

# Wie könnte unsere Fortbildung in 15 Jahren aussehen?

Nachdem der Frontalunterricht von der Fortbildung in Seminarform abgelöst wurde, scheint sich die Fortbildung im Rahmen von Qualitätszirkeln und standardisierten Interventionen als effizienteste Form zu etablieren. Am WONCA-Kongress in London konnte man davon einen Eindruck bekommen.

La formation continue sous forme de séminaires avait déjà remplacé l'enseignement frontal. Aujourd'hui les cercles de qualité et interventions standardisées semblent s'établir comme la forme la plus efficace de l'enseignement. On pouvait en avoir l'exemple au congrès WONCA de Londres.

*Daniel Gelzer*

Noch vor wenigen Jahren bestand der grösste Teil unserer Fortbildung aus Vorlesungen und Vorträgen, also aus Frontalunterricht, der an den grossen Spitälern oder Universitätskliniken stattfand. Die Klinikleiter und Spezialisten bestimmten Thema und Inhalt der Veranstaltungen; die einzelnen Vorträge liefen nach dem Schema Anatomie, Pathophysiologie, Klinik und Therapie ab. Die Fortbildung befand sich fest in der Hand der Fakultäten. Die vor 20–30 Jahren einsetzende Erforschung und Evaluation von Ausbildungsgängen und Lernverhalten stellte diese Formen der Fortbildung zunehmend in Frage, da sie wenig geeignet schien, Verhalten in der Praxis zu ändern und die in der Alltagsarbeit der HausärztInnen wesentlichen Fragestellungen zu beantworten. Parallel dazu entwickelte sich das Selbstbewusstsein der GrundversorgerInnen, damals lediglich ÄrztInnen für Allgemeinmedizin genannt, was sich unter anderem in der Gründung der SGAM manifestierte. Von Grossbritannien und Holland her beeinflusst, setzte sich auch in der Schweiz zunehmend das Bewusstsein durch, dass die Hausarztmedizin eine eigenständige Disziplin darstellt, die eigene Fragestellungen für die Forschung und die Weiterbildung entwickeln muss sowie ihren eigenständigen Platz in der Studentenausbil-

dung und der Postgraduate-Weiter- und Fortbildung haben sollte. Diese Erkenntnisse führten unter anderem auch zu Veränderungen in unserer Fortbildung. Diese wurde und wird zunehmend in interaktiver Art im Seminarstil angeboten, und viel öfter arbeiten HausärztInnen in den Programmkommissionen mit.

## Vom Qualitätszirkel zu standardisierten Interventionen

Den vorläufig letzten Schritt in dieser Entwicklung stellen die Qualitätszirkel dar, die seit Anfang der neunziger Jahre zunehmende Verbreitung finden. Sie stellen die Bedürfnisse der HausärztInnen ganz ins Zentrum, indem diese als Experten fungieren. Einen weiteren, zukunftssträchtigen Schritt, der die Qualitätszirkelarbeit ergänzen könnte, stellen möglicherweise standardisierte, themenzentrierte Interventionen für grössere Gruppen von HausärztInnen, die von universitären Instanzen für Hausarztmedizin angeboten werden, dar. Am Kongress der «WONCA Europe» in London wurden eine ganze Reihe derartiger Interventionen vorgestellt, die teils erste Forschungsergebnisse darstellen oder aber bereits erfolgreiche Ergebnisse vorweisen konnten. Im folgenden stelle ich einige dieser Studien kurz vor.

## Standardisierte Interventionsstudien

### *Reduktion des Antibiotika-Verbrauchs bei Husten durch Information*

Eine belgische Gruppe versuchte mittels verschiedenen Interventionen zu erreichen, dass bei Husten Antibiotika nach rationalen, den Guidelines entsprechenden Indikationen verschrieben werden. Belgien gehört zu den Ländern mit relativ hohem Antibiotika-Verbrauch; so werden z.B. bei Atemwegsinfektionen in Belgien doppelt so oft Antibiotika wie in Holland verschrieben. An der Studie, die zwischen Februar und April 2000 und 2001 durchgeführt wurde, nahmen 85 Hausärzte teil, die in eine Interventions- und Kontrollgruppe randomisiert wurden. Jeder schloss 20 konsekutive Patienten mit akutem Husten ein. Die Interventionsgruppe erhielt die Guidelines zur Behandlung von akutem Husten, wurde von einem Studienmitarbeiter besucht und in einem Gespräch über die

nicht-klinischen und nicht-medizinischen Faktoren orientiert, die häufig zu einer Antibiotika-Verordnung führen. Parallel dazu fand (zufällig) im Januar 2001 eine Medienkampagne statt, welche die Bevölkerung über den Nutzen und die Indikation von Antibiotika informierte. Die Daten von 58 Praktikern konnten ausgewertet werden. Die Häufigkeit der Antibiotika-Verschreibungen konnte in der Interventionsgruppe mehr als in der Kontrollgruppe vermindert werden. Die Schlussfolgerung der AutorInnen der Abteilung für Hausarztmedizin der Universität Antwerpen war, dass sich wohl alle, ob Kontroll- oder Interventionsgruppe, mit der Antibiotika-Verschreibung beschäftigten und diese insgesamt rationaler durchführten, dass kurz nach der Intervention die Motivation, rational zu verschreiben, am höchsten ist und dass die Medienkampagne eine nicht zu unterschätzende Wirkung hatte.

#### *Reduktion des Antibiotika-Verbrauchs durch Reserveverordnung*

Eine holländische Gruppe versuchte nachzuweisen, ob die Abgabe eines Rezepts für Antibiotika, die im Falle eines Nichteintreffens der Besserung nach 48 Stunden eingenommen werden sollen, machbar sei. Acht Hausärzte verschrieben in 6 Monaten 2891 Antibiotika-Therapien. 117 davon waren Re-

serve-Rezepte, von denen 65 eingelöst wurden. Generell war bei diesen 8 Hausärzten die Antibiotika-Verschreibung um 15% niedriger als bei vergleichbaren Praxen. Obwohl in Holland Antibiotika bereits zurückhaltend verschrieben werden, ist die Abgabe von Reserve-Rezepten möglich und durchführbar und trägt zu einer weiteren Reduktion des Antibiotika-Gebrauchs bei. Dass die Studiengruppe eine niedrigere Antibiotika-Verschreibungsrate hat, hängt wohl ebenfalls damit zusammen, dass eine intensivere Auseinandersetzung mit der Indikationsstellung die Häufigkeit reduziert.

#### *Verbesserung der Sekundärprävention in der Behandlung der koronaren Herzkrankheit (KHK) durch Information*

Eine Reihe von Studien aus England und Holland setzten sich mit der Frage auseinander, wie die Sekundärprävention bei koronarer Herzkrankheit verbessert werden kann. In diesen Studien wurde die Interventionsgruppen jeweils an Seminaren oder durch Besuche von Studienmitarbeitern geschult. Je kontinuierlicher diese Interventionen stattfanden, desto besser waren die Resultate.

#### *Häufigere Palliativpflege zu Hause durch Netzwerkaufbau*

Eine weiteres faszinierendes Projekt stellt ein Netzwerk zur Verbesserung der Palliativpflege und -betreuung in den Gemeinden von West Yorkshire in England dar. Ausgehend von der Feststellung, dass die meisten Krebskranken lieber zu Hause sterben möchten, die Realität aber umgekehrt ist, wurde von Hausärzten zusammen mit einer Krebs-Stiftung und Onkologiediensten ein Netzwerk aufgebaut, eingerichtet und alle Beteiligten geschult. Kernpunkte dabei sind eine optimale Vernetzung aller Beteiligten, die vorausschauende Planung und Information der Patienten und deren Angehörigen sowie die Auswertung der Ergebnisse. Die Ergebnisse waren ermutigend, das Projekt erfolgreich, so dass es nun auf weitere Regionen ausgedehnt wird.



### **Das Spezielle dieser Studien**

Nun, was ist speziell an diesen Projekten und Studien? Zuallererst, dass sie von HausärztInnen und Abteilungen für Hausarztmedizin

an den Fakultäten konzipiert und in Hausarztpraxen durchgeführt wurden. Ob ein Netzwerk für Palliativ-Betreuung von der onkologischen Abteilung des Universitätsspitals aufgebaut oder von Hausärzten und Spitzex auf die Beine gestellt wird, macht einen Unterschied, da die HausärztInnen eine andere Sicht haben. Der zweite wichtige Punkt ist, dass alle Massnahmen und Interventionen evaluiert werden.

Natürlich kann beim Grossteil dieser Studien eingewendet werden, dass der Zuwachs an Erkenntnis gering und das Resultat nicht besonders überraschend sei. Doch haben die vorgestellten Studien und Projekte einen Einfluss auf die Praxis, indem sie im Alltag zu einer Verhaltensänderung und einer Qualitätsverbesserung führten. Gerade die oft einfache Fragestellung und einfache Anlage dieser

Studien kann auch Mut machen, derartige Fragestellungen selber, z.B. in einem Qualitätszirkel zu bearbeiten. Wenn in einer idealen Qualitätszirkelarbeit eine zweite Datenerhebung durchgeführt wird, findet im Kleinen das statt, was in all diesen Studien und Projekten gelaufen ist. Nun haben wir in der Schweiz keine grossen universitären Hausarzt-Institute, die uns bei der Durchführung derartiger Studien unterstützen oder uns anleiten. Doch gibt es das Horten-Zentrum sowie die Institute für klinische Epidemiologie in Basel und Genf, die uns HausärztInnen bei derartigen Unterfangen unterstützen können. Diese Art von Forschung könnte für unsere Fortbildung in den nächsten Jahren zunehmend wichtig werden und die Qualitätszirkelarbeit in einer fruchtbaren Art und Weise ergänzen.

## Cyberslang für jedermann

Silva Keberle

In dieser Kleinstrubrik veröffentlicht PrimaryCare die bekanntesten Kürzel, die im E-Mail-Verkehr und vor allem in Chatgroups Anwendung finden. CU!

### W

<b>W3C</b>	Kurz für <i>World Wide Web Consortium</i> .	<b>wiz</b>	Kurz für <i>wizard</i> , eigentlich «Zauberer», Hilfestellung zur Konfigurierung und Benutzeranpassung eines Programmes.
<b>W8</b>	Kurz für <i>wait</i> , warte.	<b>wk</b>	Kurz für <i>who knows</i> , wer weiss.
<b>waef</b>	Kurz für <i>when all else fails</i> , wenn alles andere nicht funktioniert.	<b>wtf</b>	Kurz für <i>what the f*ck</i> .
<b>WAIS</b>	Kurz für <i>Wide Area Information System</i> .	<b>wth</b>	Kurz für <i>what the hell (...)?!</i> , was, zum Teufel (...)?!
<b>WAN</b>	Kurz für <i>Wide Area Network</i> .	<b>www</b>	Kurz für <i>world wide web</i> , der bekannteste und meistgenutzte Bereich des Internet.
<b>wasA</b>	Kurz für <i>warte auf schnelle Antwort</i> .	<b>WYSIWYG</b>	Kurz für <i>what you see is what you get</i> , «was Du siehst, ist, was Du bekommst», Bezeichnung bei z.B. HTML-Editoren.
<b>wbigb</b>	Kurz für <i>warte, bis ich gross bin</i> .		
<b>wc</b>	Kurz für <i>who cares</i> .		
<b>WE!</b>	Kurz für <i>Wochenende!</i>		
<b>WIN</b>	Deutsches Wissenschaftsnetz.		