

# DEGAM

## DEGAM bündelt Nachwuchsförderung



Deutsche Gesellschaft für  
Allgemeinmedizin und Familienmedizin

## DIE DEGAM INFORMIERT

Auf diesen Seiten stellt die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) neueste medizinische Erkenntnisse vor, die für den Praxisalltag der Hausärzte relevant sind.



### AUS DEN HOCH- SCHULEN



**Prof. Dr. med. Michael Freitag** leitet die Abteilung Allgemeinmedizin an der Carl von Ossietzky Universität in Oldenburg (European Medical School Oldenburg Groningen)

*Um die allgemeinmedizinische Forschungstätigkeit und die hausärztliche Lehre an den Universitäten konkret und anschaulich vorzustellen, befragen wir die Leiter hausärztlicher Institute an verschiedenen Universitäten zu den Aktivitäten ihrer Abteilungen.*

#### ? Welche Rolle spielt die Allgemeinmedizin in Ihrem Modellstudiengang?

Die Allgemeinmedizin ist das Kernfach. Wir sind in allen Studienjahren in der Lehre präsent: u.a. mit Vorlesungen, Seminaren und Kommunikationskursen. Vor allem hospitieren bei uns alle Studenten in den ersten drei Jahren viermal je eine Woche in Hausarztpraxen, jeweils mit einem thematisch spezifischen Logbuch, auf das die Lehrärzte vorbereitet werden. Dazu kommen einmal vier Wochen Blockpraktikum im fünften Jahr. Neben Stadtpraxen in Oldenburg und Bremen gibt es viele Landpraxen, vom Oldenburger Münsterland bis zu den ostfriesischen Nordseeinseln.

#### ? Welche Besonderheiten gibt es noch im Medizinstudium in Oldenburg?

Das Studium ist binational: Alle Studenten gehen sechs bis zwölf Monate an die Partneruni nach Groningen (Niederlande). Von dort kommen jedes Jahr 40 Studenten für ein Jahr in die Kliniken und Praxen zu uns. In den Niederlanden gibt es ein Primärversorgungsmodell und dementsprechend ist die universitäre Ausbildung ausgestaltet. Für das Studium in Oldenburg haben wir das Groninger Curriculum an die deutsche Approbationsordnung angepasst und so einen sehr allgemeinmedizinisch geprägten Studiengang eingeführt. Hausärzte sind als Lehrärzte an Hospitationen,

Vorlesungen und anderen Lehrformaten beteiligt. Im „Problemlöseseminar“ z.B. moderiert ein Hausarzt die Diskussion eines Patientenfalls, den er mit einem Fachspezialisten ausgesucht hat. Die Studierenden lösen den Fall differenzialdiagnostisch und können um weitere anamnestische Angaben und Untersuchungsbefunde bitten sowie „konsiliarisch“ vom Facharzt weitere Diagnostik anfordern. Alle Mitarbeiter meiner Abteilung sind auch in der Patientenversorgung tätig. Unser Beirat mit 14 Hausärzten bringt sich in Konzeption und Umsetzung der Lehre und Forschung ein. Und: Wir sind angeblich die kleinste medizinische Fakultät Europas!

AUS DER FORSCHUNG



**Kennen Raucher ihr Risiko?**

Das Wissen um das Herz-Kreislauf-Risiko alleine macht noch keinen Nichtraucher, aber kann zur Motivation beitragen. Raucher, die sich freiwillig zu einer Studie zur Raucherentwöhnung gemeldet hatten (und bis jetzt ohne Gefäßkrankungen waren), sollten ihr Herzinfarktrisiko selbst als niedrig, mittel oder hoch einschätzen. Ihre Angaben wurden mit dem berechneten Framingham- und PROCAM-Score verglichen. Dabei lagen knapp über die Hälfte (je nach Score 58-62 Prozent) mit ihrer Einschätzung falsch. Mehr Befragte (39-50

Prozent) schätzten das eigene



Risiko zu hoch ein. Zwölf bis 19 Prozent unterschätzten ihr Risiko, darunter waren häufiger Männer, Diabetiker und Raucher mit Hyperlipidämie. Die Autoren postulieren, dass ein zu hoch eingeschätztes Risiko keinen Schaden bringt. Das kann man als Hausarzt, der auch unnötige Ängste seiner Patienten vermeiden und ehrlich aufklären und beraten möchte, durchaus anders sehen.

**Fazit:** In der Studie schätzen Raucher ihr Herz-Kreislaufisiko mehrheitlich falsch ein, häufiger als falsch hoch. Gerade Männer mit Risikofaktoren und dementsprechend hohem Risiko unterschätzen es. Eine individuelle Beratung kann falsche Annahmen korrigieren.

*Desgraz B, Tinh-Hai C, Rodondi N, Cornuz J, Clair C. Comparison of self-perceived cardiovascular risk among smokers with Framingham and PROCAM scores: a cross-sectional analysis of baseline data from a randomized controlled trial. BMJ Open 2017, 7: e012063. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012063*

**Kopfschmerzen - nicht immer Sinusitis**

Ein Nasennebenhöhlen-CT ist diagnostischer Goldstandard zur Diagnose einer Sinusitis. Da diese Untersuchung nicht für alle entsprechenden Patienten erfolgen kann, wird nach klinischen Kriterien gesucht, die eine gute Diagnose ermöglichen. Eine Forschergruppe hat zwei klinische Scores verglichen: Bei einem Score wurden Gesichts-/Kopfschmerz, Gesichtsschwellung, eine verstopfte Nase, Geruchsstörungen und eitriges Nasensekret als Hauptkriterien verwendet, von denen zwei zur Diagnosestellung erfüllt sein mussten. Bei dem anderen Score wurden Kopf- und Gesichtsschmerzen als klinisches Kriterium gestrichen. Letzterer hatte eine bessere Spezifität (65 statt 37 Prozent) für die radiologische oder endoskopische Bestätigung einer Sinusitis bei nicht signifikant reduzierter Sensitivität. Besonders Frauen und Patienten mit Mi-

grüne und anderen Schmerzkrankheiten hatten häufig einen Kopfschmerz anderer Ursache.

**Fazit:** Andere Symptome als der Gesichts- und Kopfschmerz konnten in dieser Studie eine Sinusitis spezifischer vorausagen. Allerdings wurden in der Studie Patienten einer universitären HNO-Ambulanz untersucht, so dass die direkte Übertragung auf hausärztliche Patienten nicht möglich ist.

*Hirsch SD, Reiter ER, DiNardo LJ, Wan W, Schuman TA. Elimination of pain improves specificity of clinical diagnostic criteria for adult chronic rhinosinusitis. Laryngoscope 2017. DOI: 10.1002/lary.26442*



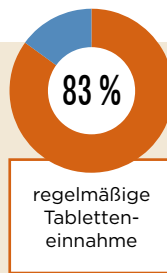
**Impressum**  
Redaktion:  
Dr. med. Sabine Gehrke-Beck, Institut für Allgemeinmedizin, Charité-Universitätsmedizin (verant.)  
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle:  
Edmund Fröhlich, Philipp Leson, Anke Schmid, Friedrichstraße 133, 10117 Berlin, Tel.: (030) 20 966 98 00  
www.degam.de

Die Seiten werden redaktionell selbstständig von der DEGAM verantwortet und unterliegen keinen inhaltlichen Vorgaben durch Verlag oder Anzeigenkunden.

**Warum sind Diabetiker schlecht eingestellt?**

Mittels Fragebogen und ergänzend in Fokusgruppen wurden Diabetespatienten in Süddeutschland befragt, was aus ihrer Sicht die Diabetesbehandlung schwierig macht. Diabetiker, die nicht regelmäßig zu ihrem Hausarzt gingen, wurden gezielt auch angeschrieben. 83 Prozent der Befragten gaben im Fragebogen eine sehr regelmäßige Tabletteneinnahme an. 61 Prozent gaben an, ihren HbA1c Wert zu kennen; diese Teilnehmer waren aber nicht besser eingestellt. In den Fo-

kusgruppen wurden die Angaben zur Therapietreue bekräftigt, wobei auch das Unbehagen, Tabletten dauerhaft einnehmen zu müssen, thematisiert wurde. Medikamente wurden als Möglichkeit gesehen, fehlende Lebensstiländerungen auszugleichen. Insbesondere eine Ernährungs- umstellung fiel Teilnehmern schwer und sie beklagten fehlende Beratung und Unterstützung. Es wurde außerdem klar, dass viele Teilnehmer ihren HbA1c Wert zwar nennen konn-



ten, aber nicht wussten, was er bedeutet.

**Fazit:** Bei den befragten Diabetikern scheitert die gute Einstellung weniger an der Tabletteneinnahme, als an der Umsetzung von Lebensstiländerungen. Mehr konkrete Beratung dazu und eine verständliche Erklärung des HbA1c Wertes könnten helfen.

*Elliott AJ, Harris F, Laird SG. Patients' beliefs on the impediments to good diabetes control: a mixed methods study of patients in general practice. Br J Gen Pract 2016. DOI: 10.3399/bjgp16X687589.*