

Schwerpunkt

Multimodale Schulung von Hausärzten – Evaluation und Wissenszuwachs im Rahmen der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA)

Horst Christian Vollmar^{1,*}, Elmar Gräbel², Jörg Lauterberg³, Simone Neubauer⁴, Maria Großfeld-Schmitz², Nik Koneczny¹, Cornelia-Christine Schürer-Maly¹, Mitra Koch¹, Norman Ehlert¹, Rolf Holle⁴, Monika A. Rieger¹, Martin Butzlaff¹

¹Kompetenzzentrum für Allgemeinmedizin und ambulante Versorgung, Universität Witten/Herdecke

²Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen

³AOK Bundesverband, Stabsbereich Medizin, Bonn

⁴Institut für Gesundheitsökonomie und Management im Gesundheitswesen, GSF-Forschungszentrum für Umwelt und Gesundheit, Neuherberg

Zusammenfassung

Einleitung: Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Zahl der Demenzpatienten in den nächsten Jahren voraussichtlich weiter zunehmen. In nationalen und internationalen Untersuchungen konnten Defizite im Bereich der Diagnostik und Therapie von Demenzpatienten aufgezeigt werden. Daher müssen Wissen und Kompetenzen der betreuenden Ärzte verbessert werden. Im Rahmen der „Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin“ (IDA), einer cluster-randomisierten Studie in Mittelfranken, erhielten Hausärzte eine Schulung zur Demenz.

Methodik: Ausgehend von einer evidenzbasierten hausärztlichen Demenz-Leitlinie wurde ein Schulungskonzept entwickelt, bei dem Hausärzte in unterschiedlichen Gruppen unterrichtet wurden. Alle teilnehmenden Ärzte (n = 137) wurden zur Demenz-Diagnostik geschult (ca. 3 Stunden), ein Teil der Ärzte (n = 90) bekam zusätzliche Schulungseinheiten zur Demenz-Therapie (ca. 2 Stunden). Alle Teilnehmer erhielten Informationen zum Aufbau der Studie (ca. 2 Stunden). Neben der Folienpräsentation durch lokale Experten wurde die Fortbildung durch einen Lehrfilm und interaktive Elemente ergänzt. Zu Beginn der Veranstaltung erhielten die teilnehmenden Ärzte einen Fragebogen mit 20 praxisrelevanten Fragen zu

Diagnostik und Therapie der Demenz (Prätest), welcher zuvor in einem Pilot getestet wurde. Der gleiche Fragebogen (Posttest) wurde – ergänzt um einen Evaluationsbogen – am Ende der Veranstaltung erneut ausgefüllt. Die Differenz zwischen Post- und Prätest-Ergebnissen (Wissenszuwachs) wurde insgesamt und unter den Gruppen verglichen.

Ergebnisse: Die Qualität der Schulung wurde von den teilnehmenden Ärzten insgesamt positiv bewertet. Ein durchschnittlicher Wissenszuwachs von $4,0 \pm 2,6$ richtig beantworteter Fragen ($p < 0,001$, Konfidenzintervall 3,6–4,5) konnte gezeigt werden (n = 132). Der Wissenszuwachs lag in der Gruppe, die ausschließlich zur Diagnostik geschult wurde bei $2,0 \pm 1,9$ Fragen (n = 45) und in der Gruppe, die zusätzlich zur Therapie geschult wurde (n = 87), bei $5,1 \pm 2,3$ Fragen ($p < 0,001$).

Diskussion: Bei den Teilnehmern konnte durch die Demenzfortbildung ein signifikant messbarer Wissenszuwachs erzielt werden. Dieser war abhängig davon, ob nur ein Teil oder beide Teile der Schulung besucht wurden. Weitere Untersuchungen sollen klären, inwieweit der Wissenszuwachs nachhaltig ist und zu einer verstärkten Anwendung von evidenzbasiertem Wissen in der Praxis führt.

Sachwörter: Leitlinien, Demenz, Schulung, Evaluation, Implementierung

*Korrespondenzadresse: Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH, Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke, Alfred-Herrhausen-Str. 50, 58448 Witten. Tel.: 02302 926 921; Fax: 02302 926 745

E-Mail: vollmar@uni-wh.de (H.C. Vollmar)

Multimodal Training of General Practitioners – Evaluation and Knowledge Increase within the framework of the Dementia Management Initiative in General Medicine (IDA)

Abstract

Background and objective: In many industrialized countries diagnostic and therapeutic deficits in the management of patients with dementia are well documented. Due to demographic trends the next years will see a further rise in the number of affected patients. Accordingly, the knowledge and competence of the physicians taking care of these patients need to be kept up-to-date. In the context of the three-armed cluster-randomized IDA trial (IDA = "Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin"; Dementia Management Initiative in General Medicine), general practitioners (GPs) from the trial area (Bavaria, Germany) were trained in the diagnosis and treatment of dementia.

Methods: The educational training concept was based on the evidence-based guideline of Witten/Herdecke University (UWH). All participating GPs (n = 137, January 2006) received three hours training in the diagnosis of dementia. In addition, a subgroup was trained for two hours in dementia therapy (n = 90). Both groups obtained information about the study design. The didactic concept included screen and oral presentations by opinion leaders, video and interactive elements.

At the beginning of the training sessions participants had to fill in a pilot-tested questionnaire with 20 multiple choice questions addressing the diagnosis and therapy of dementia (pretest). The same questionnaire was completed at the end of the training session (posttest) complemented by an evaluation sheet. Overall and intergroup differences between pre- and posttest results (increase in knowledge) were compared using the Chi-Square test.

Results: Overall, the quality of the training received a positive rating by the participants. By the end of January 2006, 137 doctors had been trained. The mean knowledge gain was 4.0±2.6 correctly answered questions (p<0.001; CI 3.6 to 4.5) comparing pre- and posttest (n = 132). In the group trained on diagnosis alone (n = 45), the gain averaged 2.0±1.9 questions. The group with additional training on therapy (n = 87) achieved a difference of 5.1±2.3 questions (p<0.001).

Discussion: Participants of the dementia training achieved a substantial gain of knowledge. The extent of this knowledge increase was associated with the attendance to respective training modules. An ongoing trial will add further information about knowledge translation in the field of dementia.

Key words: guidelines, dementia, education, evaluation, implementation

I. Einleitung

Die Demenz ist ein Krankheitsbild mit hoher Prävalenz in den Industrienationen; in Deutschland wird der Bevölkerungsanteil auf sieben Prozent in der Altersgruppe der über 65-Jährigen geschätzt [1]. Ohne hocheffiziente neue Behandlungsmethoden wird allein auf Grund der demographischen Entwicklung sowohl der relative Anteil als auch die Gesamtzahl der Betroffenen rasch und deutlich zunehmen. Mehrere nationale Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass nur ca. 20 Prozent der Demenzkranken in Deutschland eine angemessene Behandlung erhalten [2,3]. Auch unterstützende Angebote wie z. B. Angehörigengruppen werden kaum in Anspruch genommen [4]. Als Gründe werden u. a. angeführt, dass

- viele (Haus-) Ärzte es als unangenehm empfinden, mit ihren Patienten über die belastende Diagnose „Demenz“ zu sprechen und deshalb oftmals aktiv keine Diagnosestellung anstreben [5–8] (siehe Kaduszkiewicz et al., ZaeFQ 2007 S.15–20),
- Defizite in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung bestehen oder vorhandenes Wissen und bestehende

Kompetenzen in der Patientenversorgung nicht um- bzw. eingesetzt werden [9–11].

Um die genannten Barrieren zu überwinden, sind geeignete Instrumentarien zu entwickeln und zu evaluieren, die das Wissen und die Kompetenz bei Hausärzten im Umgang mit dem Krankheitsbild „Demenz“ nachhaltig fördern und zu einer Verbesserung der Versorgungssituation von Betroffenen führen. Wie bei anderen Krankheitsbildern zählen hierzu u. a. [12]:

- die Disseminierung und Implementierung evidenzbasierter Leitlinien [13],
- die Entwicklung innovativer didaktischer Fortbildungskonzepte wie z.B. Portfolio-Lernen und Blended-Learning¹ [14,15],
- die Einbeziehung weiterer Fachgruppen und Angehöriger [16,17].

Das IDA-Projekt

Mit dem Ziel Demenzpatienten, die noch in häuslicher Umgebung leben,

¹Blended Learning entsteht, wenn E-Learning mit klassischen Lernformen zu einem sinnvollen Gesamtkonzept verknüpft wird.

mehr Lebensqualität zu bieten und ihnen einen längeren Verbleib in der gewohnten Umgebung zu ermöglichen, startete 2005 eine Gemeinschaftsinitiative des AOK-Bundesverbandes, der AOK Bayern sowie den forschenden Pharmaunternehmen Eisai und Pfizer. Im Rahmen dieses so genannten IDA-Projektes (Initiative Demenz in der Allgemeinmedizin) werden in einer dreiarmligen cluster-randomisierten Studie spezielle Versorgungsformen und Hilfsangebote für Betroffene und Angehörige mit der bisherigen Versorgung verglichen (siehe Lauterberg et al., ZaeFQ 2007 S. 21–26).

Die Rekrutierung der Demenzpatienten erfolgt durch die Hausärzte, die zuvor an einer ganztägigen Einführungs- und Schulungsveranstaltung teilnahmen. In der Begleitevaluation der Veranstaltung wurde die Beurteilung der Schulungen allgemein erhoben und untersucht, ob durch die Schulung ein signifikanter Wissenszuwachs erreicht werden konnte.

II. Methodik

Zunächst erfolgte eine Festlegung der Lernziele in Bezug auf die Diagnostik und Therapie der Demenz innerhalb

des IDA-Projektes. Die Grundlage hierfür lieferte die evidenzbasierte hausärztliche Leitlinie (LL) Demenz der Universität Witten/Herdecke (http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/demenz_start.html), die zuletzt im Mai 2005 aktualisiert wurde. Dabei war die umstrittene Einschätzung der Wirksamkeit der Therapie mit Acetylcholinesterasehemmern Gegenstand intensiver Diskussionen, wobei letztlich ein konsensfähiger Kompromiss gefunden wurde.

Ausgehend von diesen Vorarbeiten erfolgte die Erstellung von PowerPoint®-Folien für die Referenten und eines Handouts für die Teilnehmer. Neben den Folien und den Studienunterlagen erhielten die teilnehmenden Hausärzte zudem die aktuelle LL-Version auf CD-ROM. Die Erstellung der Schulungsmaterialien aus den vorhandenen Leitliniendokumenten war mit relativ geringem Aufwand realisierbar. Bis auf zwei regionale Experten, die im Rahmen einer Veranstaltung zusätzlich eigene Folien präsentierten, verwendeten alle Referenten die vorher konsentierten Manuskripte und PowerPoint-Folien.

Zur Aktivierung der Teilnehmer wurden „belebende“ Elemente in die Schulung integriert, so erfolgte z.B. eine Video-Einspielung, bei der ein Mini-Mental-Status-Test (MMST) bei einem Demenz-Patienten durchgeführt wurde. Im Anschluss diskutierten die Teilnehmer, ob sie mit den Ergebnissen des Untersuchers übereinstimmen. Im Rahmen einer „Selbsterfahrung“ wurde danach mit den teilnehmenden Ärzten als Probanden ein Demenztest durchgeführt. Der so genannte DemTect® wurde durch externe Stressfaktoren (Metronom, Zeitdruck) erschwert, was für die Ärzte die situative Überforderung eines Demenzpatienten erfahrbar machen sollte.

Aufteilung der Gruppen

Die Aufteilung der Ärzte auf die drei Gruppen (A, B, C) erfolgte gemäß Blockrandomisation stratifiziert nach Region und Einzel- vs. Gemeinschaftspraxis. Nahmen mehrere Ärzte aus einer Gemeinschaftspraxis teil, so wurden sie grundsätzlich in den glei-

chen Studienarm aufgenommen. Die Durchführung der Randomisation erfolgte durch das kooperierende biometrische Zentrum, das Ergebnis wurde den Ärzten erst während der Schulung mitgeteilt (siehe Lauterberg et al., ZaeFQ 2007 S. 21–26).

Alle teilnehmenden Ärzte wurden zur Demenz-Diagnostik geschult (ca. 3 Stunden) und erhielten Hinweise zum Design der Studie und den Tätigkeiten als Studienarzt (ca. 2 Stunden). Während für die Gruppe A die Veranstaltung damit beendet war, bekamen die Gruppen B und C zusätzliche Informationen (ca. 2 Stunden) zur Demenz-Therapie und zu speziellen Versorgungsformen:

- Gruppe B: Angehörigengruppen
- Gruppe C: Angehörigengruppen und zugehende Angehörigenberatung durch geschulte Berater (siehe Lauterberg et al., ZaeFQ 2007 S. 21–26).

Die Schulung umfasste jeweils einen halben oder einen ganzen Tag und wurde an sechs Samstagen in den Räumlichkeiten der AOK in Nürnberg durch regionale Experten des Einzugsgebietes durchgeführt.

Wissenstest

Zu Beginn der Veranstaltung erhielten die teilnehmenden Ärzte einen Multiple-Choice- (MC-) Fragebogen mit 20 Fragen zu Diagnostik und Therapie der Demenz (Prätest), welche zuvor in einem Pilotversuch mit 10 Allgemeinmedizinern hinsichtlich Verständnis und Praktikabilität getestet und ggf. modifiziert worden waren (Anhang 1). Der gleiche Fragebogen (Posttest) wurde – ergänzt um einen Evaluationsbogen (Anhang 2) – gegen Ende der Veranstaltung erneut ausgefüllt. Die Differenz zwischen Post- und Prätest-Ergebnissen (Wissenszuwachs) wurde insgesamt mit dem t-Test für abhängige Stichproben und zwischen den Gruppen mit dem t-Test für unabhängige Stichproben verglichen. Die Datenanalyse erfolgte mit einer kommerziellen Standardsoftware (SPSS; SPSS Inc., Chicago, IL).

III. Ergebnisse

Teilnehmer der Schulung und Evaluation

Bis Januar 2006 wurden an sechs Schultagen 137 Ärzte geschult, davon über ein Drittel Frauen (Tabelle 1). Das Durchschnittsalter lag bei $51 \pm 7,8$ Jahren mit einem Minimum von 36 und einem Maximum von 69 Jahren. Die Teilnehmer füllten den Evaluationsbogen (siehe Anhang) am Ende der Veranstaltung aus und erhielten dann ihre (CME-) Fortbildungspunkte. Bis auf die Frage 16, die bewusst gegenläufig formuliert worden war („die Inhalte der Fortbildung wären mit gleichem oder kürzerem Aufwand durch Lektüre/das Internet zu vermitteln gewesen“), zeigten die Teilnehmer eine große Zufriedenheit mit der Schulung (Fragen 5–17). Bezogen auf eine Skala von 1 („trifft voll zu“) bis 5 („trifft gar nicht zu“) lag der Mittelwert pro Frage zwischen 1,27 (Frage 8) und 1,98 (Frage 17). Auf Grund der hohen Reliabilität zwischen allen gleichläufigen Fragen (Cronbachs Alpha = 0,89) wird die Frage 12 (Mittelwert 1,45) stellvertretend grafisch dargestellt (Abb. 1).

Wissenszuwachs

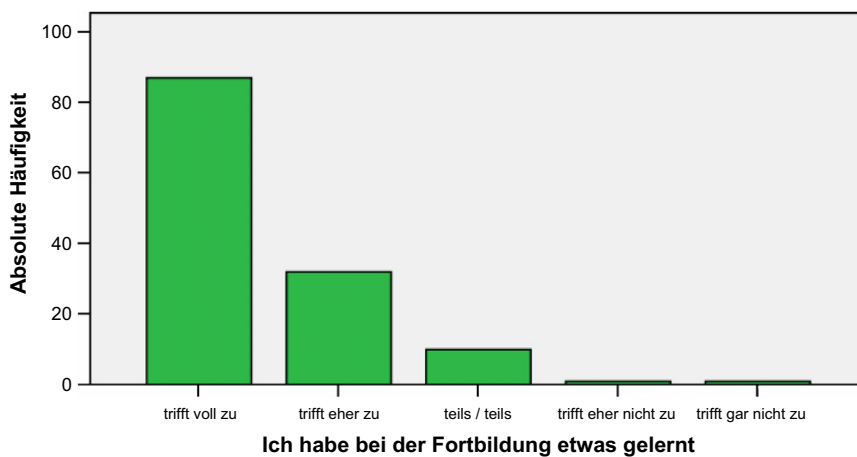
Von 132 (96,4%) Teilnehmern lagen verwertbare Daten sowohl aus dem Prä- als auch dem Posttest vor. Es zeigte sich ein durchschnittlicher Wissenszuwachs über alle Gruppen und Schultage von $4,0 \pm 2,6$ richtig beantworteter Fragen ($p < 0,001$, Konfidenzintervall 3,6–4,5).

Ein signifikanter Unterschied im Wissenszuwachs an den einzelnen Schultagen (d.h. bei unterschiedlichen lokalen Referenten) war nicht nachweisbar (Abb. 2). Die Gruppen B und C, die eine zusätzliche Lerneinheit zur Therapie der Demenz erhielten, hatten einen signifikant höheren Wissenszuwachs im Vergleich zur Gruppe A, die nur zur Demenz-Diagnostik geschult worden war ($5,1 \pm 2,3$ Fragen versus $2,0 \pm 1,9$ Fragen, $p < 0,001$, Abb. 3). Zwischen den Gruppen B und C zeigten sich keine signifikanten Unterschiede im Wissenszuwachs. Die Ergebnisse

Tabelle 1. Basisdaten der Teilnehmenden an den sechs Schulungsterminen.

Teilnehmende (gesamt) (n = 137)	Gruppe A (n = 47/34%)	Gruppe B (n = 45/33%)	Gruppe C (n = 45/33%)	Gruppen B+C (n = 90/66%)
Praxisstruktur (n = 137*)				
Einzelpraxis (n = 109/80%)	35 (32%)	37 (34%)	37 (34%)	74 (68%)
Gruppenpraxis (n = 28/20%)	12 (43%)	8 (29%)	8 (29%)	16 (57%)
Geschlecht (n = 128*)				
weiblich (n = 45)	17 (38%)	11 (24%)	17 (38%)	28 (62%)
männlich (n = 83)	28 (34%)	30 (36%)	25 (30%)	55 (66%)
Durchschnittsalter (n = 117*)				
	51 ± 7	52 ± 9	51 ± 8	51 ± 8
Jahr des Staatsexamens (n = 115*)				
	1982 ± 8	1981 ± 9	1983 ± 8	1982 ± 8
Jahr des Facharztes (n = 89*)				
	1991 ± 9	1991 ± 10	1991 ± 9	1990 ± 9

*verfügbare Antworten der Teilnehmer

**Abb. 1.** Evaluation der Schulung: Antworten zur Frage 12.

im Wissenstest waren unabhängig von der Beurteilung der Schulung durch die Teilnehmer und ebenfalls unabhängig von Alter, Geschlecht, Jahr des Staatsexamens und des Facharztes.

VI. Diskussion

Untersuchungen zeigen, dass Fortbildungsmaßnahmen einen Beitrag zur Veränderung der klinischen Praxis leisten können [18]. Aus diesem Grunde gibt es weltweit Bemühungen, die Fortbildung von Ärzten respektive Hausärzten zu verbessern. Dabei scheinen Programme mit multimodalen Interventionen erfolgreicher als „Stand-alone“-CME-Programme zu sein [19–22]. Unter anderem deshalb ist ein Trend von der „continuing medical education (CME)“ zum „continuing professional

development (CPD)“ erkennbar [23–27]. CPD, also die professionelle Weiterentwicklung, zeichnet sich durch eine Methodenvielfalt und ein breit gefächertes Lernangebot aus, wobei unterschiedliche Lernpräferenzen und Lerntypen berücksichtigt werden. Zu den Methoden gehören sowohl summative (mit „Bestehensgrenze“) als auch formative (mit „Feedback“) Tests zur Überprüfung der erworbenen Kompetenzen; persönliche Wissensdefizite können durch das so genannte „needs assessment“ identifiziert werden [28]. Im Rahmen des IDA-Projektes kam der Fortbildung der Hausärzte eine zentrale Bedeutung zu, weil ein Wissenszuwachs in der Regel eine *conditio sine qua non* für eine Verhaltensänderung darstellt [29]. Dass letztere in Bezug auf Diagnostik und Therapie von Demenz-

erkrankungen durch eine intensivierte Schulung erreicht werden kann, belegt eine aktuelle Veröffentlichung von Downs et al. [30]. Bislang konnten vergleichbare Effekte durch die reine Distribution von Lerninhalten, z.B. mit Hilfe von CD-ROMs, weder für einen Wissenszuwachs noch für eine Verhaltensänderung bei Ärzten gezeigt werden [30,31].

Die Tatsache, dass sich im Rahmen des IDA-Projektes trotz unterschiedlicher Referenten und teilweise ungünstiger Rahmenbedingungen (z.B. Hitzeperiode) keine signifikanten Unterschiede im Wissenszuwachs der Teilnehmenden an den verschiedenen Terminen zeigte, spricht für die Qualität des Fortbildungskonzepts (Abb. 2). Zu diesem gehörte – neben den oben dargestellten Elementen – auch die Bereitstellung

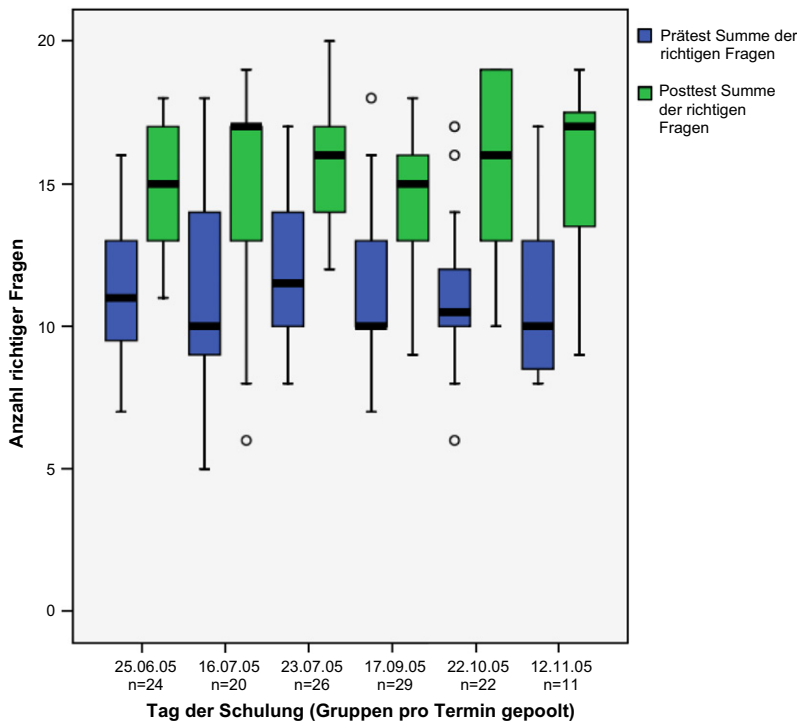


Abb. 2. Wissenszuwachs an den einzelnen Schulungstagen, Gruppen A, B und C zusammengefasst.

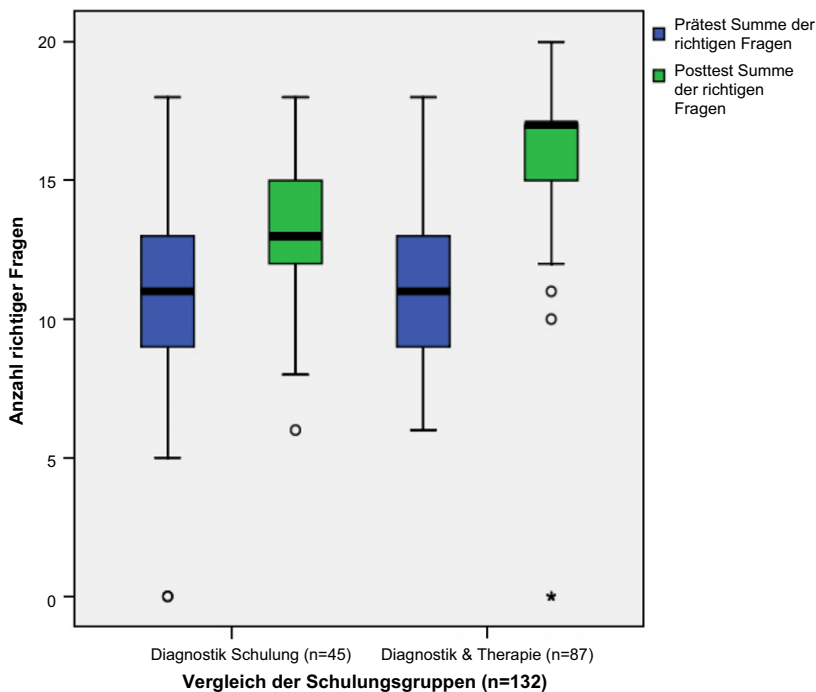


Abb. 3. Wissenszuwachs im Vergleich Gruppe A (Schulung Diagnostik) versus Gruppen B und C (Schulung Diagnostik und Therapie).

standardisierter Unterlagen für Teilnehmer und Referenten auf der Grundlage einer evidenzbasierten Leitlinie. Der damit erzielte durchschnittliche Wissenszuwachs von vier Fragen entspricht einer relativen Verbesserung von 20

Prozent, die Effektstärke der Intervention liegt bezogen auf die Beantwortung der Wissensfragen bei 1,5. Bis auf wenige kritische Stimmen wurde die Schulung zudem positiv bewertet.

Limitationen

Sowohl für die Durchführung als auch für die empirische Auswertung der Schulungen sind folgende Limitationen zu nennen:

- der durch einen MC-Fragebogen gemessene Wissenszuwachs stellt lediglich einen Surrogatparameter für mögliche Verhaltensänderungen dar und
- die Nachhaltigkeit des Wissenszuwachses ist nicht belegbar; hierfür wäre eine erneute Testung z.B. nach drei Monaten wünschenswert gewesen.

V. Fazit und Ausblick

Bei den Teilnehmern der Demenzfortbildung konnte durch die Veranstaltung ein signifikanter Wissenszuwachs erzielt werden, der unabhängig von den Dozenten war. Abhängig war der Wissenszuwachs davon, ob nur ein Teil oder beide Teile der Schulung besucht wurden.

Eine neu konzipierte Studie (WIDA = Wissensvermittlung in der Allgemeinmedizin, ISRCTN36550981) soll zeigen, ob durch zwei unterschiedliche Fortbildungskonzepte in hausärztlichen Qualitätszirkeln ein ähnlicher und vor allem nachhaltiger Wissenszuwachs erreicht werden kann.

Finanzierung

Die IDA-Studie wird getragen durch die Partnerschaft des AOK-Bundesverbandes, der AOK Bayern sowie der forschenden Pharmaunternehmen Pfizer und Eisai. Die Universität Witten/Herdecke erhielt für die Konzeption und Evaluation der Schulung ein Honorar durch den AOK-Bundesverband.

Danksagung

Wir danken allen teilnehmenden Ärzten, den Referenten und den IDA-Beratern für die engagierte Mitarbeit und den reibungslosen Ablauf der Schulungen.

Anhang 1. Fragen im Wissenstest

Positivauswahl

Bei den nachstehenden Aufgaben ist jeweils *eine* Aussage *richtig*. Es geht darum diese zu finden und zu markieren!

-
- 1/20 Hausärzte können den Patienten und ihren Angehörigen nützliche Hinweise zur Gestaltung des häuslichen Umfeldes geben. Welcher der nachstehenden Ratschläge gehört dazu?
- 2/20 Welche Aussage zur Fahrtüchtigkeit bei Demenz ist richtig?
- 3/20 Welche anamnestische Angabe spricht am wahrscheinlichsten für eine beginnende Demenz?
- 4/20 Was ist ein typisches Frühsymptom einer Demenz?
- 5/20 Wann sollte ein Patient, bei dem eine antidementielle Therapie begonnen wurde, zu einer Verlaufskontrolluntersuchung einbestellt werden? Spätestens nach...
- 6/20 Welche Aussage zur Epidemiologie der Demenz in Deutschland trifft zu?
- 7/20 Welches Vorgehen wird bei nichtkognitiven Störungen (wie z. B. Aggressivität) vorrangig empfohlen?
- 8/20 Wann wird bei einer länger bestehenden Demenz eine

- neurologische/psychiatrische/geriatrische Konsultation empfohlen? Bei...
- 9/20 Welches Medikament ist zur Behandlung von Schlafstörungen bei Demenzkranken geeignet?
- 10/20 Die Anwendung welcher Substanz(gruppe) kann im Stadium der leichten bis mittleren Alzheimer Demenz sinnvoll sein?
- 11/20 Der mentale Leistungstest DemTect® bildet 5 Bereiche ab, die schon im Frühstadium einer Demenz beeinträchtigt sein können. Welcher der genannten gehört dazu?
- 12/20 Wenn der Verdacht auf eine Demenz besteht – worauf ist bei der körperlichen Untersuchung besonders zu achten? Auf...
- 13/20 Die nachstehenden Erkrankungen können zu dementiellen Symptomen führen. Bei welcher Erkrankung sind diese potenziell reversibel?
- 14/20 Die Anwendung welcher Substanz(gruppe) kann im Stadium der mittleren bis schweren Alzheimer Demenz sinnvoll sein?
- 15/20 Wann wird ein Computertomogramm des Kopfes in der Demenz-Diagnostik empfohlen? Ein Schädel-CT...
- 16/20 Wann wird bei einem Demenzverdacht auch eine neurologische/psychiatrische/ger-

- iatrische Konsultation empfohlen? Bei...
- 17/20 Welche Aussage zur Therapie der Demenz trifft zu?
-

Negativauswahl

Bei den nachstehenden Aufgaben ist jeweils eine Aussage falsch. Es geht darum diese zu finden und zu markieren!

-
- 18/20 Welche Laboruntersuchung wird für ein erstes Screening im Rahmen einer Demenz-Diagnostik nicht empfohlen?
- 19/20 Der Mini-Mental-Status-Test wird häufig zur Verlaufsdagnostik der Demenz benutzt. Was fragt er nicht ab? Die Fähigkeit ...
- 20/20 Was ist kein Risikofaktor für eine Demenz?
-

Anmerkung: Dieser Fragebogen wird in der zurzeit laufenden WIDA-Studie (Wissensvermittlung in der Allgemeinmedizin, ISRCTN36550981) eingesetzt, welche durch das BMBF gefördert wird (Förderkennziffer: 01GK0512). Um die potentielle Gefahr eines Bias der teilnehmenden Ärzte möglichst klein zu halten, werden an dieser Stelle nur die Fragen, nicht aber die jeweils fünf Antwortmöglichkeiten dargestellt.

Anhang 2: Evaluationsbogen

Fragebogen zur IDA-Fortbildung Demenz		Arzt-Nummer: _____				
		Gruppe: _____				
Allgemeines						
1.	Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>				
2.	Geburtsjahr					
3.	Jahr des Staatsexamens					
4.	Jahr des Facharztes					
Bewertung		trifft voll zu	trifft eher zu	teils / teils	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu
5.	Aufbau und Didaktik der Fortbildung waren gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Die Inhalte der Fortbildung wurden realitätsnah dargestellt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Die Qualität der eingesetzten Medien war gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Während der Fortbildung bestand ausreichend Gelegenheit zur Diskussion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Meine Erwartungen an das Thema und die Ziele der Fortbildung wurden erfüllt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Die Möglichkeiten zur Interaktion waren ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Die Fortbildung hat mich auf meine Tätigkeit als IDA-Studienarzt ausreichend vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ich habe bei der Fortbildung etwas gelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Die Fortbildung hat mir Spaß gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Die vermittelten Inhalte werden meine ärztliche Tätigkeit beeinflussen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Das Konzept der Wissensabfrage mit Prä- u. Posttest unterstützt den Lernprozess.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Die Inhalte der Fortbildung wären mit gleichem oder kürzerem Zeitaufwand durch Lektüre / das Internet zu vermitteln gewesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Gemessen am zeitlichen und organisatorischen Aufwand hat sich die Fortbildung für mich gelohnt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kritik, Anregungen und Verbesserungsvorschläge (bitte Rückseite benutzen):						

Literatur

- [1] Bickel H. Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2001;34:108–15.
- [2] Hallauer JF, Kurz A. Weißbuch Demenz. Stuttgart: Thieme Verlag; 2002.
- [3] Ruof J, Mittendorf T, Pirk O, von der Schulenburg JM. Diffusion of innovations: treatment of Alzheimer's disease in Germany. Health Policy 2002 Apr;60(1):59–66.
- [4] Grasel E, Wiltfang J, Kornhuber J. Non-drug therapies for dementia: an overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. Dement Geriatr Cogn Disord 2003;15(3):115–25.
- [5] van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. General practitioners on dementia: tasks, practices and obstacles. Patient Educ Couns 2000 Feb;39(2-3):219–25.
- [6] Wagner G, Abholz H. Diagnose und Therapiemanagement der Demenz in der Hausarztpraxis. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2002;78:239–44.
- [7] Kaduszkiewicz H, van den Bussche H. Die hausärztliche Versorgung von Patienten mit kognitiven Störungen und Demenz. Psychoneuro 2003;29(6):275–81.



- [8] Kaduszkiewicz H, Sperber S, van den Bussche H. Kompetenz bei Demenz. Niedersächsisches Ärzteblatt. 2005(4).
- [9] Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend. Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. 2002.
- [10] Melchinger H, Machleidt W. Hausärztliche Versorgung von Demenzkranken. Analyse der Ist-Situation und Ansätze für Qualifizierungsmaßnahmen. Nervenheilkunde. 2005;24(6):493–8.
- [11] Melchinger H, Machleidt W. Werden Demenzpatienten in Hausarztpraxen lege artis behandelt? Ergebnisse einer Interviewstudie. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2005 Mai;81(5):191–6.
- [12] Davis D. Clinical practice guidelines and the translation of knowledge: the science of continuing medical education. Cmaj 2000;163(10):1278–9.
- [13] Grimshaw J, Thomas R, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess. 2004;8(6).
- [14] Sauter AM, Sauter W, Bender H. Blended Learning. Effiziente Integration von E-Learning und Präsenztraining. Unterschleißheim/München: Luchterhand; 2004.
- [15] Donner-Banzhoff N, Luckner A, Wilm S. Moderne Formen der Fortbildung. Deutsches Ärzteblatt 2005;102(12):A818–9.
- [16] Hepburn KW, Tornatore J, Center B, Ostwald SW. Dementia family caregiver training: affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes. J Am Geriatr Soc 2001;49(4):450–7.
- [17] Gitlin LN, Corcoran M, Winter L, Boyce A, Hauck WW. A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. Gerontologist 2001;41(1):4–14.
- [18] Allery LA, Owen PA, Robling MR. Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. Bmj 1997;314(7084):870–4.
- [19] Grant J, Chambers E, Jackson G. The good CPD guide. A practical guide to managed CPD. Sutton: Reed Healthcare Publishing; 1999.
- [20] Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. Cmaj 1995;153(10):1423–31.
- [21] Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? Jama 1999;282(9):867–74.
- [22] Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. Jama 1995;274(9):700–5.
- [23] Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? Bmj 1999;318(7193):1276–9.
- [24] Burrows P. Continuing professional development: filling the gap between learning needs and learning experience. Education for Primary Care 2003;14:411–3.
- [25] Charlton R. Continuing professional development (CPD) and training. BMJ Classified. 2001;18.08.2001:2–3.
- [26] Davis D, Evans M, Jadad A, Perrier L, Rath D, Ryan D, et al. The case for knowledge translation: shortening the journey from evidence to effect. Bmj 2003 Jul 5;327(7405):33–5.
- [27] Davis D, Goldman J, Perrier L. Effective continuing professional development. In: Dent JA, Harden RM editors. A practical guide for medical teachers. 2 ed. Edinburgh: Elsevier; 2005. p. 38–46.
- [28] Norman GR, Shannon SI, Marrin ML. The need for needs assessment in continuing medical education. Bmj 2004 Apr 24;328(7446):999–1001.
- [29] Kirkpatrick DI. Evaluating training programmes: the four levels. San Francisco: Berrett-Koehler; 1994.
- [30] Downs M, Turner S, Bryans M, Wilcock J, Keady J, Levin E, et al. Effectiveness of educational interventions in improving detection and management of dementia in primary care: cluster randomised controlled study. Bmj 2006 Mar 25;332(7543):692–6.
- [31] Butzlaff M, Vollmar H, Floer B, Konecny N, Isfort J, Lange S. Learning with computerized guidelines in general practice?: A randomized controlled trial. Fam Pract 2004 Apr;21(2):183–8.

Neues zur 2. Auflage der NVL Typ-2-Diabetes

Die Nationale Versorgungsleitlinie „Typ-2-Diabetes—Prävention und Therapie von Netzhauterkrankungen“ ist seit dem 17. Oktober 2006 offiziell freigegeben. Die während der vorangegangenen Konsultationsphase eingebrachten Kommentare und Anregungen wurden von den Autoren diskutiert und mit den Trägern des Programms abgestimmt. Die nächste turnusmäßige Aktualisierung der NVL „Typ-2-Diabetes—Prävention und Therapie von Netzhauterkrankungen“ wird spätestens im September 2008 erfolgen, sofern nicht eine Änderung der Datenlage eine frühere Aktualisierung erforderlich macht. Unter der Internetadresse <http://www.diabetes.versorgungsleitlinien.de/> sind die Kurz-

und Langfassung dieser NVL frei zugänglich. Weiteres Hintergrundmaterial und ergänzende Informationen sowie die Patientenleitlinie zur NVL befinden sich derzeit noch in Bearbeitung und werden in Kürze unter dieser Adresse verfügbar sein.

Wie bereits berichtet, wird aufgrund der Komplexität von Typ-2-Diabetes die Bearbeitung themenorientiert und getrennt erfolgen. Weitere im Konsultations- bzw. Bearbeitungsprozess befindliche Themen zur 2. Auflage der NVL Typ-2-Diabetes sind: Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen, Nephropathie, Neuropathie, makrovaskuläre Komplikationen und Schulung.

Magazin

Auf den Seiten <http://www.diabetes.versorgungsleitlinien.de/> bleiben Sie über die aktuelle Entwicklung für alle NVL zu Typ-2-Diabetes der 2. Auflage stets auf dem Laufenden.

Korrespondenzadresse:

Sylvia Säger
Dr. Public Health, Dipl.-Ing.
Bereichsleitung Medizinische Information
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
Gemeinsames Institut von BÄK und KBV
Wegelystraße 3/Herbert-Lewin-Platz,
10623 Berlin
Tel: 030 4005 2520, Fax: 030 4005 2555
E-Mail: Saenger@azq.de