

Diplomarbeit

Forschungsfragen aus Hausarztpraxen

eingereicht von
Michael Orso

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktor der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der
Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am
**Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte
Versorgungsforschung**

unter der Anleitung von
**Univ.-Prof. Dr. med. univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch
Univ.-Ass. Dr. med. Stephanie Poggenburg**

Graz, am 28. März 2017

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 28. März 2017

Michael Orso eh

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	ii
Abkürzungen	iv
Abbildungsverzeichnis.....	iv
Tabellenverzeichnis.....	iv
Zusammenfassung.....	v
Abstract	vi
1 Einleitung	1
1.1 Was ist Versorgungsforschung?	1
1.2 Versorgungsforschung in Österreich	2
1.3 Hausärztinnen und Hausärzte als Forscher	3
1.4 Forschungsfragen von Hausärztinnen und Hausärzten	4
2 Fragestellung	6
3 Material und Methoden.....	7
3.1 Studiendesign und Ablauf	7
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	10
3.3 Das PICO-Schema.....	10
3.4 Ableitbarkeit einer Forschungsfrage.....	10
3.5 Das Telefoninterview.....	11
3.6 Beratung im Gremium	14
3.7 Der Fragebogen	14
3.8 Statistische Auswertung	15
4 Ergebnisse – Resultate	16
4.1 PICO-Schema	17
4.2 Ableitbarkeit einer Forschungsfrage.....	18
4.3 Ergebnisse des Telefoninterviews.....	18
4.4 Beratung im Expertengremium.....	19
4.5 Rücklauf gesamt	20
4.6 Rücklauf von Ärzten mit Interesse an der Forschung.....	21
4.7 Frage 1.....	21
4.8 Frage 2.....	22
4.9 Frage 3.....	23
4.10 Frage 4.....	24
4.11 Frage 5.....	25
4.12 Frage 6.....	26
4.13 Frage 7.....	27

4.14	Frage 8.....	28
4.15	Frage 9.....	29
4.16	Frage 10.....	30
4.17	Übersicht.....	31
4.18	Gesamtpunkte.....	32
5	Diskussion.....	33
5.1	Forschung und Versorgungsforschung	33
5.1.1	Besonderheit der Versorgungsforschung	33
5.1.2	Rolle der Primärversorger in der Versorgungsforschung.....	35
5.1.3	Warum sollten Hausärztinnen und Hausärzte an Forschung partizipieren?.....	36
5.1.4	Was motiviert Hausärztinnen und Hausärzte zur Teilnahme an Versorgungsforschungsprojekten?.....	37
5.2	Erstellen von Forschungsfragen.....	38
5.3	Von Hausärztinnen und Hausärzten als relevant bewertete Forschungsfragen.....	39
5.3.1	Gatekeeping	40
5.3.2	Rückenschmerzen	42
5.4	Forschung im Praxennetzwerk.....	44
5.5	Limitationen.....	45
5.6	Ausblick.....	46
5.7	Schlussfolgerungen.....	46
	Literaturverzeichnis	48
	Anhang – Brief an Hausärztinnen und Hausärzte	53
	Anhang – Interviewleitfaden	56
	Anhang – Bewertung des Expertengremiums	61
	Anhang – PICO-Score.....	62

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
AM	Allgemeinmedizin
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
HÄ	Hausärztinnen und Hausärzte
IAMEV	Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
PBRN	practice based research network

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studienablauf	9
Abbildung 2: Ablauf Telefoninterview	13
Abbildung 3: Kuchendiagramm PICO-Verteilung	18
Abbildung 4: Rücklauf	20
Abbildung 5: Frage 1	21
Abbildung 6: Frage 2	22
Abbildung 7: Frage 3	23
Abbildung 8: Frage 4	24
Abbildung 9: Frage 5	25
Abbildung 10: Frage 6	26
Abbildung 11: Frage 7	27
Abbildung 12: Frage 8	28
Abbildung 13: Frage 9	29
Abbildung 14: Frage 10	30
Abbildung 15: Übersicht	31
Abbildung 16: Gesamtpunkte	32
Abbildung 17: Gatekeeping-Schema (69)	40
Abbildung 18: Ausgewählte chronische Krankheiten, 12-Monats-Prävalenz (76)	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über genannte Forschungsthemen	17
Tabelle 2: Forschungsthemen, die die Kriterien des PICO-Schemas berücksichtigen	18
Tabelle 3: Bewertung der Forschungsfragen durch das Expertengremium.....	20

Zusammenfassung

Einleitung

Versorgungsforschung als interdisziplinärer Forschungsansatz, der die Prozesse, Ergebnisse und Rahmenbedingungen von Gesundheitsversorgung mit wissenschaftlichen Methoden untersucht, wird zunehmend auch in Hausarztpraxen durchgeführt. In der Mehrzahl werden die zu beforschenden Gegenstände den Hausärztinnen und Hausärzten (HÄ) von dritter Seite vorgegeben; weniger üblich ist es, dass HÄ in den Prozess, Forschungsfragen zu generieren, eingebunden werden. Verschiedentlich konnte gezeigt werden, dass eine frühe und aktive Einbindung der teilnehmenden HÄ in den Forschungsprozess die Motivation der HÄ zur Teilnahme an Forschungsprojekten deutlich steigern konnte.

Methode

Für die vorliegende Arbeit wurden alle (1015) steirischen HÄ mittels eines ersten Fragebogens angeschrieben und gebeten, für sie relevante Forschungsfragen bzw. -themen zu nennen. Diese Vorschläge wurden hinsichtlich ihrer Formulierung als Forschungsfrage oder -thema, ihrer Machbarkeit und des Vorliegens von Ergebnissen aus wissenschaftlicher Forschung durch ein Expertengremium beurteilt. Die so identifizierten, machbaren Fragestellungen wurden mittels semistrukturierter Interviews mit den die Frage stellenden HÄ entsprechend dem PICO Schema umformuliert, strukturiert und erneut vom Expertengremium hinsichtlich Ihrer Relevanz für einen Wissenszuwachs der Allgemeinmedizin priorisiert. Die 10 als am relevantesten eingestuften Forschungsfragen wurden danach mittels eines zweiten Fragebogens allen steirischen HÄ vorgelegt und von diesen hinsichtlich ihrer Relevanz für den hausärztlichen Alltag auf einer vierstufigen Skala bewertet.

Ergebnisse:

Die 133 von den HÄ genannten Forschungsthemen und -fragen setzten sich aus 105 allgemeinen Themen und 28 konkreten Forschungsfragen zusammen, welche inhaltlich kategorisiert und vom Expertengremium gesichtet wurden. 17 davon wurden als machbar im Hinblick auf wissenschaftliche Beantwortbarkeit durch ein Forschungsprojekt bewertet und strukturiert. Nach einer erneuten Sichtung der nun strukturierten Fragen wurden 10 Forschungsfragen durch das Expertengremium als am relevantesten hinsichtlich eines Erkenntnisgewinns für die Allgemeinmedizin eingeschätzt und an alle 1015 steirischen HÄ gesendet. 14,7 % der angeschriebenen HÄ nahmen an der Reihung nach Praxisrelevanz dieser Fragen teil und bewerteten die Frage nach der Sinnhaftigkeit eines Gatekeeping-Systems im Gegensatz zur freien Facharztwahl und der Bewertung einer medikamentösen vs. einer physiotherapeutischen Therapie bei Rückenschmerzen im Hinblick auf die Reduktion der Krankenstandstage als am relevantesten.

Schlussfolgerung:

Das Ergebnis dürfte einerseits durch die aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen zur ärztlichen Primärversorgung der österreichischen Bevölkerung zu erklären sein; darüber hinaus ist für HÄ die Wirksamkeit bestimmter therapeutischer Maßnahmen bei einem häufigen Beratungsanlass im Hinblick auf die Dauer der Arbeitsunfähigkeit relevant. Beide Fragestellungen betonen darüber hinaus das Bewusstsein der HÄ für die durch sie verursachten Folgekosten im Sozialsystem. In einem nächsten Schritt sollen die als äußerst relevant bewerteten Fragen

hinsichtlich ihrer Beantwortbarkeit (Literaturrecherche, Fortbildung über ggf. existierende Leitlinien, Forschungsprojekt im Rahmen einer Studie) methodisch kategorisiert und in weiterer Folge bearbeitet werden.

Abstract

Introduction:

The interdisciplinary approach of Health Services Research that investigates the processes, results and surrounding conditions of health care with scientific methods is more and more adopted to family doctors' offices. Most of the time the research objectives are defined by a third party and family doctors are rarely included in the process of finding the research questions. Several studies found that an early and active integration of family doctors into the research process increases motivation of the participating doctors enormously. Moreover, it is to be expectable that research topics have a higher degree of practical relevance and that doctors identify themselves stronger with the results.

Material and methods:

We sent all Styrian general practitioners (GPs) (1015) a first questionnaire and asked them what they thought are relevant research questions or topics. The answers were checked by a board of experts whether they are feasible and if there are results from other scientific studies already. The resulting questions were then specified by a semi structured interview with the GPs themselves. We tried to adhere them to the PICO scheme. Afterwards the board of experts ranked them by scientific relevance for the field of general medicine. The top 10 research questions were then send back via a second questionnaire to all Styrian GPs and we asked them to rank them by relevance for their everyday work with patients on a four-item scale.

Results:

The 133 research topics contain 105 general topics and 28 specific research questions which were categorized in regards to content. 28 specified research questions were looked at by the board of experts and 17 of them were rated feasible. After another classification, there were 10 research questions left and they were sent to all 1015 Styrian GPs. 14,7% of them answered our questionnaire and helped to rank the 10 questions in regard to practical relevance. The GPs rated the questions whether a gatekeeping model would be better than a model with a free choice of doctors and if drugs or exercise therapy would decrease the inactive period due to sick leave at a higher extend.

Conclusion:

The reason for the results could be the ongoing health policy debate about primary health in Austria and the real frequency of certain illnesses and the necessity of a therapeutic decision in the day-to-day work of GPs. Both questions emphasise the GPs awareness about the consequential costs they produce in the health care system. The next objective should be to try to evaluate the questions that were stated very relevant in regards to their feasibility (literature research, further education about existing guidelines, research projects within a study) and further work on them.

1 Einleitung

Die Medizin als praxisorientierte Erfahrungswissenschaft sieht sich ständig vor die Herausforderung gestellt einerseits im individuellen Kontakt mit Patientinnen und Patienten aufgrund persönlichen Wissens und erlernter Fähigkeiten Krankheiten zu heilen und Leid zu lindern als auch unter Berücksichtigung der bestmöglichen wissenschaftlichen Erkenntnisse das für die Patientinnen und Patienten und von den Patientinnen und Patienten gewünschte Therapieziel zu erreichen. Ein Großteil ärztlichen Wissens basiert auf Ergebnissen der Grundlagenforschung. In vielen Fällen ist aber die Umsetzung der aus der Grundlagenforschung geforderten medizinischen Maßnahmen und die daraus resultierenden Effekte für die Patientinnen und Patienten noch unerforscht. Dieser Forschungsansatz wird mit der Versorgungsforschung verfolgt.

1.1 Was ist Versorgungsforschung?

Versorgungsforschung stellt einen interdisziplinären Forschungsansatz dar, der die Prozesse, Ergebnisse und Rahmenbedingungen von Gesundheitsversorgung mit wissenschaftlichen Methoden untersucht (1). Da die Versorgungsforschung die letzte Stufe des Innovationstransfers in die Praxis der Patientenversorgung untersucht, wurde sie von Pfaff (2) auch als „letzte Meile“ bezeichnet. International wird Versorgungsforschung auch als „Outcomes Research“ und „Health Services Research“ bezeichnet (3).

Inhaltlich betrachtet die Versorgungsforschung sowohl die Mikroebene des Gesundheitssystems, d.h. sie beschäftigt sich mit der Kranken- und Gesundheitsversorgung in den Krankenhäusern, Arztpraxen und sonstigen Gesundheitseinrichtungen (4) als auch die Meso- und Makroebene des Gesundheitssystems, d.h. Krankenkassen, Ärzteverbände und Selbsthilfeorganisationen.

Mit Krankenversorgung ist dabei die Betreuung, Pflege, Diagnose, Behandlung und auch Nachsorge von Patienten durch medizinische und nicht-medizinische Anbieter von Gesundheitsleistungen sowohl in medizinischer als auch psychosozialer

Hinsicht gemeint und umfasst sowohl individuumsbezogene als auch populationsbezogene Maßnahmen. (2)

Die grundlagenorientierte Versorgungsforschung beschäftigt sich dabei vorwiegend damit, wie soziale Faktoren, Finanzierungssysteme, Organisationsstrukturen und -prozesse, Gesundheitstechnologien und individuelle Verhaltensweisen den Zugang zum Gesundheitssystem sowie Qualität und Kosten der Gesundheitsversorgung und damit letztlich auch Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen (3), während die anwendungsorientierte Versorgungsforschung auf der Basis des durch Grundlagenforschung generierten Wissens innovative Versorgungskonzepte und -strukturen zu entwickeln versucht (Konzeptentwicklung), die Umsetzung dieser neuen Konzepte unter Alltagsbedingungen begleitend evaluiert (Begleitforschung) und letztlich deren Wirksamkeit erforscht (Outcomeforschung).

Untersucht wird nicht unter sterilen Laborbedingungen, sondern unter den alltäglichen Bedingungen, die tätige Ärztinnen und Ärzte in Spitalsambulanzen aber vor allem auch in Hausarztpraxen vorfinden. Der Schwerpunkt liegt hier auf der Untersuchung des Nutzens vorsorglicher, heilender aber auch rehabilitativer und palliativer Versorgungsleistungen in einem für die Hausarztpraxis repräsentativen, inhomogenen Patientenkollektiv.

Vor dem Hintergrund stetig steigender Kosten im Gesundheitssystem ist die Versorgungsforschung auch von großer Bedeutung, wenn es darum geht die Grundlage für Allokationsentscheidungen der großen Player im Gesundheitswesen wie der Gebietskrankenkassen und anderer Institutionen zur Verfügung zu stellen. (5)

1.2 Versorgungsforschung in Österreich

Während es in vielen Ländern wie z.B. Großbritannien, den USA, Australien, Kanada und den Niederlanden (6) eine lange Tradition von praxisrelevanter Versorgungsforschung gibt, so gilt dies insbesondere nicht für Österreich (7).

Es befassen sich noch zu wenige Studien mit versorgungsrelevanten, medizinischen Alltagsproblemen, obwohl Primärversorgung weite Forschungsmöglichkeiten bietet. Existierende Forschungsprojekte werden oft in idealisierten und unterrepräsentierten Patientengruppen durchgeführt. (8)

Die erst kurze Tradition allgemeinmedizinischer universitärer Institute dürfte in einem Zusammenhang mit der geringen Anzahl versorgungsforschungsrelevanter

Forschungsprojekte in Österreich zu sehen sein: An der Medizinischen Universität in Wien eröffnete 1991 das österreichweit erste Departement für Allgemeinmedizin. Daraufhin folgten die Gründung allgemeinmedizinischer Institute 2006 in Salzburg und 2015 in Graz (9); in Linz ist die allgemeinmedizinische Lehre seit 2016 aktiv, mit der Errichtung eines allgemeinmedizinischen Lehrstuhls wird in Zukunft gerechnet. Mit der universitären Präsenz der Allgemeinmedizin ist ein erster, kleiner, aber ebenso wichtiger Schritt getan, um auch in Österreich effektive und effiziente Versorgungsforschung betreiben zu können. Es hat sich nämlich gezeigt, dass die Rekrutierung und Einschulung der nötigen Praxen für diese Art der Forschung einen immensen Aufwand darstellt. (10)

Das Grazer Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung (IAMEV) hat es sich zum erklärten Ziel gesetzt ein zentral organisiertes Forschungspraxen-Netzwerk zunächst in der Steiermark und später auch in ganz Österreich ins Leben zu rufen, um so in Zukunft effizienter Versorgungsforschung betreiben zu können.

1.3 Hausärztinnen und Hausärzte als Forscher

Zu den Motiven die Hausärztinnen und Hausärzte dazu bewegen an Forschungsprojekten partizipieren zu wollen, existiert international eine breite Datenbasis. In Studien des IAMEV und auch in vielen weiteren konnte gezeigt werden, dass die „praktische Relevanz der Fragestellung“ eine große Bedeutung für die Teilnahme an einem Forschungsprojekt hat (11-13). Ebenso spielt die klinische Bedeutung eine große Rolle als Motivator für eine Mitarbeit an Forschungsprojekten (14) und hier insbesondere auch das Ziel der Verbesserung der Patientenversorgungsqualität (7). Ermöglicht man darüber hinaus den Hausärztinnen und Hausärzten die Beteiligung bei der Erarbeitung der Studienfragestellung, so erhöht dies die Wahrscheinlichkeit einer ausreichenden Patientenrekrutierung (13).

Auch in überregionalen Studien konnte gezeigt werden, dass pekuniäre Gründe deutlich weniger motivierend für die Forschungsteilnahme waren als inhaltliche Faktoren. Insbesondere die Arbeitsschwerpunkte der Allgemeinmedizin in Forschungsprojekten abbilden zu können und hieraus auch persönlich durch einen Wissenszuwachs zu profitieren, scheint ein deutlich höherer Anreiz zur Teilnahme

an Forschungsprojekten zu sein als eine rein finanzielle Aufwandsentschädigung. (15)

Daher sollte auch bei der Planung zukünftiger Forschungsprojekte die allgemeinmedizinische Relevanz und Umsetzbarkeit berücksichtigt werden, um möglichst zu messbaren Ergebnissen des Patientenoutcomes zu führen. Auch Peters-Klimm et al. konnten zeigen, dass die praktische Relevanz der durchgeführten Studie und der persönliche Lerneffekt die größten Motivatoren zur Teilnahme an einer solchen waren. (12)

1.4 Forschungsfragen von Hausärztinnen und Hausärzten

Aus der Literatur zeigt sich, dass sich Ärztinnen und Ärzte in ihrer täglichen Arbeit eine Vielzahl von Fragen stellen, wobei die Anzahl der gestellten Fragen sehr stark variiert. So geben unterschiedliche Autoren 18 bis 577 Fragen pro 100 Konsultationen an. (16-18)

Ein Großteil der Fragen dreht sich um spezifische Diagnostik und Therapie, so konnten Covell et al. 33% aller Fragen in diese Kategorie einordnen (18). Bei einer spanischen Befragung bezogen sich 53% der Fragen auf die Diagnose und 26% der Fragen betrafen die adäquate Therapie, wobei sich die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in 20,5% der Fälle die Frage stellten, welche Ursache ein bestimmtes Symptom haben könnte. (17)

Im Vereinigten Königreich hatten Fragen nach der richtigen Therapie einer Erkrankung einen Anteil von 35% von allen von den HÄ gestellten Fragen. (19)

Gorman et al. versuchten in ihrer Untersuchung zu beantworten, ob von HÄ gestellte Forschungsfragen durch medizinische Fachliteratur beantwortet werden kann. Sie konnten zeigen, dass 46% der Fragen durch die Fachliteratur beantwortbar waren. Auf immerhin 54% der hausärztlichen Fragen konnte durch eine Literaturrecherche aber keine befriedigende Antwort gefunden werden. (20)

Der überwiegenden Anzahl von Forschungsfragen, die bearbeitet werden, liegen Interessen kommerzieller Entwickler (z.B. pharmazeutische Industrie), Vorgaben von Zulassungsbehörden oder biomedizinische Zielsetzungen zugrunde (21). Fragestellungen von Klinikern sind häufig nicht relevant für die hausärztliche Praxis (22), da sie nur selektive Patientenpopulationen untersuchen und oft hausärztlich

und patientenrelevante Endpunkte, die eher qualitativ erfasst werden, nicht berücksichtigen. (22)

Um zu Forschungsergebnissen zu gelangen, die im hausärztlichen Alltag effektiv umgesetzt werden können und zu messbaren Ergebnissen führen, sollten daher die spezifischen Bedingungen (Multikausalität, Komplexität, multiple Determinanten) die in Versorgungsforschungsprojekten dargestellt werden, berücksichtigt werden. (23)

2 Fragestellung

Versorgungsforschungsprojekte sind in Österreich bislang unterrepräsentiert. In Österreich, wie aber in vielen anderen Ländern auch, werden größtenteils Forschungsprojekte durchgeführt, deren Umsetzbarkeit auf die strukturellen und inhaltlichen Bedingungen einer Hausarztpraxis marginal ist. In den Prozess der Generierung von Forschungsfragen sind HÄ meist nicht involviert, daher beantworten Forschungsergebnisse auch nur einen Teil der Fragen, die sich HÄ stellen.

Durch die Gründung des Grazer Institutes für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung Anfang 2015 soll gewährleistet werden, dass in Zukunft mehr Versorgungsforschungsprojekte in Österreich durchgeführt werden, die die spezifischen Bedingungen eines Hausarztsettings sowohl in Bezug auf das Studiendesign, aber auch in Bezug auf die Relevanz von Studienergebnissen berücksichtigen.

In dieser Studie soll daher untersucht werden, welche Forschungsthemengebiete und welche Forschungsfragen HÄ selbst gerne stellen möchten und wie solche Forschungsfragen, die einige HÄ des Gesamtkollektives gestellt haben, von allen HÄ der Steiermark im Hinblick auf ihre Relevanz für den Praxisalltag bewertet werden.

Die Ergebnisse dieser Studie sollen dazu dienen, die Forschungsfragen der HÄ unter dem Aspekt der bereits ausreichend vorliegenden Evidenz, der Notwendigkeit einer systematischen Literaturrecherche und der Notwendigkeit der Bearbeitung durch eine Studie zu gruppieren und diese in Folge unter Mitarbeit der HÄ zu bearbeiten.

Dazu soll das durch das IAMEV in der Steiermark etablierte Forschungspraxisnetzwerk dienen.

3 Material und Methoden

3.1 Studiendesign und Ablauf

Im Mai 2015 wurde an alle 1015 steirischen Hausärztinnen und Hausärzte ein Fragebogen mit den folgenden Fragestellungen verschickt:

- a. welche Forschungsfragen bzw. Forschungsthemen von den HÄ als wesentlich für Ihren Praxisalltag erachtet werden
- b. ob seitens der HÄ auch Interesse besteht sich aktiv an Forschungsprojekten zu beteiligen.

Die von den Ärzten vorgeschlagenen Forschungsideen wurden in der von Manuel Reinisch (9) erstellten Arbeit zunächst inhaltlich induktiv kategorisiert und schließlich in 19 Themenbereiche zusammengefasst.

Darauf aufbauend hat die hier vorliegende Arbeit eine weitere Kategorisierung in einem Expertengremium vorgenommen, in dem die genannten Forschungsideen entweder als konkrete Forschungsfrage oder als allgemein gehaltenes Forschungsthema ohne konkrete Fragestellung klassifiziert wurden.

In einem zweiten Schritt wurden die Forschungsfragen der HÄ in einem Expertengremium (siehe 3.6) im Hinblick auf *Machbarkeit* kategorisiert (Machbarkeitskriterien siehe 3.4). Es wurde ebenfalls eine Sortierung der Forschungsfragen hinsichtlich ihrer *Beantwortbarkeit* (Beantwortbarkeitskriterium siehe 3.4) untersucht.

Um die als machbar und relevant klassifizierten Forschungsfragen zu konkretisieren und mittels des PICO-Schemas (siehe 3.3) wissenschaftlich bearbeitbar und beantwortbar zu machen, wurden die HÄ, die diese jeweils genannt hatten, telefonisch kontaktiert und mit ihnen gemeinsam mittels semistrukturierter Interviews eine konkrete Forschungsfrage, strukturiert nach dem PICO Schema (siehe 3.5), erarbeitet.

Diese nun in Zusammenarbeit mit dem IAMEV und den HÄ konkretisierten und strukturierten Forschungsfragen wurden wiederum dem Expertengremium (siehe 3.6) vorgelegt. Von diesem Gremium wurden diejenigen 10 Forschungsfragen

ausgewählt, die im Hinblick auf *Machbarkeit und Relevanz* für einen *Wissenszuwachs der Allgemeinmedizin* am höchsten priorisiert worden waren.

Im abschließenden Schritt wurden diese 10 priorisierten Fragestellungen allen 1015 steirischen HÄ mittels eines einseitigen Fragebogens zur Bewertung hinsichtlich ihrer *Relevanz für den allgemeinmedizinischen Praxisalltag* vorgelegt. Dabei wurden alle HÄ postalisch kontaktiert und eine Antwortmöglichkeit per Fax oder auf dem Postweg zur Verfügung gestellt.

149 Antworten, die wir bis zum 31.10.2016 erhalten haben, flossen in die Auswertung mit ein.

Abbildung 1 auf der folgenden Seite zeigt den gesamten Studienablauf nochmals schematisch.

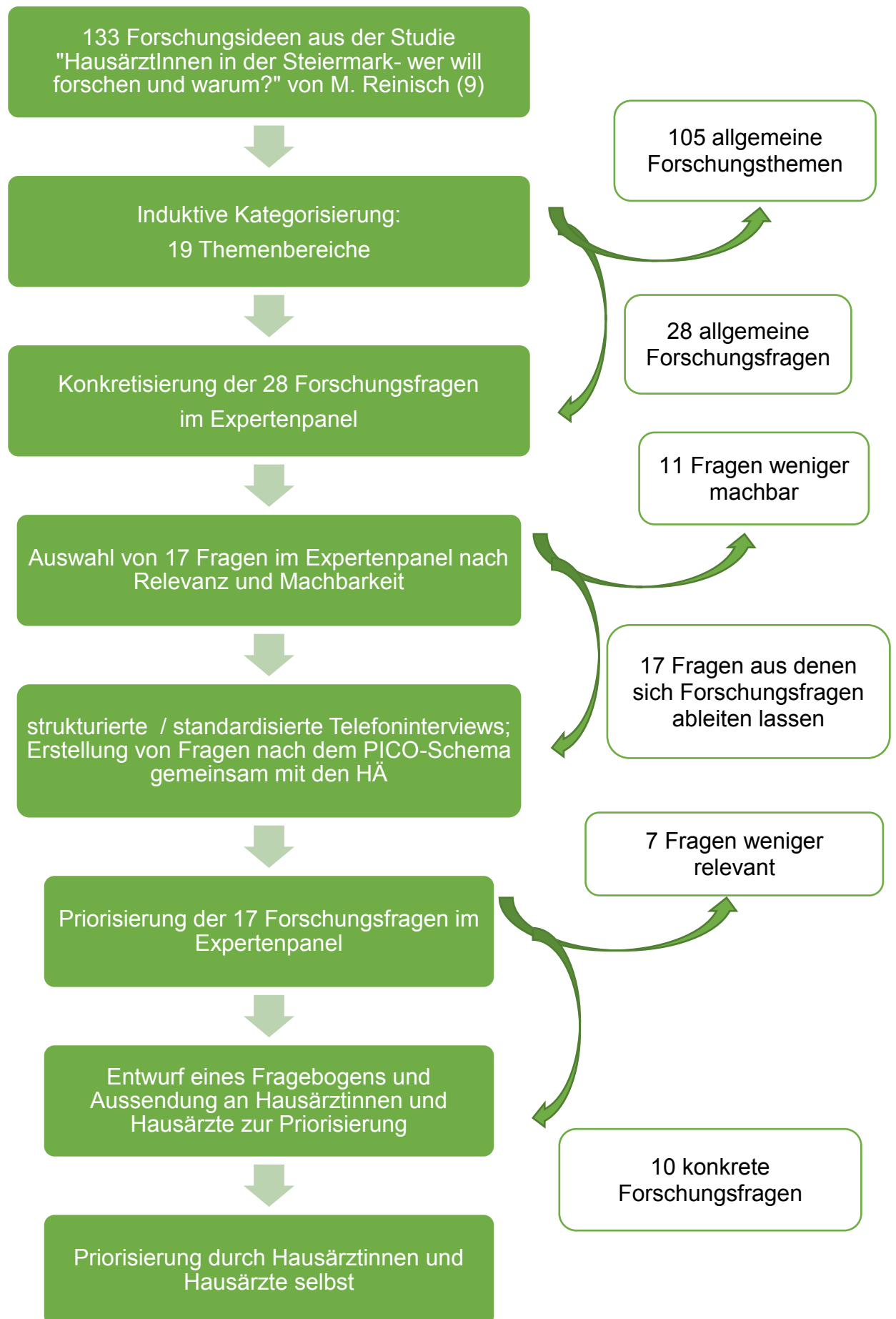


Abbildung 1: Studienablauf

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

In die Auswertung der Fragebögen zur Priorisierung der Forschungsfragen wurden alle Antwortschreiben eingeschlossen, die bis inklusive 31.10.2016 per Post oder Fax an das IAMEV retourniert wurden. Wurden einige der 10 konkreten Forschungsfragen nicht priorisiert, so führte das nicht zur Ungültigkeit des Fragebogens, sondern wurde als Enthaltung gewertet. Doppelt retournierte Fragebögen wurden als einmalig ausgefüllte Fragebogen gewertet. Kam eine Antwort nicht vom Praxisinhaber oder der Praxisinhaberin, sondern einer Vertretung, so wurden die Antworten trotzdem gewertet. Nicht ausgefüllte Fragebögen und Fragebögen die nach dem 31.10.2016 retourniert wurden, wurden nicht berücksichtigt.

3.3 Das PICO-Schema

Jede Forschungsidee wurde auf die Erfüllung der vier Kriterien des PICO-Schemas hin untersucht. PICO als Akronym steht für:

- **P**opulation, **P**atient oder **P**roblem
Wer oder was soll untersucht werden?
- **I**ntervention
Welche Intervention soll gesetzt werden?
- **C**ontrol
Womit soll verglichen werden?
- **O**utcome
Auf welches Ergebnis soll geachtet werden?

Wurde in der Forschungsidee zum Beispiel die Population und die Intervention definiert, aber weder die Kontrollgruppe noch das zu untersuchende Ergebnis, so wurden 2 Punkte vergeben.

3.4 Ableitbarkeit einer Forschungsfrage

Wurden mindestens 2 PICO-Kriterien erfüllt, so wurde davon ausgegangen, dass aus der Forschungsidee ggf. eine Forschungsfrage abgeleitet werden kann.

Alle nach genannter Methodik ausgewählten Forschungsfragen wurden dann in einem Expertengremium (siehe 3.6) einzeln hinsichtlich der Möglichkeit der Machbarkeit und der Beantwortbarkeit evaluiert.

Machbarkeitskriterien:

- Handelt es sich um eine ausreichend konkrete, beantwortbare Fragestellung?
- Ist ein entsprechendes Projekt mit den wahrscheinlich zur Verfügung stehenden Ressourcen realistisch umsetzbar?
- Mit welchen zur Verfügung stehenden Mitteln wäre die Forschungsfrage zu beantworten?

Beantwortbarkeitskriterium:

- Liegen in der vorhandenen medizinisch-wissenschaftlichen Literatur bereits ausreichend Informationen zur Beantwortung der Fragestellung vor?

Kam das Gremium dabei zum Entschluss, dass bei weiterem Austausch mit den Fragestellern, eine Forschungsfrage ableitbar ist, so wurde die Forschungsidee im nächsten Schritt weiterbearbeitet.

3.5 Das Telefoninterview

Die weitere Konkretisierung fand mit Hilfe von semistrukturierten Telefoninterviews anhand eines eigens dafür erstellten Interviewleitfadens (siehe Anhang Seite 56) mit den fragestellenden Hausärztinnen und Hausärzten statt, um möglichst standardisierte und damit gleiche Bedingungen in jedem Interview bereitzustellen. Das Erstgespräch wurde vielfach mit der Sprechstundenhilfe geführt und in kurzen, einfachen Sätzen erklärt, warum man mit der Ärztin oder dem Arzt sprechen möchte. Danach wurde entweder ein Termin für ein Gespräch vereinbart oder es wurde direkt zum Hausarzt oder der Hausärztin durchgestellt.

Im Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt wurde dann Bezug auf die von der Ärztin oder dem Arzt in dem Fragebogen gestellten Forschungsfrage bzw. -idee genommen. Den HÄ wurden anschließend die vier PICO-Kriterien anhand eines Beispiels vorgestellt und darauf folgend gemeinsam mit den HÄ die eigene Forschungsfrage bzw. -idee unter Berücksichtigung des PICO-Schemas so umformuliert, dass sie im wissenschaftlichen Sinn bearbeitbar und beantwortbar wurde.

Im nächsten Schritt des Interviews wurde die nun neu formulierte Forschungsfrage vorgelesen und die HÄ gefragt, ob diese weiterhin den Vorstellungen des Fragestellers oder der Fragestellerin entsprechen.

Es ergab sich im Anschluss die Möglichkeit für die Hausärztinnen und Hausärzte noch weitere, sie interessierende Forschungsfragen zu formulieren, die direkt anhand des PICO-Schemas mit dem Telefoninterviewpartner oder der -partnerin formuliert wurden. Die Interviews dauerten zwischen 5 und 15 Minuten. Der verwendete Leitfaden findet sich im Anhang dieser Arbeit auf Seite 56 wieder. Abbildung 2 (s.u.) zeigt einen schematischen Ablauf der Telefoninterviews.

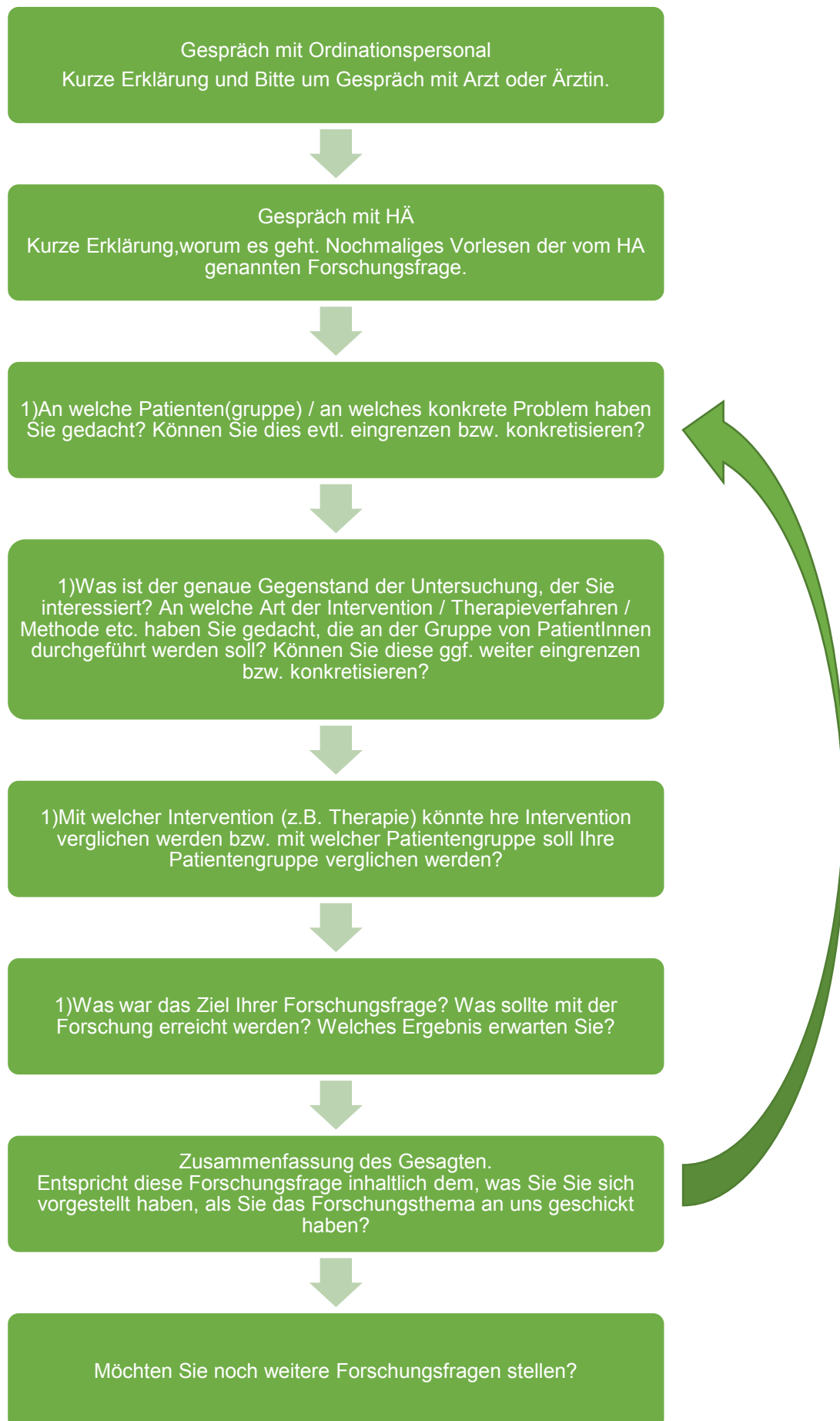


Abbildung 2: Ablauf Telefoninterview

3.6 Beratung im Gremium

Das Expertengremium setzte sich zusammen aus: Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern, Fachärztinnen und Fachärzten für Innere Medizin sowie Expertinnen und Experten für Gesundheitswissenschaften, evidenzbasierte Medizin, Versorgungsforschung und biomedizinische Statistik. In diesem wurden die neu erstellten Forschungsfragen hinsichtlich ihrer Machbarkeit und Relevanz bezüglich eines Wissenszuwachses für die Allgemeinmedizin priorisiert.

Als Bewertungsmatrix für das Expertengremium wurde ein Score mit 4 Kategorien gebildet. Die Kategorien waren „Feldforschung“, „Literaturrecherche“, „Machbarkeit“ und „Aufwand“. Als Best-Case-Szenario wurde eine Forschungsfrage definiert, die mittels einfach durchführbarer Feldforschung bearbeitet werden kann und für die es auch bereits Literatur gibt. Für jedes der vier Merkmale konnte ein, kein oder minus ein Punkt vergeben werden. Anschließend wurde die Summe gebildet (Ergebnis der Expertenbewertung siehe Tabelle 3 auf Seite 20 und Anhang Seite 61)

Danach wurde der Bewertungsbogen des Expertengremiums ausgewertet und diejenigen Forschungsfragen ausgewählt, die beantwortbar waren und für die es noch keine Leitlinien gab.

3.7 Der Fragebogen

Mit den 10 konkreten Fragen wurde im nächsten Schritt ein einseitiger Fragebogen erstellt, der zu jeder dieser Forschungsfragen eine Beurteilungsmöglichkeit von „Sehr relevant“, „Eher relevant“, „Weniger relevant“ bis „Nicht relevant“ bot. Dabei bezog sich die Bewertung der Relevanz auf den Praxisalltag der angeschriebenen Hausärztinnen und Hausärzte. Weiters enthielt die Postsendung einen Einführungstext in dem erklärt wurde, worum es sich bei dieser Befragung handelt und wofür die Antworten verwendet werden.

Die dritte Seite des Briefes enthielt die Kontaktdaten des Institutes. Die Antwort war postalisch oder per Fax und auch anonym möglich; es konnte ebenfalls eine Adresse (Arztstempel) angegeben werden. Der gesamte Brief samt Fragebogen befindet sich im Anhang auf Seite 53.

3.8 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mittels Microsoft Excel 2016 und deskriptiver Methoden. Es wurde untersucht, wie die Hausärzte und Hausärztinnen die jeweilige Frage hinsichtlich ihrer Relevanz für den Praxisalltag auf einer vierteiligen Skala bewerteten.

Zusätzlich wurde untersucht, wie viele der bei diesem Fragebogen antwortenden Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner bereits bei der letzten Befragung des Institutes Interesse an der allgemeinmedizinischen Forschung angegeben hatten.

4 Ergebnisse – Resultate

In diesem Abschnitt soll einerseits aufgezeigt werden, welche Forschungsthemen die Allgemeinmediziner initial genannt haben; andererseits wird dargestellt, in welcher Art und Weise eine mehrstufige und prozesshafte Kategorisierung, Gruppierung und Priorisierung der genannten Forschungsthemen auch unter Zuhilfenahme eines Expertengremiums gelang, um am Ende allen steirischen Hausärztinnen und Hausärzten die von Ihnen selbst gestellten und vom Expertengremium am relevantesten und machbarsten ausgewählten Forschungsfragen zur Bewertung hinsichtlich ihrer Praxisrelevanz vorzulegen.

Insgesamt wurden in einer Fragebogenerhebung im Mai 2015 bezüglich der Bereitschaft, an Forschungsprojekten in der Steiermark teilzunehmen von 66 Hausärztinnen und Hausärzten 133 Forschungsthemen benannt. Diese wurden in einem ersten Schritt einer induktiven inhaltlichen Kategorisierung unterzogen. Die insgesamt 133 Forschungsideen konnten dabei 19 Kategorien bzw. Themenbereichen zugeordnet werden. Die Kategorien lauteten:

AM im Versorgungssystem, Ausgewählte KH-Bilder, Komplementärmedizin, Pharmaka, Diagnose und Therapie, Schmerzen, Geriatrie, Organisation und Finanzen, Versorgungsqualität, Compliance, Ökonomie, Gesundheitsdeterminanten, Arzt-Patienten Kommunikation, Psychosomatik, Schwangerschaft und Familie, Ernährung, Gendermedizin, Prävention und Sonstiges und umfassten zwischen 16 und 2 Forschungsthemen oder -fragestellungen pro Kategorie. Eine Übersicht aller Themen findet sich in Tabelle 1. (s.u.)

Themenbereich	Anzahl gesamt
Allgemeinmedizin im Versorgungssystem	16
Ausgewählte Krankheitsbilder	14
Komplementärmedizin	13
Pharmaka (Wechselwirkungen, Generika und Polypharmazie)	13
Diagnostik & Therapie in der AM	12
Schmerzen	7
Geriatric	6
Organisation / Finanzen / Struktur	6
Versorgungsqualität	6
Compliance	5
Ökonomie	5
Gesundheitsdeterminanten	4
Kommunikation: Arzt-Patient	4
Psychosomatik	4
Schwangerschaft / Familie / Kind	4
Ernährung	3
Gendermedizin	2
Vorsorge / Prävention	2
Sonstiges	7
Summe	133

Tabelle 1: Überblick über genannte Forschungsthemen

4.1 PICO-Schema

Alle 133 Fragen wurden nach dem PICO-Schema bewertet und es zeigte sich, dass nur 2% (N=3) der Fragen alle Kriterien des Schemas (= PICO 4) erfüllten. 7 (5%) weitere Fragen erfüllten drei Kriterien und 19 (14%) zwei von vier Kriterien des Schemas. Diese drei Gruppen (PICO 2, 3 und 4), also 29 (22 %) wurden im weiteren Verlauf berücksichtigt.

Von den nicht mehr berücksichtigten Fragen hatten 27 (20%) nur ein Kriterium des Schemas erfüllt und mehr als die Hälfte der Forschungsthemen, nämlich 77 (58%), waren so vage formuliert, dass kein Kriterium des PICO-Schemas erfüllt war.

Einen Überblick liefern Tabelle 2 und Abbildung 3 unten. Die Tabelle mit den genauen Zuordnungen der Punkte im PICO-Schema zur jeweiligen Frage findet sich im Anhang. (siehe Seite 62)

PICO 0	77 (57,9%)
PICO 1	27 (20,3%)
PICO 2	19 (14,3%)
PICO 3	7 (5,3%)
PICO 4	3 (2,3%)

Tabelle 2: Forschungsthemen, die die Kriterien des PICO-Schemas berücksichtigen

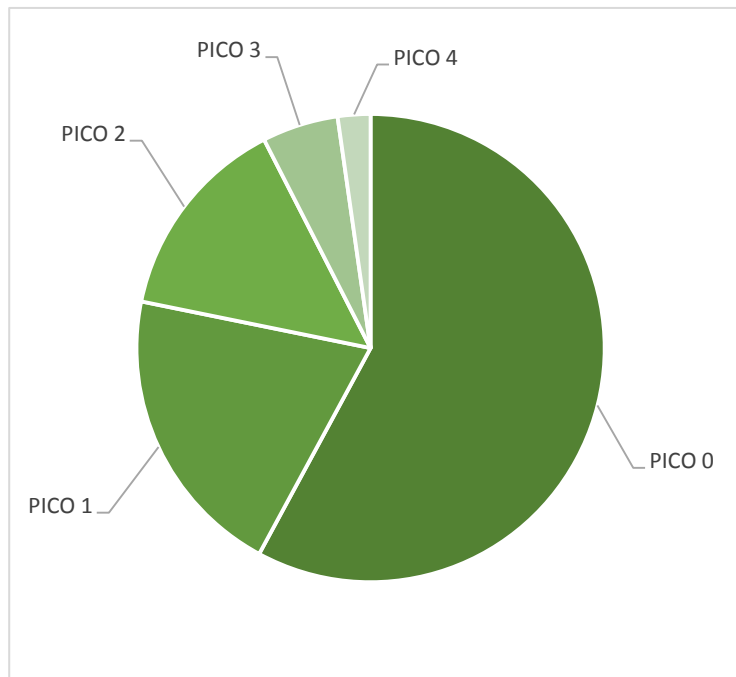


Abbildung 3: Kuchendiagramm PICO-Verteilung

4.2 Ableitbarkeit einer Forschungsfrage

Die anhand der PICO-Kriterien ausgewählten 28 Forschungsideen, die das Potenzial aufwiesen, dass aus ihnen eine konkrete Forschungsfragen formuliert werden könnten, wurden im Expertengremium des IAMEV hinsichtlich ihrer Machbarkeit und Beantwortbarkeit bewertet. 17 (59%) Forschungsfragen wurden ausgewählt, da sie für die Formulierung einer konkreten Forschungsfrage geeignet zu sein schienen. Bei 11 (41%) war dieses Potenzial nicht ersichtlich.

4.3 Ergebnisse des Telefoninterviews

Bei den, mittels Leitfaden standardisiert durchgeführten, Telefoninterviews wurde versucht, die 17 geeigneten Forschungsfragen soweit zu konkretisieren, dass sie allen PICO-Punkten entsprachen.

Es wurden 10 erfolgreiche Interviews mit unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten geführt. 6 Interviews waren nicht erfolgreich, weil kein Interesse an der Mitarbeit bestand oder nach dreimaligem Anruf während der Ordinationszeiten niemand abgehoben hatte. Zwei der 17 Fragen wurden vom selben Arzt gestellt und während des Interviews gab dieser an, nur noch an einer Frage Interesse zu haben.

Auf die Frage ob noch eine weitere Forschungsfrage formuliert werden wolle, antworteten drei HÄ mit ja und eine der drei formulierte sogar zwei neue

Forschungsfragen, weshalb vier neue Forschungsfragen im Zuge des Telefoninterviews entstanden.

4.4 Beratung im Expertengremium

Als letzter Schritt im Auswahlverfahren wurden die 14 in den Telefoninterviews entwickelten Fragen dem Expertengremium vorgelegt, welches diese hinsichtlich der Kriterien Feldforschung, Literaturrecherche, Machbarkeit und Aufwand erneut bewerten sollte.

Es erfolgte eine Reihung der Fragen nach der Summe der erreichten Punkte, wobei sich zeigte, dass zwei Fragen mit vier Punkten, drei Fragen mit drei Punkten, sieben Fragen mit zwei Punkten und zwei Fragen weniger als zwei Punkte erhielten.

Für eine mit 2 Punkten bewertete Frage gibt es bereits eine entsprechende Leitlinie; für eine andere ebenfalls mit zwei Punkten bewertete Frage war das definierte Outcome nicht passend, weshalb diese Fragen nicht in den abschließenden Fragebogen aufgenommen werden konnten. Die einzelnen Fragen und deren Bewertung durch das Expertengremium finden sich in Tabelle 3.

Forschungsfrage	FF	LR	MB	AW	Pkt	B
Senkt die Überwachung und Optimierung der Ernährung die Sturzhäufigkeit und -folgen bei älteren Patienten?	+	+	+	+	4	
Welche Erwartungen haben Jugendliche und junge Erwachsene an den Hausarzt im Vergleich zum Facharzt?	+	+	+	+	4	
Haben Patienten mit idiopathischer BSG-Erhöhung ein höheres Risiko eine chronisch entzündliche, hämatologische oder maligne Krankheit zu bekommen?	~	+	+	+	3	
Ist die Behandlung der unkomplizierten, kindlichen Darmentzündung mit selbst hergestellter Elektrolytlösung gleichermaßen wirksam wie eine Therapie mit Probiotika?	~	+	+	+	3	
Senkt eine aktive Bewegungstherapie im Vergleich zu einer medikamentösen Therapie mit NSAR bei berufstätigen Patienten mit Rückenschmerzen die Anzahl der Krankenstandstage?	~	+	+	+	3	
Ist der Hausarzt bei somatoformen Beschwerden junger Frauen im Vergleich zur Spitalsambulanz besser und schneller in der Lage, eine Diagnose zu stellen und Therapie einzuleiten?	-	+	+	+	2	
Welche Empfehlungen gibt es hinsichtlich einer Nutzen/Schadens-Optimierung einer Statin- Therapie zur Sekundärprophylaxe bei Patienten über 80 Jahre?	-	+	+	+	2	

Welche Auswirkungen hat der ganzheitliche Zugang des Hausarztes bei unspezifischen Beschwerden wie Müdigkeit und Abgeschlagenheit im Vergleich zur sofortigen Abklärung in einer Ambulanz?	-	+	+	+	2	
Wie sinnvoll ist ein Gatekeeping-System (= Hausarzt als verpflichtende erste Anlaufstelle) im Vergleich zu einem System mit freier Facharztwahl?	-	+	+	+	2	
Ist die alleinige Therapie mit Hausmitteln beim viralen Atemwegsinfekt gleichermaßen wirksam wie die Therapie mit NSAR und Schleimlösern?	-	+	+	+	2	
Ist bei 50-80 Jährigen mit insulinpflichtigem DM eine Therapie mit einfachen Erklärungsmodellen in Kombination mit Insulin-Therapie in der Hausarztpraxis wirksamer als eine medikamentöse Therapie mit teuren oralen Antidiabetika aus der klinischen Forschung hinsichtlich der Reduzierung des HbA1c-Werts?	-	+	+	+	2	O
Ist bei 40-60 Jährigen mit Verdacht auf Schilddrüsenerkrankung eine Abklärung mittels Ultraschall und TSH-Wert in der Hausarztpraxis wirksamer als eine Überweisung in das Krankenhaus hinsichtlich einer raschen und exakten Diagnose?	-	+	+	+	2	L
Besteht ein Zusammenhang zwischen der Mortalität, den Behandlungskosten und der Teilnahme an DMP und der Arztichte am Wohnort des auf Kassenmedizin angewiesenen Patienten mit Diabetes.	-	+	+	-	0	
Ist bei multimorbiden Pat. (chronische Schmerzen, Müdigkeit, ...) eine hausärztliche Betreuung und Behandlung wirksamer als eine Behandlung bei mehreren Fachärzten/Ambulanzen hinsichtlich der Reduzierung von Krankheits-Tagen und Patientenzufriedenheit?	-	-	-	-	-4	
Legende: FF...Feldforschung, LR...Literaturrecherche, MB...Machbarkeit, AW...Aufwand, Pkt...Gesamtpunkte, B...Bemerkungen, L...Leitlinien vorhanden, O...definiertes Outcome nicht passend						

Tabelle 3: Bewertung der Forschungsfragen durch das Expertengremium

4.5 Rücklauf gesamt

Im Zuge dieser Arbeit wurden insgesamt 1015 Fragebögen im August 2016 per Post ausgesandt. Die Adressdaten entsprachen den Daten der Ärztekammer Steiermark mit Stand März 2015.

Bis Ende Oktober 2016 bekamen wir 149 Antworten. Das entspricht einer Rücklaufquote von 14,7%.

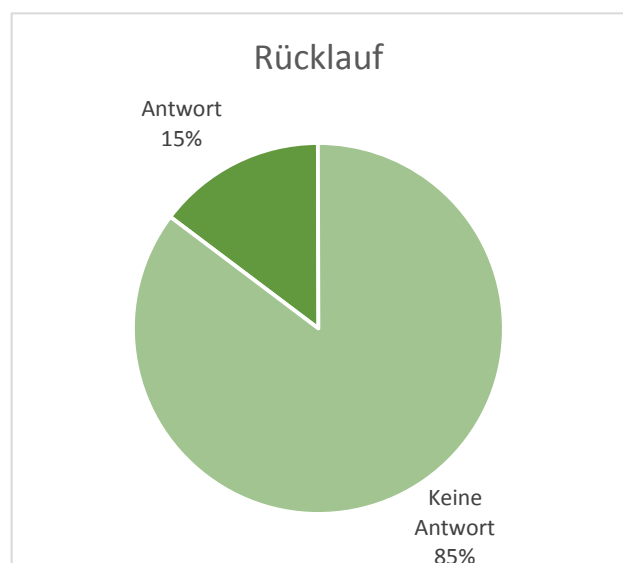


Abbildung 4: Rücklauf

4.6 Rücklauf von Ärzten mit Interesse an der Forschung

Die Namen aller antwortenden Ärztinnen und Ärzte wurde mit unserer Datenbank von Ärzten mit Interesse an Forschung verglichen und es zeigte sich, dass 25% (37 von 149) davon bereits zuvor ihr Interesse ausgesprochen hatten.

Während es in der Befragung der Hausärztinnen und Hausärzte im Mai 2015 eine Rücklaufquote von 13,3% (10,4 % der HÄ waren an einer Mitarbeit an Forschungsprojekten interessiert) gab, lag die Rücklaufquote bei der Befragung in diesem Projekt etwas höher bei 14,7%.

Von den 149 antwortenden HÄ waren 37 auch schon HÄ, die bereits als forschungsinteressierte HÄ im Forschungspraxisnetzwerk registriert waren; 112 (75%) der antwortenden HÄ sind (noch) nicht offiziell Teilnehmer am Forschungspraxisnetzwerk.

4.7 Frage 1

39% der antwortenden Ärztinnen und Ärzte hielten diese Frage für eher relevant. Zusammen mit den 22% die sie für sehr relevant halten, sind fast 2/3 der Meinung, dass sie wichtig für den individuellen Alltag ist und nur etwas mehr als 1/3 sagt, dass sie weniger (30%) oder nicht relevant (7%) ist. 2% haben diese Frage nicht beantwortet.

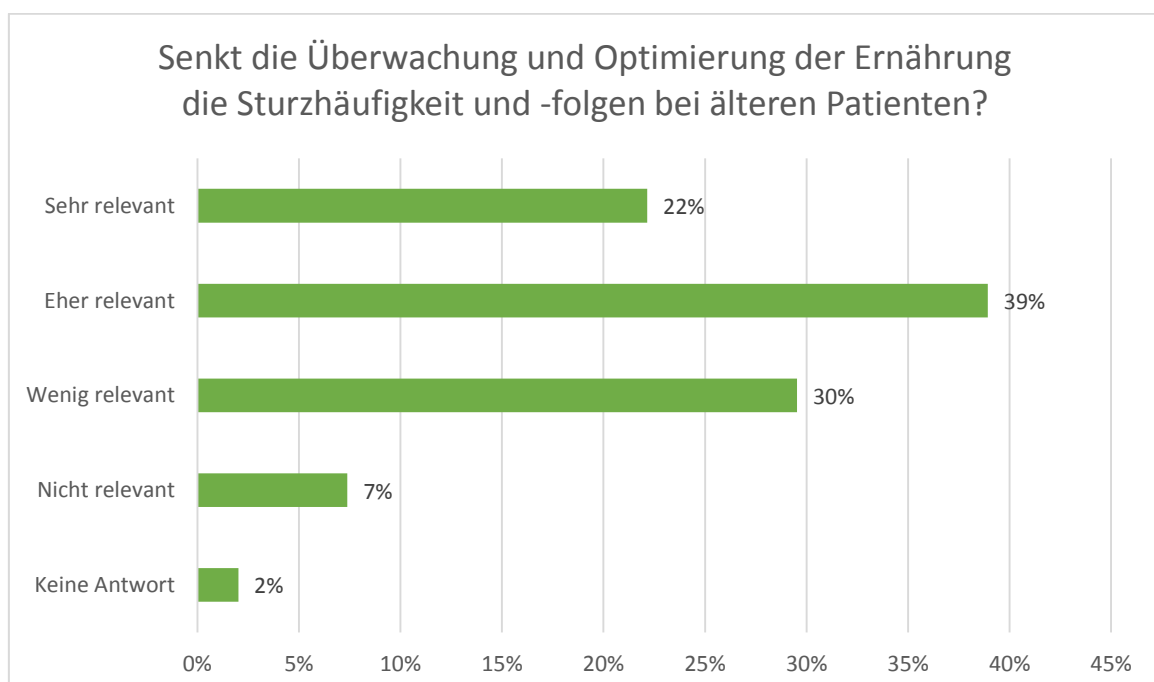


Abbildung 5: Frage 1

4.8 Frage 2

Frage 2 wurde nur von 6% der Ärztinnen und Ärzte als nicht relevant empfunden. 27% hielten sie für wenig relevant. Demgegenüber stehen 34%, die sie für eher relevant hielten und 29% sagen gar, dass es sehr relevant für sie wäre zu erfahren was sich Jugendliche und junge Erwachsene von ihren Hausärztinnen und Hausärzten erwarten.

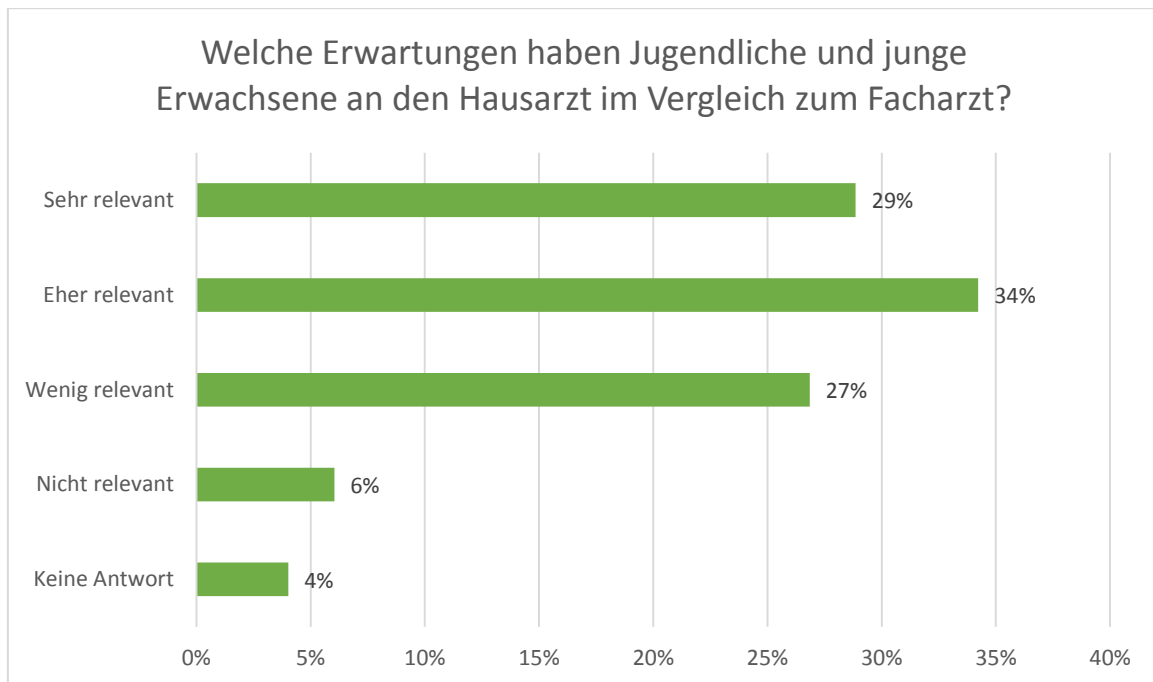


Abbildung 6: Frage 2

4.9 Frage 3

Die Frage nach dem Risiko von Patienten mit BSG-Erhöhung hielten 15% für sehr relevant und 40% für eher relevant. Etwas weniger als die Hälfte der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner hielt diese Fragestellung für weniger (32%) beziehungsweise nicht (9%) relevant.

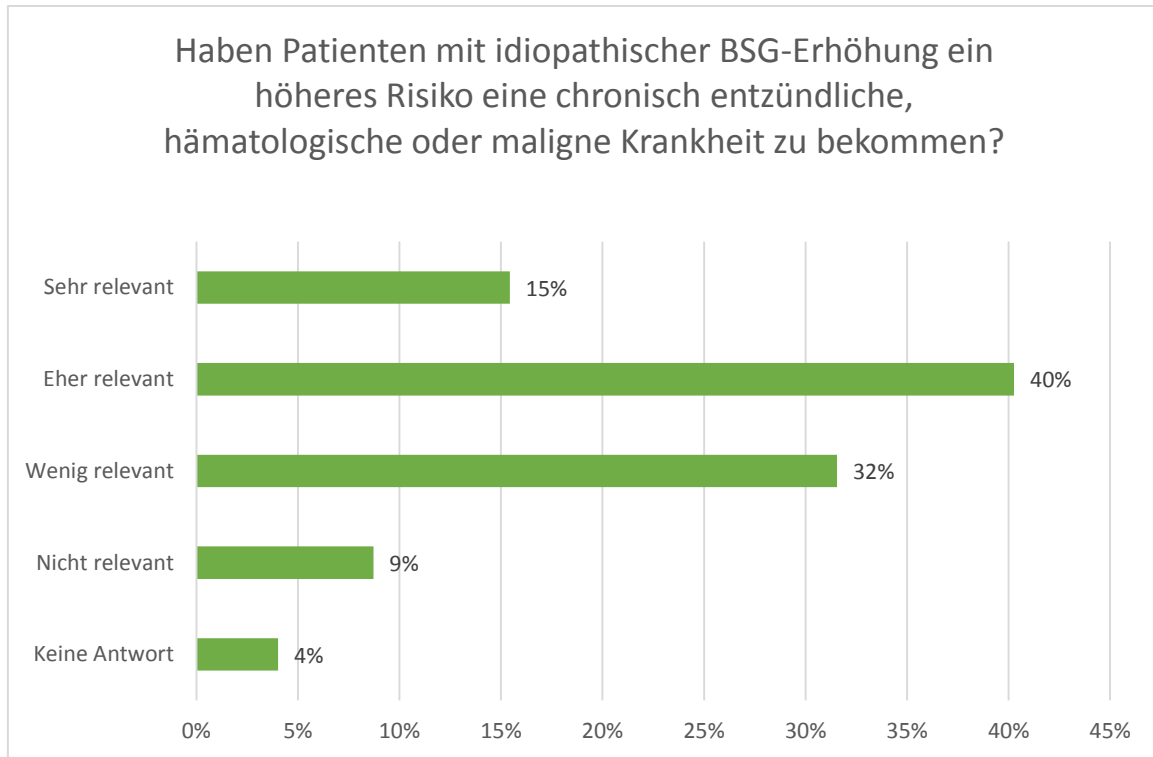


Abbildung 7: Frage 3

4.10 Frage 4

Für 18% der Hausärztinnen und Hausärzte wäre es sehr relevant zu wissen, wie die kindliche Darmentzündung besser zu behandeln ist. Ein Drittel (34%) meinen es sei ihnen eher wichtig und 40% respektive 7% halten diese Frage für weniger oder gar nicht relevant für ihren Beruf.

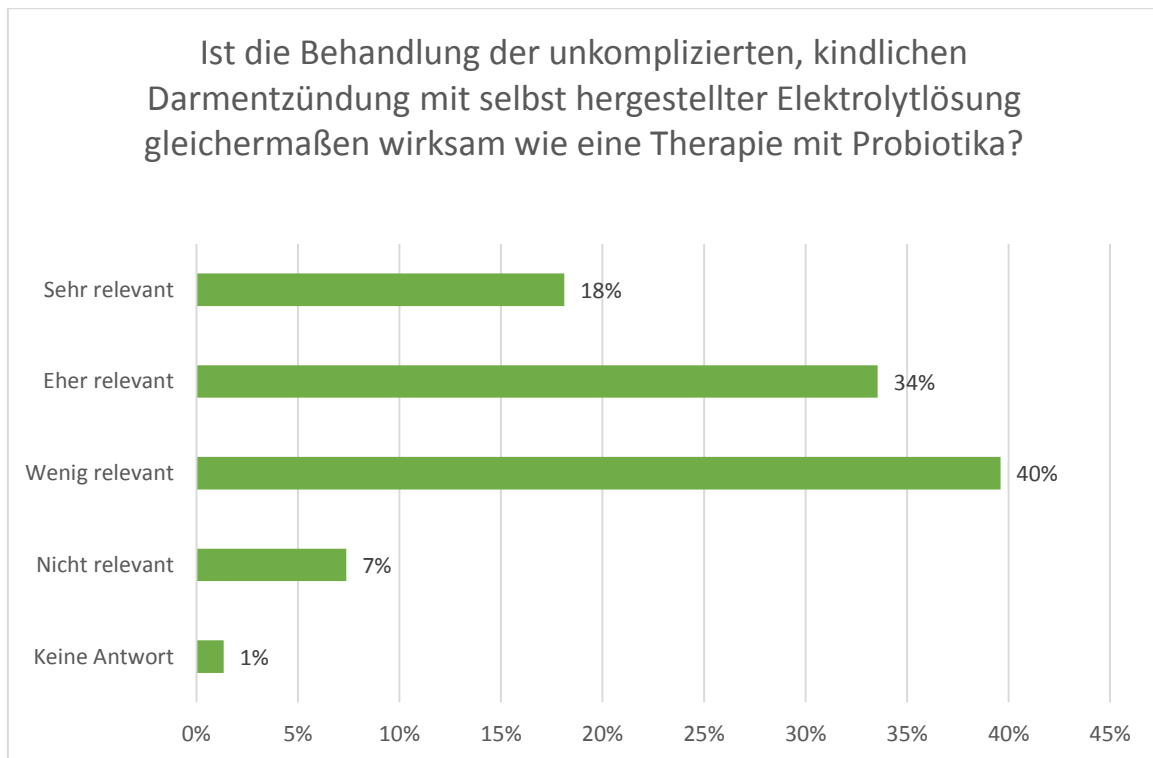


Abbildung 8: Frage 4

4.11 Frage 5

Über zwei Drittel (69%) der allgemeinmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte wären daran interessiert welche Therapieoption (NSAR vs. Aktive Bewegungstherapie) die Anzahl an Krankenstandstagen bei Rückenschmerzen effektiver senkt. Zusammen mit den 21% die diese Frage für eher relevant halten ergeben sich 90% die diese Frage für wichtig erachten. 7% sind der Meinung sie wäre weniger und nur 1% sagt sie sei nicht relevant.

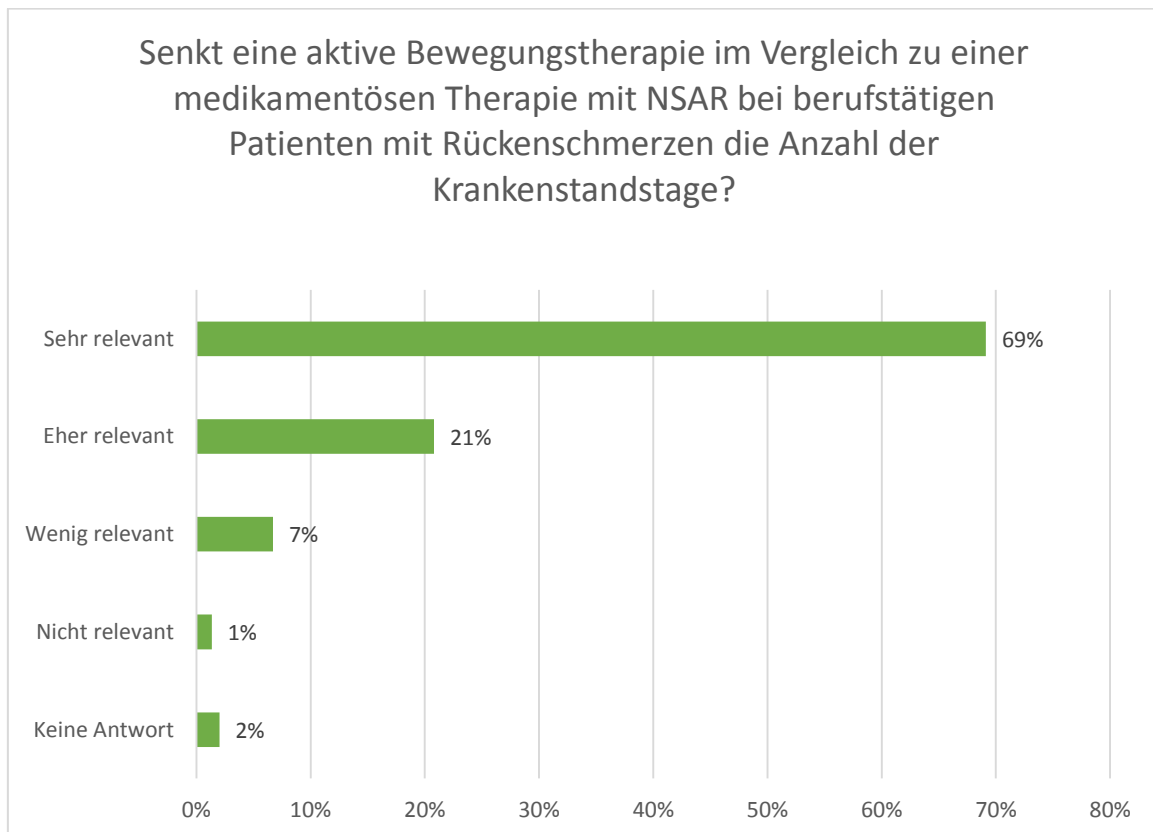


Abbildung 9: Frage 5

4.12 Frage 6

Knapp 4/5 der antwortenden Ärztinnen und Ärzte findet diese Frage sei sehr (45%) oder eher (34%) relevant für ihren Alltag. Demgegenüber stehen 20%, die meinen sie sei weniger (17%) oder nicht (3%) relevant für sie.

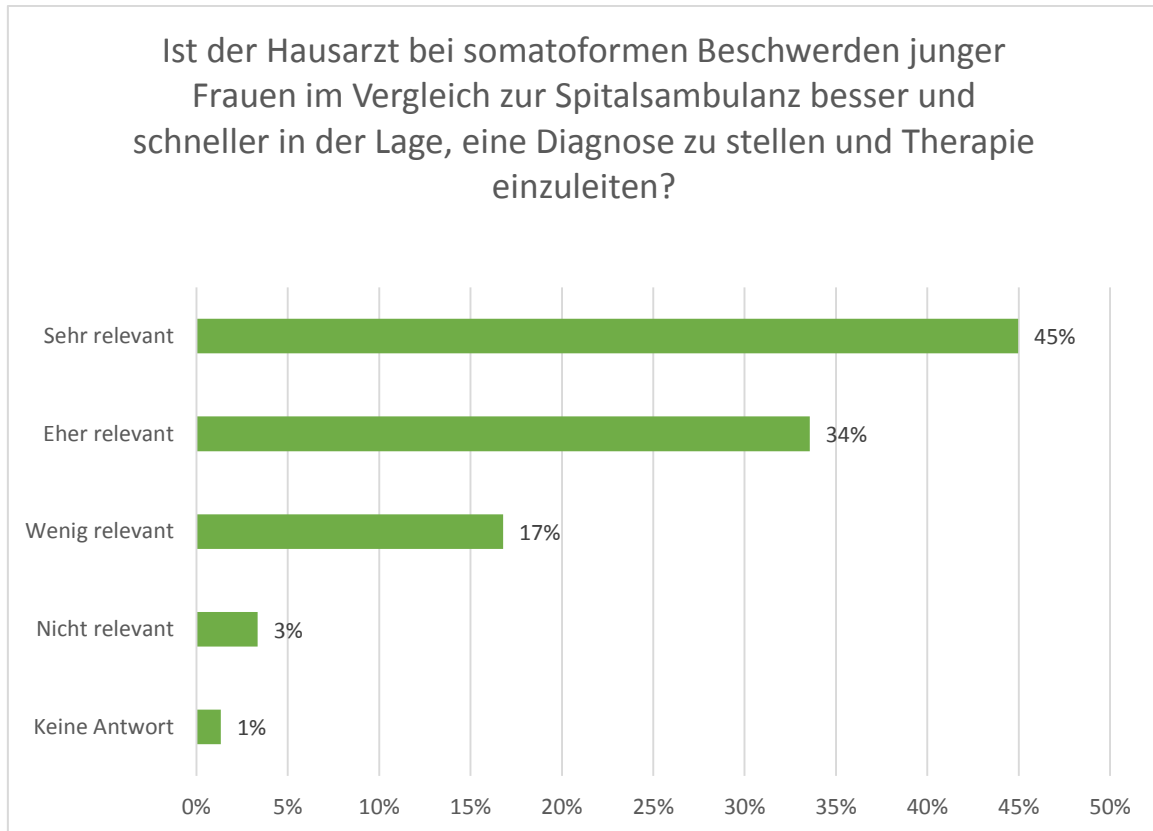


Abbildung 10: Frage 6

4.13 Frage 7

Die Frage nach den Empfehlungen zur Statintherapie im hohen Alter hielten 43% der Ärztinnen und Ärzte für sehr relevant. 25% meinten sie sei für sie eher relevant und 21% waren der Meinung sie sei weniger relevant. Nur 9% waren der Ansicht sie sei nicht relevant für ihren persönlichen Alltag.

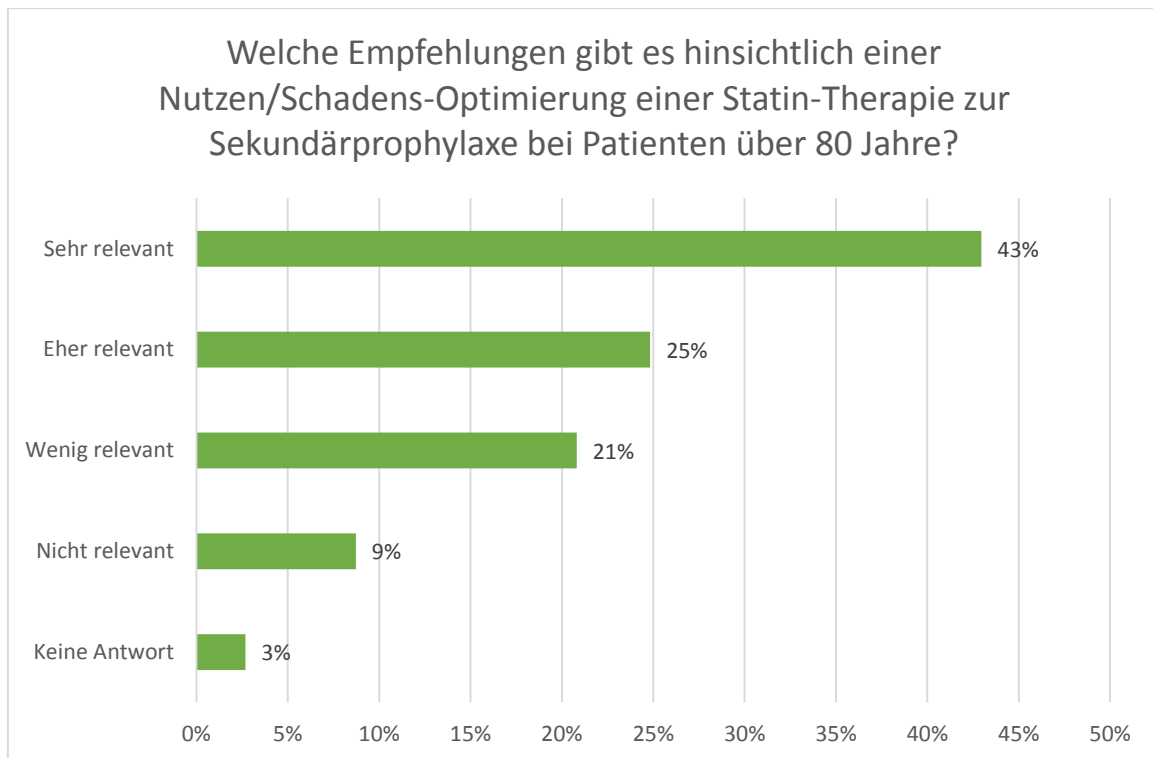


Abbildung 11: Frage 7

4.14 Frage 8

Über die Hälfte (52%) der antwortenden Ärztinnen und Ärzte war der Meinung es sei für sie sehr relevant zu erfahren welche Auswirkungen der ganzheitliche Zugang habe. Ein Drittel (33%) sah es als eher relevant an und eine Minderheit von 11% beziehungsweise 3% sahen darin wenig oder keine Relevanz.

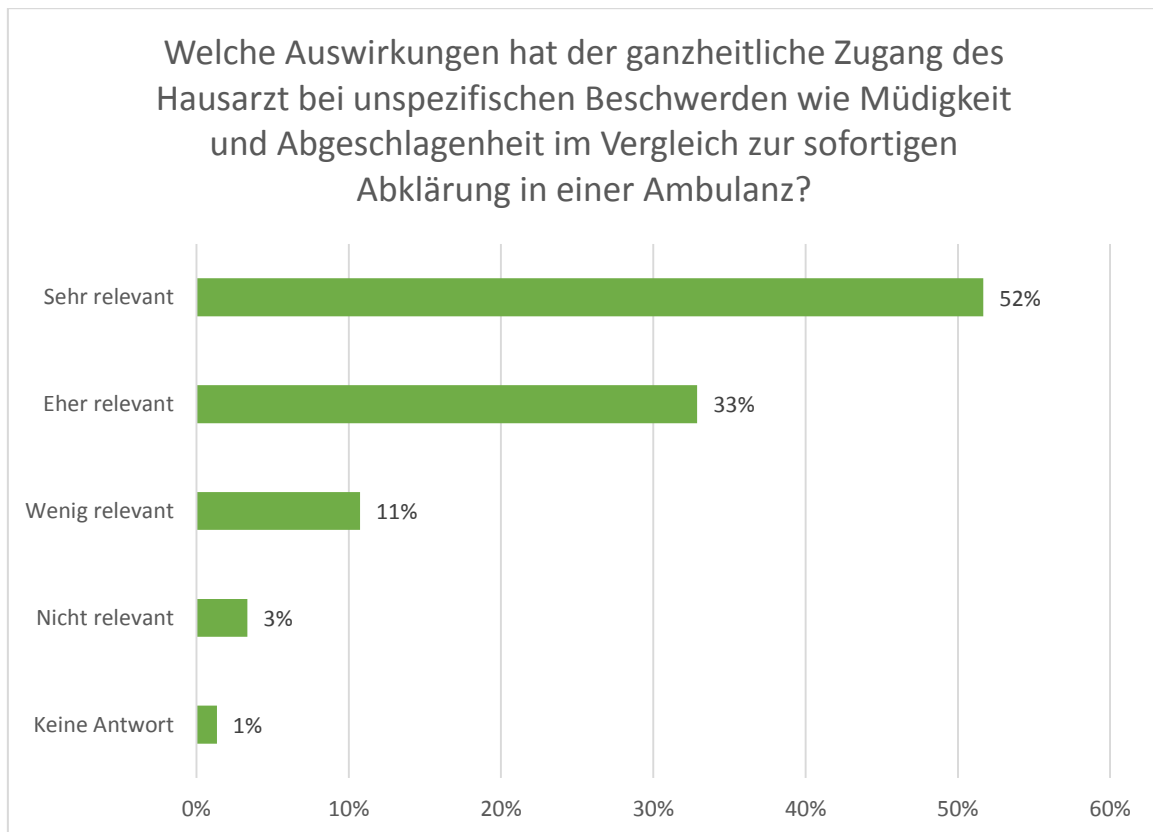


Abbildung 12: Frage 8

4.15 Frage 9

Die Frage nach dem Sinn eines Gatekeeping-Systems empfand eine große Mehrheit von 69% als sehr relevant für sie. 21% sahen es als eher relevant an und nur 7% und 2% sind der Meinung es sei von geringer oder keiner Relevanz für sie.

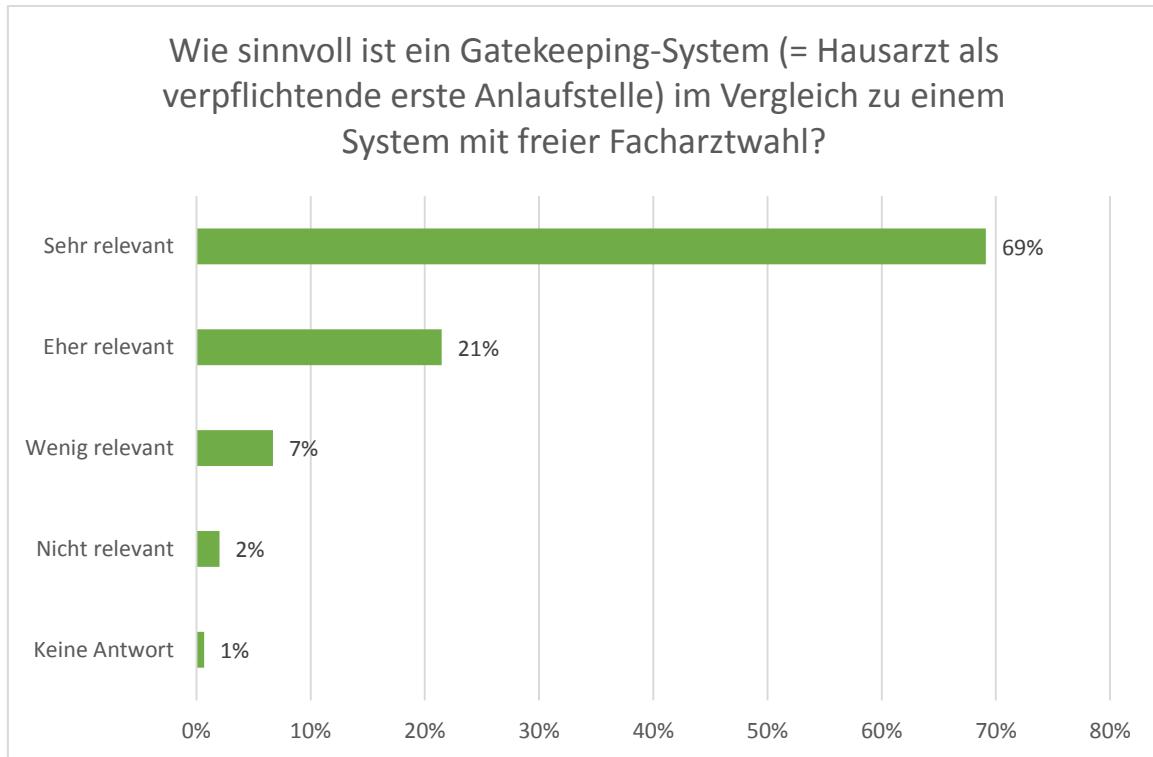


Abbildung 13: Frage 9

4.16 Frage 10

Frage 10 ist für die meisten Ärztinnen und Ärzte eher relevant (40%). 32% sagen sogar sie sei sehr relevant für sie, wohingegen 21% die Meinung vertreten sie sei wenig relevant und 3% gaben an sie habe gar keine Relevanz für ihren Alltag.

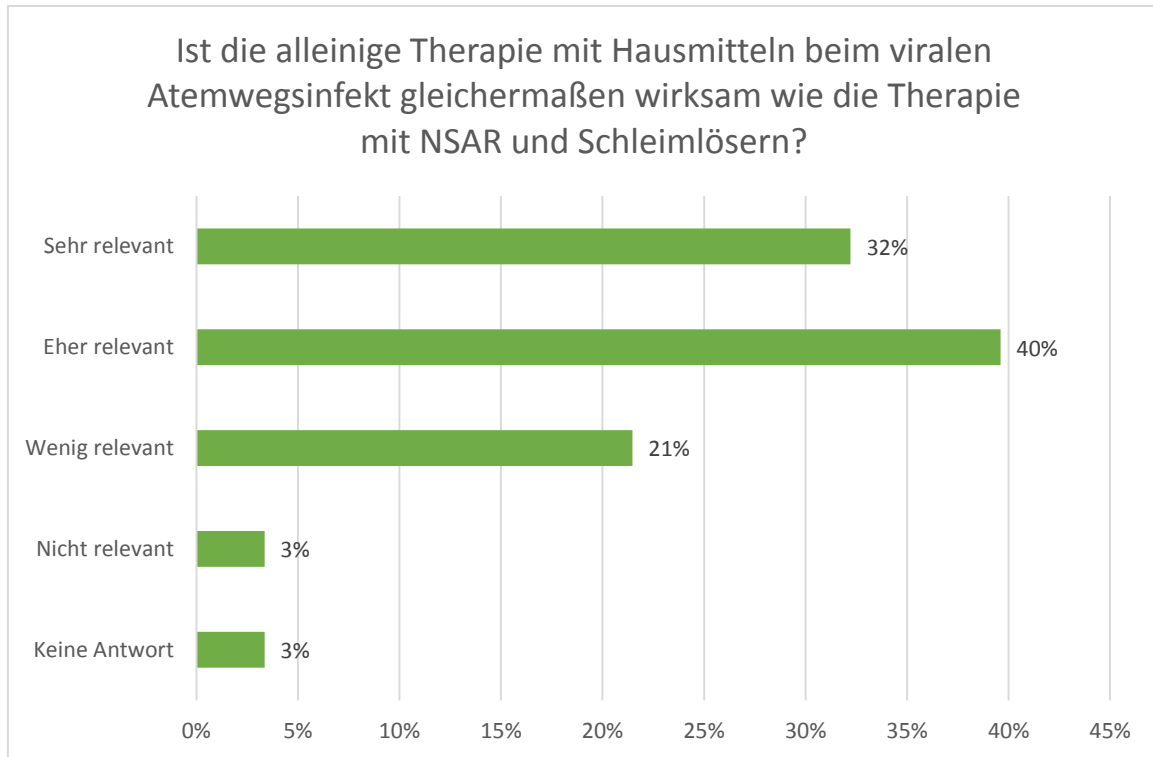


Abbildung 14: Frage 10

4.17 Übersicht

In der Übersicht finden sich noch einmal alle Daten in einem Diagramm zusammengefasst. Die Antwortkategorien (sehr, eher, weniger, nicht relevant) wurden von oben nach unten neben die jeweilige Frage abgetragen.

Man kann zu jeder Frage erkennen wie die Verteilung in die vier Antwortkategorien ausgefallen ist. Außerdem lässt sich hier auch gut erkennen wie die Fragen relativ zueinander beantwortet wurde.

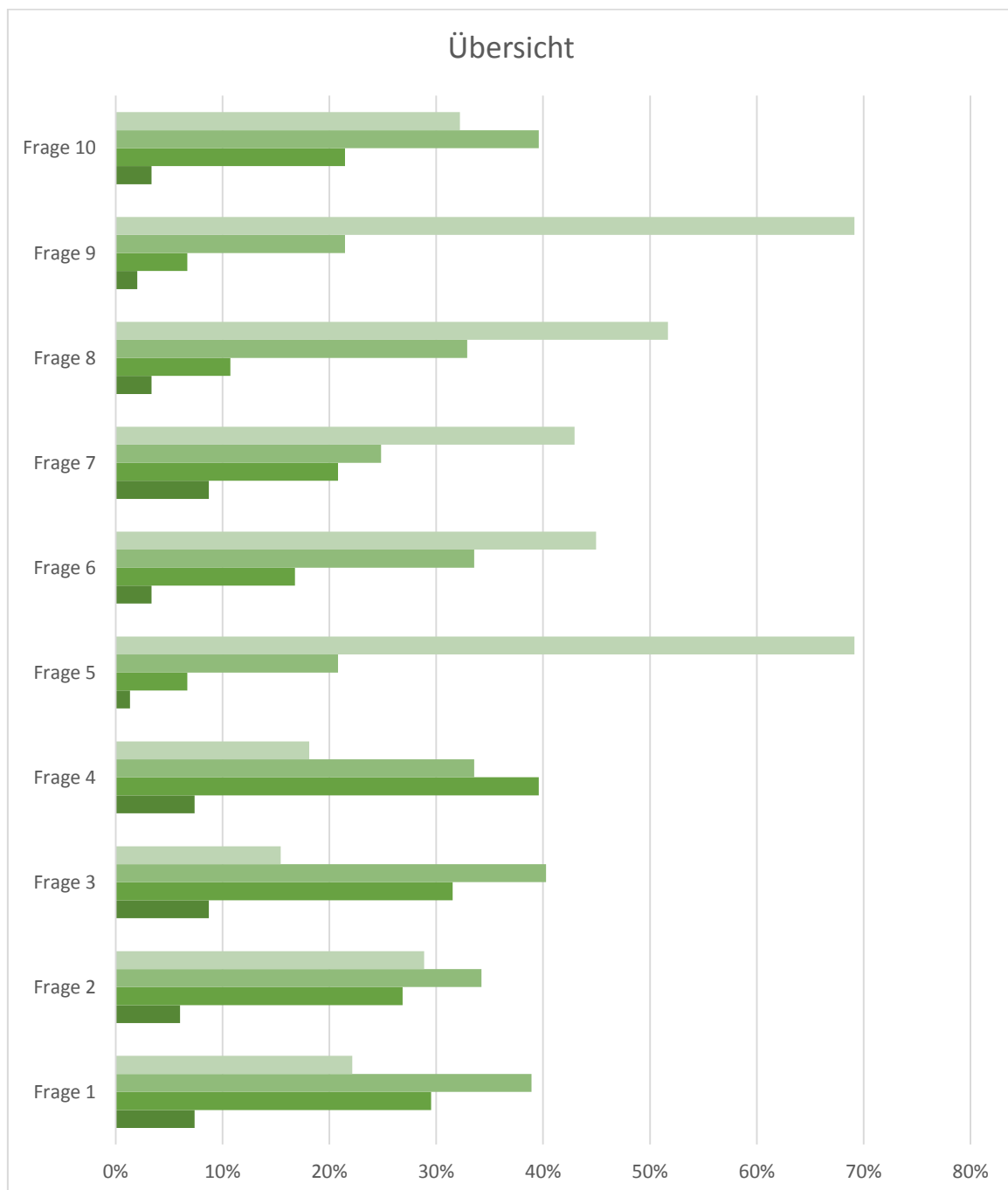


Abbildung 15: Übersicht

4.18 Gesamtpunkte

Um die Bewertung der Relevanz auf eine einzige Zahl herunterzubrechen zeigen wir hier die Verteilung der Gesamtpunkteanzahl der einzelnen Fragen. Die Punkte wurden mittels folgender Formel errechnet:

$$n_{\text{sehr relevant}} * 4 + n_{\text{eher relevant}} * 3 + n_{\text{weniger relevant}} * 2 + n_{\text{nicht relevant}} = \text{Gesamtpunkte}$$

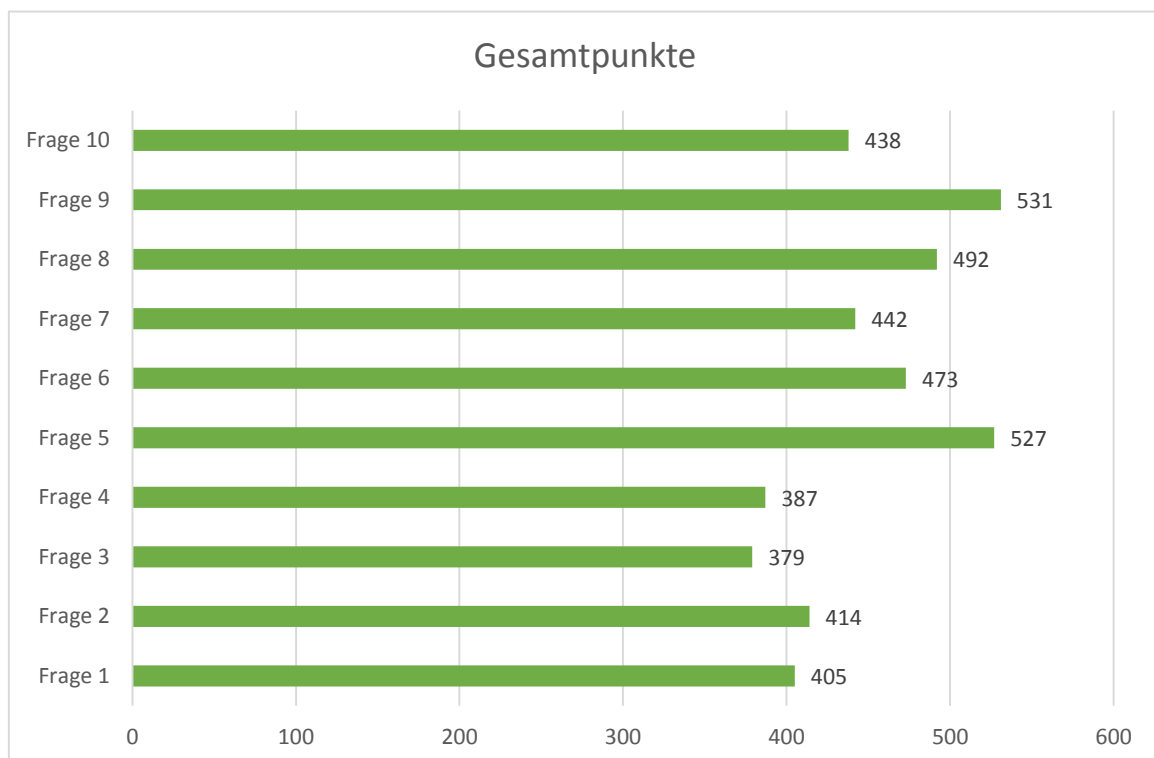


Abbildung 16: Gesamtpunkte

5 Diskussion

14% aller steirischen Hausärzte nahmen an einer Bewertung von Forschungsfragen im Hinblick auf ihre Relevanz für den Praxisalltag teil, die zuvor selbst von Ihnen gestellt worden waren. Dabei wurden die Fragen nach der Sinnhaftigkeit eines Gatekeeper-Systems im Vergleich zur freien Facharztwahl und nach der Konsequenz einer vergleichenden Therapie (NSAR vs. Bewegungstherapie) bei Kreuzschmerzen im Hinblick auf die Dauer der Krankenstandstage als am relevantesten bewertet.

Der Ansatz, Hausärztinnen und Hausärzte danach zu befragen, welche Forschungsfragen sie für interessant und relevant halten, stellt einen innovativen Ansatz dar, der Bezug auf die Besonderheiten der Versorgungsforschung nimmt.

5.1 Forschung und Versorgungsforschung

Unter Forschung versteht man ganz allgemein die systematische, kontrollierte, empirische und kritische Untersuchung von Phänomenen, geleitet von Theorie und Hypothese. Forschung soll dabei logisch, verständlich, reproduzierbar und nutzbar sein. (24)

Forschung sollte zum Ziel haben theoretisches Wissen zu generieren, Theorien und Methoden als Basis für spezifische Praktiken zu entwickeln und angewandte Methoden im klinischen Alltag zu validieren (insbes. in der Versorgungsforschung) (25).

Versorgungsforschung im Speziellen hat die Aufgabe wissenschaftliche Grundlagen für Lösungen zur Gestaltung, Organisation und Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens zu schaffen. Versorgungsforschung wird hier verstanden als die wissenschaftliche Untersuchung der Versorgung des Einzelnen und der Bevölkerung mit gesundheitsrelevanten Produkten und Dienstleistungen unter Alltagsbedingungen.

5.1.1 Besonderheit der Versorgungsforschung

Da nach der Durchführung von randomisierten kontrollierten Studien oft viele klinisch relevante Fragen unbeantwortet bleiben, weil das oft stark selektierte Patientenkollektiv und die kontrollierte Situation in einer klinischen Studie die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Praxis limitiert und die Anzahl von

eingeschlossenen Patienten meist zu gering ist, um seltene Endpunkte (wie zum Beispiel unerwünschte Therapieeffekte) mit ausreichender statistischer Aussagekraft identifizieren zu können, sollten derartige Forschungsergebnisse in der alltäglichen Anwendung am Patienten überprüft werden. (26-29)

Zumal kontrollierte Studien oft auch auf vergleichsweise wenige und oftmals hochselektionierte Studienpatienten zurückgreifen, keine Ko-Medikation und Ko-Morbidität berücksichtigen sowie auch keine Kinder und alten Menschen und zudem oft mit zu eng definierten Indikationen oder zu kurzer Beobachtungszeit arbeiten (30), können Resultate, die aus solchen Studien stammen, in vielen Fällen nicht auf das Setting der Hausarztpraxis übertragen werden. Unter Umständen kann dies paradoxerweise sogar zu einer Mortalitätssteigerung der Patienten unter hausärztlicher Betreuung führen (31). Darüber hinaus konnten Olfson et al. zeigen, dass die Wirksamkeit von Therapien in placebokontrollierten Studien in den letzten 4 Jahrzehnten massiv zurückgegangen ist, was dazu führen sollte, Vergleichsstudien bezüglich der Sicherheit, Akzeptanz und Behandlungskosten von bereits etablierten Therapien zu implementieren. (32)

Außerdem besteht im hausärztlichen Praxisalltag eine größere Kluft zwischen klinischer Evidenz und täglicher Umsetzbarkeit aufgrund der Individualität und Spezifität der Arzt-Patienten-Beziehung. (33, 34) Kontexteffekte in der Therapie wie die Arztwirksamkeit („Droge Arzt“) und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient erschweren die Vorhersagbarkeit und Nutzenbewertung von klinischen Studien auf die reelle Versorgungssituation in der Hausarztpraxis (30) und betonen umso mehr die Notwendigkeit von Versorgungsforschungsprojekten, die unter Einschluss von multimorbiden, polypharmazierten Patienten praxisrelevante Fragestellungen mit patientenzentrierten, ggf. auch mehr qualitativ gewichteten Endpunkten untersuchen sollten.

Eine methodisch hochwertige Versorgungsforschung kann sich aber nur bei langfristig gesicherter, von Anbieter- und Herstellerinteressen unabhängiger Finanzierung entwickeln. (35-37)

Die Nachfrage nach Ergebnissen aus einer sogenannten „Comparative Effectiveness Research“, die die Versorgungsrealität explizit zur Grundlage ihres Forschungsansatzes macht und unterschiedliche Therapiemaßnahmen in Bezug

auf ihre Effektivität unter Alltagsbedingungen miteinander vergleicht, ist in den letzten Jahren u.a. aufgrund der Bereitstellung substantieller Fördermittel nicht nur in den USA (38) sondern auch in Deutschland (39) enorm gestiegen.

Insbesondere solche unabhängigen Fördergelder und -programme, die auch in vielen anderen Ländern bereits seit langem etabliert sind, (38, 40-42) sind wesentliche Elemente, um innovative und von öffentlichen Interessen getriebene Forschung überhaupt erst zu ermöglichen. Allerdings scheinen die Projektskizzen von allgemeinmedizinischen Forschungsvorhaben nicht zuletzt oft in der Rekrutierung öffentlicher Forschungsgelder daran zu scheitern, dass sie den Anforderungen der Fördermittel bereitstellenden Organisationen entsprechen. Darüber hinaus besteht Skepsis, ob die Stakeholder im Gesundheitssystem tatsächlich an studienbasierten Erkenntnissen aus Arztpraxen interessiert sind. (43)

5.1.2 Rolle der Primärversorger in der Versorgungsforschung

Da in der Versorgungsforschung verwendete Theorien und Methoden in der Regel mit dem Wissen der klinischen Medizin und der Erfahrung der Versorgungspraktiker verknüpft werden, ist eine Einbindung der Primärversorger, die in den meisten Fällen Hausärztinnen und Hausärzte darstellen, unabdingbar (40). Immerhin versorgen HÄ kontinuierlich den größten Teil der Bevölkerung und werden insbesondere mit steigendem Alter von Patientinnen und Patienten regelmäßig konsultiert (44, 45). Dabei steht aber nicht nur der quantitative, sondern insbesondere der qualitative Aspekt der Hausarztmedizin durch die oft jahrzehnte dauernde Bindung von Patientinnen und Patienten an ihre Ärztin oder ihren Arzt einen wesentlichen Aspekt der primärärztlichen Versorgung dar. (46, 47)

Das Ziel, eine zeitgemäße, qualitativ hochstehende, den Standards der Evidence-Based-Medicine verpflichteten Hausarztmedizin zu etablieren, die dem Anspruch der Grundversorgung auf höchstem Niveau gerecht werden will, kann durch Versorgungsforschung wesentlich unterstützt werden.

Obwohl der Primärversorgungsbereich zunehmend ein interessanter Platz für Forschung wird, so werden Hausärztinnen und Hausärzte aber hierbei immer noch oft instrumentalisiert und „beforscht“. Dabei ist aber entscheidend, dass schon in der Planung und Durchführung von Versorgungsforschungsstudien und vor allem

bei der Interpretation der Ergebnisse, die hausärztliche Perspektive adäquat berücksichtigt wird. Dies gilt umso mehr, wenn Interventionen das diagnostische oder therapeutische Verhalten verändern sollen (48).

Selbst wenn Hausärztinnen und Hausärzte an Versorgungsforschungsprojekten partizipieren, wie z.B. in der Clusterstudie MedViP, in der sie mit ihrer Praxis eine Erhebungs- und Analyseeinheit darstellen (49), so geht die Intention eines Forschungsprojektes doch größtenteils von dritter Seite vonstatten; seien es universitäre Auftraggeber oder Sozialversicherungen bzw. Ministerien, die an einer bestimmten Fragestellung interessiert sind.

Um zu gewährleisten, dass Forschung in der Allgemeinmedizin nicht nur nach dem „top-down“ Prinzip geschieht, sollte bei Forschungsprojekten u.a. darauf geachtet werden, dass allgemeinmedizinische Fragestellungen Teil von Studienzielen bzw. Arbeitsprogrammen sind und Allgemeinarztpraxen nicht nur als Datenlieferanten oder Empfänger von Leitlinien bzw. Fortbildungsmaßnahmen, die ausschließlich von Spezialisten entwickelt wurden, dienen. (50)

Der Ansatz, wie in dieser Arbeit geschehen, Hausärztinnen und Hausärzte selbst zu Forschungsfragen zu ermutigen und diese dann auch adäquat (mit) zu bearbeiten, ist in der vorliegenden Literatur sehr selten zu finden (51), wobei Konsens besteht, dass Maßnahmen, die Hausärzte und Hausärztinnen zu Forschung motivieren und befähigen, dringend notwendig sind (48, 50).

5.1.3 Warum sollten Hausärztinnen und Hausärzte an Forschung partizipieren?

Ärztinnen und Ärzten, die an Forschungsprojekten teilnehmen, tun dies unabhängig von der fachärztlichen Ausrichtung sicher aufgrund intrinsisch geprägter Motivationsfaktoren wie persönlicher Neugier, dem Drang nach Wissen und Erkenntnisgewinn. Karrieristische Motive spielen insbesondere bei der Teilnahme von HÄ an Forschungsprojekten eher eine untergeordnete Rolle, können aber ganz allgemein auch nur als extrinsisch fördernd gewertet werden. (25)

Größter Motivationsfaktor scheint die Freiheit kreative Prozesse zu initiieren und mittels wissenschaftlicher Versuche bis zum Erhalt verwertbarer Ergebnisse zu bearbeiten zu sein. (13, 14, 52, 53)

5.1.4 Was motiviert Hausärztinnen und Hausärzte zur Teilnahme an Versorgungsforschungsprojekten?

Wie viele andere deutschsprachige und internationale Studien zeigten, gelingt die Rekrutierung von Forschungspraxen am besten, wenn die Relevanz für die alltägliche Praxis besonders hoch bewertet wird. (52, 54-56)

Eine rezente Untersuchung des IAMEV zeigt, dass HÄ insbesondere dann an Forschungsprojekten partizipieren wollen, wenn die aus der Forschung gewonnene Evidenz nützlich und für die tägliche Versorgung der Patientinnen und Patienten relevant ist sowie, wenn die Forschung der Aufwertung und Weiterentwicklung der Allgemeinmedizin als eigene Fachdisziplin dient und sie dem Ausbau des persönlichen Netzwerkes dient und einen fachlichen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen fördert. (9)

Barzel et al. (57) evaluierten in einem Workshop in interprofessionellen Kleingruppen Motivationsfaktoren für die Teilnahme an Forschungsprojekten. Für die Studienteilnahme war der erlebte „Out-put“ deutlich wichtiger als die Honorierung. Daneben spielten als fördernde Faktoren für die Umsetzung von Forschungsprojekten in der Hausarztpraxis klare Strukturen und Absprachen, Wertschätzung und eine gemeinsam definierte Kommunikation eine entscheidende Rolle. Das frühzeitige Einbeziehen von Praxen in Planung und Umsetzung von Projektideen betonten Bleidorn et al. als wesentliches Element, um die Machbarkeit eines Forschungsprojektes zu erhöhen (58).

Unter der Kenntnis, dass klinisch relevante Forschungsthemen zu einer vermehrten Teilnahmebereitschaft von Hausärztinnen und Hausärzten führen (59) und die Teilnahmebereitschaft ebenfalls über die Berücksichtigung des Interesses potentiell teilnehmender Ärztinnen und Ärzte am Forschungsthema erhöht werden kann (60), konnte gezeigt werden, dass diese Ärzte und Ärztinnen ebenfalls eher bereit sind an Forschungsprojekten innerhalb von Forschungspraxisnetzwerken teilzunehmen (61).

Dieser Ansatz wird in der vorliegenden Untersuchung maximal möglich berücksichtigt, da die Forschungsfragen direkt von steirischen allgemeinmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten mittels eines Fragebogens erhoben wurden und allen steirischen HÄ anschließend zur Bewertung wieder vorgelegt wurden.

Die nachfolgende Auseinandersetzung mit den Ergebnissen dieser Studie soll Aufschluss darüber geben, welche Themenbereiche für die niedergelassenen steierischen Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin besonders relevant sind und welche konkreten Forschungsfragen sie gerne beforschen würden.

Es wird auch die Erstellung von Forschungsfragen selbst beleuchtet und untersucht, in wie weit diese wichtige wissenschaftliche Fähigkeit noch forciert werden sollte und inwiefern Forschungsgegenstände Bezug zum Praxisalltag der HÄ haben bzw. darauf zielen, für Patienten relevante Endpunkte in das Studiendesign zu implementieren.

Des Weiteren werden vorherrschende Limitationen dieser Arbeit diskutiert und ein Ausblick der nächsten Schritte zur Umsetzung der ersten konkreten Forschungsprojekte gegeben.

5.2 Erstellen von Forschungsfragen

Das Stellen von Forschungsfragen erfordert ein hohes Maß an wissenschaftlichem Knowhow und Erfahrung, um sicherzustellen, dass es sich bei der gestellten Frage um eine beantwortbare und relevante Frage handelt, die es also möglich macht und es wert ist, sie zu beantworten.

In der vergangenen Ausbildung und auch im derzeitigen Curriculum werden angehende Ärztinnen und Ärzte und insbesondere auch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner nicht dafür ausgebildet, wissenschaftlich zu arbeiten und spezifische Forschungsfragen zu generieren. (62)

Im Regelfall sind HÄ zudem auch in ihrem Arbeitsalltag nicht vor die Herausforderung gestellt Forschungsinhalte zu generieren.

Darüber hinaus besteht Im Arbeitsalltag niedergelassener Hausärztinnen und Hausärzte ein generelles Problem in ihrer oft überdurchschnittlichen Arbeitsbelastung und einem daraus resultierenden Zeitmangel, was sich ebenfalls in einer mangelnden Bereitschaft der Partizipation an Forschungsprojekten zeigen kann. (14)

Die Erstellung und darauffolgende Bewertung von Forschungsfragen durch Hausärztinnen und Hausärzte in Bezug auf ihre Praxisrelevanz stellt einen noch relativ neuen Forschungsansatz dar. In der durchgeführten Literaturrecherche konnte eine rezente Arbeit von Marty et al. gefunden werden in der ebenfalls Hausärztinnen und Hausärzte zu ihren Forschungsmotiven und vorhandenen

Forschungsfragen befragt wurden. Darin wurde auch festgehalten, dass die Initiative zu Forschung in der Regel bei Institutionen der Universitäten oder der Pharmaindustrie liegt. (63)

Die meisten Forschungsfragen, -ideen und -themen, die im Zuge der vorliegenden Arbeit eingegangen sind, entsprachen nicht den Kriterien des PICO-Schemas (siehe Absatz 4.1) (64) und genügten damit nicht dem Anspruch, einer konkret bearbeitbaren bzw. beantwortbaren und relevanten (= ohne bereits ausreichende vorhandene Evidenz) Forschungsfrage. Nur 2,3% der rückgemeldeten Fragen und -ideen in der vorliegenden Untersuchung entsprachen allen Kriterien des o.g. PICO-Schemas.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch andere Studien, in denen Fragestellungen von klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten untersucht wurden. In einer Untersuchung von Cheng et al. konnte gezeigt werden, dass Forschungsfragen meist als Aussagen gestellt wurden statt als Fragen. Nur etwas mehr als die Hälfte der gestellten Fragen konnten daher auch beantwortet werden. (65)

Sie konnte in ihrer Studie aber auch nachweisen, dass durch Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte eine Verbesserung der Qualität der gestellten Fragen erreicht werden kann. Während in anderen Ländern schon der Vorschlag gemacht wird, Lehrende, die in der studentischen Ausbildung tätig sind, vermehrt in der Forschung auszubilden (66), ist dieser Ansatz in Österreich noch defizitär, obwohl bei diesen insbesondere auch der Wunsch nach Weiterbildung in Forschung besteht (67).

Die Ursache der mangelhaften Kompetenz in Bezug auf das Erstellen von Forschungsfragen resultiert also im Wesentlichen aus einem dafür notwendigen Wissen um die Formulierung der Frage. Besteht der Wunsch, vermehrt Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in die Forschung einzubinden, so stellt die Vermittlung wissenschaftlicher Kompetenz schon während der Aus- und Weiterbildung hierfür einen wichtigen Faktor dar.

5.3 Von Hausärztinnen und Hausärzten als relevant bewertete Forschungsfragen

Unter den 10 von Hausärztinnen und Hausärzten eingebrachten und von einem Expertenpanel hinsichtlich der Machbarkeit und Relevanz vorausgewählten Fragen, wurden von praktisch tätigen HÄ in der Steiermark die Fragen zu den Effekten einer

Gatekeeperfunktion des Hausarztes und zu den Effekten einer Bewegungstherapie im Vergleich zu NSAR bei Rückenschmerzen als jene mit der höchsten Relevanz für den hausärztlichen Praxisalltag eingeschätzt. Auf die Hintergründe, die Studienlage und mögliche Erklärungen zur Relevanz der beiden Themen soll in den nun folgenden Abschnitten eingegangen werden.

5.3.1 Gatekeeping

Eine groß angelegte, internationale Studie der WHO hat das österreichische mit vergleichbaren Gesundheitssystemen verglichen und es als dezentral, mit schwacher Regulierung, mäßiger Budgetkontrolle und eingeschränktem Gatekeeping beschrieben. Die Kombination aus strukturellen Schwächen, Ineffizienz und der wachsende Pflegebedarf stelle das österreichische Gesundheitssystem in der Zukunft vor große Herausforderungen. (68)

In einem Gatekeeping-System ist der Arzt/die Ärztin (vor allem Allgemeinmediziner, niedergelassene Internisten, Gynäkologen oder Kinderärzte) im Krankheitsfall die erste Anlaufstelle für den Patienten oder die Patientin und übernimmt eine Art Lotsenfunktion entlang der Versorgungskette.(69)

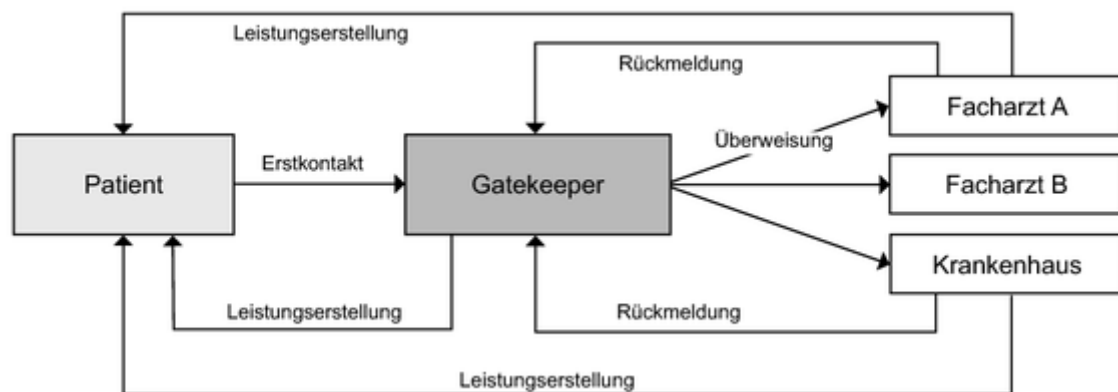


Abbildung 17: Gatekeeping-Schema (69)

Schon 1994 konnte Barbara Starfield nachweisen, dass die Art und Weise mit der die Primärversorgung im Gegensatz zur Sekundärversorgung die Gesundheit der Bevölkerung positiv beeinflusst zumindest teilweise aus ihrer Rolle als „Gatekeeper“ resultiert. Sie führte weiter aus, dass Spezialisten häufiger teurere Tests und diagnostische Maßnahmen durchführen, die immer auch ein Risiko für iatrogene Schäden innehaben und eine Erhöhung der Behandlungskosten bedingen. Das theoretisch vorhandene Risiko der Unterversorgung durch Gatekeeping konnte allerdings nicht belegt werden. (70)

Da es für Österreich wenige Forschungsarbeiten gibt, wurde der Vergleich mit Deutschland angestellt. Für das dortige Gesundheitssystem gibt es aktuellere systemische Übersichtsarbeiten, die untersucht haben, welche gesundheitlichen, ökonomischen und weiteren Effekte das Konzept Gatekeeping hat und ob es dadurch zu einer geringeren Konsultation von Fachärztinnen und Fachärzten, sowie zu einem Abbau der ungleichen medizinischen Versorgung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen kommt.

In der von Zentner et al. verfassten systematischen Übersicht ließ sich feststellen, dass Gatekeeping die Inanspruchnahme von Fachärztinnen und Fachärzten und die Gesundheitsausgaben senken kann, wobei nicht klar beantwortet wurde, ob dadurch die Versorgung negativ beeinflusst wird oder nicht. (71)

Auch Schnitzer und Balke et al. konnten nachweisen, dass die Verringerung der Anzahl an Konsultationen von Fachärzten und Fachärztinnen durch ein Gatekeeping-Modell funktioniert und gleichzeitig die Inanspruchnahme von selbigen durch Frauen und Männer, Groß- und Kleinstadtbewohnerinnen und -bewohnern und zwischen unterschiedlichen Bildungsgruppen angleicht. Insofern trägt das Hausarztmodell also zum Abbau von Zugangsbarrieren und der Verminderung der Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung bei. (72)

Eine Schweizer Studie untersuchte die finanziellen Unterschiede zwischen einem Gatekeeping- und einem Fee-for-Service-Modell im Kanton Aarau im Jahr 2000. Sie kam zu dem Schluss, dass das Gatekeeping-Modell zwischen 15% und 19% weniger Kosten verursachte. (73)

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass Gatekeeping eine zu berücksichtigende Alternative zum in Österreich üblichen Fee-for-Service ist und die Vorteile die Nachteile zu überwiegen scheinen.

Gerade unter Berücksichtigung der aktuellen großangelegten Reformen im Gesundheitssystem, die in einem beträchtlichen Ausmaß die Primärversorgung und damit den Arbeitsalltag und die strukturellen Arbeitsbedingungen der Hausärztinnen und Hausärzte betreffen (74), scheinen sich die teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte für das Thema zu interessieren. Darüber hinaus ist bekannt, dass sich Hausärztinnen und Hausärzte insbesondere für patientenrelevante Forschungsthemen interessieren (7, 52, 59) und sich ihnen daher die Frage stellen könnte, ob sich das Patientenoutcome durch eine vermehrte Gatekeeping-Funktion verbessert.

Da es in Österreich bislang zu diesem Thema keine aussagekräftige Studie gibt, ist der Wunsch der teilnehmenden HÄ, diesbezüglich valide Daten aus dem eigenen Land zu erhalten, nachvollziehbar.

5.3.2 Rückenschmerzen

Schmerzen im Bereich des unteren Rückens (Kreuzschmerzen) sind ein häufiger Beratungsanlass in der allgemeinmedizinischen Praxis. Einer Studie aus dem Jahr 1987 nach findet sich eine jährliche Inzidenzrate von 6% bis 7%, wobei drei Viertel dieser Kreuzschmerzen initial von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern sowie Internistinnen und Internisten behandelt wurden. (75) Zahlen der Statistik Austria zeigen, dass ca. ein Viertel der Bevölkerung (Frauen: 26%, Männer 23%) im letzten Jahr an unteren Rückenschmerzen gelitten haben. Sind es unter den Jugendlichen und jungen Erwachsenen nur 10% so steigt diese Zahl in der Gruppe der 60- bis 74-Jährigen auf 30% und unter den Erwachsenen im höheren Alter auf 43%. Ähnlich ist es auch bei den oberen Rücken- und Nackenschmerzen. Einer von fünf litt im letzten Jahr mindestens einmal unter Nackenschmerzen. (76)

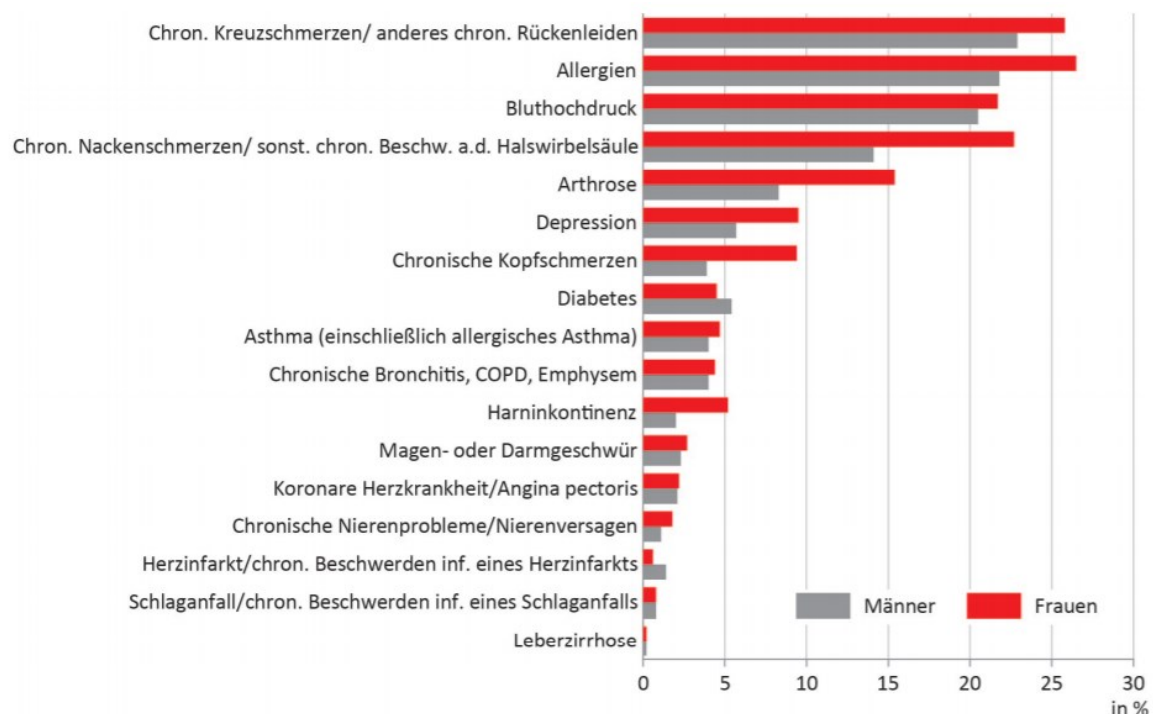


Abbildung 18: Ausgewählte chronische Krankheiten, 12-Monats-Prävalenz (76)

Frymoyer et al. konnten zeigen, dass unter 3900 allgemeinmedizinischen Patientinnen und Patienten eine Inzidenz für Rückenschmerzen von 11% (Männer)

bzw. 9,5% (Frauen) zu beobachten war. (77) Die Lebenszeitprävalenz liegt nach Daten des Robert Koch Institutes zwischen 74 und 85% (78).

Es ist also nicht weiter verwunderlich, dass sich Hausärztinnen und Hausärzte mit diesem Problem auseinandersetzen. Wieso aber wollen sie es beforschen? Eine Erklärung wäre die Annahme, dass es keine gesicherten Evidenzen zur Behandlung von Schmerzen im Rücken gäbe. Dies ist aber nicht der Fall. Es gibt einige Leitlinien zu diesem Thema wie beispielsweise die S3-Leitlinie „Kreuzschmerz“ der DEGAM (79) oder die nationale Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“ (80) und diese empfehlen alle sehr ähnliche Vorgangsweisen.

Evidenz gibt es für die Verwendung von NSAR bei akuten und unkomplizierten, nicht jedoch bei ischialgiformen und radikulären Kreuzschmerzen. (81, 82)

Von Injektionen von NSAR wird abgeraten, da keine verbesserte Wirkung belegt werden konnte, es aber vermehrt zu Nebenwirkungen (hauptsächlich injektionsbedingt) kommt. (83).

Was nichtmedikamentöse Therapieformen betrifft, so lässt sich für physikalische Therapie keine ausreichende Evidenz ausmachen. Für Physio- und Bewegungstherapie gibt es dagegen Hinweise aus einem Cochrane Review, dass sie sich positiv insbesondere auf Patienten mit chronischen Schmerzen auswirken. (84)

Hausärztinnen und Hausärzte wünschen sich also mehr Evidenz zum Therapieerfolg von Rückenschmerzen, obwohl es mehrere Leitlinien und Reviews dazu gibt. Gründe hierfür könnten sein, dass sich HÄ oft nicht an die Leitlinien halten, weil die von ihnen wahrgenommenen Vorlieben der Patienten sie zu einer anderen Therapieform verleiteten (85). Katja Kögel konnte zeigen, dass 40% der Patienten die in ihrer Studie wegen Kreuzschmerzen einen Allgemeinmediziner oder eine Allgemeinmedizinerin aufsuchten, eine Injektion erhielten. Die Entscheidung zu dieser nicht evidenzbasierten Therapieform könnte sehr gut damit zusammenhängen, dass knapp ein Viertel aller Patienten der Meinung war, dass „eine Spritze gegen die Schmerzen“ am sinnvollsten wäre. (86) Hausärztinnen und Hausärzte gehen sehr oft auf die Wünsche ihrer Patienten und Patientinnen ein und kommen auch dem Wunsch nach alternativen Therapieformen nach. (34)

Da der Fokus der von den HÄ gestellten Frage in unserer Arbeit aber die Auswirkung spezifischer Therapieoptionen auf die Krankenstandstage war, steht es an, die ökonomischen Auswirkungen von Kreuzschmerzen, die enorm sind, zu

beleuchten. So waren 24,9% der Befragten einer Studie im Auftrag des österreichischen Bundesministeriums für Gesundheit in den letzten 12 Monaten wegen ihrer chronischen Rückenschmerzen in Krankenstand. (76)

Aus einer deutschen Studie geht hervor, dass 16 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr durch rückenbeschmerzbedingte Krankenstandstage entstanden sind und somit 4% der gesamten Arbeitskraft in Deutschland betrafen. (87)

Die Erfahrung vieler Hausärztinnen und Hausärzte, dass Rückenschmerzen ein häufiges, aber schlecht zu therapierendes Krankheitsbild darstellen, da in vielen Fällen mit einer Überlappung durch psychische Komorbiditäten, ggf. auch Berentungswünschen zu rechnen ist, könnte eine Ursache dafür sein, dass die an der Befragung teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte sich weitere Erkenntnisse in diesem Bereich wünschen, insbesondere auch unter Berücksichtigung der indirekten Kosten, die durch Chronifizierung von Rückenschmerzen entstehen. Da Hausärztinnen und Hausärzte auch eine Verantwortung für die Krankheitskosten tragen, scheint diese Frage für sie besonders relevant zu sein. (88)

5.4 Forschung im Praxennetzwerk

Mit den vorliegenden Erkenntnissen dieser Arbeit stehen Daten für eine bedarfsorientierte Planung zukünftiger Forschungs- und Weiterbildungsprojekte seitens des IAMEVs zur Verfügung, welche in Zukunft beantwortet werden sollen. Es ist geplant zu untersuchen, für welche Forschungsfragen eine fokussierte Literaturrecherche ausreicht und bei welchen Themengebieten es noch zu wenig Evidenz gibt, so dass möglicherweise nur eine eigens durchgeführte Studie die nötigen Daten liefert.

International hat sich für diese Art der Wissensgewinnung die Bildung eines Netzwerks von Hausarztpraxen als sehr nützlich erwiesen, da so nicht für jedes Projekt neue Praxen rekrutiert und eingeschult werden müssen, sondern man auf einen erfahrenen Pool zurückgreifen kann. (10)

In den USA werden diese Netzwerke practice-based research networks (PBRNs) genannt und die Anzahl dieser PBRNs wächst von Jahr zu Jahr. 2011 gab es bereits 143 aktive Netzwerke, die zusammen ungefähr 15% der Amerikanerinnen und Amerikaner, also mehr als 46 Millionen Menschen, versorgten. (89)

Die Bildung und Organisation eines steirischen oder sogar österreichischen Forschungspraxennetzwerkes sollte weiterhin ein großes Thema aller universitären Institute für Allgemeinmedizin sein, da die Qualität der Versorgung nur durch klinische Forschung alleine nicht gehoben werden kann. (90)

Ideen und Hilfestellungen bei der Umsetzung eines solchen Forschungspraxennetzwerkes kann man sich aus den schon bekannten internationalen Beispielen holen. (52, 91)

Die initial durchgeführte Fragebogenerhebung aus dem Mai 2015, die ebenfalls die Forschungsfragen bzw. -themen der Hausärztinnen und Hausärzte erhoben hat, stellte den ersten Schritt zur Gründung des steirischen Forschungspraxennetzwerkes dar. (9)

5.5 Limitationen

Mit 14,7% Rücklauf sind die Ergebnisse wahrscheinlich nicht vollständig repräsentativ für alle steirischen Hausärztinnen und Hausärzte. In der Arbeit zur Erhebung des Forschungsinteresses der steirischen HÄ gab es mit 13,3% eine sehr ähnliche Antwortrate (9). Allerdings zeigte sich in einem Vergleich der antwortenden HÄ, dass von den 149, die in der vorliegenden Untersuchung den Fragebogen zur Priorisierung der Forschungsfragen beantwortet hatte, lediglich 37 auch schon HÄ waren, die bereits als forschungsinteressierte HÄ im Forschungspraxisnetzwerk registriert waren; 112 (75%) der antwortenden HÄ sind (noch) nicht offiziell Teilnehmer am Forschungspraxisnetzwerk. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Erstellung einer Forschungsfrage an sich bzw. das Interesse an einem spezifischen Forschungsgegenstand allein nicht dazu führt, an Forschungsprojekten auch aktiv partizipieren zu wollen.

Eine weitere Limitation legt nahe, dass eher die Hausärztinnen und Hausärzte mit Interesse an der Forschung oder die, die bereits in Forschung und Lehre aktiv sind geantwortet haben als solche, die sich nicht damit beschäftigen können oder wollen. Bedingt durch das mehrstufige Studiendesign kann es auch vorgekommen sein, dass eine Forschungsidee in einer frühen Stufe ausgefallen ist, die sich später im persönlichen Gespräch als äußerst gut durchdacht oder relevant für die Mehrheit der Hausärztinnen und Hausärzte herausgestellt hätte. Diese Limitation hätte allerdings nur durch einen großen personellen und zeitlichen Aufwand und ein

telefonisches Gespräch mit allen Antwortenden ausgeräumt werden können, was leider derzeit noch nicht möglich ist.

5.6 Ausblick

Die im Zuge dieser Arbeit zusammengetragenen Forschungsfragen sollen nun hinsichtlich ihrer Bearbeitungsmöglichkeit in einem Expertengremium diskutiert werden. Im Zuge dessen sollen ggf. weitere Literaturrecherchen unternommen werden, um festzustellen ob es bereits ausreichende Evidenzen gibt oder, falls nicht, eine Grundlage für die Planung und Durchführung weiterer Forschungsprojekte zu generieren.

Für Forschungsfragen mit bereits ausreichender Evidenz, wie zum Beispiel die Frage nach der Behandlung der Rückenschmerzen, ist es angedacht, eigene Fortbildungsveranstaltungen für Hausärztinnen und Hausärzte anzubieten. Diese sollen speziell auf die vorhandene Evidenz aber auch die Translation selbiger in die alltägliche Praxis eingehen und so einen Mehrwert zu einer reinen Aufstellung der vorhandenen Literatur bieten.

Ebenfalls sollte in speziellen Gremien (EbM-Netzwerk etc.) kommuniziert werden, in welcher Art und Weise Erkenntnisse der EBM so vermittelt werden können, dass sie zu einer qualitativ hochwertigen Patientenberatung und -betreuung führen können.

5.7 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie liefert eine Analyse der von steirischen Hausärztinnen und Hausärzten selbst erstellten und als relevant bewerteten Forschungsthemen.

Die von den HÄ selbst genannten Forschungsfragen zeigen einen starken Bezug zum Arbeitsalltag der Hausärztinnen und Hausärzte und die Breite ihres allgemeinmedizinischen Wirkungsspektrums.

Die von allen steirischen HÄ als besonders relevant bewerteten Forschungsfragen spiegeln einerseits wieder, dass HÄ sich mit ihrer Rolle im Gesundheitssystem im Rahmen aktueller gesundheitspolitischer Diskussionen beschäftigen (Gatekeeping) und andererseits die Effektivität von Therapiemaßnahmen im Hinblick auf die Dauer von Arbeitsunfähigkeit bei Rückenschmerzen einschätzen können möchten und hier Verantwortlichkeit für immense Kosten im Gesundheitssystem zeigen.

Da der Großteil von Forschungsprojekten die Grundlagen- und klinische Forschung betrifft, deren Ergebnisse sich aber in vielen Fällen aufgrund der unpassenden Methodik nicht auf die Versorgungsrealität unter Alltagsbedingungen umsetzen lässt, sind weitere Bestrebungen notwendig, um Fragen, die sich in der alltäglichen Patientenversorgung ergeben mit und für die praktisch tätigen Ärztinnen und Ärzte zu beforschen, und zu Ergebnissen zu gelangen, von denen die Patienten maximal profitieren.

Literaturverzeichnis

1. Koller M NE, Augustin M, et al. Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung-konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. . Das Gesundheitswesen. 2009;71(864):72.
2. Pfaff H. Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. Gesundheitsversorgung und Disease Management. 2003:13-22.
3. Lohr KNS, D. M. Health Services Research: An Evolving Definition of the Field. Health Services Research. 2002;37:15-7.
4. Schmacke N. Versorgungsforschung - auf dem Weg zu einer Theorie der "letzten Meile". Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. 2004;9(3):167-71.
5. Pfaff H. Versorgungsforschung: unverzichtbar bei Allokationsentscheidungen – eine Stellungnahme. Dtsch Med Wochenschr. 2011(136):2496-500.
6. Glanville Jea. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. BMJ. 2011;324:1028.
7. Rosemann T SJ. General practitioners' attitudes towards research in primary care: qualitative results of a cross sectional study. BMC Family Practice 2004. 2004;5(1):31.
8. Rothwell P. External validity of randomised controlled trials: "to whom do the results of this trial apply?". The Lancet. 2005;365:82-93.
9. Reinisch M. Fragebogenerhebung zur Evaluierung des quantitativen und inhaltlichen Forschungsinteresses und möglicher hemmender und fördernder Faktoren der Allgemeinmediziner/innen in der Steiermark. 2016.
10. Bleidorn J. Anrufen ohne Ende? Über das Gewinnen hausärztlicher Praxen für ein Versorgungsforschungsprojekt. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2012:61-8.
11. Raftery J, Kerr C, Hawker S, Powell J. Paying clinicians to join clinical trials: a review of guidelines and interview study of trialists. Trials. 2009;10(1):15.
12. Peters-Klimm F, Hermann K, Gagyor I, Haasenritter J, Bleidorn J, für das Netzwerk Klinische Studien in der A. [Experiences and attitudes regarding practice-based clinical trials: results of a survey among German primary care physicians]. Gesundheitswesen. 2013;75(5):321-7.
13. Kottke TE, Solberg LI, Nelson AF, Belcher DW, Caplan W, Green LW, et al. Optimizing practice through research: a new perspective to solve an old problem. The Annals of Family Medicine. 2008;6(5):459-62.
14. Calmbach WL, Ryan JG, Baldwin L-M, Knox L. Practice-based research networks (PBRNs): meeting the challenges of the future. The Journal of the American Board of Family Medicine. 2012;25(5):572-6.
15. Piccoliori G. Medizinische Forschung in Südtirol – Eine Meinungsumfrage bei Ärzten und der Bevölkerung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2011;87:111-5.
16. Osheroff Jea. Physicians' information needs: analysis of questions posed during clinical teaching. Ann Intern Med. 1991;114(7):576-81.
17. González-González AI DM, Sánchez-Mateos J, et al. Information Needs and Information-Seeking Behavior of Primary Care Physicians. Annals of Family Medicine. 2007;5(4):345-52.
18. Covell D. Information needs in office practice: are they being met? . Ann Intern Med. 1985;103(4):596-9.

19. Urquhart CJ, Hepworth JB. The value to clinical decision making of information supplied by NHS library and information services: British Library Research and Development Department London; 1995.
20. Gorman PN, Ash J, Wykoff L. Can primary care physicians' questions be answered using the medical journal literature? Bulletin of the Medical Library Association. 1994;82(2):140-6.
21. Beck S. Forschungsfragen aus der Praxis. Der Hausarzt. 2016;6:30-1.
22. Tunis SR, Stryer DB, Clancy CM. Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. Jama. 2003;290(12):1624-32.
23. Glasgow RE, Magid DJ, Beck A, Ritzwoller D, Estabrooks PA. Practical clinical trials for translating research to practice: design and measurement recommendations. Medical care. 2005;43(6):551-7.
24. DePoy E, Gitlin LN. Introduction to research: Understanding and applying multiple strategies: Elsevier Health Sciences; 2015.
25. Hakimi M, Geisbüsch P, Kotelis D, Böckler D. Warum soll ich forschen? Gefäßchirurgie. 2010;15(8):589-95.
26. Ahrens W, Pigeot I. Handbook of epidemiology: Springer; 2004.
27. Müller-Oerlinghausen B, Garbe E. Datenbanken im Ausland für die Arzneimittelforschung nach der Zulassung: Ein Modell auch für Deutschland? Dtsch Arztebl. 1998;95(49):49.
28. Schneeweiss S. Developments in post-marketing comparative effectiveness research. Clinical Pharmacology & Therapeutics. 2007;82(2):143-56.
29. Schubert I, Garbe E, Dietlein G, Glaeske G. Memorandum zu Nutzen und Notwendigkeit Pharmakoepidemiologischer Datenbanken in Deutschland. 2004.
30. C. B. Hausarzt-Patienten sind meist aussen vor. ÄrzteZeitung [Internet]. 2016 12.03.2017.
31. McAlister F, Majumdar S, Eurich D, Johnson J. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24 232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. Quality and Safety in Health Care. 2007;16(1):6-11.
32. Olfson M, Marcus SC. Decline in placebo-controlled trial results suggests new directions for comparative effectiveness research. Health affairs. 2013;32(6):1116-25.
33. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. Jama. 1999;282(15):1458-65.
34. Rogers WA. Whose autonomy? Which choice? A study of GPs' attitudes towards patient autonomy in the management of low back pain. Family Practice. 2002;19(2):140-5.
35. Donner-Banzhoff N, Schrappe M, Lelgemann M. Studien zur Versorgungsforschung. Eine Hilfe zur kritischen Rezeption. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen-German Journal for Quality in Health Care. 2007;101(7):463-71.
36. Pfaff H, Kaiser C. Aufgabenverständnis und Entwicklungsstand der Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. 2006;49(2):111-9.
37. Schneider N, Lingner H, Schwartz FW. Disclosing conflicts of interest in German publications concerning health services research. BMC Health Services Research. 2007;7(1):78.

38. VanLare JM, Conway PH, Sox HC. Five next steps for a new national program for comparative-effectiveness research. *New England Journal of Medicine*. 2010;362(11):970-3.
39. Bundesausschuss IbG. Innovationsfonds 2017 [Available from: <https://innovationsfonds.g-ba.de/versorgungsforschung>.
40. Badura B, Schaeffer D, Troschke Jv. Versorgungsforschung in Deutschland Fragestellungen und Förderbedarf. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften= Journal of public health*. 2001;9(4):294-311.
41. Raspe H-H. Versorgungsforschung in Deutschland: Stand-Perspektiven-Förderung; Stellungnahme; Standpunkte: John Wiley & Sons; 2010.
42. Sox HC. Comparative effectiveness research: a progress report. *Annals of internal medicine*. 2010;153(7):469-72.
43. Rieser S. Klinische Studien in der Allgemeinmedizin: Viele Fragen, zu wenig Forschung. *Ärzteblatt*. 2015;112(15).
44. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P, Schlaud M. Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2007;50(5-6):836-50.
45. Streich W. Der Hausarzt als Primärversorger und Lotse im Versorgungssystem– Stand der Praxis und Entwicklungschancen. Böcken J, Braun B, Schnee M, Hrg *Gesundheitsmonitor*. 2003:26-40.
46. Abholz H-H. Conflicts between personal and public health care: can one GP serve two masters? : *British Journal of General Practice*; 2007.
47. Szecsenyi J, Engelhardt N, Wessel M, Bär R, Klein F, Kussmaul P, et al. Eine Methode zur Bestimmung des Denominators in Allgemeinpraxen: Ergebnisse einer Pilotstudie. *Das Gesundheitswesen*. 1993;55:32-6.
48. Rosemann T. Forschen oder beforscht werden? *PrimaryCare*. 2008;8(18):372-3.
49. Himmel PDW, Hummers-Pradier E, Kochen M. Medizinische Versorgung in der hausärztlichen Praxis. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2006;49(2):151-9.
50. Baum E, Basler H, Becker A, Chenot J, Donner-Banzhoff N, Hildebrandt J, et al. Kooperation von Hausärzten in der Forschung: das Beispiel Rückenschmerzprojekt. *ZFA-Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2003;79(01):43-5.
51. Beach MC, Roter D, Larson S, Levinson W, Ford DE, Frankel R. What do physicians tell patients about themselves? *Journal of general internal medicine*. 2004;19(9):911-6.
52. Güthlin Cea. Rekrutierung von Hausarztpraxen für Forschungsprojekte. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2012;88(4):173-81.
53. Hummers-Pradier E, Bleidorn J, Schmiemann G, Joos S, Becker A, Altiner A, et al. General practice-based clinical trials in Germany - a problem analysis. *Trials*. 2012;13:205.
54. Hummers-Pradier Eea. Simply no time? Barriers to GP's participation in primary health care research. *Family Practice*. 2008;25(2):105-12.
55. Jowett S. Research in primary care: extent of involvement in perceived determinants among practitioners from one English region. *British Journal of General Practice*. 2000;50:387-9.
56. De Maeseneer JvW, C. Research in general practice in Europe: A growing community. *European Journal of General Practice*. 2001;7(3):90-1.
57. Barzel A SM, Gerlach F, Mergenthal K. Das hausärztliche Team in der Forschung - ein Workshop mit Hausärzten, Medizinischen Fachangestellten und wissenschaftlichen

- Mitarbeitern der universitären Allgemeinmedizin. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2013;89:255-60.
58. Bleidorn J, Hauswaldt J, Heim S, Lingner H, Hummers-Pradier E. Das Forschungspraxennetz als Basis hausärztlicher Forschung-eine Fokusgruppenanalyse. 2011.
59. Robinson G, Gould M. What are the attitudes of general practitioners towards research? Br J Gen Pract. 2000;50(454):390-2.
60. Graham ID, Tetroe J. CIHR research: How to translate health research knowledge into effective healthcare action. Healthcare Quarterly. 2007;10(3).
61. De Wit NJ, Quartero AO, Zuithoff A, Numans ME. Participation and successful patient recruitment in primary care. The Journal of family practice. 2001;50(11):976-.
62. Scharer S, Freitag A. Physicians' exodus: why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice. Wiener klinische Wochenschrift. 2015;127(9-10):323-9.
63. Marty T, Zoller M, Hurni R, Rickenmann J, von Felten D, Steurer J. Forschung in der Praxis: Forschungsfragen und Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit bei Ärzten und Ärztinnen in einem Ärztenetzwerk. Schweiz Ärztezeitung. 2003;84:590-3.
64. Schmucker C, Motschall E, Antes G, Meerpohl JJ. Methoden des Evidence Mappings. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2013;56(10):1390-7.
65. Cheng GYT. A study of clinical questions posed by hospital clinicians. J Med Libr Assoc. 2004;92(4):445-59.
66. Abbott P, Reath J, Rosenkranz S, Usherwood T, Hu W. Increasing GP supervisor research skills-enhancing clinical practice and teaching. Australian family physician. 2014;43(5):327.
67. Kötter T, Carmienke S, Herrmann WJ. Compatibility of scientific research and specialty training in General Practice. A cross-sectional study. GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung. 2014;31(3).
68. Joumard I, C. André, Nicq C. Health Care Systems: OECD Publishing; 2010.
69. Springer Gabler Verlag. Gabler Wirtschaftslexikon <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/17943/hausarztzentrierte-versorgung-gatekeeping-v10.html>; Springer Gabler Verlag; 2016 [
70. Starfield B. Is primary care essential? Lancet. 1994;344(8930):1129-33.
71. Zentner A, VGM, Busse R. Macht der Hausarzt als Lotse die Gesundheitsversorgung wirklich besser und billiger? Ein systematischer Review zum Konzept Gatekeeping. Gesundheitswesen. 2009;72(8):38-44.
72. Schnitzer S, Balke K, Walter A, Litschel A, Kuhlmeier A. Führt das Hausarztmodell zu mehr Gleichheit im Gesundheitssystem? Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. 2011;54(8):942.
73. Schwenkglenks M, Preiswerk G, Lehner R, Weber F, Szucs TD. Economic efficiency of gatekeeping compared with fee for service plans: a Swiss example. Journal of Epidemiology and Community Health. 2005;60:24-30.
74. Hofmarcher MM QW. Austria: health system review. Health systems in transition. 2012;15:1-292.
75. Freeborn DK, Shye D, Mullooly JP, Eraker S, Romeo J. Primary care physicians' use of lumbar spine imaging tests. Journal of general internal medicine. 1997;12(10):619-25.
76. Statistik Austria. Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Österreichische Gesundheitsbefragung. 2014.

77. Frymoyer JW, Pope MH, Costanza MC, Rosen JC, Goggin JE, Wilder DG. Epidemiologic studies of low-back pain. *Spine*. 1980;5(5):419-23.
78. Raspe H. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 53: Rückenschmerzen. Robert Koch-Institut, Berlin. 2012.
79. Chenot J, Becker A, Niebling W, Kochen M. Aktualisierung der DEGAM-Leitlinie Kreuzschmerzen. *ZFA-Zeitschrift für Allgemeinmedizin*. 2007;83(12):487-94.
80. VersorgungsLeitlinie N. Kreuzschmerz Langfassung, Version 4. 2015.
81. Henley E. Understanding and treating low back pain in family practice. *Journal of Family Practice*. 2000;49(9):793-.
82. Koes BW, Scholten RJ, Mens JM, Bouter LM. Efficacy of non-steroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: a systematic review of randomised clinical trials. *Annals of the rheumatic diseases*. 1997;56(4):214-23.
83. van Tulder MW, Koes B, Seitsalo S, Malmivaara A. Outcome of invasive treatment modalities on back pain and sciatica: an evidence-based review. *European Spine Journal*. 2006;15(1):S82-S92.
84. Hayden JA TMv, Malmivaara A, Koes BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005(3).
85. Schers H, Braspenning J, Drijver R, Wensing M, Grol R. Low back pain in general practice: reported management and reasons for not adhering to the guidelines in The Netherlands. *Br J Gen Pract*. 2000;50(457):640-4.
86. Kögel K. Epidemiologie und Behandlung von Kreuzschmerzen in der Hausarztpraxis. 2008.
87. Göbel H. Epidemiologie und Kosten chronischer Schmerzen. *Der Schmerz*. 2001;15(2):92-8.
88. DEGAM. Fachdefinition: DEGAM; 2002 [Available from: <http://www.degam.de/fachdefinition.html>].
89. Werner JJ. Measuring the impact of practice-based research networks (PBRNs). *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2012;25(5):557-9.
90. De Maeseneer J. The need for research in primary care. *The Lancet*. 2003;362:1314-9.
91. Peterson Kea. Supporting Better Science in Primary Care: A Description of Practice-based Research Networks in 2011. *J Am Board Fam Med*. 2012;25:565-71.

Anhang – Brief an Hausärztinnen und Hausärzte



Medizinische Universität Graz

**Institut für Allgemeinmedizin und
evidenzbasierte Versorgungsforschung**

Postanschrift: Auenbruggerplatz 2/9
Haus: Auenbruggerplatz 20/III
8036 Graz

Univ.-Prof. Dr.med. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch
Institutsleitung
andrea.siebenhofer@medunigraz.at
Tel: +43 316 385 / 73558

Barbara Konrad
Sekretariat
iamev@medunigraz.at
Tel: +43 316 385 / 73555
Fax: +43 316 385 / 79654

15. Dezember 2016

Betreff: Forschungsfragen aus Hausarztpraxen

Sehr geehrte steirische Hausärztinnen und Hausärzte,

vielleicht erinnern Sie sich noch, dass wir Sie im Sommer 2015 bezüglich etwaiger für Sie interessanter Forschungsfragen kontaktiert haben. Für die rege Rückmeldung möchten wir uns nochmals bedanken. Aus Ihren vielfältigen Forschungsideen haben wir in einem strukturierten Prozess Forschungsfragen ausgewählt, die am ehesten eine Möglichkeit bieten, durch eigene Studien oder Literaturrecherchen beantwortet zu werden. Seien Sie also bitte nicht enttäuscht, wenn Sie Ihre Forschungsfrage nicht wiederfinden, dies bedeutet auf keinen Fall, dass diese nicht relevant ist.

Die ausgewählten Forschungsfragen möchten wir Ihnen nun vorstellen und Sie bitten, uns Ihre Meinung dazu zu geben, für wie relevant Sie die jeweilige Frage aus Ihrer alltäglichen praktischen Arbeit heraus beurteilen.

Diese Bewertung wird nur wenige Minuten in Anspruch nehmen, uns aber die Möglichkeit geben, in Zukunft in Zusammenarbeit mit Ihnen Projekte zu entwickeln, die sich mit diesen Forschungsfragen befassen und somit langfristig die hausärztliche Versorgung verbessern.

Auch im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkeln werden wir Ihnen eine Rückmeldung auf die von Ihnen gestellten Fragen geben können.

Medizinische Universität Graz, Auenbruggerplatz 2, 8036 Graz, www.medunigraz.at

Rechtsform: Juristische Person öffentlichen Rechts gem. Universitätsgesetz 2002. Information: Mitteilungsblatt der Universität und www.medunigraz.at. DVR-Nr. 210 9494.

UID: ATU 575 111 79. Bankverbindung: UniCredit Bank Austria AG IBAN: AT93 1200 0500 9484 0004, BIC: BKAUATWW
Raiffeisen Landesbank Steiermark IBAN: AT44 3800 0000 0004 9510, BIC: RZSTAT2G

Die Forschungsfragen

Sehr relevant Eher relevant Weniger relevant Nicht relevant

Senkt die Überwachung und Optimierung der Ernährung die Sturzhäufigkeit und -folgen bei älteren Patienten*?				
Welche Erwartungen haben Jugendliche und junge Erwachsene an den Hausarzt im Vergleich zum Facharzt?				
Haben Patienten mit idiopathischer BSG-Erhöhung ein höheres Risiko eine chronisch entzündliche, hämatologische oder maligne Krankheit zu bekommen?				
Ist die Behandlung der unkomplizierten, kindlichen Darmentzündung mit selbst hergestellter Elektrolytlösung gleichermaßen wirksam wie eine Therapie mit Probiotika?				
Senkt eine aktive Bewegungstherapie im Vergleich zu einer medikamentösen Therapie mit NSAR bei berufstätigen Patienten mit Rückenschmerzen die Anzahl der Krankenstandstage?				
Ist der Hausarzt bei somatoformen Beschwerden junger Frauen im Vergleich zur Spitalsambulanz besser und schneller in der Lage, eine Diagnose zu stellen und Therapie einzuleiten?				
Welche Empfehlungen gibt es hinsichtlich einer Nutzen/Schadens-Optimierung einer Statin-Therapie zur Sekundärprophylaxe bei Patienten über 80 Jahre?				
Welche Auswirkungen hat der ganzheitliche Zugang des Hausarzt bei unspezifischen Beschwerden wie Müdigkeit und Abgeschlagenheit im Vergleich zur sofortigen Abklärung in einer Ambulanz?				
Wie sinnvoll ist ein Gatekeeping-System (= Hausarzt als verpflichtende erste Anlaufstelle) im Vergleich zu einem System mit freier Facharztwahl?				
Ist die alleinige Therapie mit Hausmitteln beim viralen Atemwegsinfekt gleichermaßen wirksam wie die Therapie mit NSAR und Schleimlösern?				

*) Bei der Frageerstellung wurde bei der Angabe von Personenbezeichnungen jeweils die männliche Form angewandt. Dies erfolgt ausschließlich zur Verbesserung der Lesbarkeit

Über das Ergebnis aller Antworten der steirischen Hausärzte werden wir nach Auswertung auf unserer Website allgemeinmedizin.medunigraz.at berichten.

Natürlich besteht erneut die Möglichkeit einer anonymen Beantwortung, denn jede Stimme ist uns wichtig. In diesem Fall übermitteln Sie uns den Fragebogen ohne Ihre Adressdaten ansonsten reicht es aus, Ihren Praxisstempel zu verwenden.

Titel, Vor- und Nachname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

E-Mail: _____

Rücksendung bitte per Fax unter **0316 / 385 79654** oder per Post an folgende Adresse.

**Institut für Allgemeinmedizin
und evidenzbasierte
Versorgungsforschung**
Auenbruggerplatz 2/9
8036 Graz

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Mit besten Grüßen aus dem Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung

Prof. Dr. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

Anhang – Interviewleitfaden

1 Interviewleitfaden : Forschungsfragen aus Hausarztpraxen

Interviewleitfaden DR. _____ Nr. _____

Annahme: Telefonat mit Ordinationsassistentin

Grüß Gott, mein Name ist _____, ich rufe an vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz im Namen von Frau Prof. Siebenhofer-Kroitzsch.

Vor einem Jahr hat Frau /Herr Dr. _____ freundlicher Weise an einer Fragebogenerhebung unseres Institutes teilgenommen, zu dem wir jetzt noch eine weitere Frage hätten. Maximal wird das Gespräch 7-10 Minuten dauern.

Dürfen wir um ein Gespräch mit Frau / Herrn Dr. _____ bitten?

Wann darf ich mich wieder bei Ihnen melden?

Eigentliches Gespräch mit Forschungsarzt/Forschungsärztin

Liebe Frau Dr. _____, lieber Herr Dr. _____!

Vielen Dank, dass Sie sich heute die Zeit nehmen, um mit mir am Telefon zu sprechen.

Wir möchten mit diesem Gespräch anknüpfen an den Fragebogen des Institutes für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, den Sie im Mai letzten Jahres freundlicherweise beantwortet haben.

Dabei haben Sie Ihre generelle Bereitschaft zur Mitarbeit an Forschungsprojekten aus der Allgemeinarztpraxis bekanntgegeben (vorher nachprüfen !!) und ein Forschungsthema bzw. eine Forschungsidee benannt, das Sie interessiert.

(einfügen Forschungsfrage)

Um uns dieses Themas weiter annehmen zu können und dieses weiter bearbeiten zu können, ist es für uns jedoch notwendig, eine Konkretisierung der Fragestellung durchzuführen.

Darum möchte ich Sie bitten, Ihr Thema genauer mit mir zu besprechen.

Ich werde bei dem Gespräch Notizen machen, um es später besser auswerten zu können. Sollten Sie während des Gespräches Fragen haben, können Sie diese jederzeit stellen.

Kommen wir zurück zu dem Forschungsthema, das Sie interessiert:

- 1) An welche Patienten(gruppe) / an welches konkrete Problem haben Sie gedacht? Können Sie dies evtl. eingrenzen bzw. konkretisieren?

- 2) Was ist der genaue Gegenstand der Untersuchung, der Sie interessiert? An welche Art der Intervention / Therapieverfahren / Methode etc. haben Sie gedacht, die an der Gruppe von PatientInnen durchgeführt werden soll? Können Sie diese ggf. weiter eingrenzen bzw. konkretisieren?

- 3) Mit welcher Intervention (z.B. Therapie) könnte ihre Intervention verglichen werden bzw. mit welcher Patientengruppe soll ihre Patientengruppe verglichen werden? Also was ist die Hauptalternative mit der die von Ihnen vorgeschlagene Intervention verglichen werden könnte? (z.B.: Placebo vs. ASS)

- 4) Was war das Ziel Ihrer Forschungsfrage? Was sollte mit der Forschung erreicht werden? Welches Ergebnis erwarten Sie?

5) Ihre Forschungsfrage lautet nun:

Entspricht diese Forschungsfrage inhaltlich dem, was Sie sich vorgestellt haben, als Sie das Forschungsthema an uns geschickt haben?

Ja → weiter

Nein → nochmals PICO anwenden (für uns INTERN!)

P:

I:

C:

O:

Entspricht die Forschungsfrage nun dem, was Sie sich vorgestellt haben?

Wenn Sie möchten, können Sie noch eine weitere Forschungsfrage formulieren:

Möchten Sie zum Abschluss noch etwas sagen? Haben wir in dem Gespräch etwas Wichtiges vergessen?

Vielen Dank, dass Sie mit mir gesprochen haben.

Interviewrichtlinien

1. Frage nur nach, wenn es wirklich von Interesse ist.
2. Vermeide dabei suggestive Fragen oder gespiegelte Rückmeldungen oder Interpretationen.
3. Halte dich genug zurück und versuchen nicht das Gespräch zu lenken. Versetze dich in die Rolle eines Fernsehmoderators. Seine Aufgabe ist es, das Gespräch zu leiten, im Fokus des Interesses ist jedoch immer der Gast.
4. Bewerte und kommentiere Aussagen der Gesprächspartner nicht! Ein „ach wie schlimm“, mit dem man im Alltagsgespräch Empathie signalisiert solltest du dir verkneifen. Signalisiere stattdessen durch Kopfnicken, Bestätigungslaute, und dann und wann ein „ich verstehe“, dass du zuhörst und interessiert bist.
5. Lass den Gesprächspartner in Ruhe ausreden. Lass immer wieder viel Zeit verstreichen, damit auch zaghafte Ideen oder langsam entstehende Gedanken Gelegenheit haben, durch den Interviewten ausgedrückt zu werden. Planen also Pausen fest ein und scheue dich nicht vor stillen Momenten.
6. Der Gesprächsleitfaden muss nicht zwingend chronologisch verfolgt werden. Folge eher dem thematischen Verlauf des Gesprächspartners, als der Reihenfolge des Leitfragen.
7. Vermeide es, Themen doppelt abzufragen. Wenn Fragen schon „zufällig“ beantwortet wurden, müssen diese Frage nicht noch einmal vorgelesen werden, nur weil sie auf dem Leitfaden steht.

Literatur:

1. Uwe Flick, Ernst von Kardoff, Ines Steinke (Hg.) 2005: Qualitative Forschung. Ein Handbuch, Reinbek bei Hamburg.
2. Dresing, Thorsten / Pehl, Thorsten: Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Auflage. Marburg, 2013. Quelle: www.audiotranskription.de/praxisbuch (Datum des Downloads: 26.05.2016)
3. Stefanie Vogt, Melanie Werner (Hrsg.); Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse. Skript. Köln, 2014

Begleitinformation:

Falls Fragen zum PICO-Schema auftauchen:

PICO ist dabei eine Abkürzung für

P wie Patient oder Problem

d.h. wir benötigen eine Konkretisierung der Frage:

„Welche Gruppe von Patienten bzw. welches Problem ist gemeint?“

I wie Intervention bzw. Technologie bzw. diagnostisches oder therapeutisches Verfahren

d.h. wir benötigen eine Konkretisierung der Frage:

„Welche Intervention ist Gegenstand der gegenwärtigen Untersuchung?“

C wie Vergleichsintervention

d.h. wir benötigen eine Konkretisierung der Frage:

„Was ist die Hauptalternative, mit der die Intervention verglichen werden kann?“

O wie Outcome

d.h. wir benötigen eine Konkretisierung der Frage:

„Was soll erreicht werden?“

Beispiel für eine PICO-Frage:

Um Ihnen ein Beispiel zu geben, in welcher Weise die Formulierung einer konkreten Forschungsfrage nach dem PICO-Schema vorgenommen werden könnte, habe ich mir das Thema Schlaganfall ausgedacht.

Ein Forschungsthema hätte lauten können:

Wie verhindert man einen Reapoplex?

Eine klinisch relevante Fragestellung wäre z.B.: *„Wie ist der Stellenwert der pharmakotherapeutischen Sekundärprävention nach akutem Schlaganfall?“*

Eine Konkretisierung und bearbeitbare (durch Forschung oder Literaturrecherche) Fragestellung nach dem PICO-Schema könnte wie folgt aussehen:

„Ist bei Patienten nach akutem ischämischem Insult der Einsatz von Clopidogrel wirksamer verglichen mit ASS hinsichtlich der Vermeidung künftiger Schlaganfälle?“

P: Patienten nach akutem ischämischem Insult

I: Clopidogrel-Therapie

C: ASS-Therapie

O: Vermeidung Re-Apoplex

Anhang – Bewertung des Expertengremiums

Frage kurz	Feldforschung	Literaturrecherche	Machbarkeit	Aufwand	Pkt
Senkt die Überwachung der Ernährung die Sturzhäufigkeit und -folgen bei alten Patienten?	+	+	+	+	4
Welche Erwartungen haben sich in ärztlicher Behandlung befindende Jugendliche an den Hausarzt im Vergleich zum Facharzt?	+	+	+	+	4
Haben Patienten mit idiopathischer BSG-Erhöhung ein höheres Risiko eine maligne Krankheiten zu bekommen?	~	+	+	+	3
Ist die Behandlung der unkomplizierte, kindliche Darmentzündung mit Hausmitteln gleichmaßen wirksam wie eine Therapie mit Darmkeimen?	~	+	+	+	3
Ist eine aktive Bewegungstherapie einer medikamentösen Therapie mit NSAR bei Patienten mit Rückenschmerzen überlegen?	~	+	+	+	3
Welchen Einfluss auf die Diagnosefindung hat es ob der Arzt den Patienten kennt oder nicht?	-	+	+	+	2
Sind einfache Erklärungsmodelle besser im Stande die Mortalität bei Diabetikern zu senken als teure Medikamente?	-	+	+	+	2
Überwiegen die Nachteile einer Statintherapie bei Patienten im hohen Alter die Vorteile?	-	+	+	+	2
Kommt es zu besseren und schnelleren Diagnosen wenn Hausärzte vor Ort ein Labor anbieten können?	-	+	+	+	2
Wie sinnvoll ist ein Gatekeeping-System im Vergleich zu einem System mit freier Arztwahl?	-	+	+	+	2
Sind Hausmittel beim viralen Atemwegsinfekt gleichmaßen wirksam wie NSAR und Schleimlöser?	-	+	+	+	2
Ist eine Schilddrüsenabklärung mittels Ultraschall und Labor in der Hausarztpraxis sinnvoll?	-	+	+	+	2
Welchen Einfluss hat die Ärztedichte auf das gesundheitliche Outcome bei sozial Schwächeren?	-	+	+	-	0
Ist eine hausärztliche Betreuung von Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen wirksamer als eine Betreuung durch mehrere Fachärzte?	-	-	-	-	-4

Anhang – PICO-Score

	P	I	C	O	Anzahl
Allgemeinmedizin als fachübergreifende Erstversorgung	-	-	-	-	0
Aufwertung der AM	-	-	-	-	0
Ergebnis klinischer Studie - für Allgemeinmedizin gleiche Ergebnisse?	+	-	-	+	2
Geographische Nähe, rasche Verfügbarkeit, Einwohner/Arzt - Zusammenhang mit verschiedenen Endpunkten? Gibt es eine optimale Arztdichte? Wovon hängt sie ab? (Die geforderten PHC in vollem Umfang könnten sicher höchstens in Bezirkshauptstädten eingerichtet werden)	+	-	-	+	2
Arbeitsmedizin und Pseudo-Freiberufler: Schutzmaßnahmen nötig? Z.B. dauern Feiertagsärzte an Feiertagen unter der Woche vom Vortag (normaler Arbeitstag) bis zum Folgetag (dito) rechnerisch 60 Stunden durchgehend. Und das auf Kassenvertrag verpflichten	+	+	-	-	2
Grundkompetenzen-/Aufgaben - was soll/kann in der Grundversorgung/PHC/hausärztlich versorgt werden; Wie versorgen: Qualitätsgesicherte Handlungspläne für Grundversorgung für alltägliche Standardsituationen; abgestufte Versorgung: Stufen/Versorgungsebenen: welche Stufe macht was?; Abgestufte Ordinations-Erreichbarkeits-Zeiten (Praxisöffnung/Erreichbarkeit/Bereitschaft)	+	-	-	+	2
Limitationen im extramuralen Bereich	+	-	-	-	1
Stellenwert der AM in der Bevölkerung	+	-	-	+	2
Verhinderung noch stärkerer Entlastung des intramuralen Bereichs durch Systemregularien, Limitationen und Degressionen sowie Verhinderung ärztlicher Zusammenarbeit	-	-	-	-	0
Weiterentwicklung der Allgemeinpraxis zu ersten Anlaufstelle; Primary health care und neue Zusammenarbeitsformen, Gruppenpraxis, Arzt angestellt, Vertragssplittung, etc.	-	-	-	-	0
Welche Form der medizinischen Versorgung ist besser (Zielwerte: Hospitalisation, Mortalität, Ökonomie, Fehlbehandlungen, etc.): 1. Betonte AM ("Hausarzt")-Versorgung mit zusätzlichem Spezial-/Facharzt-Support - wie zumeist in der Peripherie/am Land durchgeführt 2. hohe Spezialisten Frequenz, Facharztversorgung mit nur untergeordneter AM - "Koordinator" - wie zumeist in den Städten praktiziert.	-	+	+	+	3
Wie viel z.B. Orthopädie, Psychiatrie, Psychologie wird in der AM-Praxis abgedeckt?	+	-	-	+	2
Wie viele Patienten müssen gar nicht in das GH-System eintreten, da der Hausarzt minimaler Kurzinterventionen und Beratungen weiterer sekundärer Maßnahmen verhindert? Bei welchen Beratungsursachen?	+	+	+	+	4

Zugangsregelung zu Behandlungen	-	+	-	-	1
Zusammenarbeit Psychotherapie, Pflege, Fachärzte, Spitäler - Wie eine Gatekeeper Funktion vertrauenswürdig aufbauen und halten?	-	+	-	-	1
Zusammenarbeitsformen verschiedener Gesundheitsdienstleister	+	-	-	-	1
Ausgewählte Krankheitsbilder					
Bedeutung des Fiebers und Ursprung mit fieberhaften Erkrankungen	+	-	-	-	1
Bewegungsstörungen	-	-	-	-	0
Borreliose als Ursache von rheumat. Entwicklung bei Gelenkserkrankungen v. o. neurologischer Erkrankungen	+	-	-	+	2
Chronische Wunden	-	-	-	-	0
Der banale Virusinfekt --> Erkrankungsdauer mit / ohne medikamentöser Therapie	+	+	+	+	4
Diabetes	-	-	-	-	0
Diabetologie	-	-	-	-	0
DM Typ II + I	-	-	-	-	0
Hypertonie	-	-	-	-	0
orthopädische Fragen	-	-	-	-	0
Polymyalgia rheumatica in AM	+	-	-	-	1
Posttraumatische Belastungsstörungen	-	-	-	-	0
Prophylaxe + Therapie von Dekubitus - Vergleich mit Ozon z.B. vs. Olivenöl (wie in Altersheimen Usus)	+	+	+	+	4
Rezidivierende Infekte z.B. HWI	+	-	-	-	1
Komplementärmedizin					
Alternativ-Medizin Grundlagen	-	-	-	-	0
Einfluss komplementärer Therapien in der AM-Praxis	-	-	-	-	0
Komplementär-Medizin	-	-	-	-	0
Komplementäre Therapieformen in der Onkologie	-	+	-	-	1
Orthomolekulare Medizin und Schilddrüse; OM und Hypertonie	-	+	-	-	1
Phytotherapie in der AM	-	+	-	-	1
TCM	-	-	-	-	0
Therapieerfolge von Akupunkturbehandlungen	-	+	-	+	2
Trad. chines. Medizin bes. Phytotherapie in der Allgemeinmedizin	-	+	-	-	1

Tumorerkrankungen und Misteltherapie	-	+	+	-	2
westliche Pflanzen und TCM	-	+	+	-	2
Wie bereits erwähnt, dzt. läuft über unsere Ordination die SARUTI-Studie (Akupunktur-Studie). Ich würde gerne weitere Akupunkturstudien machen. Auch aus diesem Grund, da es sich bei vielen Erkrankung um eine effiziente und ökonomische Therapieform handelt, die bisher noch zu wenig anerkannt ist.	-	-	-	-	0
Wie viele Pat. würden mehr kommen, wenn Homöopathie als Kassenleistung durchgeführt wird?	-	+	+	+	3
Pharmaka (Wechselwirkungen, Generika, Polypharmazie)					
Anwendungsbeobachtung von Impfungen, Antibiotika	-	-	-	-	0
Auswirkungen (v.a. Nebenwirkungen) von Psychopharmaka, Analgetika (Opiate und Nichtopiate) auf Morbidität, Mortalität - und Alternativen	-	+	-	-	1
Benzodiazepine in AM-Praxis (gezielte Diskreditierung billiger Med.)	-	+	-	-	1
Erarbeitung von Leitlinien (Symptom , Parameter) betreffend Antibiothikatherapieindikation in der AM-Praxis	-	-	-	-	0
Generika vs. Originär	-	-	+	-	1
Häufigkeit von Nebenwirkung und Folgen von medikamentöser Therapie, die nicht als solche erkannt werden?	-	-	-	+	1
Kombinationen von OAD	-	+	-	-	1
Medikation im höheren Lebensalter und Multimorbidität (80-100 LJ.) – Guidelines	+	-	-	-	1
Polypharmazeutische Behandlung geriatrischer Patienten vs. minimal treatment	+	+	+	-	3
Polypharmazie	-	-	-	-	0
Statine --> diabetogen? Bis zu welchem Alter wirklich sinnvoll?	-	+	-	+	2
strukturiertes Umgehen mit Polypharmazie	-	-	-	-	0
Wechselwirkungen der Pharmaka	-	-	-	-	0
Diagnostik & Therapie in der AM					
Anwendung diagnostischer und therapeutischer Algorithmen in der Allgemeinmedizin.	+	+	-	-	2
Anwendung von Algorithmen für Diagnostik und Therapie in der hausärztlichen Praxis	+	+	-	-	2
Befragung von Reiserückkehrenden	+	+	-	-	2
Chronikerbetreuung	-	-	-	-	0

für AM-Turnusärzte --> AM-spezifisches Vorgehen/Handlungspläne	+	-	-	-	1
Harnmikroskopie	-	+	-	-	1
Neue Früherkennungsmethoden für häufige maligne Erkrankungen (z.B. Koloncarinom)	-	-	-	-	0
Point-of-care-Diagnostik	-	-	-	-	0
Primärversorgung im Wundmanagement	-	-	-	-	0
Sonographie in AM	-	+	-	-	1
Statistiken (Diagnosehäufigkeiten)	-	-	-	-	0
Ultraschall in der AM-Praxis - Verbesserung der Diagnostik	-	+	-	-	1
Schmerzen					
chronische Schmerzen	-	-	-	-	0
Langzeitverläufe von Pat. mit erhöhtem BSG	+	-	-	+	2
Mulimodale Schmerztherapie	-	-	-	-	0
Psoas-Bauchschmerzen, Trochantererschmerz	-	-	-	-	0
Rückenschmerz	-	-	-	-	0
Schmerz	-	-	-	-	0
Schmerz	-	-	-	-	0
Geriatric					
Ernährungseinfluss besonders bei älteren Personen;	+	+	-	-	2
Geriatric	-	-	-	-	0
Geriatric	-	-	-	-	0
Geriatric	-	-	-	-	0
Geriatric i.A.; z.B. Organisation e. besseren Settings im Pflegeheim / Erhebung, Kontrolle Ernährung Mobilität,...	-	-	-	-	0
Geriatric	-	-	-	-	0
Organisation / Finanzen / Struktur					
Abschaffen von übermäßigen Kontrollsystemen (Chefarzt)	-	-	-	-	0
Arbeitsschwerpunkte	-	-	-	-	0
Fehler(-kultur)	-	-	-	-	0
Kompetenzbündelung von Befunden, Untersuchungen	-	-	-	-	0
Leistungserbringungen aktualisieren	-	-	-	-	0

Möglichkeiten und Strategien zur Reduktion des bürokratischen Zeitaufwands in der AM-Praxis	-	-	-	-	0
Versorgungsqualität					
(Objektive) Verbesserung der Versorgung durch Geräte? (Labor, Ultraschall)	-	+	-	+	2
Hebung der Betreuungsqualität	-	-	-	-	0
Qualitätsmanagement - was verbessert Leistung?	-	-	-	-	0
Überprüfung der Effektivität durchgeführter Untersuchungen und eingeleiteter Therapien (Effizienz, Adhärenz)	-	+	-	+	2
Versorgungsqualität; Primärversorgung; best point of service	-	-	-	-	0
Wie kann ich aus dem auf mich einströmenden (gezielten Fehl-) Informationen den besten Benefit für mein Klientel filtern?	-	-	-	-	0
Compliance					
Compliance der Pat. bezügl. Medikamenteneinnahme- wovon hängt das ab.	-	-	-	+	1
Compliance der Patienten	-	-	-	-	0
Compliance der Patienten (Möglichkeiten zur Verbesserung der Compliance)	-	-	-	-	0
Compliance	-	-	-	-	0
Patienten Compliance	-	-	-	-	0
Ökonomie					
Fragen, die belegen, dass das Kassenhonorar für die Fähigkeiten absolut inakzeptabel ist; Deckelungen sind zu hinterfragen - Kolchosen System.	-	-	-	-	0
Kosten und Effizienz: Praxis vs. Ambulanz	+	-	+	+	3
ökonomische Aspekte der Allgemeinmedizin (Der Arzt als "Kostenverursacher") Versorgungsqualität in der Allgemeinmedizin	-	-	-	-	0
ökonomische Auswirkungen durch Rationierungen und Degressionen	-	-	-	-	0
Regelmäßige Visiten bei geriat. Pat. - Was spare ich als AM bei Gesundheitsausgaben (z.B. weniger hospitalisieren, weniger Transporte, etc.).	+	+	-	+	3
Gesundheitsdeterminanten					
Auswirkungen niederschwelliger medizinischer Angebote auf die Volksgesundheit	+	+	-	+	3
Lebensqualität abhängig von körperlicher Leistungstätigkeit	-	-	+	+	2
Lebensstil und genetische Faktoren auf die Gesundheit	-	-	-	-	0
Soziales Umfeld – Gesundheitsniveau	-	-	-	-	0

Kommunikation Arzt-Patient					
Ärztliche Kommunikations-Anknüpfungsfragen bei langer Betreuung	-	-	-	-	0
Bio-psycho-soziale Resonanz im ärztl. Gespräch	-	-	-	-	0
Bedeutung des Beziehungsaspektes in der Medizin; Arzt-Kontinuität (continuous care)/Ambulanzbetrieb;	-	+	+	+	3
Wie wichtig ist das ärztliche Gespräch?	-	-	-	-	0
Psychosomatik					
Aufwertung von Gesprächstherapie	-	-	-	-	0
Der Einfluss der Psyche in einer AM-Praxis;	-	-	-	-	0
Droge Arzt - was wirkt?	-	+	-	-	1
Krankheit als Chance	-	-	-	-	0
Schwangerschaft / Familie / Kind					
Das Kind	-	-	-	-	0
Die Schwangere in der AM-Praxis (Familienmedizin)	+	-	-	-	1
Familienmedizin	-	-	-	-	0
Kinder	-	-	-	-	0
Ernährung					
Diabetes - Einfluss von Ernährung	-	+	-	-	1
Diabetes	-	-	-	-	0
Ernährungs.-Med.	-	-	-	-	0
Gendermedizin					
Genderaspekte in der Medizin, im Gesundheitssystem	-	-	-	-	0
Genderthemen - Behandlungsunterschiede	-	-	-	-	0
Vorsorge / Prävention					
Primär- und Sekundärprävention	-	+	-	-	1
Vorsorge	-	+	-	-	1
Sonstiges					
Ergonomie	-	-	-	-	0
für bereits Niedergelassene --> AM Jour fixe (knowledge cafe)	-	-	-	-	0
Haut	-	-	-	-	0
Infektiologie	-	-	-	-	0

Migrationsmedizin	-	-	-	-	0
nach Relevanz	-	-	-	-	0
Optimierung	-	-	-	-	0