KV-Bezirk sind wünschenswert, damit ein bundesweiter Austausch erfolgen kann: Geschätzte Anzahl von zehn bis 20 Personen.

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Eine promovierte Diplom-Pädagogin und eine Diplom-Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterinnen am Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main, jahrelange Begleitung und Evaluation von Mentoringgruppen des Weiterbildungskollegs Allgemeinmedizin Hessen.



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.00 61

II-WS13

Workshop: Narrative Medizin – eine Einführung

Moderation: Vera Kalitzkus, Melanie Böckmann

II-WS13 | 1

Narrative Medizin – eine Einführung

V. Kalitzkus, M. Böckmann

Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Düsseldorf

Hintergrund

Menschen teilen einander ihr Erleben in Geschichten mit. Erzählungen ermöglichen es, andere Menschen, ihr Leben und Erleben zu begreifen. Narrative Medizin erweitert das naturwissenschaftliche Grundverständnis der Medizin um die Kompetenz, kranke Menschen in ihrem Kranksein zu verstehen und zu begleiten. Durch die Stärkung narrativer Kompetenz von Ärztinnen und Ärzten schärft sie den Blick sowohl für die Patientinnen und Patienten als auch für das eigene professionelle Verhalten.

In der Narrativen Medizin kommen unterschiedliche Methoden zum Einsatz, wie bspw. literaturwissenschaftliche Elemente zur Film- und Textinterpretation, Aufnahme von und Austausch über Krankheitserzählungen, erzählfördernde Gesprächstechniken, Dokumentationsformen oder reflektierendes Schreiben. Über die Methoden der Narrativen Medizin können eigene Wahrnehmungen, implizite Werte und Theorien, welche die alltäglichen Handlungen beeinflussen, dechiffriert und kritisch untersucht werden.

Zielgruppe

Dozentinnen und Dozenten in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung; Supervisorinnen und Supervisoren; praktizierende Ärztinnen und Ärzte

Didaktische Methode

Kurzvortrag; praktische Übungen zum Kennenlernen der Methoden; Diskussion

Ziele

Vermittlung von Kernelementen der Narrativen Medizin; Kennenlernen und Erproben ausgewählter Methoden aus dem Feld der Narrativen Medizin (z.B. *close reading*, reflektierendes Schreiben)

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

10 - 15

Kurzworstellung des/r Workshop Leiters/in

Vera Kalitzkus ist *medical anthropologist* und Forscherin mit Schwerpunkt auf qualitativen Forschungsmethoden. Sie ist seit vielen Jahren mit der narrativen Medizin in Vorträgen und Seminaren befasst.

Melanie Böckmann ist Gesundheitswissenschaftlerin mit einem Hintergrund in Geisteswissenschaften. Sie arbeitet mit *mixed methods* und qualitativen Methoden, begleitet Public Health Studierende als Schreibcoach und hat selbst Kurzgeschichten veröffentlicht.



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.01 68

II-P1 | Postersession 1

Patientenzentrierte Behandlung und Berücksichtigung von Angehörigen bei schwer(st)er Erkrankung

Moderation: Maren Ehrhardt

Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Hamburg

II-P1 | 1

Schmerztherapie durch Angehörige in der Palliativmedizin. Erscheint eine Schulung sinnvoll, möglich, gewünscht?

J. Lentzkow, L. Sanftenberg, S. Mayer-Voigt, J. Schelling

Ludwig-Maximilians-Universität, Institut für Allgemeinmedizin, München

Hintergrund

Die Versorgung von unheilbar erkrankten, palliativ betreuten Patienten erfolgt zum großen Teil in der häuslichen Umgebung. Zusammen mit Hausärzten betreuen Angehörige ihre Patienten. Zur Unterstützung der ärztlichen Aufgaben, in diesem Fall der Schmerztherapie, gibt es keine Integration dieser betreuenden Angehörigen. Hier scheint ein Bedarf an Ausbildung zu bestehen, um Angehörige besser mit einzubeziehen und die behandelnden Ärzte zu entlasten.

Fragestellung

Besteht seitens der pflegenden Angehörigen der Wunsch nach Erweiterung ihrer Kompetenzen? Welche Voraussetzungen sind für eine Schulung zu erfüllen?

Methoden

Von September 2015 bis September 2016 wurden im Rahmen einer quantitativen, monozentrischen Studie betreuende Angehörige von 26 Palliativpatienten befragt. Die Interviews wurden fragebogengestützt geführt. Ziel war es, den Wissensstand der Probanden festzustellen und aus ihren Antworten den Bedarf einer Schulung zur Applikation von Analgetika zu ermitteln.

Ergebnisse

In die Studie eingeschlossen waren 43 Probanden. Die Vorbildung reichte vom Laien bis zur Fachkrankenschwester für Intensivpflege. 75% sprachen sich für eine Schulung aus. Diese sollte Einblick in die Möglichkeiten einer Schmerztherapie vermitteln, die betreuenden Angehörigen auf ihrem Wissensstand abholen, sie bei der therapeutischen Eskalation begleiten und die rechtlichen Rahmenbedingungen klären. Die Betreuung durch den Hausarzt war unabdingbar, eine Entlastung der professionellen Behandler aber gut möglich.

Diskussion

Obwohl die Studie durch die niedrige Probandenzahl eingeschränkt ist, so gibt sie doch ein breites Spektrum an palliativen Erkrankungen wider. Die Art der Datenerhebung hat das vertraute hausärztliche Gespräch zur Grundlage. So bildet die individuelle Bewältigung durch die betreuenden Angehörigen nachvollziehbar ab und ermöglicht ehrliche Antworten der Teilnehmer. Die Erhebung ist demnach Grundlage der Ausgestaltung eines Curriculums für betreuende Angehörige.



II-P1 | 2

Opioidmissbrauchsgefahr bei Nicht-Tumor Schmerzpatienten unter Langzeit-Opioid-Therapie in Hausarztpraxen

L. Bingener, R. Schnakenberg, M. Bleckwenn, K. Weckbecker, J. Just

Universitätsklinikum Bonn, Institut für Hausarztmedizin, Bonn

Hintergrund

Mit der steigenden Inzidenz von chronischen, Nicht-Tumorschmerzen steigen die Verschreibungszahlen für Opiode weltweit an, auch in Deutschland. Abhängigkeit und Missbrauch von Opioiden sind eine mögliche Nebenwirkung der Therapie und haben sich in den USA zu einer „Endemie“ entwickelt. Das rechtzeitige Erkennen eines möglichen Opioid Missbrauchs kann sich im Praxisalltag schwierig gestalten, Daten zur Prävalenz in Deutschland liegen nicht vor.

Fragestellung

Wie hoch ist der Anteil von Patienten mit einem hohen Missbrauchsrisiko bei Nicht-Tumor Patienten unter Langzeit-Opioid Therapie in Hausarztpraxen?

Methoden

Wir nutzten einen validierten Fragebogen zur Selbstauskunft (COMM Score: „Current Opioid Misuse Measure“) in 15 Lehrarztpraxen der Universität Bonn. Alle Patienten mit chronischem Nicht-Tumorschmerz, die innerhalb eines Quartals die Praxis besuchten, wurden eingeschlossen.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote betrug 76,9 %. Die Teilnehmerzahl betrug $n = 93$, davon waren 30,1% der Probanden COMM Score positiv und hatten somit ein deutlich erhöhtes Opioidmissbrauchsrisiko. Ein positiver COMM Score korrelierte mit den Variablen: Depression ($p = 0,001$), Gesundheitszustand ($p = 0,006$), Nackenschmerzen ($p = 0,004$) und dem Bildungsstand Hauptschule ($p = 0,044$).

Diskussion

Der COMM Score gibt lediglich einen Hinweis auf Risikopatienten und bezeichnet keine Abhängigkeitsquote. Zur Verbesserung der Suchtprävention bei diesem Patientenkontext, besteht die Möglichkeit in einem regelmäßigen Screening, z.B. anhand des COMM Scores einmal pro Quartal. Risikopatienten sollten direkt angesprochen werden, auch Urin-Toxikologische-Screenings sind eine Kontrollmöglichkeit. Wichtig ist die respektvolle und werterhaltende Kommunikation zur Erhaltung der Patient-Arzt-Beziehung.



II-P1 | 3

Qualitative Studie zu Erfahrungen von Bevollmächtigten krebskranker Patienten

R. Schnakenberg¹, S. Tschirner¹, K. Weckbecker¹, R. Voltz², T. Joist³, L. Radbruch⁴

¹ Universitätsklinikum Bonn AöR, Institut für Hausarztmedizin, Bonn; ² Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln, Palliativmedizinische Krankenhausfachabteilung, Köln; ³ Palliativteam SAPV, Köln rechtsrheinisch, Köln; ⁴ Universitätsklinikum Bonn AöR, Klinik für Palliativmedizin, Bonn

Hintergrund

Eine infauste Krebsdiagnose geht für Zugehörige oft mit Unsicherheiten, Ängsten und Stress einher. Bei anstehenden medizinischen oder pflegerischen Entscheidungen fühlen sich bevollmächtigte Zugehörige häufig überfordert. In dieser Zeit haben sie einen besonderen Unterstützungsbedarf durch betreuende Ärzte und Pflegende.

Fragestellung

Welche Erfahrungen berichten bevollmächtigte Zugehörige von Krebspatienten mit der Unterstützung durch professionelle Leistungserbringer?

Methoden

Wir führten von April bis Juni 2016 teilstrukturierte Interviews mit Zugehörigen von sterbenden Krebspatienten durch, die bereits Entscheidungen treffen mussten. Die Interviewpartner wurden durch Hausärzte, Palliativstationen in 3 Kliniken, ein SAPV-Team und Selbsthilfegruppen mit der Methode des „purposive sampling“ rekrutiert. Es wurden Fragen zu positiven und negativen Erfahrungen mit professionellen Leistungserbringern gestellt. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen, anonymisiert transkribiert und mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse

Es fanden 15 Interviews mit 12 weiblichen und 3 männlichen Bevollmächtigten statt, die im Mittel 45 Minuten dauerten. Die Auswertung ergab, dass pro Bevollmächtigtem mehrfach Entscheidungen getroffen wurden, die nicht immer als solche wahrgenommen wurden. Die Befragten empfanden es als sehr wichtig, dass Ärzte und Pflegende sich Zeit für Fragen nahmen sowie offen und ehrlich in einer klar verständlichen Weise sprachen. Das erfolgreiche Vermitteln von Informationen z.B. zur Erkrankung auf verschiedenen Wegen ist den Zugehörigen ebenfalls wichtig.

Diskussion

Das Bedürfnis nach professionellen Ansprechpartnern, die den Krebspatienten kennen und die sich Zeit nehmen ist bei bevollmächtigten Angehörigen groß, besonders wenn medizinische oder pflegerische Entscheidungen anstehen. Die herausgestellten Aspekte sollten von Ärzten und Pflegenden bedacht werden, wenn sie Zugehörige erfolgreich unterstützen wollen.



II-P1 | 4

Der Stellenwert der Patientenverfügung in rheinlandpfälzischen Hausarztpraxen - eine Fragebogenstudie

K. - B. Brantzen, P. Kirch, G. Faust, M. Jansky

Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz, Institut für Allgemeinmedizin, Mainz

Hintergrund

Die Zahl älterer Patienten wird künftig weiter steigen, parallel dazu wird medizinisch immer mehr „machbar“. Schwierige geriatrische / palliativmedizinische Entscheidungssituationen werden zunehmen, das Thema Patientenverfügung (PV) dürfte weiter an Bedeutung gewinnen.

Fragestellung

Stellenwert der PV bei Hausärzten sechs Jahre nach dem 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz

Methoden

Ein im Herbst 2015 an alle Hausärzte in RLP verschickter Fragebogen wurde deskriptiv-explorativ ausgewertet.

Ergebnisse

476 der 2.284 Adressaten (Rücklaufquote 20,8%) haben an der Studie teilgenommen, wovon 361 (76,5%) der PV einen hohen Stellenwert einräumen. 53,3% besitzen eine eigene PV und sprechen ihre Patienten häufiger auf die PV an (82,9% versus 63,5% ohne PV). Für 85,2% aller Teilnehmer ist sie ein hilfreiches Instrument, aber auch bei fehlender PV versuchen 88,2% den mutmaßlichen Patientenwillen bei Entscheidungsinkompetenz zu rekonstruieren. Die Unterstützung hierbei durch ambulante Ethikkomitees (dt. Ärztetag 2008) halten jedoch 44,2% für entbehrlich.

Als patientenseitige Gründe gegen die Abfassung einer PV werden benannt (Mehrfachnennung): Verweigerung der Auseinandersetzung mit / gesellschaftliche Tabuisierung von (72,2% / 60,2%) Alter und Tod; Angst vor vorzeitigem Therapieabbruch (63,2%); inadäquater Autonomieverlust (59,4%); sonstige Gründe (Bequemlichkeit, Aufwand, Kosten, Angst vor Thema Tod / vor Missbrauch, Unentschiedenheit).

Diskussion

Trotz hoher Wertschätzung des Instrumentes PV bei Hausärzten besaßen im Nov. 2015 nur etwa 26 % der Bundesbürger eine eigene PV. Höhere Anforderungen an eine PV laut BGH, Juli 2016, dürften neben den o.g. Hinderungsgründen eine zusätzliche Motivationsbremse darstellen. Unstrittig bleibt die Bedeutung von Vorausverfügungen. Generelle ärztliche Beratung zur PV könnte deren Umsetzbarkeit sicherlich verbessern, „Advance Care Planning“ als professionell begleiteter Entscheidungsprozess hier komplementär zu mehr Patientenautonomie bis ans Lebensende beitragen.



II-P1 | 5

Der Stellenwert von Organspende / Organspendeausweis in rheinlandpfälzischen Hausarztpraxen - eine Fragebogenstudie

K. - B. Brantzen, P. Kirch, G. Faust, M. Jansky

Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie der Universitätsmedizin Mainz, Institut für Allgemeinmedizin, Mainz

Hintergrund

In vielen Musterformularen zur Patientenverfügung (PV) wird auch die Organspendebereitschaft abgefragt. Im Rahmen einer PV-Befragungsstudie wurde dieses Thema ergänzend angesprochen.

Fragestellung

Stellenwert des Organspendeausweises in rheinland-pfälzischen Hausarztpraxen drei Jahre nach „Göttinger Organspendeskandal“ und Entscheidungslösung bei der Organspende (OS)

Methoden

Deskriptiv-explorativ ausgewerteter Fragebogen, im Herbst 2015 allen Hausärzten in RLP zugeschickt.

Ergebnisse

476 der 2.284 Adressaten (Rücklaufquote 20,8%) haben an der Studie teilgenommen, 233 (49,5%) bescheinigen dem OS-Ausweis einen hohen Stellenwert. Diese legen in höherem Maße Informationsmaterialien (85,7%) und OS-Spenderausweise (83,6%) in ihren Praxen aus (versus 70,5% bzw. 63,7%), ähnlich bei den Gruppen mit bzw. ohne eigenen OS-Spendeausweis, wobei 65,9% aller Teilnehmer zur ersteren gehören. Allerdings spricht nur 37,8% dieser Ausweisinhaber seine Patienten aktiv auf OS an, 9,4% derjenigen Ärzte ohne OS-Ausweis.

Der „Göttinger Organspendeskandal“ hat bei 3/4 der Hausärzte deren Einstellung zur OS nicht negativ beeinflusst, 57,8% sehen dies jedoch bei ihren Patienten wegen: Angst vor vorzeitigem Therapieabbruch (81,4%) / inhumanem Sterbeprozess (60,0%); mangelnde Kenntnis / Transparenz (74,3%); Zweifel am Hirntod-Kriterium (69,1%); Misstrauen gegenüber Organisationen (67,3%); Belastung der Angehörigen (58,5%).

Nur 32,3% der Studienteilnehmer befürworten die Entscheidungslösung (45,1% die Widerspruchslösung), 65,6% sehen sich jedoch in der Pflicht bei deren Umsetzung, neben DSO (66,3%), Krankenkassen (60,1%), Ärztekammern (36,3%). Finanziellen Anreizen für Organspender erteilen 2/3 der Befragten eine Absage.

Diskussion

Angesichts eines eklatanten Spenderorganmangels mit derzeit historischem Tiefstand sind alle Akteure im Gesundheitswesen aufgerufen, an einer Verbesserung dieser Situation mitzuwirken. Hausärzte, die „nahe am Patienten dran sind“, stellen hier ein Potential dar, das stärker für das Anliegen Organspende gewonnen und dabei intensiver unterstützt werden sollte.



II-P1 | 6

Befähigung zu selbstbestimmten Entscheidungen im Rahmen von Behandlung im Voraus planen: Wie ermöglichen wir Patienten, uns zu sagen, was sie wirklich wollen?

A. Fuchs, K. H. Götze, J. Hildebrandt, J. in der Schmitten

Medizinische Fakultät der HHU, Institut für Allgemeinmedizin, Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning, Düsseldorf

Hintergrund

Behandlung im Voraus planen (BVP) / Advance Care Planning befähigt Individuen, eigene Präferenzen für zukünftige medizinische Behandlungen zu entwickeln und in validen, aussagekräftigen Patientenverfügungen zu dokumentieren. Dazu sind spezifische kommunikative Techniken erforderlich, die den Vorausplanenden zunächst ein schrittweises Eindenken in die komplexen Zusammenhänge künftiger Krisensituationen ermöglichen und sie dann darin unterstützen, die für sie richtige Präferenz herauszubilden und festzulegen.

Fragestellung

Wie lassen sich Gesprächstechniken beschreiben, die Personen im Sinne einer Gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) dabei unterstützen und dazu befähigen, möglichst valide selbstbestimmte Entscheidungen für künftige Krisensituationen zu treffen?

Methoden

Durch sequenzielle Analysen eines Pools von Video-Mitschnitten realer BVP-Gesprächsbegleitungen werden geeignete kommunikative Techniken identifiziert und beschrieben.

Ergebnisse

Shared Decision Making kann im ACP-Rahmen realisiert und sozial erwünschte Antworten können vermieden werden. Die dazu nötigen kommunikativen Techniken werden anhand von Videosequenzen im Vortrag illustriert:

1. Die ergebnis-offene Frage nach dem Ziel medizinischer Behandlung im Fall einer künftigen Krise vor dem Hintergrund des individuellen Lebenswillens und der Einstellung zu Sterben und Tod
2. Das wertschätzende Hinterfragen allgemein gehaltener Antworten, um unreflektierte, sozial erwünschte (oder aus anderem Grund ungenügend authentische) Schichten abzutragen und bedeutsamen individuellen Einstellungen und Einschätzungen Raum zu geben
3. Die Registrierung und das Ansprechen bedeutsamer Emotionen
4. Die Darbietung von Informationen in kleinen Einheiten und aus verschiedenen Perspektiven (Framing)
5. Die wiederholte kritische Hinterfragung spontaner Festlegungen, bis sich eine nicht mehr leicht erschütterbare Sicherheit einstellt

Diskussion

Befähigung zu selbstbestimmter Entscheidung im Sinne der Gemeinsamen Entscheidungsfindung bedarf im speziellen Kontext der Vorausplanung von Behandlung spezifischer, lehr- und erlernbarer kommunikativer Techniken.



II-P1 | 7

Behandlung im Voraus planen: Qualifizierte Gesprächsbegleitung und Dokumentation für das akutstationäre Setting

J. in der Schmitten

Medizinische Fakultät der HHU, Institut für Allgemeinmedizin, Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning, Düsseldorf

Hintergrund

Verbreitete Formulare konventioneller Patientenverfügungen ermöglichen Begrenzungen lebensverlängernder Therapie (LVT) nur für wenige, klinisch wenig relevante Krankheitsszenarien. Das neue Konzept „Behandlung im Voraus planen“ (BVP) sieht dagegen vor, Individuen durch qualifizierte Gesprächsbegleitung zu befähigen, aussagekräftige und valide Patientenverfügung zu erstellen. Zur Begrenzung von LVT in akutstationären Situationen mit ungewissem Ausgang gibt es bisher auch international kein überzeugendes Konzept.

Fragestellung

Wie kann Vorausplanung für gesundheitliche Krisen mit ungewissem Ausgang unter akutstationären Bedingungen qualifiziert begleitet und präzise dokumentiert werden?

Methoden

Erarbeitung eines Konsensus von 9 Expertinnen und Experten des deutschen BVP-Modells 'beizeiten begleiten' und des Züricher Modells 'advance care planning - medizinisch begleitet' im Rahmen von Telefonkonferenzen und mehrtägigen Workshops.

Ergebnisse

Für eine Vorausplanung gesundheitlicher Krisen im Krankenhaus mit ungewissem Ausgang ist es zunächst erforderlich, exemplarische Behandlungsergebnisse zu identifizieren, deren sicherer Eintritt von der vorausplanenden Person als Grund für einen Abbruch der LVT (mit Todesfolge) angesehen würde. Im zweiten Schritt ist das Risiko für den Eintritt dieses Ereignisses zu ermitteln, ab dem die vorausplanende Person der Weiterbehandlung einen Abbruch der LVT vorziehen würde. Die korrespondierende Dokumentation muss Behandlungsergebnisse und jeweilige Risikoschwellen reflektieren, deren Überschreiten nach dem Willen des Betroffenen den Abbruch LVT nach sich ziehen soll.

Diskussion

Das erarbeitete Formularmodul und die damit einhergehende spezifische Gesprächsführung erlauben eine hochwirksame individuelle Festlegung von Grenzen LVT, etwa für Intensivstationen oder Stroke Units. Falsch verstanden oder in seinen weitreichenden Konsequenzen nicht überblickt, wäre die Anwendung des Formularmoduls – anders als bei konventionellen Patientenverfügungen – jedoch von fataler Wirkung. Entsprechend hoch müssen die Anforderungen an die Qualifikation von BVP-Gesprächsbegleitern sein.



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.01 65

II-P2 | Postersession 2

Alltagsrelevante Anregungen für MFA und Hausärzte

Moderation: Maria Flamm

Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Allgemeinmedizin, Salzburg, Österreich

II-P2 | 1

Arztbewertungsportale aus Sicht von Allgemeinmediziner*innen – Einschätzungen, Erfahrungen, Wirkungen

L. Ventzki, J. Wangler, M. Jansky

Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, UNIVERSITÄTSMEDIZIN Mainz, Mainz

Hintergrund

Im Vergleich zu anderen Facharztgruppen werden Allgemeinmediziner besonders häufig auf Arztbewertungsportalen beurteilt. Bislang fehlt es jedoch an Erkenntnissen, welche Haltung Hausärzte zu solchen Internet-Angeboten haben. Ziel der Studie war es, herauszufinden, welche Ansichten Allgemeinmediziner in Bezug auf Arztbewertungsportale vertreten, ob und wie sie diese nutzen, welche Erfahrungen sie mit ihnen gemacht haben und wie sie ihre Bedeutung für Patienten und Ärzte einschätzen.

Fragestellung

Ziel der Studie war die Beantwortung folgender Fragen:

- 1) Welche Ansichten vertreten Allgemeinmediziner in Bezug auf Arztbewertungsportale?
- 2) Welche Erfahrungen haben Allgemeinmediziner mit Arztbewertungsportalen gemacht und wie nutzen sie diese?
- 3) Welche Ansatzpunkte für eine Verbesserung von Arztbewertungsportalen lassen sich ableiten?

Methoden

Im Rahmen einer Online-Befragung wurden 119 Hausärzte in Rheinland-Pfalz, Hessen und im Saarland befragt. Neben der deskriptiven Analyse kam zur Feststellung von signifikanten Unterschieden zwischen zwei Gruppen ein T-Test bei unabhängigen Stichproben zum Einsatz. Bei mehr als zwei Gruppen wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse durchgeführt. Es wurden zwei Signifikanzniveaus überprüft (Mittelwert-Differenz auf dem Niveau $p < .05$ bzw. $p < .001$).

Ergebnisse

Hausärzte weisen eine kritische Grundhaltung zu Arztbewertungsportalen auf. Dennoch sehen sie in ihnen auch Chancen und Vorzüge. Gravierende Unterschiede bestehen zwischen jüngeren und älteren Allgemeinmediziner*innen hinsichtlich der Einstellungen, Positionen und Erfahrungen mit Arztbewertungsportalen.

Diskussion

Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, wie Arztbewertungsportale weiterentwickelt werden sollten, um eine höhere Qualität und Akzeptanz unter (Allgemein)Mediziner*innen zu gewinnen.



II-P2 | 2

Medizinische Fachangestellte – Eine qualitative Untersuchung der Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und Ressourcen

P. Vu-Eickmann, A. Loerbroks

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Hintergrund

Assoziationen zwischen hohen Arbeitsbelastungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen werden in zahlreichen Studien für Gesundheitsberufe, z.B. Ärzte und Pflegekräfte, aufgezeigt. Für die größte Berufsgruppe der ambulanten Versorgung, Medizinische Fachangestellte (MFAs), liegen bislang nur wenige Erkenntnisse vor.

Fragestellung

Es sollen vertiefende Erkenntnisse zu den Arbeitsbedingungen, -belastungen und Ressourcen erlangt werden.

Methoden

Studienteilnehmer/innen konnten über eine randomisierte Stichprobe von Arztpraxen im Düsseldorfer Raum sowie in Zusammenarbeit mit dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. rekrutiert werden. In qualitativen Tiefeninterviews wurden die Arbeitsbedingungen, -belastungen und Ressourcen beleuchtet. Die leitfadengestützten Interviews wurden persönlich oder telefonisch durchgeführt, transkribiert und inhaltsanalytisch mittels MaxQDA ausgewertet.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt 26 Interviews im Zeitraum von November 2015 bis Februar 2016 durchgeführt. Ein hohes Arbeitspensum (z.B. Patientenaufkommen; Personalmangel) und häufige Unterbrechungen (z.B. durch Telefon; dringende Anliegen) werden als berufsbezogene Stressoren erlebt werden. Die sozialen Aspekte des Berufes (z.B. Umgang mit Menschen; positives Feedback der Patienten) und die abwechslungsreichen Tätigkeiten (z.B. Bürotätigkeit; Patientenkontakt) werden als berufsbezogene Ressourcen empfunden. Bezüglich des geringen Gehaltes und der häufig fehlenden Anerkennung vom Arbeitgeber und der Gesellschaft wurde eine starke Unzufriedenheit geäußert.

Diskussion

Aus subjektiver Sicht erleben die MFAs ihre Arbeitsbedingungen durch hohe Anforderungen, wenig Kontrollmöglichkeiten und eine geringe Entlohnung gekennzeichnet. Entsprechend gängiger Arbeitsstressmodell kann diese Kombination mit einer Gefährdung der psychischen Gesundheit einhergehen. Quantitative Studien sind hierzu notwendig.



II-P2 | 3

Inwiefern sehen Medizinische Fachangestellte einen Zusammenhang zwischen ihren Arbeitsbedingungen und der geleisteten Versorgungsqualität? Eine qualitative Studie

P. Vu-Eickmann, A. Loerbroks

Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf

Hintergrund

Medizinische Fachangestellte (MFAs) stellen für Patienten die ersten Ansprechpartner dar und können die Patientenzufriedenheit, Verbundenheit zwischen Arzt und Patient sowie die Versorgungsqualität mit beeinflussen. Erste MFA-Studien deuten arbeitsintensiven Phasen, Personalmangel und eine geringe Arbeitskontrolle an. Hohe Arbeitsbelastungen gelten als Determinanten des Behandlungserfolges und der Versorgungsqualität.

Fragestellung

Es soll untersucht werden, inwiefern aus Sicht der MFAs Zusammenhänge zwischen ihren Arbeitsbelastungen und der Versorgungsqualität bestehen.

Methoden

Studienteilnehmer/innen konnten über eine randomisierte Stichprobe von Arztpraxen im Düsseldorfer Raum sowie in Zusammenarbeit mit dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. rekrutiert werden. In qualitativen Tiefeninterviews wurden die Arbeitsbedingungen, -belastungen und Ressourcen beleuchtet. Die leitfadengestützten Interviews wurden persönlich oder telefonisch durchgeführt, transkribiert und inhaltsanalytisch mittels MaxQDA ausgewertet.

Ergebnisse

Es wurden insgesamt 26 Interviews im Zeitraum von November 2015 bis Februar 2016 durchgeführt. Eine Mehrheit der Befragten sieht einen Einfluss der Arbeitsbelastungen auf die erbrachte Qualität der Versorgung. Demnach können sich die Arbeitsbelastungen die Qualität des Patientenkontaktes (z.B. weniger Zeit; weniger Geduld mit Patienten) sowie die Häufigkeit „leichter Fehler“ auswirken (z.B. Flüchtigkeitsfehler bei der Dokumentation und bei Verordnungen).

Diskussion

Die in dieser Studie aufgezeigten möglichen Auswirkungen auf deren Interaktion mit den Patienten sowie die Fehlerquote unterstreichen die Bedeutsamkeit präventiver Maßnahmen. Die Ergebnisse der Studie können, ergänzt durch weitere Forschungsvorhaben, einen Beitrag zur Ableitung präventiver Maßnahmen leisten.



II-P2 | 4

Evidenzbasierte hausärztliche Kurzleitlinien als App [Eh kla!] – Wie schätzen ÄrztInnen die Implementierbarkeit einer Kurzleitlinien-App ein?

S. Löffler, E. Daub, D. Lauinger, B. Schröder, A. Sönnichsen

Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten

Hintergrund

Medizinische Leitlinien sind in großer Zahl verfügbar und werden von HausärztInnen als wichtige Informationsquelle geschätzt. Die Implementierung evidenzbasierter Versorgung stockt jedoch, weil verfügbare Leitlinien (AWMF, DEGAM) im Praxisalltag kaum einsetzbar sind. Selbst Point-of-Care-Tools (UpToDate, EbM-Guidelines) sind wenig praxistauglich, da ihr Studium für die unmittelbare Patientenversorgung zu zeitraubend und umständlich ist. HausärztInnen benötigen schnell verfügbare Kurzinformationen, die während der Kontaktzeit mit PatientInnen abrufbar sind. In der Pilotstudie „Eh kla!“ sollen HausärztInnen und PatientInnen kompakte, evidenzbasierte Point-of-Care-Informationen zur Verfügung gestellt werden.

Fragestellung

Ist es möglich, große Leitlinienthemen in Kurzleitlinien als App so zu kondensieren, dass die Informationen nach Einschätzung von HausärztInnen während der Sprechstunde abgerufen werden können und sind HausärztInnen bereit, diese App gemeinsam mit ihren PatientInnen regelmäßig zu verwenden?

Methoden

Zunächst werden zu den 50 häufigsten hausärztlichen Beratungsanlässen nach KV-Statistik auf der Basis vorhandener Literatur (DEGAM-/AWMF-Leitlinien, EbM-Guidelines, Cochrane-Reviews) Kurzleitlinien und entsprechende Patienteninformationen erstellt und als App programmiert. Diese wird 20 PilotärztInnen vorgestellt. Anschließend werden diese ÄrztInnen befragt, ob die Themen für sie relevant sind, ob sie sich vorstellen können, die App regelmäßig in der Sprechstunde zu verwenden, und ob sich ihrer Einschätzung nach durch die Anwendung der App die Arzt-Patienten-Kommunikation sowie die evidenzbasierte Versorgung verbessern lassen.

Ergebnisse

Die Beurteilung der App mit 50 hausärztlichen Kurzleitlinien durch 20 ÄrztInnen liegt zum Kongress vor.

Diskussion

Die Implementierung von Kurzleitlinien als App stellt einen neuen Weg zur Umsetzung evidenzbasierter Versorgung im hausärztlichen Praxisalltag dar. Es bleibt abzuwarten, ob das Tool bessere Akzeptanz und breitere Anwendung findet als die vorhandenen Leitlinien und evidenzbasierten Informationen.



II-P2 | 5

Arbeitsbelastung von Lehrärzten während des Blockpraktikums

S. Claus, K. - B. Brantzen, P. Fuchs, J. Wangler, M. Jansky

Universitätsmedizin Mainz, Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Institut für Allgemeinmedizin, Mainz

Hintergrund

Das in der Approbationsordnung für Ärzte verankerte 2-wöchige Blockpraktikum Allgemeinmedizin zählt zu den wichtigen Ausbildungsabschnitten im Medizinstudium. Die Lehrärzte müssen den täglichen Spagat zwischen sich intensivierender ambulanter Betreuung und dem Zeitbedarf studentischer Ausbildung bewältigen.

Fragestellung

Bislang wurden fast ausschließlich Ergebnisse zur Belastung der Lehrärzte im angloamerikanischen Raum veröffentlicht. Daher stellt sich die Frage, wie die Arbeitsbelastung im deutschen Sprachraum wahrgenommen wird.

Methoden

Während des jährlich stattfindenden Didaktik-Seminars für Lehrärzte der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Mainz wurde im März 2016 eine schriftliche Befragung mittels einer fünfstufigen Likert-Skala durchgeführt. Von den 71 anwesenden Lehrärzten nahmen 46 an der Befragung teil (65%). Die Auswertung der gewonnenen Daten erfolgte deskriptiv.

Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass die große Mehrheit der Lehrärzte die Lehrtätigkeit hochmotiviert und unter Tolerierung eines verlängerten Arbeitstages ausübt. Diese Tätigkeit wird nicht als arbeitsbezogene oder finanzielle Mehrbelastung empfunden, dafür werden positive Effekte für die eigenen Patienten gesehen. Unterschiede zwischen Einzelpraxen und Kooperationsformen zeigen sich bei den Fragen nach einer veränderten Praxisorganisation während des Lehrbetriebs und der Frage, ob der Lehrarzt während des Blockpraktikums weniger Patienten sieht.

Diskussion

Durch gesteigerte Flexibilität können Kooperationsformen wie Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinische Versorgungszentren den Patientenandrang besser steuern und den lehrenden Arzt entlasten. Bei den in Einzelpraxen lehrenden Kollegen besteht eher die Gefahr eines Qualitätsverlustes durch Überlastung, so dass in Zukunft eine intensivere didaktische Schulung angeboten werden sollte.



II-P2 | 6

Psychische Widerstandsfähigkeit im Alltag: Eine Analyse zur Ausprägung der Resilienz bei Hausärzten

L. Hebebrand, A. Thielmann, C. Kersting, B. Weltermann

Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Institut für Allgemeinmedizin, Essen

Hintergrund

Resilienz beschreibt die Fähigkeit, Krisen durch den Rückgriff auf persönliche und soziale Ressourcen zu bewältigen und für Entwicklungen zu nutzen. Das Konzept der Resilienz gewinnt angesichts der chronischen Stressbelastung in Hausarztpraxen an Bedeutung.

Fragestellung

Wie ist die Ausprägung der Resilienz unter Hausärzten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?

Methoden

In dieser Querschnittstudie wurden Hausärzte aus den 185 Praxen des Lehrpraxennetzwerks des Instituts für Allgemeinmedizin Essen mithilfe der Resilienz-Skala (RS-25) nach Wagnild und Young zur psychischen Widerstandsfähigkeit befragt. Die standardisierte RS-25 umfasst 25 Items mit einem Wertebereich von 1 bis 7 (Stimme nicht zu bis Stimme voll zu), die Merkmale wie Selbstvertrauen oder Anpassungsfähigkeit erfasst. Durch Summation der Punktwerte wird ein Gesamtwert ermittelt (Skala von 25 bis 175). Ein hoher Wert steht für eine hohe Resilienz. Die Resilienz der Hausärzte wurde mit einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung (n=2031) verglichen. Innerhalb der Analysepopulation erfolgten Auswertungen stratifiziert nach Alter ($\leq 51/\geq 52$ Jahre) und Geschlecht.

Ergebnisse

Für 214 Ärzte (34,1% Frauen, Alter $51,8 \pm 8,7$) aus 136 Praxen lagen vollständige Daten für die RS-25 vor, die analysiert wurden. Die mittlere Resilienz der Analysepopulation war mit $139,9 \pm 18,8$ höher als diejenige der Allgemeinbevölkerung ($133,8 \pm 22,5$). Nach Geschlecht stratifizierte Auswertungen zeigten keine Unterschiede hinsichtlich der Resilienz zwischen Ärztinnen und Ärzten ($139,8$, $SD \pm 20,5$; $139,9$, $SD \pm 18,0$), jüngeren und älteren Ärztinnen ($139,6$ versus $143,1$, $p=0,349$) sowie jüngeren und älteren Ärzten ($138,6$ versus $139,9$, $p=0,366$).

Diskussion

Die Ausprägung der Resilienz ist bei Hausärztinnen und Hausärzten höher als in der Allgemeinbevölkerung. Weitere Forschung zu protektiven Faktoren und zum Zusammenhang zwischen Stress und Resilienz bei Hausärzten sind von Interesse.



II-P2 | 7

Wie ist der Impfstatus bezüglich Pertussis bei Medizinstudierenden deutscher, ungarischer und anderer Nationalität?

M. Pfaffendorf¹, H. Riemenschneider¹, K. Voigt¹, E. Balogh², A. Bergmann¹

¹ Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Bereich Allgemeinmedizin, Medizinische Klinik und Poliklinik III, Dresden; ² University Pécs Medical School, Department of Public Health Medicine, Pécs Ungarn

Hintergrund

Mitarbeiter im Gesundheitswesen und auch Medizinstudierende haben ein erhöhtes Risiko, sich mit Infektionskrankheiten wie Pertussis zu infizieren. Zudem stellen sie für ihre Patienten eine potentielle Gefahrenquelle dar. Das Infektionsrisiko erhöht sich bei Medizinstudierenden weiter durch die altersbedingte hohe Mobilität, zudem gelten weltweit verschiedene Impfregularien. Medizinischem Personal in Deutschland wird eine Pertussis-Auffrischimpfung alle zehn Jahre empfohlen. Dennoch weisen deutsche Medizinstudierende häufig einen unvollständigen Impfschutz auf.

Fragestellung

Wie ist der selbstberichtete Impfstatus bezüglich Pertussis bei Medizinstudierenden deutscher (DE), ungarischer (UN) und anderer Nationalität (AN)? Wie schätzen sie die Wichtigkeit dieser Impfung ein?

Methoden

Die Befragung der Medizinstudenten erfolgte an zwei deutschen und zwei ungarischen Universitäten. 2655 (94,3%) von 2816 teilnehmenden Studierenden machten Angaben zu Pertussis-Impfstatus und Nationalität. Unterschiede in der Verteilung wurden mit dem χ^2 -Test und z-Test überprüft.

Ergebnisse

2,4% der Medizinstudierenden berichteten, nicht gegen Pertussis geimpft zu sein, 25,7% waren grundimmunisiert, 50,0% erhielten Auffrischimpfungen, 21,9% kannten ihren Impfstatus nicht. Deutsche gaben häufiger an, nicht geimpft zu sein (3,7% vs. 0,9%/UN; $p \leq 0,05$) und berichteten häufiger, adäquat geimpft zu sein (60,5% vs. 43,6%/UN vs. 36,0%/AN, $p \leq 0,05$). Mehr Medizinstudierende anderer Nationalität kannten ihren Pertussis-Impfstatus nicht (37,4% vs. 20,0%/DE und 16,5%/UN; $p \leq 0,05$). 75,2% ($n=1931$) der Medizinstudierenden schätzten die Pertussis-Impfung als absolut notwendig ein (86,2%/UN vs. 69,8%/DE und 66,1%/AN; $p \leq 0,05$).

Diskussion

Nur die Hälfte der Medizinstudierenden berichteten einen vollständigen Impfstatus und mehr als ein Fünftel kannte seinen Impfstatus nicht, obwohl gut Dreiviertel diese Impfung als absolut notwendig bewerteten. Niederschwellige Impfangebote während des Medizinstudiums könnten Besserungen im Impfstatus ergeben und für die Wichtigkeit dieser präventiven Maßnahme sensibilisieren.



II-P2 | 8

Hausärztliches Multitasking

V. Tobert

Kassel School of Medicine, Kassel

Hintergrund

Hausärzte versorgen ihre Patienten mit Fragestellungen in vielen Organbereichen parallel während der gleichen Konsultation.

Fragestellung

Beratungsanlässe, medizinische Probleme und durchschnittliche Behandlungsdauer in hausärztlichen Praxen.

Methoden

Quantitative Erfassung in einer Observationsstudie mit 226 konsekutiven Arzt-Patienten-Beratungen in 12 hausärztlichen Praxen in Kassel und Umgebung.

Ergebnisse

Die Patienten hatten im Durchschnitt 2,00 Beratungsanlässe/RFEs (95% KI = 2,44-2,80; Mittel = 2,62; Bereich = 1-6). Der Durchschnitt der von Hausärzten behandelten Probleme lag bei 2,00 (95% KI = 2,29-2,65; Mittel = 2,47; Bereich = 1-7). Die durchschnittliche Dauer einer Konsultation betrug 07:59 min (95% KI = 08:17-09:37 min, Mittel = 08:57, Bereich = 00:30-31:21 min). Die Korrelation zwischen Behandlungsdauer und Anzahl der behandelten Probleme betrug 0,5693 (95% KI = 0.471-0.6536, $p < 0.0001$).

Diskussion

Deutsche Hausärzte behandeln durchschnittlich etwa zwei bis drei unterschiedliche Behandlungsanlässe bzw. Probleme pro Konsultation. Dies entspricht den Ergebnissen internationaler Studien und betont die Bedeutung von Hausärzten in der Primärversorgung. Im Gegensatz dazu war die durchschnittliche Konsultationsdauer in Deutschland erheblich kürzer.



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.01 48

II-P3 | Postersession 3

Patientenorientierung: besser evidenzbasiert behandeln

Moderation: Eva Hummers-Pradier

Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin

II-P3 | 1

Verordnungsverhalten bei der oralen Antikoagulation in Hausarztpraxen seit Einführung der nicht-Vitamin-K-abhängige oralen Antikoagulanzen

M. Bleckwenn, N. Schumacher, R. Schnakenberg, K. Weckbecker

Institut für Hausarztmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn, Bonn

Hintergrund

Seit 2012 erweitern die nicht-Vitamin-K-abhängigen oralen Antikoagulanzen (NOAK) das Spektrum der Antikoagulation. Diese Substanzen greifen, anders wie die Cumarine, nicht in den Vitamin-K-Stoffwechsel ein, sondern hemmen direkt die Gerinnungsfaktoren Thrombin und Faktor Xa. In den aktuellen Leitlinien wird der Einsatz der NOAK zur Thromboembolieprophylaxe gegenüber den Vitamin-K-Antagonisten (VKA) favorisiert.

Fragestellung

Wie hat sich die Zulassung der NOAK auf das Verordnungsverhalten der Hausärzte ausgewirkt?

Methoden

In einer retrospektiven Längsschnittuntersuchung wurden die Verordnungen von Antikoagulanzen zwischen 2012 und 2017 in 4 Hausarztpraxen im Raum Bonn analysiert. Dabei wurden alle Patienten in die Studie nach Aufklärung durch den Hausarzt eingeschlossen, bei denen mindestens eine Verordnung eines NOAK oder eines VKA in diesem Untersuchungszeitraum im Computersystem der Praxen dokumentiert war.

Ergebnisse

Bisher wurden 171 von 400 Patienten (44 % weiblich; Ø 71 Jahre) ausgewertet. 47 % bekamen in dem Untersuchungszeitraum ein VKA, 39 % ein NOAK (75 % Rivaroxaban, 20 % Apixaban und 5 % Dabigatran) und bei 14 % kam es zu einem Wechsel der Antikoagulation. 20 % der Patienten mit einem NOAK waren privat versichert. Unter den Neuverordnungen waren 18 % VKA und 82 % NOAK. Der Anteil von VKA-Verordnungen nahm von 2012 bis 2017 im Durchschnitt um etwa 10 % pro Jahr ab und bei den NOAK um 10 % pro Jahr zu.

Diskussion

Sollte sich der beobachtete Trend fortsetzen, werden in 5 Jahren VKA nur noch für wenige Indikationen, wie nach mechanischem Klappenersatz, in den Hausarztpraxen eingesetzt werden. Zukünftigen Studien werden zeigen, ob sich durch diesen Substanzgruppenwechsel auch das Patientenoutcome verbessern lässt.



II-P3 | 2

GERDA – GERNOD: Effekte der Disease Management Programme Asthma bronchiale und COPD

F. Kannieß

Gemeinschaftspraxis Reinfeld, Reinfeld

Hintergrund

Die bisher vorliegenden Daten zu den DMP Asthma bronchiale und COPD entstammen ausschließlich der DMP-Dokumentation, die jedoch oftmals fehlerhaft ist. Kontrollgruppen-untersuchungen fehlen bisher.

Fragestellung

Hat die Teilnahme am DMP Asthma oder COPD einen messbaren Vorteil für den Patienten?

Methoden

Cross-sectionale Untersuchung von Patienten mit Asthma und COPD aus 13 haus- und 26 fachärztlichen Praxen. Die Patienten waren seit mindestens 1 Jahr in ein DMP eingeschrieben (DMP+) oder nahmen nicht am DMP teil (DMP-) (Asthma: n=721 DMP+ / 317 DMP-; COPD: n=602 DMP+ / 244 DMP-).

Untersucht wurden die verwendete Medikation, Exazerbationsrate und Fehltag die für die Patienten wichtigen Fragestellungen Krankheitskontrolle (gemessen mittels ACT resp. CAT), Lebensqualität (ACQ / CRQ), Angst- / Depression (HADS) sowie Angstvermeidung (FEAV) und soziale Unterstützung (SSUK).

Ergebnisse

Die verwendete Medikation legt nahe, dass die DMP+ -Patienten einen etwas höheren Schweregrad der Erkrankung zeigten. Die meisten Patienten wurden auf das Inhalationsdevice geschult. Eine Schulung nach NASA (Asthma) oder COBRA (COPD) wurden bei 60 % der DMP-Patienten durchgeführt.

Es zeigten sich ein geringer, statistisch jedoch signifikanter Unterschied im Bereich der Krankheitskontrolle bei den Patienten mit Asthma bronchiale (ACT mean (SD) DMP+:20,9 (4,2), DMP-: 19,9 (4,6)). In der COPD-Gruppe gab es keine Unterschiede (CAT 23,2 (8,1) vs 23,2(7,7)).

In Bezug auf die Lebensqualität gab es keine Unterschiede zwischen den DMP-Teilnehmern und der Kontrollgruppe, ebenso nicht bei den psychometrischen Fragebögen. In den DMP-Gruppen ließ sich kein Effekt einer durchgeführten Schulung messen.

Diskussion

Die Effektivität und Durchführung der derzeitigen DMP-Programme Asthma bronchiale und COPD ist zu überdenken. Longitudinale Effektivitätsstudien sind notwendig.

Acknowledgement: Mundipharma, Limburg; Prof. A. Ziegler, ZKS Lübeck



II-P3 | 3

Mögliche Reduktion von Lungenembolien bei hormoneller Kontrazeption? - ein Ansatz zur Verbesserung der Versorgung

H. Prautzsch, S. Joos

Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen

Hintergrund

Kombinierte oralen Kontrazeptiva (KOK) der 3. und 4. Generation, die derzeit rund 2/3 der verordneten KOK bei Frauen bis zum 20. Geburtstag ausmachen, weisen ein etwa zweifach so hohes Risiko auf, eine Thrombose zu entwickeln, als jene KOK der 1. und 2. Generation. Die KOK der 1. und 2. Generation wiederum verdoppeln in etwa das Risiko eine Thrombose zu bekommen im Vergleich zu Frauen ohne KOK-Gebrauch.

Fragestellung

Welche Relevanz hat das für Hausarztpraxen? Wie könnte die Versorgung von Frauen, die KOK verwenden, verbessert werden und welche Auswirkungen hätte dies?

Methoden

Es erfolgte eine selektive Literaturrecherche sowie eine Auswertung vom AQUA-Institut vorverarbeiteter Verordnungsdaten der AOK Baden-Württemberg für KOK in Hausarztpraxen und bundesweiter Daten von der Techniker Krankenkasse. Der Effekt eines Verzichts auf KOK der 3. und 4. Generation auf symptomatische Thrombosen und auf Lungenembolien durch eine veränderte Verordnungsweise in Deutschland wurde abgeschätzt. Auf dem deutschen Markt befindliche KOK wurden in einem Algorithmus in zwei Risikogruppen eingeteilt. Eine an medizinische Laien gerichtete Informationsschrift wurde entwickelt.

Ergebnisse

Jede 2. Hausarztpraxis verordnet KOK. In Deutschland könnten jedes Jahr ca. 1280-1730 Thrombosen bzw. rund 700-900 stationäre Behandlungen wegen Lungenembolien bei Frauen zwischen 15 und 49 Jahren vermieden werden, wenn auf KOK der 3. und 4. Generation verzichtet würde.

Diskussion

Der Algorithmus und die Laieninformationsschrift können zur Anwendung in der Praxis eingesetzt werden, um die Verordnung von risikobehafteten KOK der 3. und 4. Generation zu reduzieren bzw. zu vermeiden. Unnötig risikobehaftete hormonelle Kontrazeptiva sollten aus der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen herausgenommen werden.



II-P3 | 5

Häufigkeit von Substitutionsbehandlungen mit Eisen-/Vitaminpräparaten in der Schwangerschaft

U. Spary-Kainz¹, S. Rundel¹, A. Avian², H. Jakse³, T. Semlitsch¹, A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,4}

¹ Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin, Graz Österreich; ² Medizinische Universität Graz, Institut für Medizinische Informatik Statistik und Dokumentation, Graz Österreich; ³ Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Mutter-Kind-Pass Stelle, Graz Österreich; ⁴ Goethe Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Hintergrund

Das Gesamtprojekt beschäftigt sich mit der Fragestellung, ob ein zweimaliges Screening auf Anämie in der Schwangerschaft sinnvoll ist. Dieses Teilprojekt beschäftigt sich mit der Fragestellung, ob und wie viele Frauen in der Schwangerschaft ein Eisen-/Vitaminpräparat einnehmen.

Fragestellung

Wie häufig erfolgt in der Schwangerschaft die Einnahme eines Eisen-/Vitaminpräparates? Wer hat die Einnahme empfohlen? Zu welchem Zeitpunkt beginnen die Frauen mit der Einnahme des Präparates?

Methoden

Es wurde eine anonyme Fragebogenerhebung bei der zweiten Laboruntersuchung (25. – 28. Schwangerschaftswoche) in der Mutter-Kind-Pass Stelle der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse in Graz durchgeführt. Es wurden 325 Fragebögen ausgewertet.

Ergebnisse

Während 11% der Schwangeren angaben, dass bereits vor der Schwangerschaft eine Anämie diagnostiziert wurde, gaben 73 % der Befragten an, ein entsprechendes Präparat in der derzeitigen Schwangerschaft einzunehmen. 81 % der Frauen, die ein Präparat nahmen, nahmen dieses regelmäßig ein und die Empfehlung hierfür kam zu 90 % vom Arzt. 46 % der Frauen, die ein Präparat einnahmen, haben mit der Einnahme während der Schwangerschaft, vor der ersten Laboruntersuchung begonnen.

Diskussion

Die Vermutung, dass sehr viele Frauen in der Schwangerschaft ein Eisen-/Vitaminpräparat einnehmen, konnte bestätigt werden. Es war überraschend, dass sehr viele Frauen diese Präparate bereits vor der ersten Laboruntersuchung in der Schwangerschaft einnehmen, obwohl bei 89% keine Anämie vor der Schwangerschaft festgestellt wurde. Es stellt sich die Frage, warum so viele Schwangere diese Präparate, mit zum Teil hohem Eisenanteil, noch vor der ersten Laboruntersuchung einnehmen. Zu hinterfragen wäre auch, auf welche Referenz hin Ärzte die Einnahme empfehlen.



II-P3 | 6

Therapieoptionen für abdominale Adipositas im Erwachsenenalter: Protokoll eines systematischen Reviews randomisierter kontrollierter Studien

D. Kesztyüs¹, J. Erhardt², D. Schönsteiner¹, T. Kesztyüs³

¹ Universität Ulm, Institut für Allgemeinmedizin, Ulm; ² Beuth Hochschule für Technik Berlin, Fernstudieninstitut, Berlin; ³ Hochschule Ulm, Fakultät Informatik, Ulm

Hintergrund

Abdominale Adipositas steht in direktem Zusammenhang mit den meisten nicht übertragbaren Krankheiten, der führenden Todesursache weltweit. Die Identifikation effektiver Therapieoptionen für abdominale Adipositas ist daher von besonderer Bedeutung. Der hier vorgestellte systematische Review wurde 03/2017 im internationalen Register für Protokolle systematischer Reviews PROSPERO registriert: CRD42017057898.

Fragestellung

Welche therapeutischen Optionen zur Behandlung abdominaler Adipositas im Erwachsenenalter gibt es? Erstellung eines Überblicks über Verhaltens-, Lebensstil und pharmazeutische Interventionen sowie kombinierte Ansätze, deren Wirksamkeit und potenzielle Nebenwirkungen.

Methoden

Systematische Literaturrecherche in Medline, Embase und dem Cochrane Central Register of Controlled Trials. Zwei Wissenschaftler führen unabhängig voneinander einen Title-Abstract Scan der Trefferlisten der Literaturrecherche nach vorher festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien durch. Konflikte werden durch einen dritten Wissenschaftler gelöst. Die so identifizierten Studien werden in einem weiteren Schritt im Volltext erneut nach demselben Schema geprüft. Die Datenextraktion umfasst alle wichtigen Informationen bezüglich der Studiendetails wie Setting, Anzahl der Teilnehmer, Beschreibung und Komponenten der Intervention und Kontrolle, Basischarakteristika der Teilnehmer (z.B. Altersgruppe, Geschlecht, Gesundheitszustand), Dauer der Intervention und des Follow-Up, berichtete (stetige) Ergebnismaße zusammen mit dem jeweiligen Delta (Δ) und der prozentualen Veränderung, sowie Nebenwirkungen.

Ergebnisse

Der Bericht der Ergebnisse erfolgt aufgrund der erwarteten Vielfalt an unterschiedlichen Zielgrößen, bedingt durch die nicht einheitlichen Mess- und Definitionsverfahren der abdominale Adipositas, in narrativer Form.

Diskussion

Ein bereits existierender Review zu Therapieoptionen für abdominale Adipositas konnte bei Vorrecherchen in einschlägigen Datenbanken nicht gefunden werden. Wirksame Therapieoptionen für abdominale Adipositas können sich allerdings von Therapieoptionen für allgemeine Adipositas unterscheiden, da für den Abbau von abdominalem Fett nicht zwangsläufig eine Gewichtsabnahme erforderlich ist.



II-P3 | 7

Naturheilkundlich orientiertes Selbstmanagementförderungsprogramm (NaSelPro) bei Patienten mit herzbezogenen Beschwerden ohne organische Ursachen

V. Brandt

Praxis Valerija Brandt, Baden-Baden

Hintergrund

Herzbezogene Beschwerden wie thorakale Schmerzen, Palpitationen und Dyspnoe zählen mit Prävalenzen von 10-25 Prozent zu den häufigsten Symptomen in der Bevölkerung sowie in allgemeinmedizinischen und internistischen Praxen lt. Literatur.

Bei bis zu 70 Prozent der Beschwerden ist keine körperliche Ursache erkennbar und trotz teurer Diagnostik keine Linderung gewährleistet.

Viele Patienten erhalten gegen diese "funktionellen" Beschwerden keine hilfreiche Behandlung.

Fragestellung

Kann ein naturheilkundlich orientiertes Selbstmanagementförderungsprogramm (self-care-Ansatz) eine Bewältigung der Beschwerden und eine Verbesserung der Lebensqualität erreichen?

Methoden

Wir haben ein Programm entwickelt und mit 20 Patienten ein Jahr in der eigenen Praxis angewendet.

Wir haben die Ergebnisse mit einer ähnlichen Patientengruppe aus 10 Teilnehmern, welche nicht im Programm aufgenommen waren, verglichen.

Ergebnisse

Die Anwendung des Programms, wirkt harmonisierend; es beruhigt die Patienten und bringt dem Arzt eine deutliche Entlastung.

Selbstmanagement ist der Schlüssel zu einem erfolgreicherem Umgang mit Beschwerden.

Bei Self-tailoring wurde erkannt, dass gute Selbstmanager/-innen in der Lage sind, die richtigen Mittel und Dosierungsintervalle für sich herauszufinden und ggf. anzupassen.

Die Anzahl der Praxisbesuche pro Jahr reduzierte sich um 50%.

Polypharmazie reduzierte sich ebenfalls um 50%.

Die Zufriedenheit (Verbesserung der Lebensqualität) erhöht sich um 100%.

Solche Programme haben für die Gesundheitsförderung und bei der Gesellschaft eine positive Bedeutung.

Diskussion

Da die Anzahl der herzbezogenen Beschwerden und der nicht hilfreichen Behandlung zunimmt, ist die Entwicklung solcher Programme sehr wichtig.

Sie dienen zur Reduzierung von Polypharmazie.

Für die unterschiedlichen gesellschaftlichen Schichten müssen unterschiedliche Lösungen beziehungsweise Programme entwickelt werden.



II-P3 | 8

Prävalenz abdominaler Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland und anderen Ländern Europas: Eine Übersicht

D. Schönsteiner¹, S. Schönsteiner², M. Gulich¹, H. - P. Zeitler¹, D. Kesztyüs¹

¹ Universität Ulm, Institut für Allgemeinmedizin, Ulm; ² Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Innere Medizin III, Ulm

Hintergrund

Abdominale Adipositas (Abdominal Obesity, AO) hängt eng mit nicht-übertragbaren Erkrankungen zusammen, der Haupttodesursache weltweit. Eine Übersicht von Prävalenzen in Deutschland und anderen europäischen Ländern soll eine Einordnung nationaler Zahlen in einen internationalen Kontext ermöglichen.

Fragestellung

Wie hoch ist die Prävalenz der AO bei Erwachsenen in Deutschland und anderen Ländern Europas?

Methoden

Systematische Literaturrecherche in zwei elektronischen Datenbanken (Medline, Embase). Studien wurden nach im Vorfeld erarbeiteten Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Prävalenzdaten und Rahmendaten der Studienpopulation wurden extrahiert.

Ergebnisse

In Deutschland wurden wenige Studien zu diesem Thema gefunden. In zwei Studien wurde eine hohe Prävalenz bis 76.8% (Männer und Frauen) festgestellt. In einer weiteren Studie mit zwei verschiedenen AO-Definitionen wurde für Frauen je nach Definition eine AO-Prävalenz von 36% bzw. 70% gemessen, für Männer 24% bzw. 52%.

In anderen europäischen Ländern wird eine hohe Prävalenz der AO beobachtet, die zumeist zwischen 30% und 60% liegt, aber auch bis über 70% betragen kann.

Die Prävalenz der AO nimmt mit höherem Lebensalter zu. Verlaufsbeobachtungen zeigen ansteigende Prävalenzraten. Meist sind Prävalenzen bei Frauen höher als bei Männern.

Diskussion

In Deutschland liegen wenige Daten zur Prävalenz der AO vor. Im europäischen Vergleich wird eine hohe Prävalenz mit steigender Tendenz beobachtet.

Unterschiedliche Messgrößen und Definitionen der AO führen zu eingeschränkter Vergleichbarkeit der Daten.

Da die AO ein hohes Risiko für nicht-übertragbare Erkrankungen wie kardiovaskuläre Erkrankungen und Diabetes mellitus Typ2 darstellt, sind Gegenmaßnahmen dringend erforderlich. Dazu sollte auch das Bewusstsein für die Bedeutung der AO in der Bevölkerung und dem im Gesundheitswesen tätigen Personenkreis gefördert werden.



II-P3 | 9

Diagnostik und Therapie von Schilddrüsenerkrankungen in Deutschland - Machen wir zuviel?

M. Klaschik¹, M. - T. Puth², B. Engel¹, M. Schmid², K. Weckbecker¹, E. Münster¹

¹ Uniklinik Bonn, Institut für Hausarztmedizin, Bonn; ² Institut für Medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie (IMBIE), Bonn

Hintergrund

Derzeit wird in Deutschland aufgrund der seit den 80er-Jahren eingeführten Jodprophylaxe nicht mehr als Jodmangelgebiet nach den WHO-Kriterien eingestuft. Die Prävalenz von Schilddrüsenerkrankungen und deren medikamentöse Behandlung lagen damals bei 5,5%.

Fragestellung

Konnte durch die Verbesserung der Jodversorgung ein Rückgang der Schilddrüsenerkrankungen und der dadurch notwendigen Behandlungen erreicht werden?

Methoden

Die "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS1), vom Robert-Koch-Institut zwischen 2008 und 2011 durchgeführt, hat Gesundheitsdaten von fast 8000 Erwachsenen erhoben. Erfasst wurden mittels Selbstangaben unter anderem Prävalenz und Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen, sowie der Bildungsstatus (ISCED) der Untersuchten.

Ergebnisse

Bei den 7987 Teilnehmern im Alter zwischen 18 und 79 Jahren (49,7% Männer, 50,3% Frauen) wurde eine Lebenszeit-Prävalenz von Schilddrüsenerkrankungen von 22,4% und eine 12-Monats-Prävalenz von 10,9% erhoben. 11,7% der Untersuchten wurden zum Zeitpunkt der Erhebung mit Schilddrüsenmedikamenten behandelt, wobei ein statistisch signifikanter Unterschied ($p=0,04$) nach dem Bildungsstatus (niedrig 13,5%, mittel 11,7%, hoch 10,1%) festgestellt wurde.

Diskussion

Obwohl sich die Jodversorgung seit den 1980er Jahren kontinuierlich verbessert hat, ist die Anzahl der medikamentös behandelten Schilddrüsenerkrankungen nicht zurückgegangen, sondern gestiegen. Zusätzlich finden sich signifikante Behandlungsunterschiede in Abhängigkeit vom Bildungsstatus der Patienten. Weitere Untersuchungen sollten unternommen werden, um zu überprüfen, ob tatsächlich alle Behandelten auch eine Therapie brauchen. In Anbetracht der Behandlungsunterschiede bezogen auf den Bildungsstatus, kann eine Überbehandlung von Schilddrüsenveränderungen vermutet werden.



II-P3 | 10

Umgang mit psychischer und somatischer Komorbidität in hausarztbasierten Stepped-Care-Modellen: ein systematisches Review.

K. Maehder, B. Löwe, A. Weigel

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Zentrum für Innere Medizin, Hamburg

Hintergrund

Stepped-care Modelle basieren auf einer gestuften Versorgung durch systematisches Monitoring der jeweiligen Patientengruppe. Gerade in der hausärztlichen Versorgung gewinnen diese Modelle zunehmend an Bedeutung, um die bestmögliche individuelle Versorgung zu erreichen und gleichzeitig Über- oder Unterversorgung zu vermeiden. Ein wesentlicher Faktor zur Verstetigung von effektiven stepped-care Modellen in der hausärztlichen Regelversorgung ist ihre Übertragbarkeit in die Routinepraxis. Die Berücksichtigung von psychischen und somatischen Komorbiditäten ist dabei ein besonders relevanter Aspekt.

Fragestellung

Das Ziel der systematischen Übersichtsarbeit besteht darin, den Umgang mit psychischen und somatischen Komorbiditäten in hausarztbasierten stepped-care Modellen zu untersuchen. Dabei steht im Vordergrund ob und in welcher Form Komorbiditäten berücksichtigt werden, um Handlungsempfehlungen in Hinblick auf die Implementierbarkeit in die Versorgungspraxis abzuleiten und Auswirkungen auf Patientenvariablen einzuschätzen.

Methoden

Orientiert am sog. PRISMA-Statement wurden die Datenbanken PubMed, PsycINFO, die Cochrane Library, EMBASE und Web of Science für eine systematische Literaturrecherche genutzt und durch eine Handsuche ergänzt. Eingeschlossen wurden englisch- und deutschsprachige Studien, die zwischen 2000 und 2017 veröffentlicht wurden, in denen ein in der Hausarztpraxis ansetzendes stepped-care Modell für Erwachsene mit einer Warteliste, TAU oder einer aktiven Behandlung verglichen wurde. Das Screening der eingeschlossenen Studien fand in einem mehrstufigen Prozess statt. Die Studienbewertung erfolgte durch zwei Reviewer.

Ergebnisse

Die Ergebnisse des vorliegenden systematischen Reviews geben einen Überblick über den Umgang mit psychischer und somatischer Komorbidität in stepped-care Modellen in der Hausarztpraxis und berichtet potentielle Auswirkungen auf die Implementierbarkeit und Patientenvariablen.

Diskussion

Es wird diskutiert, inwieweit es einer stärkeren Berücksichtigung von Komorbiditäten in Stepped-Care-Modellen bedarf und welche Erkenntnisse für zukünftige Studien zu Stepped-Care-Modellen sowie der Überführung in der Versorgungspraxis gewonnen werden konnten.



10:30 - 11:15

Raum: 23.01 HS 3A

Keynote I

Yes, we care - for patients, families, communities, and ourselves by Job Metsemakers

Moderation: Daniel Kotz

Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin

Keynote I | 1

Yes, we care - for patients, families, communities, and ourselves

J. F. Metsemakers

Maastricht University, Maastricht Niederlande

As much as we like to regard Europe as one region, we have to recognize the differences within that region. The landscape and temperatures are different from North to South, and the commitment to Europe differs from East to West. Each country has its own health care system, none perfect. Countries, even regions have their own culture, and migrants have brought their own culture with them into our communities. Diversity is what we have to accept even if we believe in some kind of uniformity.

Although the position of family doctors may be different in all of Europe, we have our common core values: Generalist, Patient-oriented/Personal, and Continuous. Our European Definition of General Practice/Family Medicine describes our competencies, very much alike the CanMEDS.

In our daily practice where we care for patients we are challenged by eHealth, multi morbidity, polypharmacy, evidence based medicine, shared decision making, genetics, prevention. We have to become proactive instead of waiting until the patient presents him/herself at our consultation. Chronic diseases and certainly genetic testing will bring the family much more in the picture. We once thought that we had almost eradicated communicable diseases, but the Ebola outbreak has shown us that we need to be vigilant. Measles is becoming a real health problem, not only in Germany. How do we act in the public debate?

Do we prepare ourselves good enough for all these challenges by being an active life long learner, who has the flexibility to change? The final question is: who looks after us?



11:30 - 13:00

Raum: 23.01 HS 3C

III-VT7

Hot topics in primary care: international perspective I

Moderation: Marloes van Boekhoven, Anneke Van Dijk - de Vries

III-VT7 | 1

Mindfulness, Stress and Life Satisfaction: Mediation and Moderation Models in 4 Diverse Samples

L. Toussaint¹, J. Hirsch², M. Offenbacher³, N. Kohls⁴, J. Schelling³, A. Weber⁴, C. Vajda⁵, F. Sirois⁶

¹ Luther College, Decorah USA; ² East Tennessee State University, Johnson City USA; ³ Ludwig-Maximilians Universität, Institut für Allgemeinmedizin, München; ⁴ Hochschule für angewandte Wissenschaften, Integrative Gesundheitsförderung, Coburg; ⁵ Universität Graz, Medizinische Fakultät, Graz Österreich; ⁶ Sheffield University, Sheffield Vereinigtes Königreich

Hintergrund

Mindfulness and mindfulness based interventions as part of health promotion activities are gaining increasingly attention especially in primary care.

Fragestellung

The purpose of the present study was to examine mediation and moderation models of mindfulness, stress, and life satisfaction across four independent samples.

Methoden

Studies 1 – 4 included over 1,600 individuals. Average ages in studies 1 – 4 were 40, 22, 33, and 48, respectively, and a majority (> 75%) were female. All four studies included the Mindful Attention and Awareness Scale and the Satisfaction with Life Scale. Perceived stress and/or stress at work were also included.

Ergebnisse

Across all studies, mindfulness and stress were positively and negatively associated with life satisfaction, respectively. Mindfulness did not have a unique direct effect on life satisfaction when modeled with stress. Mindfulness and stress, themselves, are inversely correlated as expected, and stress is inversely related to life satisfaction. Stress mediated the association between mindfulness and life satisfaction. Mindfulness moderated the association between stress at work and life satisfaction (study 1) and stress and life satisfaction (study 4).

Diskussion

Robust associations between mindfulness, stress, and life satisfaction were observed across all studies. Moderating effects of mindfulness on stress-satisfaction associations were not consistent, but stress mediated all mindfulness-satisfaction associations. Hence, mindfulness may promote life satisfaction through stress reduction.



III-VT7 | 2

Results of the development of a customizable programme for improving interprofessional team meetings. An action research approach.

J. van Dongen^{1,2}, M. van Bokhoven¹, W. Goossens², R. Daniels², T. van der Weijden¹, A. Beurskens²

¹ Maastricht University, CAPHRI, Family Medicine, Maastricht Niederlande; ² Zuyd University of Applied Sciences, Research Centre for Autonomy and Participation for People with Chronic Illnesses, Heerlen Niederlande

Hintergrund

Interprofessional teamwork is increasingly necessary in primary care to meet the needs of people with complex care demands. Needs assessment shows that this requires efficient interprofessional team meetings, focusing on patients' personal goals.

Fragestellung

The aim of this study was to develop a programme to improve the efficiency and patient-centredness of such meetings.

Methoden

Action research approach: a first draft of the programme was developed, and iteratively used and evaluated by three primary care teams. Data were collected using observations, interviews and a focus group, and analysed using directed content analysis.

Ergebnisse

The final programme comprises a framework to reflect on team functioning, and training activities supplemented by a toolbox. Training is intended for the chairperson and a co-chair, and aims at organizing and structuring meetings, and enhancing patient-centredness. Our findings emphasize the essential role of the team's chairperson, who, in addition to technically structuring meetings, should act as a change agent guiding team development.

Diskussion

Findings show that the programme should be customizable to each individual team's context and participants' learning objectives. Becoming acquainted with new structures can be considered a growth process, in which teams have to find their way, with the chairperson as change agent.



III-VT7 | 3

Sustainable interprofessional teamwork needs a team-friendly healthcare system: Experiences from a collaborative Dutch programme

A. Van Dijk - de Vries, L. van Bokhoven

Maastricht University, CAPHRI Care en Public Health Research Institute, Family Medicine, Maastricht Nederlande

Hintergrund

The significance of effective interprofessional teamwork to improve the quality of care has been widely recognised. In a Dutch village, healthcare professionals in primary care set up a network aimed at sustainable interprofessional teamwork in elderly care. In organising their collaborative practice, most of the complicating factors related to the connection between the team and external partners.

Fragestellung

Which issues were experienced in the interaction between the interprofessional care team and external partners for developing sustainable interprofessional teamwork in primary care?

Methoden

The examination is based on a business case analysis, conversations of the interprofessional care team with the health insurance company and civil servants from the municipality, and on the evaluation report of the network development project.

Ergebnisse

Healthcare teams focus on the perceived needs in local communities whilst health insurance companies and municipalities are more likely to benefit from innovation at a broader scale. Shared benefits of effective interprofessional teamwork in local communities are not clear. Organisational structures of the health insurance appeared to be not supportive for care arrangements that go beyond traditional boundaries.

Diskussion

To support the development of interprofessional teams, the shared aim to provide quality of care in an efficient and effective way need further recognition. The challenge for healthcare teams is to learn to speak the language of external partners. Fundamental changes are needed in the organisation of health insurance companies to facilitate interprofessional care. Municipalities should work on their vision of the needs and benefits of a fruitful collaboration with interprofessional healthcare teams.



III-VT7 | One-Slide-Five-Minutes-Vortrag

What's so difficult about becoming a health coach in primary care? A process evaluation of an approach to coach patients

S. Lenzen^{1,2}, L. van Bokhoven², R. Daniels¹, T. van der Weijden², S. Beurskens^{1,2}

¹ Zuyd University of Applied Sciences, Heerlen Niederlande; ² University Maastricht, Department of Family Medicine, Maastricht Niederlande

Hintergrund

Professionals in family medicine are increasingly required to act as coaches to enhance their chronically ill patients' self-management. We developed an approach aiming to support practice nurses working in family medicine in the Netherlands to coach patients in goal setting and action planning.

Fragestellung / Diskussionspunkt

How is the approach implemented and experienced by practice nurses and patients? How do practice nurse describe their learning processes?

Inhalt

A process evaluation was conducted using mixed methods. Fifteen practice nurses participated in two training groups (n=9 and n=6, respectively). Interviews with professionals (n=15) and patients (n=10) plus a focus group with professionals (n=9) were conducted. Moreover, professionals filled in a questionnaire about their way of working before, during and after the training. They were also asked to deliver audiotapes of their consultations (n=13).

Although the approach was experienced as valuable for having in-depth conversations and working more tailored, professionals struggled to implement it. Professionals' skills and attitudes, as well as contextual factors, such as a lack of support from family physicians, were found to have hampered the implementation.

This study shows the complexity of becoming a health coach. Our results indicate that becoming a health coach probably requires more than training the individual professional. It might be worthwhile to focus on organizational learning, aiming to increase primary care organizations' capacities to learn and change routinized ways of working collaboratively.



III-VT7 | 5

Influenza vaccination rates before and after admission to nursing homes in Germany

O. Spreckelsen¹, A. Luque Ramos², M. Freitag¹, F. Hoffmann²

¹ Carl von Ossietzky Oldenburg, Allgemeinmedizin, Oldenburg; ² Carl von Ossietzky Oldenburg, Ambulante Versorgungsforschung und Pharmakoepidemiologie, Oldenburg

Hintergrund

Influenza vaccination coverage in Germany does not meet the recommendation of the World Health Organization. Nursing home residents are an especially vulnerable subgroup. It is not known whether vaccination coverage rates differ between nursing home residents and non-institutionalised persons of the same age group.

Fragestellung

We aim to find out whether influenza vaccination coverage differs for nursing home residents between the year before and after admission and what determines the chance to receive vaccination.

Methoden

Claims data of the health insurance fund DAK-Gesundheit of at least 65 years olds were used. The proportion of residents with influenza vaccination were compared in the year before and after the admission stratified by several covariates. A multivariate logistic regression analysis was conducted to obtain predictors for influenza vaccination after admission.

Ergebnisse

Overall vaccination coverage was higher in the year after admission (53.0%) than before (38.3%). Differences in vaccination coverage between most covariates evened out after admission. Differences remained for region of residence and number of comorbidities. The strongest predictor for receiving a vaccination after admission was the vaccination status before admission (OR: 3.5; 95%-CI: 3.3-3.6) followed by region and number of comorbidities.

Diskussion

Clear and unambiguous evidence of vaccine safety and efficacy for different subgroups within the same age group as well as organisational efforts to increase vaccination within nursing homes would be recommended.



III-VT7 | 6

Einstellungen und Impfverhalten von deutschen Hausärzten zur saisonalen Influenzaimpfung – eine Querschnittstudie

J. F. Arlt, K. Flägel, K. Götz, J. Steinhäuser

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Allgemeinmedizin, Lübeck

Hintergrund

Influenza ist eine potentiell gefährliche Erkrankung, die innerhalb von Epidemien eine hohe Mortalität verursacht. Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt eine Durchimpfungsrate mit der Influenzaimpfung bei älteren Personen ab 65 Jahren von 75%. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) berichtete in der Saison 2013/14 regional stark variierende Impfraten der saisonalen Influenzaimpfung zwischen 14 und 65%.

Fragestellung

Ziel der Studie war es, Einstellungen und Impfverhalten von deutschen Hausärzten zu erheben, die in Regionen mit niedrigen und hohen Influenzaimpfraten praktizieren.

Methoden

Aufbauend auf systematischer Literaturrecherche und den Erfahrungen beteiligter Fachärzte für Allgemeinmedizin wurde im Konsensusverfahren ein Fragebogen entwickelt. Dieser wurde an 1594 Hausärzte verschickt, die in den jeweils vier impfstärksten und -schwächsten Landkreisen in Ost- und Westdeutschland auf Grundlage der vom ZI erhobenen Influenzaimpfdaten von 2013/14 in eigener Praxis tätig waren. Die Auswertung erfolgte deskriptiv.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote betrug 28,5%. 52% der Teilnehmer waren männlich, durchschnittlich 54 Jahre alt und 19 Jahre als Hausarzt tätig. 65% der Befragten bewerteten ihre Einstellung zu Impfungen gegen Influenza als sehr positiv, ihren Kenntnisstand zu 39% als optimal. In Ostdeutschland praktizierende Teilnehmer stimmten signifikant häufiger zu, dass die Einstellung des Arztes zur Impfung noch vor der ärztlichen Berufsphase geprägt wird ($p=0,004$), hatten signifikant häufiger gegen Influenza geimpfte Angestellte ($p<0,001$) und eine bereits durch einen anderen Arzt erfolgte Impfung führte signifikant häufiger zur Impfablehnung ($p<0,001$), als es die in Westdeutschland praktizierenden Teilnehmer berichteten.

Diskussion

Aus den Ergebnissen dieser Studie können Maßnahmen für gezielte Kampagnen für die international empfohlene Rate an Influenzaimpfungen abgeleitet werden.



11:30 - 13:00

Raum: 23.01 HS 3B

III-Symp2

Symposium 2: Forschung an der Schnittstelle von allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung: Wie kann es weitergehen?

Moderation: Gabrielle Marx, Jürgen in der Schmitten

III-Symp2 | Symposium 2

Forschung an der Schnittstelle von allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung: Wie kann es weitergehen?

G. Marx¹, J. in der Schmitten²

¹ Universitätsmedizin Göttingen Klinik für Palliativmedizin, Göttingen; ² Universitätsklinikum Düsseldorf Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

1. Namen der Moderierenden sowie der Vortragenden

Moderatoren: Gabriella Marx und Jürgen in der Schmitten

Referenten: 1. Amos Vogel 2. Fabian Tetzlaff 3. Birgit Jaspers 4. Urs Münch

Hintergrund

Die allgemeine ambulante palliative Versorgung (AAPV) wird zu etwa 90% durch Hausärztinnen und Hausärzte durchgeführt. Sollte die Einbeziehung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) erforderlich werden, ist, im Sinne der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen patientenzentrierten Versorgung, eine koordinierte und zielorientierte Zusammenarbeit der beteiligten Akteure und Kooperation allgemeiner und spezialisierter Versorger/innen notwendig. Die Angehörigen erfordern möglicherweise in ihrer Rolle als Pflegende und in der Zeit nach dem Tod die besondere Aufmerksamkeit des Hausarztes/ der Hausärztin.

Ziele

Das Symposium richtet sich an wissenschaftlich tätige Kolleginnen und Kollegen mit Interesse, die Forschung unter Einbeziehung der Perspektive aller Akteure an der Schnittstelle von allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung voranzubringen und die Notwendigkeit einer fachübergreifende (Forschungs-)Themen zu diskutieren.

Überblick über Einzelvorträge

Urs Münch. „Anhaltende Trauerstörung“ – kritische Reflexion einer neuen Diagnose

Amos Vogel, Nils Schneider, Friedemann Nauck, Gabriella Marx. „Ich stecke keinen ins Pflegeheim [...] und wenn ich selber dabei drauf gehe“ – Erfahrungen und Bedürfnisse Angehöriger von Menschen mit fortgeschrittener COPD. Eine qualitative Interview-Studie.

Fabian Tetzlaff, Helen Ewertowski, Saskia Jünger, Nils Schneider, Stephanie Stiel: Förderliche und hinderliche Faktoren in der hausärztlichen ambulanten Palliativversorgung – Eine qualitative Analyse

Birgit Jaspers, Lisa-Linge-Dahl, Gülay Ates, Michaela Hesse, Andrea Gasper-Paetz, Lukas Radbruch: Forschungsprojekte Palliativmedizin Uniklinikum Bonn – welchen Nutzen bieten sie der Allgemeinmedizin?

Diskussion

Das HPG setzt einen gesetzlichen Rahmen, der die sektorenübergreifende Zusammenarbeit implizit fordert. In der Praxis wird die Einleitung der SAPV bisher jedoch weniger als Schnittstelle im Sinne eines kooperativen Miteinanders erlebt, sondern als ein 'entweder – oder'. Dies auch aufgrund uneinheitlicher struktureller Bedingungen. Die Stärkung der fach- und professionsübergreifenden Zusammenarbeit erfordert daher den Ausbau und die Stärkung der Kooperation nicht nur in der praktischen Arbeit, sondern auch auf wissenschaftlicher Ebene, um mögliche strukturelle sowie individuelle Hürden zu identifizieren und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten.



III-Symp2 | 1

Förderliche und hinderliche Faktoren in der hausärztlichen ambulanten Palliativversorgung – Eine qualitative Analyse

F. Tetzlaff¹, H. Ewertowski¹, S. Jünger², N. Schneider¹, S. Stiel¹

¹ Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover; ² Universität zu Köln, CERES – Cologne Center for Ethics, Rights, Economics, and Social Sciences of Health, Köln

Hintergrund

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung im November 2015 wurden die Förderung der allgemeinen Palliativversorgung, die Stärkung der Rolle von Hausärzten sowie eine enge interprofessionelle Kooperation als maßgebliche Ziele adressiert. Unklar bleibt jedoch, wie eine angemessene Palliativversorgung in der hausärztlichen Praxis aussehen könnte. Der Fokus von ALLPRAX liegt im ersten Projektjahr auf förderlichen und hinderlichen Faktoren in der hausärztlichen Palliativversorgung.

Fragestellung

Welche Faktoren erleichtern bzw. erschweren Hausärzten eine bedarfsgerechte Palliativversorgung?

Methoden

Um die Einbindung der Palliativversorgung in die täglichen Abläufe zu analysieren, werden Hausärzte in ihrem Arbeitsalltag begleitet und leitfadengestützte Interviews geführt.

Zusätzlich fließen bereits vorliegende Interviews des Projekts „Patienten mit Altersgebrechlichkeit in der Hausarztpraxis“ in die Analysen ein. Die Auswertung der Beobachtungsprotokolle und Interviews erfolgt nach Prinzipien der Grounded Theory.

Ergebnisse

Erste identifizierte förderliche und hinderliche Determinanten der hausärztlichen Palliativversorgung finden sich in folgenden Bereichen:

- Kommunikation an Schnittstellen (z.B. Dokumentation)
- Vergütungssystem (z.B. fehlende Abrechnungsziffern)
- zeitliche Restriktionen (z.B. keine regelmäßigen Hausbesuche möglich)
- hausärztliches Rollenbild (z.B. Begleitung bis zum Lebensende als Teil des beruflichen Selbstverständnisses)
- motivationale Faktoren (z.B. Entgegengebrachtes Vertrauen und Dankbarkeit)

Diskussion

Eine Vielzahl von förderlichen und hinderlichen Faktoren wirkt auf die hausärztliche Palliativversorgung ein. Die vorgestellten Ergebnisse bilden die Grundlage für das Verständnis der hausärztlichen Betreuung von Patienten am Lebensende, mit dessen Hilfe die Versorgung auf versorgungspraktischer, politischer und finanzieller Ebene weiterentwickelt werden soll. Im weiteren Projektverlauf wird in Zusammenarbeit mit Hausärzten und anderen Experten ein Interventionspaket entwickelt, das Hausärzten die Integration einer bedarfsgerechten Palliativversorgung in ihre täglichen Handlungsroutinen erleichtern soll.



III-Symp2 | 2

„Ich stecke keinen ins Pflegeheim [...] und wenn ich selber dabei drauf gehe“ – Erfahrungen und Bedürfnisse Angehöriger von Menschen mit fortgeschrittener COPD. Eine qualitative Interview-Studie.

A. Vogel¹, F. Nauck¹, N. Schneider¹, H. Stanze^{2,1}, G. Marx¹

¹ Universitätsmedizin Göttingen, Klinik für Palliativmedizin, Göttingen; ² Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover

Hintergrund

Da Menschen mit COPD professionelle Unterstützung hinauszögern, übernehmen Angehörige häufig die Begleitung.

Fragestellung

Die Frage ist, was diese Begleitung für Angehörige bedeutet und welche Belastungen und Bedürfnisse daraus resultieren.

Methoden

Offene Leitfadeninterviews mit begleitenden Angehörigen (n=12, Alter 48-79, 8w) von Menschen mit fortgeschrittener COPD (Stadium III/IV). Interpretative Auswertung mittels Grounded Theory (Strauss; Strauss/Corbin).

Ergebnisse

Als zentrales Phänomen zeigt sich, dass begleitende Angehörige eine permanent hohe Belastungen durchleben, insbesondere in Form starker psychischer Anspannungen geprägt durch die ständige Angst unvorhergesehener Ereignisse. Ursächlich hierfür sind ein durch Unsicherheiten geprägtes Krankheitsmanagement und komplizierte organisatorische Aspekte, die zu einer besonderen Herausforderung werden. Zudem zeigte sich, dass sich Angehörige aufgrund des Unterstützungsbedarfs des nahestehenden Menschen, sowie gesellschaftlich verankerter und beziehungsimmanenter Erwartungen zur Fürsorge verpflichtet fühlen und aus ihrer Situation keinen Ausweg sehen. In der Folge begeben sie sich in die Rolle einer verantwortlichen und ständig zur Verfügung stehenden Unterstützung mit der Folge dass die eigenen Bedürfnisse zurückgestellt werden und die Erkrankung zu einem gemeinsamen Handicap gemacht wird. Der Wechsel zwischen den Rollen des distanzierten Experten und des empathischen Angehörigen wird zur zusätzlichen Belastung. Wut, fehlendes Verständnis, die Reduktion sozialer Kontakte und die Beeinträchtigung der eigenen Gesundheit sind mögliche Folgen.

Diskussion

Die hohe physische und psychische Belastung von Angehörigen erfordert eine intensiviertere Entlastung, die durch das Gesundheitssystem bisher nicht systematisch bereitgestellt wird. Hausärzte können hier wichtige Gatekeeper sein.



III-Symp2 | 3

Forschungsprojekte Palliativmedizin Uniklinikum Bonn – welchen Nutzen bieten sie der Allgemeinmedizin?

B. Jaspers¹, L. Linge-Dahl¹, G. Ates¹, M. Hesse¹, A. Gasper-Paetz¹, S. Schwabe¹, L. Radbruch^{1,2}

¹ Universitätsklinikum Bonn, Klinik für Palliativmedizin, Bonn; ² Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg, Zentrum für Palliativmedizin, Bonn

Hintergrund

Neben den bereits angelaufenen Forschungsprojekten in der Palliativmedizin, z.B. zum palliativen Versorgungsbedarf von ALS-Patienten, geht durch die Ausschreibung des BMBF im Frühsommer 2017 eine Vielfalt an geförderten Vorhaben in die erste Phase. Hierzu gehören die Studien „Übergänge in der Palliativversorgung - Vergleich von schnittstellenübergreifenden Versorgungsverläufen in zwei verschiedenen Krankenhauskontexten (TransPac)“, „Konstruktion von Palliativpatienten (CoPaPa)“, „Frühe Integration von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz in die Palliativversorgung (EPCHF)“ und „Evaluation der Wirksamkeit von SAPV in Nordrhein (APVEL)“.

Fragestellung

In den Forschungsfragen der Projekte spiegelt sich die Notwendigkeit, konzeptionelle, Informations- und Versorgungslücken zu schließen, deren Auswirkungen spürbaren Einfluss auf gelebte Versorgungspraktiken in Versorgungsnetzwerken haben:

Inwiefern kann durch die Zusammenarbeit im Netzwerk die frühe Identifikation und Integration von Menschen mit palliativem Versorgungsbedarf gelingen, wie die Kontinuität der Versorgung gewährleistet bzw. verbessert werden und was bedarf es, Wirksamkeit und Outcome von SAPV zu erhöhen?

Methoden

Alle Studien verwenden Mixed-Methods-Designs, d.h. unterschiedliche qualitative und quantitative Erhebungs- und Analysemethoden retrospektiver (z.B. Krankenakten, Schnittstellendokumentationen, Krankenkassenleistungen etc.) und prospektiver Daten.

Ergebnisse

Die Forschungsprojekte, in welche die Klinik für Palliativmedizin Bonn als Antragsteller oder Kooperationspartner involviert ist, sollen in Hinblick auf Ihren möglichen Benefit für die ambulante Versorgung, in welcher die Allgemeinmedizin eine wichtige Rolle einnimmt, praxisrelevante Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen liefern. Bei der Vorstellung der Projekte werden die Aspekte und ggf. erste Ergebnisse mit besonderer Bedeutung für die Allgemeinmedizin detailliert dargestellt.



III-Symp2 | 4

Anhaltende Trauerstörung – kritische Reflexion einer neuen Diagnose (ICD-11) an der Schnittstelle von Allgemein- und Palliativmedizin

U. Münch

DRK Kliniken Berlin Westend, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Viszeralonkologisches Zentrum, Berlin

Hintergrund

Die neue ICD-11-Diagnose Anhaltende Trauerstörung hat im Hospiz-/Palliativbereich kontroverse Diskussionen ausgelöst. Befürchtet wird eine Pathologisierung von Trauer u.a. durch unreflektierte Diagnosestellung. Die Betroffenen befinden sich v.a. in hausärztlicher Versorgung, insofern handelt es sich hier um eine Schnittstelle des palliativmedizinisch-hospizlichen und allgemeinärztlichen Bereichs. Hausärzte tragen hierbei eine wesentliche Verantwortung, um Betroffene eine angemessene Versorgung zu ermöglichen.

Fragestellung

Wissenschaftliche Basis der Anhaltenden Trauerstörung? Wo besteht Verbesserungs- und Forschungsbedarf? Welche Konsequenzen bestehen für die hausärztliche Versorgung und die Palliativmedizin? Gibt es wissenschaftliche Erkenntnisse zu medikamentöser Therapie?

Methoden

Literaturauswertung

Ergebnisse

Die Diagnose beruht auf wissenschaftlichen Forschungsergebnissen, allerdings waren die untersuchten Gruppen nicht für alle Trauerverläufe repräsentativ. Es bedarf genauer Diagnostik, um Fehldiagnosen zu vermeiden. In der Palliativmedizin braucht es gezielter Prävention, um Risikopatienten zu identifizieren, sowie regelhafte Kommunikation mit deren Hausärzten. Zum Einsatz von Medikamenten bei normaler Trauer liegen Ergebnisse und Indikationen vor, aber auch für medikamentöse Behandlung bei Anhaltender Trauerstörung gibt es keine Evidenz.

Diskussion

Prävention, Diagnostik und fachgerechte Behandlung von Patienten mit Anhaltender Trauerstörung bedürfen Sorgfalt und Umsicht, um den Betroffenen gerecht zu werden, aber auch um der Sorge vor allgemeiner Pathologisierung von Trauer zu begegnen. Experten raten bei Trauerstörung zu einem zurückhaltenden Einsatz von Medikamenten. Wichtige Bausteine sind die Vernetzung von Trauerangeboten zur hausärztlichen Versorgung, sowie regelhafte Kommunikation aller Beteiligten. Weitere Forschung zu unterschiedlichen Trauerverläufen ist notwendig, um breitere Evidenz für die Kriterien der Störung zu erzielen. Es bedarf der Reflexion individueller und gesellschaftlicher Vorbehalte gegenüber psychiatrischen Diagnosen. Zudem sind niedergelassene Psychotherapeuten gefragt, qualifizierte und niedrigschwellige Behandlungsmöglichkeiten anzubieten.



11:30 - 13:00

Raum: 23.02.U1 24

III-WS14

Workshop: Hier stimmt was nicht! Can a GP trust his/her diagnostic gut feelings?

Moderation: Johannes Hauswaldt, Erik Stolper

III-WS14 | 1

Hier stimmt was nicht! Can a GP trust his/her diagnostic gut feelings?

J. Hauswaldt¹, E. Stolper²

¹ Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin, Göttingen; ² Maastricht University, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Maastricht Niederlande

Hintergrund

General practitioners (GPs) face both benign and serious diagnoses sometimes presented with the same vague symptoms. That is why consultations in primary care are described as complex, dealing with uncertainty and unpredictability 'on the edge of chaos'. In these situations, occasionally GPs experience an uncomfortable feeling that something does not fit in a patient's clinical presentation. It alerts the doctor, activates the diagnostic process and induces him / her to initiate specific management to prevent serious health outcomes. The aim of this workshop is to share the practical significance of research on the topic.

Zielgruppe

The workshop is aiming at GPs and practice-nurses and will be held in English but with ample opportunity to contribute or translate into German if needed.

Didaktische Methode

The participants will be presented with the opinion of some German GPs about gut feelings, from semistructured interviews, and what their colleagues all over Europe said. Do disciplinary medical tribunals take gut feelings seriously? The results of systematic studies in the Netherlands and Flanders will be discussed. A main part of the workshop will be a practical exercise with a one-page German language questionnaire measuring gut feelings in the diagnostic process. There will be enough time for discussion.

Ziele

The participants know how to deal with their gut feelings in the diagnostic reasoning process.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

25 to 40 participants

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Johannes Hauswaldt, GP-researcher, University Medicine Göttingen.

Erik Stolper, GP-researcher, Maastricht University, University of Antwerp.



11:30 - 13:00

Raum: 23.02.U1 22

III-WS15

Workshop: How to go about your career in primary care research? An interactive workshop with members of the Oxford International Primary Care Leadership Programme

Moderation: Jeanet Blom, Richard McManus, Jochen Cals, Christiane Muth, Daniel Kotz, Sonia Saxena, Christian Mallen, Michael Freitag, Jose Valderas, Liam Glynn

III-WS15 | 1

How to go about your career in primary care research? An interactive workshop with members of the Oxford International Primary Care Leadership Programme

J. Blom¹, R. Mcmanus², J. Cals³, C. Muth⁴, D. Kotz⁵, S. Saxena⁶, C. Mallen⁷, M. Freitag⁸, J. Valderas⁹, L. Glynn¹⁰

¹ Leiden University Medical Center, Department of Public Health and Primary Care, Leiden Niederlande; ² University of Oxford, Oxford Vereinigtes Königreich; ³ University of Maastricht, Maastricht Niederlande; ⁴ Johann Wolfgang Goethe University, Frankfurt; ⁵ Universitätsklinikum Düsseldorf; ⁶ Imperial College London, London Vereinigtes Königreich; ⁷ Keele University, Keele Vereinigtes Königreich; ⁸ University of Oldenburg, Oldenburg; ⁹ University of Exeter, Exeter Vereinigtes Königreich; ¹⁰ National University of Ireland Galway, Galway Irland

Hintergrund

Primary care is no longer relying solely on specialty research but finds its evidence base increasingly in primary care research. Primary care research is thriving, providing the best knowledge to practice. Strengthening primary care research leadership is critical to undertake challenging high quality research. Which issues do researchers face to achieve their goal to take this leadership role?

Zielgruppe

Primary care researchers at all levels of the organization in universities or other research institutes.

Didaktische Methode

Short presentations by members of the Oxford International Primary Care Leadership Programme, followed by a moderated, interactive discussion with participants of the workshops, depending on their wishes and needs.

Ziele

We plan to present and discuss the following themes (depending on the participants' wishes and needs):

Successfully achieve goals, have fun, build collaborations (30 minutes)

How to combine clinical and research/teaching work?

How to make science fun?

How to build an international network?

Challenges

What particular challenges do German primary care researchers face?

Survival tips (30-40 minutes)

What are the benefits of peer groups?

How to use Action Learning Sets?

How to balance work and private life?

During the workshop the participants will reflect on the abovementioned issues from their own perspective and create more awareness about their career.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Workshop leaders are primary care researchers from Germany, Netherlands, Ireland and the UK. They participate in the Oxford International Primary Care Leadership Program since 2008 (<http://www.oxfordleadershipprogramme.co.uk>). Development of collaboration, peer support while taking career steps, and a lot of fun is all part of the program.



11:30 - 13:00

Raum: 23.31.U1 66

III-WS16

Workshop: A Common Case of Euthanasia in Dutch General Practice - An on stage Moral Case Deliberation with German and Dutch GPs (Aktive Sterbehilfe in niederländischer Hausarztpraxis - Eine ethische Fallerörterung mit deutschen und niederländischen Hausärzten)

Moderation: Guy Widdershoven, Martin Sielk, Andrea Ruissen

III-WS16 | 1

A Common Case of Euthanasia in Dutch General Practice - An on stage Moral Case Deliberation with German and Dutch GPs (Aktive Sterbehilfe in niederländischer Hausarztpraxis - Eine ethische Fallerörterung mit deutschen und niederländischen Hausärzten)

A. Ruissen^{1,2}, M. Sielk^{1,3}, G. Widdershoven⁴

¹ Emergis, Kloetinge / Goes Niederlande; ² Amedea, Oosterhout Niederlande; ³ Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf; ⁴ Vrije Universiteit medisch centrum, Medische Faculteit, Amsterdam Niederlande

Hintergrund

Euthanasia and Physician-Assisted Suicide (PAS) have been a component of common patient care in the Netherlands since legalization in 2002. Although seen as an exception, about 6000 cases of euthanasia/PAS were performed last year, 90% in general practice. In Germany both euthanasia/PAS is prohibited and probably very seldom executed illegally; The widespread belief is that actively ending the life of a patient is immoral in all circumstances.

Comparing German and Dutch doctors, one observes almost identical beliefs, standards, and ethics. They share the same basics but differ fundamentally when it comes to euthanasia/PAS. .

Zielgruppe

GPs

Didaktische Methode

After a short overview over the current situation on this theme in the Netherlands, we will discuss a common euthanasia case with 8 German and Dutch GPs using Moral Case Deliberation (MCD) method. MCD is a structured conversation method with a non-directive conversation facilitator, used by healthcare professionals to reflect upon their moral questions. The audience will be asked to take a share in the deliberation.

The presentation will be held in English, the MCD in German, combined with English and Dutch.

Ziele

The aim is to explore the underlying moral contemplations and inner contradictions, rather than jumping to conclusions or mutual condemnation. We expect that both "sides" will learn from this deeper insight and will be stimulated by meeting the opposite perspective.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

50

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Guy Widdershoven is professor of Philosophy and Ethics of Medicine at VU University Medical Center in Amsterdam. Andrea Ruissen is psychiatrist and philosopher, post-doctoral researcher
Martin Sielk is psychiatrist and post-doctoral researcher in both countries



11:30 - 13:00

Raum: 23.32.01 43

III-WS17

Workshop: Allgemeinmedizinische Forschung mit Impact

Moderation: Norbert Donner-Banzhoff, Günther Egid

III-WS17 | 1

Allgemeinmedizinische Forschung mit Impact

N. Donner-Banzhoff¹, G. Egid²

¹ Philipps-Universität Marburg, Allgemeinmedizin, Marburg; ² Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Bremen

Hintergrund

Relevanz und Praxiswirksamkeit sind das Ziel allgemeinmedizinischer Forschung. Diese hat den Anspruch, den Elfenbeinturm der medizinischen Grundlagenforschung zu verlassen und die Versorgung zu verbessern.

Doch in welchem Maße gelingt dies tatsächlich? Dies soll in diesem Workshop an Hand positiver Beispiele diskutiert werden.

Unsere Kriterien für eine Forschung mit Impact sind, dass sich als Auswirkung der Forschungsergebnisse

- Hausärzte/innen anders als zuvor verhalten (klinisch)
- Versorgungsstrukturen ändern (strukturell)
- vorhandene Veränderungen verhindert oder abgeschwächt werden
- Lehrinhalte oder –formate sich ändern

Zielgruppe

Wissenschaftler/innen, interessierte Allgemeinärztinnen

Didaktische Methode

15 Schlüsselinformanten (aktiv in der allgemeinmedizinischen Forschung bzw. der DEGAM > 10 Jahre; maximale Variation) werden angefragt und um die Nennung von Beispielen gebeten, welche die o.g. Kriterien erfüllen. Nicht berücksichtigt wird die Nennung von eigenen Projekten. Die am häufigsten genannten (Rangliste) werden im Workshop kurz vorgestellt.

Ziele

Diskussion und Klärung folgender Fragen: Wie definieren und wie bestimmen wir den Forschungs-Impact (Methodik)? Wie groß ist der Anteil von Forschung mit Impact an der gesamten wissenschaftlichen Aktivität? Welche Faktoren begünstigen, dass eine Forschung Impact hat, welche stellen ein Hindernis dar? Welche Berechtigung hat eine Forschung ohne Impact (hier relevant die aktuelle Diskussion über ‚research waste‘)? Sollten wir Vorschläge für alternative Maße zur Bewertung von Forschung entwickeln? In der Gesamtheit der Einflussfaktoren auf die Versorgung, welchen Anteil hat das durch Forschung generierte Wissen?

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

50-100

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

NDB: Professur für Allgemeinmedizin an der U Marburg, 26 Jahre Forschungserfahrung

GE: Hausarzt in Bremen, umfangreiche Erfahrung in Leitlinien-Entwicklung



11:30 - 13:00

Raum: 23.32.01 41

III-WS18

Workshop: Telemedizinische Anwendungen in der Hausarztpraxis

Moderation: Alexander Waschkau

III-WS18 | 1

Telemedizinische Anwendungen in der Hausarztpraxis

A. Waschkau¹, R. Allner², S. Fischer², J. Steinhäuser¹

¹ Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Institut für Allgemeinmedizin, Lübeck; ² Universität zu Lübeck, Institut für Telematik, Lübeck

Hintergrund

Auf dem DEGAM-Kongress 2016 wurden in einem Workshop Bedarfe und Risiken telemedizinischer Anwendungen erarbeitet. Der vorliegende Workshop soll an diesen anknüpfen: Hausarztteams finden sich einem stetig wachsenden Markt für telemedizinische Anwendungen ausgesetzt. Einige Lösungen lassen eine Verbesserung der Patientenversorgung erwarten, andere sind reine Geschäftsmodelle. Mehrkosten und zusätzlicher zeitlicher Aufwand für die Praxis werden befürchtet. Es stellt sich somit die Frage, was ist aktuell technisch denkbar und welche Anwendungen sind in der hausärztlichen Praxis tatsächlich hilfreich?

Zielgruppe

Hausärzte, Medizinische Fachangestellte, Ärzte in Weiterbildung, Studierende und Wissenschaftler

Didaktische Methode

Nach einem Inputreferat zu aktueller Entwicklung in den Bereichen Telemedizin und eHealth werden in Kleingruppen Bedarfe und Barrieren telemedizinischer Anwendungen diskutiert und im Plenum zusammengetragen.

Ziele

Ziel des Workshops ist es, die hausärztliche Perspektive auf dieses Thema zu vertiefen, hilfreiche Entwicklungen der stattfindenden "digitalen Revolution" zu identifizieren und diese von reinen Geschäftsmodellen differenzieren zu lernen.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Alexander Waschkau ist Diplom-Psychologe und arbeitet in einem interdisziplinären Forschungsteam zum Thema „Telemedizin für den ländlichen Raum – Die Primärarztpraxis der Zukunft“.



11:30 - 13:00

Raum: 23.32.U1 47

III-WS19

Workshop: Integration der Allgemeinmedizin in die Notfallversorgung an Universitätskliniken – Erfahrungen, Ergebnisse und Ausblicke

Moderation: Stefanie Joos

III-WS19 | 1

Integration der Allgemeinmedizin in die Notfallversorgung an Universitätskliniken – Erfahrungen, Ergebnisse und Ausblicke

A. Dickinson¹, H. - O. Wagner², M. Scherer², O. Krause³, N. Schneider³, S. Joos¹

¹ Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen; ² Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Hamburg; ³ Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover

Hintergrund

Deutschlandweit suchen immer mehr Patienten ohne vorherigen Arztkontakt die Notaufnahmen von Kliniken auf ohne vorherigen Kontakt mit dem ambulanten System (=Selbstvorsteller). Faktoren wie Bequemlichkeit, Angst oder Hoffnung auf eine zeitsparende allumfassende Versorgung wurden in nationalen und internationalen Studien als Ursache für das steigende Patientenaufkommen identifiziert.

Die Universitätskliniken Hamburg, Hannover und Tübingen haben innovative Konzepte unter Beteiligung der Allgemeinmedizin umgesetzt: neben weiteren klinischen Tätigkeitsfeldern (u.a. Ambulanz, Konsildienst) arbeiten hausärztliche Fachärzte als fester Bestandteil in der Notaufnahme mit.

Zielgruppe

Kollegen mit Interesse an einer Umstrukturierung der Notfallversorgung unter Einbezug der Allgemeinmedizin bzw. von Hausärzten. Kritiker dieses Ansatzes sind gleichermaßen willkommen!

Didaktische Methode

Interaktives Seminar mit Beiträgen aus den o.g. Standorten, in denen bereits eine Integration der Allgemeinmedizin stattgefunden hat bzw. derzeit stattfindet. Folgende Beiträge sind vorgesehen:

- Übersicht und Einführung ins Thema
- Berichte über bisherige Erfahrungen und Ergebnisse an den drei Standorten Hamburg, Hannover und Tübingen.
- Diskussion anhand von Leitfragen (Was bringt die Integration der Allgemeinmedizin für Vor- und Nachteile, Auswirkungen auf Image des Fachs, Institutskultur etc.)

Ziele

Zusammentragen, Reflexion und Diskussion bisheriger Erfahrungen zum Thema Integration der Allgemeinmedizin in die klinische Versorgung an einer Universitätsklinik.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20-40

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Prof. Dr. med. Stefanie Joos.

Fachärztin für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren und Akupunktur. Sie ist seit 2015 Professorin für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Tübingen und hausärztlich in der Praxis tätig.



11:30 - 13:00

Raum: 23.32.00 52

III-WS20

Workshop: Sind „informierte“ Patienten lästig?

Moderation: Klaus Koch, Jana Isfort

III-WS20 | 1

Sind „informierte“ Patienten lästig?

K. Koch¹, J. Isfort², M. Grote-Westrick³

¹ IQWiG, Gesundheitsinformation, Köln; ² Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten; ³ Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Hintergrund

Patienten haben unzählige (Internet-)Informationsangebote zur Verfügung. Angesichts der oft fehlenden Qualität ist es kein Wunder, dass Ärzte zwiespältige Erfahrungen mit Patienten haben, die sich selbst „informieren“. Es geht nicht mehr darum, ob Patienten sich selbst informieren, sondern wie Hausärzte vor dem Hintergrund der knappen Ressource Zeit mit schlecht informierten Patienten umgehen können. Im Workshop soll nach einer Einführung anhand von Fallvignetten aus der hausärztlichen Sprechstunde gearbeitet werden, wie man mit der Situation umgehen und was an tun kann, damit Patienten sich bevorzugt bei guten Quellen informieren.

Zielgruppe

- Ärzte in Praxis und Klinik
- Anbieter von Gesundheitsinformationen

Didaktische Methode

3 Vorträge (max. 15 min) und Gruppendiskussion.

Themen:

1. „Informierte“ Patienten: Was Ärzte davon halten - Marion Grote-Westrick , Bertelsmann Stiftung
2. (Internet-)Informationen für Patienten: Was ist das Angebot? - Klaus Koch, IQWiG
3. (Internet-)Informationen für Patienten: Was ist der Bedarf? - NN

Ziele

Der Workshop soll Anbieter von Gesundheitsinformationen und Ärzte als Nutzer und Vermittler miteinander ins Gespräch bringen, um das Angebot besser auf die Nachfrage abzustimmen.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20 bis 50

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Klaus Koch (Diplom-Biologe) leitet seit 2011 das Ressort Gesundheitsinformation des IQWiG. Von 2012 bis 2017 war er (Ko)Sprecher des Fachbereichs Patienteninformation und -beteiligung im EbM-Netzwerk.



11:30 - 13:00

Raum: 23.32.U1 21

III-WS21

Workshop: Berufsbegleitende Seminarprogramme für die Weiterbildung Allgemeinmedizin- Erstellen eines "Werkzeugkasten" für die Entwicklung zukünftiger Seminarprogramme

Moderation: Susanne Sommer, Stephan Fuchs

III-WS21 | 1

Berufsbegleitende Seminarprogramme für die Weiterbildung Allgemeinmedizin- Erstellen eines „Werkzeugkasten“ für die Entwicklung zukünftiger Seminarprogramme -

S. Sommer¹, S. Fuchs², E. Flum³, S. Heim⁴, J. Steinhäuser⁵, D. Schneider⁶, E. Baum⁷

¹ Phillips-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg; ² Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg, Sektion Allgemeinmedizin, Halle; ³ Ruprecht-Karl-Universität Heidelberg, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; ⁴ Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin, Göttingen; ⁵ Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Allgemeinmedizin, Lübeck; ⁶ Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin Bayern-KoSTA, München; ⁷ Phillips-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Hintergrund

Im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin bieten deutschlandweit verschiedene Institutionen (Universitätsabteilungen für Allgemeinmedizin, Akademien der Landesärztekammern, Weiterbildungsverbünde u.a.) ein strukturiertes, berufsbegleitendes Seminarprogramm für Ärzte/innen in Weiterbildung zum Facharzt/ärztin für Allgemeinmedizin an. Wir möchten diese Expertise nutzen und die Lehrstühle, die ein solches Programm insbesondere im Rahmen der neu aufzubauenden oder bereits bestehenden Kompetenzzentren für die Weiterbildung Allgemeinmedizin (KW) aufbauen wollen, mit diesem Workshop unterstützen.

Zielgruppe

Allgemeinärzte/innen, in Weiterbildung und wissenschaftliche Mitarbeiter/innen, die in der Weiterbildung engagiert sind oder entsprechende Unterrichtsangebote planen.

Didaktische Methode

Vortrag: Vorstellung der verschiedenen bereits bestehenden Hilfsmittel (Anschreiben, Themenlisten, organisatorische Anforderungen etc.) für eine erfolgreiche Seminarorganisation (Handout für die Teilnehmer), interaktives Erarbeiten neuer Ideen zur Unterstützung für geplante Seminarprogramme, Definition von Zielvisionen, Themenwahl.

Ziele

Neben der inhaltlichen Arbeit der bestehenden Seminarprogramme wollen wir in diesem Workshop gemeinsam einen „Werkzeugkasten“ - interaktiv erarbeiten, um Veranstatlern von zukünftigen Seminarprogrammen die Möglichkeit zu eröffnen, auf bereits etablierte Konzepte und unsere hier gemeinsam erarbeiteten neuen Ideen zugreifen zu können. Damit soll jedes KW unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen in den eigenen KV-Bereichen bei der Planung seines individuellen Seminarprogramms unterstützt werden.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15 Teilnehmer

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Susanne Sommer, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen, Standort Marburg, Leiterin der AG Seminarprogramm der DEGAM

Dr.med. Stephan Fuchs, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Martin-Luther Universität Halle Wittenberg; Leiter der AG Seminarprogramm der DEGAM



11:30 - 13:00

Raum: 23.32.00 61

III-WS22

Workshop: Langzeitstudien: Besonderheiten der longitudinalen ProbandInnen-ForscherInnen-Beziehung

Moderation: Angela Fuchs, Michael Pentzek

III-WS22 | 1

Langzeitstudien: Besonderheiten der longitudinalen ProbandInnen-ForscherInnen-Beziehung

A. Fuchs, M. Pentzek

Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Hintergrund

Die Gewährleistung einer möglichst hohen kontinuierlichen Beteiligungsrate von Probandinnen und Probanden einer Zufallsstichprobe ist als Gütekriterium in jeder epidemiologischen Langzeitstudie von großer Bedeutung. Gründe für einen Studienabbruch sind bislang wenig erforscht. Die wenigen vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass die weitere Teilnahme neben soziodemographischen Faktoren und der Erhebungsweise (postalisch, telefonisch, persönlich) vor allem von der *Beziehung* zwischen ProbandIn und InterviewerIn abhängt.

Auch über die Erfahrungen der InterviewerInnen in solchen Langzeitstudien ist wenig bekannt. Gerade ein Zugang zu diesen Erfahrungen könnte aber dazu beitragen, weitere Erkenntnisse zu gewinnen über die Relevanz der Beziehung für die Teilnahmebereitschaft, den Einfluss der Beziehung auf die Untersuchungsdurchführung, den (möglichen) Einfluss der Beziehung auf die Ergebnisse und die (möglichen) emotionalen Effekte der Beziehung auf InterviewerInnen und ProbandInnen. Wahrgenommene Diskrepanzen zwischen Beziehung und Erhebungsinstrument stellen möglicherweise einen Bias dar.

Wie kann dieses Erfahrungswissen erschlossen und für die Planung zukünftiger Langzeitstudien und die Korrektur möglicher Verzerrungen nutzbar gemacht werden? Hierauf versuchen wir im Workshop gemeinsam Antworten zu finden.

Zielgruppe

ForscherInnen in Langzeitstudien

Didaktische Methode

Kurzvortrag, Reflexion, Erfahrungsaustausch und Ergebnissicherung.

Ziele

Das Erfahrungswissen der ForscherInnen für die Planung zukünftiger Studien nutzbar machen (Sicherung der Teilnahmebereitschaft, Vermeidung von Verzerrungen).

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

10 - 20

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Dipl.-Psych. Angela Fuchs, Psychologische Psychotherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin (ifam) des Universitätsklinikums Düsseldorf. Themenschwerpunkt: Gesundsein und Kranksein im Alter. Seit 2003 als Forscherin in longitudinalen Kohortenstudien tätig.

Dr. Michael Pentzek, Dipl.-Psych., wissenschaftlicher Mitarbeiter und Gesamtkoordinator Forschung am ifam.



11:30 - 13:00

Raum: 23.32.01 68

III-P4 | Postersession 4

Patientenorientierung: interdisziplinäre und interprofessionelle Perspektiven

Moderation: Giuliano Piccoliori

Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin, St.Christina Italien

III-P4 | 1

(Vermeidbare?) Komplikationen im Rahmen der primären Patientenversorgung in der Hausarztpraxis/Allgemeinmedizin

M. W. Schneider¹, G. Schneider¹, M. Arp^{1,2}, H. - J. Kias¹

¹ SenneMedizinHövelhof-Zentrum für Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin, Notfallmedizin, Hövelhof; ² Arbeitsgemeinschaft Notfallmedizin e. V., Notarztwache Hövelhof, Hövelhof

Hintergrund

Das bisherige Netz an Praxen niedergelassener Allgemeinmediziner in unserem Land ermöglicht es, dass ärztliche Maßnahmen bei Akuterkrankungen im Regelfall zu einem frühen Zeitpunkt des Symptombeginns einsetzen können. Die entsprechende Weiterbildungsordnung und Änderungen im Ablauf der studentischen Ausbildung sehen ebenfalls eine gründlichere Vorbereitung bezüglich der Behandlung von Akutsituationen vor.

Fragestellung

In einer eigenen Untersuchung an über 6.500 Patienten lag im Beobachtungszeitraum des Jahres 2014 der Anteil an Notfall-/Akutbehandlungen bei 3,7% (240 Patienten, Durchschnittsalter 55 Jahre). Andere Untersuchungen gehen davon aus, dass je nach Größe und Praxisspektrum mit vier bis acht Notfällen im Jahr pro Praxis gerechnet werden muß. Die dabei erforderliche akut-/ notfallmedizinische Tätigkeit wird im oftmals strukturschwächeren ländlichen Bereich anders und differenzierter aussehen sowie umfangreicher und auch logistisch anspruchsvoller sein, als in der Großstadt bzw. Ballungsgebieten.

Methoden

Eine vermehrte Inanspruchnahme fand jeweils an den Wochenenden statt. Von den erforderlichen Patientenversorgungen wurden 220 (92%) im Rahmen von dringlichen Hausbesuchen durchgeführt, auf die primäre Versorgung in der Praxis entfielen lediglich 20 Behandlungen.

Ergebnisse

Die häufigsten medizinischen Gründe für die Akutinanspruchnahme waren *Brustschmerzen, Herzrhythmusstörungen, Kreislaufregulationsstörungen, Atemnot, Schwindel, Bewußtseinsstörungen, akute Bauchschmerzen und Stürze*. Nach durchgeführter Erstversorgung wurden 55% der Patienten stationär in ein Krankenhaus eingewiesen. Die restliche Patientengruppe wurde ambulant versorgt, bei 75% dieser Untergruppe wurde mindestens ein Folgebesuch durchgeführt.

Diskussion

Durch eine solide theoretische und praktische Aus-, Weiter- und Fortbildung bezüglich der Primärversorgung von Akut- und auch Notfallsituationen, sowie regelmäßigen strukturierten gemeinsamen Fallsimulationen mit dem Praxisteam, können mögliche Schwachstellen im Vorfeld frühzeitig aufgearbeitet und somit Komplikationen der Versorgung im Realfall vermieden bzw. reduziert werden.



III-P4 | 2

Die gesellschaftspolitische und wirtschaftliche Bewertung von Delegationsmodellen im hausärztlichen Bereich - ein multimethodischer Ansatz

T. Hermann¹, H. Sturm¹, S. Stephan², S. Joos¹

¹ Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen; ² Hochschule Reutlingen, ESB Business School, Reutlingen

Hintergrund

Um drohenden Versorgungslücken entgegenzuwirken, wird der Aufgabenneuverteilung unter den Gesundheitsfachberufen auch in Deutschland ein immer bedeutenderer Stellenwert zugeschrieben. Im deutschen Gesundheitssystem ist die Etablierung eines neuen Versorgungsmodells allerdings mit zahlreichen Herausforderungen verbunden, die es für eine erfolgreiche Implementierung zu berücksichtigen gilt.

Fragestellung

Wie werden Versorgungsansätze zur Delegation aus gesellschaftspolitischer und wirtschaftlicher Perspektive bewertet? Welche Stärken, Schwächen, Chancen und Gefahren lassen sich ableiten?

Methoden

Für die Bewertung der hausärztlichen Perspektive wurden Interviews mit Hausärzten (n=3) in zwei Praxen durchgeführt und analysiert. Für die Bewertung aus Bürger- und Patienten-Perspektive wurde ein Bürgerdialog in einer ländlichen Gemeinde ausgewertet. Für die wirtschaftliche Bewertung wurden Beispielrechnungen hinsichtlich des bundesweit einheitlichen NÄPa-Modells und des VERAH-Modells durchgeführt. Die zusammenfassende Bewertung des Versorgungsansatzes wurde mittels der Kategorien Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken (SWOT-Analyse), vorgenommen.

Ergebnisse

Es lassen sich aus Ärzte- sowie aus Bürgerperspektive spezifische Stärken, Schwächen, Chancen und Gefahren des Versorgungsansatzes ableiten. Aus Perspektive der Hausärzte stehen Chancen im Bereich der Arbeitsentlastung sowie ökonomische Anreize im Vordergrund. Schwächen und Gefahren werden u.a. in der Frage der Verantwortung und den komplexen vergütungsrechtlichen Rahmenbedingungen gesehen. Aus dem Bürgerdialog lässt sich eine grundsätzliche Offenheit gegenüber der Delegation ableiten, wobei die Kompetenz der Delegationskraft als notwendige Voraussetzung betrachtet wird. Des Weiteren konnten durch Beispielrechnungen hohe Wirtschaftlichkeitspotentiale sowohl im VERAH- als auch im NÄPa-Modell aufgezeigt werden.

Diskussion

Die kategorisierten Ergebnisse lassen auf politischen Diskussions- und Handlungsbedarf schließen, damit sich Delegationsmodelle auch in Deutschland verstärkt etablieren können. Besonderer Diskussionsbedarf besteht vor allem in Bezug auf die Qualifikation und fachlichen Voraussetzungen für die Delegationskraft.



III-P4 | 3

Behandlung von Patienten mit akuter Arthritis urica in einer universitären Notaufnahme – eine retrospektive Analyse

B. Engel¹, S. Schacher^{2,1}, A. Stausberg¹, I. Gräff²

¹ Institut für Hausarztmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Bonn, Bonn; ² Interdisziplinäres Notfallzentrum, Universitätsklinik Bonn, Bonn

Hintergrund

Die akute Arthritis urica ist eine in der Regel durch Allgemeinmediziner behandelte Erkrankung. Bisher wurde in Deutschland noch nicht evaluiert, ab wann und bei welchen Patienten mit akuter Arthritis urica eine Behandlung in einem Notfallzentrum stattfindet und ob diese leitliniengerecht stattfindet.

Fragestellung

Wie ist die Versorgung von Notfallpatienten mit akutem Gichtanfall in einem interdisziplinären Notfallzentrum?

Methoden

Retrospektive Analyse der Patienten mit den DRG-Codes M10.- im interdisziplinären Notfallzentrum der Universitätsklinik Bonn.

Ergebnisse

65 Patienten stellten sich im Zeitraum vom 24.05.2013 bis zum 26.04.2016 aufgrund eines akuten Gichtanfalles vor (Alter Ø 53,45J, 76,9 % männlich, 23,07 % weiblich). 42 Patienten (65%) stellten sich außerhalb der Praxisöffnungszeiten vor. Es stellten sich 48 (73%) Patienten mit einer Monoarthritis vor. Diagnostisch wurden bei 57 (88%) eine Blutentnahme durchgeführt. Eine Röntgenaufnahme des betroffenen Gelenkes erfolgte bei 31 (48%) Patienten. Eine Gelenkpunktion mit Kristallnachweis erfolgte bei 4 Patienten. 12 Patienten (18%) wurden fachspezifisch stationär aufgenommen. 5 Patienten wurden chirurgisch revidiert. Die meisten Patienten (68%) erhielten ein Rezept in der Notaufnahme. 51 Patienten (78%) erhielten primär NSAIDs, 7 Glucocorticoide, 4 Colchicin. 11 Patienten (16%) erhielten weder NSAR, Kortison noch Colchicin. Bei 9 Patienten (13%) wurde eine harnsäure-senkende Therapie initiiert oder die Dosierung einer bestehenden Therapie verändert. Bei weiteren 23% wurde eine HS senkende Therapie im Verlauf empfohlen.

Diskussion

Überwiegend stellten sich die Patienten außerhalb der Praxisöffnungszeiten vor. Insgesamt ist die Behandlung der Patienten mit einem akuten Gichtanfall größtenteils leitliniengerecht erfolgt. Eine Limitation dieser Studie ist, dass die gemachten Aussagen nur den dokumentierten Versorgungsalltag in der Notaufnahme darstellen können.



III-P4 | 4

Warum gehen Patienten in die Notaufnahme?

F. Holzinger¹, S. Oslislo¹, K. Krüger¹, M. Möckel², C. Heintze¹

¹ Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin; ² Charité - Universitätsmedizin Berlin, Notfallmedizin/Rettungsstellen und Chest Pain Units, Campus Virchow Klinikum und Campus Charité Mitte, Berlin

Hintergrund

Die Muster der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung befinden sich im Wandel. Gerade in Großstädten wird – oft parallel – eine Vielzahl von medizinischen Leistungserbringern konsultiert. So stellen sich Patienten mit akuten Beschwerden neben der Versorgung durch ihren Hausarzt auch immer häufiger in Notaufnahmen vor. Gerade bei respiratorischen Erkrankungen sind solche Konsultationen häufig. Das ACSC-Konzept (Ambulatory Care Sensitive Conditions) geht davon aus, dass die Strukturen der ambulanten Versorgung bedeutenden Einfluss auf solche Muster der Inanspruchnahme haben.

Fragestellung

- Welche medizinischen und demografischen Charakteristika haben Patienten, die ambulant mit respiratorischen Erkrankungen in der Notaufnahme behandelt werden?
- Welche Faktoren haben Einfluss auf die Inanspruchnahme von Notaufnahmen und die weitergehende Versorgung? Welche Rolle spielt hier die kontinuierliche hausärztliche Anbindung?
- Wie ist der Versorgungsverlauf nach der Vorstellung in der Notaufnahme?

Methoden

Im Rahmen der prospektiven Kohortenstudie „Emergency and Acute Care for Respiratory Diseases beyond Sectoral Separation“ (EMACROSS) erfolgt eine umfangreiche quantitative Fragebogenerhebung (Ziel n=700) bei Patienten mit im ACSC-Konzept bedeutsamen respiratorischen Erkrankungen (ICD-10 J09-J18, J20-22, J40-47), die in einer von acht Notaufnahmen im Berliner Bezirk Mitte behandelt werden. Ergänzend erfolgt eine Auswertung der Daten des Krankenhausinformationssystems (KIS) der beteiligten Kliniken. EMACROSS ist Teilprojekt einer BMBF-Förderung zum Strukturaufbau in der Versorgungsforschung (EMANet, „Emergency and Acute Medicine Network on Health Care Research“).

Ergebnisse

Die Patienten werden in 2017 und 2018 rekrutiert. Zwischenergebnisse werden zum Kongress vorliegen und zur Diskussion gestellt.

Diskussion

Es wird erwartet, dass die Charakterisierung der Patientenprofile zu einem besseren Verständnis für den Versorgungsbedarf beiträgt und potenzielle Schnittstellenprobleme zur hausärztlichen Versorgung aufzeigt.



III-P4 | 5

Die Versorgungssituation von Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) durch Allgemein-ärzte/ Hausärzte und Allgemein- Internisten - aus Sicht der Primärversorger

L. Sanftenberg¹, J. Schelling¹, L. Pieper², T. Tille², J. Venz², L. Seidel¹, A. Krauß³, N. Nagdyman⁴, P. Ewert⁴, H. Kaemmerer⁴, R. Neidenbach⁴

¹ Klinikum der Universität München, Institut für Allgemeinmedizin, München; ² Technische Universität Dresden, Behaviorale Epidemiologie, Dresden; ³ Technische Universität München, Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften, München; ⁴ Deutsches Herzzentrum München, Klinik an der Technischen Universität München, München

Hintergrund

Die primär hohe Letalität angeborener Herzfehler (AHF) ist in den letzten Jahrzehnten von >80 % auf <20 % gesunken. Die Zahl der Erwachsenen mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) in Deutschland liegt bei etwa 280.000. Die Mehrzahl steht NICHT in EMAH-zertifizierter Betreuung (>200.000), obwohl fast alle chronisch herzkrank sind und spezifische Beratung benötigen.

Fragestellung

Darstellung von „real-life“ Versorgung sowie des Kenntnisstandes der Primärversorger über EMAH-spezialisierte Betreuung.

Methoden

Explorativer Fragebogen an Primärversorger zur EMAH spezialisierten Betreuung.

Ergebnisse

210 Fragebögen wurden ausgewertet. 79% der Befragten hatten 2016 EMAH mit einfachen (71%), mittelschweren (33%) und schweren AHF (24%) behandelt. 67% betreuen EMAH mit seltenen hereditären Erkrankungen (z.B. Marfan-, Ehlers-Danlos-Syndrom, Morbus Fabry etc.). Mitbetreute Problemkonstellationen betreffen Herzinsuffizienz (41 %) und Herzrhythmusstörungen (42 %). Spezielle Beratung erfolgt hinsichtlich Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit (75%), Schwangerschaft und Genetik (40%) sowie psychischen Problemen 31%. 36 % der Primärversorger kennen keine zertifizierten EMAH- Zentren, 70 % keine EMAH-Selbsthilfeorganisationen. EMAH-Spezialisten werden in nur 22 % zur Mitbehandlung zugezogen.

Diskussion

Bei kardialen oder nicht-kardialen Erkrankungen wenden sich die Betroffenen zuerst an einen Haus-/Allgemeinarzt. Diesem kommt die verantwortungsvolle Aufgabe zu, Weichen für eine adäquate Behandlung zu stellen. EMAH-Spezialisten werden trotz der Komplexität der AHF unzureichend konsultiert. Da EMAH eine optimierte, flächendeckende medizinische Versorgung benötigen und um deren Morbidität und Mortalität zu senken, sollte ein besseres Bewusstsein („awareness“) für die EMAH-Problematik geschaffen werden.



III-P4 | 6

„interprof ACT“: Effekte von Strategien zur Verbesserung ärztlich-pflegerischer Zusammenarbeit auf Krankenhausaufnahmen von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern - Studiendesign einer clusterrandomisierten, kontrollierten Studie

C. Müller¹, N. Fleischmann¹, B. Tetzlaff², M. Scherer², S. Köpke³, K. Balzer³, I. Maurer⁴, T. Friede⁵, H. - H. König⁶, E. Hummers-Pradier¹

¹ Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin, Göttingen; ² Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Hamburg; ³ Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Lübeck; ⁴ Georg-August-Universität Göttingen, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Göttingen; ⁵ Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Medizinische Statistik, Göttingen; ⁶ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Hamburg

Hintergrund

Krankenhausaufnahmen sind für Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner belastende Ereignisse mit unklarem Nutzen für den weiteren gesundheitlichen Verlauf. In Deutschland werden rund 30 bis 60 Prozent der Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner mindestens einmal pro Jahr in ein Krankenhaus verlegt, wobei bis zu 40 Prozent der Einweisungen als vermeidbar gelten. Eine Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Hausärztinnen und Hausärzten gilt als möglicher Ansatzpunkt, um Krankenhausaufnahmen zu vermeiden.

Das Projekt wird mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss gefördert (FK 01VSF16029).

Fragestellung

Ziel der Studie ist die Evaluation der Effekte eines für die Verbesserung der interprofessionellen Kooperation zwischen Hausärztinnen/-ärzten und Pflegekräften entwickelten Maßnahmenpakets interprof ACT. Untersucht werden soll, ob sich durch Einführung von interprof ACT die kumulative Inzidenz von Krankenhausaufnahmen bei Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern über 12 Monate reduzieren lässt. Außerdem werden u.a. die Effekte auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner untersucht sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit. Es erfolgen auch eine gesundheitsökonomische Auswertung und eine Prozessevaluation.

Methoden

Die multizentrische clusterrandomisierte, kontrollierte Interventionsstudie wird mit 680 Bewohnerinnen und Bewohnern in 34 Einrichtungen durchgeführt. Die Kontrollgruppe erhält die Standardversorgung mit Kurzinformationen zur ärztlich-pflegerischen Versorgung. In der Interventionsgruppe werden die passenden Maßnahmen aus interprof ACT ausgewählt und für 12 Monate eingeführt. Die primäre Zielgröße wird in einem generalisierten linearen Modell mit gemischten Effekten modelliert.

Ergebnisse

nicht anwendbar

Diskussion

Aufgrund der systematischen Entwicklung und des flexiblen Charakters wird davon ausgegangen, dass interprof ACT unabhängig von lokalen Organisationsformen in die Regelversorgung umsetzbar ist.



III-P4 | 7

Interprofessionelle Kooperation in der ambulanten Versorgung aus Sicht nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe

K. Mauth, S. Joos, H. Sturm

Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen

Hintergrund

In den letzten Jahren wird u.a. vom „Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)“ und der WHO zunehmend die Bedeutung interprofessioneller Kooperation zwischen Ärzten und Gesundheitsberufen für eine gute Patientenversorgung thematisiert.

Fragestellung

Wie ist die Kooperation zwischen Ärzten, ambulanten Pflegediensten sowie Heilmittelerbringern (Physio- Logo- und Ergotherapeuten) aktuell gestaltet und wie könnte die Kooperation aus Sicht der Beteiligten verbessert werden?

Methoden

Leitfadengeführte Interviews. Die Interviews wurden mittels Inhaltlich Strukturierender Qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse

Es konnten 13 Interviews à 1,5 bis 2 Stunden mit 4 Logotherapeuten, 3 Physiotherapeuten, 3 Ergotherapeuten und 3 ambulanten Pflegedienste geführt werden. Eine organisierte Kooperation, etwa in Form von interprofessionellen Fortbildungen, gibt es demnach nur vereinzelt. Die Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen läuft größtenteils informell ab: über telefonische Kontaktaufnahme, zufällige Treffen beim Patienten oder indem Patienten gebeten werden Informationen weiterzugeben.

Eine Intensivierung der Kooperation wird allseits gewünscht. Organisierte interprofessionelle Gespräche sollten häufiger oder regelmäßig

stattfinden, insbesondere Besprechungen schwieriger Fälle. Die teilweise geringe Bereitschaft zu informeller Kontaktaufnahme sollte verbessert werden.

Hindernisse bei der Implementierung einer verstärkten und strukturierten Kooperation sind Zeitmangel und die fehlende Honorierung.

Diskussion

Die Intensivierung der interprofessionellen Kooperation wurde ausnahmslos gewünscht und als hilfreich erachtet.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung einer gelingenden interprofessionellen Kooperation, müssen die Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass Kooperationsbemühungen innerhalb der normalen Arbeitszeit möglich sind und entsprechend honoriert werden. Andernfalls wird organisierte interprofessionelle Kooperation kaum nachhaltig zu implementieren sein.



III-P4 | 8

Die Sicht niedergelassener Ärzte auf ihre regionale ambulante Versorgungsstruktur

H. Sturm, T. - K. Fidan, S. Joos

Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen

Hintergrund

Die ambulante Versorgung in Deutschland ist vielerorts prekär auf Grund steigender altersbedingter Praxisabgaben. Insbesondere in strukturschwachen Gebieten ist es oft schwer, eine Nachfolge zu finden, weshalb regional Verantwortliche immer häufiger aktiv werden. Dem Sachverständigenratsgutachten 2014 folgend ist für eine zukunftsfähige Planung eine detaillierte Bedarfserhebung notwendig.

Fragestellung

Erhebung der individuellen ärztlichen Perspektive auf die regionale Versorgung

Methoden

Schriftliche Befragung aller niedergelassenen Ärzte im Landkreis (n=250, davon 119 Hausärzte). Abgefragt wurden u.a. Alter, Praxisstruktur, Beurteilung der aktuellen Versorgungssituation und Planungen bzgl. Nachfolge.

Ergebnisse

Die Rücklaufquote lag für **Hausärzte bei** 50,42%, für **Gebietsärzte bei** 34,35%. Dabei lagen von 22 der 27 Gemeinden Antworten vor. Einige Fragen wurden telefonisch nacherfasst. Fast die Hälfte der Hausärzte arbeitet in (Ü)BAGs, mit 2 bis 3 Sitzen je Praxis. Familienfreundlichkeit und regionale Verbundenheit waren die häufigsten Gründe für die Wahl des Praxisstandortes. Sowohl Hausärzte als auch Fachärzte gaben an, dass Fachärzte am meisten in ihrer Region fehlen würden (61 bzw. 55%) gefolgt von Therapeuten (13 bzw. 22%) und Zentren (16% bzw. 9%). Die Beurteilung der Versorgungslage durch einzelne Versorgergruppen ergab ein differenziertes, teilweise regional unterscheidbares Bild. 55% der Ärzte haben eine Lehrbefugnis. Die meisten Praxen sollen in 2 bis 3 Jahren abgegeben werden

Diskussion

Die Befragung der Ärzteschaft ergibt ein differenziertes Bild der Versorgungslage und bindet die Ärzteschaft als ersten Schritt in die Gestaltung mit ein. Für eine detaillierte Planung ist allerdings eine nahezu komplette Erfassung der Altersstruktur und Pläne notwendig.



III-P4 | 9

Vollerhebung von Versorgungsdaten der primärärztlichen Versorgung einer Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge

J. H. Oltrogge, D. Schlichting, M. Jahnke, A. Rakebrandt, S. Boczcor, H. - O. Wagner, D. Lühmann, M. Scherer
UKE Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg

Hintergrund

Von 11/2015 bis 07/2016 übernahm das Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) die allgemeinmedizinische Versorgung der Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung „Rugenbarg“ (ZEA) in einem ehemaligen Baumarkt in Hamburg-Osdorf. FachärztInnen für Allgemeinmedizin führten 40 Stunden pro Woche unter Zuhilfenahme von Videodolmetschern eine Sprechstunde durch.

Fragestellung

Wie gestaltet sich eine primärärztliche Versorgung einer Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge mit bis zu 1500 Bewohnern? Was sind die häufigsten Beratungsanlässe?

Methoden

Die Dokumentation erfolgte mit der Verwaltungssoftware „BASIS4Refugees“ (Medisoft GmbH, Hamburg). Ausgewertet wurde die cloudbasierte Datenbank nach Pseudonymisierung der Patientendaten durch statistisch-deskriptive Analyse mittels SPSS.

Ergebnisse

Vom 01.11.2015 bis 21.07.2016 wurden 6215 Konsultationen dokumentiert (durchschnittlich 28 pro Arbeitstag). 3105 Patienten wurden behandelt (40,5% weiblich, 59,5% männlich). Höchste Inanspruchnahme: 12/2015 (928 Konsultationen). Altersverteilung: 35% < 18 Jahre; 63,7% 18-65 Jahre; 1,2% > 65 Jahre. Häufigste Beratungsanlässe Hamburger Geflüchteter: Infektionen der oberen Atemwege (19,7%), Schmerzen (16,8%), Hauterkrankungen (13,8%), psychosomatische Beschwerden (13,2%). Abwendbar gefährliche Verläufe von 11/2015-02/2016 (Auswahl): TBC: 1, Pneumonien: 6 (beim Kleinkind: 1x), Synkopen und Krampfanfälle: 10, akute Suizidalität: 3.

Diskussion

Durch die allgemeinmedizinische Sprechstunde konnte eine primärärztliche „First-Line-Versorgung“ einer ZEA gewährleistet werden. Neben Infektionserkrankungen standen die Behandlung von Schmerzzuständen und die psychosomatische Versorgung im Vordergrund. Die Vollerhebung einer ZEA mittels Dokumentation der Beratungsanlässe und soziodemografischer Daten ermöglicht epidemiologische Analysen, eine Qualitätssicherung der primärärztlichen Versorgung und eine Versorgungsplanung für künftige Flüchtlingsströme. Geplant ist eine weiterführende Auswertung auf Basis der *International Classification of Primary Care, second edition* (ICPC-2), um die primärärztliche Versorgung des Patientenkollektivs einer ZEA besser zu beschreiben und Vergleiche mit der hausärztlichen Regelversorgung zu ermöglichen.



11:30 - 13:00

Raum: 23.32.01 65

III-P5 | Postersession 5

Arzneimitteltherapie: so wenig wie möglich, so viel wie nötig

Moderation: Hanna Kaduszkiewicz

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Allgemeinmedizin, Kiel

III-P5 | 1

Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit bei Pflegeheimbewohnern mit chronischer Niereninsuffizienz

A. Pulst¹, F. Hoffmann², A. Dehlfing¹, G. Schmiemann¹

¹ Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung Versorgungsforschung, Bremen; ² Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Department für Versorgungsforschung, Oldenburg

Hintergrund

Etwa 16% der Heimbewohner haben eine schwere Niereninsuffizienz (GFR <30ml). Diese erhöht das Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Mit welchen Maßnahmen eine Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in dieser vulnerablen Patientengruppe erreicht werden kann, ist bislang nicht bekannt. Weiterhin ist unklar, welche Aufgaben den verschiedenen Berufsgruppen im Rahmen der AMTS zukommt. Ziel der Studie war die Formulierung und Validierung geeigneter Maßnahmen/Qualitätsindikatoren für die Versorgung von nierenkranken Heimbewohnern.

Fragestellung

Welche Maßnahmen sind – unter besonderer Berücksichtigung der chronischen Niereninsuffizienz – relevant für eine verbesserte Arzneimitteltherapiesicherheit bei Pflegeheimbewohnern und inwieweit sind diese umsetzbar?

Methoden

Aus Transkripten zweier Fokusgruppen zur AMTS bei Pflegeheimbewohnern wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse zwölf potenzielle Maßnahmen und fünf Aufgaben der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen abgeleitet. Diese wurden in einem modifizierten, fragebogenbasierten Delphi-Prozess von den beteiligten Berufsgruppen hinsichtlich Relevanz und Umsetzbarkeit bewertet.

Ergebnisse

Pflegekräfte (n=9), Hausärzte (n=8) und Apotheker (n=5) nahmen an der Fragebogenerhebung teil (Response: 22/71=31%). 9 von 12 AMTS-Maßnahmen wurden als relevant und 7 von 9 als leicht umsetzbar angesehen. Die Maßnahmen beziehen sich auf die Medikationsverordnung, Prozesse der Heimaufnahme, Gestaltung des Medikationsplans und der Entwicklung einer Systematik zur Absetzung von Medikamenten. So wird beispielsweise die Dokumentation einer Niereninsuffizienz im Medikationsplan bzw. der Akte jedes Bewohners (gesicherte/ausgeschlossene Diagnose) als relevant und leicht umsetzbar für die Verschreibung adäquater Medikation eingeschätzt.

Diskussion

Relevante AMTS-Maßnahmen für chronisch nierenkranke Heimbewohner setzen an unterschiedlichen Stellen der Versorgung an und sind mehrheitlich auf Heimbewohnern im Allgemeinen übertragbar. Ob die als relevant und umsetzbar ermittelten Maßnahmen zu einer Verbesserung der AMTS beitragen können, sollte vor einer Implementierung geprüft werden.



III-P5 | 2

Ist Metformin immer noch die beste Option bei der Behandlung von älteren Typ-2 Diabetikern? Eine systematische Übersichtsarbeit.

L. Schlender¹, Y. Martinez², C. Adeniji², D. Reeves², B. Faller¹, C. Sommerauer¹, T. Al Qur'an^{1,3}, A. Woodham², I. Kunnamo⁴, A. Sönnichsen¹, A. Renom-Guiteras^{1,5}

¹ Universität Witten/Herdecke, Allgemeinmedizin, Witten; ² University of Manchester, NIHR School for Primary Care Research, Manchester Vereinigtes Königreich; ³ Jordan University of Science and Technology, Faculty of medicine, Irbid Jordanien; ⁴ Duodecim Medical Publications Ltd, Helsinki Finnland; ⁵ University Hospital Parc de Salut Mar Barcelona, Department of Geriatrics, Barcelona Spanien

Hintergrund

Metformin wird in der Regel als Therapie der ersten Wahl für Typ-2-Diabetiker verschrieben. Die Vorteile und Risiken sind jedoch speziell für ältere Patienten bisher nicht hinreichend untersucht.

Fragestellung

Ziel war es, in dieser systematischen Übersichtsarbeit die vorhandene Evidenz über die Vorteile und Risiken von Metformin bei der Behandlung von älteren Diabetikern zu präsentieren. Die Ergebnisse wurden verwendet, um Empfehlungen für die elektronische Entscheidungshilfe des EU-Projekts PRIMA-eDS zu entwickeln.

Methoden

Die Suchstrategie folgte einem zweistufigen Verfahren, zuerst wurde nach vorhandenen systematischen Reviews und Meta-Analysen, anschließend nach Primärstudien gesucht. Einschlusskriterien waren das Alter (≥ 65 Jahre), klinisch relevante Endpunkte (z.B. Mortalität, Lebenserwartung und Hospitalisierungen) und die Intervention Metformin (allein oder in Kombination) versus Placebo, anderen Antidiabetika oder keiner medikamentösen Behandlung.

Ergebnisse

Insgesamt konnten fünfzehn Studien (vier Interventions- und elf Beobachtungsstudien) inkludiert werden. In allen Studien wurde Metformin favorisiert oder als gleichwertig herausgestellt. Vorteilen gegenüber den anderen Antidiabetika, insbesondere Sulfonylharnstoffe, sind vor allem das niedrigere Mortalitätsrisiko und ein deutlich reduziertes Risiko von unerwünschten Ereignissen, wie Hypoglykämien und nicht-tödlichen kardiovaskulären Ereignissen.

Diskussion

Metformin zeigte mehr Vorteile als Risiken im Gegensatz zu den anderen untersuchten Antidiabetika. Allerdings beruhen diese Befunde auf einer kleinen Zahl an Studien, die hauptsächlich retrospektiv sind, und nur wenige Daten zu unerwünschten Ereignissen wie Magen-Darm-Beschwerden oder Nierenversagen präsentieren. Es sind weitere Studien erforderlich, um zuverlässiger die Vorteile und Risiken von Metformin bei alten und auch sehr alten (80 Jahre und älter) Patienten zu untersuchen. Evidenzbasiert ist Metformin damit immer noch die beste Option bei der Behandlung von älteren Typ-2 Diabetikern.



III-P5 | 3

Optimierung der Sicherheit in der Medikamententherapie bei Altenheimbewohnern- Das SiMbA-Projekt: Studienprotokoll und Baselinedaten

D. Schaffler-Schaden¹, M. Schreier², S. Pitzer², J. Dellinger², J. Osterbrink², M. Flamm¹

¹ Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Allgemeinmedizin, Salzburg Österreich; ² Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Pflegewissenschaften, Salzburg Österreich

Hintergrund

Die bei älteren Patienten häufig vorherrschende Multimedikation steigert das Risiko für unerwünschte Arzneimittelereignisse. Auch die bei dieser Patientengruppe veränderte Pharmakodynamik erhöht das Risiko für arzneimittelbezogene Krankenhauseinweisungen und stellt daher einen wichtigen gesundheitsökonomischen Aspekt dar. Ziel der SiMbA-Studie ist eine Erhöhung der Sicherheit der Medikamententherapie in Altenheimen durch verbesserte Kooperation und Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen.

Fragestellung

Kann die Angemessenheit der Medikation bei Altenheimbewohnern durch die komplexe Intervention der SiMbA Studie verbessert werden? Lässt sich durch SiMbA eine positive Beeinflussung der multiprofessionellen Kooperation und Kommunikation feststellen?

Methoden

Die Studie wird als nicht-randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie durchgeführt. Die komplexe Intervention setzt sich zusammen aus:

1. Kombinierte professionenübergreifende Präsenz- und modular aufgebaute Online-Schulung zum Thema AMTS
2. Implementierung einer Online - Plattform zum interprofessionellen Informationsaustausch
3. Strukturierte interprofessionelle Medikationsüberprüfung und -Adaptierung

Studienteilnehmer sind Hausärzte, Pflegeheimbewohner, Pflegende und Apotheker. Primärer Endpunkt ist die Angemessenheit der Medikation, gemessen mit dem Medication Appropriateness Index (MAI ; t₀, t₁ nach 12 Monaten, t₂ nach 18 Monaten), sekundäre Endpunkte sind assoziierte Merkmale der Bewohner wie Mobilität, Entwicklung eines Delirs oder der Ernährungszustand. Die multiprofessionelle Kooperation und Kommunikation wird postinterventionell mittels strukturierter Interviews erfasst.

Ergebnisse

117 Heimbewohner, 10 Hausärzte und 3 Apotheker in der Interventionsgruppe und 123 Bewohner, 7 Hausärzte und 4 Apotheker in der Kontrollgruppe. Die weiteren Baselinedaten sind in Auswertung.

Diskussion

Das reguläre Monitoring der Medikation soll etabliert und durch Implementierung elektronischer Kommunikationsinstrumente eine (auch ortsunabhängige) Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation bewirkt werden.

Dieses Projekt wird unterstützt durch die SeneCura Kliniken- und HeimebetriebsgmbH, Wien, Österreich



III-P5 | 4

Effektivität und Patientensicherheit von Betablockern bei älteren Menschen mit Hypertonie – Update einer systematischen Übersichtsarbeit

A. Vögele¹, T. Johansson², A. Rieckert³, A. - L. Teichmann³, L. Schlender³, A. Sönnichsen³

¹ Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin, Bozen Italien; ² Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Salzburg Österreich; ³ Universität Witten Herdecke, Institut für Allgemein- und Familienmedizin, Witten

Hintergrund

Der Nutzen einer antihypertensiven Therapie mittels Betablocker für ältere multimorbide Patienten ist ungewiss. Diese Arbeit ist ein Update einer bereits veröffentlichten systematischen Übersichtsarbeit.

Fragestellung

Sollen Betablocker bei älteren Patienten ab 65 Jahren zur Behandlung der Hypertonie eingesetzt werden?

Methoden

Im September 2016 wurde eine umfangreiche Datenbanksuche durchgeführt. Einschlusskriterien waren das Alter (mindestens 80% ≥ 65 Jahre) oder eine Subgruppenanalyse dieser Altersgruppe und klinisch relevante Endpunkte. Unabhängig voneinander bewerteten zwei Gutachter die Referenzen und führten eine Datenextraktion und Qualitätsbewertung durch. Auf Basis dieser Evidenz entwickelte ein Expertenteam Empfehlungen nach der GRADE Methodik, welche in eine elektronische Entscheidungshilfe zur Polypharmaziereduktion integriert werden.

Ergebnisse

Die Literatursuche identifizierte 1767 Treffer (inklusive Handsuche und ohne Duplikate). Von 224 Volltexten wurden 15 Studien eingeschlossen: 1 Metaanalyse, 4 randomisiert kontrollierte Studien (RCTs), 6 Sekundärdatenanalysen von RCTs und 4 Beobachtungsstudien. 3 Studien berichteten Ergebnisse von Subgruppenanalysen. Bezüglich der kombinierten Endpunkte Tod, Schlaganfall oder Myokardinfarkt waren Betablocker mit einem höherem Risiko verbunden als andere Antihypertensiva. Bezüglich der Mortalität zeigten Betablocker keinen Vorteil verglichen mit anderen Antihypertensiva oder Placebo. Weiters reduzieren Betablocker kardiovaskuläre Ereignisse nicht effektiver als andere Antihypertensiva. Schlaganfälle betreffend liegen widersprüchliche Ergebnisse vor.

Diskussion

Diese umfangreiche systematische Übersichtsarbeit analysiert den Nutzen von Betablockern bei älteren Patienten mit Hypertonie. Aufgrund der eingeschränkten Studienqualität ist die Effektivität von Betablockern bezüglich der analysierten Endpunkte fraglich. Bei älteren Patienten sind Betablocker als Antihypertensiva daher nicht zu empfehlen.



III-P5 | 5

Studienprotokoll einer Cluster-randomisierten Studie zur Erforschung der angemessenen und sicheren Medikation bei Heimbewohnern mithilfe einer interprofessionellen Toolbox

I. - M. Doyle¹, C. Kirsch¹, P. Thürmann^{2,3}, S. Joos⁴, A. Altner⁵, S. Wilm⁶, B. Wiese¹, N. Schneider¹, J. Bleidorn¹, O. Krause¹

¹ Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover; ² Universität Witten/Herdecke, Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, Witten; ³ HELIOS Klinikum Wuppertal, Wuppertal; ⁴ Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin & Interprofessionelle Versorgung, Tübingen; ⁵ Universitätsmedizin Rostock, Institut für Allgemeinmedizin, Rostock; ⁶ Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Hintergrund

Polypharmazie wird häufig als die Einnahme von mindestens fünf Dauermedikamenten definiert. Polypharmazie ist dabei öfter bei älteren Heimbewohnern als bei ambulant Lebenden zu finden. Zusätzlich ist eine sogenannte potenziell inadäquate Medikation (PIM) bei älteren Patienten (≥ 65 Jahre) verbreitet und mit einem erhöhtem Risiko für Hospitalisierung assoziiert. Faktoren, die die PIM in Heimen begünstigen, sind z.B. die verbreitete Gabe von Neuroleptika und Benzodiazepinen und die mangelnde Kooperation der am Arzneimittelmanagement beteiligten Professionen (Ärzte, Pflegepersonal, heimversorgende Apotheker).

Fragestellung

Ziel des Projektes ist es zu ermitteln, ob durch eine interprofessionelle Intervention 1. die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) bei Heimbewohnern optimiert und die Anzahl der PIM und/oder Neuroleptika reduziert, und 2. der Medikationsprozess in Heimen verbessert werden kann (durch Sensibilisierung für das Thema Polypharmazie und verbesserte interprofessionelle Zusammenarbeit).

Methoden

Eine cluster-randomisierte (auf Ebene der Heime) Interventionsstudie testet die primäre Hypothese, dass die multimodale Intervention zu einer Senkung von PIM/Neuroleptika bei Heimbewohnern führt. Ebenso werden eine Verringerung von Sturzinzidenz, Hospitalisierung und ungeplante Hausarztkontakten und eine Erhöhung der Lebensqualität in der Interventionsgruppe erwartet (sekundäre Hypothese). Die multimodale Intervention wird durch Change Management Maßnahmen begleitet, hierdurch sollen Akzeptanz, Machbarkeit und die nachhaltige Annahme der Intervention gewährleistet und evaluiert werden.

Ergebnisse

Projektbeginn ist am 01.05.2017 (Laufzeit 3 Jahre). Auf dem Kongress werden das Studienprotokoll und die ersten Erfahrungen aus der Umsetzung präsentiert (z.B. Heimrekrutierung, Kick-off Meeting).

Diskussion

Die HIOPP Studie wird dazu beitragen, die interprofessionelle Zusammenarbeit, Medikationsprozesse und AMTS in Heimen zu verbessern.



III-P5 | 6

Verbesserung der Angemessenheit der Medikation in Altenpflegeheimen: Ergebnisse des primären Endpunktes der Interventionsstudie InTherAKT (Initiative zur Therapiesicherheit in der Altenpflege durch Kooperation und Teamwork)

A. Mahlknecht¹, L. Krisch², N. Nestler², U. Bauer², I. Waltering³, L. Fährmann³, G. Hempeß, J. Osterbrink², M. Flamm¹

¹ Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Salzburg Österreich; ² Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Salzburg Österreich; ³ Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Institut für Pharmazeutische und Medizinische Chemie, Münster

Hintergrund

Polypharmazie und potentiell inadäquate Medikation kommen bei Bewohnern von Altenpflegeeinrichtungen häufig vor und steigern das Risiko für unerwünschte Arzneimittelereignisse und Gesundheitsschäden. Ursache ist u.a. eine teils unkoordinierte Kooperation der am Medikationsprozess beteiligten Berufsgruppen. Ziel des Projekts InTherAKT ist die Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit in Altenpflegeeinrichtungen in Münster durch eine Optimierung der interprofessionellen Kommunikation.

Fragestellung

Kann die Angemessenheit der Medikation bei Pflegeheimbewohnern, gemessen am Medication Appropriateness Index (MAI), durch eine kombinierte Intervention zur Stärkung der interprofessionellen Kommunikation verbessert werden?

Methoden

An der einarmigen Interventionsstudie (2014-2017) nahmen Pflegeheimbewohner, Hausärzte, Pflegende und Apotheker teil. Die kombinierte Intervention bestand aus einer professionsübergreifenden Präsenz- und Online-Schulung zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit bei älteren Menschen und aus dem „Therapie-Check“ (strukturierte interprofessionelle Medikationsüberprüfung über eine eigens entwickelte online-Plattform). Primärer Endpunkt (Erhebung zu t_0 , t_1 nach 8 Monaten und t_2 nach 14 Monaten) war der Medication Appropriateness Index (MAI), bestehend aus zehn Kriterien zur standardisierten Bewertung der Medikation. Die Auswertung erfolgte deskriptiv.

Ergebnisse

Bei 84 Heimbewohnern konnten Daten zu allen drei Messzeitpunkten erhoben werden (MW Alter $85,2 \pm 7,1$ Jahre; 71,4% Frauen; MW Arzneimittelanzahl $11,1 \pm 5,3$). Der Median (IQR) des MAI-Summenwerts verringerte sich von 18,0 (9,0-31,8) (t_0) auf 16,5 (9,0-26,8) (t_1) bzw. 13,5 (7,0-25,5) (t_2). Der MAI-Veränderungswert zwischen t_0 und t_2 (Differenzen der Summenwerte $t_2 - t_0$) betrug im Median -3,5 (-12,8-1,8).

Diskussion

Im Projektverlauf kam es zur Verringerung des MAI-Summenwerts und somit zu einer Qualitätsverbesserung der Arzneimitteltherapie bei den teilnehmenden Bewohnern. Der mediane MAI-Veränderungswert lag im Bereich der Ergebnisse vergleichbarer Studien.

Das Projekt wurde von der Stadt Münster, der Grünenthal GmbH und dem Land Salzburg gefördert.



III-P5 | 7

Pharmakogenetische Interaktionen bei älteren, polymedizierten, antithrombotisch behandelten Hausarztpatienten

K. L. Schneider¹, M. Kunst¹, A. - K. Leuchs¹, M. Böhme¹, K. Kastenmüller², M. Bleckwenn², K. Weckbecker², J. Stingl¹

¹ Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Forschung, Bonn; ² Universitätsklinikum Bonn, Institut für Hausarztmedizin, Bonn

Hintergrund

Die Vulnerabilität älterer Patienten für Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) kann durch verschiedene Faktoren erhöht werden. So wurden für unterschiedliche Wirkstoffe genetische Varianten von arzneistoffmetabolisierenden Enzymen beschrieben, die deren Wirksamkeit und Sicherheit beeinflussen können. Die klinische Relevanz und der Effekt einer allgemeinmedizinischen Implementierung sind Gegenstand der aktuellen Forschung.

Fragestellung

Welche potentiellen pharmakogenetischen Interaktionen können in einer Kohorte älterer, polymedizierter Patienten unter Antithrombotikatherapie detektiert werden?

Methoden

Die Baselinedaten zu Medikation und Genotypen (*CY2C9*, *VKORC1*, *CY2C19*) der 370 IDrug-Studienpatienten[i] (individualisierte versus standardisierte Risikoinformation bei UAW-Hochrisikopatienten) werden bezüglich pharmakogenetischer Interaktionen ausgewertet. Entsprechend den Einschlusskriterien sind die Patienten ≥ 60 Jahre alt, multimorbide und nehmen mindestens zwei Langzeitmedikamente ein, von denen mindestens eins ein Antithrombotikum (UAW-Risikomedikament) ist.

[i] Stingl et al., BMC Fam Pract. 2016;17(1):49

Ergebnisse

Bei *CY2C9* zeigten sich bei ca. einem Drittel, bei *VKORC1* und *CY2C19* bei knapp zwei Dritteln der Patienten Genotypen, die unter anderem Antithrombotikawirkungen verstärken bzw. abschwächen können. Inwiefern diese potentiellen Risiken durch zusätzlich eingenommene Medikamente, die ebenfalls über diese Enzyme verstoffwechselt werden (z. B. Nicht-Steroidale Antiphlogistika, Protonenpumpeninhibitoren) oder diese induzieren bzw. inhibieren, erhöht werden und inwieweit sich dies in Dosisangaben und INR-Schwankungen im Rahmen der Cumarinderivat-Therapie widerspiegelt, wird aktuell ausgewertet.

Diskussion

Ältere Hausarztpatienten nehmen häufig eine Vielzahl an Medikamenten ein, was die Wahrscheinlichkeit für eine Interaktion mit genetischen Faktoren erhöht. Diese Auswertung detektiert potentielle Risiken in einer Patientenkohorte, die besonders vulnerabel für UAW ist. Die Ergebnisse werden am Ende der Studie zu den aufgetretenen Unerwünschten Ereignissen in Bezug gesetzt.



III-P5 | 8

Selbstmedikation und flexible Medikationsadaption bei multimorbiden Patienten im hausärztlichen Setting

F. Stilgenbauer¹, D. Kesztyüs¹, M. Gulich¹, A. Hausen²

¹ Universität Ulm, Institut für Allgemeinmedizin, Ulm; ² Katholische Stiftungsfachhochschule München, München

Hintergrund

Die Prävalenz der Selbstmedikation mit OTC- („Over-the-counter“) Präparaten und der flexiblen Dosisadaption von ärztlich verordneten Medikamenten bei älteren, multimorbiden Patienten im hausärztlichen Setting ist weitgehend unbekannt. Dies stellt aber im Hinblick auf das Erreichen des Therapiezieles einen entscheidenden Faktor dar. Außerdem fehlt es an Erkenntnissen zu dem Zusammenspiel der flexiblen Dosisadaption von ärztlich verordneten Medikamenten und der Selbstmedikation.

Fragestellung

In wieweit spielen sozio-ökonomische, persönliche und biologische Variablen eine Rolle bei der Selbstmedikation und der flexiblen Medikationsadaption? Des Weiteren soll der Einfluss der ärztlichen Verordnung auf das Medikamenteneinnahmeverhalten der Patienten, deren Entscheidungskriterien und die Interaktion mit dem Hausarzt untersucht werden.

Methoden

Die quantitative Studie basiert auf dem theoretischen Modell menschlichen Verhaltens von Kanfer et al. (2012). Entsprechend der Fragestellung wurde eine Pilotstudie mit explorativem Charakter geplant. Für die Datenerhebung wurde ein selbst auszufüllender Fragebogen entwickelt. Die vorgesehene Stichprobengröße betrug 500 Patienten, die Studiendauer war auf 12 Monate projektiert. Die Rekrutierung der Patienten erfolgte über den Lehrärztee pool des Instituts für Allgemeinmedizin. Die Daten wurden in Abhängigkeit von Skalenniveau und Verteilung mit den entsprechenden statistischen Testverfahren deskriptiv ausgewertet.

Ergebnisse

Die Basischarakteristika der Stichprobe sowie Häufigkeiten und Gründe der Selbstmedikation, aber auch Aspekte der Risikowahrnehmung und der flexiblen Medikationsadaption werden dargestellt.

Diskussion

Die Fragestellungen werden nach Auswertung der vorliegenden Daten diskutiert. Darauf basierend können erste Schlussfolgerungen formuliert werden. Darüber hinaus muss nach Möglichkeiten zur Optimierung einer Patientenbefragung in oben angeführtem Patientenkollektiv gesucht werden.



III-P5 | 9

Ein systematisches Review zum Einsatz nichtsteroidaler Antirheumatika (NSAR) in der Behandlung von muskuloskelettalen Erkrankungen bei älteren Menschen

B. Faller¹, A. Rieckert¹, S. Weißbach¹, L. Schlender¹, A. - L. Teichmann¹, C. Sommerauer¹, E. Ediriweera de Silva², A. Sönnichsen¹

¹ Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten; ² University of Manchester, Centre for Primary Care, Institute of Population Health, Manchester Vereinigtes Königreich

Hintergrund

70% der Menschen über 65 Jahren benutzen NSAR mindestens einmal wöchentlich und 34% sogar täglich. Der Nutzen dieser Medikamente und das Ausmaß der durch NSAR verursachten Nebenwirkungen speziell bei älteren Patienten bleiben unklar.

Fragestellung

Es entsteht die Frage, ob eine ausreichende Evidenz für die Verordnung von NSAR für diese Altersgruppe vorhanden ist.

Methoden

Nach einer vorausgegangenen Suche zeigte sich, dass bislang kein relevantes systematisches Review zu diesem Thema vorhanden ist. Um diese Lücke zu schließen, wurde eine Suche nach kontrollierten Interventionsstudien und Beobachtungsstudien in Cochrane, DARE, MEDLINE, EMBASE, HTA und IPA durchgeführt und auf die letzten 20 Jahre beschränkt (1996-2016). Einschlusskriterien: $\geq 80\%$ der Patienten sollen ≥ 65 Jahre alt sein oder es soll eine Subgruppenanalyse für das Alter ≥ 65 Jahre vorhanden sein; und klinisch relevante Outcomes.

Ergebnisse

Die Suche ergab insgesamt 10354 Treffer. Die Auswahl, Datenextraktion und die Bewertung der Studienqualität erfolgen durch zwei unabhängige Reviewer.

Bisher wurden 18 Studien eingeschlossen; der Prozess der Auswahl, der Datenextraktion und der Bewertung der Studienqualität ist noch nicht abgeschlossen.

Diskussion

Es ist bis jetzt offen, ob die vorhandenen eingeschlossenen Studien eine Evidenz aufweisen, die für die Verordnungsempfehlung der NSAR im höheren Lebensalter richtungsweisend sind. Die Endergebnisse werden für August 2017 erwartet und auf dem DEGAM Kongress 2017 im Rahmen der Posterpräsentation vorgestellt.

Gefördert durch das 7. Rahmenprogramm der Europäischen Kommission (Nr. 305388-2).



III-P5 | 10

Effekt der ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung auf Polypharmazie

T. Richter¹, S. Kiel¹, F. Dittmann¹, C. Zimak², C. O. Schmidt², J. - F. Chenot¹

¹ Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Abteilung Allgemeinmedizin, Greifswald; ² Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Abteilung SHIP-KEF, Greifswald

Hintergrund

Die 4-wöchige ambulante geriatrische Komplexbehandlung (AGKB) ist mit strukturiert ineinandergreifenden medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und sozialen Leistungen ein Angebot für multimorbide Patienten über 70 Jahre, um drohende Pflegebedürftigkeit abzuwenden. Das dazugehörige geriatrische Basisassessment bietet Gelegenheit die oft bestehende Polypharmazie zu reduzieren oder durch Erfassung bisher nicht behandelter Defizite zu steigern.

Fragestellung

Ziel war es, den Einfluss der AGKB auf die Anzahl der Medikamente und den Anteil nicht geeigneter Medikamenten (PIM) zu untersuchen.

Methoden

In einer gematchten Kohortenstudie wurden auf Basis von Krankenkassenverordnungsdaten 636 Patienten, welche die AGKB erhalten haben, 2544 Kontrollen zugeordnet. Der Anteil Frauen lag bei 72%, das Durchschnittsalter bei 78,8 Jahren (SD $\pm 5,6$). Es wurde die Anzahl der Medikamente und der PIM 3 Quartale vor und nach der AGKB beobachtet, mit den Kontrollen verglichen und statistisch ausgewertet.

Ergebnisse

Im Durchschnitt nahmen die Patienten ein Quartal vor der AGKB 6,7 ($\pm$ SD 3,4) und die Kontrollen 6,2 (SD $\pm 3,4$) Medikamente ein. Ein Quartal nach der AGKB, nahmen die Patienten, sowie die Kontrollen durchschnittlich 6,3 Medikamente ein (SD $\pm 3,4$ Patienten/ SD $\pm 3,2$ Kontrollen). Im 1., 2. und 3.Quartal stieg in beiden Gruppen die Anzahl der Medikamente leicht an, unterschied sich aber nicht wesentlich. 22% der AGKB Patienten erhielten vorher mindestens ein PIM, der Anteil blieb auch nach der AGKB über 3 Quartale stabil. Der PIM bei den Kontrollen war im ähnlichen Bereich und blieb ebenfalls stabil.

Diskussion

Die AGKB hat weder keinen Einfluss auf die Anzahl der verordneten Medikamente und den Anteil der PIMs. Die AGKB sollte in Zukunft ein Modul zum Medikamenten Review beinhalten.



11:30 - 13:00

Raum: 23.32.01 48

III-P6 | Postersession 6

Forschung in der Primärversorgung: vom Instrument zur Intervention

Moderation: Andrea Siebenhofer-Kroitzsch^{1,2}

¹Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Österreich; ²Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin

III-P6 | 1

Prevalence and comorbidity of osteoporosis in the general population in Germany

M. - T. Puth^{1,2}, M. Klaschik¹, M. Schmid², K. Weckbecker¹, E. Münster¹

¹Institut für Hausarztmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Bonn, Bonn; ²Institut für Medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie, Universitätsklinikum Bonn, Bonn

Hintergrund

Osteoporosis and its consequences are a major public health concern. When discussing the health problems of osteoporosis the main focus is usually directed towards bone fractures. Only little is known about other diseases that go along with osteoporosis and equally impair the patients' quality of life.

Fragestellung

What comorbidities are most common for adults with osteoporosis?

Methoden

This cross-sectional analysis is based on the national telephone health interview survey "German Health Update" (GEDA 2012) performed in 2012/2013. GEDA 2012 provides information on osteoporosis and 15 other self-reported health conditions along with sociodemographic characteristics for nearly 20 000 adults. Descriptive statistical analysis and multiple logistic regression were used to examine the association between osteoporosis and other chronic diseases. All analyses were limited to participants aged 50 years and older.

Ergebnisse

Overall, 8.7% (95% confidence interval (CI) 8.0%-9.6%) of the 10 660 participants aged 50+ years had osteoporosis (men 4.7%, 95% CI 3.8%-5.9% and women 12.2%, 95% CI 11.1%-13.5%). More than 95% of the adults with osteoporosis had at least one coexisting disease. The odds of having osteoporosis were more than two times greater for adults with arthrosis, chronic low back pain, arthritis, depression or chronic heart failure.

Diskussion

Osteoporosis has a major impact on quality of life and overall health. GPs need to be aware of the consequences of multimorbidity in adults with osteoporosis. Health care interventions for affected patients should be expanded by offering early or even preventive care for other diseases that go along with it.



III-P6 | 2

Europäische Datenschutzgrundverordnung, Bundesdatenschutzgesetz-neu und die Folgen für Forscher und ihre Forschungsdaten

J. Hauswaldt¹, S. Heinemann¹, V. Gläß², J. Drepper², E. Hummers¹

¹ Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin, Göttingen; ² TMF – Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung e.V., Berlin

Hintergrund

Ab Mai 2018 haben durch verabschiedete europäische Datenschutzgrundverordnung und nachfolgend anzupassen des Bundesdatenschutzgesetz auch Wissenschaftler in Deutschland umfassend neue gesetzliche Bestimmungen für Gewinnung, Aufbewahrung und Nutzung von Forschungsdaten zu beachten.

Fragestellung

Aus RADAR, dem DFG-geförderten Verbundprojekt „Anonymisierte Routinedaten aus der ambulanten Versorgung für die Versorgungsforschung“, werden Zwischenergebnisse zu Datenschutz und Datensicherheit präsentiert.

Methoden

Bericht aus laufender Forschung:

Allgemeinmediziner, Medizininformatiker, Treuhänder sowie Datenschutzexperten der Technologieplattform für die vernetzte medizinische Forschung (TMF) erarbeiten gemeinsam Konzepte und Standards für den rechtskonformen Umgang mit hausärztlichen Routinedaten, gewonnen für sekundäre Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung, und zeigen in zwei Szenarien deren Umsetzung in einem Anwendungsfall an Primärdaten aus 20 Praxen.

Ergebnisse

Auch zukünftig dürfen Routinedaten aus dem Gesundheitswesen sekundär genutzt werden, ebenso für Forschungszwecke primär erhobene Daten. Zwingend erforderliche Vorkehrungen zum Schutz personenbezogener Information wurden durch europäische Rechtsetzung vereinheitlicht und damit rechtssicherer. Zentrale Begriffe (Personenbeziehbarkeit, Pseudonymisierung) sind transparent und können zum Datenschutz auf konkreter Projektebene angewandt werden. Auch bereits pseudonymisierte Forschungsdaten dürfen nur nach „informierter Zustimmung“ des Datensubjekts genutzt werden, Verpflichtung zur „Guten Forschungspraxis“ erlaubt dabei vereinfachte Anforderungen an diese Zustimmung. Wirksame anonymisierte Daten - jegliche Personenbeziehbarkeit ist ausgeschlossen - sind von rechtlicher Regelung befreit und dürfen zustimmungsfrei genutzt werden.

Diskussion

Datenschutz und Datensicherheit müssen nach zukünftiger europäischer Rechtslage zwingend vom Forscher vorab, in komplexer Weise und in das Forschungsvorhaben integriert geplant werden. Wenn auch bei bereits bestehendem hohem Datenschutzniveau in Deutschland grundlegende Änderungen nicht erwachsen, müssen Forscher Sorge tragen, Expertise für umfassenden technischen, organisatorischen, rechtskonform vertraglichen sowie personalrollenbezogenen Datenschutz ihrer Projekte herbeizuführen.



III-P6 | 3

PRO PRICARE – Preventing Overdiagnosis in Primary Care. Ein Forschungsnetzwerk zur Verhinderung von Überversorgung im ambulanten Gesundheitswesen

S. Schaffer, A. Schedlbauer, L. Burggraf, J. Tomandl, M. Roos, T. Kühlein

Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut, Erlangen

Hintergrund

Neben der Verschwendung begrenzter Ressourcen unseres Gesundheitswesens schadet Überversorgung vor allem dem individuellen Patienten. Treiber und Outcomes von Überversorgung sind nicht nur medizinischer Natur, sondern beinhalten ebenso kulturelle, ethische und ökonomische Aspekte.

Fragestellung

Um diesen Herausforderungen in der Forschung zu Überversorgung zu begegnen, haben wir ein regionales Kooperationsnetzwerk, bestehend aus Wissenschaftlern unterschiedlicher Disziplinen, aus Leistungserbringern und Kostenträgern, gebildet.

Methoden

PRO PRICARE steht als Akronym für "Preventing Overdiagnosis in Primary Care". Das Netzwerk besteht aus sieben Lehrstühlen der Universität Erlangen-Nürnberg, dem Praxisverbund "Forschungspraxen Franken", zu dem vier Praxisnetze Nordbayerns gehören, sowie einem Verbund von Betriebskrankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die Koordinierungsstelle steht unter Leitung des Allgemeinmedizinischen Instituts. Das Netzwerk wird mit 2.1 Millionen Euro vom BMBF gefördert. Es werden drei Projekte durchgeführt: (1) Entwicklung eines hausärztlichen Core Sets der International Classification of Functioning (ICF) um Teilhabe am Leben und Aktivitäten älterer und hochbetagter Mensch zu erfassen. Der Blick auf die funktionale Gesundheit soll zu einer Reduktion nicht-notwendiger medizinischer Interventionen führen. (2) Entwicklung einer Schulungsintervention zu patientenzentrierter Kommunikation. Es soll geprüft werden, ob diese Intervention bei Patienten mit akuten unkomplizierten Kreuzschmerzen zu einer Reduktion nicht-notwendiger Diagnostik führt. (3) Untersuchung der Behandlungswege von Patienten mit Schilddrüsenknoten um auslösende Faktoren von Überversorgung zu verstehen.

Ergebnisse

Wir möchten die Struktur unseres Netzwerkes und den aktuellen Projektstand vorstellen.

Diskussion

Das Ziel des Netzwerkes ist eine langfristige Zusammenarbeit zwischen Wissenschaftlern, Krankenkassen und praktizierenden Ärzten. Die Kooperation der verschiedenen Beteiligten des Gesundheitswesens soll helfen, die Forschungsergebnisse in die Praxis zu übertragen und dadurch einen wichtigen Beitrag zur Verhinderung von Überversorgung leisten.



III-P6 | 4

Der Fragebogen SSD-12 zur Erfassung der psychischen Belastung bei somatischer Belastungsstörung – erste Erfahrungen und Validierung bei Hausarztpatienten

K. Linde¹, B. Riedl¹, S. Kehrer¹, A. Schneider¹, B. Löwe^{2,3}, A. Toussaint^{2,3}

¹ Technische Universität München, Institut für Allgemeinmedizin, München; ² Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Hamburg; ³ Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg

Hintergrund

Die neu in die Klassifikation psychosomatischer Beschwerden eingeführte Bezeichnung somatische Belastungsstörung ist Gegenstand zahlreicher Diskussionen und potenziell von großer Bedeutung für die hausärztliche Versorgung. Sie soll die Bezeichnung somatoforme Störung ersetzen; insbesondere spielt es keine Rolle mehr, ob somatische Symptome medizinisch erklärbar sind oder nicht. Stattdessen stehen exzessive Gedanken und Ängste bezogen auf die Beschwerden im Vordergrund. Der validierte Fragebogen SSD-12 (Somatic Symptom Disorder Scale-12) soll deren Erfassung unterstützen. In der vorliegenden Untersuchung wurde der SSD-12 erstmals bei Hausarztpatienten eingesetzt.

Fragestellung

1. Ist die Validität des SSD-12 auch bei Hausarztpatienten gegeben? 2. Welche Erfahrungen ergeben sich in Bezug auf den Einsatz in der Praxis?

Methoden

Im Rahmen einer Querschnittsstudie mit Patienten, die fünf Hausarztpraxen mit (n=251) bzw. ohne (n=250) Termin aufsuchten, wurde neben Bögen zu somatoformen, depressiven und Angstsymptomen (PHQ-15, PHQ-9, GAD-7) der SSD-12 ausgegeben. Es erfolgten Analysen zu interner Konsistenz, faktorieller Struktur und Konstruktvalidität. Außerdem erfolgten Subgruppenanalysen für Patienten mit und ohne auffällige Werte in den anderen Skalen.

Ergebnisse

Der SSD-12 erwies sich als intern hochkonsistent (Cronbach's $\alpha=0,92$). Wie bei der Validierung in anderen Populationen konnte die 3-Faktoren-Struktur, die die drei psychologischen Kriterien der somatischen Belastungsstörung reflektiert, mit Hilfe konfirmatorischer Faktorenanalysen bestätigt werden. Es zeigten sich deutliche Korrelationen mit PHQ-15 ($r=0,48$), PHQ-9 ($0,60$) und GAD-7 ($0,54$) Scores. In den Subgruppenanalysen zeigten sich in allen Einzelitems signifikante Unterschiede. Die Augenscheinvalidität erscheint den Beteiligten hoch.

Diskussion

Der SSD-12 ist ein valides Instrument, das – unabhängig von den Diskussionen um die neue Diagnose der somatischen Belastungsstörung – für den Praxisgebrauch interessant sein könnte.



III-P6 | 5

Neuronal effects of a natural pharmaceutical product for control of stress – a randomized, placebo-controlled, double-blind, cross-over fMRI trial

M. Walter^{1,2,3}, T. Chand², V. Teckentrup¹, A. Kühnel^{1,3}, L. Fensky¹, S. Alizadeh², H. Jamalabadi¹, M. Schultz⁴, Y. Fan^{5,3}

¹ Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie, Translationale Psychiatrie, Tübingen; ² Max-Planck-Institut für biologische Kybernetik, Hochfeld-Magnetresonanz, Tübingen; ³ Leibniz Institut für Neurobiologie, Clinical Affective Neuroimaging Laboratory, Magdeburg; ⁴ Biologische Heilmittel Heel GmbH, Baden-Baden; ⁵ Charité Centrum Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie, Affektive Neurowissenschaften und Emotionsmodulation, Berlin

Hintergrund

Neurexan®, a natural pharmaceutical product, is composed of passionflower, oats, coffee and zinc valerianate. It has been investigated in acute stressed patients and patients with insomnia. Stress initiates changes in functional connectivity (FC) between amygdala and cortical regions. The functional integrity can be assessed via amygdala-centered resting-state (rs) FC. Amygdala is involved in developing fear and emotions. Amygdala reactivity to negative stimuli associates with stress regulation and can be assessed with the Hariri paradigm. Previous studies reported associations between ongoing variability in Autonomous Nervous System (ANS) tone measured by heart rate variability (HRV) and stress-induced changes in dACC and amygdala FC.

Fragestellung

Does Neurexan® affect emotional brain response to stress?

Methoden

Thirty-nine healthy male subjects participated in a double-blind, randomized, placebo-controlled, within-subject cross-over fMRI study assessing Neurexan® effects at 3 Tesla. In each session, an 11 min rs-measurement was performed at baseline, after single dose of Neurexan® or placebo and after exposure to psychosocial stress. The emotional Hariri paradigm was measured after intake of verum or placebo. HRV was recorded continuously during the sessions. Data were preprocessed and analyzed in SPM12 and DPABI.

Ergebnisse

Significant effect of Neurexan® was found on rs-FC between left centromedial amygdala and cortical regions. In the Hariri task, paired t-test showed a drug effect in left amygdala, with stronger activations in placebo than Neurexan® condition. Comparing Neurexan® and placebo groups, Neurexan® improved variability in ANS tone in both conditions, prior and after psychosocial stress, compared to baseline.

Diskussion

We saw a beneficial effect of Neurexan® on stress-induced brain function.



III-P6 | 6

Prevention by Outdoor-Walking in the Elderly at Risk (POWER)

N. Jegan¹, E. Freiberger², C. Sieber², A. Sönnichsen³, N. Donner-Banzhoff⁴

¹ Philipps-Universität Marburg, Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg; ² Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Biomedizin des Alterns, Nürnberg; ³ Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten

Hintergrund

Regular physical activity is essential to prevent the exacerbation and development of chronic diseases. The WHO recommends at least 2.5 hours per week. Only 73% of German women and 66% of men above 65 meet that recommendation. Despite previous efforts less than 14% of all people above 70 years are sufficiently active. Studies so far have shown that interventions aimed at promoting regular physical activity improve older persons' health. However, these interventions were complex and required professional input thus transfer into regular care was limited. A low-threshold intervention such as lay-assisted outdoor walking has not been adequately tested before.

Fragestellung

Does regular outdoor walking accompanied by trained lay persons lead to better physical function in the elderly?

Methoden

Multicentric RCT (n=348): Recruitment in primary care, outpatient nursing services (Marburg) and nursing homes (Witten/Herdecke). Inclusion ≥ 65 years with reduced physical function and without caregiver support to provide activity akin to intervention. 6 Months of intervention: lay-helper accompanied walking 3 times a week. Lay-helpers will be trained and supported by a mentoring program. Controls: 2 events with health-related topics. Quantitative evaluation: baseline, post-intervention and after a follow-up of 6 months as well as focus groups. Primary outcome: physical function (Short Physical Performance Battery). Secondary outcomes: Quality of life, fear of falling, physical activity, number of falls and injuries, healthcare utilization.

Ergebnisse

The project will start in September 2017, results are to be expected in 2020.

Diskussion

The intervention could fill a gap in existing care and improve health and quality of life in the elderly.



III-P6 | 7

Psychologische Interventionen bei Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) in der Primärversorgung: Systematischer Review und Metaanalyse

R. Gehringer¹, A. Freytag¹, M. Krause¹, P. Schlattmann², K. Schmidt¹, S. Schulz¹, S. J. Zetzulka¹, J. Grininger³, M. Berger⁴, H. C. Vollmar¹, J. Gensichen³

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, Jena; ² Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation, Universitätsklinikum Jena, Jena; ³ Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, München; ⁴ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg/Breisgau

Hintergrund

Prävalenzschätzungen der PTBS in der Primärversorgung schwanken von 8-23%. Zwischen Erstmanifestation der Erkrankung und einem ersten medizinischen Gespräch darüber vergehen im Schnitt 12 Jahre. Auch nach Diagnosestellung sind die Wartezeiten auf eine Psychotherapie lang. Um die Versorgung zu verbessern, wird u.a. versucht, psychologische Interventionen in die Primärversorgung zu integrieren.

Fragestellung

Wie effektiv sind psychologische Interventionen für PTBS in der Primärversorgung? Welche Versorger sind involviert, welche Aufgaben übernehmen sie und wie interagieren sie?

Methoden

Protokollregistrierung auf Prospero: CRD42017060123. Systematische Suche in Medline, Embase, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, CINAHL und PsycInfo bis 10/2016. Studienselektion anhand des PICOS Schema:

Patient: diagnostizierte PTBS/ klinisch relevante Symptome; Intervention: psychologische Intervention in der Primärversorgung, entweder durch den Hausarzt selbst oder durch nicht ärztliches Praxispersonal erbracht, vorausgesetzt, der Hausarzt erhielt regelmäßig Rückmeldung von der laufenden Therapie; Control: randomisiert kontrollierte Studien; Outcome: Effekt auf PTBS Symptomatik; Setting: Primärversorgung.

Studienselektion, Studienextraktion, *risk of bias*-Bewertung (*Cochrane Collaboration risk of bias tool*) durch zwei unabhängige Reviewer. Metaanalyse geplant.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 3 Studien eingeschlossen werden. Alle wurden in den USA durchgeführt, zwei davon im militärischen Setting. Die psychologische Intervention basierte jeweils auf der kognitiven Verhaltenstherapie. Die Durchführung erfolgte mit Unterstützung durch *case manager*, supervidiert durch Psychologen/Psychiater. Die Hausärzte erhielten spezielle Schulungen zur PTBS, regelmäßige Rückmeldung zur laufenden Therapie und blieben verantwortlich für die Pharmakotherapie. Ergebnisse der *risk of bias*-Bewertung sowie der Metaanalyse werden auf dem Kongress berichtet.

Diskussion

Diskussion aller Ergebnisse auf dem Kongress.



III-P6 | 8

Eine Machbarkeitsstudie zur Datenerhebung in Hausarztpraxen durch Blockpraktikanten

R. Legutke, K. Weckbecker, M. Bleckwenn, B. Engel

Institut für Hausarztmedizin der medizinischen Fakultät der Universität Bonn, Bonn

Hintergrund

In der Versorgungsforschung spielt die Datenerhebung in den Hausarztpraxen eine zentrale Rolle, die oftmals wegen fehlender Praxisressourcen begrenzt ist. Um die benötigten Ressourcen zu erhöhen, könnten Studenten im Rahmen des Blockpraktikums der Hausarztmedizin die Erhebung dieser Daten übernehmen und gleichzeitig wissenschaftliches Arbeiten praxisnah erlernen.

Fragestellung

Können Studenten während ihres Blockpraktikums in der Hausarztmedizin wissenschaftlich verwertbare Daten erheben?

Methoden

Im Vorfeld dieser Machbarkeitsstudie wurden Studenten geschult und die Praxen nach Information und Einwilligung eingeschlossen. In der Studie werden Patienten nach entsprechender Aufklärung von den Blockpraktikanten anhand eines strukturierten Fragebogens zum Thema Gicht in der Lehrpraxis befragt. Die Richtigkeit der erhobenen Daten wird anhand der Praxissoftware kontrolliert und die Hausärzte werden zur Durchführbarkeit befragt. Geplant ist die Studie in 30 Hausarztpraxen.

Ergebnisse

Bisher wurden 10 studentische Fragebögen ausgefüllt und ausgewertet. Einige Hausärzte haben ihre Teilnahme verweigert, so dass hier keine Daten vorliegen. Von den bisher ausgefüllten Fragebögen stimmte der Großteil der Daten mit der Praxissoftware überein. Die Befragung der Hausärzte ergab bislang kontroverse Ansichten zu der Machbarkeit.

Diskussion

Die bisherigen Ergebnisse weisen auf Hürden bei dem Einsatz von Studenten zur Erhebung von wissenschaftlichen Daten hin.



III-P6 | 9

Wo gesundheitsökonomische Evaluationen auf die Allgemeinmedizin treffen: Stellenwert und Entwicklung der Gesundheitsökonomie in der allgemeinmedizinischen Forschung

C. C. Adarkwah^{1,2}, R. Wenzel³, K. E. Schweer⁴, A. Becker¹

¹ Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Marburg; ² Maastricht University, Department of Health Services Research, Maastricht Niederlande; ³ Universität Würzburg, Würzburg; ⁴ Universität Köln, Institut für Gesundheitsökonomie, Köln

Hintergrund

Der Stellenwert gesundheitsökonomischer Evaluationen (GE) steigt global gesehen. Immer häufiger muss vor der Implementierung einer Maßnahme nicht nur die Effektivität, sondern auch die Kosteneffektivität nachgewiesen werden. GE sind hier mitunter zu unverzichtbaren Informationsquellen für Entscheidungsträger geworden. Allgemeinmedizinische Forschung befasst sich im Aufwind und findet zunehmend Beachtung, da sie sich mit klinisch relevanten Forschungsfragen befasst. Haben gesundheitsökonomische Prinzipien Einzug in die allgemeinmedizinische Forschung gefunden?

Fragestellung

Welche Rolle spielen GE in der allgemeinmedizinischen Forschung? Wie hat sich der Stellenwert von GE in den letzten Jahren entwickelt? Gibt es signifikante Unterschiede zwischen einzelnen Ländern und Systemen?

Methoden

In zwei Datenbanken (Pubmed und NHS EED) wurden gesundheitsökonomische Evaluationen zu Studien im hausärztlichen Versorgungsbereich identifiziert. Hierzu wurde ein komplexer Suchalgorithmus entwickelt. Die Treffer wurden von 2 unabhängigen Gutachtern auf Einschlägigkeit geprüft. Die eingeschlossenen Studien wurden in einem nächsten Schritt im Zuge eines Expert-Panels thematischen Clustern zugewiesen.

Ergebnisse

Von initial 1088 Treffern konnten 403 GE identifiziert und in die Analyse eingeschlossen werden. Zumeist handelt es sich um Cost-Utility- und Cost-Effectiveness-Analysen. Es fand eine Zuordnung zu einem von 7 großen Clustern statt. Die Studien wurden im Detail analysiert und klassifiziert.

Diskussion

Der Stellenwert GE variiert sehr stark in Abhängigkeit von Land und Gesundheitssystem. Die Daten zeigen eindrücklich, dass in Deutschland ein großer Nachholbedarf besteht. Allgemeinmedizinische Forschung ist im Aufwind, die Zahl der RCTs steigt, und die Chance begleitende GE durchzuführen, sollte häufiger ergriffen werden.



III-P6 | 10

Transforming Primary Care : From Past Practice To The Practice Of The Future -An Overview Of Family Medicine In Macedonia

K. Soleski, M. Mihajlova, F. Lokvenec

Macedonian Medical Association, Skopje Mazedonien

Hintergrund

Health systems centred on Primary Health Care(PHC) represent a global objective and a clear way of evolution. A strong PHC system results in a healthier population and may affect population health more than specialized services. Family medicine in Macedonia began to implement in 2009 starting specialist studies in family medicine. The gap between the supply of primary care physicians and the demand for primary care continues to grow.

Fragestellung

What are the principal goals underlying the practice of the future? How we can improve the role of primary care in keeping patients well and independent?

Methoden

The aim of this paper is to analyze the current legislation and strategies for family medicine and to give proposals for its future development. Information about the situation was gathered from literature reviews and personal interviews. The paper will serve as a discussion paper for the session during 51st Congress of DEGAM.

Ergebnisse

Data demonstrate that family medicine has been introduced in university curricula and family medicine is an important part of the Health Strategy of Macedonia 2020. The main objective is the realization of a reliable, efficient and equitable health care system that provides affordable quality health services at primary care level. The key areas of concern are lack of interest for specialization, atomization of practices, unsatisfactory payment systems, lack of academic infrastructure and unsatisfactory continuous professional development.

Diskussion

The position of family medicine in Macedonia is formally adequate, but a lot of effort will still be necessary to achieve the desired level of its recognition, functionality and quality.



III-P6 | 11

International definition of a point-of-care test in family practice: a modified e-Delphi procedure

A. Schols¹, G. Dinant¹, R. Hopstaken², C. Price³, R. Kusters⁴, J. Cals¹

¹ Maastricht University, Maastricht Niederlande; ² Salto Diagnostic Centre, Utrecht Niederlande; ³ Oxford University, Oxford Vereinigtes Königreich; ⁴ Twente University, Twente Niederlande

Hintergrund

The term point-of-care test (POCT) is often used in medical literature and clinical practice. POCTs in family practice are increasing, yet a widely supported definition in family practice does not exist yet.

Fragestellung

To reach consensus on an international definition of a POCT in family practice.

Methoden

We performed a modified international e-Delphi procedure of 4 rounds among expert panel members from different professional backgrounds - family practitioners, laboratory specialists, policymakers, researchers, and manufacturers.

Ergebnisse

Of 27 panel members from 7 different countries, 26 participated in all rounds. Most panel members were actively involved in POCT research or policymaking and 70% worked in family medicine. After choosing important components, structuring of answers and feedback, the following definition was chosen as best- or second best definition by 81% of panel members: A point-of-care test in family practice is a test to support clinical decision-making, which is performed by a qualified member of the practice staff nearby the patient and on any part of the patient's body or its derivatives, during or very close to the time of consultation, to help the patient and physician to decide upon the best suited approach, and of which the results should be known at the time of the clinical decision-making.

Diskussion

With the increasing use of POCTs in family practice, it is important to have a clear definition that is supported and recognised by several professional fields. The definition emerging from this Delphi study can inform family practitioners, laboratory specialists, policymakers and manufacturers on the most widely supported definition.



13:15 - 14:00

Raum: 23.01 HS 3A

Keynote II

Keynote Lecture II: Where patient care and research come together by André Knottnerus

Moderation: Peter Sawicki

Internistische Praxis, Duisburg

Keynote II | 1

Where patient care and research come together

A. Knottnerus

Maastricht University, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Department of Family Medicine/General Practice, Maastricht Nederlande

Medical research is sometimes criticized that it produces evidence on groups, not on individual patients, and is therefore not helpful in clinical practice. But if a doctor finds his patients so unique that he always starts clinical reasoning from scratch, they should choose a doctor who has more to offer. Every patient, however unique, deserves to be assessed in the light of the best available knowledge. And the other way around, keen individual observations often lead to innovative insights and add to general knowledge. This interaction between individual experience and general knowledge makes medicine a scientific discipline providing good personalised care.

While personalised care seems an innovative concept for biomedical sciences, for general practice it has been recognised as core mission decades ago. And long before evidence-based medicine was defined as 'the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients', general practice already addressed the close interaction between research and patient care. By the same token, for general practice it is evident that there is a continuum between patient and context, medical and psychosocial insights, clinical guidelines and tailormade care, and genome and environment, and that a multidisciplinary endeavour is needed to bring all this together to ensure high quality care.

For academic general practice, these insights imply that research and patient care should match as much as possible regarding research questions, research designs and methods, and implementation of findings. In addition, as organising separate studies for every new piece of the knowledge mosaic is not a sustainable strategy, performing research should as much as possible embedded in practice, serving internal and external validity, and with care quality directly benefitting from the learning environment.



14:00 - 15:00

Raum: 23.03.01 43

Gründung WPA

Gründung: Weiterbildungsinstitut für Psychotherapie in der Allgemeinmedizin e.V. (WPA)

M. Herrmann

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Institut für Allgemeinmedizin

Wachsende Bedeutung psychischer Beschwerden in der Hausarztpraxis erfordert die Möglichkeit sich dafür weiter zu qualifizieren. Bisherige Konzeption der Zusatzweiterbildung Psychotherapie orientiert sich inhaltlich und formal an Ausbildungsinhalten und –strukturen der Antrags- und Richtlinienpsychotherapie und den spezifischen Therapieschulen, ohne die Besonderheiten hausärztlicher Medizin adäquat zu berücksichtigen. Seit April 2017 wird ein niedrigschwelliger Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen sichergestellt durch psychotherapeutische Sprechstunden, Akuttherapie und Kurzzeittherapien auch unterhalb der bisherigen Größenordnung von 25 Stunden ohne Antragsverfahren; Instrumente, die im Besonderen aus der Primärversorgung schon lange gefordert wurden, um kurzfristig und zeitnah Patienten in akuten Belastungssituationen Raum für ihre Klagen und Nöte zu geben. ¹ Bislang fehlen Konzepte, wie eine solche fachgebundene Psychotherapie in die hausärztliche Versorgung eingebunden werden kann. Mit der Gründung eines Weiterbildungsinstituts für Psychotherapie in der Allgemeinmedizin, das diesen Anforderungen Rechnung trägt, sollen diese entwickelt, implementiert und wissenschaftlich begleitet werden.

¹ Herrmann M, Veit I. Fachgebundene Psychotherapie in der Allgemeinmedizin – Hintergründe, Besonderheiten, Konzeption und Weiterbildung. Z Allg Med 2013; 89 (1): 33–38.



15:00 - 16:30

Raum: 22.01 HS 2B

IV-VT8

Gute ärztliche Praxis im Alltag

Moderation: Fritz Meyer, Christoph Werner

IV-VT8 | 1

Akupunktur in der Schmerztherapie - psychophysiologische Pilotstudie zur Bedeutung der Reizwiederholung

M. Bäcker^{1,2}, F. Schaefer³, S. Geidis², R. Poetzschner⁴, G. Dobos²

¹ Institut für Allgemeinmedizin der Universität Duisburg-Essen, Essen; ² Lehrstuhl für Naturheilkunde und Integrative Medizin der Universität Duisburg-Essen, Essen; ³ Institut für Biologische Psychologie der Bergischen Universität Wuppertal, Wuppertal; ⁴ Orthopädische Praxis, Gera

Hintergrund

Die Akupunkturtherapie von chronischen Schmerzen besteht in der Regel aus wiederholten Sitzungen. Obgleich dies eine klinische Selbstverständlichkeit darstellt, ist völlig unklar wieso Akupunkturbehandlungen überhaupt wiederholt werden müssen.

Fragestellung

Wir hypothesierten 1. dass bei der Behandlung von chronischen Schmerzen die Wiederholung von Akupunktur eine Habituation an die Nadelreize induziert und 2. dass Habituation an die mit der Akupunktur verbundenen iatrogenen Schmerzreize mit einer klinischen Besserung der Schmerzerkrankung korreliert.

Methoden

Es wurde eine Pilotstudie in Form einer bizenstrischen Beobachtungsstudie an 69 Patienten mit chronischen Schmerzen (75% Rückenschmerzen) durchgeführt, die jeweils 10 Akupunkturbehandlungen erhielten. Neben den klinischen Zielparametern Schmerzreduktion, Wohlbefinden und Krankheitsbewältigung wurde die vegetative Antwort über die Aufzeichnung der Hautleitfähigkeit (SCL) kontinuierlich während der einzelnen Akupunktursitzungen aufgezeichnet. Die SCL ist ein direkter Indikator des Sympathikotonus. Habituation müsste sich daher über eine Verminderung der SCL Antwort auf die Nadelung demarkieren.

Ergebnisse

In den Einzelsitzungen zeigte sich eine sympathische Aktivierung während des Setzens der Nadeln, der eine sympathikolytische Entspannungsphase folgte. Eine Habituation der sympathischen Antwort konnte nicht beobachtet werden. Bei einem grösseren Teil der Patienten konnte eine Zunahme der Entspannungsreaktion im Verlaufe der wiederholten Sitzungen beobachtet werden. Diese zeigte eine signifikante Korrelation mit dem klinischen Effekt.

Diskussion

Die Ausgangshypothesen konnten nicht bestätigt werden. Relevant erscheint allerdings, dass eine Zunahme der Entspannungsreaktion mit der klinischen Verbesserung korrelierte. Chronische Schmerzpatienten verlieren häufig die Fähigkeit sich zu entspannen. Es wäre denkbar, dass die während der Akupunktur stattfindende Sympathikolyse den Patienten ermöglicht ihre Entspannungsfähigkeit wieder zu entwickeln. Die Reizwiederholung dürfte für die Nachhaltigkeit eines Lernprozesses hin zu einer verbesserten Spannungsregulation notwendig sein.



IV-VT8 | 2

Obturierendes Ohrenschmalz. Pilotstudie zur Konzeption eines praxisgerechten und standardisierten Vorgehens für die hausärztliche Cerumenentfernung

F. Meyer, E. Meyer

Allgemeinärztliche Gemeinschaftspraxis, Oettingen

Hintergrund

Ohrenschmalz wird hausärztlicherseits meist durch Spülung mit/ohne Cerumenolyse entfernt. Die Literaturlage dazu ist für Deutschland uneinheitlich und wenig systematisch.

Fragestellung

Unsere unizentrische Praxispilotstudie sollte deshalb folgende Fragen beantworten: mit welchen Ergebnissen (Gehörgangssauberkeit, Altersabhängigkeit, Komplikationsrisiko, Patientenakzeptanz) oder Durchführungsschwierigkeiten (Spüldruck-, Wassertemperatur-, Hygieneproblem) ist bei Ohrschmalzentfernungen mittels manueller Gehörgangsspülung mit/ohne Cerumenolyse zu rechnen.

Methoden

Aufgrund einer PubMed-Recherche wurde das OtoClear® Handspülsystem (Halbliterfüllbehälter, Fingerhebelpumpe mit konstanter Druckerzeugung, Temperaturmessstreifen, Einmaldüsen, dreidimensionale Spülwasserverteilung) ausgewählt, die Cerumenolyse erfolgte mit zwei Natriumdocusatdarreichungen (Otowaxol®, Audilyse®). Konsekutive, ohrkranke Patienten beiderlei Geschlechts (> 4 Jahre) wurden bei einer (sub-)totalen Cerumenverlegung (Manchaiah Typ 3/4) nach Kontraindikationsausschluss vom Erstautor mit jeweils 500 ml gespült. Die korrekte postinterventionelle Otoskopiemöglichkeit wurde als Maßnahmenerfolg gewertet. Neben Spülungen ohne vorherige Cerumenolyse folgten Reinigungsserien mit dreitägiger Patientenselbstvorbereitung (Otowaxol®) oder Arztvorbereitung mittels Audilyse®.

Ergebnisse

Von 10/2015 bis 03/2017 wurden n= 182 Patientenohren (76 männlich, 106 weiblich, 4.-95. LJ, Altersmedian 73 LJ) behandelt. Patientenalter und Interventionserfolg standen mit leicht abnehmender Erfolgstendenz bei Alterszunahme in höchstsignifikantem Zusammenhang ($\chi^2(2) = 20.77, p = .000$). In der vorbereitungsfreien Gruppe (n= 57) hatte die alleinige Spülung 61% Erfolg, während mit Otowaxol®/Audilyse® vorbereitete Ohren (n= 125) zu 83% ($\chi^2(1) = 10.31, p = .002$) postinterventionell frei waren. Die Interventionserfolge von Otowaxol® und Audilyse® (Patientenselbst- vs. Arztvorbereitung) unterschieden sich nicht (84% vs. 83%, n. s.). Bei über 90Jährigen (n =5) brachte die Cerumenolyse keine signifikante Ergebnisverbesserung. Bei guter Patientenakzeptanz war die Komplikationsrate (Allergie, Schwindel) insgesamt 1,1%.

Diskussion

Mit der untersuchten Vorgehensweise (Handspülgerät und Cerumenolyse) ist bei vier von fünf Patientenohren eines Kollektivs bis zum 90. LJ eine hausarztgerechte Cerumenentfernung möglich.



IV-VT8 | 3

Keep-Cool: Entwicklung einer online-basierten edukativen Intervention zur Optimierung der Impfstofflagerung in Hausarztpraxen

A. Thielmann, B. Weltermann

Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Institut für Allgemeinmedizin, Essen

Hintergrund

Die Voraussetzung für die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Impfungen ist eine korrekte Impfstofflagerung. Eine Temperaturüberwachung in 21 Praxiskühlschränken ergab, dass diese in 10,2 % der Messzeit außerhalb des Zielbereichs (2° - 8°C) lagen; einzelne wichen bis zu 66,3 % der Messzeit ab.

Fragestellung

Entwicklung einer online-basierten edukativen Intervention für Ärzte und MFA zur Optimierung der Impfstofflagerung.

Methoden

Die Intervention wurde schrittweise entwickelt: (1) Review von Leitlinien und Empfehlungen aus 6 Ländern; (2) Ableitung von Empfehlungen für deutsche Praxen, strukturiert in Themenmodulen; (3) Aufbereitung der Empfehlungen als Lehr-/Lerninhalte, differenziert in Basis- und Expertenwissen; (4) Erstellung eines Wissensfragebogens, der als Basis für ein wissensbasierte Tailoring dient, die Lernzielkontrolle ermöglicht und die longitudinale Effektmessung unterstützt; (5) Programmierung von Algorithmen zum Tailoring; (6) Gestaltung und (7) Programmierung sogenannter Wireframes zur visuellen Darstellung; (8) Testung aller Programmmaterialien unter Einbeziehung der Zielgruppe.

Ergebnisse

Die schrittweise entwickelte, online-basierte Intervention läuft aus Teilnehmersicht wie folgt ab: (a) nach Login- und Registrierung gelangen Teilnehmer auf eine Startseite, die Informationen über die Fortbildung bietet; die Registrierung dient zur persönlichen Ansprache; (b) Teilnehmer ermitteln ihren aktuellen Wissensstand; (c) Teilnehmer werden durch 5 Themenmodule geführt; dabei erhalten sie Feedback und Informationen entsprechend ihres in (b) ermittelten Wissensstands; (d) Lernzielkontrolle: erneuter Wissenstest mit anschließender Feedback-E-Mail und – bei erfolgreicher Lernkontrolle – Ausstellen der Teilnehmerbescheinigung (CME-zertifiziert); (e) im abschließenden Downloadbereich stehen Tools zur Praxisimplementierung zur Verfügung. Zur Arbeitsplatzintegration sind jederzeit eine Unterbrechung und Wiederaufnahme der Fortbildung möglich.

Diskussion

Derzeit erfolgt eine Pilottestung dieser online-basierten Intervention mit MFA und Hausärzten aus unserem Hausarztpraxennetzwerk.



IV-VT8 | 4

Wie beeinflusst die Blutzuckertherapie, gemessen am HbA1c die Gesamtmortalität diabetischer Patienten in der hausärztlichen Praxis?

G. Rüter

Hausärztliche ÜBAG, Benningen

Hintergrund

Hintergrund: Anhand einer großen Beobachtungsstudie mit insgesamt 1.146 Patienten mit Diabetes mellitus, soll der Zusammenhang zwischen HbA1c und Sterblichkeit der Teilnehmer untersucht werden.

Fragestellung

Fragestellung: Wie beeinflusst die Diabeteseinstellung, gemessen am HbA1c-Wert, die Gesamtmortalität, stratifiziert nach verschiedenen Risikogruppen?

Methoden

Methoden: Analysiert wurden Teilnehmer, die zu Studienbeginn (2008 – 2010) 50 bis 85 Jahre alt waren und deren HbA1c-Wert vorlag (n=1.058). Nach sieben Jahren wurde die Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen HbA1c-Wert und Sterblichkeit bestimmt. Anschließend wurden die Patienten in Risikogruppen eingeteilt. Die Stratifizierung erfolgte gemäß folgender Parameter: Alter, Geschlecht, Rauchstatus, körperliche Aktivität, BMI, Diabetes-Medikation, Dauer der Diabetes-Erkrankung, Dyslipidämie, Niereninsuffizienz, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Myokardinfarkt/Schlaganfall/Krebserkrankung in der Vorgeschichte und Gebrechlichkeit. Für jede Gruppe wurde das Sterberisiko bestimmt und auf einen Zusammenhang mit dem HbA1c-Wert (dichotom und kontinuierlich) getestet. Zudem wurde der Interaktionseffekt von HbA1c und Risikoparameter auf die Sterblichkeit der einzelnen Gruppen bestimmt.

Ergebnisse

Ergebnisse: 171 der eingeschlossenen Teilnehmer waren verstorben. Der Einfluss der Blutzuckereinstellung auf die Gesamtmortalität stellt sich als begrenzt dar. Tendenziell scheinen sehr niedrige und sehr hohe HbA1c-Werte mit einer Übersterblichkeit assoziiert zu sein. Personen mit hoher körperlicher Aktivität, wenig Gebrechlichkeit, kürzerer Erkrankungsdauer oder niedrigem Bodymaßindex profitieren am ehesten von niedrigen HbA1c-Werten. Lediglich der Unterschied zwischen körperlich aktiven und weniger aktiven Teilnehmern war statistisch signifikant.

Diskussion

Diskussion: HbA1c-Werte mit breitem Korridor um 7% beeinflussen die Sterblichkeit kaum. Je mehr das Leben durch andere Erkrankungen bedroht ist, desto mehr sinkt die Bedeutung der Zuckereinstellung. Der Hausarzt sollte alle Risikofaktoren im Blick behalten.



IV-VT8 | 5

Wöchentliche Selbstmessungen von FEV1 und PEF und ihre Auswirkungen auf ACQ – Ergebnisse (Asthma Control Questionnaire): eine Beobachtungsstudie

C. Werner, K. Linde, J. Schäffner, C. Storr, A. Schneider

Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München, München

Hintergrund

Der "Asthma Control Questionnaire" (ACQ) ist ein international verbreiteter Fragebogen zur Asthmakontrolle, im Gegensatz zu anderen unter Einbeziehung von Lungenfunktions-Parametern. Diese Studie vergleicht verschiedene ACQ-Versionen mit und ohne Patienten-Selbstmessungen von forcierter Einsekundenkapazität (FEV1) und Peakflow (PEF) in einem Patienten-Selbstmonitoring-Programm.

Fragestellung

Machbarkeit regelmäßiger FEV1-Selbstmessungen und Vergleich verschiedener ACQ-Versionen hinsichtlich möglicher Zusatzinformationen durch Einbeziehung von Lungenfunktions-Parametern.

Methoden

Prospektiv multizentrische Beobachtungsstudie über 12 Wochen mit Asthma-Patienten aus sechs Hausarzt- und zwei Pneumologen-Praxen in Bayern; wöchentliche Beantwortung des ACQ und Selbstmessungen von FEV1 und PEF durch die Patienten zuhause.

Ergebnisse

In die Endanalyse wurden 76 Patienten aufgenommen. Ergebnis-Scores aller ACQ-Versionen verbesserten sich signifikant (zwischen 32% und 21%, alle p-Werte <0,05) bei zugleich hohen Pearson-Korrelationskoeffizienten aller Scores (R zwischen 0,96 und 0,99). ACQ7-FEV1-Scores waren deutlich höher als andere. Separat betrachtet zeigten Lungenfunktions-Parameter fast keine Veränderung, jedoch verbesserten sich ACQ5 und ACQ6 als Scores für Symptome und Bedarfs-Medikamente ständig. Mit ACQ5 und ACQ6 wurden prozentual mehr Patienten als "kontrolliert" eingestuft als mit ACQ7-Scores. Subgruppenanalysen zeigten keine signifikanten Unterschiede. Nur waren Frauen durchgehend besser kontrolliert als Männer, von Hausärzten betreute Patienten tendenziell, nicht signifikant schlechter kontrolliert.

Diskussion

FEV1-Selbstmessungen sind durchführbar, aber in gemeinsamer Betrachtung unserer mit den Ergebnissen vorliegender Vorstudien bei Verwendung des ACQ nicht notwendig, da dieser symptomdominierte Fragebogen durch lungenfunktions-bezogene Items wenig beeinflusst wird. Unsere Ergebnisse unterstützen die Empfehlung der „Global Initiative for Asthma“ (GINA), Symptome und Lungenfunktion gesondert zu betrachten. Der ACQ7 mit Lungenfunktion scheint interessant für die klinische Forschung zu sein, nicht aber für die langfristige Überwachung der Asthmakontrolle in der Primärversorgung.



15:00 - 16:30

Raum: 23.01 HS 3C

IV-VT9

Hot topics in primary care: international perspective II

Moderation: Jeanet Blom, Eefje de Bont

IV-VT9 | 1

General practitioners' use of D-dimer in venous thrombo-embolic events: cohort study in one geographical region in The Netherlands

A. Schols¹, E. Meijls¹, G. Dinant¹, M. Krekels², J. Cals¹

¹ Maastricht University, Maastricht Niederlande; ² Zuyderland Medical Centre, Sittard Niederlande

Hintergrund

Diagnosing thrombo-embolic events (VTE) -deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE)- is a challenge in general practice. Combining a D-dimer test and clinical-decision rule is advocated, yet robust and accurate D-dimer point-of-care tests (POCTs) are not yet available. The actual use of routine laboratory D-dimer testing by general practitioners (GPs) might provide useful insights into the necessity and practical implementation of a future D-dimer POCT.

Fragestellung

How many GP-referred VTEs are diagnosed during one year in one geographical region and what was the role of laboratory D-dimer testing in those referred with suspicion of VTE?

Methoden

We analysed all patients -in a region with approximately 150,000 inhabitants- in whom either the GP determined a D-dimer value and/or who had a diagnostic work-up for suspected VTE in a non-academic hospital in 2015.

Ergebnisse

A total of 148 DVTs and PEs were diagnosed in hospital. GPs urgently referred 470 patients to secondary care, of which 31.3% had a VTE. Of those referred based on clinical assessment only 73.8% (96/130) had a DVT or PE and after D-dimer testing 15.5% (51/340). GPs requested 821 laboratory D-dimer tests. Applying age-adjusted cut-off values in patients ≥ 50 years, decreased the number of abnormal D-dimer values with 18.5%, without missing any VTE.

Diskussion

GPs have a high detection rate for VTE in patients directly referred to secondary care. Although the D-dimer test contributes significantly to the diagnostic work-up of VTE, the implementation of a D-dimer POCT in family practice needs careful consideration, as GPs infrequently use D-dimer in daily practice.



IV-VT9 | 2

An illness-focussed interactive booklet to optimise management and medication for childhood fever and infections in out-of-hours general practice: a cluster randomised trial

E. de Bont¹, G. Dinant¹, G. Elshout², G. van Wel³, N. Francis⁴, B. Winkens⁵, J. Cals¹

¹ Maastricht University, CAPHRI, Family Medicine, Maastricht Niederlande; ² Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, Family Medicine, Rotterdam Niederlande; ³ Maastricht University Medical Center (MUMC+), Department of Paediatrics, Maastricht Niederlande; ⁴ Cardiff University, Division of Population Medicine, School of Medicine, Cardiff Vereinigtes Königreich; ⁵ Maastricht University, CAPHRI, Department of Methodology and Statistics, Maastricht Niederlande

Hintergrund

Fever in children is common and most often caused by self-limiting infections. However, antibiotic prescriptions remain high.

Fragestellung

What is the effect of an illness-focussed interactive booklet on management antibiotic prescriptions, (intention to) (re-)consultations, parental satisfaction, and self-reported adverse events) of children presenting with fever at out-of-hours general practice?

Methoden

A multicentre, two armed cluster RCT at 20 GP out-of-hours centres among children <12 years with fever. GPs working at intervention sites had access to an illness-focussed interactive booklet. Statistical analysis was based on intention to treat principle using multilevel analyses.

Ergebnisse

25355 children were included by 3518 GPs. 25.4% of children in the control group received antibiotics. GP use of the booklet reduced antibiotic prescribing during index consultation (OR 0.83, 95% CI 0.74-0.94, 3.3% reduction, ICC 0.002) and 2-week follow-up (OR 0.85, 95%CI 0.75-0.96). The booklet was handed out in 28.5% (3407/11945) of the consultations in the access to booklet group. GP access to booklet did not result in a significant difference in antibiotic prescriptions (OR 0.89, 95%CI 0.79-1.02). Children managed by GPs with access to the booklet and actual use of the booklet were less likely to receive any drug prescription. Parents who consulted a GP with access to the booklet showed a reduced intention to reconsult (OR 0.55, 95% CI 0.35-0.85, 8.8% reduction).

Diskussion

GP use of an illness-focussed interactive booklet in fever-related consultations in out-of-hours general practice reduces antibiotic prescribing and overall medication prescriptions, without affecting satisfaction with care and parents being less inclined to consult for future similar illnesses.



IV-VT9 | 3

Functional task exercise and physical therapy as prevention of functional decline in community dwelling older people.

J. Blom¹, P. Siemonsma², H. Hofstetter², A. van Hesper², J. Gussekloo¹, Y. Drewes¹, N. van Meeteren³

¹ Leiden University Medical Center, Leiden Niederlande; ² TNO Healthy Living, Leiden Niederlande; ³ Maastricht University, Maastricht Niederlande

Hintergrund

A physically active lifestyle in older people contributes to the preservation of good health.

Fragestellung

What is the effect of physiotherapy on daily functioning among community dwelling older people with complex health problems identified with screening, vs care as usual. In addition, we compare functional task exercise (FTE), (problems prioritized by older people, trained in own home environment), vs usual preventive physical therapy (PPT).

Methoden

Participants: Community-dwelling persons 75+ years with daily activity limitations, in 83 general practices (n=155).

Both intervention groups (FTE, n=76; PPT, n=79) received individual, 30 minute treatments. An observational group (OG) (n=228) did not get any experimental intervention offered.

Measurements: Groningen Activities for Daily Living Restriction Scale (GARS).

Ergebnisse

At baseline, 74 percent of the intervention trial group was female vs 79% in the observational group (p=0.761). Median ages were 83.6 and 84.8 respectively (p=0.560).

The median baseline GARS-score for the OG was 41.0 (Interquartile Range (IQR): 35.0; 48.0) and 40.0 (IQR: 32.3; 46.0) for the intervention group. The mean change over time was 3.3 (2.5; 4.1) for the OG. Differences in change over time between the intervention trial and the OG were statistically significant, with mean difference in change of GARS score of -2.5 (95%CI: -4.3; -0.6) (p= .009).

No statistically significant difference was observed between FTE and PPT: difference in change was 0.4 (95% CI: -3.5; 2.8, p = 0.795).

Diskussion

An exercise intervention led by physiotherapists may slow down decline in self-reported daily functioning in older persons with daily activity limitations, identified by pro-active case finding.



IV-VT9 | 4

Effectiveness and cost-effectiveness of proactive and multidisciplinary integrated care for older people with complex problems in general practice. An Individual Participant Data meta-analysis.

J. Blom¹, W. van Den Hout¹, W. Den Elzen¹, Y. Drewes¹, N. Bleijenberg², I. Fabbri³, D. Jansen⁴, R. Kempen⁵, R. Koopmans⁶, W. Looman³, R. Melis⁶, S. Metzelthin⁵, E. Moll van Charante⁷, M. Muntinga⁴, M. Numans¹, F. Ruikes⁶, S. Spoorenberg^{1,8}, T. Stijnen¹, J. Suijker⁷, N. de Wit², K. Wynia⁸, A. Wind¹, J. Gussekloo¹

¹ Leiden University Medical Center, Leiden Niederlande; ² University Medical Center Utrecht, Utrecht Niederlande; ³ Erasmus University Rotterdam, Rotterdam Niederlande; ⁴ VU University Medical Center, Amsterdam Niederlande; ⁵ Maastricht University, Maastricht Niederlande; ⁶ Radboud University Nijmegen Medical Center, Nijmegen, Nijmegen Niederlande; ⁷ Amsterdam Medical Center, Amsterdam Niederlande; ⁸ University Medical Center Groningen, Groningen Niederlande

Hintergrund

Supporting older people with several healthcare needs in sustaining adequate functioning and independence puts a major challenge on the healthcare system. Proactive approaches are needed.

Fragestellung

This study summarizes the (cost-)effectiveness of eight proactive, multidisciplinary, integrated care programs for older people in primary care in The Netherlands.

Methoden

Individual Patient Data meta-analysis of 8 clinical controlled trials performed.

Interventions: identification of older people with complex problems with a multidisciplinary, integrated care program for those identified in primary care.

Primary outcome: ADL (change on Katz-15-scale, baseline to 12 months).

Secondary outcomes: QoL (VAS 0-10), psychological (mental wellbeing scale RAND-36) and social wellbeing (single item, RAND-36), QALY (EQ-5D-3L), healthcare utilization and cost-effectiveness.

Ergebnisse

In total, 8,678 participants were included, with 5,496 (63.3%) women and a median age of 80.5 years (Inter Quartile Range 75.3; 85.7). The pooled difference in change on the modified Katz-15-scale between the intervention and control groups was -0.01 (95% Confidence Interval (CI) -0.10;0.08). No significant differences were found for the other patient outcomes and in subgroup analyses. Intervention costs were on average € 527 per person and total health care costs were higher in the intervention group than in the control group (€ 911 per person, 95% CI: € 408; € 1414). The probability of the intervention group to be cost-effective compared to usual care was less than 5%. Design: Individual Patient Data meta-analysis of 8 clinical controlled trials performed.

Diskussion

Strategies for identification of frail older people combined with a proactive, integrated care intervention was not (cost-)effective compared to usual care after 12 months.



IV-VT9 | 5

Medicationreview in primary care for patients with polypharmacy results in 30% changes in prescriptions and a stable quality of life.

D. Bosch-Lenders¹, M. van Den Akker^{1,2}, J. Stoffers¹

¹ Maastricht University, CAPRHI, Department Family Medicine, Maastricht Niederlande; ² Katholieke Universiteit Leuven, Academic Center of General Practice, Leuven Belgien

Hintergrund

Background

Multifaceted interventions are necessary to optimize the medication profile of patients with polypharmacy. In the PIL-study (Polypharmacy Intervention Limburg) general practitioner, pharmacist, medical specialist, practice nurse and patient closely collaborate in performing medication reviews. In this presentation we answer to the following questions:

Fragestellung

Research Questions:

1. Do medication reviews result in changes in medication prescriptions and dosages?
2. Does patients' better quality of life increase after medication review?

Methoden

Methods

The PIL- study is a cluster randomised clinical trial (RCT), using stepped wedge design, in 24 general practice centres and 17 associated pharmacies involving 751 patients. Data collected at baseline and after 1 year follow up are analysed. We collected data through questionnaires directly from the patients, and medication lists from the GP and pharmacists, and registration of medication review advise of the GP and pharmacist in collaboration with involved specialists.

Ergebnisse

Results

At baseline 751 patients used 5990 prescribed medications (mean 7.98 per patient). After 1 year follow up, 601 patients still used 4360 medications with a mean of 7.25. The intervention resulted in 1857 changes in medication prescriptions, 799 (13.3%) were stopped, 482 (8.0%) changed in dosages, 399 (6.1%) newly started medications and 237 (4.3%) restarted medication. During follow up time, we recorded a total of 3015 changes. Quality of life of the patients during the study remained stable.

Diskussion

Conclusion

Although GP's had the feeling they made few changes, 30% of all prescribed medications were changed during intervention.



15:00 - 16:30

Raum: 23.01 HS 3B

IV-Symp3

Symposium 3: John Berger und sein Buch „Die Geschichte eines Landarztes“

Moderation: Heinz-Harald Abholz, Stefan Wilm, Vera Kalitzkus

IV-Symp3 | Symposium 3

Symposium: John Berger und sein Buch „Die Geschichte eines Landarztes“

H. - H. Abholz, S. Wilm, V. Kalitzkus

Heinrich Heine Universität Düsseldorf Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Düsseldorf

1. Namen der Moderierenden sowie der Vortragenden

Moderation: Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz Prof. Dr. med. Stefan Wilm

Vortragende: Dr. disc.pol. Vera Kalitzkus Prof. Dr. med. Wolfgang Uter Dr. Hans Balmes Dr. med. Jana Husemann

Hintergrund

1967, genau vor 50 Jahren wurde erstmals das Buch „Die Geschichte eines Landarztes“ in der englischen Originalfassung von John Berger und Jean Mohr (Fotos) veröffentlicht. Es hat Generationen von Ärztinnen/Ärzten zur Reflexion über ärztliche Haltungen und Grundwerte inspiriert. Wir nehmen den 50. Jahrestag der Veröffentlichung zum Anlass, den Autor, Kunst- und Gesellschaftskritiker John Berger, der mit 90 Jahren am 2. Januar dieses Jahres verstorben ist, zu ehren und sein für uns bedeutendes Werk zu diskutieren.

Ziele

Was bedeutet das, was John Berger bei dem General Practitioner Sassal beobachtet hat und was ihn selbst zu einem „Idealbild“ eines GP gebracht hat? Was hat es mit unserer Hausarztperspektive zu tun? Welche Werte könn(t)en und soll(t)en heute noch wirksam sein? Wie sind diese im heutigen hausärztlichen Alltag mit seinem gesellschaftlichen Kontext umzusetzen?

Überblick über Einzelvorträge

1. Die Geschichte eines Landarztes – Buchvorstellung (Vera Kalitzkus)
2. „Ein Projekt, von dem ich so viel wie kaum sonst ‚für's Leben‘ gelernt habe“ – Die Erfahrung des Übersetzers ins Deutsche (Wolfgang Uter)
3. Begegnung mit John Berger – Einblicke in Person und Werk vom langjährigen Freund und Hauptübersetzer seiner Bücher (Hans Balmes)
4. Im Dialog mit der „Geschichte eines Landarztes“ – Die Stimme einer Hausärztin der jungen Generation (Jana Husemann)

Diskussion

In einer Buchrezension haben wir „Die Geschichte eines Landarztes“ detaillierter vorgestellt (Kalitzkus/Abholz Z Allg Med 2017; 93/3). Das Symposium soll im Wechselspiel von Bildern und Worten Möglichkeiten zur kontroversen Diskussion der von uns vertretenen Sicht geben.



IV-Symp3 | 1

Die Geschichte eines Landarztes – Vorstellung des Buches und seiner Kernaussagen

V. Kalitzkus

Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Düsseldorf

Hintergrund:

In den 1960er Jahren führten John Berger und der Fotograf Jean Mohr für sechs Wochen eine teilnehmende Beobachtung bei einem englischen Landarzt durch. Sie begleiteten den Arzt rund um die Uhr und waren – mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten – auch bei den Konsultationen oder Hausbesuchen dabei. Diese Betrachtungen resultierte in einem Buch das 1967 unter dem Titel „A fortunate man. The story of a country doctor“ veröffentlicht wurde. Das Buch ist aber nicht nur das Portrait eines Landarztes, sondern noch viel mehr! Denn es behandelt Aspekte, die grundlegend sind für ärztliche Haltung, ärztlichen Ethos und ganz generell für den Umgang mit Krankheit und Leid als menschliches Existential. Dazu lebt es von den einfühlsamen Fotografien Jean Mohrs. Die beiden Autoren geben so einen eindrücklichen Einblick in Person und Handlungsweise dieses Arztes und stellen darüber hinaus Fragen, die sich grundlegend für ärztliches Handeln und Arztsein stellen – auch heute noch.

Ziele:

Vorstellung des Buches und seiner Kernaussagen in Wort und Bild als Grundlage für die Diskussion.

Kurzvorstellung der Vortragenden:

Vera Kalitzkus ist *medical anthropologist* und Forscherin mit Schwerpunkt auf qualitativen Forschungsmethoden. Ihre thematischen Schwerpunkte sind die Familienmedizin und die Narrative Medizin.



IV-Symp3 | 2

Ein Projekt, von dem ich so viel wie kaum sonst ‚für’s Leben‘ gelernt habe – Die Erfahrung des Übersetzers des Buches ins Deutsche

W. Uter

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Medizininformatik, Biometrie und Epidemiologie (IMBE), Erlangen

Hintergrund:

- Lesen des Buches im englischen Original im Sommer 1985. Beeindruckt von der Plastizität der Sprache und Tiefe der persönlichen und gesellschaftlichen Analyse. Wunsch, es im deutschsprachigen Raum zugänglich zu machen – primär ging es um eine deutschsprachige Kommilitonin.
- Beginn der Übersetzung des Buches im Jahre 1986 zu einer ersten Version, die vergeblich drei Verlagen angeboten worden war. Wiederaufnahme 1992, mit der Ehefrau als Ermunterin, DiskutantIn und KorrektorIn; schließlich 1999 Annahme des Textes beim Hanser Verlag.
- Zur Zeit der ersten Lektüre Student im praktischen Jahr, später als Assistent in der dermatologischen Ausbildung tätig.
- Nachhaltig geprägt haben mich in meiner ärztlichen Tätigkeit folgende Aspekte: Die Bedeutung der genauen Beobachtung, die hellsichtige Charakterisierung partnerschaftlicher, familiärer und sozialer Bezüge, die Theorie über das Zeitempfinden von Kranken, das Problem der objektiven Bewertbarkeit der ärztlichen Tätigkeit.

Ziele:

Kurze Darstellung der Entstehungsgeschichte der Übersetzung. Beschreibung, was die intensive Auseinandersetzung mit dem Buch dem Übersetzer als Arzt, aber auch im Alltag, gebracht hat.

Kurzvorstellung des Vortragenden:

Prof. Dr. med. Wolfgang Uter ist Dermatologe und seit 2001 als Epidemiologe an der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg tätig. Das Medizinstudium erfolgte 1978 – 1986 in Göttingen, jedoch verbrachte er das erste Tertial des „praktischen Jahres“ in London, wo er in Kontakt mit dem Buch kam.



IV-Symp3 | 3

Über John Berger – Einblicke in Person und Werk vom Hauptübersetzer seiner Bücher und langjährigem Freund

H. Balmes

S.FISCHER Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Hintergrund:

Hans Jürgen Balmes hat seit über 20 Jahren Kontakt mit John Berger als Übersetzer seiner Bücher ins Deutsche. Darüber entstand eine Vertrautheit mit seiner vielfältigen Sprache. Je mehr man an seinen Essays, Erzählungen und Gedichten arbeitet, desto schwerer fällt die Unterscheidung, zu welchem Genre ein bestimmter Text gehört – Zeigen und Sagen bilden eine Einheit.

Die „Geschichte eines Landarztes“ nimmt nicht nur im Gesamtwerk aufgrund der intensiven Bezüge zwischen Bild und Text eine besondere Position ein. Der Fotograf Jean Mohr und John Berger arbeiteten das erste Mal in dieser Form zusammen und schufen damit ein neues Genre der essayistischen Bildreportage. Es sollten weitere Arbeiten folgen.

John Bergers Hauptaugenmerk gehörte der Begegnung mit der gelebten Erfahrung eines Menschen – in ihrer sinnlichen Situation, aber auch in ihrem geschichtlichen Moment.

An dem Arzt John Sassall beeindruckte ihn die Aufmerksamkeit, Würde und Fürsorge: Sassall wurde für ihn zu einem exemplarischen „Menschen“ – nicht ohne Brüche, Müdigkeiten und Fehler, aber er sah in ihm einen glücklichen Menschen, „A Fortunate Man“ (so der Originaltitel). Sassall als Literaturfigur ist so der typische Held in John Bergers Texten.

Ziele:

Vorstellung der Person John Bergers und seines Wirkens; Erläuterung der Stellung der „Geschichte eines Landarztes“ in seinem Gesamtwerk.

Kurzvorstellung des Vortragenden:

Hans Jürgen Balmes, M.A., Studium der Allgemeinen und Vergleichenden Literaturwissenschaft, Germanistik und Anglistik in Bonn; seit 1987 Lektor, Übersetzer und Publizist. Seit 1999 Programmleiter für internationale Literatur im S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main. Er übersetzte zahlreiche Bücher von John Berger und war über 20 Jahre mit ihm befreundet.



IV-Symp3 | 4

Im Dialog mit der „Geschichte eines Landarztes“ – Die Stimme einer Hausärztin der jungen Generation

J. Husemann

Praxis am Hein-Köllisch Platz, Hamburg

Hintergrund:

- Vor 50 Jahren Sassal – Letzter Landarzt oder Arzt der Zukunft?
- Die Zukunft ist heute: Veränderung des Gesundheitssystems, der Patientinnen und Patienten, der Ärztinnen und Ärzte und ihrer Einstellung. Was aber ist heute noch wichtig von den Beobachtungen John Bergers?
- Auseinandersetzung mit den Kernaussagen

Ziele:

Was hat das Buch einer Vertreterin der jungen Allgemeinmedizin heute noch zu sagen? Einblick in die Praxis einer jungen Hausärztin.

Kurzbildung der Vortragenden:

Dr.med. Jana Husemann, Fachärztin für Allgemeinmedizin, ist seit 2015 niedergelassen in einer großstädtischen Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin. Sie ist im Vorstand des Hausärzteverbands Hamburg, Mitglied in der DEGAM, bei MEZIS (Initiative unbestechlicher Ärztinnen und Ärzte) und der Vertreterversammlung der KV Hamburg, sowie im Vorstand der JADE (Junge Allgemeinmedizin Deutschland) engagiert.



15:00 - 16:30

Raum: 23.02.U1 24

IV-WS23

Workshop: Concepts and tools to enhance shared decision making in primary care. From simplicity to complexity and back.

Moderation: Trudy van der Weijden

IV-WS23 | 1

Concepts and tools to enhance shared decision making in primary care. From simplicity to complexity and back.

T. van der Weijden

Maastricht University, Dept Fam Med, maastricht Nederlande

Hintergrund

In the Netherlands various tools have been developed to facilitate shared decision making (SDM), e.g.: 1) National guidance for the content of patient versions of guidelines and patient decision aids (PtDAs), ideally developed in conjunction with clinical practice guidelines (CPGs). This guidance fits the already existing national guidance on developing CPGs, which promotes the SDM model and the GRADE method as leading principle in recommendations on preference sensitive decisions. 2) PtDAs for use during consultations, the so-called "Consultation Cards". 3) The "Ask3Questions" campaign to provoke SDM conversations. 4) Interprofessional teams providing complex care, e.g. in elderly care or for patients with multimorbidity, merge the goal setting model with the SDM model. Graphical tools have been developed to support goal talk, based on the *WHO-ICF*.

Zielgruppe

Clinicians interested in implementation of shared decision making, no specific experience needed

Didaktische Methode

Plenary presentation on innovative concepts and tools using patient cases, followed by critical questions to the audience. Small group discussions on the questions, finalised with plenary discussion based on questions from the audience, wrap up and conclusions.

Ziele

Create awareness on: 1) the concept of SDM, 2) innovative implementation strategies for SDM in the Netherlands, 3) the simplicity and complexity of implementation of SDM in daily practice.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

25?

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Trudy van der Weijden was trained as a medical doctor and certified as epidemiologist. In 2010, she was appointed as full professor in Implementation of Guidelines and SDM. Her research is about patient perspectives and patient participation in collective and individual medical decision making.



15:00 - 16:30

Raum: 23.02.U1 22

IV-WS24

Workshop: "Writing for Publication – Meet the Editors for Tips and Tricks!". A Workshop by the Editors-in-Chief of the European Journal of General Practice and the Journal of Clinical Epidemiology.

Moderation: André Knottnerus, Jelle Stoffers

IV-WS24 | 1

"Writing for Publication – Meet the Editors for Tips and Tricks!". A Workshop by the Editors-in-Chief of the European Journal of General Practice and the Journal of Clinical Epidemiology.

J. Stoffers, A. Knottnerus

Maastricht University, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), Department of Family Medicine/General Practice, Maastricht Nederlande

Hintergrund

Peer reviewed medical journals are important media for the publication of articles relevant to Primary Health Care and General Practice/Family Medicine. They are the means to disseminate original research results and educational information, discuss available evidence and share experiences. However, many colleagues find writing and submitting a scientific paper a challenge.

Zielgruppe

Our intended audience is interested in research or medical writing and wants to improve their writing and submission skills. More experienced authors are welcome to join this workshop to share their experiences

Didaktische Methode

The workshop has the format of a highly interactive session. It focuses on the preparation and submission of research papers. Topics that can be discussed are: basic structure, language and presentation of research papers; common errors; an adequate Abstract; an informative Title; a convincing Cover Letter; dealing with reviewers and editors; choosing the right journal; impact factors; open access journals; authorship; potential conflicts of interest; or other questions you may have.

Ziele

After the workshop, participants will have expanded their knowledge and will have received practical advice ("tips & tricks") on how to prepare a manuscript for publication in a peer-reviewed medical journal.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

10-40?

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Jelle Stoffers is Associate Professor of General Practice at Maastricht University, general practitioner (GP) at Medisch Centrum West Kerkrade, and the Editor-in-Chief of the European Journal of General Practice.

André Knottnerus is Professor of General Practice at Maastricht University, and the Editor-in-Chief of the Journal of Clinical Epidemiology. He just retired as Chair of the Scientific Council of Government Policy in The Hague.



15:00 - 16:30

Raum: 23.31.U1 66

IV-WS25

Workshop: „Warum sind Sie denn depressiv? Draußen scheint doch die Sonne...“Kommunikative Strategien für einen wertschätzenden Umgang mit gängigen psychischen Störungen in der Hausarztpraxis.

Moderation: Arthur Schall, Valentina Tesky

IV-WS25 | 1

„Warum sind Sie denn depressiv? Draußen scheint doch die Sonne...“Kommunikative Strategien für einen wertschätzenden Umgang mit gängigen psychischen Störungen in der Hausarztpraxis.

V. Tesky, A. Schall

Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität, Arbeitsbereich Altersmedizin, Frankfurt

Hintergrund

In Deutschland leiden ca. 28 % der Bevölkerung unter psychischen Störungen. Allein 6,2 Millionen Menschen erkranken im Verlauf eines Jahres an einer Depression, dazu kommen Angststörungen, Schizophrenie, bei älteren Menschen vermehrt Demenzerkrankungen. Ein Großteil der Betroffenen sucht erste Hilfe beim Hausarzt. Die Kommunikation mit solchen Patienten stellt angesichts des komplexen Krankheitsbildes eine Herausforderung dar, denn aufgrund ihrer Erkrankung zeigen diese Menschen sehr spezielle kommunikative Verhaltensweisen: So neigen an Depression erkrankte Menschen meist dazu, im Gespräch ausführlich ihr Leid zu klagen, Patienten mit einer Psychose unterstellen dem Gesprächspartner häufig schlechte Absichten, während Menschen mit einer Demenz komplexe Satzstrukturen nicht mehr verstehen. Gerade in einer Hausarztpraxis ist es für eine adäquate Patientenkommunikation wichtig, die individuellen kommunikativen Besonderheiten der Patienten zu berücksichtigen.

Zielgruppe

Der Workshop richtet sich an alle interessierten Teilnehmer/Innen des Kongresses.

Didaktische Methode

Die im Rahmen des Workshops verwendeten didaktischen Methoden sind Vortrag, Fallbeispiele, Gruppenarbeit und Metaplan-Technik.

Ziele

Das Ziel des interaktiven Workshops ist eine prägnante Darstellung der multikausalen Ursachen der gängigsten psychischen Erkrankungen in einer Hausarztpraxis. Strategien für einen wertschätzenden Umgang mit psychisch kranken Menschen (und teilweise auch deren Angehörigen) werden gemeinsam erarbeitet. Dabei wird auch besprochen, wie die Kommunikation und die eigene Abgrenzung gelingen können.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

Für die Durchführung des interaktiven Workshops sind max. 20 Personen ideal.

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Dr. Valentina Tesky und Diplom-Psychologe Arthur Schall sind wissenschaftliche Mitarbeiter des Arbeitsbereichs Altersmedizin am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt. Ihren wissenschaftlichen Schwerpunkt bilden präventive Interventionen gegen geistige Leistungseinbußen im Alter, psychosoziale Interventionen für Menschen mit Demenz und kommunikative Trainings für Angehörige von Menschen mit Demenz.



15:00 - 16:30

Raum: 23.32.01 43

IV-WS26

Workshop: Forschungspraxen-Netze in der Allgemeinmedizin – Förderung, Aufbau und Erhaltung

Moderation: Ildikó Gágyor, Jutta Bleidorn, Johannes Hauswaldt

IV-WS26 | 1

Forschungspraxen-Netze in der Allgemeinmedizin – Förderung, Aufbau und Erhaltung

I. Gágyor¹, J. Hauswaldt¹, H. Schneider-Rudt¹, K. Mergentha², J. Bleidorn³

¹ Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin, Göttingen; ² Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; ³ Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover

Hintergrund

Forschungspraxen-Netze sind Grundpfeiler von Forschung in der hausärztlichen Versorgung. Deutschlandweit gibt es eine wachsende Zahl von forschungsaktiven Praxen-Netzen, die überwiegend an Instituten für Allgemeinmedizin der Universitäten aufgebaut werden. Gab es bisher für den Aufbau von einer solchen Forschungsinfrastruktur keine Finanzierung, wird im Masterplan 2020 die Förderung einer „nachhaltigen Netzwerkstruktur von Forschungspraxen“ durch das BMBF angekündigt. In Anbetracht dieser Veränderungen sollten Erfahrungen über Aufbau, Erhalt und Aktivitäten in Forschungspraxen-Netzen ausgetauscht werden, um bestehende Strukturen zu stärken, neue aufzubauen und Kooperationen zu fördern.

Zielgruppe

Wissenschaftler, Hausärzte und Medizinische Fachangestellte sowie Studienassistentinnen, die Interesse an Förderung, Aufbau und Erhaltung von Forschungspraxen-Netzen haben.

Didaktische Methode

- Begrüßung
- Impulsvorträge:
 - a. Stand der Entwicklung von Forschungspraxen-Netzen in Deutschland
 - b. Wir sind Forschungspraxis – Erfahrungen und Wünsche aus Sicht des Hausarztes
 - c. „Da schaut mir Eine auf die Finger“ – Studienassistentinnen kommen in die Praxis
 - d. Ausblick Masterplan 2020, Förderung
- Diskussion über Infrastruktur, Koordinationsstruktur von Forschungspraxen-Netzen und Formen fortlaufender Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Zentren.

Ziele

In diesem Workshop werden die Teilnehmer über den aktuellen Stand der Entwicklung von Forschungspraxen-Netzen, Fördermöglichkeiten, Vernetzungsmöglichkeiten und potentielle Zusammenarbeit sich informieren und austauschen. Es sollen Formen und Intensität einer weiteren Zusammenarbeit diskutiert werden.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20-30

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Ildikó Gágyor, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Allgemeinmedizin UMG und Fachärztin für Allgemeinmedizin

Jutta Bleidorn, wissenschaftliche Mitarbeiterin der Allgemeinmedizin der MHH und Fachärztin für Allgemeinmedizin

Johannes Hauswaldt, Hausarzt niedergelassen seit 25 Jahren, wissenschaftlicher Mitarbeiter Allgemeinmedizin UMG



15:00 - 16:30

Raum: 23.32.01 41

IV-WS27

**Workshop: Kontaminieren finanzielle Anreizsystem die Arzt-Patienten-Beziehung?
Eine ethische Analyse am Beispiel der Hausarztzentrierten Versorgung**

Moderation: Wolfram Nagel

IV-WS27 | 1

Kontaminieren finanzielle Anreizsystem die Arzt-Patienten-Beziehung? Eine ethische Analyse am Beispiel der Hausarztzentrierten Versorgung

W. Nagel

Uni Oldenburg, Lehrstuhl für Allgemeinmedizin, Oldenburg

Hintergrund

In Zeiten zunehmender Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen werden zunehmend Lösungsansätze in der Ökonomie gesucht. So sollen z.B. finanzielle Anreizsysteme nicht nur das Verhalten der Patienten steuern, sondern auch erwünschtes Verhalten der Ärzte begünstigen. In dem Workshop sollen die Auswirkungen finanzieller Anreizsysteme auf die Arzt-Patienten-Beziehung und das Arztethos untersucht werden.

Zielgruppe

Hausärzte, Studierende, Politiker, Berufsfunktionäre

Didaktische Methode

Ein typisches finanzielles Anreizsystem stellt die „Hausarztzentrierten Versorgung“ nach § 73 b SGB V dar. Dieses Anreizsystem wird anhand der gängigen Ethiktheorien untersucht. Dabei werden zunächst die „Ethischen Prinzipien“ von Beauchamp und Childress als normativer Maßstab angewendet. Danach wird die Versorgungsform tugendethisch untersucht, um zuletzt auch unter konsequentialistischen Gesichtspunkten die Auswirkungen auf das Arztethos und die Arzt-Patienten-Beziehung zu erhellen.

Anhand der Hausarztzentrierten Versorgung kann stellvertretend gezeigt werden, dass finanzielle Anreizsysteme einen starken Einfluss auf das Berufsethos selber und die Arzt-Patienten-Beziehung im Besonderen haben. Es gibt für den Hausarzt unterschiedliche Weisen, mit der hausarztzentrierten Versorgung umzugehen. An diesen unterschiedlichen Verhaltensweisen entscheidet sich auch die Auswirkung auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Auswirkungen können ethisch bewertet werden.

Ziele

Wie Habermas mahnte, dass das „System“ die „Lebenswelt“ zerstört, haben finanzielle Anreizsysteme das Potenzial, die Arzt-Patienten-Beziehung zu verändern, vielleicht auch zu zerstören. Der Zwitter zwischen professioneller Service-Beziehung und persönlicher Beziehung im Nahbereich des Patienten kann nur bei ausgereiften Arztpersönlichkeiten gelingen. Die Konditionen für ökonomische Aspekte im Gesundheitswesen müssen von Ärzten gesetzt werden. Ökonomie, Politik und Verwaltung dürfen allenfalls beratende Funktion haben. Andernfalls wäre die heilsame Arzt-Patienten-Beziehung, möglicherweise der freie Arztberuf in Gefahr.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Hausarzt in Gemeinschaftspraxis

Lehrbeauftragter European Medical School Oldenburg-Groningen

Master of Applied Ethics



15:00 - 16:30

Raum: 23.32.U1 47

IV-WS28

Workshop: DEGAM-Leitlinien: Was ist neu?

Moderation: Martin Beyer, Anne Barzel, Martin Scherer, Cathleen Muche-Borowski

IV-WS28 | 1

DEGAM-Leitlinien: Was ist neu?

M. Beyer¹, A. Barzel², M. Scherer², C. Muche-Borowski²

¹ Goethe-Univ. Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt; ² Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Allgemeinmedizin, Hamburg

Hintergrund

Auf dem DEGAM-Kongreß werden jährlich die Ergebnisse der Leitlinienarbeit präsentiert. Da diese Arbeit inzwischen sehr vielfältig ist, ist eine jährliche Bilanz für die Kongreßteilnehmer notwendig.

Zielgruppe

Alle DEGAM-Mitglieder - insbesondere die praktizierenden Hausärzte, die diese in der Praxis anwenden.

Didaktische Methode

- Kurzpräsentation verabschiedeter Leitlinien (LL)
- Diskussion der Empfehlungen und zukünftigen Bedarfes

Ziele

Verbreitung neuer Leitlinienempfehlungen, Bedarfsanalyse.

Präsentiert werden voraussichtlich die Inhalte aus:

- LL Nackenschmerz
 - LL Kardiovaskuläre Prävention
 - LL Geriatrisches Assessment (mit Leitliniengruppe Hessen)
 - LL Müdigkeit
 - LL Über-/Unterversorgung
 - Praxisempfehlungen zur S3-LL Insomnie
 - LL 'Pflegerische Angehörige'
- sowie ein Beitrag der AG 'Implementierung' der SLK

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

hängt von Zahl der Parallelveranstaltungen ab, gewünscht > 30

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Die vier Veranstalter bilden das Sprechergremium der Ständigen Leitlinienkonferenz (SLK) der DEGAM



15:00 - 16:30

Raum: 23.32.00 52

IV-WS29

Workshop: Ideen zur Arbeitsentlastung der Primärversorgung

Moderation: Uwe Popert

IV-WS29 | 1

Ideen zur Arbeitsentlastung der Primärversorgung

U. Popert

Georg-August-Universität Göttingen, Abteilung Allgemeinmedizin, Göttingen

Hintergrund

Problem: bis 2025 werden mehr als die Hälfte der bisherigen HausärztInnen in Rente gehen – mit allen bisherigen Maßnahmen (insbes. vermehrte Tätigkeit nichtärztlicher MitarbeiterInnen, vermehrte und verbesserte Angebote für Weiterbildung und Quereinstieg) wird aber wahrscheinlich etwa die Hälfte der wegfallenden Arbeitskraft nicht ersetzt werden können und insbesondere ländliche Bereiche nur noch durch Notdienste versorgt werden können. Alternativ könnte die hausärztliche Versorgung durch überregionale strukturelle Maßnahmen und Priorisierung entlastet werden. Dafür gibt es bisher keine ausreichenden Modelle.

Zielgruppe

HausärztInnen, medizinische Fachangestellte, ÄrztInnen in Weiterbildung, Politiker, Kassenmitarbeiter

Didaktische Methode

Kurzvortrag, Gruppenarbeit

Ziele

Erstellung von Grundlagen für ein DEGAM-Papier

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

5 bis 50 TeilnehmerInnen (ggf. in Arbeitsgruppen)

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Uwe Popert, seit 1990 als Hausarzt in eigener Praxis in Kassel niedergelassen. Sprecher der Sektion Versorgung der DEGAM.



15:00 - 16:30

Raum: 23.32.U1 21

IV-WS30

Workshop: Fehlerberichts- und Lernsysteme in der ambulanten Versorgung – vom Papiertiger zum wertvollen Werkzeug

Moderation: Beate S. Müller, Marina Buchmann, Dagmar Lüttel

IV-WS30 | 1

Fehlerberichts- und Lernsysteme in der ambulanten Versorgung – vom Papiertiger zum wertvollen Werkzeug

B. S. Müller¹, M. Buchmann², D. Lüttel³

¹ Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; ² Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Patientensicherheit, Dortmund; ³ Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Berlin

Hintergrund

Die aktive Teilnahme an einem Fehlerberichts- und Lernsystem (CIRS) gilt als eines der wichtigsten Elemente des Fehler- und Risikomanagements für ambulante Arztpraxen und wird daher auch vom Gesetzgeber gefordert. Die reine Bereitstellung eines CIRS reicht erfahrungsgemäß nicht aus, es werden flankierende Maßnahmen benötigt, damit CIRS und strukturiertes Fehlermanagement in der Praxis umgesetzt und gelebt wird. Im „Projekt zur Fortentwicklung von Fehlerberichts- und Lernsystemen für die ambulante Versorgung zu einem implementierungsreifen System (CIRSForte)“ wird ein entsprechendes Konzept erarbeitet, das ab 2018 in einer Implementierungsstudie erprobt werden soll. Wir möchten die Details unseres Vorhabens gerne vorab zur Diskussion stellen, da die Perspektive der Praxisteams unverzichtbar ist, um eine anwenderorientierte Strategie für die Implementierung von CIRS zu entwickeln.

Zielgruppe

Praxisteams (ÄrztInnen und MFA)

Didaktische Methode

Einleitender Kurzvortrag, anschließend moderierte Diskussion in Kleingruppen (World Café) und Ergebnispräsentation

Ziele

Entwicklung von Maßnahmen aus der Praxis für die Praxis mit dem Ziel, die Umsetzung von CIRS in der ambulanten Versorgung zu fördern. Austausch der Teilnehmenden, wie eine Fehlerkultur in den einzelnen Praxen etabliert und gelebt werden kann

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

5 MFA, 10-15 Ärztinnen und Ärzte

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Dr. med. Beate Müller leitet den Arbeitsbereich Patientensicherheit am Frankfurter Institut für Allgemeinmedizin und ist Projektleitung von „CIRSForte“. Sie hat zum Thema „Patientensicherheitskultur in der Hausarztpraxis“ promoviert und wird Fachärztin für Allgemeinmedizin.

Marina Buchmann ist Leiterin der Abteilung Patientensicherheit in der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe.

Dagmar Lüttel ist wissenschaftliche Mitarbeiterin beim Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) und dort verantwortlich für das Projekt CIRSForte.



15:00 - 16:30

Raum: 23.32.00 61

IV-WS31

Workshop: Niederlassen oder lieber lassen? Möglichkeiten der Berufsausübung!

Moderation: Bettina Schläwe, Jessica Hanneken

IV-WS31 | 1

Niederlassen oder lieber lassen? Möglichkeiten der Berufsausübung!

J. Hanneken¹, B. Schläwe²

¹ Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Hauptstadtrepräsentanz der apoBank, Düsseldorf; ² Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Bereich Informations- und Wissenstransfer, Düsseldorf

Hintergrund

Schwerpunkte dieses Workshops sind die Niederlassungs- und Kooperationsformen sowie die Chancen und Risiken, die jeweils damit verbunden sind. Die Teilnehmer erhalten einen Überblick u.a. über Trends bei der Niederlassung und Gründungsvoraussetzungen.

Zielgruppe

Studierende, Ärzte in Weiterbildung, junge Allgemeinmediziner

Didaktische Methode

interaktiv

Ziele

Mit dem Ziel, junge Allgemeinmediziner beim beruflichen Werdegang zu unterstützen, werden wir in einem interaktiven Workshops Informationen rund um einen gelungenen Berufseinstieg zusammen erarbeitet und im gemeinsamen Austausch und Strategien der Umsetzung diskutieren.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

30

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Bettina Schläwe MPh, Prokuristin im Bereich Informations- und Wissenstransfer der apoBank. Seit über 10 Jahren als Interne Trainerin zum Thema rund ums Gesundheitswesen tätig Jessica Hanneken, Rechtsanwältin, Prokuristin, Hauptstadtrepräsentanz der apoBank. Seit über 13 Jahren im Bereich des Deutschen Gesundheitswesens u.a. für die Ärzteschaft tätig.



15:00 - 16:30

Raum: 23.32.01 68

IV-P7 |

Postersession 7: Gut beraten - gemeinsam entscheiden- effektiv unterstützen

Moderation: Til Uebel

Facharzt für Allgemein- und Notfallmedizin und Diabetologie, Ittlingen

IV-P7 | 1

Qualität medizinischer Informationsbroschüren in den Hausarztpraxen der Steiermark: (MEDIB-Hausarzt)

K. Horvath^{1,2}, N. Posch¹, R. Brodnig¹, J. Plath³, A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,3}

¹ Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz Österreich; ² Medizinische Universität Graz, Klinische Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel, Universitätsklinik für Innere Medizin, Graz Österreich; ³ Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt

Hintergrund

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit einer Person sich selbst Wissen anzueignen um damit zum Beispiel Entscheidungen zu treffen, die der eigenen Gesundheit förderlich sind. In Hausarztpraxen finden sich Informationsbroschüren und Entscheidungshilfen die diesem Wissen zuträglich sein könnten.

Fragestellung

Ziel dieser Studie ist es, erstmals in Österreich aus den gesammelten Daten Aussagen über die Qualität dieser Materialien zu treffen und ein Abbild im Umgang mit Informationsmaterialien zu generieren.

Methoden

Im Zuge eines Anschreibens wurden 96 Hausärzte in der Steiermark mit der Bitte kontaktiert, die in ihrer Praxis aufliegenden Informationsbroschüren und Entscheidungshilfen zu retournieren und einen Fragebogen auszufüllen. Die gesammelten Informationsmaterialien wurden mit dem Ensuring Quality Information for Patients Instrument (EQUIP) bewertet.

Ergebnisse

58 der 96 kontaktierten Hausärzte sandten insgesamt 1092 Broschüren retour. Nach Aussortierung von mehrfach vorliegenden Broschüren und Anwendung des Einschlusskriteriums lagen 387 für die Qualitätsbewertung relevante Informationsmaterialien vor. 97% der teilnehmenden Hausärzte gaben an, Informationsmaterialien regelmäßig zu verwenden. Im Mittel erreichten die vorliegenden Infomaterialien einen Gesamtscore von 39 Prozentpunkten (bei insgesamt 100 möglichen Prozentpunkten). Der maximal erreichte Score lag bei 75%. Keine der 387 Infomaterialien erreichte über 75% und 334 Infomaterialien lagen unter 50 EQUIP-Prozentpunkten. Die Mittelwerte der Scores für die einzelnen EQUIP Dimensionen Inhalt, Identifizierung und Struktur betrugen 32%, 32% bzw. 56%.

Diskussion

Informationsmaterialien werden regelmäßig eingesetzt. Aktuell verwendete Broschüren weisen weitgehende Qualitätsdefizite auf und sind deshalb nicht geeignet die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu stärken. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Erstellung qualitativ hochwertiger Informationsbroschüren mit verständlicher, umfassender und evidenzbasierter Information notwendig.



IV-P7 | 2

Ziele von Patienten in Herzsportgruppen – Ergebnisse einer Befragung von aktiven und ehemaligen Teilnehmern

M. Bleckwenn, L. Rottlaender, R. Schnakenberg, K. Weckbecker

Institut für Hausarztmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn, Bonn

Hintergrund

Bei Herzerkrankungen, wie die koronare Herzerkrankung, ist der Herzsport ein effektives Konzept zur tertiären Prävention. Häufig wird der Herzsport im Anschluss an eine kardiologische Rehabilitation verordnet. Durch den Herzsport sollen in erster Linie körperliche und geistige Belastbarkeit gesteigert werden. Trotz dieses ganzheitlichen Konzepts verlassen einige Patienten die Herzsportgruppe nach wenigen Übungsstunden.

Fragestellung

Welche Ziele haben die Patienten beim Eintritt in die Herzsportgruppe und welche Gründe können zu einer Beendigung der Teilnahme führen?

Methoden

Es wurden 15 aktive und 7 ehemalige Teilnehmer (Übungsgruppe vorzeitig verlassen) aus vier verschiedenen Herzsportgruppen in Bonn und Umgebung befragt. Die Interviews wurden transkribiert und nach Mayring mit MAXQDA® ausgewertet.

Ergebnisse

Viele Patienten nahmen an der Herzsportgruppe teil, um ihre Leistungsfähigkeit unter ärztlicher Aufsicht zu verbessern. Dabei zeigte sich eine große Bandbreite in den Leistungszielen; einige Teilnehmer fühlten sich generell bei den Übungen überlastet, andere haben die Gruppe verlassen, da ihnen die Perspektive einer möglichen weiteren Leistungssteigerung fehlte. Neben dem Ziel einer körperlichen Stabilisierung suchten einige Herzpatienten die Gruppe auf, um sich mit anderen Teilnehmern über ihre Erkrankung und insbesondere über ihre krankheitsbedingten Ängste auszutauschen. Andere Patienten wiederum fühlten sich durch die Teilnahme an der Herzsportgruppe stigmatisiert und verließen die Gruppe, um nicht weiter mit einer Herzerkrankung verbunden zu sein. An zusätzlichen Angeboten vermissten die Patienten Ernährungsberatung, Psychoedukation und Entspannungstechniken.

Diskussion

Insgesamt wünschten sich die Studienteilnehmer eine individuellere Betreuung und erkrankungsangepassten Trainingseinheiten. Zudem gab es einen hohen Beratungsbedarf zu ihren Herzerkrankungen. Daher sollten die Übungsinhalte der Herzsportgruppen dem Bedarf angepasst und erweitert werden.



IV-P7 | 3

Wie gehen Patienten mit einer individualisierten Risikoauflklärung über Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) um? – Ergebnisse einer Befragung in der IDrug-Studie

M. Bleckwenn¹, N. Brose¹, K. Schneider², J. Stingl², K. Weckbecker¹

¹ Institut für Hausarztmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn, Bonn; ² Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Bonn

Hintergrund

In der IDrug Studie wird für Patienten, die ≥ 60 Jahre alt sind und neben einer Antithrombotikum und/oder Thrombozytenaggregationshemmer mindestens ein weiteres Langzeitmedikament einnehmen, nach Randomisierung eine allgemeine oder eine individualisierte Information über UAW-Risiken erstellt. Diese wird dem Patienten vom Hausarzt erklärt. Dadurch sollen Unerwünschte Arzneimittelwirkungen reduziert werden. Zur individuellen Risikoanalyse gehören unter anderem das Blutungsrisiko und mögliche Arzneimittelinteraktionen.

Fragestellung

Wie haben die Patienten ein solches Aufklärungsgespräch wahrgenommen und welche Konsequenzen sie daraus ziehen?

Methoden

In einer qualitativen Studie werden ca. 15 Teilnehmer der IDrug-Studie in 5 Hausarztpraxen nach Durchführung der Intervention befragt. Dabei werden sowohl Patienten mit einer individuellen, als auch mit einer allgemeinen Risikoberatung interviewt. Die Interviews werden transkribiert und nach Mayring mit MAXQDA® ausgewertet.

Ergebnisse

Die Patienten berichteten, ein umfangreiches Aufklärungsgespräch anhand der externen Risikoanalyse erhalten zu haben. Einige Patienten waren bereits vor der Studie mit ihrer Medikation sehr vertraut. Dementsprechend fiel der Zugewinn an Informationen bei diesen Patienten durch die Risikoauflklärung eher gering aus. Zudem glaubten einzelne Patienten, die wesentlichen Neben- und Wechselwirkungen ihrer Medikation durch eine eigene Recherche bereits zu kennen. Manche Patienten gaben an, ihr persönliches Risiko aufgrund der dargelegten Zahlen und Wahrscheinlichkeiten besser einschätzen zu können. Sein Verhalten im Alltag wollten keiner der Patienten aufgrund der Risikoinformationen ändern.

Diskussion

Für einen möglichen Einfluss einer Risikoauflklärung auf die Anzahl an UAW müssten die Patienten ihr Verhalten bewusst oder unbewusst verändern. Um den bisher scheinbar geringen Benefit einer individuellen Risikoauflklärung besser einschätzen zu können, müssten aus unserer Sicht die Risikoinformationen auf ihre Verständlichkeit beim Patienten überprüft werden.



IV-P7 | 4

Hat der Hausarzt eine Bedeutung für die erste Beratung zum unerfüllten Kinderwunsch? Ergebnisse der Baseline-Erhebung der prospektiven Kohortenstudie an Paaren in Kinderwunschbehandlung (PinK-Studie)

U. Zier^{1,2}, N. Beckmann¹, K. Weckbecker¹, E. Münster^{1,2}

¹ Medizinische Fakultät der Universität Bonn, Institut für Hausarztmedizin, Bonn; ² Universitätsmedizin Mainz, Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Mainz

Hintergrund

Schätzungsweise 5-15% aller Paare in Industrienationen haben einen unerfüllten Kinderwunsch. In Deutschland wurden 2014 laut IVF-Register 53.000 Frauen reproduktionsmedizinisch behandelt. Über Ansprechpartner und Beratungsbedürfnisse dieser Frauen und Männer im Vorfeld des Besuchs im Kinderwunschzentrum ist wenig bekannt.

Fragestellung

Welcher Arzt führt die erste Beratung zum unerfüllten Kinderwunsch durch?

Methoden

Die Baseline-Befragung wurde zwischen 2012 und 2013 durchgeführt. Schriftlich auszufüllende, geschlechtsspezifische Fragebögen wurden den Patientenpaaren in allen Kinderwunschzentren in Rheinland-Pfalz und Wiesbaden beim Aufklärungsgespräch zur ersten Behandlung ausgegeben, zu Hause ausgefüllt und anonym an die Studienzentrale gesendet.

Ergebnisse

Bei einer Rücklaufquote von 31% konnten Angaben von 323 Frauen und 242 Männern analysiert werden. Für 92,6% der Frauen war der Frauenarzt der Ansprechpartner für die erste medizinische Konsultation. 44,2% der Männer konsultierten einen Urologen und 12,0% den Hausarzt. 36,4% der Männer sprachen im Vorfeld des Kinderwunschzentrums nicht mit einem Arzt über den unerfüllten Kinderwunsch. 46,9% der Befragten äußerten, dass ein Arzt das Erstgespräch initiieren sollte.

Diskussion

Während nahezu alle Frauen vor dem Besuch im Kinderwunschzentrum einen Gynäkologen zum unerfüllten Kinderwunsch konsultierten, sprach jeder dritte Mann mit keinem Arzt. Geschlechtsspezifische Versorgungsbedarfe werden deutlich, wobei der Hausarzt besonders bei infertilen Männern eine wichtige Rolle einnehmen könnte, auch um einen Handlungsbedarf durch die Initiierung eines Erstgesprächs zum unerfüllten Kinderwunsch zu erkennen. Um die Versorgungslücke für Männer zu schließen, kann die niederschwellige und familienorientierte hausärztliche Versorgung einen wichtigen Beitrag leisten.



IV-P7 | 5

Rationale Antibiotikatherapie durch Information und Kommunikation (RAI-ambulant): Nutzerevaluation der RAI Materialien nach 3-monatigem Projektverlauf

B. Schlosser¹, F. Salm¹, I. Petruschke², K. Schmücker², J. Gensichen^{2,3}, H. C. Vollmar², P. Gastmeier¹

¹ Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Berlin; ² Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Jena; ³ Klinikum der Universität München, Institut für Allgemeinmedizin, München

Hintergrund

Steigende Antibiotikaresistenzen stellen eine zunehmende Bedrohung dar. Eine rationale Antibiotikatherapie ist die Grundlage zur Reduktion der Inzidenz multiresistenter Bakterien. „RAI-ambulant“ ist ein Basisprojekt von Infect-Control 2020. Das Ziel des "RAI-ambulant" Projektes ist es durch Information, Kommunikation und Feedbackmechanismus eine rationale Antibiotikatherapie zu fördern.

Fragestellung

Wie ist das Nutzerverhalten der Teilnehmer nach 3 Monaten Projektverlauf?

Methoden

Für Ärzte und ihre Patienten wurden im Rahmen von „RAI-ambulant“ Materialien entwickelt, die evidenzbasierte Informationen zu Erkältungskrankheiten und Behandlungsmöglichkeiten bieten. Zudem wurden den Ärzten Fortbildungsveranstaltungen angeboten sowie eine Feedbackmethode zur Kontrolle ihrer Antibiotikaverordnungen. Nach 3 Monaten Projektverlauf erfolgte eine Nutzerevaluation mittels Fragebogen.

Ergebnisse

51% (n=84) der Teilnehmer beantworteten den Fragebogen. 62% waren Frauen, das Durchschnittsalter betrug 49 Jahre. Der häufigste Grund für die Studienteilnahme war die Resistenzproblematik (80%). Die vorgedruckten Printinfozepte wurden häufiger verwendet als die digitalen Angebote der Infozepten (70% vs 30%). Die digitalen Infozepte für „Erkältungssymptomatik“, „Inhalationen“ und „Allgemeine Informationen zu Erkältungskrankheiten“ wurden am zahlreichsten von den Teilnehmern genutzt. Insgesamt wurden alle Infozepte von den Teilnehmern als gut bewertet (Note: 1,65). Am einflussreichsten auf die Antibiotikaverordnungen wurden die Fortbildungsveranstaltungen geschätzt (78%). Das TapTool wurde von wenigen Teilnehmern genutzt (n=7). Insgesamt war das Feedback der Teilnehmer zu dem Projekt positiv. 81% würden die Materialien erneut nutzen und fast alle (98%) würden mindestens eines der Materialien an Kollegen empfehlen.

Diskussion

Die Motivation Antibiotikaresistenzen einzudämmen ist hoch. Wissenszuwachs hat einen hohen Stellenwert für teilnehmende Ärzte. Die Materialien wurden unterschiedlich häufig eingesetzt und insgesamt als „gut“ bewertet. Die Ergebnisse können Grundlage für die Konzeption zukünftiger Projekte sein.



IV-P7 | 6

Rationale Antibiotikatherapie durch Information und Kommunikation (RAI) in der Hausarztpraxis – Evaluation der Anwendung

I. Petruschke¹, F. Salm², B. Schlosser², K. Schmücker¹, J. Römhild¹, J. Gensichen^{3,1}, H. C. Vollmar^{1,4}, P. Gastmeier²

¹ Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Jena; ² Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Berlin; ³ Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Allgemeinmedizin, München; ⁴ Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten

Hintergrund

RAI ist ein vom BMBF gefördertes Projekt des Konsortiums *InfectControl2020*. Ziel ist, durch die Vermeidung unnötiger Antibiotikaverordnungen der Entwicklung von multiresistenten Erregern entgegenzuwirken. Im hausärztlichen Bereich adressiert das Projekt Antibiotikaverordnungen bei Erwachsenen mit akuten Atemwegsinfekten. Die Intervention beinhaltet Fortbildungsveranstaltungen, gedruckte und digitale Materialien zur Unterstützung der Arzt-Patienten-Kommunikation sowie eine digitale Anwendung zum Monitoring des eigenen Verordnungsverhaltens. Es erfolgt eine begleitende Evaluation der Nutzung der Interventionsmaterialien.

Fragestellung

Wie werden die Materialien genutzt und hinsichtlich ihres Einflusses auf das eigene Antibiotikaverordnungsverhalten bewertet?

Methoden

Es handelt sich um eine multizentrische, zweiarmige, kontrollierte, Routinedaten-basierte Interventionsstudie. Interventions- und Beobachtungseinheit sind Hausarztpraxen in Berlin, Brandenburg und Thüringen. Nach drei Monaten Projektlaufzeit erhalten alle Teilnehmer einen selbst entwickelten Fragebogen, der Angaben zur Person und Praxis sowie zur Art der Nutzung der Materialien und deren Bewertung erhebt. Zur Beschreibung des Nutzungsverhaltens werden auch Serverdaten herangezogen. Alle erhobenen Daten (Nutzerevaluation) werden einer deskriptiven und multivariaten Analyse unterzogen.

Ergebnisse

Insgesamt nutzen momentan 271 Praxen die Interventionsmaterialien in den drei Bundesländern, die Rücklafrate des Fragebogens liegt bei 42% (n=114). 62% der Teilnehmer sind weiblich und zu 54% in einer Einzelpraxis tätig. Die noch folgenden Ergebnisse werden zeigen, wie digitale im Unterschied zu gedruckten Materialien genutzt und bewertet werden und ob Zusammenhänge zwischen Alter, Geschlecht, Ort (ländlich vs. städtisch) und der Nutzung bzw. Bewertung bestehen.

Diskussion

Die Evaluationsergebnisse dienen der Weiterentwicklung der Interventionsmaterialien und liefern wichtige Aspekte für Folgeprojekte und eine großflächige Implementierung.



IV-P7 | 7

Einsatz der elektronischen Entscheidungshilfe zur Optimierung der Medikation in der hausärztlichen Versorgung – eine quantitative Untersuchung zur praktischen Umsetzung im Rahmen der cluster-randomisiert kontrollierten Studie PRIMA-eDS

A. - L. Teichmann¹, A. Rieckert¹, L. Schlender¹, A. Woodham², A. Vögele³, C. Kriechmayr⁴, E. Drewelow⁵, A. Sönnichsen¹

¹ Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten; ² University of Manchester, NIHR School for Primary Care Research, Manchester Vereinigtes Königreich; ³ South Tyrolean Academy of General Practice, Bolzano Italien; ⁴ Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Salzburg Österreich; ⁵ Universitätsmedizin Rostock, Institut für Allgemeinmedizin, Rostock

Hintergrund

Im Rahmen der Studie „Polypharmacy in chronic diseases – Reduction of Inappropriate Medication and Adverse drug events in older populations by electronic Decision Support“ wurde eine elektronische Entscheidungshilfe (eDS) für Hausärzte mit dem Ziel entwickelt, inadäquate und nicht-evidenzbasierte Polypharmazie bei älteren, chronisch kranken Menschen zu reduzieren. Hierbei wird eine Überprüfung der aktuellen Medikation durchgeführt und Empfehlungen zur Reduktion einzelner Medikamente gegeben. Zur Identifizierung von Stärken und Schwächen bei der praktischen Anwendung der eDS wurde eine quantitative Erhebung unter allen teilnehmenden Hausärzten der Interventionsgruppe durchgeführt.

Fragestellung

Wie beurteilen Hausärzte der Interventionsgruppe die Anwendbarkeit der eDS und inwieweit ist diese bei der praktischen Umsetzung der Empfehlungen hilfreich? Wo bestehen aus hausärztlicher Sicht Barrieren und Verbesserungspotenziale?

Methoden

Der Fragebogen wurde auf Grundlage der Ergebnisse von vorherigen qualitativen Interviews entwickelt. Die Umfrage wurde an 174 Ärzte versandt und fand zwischen 10/2016 und 03/2017 statt. Die Auswertung erfolgte deskriptiv mittels SPSS 23.

Ergebnisse

Die Fragebogenrücklaufquote lag bei 90%. Als Barrieren für die Umsetzung der Empfehlungen nannten 25% der Hausärzte die Patienten und 31% andere Fachärzte. Die Empfehlungen der eDS halfen 60% bei einer bewussteren Entscheidungsfindung. Für die zukünftige Benutzung galt bei 78% der Interventionsärzte die Sicherung des Datenschutzes außerhalb der Studiensituation als relevanter Faktor. 76% der Hausärzte betonten die Notwendigkeit eines geringeren Zeitaufwandes für die Benutzung der eDS, z.B. durch eine Verknüpfung mit der Praxissoftware.

Diskussion

Insgesamt wird die eDS eher positiv bewertet, allerdings weist sie in der praktischen Umsetzung noch Verbesserungspotential auf. Die eDS könnte nach einer Optimierung zu einer Unterstützung im Rahmen der hausärztlichen Tätigkeit beitragen.



IV-P7 | 8

Infertile Männer in der hausärztlichen Praxis und psychosoziale Versorgung während der Kinderwunschbehandlung: Implikationen der Basisbefragung einer prospektiven Kohortenstudie von Paaren in Kinderwunschbehandlung

N. Beckmann¹, U. Zier^{1,2}, K. Weckbecker¹, E. Münster^{1,2}

¹ Institut für Hausarztmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn, Bonn; ² Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universitätsmedizin der Universität Mainz, Mainz

Hintergrund

Verschiedentlich wird besorgt, dass infertile Männer als Patienten nicht ausreichend adressiert werden und insbesondere formale psychosoziale Unterstützungsangebote nicht in ausreichendem Maße in Anspruch nehmen. 30% infertiler Männer tragen ein höheres Risiko für eine psychologische Fehlanpassung während der reproduktionsmedizinischen Behandlung. Hausärzte sind für 12% infertiler Männer der erste Ansprechpartner.

Fragestellung

Sollten Hausärzte Männer von sich aus auf eine ausbleibende Schwangerschaft ansprechen? Welche Faktoren beeinflussen, dass Männer eine psychosoziale Versorgung während der Kinderwunschbehandlung ablehnen? Inwieweit könnten Hausärzte einer Ablehnung entgegenwirken?

Methoden

Identifikation der wichtigsten Prädiktoren der Ablehnung „psychologischen Beistands“ auch im Bedarfsfall mittels Regressionsanalyse sowie deskriptive Analyse von Querschnittsdaten der PinK-Basisbefragung von Männern zu Beginn einer Kinderwunschbehandlung in fünf Kinderwunschzentren in Deutschland zwischen 2012 und 2013.

Ergebnisse

Unter den 242 Teilnehmern (Antwortrate: 27%) wurden 10% von einem Arzt selbst auf die ausbleibende Schwangerschaft ihrer Partnerin angesprochen, 47% hätten sich dies gewünscht. 57,4% lehnten es ab, psychologische Beratung in Anspruch zu nehmen. Das Risiko der Ablehnung war unter anderem erhöht, wenn bisher noch nicht auf eine mögliche psychische Belastung durch die Behandlung hingewiesen wurde (OR: 0,61; 95%-KI: 0,31-1,17), was auf 88,8% der Männer zutraf.

Diskussion

Hausärzte sollten darauf vorbereitet sein, von infertilen Männern auf den unerfüllten Kinderwunsch angesprochen zu werden und ihre männlichen Patienten auch von sich aus auf eine etwaige ausbleibende Schwangerschaft ihrer Partnerin ansprechen. Sie könnten mit Sorge dafür tragen, dass Männer über das Risiko psychosozialer Belastung während Behandlungen informiert und offener gegenüber entsprechenden Unterstützungsangeboten sind.



IV-P7 | 9

JAMoL – Jena Angst-Monitoring-Liste

T. S. Hiller¹, J. Breitbart¹, A. Freytag¹, T. Teismann², E. Schöne¹, W. Blank³, M. Schelle¹, H. C. Vollmar¹, J. Margraf², J. Gensichen⁴

¹ Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Jena; ² Ruhr-Universität Bochum, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Bochum; ³ Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Lehr- und Forschungspraxis Kirchberg im Wald, Jena; ⁴ Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Allgemeinmedizin, München

Hintergrund

Strukturiertes Monitoring und „Case Management“ können die ambulante Behandlung psychisch erkrankter Patienten verbessern [1]. Bei Angststörungen sollten in erster Linie kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden zur Anwendung kommen [2]. Die Interventionsstudie „Jena-PARADIES“ [3] evaluierte ein verhaltenstherapeutisch-orientiertes Behandlungsprogramm für Patienten mit Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie in der Hausarztpraxis. Um nichtärztlichen Praxismitarbeitern die Durchführung klinischer Monitorings zu ermöglichen, wurde die Jena-Angst-Monitoring-Liste (JAMoL) entwickelt.

Fragestellung

Beschreibung von Aufbau und Anwendung der JAMoL.

Methoden

Die Entwicklung der JAMoL basiert auf etablierten klinischen Maßen, dem Rationale expositionsbasierter Angstbehandlungen sowie Forschungsergebnissen zu Hausarztpraxis-basiertem „Case Management“. Nach Pilot- und Praxistests kam die JAMoL in der Studie „Jena-PARADIES“ zum Einsatz. Studienteilnehmer wurden mittels semistrukturierter Interviews zu Relevanz und Anwendbarkeit befragt.

Ergebnisse

Die JAMoL erfasst die Schwere klinischer Angstsymptome (6 Items) sowie kritische Aspekte der Therapieadhärenz (4 Items) und unterstützt den Informationsaustausch (3 Items). Ein integriertes Ampelschema erleichtert die Bewertung der Ergebnisse. Im Rahmen der Studie wurden 1525 Monitorings durchgeführt (177 Patienten in 30 Hausarztpraxen). Das Instrument wurde in den qualitativen Interviews (14 Ärzte, 15 MFAs) als praktikabel und behandlungsrelevant bewertet.

Diskussion

Die JAMoL ermöglicht ein Monitoring des Symptom- und Behandlungsverlaufs bei Patienten mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie und ist ein integrales Werkzeug des Praxisteam im Rahmen des „Jena-PARADIES“ Behandlungsprogramms.

[1] Archer J et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database Syst Rev 2012.

[2] Bandelow B et al. Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen (2014).

[3] Gensichen J, Hiller TS et al. Evaluation of a practice team-supported exposure training for patients with panic disorder with or without agoraphobia in primary care. Trials 2014; 15.



IV-P7 | 10

Diskriminierungserfahrungen im Kontext von Trans*/Transsexualität: Implikationen für die hausärztliche Versorgung

A. Köhler, F. Loos, J. Eyssel, T. O. Nieder

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Sexualforschung und Forensische Psychiatrie, Interdisziplinäres Transgender Versorgungszentrum Hamburg, Hamburg

Hintergrund

Trans* Personen erleben eine Diskrepanz zwischen dem bei Geburt zugewiesenen und dem individuell erlebten Geschlecht, woraus ein fortdauernder Leidensdruck resultieren kann (DSM-5: Geschlechtsdysphorie). Die Trans*-Gesundheitsversorgung bezieht sich daher v.a. auf geschlechtsangleichende Maßnahmen (z.B. Hormonbehandlung, Genitalchirurgie) und auf assoziierte spezielle Bedürfnisse (z.B. Psychotherapie). Die allgemeinmedizinische Versorgung wird vor allem hinsichtlich der langfristigen Betreuung nach der Transition in das Wunschgeschlecht relevant (z.B. Betreuung der lebenslangen Hormonbehandlung). Infolge der Abweichung von gesellschaftlichen Normen der Zweigeschlechtlichkeit erfahren trans* Menschen in vielen Bereichen der Gesellschaft, wie auch im Gesundheitssystem, Diskriminierungen, die mit erheblichen psychischen Belastungen und gesellschaftlichen Folgekosten assoziiert sein können.

Fragestellung

Die vorliegende Studie untersucht Diskriminierungserfahrungen von trans* Personen im Gesundheitssystem und deren Implikationen für die allgemeinmedizinische Versorgung.

Methode

Die Untersuchung ist Teil einer Studie zur allgemeinen Trans*-Gesundheitsversorgung des Transgender-Centrums am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Eine nicht-klinische Online-Stichprobe (N=415) wurde mittels eines partizipativ mit Vertreter_innen von Selbsthilfegruppen und niedergelassenen Kolleg_innen entwickelten Fragebogens zur Qualitätsentwicklung in der Trans*-Gesundheitsversorgung befragt. Die Daten wurden mittels quantitativer und qualitativer Methoden analysiert.

Ergebnisse

Die überwiegende Zahl der Teilnehmenden befand eine allgemeinmedizinische Versorgung als wichtig bzw. sehr wichtig (94,5%). Aspekte einer allgemeinmedizinischen Nachsorge waren u.a. Krebsvorsorge und Behandlungen bei Osteoporose in Folge der Hormonbehandlung. Als erwünschte Eigenschaften allgemeinmedizinischer Behandler_innen wurden Kompetenz in Bezug auf Trans*/Transsexualität und ein trans*-sensitiver Umgang mit Patient_innen benannt.

Diskussion

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass trans* Personen spezifische Bedürfnisse an die allgemeinmedizinische Versorgung richten, welche im Sinne einer individualisierten und ganzheitlichen Trans*-Gesundheitsversorgung Beachtung finden sollten. Darüber hinaus sollten Behandler_innen eigene normative Sichtweisen auf Geschlecht und Sexualität kritisch reflektieren und trans* Patient_innen unvoreingenommen gegenüberreten.



15:00 - 16:30

Raum: 23.32.01 65

IV-P8 | Postersession 8

Kernfach Allgemeinmedizin: Innovative Lehr- und Lernformen

Moderation: Andreas Sönnichsen

Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

IV-P8 | 1

Filmische Darstellung des Geriatrischen Assessments in der häuslichen Versorgung als innovativer Lehrbeitrag

R. Stegemann¹, G. Stiller², M. Behrends², M. Marscholke², N. Schneider¹

¹ Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover; ² Medizinischen Hochschule Hannover, Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik, Hannover

Hintergrund

Laut Pflegestatistik 2015 werden über 2 Millionen Pflegebedürftige zu Hause versorgt, deren Alltagskompetenz oftmals eingeschränkt ist. Die hausärztliche Versorgung dieser Personen ist von großer Bedeutung und verlangt nach adäquater Einbindung in die medizinische Ausbildung.

Fragestellung

Im Rahmen der Neugestaltung des Unterrichtsmoduls zur Allgemeinmedizin wurde nach didaktischen Mitteln gesucht, die eine hausärztliche Versorgungssituation für Studierenden erlebbar machen. Dabei sollten neben der Kommunikation und Interaktion mit älteren Menschen auch die Messinstrumente zur Einschätzung kognitiver Fähigkeiten und körperliche Konstitution vermittelt werden.

Methoden

Zur Veranschaulichung eines allgemeinmedizinischen Hausbesuchs mit geriatrischen Assessment wurde mit realen Patienten in ihrer eigenen Wohnung ein Lehrfilm gedreht. Der Lehrfilm wird in der Vorlesung gezeigt und anschließend im Kleingruppenunterricht besprochen. Lehrfilm und ergänzendes Lehrmedien stehen darüber hinaus für Studierende und Dozierende im E-Learning-System der Universität zur Verfügung. Lehrkonzept und Lehrfilm wurden aus Sicht der Studierenden und Lehrenden evaluiert.

Ergebnisse

Der Lehrfilm behandelt den Hausbesuch mit den geriatrischen Assessmentmethoden 'Magic mit Uhrentest', 'Get up and Go' und 'Demtect'. Bei der Wohnungsbegehung zur Sturzprävention durch den Arzt wird auch die häusliche Lebenssituation der Patienten im Film gezeigt. Im Studierendenunterricht werden die Arzt-Patienten Kommunikation, Selbst und Fremdbild des Patienten sowie die Notwendigkeit des geriatrischen Assessment thematisiert. Sowohl von Studierenden und Dozenten wurde der Lehrfilm positiv bewertet.

Diskussion

Die authentische Darstellung bedeutet gleichzeitig ein Eindringen in die Privatsphäre der Patienten und erfordert einen behutsamen Einsatz des Filmmaterials in der Lehre. Eine Herausforderung ist es, Patienten zu finden, die zu einem sehr persönlichen Film bereit sind.



IV-P8 | 2

Stärkung der ambulanten Versorgung im klinischen Studienabschnitt – der Hausarzttrack

L. Barthen¹, N. Becker¹, G. Ravens-Taeuber¹, L. Pauscher¹, R. Sader², F. M. Gerlach¹

¹ Goethe-Universität Frankfurt, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; ² Goethe-Universität Frankfurt, Dekanat klinischer Studienabschnitt, Frankfurt am Main

Hintergrund

Die praxisbezogene Lehre in der medizinischen Ausbildung wird nahezu ausschließlich im stationären Bereich durchgeführt, wenngleich der Großteil der Patientenversorgung durch niedergelassene Ärzte erfolgt [1]. Zur Förderung einer ambulanten und hausärztlichen Schwerpunktbildung im Studium wurde das Programm „Hausarzttrack“ für den klinischen Studienabschnitt entwickelt. Im Zentrum steht dabei die Förderung von Praktika im ambulanten Bereich ab dem zweiten klinischen Semester. Daneben absolvieren die Studierenden ein spezielles Wahlfach, bestehend aus Seminaren und einem Mentoring. Den Studierenden werden im Seminar Wissen und Kompetenzen zur hausärztlichen und ambulanten Versorgung vermittelt, während im Mentoring für die Studierenden persönlich relevante Themen im Fokus stehen.

Fragestellung

Treffen Inhalte und Organisation der Seminare sowie des Mentorings die Erwartungen der Studierenden?

Methoden

Mittels eines selbstkonzipierten Fragebogens wird jedes Mentoringtreffen und Seminar von den Studierenden evaluiert. Die Auswertung erfolgt mit der Statistiksoftware SPSS.

Ergebnisse

Zum Wintersemester 2016/2017 konnten alle 15 Plätze des Hausarzttracks belegt werden. Die bisherige Kommunikation und Kooperation mit den Studierenden ist positiv und legt nahe, dass diese mit dem Start des Programms zufrieden sind. Die kontinuierliche Evaluation soll jedoch zur Überprüfung des Konzepts beitragen. Erste Daten werden im Sommersemester erhoben und ausgewertet, sodass die Ergebnisse bis zum Kongress vorliegen.

Diskussion

Das Programm des Hausarzttracks ist unseres Wissens nach deutschlandweit das erste seiner Art. Ähnliche longitudinale Angebote im Ausland konnten einen positiven Effekt auf die spätere Berufswahl zeigen. [2] Ob dieser Effekt auch auf den Hausarzttrack zutrifft und ob die Teilnahme am Programm das Wissen und die Kompetenzen der Studierenden verbessert, soll mittels kontinuierlicher Evaluationen gezeigt werden.

[1] Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.

[2] Pfarrwaller E, Sommer J, Chung C, et al. Impact of Interventions to Increase the Proportion of Medical Students Choosing a Primary Care Career. J GEN INTERN MED 2015; 30: 1349–1358.



IV-P8 | 3

Machbarkeit der praktischen Anwendung von Evidenzbasierter Medizin im Rahmen des Blockpraktikums für Allgemeinmedizin

M. Esser, K. Weckbecker, M. Bleckwenn, B. Engel

Institut für Hausarztmedizin, Medizinische Fakultät der Universität Bonn, Bonn

Hintergrund

Zukünftige Ärzte sollen in Evidenzbasierter Medizin (EbM) unterrichtet werden. Bisher ist dieses Thema nicht Bestandteil des Curriculums.

Fragestellung

Ziel dieser Machbarkeitsstudie ist es, die Translation von theoretischem EbM-Wissen in die Praxis zu prüfen.

Methoden

Im Rahmen des zweiwöchigen Blockpraktikums für Allgemeinmedizin wurde erstmals ein Lehrkonzept im Blended-Learning-Stil mit zwei Gruppen getestet. Dies beinhaltet ein online Lernmodul, zwei tutorengestützte Seminare in Kleingruppen, sowie die Entwicklung einer klinischen Fragestellung auf der Grundlage eines echten Patientenfalls in den Hausarztpraxen.

Anschließend wird die Qualität der angewendeten Fähigkeiten in EbM mit Hilfe des Bonn Tests evaluiert. Dieser ist angelehnt an den Fresno Test, als validiertes Evaluationsinstrument in EbM, aber prüft anstelle des theoretischen Verständnisses die praktische Anwendung. Die Zufriedenheit der Studenten mit der Erweiterung des Blockpraktikums wird mit zusätzlichen Evaluationsbögen erhoben.

Ergebnisse

Die Studenten sind überwiegend in der Lage, Evidenzbasierte Medizin auf klinische Fragestellungen aus dem Praxisalltag anzuwenden. Der Bonn Test ermöglicht dabei eine gezielte Analyse von Stärken und Schwächen der notwendigen Fähigkeiten.

Diskussion

In jeder Kategorie des Bonn Tests wird durch mindestens einen Studenten die Höchstpunktzahl erreicht, sodass das Blended-Learning-Konzept das nötige Grundlagenwissen vermittelt. Besonders positiv evaluieren die Studenten die Umsetzung des Lernmoduls. Die meisten Schwierigkeiten haben die Studenten, laut eigenen Angaben damit, aus Anamnese und Patientendaten ein Patientenprofil für das eigene Fallbeispiel zu entwickeln. Insgesamt evaluieren die Studenten die Erweiterung des Blockpraktikums äußerst positiv, empfehlen jedoch gehäuft die Integration des EbM-Lehrkonzepts zu einem früheren Zeitpunkt im Medizinstudium.



IV-P8 | 4

Förderung allgemeinmedizinischer Kompetenzen Fähigkeiten von Medizinstudierenden durch das Blockpraktikum Allgemeinmedizin

D. Pfisterer, J. Fahrbach-Veeser, T. Ledig, P. Engeser, C. Eicher, S. Schwill, J. Szecsenyi, S. Kurczyk, S. Loukanova
Universität Heidelberg, Allgemeinmedizin & Versorgungsforschung, Heidelberg

Hintergrund

Im Rahmen des Heidelberger Curriculum Medicinale (HeiCuMed) nehmen die Studierenden der klinischen Semester an einem zweiwöchigen Blockpraktikum in einer allgemeinmedizinischen hausärztlichen Akademischen Lehrpraxis teil. Das Praktikum besteht aus einem Einführungstag zur Bearbeitung klinischer Fälle auf der Basis von DEGAM-Leitlinien, acht Tagen in der Lehrpraxis sowie einem Abschlusstag zur Klärung offener Fragen und Feedbackgabe.

Fragestellung

Ziel der vorliegenden Auswertung ist es, den Effekt des Blockpraktikums auf die Einstellung der teilnehmenden Studierenden zur Allgemeinmedizin und die Entwicklung ihrer professionell-ärztlichen Fähigkeiten zu zeigen.

Methoden

In den Jahren 2015 bis 2017 wurden mittels eines Evaluationsbogens die Einstellung der Studierenden (n= 631) zur Allgemeinmedizin vor und nach Teilnahme am Blockpraktikum sowie die vermittelten Fähigkeiten erhoben. Die Fragen waren mittels Antwortmöglichkeiten auf einer 5-Punkt-Likert-Skala zu beantworten (1=sehr gut/stimme voll zu, 5=sehr schlecht/stimme gar nicht zu). Ergänzend bestand die Möglichkeit zur Rückmeldung durch Freitext.

Ergebnisse

Das Blockpraktikum führte nicht zu einer Verbesserung der Einstellung der Studierenden zum Fach Allgemeinmedizin ($3,1 \pm 1,2/3 \pm 1,3$). Bezüglich selbstständigen Arbeitens bewerteten die Teilnehmer das Blockpraktikum als positiv (Anamnese und körperliche Untersuchung $1,65 \pm 0,95$; diagnostisches Vorgehen und weitere ärztliche Tätigkeiten $1,9 \pm 1$). In der frei formulierten Rückmeldung wurde überwiegend positives Feedback artikuliert (persönlicher Kontakt, Arbeitsatmosphäre, Umsetzung von Theorie in Praxis), jedoch auch wichtige Kritik angebracht (mangelnde Einbindung in die Praxis, unzureichende didaktische Kompetenzen, allgemeiner Zeitdruck).

Diskussion

Die Ergebnisse zeigen einen positiven Einfluss des Blockpraktikums auf klinische Fähigkeiten der teilnehmenden Studierenden durch selbstständiges Arbeiten auf unter qualifizierter ärztlicher Supervision.

Konstruktive Kritik seitens der Studierenden fließt in unsere Schulungen zur didaktischen Weiterentwicklung der Lehrpraxen ein.



IV-P8 | 5

Wie geht der Schwarm ins Netz? Integration allgemeinmedizinischer Lehrpraxen in die Lernzielentwicklung.

S. Hamacher, M. Heßbrügge-Bekas, G. Fobbe, H. C. Römer, S. Gesenhues

Institut für Allgemeinmedizin, Essen

Hintergrund

Das Blockpraktikum hat eine Schlüsselrolle in der allgemeinmedizinischen Lehre. Die Studierenden lernen die ambulante ärztliche Tätigkeit kennen, dem zukünftigen Arbeitsfeld von mindestens 40% der Studierenden. Im Blockpraktikum erfolgt die Weichenstellung für die Entscheidung zur Facharztweiterbildung. Die 1:1 Ausbildung erfordert didaktische Konzepte, die relevante Lernziele und deren Vermittlung durch qualifizierte Lehrärzte sicherstellt.

Fragestellung

Welche allgemeinmedizinischen Lernziele werden von Lehrärzten als relevant benannt?

Welchen Einfluss hat die Integration der Lehrärzte in die Lernzielentwicklung?

Verbessert die Methodenkompetenz der Lehrenden die Ausbildung in der Lehrpraxis?

Methoden

Im Rahmen der Re-Evaluation und Fortschreibung der Lehr- und Lernziele für das Fach Allgemeinmedizin wurden die Lehrärzte der Lehrpraxen eingebunden. Das Seminar ermöglichte neben dem Erfahrungsaustausch zur eigenen Lehrmotivation die Identifizierung von typischen Problemen im 1:1 Lehr-Setting sowie die Formulierung von angestrebten Lernzielen.

Ergebnisse

Die benannten Lernziele wurden den Clustern Weitergabe von Wissen und Erfahrung, Vermittlung praktischer Fertigkeiten, Generierung ärztlichen Nachwuchses und Reflektion des eigenen ärztlichen Handelns zugeordnet und dem fakultätsinternen Lernzielkatalog zugeführt.

Ein Workbook „Lehre in der Praxis“ mit best practice Beispielen und einer kompetenzorientierten Methodensammlung wurde erstellt.

Diskussion

Relevant für die Vertiefung des Verständnisses für Lernprozesse bei den lehrenden Ärzten ist die Wertschätzung und Einbeziehung des „Schwarm-Lehr-Wissens“. Die Beteiligung an Entwicklungsprozessen ist ein wichtiger Faktor zum Erhalt der intrinsischen Lehrmotivation



IV-P8 | 6

Wie können wir die Ausbildung künftiger Hausärzte hinsichtlich Arbeitsschutz und Hygiene verbessern? Beschreibung eines innovativen Lehrprojektes.

H. Steudel, K. Weckbecker, E. Münster

Universität Bonn, Institut für Hausarztmedizin, Bonn

Hintergrund

Beruflich bedingte Infektionen stellen trotz geltender rechtlicher Vorgaben auch in der hausärztlichen Praxis unvermindert eine mögliche Gefährdung für Ärzte und Mitarbeiter dar. Die korrekte Händehygiene zur Reduktion weiterhin zu hoher Infektionsraten ist aufgrund hoher Evidenz integraler Bestandteil aller Hygiene-Empfehlungen der Fachgesellschaften. Jedem Medizinstudenten in Deutschland sollten im Rahmen des Studiums grundlegende praktische Kompetenzen aus Arbeitsschutz und Hygiene so vermittelt werden, dass diese zum Ende des Studiums selbstverständliche Grundlage ärztlichen Handelns darstellen.

Fragestellung

Die Entwicklung und Implementierung eines kompetenzbasierten, longitudinalen integrierten Curriculums für den Regelstudiengang Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn, der unter anderem Kompetenzen aus Arbeitsschutz und Hygiene vermittelt.

Methoden

Interdisziplinäre Entwicklung und kontinuierliche evaluationsgestützte Weiterentwicklung von zusammenhängenden Lehrmodulen zur Integration in bestehende Lehrveranstaltungen sowie Erarbeitung entsprechender Lehrmaterialien.

Ergebnisse

Drei dem jeweiligen Ausbildungsniveau der Studenten angepasste kompetenzorientierte Module zur Integration in Einführungsveranstaltungen zur Vorklinik, zur Klinik und zum Praktischen Jahr wurden entwickelt und ab dem Wintersemester 2016/2017 implementiert. Daneben wurden etwa ein Lehrfilm und Lehrposter erstellt. Eine Evaluation des Moduls zu Beginn der Klinik unter n=198 Studenten ergibt, dass 73,8 Prozent der Studenten Kenntnisse darüber haben, wie eine Blutabnahme sicher durchgeführt werden sollte. 93,5 Prozent aller befragten Studenten gaben an zu wissen, wie eine Händedesinfektion korrekt durchgeführt wird.

Diskussion

Aus unserer Sicht ist das Lehrprojekt gut dazu geeignet, zentrale praktische Kompetenzen nachhaltig zu vermitteln. Für die Zukunft streben wir eine kontinuierliche weitere Integration in Lehrveranstaltungen mit praktischem Bezug wie z. B. Blockpraktika oder der Famulatur an.



IV-P8 | 7

Terra Incognita? Was ich schon immer über Leben und Arbeiten als Hausarzt wissen wollte - eine fakultative Informationsveranstaltung für Studierende an der Charité

T. Sturz, C. Heintze, S. Döpfmer

Institut für Allgemeinmedizin - Charité Universitätsmedizin, Berlin

Hintergrund

Die Allgemeinmedizin ist im Modelstudiengang Medizin der Charité über viele Semester vertreten. Dennoch berichten viele Studierende, dass sie unklare Vorstellungen vom späteren Berufsbild haben und die Arbeits- und Lebensrealität eines Hausarztes schlecht einschätzen können. Informationsbedarf wird auch geäußert zu hausärztlichen Arbeitsmodellen, zu Verdienstmöglichkeiten und bezüglich der Sorge vor Regressen und Budgetierung.

Daraus abgeleitet wird seit Sommersemester 2016 eine fakultative Abendveranstaltung für Studierende höherer Semester angeboten, die sich dieser Fragen annimmt. Referenten sind jeweils niedergelassene Hausärzte, Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin und Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin. Im Vordergrund stehen die persönlichen Erfahrungsberichte der Akteure und die Offenheit für alle Fragen der Teilnehmenden in einer zum Austausch ermutigenden Atmosphäre.

Fragestellung

Wie wird das beschriebene zusätzliche Angebot von den Studierenden bewertet?

Methoden

Im Anschluss an die zweite Veranstaltung wurden die 22 Teilnehmer gebeten, einen anonymen quantitativen Fragebogen mit Freitextanteilen auszufüllen. Die Ergebnisse der dritten Veranstaltung werden zum Kongress vorliegen.

Ergebnisse

Der Rücklauf der ersten Evaluation betrug 68%. Die Studierenden waren mit dem Inhalt der Veranstaltung sehr zufrieden. Hervorgehoben wurden v.a. die interaktive Atmosphäre, die Darstellung unterschiedlicher Perspektiven durch die Referenten und die authentische und praxisnahe Schilderung persönlicher Erfahrungen und beruflicher Werdegänge.

Diskussion

Studierende haben einen hohen Bedarf an Informationen über das alltägliche hausärztliche Berufsfeld, die über die klinischen und akademischen Inhalte allgemeinmedizinischer Themen hinausgehen. Entsprechende interaktiv gestaltete Veranstaltungen können zur Klärung bestehender Fragen und Vorurteile beitragen und Studierende bei der Reflektion und Entscheidungsfindung zur anstehenden Berufswahl sensibilisieren und unterstützen.



IV-P8 | 8

Using video consultation as a method for improving communicational skills between doctor-patient relation in Family medicine in Macedonia

M. Mihajlova, F. Lokvenec, K. Soleski

Macedonian Medical Association, Skopje Mazedonien

Hintergrund

The video consultation is internationally accepted as an important part of medical training. It is an educational tool of training in communication skills and a basic part of the medical education. Using video consultation like an educational method is needed and accepted among medical students and residents in Family Medicine of the Medical Faculty in Skopje. The Department of Family Medicine in Skopje have implemented a module for consultation and analyzing a video consultation in the curricula of the medical training among medical students and residents in Family medicine.

Fragestellung

Does video consultation really helps for improving in communicational skills among medical students and residents of Family medicine? Do the educators in Family medicine use this method in their work practice?

Methoden

The education consist theoretical part for consultation using Calgari-Cambridge model and practical part which take place during working with real patients in the clinic of the educator in family medicine.

Ergebnisse

Using this method leads for improving communication between doctor and patient relation and makes better quality of care for patients.

Diskussion

Family doctors are needed, a new work force is required, the stereotypes of the common practice are necessary to leave, as less stimulating, exciting from the other medical professions. Although video consultation is already implemented as a teaching method for improving communication skills between doctor-patient relation, not all of the educators in Family Medicine are using it. It is necessary to find a way to encourage them for practical application of this method.



IV-P8 | 9

Interdisziplinärer Workshop "Verständliche Befundübersetzung"

S. Bechmann

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Germanistische Sprachwissenschaft, Düsseldorf

Hintergrund

Kommunikative Kompetenzen spielen in der Arzt-Patienten-Kommunikation eine besondere Rolle. Zusammen mit dem CoMeD-Team an der Medizinischen Fakultät hat der Autor einen interdisziplinären Workshop zur laienverständlichen Übermittlung medizinischer Befunde entwickelt.

Fragestellung

Befunde stellen Ärzte vor zwei Herausforderungen: Zum einen gilt es, die konsiliarischen Schreiben richtig zu verstehen. Dies erfordert eine hohe Textverstehens-Kompetenz. Zum anderen müssen die Befunde in verständlicher Sprache für die PatientInnen übersetzt werden. Dabei ist eine präzise und einfache Sprache ebenso wichtig wie die Nutzung von Möglichkeiten der bildlichen Darstellung anhand von Modellen, Zeichnungen oder Bildern. Dafür zu sensibilisieren, ist Ziel des Workshops. Damit trägt das Konzept dem Umstand Rechnung, dass die Entwicklung eines evidenzbasierten Kompetenzmodells, ebenso wie dessen Umsetzung in der universitären Lehre, interdisziplinär verankert werden muss.

Methoden

In dem 90-minütigen Workshop lernen die Studierenden die Grundlagen verständlicher Sprache und Kommunikation in einer theoretischen Einführung kennen und diskutieren die medizinischen und sprachlichen Besonderheiten der Textsorte Arztbrief. Die Studenten sollen dann in einem simulierten Gespräch einen echten Befund möglichst ohne Fachchinesisch so vermitteln, dass die wichtigen Botschaften beim Patienten ankommen. SchauspielerInnen als Simulationspatienten geben den Studierenden durch ein standardisiertes Feedback die Gelegenheit, ihre Kommunikationsfertigkeiten auszubauen. Als Hilfsmittel dient eine speziell entwickelte Checkliste.

Ergebnisse

Der Pilot-Workshop wurde von den Studierenden gut aufgenommen und soll auch in Zukunft an der Medizinischen Fakultät angeboten werden.

Diskussion

Künftig ist geplant, das Thema „Arztbriefe“ sowohl in der Lehre auch in der Forschung stärker in den Blick zu nehmen. Weitere interdisziplinäre Projekte sind in der Planung.



IV-P8 | 10

Entwicklung eines eLearning-Tools zur Vermittlung von Grundlagen und Gesprächstechniken für Behandlung im Voraus planen (BVP): ein Werkstattbericht

J. Hildebrandt, A. Fuchs, K. H. Götze, J. in der Schmitten

Medizinische Fakultät der HHU, Institut für Allgemeinmedizin, Forschungsschwerpunkt Advance Care Planning, Düsseldorf

Hintergrund

Behandlung im Voraus planen (BVP) ist ein anspruchsvolles Konzept zur Befähigung von Individuen, aussagekräftige und valide Patientenverfügung zu erstellen. Nicht-ärztliche BVP-Gesprächsbegleiter werden dafür durch Präsenz-Workshops mit Rollenspieltraining qualifiziert. Zur Einführung sowie begleitend ist ein eLearning-Tool wünschenswert. Darin sollte nicht nur einschlägiges Wissen, sondern auch die spezifische BVP-Gesprächskompetenz vermittelt werden.

Fragestellung

Wie lässt sich BVP-spezifische kommunikative Kompetenz in einem BVP-eLearning-Tool vermitteln?

Methoden

Dieser Werkstattbericht schildert das Vorgehen bei der Erstellung eines multimodalen eLearning-Tools, bei dem zur Vermittlung kommunikativer Kompetenzen auf eine Video-Bibliothek realer BVP-Gesprächsbegleitungen sowie von Gesprächen BVP-Trainer-Trainees mit trainierten Schauspielpatienten (SP) zurückgegriffen wurde. Es erfolgt auch ein Vergleich mit international verwendeten eLearnings für BVP.

Ergebnisse

Die Ergebnisse werden bis zum Kongresszeitpunkt vorliegen.

Diskussion

Die Effektivität des eLearnings ist durch empirische Designs zu überprüfen.



15:00 - 16:30

Raum: 23.32.01 48

IV-P9 | Postersession 9

Fit im Job? Beiträge zur Fort- und Weiterbildung

Moderation: Thomas Kühlein

Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut

IV-P9 | 1

Wie werde ich ein guter Mentor/eine gute Mentorin? – Evaluation des Mentorentrainings des Weiterbildungscollechs Allgemeinmedizin Hessen

M. Broermann, A. Messemaker, A. Wunder, F. M. Gerlach, M. Sennekamp

Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Hintergrund

Im Rahmen der ab 2017 geltenden bundesweiten Förderung von Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin nach §75 a, SGB V, werden Mentoringprogramme ein wichtiger Baustein in der Gestaltung einer strukturierten Weiterbildung für Ärzte/innen in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin sein. In Hessen bieten die Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin bereits seit 2013 ein Mentoringprogramm an. Um die Mentoren/innen auf ihre Aufgabe vorzubereiten, wurde ein Training konzipiert, an dem alle Mentoren/innen jährlich teilnehmen.

Fragestellung

Wie wird das Training für Mentoren/innen des Weiterbildungscollechs Allgemeinmedizin Hessen von den Mentoren/innen bewertet? Welche Inhalte sind besonders relevant für ihre Mentorentätigkeit?

Methoden

Im Anschluss an jeden Trainingstag wird ein Evaluationsbogen ausgegeben. Dieser enthält Items zur inhaltlichen und didaktischen Konzeption, zu besonders positiven Aspekten sowie zu Verbesserungsmöglichkeiten. Die Auswertung erfolgte deskriptiv mit Hilfe des Statistik Programmes SPSS (IBM statistics, Version 22).

Ergebnisse

Die insgesamt drei Trainingstage in den Jahren 2015 bis 2017 wurden mit einer durchschnittlichen Gesamtnote von 1,2 bewertet (n=22). Die Inhalte (Einführung ins Mentoring, Rolle des Mentors, Einführung in die Themenzentrierte Interaktion (TZI), Input zu Gruppentheorie und Gesprächsführung) hielten 95,5% (n=22) für relevant und 100% (n=21) auf ihre eigene Mentoringgruppe übertragbar. Das Mentorentraining würden 95,5% (n=22) weiterempfehlen.

Diskussion

Ein Training für Mentoren/innen in einem Mentoringprogramm für ÄiW Allgemeinmedizin wird von den Mentoren/innen gut angenommen und als sinnvoll für die eigene Tätigkeit erlebt. Ein Mentorentraining ist ein wesentliches Element eines qualitativ hochwertigen Mentoringprogramms und sollte daher wichtiger Bestandteil in der Programmkonzeption sein.



IV-P9 | 2

Bestandsaufnahme und Maßnahmen zur Förderung der allgemeinmedizinischen Fortbildung in Nordrhein-Westfalen

N. Kuth, A. Tolksdorf

Uniklinik RWTH Aachen, Lehrgebiet Allgemeinmedizin, Aachen

Hintergrund

Seit 2004 gilt in Deutschland die Fortbildungsverpflichtung (Continuing Medical Education, CME) für Ärzte aller Fachrichtungen. Gegenwärtig bestehen wenig Erkenntnisse hinsichtlich der aktuellen Fortbildungssituation von Allgemeinmedizinern in Nordrhein-Westfalen.

Fragestellung

Wie schätzen niedergelassene Allgemeinmediziner in NRW das eigenen Fortbildungsverhalten und die Qualität von Fortbildungen in Bezug auf die Fortbildungsverpflichtung ein? Auf Basis der erhobenen Daten erfolgt eine erste Analyse der allgemeinmedizinische Fortbildungssituation in NRW, sowie die Formulierung von Optimierungsmaßnahmen.

Methoden

Querschnittsstudie mittels eines postalisch versendeten strukturierten Fragebogens an eine randomisierte Stichprobe von 4000 niedergelassenen Hausärzten in NRW. Die Dateneingabe und Datenanalyse erfolgte mit der Software *IBM SPSS Statistics* (Version 23).

Ergebnisse

636 Rückantworten konnten bei der Analyse der Daten berücksichtigt werden. Die Mehrheit der Befragten nahm durchschnittlich einmal pro Monat an einer Fortbildungsveranstaltung teil. Am häufigsten wurden Qualitätszirkel und abendliche Veranstaltungen besucht, sowie Fortbildungsangebote in Fachzeitschriften genutzt. Die ausschlaggebenden Kriterien bei der Fortbildungsauswahl waren Thema, Ort und Zeitpunkt der Veranstaltung. Den größten Lerneffekt umfassten die Qualitätszirkel und eintägige Seminare. Internetbasierte Fortbildungen wurden wenig genutzt. Es bestanden Divergenzen zwischen häufig genutzten Fortbildungsformen und der Größe des Lerneffekts, der als mittelmäßig bewertet wurde. Der Praxisbezug zur Allgemeinmedizin wurde bei mehreren Fortbildungsformen niedrig bewertet.

Diskussion

Niedergelassene Allgemeinmediziner in NRW bilden sich regelmäßig fort. Allerdings sollten zukünftig bei einigen Fortbildungsformen ein größerer Lerneffekt sowie ein höherer Praxisbezug angestrebt werden. Hieran könnten vermehrt interaktive Kleingruppenarbeit und die Integration von praktischen Übungen in theoretische Vorträge, eine höhere Interaktivität seitens der Referenten mit dem Auditorium und die verstärkte Einbindung der Zielgruppe für eine bedarfs- und fachgerechte Konzeption der allgemeinmedizinischen Fortbildungen anknüpfen.



IV-P9 | 3

Mentoringprogramme für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin an Kompetenzzentren – eine bundesweite Erhebung zum Ist-Stand

A. Messemaker¹, H. Haumann², S. Döpfmer³, S. Heim⁴, D. Mauer⁵, J. Mage⁶, K. K. Pucher⁷, M. Broermann¹

¹ Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt am Main, Frankfurt am Main; ² Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Tübingen, Tübingen; ³ Institut für Allgemeinmedizin Berlin, Berlin; ⁴ Institut für Allgemeinmedizin Göttingen, Göttingen; ⁵ Institut für Hausarztmedizin Bonn, Bonn; ⁶ Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung Heidelberg, Heidelberg; ⁷ Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin Witten/Herdecke, Witten

Hintergrund

Im Rahmen der bundesweiten Fördervereinbarung nach §75 a, SGB V stellt das Mentoring ein wesentliches Angebot der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin (KW) dar. Die Arbeitsgruppe Mentoring der Sektion Weiterbildung der DEGAM hat eine bundesweite Befragung zu Mentoringprogrammen in der Weiterbildung Allgemeinmedizin der KW durchgeführt. Ziel war es, einen umfassenden Überblick über bereits bestehende und geplante Mentoringprogramme zu erhalten.

Fragestellung

Welche Mentoringprogramme für Ärzte/innen in Weiterbildung Allgemeinmedizin der Kompetenzzentren bestehen bereits und wie sind diese aufgebaut (Gruppen- vs. Einzelmentoring, Form, Dauer und Anzahl der Kontakte, Themen, Matching, Mentorenschulung, Kosten)? Welche Mentoringprogramme befinden sich in der Planung?

Methoden

Die Online-Befragung wurde im Rahmen der AG Mentoring konzipiert und mithilfe des Programms Unipark programmiert. Die Online-Befragung wurde im Frühjahr 2017 an alle universitären allgemeinmedizinischen Einrichtungen und geplanten KW per E-Mail versendet. Die Auswertung erfolgt deskriptiv mit Hilfe des Statistik Programmes SPSS (IBM statistics, Version 22).

Ergebnisse

Die mündlichen Vorbefragungen im Rahmen diverser DEGAM-Workshops zeigen ein sehr heterogenes Angebot. Die Endergebnisse liegen zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht vor und werden auf dem DEGAM-Kongress präsentiert.

Diskussion

Mentoringprogramme werden von ÄiW als sinnvoll und erwünscht erlebt [1]. Sie sind im Rahmen der Fördervereinbarung künftig obligatorischer Bestandteil der Angebote eines Kompetenzzentrums und werden darüber finanziell unterstützt. Mittels der Bestandsanalyse soll ein realistisches Bild der Mentoringlandschaft gezeichnet werden. Möglichkeiten für eine bessere Verzahnung von Angeboten und eine bessere Abstimmung zwischen Anbietern sollen diskutiert werden.

1. Broermann, M., Gerlach, F. & Sennekamp, M. (2014). Sinnvoll und vom Nachwuchs erwünscht: Mentoring in der Weiterbildung Allgemeinmedizin, *ZFA*, 90 (12), S. 502 – 507.



IV-P9 | 4

Bedarfsanalyse zu Aufbauseminaren im Rahmen der Train the Trainer-Seminare

K. Dippell, A. Messemaker, L. Pauscher, A. Wunder, F. M. Gerlach, M. Sennekamp

Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt

Hintergrund

In Hessen haben bislang 87 Teilnehmer an Train the Trainer-Seminaren für Weiterbilder/innen im Fach Allgemeinmedizin der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen teilgenommen. Die Gesamtevaluation der Seminare war sehr gut (Durchschnittliche Gesamtnote = 1,12). Die Themen zur Strukturierung der Weiterbildung, zum Feedback und zur Fehlerkultur sowie der kollegiale Austausch stellen wesentliche Inhalte dar. Während dieser Basis-Seminare wurde deutlich, dass eine Intensivierung der angebotenen Themen sowie weitere Inhalte in Form eines Aufbauseminars sehr stark nachgefragt und erwünscht sind. Dies zeigt sich auch in anderen Untersuchungen.¹ Zur Konzeptgestaltung eines solchen TTT-Folgeseminars wurde eine vertiefende Bedarfsanalyse durchgeführt.

Fragestellung

Welche Themen sollten Folgeeinheiten im Rahmen von Train the Trainer-Seminaren beinhalten und welche Rahmenbedingungen sollten diese erfüllen?

Methoden

Im Anschluss an jeden Seminartag (4 Seminare 2016/2017) wurde ein Evaluationsbogen ausgegeben. Dieser enthielt die Möglichkeit, Wünsche zu Aufbauseminaren anzugeben. Im zweiten Schritt wurde eine Online-Befragung von allen Weiterbildern/innen, die bereits an TTT-Seminaren teilgenommen haben (N=87) durchgeführt. Die Auswertung erfolgt deskriptiv mit Hilfe des Statistik-Programmes SPSS (IBM statistics, Version 22).

Ergebnisse

Alle Teilnehmer gaben an, dass sie Interesse an Aufbauseminaren hätten. Inhaltlich wünschten sich die Befragten nach den Seminartagen am häufigsten die Themen „Feedback“ (50%), „Fehlerkultur“ (37%) und „Strukturierung der Weiterbildung“ (31,1%). Die Ergebnisse zur Online-Befragung liegen derzeit noch nicht vor und werden zum Kongress vorgestellt.

Diskussion

Im Rahmen der Train the Trainer-Seminare wird deutlich, dass die Weiterbilder eine ständige Vertiefung und Verbesserung ihrer Expertise wünschen. Auch im Hinblick auf eine longitudinale Evaluation und Qualitätssicherung der Weiterbildung sollten Aufbauseminare einen wichtigen Baustein darstellen.²

¹Ledig, Thomas et al: Fünf Jahre Train-the-Trainer-Kurs für weiterbildungsbefugte Hausärzte, ZEQR

²http://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Sektionen_und_Arbeitsgruppen/Sektion_Weiterbildung/DE-GAM_CHECKLISTE_Train%20the%20Trainer_final.pdf



IV-P9 | 5

Videoedukation als geeignetes Fortbildungsformat für Medizinische Fachangestellte - Ergebnisse einer kontrollierten Studie zum Thema Impfen

D. Jabs, S. Joos, H. Prautzsch

Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen

Hintergrund

Für Medizinische Fachangestellte (MFA) ist der Erwerb von Kenntnissen über das Impfen Teil der Ausbildung. E-Learning stellt eine neue Lernmethode dar, findet aber als Fortbildungsformat für MFA bisher nur begrenzt Anwendung.

Fragestellung

Sind selbst entwickelte Videocasts ein geeignetes Lehrmittel für MFA im Hinblick auf Akzeptanz und Wirksamkeit?

Methoden

Im Rahmen einer explorativen kontrollierten Studie wurden MFA aus Hausarztpraxen rekrutiert, welche zufällig einer Kontrollgruppe und einer Interventionsgruppe zugeordnet wurden.

Es wurden vier Videocasts mit einer Dauer von je ca. zehn Minuten zum Impfen auf Basis der STIKO-Empfehlungen erstellt und diese in Form einer CD-Rom den MFA der Interventionsgruppe für zwei Wochen zur Verfügung gestellt. In beiden Gruppen wurde ein selbstentwickelter papierbasierter Wissenstest durchgeführt, sowie Informationen zur Soziodemographie und zur Akzeptanz erhoben. Die Kontrollgruppe erhielt die Videos nach der Datenerhebung.

Ergebnisse

Es nahmen insgesamt 39 weibliche MFA mit durchschnittlich 12,5 Jahren Arbeitserfahrung teil. Das mittlere Alter betrug 41 Jahre und die Teilnehmerinnen tätigten im Mittel 14,5 Impfungen pro Woche.

Die Qualität der Videocasts wurde im Mittel mit 4 von 5 möglichen Punkten auf einer Likertskala evaluiert.

Die MFA, die die Videocasts gesehen hatten, schnitten im Kompetenztest mit durchschnittlich 8,4 bei maximal 26 erreichbaren Punkten signifikant besser ab ($p < 0,001$).

Nahezu alle MFA beschrieben, dass die Filme zum selbstständigen Lernen motiviert hätten.

Diskussion

Mit dieser Pilotstudie konnte die Akzeptanz und die Wirksamkeit von Videocasts für Fortbildung von MFA am Beispiel des Themas Impfen gezeigt werden.

Videocasts erweitern die bisherigen Fortbildungsmöglichkeiten für MFA und könnten zukünftig auch als interprofessionelles Fortbildungsformat weiterentwickelt werden.



IV-P9 | 6

Fit im Job? Einschätzung der eigenen Kompetenzen in der hausärztlichen Routine unter WeiterbildungsassistentInnen

D. Burghaus, P. Maisel, R. Jendyk

Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Centrum für Allgemeinmedizin, Münster

Hintergrund

Im Jahre 2009 wurden grundlegende Defizite in den allgemeinmedizinischen Weiterbildungsprogrammen Deutschlands bei der Evaluation der Weiterbildung beklagt. Verglichen mit weltweiten Standards zeigte sich erhebliches Verbesserungspotential. Darauf aufbauend und aufgrund fehlender aktueller Ergebnisse wurde eine Onlinebefragung unter allen WeiterbildungsassistentInnen Nordrhein-Westfalens durchgeführt.

Fragestellung

Hauptziel war die Erhebung des Ist-Zustandes der Weiterbildungsprogramme, um Optimierungsansätze - vor allem auf inhaltlicher Ebene - zu identifizieren.

Methoden

Die Onlineumfrage umfasste Fragen zur Demographie, Weiterbildungsorganisation und zur subjektiven Einschätzung in 24 Kompetenzfeldern. Es wurden Likertskalen zur Gewichtung der Antworten, zusätzlich Freitextkommentarfelder, wie auch Ja-/Nein-Antworten verwendet. Die Daten wurden mittels deskriptiver Häufigkeitsanalysen, χ^2 -Auswertungen, t-Tests und Varianzanalysen ausgewertet. Bei signifikanten Haupteffekten wurden post-hoc-Tests (Bonferronikorrektur) durchgeführt.

Ergebnisse

Die Auswertung umfasste Daten von 72 AssistenzärztInnen (m= 34,7 %). Die Teilnehmenden gaben an, in fast allen Gebieten der hausärztlichen Routine kompetent zu sein, vor allem in den Bereichen „Professionalität“ und „Kommunikation“. Sie empfanden die meisten Defizite in den Themengebieten „Patientenversorgung“ und „Gesundheitssystem“. Mehr als 50 % der Befragten wünschten sich in 11 von 24 Bereichen mehr Training, insbesondere in Kompetenzbereichen mit angegebenen Defiziten.

Diskussion

Die Ergebnisse verdeutlichen Optimierungspotential in den allgemeinmedizinischen Weiterbildungsprogrammen. Es besteht Trainingsbedarf, der zukünftig durch eine Ausdehnung des Seminarprogramms gedeckt werden könnte. Ein passend konzipiertes Mentoringprogramm könnte den Seminarteil dabei sinnvoll ergänzen. Zur Umsetzung ist die inzwischen politisch vollzogene Planung von allgemeinmedizinischen Kompetenzzentren für die Weiterbildung ein ideales Konzept, um die Qualität zu sichern und zu steigern.



IV-P9 | 7

Bedeutung und Erkennung einer "HIV Late Presentation" - Evaluation eines Fortbildungsmoduls für Allgemeinmediziner

B. Schappert, A. Löhr, M. Jansky

Universitätsmedizin Mainz, Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Mainz

Hintergrund

Von den derzeit in Deutschland gestellten HIV-Erstdiagnosen sind etwa 30% sogenannte Late-Presenter, Patienten bei denen die Erkrankung sehr spät diagnostiziert wird. Folge davon: Mehr Begleiterkrankungen, schlechteres Ansprechen auf eine antiretrovirale Therapie, höhere Transmissionsrate, höhere Kosten für das Gesundheitssystem. Dem Hausarzt kommt beim Verhindern der „HIV-Late-Presentation“ eine entscheidende Rolle zu.

Fragestellung

Wie gut ist die von uns entwickelte Fortbildungseinheit zur "HIV-Late-Presentation"? Wie groß ist ein evtl. Wissenszuwachs?

Methoden

Allgemeinmediziner wurden gebeten einen zweiteiligen Prä-Fragebogen auszufüllen. Dieser beinhaltete Fragen zu Einstellungen sowie 10 CME-Fragen zum Thema „HIV-Late-Presentation“. Anschließend erhielten die Teilnehmer eine DVD, auf der sich die von uns entwickelte Fortbildungseinheit befand. Sie wurden gebeten sich diese zuhause anzusehen und danach den ebenfalls mitgegebenen Post-Fragebogen (Inhalt: Die selben CME-Fragen sowie Beurteilungsfragen zur Fortbildungseinheit) auszufüllen und an uns zurückzusenden.

Ergebnisse

Von den 34 Ärzten, die an der Erstbefragung teilnahmen, erhielten wir 14 Post-Fragebögen zurück (Rücklaufquote: 41%). Alle Studienteilnehmer würden die Fortbildungseinheit einem Kollegen weiterempfehlen, nahezu jeder (13/14) gab einen großen Wissenszuwachs an. Diese subjektive Einschätzung bestätigte sich in den Auswertungen des CME-zertifizierten Teiles. Dort konnte ein statistisch auffälliger Wissenszuwachs bezüglich der Thematik zur „HIV Late Presentation“ festgestellt werden.

Diskussion

Die CME-zertifizierte Fortbildungseinheit zur HIV-Late Presentation „Je eher, desto besser“ wurde von den teilnehmenden Allgemeinmediziner ausnahmslos positiv bewertet. Das Wissen über HIV-Indikatorerkrankungen und über HIV-Testung könnte dazu beitragen, zukünftig die Zahl der späten HIV-Diagnosen zu verringern. Dies hätte nicht nur große Bedeutung für die Betroffenen selbst, sondern auch enorme gesundheitspolitische, -ökonomische Relevanz. Die Fortbildungseinheit sollte daher vielen Hausärzten zugänglich gemacht werden.



IV-P9 | 8

Interaktives Training im SkillsLab – auch ein Konzept für Begleitseminare in der Weiterbildung Allgemeinmedizin des Kompetenzzentrums Nordrhein?

D. Mauer¹, B. Engel¹, N. Thiessen², B. Weltermann³, K. Weckbecker¹

¹ Medizinische Fakultät der Universität Bonn, Institut für Hausarztmedizin, Bonn; ² Medizinische Fakultät der Universität Bonn, Studiendekanat, Bonn; ³ Universität Duisburg-Essen, Institut für Allgemeinmedizin, Essen

Hintergrund

Der Weiterbildungsverbund der Universität Bonn (WBVUniBN) führt seit 2012 unter anderem ganztägige Begleitseminare für ÄrztInnen in Weiterbildung (ÄiW) durch. Das Angebot eines strukturierten Seminarprogramms wird eine der Säulen in den geplanten bundesweiten Kompetenzzentren Weiterbildung (KW) bilden, um die Qualität und Effizienz in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu erhöhen. In der medizinischen Lehre haben sich erfahrungsbasiertes und Problemorientiertes Lernen (PoL) vielfach bewährt und bieten hierzu konzeptionell wertvolle Möglichkeiten. In den universitären Einrichtungen der KW könnten diese in Skillslabs anhand interaktiver Trainings durchgeführt werden.

Fragestellung

Empfinden ÄiW ein interaktives Training im Skillslab als persönlich weiterbringend und praxisrelevant?

Methoden

Zunächst wurde ein interdisziplinäres Konzept zu PoL zu vier themenspezifischen Stationen entwickelt. Im Rahmen des Seminarprogramms des WBVUniBN wurde das Konzept an zwei Seminartagen zu „Notfall- und Krisenmanagement“ (3/2016) und zur „Medizin des älteren Menschen“ (3/2017) angewendet. Anhand von Fragebögen wurden Gesamteindruck und die einzelnen Stationen über verschiedene Items durch die TeilnehmerInnen evaluiert. Die deskriptive Auswertung erfolgte mittels Statistikprogrammes IBM SPSS.

Ergebnisse

Insgesamt konnten 34 Evaluationsbögen der TeilnehmerInnen ausgewertet werden (22 Frauen, Alter: $38,06 \pm 7,83$; Weiterbildungsjahr: $3,20 \pm 1,67$), welche an beiden Seminartagen zu 100% aufgrund inhaltlichen Interesses teilgenommen hatten. Mit „trifft voll zu“ gaben die TeilnehmerInnen zu 88,2% an, dass sie das Seminar persönlich weitergebracht hat. Die Stationen wurden von 97,1% als lehrreich, 94,1% als praxisrelevant und 97,1% als realistisch bewertet.

Diskussion

Beide Seminartage stießen auf sehr hohe Akzeptanz und wurden aufgrund des starken Anwendungsbezuges als persönlich weiterbringend betrachtet. Die Möglichkeit zur Selbsterfahrung und Teamarbeit, die gemeinsame Entwicklung einer Problemlösung und das direkte Feedback durch erfahrene FachreferentInnen fanden großen Anklang.



17:00 - 19:00

Raum: 23.01 HS 3D

V-ScSI

Science Slam

Moderation: Daniel Kotz

V-ScSI | Science Slam 1

Mal eben Dr. Google fragen – Medizinische Kommunikation im digitalen Zeitalter

S. Bechmann

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Germanistische Sprachwissenschaft, Düsseldorf

Hintergrund

Wo früher der Gang zum Arzt selbstverständlich war, wird heute zunächst das Internet um Rat gefragt. Dies führt aufgrund äußerst unterschiedlicher Qualität der unzähligen Informationsseiten nicht selten zu Fehleinschätzungen und Missverständnissen, mit denen Ärzte in ihren Sprechstunden konfrontiert sind.

Fragestellung

In diesem Vortrag soll die Frage beantwortet werden, was gute von schlechten Patienteninformationsseiten im Internet unterscheidet und es soll gezeigt werden, welche Herausforderungen und welche Chancen für Ärzte mit dem Phänomen "Dr. Google" verbunden sind.

Methoden

Die Ergebnisse der Bertelsmann-Studie (Gesundheitsmonitor 2016) bilden die Grundlage für kommunikationstheoretische Überlegungen zu Medienkommunikation im Allgemeinen. In diesem Vortrag werden Kriterien für evidenzbasierte Patienteninformationen vorgestellt und es wird gezeigt, auf welche Weise und mit welchem Ziel gesundheitsbezogene Informationen ihren Weg über das Internet zu den Patienten finden. Die bekanntesten Informationsseiten werden einer kritischen Prüfung unterzogen und weniger bekannte, dafür qualitativ hochwertige Portale werden erläuternd vorgestellt.

Ergebnisse

Das multimediale Nutzungsverhalten von Patienten stellt Ärzte gegenwärtig und zukünftig in besonderer Weise vor Schwierigkeiten, die nur dadurch gelöst werden können, dass Ärzte sich mit dem vielfältigen Angebot vertraut machen und "Dr. Google" als hilfreichen Kollegen verstehen lernen. Es wird sich zeigen, dass die Kenntnis der Produktions- und Rezeptionsprozesse von Gesundheitsinformationen im Internet sowie der Logik des Mediums dazu führen kann, dass Ärzte gute Informationsseiten gewinnbringend (i.S. der partizipativen Entscheidungsfindung) in den ärztlichen Beratungsprozess integrieren können.

Diskussion

Zur Diskussion stehen die Kriterien, anhand derer Ärzte Informationsangebote mit evidenzbasierten Inhalten identifizieren können und es wird die Frage im Raum stehen, wie man vermeintlich falsch informierte Patienten kommunikativ in die richtige Richtung lenken kann.



V-ScSI | Science Slam 2

Can tobacco cessation support be integrated into primary tuberculosis care in South Asian clinics? Process evaluation protocol of a pragmatic randomized placebo-controlled trial in Bangladesh and Pakistan

M. Böckmann¹, I. Nohavova², E. Kralikova², A. Pankova², K. Zvolaska², O. Dogar³, A. Sheikh⁴, K. Siddiq³, D. Kotz¹

¹ Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf; ² University Hospital Prague (VFN v. Praze), Prag Tschechische Republik; ³ University of York, Department of Health Sciences, York Vereinigtes Königreich; ⁴ The University of Edinburgh, Usher Institute of Population Health Sciences and Informatics, Edinburgh Vereinigtes Königreich

Hintergrund

Tobacco use not only doubles the risk of developing tuberculosis (TB) disease but also worsens the treatment outcomes of patients who continue to smoke. To reduce the burden of lung disease in Bangladesh and Pakistan, the EU-funded TB&Tobacco hybrid effectiveness- implementation study aims to implement behavioural tobacco cessation strategies into general TB care, and to assess the effectiveness of combining low-cost smoking cessation medication cytisine with behavioural support. As delivery contexts influence acceptance and practicality, process evaluation is a useful tool to analyse mechanisms and interactions within primary care for TB patients in those countries.

Fragestellung

What are the “active ingredients” of the TB&Tobacco intervention, and how are these components implemented?

Methoden

Our mixed methods process evaluation combines quantitative data on patient characteristics, reach of recruitment among eligible patients, and routine trial data on dose delivered with qualitative semi-structured interviews with TB health workers and patients to assess needs and acceptability of the behavioural and pharmacological support. Behaviour intervention delivery will be audio-recorded and coded by bilingual coders using a pre-defined fidelity index. Data collection and analyses are conducted together with local researchers speaking local languages.

Ergebnisse

The process evaluation is currently being implemented.

Diskussion

Results will inform recommendations for possible scale-up of the intervention to reduce the burden of lung diseases in countries where both TB and tobacco use prevalence is high. Working together with experienced local teams throughout data collection and analysis strengthens insights into local contexts and implications for successful integration of tobacco cessation into TB care in Bangladesh and Pakistan.



V-ScSI | Science Slam 3

Die Zukunft der somatoformen Störungen? Das neue Konzept der somatischen Belastungsstörung nach DSM-5 im Vergleich zu den ICD-10-Kriterien

P. Hüsing^{1,2}, A. Toussaint^{1,2}, B. Löwe^{1,2}

¹ Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg; ² Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Schön Klinik Hamburg-Eilbek, Hamburg

Hintergrund

In der ICD-10 als somatoforme Störungen zusammengefasste Syndrome gelten als sogenannte „Ausschlussdiagnosen“ - organische Ursachen dürfen die Beschwerden des Patienten hinsichtlich der Diagnosestellung nicht hinreichend erklären. Dies ist im neuen Konzept der somatischen Belastungsstörung im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5) nicht mehr der Fall. Erstmals werden auch psychologische Faktoren als Diagnosekriterien eingeführt. Daraus ergeben sich zahlreiche Konsequenzen in Bezug auf Diagnoseprävalenz und Einschlusspopulation, sowie im Hinblick auf die Psychopathologie der diagnostizierten Patienten.

Fragestellung / Diskussionspunkt

In einer ambulanten Stichprobe von n = 438 Patienten aus einem psychosomatischen Setting wird untersucht, (1) zu welchem Anteil Patienten die Diagnosekriterien der somatischen Belastungsstörung (DSM-5) erfüllen und wie viele von diesen die ICD-10-Diagnose einer somatoformen Störung erhalten, und (2) in wie fern sich die Diagnosegruppen hinsichtlich ihrer Psychopathologie unterscheiden. Zur Diagnostik der somatischen Belastungsstörung wurde ein strukturiertes klinisches Interview eingesetzt, somatische und psychische Erkrankungen wurden durch Behandler nach ICD-10, die Psychopathologie mittels Fragebögen erhoben.

Inhalt

Es zeigt sich, dass 54,6 % der Patienten die Diagnose einer SSD erfüllen. Von diesen 239 Patienten bekommen wiederum 73,4 % laut klinischer Einschätzung die ICD-10-Diagnose einer somatoformen Störung. Im direkten Vergleich zeigt sich, dass die Gruppe der Patienten, welche ausschließlich die Diagnose einer SSD erfüllen, sowohl in Bezug auf Ängstlichkeit ($t = -2.537$, $df = 44.968$, $p < .05$) und hypochondrische Ängste ($t = -2.866$, $df = 156$, $p < .05$) als auch hinsichtlich ihrer psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität ($t = 2.346$, $df = 46.894$, $p < .05$) belasteter ist als die übrigen Patienten. Das Konzept der somatischen Belastungsstörung (SSD) kann demnach als Diagnoseansatz verstanden werden, der potentiell eine größere Zahl an schwerer belasteten Patienten einschließt.



V-ScSI | Science Slam 4

DrHaus oder DrEd: Digitale Hausarztmedizin – wenn wir es nicht machen, machen es andere

H. Kamps

Privatier, Berlin

Hintergrund

Bei Stromausfall steht auch die deutsche Hausarztpraxis still. Nur: das am meisten genutzte Kommunikationsgerät ist immer noch das Fax. Sensible Daten werden über eMails vermittelt. Die e-Card wird von den Ärzt*innen mit Argwohn betrachtet.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Wie könnte die digitale Hausarztpraxis der Zukunft aussehen? Gefährdet die digitale Medizin die Hausarztmedizin oder ist sie ihre letzte Rettung? Welche Forschungsfragen müssen wir uns stellen, wenn wir uns der digitalen Zukunft stellen?

Inhalt

In drei Bereichen werden unterschiedliche Szenarien entwickelt – mit oder ohne Zutun der Hausärzt*innen:

Szenario 1: Der vermessene Mensch - viele Menschen legen sich mit Begeisterung Sensoren an und ihr Smartphone dokumentiert, wie fit sie sind und wie sie sich heute so fühlen. Werden diese Daten an Apple übermittelt oder freut sich die Hausärzt*in über diese Daten?

Szenario 2: Kommunikation im Gesundheitswesen: Zögerlich öffnen Hausärzt*innen ihre Terminkalender für die online-Terminvergabe. E-Rezepte kennen wir nur aus dem Ausland. Der Ärzt*in im Krankenhaus telefonieren wir immer noch hinterher. Für ein Arzt-Patient Gespräch muss die Patient*in noch immer persönlich in der Praxis erscheinen. Wenn Hausärzt*innen nicht bald aus den Startlöchern kommen, dann macht DrEd das Rennen.

Szenario 3: Künstliche Intelligenz: In den Kliniken der Rhön AG ist längst IBMs Dr Watson als Ratgeber eingestellt. „Dr. Google“ als Ratgeber macht eher kränker als klüger. Das muss nicht sein: Warum steht den Patient*innen nicht das in Deximed gesammelte Wissen zur Verfügung und entlastet uns von Routinearbeit?

Gute Medizin kann daraus nur dann entstehen, wenn Hausärzt*innen selbstbewusst gute analoge Medizin anbieten können.



V-ScSI | Science Slam 5

Evaluation und Weiterentwicklung eines allgemeinmedizinischen Curriculums

U. Arendt, A. Mergeay, O. Spreckelsen, M. Freitag

European Medical School Oldenburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Oldenburg

Hintergrund

Der aktuelle und prospektive Hausarztmangel rückt immer mehr ins Bewusstsein der Verantwortlichen in Politik und Gesundheitswesen. Um mehr Ärzte für den Berufsweg des Allgemeinmediziners zu begeistern, können und müssen erste Weichen bereits im Medizinstudium gestellt werden. Das konkrete allgemeinmedizinische Curriculum, also die Struktur und Organisation der Lehrveranstaltungen, Praktika etc. bestimmt hierbei, wie die Allgemeinmedizin als Disziplin wahrgenommen und ob sie als Weiterbildungsoption in Betracht gezogen wird.

In Oldenburg wurde zum Studienjahr 2012/13 die European Medical School als Modellstudiengang ins Leben gerufen, der sich u.a. durch eine enge Kooperation mit der niederländischen Universität in Groningen auszeichnet. In Anlehnung an das niederländische Primärarztsystem hat die Allgemeinmedizin im Oldenburger Gesamtcurriculum einen hohen Stellenwert.

Nach den ersten 5 Studienjahren erfolgt nun eine erste Evaluation und gezielte Schritte zur Weiterentwicklung des allgemeinmedizinischen Curriculums.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Wie kann ein allgemeinmedizinisches Curriculum in einem integrierten Modellstudiengang sinnvoll und strukturiert weiterentwickelt werden?

Inhalt

Das allgemeinmedizinische Curriculum der medizinischen Fakultät in Oldenburg wird als integraler Teil des Modellstudiengangs veranschaulicht. Anhand des Konzeptes der Curriculumsplanung als „Work in Progress“ nach Kern et al wird das Vorgehen bei der Weiterentwicklung des bestehenden Curriculums dargestellt: von der Problemanalyse und Bedarfsermittlung bis hin zu ersten Evaluationsergebnissen. Hierbei fließen medizindidaktische Überlegungen sowie die Erkenntnisse und Ergebnisse aus Befragungen von Studierenden, Lehrärzten und niedergelassenen Kollegen mit ein.



V-ScSI | Science Slam 6

Multitasking durch Mustererkennung - Training ärztlicher Intuition?

U. Popert

Universität Göttingen, Abteilung Allgemeinmedizin, Göttingen

Hintergrund

Die Neurowissenschaften lehren uns - das Großhirn kann kein Multitasking. Je mehr man es versucht, desto mehr Fehler schleichen sich ein.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Hausärzte sollen die Basisversorgung retten, alle Aufgaben unter Zeitdruck gleichzeitig erledigen und trotzdem keine Fehler machen.

Hilft uns hier die Wahrnehmung häufiger Muster, ist Intuition wichtiger als Evidenz?

Inhalt

Das Geheimnis des Autofahrens - lässt sich mit Mustererkennung und Automatisierung die Arbeitsleistung steigern und Stress vermeiden?

Und wie könnte man das Lernen strukturieren und ggf. beschleunigen?



17:00 - 18:30

V-VT10

Raum: 23.02.U1 24

Spannungsfeld Entscheidungsfindung

Moderation: Markus Herrmann, Jörg Haasenritter

V-VT10 | 1

Spannungsfelder ärztlichen Handelns bei der Attestierung von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Beschwerden - eine qualitative Studie

S. Matt-Windel¹, M. Herrmann¹, B. Gaertner¹, M. Wöpking¹, B. - P. Robra², A. Spura², L. Junk¹

¹ Otto-von-Guericke Universität Magdeburg, Institut für Allgemeinmedizin, Magdeburg; ² Otto-von-Guericke Universität Magdeburg, Institut für Sozialmedizin/ Gesundheitsökonomie, Magdeburg

Hintergrund

Psychische Beschwerden zählen zu den häufigsten Anlässen für eine Attestierung von Arbeitsunfähigkeit. Die Betreuung dieser PatientInnen in der hausärztlichen Praxis erfordert viel Zeit, Verläufe sind oft langwierig und frustrierend.

Fragestellung

Wie entscheiden und handeln Hausärzte, die einerseits dem Einzelfall, andererseits diversen Systembezügen gegenüber verpflichtet sind, wenn sie bei Patienten mit psychischen Beschwerden Arbeitsunfähigkeit attestieren?

Methoden

Qualitatives, exploratives Forschungsdesign. Sample: 28 FachärztInnen (ländlich/städtisch) und 10 Ärztinnen in Weiterbildung Allgemeinmedizin in Sachsen-Anhalt. Erhebung: Halbstrukturierte fokussierte Interviews. Auswertung: Grounded Theory, inhaltlich strukturierende/explicative qualitative Inhaltsanalyse.

Ergebnisse

Die Hausärzte beschrieben die Komplexität des Phänomens Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Beschwerden in vier Dimensionen auf drei Ebenen:

Mikroebene:

- I Hausarzt: subjektives Professionsverständnis, Entscheiden und Handeln
- II Patient: Anliegen, sozialer, ökonomischer Kontext, Arbeitstätigkeit

Mesoebene

- III Systembezug: KK/MDK, Arbeitsplatzbedingungen, Bedarf, Professionalität

Makroebene

- IV Systembezug: Soziale Sicherung / Medizinsystem, Arbeitsmarkt, Gesellschaft.

Spannungsfelder ärztlichen Handelns ergeben sich auf allen drei Ebenen in Hinsicht auf die Selbstreflexion im Umgang mit professionellen Paradoxien, die Arzt-Patient-Beziehung, den Bedarf an Versorgung und das ärztliche Professionsverständnis.

Diskussion

Für professionelles Handeln in der Allgemeinmedizin in Aus-, Weiter- und Fortbildung bedarf es der Auseinandersetzung mit dem professionellen Selbstbild. Dazu gehört die professionelle Selbstreflexion ebenso wie ein Bewusstsein dafür, Mitspieler im System sozialer Sicherung und ärztlicher Selbstverwaltung zu sein. Das Projekt betont die besonderen Rollen und Funktionen des Hausarztes als Generalisten, die es in der Ausgestaltung von Professionsentwicklung und Versorgung zukünftig stärker zu berücksichtigen gilt. Es besteht die Notwendigkeit, die Attestierung von AU in Leitlinien zu psychischen Beschwerden einzubeziehen.



V-VT10 | One-Slide-Five-Minutes-Vortrag

Wie kann das Entscheidungsverhalten von Hausärzten beim Attestieren von Arbeitsunfähigkeit bei Patienten mit psychischen Beschwerden evaluiert werden? Eine Strategie zur Entwicklung von Fallvignetten

B. Gaertner, S. Matt-Windel, M. Wöpking, L. Junk, M. Herrmann

Otto von Guericke Universität Magdeburg - Medizinische Fakultät, Institut für Allgemeinmedizin, Magdeburg

Hintergrund

Die Attestierung von Arbeitsunfähigkeit bei Patienten mit psychischen Beschwerden gehört zur Routinetätigkeit des Hausarztes. Ihm obliegt die Einschätzung einer krankheitsbedingten Leistungsminderung des Patienten unter Berücksichtigung des sozialen und beruflichen Kontextes. Die AU-Richtlinie des G-BA sowie einschlägige Leitlinien bieten dafür kaum dezidierte Handlungskorridore, sodass Hausärzte auf ihr erfahrungsbasiertes Wissen zurückgreifen. Zur Erforschung der Variation im Urteils- und Entscheidungsverhaltens beim Attestieren von AU können Fallvignetten als Stimulus eingesetzt werden. Die für eine Machbarkeitsstudie einzusetzenden Vignetten sind kurze, typisierende Fallbeschreibungen, die aus medizinischen und sozialen Fakten systematisch zusammengesetzt sind.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Welche Informationen sollen Vignetten enthalten, um typische Beratungsanlässe in Zusammenhang mit der Attestierung von AU bei psychischen Beschwerden abzubilden? Wie können Prozesse und Zusammenhänge dargestellt werden? Bisher sind folgende Elemente vorgesehen: Demografische Daten, Vorgeschichte psychischer Störungen, häufig präsentierte, psychosomatische Beschwerden, psychosoziale Belastungen, Informationen über den Beruf und die Arbeitssituation des Patienten, Dauer der Krankschreibung, sowie Kooperation mit dem MDK, Fachärzten und Psychotherapeuten.

Inhalt

Grundlage für die Erstellung der Vignetten ist die Auswertung erzählter Kasuistiken aus einer laufenden explorativen qualitativen Studie mit 28 Hausärztinnen und Hausärzten im städtischen und ländlichen Raum Sachsen-Anhalts zum Umgang mit Attestierung von AU bei Patienten mit psychischen Beschwerden. Diese werden mit Hilfe der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Nach einer Sondierung von Eckfällen sollen daraus Vignetten zusammengestellt und beim Lehrärztentreffen sowie mit Mitarbeitern des MDK Sachsen-Anhalts diskutiert werden.



V-VT10 | 3

Strategien der ärztlichen Entscheidungsfindung - Hausarztpraxis vs. Notaufnahme

J. Abush¹, S. Bösner¹, M. A. Feufel², N. Donner-Banzhoff²

¹ Philipps-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Marburg; ² Technische Universität Berlin, Institut für Psychologie und Arbeitswissenschaft, Berlin

Hintergrund

Medizinische Forschung beurteilt den diagnostischen Prozess oft mit quantitativen Methoden. Obwohl ärztliche Entscheidungsfindung und deren zugrundeliegende Mechanismen bereits Gegenstand von Studien der psychologischen und sozialwissenschaftlichen Forschung waren, finden sich wenige Untersuchungen welche statt artifiziellen Bedingungen die der echten Arbeitswelt voraussetzen. Allgemeinmediziner und klinische Notfallmediziner sind am Eingang des Gesundheitssystems platziert, zu Generalisten ausgebildet, jedoch mit unterschiedlichen Ressourcen ausgestattet.

Fragestellung

Die Herangehensweise beider Gruppen an medizinische Probleme soll verglichen werden. Gemeinsamkeiten und Unterschiede betreffend Anamnese, genutzter Tests und Bindung zu Patienten sollen in den Kontext des jeweiligen Selbstbildes und Settings gestellt werden.

Methoden

12 deutsche Allgemeinmediziner wurden während 282 Konsultationen gefilmt, welche 134 diagnostische Episoden enthielten. Konsultationen, sowie nachfolgende halb-standardisierte Interviews mit den Ärzten wurden mithilfe der Software MAXQDA für qualitative Datenanalyse nach Methoden der qualitativen Sozialforschung analysiert. Zum Vergleich wurden 16 Notfallmediziner herangezogen, welche während 171 Konsultationen in zwei US-amerikanischen Notaufnahmen observiert wurden.

Ergebnisse

Notfallmediziner erwogen häufiger schwere Erkrankungen, und ordneten diagnostische Tests auch bei niedrig empfundener Prätestwahrscheinlichkeit an. Sie nutzten seltener aktives Zuhören, ihr Anamnesestil war direkter mit Anhäufungen von geschlossenen Routinefragen. Im Setting Allgemeinarztpraxis versuchten Patienten den diagnostischen Prozess häufiger aktiv zu beeinflussen. Notfallmediziner betrachteten sich scheinbar mehr als Verteiler und Absicherer der Patienten, vergleichsweise weniger als Diagnostiker oder Heile per se.

Diskussion

Vergleiche sind durch kulturelle, soziale und methodische Faktoren beeinträchtigt. Beide Gruppen von Ärzten scheinen an die besonderen Anforderungen ihrer Arbeitsumgebung angepasst zu sein. Sie unterscheiden sich in Wahrnehmung ihrer Rolle, Anamnesestil und Nutzung von Ressourcen zur Informationsbeschaffung für den diagnostischen Prozess.



V-VT10 | 4

DECADE-pilot. Entscheidungs- und Handlungshilfe für Patienten zur Senkung des Herz-Kreislauf-Risikos. Ergebnisse einer randomisierten, kontrollierten Pilotstudie

I. Tinse¹, A. Siegel¹, C. Schmoor², I. Poguntke², A. Buchholz³, W. Niebling¹

¹ Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg; ² Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Studienzentrum, Freiburg; ³ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Hamburg

Hintergrund

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind die häufigste Ursache für vorzeitigen Tod. Verhaltensbedingte Faktoren erhöhen das Herz-Kreislauf-Risiko (CVR). Lebensstiländerungen sind für vielen Patienten nur schwer umzusetzen. Deshalb hat der Lehrbereich Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Freiburg DECADE (*Decision aid, action planning and follow up support for patients to reduce the 10-year risk of cardiovascular diseases*) entwickelt.

Fragestellung

Die Pilotstudie überprüft, ob DECADE anwendbar ist, ob durch die Intervention Trends in der Patientenaktivierung festzustellen sind und ob das Studiendesign auf eine Studie mit mehreren Standorten übertragbar ist.

Methoden

Randomisiert-kontrollierte Pilotstudie mit den Studienarmen „DECADE“ und „arriba“. Alle Patienten erhielten strukturierte Hausarztkonsultationen, die DECADE-Gruppe zusätzlich DECADE-Broschüren. Schriftliche Patientenbefragungen erfolgten bei Einschluss (T0) und nach vier Monaten (T1). Primärer Endpunkt: Patientenaktivierung (PAM-13); sekundäre Endpunkte: Gesundheitszustand (EQ-VAS), Gesundheitsverhalten. Die Hausärzte wurden zur Anwendbarkeit von DECADE interviewt. Patienten bewerteten DECADE schriftlich.

Ergebnisse

Sechs Hausarztpraxen schlossen 87 Patienten ein (DECADE-Gruppe n=42, arriba-Gruppe n=45). Das mittlere Alter betrug 62,1 Jahre. Neun Patienten (10,3%) beendeten die Studie vorzeitig. Die Intervention zeigte in der DECADE-Gruppe positive Trends hinsichtlich der Patientenaktivierung (PAM-13 +3.3 (95% CI [0.465;6.138] p=0.023)) und des Gesundheitszustands (EQ-VAS +5.789 [95% CI [-0.628;12.206] p=0.0762). In der DECADE-Gruppe gaben 56% der Patienten an gesünder zu leben als zu Studienbeginn (arriba-Gruppe 43%). Die Patienten bewerteten die DECADE-Broschüren positiv und die Hausärzte waren mit der Intervention zufrieden; einige nannten gut umsetzbare Verbesserungsvorschläge.

Diskussion

Die Pilotstudie hat trotz geringfügigem Verbesserungspotenzial gezeigt, dass DECADE anwendbar ist, Hausärzte und Patienten zufrieden sind und sich positive Trends auf Patientenseite abzeichnen. In einer geplanten größeren Studie an mehreren Standorten sollen die Effekte von DECADE gemessen werden.



V-VT10 | 5

Retrospektive Erfassung von ADHS-Symptomen in der Kindheit – Nachuntersuchung Erwachsener mit der Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und/oder Störung des Sozialverhaltens (SSV) im Kindesalter

F. Wolf¹, M. Heinzel-Gutenbrunner², K. Becker²

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität, Jena; ² Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Universitätsklinikum Marburg, Philipps-Universität Marburg, Marburg

Hintergrund

Mit einer Prävalenz von 2,5% ist die ADHS im Erwachsenenalter ein häufiges, jedoch vielfach unterschätztes Krankheitsbild. Da sie selten in „Reinform“, sondern zumeist mit anderen psychiatrischen Störungen komorbide auftritt, wird sie häufig übersehen und bleibt unbehandelt. Zur Diagnosestellung wird neben dem Vorhandensein aktueller Symptome auch das Vorliegen einer ADHS in der Kindheit gefordert, welches laut Leitlinien mittels der Wender Utah Rating Scale (WURS) retrospektiv erhoben werden kann. Die Validität der WURS wurde in den vergangenen Jahren jedoch vermehrt in Frage gestellt.

Fragestellung

Wie valide erfassen die WURS und die daraus abgeleiteten Kurzformen (WURS-25, WURS-k, WURS-15-G, 5 IDA-Items) ADHS-Symptome im Kindesalter bei nun Erwachsenen, die in der Kindheit entweder die Diagnose ADHS und/oder SSV erhalten hatten?

Methoden

Von 317 angeschriebenen ehemaligen Patienten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie nahmen 20 Erwachsene mit früherer Diagnose ADHS (20♂; Durchschnittsalter: 27,3J.) und 20 mit früherer Diagnose SSV (gleichzeitiger Ausschluss ADHS; 15♂; Durchschnittsalter: 33,5J.) an der Nachuntersuchung teil.

Ergebnisse

Die fünf IDA-Items zeigten sich zur retrospektiven Erfassung von ADHS-Symptomen in der Kindheit besser geeignet als die WURS sowie deren weitere Kurzformen. Nur die IDA-Items trennten signifikant ($p=.001$) zwischen ehemaligen Patienten mit früherer ADHS-Diagnose und ehemaligen Patienten mit früherer SSV-Diagnose. Die Spezifität betrug allerdings nur 40% (Cut-off-Wert=10; Sensitivität=90%).

Diskussion

Eine gesteigerte hausärztliche „Awareness“ kann zu einer besseren Versorgungsqualität bei ADHS im Erwachsenenalter beitragen. Wenn zur Diagnosestellung eine Erfassung von ADHS-Symptomen in der Kindheit erforderlich wird, sollten die WURS bzw. ihre Kurzformen aufgrund der geringen Spezifität entsprechend der Leitlinienempfehlungen durch fremdanamnestic Angaben oder durch Einblick in Schulzeugnisse ergänzt werden.



V-VT10 | 6

Ausmaß des Bedauerns bei diagnostischen Fehlentscheidungen am Beispiel Brustschmerz

S. Baumann, J. Haasenritter, N. Donner-Banzhoff

Philipps-Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Hintergrund

Hausärztinnen und Hausärzte kennen aus der eigenen Praxiserfahrung Situationen, in denen sie eine Verdachtsdiagnose gestellt haben, die abschließende Diagnose dann aber doch eine ganz andere war. Solche Situationen können bei den betreffenden Ärztinnen und Ärzten unterschiedliche emotionale Reaktionen hervorrufen, u.a. ein Gefühl des "Bereuens" („Regret“). Das Ausmaß des Regrets hängt von vielen Einflussfaktoren ab. In der vorliegenden Studie untersuchen wir, welchen Einfluss die Kombination aus initial vermuteter Diagnose einerseits und abschließender Diagnose andererseits auf das Ausmaß des Regrets hat.

Fragestellung

Wie variiert die Stärke des subjektiv empfundenen Regrets in Abhängigkeit davon, was die vermutete und was die abschließende Diagnose war?

Methoden

Die Rekrutierung der Hausärztinnen und Hausärzte erfolgt über den Listserver Allgemeinmedizin bzw. Forschungs- und Lehrpraxennetze verschiedener allgemeinmedizinischer Universitätsabteilungen. Per Email werden die Betreffenden eingeladen sich an einem Online-Survey zu beteiligen. Jedem Befragten werden neun diagnostische Szenarien/ Vignetten präsentiert, denen gemeinsam ist, dass sich Patienten mit Brustschmerz wegen Brustschmerzen den Hausarzt aufsuchen und dass die initiale Verdachtsdiagnose und die abschließende Diagnose nicht übereinstimmen. Die einzelnen Vignetten unterscheiden sich im Kern durch die Kombination aus initialer (z.B. Muskelzer- rung) und abschließender Diagnose (z.B. (Lungenembolie). Die jeweiligen Kombinationen werden per Zufallsgenerator bestimmt. Für jedes Szenario quantifizieren die Befragten das Ausmaß des Regrets auf einer visuellen Analogskala. Für die verschiedenen Kombinationen wird die Verteilung des Regrets deskriptiv analysiert.

Ergebnisse

Werden auf dem Kongress berichtet.

Diskussion

Wird auf dem Kongress berichtet.



17:00 - 18:30

Raum: 22.01 HS 2B

V-VT11

Weiterbildung besser und attraktiver gestalten

Moderation: Johanna Fürthauer, Julia Maglez

V-VT11 | 1

Eine NRW-weite Online-Befragung zur Fachrichtungswahl Medizinstudierender und ihrer Meinung zur Allgemeinmedizin

G. Funkhouser, K. K. Pucher, A. Sönnichsen

Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten

Hintergrund

Vor dem Hintergrund des prognostizierten Mangels an Allgemeinmediziner*innen wurde eine NRW-weite Online-Umfrage unter Medizinstudierenden zur Fachrichtungswahl durchgeführt. Diese Umfrage ist eine Initiative des Kompetenzverbundes Allgemeinmedizin NRW, der die allgemeinmedizinische Nachwuchsförderung (NRW) zum Ziel hat.

Fragestellung

Welche Fachrichtungen streben Medizinstudierende in NRW an und inwiefern besteht ein Zusammenhang mit Erfahrungen in der universitären Lehre, Erwartungen an den Hausarztberuf, Meinungen zu Ansehen und Einkommen von Hausärzten*innen sowie politischen Diskussionen?

Methoden

Medizinstudierende acht medizinischer Fakultäten nahmen an der in Lime-Survey programmierten Befragung teil (31.10.2016-31.01.2017). Die Auswertung erfolgte deskriptiv für drei Gruppen (AM; AM als Option; andere Fachrichtung) und mittels Regressionsanalysen mit SPSS.

Ergebnisse

Von 17.554 Medizinstudierenden in NRW (WS2017) nahmen 3976 an der Umfrage teil (Rücklauf:22,65%), davon konnten 3414 ausgewertet werden. 3.5% planen einen Facharzt in AM, 46.4% ziehen AM in Betracht und 33.9% streben eine andere Fachrichtung an. Laut Medizinstudierenden wird ihre Einstellung zum Fach durch praktische Erfahrungen während der Ausbildung positiv beeinflusst (AM:72,7%; als Option:48,0%; andere Fachrichtung:24,5%). Zusätzlich machen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (69,4%; 59,4%; 44,1%) und der Patientenkontakt (84,3%; 76,5%; 41,8%) den Hausarztberuf attraktiv. Nur wenige finden das Einkommen der Hausärzte attraktiv (17,3%; 11,9%; 7,3%), fühlen sich von der Gesundheitspolitik bestärkt AM zu wählen (23,1%; 12,8%; 4,4%), noch finden sie, dass Hausärzte ein hohes Ansehen bei Kollegen anderer Fachrichtungen genießen (5,8%; 9,9%; 10,1%). Ergebnisse der Regressionsanalysen werden zur DEGAM vorliegen.

Diskussion

Die studentische Fachrichtungswahl steht mit intrinsischen Faktoren (z.B. persönliches Berufsbild) und extrinsischen Faktoren (z.B. Einkommen, Politik) in Zusammenhang. Diese sollten bei Maßnahmen der Nachwuchsförderung berücksichtigt werden.



V-VT11 | 2

Spät entschieden und dann Allgemeinmedizin: Ergebnisse einer hessenweiten Befragung von Facharztprüfungsabsolventen/innen Allgemeinmedizin

M. Broermann, A. Messemaker, A. Wunder, L. Pauscher, R. Kinczler, F. M. Gerlach, M. Sennekamp

Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Hintergrund

In Hessen bestehen jährlich ca. 93 Ärzte/innen ihre Facharztprüfung Allgemeinmedizin. Bislang gab es in Hessen keinerlei Daten zur Einschätzung der eigenen Weiterbildungszeit aus Sicht der Absolventen/innen. Diese Ergebnisse sind mit Hinblick auf die notwendige Nachwuchsgewinnung äußerst relevant, da eine strukturierte Weiterbildung als ein Faktor gilt, um mehr Ärzte/innen für die Allgemeinmedizin zu gewinnen.

Fragestellung

Wie erlebten Facharztprüfungsabsolventen/innen rückblickend ihre Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin und wie sehen ihre Zukunftsvorstellungen aus?

Methoden

Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen entwickelte einen Fragebogen, der von Mai 2013 bis Februar 2016 an alle erfolgreichen Prüfungsabsolventen/innen (N=247) ausgegeben wurde. Der Fragebogen wurde deskriptiv mit Hilfe des Statistik Programmes SPSS ausgewertet.

Ergebnisse

Es wurden 154 ausgefüllte Bögen zurückgesendet (Rücklauf 62,3%). Die Teilnehmenden der Befragung sind im Mittel 40 Jahre alt (Median 38) und zu 65% Frauen. Die Zeit zwischen Approbation und erster ärztlicher Einstellung betrug im Durchschnitt 11,4 Monate (Median 3; MIN 0, MAX 246; n=112). Laut Selbstaussage brauchten die Befragten für ihre Weiterbildung im Mittel 92,3 Monate (Median 81; MIN 60, MAX 288; n=152) von ihrer ersten Anstellung bis zur Facharztprüfung. Ein Großteil der hessischen Prüfungsabsolventen/innen (63,6%) entschied sich erst während der Weiterbildung für die Allgemeinmedizin.

Diskussion

Die durchschnittliche Weiterbildungszeit, vor allem aber die lange Latenz zwischen Studienabschluss und Entschluss zur Weiterbildung Allgemeinmedizin, könnte idealerweise durch eine attraktive und strukturierte Weiterbildung sowie einen nahtlosen Übergang vom Studium in die erste Anstellung verkürzt werden. Für ländliche Regionen besteht Hoffnung: Die Hälfte der Befragten scheint durchaus geneigt, sich auf dem Land oder in einer Kleinstadt niederzulassen.



V-VT11 | 3

5 Jahre Salzburger Initiative Allgemeinmedizin (SIA) – Evaluation eines neuen Ausbildungskonzepts für Allgemeinmediziner in Österreich

J. Fürthauer¹, C. Dachs¹, P. Kowatsch¹, B. Fürthauer¹, C. Fürthauer², M. Flamm³, A. Sönnichsen^{1,4}

¹ Salzburger Gesellschaft für Allgemeinmedizin, Oberalm Österreich; ² Ärztekammer für Salzburg, Salzburg Österreich; ³ Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Salzburg Österreich; ⁴ Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten

Hintergrund

Bis vor kurzem wurde in Österreich nach dreijähriger Krankenhausbildung (Turnus) das „Jus practicandi“ erworben, das zur Niederlassung als Hausarzt berechtigt. Spezifisch allgemeinmedizinische Inhalte waren nicht Bestandteil der Turnus-Ausbildung. Um dem Hausarztmangel zu begegnen, die Attraktivität des Berufs zu steigern, und junge Kollegen besser auf den Hausarztberuf vorzubereiten, wurde 2012 die Salzburger Initiative Allgemeinmedizin (SIA) gegründet. Diese schreibt neben einer sechsmonatigen Rotation in einer allgemeinmedizinischen Lehrpraxis regelmäßige Begleitseminare sowie ein kontinuierliches Mentoring durch einen Hausarzt während der gesamten dreijährigen Ausbildung vor.

Fragestellung

Wie wird das Ausbildungskonzept der SIA von den Teilnehmern beurteilt?

Methoden

Wir entwickelten einen Fragebogen für SIA-Teilnehmer, mit dem die wesentlichen Inhalte der SIA beurteilt werden sollen. Der Fragebogen wurde allen Teilnehmern online zur Verfügung gestellt und anschließend quantitativ ausgewertet.

Ergebnisse

Alle 39 SIA-Teilnehmer wurden angeschrieben, wobei allerdings nur wenige das komplette SIA-Programm durchliefen. 19 Teilnehmer antworteten (48,7%). Alle (100%) halten SIA für ein gelungenes Gesamtkonzept und eine Verbesserung der Ausbildungssituation. Jeweils von allen (100%) werden Begleitseminare, Mentoring und Lehrpraxis als wertvolle Komponenten der Ausbildung beurteilt. 13,3% sind sich allerdings unsicher, ob sich beim Mentoring der Zeitaufwand im Verhältnis zum Nutzen lohnt, da es an Struktur fehlt. 79% halten den Ausbildungsabschnitt von 6 Monaten in der Lehrpraxis für zu kurz. 95% wären für die Einführung eines Facharztes für Allgemeinmedizin in Österreich bei einer Ausbildungsdauer von 48 Monaten.

Diskussion

SIA erscheint als sinnvolles Gesamtkonzept für die Ausbildung zukünftiger Hausärzte. Das Mentoring sollte noch besser strukturiert werden. Eine Verlängerung der Ausbildung auf 48 Monate und die Einführung des Facharztes für Allgemeinmedizin sind erstrebenswerte nächste Ziele.



V-VT11 | 4

„No Show“? – Motive für die Teilnahme an den fakultativen Begleitseminaren der Verbundweiterbildung^{plus} Baden-Württemberg

S. Schwill¹, J. Steinhäuser², J. Magez¹, J. Szecsenyi¹, E. Flum¹

¹ Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; ² Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Institut für Allgemeinmedizin, Lübeck

Hintergrund

In Baden-Württemberg können Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) zum Facharzt für Allgemeinmedizin seit 2008 an dem curricularen Weiterbildungsprogramm Verbundweiterbildung^{plus} Baden-Württemberg (VWB^{plus} BW) teilnehmen. Ein Hauptelement der VWB^{plus} BW ist das begleitende Seminarprogramm für ÄiW. Es bietet viermal im Jahr die Möglichkeit an einem von insgesamt acht „Einzelschulungstagen“ (6 Unterrichtseinheiten) in Baden-Württemberg teilzunehmen. Darüber hinaus kann jeder ÄiW einmal im Jahr an einem „Doppelschulungstag“ für circa 25 Teilnehmer (12 Unterrichtseinheiten mit Übernachtung) teilnehmen. Die Teilnahme an den Seminartagen der VWB^{plus} BW ist fakultativ und war bis Ende 2015 gebührenfrei.

Fragestellung

Ziel der Studie war es, die fördernden und hemmenden Faktoren für eine Teilnahme an den fakultativen Seminartagen der VWB^{plus} BW zu erheben.

Methoden

Die Anwesenheit der 597 ÄiW (Stand Dez 2015) an den Seminartagen der VWB^{plus} BW für die Jahre 2014 und 2015 wurde analysiert. Aus der Gruppe der motivierten Teilnehmer (Teilnahmerate ≥ 4 von 5 Seminartagen in zwei aufeinander folgenden Jahren) wurden n=15 Teilnehmer rekrutiert. Dem gegenüber wurden n=15 Teilnehmer rekrutiert, die innerhalb von zwei Jahren ein oder kein Mal an Seminartagen teilgenommen hatten aber in der VWB^{plus} BW eingeschrieben waren. Die Interviews wurden nach dem Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse im Konsensverfahren von drei unabhängigen Wissenschaftlern ausgewertet.

Ergebnisse

Es wurden 30 Interviews mit einer durchschnittlichen Dauer von 24Min und 56Sek (13-36Min) durchgeführt. Aktuell werden die Interviews nach oben beschriebener Methodik ausgewertet.

Diskussion

Auf der DEGAM-Jahrestagung sollen die fördernden und hemmenden Faktoren für die Teilnahme von ÄiW an einem begleitenden Schulungsprogramm präsentiert werden. Die Ergebnisse sollen eine zielgruppenspezifische Ausrichtung der Seminartage innerhalb der DEGAM-VWB^{plus} unterstützen.



V-VT11 | 5

Wieviel Mentoring? – Bedarfsabfrage und Evaluation des strukturierten Mentoringprogramms der Verbundweiterbildung^{plus} Baden-Württemberg

J. Magez¹, E. Flum¹, K. Krug¹, H. Haumann², J. Szecsenyi¹, S. Schwill¹

¹ Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; ² Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen

Hintergrund

Das curriculare Weiterbildungsprogramm Verbundweiterbildung^{plus} Baden-Württemberg (VWB^{plus} BW) ist seit 2009 etabliert. Zu den Hauptelementen gehört seither das Mentoring für Ärzte in Weiterbildung (ÄiW), das neben einem breitgefächerten bedarfsorientierten Beratungsangebot insbesondere die Begleitung durch einen erfahrenen Kollegen während der Weiterbildungszeit beinhaltet (Einzelmentoring). Seit Januar 2017 wird zusätzlich ein Gruppenmentoring angeboten.

Fragestellung

Ziel der Studie ist zu erfahren, welche Wünsche und Erwartung ÄiW in der VWB^{plus} BW an ein „Mentoring“ während ihrer Weiterbildungsphase haben und wie sie das neue Angebot des Gruppenmentoring empfinden.

Methoden

Allen Teilnehmern eines Doppelschulungstages (DST) der VWB^{plus} BW in 2017 wird vorab ein allgemeiner Fragebogen zu Mentoring (Erstbefragung) ausgehändigt. Während der DST wird ein fakultatives Gruppenmentoring angeboten und evaluiert (zweiter Fragebogen). Als Mentoren fungieren dabei zwei Fachärzte für Allgemeinmedizin: Einer ist ein erfahrenerer Weiterbilder, der andere verfügt über eine Psychotherapeutenausbildung.

Ergebnisse

Von Januar bis März 2017 haben an drei durchgeführten Doppelschulungstagen insgesamt 77 ÄiW (mittlere Teilnehmerzahl 26, 23-30MinMax) teilgenommen, davon waren 36 ÄiW (Median 12, 9-16MinMax) neu in der VWB^{plus} BW. An der Erstbefragung beteiligten sich 73 ÄiW (Rücklauf 94,8 %). Am fakultativen Gruppenmentoring nahmen insgesamt 47 ÄiW (61%) teil, von denen 42 die Evaluation ausfüllten (Rücklauf 89,3%). Bis Juni 2017 werden zwei weitere DST mit je 25-30 Teilnehmern durchgeführt werden. Die Auswertung der Erstbefragung und der Evaluation wird im Anschluss erfolgen und zum Kongress vorliegen.

Diskussion

Die Durchführung von Mentoring ist eine von drei Hauptanforderungen an ein Kompetenzzentren Weiterbildung. Dabei sollten die Bedarfe der Zielgruppe dringlich berücksichtigt werden. Die Inhalte dieser Studie sollen hinsichtlich Umfang und Ausgestaltung eines strukturierten Mentoringprogramms diskutiert werden.



17:00 - 18:30

Raum: 23.01 HS 3C

V-VT12

Miteinander sprechen hilft. Hilft dabei auch Technik?

Moderation: Antje Bergmann, Roland Koch

V-VT12 | Pecha Kucha Vortrag

Implementierung teledermatologischer Konsile in die hausärztliche Versorgung – eine kontrollierte Studie mit qualitativ-quantitativer Prozessevaluation (TeleDerm)

R. Koch¹, H. Haumann¹, H. Sturm¹, C. Thies², K. Tomaschko³, C. Gaa³, V. Steeb⁴, M. Woehr⁵, C. Garbe⁶, L. Witkamp⁷, L. Sundmacher⁸, P. Martus⁹, S. Joos¹

¹ Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung, Tübingen; ² Fachhochschule Reutlingen, Reutlingen; ³ AOK Baden-Württemberg, Fachbereich Integriertes Leistungsmanagement, Stuttgart; ⁴ AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen; ⁵ HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft Aktiengesellschaft, Köln; ⁶ Universitätsklinikum Tübingen, Zentrum für Dermatoonkologie, Tübingen; ⁷ University of Amsterdam, Amsterdam Niederlande; ⁸ Ludwig-Maximilians-Universität München, München; ⁹ Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie, Tübingen

Hintergrund

International wird Teledermatologie bereits seit vielen Jahren erfolgreich zur Sicherung einer flächendeckenden Versorgung eingesetzt. Zahlreiche Studien zeigen, dass Teledermatologie im Hinblick auf Genauigkeit der Diagnosestellung, klinischen Verlauf und klinische Endpunkte mit der konventionellen dermatologischen Versorgung vergleichbar ist. Ziel des vorgestellten Projektes, welches im Rahmen des Innovationsfonds gefördert wird, ist es, die Versorgung von Patienten mit dermatologischen Beschwerden im Rahmen der hausärztlichen Versorgung durch teledermatologische Konsile zu verbessern.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Können durch die Implementierung eines teledermatologischen Konsilsystems in Hausarztpraxen mindestens 15% der Überweisungen zum Dermatologen eingespart werden?

Inhalt

Methode

Im Rahmen einer auf Landkreisebene randomisierten kontrollierten Studie mit qualitativ-quantitativer Prozessevaluation sollen in 50 Praxen, die an der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) der AOK Baden-Württemberg teilnehmen, teledermatologische Konsilsysteme implementiert werden (Interventionsgruppe). Die Vergleichsgruppe wird aus HzV-Praxen rekrutiert, denen kein teledermatologisches Konsilsystem zur Verfügung steht.

Als primärer Zielparameter dient die Anzahl der Überweisungen bei AOK-Versicherten zum Dermatologen erhoben mittels Routinedaten.

Als sekundäre Zielparameter werden Informationen auf Ebene der Patienten (z.B. Lebensqualität, Zufriedenheit) und der Ärzte (z.B. Akzeptanz, Machbarkeit im Praxisalltag) quantitativ und qualitativ erhoben. Ferner ist eine gesundheitsökonomische Analyse geplant.

Ergebnisse

Studiendesign und erste Erfahrungen zum Verlauf und Rekrutierung der Hausarztpraxen werden auf dem Kongress präsentiert.

Diskussion und praktische Implikationen

Bei erfolgreicher Implementierung bietet das Projekt die Chance, Patienten mit dermatologischen Beratungsanlässen zeitnah und ortsnahe qualitativ hochwertig zu versorgen. Die multimethodische Begleitanalyse trägt zur Identifikation von Faktoren bei, die einen späteren Rollout vereinfachen. Dies ist wiederum wichtig für die Übertragbarkeit telemedizinischer Anwendungen in die Regelversorgung.



V-VT12 | 2

Chat-basierte Psychotherapie am Beispiel primärer Insomnie: eine randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie

A. Gieselmann, R. Pietrowsky

Heinrich-Heine-Universität, Klinische Psychologie, Düsseldorf

Hintergrund

Das Internet bietet mittlerweile eine Vielzahl an effektiven Behandlungsmöglichkeiten, auch bei primärer Insomnie. Obwohl am häufigsten angewandt, ist Wirksamkeit chatbasierter Interventionen bisher vergleichsweise wenig erforscht.

Fragestellung

Unterscheidet sich die Wirksamkeit einer chatbasierten von der einer persönlichen Intervention bei primärer Insomnie?

Methoden

Inhalte der Intervention waren eine ressourcenorientierte Imaginationsübung sowie Schlafrestriktion. $n = 23$ wurden chatbasiert (Chat) und $n = 27$ im persönlichen Gespräch (FtF) behandelt und $n = 22$ der Wartekontrollgruppe zugeordnet. Wirksamkeitsmaße waren die subjektive und objektive (Aktigraphie-kontrollierte) Schlafqualität zu T1 (direkt nach Therapie) und T2 (2 Monate nach Therapie).

Ergebnisse

Die Wirksamkeit beider Interventionsgruppen unterschied sich nicht, die chatbasierte Intervention war sogar leicht, aber nicht signifikant überlegen: Die subjektive Schlafqualität verbesserte sich zu T1 (Chat: $d = 1.95$ /FtF: $d = 1.02$) und zu T2 (Chat: $d = 2.41$ /FtF: $d = 1.33$). Objektiv zeigte sich eine verbesserte Einschlafzeit zu T1 (Chat: $d = 0.58$, $p = .013$ /FtF: $d = 0.39$, $p = .017$), welche jedoch zu T2 nicht mehr vorhanden war (Chat: $d = 0.31$, $p = .218$ /FtF: $d = 0.23$, $p = .563$). Während der persönlichen Intervention wurde der Therapeut positiver wahrgenommen als chatbasiert und die Wirksamkeit der persönlichen Therapie war umso besser, je positiver der Therapeut wahrgenommen wurde. Chatbasiert zeigten sich diese Zusammenhänge nicht.

Diskussion

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass chatbasierte Therapien die persönliche Behandlung der primären Insomnie ergänzen können, dass beide Formen jedoch auf unterschiedlichen Wirkmechanismen basieren. Es soll diskutiert werden, ob und unter welchen Bedingungen chatbasierte Konsultationen auch in der Allgemeinmedizin hilfreich sein können.



V-VT12 | 3

Psychoonkologie Online

V. Beck

Hochschule Darmstadt, FBGS, Darmstadt

Hintergrund

Die Onlineberatung in der psycho-onkologischen Versorgung von Krebspatienten bietet ein breites Spektrum von Chancen und Potential an. Besonders aktuell ist in diesem Kontext eine psychologische Videosprechstunde - unterstützend oder sogar ergänzend zur realen face-to-face Konsultationen. Internetbasierte Online-Beratung kann Therapiezeit einsparen, Wartezeiten reduzieren, Anfahrtszeiten kürzen und Bevölkerungsgruppen erreichen, die aufgrund einer schweren Erkrankung keinen Zugang zu anderen Angeboten haben. Gekennzeichnet wird die e-health Kommunikation durch ein hohes Maß von Flexibilität und Anonymität und eine Modifikation der Raum-Zeit Dimension. Die Kontaktaufnahme ist unverbindlicher; Schwellenängste sind reduziert und Patientengruppen werden erreicht, die bisher keinen Zugang zu psycho-onkologischen Versorgungsangeboten gefunden haben bzw. diese aufgrund spezieller Bedingungen nicht wahrnehmen konnten. Eine onlinebasierte Therapeut-Klient Beziehung bietet in der Psycho-Onkologie eine befindlichkeits-angepasste Interventionsebene an, die zu einer neuen Unmittelbarkeit und Wirksamkeit psychologischer Betreuung führen kann.

Fragestellung

Wie kann die psychologische Onlineberatung gestaltet und im Sinne einer persönlichen Patientenkommunikation in die Versorgung von onkologischen Patienten integriert werden?

Methoden

Psychoonkologie Online nutzt diese Vorteile und schafft den Ansprechpartner, der in der psycho-sozialen Versorgung von Krebspatienten bislang fehlt. Es geht um eine Verbesserung der psycho-sozialen Versorgung im ambulanten Bereich. Eingesetzt werden spezielle Videofilme für typische psychoonkologische Fragestellungen.

Ergebnisse

Seit Sommer 2016 werden die Nutzerdaten und das Nutzerverhalten der Plattform Psycho-Onkologie Online erhoben. Nach ersten Tendenzen werden die ermittelten Evaluationsdaten im Laufe des Jahres 2017 vorgestellt.

Diskussion

Gesundheitskommunikation und Patienteninformation ein bereits herausragender und weiter wachsender Stellenwert beigemessen. Aus einer nutzerzentrierten Perspektive stellt Psycho-Onkologie Online die erste internetbasierte Beratungsplattform für Krebspatienten und ihre Angehörige dar. Ergibt sich aus diesem Vorhaben eine neue Form von Online-Adherence



V-VT12 | 4

Handhabbarkeit und Akzeptanz telemedizinischer Anwendungen im häuslichen Bereich seitens multimorbider Patienten über 65 Jahren

C. Lang¹, K. Voigt², G. Hübsch², S. Kutter², A. Bergmann², V. Holthoff-Detto^{3,4}

¹ Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Dresden;

² Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden, Bereich Allgemeinmedizin/MK3, Dresden; ³ Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe Berlin, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Berlin; ⁴ Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden, Dresden

Hintergrund

Der bestehende demografische Wandel bewirkt regional zwischen 2010-2020 eine Abnahme der hausärztlichen Versorgungskapazität um 12,6% [Van den Berg et al., 2012; Kopetsch, 2010]. Der rückläufige Hausarztbestand sowie die steigende Arbeitsbelastung von Hausärzten machen eine flexible Patientenversorgung notwendig. Telemedizin kann dabei für Hausärzte und Patienten eine Entlastung darstellen [Dittmar et al., 2009].

Fragestellung

1. Wie bewerten Studienpatienten die Handhabbarkeit der Telemedizinengeräte?
2. Welche Gründe existieren patientenseitig für eine Nichtakzeptanz der Telemedizinanwendung?

Methoden

Im Rahmen der BMBF-Studie „ATMoSPHÄRE“ sollen aus teilnehmenden Hausarztpraxen in Dresden und Leipzig 700 Patienten rekrutiert und mit Telemedizinengeräten ausgestattet werden. Im Rahmen einer Querschnittsanalyse werden Aspekte zur Handhabbarkeit und Gründe der Nichtakzeptanz der Telemedizinanwendung ausgewertet und evaluiert.

Ergebnisse

Aktuell (Stand: 04.04.2017) wurden 219 Patienten für die Studienteilnahme gescreent. Initial eingeschlossen wurden 161 Patienten (73,5%), wovon 41 Patienten ihre Teilnahme im Projektverlauf widerrufen haben. Gründe dieser Dropouts sind v.a. Störung des alltäglichen Ablaufes/Rhythmus (47,5%) sowie zu hohe zeitliche Beanspruchung durch Projektteilnahme und Überforderung durch Technik (je 42,5%). Die weibliche Studienpopulation beträgt 62,7%. Das durchschnittliche Alter der Patienten liegt bei 79,1 Jahren [SD: 5,8]. 42,0% sind alleinlebend. 72,5% der Studienpatienten kommen mit dem Telemedizin-Tablet gut zurecht, 10% beurteilen die Handhabung als schwierig. 15% sind durch technische Funktionsstörungen verunsichert.

Diskussion

Telemedizin kann Patienten ein Sicherheitsgefühl bzgl. des Gesundheitszustandes vermitteln. Für eine Akzeptanz von Telemedizin durch Anwender sollten die Geräte und Inhalte ansprechend, handhabbar und krankheitsspezifisch gestaltet sein. Die patientenseitige Akzeptanz wird gefördert durch Möglichkeiten des Feedbacks und einen klar erkennbaren inhaltlichen Mehrwert der Telemedizinanwendung.



17:00 - 18:30

Raum: 23.01 HS 3B

V-Symp4

Symposium 4: Warum soll ich Hausarzt/Hausärztin werden- eine Fragebogenerhebung in 3 Ländern: Deutschland-Österreich-Slowenien

Moderation: Stephanie Poggenburg, Anrea Siebenhofer-Kroitzsch, Alexander Avian

V-Symp4 | Symposium 4

Warum soll ich Hausarzt/Hausärztin werden- eine Fragebogenerhebung in 3 Ländern: Deutschland-Österreich-Slowenien

S. Poggenburg^{1,2,3}, A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,2}, A. Avian³

¹ Medizinische Universität Graz Institut für Allgemeinmedizin u. evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz Österreich; ² Goethe-Universität Frankfurt am Main Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; ³ Medizinische Universität Graz Institut für Medizinische Informatik Statistik und Dokumentation, Graz Österreich

1. Namen der Moderierenden sowie der Vortragenden

S. Poggenburg, A. Avian, M. Flamm, E. Zelko, A. Siebenhofer

Hintergrund

Hausärztemangel stellt in den Ländern Deutschland, Österreich und Slowenien eine zunehmende Herausforderung dar. Da bislang diesem Phänomen entgegenwirkende Maßnahmen nicht ausreichend gegriffen haben, die 3 Länder jedoch hinsichtlich ihrer Aus- und Weiterbildung wie auch politischen und strukturellen sowie Systemvoraussetzungen deutlich differieren, sollen anhand der Gemeinsamkeiten und Unterschiede neue Lösungsansätze skizziert werden.

Ziele

Mittels eines an alle Humanmedizinstudierende in Österreich (n=10.045), in Slowenien (n=1.680) an 9 deutschen Universitäten (n=20.446) und alle TurnusärztInnen in Österreich (n=6.948) ausgesendeten Fragebogens sollen der Einfluss von Gesellschaft, Politik, Weiterbildung, Herkunft, Facharztstatus, Zusammenarbeitsmöglichkeiten, curricularen Voraussetzungen, allgemeinmedizinischer Ausbildung und ärztlichem Rollenverständnis auf die spätere Berufswahl untersucht werden.

Überblick über Einzelvorträge

Von einer spontanen Idee zu einer Befragung in 3 Ländern - Entwicklung und psychometrische Analyse eines Fragebogens zur Motivation zum Hausarztberuf

Ändert sich die Einstellung von Studierenden und TurnusärztInnen zur Allgemeinmedizin mit zunehmender theoretischer und praktischer Erfahrung?

Reform- vs. Regelstudiengang: Wie unterschieden sich die Einstellung von Studierenden dieser Studiengänge hinsichtlich ihrer späteren Berufswahl, der Wahrnehmung ihrer studentischen Ausbildung und ihrer Praxiskompetenz?

„Bin ich zum Hausarztberuf bestimmt?“ Was beeinflusst die Motivation von Studierenden, den Hausarztberuf zu ergreifen?

3 Länder, 3 verschiedene Systeme, aber doch das gleiche Problem: Hausarztmangel: Haben wir den Stein der Weisen gefunden?

Diskussion

Durch Befragung von über 30.000 Humanmedizinstudierenden in Deutschland, Österreich und Slowenien und fast 7000 Turnusärztinnen in Österreich ergibt sich das Potential, neue Faktoren zu finden, die eine Rolle in der Wahl für oder gegen den Hausarztberuf spielen und aus diesen neue Strategien für die Bekämpfung des Hausärztemangels abzuleiten.



V-Symp4 | 1

Von einer spontanen Idee zu einer Befragung in 3 Ländern- Entwicklung und psychometrische Analyse eines Fragebogens zur Motivation zum Hausarztberuf

S. Poggenburg¹, A. Avian²

¹ Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz Österreich; ² Medizinische Universität Graz, Institut für Medizinische Informatik Statistik und Dokumentation, Graz Österreich

Hintergrund

Anlässlich der ersten Zukunftskonferenz zur Primärversorgung in Österreich wurden Ergebnisse eines Fragebogens zur Berufsmotivation Studierender hinsichtlich ihrer Bereitschaft AllgemeinmedizinerInnen zu werden, vorgestellt. Aufgrund des Interesses weiterer Kooperationspartner (ÖÄK, deutsche und slowenische Universitäten) wurde eine Erweiterung und Adaptierung für den internationalen Einsatz geplant.

Fragestellung

Erfassung und Analyse relevanter Faktoren bei Studierenden und TurnusärztInnen hinsichtlich deren Motivation, AllgemeinmedizinerInnen zu werden.

Methoden

Auf Basis des initial in Graz entwickelten Fragebogens wurden Itemformulierung länderspezifisch verändert, länderspezifische Items hinzugefügt und der Fragebogen um curriculare, systemrelevante und gesellschaftspolitische Bereiche erweitert. Der Fragebogen wurde in einer Studierendenstichprobe mittels halbstrukturierter Interviews auf Vollständigkeit und Verständlichkeit überprüft. Anschließend wurden deutsche, österreichische und slowenische Studierende bzw. österreichische TurnusärztInnen eingeladen, eine Onlineversion des Fragebogens zu beantworten. Items, die thematisch zusammengefasst werden konnten, wurden hinsichtlich ihrer Dimensionalität, internen Konsistenz und Differential Item Functioning (DIF) analysiert. Da es sich um ordinale polytome Items handelt, wurde dafür ein Graded Response Modell (GRM) verwendet. Für diese Analysen wurden die R Packages mirt und lordif verwendet.

Ergebnisse

Für den Bereich der hemmenden und fördernden Faktoren für den Berufswunsch AM konnten 4 Faktoren identifiziert werden (RMSEA: 0.067, 90%CI: 0.066 – 0.069; TLI: 0.90, CFI: 0.91). Alle gefundenen Faktoren weisen eine ausreichende interne Konsistenz (Cronbachs Alpha: .76 - .90) auf. DIF wurden in beiden Bereichen identifiziert, woraus länderspezifische Schwierigkeitsparameter für einzelne Items resultieren.

Diskussion

Hemmende und fördernde Faktoren für den Berufswunsch AM konnten mit einem ausreichenden Model-Fit und einer ausreichenden Reliabilität in einem GRM abgebildet werden. Durch die Berücksichtigung länderspezifischer Schwierigkeitsparameter sind im Ländervergleich genauere Aussagen möglich.



V-Symp4 | 2

Ändert sich die Einstellung von Studierenden und TurnusärztInnen zur Allgemeinmedizin mit zunehmender theoretischer und praktischer Erfahrung?

S. Poggenburg¹, M. Flamm²

¹ Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz Österreich; ² Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Salzburg Österreich

Hintergrund

Aufgrund der erst kurzen Tradition der universitären Allgemeinmedizin in Österreich wurde deren Wirksamkeit hinsichtlich der Fachgebietswahl der Studierenden und ihrer Einstellung zum Hausarztberuf durch die sie vermittelnden Inhalte in theoretischer und praktischer Form bislang nicht untersucht.

Fragestellung

Inwiefern ändern sich die Einstellungen zum hausärztlichen Berufsbild und zur Fachrichtungswahl durch theoretische und/oder praktische allgemeinmedizinische Lehrveranstaltungen im Studium und der ärztlichen Weiterbildung von Humanmedizinstudierenden und TurnusärztInnen Österreichs?

Methoden

Mittels eines an 10.045 Humanmedizinstudierende in Österreich (Graz, Wien, Salzburg, Innsbruck) und eines an 6948 TurnusärztInnen in Österreich ausgesendeten Fragebogens, wurde eine Querschnittsbefragung zu ihrer Motivation, den Hausarztberuf zu ergreifen, durchgeführt

Ergebnisse

Der Anteil von Studierenden, die sich **nicht** vorstellen können in den Hausarztberuf zu gehen, sinkt von denjenigen ohne theoretische/praktische Erfahrung (40%) zu denjenigen mit Erfahrung (38%) zu den Turnusärztinnen (34%) deutlich ab. Am Land zu arbeiten können sich Studierende ohne Erfahrung in 55%, mit Erfahrung in 61% und TurnusärztInnen in 66% vorstellen. Erfahrungen in der Allgemeinmedizin als wichtig erachten 80% der Studierenden ohne Erfahrung und 88% der TurnusärztInnen; auf die Tätigkeit als AllgemeinmedizinerInnen gut vorbereitet fühlen sich 22% der Studierenden ohne, 26% der Studierenden mit Erfahrung und 6% der TurnusärztInnen. Der Wunsch in der Wissenschaft tätig zu sein, sinkt im gleichen Zeitraum von 48% auf 37% (Turnus 28%).

Diskussion

Theoretische und/oder praktische Lehrerfahrungen in der Allgemeinmedizin führen einerseits dazu, dass Widerstände, den Hausarztberuf zu wählen, abgebaut werden und andererseits dazu, dass die Relevanz allgemeinmedizinischer Lehrinhalte auch für Studierende, die andere Fächer präferieren, deutlicher wird. Überdies demarkieren sich mit zunehmender Erfahrung Wissensdefizite für die Ausübung des Hausarztberufes.



V-Symp4 | 3

Reform- vs. Regelstudiengang: Wie unterscheiden sich die Einstellung von Studierenden dieser Studiengänge hinsichtlich ihrer späteren Berufswahl, der Wahrnehmung ihrer studentischen Ausbildung und ihrer Praxiskompetenz?

S. Poggenburg

Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz Österreich

Hintergrund

Parallel oder alternativ zu Regelstudiengängen angebotene Reformstudiengänge sollen durch alternative Lehrformate gleichwertig kognitives Wissen, praktische Fertigkeiten und diagnostisches Denken fördern und die Einbettung des ärztlichen Handelns in einen sozialen, ethischen und wirtschaftlichen Kontext vermitteln, um die ganzheitliche ärztliche Kompetenz der Studierenden zu steigern.

Fragestellung

Welche Unterschiede gibt es zwischen den Humanmedizinstudierenden an deutschen Universitäten bezüglich ihrer Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin, ihrer Einschätzung ihrer Ausbildung im Hinblick auf praktische und Basisfertigkeiten und im Hinblick auf die Bewertung des Curriculums?

Methoden

Es wurde eine Fragebogenerhebung an 9 deutschen Universitäten durchgeführt, wovon 6 ein Regelstudium anbieten, 2 ein Reformstudium und eine sowohl ein Regel- als auch Reformstudium.

Ergebnisse

Studierenden, die einen Reformstudiengang absolvieren (24% der befragten Studierenden, n=557), sind eher als die Regelstudiumstudierenden (n=1804) der Meinung, dass die allgemeinmedizinische universitäre Ausbildung zum richtigen Zeitpunkt einsetzt (Praxis: 82% vs. 69%, Theorie: 79% vs. 74%) und sind weniger der Meinung, dass sie zu früh (Praxis: 10% vs. 19%, Theorie 13% vs. 19%) oder zu spät (Praxis: 7% vs. 12%, Theorie: 7% vs. 13%) beginnt. Durch das Studium fühlen sich 43% der Studierenden im Reformstudiengang gut auf die Hausarztstätigkeit vorbereitet, (vs. 29% Regelstudiengang). Studierende im Regelstudiengang wünschen sich von der Lehre mehr PatientInnenkontakte (45% vs. 30%) und mehr praktische Fertigkeiten (67% vs. 49%), während Reformstudiumstudierende sich mehr Lehre zum Thema „Red Flags“ wünschen (47% vs. 43%).

Diskussion

Die horizontale und vertikale Verknüpfung von Wissen, Handeln und Kompetenz, wie sie in Reformstudiengängen exerziert wird, wird von den Studierenden wahrgenommen und führt zu einer besseren Einschätzung der ärztlichen Kompetenzen.



V-Symp4 | 4

„Bin ich zum Hausarztberuf bestimmt?“ Was beeinflusst die Motivation von Studierenden, den Hausarztberuf zu ergreifen? Ein länderübergreifender Blick auf soziodemographische, personelle, gesellschaftliche, geographische, kulturelle und strukturelle Faktoren

S. Poggenburg¹, E. Zelko²

¹ Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz Österreich; ² Medizinische Fakultät der Universität Maribor, Abteilung für Allgemeinmedizin, Maribor Slowenien

Hintergrund

Obwohl sich Deutschland, Österreich und Slowenien strukturell, politisch und auch die Ausbildungs- und Weiterbildungsmodalitäten deutlich unterscheiden, ist in allen drei Ländern Hausarztmangel ein drängendes Problem.

Fragestellung

Welche soziodemographischen, personellen, gesellschaftlichen, geographischen, kulturellen, strukturellen und politischen Faktoren beeinflussen die Entscheidung von Humanmedizinistierenden dreier europäischer Länder in ihrer Entscheidung, den Hausarztberuf zu ergreifen?

Methoden

Es erfolgte eine Querschnittserhebung mittels eines an Humanmedizinistierende in Österreich (n=10.045), in Slowenien (n= 1.680) und an 9 deutschen Universitäten (n=20.446) elektronisch ausgesendeten Fragebogens.

Ergebnisse

Länderübergreifend können sich Frauen (62%) eher vorstellen, im Hausarztberuf zu arbeiten als Männer (56%). Je kleiner die Ortschaft war, aus denen die Studierenden stammten, desto eher waren sie bereit, Hausärzte (HÄ) zu werden ($p < .001$). In allen Ländern steigert das Vorhandensein von Kindern bei Männern wie bei Frauen die Bereitschaft, hausärztlich tätig zu sein. Stammen Studierende aus Hausarztfamilien möchten sie eher HÄ werden (68%) als solche ohne diesen Hintergrund (59%). Studierende, die sich nicht vorstellen können hausärztlich tätig zu sein, finden eher, dass die Allgemeinmedizin ein hohes Ansehen bei politischen Entscheidungsträgern (22% vs. 17%) und ärztlichen KollegInnen (13% vs. 8%) hat als Studierende die sich vorstellen können AllgemeinmedizinerInnen zu werden.

Diskussion

Sowohl die Herkunft aus einem kleinen Ort oder aus einer Arztfamilie wie das weibliche Geschlecht oder auch die Elternrolle führen eher dazu, sich für das Fach Allgemeinmedizin zu entscheiden. Die gefühlte politische und kollegiale Wertschätzung der Allgemeinmedizin ist in der Wahrnehmung von Studierenden, die sich nicht für den Hausarztberuf entscheiden, höher als in der von Studierenden, die sich für ihn entscheiden.



V-Symp4 | 5

3 Länder, 3 verschiedene Systeme, aber doch das gleiche Problem: Hausarztmangel: Haben wir den Stein der Weisen gefunden?

S. Poggenburg¹, A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,2}

¹ Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz Österreich; ² Goethe Universität, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Hintergrund

Dem Hausarztmangel in Deutschland, Slowenien und Österreich soll mit Maßnahmen wie dem „Masterplan Medizinstudium“, Primärversorgungszentren mit interprofessioneller Zusammenarbeit und verbesserter Bezahlung entgegengewirkt werden.

Fragestellung

Bilden sich politische, gesellschaftliche und strukturelle Bedingungen und Fördermaßnahmen in der Attraktivität der Allgemeinmedizin für Studierende ab? Gibt es Prädiktoren für die Berufsmotivation Allgemeinmedizin?

Methoden

Anhand der Daten einer Fragebogenquerschnittserhebung von 4486 österreichischen, slowenischen und deutschen Studierenden wurde länderübergreifend die Motivation der Studierenden, AllgemeinmedizinerInnen zu werden verglichen.

Ergebnisse

Allgemeinmedizin stellt in allen drei Ländern vergleichbar für Studierende neben anderen Fächern eine Option dar (D: 60% [Frauen 66%], A: 59%[Frauen 56%], Slo: 59%[Frauen 81%]). Aktuelle gesundheitspolitische Diskussionen bestärken am ehesten in Deutschland dazu, AllgemeinmedizinerInnen zu werden (D: 25%, A: 15%, Slo 9%; $p < .001$); deutsche Studierende sehen zukünftig auch am ehesten eine Zunahme der Bedeutung der primärärztlichen Versorgung (D: 85%, A: 78%, Slo 80%; $p = .001$). Deutsche Studierende, die sich vorstellen können AllgemeinmedizinerInnen zu werden, nehmen eher an, dass das Image der Allgemeinmedizin bei politischen Entscheidungsträgern (D: 22%, A: 14%, Slo 5%; $p < .001$), in der Gesellschaft (D: 71% A: 71%, Slo 41%; $p < .001$), bei KollegInnen (D: 9%, A: 8%, Slo 2%; $p = .024$) und bei PatientInnen (D: 94%, A: 91%, Slo 77%; $p < .001$) gut ist, als österreichische und slowenische Studierende.

Diskussion

Obwohl in allen Ländern gleich viele Studierende Allgemeinmedizin als eine *mögliche* Berufsoption betrachten, fühlen sich deutsche Studierende im Vergleich zu österreichischen und slowenischen Studierenden eher durch ihr gesellschaftliches und kollegiales sowie politisches Umfeld dazu bestärkt, den Beruf des Allgemeinmediziners zu ergreifen.



17:00 - 18:30

Raum: 23.02.U1 22

V-WS32

Workshop: Nutzung von Deximed als evidenzbasiertes, unabhängiges Online-Nachschlagewerk für Hausärzte

Moderation: Marlies Karsch-Völk, Klaus Reinhardt

V-WS32 | 1

Nutzung von Deximed als evidenzbasiertes, unabhängiges Online-Nachschlagewerk für Hausärzte

M. Karsch-Völk, K. Reinhardt

Gesinform GmbH, Freiburg

Hintergrund

Deximed ist ein unabhängiges, evidenzbasiertes Online-Nachschlagewerk für Hausärzte in Kooperation mit der DEGAM. Das Angebot finanziert sich über Abonnements und enthält keine Werbung.

Die Vorlage für Deximed stammt aus Norwegen (Norsk Elektronisk Legehåndbok, NEL). Dort haben >90 % der Hausärzte NEL abonniert und nutzen es täglich in ihrer Praxis.

Die norwegischen Inhalte wurden nach Übersetzung ins Deutsche in redaktioneller Überarbeitung an die Verhältnisse im deutschen Gesundheitssystem angepasst. Dabei wurden deutsche Empfehlungen und Leitlinien in die Artikel eingearbeitet. Schlüsselthemen der hausärztlichen Versorgung erhalten Reviews von Leitlinien-Autoren der DEGAM. Im wissenschaftlichen Beirat von Deximed sind u.a. die DEGAM-Sektionen Fortbildung und Qualitätsförderung vertreten.

Zielgruppe

Hausärzte und Ärzte in Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin, die im Praxisalltag verlässliche neutrale fachliche Informationen nutzen möchten sowie Studierende der Medizin, die an einem Online-Nachschlagewerk mit hausärztlichem Schwerpunkt interessiert sind.

Didaktische Methode

Präsentation von Beispielartikeln und Funktionen (Navigation durch Artikel, Frage- und Feedbackbutton)

Erarbeiten verschiedener medizinischer Themen in Kleingruppen am eigenen PC

Ziele

Die Teilnehmer sollen den praktischen Umgang mit Deximed und die damit verbundenen Möglichkeiten zur Implementierung eines ständigen Zugriffs auf Informationen zur evidenzbasierten Medizin in den Praxisalltag kennen lernen. Gemeinsam wird erarbeitet, wie die Nutzung von Deximed zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation und der Versorgungsqualität beitragen kann. Wünsche der Teilnehmer und bezüglich Inhalt und Funktionen von Deximed sowie Mitsprachemöglichkeiten werden diskutiert.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

30-60

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Marlies Karsch-Völk: Chefredakteurin, Hausärztin, ehemalige wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der TUM

Klaus Reinhardt: Managing Director, Arzt und Germanist



17:00 - 18:30

Raum: 23.31.U1 66

V-WS33

Workshop: Psychotraumata und Traumafolgestörungen - Stellenwert der hausärztlichen Versorgung

Moderation: Olaf Reddemann

V-WS33 | 1

Psychotraumata und Traumafolgestörungen - Stellenwert der hausärztlichen Versorgung

O. Reddemann^{1,2}

¹ Hausarztpraxis, Köln; ² Institut für Allgemeinmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Hintergrund

Traumatische Erfahrungen haben für Entstehung Verlauf und Bewältigung zahlloser körperlicher und psychischer Erkrankungen und Störungsbilder große Bedeutung. Nicht selten dürfte Hausärztinnen und Hausärzten ein großer Stellenwert bei der diagnostischen und therapeutischen Weichenstellung und in der Langzeitbetreuung zukommen. Zur hausärztlichen Praxis und hausärztlichen Versorgungsleistungen existieren jedoch kaum publizierte Forschungsdaten. Die letzte deutsche S3-Leitlinie "Posttraumatische Belastungsstörungen" wurde ohne Mitarbeit der DEGAM erstellt. An der Überarbeitung ist gegenwärtig erstmals auch die DEGAM beteiligt.

Zielgruppe

Hausärztinnen und Hausärzte, Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, in der Allgemeinmedizin Forschende

Didaktische Methode

Impulsvortrag, Materialsammlung und Diskussion zu Versorgungsszenarien in Kleingruppen und Zusammentragen/Vorstellen der Ergebnisse in der Workshop-Gruppe

Ziele

Ermittlung und Präzisierung von praxis- und versorgungsrelevanten Problembereichen zum Thema Psychotrauma und Traumafolgestörungen in der hausärztlichen Versorgung. Schärfung der hausärztlichen Perspektive auf das Thema.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15-20

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Olaf Reddemann ist seit 11 Jahren als Hausarzt in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen. Seit 2001 intensive Beschäftigung mit Fragen der Versorgung psychisch traumatisierter Menschen. Seit 2006 tätig in ärztlicher Fort- und Weiterbildung, ab 2013 Lehrbeauftragter, derzeit freier wissenschaftlicher Mitarbeiter am ifam in Düsseldorf



17:00 - 18:30

Raum: 23.32.01 41

V-WS34

Workshop: Die Propensity Score-Analyse – Eine innovative Methode zur Auswertung von nichtrandomisierten Interventionsstudien

Moderation: Oliver Kuß

V-WS34 | 1

Die Propensity Score-Analyse – Eine innovative Methode zur Auswertung von nichtrandomisierten Interventionsstudien

O. Kuß

Deutsches Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Biometrie und Epidemiologie, Düsseldorf

Hintergrund

Es besteht weitgehende Einigkeit in der empirischen Forschung darüber, dass Interventionen primär in randomisierten Studien geprüft werden sollen. In manchen Fällen sind diese jedoch „unnötig, ungeeignet, unmöglich oder ungenügend“ und werden immer wieder für ihre fehlende externe Validität kritisiert. Nichtrandomisierte Studien können eine Alternative zur Evaluierung von Interventionen sein, allerdings haben diese das Problem der fehlenden internen Validität: Die Interventionszuteilung erfolgt nichtrandomisiert und Interventions- und Kontrollgruppe können sich systematisch bzgl. bekannter und (schlimmer noch) unbekannter Störgrößen (Confounder) unterscheiden. Eine Reihe von statistischen Verfahren kann zur Confounderadjustierung benutzt werden; immer häufiger Anwendung, auch in der Allgemeinmedizin, findet die Propensity Score-Analyse.

Zielgruppe

Wissenschaftler/innen

Didaktische Methode

Im Workshop soll anhand eines Beispiels die Methode vorgestellt und diskutiert werden.

Ziele

Die Teilnehmenden sollen nach dem Workshop die Grundlagen der Propensity Score-Analyse kennen sowie in der Lage sein, deren Nutzen und die Anwendbarkeit auf eigene Fragestellungen einzuschätzen.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

10-15

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Prof. Dr. Oliver Kuß ist Biostatistiker und leitet das Institut für Biometrie und Epidemiologie am Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ), Leibniz-Zentrum für Diabetes-Forschung an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Er hat sowohl methodisch im Bereich Propensity Score-Analyse gearbeitet als auch mehrere Studien mit dieser Methode als verantwortlicher Statistiker ausgewertet.



17:00 - 18:30

Raum: 23.32.U1 47

V-WS35

Workshop: Hausärztliche Interventionen im anamnestischen Erstgespräch – Vorstellung und Diskussion einer Handlungsempfehlung

Moderation: Iris Veit, Ottomar Bahrs

V-WS35 | 1

Hausärztliche Interventionen im anamnestischen Erstgespräch – Vorstellung und Diskussion einer Handlungsempfehlung

I. Veit¹, O. Bahrs^{2,3}

¹ Praxis für Allgemeinmedizin / Psychotherapie, Herne; ² Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Göttingen; ³ Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Hintergrund

Die (Erst-)Anamnese ist nach wie vor eines der mächtigsten diagnostisch-therapeutischen Instrumente in der Hausarztmedizin. In kürzester Zeit muss eine potentiell auf Langfristigkeit angelegte Beziehung ermöglicht, ein möglicher abwendbar gefährlicher Verlauf ausgeschlossen und eine (Idee einer) Gesamtdiagnose entwickelt werden.

Auf der Basis von Literaturrecherche, Erfahrungen in der Praxis und Austausch darüber wurde in der AG Psychosomatik der DEGAM ein Vorschlag für eine S1-Leitlinie entwickelt und in einem Workshop überprüft und modifiziert. Dazu wurden zum einen die praktischen Erfahrungen der teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte ~~einerseits~~ und zum anderen Forschungserfahrungen aus den angrenzenden Fachbereichen der Linguistik und Medizinischen Soziologie – u.a. mit Bezug auf videographierte anamnestische Gespräche mit realen Patienten – einbezogen.

Zielgruppe

Hausärztinnen und Hausärzte, in der Lehre Tätige, Allgemeinmediziner/innen in der Weiterbildung und Studierende, an Kommunikation und interdisziplinärem Austausch interessierte Forscher/innen und Praktiker/innen

Didaktische Methode

Einführendes Referat und themenzentrierte Diskussion; fallbezogene Gruppendiskussion ausgewählter Interaktionssequenzen auf Basis von videodokumentierten und transkribierten Erstgesprächen aus der hausärztlichen Praxis.

Ziele

Vorstellung der Leitlinie; Sensibilisierung für die Bedeutung einer Investition in den Anfang; Diskussion von Umsetzungschancen und -problemen; Eruierung von Unterstützungsbedarfen

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15-20

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Dr. Iris Veit, Ärztin für Allgemeinmedizin / Psychotherapie; Bahnhofstraße 204, 44629 Herne; Tel.: 02323 24245; Fax: 02323 26318; E-Mail: info@irisveit.de; <http://www.irisveit.de>

Dr. disc. pol. Ottomar Bahrs, Medizinsoziologe, Gesellschaft zur Förderung Medizinischer Kommunikation e.V., Immanuel-Kant-Str. 12, 37083 Göttingen; Tel.: 0551-42483; E-Mail: ottomar.bahrs@web.de



17:00 - 18:30

Raum: 23.32.00 52

V-WS36

Workshop: „Völlig von der Rolle?“. Ethische und kommunikative Herausforderungen bei der ärztlichen Behandlung eigener Angehöriger

Moderation: Achim Mortsiefer

V-WS36 | 1

„Völlig von der Rolle?“. Ethische und kommunikative Herausforderungen bei der ärztlichen Behandlung eigener Angehöriger

A. Mortsiefer, K. Leinweber, N. Mücke

Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

Hintergrund

Vermutlich jeder Arzt/jede Ärztin wird im Laufe des Berufslebens mit der Frage konfrontiert, ob und wie intensiv er/sie selbst die medizinische Behandlung eigener Familienangehöriger oder enger Freunde übernehmen soll. In den USA wird in einer ethischen Richtlinie der American Medical Association (AMA) von der Behandlung eigener Angehöriger abgeraten, weil sich aus dem resultierenden Rollenkonflikt gefährliche Abweichungen von der ärztlichen Routine ergeben könnten. Da es in Deutschland bisher weder eine ethische Diskussion noch empirische Forschung zu diesem Thema gibt, wurden am Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf eine qualitative Interviewstudie mit Arztkindern sowie eine Fragebogenstudie mit Hausärzten/Hausärztinnen initiiert. Die bisherigen Forschungsergebnisse fließen mit in diesen Workshop ein.

Zielgruppe

Hausärzte/Hausärztinnen sowie Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen mit den Interessensgebieten „Patient-Arzt-Kommunikation“ und „Familienmedizin“

Didaktische Methode

Interaktiver Workshop mit Fallarbeit: Einführung, Kurzvortrag zur Studienlage, Kleingruppenarbeit, Diskussion mit Erarbeitung von Empfehlungen.

Ziele

A) Vermittlung der ethischen Diskussionsgrundlage und Studienlage zum Thema Behandlung eigener Angehöriger
B) Kollegialer Austausch mit dem Ziel der Selbstreflexion über die eigene Rolle bei der Behandlung eigener Angehöriger.
C) Gemeinsame Erarbeitung von Empfehlungen für Hausärzte/Hausärztinnen zur Behandlung eigener Angehöriger.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

18

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Achim Mortsiefer ist niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Köln und Leiter des Forschungsschwerpunkts „Patient-Arzt-Kommunikation“ am Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



17:00 - 18:30

Raum: 23.32.00 61

V-WS37

Workshop: Ist Selbständigkeit ein Risiko? Wir zeigen Strategien, wie Du Deine eigene Praxis planst und welche Dinge die Du beachten musst.

Moderation: Jessica Hanneken, Bettina Schläwe

V-WS37 | 1

Ist Selbständigkeit ein Risiko? Wir zeigen Strategien, wie Du Deine eigene Praxis planst und welche Dinge die Du beachten musst.

B. Schläwe¹, J. Hanneken²

¹ Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Bereich Informations- und Wissenstransfer, Düsseldorf; ² Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Hauptstadtrepräsentanz der apoBank, Düsseldorf

Hintergrund

Kenne Dich und dein Marktumfeld und Deine Praxis kann starten. Wir zeigen auf, was die eigene Niederlassung kostet und das eine gute Planung die ökonomischen Herausforderungen beherrschbar macht.

Zielgruppe

Studierende, Ärzte in Weiterbildung, junge Allgemeinmediziner

Didaktische Methode

interaktiv

Ziele

Mit dem Ziel, jungen Allgemeinmediziner*innen die Angst vor der Existenzgründung zu nehmen und aufzuzeigen, dass die Niederlassung sich lohnt, werden wir in einem interaktiven Workshop gemeinsam die Hürden identifizieren, die einer Niederlassung im "Wege" stehen und zeigen, wie sich diese Hürden umgehen lassen.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

30

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Jessica Hanneken, Rechtsanwältin, Prokuristin, Hauptstadtrepräsentanz der apoBank. Seit über 13 Jahren im Bereich des Deutschen Gesundheitswesens u.a. für die Ärzteschaft tätig.

Bettina Schläwe MPH, Prokuristin im Bereich Informations- und Wissenstransfer der apoBank. Seit über 10 Jahren als Interne Trainerin zum Thema rund ums Gesundheitswesen tätig



Samstag, 23. September 2017

Programm

08:30 - 10:00

Raum: 22.01 HS 2B

VI-VT13

Kernfach Allgemeinmedizin: Auf dem Weg zu einem longitudinalen Curriculum II

Moderation: Ulrike Arendt, Janine Schübel

VI-VT13 | 1

Kompetenzgewinn durch das Blockpraktikum Allgemeinmedizin bei Medizinstudierenden in Dresden?

J. Schübel, K. Voigt, M. Sauer, M. Gottschall, A. Bergmann

Technische Universität Dresden/Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Bereich Allgemeinmedizin/MK3, Dresden

Hintergrund

Das 14tägige Blockpraktikum Allgemeinmedizin (BP AMED) gibt Medizinstudierenden einen Einblick in hausärztliche Arbeitsinhalte und -bedingungen. Der 2014 entwickelte Evaluationsbogen EvAM-BP dient der studentischen Bewertung des BP AMED. Neben der Bewertung der Organisation/Betreuung des Blockpraktikums wird auch die Selbsteinschätzung der Studierenden zu Kompetenzen bzgl. verschiedener Wissens-/Fähigkeitenbereiche vor und nach dem BP AMED ermöglicht.

Fragestellung

Welche Kompetenzen wurden nach Einschätzung der Studierenden durch das BP AMED gesteigert?

Methoden

Im Sommersemester 2016 wurde der EvAM-BP im Rahmen vor- und nachbereitender E-Learning-Seminare zum BP AMED an der TU Dresden erstmalig als Onlineevaluation eingesetzt. Kompetenzen wurden im Schulnotensystem (1=sehr gut bis 6=ungenügend) vor und nach dem BP AMED abgefragt.

Ergebnisse

73 (43%) von 169 Medizinstudierenden gaben eine Selbsteinschätzung ihrer Kompetenzen vor und nach dem BP AMED ab. Eher gut schätzten die Befragten ihre Vorab-Kompetenzen in den Bereichen Soft Skills und Technische Untersuchungen/Fertigkeiten ein. Schlechte Vorab-Kompetenzen wurden für den Umgang mit geriatrischen Patienten, für präventive Maßnahmen und das Formularwesen berichtet. Signifikante Kompetenzsteigerungen wurden für 29 von 36 Einzelkompetenzen berichtet, dabei zeigten sich beim Umgang mit geriatrischen Patienten, Formularwesen und Präventionsmedizin die höchsten Kompetenzsteigerungen (1-2 Schulnoten). Keine signifikanten Kompetenzsteigerungen ergaben sich für Blutdruckmessung, Erhebung des Gefäß- und neurologischen Status, Umgang mit pädiatrischen und palliativen Patienten und die Arbeit mit Leitlinien.

Diskussion

Nach Einschätzung der Studierenden führte das BP AMED zu Kompetenzsteigerungen in vielen Wissens- und Fertigkeitenbereichen. Eine vorherige niedrige Bewertung der eigenen Kompetenz war nicht immer mit einer Kompetenzsteigerung assoziiert. Kompetenzsteigerungen betrafen vor allem Themenbereiche, die durch andere Fachgebiete im Verlauf des Studiums kaum abgebildet werden.



VI-VT13 | Pecha Kucha Vortrag

Das allgemeinmedizinische Hospitationsprogramm an der European Medical School in Oldenburg

U. Arendt, A. Mergeay, O. Spreckelsen, M. Freitag

European Medical School Oldenburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Oldenburg

Hintergrund

Erfahrungen aus Studien und Befragungen haben gezeigt, dass frühe praktische Erfahrungen („early experiences“) im Medizinstudium nachhaltigen Einfluss auf das Bild der Allgemeinmedizin und die Karriereplanung von Studierenden haben können. Inzwischen sind die allgemeinmedizinische Famulatur und das Blockpraktikum obligatorische Bestandteile der medizinischen Curricula. Allerdings finden diese zumeist erst im fortgeschrittenen Verlauf des Medizinstudiums statt und zumindest die Famulatur erfolgt in Ermangelung eines Logbuches häufig unstrukturiert.

An der Universität Oldenburg wurde zum Studienjahr 2012/13 ein Modellstudiengang Humanmedizin ins Leben gerufen. Eine Besonderheit in diesem Studiengang ist der Ersatz der Pflichtfamulatur in der Allgemeinmedizin durch vier je einwöchige Hospitationen. Bereits ab dem ersten Semester gewinnen Studierende, unterstützt durch Logbücher und Lehrärzteschulungen, Einblicke in den hausärztlichen Alltag.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Wie werden an der European Medical School Lernerfahrungen im hausärztlichen Setting schon in den ersten drei Studienjahren sinnvoll strukturiert und integriert?

Inhalt

Die Struktur und der Hintergrund des Modellstudiengangs werden kurz vorgestellt. Es wird einen Überblick über die Thematik der Hospitationen und die Struktur der Logbücher geben.

Besonderes Augenmerk wird auf den Aspekt der Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten durch die Studierenden gelegt, der in den Logbüchern eine zentrale Rolle einnimmt.

Abschließend werden Daten vorgestellt, die während der ersten Hospitationsjahrgänge erhoben wurden. Diese umfassen Aspekte der Evaluation, der Verteilung der Studierenden auf die Hospitationspraxen und Interpretationen der Daten zu den Selbsteinschätzungen der Studierenden sowie deren Beeinflussung durch die Hospitationen.



VI-VT13 | Pecha Kucha Vortrag

Land.plus – Eine Kooperation zwischen Universität und Gemeinden zur Förderung des Blockpraktikums der Allgemeinmedizin im ländlichen Raum

R. Koch, H. Haumann, S. Joos

Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung, Tübingen

Hintergrund

Bedingt durch den „Masterplan 2020“ werden mehr ländliche Lehrpraxen rekrutiert werden. Studenten befürchten, dass ländliche Praktika mit einem hohem finanziellen Aufwand und langen Anfahrtswegen verbunden sind.

2016 begann eine Kooperation zwischen dem Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Tübingen und den Landkreisen Calw, Freudenstadt und Reutlingen. Die Studierenden werden per Email über das Programm Land.plus informiert. Interessierte können sich um die Teilnahme bewerben. Teilnehmende Studierende erhalten ein Stipendium über 300 Euro für Fahrt- und Übernachtungskosten.

Inhalt

Ziele:

Die Akzeptanz der teilnehmenden Studenten hinsichtlich des Programmes Land.plus soll evaluiert werden.

Methode:

Basierend auf dem bestehenden Evaluationsbogen des Blockpraktikums wurde ein Fragebogen entwickelt und pilotiert. Einstellungen der Teilnehmer wurden mit einer Fünfer-Likert-Skala erfasst, soziodemografische Merkmale erhoben. Die Auswertung erfolgte mittels deskriptiver Statistik.

Ergebnisse:

Seit Beginn des Programms haben 64 Studierende teilgenommen. Bei einem Rücklauf von 50% (n=32) ergab die Auswertung der Evaluationsbögen folgendes: 56% (n=18) der Teilnehmer waren weiblich. 56% (n=18) der Studierenden übernachteten vor Ort. Der Anfahrtsweg wurde durchschnittlich mit „gut“ bewertet. Insgesamt 69% (n=22) der Teilnehmer konnten sich vorstellen, als Hausarzt auf dem Land zu arbeiten. Ein gesteigertes Interesse für die Allgemeinmedizin nach Abschluss gaben 44% (n=14) an. Das Programm wurde von 68% (n=22) der Studierenden mit „sehr gut“ evaluiert.

Diskussion

Die Evaluation des Programms bei Studierenden und die insgesamt positive Einstellung zur Tätigkeit als Hausarzt auf dem Land zeigen, dass die finanzielle Förderung durch die Gemeinden auf Akzeptanz stößt. Somit werden „neue Lehrmärkte“ erschlossen. Dies ist notwendig, um den Masterplan 2020 umzusetzen. Das Programm dient als Grundlage für qualitative und longitudinale Forschungsansätze bezüglich der Nachwuchsgewinnung.



VI-VT13 | 4

Kiezmedizin erleben und gestalten - Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Wahlpflichtfaches zu Gemeindeorientierung in der Allgemeinmedizin

W. Herrmann, S. Gehrke-Beck, C. Heintze

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin

Hintergrund

International spielt Gemeindeorientierung (Community Oriented Primary Health Care) theoretisch und praktisch in der Allgemeinmedizin eine große Rolle. In Deutschland gibt es in der Allgemeinmedizin jedoch bisher kaum Ansätze Gemeindeorientierung gezielt umzusetzen, und auch in der Ausbildung von Medizinstudierenden spielte diese bisher keine Rolle.

Fragestellung

Ziel war die Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines innovativen Lehrkonzeptes zur Umsetzung von Gemeindeorientierung in der Allgemeinmedizin im Rahmen des Medizinstudiums.

Methoden

Orientiert an einem Modul der Universität Gent und dem Konzept des Forschenden Lernens entwickelten wir ein vierwöchiges Wahlpflichtmodul für Medizinstudierende im 6. Semester des Berliner Modellstudiengangs Medizin. Zur Evaluation wurden die Teilnehmer vorab und anschließend mittels eines Fragebogens u.a. zu Soziodemographie, Einstellungen, Lernzielen und Bewertung des Moduls befragt. Die Auswertung erfolgte deskriptiv mittels R.

Ergebnisse

In der ersten Woche des Wahlpflichtfaches wurden den Studierenden theoretische und methodische Grundlagen vermittelt, sie erkundeten den Kiez mittels teilnehmender Beobachtungen und wählten sich selbstständig Themen, um sie im weiteren Verlauf zu vertiefen. In der zweiten bis vierten Woche erarbeiteten die Studierenden supervidiert durch Mitarbeiter des Instituts diese Themen mittels quantitativen und qualitativen Methoden und präsentierten sie zum Abschluss lokalen Akteuren.

Es nahmen elf Studierende teil (Altersmedian 22 Jahre). Die Studierenden gaben an vor allem inhaltliches Wissen, soziale und methodische Kompetenzen erlangt zu haben. Bei allen Lernzielen ergab sich eine deutliche Verbesserung im Vorher-Nachher-Vergleich. Bei Einstellungen gab es nur geringe Veränderungen.

Diskussion

Das in Deutschland neue Konzept zur Umsetzung von Gemeindeorientierung in der Allgemeinmedizin wurde von Studierenden gut evaluiert und vor Ort gut angenommen. Wir werden es daher weiter anbieten und weiterentwickeln.



VI-VT13 | 5

InterKIM – Entwicklung und Implementierung des Lehrmoduls Interprofessionelle Komplementäre und Integrative Medizin

K. Glassen, A. Homberg, C. Mahler, C. Eicher, S. Loukanova, N. Klafke

Universitätsklinikum Heidelberg, Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Hintergrund

Einerseits haben Patienten einen zunehmenden Versorgungsbedarf an komplementärmedizinischer Beratung und Behandlung, andererseits wird Komplementärmedizin in den Studiengängen und Ausbildungen der Gesundheitsberufe bisher nur unzureichend adressiert. Für eine sichere und erfolgreiche Integration der Komplementärmedizin in die Patientenversorgung ist jedoch das Zusammenspiel aller an der Versorgung beteiligten Professionen erforderlich. Voraussetzung hierfür ist es Kommunikationsbarrieren abzubauen und Entscheidungen auf der Basis einer gemeinsamen Wissensgrundlage zu treffen. Diese Voraussetzungen können durch ein gemeinsames Lehrangebot gebahnt werden.

Ab dem Wintersemester 2017/18 startet an der Medizinischen Fakultät Heidelberg InterKIM für Studierende der Studiengänge Humanmedizin und Interprofessionelle Gesundheitsversorgung B.Sc. mit Förderung der Veronica und Karl Carstens-Stiftung. InterKIM bietet den Studierenden die Möglichkeit, gemeinsam ihre komplementärmedizinischen Grundkenntnisse anhand ausgewählter Themen theoretisch und praktisch zu vertiefen und anhand der verfügbaren Evidenz und der rechtlichen Grundlagen kritisch zu diskutieren.

Fragestellung

Ziel ist die Entwicklung und langfristige Implementierung eines interprofessionellen Lehrmoduls für Studierende der Humanmedizin und der Interprofessionellen Gesundheitsversorgung, welches von interprofessionellen Dozenten-Tandems unterrichtet wird.

Methoden

Das Curriculum wird von einem interprofessionellen Team auf Grundlage der Kernkompetenzen der Interprofessional Education Collaborative entwickelt, das Lehrmodul für beide Studiengänge gemeinsam implementiert und umfangreich begleitend evaluiert.

Ergebnisse

Das Projekt befindet sich zum Zeitpunkt der Abstracteinreichung in der Entwicklungsphase. Auf dem Kongress wird das Lehrmodul InterKIM, einschließlich der Curriculumentwicklung, Implementierung und Begleitevaluation detailliert vorgestellt.

Diskussion

Der Stellenwert der Komplementärmedizin wird nach wie vor kontrovers diskutiert. In diesem Beitrag wird aufgezeigt, welche Herausforderungen es insbesondere bei der Implementierung eines interprofessionellen Lehrmoduls zur Komplementären und Integrativen Medizin sowohl für Lehrende als auch für Studierende zu berücksichtigen gilt.



VI-VT13 | 6

Das Krankheitsverhalten von Medizinstudierenden bei akuten Erkrankungen unterschiedlichen Schweregrades

S. Schulz¹, S. Hänsch², N. Schneider¹, K. Voigt³, F. Einsle⁴

¹ Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Jena, Jena; ² SRH Fachhochschule für Gesundheit Gera, Gera; ³ Medizinische Fakultät Carl-Gustav-Carus der TU Dresden, Bereich Allgemeinmedizin/MK III, Dresden; ⁴ Technische Universität Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Dresden

Hintergrund

Ärzte folgen im eigenen Krankheitsfall oft nicht den medizinischen Standards des Gesundheitssystems und therapieren sich häufig selbst. Es gibt Hinweise, dass sich das Krankheitsverhalten von angehenden Ärzten bereits im Verlauf des Studiums ändert. Medizinstudierende höherer Semester warten länger bis sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen und versuchen Diagnostik und Therapie stärker mitzugestalten. Es ist bisher nicht untersucht, ob sich das Krankheitsverhalten von Medizinstudierenden bei Erkrankungen unterschiedlichen Schweregrades unterscheidet.

Fragestellung

Unterscheidet sich das Krankheitsverhalten von Medizinstudierenden vorklinischer und klinischer Semester bei akuter Erkrankung allgemein und in Abhängigkeit vom Schweregrad einer potentiellen Erkrankung?

Methoden

Es wurde eine quantitative Querschnittsstudie mit schriftlicher Befragung von Medizinstudierenden des ersten (N = 190 von 230, 73% Teilnahmerate) und neunten (N = 120 von 270, 44% Teilnahmerate) Semesters der TU Dresden im Wintersemester 2016/2017 anhand eines strukturierten Fragebogens durchgeführt. Zum allgemeinen Krankheitsverhalten wurden die Inanspruchnahme, Mitbestimmung der Behandlung sowie Selbsttherapie erfasst. Für das Krankheitsverhalten bei akuten Erkrankungen unterschiedlichen Schweregrades wurden drei Fallvignetten konzipiert. Es wurden die Dauer bis zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe, die Konsultation von Hausarzt oder Facharzt und die Selbsttherapie erfasst.

Ergebnisse

Medizinstudierende klinischer Semester gaben signifikant häufiger an, die Behandlung mitzubestimmen und Selbsttherapie durchzuführen als Medizinstudierende vorklinischer Semester. In Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung unterschieden sich die Dauer bis zur Inanspruchnahme professioneller Hilfe und die Konsultation von Hausarzt oder Facharzt.

Diskussion

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass sich das Krankheitsverhalten im Verlauf des Medizinstudiums ändert. Eine Differenzierung in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung scheint vorhanden zu sein. Die Relevanz für den Verlauf von Erkrankungen sollte Gegenstand weiterer Forschung sein.



08:30 - 10:00

Raum: 23.02.U1 22

VI-VT14

Miteinander sprechen. Aufeinander hören.

Moderation: Susanne Döpfmer, Adolf Engel

VI-VT14 | 1

Was Ärzte sagen und was Patienten hören – eine kognitionslinguistische Betrachtung von Verstehensproblemen in der Arzt-Patienten-Kommunikation.

S. Bechmann

Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Germanistische Sprachwissenschaft, Düsseldorf

Hintergrund

In ärztlichen Gesprächen gibt es immer wieder Verstehensprobleme durch divergentes verstehensrelevantes Wissen (i.S. von Krankheits-Frames). Ärzten fehlt oftmals das Gespür dafür, welche Informationen ihre Patienten a) überhaupt und auf welche Weise vermittelt benötigen und b) wie Patienten diese Informationen kognitiv verarbeiten (können). Daher beschränken sich einige Ärzte auf gelenkte Fragen und treten kaum in sprachliche Interaktion ein. Kommunikation ist aber ein kompliziertes psychologisches Spiel, dessen äußerste Schwundstufe in einer Frage-Antwort-Abfolge besteht (Anamnese). Diese Schwundstufe für Kommunikation zu halten, käme dem Gedanken gleich, Gas geben für Autofahren zu halten.

Fragestellung

Verständigung über potenziell Unverständliches erfordert Wissen über kommunikative Grundprinzipien und ein Bewusstsein für die Entstehung von kognitiven Verstehensproblemen. Wie ist dieses Wissen kognitiv organisiert?

Methoden

In diesem Vortrag sollen insbesondere Phänomene der *semantischen Konzeptualisierung* von Fachwissen durch Laien (und die damit verwobenen, bisweilen schwerwiegenden Missverständnisse) skizziert werden. Anhand des in der Linguistik entwickelten Frame-Modells (als Beschreibungsmodell für kognitive Verstehensprozesse) wird sich zeigen, dass schon allein mit der bewussten oder unbewussten Wortwahl ganze Vorstellungswelten im Kopf der Patienten entstehen können, die möglicherweise falsche Vorstellungen von Krankheiten und deren Behandlungen erzeugen.

Ergebnisse

Anhand von Beispielen soll gezeigt werden, wie Krankheits-Frames (also Vorstellungen von Krankheiten) sprachlich ausgelöst werden und auf welche Weise und mit welchen (positiven wie auch negativen) Folgen Sprache Wirklichkeit herstellen kann. Der Vortrag wird dabei das sogenannte *Common-sense-Modell of Illness* linguistisch erweitern und Hinweise für einen bewussteren Umgang mit Sprache liefern.

Diskussion

Auf der Folie der vorgestellten Modelle soll diskutiert werden, auf welche Weise Ärzte Verstehensprobleme in der täglichen Arbeit lösen bzw. vermeiden können.



VI-VT14 | 2

Resonanzmedizin. Eine qualitative Untersuchung gelingender Arzt-Patienten-Beziehungen.

R. Jende, J. Schelling

Ludwig-Maximilians-Universität/Institut für Allgemeinmedizin, München

Hintergrund

Den Hintergrund bilden die Resonanztheorie des Soziologen Hartmut Rosa und die neueren Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychoneuroimmunologie, die davon ausgehen, dass jede Umwelt-Mensch-Interaktion starke Einflüsse auf den psychischen und somatischen Gesundheitszustand einer Person haben. So wird die Arzt-Patienten-Beziehung zu einem wichtigen Faktor bei der Gesundheitsförderung. Der Beitrag folgt einer soziologisch basierten transdisziplinären Perspektive und interessiert sich für den Alltag und Lebensvollzug von Diabetes Mellitus Patienten. Dabei steht der umfassende Weltbezug einer Person im Mittelpunkt.

Fragestellung

Was ist eine resonante Arzt-Patienten-Beziehung und wie lässt sich durch eine responsive Gesprächsführung die Selbstwirksamkeit bei Patienten zur Unterstützung der Gesundheitsförderung steigern?

Methoden

Es wurden 10 biografische Interviews, jeweils ca. 2h Dauer, mit Patientinnen und Patienten (zwischen 60 und 70 Jahren) einer Hausarztpraxis geführt. Die Auswertung erfolgt in einem kontrastiven Fallvergleich unter theoretischer Fokussierung.

Ergebnisse

Es zeigt sich eine signifikante Korrelation von Stresserfahrungen mit Krankheitsverläufen. Diejenigen mit hohen Selbstwirksamkeitserwartungen und einer positiven Grundeinstellung zu den Herausforderungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen weisen eine deutlich höhere Zufriedenheit auf, bis hin zu (vorläufig) vollständiger Genesung akuter Erkrankungen. Das Vertrauen in den Hausarzt spielt dabei eine entscheidende Rolle für den Krankheitsverlauf.

Diskussion

Aus den gewonnen Erkenntnissen lässt sich eine empirisch fundierte Theorie der "Resonanzmedizin" gewinnen und die Arzt-Patienten-Kommunikation verbessern. Das noch zu wenig beachtete Feld einer qualitativ-biografisch forschenden Gesundheitsförderung wäre auszubauen, um die Relevanz und Repräsentativität zu erhöhen. Dazu wären zusätzliche Fälle einzubeziehen, vor allem Patienten von Hausarztpraxen in Großstädten oder strukturschwachen Regionen, sowie jüngere Generationen, um ein breiteres Spektrum abzubilden, Vergleiche gelingender und misslingender Arzt-Patienten-Beziehungen vorzunehmen und weitreichendere Konsequenzen zu ziehen.



VI-VT14 | One-Slide-Five-Minutes-Vortrag

Wie können PatientInnen ihren ÄrztInnen helfen?

B. Plagg¹, S. Zerbe¹, W. Lorenz², S. Elsen², A. Vögele³, G. Piccoliori³, C. Wiedermann³, H. Atz⁴, U. Becker⁴, A. Engß

¹ Universität Bozen, Fakultät für Naturwissenschaften und Technik, Bozen Italien; ² Universität Bozen, Fakultät für Bildungswissenschaften, Brixen Italien; ³ Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin, Bozen Italien; ⁴ Institut für Sozialforschung und Demoskopie, Bozen Italien

Hintergrund

Sowohl auf Seiten der Ärzteschaft, als auch bei den Patienten, ist eine Pluralisierung von Erwartungshaltungen und Kommunikationsstilen feststellbar, die mehr oder weniger gut zueinanderpassen. Wenngleich über den Stellenwert des Arztes in diesem Spannungsverhältnis bereits viel geforscht wurde und es zahlreiche Initiativen gibt, gibt es bis dato zur Ressource „Patient“ als wichtige Kraft zur Lösung von Problemen im Gesundheitssystem kaum Forschung oder Initiativen. Die vorliegende Studie soll untersuchen, wo sich die größten Diskrepanzen in der Arzt-Patient-Interaktion identifizieren lassen und wie es gelingen könnte, diese – mit besonderem Fokus auf die Stärkung des partizipativen Prozesses von Seiten des Patienten – zu überwinden.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Wie können PatientInnen ihren ÄrztInnen helfen, gemeinsam eine optimale Behandlung zu erreichen?

Inhalt

Methoden

Im Rahmen einer kooperativen Erarbeitung in explorativen Workshops wird ein umfassendes Erhebungsinstrument zur quantitativen Befragung beider Zielgruppen (Arzt und Patient) ermittelt. Zentrale Themen sind dabei das Arztbild, die Kommunikation, die Zusammenarbeit und das Verantwortungsbewusstsein des Patienten im hausärztlichen Setting. 500 Patienten werden nach einem Quotenplan in 50 Praxen der insg. 260 in Südtirol niedergelassenen Hausärzte befragt. Die Befragungen werden so koordiniert, dass die Patienten Bezug auf eine konkrete, kürzlich stattgefundene Visite nehmen können und die Ergebnisse aus der Patientenbefragung als Stimulus für die Befragung der Ärzteschaft verwendet werden können.

Ergebnisse

Die Rekrutierung der Patienten soll im Herbst 2017 beginnen, auf dem Kongress werden Hintergrund, Studiendesign und Methoden vorgestellt.

Diskussion

Erstes Ziel dieser Querschnittsstudie wird die Evaluation der aktuellen Rolle des Patienten im allgemeinmedizinischen Setting, sowie die Identifizierung von Lösungsvorschlägen mit dem größten Wirkungspotenzial und der höchsten Akzeptanz sein.



VI-VT14 | 4

Ethische Konflikte in der Hausarztpraxis

S. Döpfmer¹, F. Bruns², J. Stumm¹, L. Peter¹, C. Heintze¹

¹ Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin; ² Charité, Universitätsmedizin Berlin, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Berlin

Hintergrund

Hausärzte stehen vor vielfältigen ethischen Herausforderungen. Während ethische Fallkonferenzen in den Krankenhäusern zunehmend Verbreitung finden, gibt es für den ambulanten Bereich nur sehr wenige Angebote. Die Forderung des 111. deutschen Ärztetags (2008) an die Bundes- und Landesärztekammern geeignete Grundlagen einer ambulanten Ethikberatung zu etablieren, ist bisher nicht umgesetzt.

Von Interesse ist daher, welchen Bedarf Hausärzte für Beratungs-/Unterstützungsangebote aufgrund ethischer Konflikte in der Hausarztpraxis sehen.

Fragestellung

Welche ethischen Konflikte erleben Hausärzte? Welche Beratung wünschen sie sich?

Methoden

Es werden nicht-standardisierte Leitfadeninterviews mit Hausärzten durchgeführt und inhaltsanalytisch in einem kombiniert deduktiv-induktivem Prozess nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse

Die Themenbereiche, in denen Hausärzte ihre ethischen Konfliktsituationen beschreiben, sind vielfältig und nicht nur auf Entscheidungen am Lebensende oder der palliativen Versorgung beschränkt. Fragen des Umgangs mit dem Datenschutz, das Spannungsfeld um Aufklärungspflichten oder erlebte ökonomische Zwänge werden thematisiert. Erste Ergebnisse zeigen, dass die Umgangsstrategien der Befragten heterogen sind. Manchen Kollegen beschäftigen als ungelöst erlebte ethische Grenzfälle über viele Jahre hinweg. Anderen war es bisher nicht bewusst, dass die empfundenen Konflikte auch unter ethischen Gesichtspunkten reflektiert werden können.

Viele Hausärzte suchen Reflexion vornehmlich im privaten Umfeld, zum Beispiel mit Lebenspartnern, insbesondere wenn diese auch einen medizinischen Hintergrund besitzen. Ein niederschwelliges Beratungsangebot, zum Beispiel als Telefonsprechstunde oder in einem persönlichen Gespräch, oder der moderierte Austausch mit Kollegen, würde als Unterstützung wahrgenommen.

Diskussion

Austausch und Beratung zum Thema ethische Konflikte wird im ambulanten Bereich noch zu wenig beachtet. Beratungsangebote sollten nicht auf den Palliativbereich beschränkt werden/bleiben. Eine ethische Fall-Diskussion kann auch ein Instrument der Verarbeitung belastender Fälle sein.



VI-VT14 | Pecha Kucha Vortrag

Medizinisches framing: Heilsame Sprachbilder im Sprechzimmer

H. Kamps

Privatier, Berlin

Hintergrund

„Politisches framing“ ist in aller Munde: wir begreifen, wie Sprache politische Haltungen und Entscheidungen beeinflusst. Eine kritische Analyse der gemeinsamen Sprache von Arzt und Patient ist bisher kaum erfolgt.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Welche Forschungsfragen müssen wir uns stellen, wenn wir heilsamen Sprachhandlungen auf die Spur kommen wollen?

Inhalt

Wir leben in Situationen, die räumlich erlebt werden. Orientierende Metaphern sind zentral für unser Sprachverstehen. Glücklich sein ist oben. Traurig ist unten. Gesund ist oben, krank unten. Die Zukunft ist vor uns. Die Vergangenheit lassen wir hinter uns. Verstand ist oben, Gefühl ist unten. Kontrolle ist oben, da wo auch die Macht ist.

„Ich fühle mich so niedergeschlagen.“ „Ich bin wieder obenauf.“ „Die Probleme lasse ich jetzt links liegen.“

Wenn der hohe Status des Arztes in der gemeinsamen Arzt-Patient-Situation geteilt wird, kann dies verändernde Kraft haben.

Medizinische Diagnosen täuschen gerne eine Objektivität vor, die unangemessen ist und die Lebendigkeit einer Krankheit verdeckt. Die heilende Wirkung einer lebendigen gemeinsamen Sprache wird durch den Begriff der Placebowirkung nicht begreifbar gemacht.



08:30 - 10:00

VI-VT15

Raum: 23.03.01 22

Teampraxis: Ist das die Zukunft?

Moderation: Jean-Francois Chenot, Karen Voigt

VI-VT15 | 1

Die Rolle der MFA im Umgang mit Polypharmakotherapie in der hausärztlichen Praxis – eine qualitative Studie (RIME/PRISCUS)

B. Bückner¹, S. Wilm¹, I. Schluckebier², S. Weißbach³, U. Junius-Walker⁴

¹ Medizinische Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Düsseldorf;

² Medizinische Fachangestellte, Dorsten; ³ Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten; ⁴ Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Hannover

Hintergrund

Polypharmakotherapie und potenziell inadäquate Medikation sind häufige Probleme bei älteren Personen. Im Rahmen eines clusterrandomisierten RCTs wurde untersucht, ob sich der Anteil von hausärztlich versorgten älteren Patienten mit potenziell inadäquater Medikation verringern lässt, wenn Hausärzte und Medizinische Fachangestellte (MFA) auf Basis der PRISCUS-Liste erstellte Empfehlungen zu häufig genutzten riskanten Medikamenten erhalten (PRISCUS-Karte). Über die Rolle der MFA in diesem Prozess ist bisher wenig bekannt.

Fragestellung

Über welche Erfahrungen berichten MFA und Hausärzte im Umgang mit Polypharmakotherapie und speziell mit der PRISCUS-Karte? Welche Rolle haben MFA in der Arzneimitteltherapiesicherheit?

Methoden

Mit 11 MFA (alle weiblich; Berufserfahrung im Mittel 15 Jahre) sowie 14 Ärzten (6 weiblich, Niederlassungsdauer im Mittel 21 Jahre) aus Witten und Hannover wurden 2013-2014 5 moderierte Fokusgruppen (2 mit MFA, 3 mit Ärzten) durchgeführt und digital audiodokumentiert. Die Transkripte wurden in einem multidisziplinären Team inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse

In der Hausarztpraxis wird meist ein Medikamentenplan eingesetzt, der inhaltlich von den Ärzten verantwortet wird; im Umgang damit sehen die Hausärzte keine Rolle für ihre MFA. Die MFA weisen den Arzt manchmal auf Widersprüche im Plan hin. Eine regelmäßige Überprüfung der Medikation findet von Seiten der MFA nicht statt, da sie diese nicht als ihre Aufgabe ansehen. Die in der Studie verwendete PRISCUS-Karte wurde nur sehr selten von den MFA genutzt. Vorgeschlagen wurde von den MFA eine computergesteuerte Warnmeldung bei Verschreibung eines inadäquaten Medikaments oder eine Apotheken-Hotline.

Diskussion

MFA und Hausärzte sehen den Aspekt der Sicherheit der Arzneimitteltherapie nicht als Aufgabe für die MFA an. MFA sind derzeit für Interventionen im Sinne der PRISCUS-Karte nur eingeschränkt zugänglich.



VI-VT15 | 2

Dokumentation in der Hausarztpraxis – Eine qualitative Studie

M. Richter¹, A. Haase², S. Fleßa³, J. - F. Chenot²

¹ Universitätsmedizin Greifswald, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Institut für Community Medicine, Abteilung Allgemeinmedizin, Greifswald; ² Universitätsmedizin Greifswald, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Institut für Community Medicine, Abteilung Allgemeinmedizin, Greifswald; ³ Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Lehrstuhl für ABWL und Gesundheitsmanagement, Greifswald

Hintergrund

Die Dokumentation ist eine wichtige Aufgabe und Pflicht im Praxisalltag. Durch den hohen Aufwand dieser Verwaltungstätigkeiten bleibt weniger Zeit für den Patienten. Bisher wurde die Dokumentation in deutschen Hausarztpraxen wenig untersucht.

Fragestellung

Ziel der Studie war es, Gründe und Barrieren zu untersuchen, die bei der Dokumentation in der Hausarztpraxis eine Rolle spielen.

Methoden

Es wurde eine qualitative Studie auf Basis von halbstrukturierten, leitfadengestützten Experteninterviews mit 25 Hausärzten (Durchschnittsalter 54 Jahre, 52% weiblich, Durchschnittsniederlassungsdauer 14 Jahre) aus dem Landkreis Vorpommern-Greifswald durchgeführt. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch nach Mayring analysiert.

Ergebnisse

Die Mehrzahl der interviewten Hausärzte dokumentiert elektronisch, die dokumentierten Inhalte waren sehr heterogen. Die Dokumentation wurde vor allem mit der eigenen Nachvollziehbarkeit begründet. Nur wenige Hausärzte betonten die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und die Pflichterfüllung als Grund der Dokumentation. Als Barrieren werden Zeitmangel und hohe rechtliche Anforderungen benannt. Bezüglich Struktur und Umfang der Dokumentation bestanden Unsicherheit und Ängste, insbesondere für den Fall eines Fehlervorwurfs. Technische Barrieren und komplexe Patientenfälle sind zusätzliche Herausforderungen. Bei der Aufklärung wurde die Dokumentation unzureichend eingeschätzt. Sensible/intime Patiententhemen werden oft nicht dokumentiert was mit einem geringen Vertrauensverhältnis innerhalb des Praxisteam und dem Patientenschutz begründet wird.

Diskussion

Es besteht eine Misstimmung und Lustlosigkeit an der Dokumentation. Bei einer gefühlten hohen Belastung durch die Dokumentation im Verhältnis zu den Gesamtanforderungen wurde die Dokumentation als eine weniger wichtige Aufgabe empfunden. Die Notwendigkeit wurde von den meisten Hausärzten aber akzeptiert. Bessere Strukturvorgaben und Handlungsempfehlungen für eine ordnungsgemäße Dokumentation sowie einschlägige Angebote in der Weiter- und Fortbildung werden benötigt.



VI-VT15 | 3

Hausbesuche bei Pflegeheimpatienten: was wird in der Routineversorgung von Hausärzten delegiert?

L. Henning, J. Schübel, A. Bergmann, K. Voigt

Technische Universität Dresden/Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Bereich Allgemeinmedizin/MK3, Dresden

Hintergrund

Etwa 80 % der Bewohner von Pflegeheimen sind auf Hausbesuche durch den Hausarzt angewiesen (Hallauer 2005). Eine Möglichkeit, auf die häufig gegebene hohe hausärztliche Arbeitsbelastung (besonders bei drohender oder bestehender Unterversorgung) zu reagieren, ist die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an nichtärztliches Praxispersonal (NäP). Insbesondere bei der Versorgung von Pflegeheimpatienten, die überwiegend über Hausbesuche versorgt werden, ergibt sich Delegationspotential im Kontext von Routinehausbesuchen.

Fragestellung

In welchem Ausmaß und bei welchen Beratungsanlässen werden Hausbesuche in der alltäglichen Versorgung von Pflegeheimpatienten an NäP delegiert?

Methoden

Im Rahmen einer 12-monatigen Querschnittuntersuchung wurden Primärdaten zu inhaltlichen und organisatorischen Merkmalen von 4286 allgemeinärztlichen Hausbesuchen, davon 1525 in Pflegeheimen erhoben. Jede teilnehmende Hausarztpraxis dokumentierte alle Hausbesuche einer Woche. Die statistische Auswertung erfolgte deskriptiv mit SPSS 23.0 (Mann-Whitney-U-Test, Chi²-Test).

Ergebnisse

Fast drei Viertel (71%) der Hausbesuche in Pflegeheimen waren Routine-Hausbesuche. Sowohl akute als auch Routine-Hausbesuche wurden jeweils großteils (ca. 90%) von den Hausärzten selbst durchgeführt, 8% der Hausbesuche wurden an NäP delegiert. An NäP wurden überwiegend Blutentnahmen, Schnelltests und Vitalparameterkontrollen übertragen. Die Größe der Gemeinde und das Geschlecht des Arztes waren nicht mit dem Delegationsverhalten assoziiert.

Diskussion

Das Ausmaß der Delegation hausärztlicher Tätigkeiten an NäP war vergleichsweise niedrig. Routine-Hausbesuche bieten Delegationspotential an qualifizierte NäP (Lenz et al. 2015), auch in stationären Pflegeeinrichtungen. Zu diskutieren ist, welche Anreize/Voraussetzungen geschaffen werden müssten, um die Delegation ärztlicher Aufgaben an NäP zu motivieren.



VI-VT15 | 4

Hausärztliche Befragung zur Belastungs- und Versorgungssituation von Menschen mit Demenz und deren Pflegenden Angehörigen – Ergebnisse einer Querschnitterhebung im Rahmen der PAiS-Studie

C. Kriechmayr¹, S. Krutter², R. Eibl-Maurer², E. Mann¹, D. Rüsing³, D. Schaffler-Schaden¹, A. Seymer⁴, L. R. Wurm², J. Osterbrink², M. Flamm¹

¹ Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin, Salzburg Österreich; ² Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Salzburg Österreich; ³ Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD), Universität Witten/Herdecke, Witten; ⁴ Abteilung Soziologie und Kulturwissenschaft, Paris Lodron Universität Salzburg, Salzburg Österreich

Hintergrund

Pflegende Angehörige (PA) von Menschen mit Demenz (MmD) sind bei der häuslichen Pflege vielfältigen Belastungen ausgesetzt, wodurch sie oftmals an ihre psychischen und physischen Grenzen stoßen. Um eine bestmögliche Betreuung von PA im Rahmen der hausärztlichen Betreuung sicherzustellen und gezielt auf individuelle Bedürfnisse und auf potenziell kritische Belastungsmomente in der Pflegesituation eingehen zu können, müssen PA in Hausarztpraxen und im Rahmen des Assessments als solche identifiziert werden. Die Ergebnisse der PAiS-Studie (Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz in Salzburg) sollen dazu beitragen, die Versorgung von MmD und deren PA in ländlichen Gebieten Salzburgs nachhaltig zu verbessern.

Fragestellung

Wie identifizieren Hausärzte/innen in ländlichen Regionen des Bundeslandes Salzburg einen PA von MmD und welche kritischen Ereignisse/Verläufe führen aus hausärztlicher Sicht zu einem Abbruch der Angehörigenpflege, somit Laienpflege?

Methoden

Durchführung der Befragung als Vollerhebung mittels eines standardisierten Fragebogens. Im Erhebungszeitraum 11/2016 bis 04/2017 wurden Hausärzte/innen mit einem Kassenvertrag in ländlichen Regionen des Bundeslandes Salzburg schriftlich-postalisch befragt. Die Entwicklung des Fragebogens erfolgte auf Basis aktueller Literatur und gängiger Leitlinien. Die statistische Analyse wird mittels SPSS 23 durchgeführt.

Ergebnisse

Mit Stand 03.04.2017 liegt die Rücklaufquote unter 172 angeschriebenen Hausärzten/innen mit Kassenvertrag bei 27,9 Prozent. Erste Analysen belegen eine generelle Tendenz, PA in Hausarztpraxen zu identifizieren. Viele Befragte gaben an, pflegebedürftige MmD direkt darauf anzusprechen, wer als Hauptpflegeperson fungiert. Eine zunehmende Pflegebelastung seitens der PA wird häufig als Anzeichen für einen Abbruch der Angehörigenpflege gesehen. Finale Rücklaufquoten und Ergebnisauswertungen zu den Fragestellungen werden nach Datenerhebungsschluss Ende 04/2017 vorliegen.

Diskussion

Die Ergebnisse sollen in Hinblick auf den ländlichen Raum diskutiert werden.



VI-VT15 | 5

Zahnärztliche Versorgung älterer Menschen mit Pflegebedarf: eine qualitative Studie

D. Lubisch¹, V. Leve¹, M. Pentzek¹, D. Niesten², A. Gerritsen², N. Creugers², M. Hoffschulte³, T. Heyer³, K. - J. Bakker⁴, F. Hanneken⁵, C. Pilgrim³

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf; ² Radboudumc, Nijmegen Niederlande; ³ Zahnärztekammer Nordrhein, Düsseldorf; ⁴ Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), Nieuwegein Niederlande; ⁵ Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Münster

Hintergrund

Die zahnmedizinische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen kann als problematisch bezeichnet werden. Mit zunehmendem Alter werden Risiken der Zahngesundheit verstärkt bspw. durch Multimorbidität, Einschränkungen der Kognition und der Mobilität. Schlechte Mundhygiene bei älteren Pflegebedürftigen hat Auswirkungen nicht nur auf Allgemeingesundheit, sondern beeinträchtigt auch deren Lebensqualität. Das Projekt „Zahnärztliche Versorgung älterer Menschen mit Pflegebedarf“ zielt daher darauf ab, regionale Versorgungsansätze zur Verbesserung der Versorgungssituation dieser vulnerablen Patientengruppe zu entwickeln. Gefördert wird das Projekt im Programm INTERREG Deutschland Nederland.

Fragestellung

Welche Herausforderungen in der zahnmedizinischen Versorgung lassen sich aus Sicht der beteiligten Akteure ermitteln? Wie lässt sich die Versorgung pflegebedürftiger Älterer an der Schnittstelle zwischen pflegerischer, hausärztlicher und zahnmedizinischer Versorgung verbessern?

Methoden

Die Ermittlung von Barrieren und Bedarfen erfolgt im Rahmen einer Experten/-innen-Befragung. Mittels leitfadengestützter Interviews werden Pflegekräfte, Zahnärzte/innen und Hausärzten/innen, pflegende Angehörige sowie Patienten/innen befragt. Die Interviews werden digital aufgezeichnet, transkribiert und computergestützt ausgewertet (MAXQDA).

Ergebnisse

Die Auswertungen der Experten/innen-Interviews werden bis zum Kongress vorliegen. Es ist zu erwarten, dass sich aus den Ergebnissen konkrete Bedarfslagen von pflegebedürftigen Patienten/innen und deren Angehörigen zur Unterstützung bei der Mundhygiene und dem Zugang zur Versorgung ableiten lassen. Auch in Bezug auf den Austausch und die Zusammenarbeit von Hausärzten/innen und Zahnärzten/innen zur Verbesserung der Inanspruchnahme zahnmedizinischer Leistungen wird die Befragung zentrale Erkenntnisse liefern.

Diskussion

Da vor dem Hintergrund des demographischen Wandels ein Anstieg an Pflegebedürftigen zu erwarten ist, gilt es tragfähige und nachhaltige Versorgungskonzepte zu entwickeln. Im Austausch mit niederländischen Partnern/innen setzt das Projekt dabei auf die bedarfsorientierte Stärkung von Versorgungskonzepten für die Grenzregion Rhein-Waal.



VI-VT15 | 6

Häufigkeit und Management von unerwünschten Arzneimittelwirkungen im ambulanten Bereich - eine Querschnittsanalyse

A. Haase¹, G. Weckmann², D. Alte³, J. - F. Chenot⁴

¹ Universitätsmedizin Greifswald, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Institut für Community Medicine, Abteilung Allgemeinmedizin, Greifswald; ² Universitätsmedizin Greifswald, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Institut für Community Medicine, Abteilung Allgemeinmedizin, Greifswald; ³ Universitätsmedizin Greifswald, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Institut für Community Medicine, Abteilung SHIP/KEF, Greifswald; ⁴ Universitätsmedizin Greifswald, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Institut für Community Medicine, Abteilung Allgemeinmedizin, Greifswald

Hintergrund

Über die Häufigkeit unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) und den daraus folgenden Konsequenzen gibt es aufgrund methodischer Erfassungsprobleme im ambulanten Bereich bisher keine zuverlässigen Angaben.

Fragestellung

Ziel war es Häufigkeit, Managementmaßnahmen und Kodierqualität von UAWs im ambulanten Bereich auszuwerten.

Methoden

Grundlage waren die populationsbasierten Querschnittsdaten der Study of Health in Pomerania (SHIP) - Trend Kohorte (n=4420) und die gematchten Sekundärdaten der Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KV-MV). Die Datenanalyse der UAW wurde bezüglich Alters- und Geschlechtsverteilung, verursachender Medikamente, Symptome und Managementmaßnahmen verglichen. Die Kodierqualität wurde durch Abgleich mit den Sekundärdaten der KV-MV geprüft.

Ergebnisse

315 (10%, Median 60 Jahre, Range 21-83, 57% Frauen) der Probanden mit Medikamentenangaben (n=3090) berichteten 12 Monate retrospektiv von einer UAW. 353 Medikamente (Median 1, Range 1-3) verursachten 462 UAWs (Median 1, Range 1-9). 22% der UAWs waren der Medikamentengruppe des Herz-Kreislauf-Systems und 12% des Endokrinen Systems zuzuschreiben. Die häufigsten betroffenen Systemorganklassen waren Symptome des Gastrointestinaltrakts (25%) und der Haut (19%). 287 (91%) der Probanden informierten ihren Arzt und bei 12 (4%) Probanden erfolgte eine Krankenhausbehandlung in Folge der UAW. Bei 27 (9%) Probanden wurden Medikamente zur Behandlung der UAW verordnet. Die Kodierung „Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen“ (ICD-10, T88.7) erfolgte bei 26 (8%) der Probanden.

Diskussion

UAWs sind mit 10% bei Menschen die Medikamente einnahmen im ambulanten Bereich häufig. Die meisten UAW waren selbstlimitierend und wurden mit Ärzten besprochen. Ein geringer Teil bedurfte einer klinischen Behandlung. UAWs wurden selten kodiert und können mit Abrechnungsdaten nur eingeschränkt untersucht werden. UAWs sollten besser erfasst und kodiert werden.



08:30 - 10:00

VI-VT16

Raum: 23.02.U1 24

Braucht dieser Patient ein Antibiotikum?

Moderation: Katja Götz, Jan Valentini

VI-VT16 | 1

Antibiotikaauswahl im Vergleich zwischen deutschen- und niederländischen Hausarztpraxen

P. Baumbach¹, M. Freitag²

¹ University Medical Center Groningen, Groningen Niederlande; ² Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Allgemeinmedizin, Oldenburg

Hintergrund

Resistenzentwicklungen gegen Antibiotika werden neben der Quantität der Verordnungen auch durch die Wirkstoffwahl beeinflusst. In Sekundärdatenanalysen zeigte sich, dass es zwischen und den Niederlanden signifikante Unterschiede bei der Verwendung von Antibiotika gibt, u.a. bezüglich der Verwendung von Cephalosporinen und Nitrofurantoin.

Fragestellung

Welche Faktoren stehen bei der Wirkstoffwahl von Antibiotika im Ländervergleich im Vordergrund?

Methoden

In Nordwestdeutschland und im Nordosten der Niederlande wurden Fragebögen an je 417 Hausärzte versandt. Präferenzen und mögliche Einflüsse beim Ordnungsverhalten wurden bewertet, u.a. Ausbildung, Patientenverhalten, Informationen der Pharmaindustrie, Vorträge und Zeitschriften, Leitlinien, Kosten für Laboruntersuchungen, juristische Erwägungen und klinische Erfahrung.

Die vier häufigsten Indikationen für Antibiotikaverordnung wurden für Fragen nach präferierten Wirkstoffen verwendet mit Fokus auf Nitrofurantoin und Cephalosporinen.

Ergebnisse

138 Fragebögen aus Deutschland und 153 Fragebögen aus den Niederlanden konnten ausgewertet werden (Rücklauf 33%/37%).

Deutsche Hausärzte zeigten eine größere Diversität bei der Wirkstoffwahl, niederländische orientierten sich stärker an den dort existierenden Leitlinien.

Der Unterschied in der Wirkstoffpräferenz ist am größten bei Cephalosporinen: 20,7 % der Verordnungen in Deutschland gegenüber 0,1 % in den Niederlanden. Bei Nitrofurantoin 2,2 % in Deutschland und 16,3 % in den Niederlanden.

In den Niederlanden sind Leitlinien der wichtigste Grund für die Wahl eines Wirkstoffes, gefolgt von eigener klinischer Erfahrung und Informationen aus Vorträgen und Zeitschriften, in Deutschland steht an erster Stelle die eigene Erfahrung, danach Leitlinien und die eigene Ausbildung.

Diskussion

Niederländische Hausärzte orientieren sich an der NHG-Leitlinie (Nederlands Huisartsen Genootschap), die Cephalosporine als Antibiotika im Allgemeinen der Sekundärversorgung vorbehält. Bei Nitrofurantoin bestehen bei deutschen Hausärzten noch Vorbehalte bzgl. des Risikos für unerwünschte Arzneimittelwirkungen.



VI-VT16 | 2

Analyse von Antibiotikaverordnungen bei akuten Infekten der oberen Atemwege – ein Zugang für Strategien gegen Antibiotika-Resistenzen in der Hausarztpraxis

K. Götz¹, T. Emcke², J. Steinhäuser¹

¹ Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Institut für Allgemeinmedizin, Lübeck; ² Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bad Segeberg

Hintergrund

Infekte der oberen Atemwegsinfekte gehören zu den häufigen Beratungsanlässen in der Hausarztpraxis. Die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) zielt allgemein darauf ab die Anzahl an unnötigen Antibiotikaverordnungen zu reduzieren. Wie häufig in der Hausarztpraxis Antibiotika bei Infekten der oberen Atemwege verordnet werden, ist allerdings nicht bekannt.

Fragestellung

Wie häufig verordnen Hausärzte Antibiotika bei akuten Infekten der oberen Atemwege?

Methoden

Im Zeitraum von 2013 bis 2015 wurden alle Verordnungen bei erwachsenen Patienten (> 18 Jahre) mit akuten oberen Atemwegsinfekten (Akute Sinusitis (J01), Akute Pharyngitis (J02) und Akute Bronchitis (J20)) aus den Abrechnungs-/Rezeptdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein ausgewählt. Diese Daten wurden deskriptiv mittels SPSS 24.0 (SPSS Inc., IBM USA) betrachtet.

Ergebnisse

Insgesamt lagen 477.192 Diagnosen, von denen 470.868 als gesichert codiert wurden, von 316.415 Patienten vor. Die Patienten waren im Mittel 45,9 Jahre (SD= 17,4) und 57,7% waren weiblich. Am häufigsten wurde die Diagnose Bronchitis (50,4%) gefolgt von Pharyngitis (28,9%) und Sinusitis (20,7%) gestellt. In 51,2% der Fälle wurde bei Bronchitis, in 46,4% der Fälle bei Pharyngitis und in 45,9% der Fälle bei Sinusitis, ein Antibiotikum verordnet.

Diskussion

Die analysierten Antibiotikaregime werden vor dem Hintergrund der Leitlinienempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin diskutiert. Mit den vorgestellten Ergebnissen können neue Ansätze für die DART Strategie identifiziert werden.



VI-VT16 | 3

Einstellungen, Motive und Verhaltensweisen von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund im Hinblick auf die Antibiotikanutzung

F. Erdsiek¹, T. Aksakal¹, H. Özcebe², S. Üner², Ö. Karadag Caman², O. Gershun³, K. Czabanowska³, R. Westerling⁴, P. Brzoska¹

¹ Technische Universität Chemnitz, Chemnitz; ² Hacettepe University, Ankara Türkei; ³ Maastricht University, Maastricht Niederlande; ⁴ Uppsala University, Uppsala Schweden

Hintergrund

Die Türkei gehört zu den Ländern mit dem höchsten Antibiotika-pro-Kopf-Verbrauch. Hierzu tragen das Verschreibungs-/Abgabeverhalten, eine geringe Gesundheitsbildung und Selbstmedikation bei, die sich auch auf die Antibiotikanutzung durch türkischstämmige Migranten/innen auswirken können. In Zusammenhang mit kulturell geprägten Nutzungsmustern führt dies vielfach dazu, dass Migranten/innen Antibiotika zur Aufbewahrung und späteren Verwendung aus der Türkei mitbringen.

Fragestellung

Im Rahmen der Untersuchung – Teil des EU-Projektes ANTIBIOTIC – soll geklärt werden, welche Motive und Einstellungen türkeistämmige Migranten/innen zur Einnahme von Antibiotika haben und welche Besonderheiten das Nachfrageverhalten und die Interaktion mit Ärzten/innen und Apothekern/innen aufweisen.

Methoden

Mittels zweier Fokusgruppendifkussionen mit türkeistämmigen Migranten/innen (n=11) wurden Wissen, Einstellungen und Motive im Hinblick auf die Antibiotikanutzung erfragt. Ergänzend wurden leitfadengestützte Experteninterviews mit Hausärzten/innen (n=4) und Apothekern/innen (n=5) geführt, um Informationen zu Verhaltensweisen in der Interaktion und Kommunikation zu erhalten. Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse

Ältere und geringgebildete türkeistämmige Migranten/innen sind oft unkritischer gegenüber Antibiotika und haben eine erhöhte Nachfrage. Fehlendes Wissen zu Anwendungsgebieten und positive Erfahrungen führen zu übersteigerten Erwartungen sowie zur Wahrnehmung von Antibiotika als eine Art „Allheilmittel“. Neben Herausforderungen durch eventuelle Sprachbarrieren nehmen ältere und geringer gebildete türkeistämmige Migranten/innen im Gespräch mit Ärzten/innen oft eine passive Patientenrolle ein und erfragen seltener Informationen zu verschriebenen Medikamenten. Vielfach wird dies im Gespräch mit Apothekern/innen nachgeholt, was hier zu erhöhtem Arbeitsaufwand und weiteren Kommunikationsschwierigkeiten führt.

Diskussion

Um die Risiken unangemessener Antibiotikanutzung bei älteren und geringer gebildeten türkeistämmigen Migranten/innen zu reduzieren, ist eine Anpassung der Kommunikationsstrategien von Ärzten/innen und Apothekern/innen notwendig. Darüber hinaus ist die Entwicklung von migrationssensiblen Informationsmaterialien angezeigt.



VI-VT16 | 4

„Mehr Phytotherapeutika = weniger Antibiotika“? – eine retrospektive Kohortenstudie bei akuten Atemwegsinfekten

J. Valentini¹, B. Musselmann², J. Szecsenyi², G. Laux², S. Joos¹

¹ Universitätsklinikum Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung, Tübingen; ² Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Hintergrund

Antibiotika-Resistenzen haben in den letzten Jahren drastisch zugenommen. Internationale und nationale Strategien wie die Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART 2020) haben zum Ziel, die Verbreitung von Antibiotika-Resistenzen zu reduzieren u.a. durch eine Reduktion nicht indizierter Antibiotikaverordnungen. In der Hausarztpraxis zählen akute Atemwegsinfekte zu den häufigsten Beratungsanlässen. Obwohl bei den überwiegend viral bedingten Infekten eine reine symptomlindernde Therapie indiziert ist, werden hier häufig Antibiotika verordnet.

Fragestellung

Kann bei Hausärzten mit Zusatzqualifikation Naturheilverfahren (NHV) eine geringere Verordnungshäufigkeit von Antibiotika (zu Gunsten von Phytotherapeutika) beim akuten Atemwegsinfekt beobachtet werden?

Methoden

Im Zeitraum von April 2009 bis März 2015 wurden alle Konsultationen mit Patienten mit akuten Infekten der oberen und unteren Atemwege (ICD 10-Diagnosen: J00-J06, J20-J22) innerhalb des hausärztlichen CONTENT-Praxen-Netzwerkes eingeschlossen. Dieses beinhaltet Routinedaten von 42 Hausärzten, wovon 11 eine Zusatzqualifikation NHV besitzen. Die Verordnung von Phytotherapeutika wurde über grüne Rezepte und Privatrezepte erfasst.

Ergebnisse

Bei o.g. Diagnosegruppen wurden in hausärztlichen Praxen am häufigsten Antibiotika, gefolgt von Phytotherapeutika verordnet. Im Vergleich zeigten Ärzte mit Zusatzqualifikation NHV eine signifikant niedrigere Verordnungsrate von Antibiotika bei gleichzeitig höherer Verordnungsrate von Phytotherapeutika. Detaillierte Ergebnisse werden auf dem Kongress präsentiert.

Diskussion

Die beobachtete Relation einer geringeren Antibiotika-Verordnungsrate bei gleichzeitig höherer Phytotherapeutika-Verordnungsrate bei Ärzten mit Zusatzqualifikation NHV könnte vielfältige Folgen haben. Neben einer verminderten Resistenzentwicklung können potentielle Nebenwirkungen einer antibiotischen Therapie verhindert werden (z.B. Antibiotika-assoziierte Diarrhoe, Medikamenteninteraktionen etc.). Ob eine reduzierte Verordnungshäufigkeit von Antibiotika bei Atemwegsinfekten tatsächlich auch langfristig zu einer Entschärfung der Antibiotika-Resistenz Problematik führen wird, bleibt jedoch weiterhin offen.



VI-VT16 | 5

Verwendung von Hausmitteln bei deutsch- und italienischsprachigen Erwachsenen in Südtirol, Italien

A. Vögele¹, A. Engl¹, C. Wiedermann²

¹ Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin, Bozen Italien; ² Krankenhaus Bozen, Abteilung für Innere Medizin, Bozen Italien

Hintergrund

In der Zeit moderner High Tech Medizin scheint das Interesse an natürlichen Heil- und alten Hausmitteln ungebrochen zu sein. Hausmittel stellen eine einfach praktikable und naturgemäße Selbstbehandlungsmöglichkeit dar, deren Anwendung oft übersehen bzw. unterschätzt wird.

Fragestellung

In der Studie soll festgestellt werden, welche Arten von Hausmitteln unter der Südtiroler Bevölkerung vorwiegend bekannt sind, angewandt werden und ob es Merkmale oder Gruppen von Personen gibt, die eher zu bestimmten Hausmitteln greifen.

Methoden

Es wurde bevölkerungsrepräsentativ eine epidemiologische Querschnittsuntersuchung durchgeführt; die Datenerhebung erfolgte mittels Telefoninterviews nach einem zu diesem Zweck erstellten Fragebogen. Zur Identifikation von bestimmten Merkmalen der Hausmittel-Anwender wurden eine latente Klassenanalyse durchgeführt und logistische Regressionen berechnet. Als unabhängige Variablen wurden Geschlecht, Alter, Sprache, Ausbildung und Herkunft angewandt.

Ergebnisse

Es konnten 14 Substanzen und Anwendungen identifiziert werden, die vorwiegend bekannt sind und auch angewendet werden: Kräuter allgemein, Arnika, Kamille, Salbei, Zwiebel, Ringelblume, andere Pflanzen, Honig, Alkohol, Essig und Öle, Tees, Cremes und Salben, Inhalationen, Umschläge. Bekanntheitsgrad und Anwendung dieser Hausmittel unterschieden sich nach Geschlecht, Sprachgruppenzugehörigkeit und Wohnort (Stadt oder Land). Arnika und Alkohol bzw. Schwedenbitter werden häufiger von Männern verwendet.

Diskussion

Bekanntheitsgrad und Einsatz von Hausmitteln unterscheiden sich nicht nur nach Geschlecht und Wohnort, sondern auch nach der Volksgruppenzugehörigkeit. Wissen um kulturelle Besonderheiten im Umgang mit Hausmitteln kann der hausärztlichen Tätigkeit hilfreich sein.



08:30 - 10:00

Raum: 23.01 HS 3B

VI-Symp5

Symposium 5: Personenzentrierte hausärztliche Langzeitversorgung

Moderation: Attila Altiner, Ottomar Bahrs, Stefan Wilm

VI-Symp5 | Symposium 5

Personenzentrierte hausärztliche Langzeitversorgung

Attila Altiner¹, Ottomar Bahrs^{3,4}, Eva Drewelow¹, Günther Egidi², Julia Gärtner⁵, Susanne Heim^{5,6}, Karl-Heinz Henze⁵, Stefan Wilm⁴

¹Universitätsmedizin Rostock, Institut für Allgemeinmedizin; ²Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Bremen; ³Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie; ⁴Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin; ⁵Universitätsmedizin Göttingen Institut für Med. Psychologie und Med. Soziologie; ⁶Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin

1. Namen der Moderierenden sowie der Vortragenden

Altiner, A., Bahrs, O., Drewelow, E., Egidi, G.; Gärtner, J., Heim, S.; Henze, K.-H., Wilm, S.

Hintergrund

In den vorgestellten Studien wurde angestrebt, durch eine Förderung der narrativen Gesprächsführung bzw. salutogenen Orientierung die Personenzentrierung in der hausärztlichen Langzeitversorgung zu stärken.

Ziele

a) Beiträge zur Erweiterung und effektiven Gestaltung hausärztlicher Langzeitversorgung, indem Konzepte für personenzentriertes Strukturieren und Führen von Gesprächen vorgestellt werden; b) Diskussion von Umsetzungsbedingungen in die Routineversorgung; weitere Forschungsperspektiven.

Überblick über Einzelvorträge

Altiner, A., Drewelow, E., Löscher, S., Pentzek, M., Santos, S., Wilm, S., Wollny, A.: Narrative Gesprächsführung als Kommunikationstechnik in der hausärztlichen Praxis – Erfahrungen zur Umsetzung aus der Interventionsstudie DEBATE

Wilm, S., Abholz, H.H., Bureick, G., Heim, S., Henze, K.H., Ilse, K., Mirescu, M.C., Wegscheider, K., Weißbach, S., Bahrs, O.: Bilanzierungsdialoge zur Förderung von Patientenorientierung und zur Verbesserung der hausärztlichen Behandlungsqualität bei Menschen mit chronischer Krankheit (BILANZ) – Ergebnisse der quantitativen Teilstudie

Bahrs, O., Heim, S., Löwenstein, F., Henze, K.-H.: Interaktionelle Gestaltung von Gesundheitszielen in der hausärztlichen Praxis – Prozessanalysen zur Konzeptumsetzung in der Interventionsstudie BILANZ

Gärtner, J., Egidi, G.; Bahrs, O.: Bilanzierungsdialog in der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz – Erfahrungen in einem Pilotprojekt

Diskussion

Erwartet wird intensiver inhaltlicher Diskurs und Bündelung der Erfahrungen der Teilnehmer. Beispielsweise könnte das edukative peer-Konzept von DEBATE mit den prozessorientierten Vertiefungsworkshops von BILANZ gekoppelt werden. Umgekehrt kann das salutogen- und zielorientierte, auf gemeinsamer Entscheidungsfindung beruhende Modell des Bilanzierungsdialogs in das peer-System eingebaut werden. Neben Fragen nach den Implikationen der Ergebnisse für Folgeprojekte sollen Überlegungen zur Implementierung der Modelle in Bezug auf andere Versorgungssituationen (s. o. Pilotprojekt) angestellt werden.



VI-Symp5 | 1

Bilanzierungsdialoge zur Förderung von Patientenorientierung und zur Verbesserung der hausärztlichen Behandlungsqualität bei Menschen mit chronischer Krankheit (BILANZ) – Ergebnisse der quantitativen Teilstudie

S. Wilm¹, H. - H. Abholz¹, G. Bureick², S. Heim^{3,4}, K. - H. Henze³, K. Ilse¹, M. - C. Mirescu¹, K. Wegscheider⁵, S. Weißbach², O. Bahr^{6,1}

¹ Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf; ² Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten; ³ Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Med. Psychologie und Med. Soziologie, Göttingen; ⁴ Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin, Göttingen; ⁵ Universitätsklinikum Eppendorf, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie, Hamburg; ⁶ Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Göttingen

Hintergrund

Die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen stellt besondere Anforderungen an Behandler, Patienten und deren Umfeld. Der hierfür entwickelte ca. 25-30-minütige Bilanzierungsdialog findet zwischen Patient und Hausarzt außerhalb der Versorgungsroutine statt und ist gegenwarts-, vergangenheits- und zukunftsbezogen zugleich.

Fragestellung

Kann durch eine Intervention (1,5-tägige Intensiv-Fortbildung für die Hausärzte der Interventionsgruppe (IG); 4 Bilanzierungsdialoge (t1-t4) in 12 Monaten mit den Patienten der IG; 2 Gespräche in 12 Monaten mit den Patienten der Kontrollgruppe (KG)) eine Verbesserung im Erreichen von patient- und arztseitig vereinbarten Zielen erreicht werden?

Methoden

Quantitative, clusterrandomisierte kontrollierte Interventionsstudie bei Patienten (Alter 18 - 70 Jahre) mit chronischen Erkrankungen aus Hausarztpraxen in NRW mit einer eingebetteten qualitativen Erhebung 2011-2015.

Ergebnisse

Das Studienprotokoll konnte zwar mit n=117 Clustern (Praxen) protokollgerecht für die ITT-Auswertung umgesetzt werden; insgesamt sind aber nur mit n=463 Patienten aus n=53 Praxen t1-Gespräche geführt worden; geplant waren n=1690 Patienten. Für den Zeitpunkt t4 lagen für n=286 Patienten aus n=36 Praxen die vollständigen Datensätze aus IG/KG vor. Nach 12 Monaten geben in IG und KG zusammen 51% der Ärzte und 44% der Patienten (37% übereinstimmend beide) an, dass mindestens eines der gesetzten Ziele erreicht wurde. Gegenüber den eher frustrierenden Alltagserfahrungen in Bezug auf Zielerreichungen etwa im DMP scheint hier eine Chance in intensiveren Gesprächen zu liegen.

Diskussion

Es erwies sich als außerordentlich schwierig, die geplante Zahl von Ärztinnen und Ärzten für eine Beteiligung zu gewinnen, und auch Kontinuität und Umfang der Projektmitarbeit der dann in die Studie aufgenommenen Ärzte blieben hinter den Hoffnungen der Projektgruppe zurück.



VI-Symp5 | 2

Interaktionelle Gestaltung von Gesundheitszielen in der hausärztlichen Praxis – Prozessanalysen zur Konzeptumsetzung des Bilanzierungsdialogs (BD) in der Interventionsstudie BILANZ

O. Bahrs^{1,2}, S. Heim^{3,4}, F. Löwenstein³, K. - H. Henze³

¹ Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Göttingen; ² Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf; ³ Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Göttingen; ⁴ Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin, Göttingen

Hintergrund

Das BILANZ-Projekt nahm an, dass eine gezielte Ausweitung des ärztlichen Gesprächs Interaktions-, Behandlungs- und Krankheitsverläufe positiv beeinflusst und dies durch die im Projektrahmen erfolgte Intensiv-Fortbildung unterstützt wird. Damit interessierte, wie Zielerreichung als quantitativ gemessener Effekt der Intervention interaktionell zustande kam.

Fragestellung

Wie setzten die Ärzte die Fortbildungsinhalte in die Alltagspraxis um? Gibt es systematische Unterschiede in der Gesprächsgestaltung? Ermöglichen Bilanzierungsdialoge, Behandlungsverläufe zu reflektieren, Ressourcen aufzugreifen und gemeinsame Ziele zu entwickeln? Wie korrespondieren Interaktionsgestaltung und Zielerreichung?

Methoden

Im Rahmen der Gesamtstudie wurden in 14 Praxen auf freiwilliger Basis insgesamt 125 Gespräche videografiert und (teil-)standardisiert (RLI) bzw. textanalytisch ausgewertet. Die Verlaufsanalyse stützt sich auf 20 dokumentierte Serien von t1-t4 Gesprächen aus 9 Praxen.

Ergebnisse

BD werden fallspezifisch umgesetzt. Der Einfluss der Ärzte ist ausgeprägter, gender und Qualifikation resp. Erfahrung spielen eine Rolle. Komplexe resp. weniger komplexe Gesprächsmuster sind unterscheidbar, die mit weiter/enger gefassten Gesundheits-/Krankheitskonzepten korrespondieren. Komplexere Gespräche sind Ausdruck größerer Rollenflexibilität und führen häufiger zur Zielerreichung. Gesundheitsziele verweisen auf Entwicklungsaufgaben.

Diskussion

Komplexe Versorgungsprobleme erfordern komplexe, kontext- und individuenbezogene Interventionen. BD begünstigen vertiefte Arzt-Patienten-Beziehungen, höheres kontextbezogenes Verstehen und erlauben personbezogene Gesamtdiagnosen. BD können bei der gemeinsamen Entwicklung von Gesundheits- und Behandlungszielen im Rahmen von DMPs ihren Platz in der Regelversorgung finden und eignen sich bei Patienten mit vielfältigen Problemen und stagnierenden Behandlungssituationen. Das veränderte Setting ist für Patient und Arzt begründungsbedürftig und geht mit Ängsten vor der Veränderung von Alltagsroutinen und Rollenunsicherheit einher. Der Neuaushandlung des Interaktionsrahmens (framing) zu Beginn und am Ende der sozialen Situation „Bilanzierungsdialog“ kommt eine zentrale Bedeutung zu.



VI-Symp5 | 3

Bilanzierungsdialog in der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Demenz – Erfahrungen in einem Pilotprojekt

J. Gärtner¹, G. Egid², O. Bahrs^{3,4}

¹ Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Göttingen; ² Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Bremen; ³ Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Göttingen; ⁴ Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Hintergrund

Entwicklung und Diagnose einer Demenz bedeuten für Betroffene, Angehörige und Behandler oft eine tiefgreifende Veränderung und stellen besondere Herausforderungen in der Langzeitversorgung dar. In dieser Situation kann es sinnvoll sein, im gemeinsamen bilanzierenden Gespräch Prioritäten, Behandlungs- bzw. Unterstützungsbedarf abzustimmen. Dies wurde im hier vorgestellten Pilotprojekt erstmals erprobt.

Fragestellung

Ist das Konzept des Bilanzierungsdialogs in der Langzeitversorgung von Patienten mit Demenz in der Hausarztpraxis umsetzbar? Wie wird die Gesprächssituation vom Hausarzt und Begleitforschern eingeschätzt? Welche Erkenntnisse liefert eine gemeinsame Auswertung?

Methoden

Im Rahmen einer Promotion videographierten 3 Hausärzte Gespräche mit Patienten mit Demenz. Ein Kollege führte dabei das Gespräch mit einem älteren Patienten und dessen Partnerin in der Form des Bilanzierungsdialogs. Die Dokumentation wurde mit qualitativen Methoden (strukturelle Hermeneutik, RLI) ausgewertet, die Ergebnisse gemeinsam mit dem Hausarzt diskutiert und mit seiner eigenen Situationseinschätzung abgeglichen (kommunikative Validierung).

Ergebnisse

Aus Arztsicht ist die Gesprächssituation ungewohnt, da von ihm initiiert. Die triadische Kommunikation mit zwei (nicht ganz gleichberechtigten) PatientInnen ist herausfordernd. Demenz wird als Familienkrankheit erkennbar. Dabei scheint der Betroffene weniger zu leiden als die Partnerin. Bei der Problembewältigung nutzen die PatientInnen biographisch entwickelte Muster. Dabei wird „Schuld“ als latentes Problem deutlich. Die Arzt-Patienten-Interaktion ist durch starke Ressourcenorientierung (ausgeprägter als in den Vergleichsgesprächen) und Steuerungsleistung des Arztes ausgezeichnet. Für Auftragsklärung wird Raum gegeben, Gesundheits- und Behandlungsziele werden nicht thematisiert.

Diskussion

Bilanzierungsdialoge sind auch in diesem Kontext machbar, aber für alle Beteiligten gewöhnungsbedürftig. Im Sinne partizipatorischer Forschung ist kontinuierliche Kooperation anzustreben, die die Handelnden bei der Umsetzung und die Forschenden bei der Auswertung unterstützt.



VI-Symp5 | 4

Narrative Gesprächsführung als Kommunikationstechnik in der hausärztlichen Praxis – Erfahrungen zur Umsetzung aus der Interventionsstudie DEBATE

A. Altiner¹, E. Drewelow¹, S. Löscher², M. Pentzek², S. Santos², S. Wilm², A. Wollny¹

¹ Universitätsmedizin Rostock, Institut für Allgemeinmedizin, Rostock; ² Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Hintergrund

Die narrative (erzählgenerierende) Gesprächsführung ermöglicht es Patienten, in einer unvoreingenommenen Art und Weise ihre Perspektive im ärztlichen Gespräch frei zu entfalten. In der Interventionsstudie DEBATE wurden Hausärzte der Interventionsgruppe durch einen Peer in die narrative Gesprächsführung eingeführt, um diese darin zu bestärken, die Vorstellungen und Krankheitskonzepte ihrer Patienten mit schlecht eingestelltem Diabetes mellitus Typ 2 (erneut) zu explorieren.

Fragestellung

Führt eine edukative Intervention auf Hausarztebene zu niedrigeren patientenseitigen HbA1c-Werten? Wie werden die vermittelten Inhalte von den Ärzten evaluiert?

Methoden

Cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie mit 108 Hausärzten und 846 Patienten mit einem HbA1c > 8. Kern der Intervention war der Peer-Besuch eines hausärztlichen Kollegen in der Praxis mit dem Ziel, dem Hausarzt Methoden zur Stärkung der Patientenorientierung u.a. in Form der narrativen Gesprächsführung zu vermitteln. Kontrollgruppenhausärzte praktizierten „care as usual“.

Ergebnisse

In der Interventionsgruppe sank der HbA1c-Wert im Verlauf von T0-T4 von 8,99% auf 8,21%, in der Kontrollgruppe von 8,89% auf 8,34% ($p > 0,05$). In beiden Patientengruppen war die Reduktion des HbA1c-Wertes der Messzeitpunkte nach Intervention T1-T4 jeweils im Vergleich zum Ausgangswert T0 signifikant ($p < 0,001$). Die Erfahrungen haben gezeigt, dass der Peer-Besuch überwiegend als angenehm empfunden wurde, die Inhalte aber nur einem geringen Teil der Hausärzte präsent waren. Gerade ältere Kollegen mit jahrelanger Erfahrung und einer gefestigten Routine sahen wenig Änderungsbedarf.

Diskussion

Auch wenn die Interventionsinhalte anscheinend wenig in Erinnerung blieben, führte offenbar allein der Einschluss eines Patienten in die Studie unabhängig von Kontroll- und Interventionsgruppe zu einer relevanten Senkung des HbA1c-Wertes.



08:30 - 10:00

Raum: 23.01 HS 3C

VI-Symp6

Symposium 6: Erfolgsfaktoren, Herausforderungen und Hemmnisse bei der Umsetzung kollaborativer Versorgungsformen in der Hausarztpraxis bei psychischen Erkrankungen

Moderation: Hans-Michael Mühlenfeld

VI-Symp6 | Symposium 6

Erfolgsfaktoren, Herausforderungen und Hemmnisse bei der Umsetzung kollaborativer Versorgungsformen in der Hausarztpraxis bei psychischen Erkrankungen

T. Kloppe¹, I. Tinsel², J. Petersen¹, T. Zimmermann¹, H. - M. Mühlenfeld¹

¹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Hamburg; ² Universitätsklinikum Freiburg Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg

1. Namen der Moderierenden sowie der Vortragenden

Vortragende: Egina Puschmann, Iris Tinsel, Martina B. Bireckoven, Thomas Kloppe, Juliana Petersen, Jochen Genischen, Thomas Zimmermann

Moderation: Hans-Michael Mühlenfeld

Hintergrund

Depressionen, Angststörungen und funktionelle oder somatoforme Störungen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen in Deutschland. Sie sind mit einer erheblichen Krankheitslast und Stigmatisierungen verbunden. Die Versorgung dieser Patienten-Gruppe in der Hausarztpraxis ist zeitaufwändig und durch, eine fragmentierte Versorgungslandschaft sowie ein limitiertes psychotherapeutisch-psychosoziales Angebot gekennzeichnet.

Kollaborative Versorgungsmodelle, die zusätzliche Berufsgruppen in die Behandlung integrieren und den Ablauf standardisieren, sind ein Ansatz, die Versorgung zu verbessern. In den letzten 10 Jahren wurden Studien mit unterschiedlichen Zielgruppen, Berufsgruppen und Settings in der hausärztlichen Versorgung durchgeführt.

Ziele

Im Symposium werden verschiedene Studien zur kollaborativen primärärztlichen Versorgung von Patient*innen mit ängstlicher, depressiver und/oder somatoformer Symptomatik in Deutschland rekapituliert. Fokussiert werden Vor- und Nachteile in der Durchführung der einzelnen Versorgungsansätze sowie der Nutzen für die Patient*innen.

Überblick über Einzelvorträge

1. Sozial- und Case Management im Team – eine Tandem Kooperation zwischen Pflegekräften und Hausarzt*innen zur Selbstmanagementförderung von Patient*innen mit Angst, Depression oder Somatoformen Störungen (SMADS).
2. Telefongestützte, niedrigschwellige Intervention durch externe Pflegekräfte für ältere Patient*innen mit depressiven Störungen in Hausarztpraxen (GermanIMPACT).
3. Hausarztpraxisbasiertes Case Management für Patient*innen mit Depression (PROMPT)
4. Hausarztpraxisbasiertes Übungsprogramm und Case Management für Patient*innen mit Panikstörungen (Paradies-Studie)
5. Selbstmanagementförderung durch Sozial- und Case Management von Pflegekräften in der ambulanten Versorgung in einem Gesundheitskiosk in der Region Hamburg-Billstedt/Horn (SMAV-INVEST)

Diskussion

Mit den Teilnehmern wird diskutiert,

- welche Vor- und Nachteile die einzelnen kollaborativen Interventionen haben,
- wie die Akzeptanz von kollaborativen Versorgungsmodellen durch die Hausärzte gesteigert werden könnte,
- unter welchen (gesundheitspolitisch-rechtlichen) Voraussetzungen die regelhafte Implementierung im deutschen Versorgungssystem gelingen kann,
- welcher Forschungsbedarf weiterhin besteht.



VI-Symp6 | 1

Sozial- und Case Management im Team – eine Tandem-Kooperation zwischen Pflegekräften und Hausärzt*innen zur Selbstmanagementförderung von Patient*innen mit ängstlicher, depressiver oder somatoformer Symptomatik (SMADS)

E. Puschmann, T. Zimmermann, S. Porzelt, M. Scherer

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Hamburg

Hintergrund

In der SMADS-Studie wurde Patient*innen mit psychischen Beschwerden ein Angebot zur Selbstmanagementförderung durch eine speziell geschulte Pflegekraft in den Räumlichkeiten der Hausarztpraxis unterbreitet. Patient*innen bekamen die Möglichkeit, niedrigschwellig psychosoziale Probleme zu thematisieren und Lösungsstrategien zu entwickeln. Die Intervention stellt einen erheblichen Eingriff in die Praxisstrukturen dar.

Fragestellung

Wie schätzen Pflegekräfte und Hausärzt*innen die Intervention im Hinblick auf die Patient*innen ein? Wie beurteilen die beiden Gruppen den Erfolg der Beratung als Zusatzangebot zur hausärztlichen Tätigkeit? Welche strukturellen und prozeduralen Fragen stellen sich hinsichtlich der Umsetzung in der Regelversorgung?

Methoden

Post-interventionelle Befragung der von Hausärzt*innen und Pflegekräfte zum Erfolg der Intervention. Von den Hausärzt*innen wurde der Verlauf der Behandlung von Patient*innen mit mindestens einem Beratungstermin bei der Pflegekraft eingeschätzt. Externe Befragung der Pflegekräfte zu Strukturen und Prozessen in den HA-Praxen.

Ergebnisse

10 Hamburger Hausarztpraxen wurden in den Interventionsarm der SMADS-Studie randomisiert. Von den 151 PatientInnen in der SMADS-Interventionsgruppe nahmen 137 Patienten (90,7%) mindestens einen Beratungstermin wahr. Über die Einschätzung der Beratung hinsichtlich Erfolg und Zusammenarbeit mit der Pflegekraft erhielten wir Auskünfte des Hausarztes mittels Fragebogen.

Diskussion

Die Intervention hat sich unter verschiedenen Voraussetzungen als umsetzbar erwiesen. Strukturelle Fragen wie die Verfügbarkeit einer Räumlichkeit, das Patientenauftreten in einer Praxis und Prozessfragen wie die Adhärenz der Patient*innen, sind von entscheidender Bedeutung für das kollaborative Angebot.



VI-Symp6 | 2

Telefongestützte, niedrigschwellige Intervention durch geschulte, externe Pflegende als Versorgungsangebot für ältere Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen in Hausarztpraxen (GermanIMPACT).

T. Kloppe¹, M. B. Bireckover², W. Niebling³, L. Hölzel^{4,5}, F. Bjerregaard⁶, M. Härter⁷, C. Bleich⁷, C. Brettschneider⁸, S. Boczor¹, A. Kotterer³, T. Grochtdreis⁸, H. - H. König⁸, M. Hülß, M. Scherer¹, I. Tinseß

¹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Hamburg; ² Klinikum Konstanz, Konstanz; ³ Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg; ⁴ Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Freiburg; ⁵ Parkklinik Wiesbaden Schlangenbad GmbH, Schlangenbad; ⁶ Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Freiburg; ⁷ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Hamburg; ⁸ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Hamburg; ⁹ Zentrum für Psychiatrie Emmendingen, Klinik für Geronto- und Neuropsychiatrie, Emmendingen

Hintergrund

Das US-amerikanische IMPACT-Programm wurde auf das deutsche Versorgungssystem adaptiert. In einer telefongestützten Intervention durch weitergebildete Pflegekräfte wurden vor allem verhaltensaktivierende Interventionselemente eingesetzt. Neben der Verbesserung der depressiven Symptomatik, sollte durch den Einsatz von Therapiebegleiterinnen die Hausärzt*innen entlastet werden. Dabei sollten Praxisabläufe möglichst nicht gestört werden, die Erreichbarkeit der Therapiebegleiterinnen hoch sein und die Intervention durch ältere depressive Patient*innen eine möglichst hohe Akzeptanz erfahren.

Fragestellung

Von welchen Erfolgsfaktoren, Herausforderungen und Hemmnissen berichten teilnehmende Hausärztinnen und Hausärzte sowie Patientinnen und Patienten.

Methoden

Zur Analyse der förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Umsetzung der Interventionsstudie wurden qualitative Interviews mit Hausärztinnen und Hausärzten (n=18), Patientinnen und Patienten (n=26) durchgeführt.

Ergebnisse

Teilnehmende Hausärztinnen und Hausärzte sowie Patientinnen und Patienten sehen Vorteile in der Entlastung durch die Gesprächsanbindung der Patient*innen und die regelmäßige Verlaufskontrolle. Insbesondere bei den Patient*innen steht die psychische Entlastung durch die Gespräche im Vordergrund, die sie ansonsten weder bei Angehörigen oder Freunden finden, noch bei professionellen Therapeuten in Anspruch nehmen würden. Die interviewten Patientinnen und Patienten lassen sich in verschiedene Inanspruchnahmetypen einteilen und profitieren in unterschiedlichem Ausmaß. Teilnehmende Hausärzte bewerteten insbesondere die regelmäßigen Protokolle und Kompetenz der Therapiebegleiterinnen als positiv. Hausärzte, die eine Studienteilnahme abgelehnt hatten, berichteten vor allem von ihrer Skepsis gegenüber der Wirtschaftlichkeit, der inhaltlichen Ausbildung der Therapiebegleitung sowie einer Fragmentierung der Behandlung.

Diskussion

GermanIMPACT erwies sich aus Sicht aller Beteiligten als sehr gewinnbringend. Neben dem statistisch positiven Effekt auf die depressive Symptomatik, konnten existierende Bedenken weitestgehend abgemildert werden. Die Auswahl der Patient*innen sollte vor dem Hintergrund der Inanspruchnahmetypen spezifiziert werden.



VI-Symp6 | 3

Hausarztpraxisbasiertes Case Management für Patient*innen mit Depression (PROMPT)

J. J. Petersen¹, K. Mergenthal¹, S. Rauck¹, F. M. Gerlach¹, J. Gensichen²

¹ Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt; ² Klinikum der Universität München, Institut für Allgemeinmedizin, München

Hintergrund

In der Studie *Primary Care Monitoring for Depressive Patients Trial* (PRoMPT) wurde nachgewiesen, dass ein ein-jähriges, hausarztpraxisbasiertes Case Management (unter Einbindung der Medizinischen Fachangestellten) zu einer Verbesserung der Symptome und der subjektiv wahrgenommenen Behandlungsqualität bei Patienten mit Depression führt.

Fragestellung

- 1) Von welchen förderlichen und hemmenden Faktoren bei der Interventionsdurchführung berichten teilnehmende Hausärzte, Medizinische Fachangestellte und Patienten?
- 2) Wie sind die Symptomverlaufskurven der Patienten während der Intervention?

Methoden

Mixed methods Ansatz: Cluster-randomisierte kontrollierte Studie mit 74 hausärztlichen Praxen und 626 Patienten (BMBF FkZ 01GK0302, 01GK0702). Datenerhebung mittels Fragebögen zu vier Erhebungszeitpunkten (Baseline, nach 6, 12 und 24 Monaten) plus monatliches Depressionsmonitoring. Fragebögen umfassten u.a. *Patient Health Questionnaire* zur Erfassung der Depression. Statistische Analysen: *Growth Mixture Modeling* der Depressions-Verlaufsdaten. Zusätzlich Durchführung von qualitativen Studien (Leitfaden-gestützte Interviews mit 23 Hausärzten, 26 Medizinischen Fachangestellten, 41 Patienten)

Ergebnisse

Qualitative Ergebnisse: Medizinische Fachangestellte zeigten Bereitschaft, mehr Verantwortung in der Behandlung zu übernehmen. Die Hausärzte passten die Intervention an die individuellen Praxisgegebenheiten an und führten sie zum Teil auch nach Studienbeendigung fort. Als nachteilig wurde der zeitliche Mehraufwand wahrgenommen. Die Patienten schätzen häufig das niedrigschwellige Angebot. Einige Patienten empfanden das Monitoring als zu „mechanisch“.

Quantitative Ergebnisse: Es konnten zwei Verlaufstypen identifiziert werden: "schnelle Ansprecher" (60,5%), mit einer raschen Symptomverbesserung im ersten Monat und "langsame Ansprecher" (39,5%) mit einer verzögerten Verbesserung.

Diskussion

Aus der Zusammenschau aller quantitativen und qualitativen Ergebnisse wird herausgearbeitet und diskutiert, wie die PRoMPT Intervention in die Regelversorgung implementiert und welche Anpassungen sinnvoll sein könnten.



VI-Symp6 | 4

Selbstmanagementförderung durch Sozial- und Case Management von Pflegekräften in der ambulanten Versorgung in einem Gesundheitskiosk in der Region Hamburg-Billstedt/Horn (SMAV-INVEST)

T. Zimmermann¹, A. Fischer², I. Lorenz², C. Muche-Borowski¹, M. Scherer¹

¹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Hamburg; ² Gesundheit für Billstedt/Horn UG, Hamburg

Hintergrund

In den Hamburger Stadtteilen Billstedt/Horn leben ca. 110.000 Einwohner*innen. Die Bevölkerung ist multiethnisch und von einer überdurchschnittlich hohen Krankheitslast betroffen. Hinzu kommen soziale Probleme wie Arbeitslosigkeit und vergleichsweise geringe ökonomische Ressourcen. Das Quartier ist in einigen medizinischen Teilgebieten unterversorgt, ein Mangel an sektorübergreifender Versorgungskoordination ist zu erkennen.

Fragestellung

Wie können die gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung in der deprivierten Region einer Großstadt verbessert werden? Wie kann die Versorgungsqualität erhöht werden? Kann durch gezielte Stärkung und Steuerung der Patient*innen Über- und Fehlversorgung abgebaut werden, um mit den gewonnenen Ressourcen Unterversorgung zu verringern?

Methoden

Aufbau einer Tandem-Kooperation zwischen Pflegekräften in einem Gesundheitskiosk und den Praxen der ambulanten haus- und gebietsärztlichen Versorgung unter Einbeziehung sozialräumlicher Angebote wie Pflegedienste, Familienhilfe, Elternschule, ambulante Sozialpsychiatrie.

Ergebnisse

In einer belebten Fußgängerzone im Herzen der Stadtteile Billstedt/Horn wurde ein Gesundheitskiosk eingerichtet. Pflegekräfte bieten in enger Abstimmung mit den niedergelassenen Ärzt*innen nicht-medizinische Versorgungsleistungen an. Die Pflegekräfte beraten, um Übergewicht, Bewegungsmangel und andere gesundheitsschädliche Verhaltensweisen zu reduzieren. Außerdem erbringen sie Case Management-Leistungen für eine bessere Koordination der Versorgung, um langfristig Krankenhausaufnahmen zu reduzieren und die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten.

Diskussion

Der Aufbau eines Community-orientierten Gesundheitskiosk stellt eine neuartige, patientenorientierte und sektorübergreifende, integrierte Form der Versorgung dar. Pflegekräfte bieten hier ein niedrigschwelliges Gesundheits- und Case Management an, um das Selbstmanagement aller gesetzlich Versicherten einer sozial benachteiligten Großstadt-Region zu fördern. Die nicht-medizinischen Versorgungsangebote des Kiosks orientieren sich an den Lebensverhältnissen der Versicherten und optimieren alle Sektoren der Versorgung. Durch Einbeziehung verschiedener Sprachen bei der Auswahl der Pflegekräfte berücksichtigt der Kiosk gezielt interkulturelle Aspekte.



VI-Symp6 | 5

Hausarztpraxisbasiertes Übungsprogramm und Case Management für Patienten mit Panikstörungen (Paradies-Studie)

J. Gensichen^{1,2}, Thomas Stephan Hiller², Jörg Breitbart², Nico Schneider¹, Christian Brettschneider³, Tobias Teismann⁴, Ulrike Schumacher⁵, Michael Sommer¹, Hans - Helmut König³, Michel Wensing⁶, Jürgen Margraf⁴

LMU Allgemeinmedizin, München

Hintergrund

Die „PARADIES-Studie“ (Patient Activation foR Anxiety DIsoRdErS) ist ein kollaboratives Case Management-Konzept zur ambulanten, hausarztpraxis-basierten Versorgung von Patienten mit Panikstörungen. Die Interventionsgruppe zeigte nach 6 und nach 12 Monaten signifikant stärkere Verbesserungen klinischer Zielgrößen (e.g., Angstsymptome, Vermeidungsverhalten, Depressivität) als die Kontrollgruppe und der Behandlungsqualität aus Patientensicht.

Fragestellung

...

Methoden

....Es wurde in einer cluster-randomisiert kontrollierten, multizentrischen Interventionsstudie überprüft. Sie verglich ein praxisteam-unterstütztes Expositionstraining in der Hausarztpraxis mit der hausärztlichen Standardbehandlung.

Ergebnisse

..In 73 Praxen wurden 419 erwachsene Patienten mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie (mittleres Alter [SD], 46.2 [14.4] Jahre; 74% Frauen) eingeschlossen. Die manualisierte Prüftherapie. umfasste die schrittweise Anwendung von Psychoedukation, interozeptiver und situativer Exposition (4 Hausarzttermine) sowie ein protokollgestütztes Monitoring des Symptom- und Behandlungsverlaufes (10 Telefonkontakte zur nicht-ärztlichen Praxisfachangeestellten).

Diskussion

....Die Prüftherapie wurde gut umgesetzt und von den Patienten gut akzeptiert. Die gesundheitsökonomische Analyse zeigt aus Sicht der Gesellschaft und der Kostenträger eine wahrscheinlich kosteneffektive Maßnahme.



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.01 41

VI-WS38

Workshop: Systematische Literaturrecherche: Einführung und Methoden

Moderation: Maria-Inti Metzendorf

VI-WS38 | 1

Systematische Literaturrecherche: Einführung und Methoden

M. - I. Metzendorf

Institut für Allgemeinmedizin, Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group, Düsseldorf

Hintergrund

Der 90-minütige Workshop führt in die systematische Recherche in medizinischen Datenbanken ein. Es werden Methoden zur Recherche nach Literatur vorgestellt und erarbeitet, was eine umfassende Recherche nach Evidenz kennzeichnet. Insbesondere werden folgende Fragestellungen behandelt:

- Wie wird eine Suchstrategie aufgebaut?
- Welche Datenbanken kommen in Frage?
- Welche Filter können eingesetzt werden, um nach Publikationstypen einzuschränken?
- Welche Tools gibt es, um die Ergebnisse der Recherche zu sichten und zu verwalten?
- Wie dokumentiert man eine Recherche?

Zielgruppe

- 1) An Forschungsprojekten beteiligte Ärztinnen und Ärzte
- 2) An der Erarbeitung von Leitlinien Beteiligte
- 3) Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen

Grundkenntnisse in der Recherche in medizinischen Datenbanken (z.B. PubMed, Embase) sind von Vorteil.

Didaktische Methode

Vortrag, Diskussion und Demonstration an einem praktischen Beispiel aus der allgemeinärztlichen Forschung.

Ziele

Sensibilisierung für die Möglichkeiten einer systematischen Literaturrecherche, Einblicke in die wichtigsten Methoden und Datenbanken, Verständnis für den Prozess des Information Retrievals.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15-25

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Maria-Inti Metzendorf ist Informationswissenschaftlerin und arbeitet seit 2014 bei der Cochrane Metabolic and Endocrine Disorders Group am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf. Ihr Arbeits- und Forschungsschwerpunkt ist das medizinische Information Retrieval im Kontext von systematischen Reviews. Sie gibt regelmäßig Recherchetrainings für Studierende, Ärzte und Wissenschaftler.



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.00 52

VI-WS39

Workshop: Let's talk about sex- Sexuell übertragbare Erkrankungen in der Hausarztpraxis

Moderation: Burkhard Schappert, Steffen Taubert

VI-WS39 | 1

Let's talk about sex- Sexuell übertragbare Erkrankungen in der Hausarztpraxis

B. Schappert¹, S. Taubert²

¹ Universitätsmedizin Mainz, Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Mainz; ² Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin

Hintergrund

Sexualität ist auch in vielen Arztpraxen noch ein Tabuthema. Die Zahl der Sexuell Übertragbaren Erkrankungen (STI) ist in Deutschland in den vergangenen Jahren rapide angestiegen, insbesondere die Syphilis, aber auch die Neudiagnosen von HIV haben zugenommen. Zwischen 30-50% dieser HIV-Patienten sind sogenannte Late Presenter, Patienten, die schon z.T. ein stark reduziertes Immunsystem haben. Zudem stellen sich täglich Patienten, die sich erst kürzlich mit HIV infiziert haben mit den Symptomen einer „Akuten HIV-Infektion“ beim Hausarzt vor, die Erkrankung wird aber leider fast immer übersehen. Dies ist von großer Relevanz für den Patienten selbst, aber auch für die Verbreitung der Infektion.

Zielgruppe

Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten, da diesen eine zentrale Rolle beim Erkennen der Sexuell Übertragbaren Erkrankungen (z.B. der „Akuten HIV-Infektion“) zukommt.

Didaktische Methode

Kurze Einführung zu STI und den Grundlagen der HIV-Testung. Focus auf den Aufbau von Gesprächen über Sexualität im Setting einer Arztpraxis. Den Teilnehmenden wird ermöglicht, Erfahrungen aus ihrem beruflichen Alltag einzubringen und passende Kommunikationsstrategien kennenzulernen. Über Fallvignetten werden Fragen und Beratungssituationen rund um das Thema Sexualität praxisnah erlebbar.

Ziele

Erkennen des Risikos für eine HIV-Infektion (Indikatorerkrankungen) Risikowahrscheinlichkeiten für eine Transmission HIV und wichtiger STI. Erlernen der Grundlagen der HIV-Testung. Aufbau von Beratungsgesprächen zur Sexualität, Umgang mit Tabus und Erkennen eigener Grenzen.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20-30

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Prof. Dr. Burkhard Schappert

Facharzt für Allgemeinmedizin// Schwerpunktpraxis HIV// Unterrichtsbeauftragter für Allgemeinmedizin der Universitätsmedizin Mainz

Steffen Taubert

Deutsche AIDS-Hilfe// Diplom-Psychologe // Leiter des Projekts "HIV/STI-Prävention in der ärztlichen Praxis" // Ausbildung in Sexualberatung und integrativer, körperorientierter Psychotherapie



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.U1 21

VI-WS41

Workshop: Resilienz als Burn-out Prävention – eine Einführung

Moderation: Gisela Ravens-Taeuber, Armin Wunder

VI-WS41 | 1

Resilienz als Burn-out Prävention – eine Einführung

G. Ravens-Taeuber, A. Wunder

Institut für Allgemeinmedizin, Ausbildung, Frankfurt am Main

Hintergrund

Resilienz bedeutet psychische Widerstandsfähigkeit und beschreibt die Fähigkeit, Krisen zu meistern und diese als Anlass für Entwicklungen zu nutzen. Ca. 20% der Ärztinnen und Ärzte entwickeln im Laufe ihres Lebens eine seelische Erkrankung. Fast 60 % befürchten, aufgrund eines Burn-out eine längere Zeit der Arbeitsunfähigkeit. Resilienz stärkt Selbstwirksamkeit und kann auf diese Weise Burn-out vorbeugen.

Zielgruppe

Ärztinnen und Ärzte, die für sich (und ihre Patientinnen und Patienten) Wege finden wollen, auch in belastenden Situationen psychisch stabil zu bleiben.

Didaktische Methode

Anhand von Impulsreferaten, Buzz-groups (Murmelgruppe/Zweiergespräch) und Kleingruppenarbeiten erarbeiten die Teilnehmer die Grundlagen der Resilienz und erfahren Möglichkeiten, das Gelernte für sich und ihre Patienten anzuwenden.

Ziele

Anzeichen seelischer Belastung erkennen und eigene Energiequellen zur Stärkung der Resilienz identifizieren können. Methoden für die praktische Umsetzung/Anwendung zur Resilienz erlernen, um somit individuelle Fähigkeiten zur Selbstwirksamkeit zu erkennen und diese zu beleben.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20

Kurzzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Gisela Ravens-Taeuber...

...seit 2002 Mitarbeiterin im Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main. Dort leitet sie den Arbeitsbereich „Ausbildung“ und ist verantwortlich für die allgemeinmedizinischen Lehrveranstaltungen, deren Weiterentwicklung und Evaluation. Neben Lehrkoordination ist sie noch aktiv in der Lehrforschung und hält Seminare für Studierende und Ärzte.

Armin Wunder...

...seit 2002 Lehrbeauftragter und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin in Frankfurt am Main. Dort ist er aktiv in den Arbeitsbereichen „Ausbildung“ und „Weiterbildung“ und im Fehlerberichtssystem "jeder-fehler-zaehlt.de". An der Medizinischen Universität Graz ist er seit 2016 Gastprofessor und niedergelassen als Hausarzt in Frankfurt.



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.U1 47

VI-WS42

Workshop: Aufsuchende otologische Maßnahmen durch den Hausarzt bei schlecht hörenden und immobilen Senioren in Pflegeeinrichtungen oder zu Hause

Moderation: Fritz Meyer

VI-WS42 | 1

Aufsuchende otologische Maßnahmen durch den Hausarzt bei schlecht hörenden und immobilen Senioren in Pflegeeinrichtungen oder zu Hause

F. Meyer

Allgemeinärztliche Gemeinschaftspraxis, Oettingen

Hintergrund

Durch Versorgungsstudien konnte belegt werden, dass immobile oder weitgehend auf sich selbst gestellte Senioren mit defizitären Sinnesorganen zu Hause und selbst in Pflegeeinrichtungen fachspezifisch schlecht versorgt werden. Das gilt insbesondere für Schwerhörige, die zudem ihr Hörproblem häufig negieren oder nivellieren. Selbst dem Hausarzt kann diese Beeinträchtigung entgehen, weil auch mittelgradige Schwerhörigkeiten bei Konversationslautstärke nur mit entsprechendem Problembewusstsein bemerkbar sind. Dabei haben gemittelt etwa 40% der über 65jährigen Menschen in der BRD eine graduell unterschiedliche, alltagsrelevante Hörminderung. Rechtzeitiges Erkennen und eine zeitnahe Versorgung mit geeigneten Hilfen sind aber erforderlich, um gehörvermittelte Alltagsqualitäten wie Kommunikationsfähigkeit, geistiges Leistungsvermögen oder räumliche Orientierungssicherheit zu erhalten. Durch den epidemiologischen Imperativ einer älter werdenden Bevölkerung wird der Bedarf für diese hausärztliche Basiskompetenz in Zukunft eher zunehmen.

Zielgruppe

Hausärzte, die ihre älteren, oft immobilen Patienten in Pflegeeinrichtungen oder zu Hause bei akuten Hörproblemen persönlich behandeln und bei chronischer Schwerhörigkeit kompetent diagnostizieren, beraten und langfristig begleiten wollen.

Didaktische Methode

Anhand von Leitlinienempfehlungen und eigenen, publizierten Erfahrungen werden neben der theoretischen Grundlagenvermittlung einfache, effektive, in jedem Haushalt und allen Pflegeeinrichtungen durchführbare Basismaßnahmen zur otologischen Befunderhebung (Otoskopie, Ohrenspülung zur Ohrschmalzentfernung) sowie zur qualitativen und quantitativen Hördiagnostik (Stimmgabelversuche, Hörweitenprüfung) demonstriert und interaktiv geübt sowie relevante Beratungs- und Behandlungsansätze bei akuter und chronischer Schwerhörigkeit besprochen.

Ziele

Erwerb geriatrisch-otologischen Problembewusstseins und dafür notwendiger Kompetenzen zum Einsatz im Patientenhaushalt oder in Pflegeeinrichtungen.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15 bis 20 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Der Referent betreut seit 30 Jahren als hausärztlich tätiger Allgemein- und HNO-Arzt schwerhörige Menschen. Für sein Pilotprojekt zur Validierung einer praxisgerechten Hörweitenprüfung hat er 2016 den SGAM-Forschungspreis erhalten.



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.01 43

VI-WS43

Workshop: Ein "Werkzeug" für die MFA im Patientengespräch

Moderation: Iris Schluckebier

VI-WS43 | 1

Ein "Werkzeug" für die MFA im Patientengespräch

I. Schluckebier

Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten

Hintergrund

Für die Gewichtung der kardiovaskulärer Risikofaktoren gibt es ein Beratungsinstrument für die hausärztliche Praxis: **arriba**. Hier können Patienten zum Beispiel im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung oder in der Chronikerberatung (Diabetes, KHK) zu der Frage: "Wie hoch ist mein Risiko in den nächsten 10 Jahren, einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall zu erleiden? Welche präventiven Maßnahmen sind in meinem Fall angemessen und sinnvoll?" gute beraten werden. Die Auswertung der Prognose und welche präventive Maßnahme von individuellem Gewinn sind, werden bildlich so dargestellt, dass der Patient sich eine eigene Meinung bilden kann, besser versteht und in Einzelfällen selbständig durch die MFA beraten werden kann.

Zielgruppe

MFAs, Ärztinnen und Ärzte

Didaktische Methode

Kurzvortrag zu **arriba** und Einleitung in das Tool für die Hausarztpraxis. Praxisnahe Übungen an Fallbeispielen. Abschlussdiskussion im Plenum, mit der Fragestellung, in wie weit dieses in der Realität des laufenden Praxisalltags umsetzbar ist und von der MFA anwendbar ist. Welche Vorteile, aber auch welche Herausforderungen sehen die teilnehmenden Praxisteams?

Ziele

Verbesserung der Kommunikation und Erkenntnis, gemeinsam mit dem Patienten den richtigen Ansatz in seiner individuellen Therapie zu finden und damit eine höhere Verbesserung seines Krankheitszustandes auch durch Eigeninitiative (Life-Style-Änderung) zu erreichen.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

max. 20

Kurzzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Iris Schluckebier, MFA/VERAH/NäPa/EVA. Langjährige Praxiserfahrung in einer Hausarztpraxis, selbstständige Dozentin (u.a. beim IhF, der ÄKWL, PKV-Verlag) für MFAs und Praxisteams, QM-Visitorin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der UWH und eigenständige Praxisberaterin.



08:30 - 10:00

Raum: 23.31.U1 66

VI-WS44

Workshop: Methodenworkshop Mixed-Methods

Moderation: Verena Leucht, Michael Pentzek

VI-WS44 | 1

Methodenworkshop Mixed-Methods

V. Leucht, M. Pentzek

Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin Düsseldorf

Hintergrund

In den letzten Jahren zeigt sich ein Trend in der Anwendung von Mixed-Methods-Designs. Dieser spiegelt sich auch in der medizinischen Versorgungsforschung wider. Immer mehr Studien werden unter paralleler oder sequenzieller Verknüpfung qualitativer und quantitativer Methoden durchgeführt. Eine der spezifischen Herausforderungen besteht in der Integration beider Methodenteile. Zudem gibt es in Deutschland wenig Raum für methodischen Austausch.

Zielgruppe

Wissenschaftler/-innen mit Erfahrung oder Interesse an Mixed-Methods Forschung. Grundkenntnisse qualitativer und quantitativer Methoden werden vorausgesetzt.

Didaktische Methode

Kurzer Überblick über Mixed-Methods (Designs, Standards, Herausforderungen); Austausch über eigene Forschungsstudien oder -ideen der Teilnehmenden [bitte frühzeitig Kontakt zu Verena Leucht aufnehmen (verena.leucht@med.uni-duesseldorf.de), wenn die Einbringung von eigenen Ideen gewünscht ist, zwecks Planung des Workshops], Erarbeitung der Besonderheiten und Fallstricke von Mixed-Methods-Design; Kleingruppenarbeit zur Item-Konstruktion aus Interviewzitat

Ziele

Das primäre Ziel des Workshops ist der Erfahrungsaustausch über Methodenanwendungen sowie eine beispielhafte Übung zur Ableitung von Items. Die Teilnehmenden vertiefen ihre Kenntnisse z.B. über die verschiedenen Designarten und deren Durchführung, über Methodenintegration und einzelne Qualitätsstandards von Mixed-Methods-Studien. Spezifische Herausforderungen im allgemeinmedizinischen Forschungskontext werden eruiert.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

10-15

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Verena Leucht ist Gesundheitswissenschaftlerin und beschäftigt sich mit Mixed-Methods und qualitativen Methoden. Sie arbeitet aktuell an einer Forschungsstudie im sequenziell exploratorischen Design.

Dr. rer. nat. Michael Pentzek, Dipl.-Psychologe ist Forschungskoordinator des Düsseldorfer Instituts für Allgemeinmedizin. Er arbeitet mit quantitativen und qualitativen Methoden und führte bereits mehrere Mixed-Methods-Studien in verschiedenen Bereichen durch.



08:30 - 10:00

Raum: 23.32.00 61

VI-WS45

Workshop: Studenten-Workshop: Medikamentenmissbrauch und Abhängigkeit - Wissen, Erkennen, Handeln

Moderation: Johannes Just, Philipp Skatulla

VI-WS45 | 1

Studenten-Workshop: Medikamentenmissbrauch und Abhängigkeit - Wissen, Erkennen, Handeln

J. Just, P. Skatulla

Universität Bonn, Institut für Hausarztmedizin, Bonn

Hintergrund

Der Missbrauch verschreibungspflichtiger Medikamente ist ein weltweites Problem. Typische Substanzen sind Opiode und Benzodiazepine. Da es sich grundsätzlich um sinnvolle und wirksame Substanzen handelt, die dem Patienten bei Bedarf nicht vorenthalten werden dürfen, findet der Arzt sich in einem Spannungsverhältnis. Einerseits möchte er eine Unterversorgung und das resultierende vermeidbare Leid verhindern, andererseits droht bei Überversorgung oder nicht indikationsgerechter Versorgung eine Suchtentwicklung mit fatalen Risiken.

Die Vielschichtigkeit des Patientenguts sowie individueller Faktoren und Bedürfnisse erschweren sowohl das Erkennen von Missbrauchszuständen als auch eine angemessene Arzt-Patienten-Kommunikation. Selbst wenn ein Missbrauchszustand erkannt wird oder bekannt ist, wird nicht immer adäquat gehandelt, da Wissen über Behandlungsmöglichkeiten und praktische Fertigkeiten fehlen. Dieser Workshop soll den Teilnehmenden einen Überblick verschaffen und mit Hilfe von einfachen Schemata Sicherheit im Umgang mit Suchtpatienten geben.

Zielgruppe

Primäre Ausrichtung auf Studierende, ärztliche Interessenten sind jedoch auch herzlich eingeladen.

Didaktische Methode

In einer aufgelockerten Atmosphäre sollen die Lernziele aufgearbeitet werden. Hierbei kommen verschiedene Methoden zum Einsatz: interaktiver Vortrag, offene Diskussionen, Rollenspiele, Gruppenarbeit sowie Fallbeispiele. Wissen, Haltung und praktische Fähigkeiten sollen gleichsam vermittelt werden.

Ziele

Die Teilnehmenden sollen einen Überblick über relevante Substanzen erhalten und die Fertigkeit erhalten, Substanzen anhand ihres Suchtpotentials und Risikoprofils einschätzen zu können. Ferner sollen Möglichkeiten der Erkennung sowie adäquater Behandlung von Medikamentenmissbrauch erlernt werden. Schließlich werden praktische Schemata an die Hand gereicht, mit Hilfe derer ein sicherer Umgang mit Suchtpatienten möglich ist.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

30

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Dr. med. Johannes Just ist Facharzt für Allgemeinmedizin und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Hausarztmedizin der Uniklinik Bonn. Sein Forschungsschwerpunkt ist die Abhängigkeit von verschreibungspflichtigen Medikamenten.



10:30 - 11:15

Raum: 23.01 HS 3A

Keynote III

Keynote Lecture III: Der Mensch im Mittelpunkt? – Der gesuchte Weg zwischen Ärztlicher Expertise und Leitlinie by Heinz-Harald Abholz

Moderation: Elisabeth Gummersbach

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Keynote III | 1

Der Mensch im Mittelpunkt? – Über den gesuchten Weg zwischen ärztlicher Expertise und EbM-Leitlinie

H. - H. Abholz

Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Düsseldorf

Leitlinien als gewissenhafte Zusammenfassungen des „aus methodisch guten Studien stammenden Wissens“ sind sehr wichtige Informationsquellen für hausärztliche Entscheidungsfindung. Sie haben uns aber nur zum Teil für Entscheidungen für den „Menschen im Mittelpunkt“ geholfen. Denn Leitlinien geben Empfehlungen für Gruppen von Patienten und nicht für den Einzelnen vor uns. Hierzu brauchen wir zusätzlich „Ärztliche Expertise“ und die Eruierung von „Patientenpräferenzen“ – beides ebenfalls Grundlagen von EbM. Nur geht letzteres zunehmend verloren, wenn Studienwissen so präferiert wird wie beobachtbar. Dass dies aufgrund der über EbM- Studien importierten Logik geschah, wird im Vortrag gezeigt.

Um auch „Ärztliche Expertise“ und die Beachtung der „Patientenpräferenzen“ einsetzen zu können, also Studienbefunde und Leitlinienempfehlungen auf den „Patienten im Mittelpunkt“ zu extrapolieren, braucht es ärztliche Voraussetzungen: Dies sind gute Medizinkenntnisse, aber auch gute Kenntnis des Patienten als Person sowie eine tragfähige Patienten-Arzt-Beziehung und die Fähigkeit, verstehend zu kommunizieren. Dann erst kann Entscheidungsfindung bei meist komplexen Entscheidungssituationen, die nicht mehr mit Leitlinienempfehlungen erfasst sind, einigermaßen treffsicher erfolgen.

Für den Aufbau dieser Fähigkeiten war und ist immer ein häufiger Patienten- Kontakt über die Zeit und in unterschiedlichsten Situationen Voraussetzung (continuity und comprehensiveness of care). Wird dies durch ein Gesundheitssystem, wie insbes. dem deutschen, zunehmend boykottiert und untergraben wird selbst es zusätzlich mit unserem Anspruch, auch im Mittelpunkt - bei z.B. unserer Arbeitszeitgestaltung etc. - zu stehen, dann wird es schwierig, Hausärztliche Versorgung mit dem *Menschen im Mittelpunkt* aufrecht zu halten.



11:30 - 13:00

Raum: 22.01 HS 2B

VII-VT17

Kernfach Allgemeinmedizin: Auf dem Weg zu einem longitudinalen Curriculum III

Moderation: Klaus Böhme, Reinhild Höfler

VII-VT17 | 1

„Arzt von Anfang an“ - Stärkung ärztlicher Kompetenzen von Medizinstudierenden mittels AaL^{plus} im longitudinalen Curriculum Allgemeinmedizin

S. Schwill, J. Fahrbach-Veeser, C. Eicher, D. Pfisterer, J. Szecsenyi, S. Loukanova

Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Hintergrund

Mit den Zielen ärztliche Gesprächsführung, körperliche Untersuchungstechniken und klinisch-praktische Basisfertigkeiten im Grundstudium zu erlernen und Allgemeinmedizin longitudinal im Medizincurriculum zu integrieren, wurde das AaL^{plus}(Anatomie am Lebenden)–Programm 2011 an der Universität Heidelberg etabliert. AaL^{plus} ist über das gesamte Grundstudium verpflichtend und wird im vierten Fachsemester mit einem OSCE (Objective-Structured-Clinical-Examination) abgeschlossen.

Fragestellung

Ziel dieser Studie war die Steigerung ärztlicher Kompetenzen unter Medizinstudierenden der Vorklinik zu erfassen.

Methoden

Die Selbsteinschätzung über den Zuwachs ärztlicher Kompetenzen erfolgte mittels Fragebögen auf einer fünfstufigen Likert-Skala (5=stimmvollzu). Dazu wurden 2013-2016 alle Studierenden bei Abschluss von AaL^{plus} befragt. Diese Selbsteinschätzung wurde mit der erreichten Punktzahl im OSCE verglichen.

Ergebnisse

Von 2013 bis 2016 gingen 1131 Fragebögen ein. 53,3% der Teilnehmenden waren weiblich. 22,1% der Teilnehmenden hatten vor dem Studium einen medizinischen Beruf erlernt. Die Zustimmung bei der Kompetenz eine strukturierte Anamnese durchführen zu können lag bei $3,85(\pm 0,65)$. 88% gaben an dies in AaL^{plus} gelernt zu haben. Die Zustimmung bei Untersuchung des Herzens lag bei $3,79\pm 0,80$ (94%), der Lunge bei $3,79\pm 0,81$ (94%) und der Leber bei $3,88\pm 0,82$ (99%). Bei Durchführung einer Blutdruckmessung lag die Zustimmung bei $4,6\pm 0,59$ (36%) und bei Durchführung einer Venenpunktion bei $4,1\pm 0,79$ (70%). Der Abgleich mit der erreichten Punktzahl im OSCE wird zurzeit durchgeführt.

Diskussion

Durch AaL^{plus} können ärztliche Basiskompetenzen erfolgreich vermittelt werden. AaL^{plus} ist für Medizinstudierende mehrheitlich der erste Kontakt mit ärztlichen Kompetenzen. Durch die Integration von ärztlichen Basisfertigkeiten in das Grundstudium sind Medizinstudierende zum Zeitpunkt des ersten Staatsexamens auf die erste Famulatur im Hauptstudium vorbereitet. Folgestudien müssen zeigen, ob das frühere Erlernen von ärztlichen Fertigkeiten nachhaltig zu besseren ärztlichen Kompetenzen führt.



VII-VT17 | 2

Nachhaltige Nutzung von Seminararbeiten - FALLDATENBANK

R. Höfler, S. Poggenburg, A. Domke, A. Siebenhofer-Kroitzsch

Medizinische Universität Graz, IAMEV, Graz Österreich

Hintergrund

Im Rahmen des 4 wöchigen Pflichtpraktikums Allgemeinmedizin im 6. Studienjahr (KPJ) müssen von jedem Studierenden 2 Fallberichte aus der erlebten Praxis verfasst werden. Bisher wurden diese oft sehr sorgfältig ausgeführten Arbeiten nur zu Beurteilungszwecken genutzt. Jährlich werden derzeit ca. 600 Arbeiten erstellt.

Fragestellung

In welcher Form lässt sich dieses umfangreiche Material, das einen exakten Einblick in die praktische Arbeit von Allgemeinmedizinerinnen gibt, für Unterrichts- und Prüfungszwecke nutzen?

Methoden

Erstellung einer Excelapplikation ("Matrix"), in die aus jedem „Fallbericht“ standardisierte Parameter kodiert eingetragen werden. Jeder Fall erhält eine fortlaufende Fallzahl, über die auch auf den anonymisierten, elektronisch gespeicherten Fallbericht im Volltext zugegriffen werden kann. Mit einer Suchmaske können komplexe Abfragen (mittels Freitext oder Codes) durchgeführt werden. Die Abfragen erfassen einzelne oder kombinierte Parameter, wie Behandlungsursache, Behandlungsergebnis, diagnostische oder therapeutische Maßnahmen, Lehr- und Lernziele, thematisch passende hinterlegte Leitlinien u.v.a.

Parallel erfolgt der Aufbau einer Bilddatenbank, die ebenfalls zu Lehrzwecken genutzt werden kann.

Ergebnisse

Bisher sind ca 1000 Arbeiten aus allen Bereichen der Allgemeinmedizin kodiert und gespeichert.

Diskussion

Durch optimale Nutzung dieses Tools soll eine Reduktion des Arbeitsaufwandes bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität in der allgemeinmedizinischen Lehre erfolgen. Es handelt es sich um reale Beispiele aus der Allgemeinpraxis, die durch vorhandenes Bildmaterial ergänzt werden können. Weiters kann über die vorhandenen, einfach zu bedienenden Suchfunktionen eine rasche und gezielte Auswahl der benötigten Beispiele erfolgen. Ebenso erlaubt diese Datenbank eine fortlaufende Generierung von kontexthaltigen neuen Prüfungsfragen, sodass das Lernen von „Altfragen“ zugunsten des Erarbeitens von allgemeinmedizinischem Lehrstoff in den Hintergrund treten sollte.



VII-VT17 | One-Slide-Five-Minutes-Vortrag

www.ukurs.uni-freiburg.de – Untersuchungstechniken 2.0, multimedial und frei verfügbar

M. Stenzel, M. Uhl, P. von Poellnitz, K. Böhme, W. Niebling, I. Streitlein-Böhme

Universitätsklinikum Freiburg, Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg im Breisgau

Hintergrund

„U-Kurs Online“ ist eine Online-Plattform, auf der Studierenden der Humanmedizin multimediale Inhalte zu Basisuntersuchungstechniken angeboten werden.

Ziel ist, im 1. Studienabschnitt bessere Vorbereitungsmöglichkeiten für den Untersuchungskurs im Rahmen des allgemeinmedizinischen Praktikums "Einführung in die klinische Medizin" bereitzustellen, um die Präsenzzeit effektiver für praktische Übungen nutzen zu können. Die Webseite bietet mit Videos, Hörbeispielen und Quizfragen optimale Bedingungen zur Kursvorbereitung. Untersuchungstechniken werden schrittweise anhand kurzer Videosequenzen erarbeitet, wobei Fallvignetten und interaktive Grafiken als aktivierende Elemente dienen. Am Ende des Moduls besteht Möglichkeit, den kompletten Untersuchungsablauf anzusehen und erworbenes Wissen in einem Quiz zu überprüfen. „U-Kurs Online“ ist öffentlich und für vielfältige Endgeräte nutzbar.

Fragestellung

Wie bewerten Studierende Videos zu klinischen Basisuntersuchungstechniken?

Methoden

Qualität und Nutzung der Online-Plattform wurden bei Einführung im SS 2015 von den Studierenden des 2. Semesters im Rahmen des Basisuntersuchungskurses evaluiert. Der Evaluationsbogen umfasste 10 Items sowie Freitextkommentarmöglichkeiten.

Ergebnisse

Bei der Gesamtbewertung (1 = gefällt mir gar nicht gut; 5 = gefällt mir sehr gut) lag der Mittelwert bei 4,26 ($\sigma = 0,73$; $N = 217$). Auch der Nutzen der Seite für den Lernerfolg (3,92; $\sigma = 0,96$; $N = 217$) und die Qualität der Materialien (4,24; $\sigma = 1,05$; $N = 217$) wurden positiv bewertet. Die Seite wird hochfrequent genutzt (1332 Nutzer; 12.113 Seitenzugriffe in 2 Monaten).

Diskussion

Die hohe Nutzungsfrequenz und die positive Bewertung für den Lernerfolg zeigen, dass bei den Studierenden ein hoher Bedarf für diese Online-Lernressource besteht. „U-Kurs Online“ wird ständig weiterentwickelt und könnte zu einem bundesweit für alle Standorte verfügbaren (allgemein)medizinischen Instrument zur Aus- und Weiterbildung werden.



VII-VT17 | 4

Wie bewerten Studierende die ressourcensparende Performanzprüfung?

A. Sigle, D. Lim, J. Maeder, K. Böhme, W. Niebling, I. Streitlein-Böhme

Universitätsklinikum Freiburg, Lehrbereich Allgemeinmedizin, Freiburg im Breisgau

Hintergrund

Gemäß "Masterplan Medizinstudium 2020" soll die Allgemeinmedizin longitudinal im Studium verankert und zum 3. Pflichtprüfungsfach im 3. Staatsexamen werden. Die zusätzlichen Aufgaben bedeuten eine erhöhte Arbeitsbelastung für das Fach. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, u. a. ressourcen- und zeitsparende Prüfungsformen während des Studiums zu etablieren. In Freiburg werden im 1. klinischen Semester Untersuchungstechniken in einer Performanzprüfung mündlich-praktisch geprüft. Realitätsbeobachtungen werden hierbei anhand standardisierter Bewertungsbögen von ärztlichen PrüferInnen beurteilt.

Fragestellung

Wie bewerten Studierende diese ressourcensparende Prüfungsform?

Methoden

Zugangsvoraussetzung für die Performanzprüfung ist das Bestehen eines online vorgeschalteten Eingangstests. Danach wird jeder Studierende 10 Minuten in einem Modul von insgesamt sechs Prüfungsmodulen geprüft, wobei die Themenzuteilung für die Studierenden nicht vorhersehbar ist. Die Prüfungskommissionen bestehen aus einer/m ärztlichen PrüferIn und einer/m geschulten studentischen BeisitzerIn. Beurteilt werden Untersuchungstechnik und -instruktion sowie Handlungs- und Begründungswissen. Die Punktevergabe erfolgt am I-Pad anhand standardisierter Bewertungskriterien. Jeder Studierende erhält anschließend ein individuelles, schriftliches Feedback. Die Prüfungen werden regelmäßig durch die Studierenden evaluiert.

Ergebnisse

Die Evaluationen zeigen folgende Ergebnisse:

Semester	Studierendenanzahl	Mittelwert (Schulnoten 1 – 6)	Standardabweichung
WS15/16	161	1,9161	1,1
SS16	18	1,7	0,6
WS16/17	148	2,0	1

Diskussion

Die Studierenden bewerten das vorliegende Prüfungsmodell positiv. Das praxisbezogene Feedback ist für die Studierenden eine wertvolle Hilfestellung. Performanzprüfungen ermöglichen außerdem eine Kompetenzorientierung bei bestmöglicher Ressourcennutzung gegenüber einer OSCE-Prüfung. Die Randomisierung der Prüfungsinhalte spart Zeit, einheitliche Bewertungskriterien und Prüferschulungen gewährleisten Objektivität.

Ausblick

Im kommenden Sommersemester 2017 sollen an einer kleinen Kohorte von Studierenden (n=55) die Testgütekriterien der Performanzprüfung untersucht werden. Dabei werden Korrelation zwischen Eingangstestat und Performanzprüfung sowie die Vorhersagevalidität der Prüfungsergebnisse durch anschließende Selbst- und Fremdeinschätzung überprüft.



VII-VT17 | 5

Kompetenzverbund Allgemeinmedizin NRW: Bestandsaufnahme und Maßnahmen zur Nachwuchsförderung durch das PJ Allgemeinmedizin

A. Herwig, G. Fobbe, M. Heßbrügge-Bekas, H. C. Römer, S. Gesenhues, B. Weltermann

Universitätsklinikum Essen, Universität Duisburg-Essen, Institut für Allgemeinmedizin, Essen

Hintergrund

Dem Praktischen Jahr (PJ) in der Allgemeinmedizin kommt eine zentrale Rolle in der Generierung hausärztlichen Nachwuchses und in der Abbildung der Primärversorgung in der studentischen Ausbildung zu. Der Kompetenzverbund NRW hat eine Erhebung zum Status quo des PJ Allgemeinmedizin an den 8 universitären Standorten durchgeführt.

Fragestellung

Ziel war eine Bestandsaufnahme zur Entwicklung zukünftiger Strategien für das PJ Allgemeinmedizin.

Methoden

1) Online-Erhebung unter allen PJ-Praxen und PJ-Studierenden der Jahre 2010-2015; 2) Papierfragebogen für die universitären Standorte. Die quantitativen Daten wurden statistisch ausgewertet, Freitextantworten wurden Clustern zugeordnet.

Ergebnisse

Die Rücklaufquoten betrugen: 45% Praxen (n=109/245), 14% Studierende (n=86/625), 100% Standorte. Durchschnittlich gab es 30 PJ-Praxen pro Standort (Spanne: 20-58), die meist 1-2 Studierende betreuten (n=51, 46,8%). Den täglichen Mehraufwand für Lehre gaben 24% der Lehrärzte mit bis zu 30 Minuten, 37% bis zu 60 Minuten, 17% bis zu 90 Minuten und 5% bis zu 120 Minuten an. Ihre Hauptmotivation ist die Gewinnung des Nachwuchses (83%, n=90) und die Weitergabe von Wissen (76%, n=83). Zwischen 2010-2015 gab es pro Standort durchschnittlich 78 PJ-Studierende (Spanne: 11-142), von denen 45% den Facharzt Allgemeinmedizin anstreben. Freitextantworten von Studierenden bezogen sich auf ihre Aufgaben in der Praxis, Praxisorganisation und Arbeitszeiten, während PJ-Praxen fehlende Schulungsangebote thematisierten und eine strukturiertere Zusammenarbeit mit den Instituten wünschten.

Diskussion

Das PJ Allgemeinmedizin ist an den 8 Standorten in NRW unterschiedlich fortgeschritten und bedarf des weiteren Ausbaus. Die unterschiedliche Einschätzung des täglichen Lehraufwands erfordert nähere Untersuchungen, wobei die Etablierung von Lehrstandards, eine angemessene Vergütung der Praxen sowie Evaluationen der Lehrqualität zu thematisieren sind.



VII-VT17 | 6

PJ-Tertial Allgemeinmedizin – Ein Weg in die Weiterbildung?

K. Böhme, A. Kotterer, A. Siegel, I. Streitlein-Böhme, W. Niebling

Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-, Allgemeinmedizin, Freiburg

Hintergrund

Als ein Weg aus der Misere eines drohenden Hausärztemangels wird die Bedeutung eines allgemeinmedizinischen Ausbildungsabschnittes im Praktischen Jahr diskutiert. Es konnte belegt werden, dass ein Wahltertial Allgemeinmedizin die Attraktivität des Berufsbildes Hausarzt bei Studierenden steigert. Absolventen-Studien, die Auskunft über die tatsächlichen Karriereentscheidungen ehemaliger PJler geben, liegen bislang für Deutschland nicht vor.

Fragestellung

Wie sehen die Karriereentscheidungen von Absolventen des PJ-Tertials Allgemeinmedizin 1-5 Jahre nach Studienabschluss aus?

Methoden

127 Absolventen (49 Männer, 78 Frauen) baden-württembergischer Hochschulen, die zwischen 2011 und 2016 ein Wahltertial Allgemeinmedizin durchlaufen hatten, wurden von Oktober bis Dezember 2016 mittels Fragebogen zum aktuellen Stand ihrer Weiterbildung befragt.

Ergebnisse

Der Rücklauf an verwertbaren Fragebögen betrug 55,1%. Die meisten Absolventen (82,9%) befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in der Weiterbildung. Gefragt nach dem angestrebten Facharztabschluss gaben 60% das Gebiet Allgemeinmedizin an. 67,1% der Befragten antworteten, dass das PJ-Tertial Allgemeinmedizin sie bestärkt habe, den Facharzt für Allgemeinmedizin anzustreben. Knapp 45% aller Befragten gab an, im Falle einer Niederlassung diese im kleinstädtischen (5.000 – 20.000 Einwohner) oder ländlichen Raum zu planen. 60% der Lehrpraxen, die im PJ ausgebildet haben, lagen im kleinstädtischen bis ländlichen Raum.

Diskussion

Das Wahl-Tertial Allgemeinmedizin im PJ ist geeignet, bei Studierenden den Berufswunsch Hausarzt zu bestärken. Die Umfrage konnte belegen, dass sich knapp 2/3 der Befragten tatsächlich in der Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin befinden. Entgegen früher häufiger festgestellten Trends Richtung Landflucht plant knapp die Hälfte der Befragten, sich im ländlichen bis kleinstädtischen Raum niederzulassen. Es bleibt zu klären, welche Rolle die räumliche Verteilung der Ausbildungsstätten in diesem Zusammenhang spielt.



11:30 - 13:00

Raum: 23.02.U1 22

VII-VT18

Gemeinsam entscheiden - besser entscheiden?

Moderation: Annette Diener, Ottomar Bahrs

VII-VT18 | 1

Die Einführung des Subjekts in die Medizin - Personenzentrierung in der hausärztlichen Versorgung braucht Partizipative Forschung

O. Bahrs^{1,2}

¹ Georg-August-Universität Göttingen, Georg-Elias-Müller-Institut für Psychologie, Göttingen; ² Universitätsklinikum Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin, Düsseldorf

Hintergrund

Hausärzte sind als Generalisten spezialisiert auf den ganzen Menschen und benötigen ein hermeneutisches Fallverständnis. Als Praxis variiert Hausarztmedizin mit der Person des Behandelnden und dessen Kontext – personenzentrierte Medizin wird möglich durch Begegnung „ganzer Menschen“ in einem spezifischen Setting. Dieser Kern hausärztlicher Tätigkeit fordert die wissenschaftliche Allgemeinmedizin heraus, die sich bislang eher an Rollenformigkeit ärztlichen Handelns und an Regelmäßigkeit von Verfahren orientiert.

Fragestellung

Wie lässt sich die Kontextbezogenheit hausärztlicher Tätigkeit in Forschung, Lehre und Professionsentwicklung nachvollziehbar machen?

Methoden

Darstellung von Projekterfahrungen. EUROCOM: Videodokumentation von 20 Gesprächen an 1-2 Tagen in 42 Praxen, standardisierte vergleichende Auswertung. Gesundheitsfördernde Praxen: Bildung zweier QZ mit 15 Teilnehmenden, zweimalige Videodokumentation von (mindestens je 1) Gespräch mit demselben Patienten innerhalb eines Jahres, konsekutive Falldiskussionen im Qualitätszirkel, fallbezogene Analysen; BILANZ: Clusterrandomisierung, mixed methods, quantitative Erhebung in 52 Praxen, Videodokumentation von je 15 Gesprächen zu 2-4 Zeitpunkten in 14 Praxen, standardisierte vergleichende Auswertung, fallbezogene gemeinsame Analysen in Workshops.

Ergebnisse

EUROCOM vermittelt Einsichten in den Behandlungsalltag, ohne Verlaufsaspekte und erlebte Anamnese zu erfassen. Anwesenheit der Forscher in der Praxis begünstigt hohe Beteiligungs- und Ausschöpfungsquote, Trennung von Erhebung und Auswertung erschwert Einbeziehen der Expertenschaft der und feed-back an Behandler. Gesundheitsfördernde Praxen: Fallbezogenes Zusammenführen unterschiedlicher Perspektiven, Wissensgewinnung als gemeinsamer Lernprozess. BILANZ: wenig direkter Kontakt von Forschern und Praktikern, hoher Aufwand bei hoher Ausfallquote. Über gemeinsame Workshops zentrale Einsichten.

Diskussion

Erforschung und Förderung des Handelns in komplexen Situationen benötigt entsprechende Forschungsstrategien. Partizipative Forschung ermöglicht kontinuierliches Nutzen verschiedener Kompetenzen von Behandelnden, Patienten und Forschenden, Forschungsfragen können konkret weiterentwickelt und Ergebnisse kontinuierlich überprüft werden.



VII-VT18 | 2

Teilnahme am Mammographie-Screening – bleiben Frauen bei ihrer Entscheidung? Ergebnisse einer Fragebogenstudie

E. Gummersbach, M. Pentzek

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf

Hintergrund

In Deutschland liegt die Teilnahmequote am Screening bei 54%. Im Rahmen einer Fragebogenstudie im Jahr 2013 zur Teilnahmebereitschaft am Mammographie-Screening mit 346 Frauen im Alter von 48-49 Jahren gaben 82% der Teilnehmerinnen an, am Screening teilnehmen zu wollen. Mittlerweile haben diese Frauen eine Einladung zum Mammographie-Screening erhalten.

Fragestellung

Was waren die Gründe der Frauen für oder gegen die Teilnahme am Mammographie-Screening? Sind sie nach der Einladung bei ihrer ursprünglichen Entscheidung für oder gegen die Teilnahme geblieben?

Methoden

Allen 346 Teilnehmerinnen wurde erneut ein Fragebogen zugeschickt. Neben der Frage, ob sie mittlerweile am Screening teilgenommen haben, enthält der Fragebogen u.a. Fragen zu Einflussfaktoren auf die Teilnahme und Gründe dafür oder dagegen.

Ergebnisse

Der Rücklauf der Fragebögen liegt bei 55%. 76% der Frauen sind der Einladung zum Screening gefolgt, der Hauptgrund dafür war mit >80% ein Gefühl von Sicherheit durch das Screening. Auch 12 Frauen, die ursprünglich nicht teilnehmen wollten, gaben dies als Grund für ihre Teilnahme an. Die häufigsten Gründe gegen die Teilnahme waren Schmerzen bei der Untersuchung (48%) und fehlendes Vertrauen in das Screening (48%). Von den 162 Frauen, die ursprünglich angegeben hatten, am Screening teilnehmen zu wollen, sind 29 nicht der Einladung gefolgt; als häufigster Grund wurden Mammographien angegeben, die unabhängig vom Screening durchgeführt wurden.

Diskussion

Frauen nehmen am Mammographie-Screening teil, weil sie dadurch ein Gefühl der Sicherheit erhalten. Die Entscheidung für oder gegen das Screening erfolgt nicht nach Nutzen-Risiken-Abwägung, sondern aus persönlichen Gründen. Um eine informierte Entscheidung zu ermöglichen, sollte eine individuelle Aufklärung durch geschultes Personal erfolgen.



VII-VT18 | 3

Kardiovaskuläre Risikoberatung mit der Software *arriba* – Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung zur Anwenderperspektive

A. Diener¹, A. Wollny¹, C. Helbig¹, K. Ertzinger¹, T. Baganz¹, N. Harm¹, C. Gaa², K. Kolpatzik³, N. Donner-Banzhoff⁴, J. Haasenritter⁴, A. Altiner¹

¹ Universitätsmedizin Rostock, Institut für Allgemeinmedizin, Rostock; ² AOK Baden-Württemberg, Hauptverwaltung, Stuttgart; ³ AOK-Bundesverband, Abteilung Prävention, Berlin; ⁴ Philipps Universität Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Marburg

Hintergrund

Die Software **arriba** wurde als Shared Decision Making-Tool konzipiert, um Hausärzte/innen und Patienten/innen bei der Beratung über eine mögliche Risikoreduktion für kardiovaskuläre Erkrankungen zu unterstützen. Ziel der qualitativen Untersuchung war eine Analyse der arzt- und patientenseitigen Wahrnehmung von **arriba** und der damit verbundenen Beratungssituation.

Fragestellung

Wie nehmen Hausärzte/innen und Patienten/innen eine kardiovaskuläre Risikoberatung mit **arriba** wahr?

Methoden

Es wurden leitfadengestützte Telefoninterviews mit Hausärzten/innen (8 männlich, 7 weiblich, 37-67 Jahre, purposeful-sample basierend auf bekannter **arriba**-Anwenderfrequenz) und Patienten/innen (12 männlich, 8 weiblich, 40-71 Jahre) über ihre Beratungserfahrungen mit **arriba** geführt, wobei nach jeweils 15 Interviews eine inhaltliche Sättigung bezüglich des Leitfadens erreicht wurde. Die ca. 20 minütigen Interviews wurden transkribiert und mittels deduktiver Inhaltsanalyse nach Mayring von einer interdisziplinären Analysegruppe ausgewertet.

Ergebnisse

Hausärzte/innen und Patienten/innen bewerten **arriba** positiv und die Patienten/innen erinnern sich recht präzise an ihr errechnetes Risiko. Ärzte/innen empfinden die Software als hilfreich für Gespräche über Lebensstiländerungen und Patienten/innen schildern sich motiviert, diese umzusetzen. Interessanterweise wird die Konsultationszeit verschieden wahrgenommen: Ärzte/innen schätzen an **arriba** die optimale Zeitnutzung, während Patienten/innen die Gespräche teilweise zu kurz finden. Zudem wünschen sich Patienten/innen mitunter eine engere Begleitung bei der Umsetzung der Lebensstiländerungen, während Hausärzte/innen mit dem Aufzeigen der Möglichkeiten ihre Aufgabe als erfüllt ansehen.

Diskussion

Die Interviews zeigen, dass **arriba** zur Beratung in der Primärprävention für kardiovaskuläre Erkrankungsereignisse in der hausärztlichen Praxis etabliert ist. Um die von Patienten/innen geäußerte Motivation zur Lebensstilveränderung zu unterstützen, wäre für die Weiterentwicklung der Software eine Reminderfunktion für eine Terminvereinbarung denkbar, um die Fortschritte der Lebensstilveränderung zu besprechen.



VII-VT18 | 4

Wie kann Informieren heilsam sein?

T. Petzold^{1,2}

¹ Zentrum für Salutogenese, Leitnug, Bad Gandersheim; ² MHH, Allgemeinmedizin, Hannover

Hintergrund

Kommunikation ist Übertragung / Austausch von Informationen. Patienten bekommen Informationen aus Printmedien (u.a. Zeitschriften und Beipackzetteln der Medikamente), dem Internet und natürlich vom Arzt und seinen MitarbeiterInnen. Im direkten Kontakt mit dem Arzt usw. bekommt der Patient zusätzlich zu verbalen Informationen noch nonverbale durch den Tonfall, die Mimik u.a. und weitere durch Technik, Bilder usw. in der Arztpraxis. All diese Informationen gestalten die Beziehung. Auch durch die Arzneimittel selbst erhält der Patient Informationen, die schließlich heilsam wirken sollen. Zusammengenommen ist die Patient-Arzt-Kommunikation äußerst komplex mit dem hohen Anspruch, dass sie für den Patienten heilsam sein möge.

Fragestellung / Diskussionspunkt

Wie kann Informieren heilsam sein?

Inhalt

Informieren bedeutet ‚in eine Form bringen‘, ‚gestalten‘. Mit ‚Information‘ als gestaltende Entität ist eine Erkrankung als Ausdruck störender Informationen zu verstehen. Informieren ist eine schöpferischer Akt. Wenn wir Gesundungsprozesse analog zur Wundheilung als selbstregulierte Vorgänge verstehen, streben sie nach Ganz-sein / Stimmigkeit des Individuums. Seine Ganzheit ist eine komplexe Information – ein informierender Attraktor seiner Selbstregulation. Zur kommunikativen Selbstregulation gehört, dass der Organismus ankommende Informationen bewertet, ob sie attraktiv für ihn sind oder bedrohlich. Je nach Bewertung resoniert sein Organismus mit seinem Annäherungs- oder Abwendungssystem.

Gesucht sind Informationen, die den Patienten vom störend informierten Zustand in Richtung seines gesunden Attraktors bringen können. Derartige Informationen nennen wir ‚heilsam‘ / ‚salutogen‘.

Am Beispiel einer Behandlung eines Patienten mit Bluthochdruck werden die Kommunikation und ihre möglichen Wirkungen dargestellt.

Die hier angewandte Forschungsmethode der Kommunikationswissenschaft ist die Reflexion von einem Meta-Standpunkt (‚Beobachter 2. Ordnung‘ nach Luhmann).

Zur Darstellung werden Vortrag, Powerpoint-Präsentation und Schau-Spiel genutzt.



VII-VT18 | 5

Verhandlungssituationen im Patient-Behandler-Gespräch - Narrative Analyse von spontanen Patientenbeiträgen zu einem medizinischen Schreibwettbewerb

R. Koch¹, S. Joos¹, E. - L. Ryding²

¹ Eberhard-Karls-Universität Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung, Tübingen;

² Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Department of Womens' and Childrens' Health (KBH), K6, Stockholm Schweden

Hintergrund

Die Analyse von Narrativen (Erzählungen) ist geeignet, kulturelle Aspekte innerhalb der Versorgungsforschung zu beleuchten.

Die SFMP (Schwedischer Gesellschaft für medizinische Psychologie) veranstaltet alle zwei Jahre einen Schreibwettbewerb für Mitarbeiter des Gesundheitswesens. In 2014 wurden neun Beiträge eingeschickt, die von Patienten oder deren Angehörige verfasst worden waren.

Fragestellung

Das Ziel dieser Untersuchung ist es, anhand dieser spontanen Erzählungen die Patientenperspektive bei der Begegnung mit Vertretern des Gesundheitssystems besser zu verstehen.

Methoden

Narrative wurden als der subjektive Bericht von Erlebnissen mit einem Anfang, einer Ereignisfolge und einem Ende definiert. Die Berichte wurden gründlich gelesen. Dabei wurden spontane Reaktionen notiert. Fünf Berichte enthielten Narrative.

Im Rahmen der Analyse wurden diese in kürzere Textabschnitte umstrukturiert. Übergreifende Erzählstrukturen und die Positionierung der Protagonisten wurden analysiert.

Ergebnisse

Im Kontext des schwedischen Gesundheitssystems streben die Protagonisten nach Gesundheit. Dabei müssen sie eine Serie von Verhandlungen mit Repräsentanten des Gesundheitswesens überwinden. Die Verhandlungssituationen werden dramatisch geschildert. Sie finden teilweise unter für den Patienten ungünstigen Rahmenbedingungen statt. Behandler werden als handlungsfähig dargestellt. Die Patienten bemühen sich, Handlungsfähigkeit zu erhalten oder zu erlangen. Schwierigkeiten in der Patient-Behandler-Kommunikation erschweren dies.

Diskussion

Es handelt sich bei den Narrativen um „Krankheitslegenden“. Das Element der Verhandlung kommt häufig in diesem Genre vor.

Als Adressaten der Erzählungen sind wir aufgefordert, andere Möglichkeiten auszuloten. Wir schlagen eine Reihe von Kommunikationsstrategien vor, um Verhandlungssituationen für Patient und Arzt zu erleichtern: Verdeutlichen der sozialen Umstände des Patienten, Verdeutlichen der Verhandlungspositionen, Zugestehen von Wahlmöglichkeiten und realistische Absprachen.



11:30 - 13:00

Raum: 23.03.01 22

VII-VT19

Was wollen unsere Patientinnen und Patienten?

Moderation: Wolfram Herrmann, Kristina Flägel

VII-VT19 | 1

Was motiviert betroffene Frauen und Forschende einen Patientinnenbeirat für eine klinische Studie zu Harnwegsinfekten zu unterstützen?

I. Schilling^{1,2}, G. Schmiemann^{1,2}, A. Gerhardus^{1,2}

¹ Institut für Public Health und Pflegeforschung, Versorgungsforschung, Bremen; ² Health Sciences Bremen, Universität Bremen, Bremen

Hintergrund

Patient*innenbeteiligung hat das Potential Forschung und Gesundheitsversorgung verstärkt an den Bedürfnissen der Patient*innen zu orientieren. In Deutschland haben das BMBF und die DFG die Beteiligung von Patient*innen als Kriterium bei der Beantragung klinischer Studien aufgenommen. Bislang ist wenig bekannt dazu, wie effektive Patient*innenbeteiligung umgesetzt werden kann.

Fragestellung

Ziel der Studie ist zu erfahren, warum Patientinnen und Forschende die aktive Beteiligung von Patientinnen an einer klinischen Studie unterstützen und welche Erwartungen und Ziele sie an die Beteiligung haben.

Methoden

Das Projekt setzt einen Patientinnenbeirat an einer BMBF-geförderten Studie zur Therapie von Harnwegsinfekten bei Frauen um. Der Beirat besteht aus einer Gruppe von zehn Patientinnen, die die Durchführung der Studie begleiten. Vor der ersten Beiratssitzung wurden die Patientinnen und Forschenden in leidfadengestützten Telefoninterviews zu ihren Motivationen befragt.

Ergebnisse

Die Ergebnisse legen dar, dass persönliche und situationsbedingte Faktoren sowie die Form der Ansprache die Teilnahme beeinflussen. Zentrale Motivation ist für viele Patientinnen ein Austausch unter Betroffenen und das Ziel sich und anderen zu helfen. Die Forschenden streben an mehr über das Erleben der Betroffenen zu erfahren und die Studie mit der Realität abzugleichen.

Der Ansatz Patientinnen aktiv einzubinden ist für alle neu und weckt Interesse. Er wird als bereichernd empfunden. Beide Seiten formulieren für den Erfolg des Beirats Bedingungen an die Zusammenarbeit.

Diskussion

Die Ergebnisse legen fördernde und hindernde Faktoren bei der Patient*innenbeteiligung offen. Auf die Resultate können Forschende aufbauen, die eine aktive Beteiligung von Patient*innen an allgemeinmedizinischen Studien planen. Im weiteren Projektverlauf werden die Erfahrungen der Beteiligten zur Umsetzung des Beirats untersucht.



VII-VT19 | 2

Vom Themenvorschlag zum HTA-Bericht: Bürgerbeteiligung beim ThemenCheck Medizin

S. Thys, U. Siering, C. Mischke, L. Altenhofen

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, Ressort Versorgung und Gesundheitsökonomie, Köln

Hintergrund

In Deutschland wurde 2016 erfolgreich ein neues Verfahren etabliert, das Bürgerinnen und Bürgern ermöglicht beim IQWiG Themenvorschläge zur Bearbeitung von HTA-Berichten (HTA = Health Technology Assessment) einzureichen. In HTA-Berichten werden wissenschaftliche Bewertungen zu Gesundheitstechnologien systematisch und transparent zusammengefasst, die unter anderem medizinische, ökonomische, soziale und ethische Aspekte berücksichtigen.

Fragestellung

Ziel dieses Beitrags ist es, das Verfahren zur Themenfindung, -auswahl und -bearbeitung unter Bürgerbeteiligung vorzustellen.

Methoden

Bürgerinnen und Bürger sind in drei Bearbeitungsschritten eingebunden. 1. Themenfindung: Versicherte und interessierte Einzelpersonen können beim IQWiG Themen für HTA-Berichte vorschlagen. Die Themenvorschläge werden online über ein einfach strukturiertes Eingabeformular eingegeben. Die Eingabe setzt keine spezifischen Fachkenntnisse voraus. 2. Themenauswahl: Ein Auswahlbeirat nominiert daraus bis zu 15 geeignete HTA-Themen. Der Auswahlbeirat war 2016 mit Patientenvertreterinnen und -vertretern besetzt und wird künftig über ein bundesweit zufallsgesteuertes Auswahlverfahren durch Bürgervertreterinnen und -vertreter ergänzt. 3. Themenbearbeitung: Das IQWiG wählt im Benehmen mit einem erweiterten Fachbeirat aus den 15 nominierten Themen bis zu 5 aus, zu denen externe Wissenschaftler HTA-Berichte erstellen. Im Zuge der Berichterstellung werden Betroffene zu patientenrelevanten Endpunkten befragt sowie ethische, rechtliche, soziale und organisatorische Aspekte erörtert.

Ergebnisse

Mit dem erstmals umgesetzten Verfahren konnten Bürgerinnen und Bürger in den Prozess der Themenfindung eingebunden werden. 26 Themenvorschläge gingen in das Auswahlverfahren ein. Die Integration eines mit Patientenvertretern besetzten Auswahlbeirats erwies sich als zielführend.

Diskussion

Es ist zu prüfen, ob die Bürgervertreterinnen und -vertreter, die ab 2017 den Auswahlbeirat ergänzen, eine zusätzliche fachliche Vorbereitung und Unterstützung durch das IQWiG benötigen.



VII-VT19 | 3

Präferenzen in der hausärztlichen Versorgung - Versorgungsplanung für einen Landkreis am Beispiel Waldshut

K. Flügel, K. Götz, J. Steinhäuser

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Institut für Allgemeinmedizin, Lübeck

Hintergrund

Die hausärztliche Versorgung sieht sich vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und noch unzureichender Nachwuchszahlen Umstrukturierungen unterworfen. Um diese regional spezifisch für einen Landkreis zu planen, ist die Erhebung der Zufriedenheit mit und Präferenzen in der hausärztlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger notwendig.

Fragestellung

Am Beispiel des Landkreises Waldshut wird den Fragen nachgegangen, wie zufrieden die Bürgerinnen und Bürger mit der hausärztlichen Versorgung in ihrer Region sind und welche Determinanten für die Bevölkerung in der hausärztlichen Versorgung entscheidend sind.

Methoden

Ein etablierter Fragebogen wurde für die Befragung angepasst. Der Fragebogen enthielt u.a. ein Discrete-Choice-Experiment mit jeweils acht Choice-Sets in zwei verschiedenen Fragebogenversionen zu den Präferenzen in der hausärztlichen Versorgung. Jede Version wurde an 1000 erwachsene Bürgerinnen und Bürger des Landkreises im November 2016 postalisch versandt.

Ergebnisse

Der Rücklauf betrug 31% (n=625), in die Analyse eingeschlossen wurden 562 Fragebögen (28%). Die Teilnehmenden waren in der Mehrheit weiblich (53%) und durchschnittlich 51 Jahre alt. 4% der Teilnehmenden bewerteten die hausärztliche Versorgung als sehr gut, 9% als sehr schlecht. Sehr wichtig in der hausärztlichen Versorgung waren den Teilnehmenden vor allem die fachliche Kompetenz (87%) gefolgt von einer kurzen Wartezeit (61%). Vor allem umfangreichere Öffnungszeiten, die Durchführung von Hausbesuchen und eine umfangreiche Praxisausstattung führten dazu, dass die Teilnehmenden die Situation in der Versorgung als besser eingeschätzt hatten.

Diskussion

Die teilnehmenden Bürger und Bürgerinnen wünschen sich einen direkten, zeitnahen Zugang zur hausärztlichen Versorgung, welcher auch in Zukunft zufriedenstellend sichergestellt werden muss.



VII-VT19 | 4

Stand und Herausforderungen qualitativer Versorgungsforschung in der Allgemeinmedizin - ein Review

W. Herrmann

Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin

Hintergrund

In den vergangenen Jahren haben sich qualitative Forschungsmethoden sowohl in der Versorgungsforschung als auch insbesondere in der Allgemeinmedizin etabliert. In einem Review aus dem Jahr 2009 fand sich, dass nur eine kleine Auswahl qualitativer Methoden angewandt wird.

Fragestellung

Ziel dieses Reviews war es qualitative Methoden in der allgemeinmedizinischen Forschung anhand von Artikeln im internationalen Journal „Family Practice“ aus den Jahren 2009 bis 2015 darzustellen.

Methoden

Alle Artikel der Zeitschrift „Family Practice“ aus den Jahren 2009 bis 2015, die als Originalartikel gekennzeichnet waren, wurden zuerst in Titel, Abstract und bei Bedarf im Volltext untersucht, ob eine qualitative Studie oder eine Studie mit qualitativen Anteilen (Mixed Methods) vorlag. Es wurden Erhebungsmethode, beteiligte Teilnehmer der Studie (Interviewpartner u.ä.) sowie das Thema des Artikels extrahiert.

Ergebnisse

169 von 563 Originalartikeln berichteten über Ergebnisse qualitativer Forschung, davon 21 mit Mixed Methods. Die dominierende Datenerhebungsmethode war das qualitative Interview, gefolgt von Fokusgruppen. Teilnehmende Beobachtungen wurden in drei berichteten Studien eingesetzt. In über der Hälfte der Studien wurden Hausärzte befragt, in einem Drittel Patienten. Thematisch standen Prozesse wie diagnostisches und therapeutisches Handeln bei bestimmten Erkrankungen im Vordergrund, als Erkrankungen Krebs, Depression und Schmerzen. Vulnerable Patientengruppen (z.B. Flüchtlinge, Obdachlose, Pflegeheimbewohner) spielten nur vereinzelt eine Rolle.

Diskussion

International zeigt sich eine beachtliche Bedeutung qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin. Allerdings gibt es klar dominierende Methoden: Interviews, insbesondere mit Hausärzten, orientiert am Umgang mit konkreten Erkrankungsbildern. Die Stärken qualitativer Forschung mit einer großen methodischen Bandbreite, ganzheitlicher Betrachtungsweise und dem Zugang zu gezielten Patientengruppen werden jedoch noch nicht so genutzt, wie dies möglich wäre.



11:30 - 13:00

Raum: 23.02.U1 24

VII-VT20

Versorgung verstehen und verbessern

Moderation: Johannes Hauswaldt, Konrad Schmidt

VII-VT20 | 1

Routinedatenanalyse zur Versorgungssituation von Patienten in Deutschland ein Jahr nach Herzinfarkt.

R. Ulrich¹, J. Pohl¹, B. - P. Robra², C. Heintze¹, W. Herrmann¹

¹ Charité-Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin; ² Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Magdeburg

Hintergrund

Herzinfarkt ist ein häufiges Ereignis und einen Herzinfarkt überlebt zu haben hat eine Prävalenz von 4,7 % in Deutschland. Wie die ambulante Langzeitversorgung von Herzinfarktpatienten aussieht ist weitgehend unbekannt, ebenso wie die tatsächlich durchgeführte medikamentöse Therapie.

Fragestellung

Wie ist die ambulante Versorgung und die medikamentöse Therapie von Patienten ein Jahr nach Herzinfarkt in Deutschland?

Methoden

Aus einer Stichprobe von 500.002 AOK-Versicherten der Jahre 2011-2014 wurden Patienten mit stationärer Aufnahme- oder Entlassungsdiagnose nach ICD-10-Klassifikation: I21 oder I22 (Herzinfarkt, Reinfarkt) im Jahr 2013 als Herzinfarktpatienten definiert.

Im 4. vollen Quartal nach Entlassung wurde erfasst, welche ambulante Versorgung in Anspruch genommen wurde und ob unter anderem Rezepte für ASS, ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten, Beta-Blocker und Statine eingelöst wurden.

Ergebnisse

Im Indexjahr wurden 1713 Herzinfarktpatienten identifiziert, davon 39,1 % Frauen. Das vierte Quartal überlebten 1335 Patienten (78 %). 2,5 % der Versicherten waren bei keinem Arzt, 96,1 % der Herzinfarktpatienten waren in dem Quartal beim Hausarzt und 23,0 % beim Kardiologen. 61,4 % der Patienten lösten Rezepte für AT1-Rezeptorantagonisten/ACE-Hemmer ein, 59,5% für Betablocker, 54,7 % für Statine und 35,5 % für ASS.

Diskussion

Fast alle Patienten haben die ambulante Versorgung in Anspruch genommen, dennoch werden viele Herzinfarktpatienten nicht mit den empfohlenen Medikamenten versorgt. Um die derzeitige Langzeitversorgung von Herzinfarktpatienten besser einschätzen zu können, sind weitere Untersuchungen mit Darstellung der Versorgungsverläufe über einen längeren Zeitraum sowie patientenorientierte qualitative Studien nötig. Da fast alle Patienten beim Hausarzt waren, sollte die Bedeutung der Hausarztsteuerung genauer untersucht werden.



VII-VT20 | 2

Zur De-Identifizierung bei sekundärer Nutzung hausärztlicher Routinedaten

J. Hauswaldt, E. Hummers, S. Heinemann

Universitätsmedizin Göttingen, Institut für Allgemeinmedizin, Göttingen

Hintergrund

Wenn medizinische Daten wirksam anonymisiert, also nicht personenbeziehbar sind, erlauben auch Europäische Datenschutzgrundverordnung und neues Bundesdatenschutzgesetz, sie für Forschungszwecke zu nutzen.

Fragestellung

Hausärztliche Routinedaten, gewonnen über die Behandlungsdatentransfer(BDT)-Schnittstelle, werden untersucht, ob Personen aus Feldinhalten einzeln, in Kombination oder mit Zusatzwissen identifiziert werden können.

Methoden

Aus einem hausärztlichen Arztpraxisinformationssystem werden einmalig die BDT-Daten aller Patienten, vom 01.01.2010 bis 31.12.2013, extrahiert. Noch in der Praxis werden direkte Identifikatoren gelöscht.

Um Feldinhalte zu Geschlecht, Geburtsdatum, Wohnort sowie Diagnosen des Patienten auf potentiell re-identifizierende Eigenschaft als Quasi-Identifizier zu kategorisieren, werden ihre Ausprägungen einzeln und in Kombination mittels des mathematischen Anonymitätsmaßes k -Häufigkeit untersucht.

Ergebnisse

1,8 Mio. Datensätze mit 137 genutzten Feldkennungsentitäten umfassen insgesamt 12.600 Patienten, im untersuchten Zeitraum hatten 3.811 Patienten mindestens einen Kontakt zur Hausarztpraxis.

„Patientengeschlecht“ ist annähernd ausgewogen anzutreffen (weiblich 57,7%). Die meisten Ausprägungen von „Geburtsdatum des Patienten“ unterschreiten ein arbiträr gefordertes $k=30$ und auch ein $k=5$, jedoch sind abgeleitet „Geburtsjahr“ oder „Altersdekade“ für Forschungszwecke oftmals genügend und finden sich auch ausreichend häufig, ausgenommen für Patientenalter kleiner 10 oder größer 90 Jahre. Häufigkeiten von „Wohnort des Patienten“ sind sehr unterschiedlich verteilt. 61% der gefundenen 1.382 Diagnose-Entitäten unterschreiten ein $k=5$, ebenso 330 der 744 auf drei Stellen trunkierten ICD-Kodes.

Diskussion

Anonymisierung von Sekundärdaten aus einer Hausarztpraxis wird durch „Patientengeschlecht“ nicht verletzt, durch Patientenalter in Jahren lediglich, wenn dieses kleiner 10 oder größer 90 Jahre ist. „Patientenwohnort“ ist als identifizierend anzusehen und darf zur Wahrung wirksamer Anonymisierung nicht extrahiert werden. Auch wenn trunkiert, sind auf Praxisebene viele Diagnosen als potentiell re-identifizierend anzusehen.



VII-VT20 | 3

Effekte einer hausärztlichen Sepsis-Nachsorge in Abhängigkeit vom Bildungsstand

K. Schmidt^{1,2}, S. Worrack³, H. Andrilla⁴, A. M. Cole⁴, S. Gehrke-Beck¹, C. Heintze¹, N. Schneider², M. Wensing⁵, J. Gensichen⁶

¹Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin; ²Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität, Institut für Allgemeinmedizin, Jena; ³Friedrich-Schiller-Universität Jena, Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Jena; ⁴University of Washington, Department of Family Medicine, Seattle USA; ⁵Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; ⁶Klinikum der Universität München, Institut für Allgemeinmedizin, München

Hintergrund

Überlebende einer schweren Sepsis leiden häufig unter funktionellen und mentalen Folgeerkrankungen, die meist in der Hausarztpraxis behandelt werden. Viele dieser Komplikationen erfordern eine aktive Selbstsorge des Patienten. Der Einfluss des Bildungsstandes auf das Gesundheitsverhalten wurde bereits vielfach beschrieben.

Fragestellung

Wirkt die Intervention einer hausärztlichen Sepsisnachsorge unterschiedlich auf Patienten mit verschiedenem Bildungsstand?

Methoden

Ein strukturiertes, hausärztliches Nachsorgeprogramm wurde im Rahmen der randomisierten multizentrischen Interventionsstudie „Smooth“ 6 und 12 Monate nach Entlassung von der Intensivstation mit validierten Fragebögen patientenseitig evaluiert. Kernelemente der Intervention waren Schulung von Patienten und Hausärzten sowie das Monitoring von Patienten. Der Bildungsstand der Patienten wurde zum Studieneinschluss abgefragt. Unterschiede zwischen Interventionseffekten und Bildungsstand, Alter oder Geschlecht wurden mit Hilfe einer Regressionsanalyse berechnet.

Ergebnisse

Von n=291 eingeschlossenen Patienten hatten 95 (33,6%) einen Hauptschulabschluss, 123 (42,3%) mittlere Reife, 17 (5,8%) (Fach-/Hochschulreife und 50 (17,2%) einen (Fach-/Hochschulabschluss. 148 Patienten wurde in die Interventionsgruppe randomisiert, hiervon 26 (17,6%) mit (Fach-/Hochschulabschluss. Diese verbesserten sich in motorischer Funktion signifikant gegenüber der Kontrollgruppe. Es zeigten sich keine Interventionseffekte bei Patienten anderer Bildungsstufen sowie nach Selektion auf Altersgruppen oder Geschlecht. Weitere Analysen inklusive der Adaption auf Kovariaten werden zum Kongress vorliegen.

Diskussion

Möglicherweise konnten Patienten mit Hochschulabschluss die erfolgten Schulungsinhalte besser umsetzen. Eine Interaktion mit dem ansonsten nicht näher erfassten ökonomischen Status kann nicht ausgeschlossen werden. Zukünftige interventionelle Schulungen könnten bei Adaption auf verschiedene Bildungsniveaus effektiver eingesetzt werden.



VII-VT20 | 4

Ergebnisse eines hausarztbasierten Sepsisregisters

K. Schmidt^{1,2,3}, J. Gensichen^{4,1}, V. Bahr⁵, C. Fleischmann³, S. Haak⁶, A. Kortgen⁶, C. Pausch⁷, K. Reinhart^{6,3}, Y. Sakr⁶, M. Wensing⁸, F. M. Brunkhorst^{5,3}

¹ Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität, Institut für Allgemeinmedizin, Jena; ² Charité - Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin, Berlin; ³ Friedrich Schiller Universität Jena, IFB Sepsis und Sepsisfolgen, Jena; ⁴ Klinikum der Universität München, Institut für Allgemeinmedizin, München; ⁵ Friedrich Schiller Universität Jena, Zentrum für klinische Studien, Jena; ⁶ Universitätsklinikum Jena, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Jena; ⁷ Universität Leipzig, Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie, Leipzig; ⁸ Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Hintergrund

Die weltweit wenigen existierenden Sepsis-Register sind meist auf die Phase der stationären Behandlung limitiert. Daten aus der ambulanten Weiterbetreuung sind kaum verfügbar. Somit wird der oft schwere Langzeitverlauf von Sepsis-Überlebenden selten erfasst. Die meisten dieser Patienten werden ambulant von ihren Hausärzten betreut.

Fragestellung

Wie verläuft die Mortalität nach einer schweren Sepsis bis zu fünf Jahren nach Entlassung von der Intensivstation?

Methoden

Am Universitätsklinikum Jena wurden prospektiv zwischen 2011 und 2015 alle Patienten erfasst, welche mit einer schweren Sepsis oder einem septischen Schock behandelt wurden. Primäre Zielgröße war die Mortalität 6, 12, 24, 36 und 48 Monate nach Entlassung von der Intensivstation durch telefonische Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Hausarzt.

Ergebnisse

Insgesamt wurden N=1976 Patienten mit gesicherter Diagnose einer schweren Sepsis aufgenommen. N=883 (44,7%) Patienten starben während des stationären Aufenthaltes. Nach sechs Monaten waren weitere N=328 Patienten verstorben (Gesamtmortalität 61,3%), nach 12 Monaten N=151 (Gesamtmortalität 68,9 %). Von 60 Patienten (3%) waren nach 6 Monaten keine Angaben erhältlich, nach 12 Monaten waren es 74 Patienten (3,7%). Im weiteren Verlauf stieg die Mortalität bis nach 4 Jahren auf 76,8% an.

Zum Kongressbeginn werden dazu Assoziationen der Mortalität zu klinischen Merkmalen vorliegen.

Diskussion

Das Jena Sepsis Registry (JSR) ist das erste Register für schwere Sepsis in Deutschland sowie der international erste Ansatz, den Langzeitverlauf durch Einbeziehung von Hausärzten zu erfassen. Diese zusätzliche Datenquelle hat sich durch hohe Rücklaufquoten bewährt. Die Aussagekraft der Daten wird durch das monozentrische Design eingeschränkt.

Die noch immer erhebliche Mortalität der Erkrankung macht den hohen Bedarf an weiterer klinischer Forschung im stationären und ambulanten Bereich deutlich.



VII-VT20 | 5

Überlebte Sepsis: Welche Kosten entstehen in der Nachsorge?

K. Hülle¹, A. Freytag¹, K. Schmidt¹, F. M. Brunkhorst², M. Hartmann³, T. Lehmann⁴, K. Reinhart⁵, N. Schneider¹, H. C. Vollmar^{1,6}, J. Gensichen⁷

¹ Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin, Jena; ² Universitätsklinikum Jena, Zentrum für Klinische Studien, Jena; ³ Universitätsklinikum Jena, Apotheke, Jena; ⁴ Universitätsklinikum Jena, Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation (IMSID), Jena; ⁵ Universitätsklinikum Jena, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Jena; ⁶ Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten; ⁷ Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Allgemeinmedizin, München

Hintergrund

Sepsisüberlebende sind mit schwerwiegenden Langzeitfolgen konfrontiert, bei deren ambulanter Behandlung dem Hausarzt eine Schlüsselposition zukommt. Dies wird in Zukunft aufgrund steigender Fallzahlen zunehmende Bedeutung erlangen. Zur Schaffung eines bedürfnisorientierten Nachsorgekonzepts ist eine strukturierte Erfassung des gegenwärtigen Versorgungsbedarfs sinnvoll.

Fragestellung

Welche medizinischen Leistungen nehmen Sepsispatienten nach ihrer Entlassung aus der intensivmedizinischen Behandlung zu welchen Kosten in Anspruch? Welcher Dynamik unterliegt der Unterstützungsbedarf dieser Patienten in den ersten zwei Jahren?

Methoden

Die vorliegende Krankheitskostenstudie basiert auf der 2016 publizierten SMOOTH-Studie (1), einer von 2011-2015 an 291 Patienten durchgeführten randomisierten kontrollierten klinischen Interventionsstudie zur hausärztlichen Betreuung von Sepsispatienten, bei der die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen jeweils 6 (T2), 12 (T3) und 24 Monate (T4) nach der Krankenhausentlassung erhoben wurde. Die Auswertung erfolgte deskriptiv als Häufigkeitsverteilungsanalyse sowie mittels statistischer Veränderungstestung.

Ergebnisse

Bei n=194 Patienten in T2 fielen im Mittelwert/Median insgesamt halbjährliche Kosten von 17.364€/6.047€ an. Diese verteilten sich vor allem auf Rehospitalisierung (13.787€/2.965€), Rehabilitation (1.591€/0€) sowie die ambulante Behandlung durch Fachspezialisten (306€/131€). Die in T2 mit 55,2% im zeitlichen Verlauf höchste Rate an Wiedereinweisungen sank signifikant bis T4. Im gleichen Zeitraum signifikant gestiegen ist hingegen die Inanspruchnahme der Behandlung durch niedergelassene Fachärzte. Weitere Ergebnisse werden zur Tagung vorliegen.

Diskussion

Die bisherigen Daten zeigen, dass Rehospitalisierungen in der Nachsorge von Sepsispatienten nach intensivmedizinischer Entlassung den größten Kostenfaktor darstellen. Weitergehende Analysen sollten Ansatzpunkte zur Verringerung des Rehospitalisierungsrisikos aufzeigen.

(1) Schmidt K et al.: Effect of a primary care management intervention on mental health-related quality of life among survivors of sepsis: a randomized clinical trial. JAMA. 2016;315(24):2703-11.



11:30 - 13:00

VII-VT21

Raum: 23.03.01 43

Zu viel und falsche Medizin

Moderation: Angela Schedlbauer, Aniela Angelow

VII-VT21 | 1

Entwicklung eines Core Sets der International Classification of Functioning (ICF) für geriatrische Patienten in der Primärversorgung

J. Tomandl, S. Schaffer, S. Heinmüller, T. Kühlein

Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut, Erlangen

Hintergrund

Aufgrund des demografischen Wandels, zunehmenden medizintechnischen Fortschritts und dem Vorherrschen einer krankheitsorientierten Medizin, nimmt die Überversorgung gerade bei den über 75-jährigen Patienten zu. Eine Priorisierung medizinischer Maßnahmen wird unvermeidlich. Das Kriterium für die notwendige Unterscheidung zwischen nützlich und weniger nützlich könnte die jeweilige Effektstärke einzelner Maßnahmen auf Erhalt oder Wiedergewinn von Funktionalität sein. Ein geeignetes Instrument zur Beschreibung von Funktionalität ist die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Diese ist, aufgrund ihrer Komplexität, unter Ärzten jedoch kaum verbreitet. Daher werden dringend ICF Core Sets (Listen mit ausgewählten Kategorien, die für bestimmte Patientengruppen relevant sind) benötigt.

Fragestellung

Was sind relevante ICF Kategorien zur Erfassung von Aktivitäten, Partizipation und Ressourcen von älteren Personen?

Methoden

Entsprechend den Leitlinien zur Core Set Entwicklung von Selb et al. (2015) werden in vier Teilprojekten die relevanten Kategorien aus verschiedenen Perspektiven erfasst: Anfertigung einer systematischen Übersichtsarbeit (Forscherperspektive), Durchführung einer qualitativen Studie (Patientenperspektive), einer Onlinebefragung (Expertenperspektive) und einer empirischen multizentrischen Studie (Perspektive der klinischen Praxis). Jedes Teilprojekt endet mit der Erstellung eines vorläufigen Core Sets. Die vier vorläufigen Core Sets werden dann in einem internationalen Diskussions- und Konsensus-Prozess zu einem Core Set zusammengefasst.

Ergebnisse

Vorgestellt wird das Studiendesign sowie der aktuelle Projektstand.

Diskussion

Die Anwendung dieses ICF Core Sets soll den Untersuchungsfokus in der Hausarztpraxis auf die Förderung von Patientenressourcen verlagern und dadurch einen wichtigen Beitrag zur Reduktion von Überversorgung bei älteren Menschen leisten. Das Projekt ist eingebettet in das Netzwerk PRO PRICARE, das es sich zum Ziel gesetzt hat, Überversorgung zu identifizieren und zu verhindern.



VII-VT21 | 2

Effekte von negativen Studien und Arzneimittelwarnungen auf die Arzneimittelverordnung am Beispiel der dualen RAS-Blockade

A. Angelow¹, T. Ploner², T. Grimmsmann³, J. Walker⁴, J. - F. Chenot¹

¹Institut für Community Medicine, Abt. Allgemeinmedizin, Greifswald; ²Universität Potsdam, Potsdam; ³Medizinischer Dienst der Krankenversicherung M-V e. V., Referat Arzneimittel & Methoden, Schwerin; ⁴Health Risk Institute, Berlin

Hintergrund

Die Veröffentlichung der ONTARGET-Studie 2008 zeigte, dass die bis dahin diskutierte duale Renin-Angiotensin-System (RAS) - Blockade mit Angiotensin-Converting-Enzym-Hemmern (ACEI) und Angiotensin-Rezeptorblockern (ARB) zu einer Nierenfunktionsverschlechterung und vermehrter symptomatischer Hypotonie führt; 2014 folgte eine Warnung der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA). Zum direkten Reninhemmer Aliskiren wurde 2012 die negative ALTITUDE-Studie zur Kombination von ACEI oder ARB mit Aliskiren veröffentlicht und zwei Rote-Hand-Briefe informierten über neue Kontraindikationen.

Fragestellung

Führen Veröffentlichungen von negativen Studien, Rote-Hand-Briefen / anderen Warnungen der EMA oder neue Kontraindikationen bzw. Zulassungseinschränkungen zu einer Abnahme der Verordnung und Neuverordnungen einer dualen RAS-Blockade?

Methoden

Beobachtungsstudie basierend auf Verordnungsdaten von ca. 3 Millionen erwachsenen Versicherten von 2008 bis 2015.

Ergebnisse

Ab 2009 fiel der Anteil Versicherter mit einer Kombination aus ACEI und ARB von 6,2/1000 kontinuierlich auf 4,0/1000 in 2015 ab; die Rate jährlicher Neuverordnungen sank von 2,3/1000 auf 1,9/1000 Versicherte nur leicht. Von 2011 nahm die Weiterverordnungsrate für eine duale RAS-Blockade mit Aliskiren von 2,3/1000 auf 0,3/1000 und die Neuverordnungsrate von 1/1000 auf 0,05/1000 ab. Die meisten Antihypertensiva wurden von Hausärzten verordnet. 59% der Patienten mit dualer RAS-Blockade und 44% der Patienten mit ACEI oder ARB und Aliskiren erhielten ihre Verordnungen von einem Arzt.

Diskussion

Negative Daten zur Arzneimitteltherapiesicherheit aus publizierten Studien und bloße Warnhinweise der Zulassungsbehörden scheinen von einem größeren Teil der Ärzte nicht wahrgenommen oder befolgt zu werden. Konkrete neue Kontraindikationen haben einen stärkeren Effekt auf Verordnungsraten. Alternative Interventionen, z. B. verbesserte Warnungen durch Praxissoftware oder Rückmeldung durch Apotheken, sind notwendig, damit Erkenntnisse zu Arzneimitteltherapiesicherheit in der Praxis ankommen.



VII-VT21 | 3

Niereninsuffizienz und fehlende Dosisanpassung bei nicht-hospitalisierten Patienten: Ein systematischer Review

M. Dörks¹, K. Allers¹, G. Schmiemann², S. Herget-Rosenthal³, F. Hoffmann¹

¹ Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Department für Versorgungsforschung, Oldenburg; ² Universität Bremen, Institut für Public Health und Pflegeforschung, Bremen; ³ Rotes Kreuz Krankenhaus Bremen, Bremen

Hintergrund

Ältere Patienten sind oft von Multimorbidität und Polypharmazie betroffen. Viele Arzneimittel werden renal eliminiert und erfordern eine entsprechende Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz. In der Literatur liegen die Anteile in Bezug auf die Nierenfunktion nicht adäquat dosierter oder kontraindizierter Arzneimittelverordnungen zwischen 19% und 70%, mit den höchsten Anteilen in der ambulanten Versorgung.

Fragestellung

In welchem Umfang werden Arzneimittel außerhalb des Krankenhauses in Bezug auf die Nierenfunktion nicht adäquat dosiert oder kontraindizierte Arzneimittel verordnet?

Methoden

Eine systematische Suche wurde in PubMed, CINAHL und Scopus durchgeführt (am 23.03.2016). Studien wurden eingeschlossen, soweit diese quantitative Untersuchungen zu in Bezug auf die Nierenfunktion nicht adäquat dosierten Arzneimitteltherapien bei nicht hospitalisierten Patienten enthielten.

Ergebnisse

Insgesamt wurden 2.403 Studien identifiziert. Von diesen entsprachen 18 Artikel den Einschlusskriterien. Die durchschnittliche geschätzte glomeruläre Filtrationsrate lag zwischen 36,0 und 60,4 ml/min. Die Prävalenz von nicht an die Nierenfunktion angepasster Medikation lag zwischen 1% und 37% in der ambulanten Versorgung und zwischen 6% und 43% in Pflegeheimen. Am häufigsten betraf dieses Verordnungen über Metformin, Glibenclamid, Ranitidin, Allopurinol, Ramipril und Perindopril. Acht der eingeschlossenen Studien ermittelten Prädiktoren für eine fehlende Dosisanpassung. Die häufigsten Risikofaktoren waren in diesem Zusammenhang steigendes Alter und eine Polypharmazie.

Diskussion

Insbesondere in der ambulanten Versorgung werden Arzneimittel häufig nicht an die Nierenfunktion des Patienten angepasst. Die sehr unterschiedlichen Methodiken und Herangehensweisen der untersuchten Studien lassen einen direkten Vergleich der Ergebnisse allerdings nicht zu. Ein Grund hierfür ist auch, dass bisher keine praktikable und einheitliche Zusammenstellung mit Wirkstoffen und Anpassungsempfehlungen bei Niereninsuffizienz existiert.



VII-VT21 | 4

Ideas, Concerns, Expectations – Implementierung patientenzentrierter Kommunikation zur Reduktion von Überversorgung bei unkompliziertem Rückenschmerz.

L. Burggraf, S. Schaffer, A. Schedlbauer, M. Roos, T. Kühlein

Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut, Erlangen

Hintergrund

Rückenschmerz gilt als einer der häufigsten Konsultationsgründe in der Allgemeinmedizin. Dabei ist auffällig, dass trotz verhältnismäßig geringer Anzahl an spezifischem Rückenschmerz, sehr häufig entgegen der Leitlinie Überweisungen zu weiterführenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren erfolgen. Insbesondere bildgebende Verfahren werden frühzeitig eingeleitet. Das Konsultationsschema der **I**deas, **C**oncerns, **E**xpectations (ICE) stellt einen Rahmen dar, Konsultationen patientenzentrierter zu gestalten und dadurch überversorgende Maßnahmen zu reduzieren. Durch die Abfrage der ICE werden die Befürchtungen, Vorstellungen und Erwartungen abgefragt.

Fragestellung

Im hier beschriebenen Projekt wird die Hypothese überprüft, ob die Überweisungsrate zu weiterführenden Diagnostik- und Therapieverfahren gesenkt werden kann, wenn die PatientInnen-ÄrztInnen-Kommunikation verbessert wird. Wir wollen herausfinden, inwiefern durch gezielte Schulung der patientenzentrierten Kommunikation eine Verringerung der Überweisungen zu überversorgenden Maßnahmen (bildgebende Verfahren, Physiotherapie, FachspezialistInnen, Krankenhaus) erfolgen kann.

Methoden

Es wird eine Cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie durchgeführt. Dazu werden 48 hausärztlich tätige AllgemeinmedizinerInnen rekrutiert, die in zwei Studienarme aufgeteilt werden. Basierend auf dem ICE-Schema wird eine Intervention, bestehend aus einer eintägigen Schulung sowie einem digitalen Refreshing-Tool, zur Konsultation bei unspezifischem Rückenschmerz durchgeführt. Durch die Abfrage von PatientInnendaten (40 PatientInnen/ÄrztIn) im Zeitraum nach der Intervention der Interventionsgruppe, sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, ob Unterschiede im Umgang mit PatientInnen mit unkomplizierten Rückenschmerzen sichtbar werden.

Ergebnisse

Vorgestellt werden das Konsultationsmodell, das Studiendesign sowie der aktuelle Projektstand.

Diskussion

Das Projekt soll durch Hilfestellung hinsichtlich der verbesserten PatientInnen-ÄrztInnen-Kommunikation zur Verminderung von Überversorgung bei unkomplizierten Rückenschmerzen beitragen. Das Projekt ist eingebettet in das Netzwerk PRO PRICARE, das sich zum Ziel gesetzt hat, Überversorgung zu identifizieren und zu reduzieren.



VII-VT21 | 5

Unerwünschte Kaskadeneffekte. Schilddrüsenanomalien und Analyse klinischer Behandlungspfade.

A. Schedlbauer, S. Schaffer, L. Burggraf, J. Tomandl, T. Kühlein

Universitätsklinikum Erlangen, Allgemeinmedizinisches Institut, Erlangen

Hintergrund

Die Inzidenz von Schilddrüsenkarzinomen ist bei gleichbleibender Mortalität rasant gestiegen. Dies legt nahe, dass es sich dabei um Überversorgung handelt. Hinzu kommt eine hohe Zahl operierter Schilddrüsen, bei denen sich in der Histologie benigne Knoten ergeben, die man also nicht hätte operieren müssen. Die Entdeckung von Schilddrüsenknoten ist häufig ein Zufallsbefund und Auslöser von Kaskadeneffekten, die zu langen Nachkontrollzeiträumen und invasiven Behandlungen führen können. Bisher liegen keine systematischen Analysen zur Häufigkeit des Auftretens, treibenden Kräften und Auswirkungen von Kaskaden vor.

Fragestellung

Was sind die Auslöser, treibenden Kräfte und Auswirkungen auf patientenrelevante Outcomes bei unnötiger Diagnostik bei Patienten mit Schilddrüsenknoten?

Methoden

Es wird ein mehrstufiges Mixed-Methods Design angewandt. Zunächst erfolgt eine Analyse von Sekundärdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der GWQ ServicePlus AG, um die Entwicklung der Diagnosestellung und Therapieverfahren nachzeichnen zu können. Darauf aufbauend soll eine Analyse von Krankenakten durchgeführt werden. Diese zielt darauf ab, die Sekundärdatenanalyse um tiefergehende Erkenntnisse zur Diagnostik und Therapie zu ergänzen. Qualitative ExpertInneninterviews mit ÄrztInnen und PatientInnen sollen Aufschluss darüber geben, welche Definitionen und Vorstellungen zu Schilddrüsenerkrankungen sowie zur Überversorgung zugrunde liegen. Abschließend wird durch eine Multi Criteria Decision Analysis (MCDA) herausgearbeitet, welche Kriterien sowohl PatientInnen als auch ÄrztInnen in der Therapieentscheidung beeinflussen.

Ergebnisse

Vorgestellt wird das Studiendesign sowie der aktuelle Projektstand.

Diskussion

Dieses Projekt soll durch die Identifikation von Auslösern und treibenden Kräften von Kaskadeneffekten einen wichtigen Beitrag zu Reduktion von Überversorgung leisten. Das Projekt ist eingebettet in das Netzwerk PRO PRICARE, das sich zum Ziel gesetzt hat, Überversorgung zu identifizieren und zu reduzieren.



11:30 - 13:00

Raum: 23.01 HS 3B

VII-Symp7

Symposium 7: Hausärztliche Versorgung onkologischer Patienten unter Berücksichtigung komplementärmedizinischer (CAM) Aspekte

Moderation: Stefanie Joos

VII-Symp7 | Symposium 7

Hausärztliche Versorgung onkologischer Patienten unter Berücksichtigung komplementärmedizinischer (CAM) Aspekte

S. Joos¹, R. Simmich¹, M. Adam¹, C. Guethlin², N. Klafke³

¹ Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Universitätsklinik Tübingen, Tübingen; ² Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität, Frankfurt am Main; ³ Universitätsklinikum Heidelberg, Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

1. Namen der Moderierenden sowie der Vortragenden

Prof. Dr. med. Stefanie Joos (Moderation)

Regina Simmich

Mohamad Adam

Dr. phil., Dipl. Psych. Corina Guethlin

Hintergrund

Viele Krebspatienten nutzen im Laufe ihrer Erkrankung komplementärmedizinische (CAM) Therapieansätze und haben hierzu hohen Beratungsbedarf. Hausärzte sind häufig erste Ansprechpartner in diesem Prozess. Viele Hausärzte fühlen sich unsicher und unzureichend informiert im Bereich CAM, um Patienten suffizient beraten zu können.

In diesem Symposium werden zwei Projekte vorgestellt, deren Ziel eine verbesserte hausärztliche Beratung onkologischer Patienten ist.

Das **CAM-NAKOPA**-Projekt befasst sich mit der Entwicklung eines Beratungskonzeptes für den Umgang mit CAM-Fragestellungen im Rahmen der **Nachsorge onkologischer Patienten**. Das Teilprojekt Allgemeinmedizin des KON-Forschungsverbundes erarbeitet die Entwicklung/Evaluation eines Trainings von Hausärzten zur Beratung von onkologischen Patienten bezüglich CAM.

Ziele

Die Teilnehmer erhalten Hintergrundinformationen zur Einführung in die Thematik. Anschließend wird das Thema aus verschiedenen Blickwinkeln von Patienten, Hausärzten/MFAs dargestellt (Ergebnisse der qualitativen Erhebungen aus dem CAM-NAKOPA-Projekt). Ein hierauf basierendes TdA (Tag der Allgemeinmedizin) Modul und dessen Evaluation wird in Vortrag 3 vorgestellt. Dies soll Hausärzten Unterstützung bei der Beratung von Patienten über CAM-Fragestellungen anbieten.

Vortrag 4 gibt Einblick in die geplante Entwicklung eines Blended-Learning-Trainings von Hausärzten zur Beratung von Krebspatienten bezüglich komplementärmedizinischer Maßnahmen und die exploratorische Evaluation dieses Trainings.

Überblick über Einzelvorträge

Einführung in das Thema, Vorstellung des CAM-NAKOPA-Projekts

1. Stellenwert der Komplementärmedizin in der hausärztlichen onkologischen Nachsorge aus Sicht der Hausärzte
2. ... aus Sicht der Patienten
3. Vorstellung eines pilotierten TdA-Moduls für Hausärzte zur Beratung von Krebspatienten
4. Vorstellung eines geplanten Blended-Learning-Trainings von Hausärzten zur Beratung onkologischer Patienten bezüglich komplementärmedizinischer Maßnahmen
5. Diskussion

Diskussion

Die abschließende freie Diskussion im Plenum ermöglicht den Teilnehmern Fragen an die Referenten zu richten sowie das Thema kritisch zu reflektieren.



VII-Symp7 | 1

Stellenwert der Komplementärmedizin in der hausärztlichen onkologischen Nachsorge aus Sicht der Hausarztpraxen

M. Adam¹, R. Simmich², S. Joos², N. Klafke¹

¹ Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; ² Universität Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung, Tübingen

Hintergrund

Hausärzte spielen eine zentrale und leitende Rolle in der Versorgung von onkologischen Patienten, dabei umfasst das Behandlungsspektrum der hausärztlichen Nachsorge sowohl physische Beschwerden wie auch psychische Anliegen der Patienten. Patienten präferieren immer mehr eine komplementärmedizinische (CAM) Versorgung und Hausärzte setzen zunehmend selbst CAM-Methoden in der onkologischen Nachsorge ein. Es ist jedoch unklar, wie diese Umsetzung derzeit erfolgt.

Fragestellung

Wie ist der derzeitige Stand im Umgang mit CAM-Methoden in der onkologischen Nachsorge in den Hausarztpraxen und welche positiven und welche negativen Erfahrungen sind bereits gemacht worden?

Methoden

Um diesen unerforschten Bereich zu untersuchen wurden anhand eines qualitativen Studiendesign 20 Hausärzte und 5 MFA in Baden-Württemberg und Hessen mithilfe eines semistandardisierten Leitfadens interviewt. Beim Sampling wurde auf eine größtmögliche Vielfalt geachtet, so dass sowohl CAM-kritische Hausärzte als auch CAM-Anwender interviewt wurden. Die Inhaltsanalyse nach Mayring und eine SWOT-Analyse wurden zur Auswertung der qualitativen Daten angewendet.

Ergebnisse

Unter den CAM-anwendenden Hausärzten zeigte sich eine Vielfalt an angebotenen Therapiemethoden der Naturheilkunde, die zur Besserung einiger typischer Symptome der Patienten eingesetzt wurden. CAM-kritische Ärzte sehen jedoch die Gefahr einer finanziellen Ausbeutung der Patienten, dennoch sind sie teilweise für Schulungen offen um die Evidenzlage in diesem Bereich zu erkunden. Hierfür wünschen sie sich Fortbildungen, wie beim Tag der Allgemeinmedizin, und Broschüren mit Faktenwissen und Adresslisten.

Diskussion

CAM-Methoden in der Hausarztpraxis sind potentielle Mittel, um das Vertrauen der Patienten zu gewinnen und die Selbstverantwortung zu stärken. Kosten und Zeit sind limitierende Faktoren bei der Anwendung.



VII-Symp7 | 2

Stellenwert von Komplementärmedizin in der hausärztlichen onkologischen Nachsorge aus Patientensicht

R. Simmich¹, M. Adam², N. Klafke², S. Joos¹

¹ Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Universitätsklinik Tübingen, Tübingen; ² Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg

Hintergrund

Viele Patienten mit Krebserkrankungen nutzen im Laufe ihrer Erkrankung komplementärmedizinische Therapieansätze und haben hierzu einen hohen Beratungsbedarf. Körperliche und psychosoziale Langzeitfolgen der Erkrankung bestehen oftmals noch Jahre nach Beendigung der Initialtherapie.

Das CAM-NAKOPA-Projekt hat die Entwicklung eines Beratungskonzeptes für den Umgang mit komplementärmedizinischen (**CAM**) Fragestellungen im Rahmen der **Nachsorge** von **onkologischen Patienten** zum Ziel. Im Rahmen der vorliegenden Teilstudie sollten in Vorbereitung darauf, Erfahrungen und Perspektiven onkologischer Patienten exploriert werden.

Fragestellung

Welche Bedürfnisse hinsichtlich komplementärmedizinischer Beratung haben onkologische Patienten? Welche Erfahrungen und Erwartungen haben Sie diesbezüglich an den Hausarzt?

Methoden

Anhand eines Leitfadens wurden semistrukturierte Interviews mit 15 Patienten nach Abschluss der onkologischen Initialtherapie geführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Leitfragen umfassten Fragen zur onkologischen und hausärztlichen Nachsorge sowie die Einstellung und den Einsatz von Komplementärmedizin.

Ergebnisse

Die Studie zeigt, dass der Hausarzt zwar vertrauter Ansprechpartner, jedoch in der onkologischen Nachsorge teils wenig involviert ist. Der Wunsch nach mehr Begleitung durch den Hausarzt ist groß, zumal viele Patienten sich nicht ausreichend geführt und betreut fühlen.

Patienten wünschen sich von ihrem Hausarzt auch mehr Beratung zu Komplementärmedizin, sind dieser überwiegend positiv eingestellt und erhoffen sich durch die Anwendung Nebenwirkungen der konventionellen Therapien abzuschwächen oder den Körper zu „stärken“.

Diskussion

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Komplementärmedizin aus Sicht der Befragten Wünsche und Erwartungen bedient, die in der modernen Medizin wohl zu kurz kommen u.a. der Wunsch nach Zeit für Gespräche und eine ganzheitliche Sichtweise auf den Menschen.

Die hier evaluierten Wünsche und Erwartungen der Patienten an die hausärztliche onkologische Nachsorge fließen in die Entwicklung einer hausärztlichen CAM-Beratungsintervention ein.



VII-Symp7 | 3

Blended-Learning-Training von Hausärzten zur Beratung onkologischer Patienten bezüglich komplementärmedizinischer Maßnahmen

C. Guethlin¹, J. Engler¹, R. Simmich², S. Joos²

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität, Frankfurt am Main; ² Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Universitätsklinik Tübingen, Tübingen

Hintergrund

Hausärzten kommt aufgrund ihrer oft langjährigen Arzt-Patient-Beziehungen eine bedeutende Rolle bei der Versorgung von Krebspatienten in allen Erkrankungsstadien zu. Häufig sind Hausärzte dabei Ansprechpartner für diverse Themen, so auch zu Fragen von Patienten zu Komplementärmedizin (KM). Gerade die unübersichtliche Evidenzlage stellt viele Hausärzte hinsichtlich der Antworten bezüglich KM vor große inhaltliche und kommunikative Herausforderungen.

Fragestellung

.

Methoden

In diesem Projekt erhalten Hausärzte ein auf sie zugeschnittenes Training zur Beratung von onkologischen Patienten bezüglich komplementärmedizinischer Maßnahmen. Die Effekte und Machbarkeit dieses Trainings werden in einer exploratorischen Pilotstudie evaluiert. Sie sieht eine randomisierte Zuweisung von insgesamt 30 Hausärzten zu einer Interventions- und einer Wartegruppe vor. Die Interventionsgruppe erhält ein speziell auf Hausärzte zugeschnittenes Blended-Learning-Training zu komplementärmedizinischen Themen bei onkologischen Patienten: E-Learning-Module zu komplementärmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten und ein Praxisworkshop zum Umgang mit häufigen Kommunikationssituationen in der hausärztlichen Praxis zu KM-Themen.

Ergebnisse

Die e-Learning-Module inklusive aller Lernziele können zum Zeitpunkt der Konferenz detailliert dargestellt werden. Das Evaluationskonzept kann ebenfalls vorgestellt werden; Daten der Evaluation werden noch keine vorliegen.

Diskussion

Das Projekt ist im Rahmen des sog. KOKON-Netzwerks eng verzahnt mit anderen Projekten, die sich mit Evidenzaufarbeitung und Trainings zu KM beschäftigen. Ziele des Verbundprojekts KOKON sind die Weiterentwicklung und Evaluation von zielgruppenspezifischen Trainingsprogrammen zur Beratung zu komplementärmedizinischen Maßnahmen und das Zugänglichmachen einer Wissensbasis zu komplementärmedizinischen Maßnahmen in der Onkologie, nicht nur für Ärzte, sondern auch für Patienten und deren Angehörige.



VII-Symp7 | 4

Vorstellung eines pilotierten TdA-Moduls für Hausarztpraxen zur Beratung von onkologischen Patienten

N. Klafke¹, M. Adam¹, R. Simmich², S. Joos²

¹ Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Heidelberg; ² Universität Tübingen, Institut für Allgemeinmedizin und interprofessionelle Versorgung, Tübingen

Hintergrund

Basierend auf den Daten der CAM-NAKOPA-Studie (Entwicklung eines hausärztlichen Beratungskonzeptes für den Umgang mit komplementärmedizinischen (CAM) Fragestellungen im Rahmen der Nachsorge von onkologischen Patienten) wurde ein Schulungsmodul für die Hausarztpraxis entwickelt und erstmals beim 25. TdA in Heidelberg pilotiert. In diesem Modul sollte es vorrangig darum gehen Basis-Informationen zur Beratung von onkologischen Patienten zu vermitteln, so dass sich interessierte Praxen über den Stand der Evidenz sowie anhand geschauspielter Patientenkonsultationen fortbilden können.

Fragestellung

Inwiefern kann ein Basisschulungsmodul über CAM dazu beitragen, onkologische Patienten in der Nachsorgesituation offen, kompetent und patientenorientiert zu beraten?

Methoden

In Anlehnung an die didaktischen Konzepte des kooperativen Lernens sowie peer tutoring / peer learning wurde ein Schulungskonzept entwickelt, welches sich sowohl an Ärzte sowie auch an medizinische Fachangestellte (MFA) richtet. Folgende Themen wurden in dem Modul gelehrt: (1) Versorgungsdefizite in der hausärztlichen onkologischen Versorgung, (2) Vorstellung der Hauptergebnisse aus der CAM-NAKOPA-Studie, (3) Toolbox mit evidenzbasierten Informationen und Quellen zum aktuellen Versorgungsthema, (4) Kommunikationsbeispiele zur Beratung von onkologischen Patienten, (5) Abschließende SWOT Beurteilung + take home message. Während des gesamten Schulungsmoduls wurde insbesondere darauf geachtet, dass genug Zeit und Raum für die Diskussion unter peers gegeben war. Eine neutrale und erfahrene Moderation begleitete diesen Prozess, so dass sich die unterschiedlichen Teilnehmer wertgeschätzt und verstanden fühlten und von- und miteinander über die bestmögliche onkologische Nachsorge in der Hausarztpraxis lernen konnten.

Ergebnisse

Die erste Evaluation wurde direkt im Anschluss an das Modul in Form einer moderierten SWOT-Analyse durchgeführt sowie auch durch eine schriftliche Abfrage in Form eines ausgehändigten Fragebogens. Um weiterhin den nachhaltigen und praxistauglichen Lerngewinn beurteilen zu können, wurden fünf interessierte Hausarztpraxen eingeladen an einer weiteren Befragung teilzunehmen. Voraussetzung dafür war der regelmäßige Einsatz der entwickelten Toolbox und regelmäßige Konsultationen über komplementärmedizinische Themen. Diese Evaluationsergebnisse werden beim DEGAM Kongress vorgestellt.

Diskussion

Die onkologische Versorgung soll sich stark an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten, allerdings ist dies in der hausärztlichen Praxis aufgrund Zeitfaktoren und dem hohen Patientenaufkommen oftmals schwierig. In dem hier entwickelten Basis-Schulungsmodul wurde unter dem Einsatz von kooperativen und peer learning Methoden gezeigt, wie es möglich ist, onkologische Patienten ganzheitlich und langfristig über Ihre komplementärmedizinischen Bedürfnisse zu beraten. Die Evaluationsergebnisse werden Auskunft darüber geben können, ob die weitere Implementierung dieses Basis-Moduls empfehlenswert ist und/oder wie ein passendes „Erweiterungsmodul“ aussehen könnte.



11:30 - 13:00

Raum: 23.01 HS 3C

VII-Symp8

Symposium 8: Wie kann das Management der oralen Antikoagulation in der Hausarztpraxis optimiert werden? Ergebnisse der Cluster randomisierten PICANT Studie

Moderation: Juliana Petersen, Andreas Siebenhofer-Kroitzsch

VII-Symp8 | Symposium 8

Wie kann das Management der oralen Antikoagulation in der Hausarztpraxis optimiert werden? Ergebnisse der Cluster randomisierten PICANT Studie

J. Petersen¹, A. Siebenhofer^{1,2}

¹ Goethe-Universität Frankfurt am Main Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt; ² Medizinische Universität Graz Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz Österreich

1. Namen der Moderierenden sowie der Vortragenden

Namen der Moderierenden: Petersen JJ, Siebenhofer A. **Namen der Vortragenden:** Siebenhofer A, Petersen JJ, Ulrich LR, Mergenthal K, Harder S, Pregartner G, Berghold A.

Hintergrund

Die Einnahme von Antithrombotika stellt eine effiziente Vorbeugung gegen Thrombosen und Embolien dar. Bei unpassender Gerinnungseinstellung drohen jedoch schwere Nebenwirkungen. Die therapeutische Optimierung der Medikation ist somit unerlässlich, um den therapeutisch gewünschten Effekt zu erzielen.

Ziele

Ziel der Cluster randomisierten Studie *Primary Care Management for Optimized Antithrombotic Treatment* (PICANT) Studie (BMBF FkZ 01GY1145a, Dauer: 2012-2015) war es, das Gerinnungsmanagement von Patienten mit oraler Antikoagulation in der Hausarztpraxis zu verbessern und das Auftreten von schweren Blutungen und Thromboembolien mit der Erfordernis eines stationären Aufenthaltes (kombinierter, primärer Endpunkt) zu verringern. Sekundäre Endpunkte waren Zufriedenheit mit der erhaltenen Versorgung, Wissen zu oraler Antikoagulation, Mortalität u.a. Zielgrößen. In semi-strukturierten, qualitativen Interviews wurden zudem die Erfahrungen der Studienteilnehmer (Hausärzte, Medizinische Fachangestellte und Patienten) erfasst.

Überblick über Einzelvorträge

- 1. Einführung in die Cluster randomisierte PICANT-Studie: Methoden, Rekrutierung von Studienteilnehmern, Screeningergebnisse
- 2. Wirksamkeit eines hausarztpraxisbasierten Case Managements zur Optimierung der oralen Antikoagulation – Ergebnisse der Cluster randomisierten PICANT-Studie
- 3. Gesundheitsökonomische Evaluation eines hausarztpraxisbasierten Case Managements zur Optimierung der oralen Antikoagulation – Ergebnisse aus der Cluster-randomisierten PICANT-Studie
- 4. Direkte orale Antikoagulanzen (DOAK) – Therapiewechsel und deren Gründe im Rahmen der PICANT-Studie – Ergebnisse eines Mixed-Methods-Designs

Diskussion

Im Rahmen des Symposiums sollen die unterschiedlichen Endpunkte und gesundheitsökonomischen Ergebnisse der PICANT-Studie vorgestellt und in einem größeren Rahmen (als es mit einzelnen Vortrag möglich wäre) diskutiert werden.



VII-Symp8 | 1

Wirksamkeit eines hausarztpraxisbasierten Case Managements zur Optimierung der oralen Antikoagulation – Ergebnisse der Cluster randomisierten PICANT-Studie

A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,2}, J. J. Petersen¹, L. R. Ulrich¹, K. Mergenthal¹, B. Kemperdick¹, S. Rauck¹, S. Schulz-Rothe¹, F. M. Gerlach¹, G. Pregartner³, A. Berghold³

¹ Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt; ² Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz Österreich; ³ Medizinische Universität Graz, Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation, Graz Österreich

Hintergrund

Die Einnahme von Antithrombotika stellt eine effiziente Vorbeugung gegen Thrombosen und Embolien dar. Eine Optimierung des Medikationsmanagements ist erforderlich, um den therapeutisch gewünschten Effekt zu erzielen und unerwünschte Arzneimittelwirkungen zu vermeiden.

Fragestellung

Ziel der Studie *Primary Care Management for Optimized Antithrombotic Treatment* (PICANT) war es, das Gerinungsmanagement von Patienten mit oraler Antikoagulation in der Hausarztpraxis zu verbessern und das Auftreten von schweren Blutungen und Thromboembolien mit der Erfordernis eines stationären Aufenthaltes (kombinierter, primärer Endpunkt) zu verringern. Sekundäre Endpunkte waren u.a. Mortalität und Wissen zu oraler Antikoagulation.

Methoden

Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie (2012-2015) in Hausarztpraxen in Hessen durchgeführt. Eingeschlossen wurden Patienten mit einer Langzeitindikation für eine orale Antikoagulation. Die Intervention umfasste ein *Best Practice* Modell, das u.a. ein hausarztpraxisbasiertes Case Management (über 24 Monate pro Patient) mit Einbindung der Medizinischen Fachangestellten vorsah. Für die statistischen Analysen wurden robuste Cox-Regressionsmethoden und gemischte lineare Modelle verwendet. Die Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (FkZ 01GY1145) finanziell gefördert.

Ergebnisse

In die Studie wurden 52 Praxen und 736 Patienten (365 Interventions- und 371 Kontrollpatienten) eingeschlossen. 40 (11,0%) Interventions- versus 48 (12,9%) Kontrollpatienten erlitten einen primären Endpunkt (Hazard Ratio (HR) 0,83, 95% Konfidenzintervall (KI) 0,55-1,25). Es gab keinen statistisch signifikanten Unterschied bei der Mortalität (HR 0,66, 95% KI 0,39-1,12) aber einen statistisch signifikanten Wissenszuwachs gemessen mittels Fragebogen nach Hua (0,9, 95% KI 0,44-1,36).

Diskussion

Die Intervention führte zu einer Reduktion von schweren Blutungen und Thromboembolien, der Unterschied war aber statistisch nicht signifikant. Dieses und die Ergebnisse zu weiteren sekundären Endpunkten werden ausführlich präsentiert und diskutiert.



VII-Symp8 | 2

Einführung in die Cluster randomisierte PICANT-Studie: Methoden, Rekrutierung und Repräsentativität von Studienteilnehmern

J. J. Petersen¹, L. R. Ulrich¹, K. Mergenthal¹, B. Kemperdick¹, S. Rauck¹, S. Schulz-Rothe¹, F. M. Gerlach¹, G. Pre-gartner², A. Berghold², A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,3}

¹ Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt; ² Medizinische Universität Graz, Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation, Graz Österreich; ³ Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz Österreich

Hintergrund

Bei der oralen Antikoagulation (OAK) ist eine Optimierung des Medikationsmanagements erforderlich, um den therapeutisch gewünschten Effekt zu erzielen.

Fragestellung

Ziel der Studie *Primary Care Management for Optimized Antithrombotic Treatment* (PICANT) war es, das Gerinnungsmanagement von Patienten mit OAK in der Hausarztpraxis zu verbessern und das Auftreten von schweren Blutungen und Thromboembolien mit der Erfordernis eines stationären Aufenthaltes zu verringern. In diesem Vortrag werden die Methoden der Studie, der Rekrutierungsprozess von Hausarztpraxen und Patienten sowie ein Vergleich von teilnehmenden mit nicht-teilnehmenden Patienten in Bezug auf soziodemographische und klinische Faktoren vorgestellt.

Methoden

Cluster-randomisierte, kontrollierte Studie (2012-2015) in Hausarztpraxen in Hessen. Eingeschlossen wurden erwachsene Patienten mit einer Langzeitindikation für eine OAK (z.B. Vorhofflimmern). Ausschlusskriterien waren Demenz, Unterbringung im Pflegeheim, mangelnde Deutschkenntnisse. Die Intervention umfasste ein *Best Practice* Modell, das u.a. ein hausarztpraxisbasiertes Case Management (über 24 Monate pro Patient) mit Einbindung der Medizinischen Fachangestellten vorsah. Statistische Analysen: Deskriptiv.

Ergebnisse

Einschluss von 52 Hausarztpraxen. Über diese Praxen wurden 2036 potentiell eligible Patienten auf Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Von diesen erfüllten 1469 die Einschlusskriterien und wurden zur Studienteilnahme eingeladen. Die finale Studienpopulation umfasste 736 (50.1%) Patienten (365 Interventions- und 370 Kontrollpatienten). Teilnehmende und nicht-teilnehmende Patienten wiesen ähnliche soziodemographische Merkmale auf: 45% Frauen bei Teilnehmern vs. 47.1% bei Nicht-Teilnehmern; Mittleres Alter war 73,5 Jahre (SD 9,4) bei Teilnehmern vs. 75 Jahre (SD 10,9) bei Nicht-Teilnehmern. Teilnehmer (mit Vit. K Antag.) führten etwas häufiger ein Gerinnungsselbstmanagement durch als Nicht-Teilnehmer (12,3% vs. 8,3%).

Diskussion

Einleitend zum Symposium werden die Methoden und die externe Repräsentativität der Studienteilnehmer vorgestellt und diskutiert.



VII-Symp8 | 3

Direkte orale Antikoagulanzen (DOAK) – Therapiewechsel und deren Gründe im Rahmen der PICANT-Studie – Ergebnisse eines Mixed-Methods-Designs

K. Mergenthal¹, L. R. Ulrich¹, J. J. Petersen¹, A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,2}, S. Rauck¹, B. Kemperdick¹, S. Schulz-Rothe¹, C. Ockelmann¹, S. Harder³

¹Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; ²Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz Österreich; ³Klinikum der Goethe-Universität, Institut für Klinische Pharmakologie, Frankfurt am Main

Hintergrund

Der bevorzugte Einsatz der DOAK zu Vitamin-K-Antagonisten (VKA) im Rahmen der oralen Antikoagulation wird weiterhin kontrovers diskutiert. Hausärzte betreuen einen Großteil der Patienten. In der cluster-randomisierte PICANT-Studie nahmen die Patienten zu Studienbeginn unterschiedliche orale Antikoagulanzen (OAK) ein; im Studienverlauf kam es teilweise zu Therapiewechsel.

Fragestellung

Wie häufig fand im Laufe der PICANT-Studie ein Therapiewechsel der OAK statt? Welche Gründe nannten die Hausärzte dafür?

Methoden

Im Mixed-Methods-Design wurden quantitative und qualitative Daten zu Therapiewechseln und deren Gründe erhoben. Die Auswertung der quantitativen Fragebogenerhebungen erfolgte deskriptiv mittels SPSS (IBM SPSS Statistics 20). Die Analyse der qualitativen leitfadengestützten Telefoninterviews mit einigen Hausärzten nach Studienende folgte der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Kuckartz mithilfe des Auswertungsprogrammes MAXQDA.

Ergebnisse

Quantitative Analysen: 52 Hausarztpraxen und 736 Patienten nahmen an der PICANT-Studie teil. Innerhalb der zweijährigen Studienzeit (2012-2014) verdoppelte sich der Anteil der Patienten mit DOAK von 5% auf 11%. Bei 114 (15,5%) Patienten kam es zu einem Wechsel; diese fanden in beide Richtungen (VKA/DOAK) statt. Gründe waren u.a. schlechte Einstellbarkeit, Komplikationen, die Compliance des Patienten und das Praxismanagement.

Qualitative Analysen: 23 Ärzte wurden interviewt (Ø 21 Minuten). Als Gründe für einen Therapiewechsel wurden sowohl bei einem Wechsel von VKA zu NOAK als auch umgekehrt höhere Patientensicherheit und mangelnder Compliance genannt. Die Umstellung auf ein DOAK wurde häufig mit einer Entlastung der Praxisabläufe begründet. Problematisch sahen die Hausärzte eine Ein-/Umstellung auf DOAK im Rahmen von Facharztkontakten bzw. Krankenhausaufenthalten.

Diskussion

Mit der gleichen Argumentation (Patientensicherheit, Patientencompliance) wurde ein Wechsel von NOAK auf VKA wie auch umgekehrt begründet.



VII-Symp8 | 4

Gesundheitsökonomische Evaluation eines hausarztpraxisbasierten Case Managements zur Optimierung der oralen Antikoagulation – Ergebnisse aus der Cluster-randomisierten PICANT-Studie

L. R. Ulrich¹, J. J. Petersen¹, K. Mergenthal¹, A. Berghold², G. Pregartner², A. Siebenhofer-Kroitzsch^{1,3}

¹ Goethe-Universität Frankfurt am Main, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt; ² Medizinische Universität Graz, Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation, Graz Österreich; ³ Medizinische Universität Graz, Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, Graz Österreich

Hintergrund

In der PICANT-Studie wurde als sekundäre Zielgröße u.a. die direkten medizinischen Kosten aus Sicht des Kostenträgers, der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), erhoben.

Fragestellung

Wie sehen die Kosten in der Interventions- und in der Kontrollgruppe nach 12 und nach 24 Monaten aus Sicht des Kostenträgers aus?

Methoden

Die Kostenbestimmung erfolgte in vier Schritten: 1. Identifizierung der relevanten Kostenparameter, 2. Messung des Ressourcenverbrauchs durch Fragebogenerhebung nach 12 und 24 Monaten, 3. monetäre Bewertung des Ressourcenverbrauchs anhand standardisierter Bewertungssätze (u.a. EBM, Arzneimittelpreise nach Lauer-Taxe), 4. Kalkulation der Gesamtkosten. Die Robustheit der Ergebnisse wurde durch eine multivariate Sensitivitätsanalyse überprüft und statistisch signifikante Kostenunterschiede in beiden Studiengruppen anhand der nichtparametrischen Bootstrap-Methode (N = 1.000 Stichproben, Signifikanzniveau $\alpha = 5\%$) getestet. Die Datenauswertung erfolgte mit SPSS (IBM SPSS Statistics 20), SAS (Version 9.4) und Microsoft Excel™ (Version 2007).

Ergebnisse

N = 680 Studienteilnehmer waren zu Baseline gesetzlich krankenversichert und bilden die Untersuchungsstichprobe. Sowohl nach 12, als auch nach 24 Monaten unterscheiden sich die Kosten in beiden Gruppen nicht statistisch signifikant voneinander ($p > 0.05$). Kostentreiber in beiden Studiengruppen sind nach 12 und nach 24 Monaten Hospitalisierungskosten (Anteil an Gesamtkosten ca. 40%) und Arzneimittelkosten (Anteil an Gesamtkosten ca. 27%). Die Kosten direkter oraler Antikoagulanzen (DOAK, z.B. Dabigatran) verursachten nach 12 Monaten bei einem Nutzeranteil von 9% etwas mehr als die Hälfte (54%) der Gesamtarzneimittelkosten.

Diskussion

Die Durchführung der Intervention hat keine statistisch signifikante Auswirkung auf die direkten medizinischen Kosten. Die Höhe der Arzneimittelkosten wurde durch die Markteinführung der DOAK maßgeblich beeinflusst.



11:30 - 13:00

Raum: 23.32.01 41

VII-WS46

Workshop: Offene Placebogabe – akademische Spielerei oder reale Option für die allgemeinmedizinische Praxis?

Moderation: Klaus Linde, Ulrike Bingel, Karin Meissner, Sabine Stroppe, Antonius Schneider

VII-WS46 | 1

Offene Placebogabe – akademische Spielerei oder reale Option für die allgemeinmedizinische Praxis?

K. Linde¹, U. Bingel², K. Meissner^{3,4}, S. Stroppe³, A. Schneider¹

¹ Technische Universität München, Institut für Allgemeinmedizin, München; ² Universitätsklinikum Essen, Klinik für Neurologie, Essen; ³ Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Medizinische Psychologie, München; ⁴ Hochschule Coburg, Integrative Gesundheitsförderung, Coburg

Hintergrund

In den vergangenen Jahren haben wegweisende Forschungsarbeiten in Grundlagen- und klinischer Forschung überzeugend gezeigt, dass Placebo- und Noceboeffekte weit mehr sind als rein subjektive Phänomene. Empirische Erhebungen belegen, dass Allgemeinmediziner gelegentlich echte Placebos und relativ häufig Therapien im Sinne von Placebos verwenden (d.h. Therapien von deren spezifischer Wirksamkeit sie selbst nicht überzeugt sind). Aus ethischer und professioneller Sicht sind solche Vorgehensweisen problematisch, da sie meist mit einer Täuschung des Patienten einhergehen. Inzwischen wurden fünf randomisierte Studien publiziert, in denen Patienten (z.B. mit Reizdarmsyndrom oder chronischen Rückenschmerzen) zusätzlich zu Routinemaßnahmen entweder offen Placebo oder keine Behandlung erhielten. Den Patienten wurde eindeutig kommuniziert, dass sie eine wirkstofffreie Therapie erhielten, sie erhielten jedoch eine Erklärung über die Wirkmechanismen von Placeboeffekten und wurden aufgefordert das Einnahmeritual möglichst einzuhalten. Die Ergebnisse waren frappierend: alle Studien zeigten eine gute Compliance und deutliche Effekte. Weitere klinische Studien werden derzeit durchgeführt.

Zielgruppe

Praktisch tätige Ärzte und Wissenschaftler

Didaktische Methode

Drei Impulsvorträge (insgesamt 45 Minuten) und moderierte, strukturierte Diskussion.

Ziele

1) Kurze Darstellung des aktuellen Kenntnisstandes zu Wirkmechanismen von Placeboeffekten, zur Placeboverwendung in der Allgemeinmedizin, zur Evidenz der offenen Placebogabe und von eigenen Erfahrungen mit offenen Placebos; 2) gemeinsame Diskussion, ob die offene Placebogabe (zumindest in bestimmten Fällen) eine Option in der Praxis sein könnte.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15-30

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Das Team umfasst einen Allgemeinmediziner (AS), eine Neurologin (UB) und drei Personen (UB, KM, SS), die derzeit selbst offene Placebos in klinischen Studien untersuchen; UB, KM und KL haben umfangreiche Erfahrungen in der Placeboforschung.



11:30 - 13:00

Raum: 23.32.00 52

VII-WS47

Workshop: Das CoTrain-Kommunikationstraining für die Hausarztpraxis – ein einführender Workshop

Moderation: Verena Leve, Olaf Reddemann

VII-WS47 | 1

Das CoTrain-Kommunikationstraining für die Hausarztpraxis – ein einführender Workshop

V. Leve¹, O. Reddemann^{2,1}, S. Steinhausen³, S. Wilm¹, F. Vitinius⁴, A. - W. Bödecker⁵, H. Pfaff⁶, E. Neugebauer^{7,8}

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Düsseldorf; ² Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Köln; ³ Universität Witten/Herdecke, Campus Köln; ⁴ Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Uniklinik Köln, Köln; ⁵ Schwerpunkt Allgemeinmedizin an der Universität zu Köln, Köln; ⁶ Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Humanwissenschaftlichen Fakultät und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln, Köln; ⁷ Institut für Forschung in der Operativen Medizin, Universität Witten/Herdecke, Campus Köln, Köln; ⁸ Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane, Campus Neuruppin, Neuruppin

Hintergrund

In der hausärztlichen Praxis ist das Gespräch mit Patienten/innen ein zentrales Element. Im Praxisalltag erschweren allerdings unterschiedliche Faktoren immer wieder Gespräche. Nicht selten führen bspw. „Türklinken-Gespräche“ oder vielschichtige, komplexe patientenseitige Anliegen zu Herausforderungen im Praxisalltag. Für die hausärztliche Versorgungssituation in Deutschland wurde aus diesem Grund das CoTrain Kommunikationstraining entwickelt. Es basiert auf dem Four Habits Modell und bezieht das Erfahrungswissen und die Kompetenzen der Teilnehmenden ein. Das Konzept wurde unter Beteiligung von über 100 Hausärzten/innen in Deutschland weiterentwickelt. Teilnehmer/innen der ersten CoTrain Trainings heben Inhalte zum Gesprächseinstieg, zur Strukturierung des Gespräches sowie zum Umgang mit Krankheitskonzepten der Patienten/innen als besonders praxisrelevant hervor.

Zielgruppe

Hausärztinnen und Hausärzte, Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung

Didaktische Methode

Impulsreferat, Erfahrungsaustausch, Arbeit in Kleingruppen, Reflexion, Poster und Handouts mit Tools zur Anwendung

Ziele

Im Workshop gewinnen die Teilnehmenden erste Einblicke in das CoTrain-Kommunikationstraining. Dabei stehen der Erfahrungsaustausch und die exemplarische Erprobung einzelner Schwerpunkte des Ansatzes im Vordergrund. Mit konkreten Fallbeispielen aus der Praxis der Teilnehmenden werden Tools bspw. zur Strukturierung und Planung der Konsultation erprobt.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

15

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Verena Leve arbeitet seit 2012 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin (ifam) und war an der Entwicklung des CoTrain Kommunikationstrainings sowie der Erprobung mit 100 Hausärzten/innen beteiligt.

Olaf Reddemann ist seit 11 Jahren als Hausarzt in einer Gemeinschaftspraxis niedergelassen und seit 2013 als Lehrbeauftragter am ifam tätig. Er verfügt über langjährige Erfahrung in der hausärztlichen Fortbildung und war als hausärztlicher Peer-Trainer bereits früh an der Entwicklung des CoTrain-Ansatzes beteiligt.



11:30 - 13:00

Raum: 23.31.U1 66

VII-WS48

Workshop: Funktionelle Muskeldiagnostik in der täglichen Praxis

Moderation: Michel Scheer

VII-WS48 | 1

Funktionelle Muskeldiagnostik in der täglichen Praxis

M. Scheer

Praxis, Allgemeinmedizin, Paderborn

Hintergrund

Die funktionelle Untersuchung von Muskeln ist eine manuelle Untersuchungsmethode, mit deren Hilfe unterschiedliche Beschwerden am Bewegungsapparat ursächlich abgeklärt werden können. Insbesondere bei der Zuordnung chronischer Beschwerden wie Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen bedeutet die Methode eine wesentliche Hilfestellung. Auch bei akuten Beschwerden kann über die funktionell-neurologische Untersuchung zugeordneter Muskeln und daraus abzuleitende Therapiemethoden aus dem weiten Spektrum der manuellen Medizin oft eine rasche Besserung der Beschwerden erzielt werden.

In der Praxis des Autors wird diese Methodik seit mehr als zehn Jahren erfolgreich eingesetzt und in die allgemeinärztliche Sprechstunde integriert. Dadurch ist eine Verbindung verschiedener medizinischer Teildisziplinen und Ansätze gegeben, die sonst oft nur isoliert betrachtet und eingesetzt werden. Es können diagnostische Zusammenhänge hergestellt und so eine individuell optimierte und nachhaltige Therapie eingeleitet werden.

Die Grundlage der Methode bilden spezifische Muskeltests, die die Funktion der Muskeln und der neuromuskulären Feedbackschleife untersuchen, über die die Muskeln durch das Nervensystem gesteuert werden. Das Nervensystem wird durch Einflüsse (Reize) der Innen- und der Außenwelt des Organismus beeinflusst. Funktionsänderungen durch diagnostische Reize stellen schließlich den Schlüssel der diagnostischen Prozesse dar.

Im Workshop werden die Grundlagen der Methodik dargestellt und anhand konkreter Praxisbeispiele geübt und selbst erfahren.

Zielgruppe

Allgemeinärzte in der Praxis

Didaktische Methode

Training mit praktischen Übungen

Ziele

Nach dem Workshop sollen die Teilnehmer einen Eindruck über die Möglichkeiten der Methode haben und erste praktische Selbsterfahrungen gesammelt haben

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

idealerweise 20 TN

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

seit 1998 niedergelassener Allgemeinarzt mit Zusatzbezeichnungen Sportmedizin, Akupunktur, Manuelle Medizin

Zusatzausbildungen in ärztlicher Osteopathie (DO, DAAO), funktioneller Myodiagnostik (Professional Applied Kinesiology), Ernährungsmedizin, psychosomatischer Grundversorgung



11:30 - 13:00

Raum: 23.32.U1 21

VII-WS49

Workshop: Die Kamera als Praxisbegleiterin – Fotografieren im hausärztlichen Alltag

Moderation: Rudolf Kraft

VII-WS49 | 1

Die Kamera als Praxisbegleiterin – Fotografieren im hausärztlichen Alltag

R. Kraft

Facharzt für Allgemeinmedizin und Palliativmedizin, Groß Grönuu

Hintergrund

Die Einsatzmöglichkeiten von Foto-Dokumentationen in der hausärztlichen Praxis sind vielfältig. Sie reichen von der Dokumentation von Krankheitsverläufen bis hin zur Wunddokumentation und ähnlichem. Darüber hinaus besteht auch die Möglichkeit, Patientinnen und Patienten zu porträtieren und damit den Ausdruck einer gewachsenen Beziehung zwischen Hausarzt/Hausärztin und seinen/ihren Mitmenschen in ihrem Leben zu porträtieren.

Neben dem Nutzen in der hausärztlichen Praxis lassen sich Fotografien auch als didaktisches Element in der Lehre einsetzen.

Zielgruppe

Praktizierende Hausärzte/Hausärztinnen; Praxisteams; MFA; in Forschung und Lehre tätige Mitarbeiter/innen allgemeinmedizinischer Institute

Didaktische Methode

Kurzreferat; Besprechung von Fallbeispielen; Technikdemonstration; Gruppendiskussion

Ziele

Vorstellen der Möglichkeiten fotografischer Praxisdokumentation; Patientenportraits als Ausdruck der intensiven Beziehung zwischen Hausarzt/Hausärztin und seinen/ihren Patientinnen und Patienten; Vermittlung ethischer Aspekte

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

Vorstellen der Möglichkeiten fotografischer Praxisdokumentation; Patientenportraits als Ausdruck der intensiven Beziehung zwischen Hausarzt/Hausärztin und seinen/ihren Patientinnen und Patienten; Vermittlung ethischer Aspekte

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Rudolf Kraft ist Facharzt für Allgemeinmedizin und war viele Jahre als Hausarzt in eigener Praxis tätig. Er war Lehrbeauftragter der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, der Philipps Universität Marburg. Darüber hinaus ist er leidenschaftlicher Fotograf. Seine Fotografien von Patientinnen und Patienten – im Alltag wie in Grenzsituationen des Lebens – wurden in mehreren Ausstellungen gezeigt.



11:30 - 13:00

Raum: 23.32.U1 47

VII-WS50

Workshop: Die neue DEGAM-S3 Leitlinie „Hausärztliche Beratung zur kardiovaskulären Prävention“

Moderation: Günther Egidi

VII-WS50 | 1

Die neue DEGAM-S3 Leitlinie „Hausärztliche Beratung zur kardiovaskulären Prävention“

G. Egidi¹, S. Ludt², A. Angelow³, E. Baum⁴, J. - F. Chenot⁵, J. Feßler⁷, J. Haasenritter⁴, N. Donner-Banzhoff⁴, U. Popert⁶

¹Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Bremen; ²Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Centrum für Allgemeinmedizin; ³Institut für Community Medicine, Abt. Allgemeinmedizin, Greifswald; ⁴Philipps-Universität, Marburg, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin; ⁵Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Institut für Community Medicine-Abteilung Allgemeinmedizin; ⁶Georg-August-Universität Göttingen, Abteilung Allgemeinmedizin; ⁷Praxis für Allgemeinmedizin, Flörsheim am Main

Hintergrund

Kardiovaskuläre Erkrankungen sind trotz fallender Tendenz weiterhin die führende Todesursache in Deutschland. Meist wirken mehrere Risikofaktoren zusammen. Durch eine gemeinsame Betrachtung dieser Faktoren wird eine Überschätzung der einzelnen Risiken vermieden. Hausärzte sind häufig verunsichert, ob sie ihren Patienten eine lipidsenkende Therapie verordnen sollen.

Zielgruppe

Hausärzte, die ihre Patienten in der kardiovaskulären Primärprävention beraten

Didaktische Methode

Flipchart, Kleingruppen, Kurzvorträge von Experten

Ziele

Den Teilnehmenden zu Sicherheit in der kardiovaskulären Präventions-Beratung verhelfen. Die Evidenzgrundlagen der DEGAM-Positionen und Kontroversen mit anderen Fachgesellschaften darstellen

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

50-80

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Günther Egidi, Hausarzt in Bremen, seit vielen Jahren in der DEGAM-Leitlinien-Arbeit engagiert



11:30 - 13:00

Raum: 23.32.01 43

VII-WS51

Workshop: Wer arm ist, stirbt früher – Über die Bedeutung der Sozialen Onkologie in der Hausarztpraxis

Moderation: Volker Beck

VII-WS51 | 1

Wer arm ist, stirbt früher – Über die Bedeutung der Sozialen Onkologie in der Hausarztpraxis

V. Beck

Hochschule Darmstadt, FBGS, Darmstadt

Hintergrund

Schon lange übernehmen nichtärztliche Fachkräfte und speziell Medizinische Fachangestellte (MFA) in der Betreuung und Versorgung von onkologischen Patienten und deren Angehörigen wesentliche Teilaufgaben. Neue, angepasste Betreuungskonzepte richten sich in besonderer Weise an die Tätigkeitsfelder von MFA oder Pflegekräften. Dafür benötigen sie eine verlässliche Qualifizierung, um weitergehende, anspruchsvolle Betreuungsaufgaben übernehmen zu können. Neben den somatischen und psychischen Nebenwirkungen der Krebserkrankung oder deren Therapie leiden diese Patienten aber auch unter den finanziellen und sozialen Folgen der Erkrankung und den damit verbundenen Einkommensreduktionen. Menschen aus sozial prekären Lebenslagen haben eine deutlich eingeschränkte Lebenserwartung als Menschen in besseren sozialen Verhältnissen. In der Kommunikation und Information über soziale Bedürfnisse von onkologischen Patienten und auch deren Angehörigen bietet sich ein großes Potential für das Profil von onkologisch spezialisierten MFA's und einer weiteren Qualifizierung und Kompetenz dieser Berufsgruppe. Hier ist eine Synthese zwischen Beratungsqualität, Theorie und Wissen sowie eine gute Kommunikationskompetenz für die MFA besonders wichtig.

Zielgruppe

Medizinische Fachangestellte, Pflegepersonal

Didaktische Methode

Im ersten Teil des Workshops werden die wesentlichen theoretischen Inhalte einer sozialonkologischen Profilierung der Arbeit von MFAs vorgestellt. Dann werden am Beispiel ausgewählter Kasuistiken die Aufgaben und der praktische Umgang mit sozial-onkologischen demonstriert und diskutiert.

Ziele

Darstellung sozialonkologischer Themen in der Theorie und in der praktischen Anwendung. Sensibilisierung für diese Themen. Informationsvermittlung. Ressourcenvermittlung, Diskussion über die Profilierung und Qualifizierung von MFAs .

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

25

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Prof. Dr. Volker Beck, Dipl.-Psychologe (Darmstadt) , Hochschullehrer Psychotherapeut



13:15 - 14:00

Raum: 23.01 HS 3A

Keynote IV

Keynote Lecture IV: Der Hausarzt als ohnmächtiger Heiland in Franz Kafkas Erzählung "Ein Landarzt". by Henriette Herwig

Moderation: Vera Kalitzkus

Heinrich Heine Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam)

Keynote IV | 1

Der Hausarzt als ohnmächtiger Heiland in Franz Kafkas Erzählung „Ein Landarzt“

H. Herwig

Universität Düsseldorf; University of California, Davis, USA
Preisträgerin der Hufeland-Lecture 2017

Franz Kafkas surreale Traumerzählung „Ein Landarzt“ ist die Geschichte eines Scheiterns. Sie entstand Anfang 1917, wenige Monate vor dem Ausbruch der Tuberkulose-Krankheit des Autors, und scheint diese visionär vorwegzunehmen. Alle Aussagen über den Arzt, der nicht Herr über die Dinge im eigenen Haus ist und sein Dienstmädchen Rosa dem aggressiven Knecht überlässt, um mit Hilfe fremder Pferde seine nächtliche Fahrt an das Bett eines kranken Knaben antreten zu können, sind paradoxaler Natur. Der Helfer ist hilflos, versagt als Diagnostiker wie als Therapeut und klagt, dass Unmögliches von ihm verlangt wird: die Heilung einer unheilbaren Wunde, die letztlich seine eigene ist. Vor dieser Erkenntnis flieht er in die Eiswüste. Der Vortrag fragt, welche literarischen Motivtraditionen und psychologischen Theorien in dieses Arztbild eingegangen sind und in welchem Verhältnis es zum veränderten Menschenbild der Literatur der Moderne steht. Vor dem Hintergrund einer genauen Analyse der Metaphorik des Textes stellt er biographische, psychoanalytische und poetologische Deutungen zur Diskussion.



14:45 - 16:15

Raum: 23.32.00 52

VIII-WS53

Workshop: Autofahren und Demenz – Umsetzung einer Handlungsempfehlung für den hausärztlichen Praxisalltag

Moderation: Verena Leve

VIII-WS53 | 1

Autofahren und Demenz – Umsetzung einer Handlungsempfehlung für den hausärztlichen Praxisalltag

V. Leve, K. Ilse, M. Ufert, S. Santos, S. Löscher, S. Wilm, M. Pentzek

Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Fakultät, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Düsseldorf

Hintergrund

Im Hinblick auf den progredienten Krankheitsverlauf der häufigsten Demenzformen und den damit verbundenen Einschränkungen kognitiver Funktionen nimmt das Risiko für Verkehrsunfälle bei Menschen mit Demenz zu. Sowohl von Hausärzten/innen als auch von Angehörigen wird es als bedeutsam angesehen, die zu erwartenden Fahrsicherheitsrisiken gemeinsam mit den Menschen mit Demenz zu thematisieren.

Jedoch bestehen in der Hausarztpraxis Unsicherheiten in Bezug auf den Zeitpunkt der Ansprache, die Identifikation von Fahrsicherheitsrisiken sowie in der Beratung der Person mit Demenz. Hausärzte/innen nehmen das Thema Autofahren und Demenz vor dem Spannungsfeld der Sicherung der Mobilität auf der einen und der Sicherheit aller Verkehrsteilnehmenden auf der anderen Seite wahr. Unter Beteiligung von Hausärzten/innen, Angehörigen, Patienten/innen und einem interdisziplinären Experten/innen-Gremium (Verkehrspsychologie, Allgemeinmedizin, Rechtswissenschaften, Verkehrsmedizin, Polizei, Verkehrsbehörden etc.) wurde eine Vorgehensempfehlung für den hausärztlichen Praxisalltag entwickelt. Das Projekt wurde von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. gefördert.

Zielgruppe

Hausärzte/innen und Medizinische Fachangestellte

Didaktische Methode

Impulsreferat zur Vorstellung der Empfehlung; Poster mit Algorithmus für die Hausarztpraxis; Print-Version der Materialien; Fallarbeit in Kleingruppen

Ziele

An konkreten Fallbeispielen aus der Praxis der Teilnehmenden wird der Anwendungsbezug der Handlungsempfehlung erprobt.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

30

Kurzzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Verena Leve arbeitet als Gerontologin seit vielen Jahren am Thema Demenzversorgung und beschäftigt sich seit 2012 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin (ifam) mit der hausärztlichen Perspektive bei der Versorgung von Menschen mit Demenz. Sie war beteiligt an der Durchführung des Forschungsprojektes „Autofahren und Demenz“.



14:45 - 16:15

Raum: 23.31.U1 66

VIII-WS54

Workshop: Arzthaftpflicht – die rechtssichere Kommunikation

Moderation: Patrick Weidinger

VIII-WS54 | 1

Arzthaftpflicht – die rechtssichere Kommunikation

P. Weidinger

Deutsche Ärzteversicherung, Arzt- und Krankenhaushaftpflicht, Köln

Hintergrund

Arzthaftpflicht – die rechtssichere Kommunikation

Samstag, 23. September 2017, 14:45 - 15:45 (Bitte berücksichtigen: nur Samstag möglich)

60 Minuten

Referent: Rechtsanwalt Patrick Weidinger, Deutsche Ärzteversicherung

Was erwartet das Patientenrechtegesetz von mir?

Was muss, was darf ich im Rahmen des Behandlungsverhältnisses sagen?

Wie gehe ich mit Patientenvorwürfen um?

Wie verhalte ich mich in Konfliktsituationen?

Wie vermeide ich Eskalationen in einen Prozess oder in die Medien?

Was muss ich rechtlich beachten?

Das Seminar befasst sich sowohl mit dem „Was“ als auch mit dem „Wie“ der Kommunikation im Arzt-Patienten-Verhältnis. Anhand von Schadenfällen werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen bis hin zur Anleitung für eine perfekte Patientenaufklärung dargestellt. Anleitungen gibt es aber auch für den Fall des unzufriedenen Patienten: Hier spannt sich der Bogen vom oft missverstandenen Anerkenntnisverbot bis zu den persönlichen Soft Skills, über die eine Ärztin, ein Arzt verfügen sollte.

Zielgruppe

Alle Ärztinnen und Ärzte

Didaktische Methode

Workshop (Vortrag/Beispiele/Diskussion)

Ziele

Rechtssichere Kommunikation im Arzt-Patientenverhältnis

Eskalationsvermeidung bei Patientenvorwürfen

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20-30

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Patrick Weidinger ist Rechtsanwalt und Abteilungsdirektor eines Versicherungsunternehmens. Er ist Lehrbeauftragter der Hochschule Fresenius, Dozent der Deutschen Anwaltakademie, Dozent der Deutschen Versicherungsakademie und Autor zahlreicher Publikationen sowohl für Juristen als auch für Mediziner.



14:45 - 16:15

Raum: 23.32.U1 21

VIII-WS55

Workshop: „Ruhe im Hamsterrad“ - Wissenschaft & Techniken der Stressregulation aus der Mind Body Medizin

Moderation: Hans-Ulrich Sappok, Sabine Hubbertz-Josat

VIII-WS55 | 1

„Ruhe im Hamsterrad“ - Wissenschaft & Techniken der Stressregulation aus der Mind Body Medizin

H. - U. Sappok, S. Hubbertz-Josat

Mind Body Medizin Düsseldorf (MBMDUS), Medical Coaching&Training, Düsseldorf

Hintergrund

Stress ist nicht nur ein wesentlicher Hintergrund der Erkrankungen unserer Patienten; er betrifft auch uns in unserem täglichen beruflichen und privaten Handeln und Erleben.

Zielgruppe

Hausärzte

Didaktische Methode

Wissenschaftliches Arbeiten und persönliches Erleben im Trainingsformat (interaktiv, aktivierend) in Kleingruppe, Einzel und Plenum.

Ziele

Der Workshop vermittelt Einblicke in die neuesten Erkenntnisse der Mind Body Medizin. Wie wichtig diese sind, zeigt sich im ärztlichen und privaten Alltag, wenn wir unter den vorgegeben Rahmenbedingungen in unserem „Hamsterrad“ unterwegs sind. Durch persönliches Erleben können die Teilnehmer erste Erfahrungen kompetenter Selbstregulation machen und in ihren Alltag transferieren.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

8 - 16

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Dr. med. Hans-Ulrich Sappok, FA f Allgemeinmedizin, Medical Coach und Trainer

Dr. rer. medic. Sabine Hubbertz-Josat, MScN, Medical Coach und Trainerin

Partner von Mind Body Medizin Düsseldorf (MBMDUS)

Lehrbeauftragte für Mind Body Medizin an der HHU Düsseldorf (ifam)



14:45 - 16:15

Raum: 23.32.U1 47

VIII-WS56

Workshop: Sicher in der Tabakentwöhnung: Wie setze ich die S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums" in der hausärztlichen Praxis um?

Moderation: Sabrina Kaustaun, Daniel Kotz

VIII-WS56 | 1

Sicher in der Tabakentwöhnung: Wie setze ich die S3-Leitlinie "Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums" in der hausärztlichen Praxis um?

S. Kaustaun¹, V. Leve¹, E. Gummersbach^{1,2}, O. Reddemann^{1,3}, D. Kotz^{1,4}

¹ Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Düsseldorf; ² Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Duisburg; ³ Hausärztliche Gemeinschaftspraxis, Köln; ⁴ CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Department of Family Medicine, Maastricht Niederlande

Hintergrund

In Deutschland rauchen immer noch knapp 30% der Erwachsenen. Die dauerhafte Tabakabstinenz ist lebenswichtig, jedoch ohne Unterstützung schwer zu erreichen. Die S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ empfiehlt, evidenzbasierte Kurzberatungen zur Tabakentwöhnung routinemäßig in der Hausarztpraxis durchzuführen, um möglichst viele Raucher/innen zu unterstützen. Diese Empfehlung wird in Deutschland noch zu selten umgesetzt. Unsicherheit in der Anwendung der Kurzberatung, Mangel an Zeit und fehlende Kostenerstattung sind häufig genannte Gründe dafür. In diesem Workshop werden die wichtigsten Empfehlungen der S3-Leitlinie für das hausärztliche Setting zusammengefasst. Im Rahmen praktischer Übungen wird das etablierte 5A-Modell (abfragen, anraten, Aufhörmotivation erheben, assistieren, arrangieren) der Kurzberatung erlernt.

Zielgruppe

Der Workshop richtet sich an praktizierende Allgemeinmediziner/innen, Ärzte/innen in Weiterbildung und Interessierte.

Didaktische Methode

Über kurze Impulsreferate und praktische Übungen vertiefen die Teilnehmende dieser Veranstaltung ihr Wissen über die evidenzbasierte Kurzberatung zur Tabakentwöhnung.

Ziele

Teilnehmende erhalten eine kurze Übersicht der Leitlinienempfehlungen für das hausärztliche Setting. Techniken zur Anwendung der Kurzberatung sollen vertieft und das Thema wieder stärker in den Fokus der praktizierenden Hausärzte/innen gerückt werden.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

20

Kurzzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Dr. Sabrina Kaustaun, Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Forschungsschwerpunkt Suchtforschung und klinische Epidemiologie am Institut für Allgemeinmedizin (ifam) Düsseldorf. Sie koordiniert Studien zur Nikotinabhängigkeit und zu Methoden der Tabakentwöhnung in der primärärztlichen Versorgung sowie auf Bevölkerungsebene und führt Fortbildungen (CME, DMP) zum Thema Tabakentwöhnung durch. Prof. Daniel Kotz, Leiter des genannten Forschungsschwerpunkts, hat langjährige Erfahrung mit Studien der Effektivitäts-, Implementierungs- und Versorgungsforschung im Bereich Tabaksucht; u.a. in Hausarztpraxen.



14:45 - 16:15

Raum: 23.32.01 43

VIII-WS57

Workshop: Therapieverbesserung durch Aufklärung des chronisch kranken Patienten (Asthma/COPD) durch die MFA

Moderation: Iris Schluckebier

VIII-WS57 | 1

Therapieverbesserung durch Aufklärung des chronisch kranken Patienten (Asthma/COPD) durch die MFA

I. Schluckebier

Universität Witten/Herdecke, Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Witten

Hintergrund

Schlechte Handhabung und fehlende Umsetzung der richtigen Anwendung von Pulverinhalatoren und Dosieraerosolen im Bereich der Versorgung von an Asthma und COPD erkrankten Patienten, sind häufig mit dafür verantwortlich, dass Patienten in der chronischen Erkrankung nicht gut versorgt sind. (L.I.S.A.-Studie)

Zielgruppe

Medizinische Fachangestellte, Ärztinnen und Ärzte

Didaktische Methode

Kurzvortrag zu Inhalten der Versorgung von an Asthma erkrankten Patienten. Sowohl der nicht-medikamentösen, als auch medikamentösen Therapie. Praktisches Ansehen und "anfassen" von Pulverinhalatoren und Dosieraerosolen, Erlernen der Ampelregel. Gemeinsame Erarbeitung über die „Best-Of-Off-Umsetzung“ des Prozessmanagements, den Patienten alltagsnah und unterstützend in der Therapie aufzuklären und dieses durch eine versierte MFA.

Ziele

Die Kompetenz der MFA stärken und das niedrigschwelligere MFA-Patienten-Gespräch (im Verhältnis zum Arzt-Patienten-Gespräch) zu nutzen, um Therapiesicherheit beim Patienten zu erreichen und dessen Lebensqualität im Bereich der Chronikerversorgung zu steigern. Zudem unterstützt diese Vorgehensweise die Zeitressourcen des Arztes der Ärztinnen zu entlasten.

geschätzte Anzahl Teilnehmern/innen

max. 30

Kurzvorstellung des/r Workshop Leiters/in

Iris Schluckebier, MFA/VERAH/NäPa/EVA. Langjährige Praxiserfahrung in einer Hausarztpraxis, selbstständige Dozentin (u.a. beim IhF, der ÄKW, PKV-Verlag) für MFAs und Praxisteam, EPA-QM-Visitorin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der UWH und eigenständige Praxisberaterin.



Autorenindex

A

Abholz, Heinz-Harald, Prof. Dr.	IV-Symp3, VI-Symp5 1, Keynote III 1
Abushi, Jamal	V-VT10 3
Adam, Mohamad	VII-Symp7, VII-Symp7 1, VII-Symp7 2, VII-Symp7 4
Adarkwah, Charles Christian, Dr.	I-VT2 4, III-P6 9
Aden, Ilka, Dr.	PCWS7 1
Adeniji, Charles	III-P5 2
Afshar, Kambiz, Dr.	I-VT4 5
Aksakal, Tugba	VI-VT16 3
Al Qur'an, Thekraiati,	III-P5 2
Alizadeh, Sarah	III-P6 5
Allers, Katharina	VII-VT21 3
Allner, Raphael	III-WS18 1
Alte, Dietrich, Dr.	VI-VT15 6
Altenhofen, Lutz, Dr.	VII-VT19 2
Altiner, Attila, Prof. Dr.	Arriba-Info-Veranstaltung 1, III-P5 5, VI-Symp5, VI-Symp5 4VII-VT18 3
Andrilla, Holly	VII-VT20 3
Angelow, Aniela, Dr.	VII-VT21 2, VII-WS50 1
Angerer, Peter, Prof. Dr.	I-VT3 1, I-VT5 3
Arendt, Ulrike, Dr.	V-ScSI Science Slam 5, VI-VT13 Pecha Kucha Vortrag
Arlt, Jonathan Fridtjof	III-VT7 6
Arnolds, Sabine, Dr.	I-VT5 2
Arp, Marcel	III-P4 1
Ates, Gülay	III-Symp2 3
Atz, Hermann, Dr.	VI-VT14 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Avian, Alexander, Dr.	II-P3 5, V-Symp4, V-Symp4 1

B

Bäcker, Marcus, Dr.	IV-VT8 1
Baganz, Thomas	VII-VT18 3
Bahr, Viola	VII-VT20 4
Bahrs, Ottomar, Dr.	V-WS35 1, VI-Symp5, VI-Symp5 1, VI-Symp5 2, VI-Symp5 3, VII-VT18 1
Bakker, Klaas-Jan, Dr.	VI-VT15 5
Balmes, Hans, Dr.	IV-Symp3 3
Balogh, Erika	II-P2 7
Balzer, Katrin, Prof. Dr.	III-P4 6
Barthen, Linda	IV-P8 2
Barzel, Anne, Dr.	IV-WS28 1



Bauer, Daniel, Dr.	I-VT3 Pecha Kucha Vortrag
Bauer, Ulrike	III-P5 6
Baum, Erika, Prof. Dr.	PCWS2 1, III-WS21 1, VII-WS50 1
Baumann, Svenja	V-VT10 6
Baumbach, Philip	VI-VT16 1
Bayer, Gudrun, Dr.	I-VT4 Pecha Kucha Vortrag
Bechmann, Sascha, Dr.	IV-P8 9, V-ScSI Science Slam 1, VI-VT14 1
Beck, Volker, Prof. Dr.	V-VT12 3, VII-WS51 1
Becker, Annette, Prof. Dr.	I-VT1 6, I-VT2 4, III-P6 9
Becker, Katja, Prof. Dr.	V-VT10 5
Becker, Nadja, Dr.	IV-P8 2
Becker, Ulrich	I-VT2 1, VI-VT14 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Beckmann, Niklas	IV-P7 4, IV-P7 8
Begun, Alexander	I-VT5 1
Behrends, Marianne, Dr.	IV-P8 1
Behringer, Birgitta, Dr.	I-WS1 1
Benedde, Johannes	II-WS8 1
Berger, Mathias, Prof. Dr.	III-P6 7
Berghold, Andrea, Prof. Dr.	VII-Symp8 1, VII-Symp8 2, VII-Symp8 4
Bergmann, Antje, Prof. Dr.	I-VT2 5, I-VT3 4, II-P2 7, V-VT12 4, VI-VT13 1, VI-VT15 3
Beurskens, Anna, Prof. Dr.	III-VT7 2
Beurskens, Sandra, Prof.	III-VT7 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Beyer, Martin	I-VT1 5, IV-WS28 1
Bingel, Ulrike, Prof. Dr.	VII-WS46 1
Bingener, Linda	II-P1 2
Bireckoven, Martina B.	VI-Symp6 2
Bjerregaard, Frederike	VI-Symp6 2
Blank, Wolfgang, Dr.	IV-P7 9
Bleckwenn, Markus, Dr.	I-VT2 2, II-P1 2, II-P3 1, III-P5 7, III-P6 8, IV-P7 2, IV-P7 3, IV-P8 3
Bleich, Christiane, Dr.	VI-Symp6 2
Bleidorn, Jutta, Dr.	I-VT4 5, III-P5 5, IV-WS26 1
Bleijenberg, Nienke	IV-VT9 4
Blom, Jeanet, Dr.	III-WS15 1, IV-VT9 3, IV-VT9 4
Blumenthal, Sandra	PCWS6 1
Böckmann, Melanie, Dr.	II-WS13 1, V-ScSI Science Slam 2
Boczor, Sigrid	III-P4 9, VI-Symp6 2
Bödecker, August-Wilhelm, Prof. Dr.	VII-WS47 1
Böhme, Klaus, Dr.	I-VT4 4, VII-VT17 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag, VII-VT17 4, VII-VT17 6
Böhme, Miriam	III-P5 7
Bosch-Lenders, Donna	IV-VT9 5



Bösner, Stefan, Prof. Dr.	V-VT10 3
Brandt, Valerija	II-P3 7
Brantzen, Karl-Bertram, Prof. Dr.	II-P1 4, II-P1 5, II-P2 5
Breitbart, Jörg	IV-P7 9, VI-Symp6 5
Brettschneider, Christian, Dr.	VI-Symp6 2, VI-Symp6 5
Brodnig, Richard	IV-P7 1
Broermann, Marischa, Dr.	II-WS12 1, IV-P9 1, IV-P9 3, V-VT11 2
Brose, Nicole	IV-P7 3
Brossart, Peter, Prof. Dr.	I-VT2 2
Brunkhorst, Frank M., Prof. Dr.	VII-VT20 4, VII-VT20 5
Bruns, Florian, Dr.	VI-VT14 4
Brzoska, Patrick, Prof. Dr.	VI-VT16 3
Buchholz, Anika, Dr.	V-VT10 4
Buchmann, Marina	IV-WS30 1
Bücker, Bettina, Dr.	I-VT5 2, VI-VT15 1
Buescher, Ines	Familienmedizin 3
Bureick, Gertrud, Dr.	VI-Symp5 1
Burggraf, Larissa	III-P6 3, VII-VT21 4, VII-VT21 5
Burghaus, Desiree	IV-P9 6
Burkart, Volker	I-VT5 1

C

Cals, Jochen	II-WS5 2, III-WS15 1, III-P6 11, IV-VT9 1, IV-VT9 2
Chand, Tara	III-P6 5
Chenot, Jean-François, Prof. Dr.	PCWS2 1, III-P5 10, VI-VT15 2, VI-VT15 6, VII-VT21 2, VII-WS50 1
Chikhradze, Nino	Familienmedizin WS4
Claus, Stefan, Dr.	II-P2 5
Cole, Allicon M., Dr.	VII-VT20 3
Creugers, Nico, Prof. Dr.	VI-VT15 5
Czabanowska, Kasia, Prof. Dr.	VI-VT16 3

D

Dachs, Christoph, Dr.	V-VT11 3
Dahlhaus, Anne, Dr.	II-VT6 Pecha Kucha Vortrag
Daniels, Ramon, Dr.	III-VT7 2, III-VT7 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Daub, Eva	II-P2 4
de Bont, Eefje, Dr.	IV-VT9 2
de Wit, Niek	IV-VT9 4
Degener, Lisa	Familienmedizin WS2
Dehlfing, Anne	III-P5 1
Deinzer, Anja, Dr.	I-VT4 2
Dellinger, Johanna	III-P5 3



Den Elzen, Wendy	IV-VT9 4
Deselaers, Tobias	II-VT6 4
Dickinson, Andrew	III-WS19 1
Diederichs-Egidi, Heike	Familienmedizin WS3
Diener, Annette, Dr.	VII-VT18 3
Dinant, Geertjan, Prof. Dr.	II-WS5 1, II-WS5 2, III-P6 11, IV-VT9 1, IV-VT9 2
Dini, Lorena, Dr.	I-VT3 5
Dippell, Katharina, Dr.	IV-P9 4
Dittmann, Frithjof	III-P5 10
Dobos, Gustav, Prof. Dr.	IV-VT8 1
Dogar, Omara, Dr.	V-ScSI Science Slam 2
Domke, Andreas, Dr.	VII-VT17 2
Donner-Banzhoff, Norbert, Prof. Dr.	Arriba-Info-Veranstaltung 1, I-VT1 1, I-VT1 2, I-VT1 3, I-VT1 6, II-Symp1, II-Symp1 1, II-WS7 1, III-WS17 1, III-P6 6, V-VT10 3, V-VT10 6, VII-VT18 3, VII-WS50 1
Döpfmer, Susanne, Dr.	I-VT4 Pecha Kucha Vortrag, II-Symp1 2, IV-P8 7, IV-P9 3, VI-VT14 4
Dörks, Michael, Dr.	VII-VT21 3
Doyle, Ina-Merle	III-P5 5
Dragano, Nico, Prof. Dr.	I-VT5 4
Drepper, Johannes, Dr.	III-P6 2
Drewelow, Eva	IV-P7 7, VI-Symp5, VI-Symp5 4
Drewes, Yvonne	IV-VT9 3, IV-VT9 4

E

Ediriweera de Silva, Erandie, Dr.	III-P5 9
Egidi, Günther, Dr.	III-WS17 1, VI-Symp5, VI-Symp5 3, VII-WS50 1
Eicher, Christiane, Dr.	IV-P8 4, VI-VT13 5, VII-VT17 1
Einsle, Franziska, Dr.	VI-VT13 6
Elsen, Susanne, Prof. Dr.	VI-VT14 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Elshout, Gijs, Dr.	IV-VT9 2
Emcke, Timo	VI-VT16 2
Engel, Bettina, Dr.	II-P3 9, III-P4 3, III-P6 8, IV-P8 3, IV-P9 8
Engeser, Peter, Dr.	IV-P8 4
Engl, Adolf, Dr.	I-VT1 4, I-VT2 1, VI-VT14 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag, VI-VT16 5
Engler, Jennifer	VII-Symp7 3
Erdsiek, Fabian	VI-VT16 3
Erhardt, Julia	II-P3 6
Erlar, Antje, Dr.	II-VT6 Pecha Kucha Vortrag
Ernstmann, Nicole	I-VT5 1
Ertzinger, Kathrin	VII-VT18 3
Esch, Tobias, Prof. Dr.	I-VT3 6



Esser, Miriam	IV-P8 3
Eßl-Maurer, Roland	VI-VT15 4
Ettlinger, Karin, Dr.	II-Symp1 3
Ewert, Peter, Prof. Dr.	III-P4 5
Ewertowski, Helen	III-Symp2 1
Eyssel, Jana	IV-P7 10

F

Fabbricotti, Isabella	IV-VT9 4
Fahrbach-Veeser, Johanna, Dr.	IV-P8 4, VII-VT17 1
Fährmann, Laura	III-P5 6
Faller, Barbara, Dr.	III-P5 2, III-P5 9
Fan, Yan, Dr.	III-P6 5
Faust, Günther, Prof. Dr.	II-P1 4, II-P1 5
Fensky, Luisa	III-P6 5
Feßler, Joachim, Dr.	VII-WS50 1
Feufel, Markus A., Prof. Dr.	V-VT10 3
Fidan, Tekin-Kaya	III-P4 8
Fischer, Alexander	VI-Symp6 4
Fischer, Stefan, Prof. Dr.	III-WS18 1
Flägel, Kristina	II-VT6 2, III-VT7 6, VII-VT19 3
Flamm, Maria, Prof. Dr.	III-P5 3, III-P5 6, V-VT11 3, V-Symp4 2, VI-VT15 4
Fleischmann, Carolin, Dr.	VII-VT20 4
Fleischmann, Nina	III-P4 6
Fleßa, Steffen, Prof. Dr.	VI-VT15 2
Flum, Elisabeth, Dr.	III-WS21 1, V-VT11 4, V-VT11 5
Fobbe, Gabriele	IV-P8 5, VII-VT17 5
Francis, Nick, Dr.	IV-VT9 2
Freiberger, Ellen, Dr.	III-P6 6
Freitag, Michael, Prof. Dr.	III-VT7 5, III-WS15 1, V-ScSI Science Slam 5, VI-VT13 Pecha Kucha Vortrag, VI-VT16 1
Freytag, Antje, Dr.	III-P6 7, IV-P7 9, VII-VT20 5
Fried, Roman, Dr.	I-VT3 Pecha Kucha Vortrag
Friede, Tim, Prof. Dr.	III-P4 6
Fuchs, Angela	I-WS1 1, I-WS1 2, II-P1 6, III-WS22 1, IV-P8 10
Fuchs, Peter	II-P2 5
Fuchs, Stephan, Dr.	II-Symp1 2, III-WS21 1
Funkhouser, Greta	V-VT11 1
Fürthauer, Bernhard, Dr.	V-VT11 3
Fürthauer, Christoph, Dr.	V-VT11 3
Fürthauer, Johanna, Dr.	V-VT11 3



G

Gaa, Carmen	V-VT12 Pecha Kucha Vortrag, VII-VT18 3
Gaertner, Bettina	V-VT10 1, V-VT10 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Gágyor, Ildikó, Dr.	IV-WS26 1
Galatsch, Michael	Familienmedizin 6, Familienmedizin WS4
Garbe, Claus, Prof. Dr.	V-VT12 Pecha Kucha Vortrag
Gärtner, Julia	VI-Symp5, VI-Symp5 3
Gasper-Paetz, Andrea	III-Symp2 3
Gastmeier, Petra, Prof. Dr.	IV-P7 5, IV-P7 6
Gehring, Rebekka	III-P6 7
Gehrke-Beck, Sabine, Dr.	Familienmedizin 5, I-VT4 Pecha Kucha Vortrag, VI-VT13 4, VII-VT20 3
Geidis, Stephanie	IV-VT8 1
Gensichen, Jochen, Prof. Dr.	III-P6 7, IV-P7 5, IV-P7 6, IV-P7 9, VI-Symp6 3, VI-Symp6 5, VII-VT20 3, VII-VT20 4, VII-VT20 5
Genz, Jutta	I-VT5 1
Gerhardus, Ansgar, Prof. Dr.	VII-VT19 1
Gerlach, Ferdinand M., Prof. Dr.	PCWS2 1, I-VT1 5, IV-P8 2, IV-P9 1, IV-P9 4, V-VT11 2, VI-Symp6 3, VII-Symp8 1, VII-Symp8 2
Gerlach, Ingrid	AG WiForMFA
Gerlach, Navina	I-VT1 2, I-VT1 3
Gerritsen, Anneloes	VI-VT15 5
Gershuni, Olga	VI-VT16 3
Gesenhues, Stefan, Prof. Dr.	IV-P8 5, VII-VT17 5
Gieselmann, Annika, Dr.	V-VT12 2
Gläß, Valérie	III-P6 2
Glassen, Katharina, Dr.	VI-VT13 5
Glynn, Liam	III-WS15 1
Goossens, Wilhelmus	III-VT7 2
Gottschall, Mandy	VI-VT13 1
Götz, Katja, Dr.	PCWS3 1, II-VT6 2, III-VT7 6, VI-VT16 2, VII-VT19 3
Götze, Kornelia H.	I-WS1 1, I-WS1 2, II-P1 6, IV-P8 10
Gräff, Ingo, Dr.	III-P4 3
Grede, Nina	I-VT1 1
Grimmsmann, Thomas, Dr.	VII-VT21 2
Grininger, Jonas	III-P6 7
Grobosch, Sandra	I-VT5 1
Grochtdreis, Thomas	VI-Symp6 2
Grote-Westrick, Marion	III-WS20 1
Guder, Walter G., Prof. Dr.	I-VT3 Pecha Kucha Vortrag
Guethlin, Corina, Dr.	VII-Symp7, VII-Symp7 3
Gulich, Markus, Dr.	II-P3 8, III-P5 8



Gummersbach, Elisabeth, Dr.	VII-VT18 2, VIII-WS56 1
Gussekloo, Jacobijn	IV-VT9 3, IV-VT9 4

H

Haagen, Miriam, Dr.	Familienmedizin WS5
Haak, Sylvia	VII-VT20 4
Haase, Annkathrin	VI-VT15 2, VI-VT15 6
Haasenritter, Jörg, Dr.	I-VT1 6, V-VT10 6, VII-VT18 3, VII-WS50 1
Haastert, Burkhard	I-VT5 1
Hamacher, Sandra	IV-P8 5
Hanneken, Frank	VI-VT15 5
Hanneken, Jessica	IV-WS31 1, V-WS37 1
Hänsch, Sandra	VI-VT13 6
Harder, Sebastian, Prof. Dr.	VII-Symp8 3
Harm, Nadine	VII-VT18 3
Härter, Martin, Prof. Dr.	VI-Symp6 2
Hartmann, Michael, Prof. Dr.	VII-VT20 5
Haumann, Hannah, Dr.	PCWS6 1, IV-P9 3, V-VT11 5, V-VT12 Pecha Kucha Vortrag, VI-VT13 Pecha Kucha Vortrag
Hausen, Anita, Prof. Dr.	III-P5 8
Hauswaldt, Johannes, Dr.	III-WS14 1, III-P6 2, IV-WS26 1, VII-VT20 2
Hebebrand, Lena, Dr.	II-P2 6
Hecht, Louisa	I-VT4 1
Heim, Susanne	PCWS9 1, III-WS21 1, IV-P9 3, VI-Symp5, VI-Symp5 1, VI-Symp5 2
Heinemann, Stephanie	III-P6 2, VII-VT20 2
Heinmüller, Stefan	VII-VT21 1
Heintze, Christoph, Prof. Dr.	I-VT3 5, I-VT4 Pecha Kucha Vortrag, II-VT6 4, III-P4 4, IV-P8 7, VI-VT13 4, VI-VT14 4, VII-VT20 1, VII-VT20 3
Heinz, Leonor, Dr.	PCWS6 1
Heinzel-Gutenbrunner, Monika, Dr.	V-VT10 5
Helbig, Christian	VII-VT18 3
Hemming, Almut, Dr.	Familienmedizin 2, Familienmedizin WS1
Hemming, Bernd, Dr.	Familienmedizin 2, Familienmedizin WS1
Hempel, Georg, Prof. Dr.	III-P5 6
Hennig, Frauke	I-VT5 5
Henning, Lydia	VI-VT15 3
Henze, Karl-Heinz, Dr.	VI-Symp5, VI-Symp5 1, VI-Symp5 2
Herber, Oliver Rudolf, Dr.	I-WS3 1
Herget-Rosenthal, Stefan, Prof. Dr.	VII-VT21 3
Hermann, Teresa	III-P4 2



Herrmann, Markus, Prof. Dr.	V-VT10 1, V-VT10 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Herrmann, Wolfram, Dr.	Familienmedizin 5, I-VT4 Pecha Kucha Vortrag, II-VT6 4, VI-VT13 4, VII-VT19 4, VII-VT20 1, Gründung WPA
Herwig, Anna	I-VT3 2, VII-VT17 5
Herwig, Henriette, Prof. Dr.	Keynote IV 1
Heßbrügge-Bekas, Martina	IV-P8 5, VII-VT17 5
Hesse, Michaela	III-Symp2 3
Heyer, Tina	VI-VT15 5
Hickstein, Lennart	I-VT1 6
Hildebrandt, Jaqueline	II-P1 6, IV-P8 10
Hiller, Thomas Stephan	IV-P7 9, VI-Symp6 5
Hirsch, Jameson, Prof. Dr.	III-VT7 1
Hoffmann, Adrian, Dr.	I-WS2 1
Hoffmann, Barbara, Prof. Dr.	I-VT5 5
Hoffmann, Falk, Prof. Dr.	III-VT7 5, III-P5 1, VII-VT21 3
Hoffschulte, Martina, Dr.	VI-VT15 5
Höfler, Reinhild, Dr.	VII-VT17 2
Hofstetter, Hedwig	IV-VT9 3
Holthoff-Detto, Vjera, Prof. Dr.	V-VT12 4
Hölzel, Lars, Dr.	VI-Symp6 2
Holzinger, Felix, Dr.	III-P4 4
Homberg, Angelika	VI-VT13 5
Höppner, Claudia	II-WS10 1
Hopstaken, Rogier	II-WS5 2, III-P6 11
Horvath, Karl, Dr.	IV-P7 1
Hubbertz-Josat, Sabine, Dr.	VIII-WS55 1
Hübsch, Grit	V-VT12 4
Hüll, Michael, Prof. Dr.	VI-Symp6 2
Hülle, Katharina	VII-VT20 5
Hummers-Pradier, Eva, Prof. Dr.	III-P4 6, III-P6 2, VII-VT20 2
Husemann, Jana, Dr.	PCWS6 1, IV-Symp3 4
Hüsing, Paul	V-ScSI Science Slam 3

I

Icks, Andrea, Prof. Dr.	I-VT5 1, I-VT5 3
Ihle, Peter	I-VT1 5
Ilse, Katharina	VI-Symp5 1, VIII-WS53 1
in der Schmitt, Jürgen, Prof. Dr.	I-WS1 1, I-WS1 2, II-P1 6, II-P1 7, III-Symp2, IV-P8 10
Isfort, Jana	III-WS20 1



J

Jabs, Dominik	IV-P9 5
Jahnke, Martin	III-P4 9
Jakse, Heidelinde, Dr.	II-P3 5
Jamalabadi, Hamidreza	III-P6 5
Jansen, Danielle	IV-VT9 4
Jansky, Michael, Prof. Dr.	II-P1 4, II-P1 5, II-P2 1, II-P2 5, IV-P9 7
Jaspers, Birgit	III-Symp2 3
Jegan, Nikita	III-P6 6
Jende, Robert	VI-VT14 2
Jendyk, Ralf, Dr.	PCWS2 1, IV-P9 6
Jobst, Detmar, Prof. Dr.	Familienmedizin 3, AG KompMed 1
Jöckel, Karl-Heinz, Prof. Dr.	I-VT5 5
Johansson, Tim, Dr.	III-P5 4
Joist, Thomas, Dr.	II-P1 3
Joos, Stefanie, Prof. Dr.	II-P3 3, III-WS19 1, III-P4 2, III-P4 7, III-P4 8, III-P5 5, IV-P9 5, V-VT12 Pecha Kucha Vortrag, VI-VT13 Pecha Kucha Vortrag, VI-VT16 4, VII-VT18 5, VII-Symp7, VII-Symp7 1, VII-Symp7 2, VII-Symp7 3, VII-Symp7 4
Jung, Petra, Dr.	II-Symp1 3
Jünger, Saskia, Dr.	III-Symp2 1
Junius-Walker, Ulrike, Dr.	I-VT1 2, I-VT1 3, VI-VT15 1
Junk, Lena	V-VT10 1, V-VT10 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Just, Johannes, Dr.	II-P1 2, VI-WS45 1

K

Kaduszkiewicz, Hanna, Prof. Dr.	PCWS8 1
Kaemmerer, Harald, Prof. Dr.	III-P4 5
Kalitzkus, Vera, Dr.	Familienmedizin 1, Familienmedizin WS7, II-WS13 1, IV-Symp3, IV-Symp3 1
Kaluç, Asya	I-VT2 2
Kamps, Harald	V-ScSI Science Slam 4, VI-VT14 Pecha Kucha Vortrag
Kanniess, Frank, Dr.	II-P3 2
Karadag Caman, Özge, Prof. Dr.	VI-VT16 3
Karsch-Völkl, Marlies, Dr.	V-WS32 1
Kastaun, Sabrina, Dr.	I-VT2 3, VIII-WS56 1
Kastenmüller, Kathrin, Dr.	III-P5 7
Kehrer, Simon	III-P6 4
Kempen, Ruud	IV-VT9 4
Kemperdick, Birgit	VII-Symp8 1, VII-Symp8 2, VII-Symp8 3
Kersting, Christine	I-VT3 2, II-P2 6
Keszytyus, Dorothea, Dr.	II-P3 6, II-P3 8, III-P5 8



Keszttyüs, Tibor, Prof. Dr.	II-P3 6
Kias, Hermann-Josef	III-P4 1
Kiel, Simone	III-P5 10
Kinczler, Regina	V-VT11 2
Kirch, P.	II-P1 4, II-P1 5
Kirsch, Claudia	III-P5 5
Klafke, Nadja, Dr.	VI-VT13 5, VII-Symp7, VII-Symp7 1, VII-Symp7 2, VII-Symp7 4
Klaschik, Manuela, Dr.	II-P3 9, III-P6 1
Klemenz, Bernard, Dr.	I-VT4 3
Kloppe, Thomas	VI-Symp6, VI-Symp6 2
Knottnerus, André, Prof. Dr.	IV-WS24 1, Keynote II 1
Koch, Klaus, Dr.	III-WS20 1
Koch, Roland, Dr.	V-VT12 Pecha Kucha Vortrag, VI-VT13 Pecha Kucha Vortrag, VII-VT18 5
Köhler, Andreas	IV-P7 10
Kohls, Niko, Prof. Dr.	III-VT7 1
Kolpatzik, Kai	VII-VT18 3
König, Hans-Helmut, Prof. Dr.	III-P4 6, VI-Symp6 2, VI-Symp6 5
Koopmans, Raymond	IV-VT9 4
Köpke, Sascha, Prof. Dr.	III-P4 6
Kortgen, Andreas, Prof. Dr.	VII-VT20 4
Kotterer, Angela	VI-Symp6 2, VII-VT17 6
Kotz, Daniel, Prof. Dr.	I-VT2 3, II-WS7 1, III-WS15 1, V-ScSI Science Slam 2, VIII-WS56 1
Kowatsch, Peter, Dr.	V-VT11 3
Kraft, Rudolf, Dr.	VII-WS49 1
Kralikova, Eva, Dr.	V-ScSI Science Slam 2
Krause, Markus	III-P6 7
Krause, Olaf, Dr	I-VT1 2, I-VT1 3, I-VT4 5, II-VT6 3, III-WS19 1, III-P5 5
Krauß, Anna	III-P4 5
Krekels, Mariëlle	IV-VT9 1
Kriechmayr, Celine	IV-P7 7, VI-VT15 4
Krisch, Laura	III-P5 6
Krug, Katja, Dr.	V-VT11 5
Krüger, Karen, Dr.	II-Symp1 3, III-P4 4
Krutter, Simon	VI-VT15 4
Kühlein, Thomas, Prof. Dr.	III-P6 3, VII-VT21 1, VII-VT21 4, VII-VT21 5
Kühnel, Anne	III-P6 5
Kunnamo, Ilkka	III-P5 2
Kunst, Melanie	III-P5 7
Kurczyk, Sonia	IV-P8 4
Kuske, Silke	I-VT5 1



Kuss, Katrin	I-VT1 1
Kuß, Oliver, Prof. Dr.	V-WS34 1
Kusters, Ron	II-WS5 2, III-P6 11
Kuth, Nicole, Prof. Dr.	IV-P9 2
Kutter, Susanne	V-VT12 4

L

Lachmann, Nicole	I-VT5 2
Lang, Caroline	V-VT12 4
Lauinger, Dominik	II-P2 4
Laux, Gunter, Prof. Dr.	VI-VT16 4
Ledig, Thomas, Dr.	IV-P8 4
Legutke, Richard	III-P6 8
Lehmann, Rebecca	I-VT4 4
Lehmann, Thomas, Dr.	VII-VT20 5
Leinweber, Katharina	V-WS36 1
Lemke, Dorothea, Dr.	II-VT6 Pecha Kucha Vortrag
Lentzkow, Joachim	II-P1 1
Lenzen, Stephanie	III-VT7 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Leuchs, Ann-Kristin, Dr.	III-P5 7
Leucht, Verena	VI-WS44 1
Leve, Verena	PCWS9 1, VI-VT15 5, VII-WS47 1, VIII-WS53 1, VIII-WS56 1
Li, Jian, Dr.	I-VT3 1
Lichte, Thomas, Prof. Dr.	II-WS10 1
Lim, Dajull	VII-VT17 4
Linde, Klaus, Prof. Dr.	III-P6 4, IV-VT8 6, VII-WS46 1
Linge-Dahl, Lisa	III-Symp2 3
Linnenkamp, Ute	I-VT5 1
Loerbroks, Adrian, Dr.	I-VT3 1, I-VT5 3, II-P2 2, II-P2 3
Löffler, Stefanie	II-P2 4
Lohnstein, Manfred, Dr.	PCWS1 1
Löhr, Annika	IV-P9 7
Lokvenec, Filip, Dr.	III-P6 10, IV-P8 8
Looman, Willemijn	IV-VT9 4
Loos, Franziska	IV-P7 10
Lorenz, Irena	VI-Symp6 4
Lorenz, Walter, Prof. Dr.	VI-VT14 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Löscher, Susanne	VI-Symp5 4, VIII-WS53 1
Loukanova, Svetla, Dr.	IV-P8 4, VI-VT13 5, VII-VT17 1
Löwe, Bernd, Prof. Dr.	II-P3 10, III-P6 4, V-ScSI Science Slam 3
Löwenstein, Franziska	VI-Symp5 2
Lubisch, Diana	VI-VT15 5



Lucht, Sarah	I-VT5 5
Ludt, Sabine, Prof.	VII-WS50 1
Lühmann, Dagmar, Dr.	III-P4 9
Lunden, Laura	I-WS4 1
Luque Ramos, Andres	III-VT7 5
Lüttel, Dagmar	IV-WS30 1

M

Maeder, Johanna	VII-VT17 4
Maehder, Kerstin	II-P3 10
Magez, Julia, Dr.	IV-P9 3, V-VT11 4, V-VT11 5
Mahler, Cornelia, Dr.	VI-VT13 5
Mahlknecht, Angelika, Dr.	III-P5 6
Mainz, Armin, Dr.	PCWS3 1
Maisel, Peter, Prof. Dr.	IV-P9 6
Mallen, Christian	III-WS15 1
Malterud, Kirsti, Prof. Dr.	I-WS3 1
Mann, Eva	VI-VT15 4
Margraf, Jürgen, Prof. Dr.	IV-P7 9, VI-Symp6 5
Marschollek, Michael, Prof. Dr.	IV-P8 1
Martinez, Yolanda	III-P5 2
Martus, Peter, Prof. Dr.	V-VT12 Pecha Kucha Vortrag
Marx, Gabriella, Dr.	III-Symp2, III-Symp2 2
Matthiessen, Clara	I-VT5 5
Matt-Windel, Susanna, Dr.	V-VT10 1, V-VT10 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Mauer, Daniela	IV-P9 3, IV-P9 8
Maurer, Indre, Prof. Dr.	III-P4 6
Mauth, Konrad	III-P4 7
Mayer-Voigt, Stefan, Dr.	II-P1 1
Mcmanus, Richard	III-WS15 1
Meijs, Eline	IV-VT9 1
Meissner, Karin, Prof. Dr.	VII-WS46 1
Melis, Rene	IV-VT9 4
Mergeay, Anne, Dr.	V-ScSI Science Slam 5, VI-VT13 Pecha Kucha Vortrag
Mergenthal, Karola, Dr.	AG WiForMFA. IV-WS26 1, VI-Symp6 3, VII-Symp8 1, VII-Symp8 2, VII-Symp8 3, VII-Symp8 4
Messemaker, Anne	II-WS12 1, IV-P9 1, IV-P9 3, IV-P9 4, V-VT11 2
Metsemakers, Job Fm, Prof. Dr.	Keynote I 1
Metzelthin, Silke	IV-VT9 4
Metzendorf, Maria-Inti	VI-WS38 1
Metzing, Sabine, Prof. Dr.	Familienmedizin 6, Familienmedizin WS4
Meyer, Elisabeth	IV-VT8 2
Meyer, Fritz, Dr.	IV-VT8 2, VI-WS42 1



Michiels-Corsten, Matthias	I-VT1 2, I-VT1 3
Mihajlova, Marija, Dr.	III-P6 10, IV-P8 8
Mirescu, Marie-C.	VI-Symp5 1
Mischke, Claudia, Dr.	VII-VT19 2
Möckel, Martin, Prof. Dr.	III-P4 4
Moebus, Susanne, Prof. Dr.	I-VT5 5
Moll van Charante, Eric	IV-VT9 4
Mortsiefer, Achim, Dr.	Familienmedizin WS6, V-WS36 1
Muche-Borowski, Cathleen, Dr.	IV-WS28 1, VI-Symp6 4
Mücke, Natalie	V-WS36 1
Mühlenfeld, Hans-Michael, Dr.	VI-Symp6
Müller, Andreas, Dr.	I-VT3 1
Müller, Beate S., Dr.	I-VT1 5, IV-WS30 1
Müller, Christiane, Dr.	III-P4 6
Müller, Dirk, Dr.	I-VT2 4
Müller-Thur, Kathrin	I-VT5 4
Münch, Urs	III-Symp2 4
Münster, Eva, Prof. Dr.	II-P3 9, III-P6 1, IV-P7 4, IV-P7 8, IV-P8 6
Muntinga, Maaike	IV-VT9 4
Musselmann, Berthold, Dr.	VI-VT16 4
Müssig, Karsten	I-VT5 1
Muth, Christiane, Dr.	I-VT1 5, III-WS15 1

N

Nagdyman, Nicole, Dr.	III-P4 5
Nagel, Wolfram, Dr.	IV-WS27 1
Nauck, Friedemann, Prof. Dr.	III-Symp2 2
Neidenbach, Rhoia	III-P4 5
Nestler, Nadja, Dr.	III-P5 6
Neugebauer, Edmund, Prof. Dr.	VII-WS47 1
Nguyen, Xuan Quynh	I-VT5 3
Niebling, Wilhelm, Prof. Dr.	I-VT4 4, V-VT10 4, VI-Symp6 2, VII-VT17 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag, VII-VT17 4, VII-VT17 6
Nieder, Timo O., Dr.	IV-P7 10
Niesten, Dominique	VI-VT15 5
Nohavova, Iveta	V-ScSI Science Slam 2
Nowak, Peter, Dr.	II-WS6 1
Numans, Mattijs	IV-VT9 4



O

Ockelmann, Christine	VII-Symp8 3
Offenbacher, Martin, Dr.	III-VT7 1
Ohlwein, Simone	I-VT5 5
Oltrogge, Jan Hendrik, Dr.	III-P4 9, II-Symp1 3
Oslislo, Sarah	III-P4 4
Osterbrink, Jürgen, Prof. Dr.	III-P5 3, III-P5 6, VI-VT15 4
Özcebe, Hilal, Prof. Dr.	VI-VT16 3

P

Pankova, Alexandra, Dr.	V-ScSI Science Slam 2
Pausch, Christine, Dr.	VII-VT20 4
Pauscher, Lia	IV-P8 2, IV-P9 4, V-VT11 2
Pentzek, Michael, Dr.	I-WS2 1, III-WS22 1, VI-VT15 5, VI-Symp5 4, VI-WS44 1, VII-VT18 2, VIII-WS53 1
Peter, Lisa, Dr.	VI-VT14 4
Petersen, Juliana J., Dr.	VI-Symp6, VI-Symp6 3, VII-Symp8, VII-Symp8 1, VII-Symp8 2, VII-Symp8 3, VII-Symp8 4
Petruschke, Inga, Dr.	IV-P7 5, IV-P7 6
Petzold, Theodor	PCWS5 1, II-WS11 1, VII-VT18 4
Pfaff, Holger, Prof. Dr.	VII-WS47 1
Pfaffendorf, Mandy	II-P2 7
Pfisterer, David	IV-P8 4, VII-VT17 1
Piccoliori, Giuliano, Dr.	I-VT1 4, VI-VT14 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Pieper, Lars, Dr.	III-P4 5
Piest, Bernhard, Dr.	II-WS8 1
Pietrowsky, Reinhard, Prof. Dr.	V-VT12 2
Pilgrim, Christian, Dr.	VI-VT15 5
Pitzer, Stefan	III-P5 3
Plagg, Barbara, Dr.	VI-VT14 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Plath, Jasper	IV-P7 1
Ploner, Tina	I-VT1 6, VII-VT21 2
Pochert, Maik	I-VT3 4
Poetzschner, Reinald	IV-VT8 1
Poggenburg, Stephanie, Dr.	V-Symp4, V-Symp4 1, V-Symp4 2, V-Symp4 3, V-Symp4 4, V-Symp4 5, VII-VT17 2
Poguntke, Inga	V-VT10 4
Pohl, Jonathan	VII-VT20 1
Popert, Uwe, Dr.	IV-WS29 1, V-ScSI Science Slam 6, VII-WS50 1
Porzelt, Sarah	VI-Symp6 1
Posch, Nicole, Dr.	IV-P7 1
Prautzsch, Horst, Dr.	II-P3 3, IV-P9 5



Pregartner, Gudrun	VII-Symp8 1, VII-Symp8 2, VII-Symp8 4
Price, Christopher	II-WS5 2, III-P6 11
Pruskil, Susanne, Dr.	PCWS7 1
Pucher, Katharina K., Dr.	IV-P9 3, V-VT11 1
Pulst, Alexandra	III-P5 1
Puschmann, Egina, Dr.	VI-Symp6 1
Puth, Marie-Therese	II-P3 9, III-P6 1

R

Radbruch, Lukas, Prof. Dr.	II-P1 3, III-Symp2 3
Rademakers, Jany, Prof. Dr.	II-WS6 1
Rakebrandt, Anja	III-P4 9
Raker, Maria	II-VT6 3
Rauk, Sandra	VI-Symp6 3, VII-Symp8 1, VII-Symp8 2, VII-Symp8 3
Ravens-Taeuber, Gisela	IV-P8 2, VI-WS41 1
Rechtenwald, Christian, Dr.	PCWS6 1
Reddemann, Olaf, Dr.	PCWS7 1, Familienmedizin WS6, AG Psychosomatik 1, V-WS33 1, VII-WS47 1, VIII-WS56 1
Reeves, David	III-P5 2
Reinhardt, Klaus, Dr.	V-WS32 1
Reinhart, Konrad, Prof. Dr.	VII-VT20 4, VII-VT20 5
Renom-Guiteras, Anna	III-P5 2
Richter, Maria	VI-VT15 2
Richter, Thomas	III-P5 10
Rieckert, Anja	III-P5 4, III-P5 9, IV-P7 7
Riedl, Bernhard, Dr.	III-P6 4
Riemenschneider, Henna	PCWS9 1, I-VT2 5, II-P2 7
Robra, Bernt-Peter, Prof. Dr.	V-VT10 1, VII-VT20 1
Roden, Michael	I-VT5 1
Römer, Hermann Casper, Dr.	IV-P8 5, VII-VT17 5
Römhild, Josephine	IV-P7 6
Roos, Marco, Dr.	PCWS6 1, I-VT4 1, I-VT4 2, III-P6 3, VII-VT21 4
Rottlaender, Laura	IV-P7 2
Ruikes, Franca	IV-VT9 4
Ruissen, Andrea, Dr.	III-WS16 1
Rundel, Sophie	II-P3 5
Rüsing, Detlef	VI-VT15 4
Rüter, Gernot, Dr.	IV-VT8 4
Ryding, Elsa-Lena	VII-VT18 5



S

Sader, Robert, Prof. Dr.	IV-P8 2
Sakr, Yasser, Prof. Dr.	VII-VT20 4
Salm, Florian, Dr.	IV-P7 5, IV-P7 6
Sanftenberg, Linda, Dr.	II-P1 1, III-P4 5
Santos, Sara	PCWS9 1, VI-Symp5 4, VIII-WS53 1
Sappok, Hans-Ulrich, Dr.	VIII-WS55 1
Sauer, Maik, Dr.	VI-VT13 1
Saxena, Sonia	III-WS15 1
Schacher, Sylvia, Dr.	III-P4 3
Schaefer, Florian, Dr.	IV-VT8 1
Schaffer, Susann, Dr.	PCWS9 1, III-P6 3, VII-VT21 1, VII-VT21 4, VII-VT21 5
Schaffler-Schaden, Dagmar, Dr.	III-P5 3, VI-VT15 4
Schäffner, Julia, Dr.	IV-VT8 6
Schall, Arthur	IV-WS25 1
Schappert, Burkhard, Prof. Dr.	IV-P9 7, VI-WS39 1
Schedlbauer, Angela, Dr.	III-P6 3, VII-VT21 4, VII-VT21 5
Scheer, Michel, Dr.	VII-WS48 1
Schelle, Mercedes	IV-P7 9
Schelling, Jörg, Prof. Dr.	II-P1 1, III-VT7 1, III-P4 5, VI-VT14 2
Scherer, Martin, Prof. Dr.	III-WS19 1, III-P4 6, III-P4 9, IV-WS28 1, VI-Symp6 1, VI-Symp6 2, VI-Symp6 4
Schilling, Imke	VII-VT19 1
Schirmacher, Bianca, Dr.	PCWS4 1
Schlattmann, Peter, Prof. Dr.	III-P6 7
Schläwe, Bettina	IV-WS31 1, V-WS37 1
Schleef, Tanja	I-VT1 2, I-VT1 3, II-VT6 3
Schlender, Lisa	III-P5 2, III-P5 4, III-P5 9, IV-P7 7
Schlichting, Dana	III-P4 9
Schlosser, Beate, Dr.	IV-P7 5, IV-P7 6
Schlößler, Kathrin	PCWS9 1
Schluckebier, Iris	Familienmedizin WS7, VI-VT15 1, VI-WS43 1, VIII-WS57 1
Schmid, Matthias, Prof. Dr.	II-P3 9, III-P6 1
Schmid, Sara, Dr.	I-VT1 4
Schmidt, Anita, Dr.	I-VT4 2
Schmidt, Carsten Oliver, Prof. Dr.	III-P5 10
Schmidt, Konrad, Dr.	III-P6 7, VII-VT20 3, VII-VT20 4, VII-VT20 5
Schmiemann, Guido, Dr.	III-P5 1, VII-VT19 1, VII-VT21 3
Schmoor, Claudia, Dr.	V-VT10 4
Schmücker, Katja	IV-P7 5, IV-P7 6
Schnakenberg, Rieke	I-VT2 2, II-P1 2, II-P1 3, II-P3 1, IV-P7 2
Schneider, Antonius, Prof. Dr.	I-VT2 1, II-WS7 1, III-P6 4, IV-VT8 6, VII-WS46 1
Schneider, Dagmar, Dr.	III-WS21 1



Schneider, Georg, Dr.	III-P4 1
Schneider, Katharina Luise	III-P5 7, IV-P7 3
Schneider, Martin Werner, Dr.	III-P4 1
Schneider, Nico	VI-Symp6 5, VI-VT13 6, VII-VT20 3, VII-VT20 5
Schneider, Nils, Prof. Dr.	I-VT4 5, II-VT6 3, III-Symp2 1, III-Symp2 2, III-WS19 1, III-P5 5, IV-P8 1
Schneider-Rudt, Hannelore	IV-WS26 1
Schoch, Goentje-Gesine, Dr.	I-VT1 5
Schols, Angel	II-WS5 2, III-P6 11, IV-VT9 1
Schöne, Elisabeth	IV-P7 9
Schönsteiner, Dorothée, Dr.	II-P3 6, II-P3 8
Schönsteiner, Stefan, Dr.	II-P3 8
Schreier, Magdalena	III-P5 3
Schröder, Benjamin	II-P2 4
Schröder, Lisa	II-VT6 2
Schübel, Jeannine	I-VT2 5, I-VT3 4, VI-VT13 1, VI-VT15 3
Schubert, Ingrid, Dr.	I-VT1 5
Schultz, Myron, Dr.	III-P6 5
Schulz, Sven, Dr.	III-P6 7, VI-VT13 6
Schulz-Rothe, Sylvia	VII-Symp8 1, VII-Symp8 2, VII-Symp8 3
Schumacher, Nadine	II-P3 1
Schumacher, Ulrike	VI-Symp6 5
Schürer-Maly, Cornelia-C., Dr.	I-VT3 Pecha Kucha Vortrag
Schwabe, Sven	III-Symp2 3
Schweer, Katharina Elisabeth, Dr.	I-VT2 4, III-P6 9
Schwill, Simon, Dr.	PCWS2 1, IV-P8 4, V-VT11 4, V-VT11 5, VII-VT17 1
Seidel, Lavinia	III-P4 5
Semlitsch, Thomas	II-P3 5
Sennekamp, Monika, Dr.	IV-P9 1, IV-P9 4, V-VT11 2
Seymer, Alexander	VI-VT15 4
Sheikh, Aziz, Prof. Dr.	V-ScSI Science Slam 2
Siddiqi, Kamran, Prof. Dr.	V-ScSI Science Slam 2
Siebenhofer-Kroitzsch, Andrea, Prof. Dr.	II-P3 5, IV-P7 1, V-Symp4, V-Symp4 5, VII-VT17 2, VII-Symp8, VII-Symp8 1, VII-Symp8 2, VII-Symp8 3, VII-Symp8 4
Sieber, Cornel, Prof. Dr.	III-P6 6
Siegel, Achim, Dr.	V-VT10 4, VII-VT17 6
Sielk, Martin, Dr.	III-WS16 1
Siemonsma, Petra	IV-VT9 3
Siering, Ulrich, Dr.	VII-VT19 2
Sigle, August	VII-VT17 4
Simmich, Regina	VII-Symp7, VII-Symp7 1, VII-Symp7 2, VII-Symp7 3, VII-Symp7 4



Sirois, Fuschia, Prof. Dr.	III-VT7 1
Skatulla, Philipp	VI-WS45 1
Slok, Annerika	II-WS7 1
Soleski, Kiril, Dr.	III-P6 10, IV-P8 8
Sommer, Michael	VI-Symp6 5
Sommer, Susanne	PCWS2 1, III-WS21 1
Sommerauer, Christina, Dr.	III-P5 2, III-P5 9
Sönnichsen, Andreas, Prof. Dr.	I-VT1 4, II-P2 4, III-P5 2, III-P5 4, III-P5 9, III-P6 6, IV-P7 7, V-VT11 1, V-VT11 3
Spary-Kainz, Ulrike, Dr.	II-P3 5
Spoorenberg, Sophie	IV-VT9 4
Spörkel, Olaf, Dr.	I-VT5 2
Spreckelsen, Ove	Familienmedizin 4, III-VT7 5, V-ScSI Science Slam 5, VI-VT13 Pecha Kucha Vortrag
Spura, Anke, Dr.	V-VT10 1
Stanze, Henrikje	III-Symp2 2
Stausberg, Annika	III-P4 3
Steeb, Valerie	V-VT12 Pecha Kucha Vortrag
Stegemann, Rolf, Dr.	I-VT4 5, IV-P8 1
Stein, Albrecht, Dr.	PCWS4 1
Steinhausen, Simone, Dr.	VII-WS47 1
Steinhäuser, Jost, Prof. Dr.	PCWS2 1, II-VT6 2, III-VT7 6, III-WS18 1, III-WS21 1, V-VT11 4, VI-VT16 2, VII-VT19 3
Stenzel, Marit	VII-VT17 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Stephan, Astrid	I-VT5 1
Stephan, Seiter, Prof.	III-P4 2
Steudel, Henrike, Dr.	IV-P8 6
Stiel, Stephanie, Dr.	III-Symp2 1
Stijnen, Theo	IV-VT9 4
Stilgenbauer, Franziska, Dr.	III-P5 8
Stiller, Gerald	IV-P8 1
Stingl, Julia, Prof. Dr.	III-P5 7, IV-P7 3
Stock, Christian, Dr.	I-VT1 5
Stock, Stephanie, Prof. Dr.	I-VT2 4, II-WS6 1
Stoffers, Jelle, Dr.	IV-VT9 5, IV-WS24 1
Stolper, Erik, Dr.	III-WS14 1
Storr, Constanze, Dr.	IV-VT8 6
Streitlein-Böhme, Irmgard, Dr.	I-VT4 4, VII-VT17 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag, VII-VT17 4, VII-VT17 6
Stroppe, Sabine	VII-WS46 1
Stumm, Judith	VI-VT14 4
Sturm, Heidrun, Dr.	III-P4 2, III-P4 7, III-P4 8, V-VT12 Pecha Kucha Vortrag
Sturz, Thomas	IV-P8 7



Suijker, Jacqueline	IV-VT9 4
Sundmacher, Leonie, Prof. Dr.	V-VT12 Pecha Kucha Vortrag
Szecsényi, Joachim, Prof. Dr.	IV-P8 4, V-VT11 4, V-VT11 5, VI-VT16 4, VII-VT17 1
Szendroedi, Julia	I-VT5 1

T

Taubert, Stefen	VI-WS39 1
Teckentrup, Vanessa	III-P6 5
Teichmann, Anne-Lisa	III-P5 4, III-P5 9, IV-P7 7
Teismann, Tobias, Dr.	IV-P7 9, VI-Symp6 5
Tesky, Valentina, Dr.	IV-WS25 1
Tetzlaff, Britta	III-P4 6
Tetzlaff, Fabian	III-Symp2 1
Thielmann, Anika	II-P2 6, IV-VT8 3
Thies, Christian, Prof. Dr.	V-VT12 Pecha Kucha Vortrag
Thiessen, Nils, Dr.	IV-P9 8
Thürmann, Petra, Prof. Dr.	III-P5 5
Thys, Sarah, Dr.	VII-VT19 2
Tille, Torsten	III-P4 5
Tinsel, Iris	V-VT10 4, VI-Symp6, VI-Symp6 2
Tobert, Verena	II-P2 8
Tolksdorf, Alina	IV-P9 2
Tomandl, Johanna	III-P6 3, VII-VT21 1, VII-VT21 5
Tomaschko, Katrin	V-VT12 Pecha Kucha Vortrag
Toussaint, Anne, Dr.	III-P6 4, V-ScSI Science Slam 3
Toussaint, Loren, Prof. Dr.	III-VT7 1
Tschirner, Sabine	II-P1 3

U

Ufert, Marie	VIII-WS53 1
Uhl, Michael	I-VT4 4, VII-VT17 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Uhlmann, Lorenz, Dr.	I-VT1 5
Ulrich, Lisa Rebecca, Dr.	II-VT6 Pecha Kucha Vortrag, VII-Symp8 1, VII-Symp8 2, VII-Symp8 3, VII-Symp8 4
Ulrich, Raven	VII-VT20 1
Üner, Sarp, Prof. Dr.	VI-VT16 3
Uter, Wolfgang, Prof. Dr.	IV-Symp3 2



V

Vajda, Christian, Dr.	III-VT7 1
Valderas, Jose	III-WS15 1
Valentini, Jan, Dr.	VI-VT16 4
Valentini, Martina, Dr.	I-VT1 4
van Bokhoven, Loes, Dr.	III-VT7 2, III-VT7 3, III-VT7 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
van Den Akker, Marjan, Dr.	I-VT1 5, IV-VT9 5
van Den Hout, Wilbert	IV-VT9 4
van der Weijden, Trudy, Prof. Dr.	III-VT7 2, III-VT7 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag, IV-WS23 1
Van Dijk - de Vries, Anneke, Dr.	III-VT7 3
van Dongen, Jérôme	III-VT7 2
van Hespén, Ariette	IV-VT9 3
van Meeteren, Nico	IV-VT9 3
van Schayck, Onno, Prof.	II-WS7 1
van Well, Gijs, Dr.	IV-VT9 2
Veit, Iris, Dr.	PCWS7 1, V-WS35 1
Ventzki, Lena	II-P2 1
Venz, John	III-P4 5
Verheyen, Frank, Dr.	I-VT1 5
Verket, Marlo	I-VT5 2
Viniol, Annika, Dr.	I-VT1 1, I-VT1 2, I-VT1 3, I-VT1 6
Vitinius, Frank, Dr.	VII-WS47 1
Vogel, Amos	III-Symp2 2
Vögele, Anna, Dr.	I-VT2 1, III-P5 4, IV-P7 7, VI-VT14 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag, VI-VT16 5
Voigt, Karen, Dr.	PCWS9 1, I-VT2 5, I-VT3 4, II-P2 7, V-VT12 4, VI-VT13 1, VI-VT13 6, VI-VT15 3
Vollmar, Horst Christian, Prof. Dr.	III-P6 7, IV-P7 5, IV-P7 6, IV-P7 9, VII-VT20 5
Voltz, Raymond, Prof. Dr.	II-P1 3
von Büdingen, Fiona,	I-VT1 5
von Poellnitz, Paul, Dr.	VII-VT17 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Vu-Eickmann, Patricia,	I-VT3 1, I-VT5 3, II-P2 2, II-P2 3

W

Wagner, Hans-Otto, Dr.	III-WS19 1, III-P4 9
Wahl, Stefanie	I-VT5 4
Walker, Jochen, Dr.	VII-VT21 2
Walter, Martin, Prof. Dr.	III-P6 5
Waltering, Isabel	III-P5 6
Wangler, Julian, Dr.	II-P2 1, II-P2 5
Wartner, Anton, Dr.	II-Symp1 3



Waschkau, Alexander	III-WS18 1
Weber, Annemarie	III-VT7 1
Weckbecker, Klaus, Prof. Dr.	I-VT2 2, II-P1 2, II-P1 3, II-P3 1, II-P3 9, III-P5 7, III-P6 1, III-P6 8, IV-P7 2, IV-P7 3, IV-P7 4, IV-P7 8, IV-P8 3, IV-P8 6, IV-P9 8
Weckmann, G., Dr.	VI-VT15 6
Wegscheider, Karl, Prof. Dr.	VI-Symp5 1
Weidinger, Patrick	VIII-WS54 1
Weigel, Angelika, Dr.	II-P3 10
Weißbach, Sabine	III-P5 9, VI-VT15 1, VI-Symp5 1
Weltermann, Birgitta, Prof. Dr.	I-VT3 2, II-P2 6, IV-VT8 3, IV-P9 8, VII-VT17 5
Wensing, Michel, Prof. Dr.	VI-Symp6 5, VII-VT20 3, VII-VT20 4
Wenzel, Roman	I-VT2 4, III-P6 9
Werdecker, Lena	I-VT3 6
Werner, Christoph, Dr.	IV-VT8 6
Westerling, Ragnar, Prof. Dr.	VI-VT16 3
Weyers, Simone, Dr.	I-VT5 4
Widdershoven, Guy, Prof. Dr.	III-WS16 1
Wiedermann, Christian, Prof. Dr.	I-VT1 4, VI-VT14 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag, VI-VT16 5
Wiese, Birgitt	II-WS9 1, III-P5 5
Wilm, Stefan, Prof. Dr.	Familienmedizin 1, Familienmedizin WS6, I-VT5 2, II-Symp1, III-P5 5, IV-Symp3, VI-VT15 1, VI-Symp5, VI-Symp5 1, VI-Symp5 4, VII-WS47 1, VIII-WS53 1
Wind, Annet	IV-VT9 4
Winkens, Bjorn, Dr.	IV-VT9 2
Witkamp, Leonard, Prof. Dr.	V-VT12 Pecha Kucha Vortrag
Woehr, Matthias	V-VT12 Pecha Kucha Vortrag
Wolf, Edeltraut	I-VT3 Pecha Kucha Vortrag
Wolf, Florian, Dr.	V-VT10 5
Wollny, Anja, Dr.	VI-Symp5 4, VII-VT18 3
Woodham, Adrine	III-P5 2, IV-P7 7
Wöpking, Marie	V-VT10 1, V-VT10 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Worrack, Susanne	VII-VT20 3
Wunder, Armin, Dr.	PCWS1 1, IV-P9 1, IV-P9 4, V-VT11 2, VI-WS41 1
Wurm, Laura Raffaella	VI-VT15 4
Wynia, Klaske	IV-VT9 4



Z

Zeitler, Hans-Peter, Prof. Dr.	II-P3 8
Zelko, Erika, Dr.	V-Symp4 4
Zerbe, Stefan, Prof. Dr.	VI-VT14 One-Slide-Five-Minutes-Vortrag
Zezulka, Sophie Jana	III-P6 7
Zier, Ulrike	IV-P7 4, IV-P7 8
Zimak, Carolin	III-P5 10
Zimmermann, Thomas, Dr.	PCWS8 1, VI-Symp6, VI-Symp6 1, VI-Symp6 4
Zipfel, Matthias, Dr.	I-VT2 2
Zutz, Stefan	Familienmedizin WS2
Zvolska, Kamila, Dr.	V-ScSI Science Slam 2

