

Abstracts:

30. Jahreskongress SGAM/ 30^e congrès annuel SSMG

15.–17. November 2007, Olma-Messen St. Gallen

Rosa Panther treffen Graue Panther

T. Hatzisaak, U. Rutschmann, B. Disch

Projektidee: Akzeptanz einer innovativen Aktivierungstherapie bei Bewohnern eines Betagtenheims und Primarschülern.

Methode: Befragung von 20 Schülern und 8 Betagten nach dem persönlichen Nutzen der Begegnungen

Resultate: Gemeinsame Bastelarbeiten wurden von den Betagten eher kritisch aufgenommen, das gemeinsame Kochen und Essen wurde jedoch gut akzeptiert. Die monatlichen Zusammenkünfte waren für die Betagten und die Primarschüler von grossem ideellen Wert

Elektronische Krankengeschichte und Datenaustausch (Proof-of-concept)

G. Weirich, F. Marty

Die elektronische Datenbearbeitung in den Schweizer Hausarztpraxen beschränkt sich – mit wenigen Ausnahmen – auf die Praxisadministration. Ein wichtiger Hinderungsgrund für einen Umstieg auf das elektronische Patientendossier ist die fehlende Datenkommunikations- und Migrationsfähigkeit der heute erhältlichen elektronischen Krankengeschichten.

Zielvorgabe unseres Projektes war die Etablierung einer sicheren und plattformunabhängigen Datenkommunikation zwischen Krankengeschichte bei Arzt A und Krankengeschichte bei Arzt B (Proof-of-concept). Unser Pilot zeigt, dass die Entwicklung eines standardisierten Transportsystems für KG-Daten mit und die Implementierung von Konnektoren mit überschaubarem Aufwand möglich ist.

Designing a study of a brief intervention for excessive cannabis use : the experience of a group of Swiss practitioners

D. Lefebvre^a, A. Meynard^b, D. M. Haller^c

a General Practitioner, Versoix, Switzerland,

b Adolescent and Young Adult Program, Geneva University Hospitals, Switzerland,

c Department of Community and Primary Care Medicine, Geneva University Hospitals, Switzerland

Introduction: Switzerland has one of the highest prevalence of young cannabis users in the world. Most of these young people are in contact with a primary care physician at least once a year. Physicians can create opportunities for discussion and develop early primary care interventions for cannabis use.

Aims: To design a study of an intervention that is compatible with primary care clinical practice by offering primary care physicians the opportunity to inform the development of the study.

Methods: Ten primary care physicians participated in meetings to design the trial. They first shared knowledge on the subject (research aims, youth cannabis use, brief interventions). Further, they developed the content of the intervention and guided the methodological details of the protocol. Before piloting these methods in their practices, the practitioners conducted simulated consultations with young actors. This was helpful in identifying aspects of the protocol that needed further refinement.

Results: For the physicians involved, participation stimulated a sense of involvement in improving young people's health. Participation also contributed to the physicians' continuous medical education through the literature review to become familiar with the subject. The training sessions with actors were an opportunity for the physicians to assess and improve their communication style with young people.

Conclusions: Primary care physicians' participation in designing the study had benefits beyond the research project itself in that it contributed to their

continuous medical education and to their sense of involvement in improving the health of an underserved group of patients.

Youth-friendly primary care services: do they make a difference?

D. M. Haller^{a,c}, A. Tylee^b, T. Graham^b, R. Churchill^b, L. A. Sancic^c

a Département de médecine communautaire et de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève
b Health Services and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, UK,
c Department of General Practice, The University of Melbourne, Australia

Introduction: Primary care has a key role to play in addressing young people's health needs. Yet young people face barriers in accessing this care. Recommendations to remove these barriers have been proposed under the concept of youth-friendly services. **Aim:** To review the evidence on the effectiveness of youth-friendly primary care services in improving young people's health.

Methods: MEDLINE, PsycLit, Embase and the Cochrane databases were searched between 2000 and 2005 for studies in which youth-friendly health care provision had been evaluated. The reference lists of the resulting abstracts were also searched manually for other relevant studies. Papers in which primary care services for young people were only described but not assessed were excluded.

Results: Twenty seven articles were included for review. Most came from countries with established economies, but there were also studies from Africa, South America, China and Bangladesh. Most had methodological limitations in that they were uncontrolled observational studies. The evidence indicated that youth-friendly initiatives can improve access to care and provider performance in addressing young people's health concerns. There was no reliable evidence, however, for the effect of youth-friendly primary care services on young people's health outcomes.

Conclusions: More evidence of the benefits of youth-friendly primary care services on young people's health is needed. Promoting the socio-economic and political conditions in which innovative, well assessed youth-friendly primary care services can be implemented is also a priority.

Blutegelbehandlung bei schweren Hämatomen in der Hausarztpraxis

D. Kähler Schweizer

Nach dem Erfolg der Blutegeltherapie in der Wiederherstellungschirurgie erlebt diese Behandlungsform auch ein Comeback in der Hausarztpraxis bei der Behandlung von Arthrose (vor allem Gonarthrose und Rhizarthrose) und bei schweren Hämatomen. So können manche chirurgische Dekompressionen erspart bleiben.

Es wird anhand von drei Fällen von schweren Hämatomen gezeigt, dass 2-3 Blutegelbehandlungen in der Lage sind, sowohl oberflächliche als auch grosse, tiefe, schmerzhaft Hämatome zu rascher Resorption zu verhelfen.

Neben dem Aderlasseffekt beruht die Effektivität der Behandlung vor allem in der Wirkung der Inhaltsstoffe des Blutegelspeichels. Es gibt mehr als 30 Substanzen, die wichtigsten davon sind: Hirudin und Calin (wirken blutverdünnend), Destabilase (fibrinlösend), Hyaluronidase (begünstigt die Diffusion der anderen Substanzen) und Eglin (stark entzündungshemmend).

Auch bei tiefen Hämatomen, wo der Aderlasseffekt keine Rolle spielt, wird die Resorption beschleunigt. Bei den drei vorgestellten Fällen waren die Patienten bereits nach vier Tagen beschwerdefrei und wieder voll arbeitsfähig.

Après le succès de l'hirudothérapie (traitements par les sangsues) dans la chirurgie réparatrice, les sangsues connaissent un regain d'intérêt en médecine générale dans le traitement des arthroses (surtout gonarthrose et rhizarthrose) mais aussi dans les hématomes graves, évitant ainsi une décompression chirurgicale.

3 cas d'hématomes étendus aussi bien superficiels que profonds sont décrits.

2 à 3 traitements par les sangsues sont suffisants pour obtenir une résorption des hématomes.

Mise à part l'effet saignée ne survenant que dans les hématomes superficiels, l'efficacité est surtout due aux substances contenues dans la salive de la sangsue. On en recense plus de 30, dont les principales sont l'hirudine et la caline (anticoagulantes), la destabilase (dissout la fibrine des caillots sanguins), la hyaluronidase (permet la diffusion des autres substances) et l'églisine (puissant anti-inflammatoire).

Les résultats sont très encourageants. Dans les 3 cas, les patients n'avaient plus de douleurs après 4 jours et étaient à 100% capables de travailler.

Managed Care

J. Fritschi

Das Poster zeigt die erfreuliche Netzwerkentwicklung in der Schweiz auf. Managed Care ist für viele Kolleginnen und Kollegen zu einer positiven Alternative zum bisherigen Versicherungssystem geworden.

Young people and health compromising behaviours: opportunities for prevention in primary care

D. M. Haller^a, P.A. Michaud^b, J. C. Surís^b, A. Jeannin^b, F. Narring^c

^a Département de médecine communautaire et de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève

^b Groupe de recherche sur la santé des adolescents, Université de Lausanne

^c Programme adolescents et jeunes adultes, Hôpitaux Universitaires de Genève

Introduction: Data suggests that, in the absence of adequate insurance coverage, vulnerable young people are less likely to attend primary care. Since in Switzerland young people benefit from universal insurance coverage, our aim was to test the hypothesis that Swiss adolescents engaging in health compromising behaviors access primary care to the same extent as those who do not engage in these behaviors. **Methods:** We analyzed the SMASH02 database, a survey of 7428 students (46% female) aged 16 to 20 years in Switzerland. The following behaviors were considered: smoking, alcohol misuse, excessive cannabis use, sexual risk behavior, delinquency and violence. Multivariate logistic regression was used to examine the association between health compromising behaviors and self-reported GP visits in the past 12 months.

Results: A third of all participants did not engage in any, 25%, 19% and 12% reported engaging in one, two or three health compromising behaviors respectively. Overall, 78% females and 75% males had visited a GP in the past 12 months. There was no relationship between engaging in health compromising behaviors and having consulted a GP in the past 12 months. Similarly, reporting more health compromising behaviors was not associated with a lower probability of having visited a GP in the past 12 months.

Conclusions: In Switzerland, most young people visit a GP once a year and those who engage in health compromising behaviors are as likely to visit a GP as those who do not engage in such behaviors.

Critical Incident Reporting (CIR) für GrundversorgerInnen – der Qualitätszirkel als geeignetes Instrument

D. Gelzer und Qualitätszirkel B Merian Iselin, Basel

Seit Beginn der 90er Jahre setzt sich auch in der Medizin ein neues Selbstverständnis beim Umgang mit Fehlern durch. Vor allem in den technischen Disziplinen, wie der Anästhesie oder später auch in der Chirurgie, wurden CIR Systeme eingeführt. Aber auch in der Grundversorgung spielen CI eine Rolle. Unser seit 1996 bestehender Qualitätszirkel (QZ) führte im Sommer 2002 das CIR ein. Von Oktober 2002 bis März 2007 haben 48 Sitzungen stattgefunden. Pro Sitzung wurden 0–7 CI gemeldet, insgesamt 94 Fälle. Diese lassen sich folgendermassen unterteilen: Diagnostik, Therapie, Organisation (Stress, Müdigkeit, Zuständigkeiten in der Praxis, versicherungsrechtliche und juristische Fragen, usw.) und Kommunikation (zwischen ÄrztInnen und PatientInnen). Unter Diagnostik fallen 57, unter medikamentöse Therapie 13, unter andere Therapien 8, unter Organisation 8 und unter Kommunikation 8 Meldungen.

Ein QZ stellt eine sehr effiziente Möglichkeit für das Einbringen von CI dar. Vertrauen, Wohlwollen und gegenseitiger Respekt sind Voraussetzungen einer guten QZ Arbeit, was auch für die CIR-Arbeit produktiv genutzt werden kann. Dies stellt einen Beitrag zur Qualitätsverbesserung dar. Es ist zu hoffen, dass möglichst viele QZ das CIR fest in ihre Traktandenliste aufnehmen.

Berufsziele von Medizinstudierenden 2002–2005 Uni Basel

T. Hoffmann, B. Martina, P. Tschudi

Institut für Hausarztmedizin IHAMB Universität Basel

Hintergrund: Vertiefte Einblicke in die hausärztliche Praxis und das Kennenlernen von HausärztInnen als Vorbild motiviert angehende ÄrztInnen, Hausärztin/Hausarzt zu werden.

Ziele: Wir erfassten Art und Veränderungen des Berufsziels während des Studiums und suchten nach Unterrichtselementen, z. B. Einzeltutoriat in der Hausarztpraxis, die das Berufsziel der Studierenden besonders beeinflussen.

Methode: Auswertung von Fragebögen von 1319 Medizinstudierenden der Uni Basel in den Jahren 2002

bis 2005. Jeder Studierende wurde im Verlauf des Medizinstudiums vier Mal befragt. Rücklauf 95.6%. *Ausgewählte Resultate:* Unentschlossene: zu Beginn des Studiums rund 25%, am Ende immer noch 19%. Spitaltätigkeit: gesamthaft 32%, eigene Praxis: 37%, Forscher 4%. Das Berufsziel «Hausarzt» fassen 8% aller Studierenden ins Auge. Während der Zeit, in der die Studierenden das Einzeltutoriat absolvieren, verdreifacht sich der Prozentsatz derjenigen, die als Hausarzt/-ärztin arbeiten wollen. Frauen (um 60%) wünschen eher eine eigene Praxis, Männer eher einen Spitaljob.

In der retrospektiven Befragung der Studierenden des 6. Jahreskurses hat sich gezeigt, dass die Mehrheit der Studierenden (65.7%) ihr Berufsziel während des Studiums mindestens einmal geändert hat. Die einflussreichsten Unterrichtselemente bezüglich der Berufszelfindung sind mit 43% das Einzeltutoriat und mit 40% das Wahlstudienjahr. Weiterer möglicher Schlüssel für Medizinstudium: rund ein Viertel aller Medizinstudierenden stammt aus einer Ärztesfamilie.

Konklusion: Der Anteil der Unentschlossenen ist während des Studiums konstant sehr hoch. Hier könnte z.B. eine aktive Hausarzt-Laufbahnberatung ansetzen. Weiter empfiehlt sich das Einzeltutoriat in der Hausarztpraxis als Pflichtveranstaltung an allen Universitäten, denn während des Einzeltutoriates hat sich der Beliebtheitsgrad des Grundversorgers bei den Studierenden verdreifacht.

Berufszielstudie: Zukunftsvorstellungen von Medizinstudierenden an der Medizinischen Fakultät Basel 2006/2007

*P. C. Zimmermann, B. Martina, P. Tschudi
Institut für Hausarztmedizin IHAMB Universität Basel*

Mit einem Fragebogen wurden 410 Medizinstudierende des 1., 3. und 6. Studienjahres 2006/07 nach Berufszielen und Vorstellungen bezüglich Hausarztmedizin befragt (Rücklaufquote 83%).

Ausgewählte Resultate: 29% streben eine eigene Praxis an, davon sind 30% angehende HausärztInnen, 48% angehende SpezialärztInnen und 22% sind noch unsicher. Gründe für «Hausarzt» sind Praxiswunsch mit langjährigem Patientenkontakt, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit. 37% wollen im Spital arbeiten.

81% aller Studierenden mit Praxiswunsch streben eine Gruppenpraxis an (Studentinnen: 93%).

Nach Abschluss der Weiterbildung gedenken 47%

ein 100% Pensum zu bestreiten (Männer: 74% bzw. Frauen: 23%). 36% streben ein 70–80% Pensum (Männer: 26% bzw. Frauen: 45%). 50% oder weniger als 50% Arbeitspensum werden nur Studentinnen avisiert (17% aller Studierenden).

Zusammenfassung: Gruppenpraxen und Teilzeitarbeitsmodelle werden wichtiger, insbesondere bei der zunehmenden Feminisierung der Medizin. Der Trend weg von der Hausarztmedizin scheint anzuhalten. Als Hausarztberufsfördernd wird genannt: Integration der Hausarztmedizin im Studium, höheres Einkommen, geringere zeitliche Belastung und Förderung von Gruppenpraxen.

Verlauf bei White-Coat-Effekt bei behandelten Hypertonikern in der Hausarztpraxis

P. Tschudi, D. Conen, B. Martina

Bei einer behandelten Hypertonie kann auch ein White-Coat-Effekt beobachtet werden: Praxis-Blutdruck noch erhöht (>140/90 mmHg), Langzeit-BD normalisiert (Tages-Mittel <135/85 mmHg). Diese Falsch-Non-Response fanden wir bei 41 behandelten Hypertonikern in 37%, v.a. bei Frauen. Wir untersuchten den Verlauf nach 1 Jahr. *Resultate:* Die Tabelle zeigt den Praxis- und Langzeit-BD zu Beginn und 1 Jahr später (n=16): Mittleres Alter 59 ± 12 Jahre, mittlerer Body-Mass-Index 28.7 ± 4 kg/m², 5 Männer, 11 Frauen. Bei 2 Pat. (13%) wurde die Therapie im Verlauf des Jahres geändert. Der BD veränderte sich kaum: 11/16 (69%) blieben White-Coat-Effekt-Hypertoniker.

Blutdruckverlauf bei 16 Hypertonikern mit White-Coat-Effekt.

	Baseline	1 Jahr	Differenz
Systolischer Praxis-BD, mmHg	149 ± 10	146 ± 11	-2.7 (-8.2, 2.8)
Diastolischer Praxis-BD, mmHg	93 ± 5	93 ± 6	-0.3 (-3.6, 3.0)
Systolischer Langzeit-BD, mmHg	120 ± 7	121 ± 13	1.6 (-3.4, 6.7)
Diastolischer Langzeit-BD, mmHg	73 ± 6	73 ± 7	-0.4 (-3.2, 2.3)

Zusammenfassend bleibt der White-Coat-Effekt zumindest über ein Jahr relativ konstant. Langzeit-BD-Messungen sind auch in der Hypertonie-Therapiekontrolle sinnvoll.

Trockene Haut in der Hausarztpraxis

C. Itin, P. Itin

Trockene Haut ist ein häufiges Problem. Ausschlaggebend für die Studie war auch die Beobachtung, dass in der Praxis das Problem aber kaum zu Eintragungen in die KG führt und dass auf der anderen Seite die Industrie mit Herstellung wohlriechender Körperlotionen enorm boomt. Wir führten deshalb im November 2006 und Mai 2007 eine Frageerhebung mit 144 PatientInnen in einer Hausarztpraxis durch.

Resultate: 59% von 144 Patienten in einer Hausarztpraxis äusserten, trockene Haut zu haben. 37% berichteten, dass sie die trockene Haut störe. 43% (von 96 Pat.) gaben an, dass dies sie im Winter und 24% (von 48 Pat.) auch im Sommer störe. Im Winter störte bei 34% der Juckreiz, bei 25% die Schuppen. Im Sommer nur bei 24% der Juckreiz, aber 37% Schuppen. 26% gaben im Winter stärkeren Juckreiz als im Sommer an. Durchschnittlich Ganzkörperwäsche der PatientInnen: 5.6/Woche, wovon 96% duschen und 17% (z.T. auch) baden, Männer und Frauen etwa gleichhäufig. Rückfetten nach Ganzkörperwäsche: 36% (52 Patienten) fetten sich ein. Im Winter und Sommer 2.4/Woche, wobei 42 Frauen 3.6/Woche und nur 10 Männer 1/Woche. Veranlassung der Rückfettung: bei allen 52 Personen selber, bei 7 zusätzlich vom Arzt empfohlen/verschrieben. Bezahlt haben die Rückfettenden Lotionen alle 52 Personen selber, 5 haben auch noch durch Rezept erworbene Lotionen benützt.

Konklusion: Trockene Haut ist recht häufig; wenn der Patient nicht darüber klagt und kein erhöhtes Krankheitsrisiko (Atopie, Dekubitus, Geriatrie usw.) besteht, ist dies kein medizinisch-therapeutisches Problem. Bei Risikosituationen sollte die Hausärztin/der Hausarzt aktiver nach der trockenen Haut suchen und diese entsprechend behandeln.

Practice barriers to guideline recommended cholesterol management

C. Schmutz, U. Halter, R. Isler, B. Martina,
P. Tschudi, K. Bally

To identify practice barriers to standard guidelines for the management of dyslipidemia, 20 GPs analyzed retrospectively the charts of 1000 consecutive unselected patients aged 35-80 years, controlled by external study physicians.

Results: 13,5% had known cardiovascular disease, 17,2% diabetes mellitus. 9,2% had no, 20,7% one and 35,8% had 2 cardiovascular risk factors. Guidelines were followed in 40% of all cases and not followed in 60%. In 436 cases we found diagnostic non-adherence and in 163 therapeutic non-adherence. In low risk patients GPs often believed that the risk situation required no lipid screening or were absorbed by other diseases of their patients, in high risk situations patients often refused pharmacotherapy.

Conclusions: About every second patient aged 30-80 years is not screened or treated according to current dyslipidemia screening or treatment guidelines. Causes are patient related (other severe diseases, patient's unwillingness for screening and treatment) and physician related (knowledge of guidelines). These causes must be considered when assessing the quality of GP adherence to guidelines.

Wie oft sind Hypertoniker in der Hausarztpraxis im Hochrisiko? Die Hypertonie-Datenbank Hc.ch (www.hypertensioncohort.ch)

P. Tschudi, D. Conen, A. Panos, J. Weber,
B. Martina

Einführung: 50% aller Hausarzt-PatientInnen haben eine arterielle Hypertonie. In einem Internetfragebogen eingegebene Grund- und Therapiedaten von 208 Hypertonie-Patienten aus insgesamt 19 Hausarztpraxen wurden analysiert:

Resultate: Sehr hohes Risiko bedeutet >30%, tiefes Risiko <15% 10-Jahresrisiko eines Hirnschlags oder eines Herzinfarkts. 29% weisen ein sehr hohes Risiko auf, 22% haben ein hohes Risiko, 27% ein mittleres, und 22 ein tiefes Risiko. Die Hypertoniker sind im Mittel 61 Jahre alt, 54% sind männlich. 20% sind Diabetiker, 16% sind Raucher und 10% haben bereits eine manifeste Atherosklerose (KHK, Stroke). Der Body Mass Index beträgt 28 cm/kg² im Mittel, der Blutdruck 146/85 mmHg.

Konklusion: Zusammenfassend befinden sich sehr viele Hypertoniker aus Hausarztpraxen in Hochrisikokategorien, gleich wie in anderen europäischen Ländern. Unsere Erfassung in der anonymen hausärztlichen Hypertonie-Datenbank Hc.ch (www.hypertensioncohort.ch) zeigt, wie sich das Risiko über die Jahre verändert/verbessert. Die Teilnahme von Hausärztinnen und Hausärzten der ganzen Schweiz ist sehr willkommen.

Differenzierte Verteilung der Hypertoniker in die einzelnen Kategorien

Sys RF \ Dia	120-129 70-79	130-139 80-89	140-159 90-99	160-179 100-109	≥ 180 ≥ 110
0 RF	1	8	10	4	0
1-2 RF	8	18	39	13	1
EOS / > 3 RF	0	7	21	9	6
ACC	9	8	28	9	6

- Rot = sehr hohes Risiko:
- Orange = hohes Risiko:
- Gelb = mittleres Risiko:
- ASS = associated clinical conditions: KHK, stroke
- EOS = Endorganschaden oder ≥ 3 RF
- Rosa = leichtes zusätzliches Risiko

Abbildung 1

Gezeigt wird die genaue Risikokategorie gemäss den Richtlinien der europ. Hypertoniegesellschaft bei 208 Hypertonikern aus der hausärztlichen Datenbank.

Die Hypertoniker mit sehr hohem Risiko (n=61, rot) haben zu 3/5 einen nur leicht erhöhten BD. Endorganschaden oder > 3 Risikofaktoren bedeutet hohes Risiko (n=46), das immer durch Behandlung des Endorganschadens oder Risikofaktorreduktion in eine tiefere Kategorie gebracht werden kann. Das geht meist parallel zu dezidiertem Blutdrucksenkung. Gelb heisst mittleres zusätzliches Risiko (n=56). 2/3 profitieren gleichzeitig zur BD-Senkung auch von Begleit-Risikofaktoreliminierung.

59 Hypertoniker sind normoton durch Behandlung, davon befinden sich noch 24 (40 %) im Hochrisikobereich, meist nicht korrigierbar wegen Sekundärprophylaxesituation. 149 sind noch hyperten, davon 99 leicht hyperten.

Das Konsultationsgespräch beim Hausarzt – Ein institutionelles Gespräch eigener Art

L. Litschgi, A. Schlumpf, C. Ott, E. Riesen, H. P. Lienhart, J. Babics, K. Bally, M. Gantenbein, M. Handschin, M. Nüscherler, S. Romerio, S. Lehmann, P. Tschudi

Während 92% der Zeit, die wir mit unseren PatientInnen verbringen, sind wir im Gespräch. Über diesen wichtigsten Teil unserer Arbeit gibt es kaum Untersuchungen. Häufig werden Erkenntnisse aus der Institution Spital fälschlicherweise auf die Institution Praxis übertragen.

Methoden und Resultate: Bei zwölf repräsentativen ÄrztInnen der Region Nordwestschweiz haben wir unselektionierte, normale Konsultationen mit einem Aufnahmegerät registriert. 127 Konsultationen bilden ein Gesprächskorpus mit einer Gesamtdauer von

26 Stunden und einer durchschnittlichen, reinen Konsultationsdauer von 13 Minuten. 92% der angefragten PatientInnen waren mit der Registrierung einverstanden und erhielten am Tag darauf einen Fragebogen bezüglich ihrer Zufriedenheit mit dem Gespräch (87% Rückmeldungen).

Wir analysieren die Gesprächsführung (Monolog Ärztin/Arzt, Monolog PatientIn, Wechselrede, kommentierte Handlung, Pause), die Gesprächsfunktion (Beschwerdenschilderung, Diagnose, Therapie, Verlauf, Narratives) und die Gesprächsthemen (nach ICPC Code). Die Resultate werden deskriptiv und graphisch dargestellt.

Recording cardiovascular risk factor profile in GP practice

M. Bally, U. Halter, R. Isler, B. Martina, P. Tschudi, K. Bally

For correct and optimal cardiovascular risk stratification in GP practice all standard risk factors must be recorded. The aim of our study was to analyze the quality of recording the risk factors smoking, obesity, hypertension, triglycerides, family history of cardiovascular diseases and lack of physical activity.

20 GPs analyzed retrospectively the charts of 1000 consecutive unselected patients aged 35-80 years, controlled by extern experienced study physicians.

Results: GPs recorded hypertension in 94,6%, smoking habits in 94,4 %, obesity in 96,2%, physical activity in 83,4%, triglycerides in 73,7% and family history of cardiovascular diseases in 60,4%. Recording of hypertension, smoking, obesity and triglycerides was significantly better in older patients, longer patient-physician relationship and higher number of consultations per year. There were no gender differences.

Conclusions: Cardiovascular risk factor recording by GPs is good and almost complete in the most important risk factors. Recording improves with longer patient-physician relationship.

Versorgungssituation der Hausarztmedizin in den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft

P. Suda, B. Martina, P. Tschudi

Verlässliche Erhebungen zu Hausarztmangel existieren kaum. Wir haben direkt bei Schweizer Haus-

ärztInnen Daten zur hausärztlichen Versorgungssituation mittels Fragebogen erhoben. Rückantwortquote in den Kantonen BS 86% und BL 92%.

Ausgewählte Resultate: Durchschnittsalter der im Jahre 2005 praktizierenden HausärztInnen 51 Jahre. HausärztInnen leisten an 26 Tagen pro Jahr Notfalldienst. 46% wollen die Arbeitszeit vor der Pensionierung reduzieren, im Schnitt im Alter von 56 Jahren im Ausmass von 2.5 Halbtagen. Die durchschnittliche, wöchentliche Arbeitszeit der HausärztInnen beträgt 48 Stunden, davon sind 18% administrativer Art.

In BS müssen im Jahre 2018 50% und im Jahre 2022 75% der HausärztInnen ersetzt sein. Also braucht es bis im Jahr 2018 93 neue HausärztInnen. An der Universität Basel schliessen jedes Jahr etwa 100 Studierende das Studium ab. Etwa 10% davon sind an einer Hausarzt Karriere interessiert. Diese 10 HausärztInnen würden für Basel-Stadt pro Jahr knapp reichen. Aber lange nicht alle lassen sich in BS nieder ... (In Baselland werden bis 2017 106 neue Hausarztpersonen benötigt!)

Somit kann ein sich anbahnender Hausarztmangel bestätigt werden. Hausarztmedizin und Nachwuchsförderung müssen gestärkt werden.

ÄrztInnen Netzwerke im Kanton Bern – nur Hoffnung oder die Realität von morgen?

B. Künzi, K.W. Matter-Walstra, H.W. Leibundgut

Kontext: Viele ÄrztInnen, Versicherte (etwas weniger auch die Versicherer), PatientInnen und PolitikerInnen setzen grosse Hoffnungen in Ärztenetzwerke (AeNW) zur Erhaltung einer qualitativ guten und finanzierbaren medizinischen Versorgung.

Fragestellung: Inwieweit die Ärzteschaft diese Einschätzungen und Hoffnungen teilen, wurde nun erstmals systematisch im Auftrag der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern und mit der Finanzierung durch das Trust Center PonteNova untersucht.

Methode: Unabhängige und repräsentative Gesamtbefragung unter dem Titel «Meinungen und Verhalten der Berner Ärzteschaft gegenüber Ärztenetzwerken» im Herbst 2006 durch das swisspep Institut für Qualität und Forschung im Gesundheitswesen in Zusammenarbeit mit der Universität Bern (Institut für evaluative Forschung IEFO).

Resultate: Rücklauf 881 Fragebögen (48.8%): Ein Drittel der ÄrztInnen mit Praxisbewilligung im Kanton Bern ist Mitglied in einem strukturierten AeNW

und mindestens weitere 50% gedenken in den nächsten Jahren beizutreten. 16.5% lehnen diese explizit ab. Beitrittswillige wünschen Informationen aus neutraler Quelle. Netzwerkmitglieder beurteilen alle erfragten 40 Aspekte von AeNW am positivsten, gefolgt von jenen KollegInnen, die in den nächsten zwei Jahren beitreten wollen. Die grössten Zweifel bezüglich negativer Auswirkungen von AeNW betreffen die Qualität der Patientenbetreuung, während Massnahmen zur Qualitätssicherung und finanzielle Auswirkungen tendenziell neutral beurteilt werden.

Schlussfolgerung: Die Berner Ärzteschaft sieht AeNW differenziert und v.a. die heutigen Nichtmitglieder und ein guter Teil der heutigen AeNW-Mitglieder teilen nicht alle diesbezüglichen Hoffnungen. Trotzdem gedenkt die Mehrheit der Berner ÄrztInnen in Zukunft einem AeNW beizutreten. Die Studienresultate geben Hinweise zu deren Ausgestaltung, die noch gründlich zu überdenken ist.

Projekt EPA cardio (WP1): Qualitätsindikatoren für kardiovaskuläre Prävention und Risikomanagement in Hausarztpraxen

B. Künzi, S. Neuner-Jehle, L. Michlig

Kontext: Kardiovaskuläre Krankheiten zählen in Europa zu den Hauptfaktoren für Mortalität und beeinträchtigte Lebensqualität. Trotz wirksamen, klinischen Interventionen ist kardiovaskuläres Risikomanagement nicht optimal implementiert.

Fragestellung/Ziel: Zusammenstellung und wissenschaftliche Validierung einer ausgewogenen Zahl an Qualitätsindikatoren, die sich zu einer international vergleichenden Beurteilung und zur Verbesserung des Risikomanagements und der Prävention von kardiovaskulären Krankheiten in Hausarztpraxen eignen.

Methode: Dreistufige Entwicklung: 1. Konzeptuelles Raster, das alle relevanten Domänen der kardiovaskulären Prävention und des Risikomanagements abdeckt. 2. Sammlung und Zuordnung von bereits entwickelten/verwendeten Indikatoren aus verschiedensten Ländern 3. «Zweistufiges Delphi-Verfahren» zur Beurteilung dieser Indikatoren durch Hausarztexpertenpanels aus 10 Ländern hinsichtlich Validität (je auf einer Skala von 1-9: 1. Runde: sprachliche Klarheit. 2. Runde: Notwendigkeit der Erhebung und Dokumentation) und Machbarkeit in allen Praxen.

Resultate: 650 Indikatoren wurden identifiziert, wovon nach Zuordnung zum gefundenen Raster 186 bzw. 202 Indikatoren im Herbst 2006 auch von 17

Tabelle 1

Patientengruppe	Anzahl Indikatoren		
	Kern-Indikatoren	Kern- + notwendige Indikatoren	Kern- + notwendige + erweiterte Indikatoren
Diabetes mellitus	8	9	17
Koronare Herzkrankheit	8	14	21
Risikopatienten	4	9	15
Total	20	32	53

Hausarztexperten aus der Schweiz in zwei Runden beurteilt und kommentiert wurden. Aus den Beurteilungen resultierten – je nach Übereinstimmung aller 10 Panels – drei Sets von Indikatoren zur weiteren Verwendung in den nachfolgenden Pilotstudien in den Praxen: «Kern-Indikatoren»: einstimmig notwendig und machbar gem. allen Panels; einstimmig «notwendige Indikatoren» jedoch ohne Konsens bezüglich Machbarkeit; «erweitertes Set»: einstimmig machbar, jedoch ohne Konsens bezüglich Notwendigkeit (vgl. Tabelle 1).

Schlussfolgerung: Eine Reihe von in 10 Ländern machbaren und notwendigen Qualitätsindikatorensets zur Beurteilung des Risikomanagements und der Prävention von kardiovaskulären Krankheiten in Hausarztpraxen wurde gefunden. Diese Indikatoren-Sets müssen nun in Pilotstudien bezüglich ihrer tatsächlichen Eignung zu einer evidenz- und datenbasierten Qualitätsförderung geprüft werden.

Erfahrungen mit dem Europäischen Praxisassessment (EPA) in der Schweiz

B. Künzi, M. Etienne, F. Roth

Kontext: Das EPA ist ein System zur Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in Arztpraxen. Kernelement dazu ist die umfassende Analyse aktueller Stärken und Schwächen der Praxis basierend auf 210 Qualitätsindikatoren, die 2001-2004 in acht Ländern (inkl. Schweiz) wissenschaftlich entwickelt wurden. Als international anerkannter Standard kann EPA gemäss Art. 58 KVG bzw. Art. 77 KVV «zur systematischen wissenschaftlichen Kontrolle und zur Sicherung der Qualität» sowie zur Zertifizierung von Praxen dienen. (CH: durch die EQUAM Stiftung; D: Stiftung Praxissiegel e.V.)

Fragestellung: Welche Arztpraxen haben EPA nach der Pilotstudie (36 Praxen) in der Schweiz genutzt und welches waren deren Erfahrungen?

Methode: Analyse der swisspep EPA-Anmeldungs-

formulare sowie Fragebogenbefragung aller Teammitglieder und Praxen, die seit Abschluss der Pilotstudie ein vollständiges EPA-Assessment durchlaufen haben.

Resultate: Unter den ersten 74 Praxisanmeldungen nach der Pilotstudie waren 52 (70%) Einzel-, 11 (15%) Doppel- und weitere 11 (15%) Gruppenpraxen oder HMOs. Von den total 123 antwortenden ÄrztInnen waren 108 (88%) HausärztInnen (58% AllgemeinmedizinerInnen FMH, 30% InternistInnen), sowie 15 (12%) SpezialistInnen. Mehr als 95% sind Ärztenetzwerkpraxen, die auch ein EQUAM-Zertifikat anstreben. 238 TeilnehmerInnen beurteilten EPA: Den zeitlichen und organisatorischen Aufwand für die Durchführung von EPA empfinden rund 62% der Befragten als «gerade richtig»; 5% fühlten sich zeitlich und organisatorisch zu stark beansprucht. 79.3% waren mit dem sachlichen Ertrag zufrieden: 90.7% gaben an, dass EPA interessante Indikatoren/Fragen aufweist; 85.5%, dass die Rückmeldungen angemessen waren; 67.4% gaben an, dass neue Aspekte des Praxismanagements aufgezeigt wurden und 89.0% sahen in EPA ist eine gute Grundlage für die Diskussion organisatorischer Abläufe.

Schlussfolgerung: Wie in anderen Ländern ist eine Mehrheit sehr zufrieden mit EPA, weil es gut machbar ist, zur Diskussion wichtiger organisatorischer Abläufe führt und bisher nicht bekannte Aspekte der Praxis aufzeigt. Studien zu Langzeitresultaten von EPA fehlen (noch).

Erfassen der Erwartungshaltung bei der Konsultation hinsichtlich Befragung und Messung einzelner Risikofaktoren

A. Rohrbasser

Ziel: Die Erfassung der Erwartungshaltung der PatientInnen bezüglich Evaluation von Konsultationsanlass und Risikofaktoren.

Methodik: Durch die konsekutive Abgabe von je 100 Bögen der fünf Allgemeinärzte im Anschluss an eine Konsultation führte unser HMO-Zentrum eine Untersuchung zur Erfassung der Erwartungshaltung der PatientInnen durch.

Resultate: 491 von 500 Bögen waren gültig. Von 145 RaucherInnen wollten 120, von 354 PatientInnen mit Alkoholkonsum 199 und von 352 mit Gewichtsproblemen 247 auf ihre Risikofaktoren angesprochen werden. 467 lehnten die alleinige Erfassung durch den Arzt ab, 367 befürworteten eine Mitarbeit der MPA. 261 lehnten die alleinige ärztliche Befragung zum Konsultationsanlass ab, 381 befürworteten die Hilfe der MPA.

Schlussätze: Die PatientInnen erwarten eine Befragung über Konsultationsanlass und Risikofaktoren durch MPA und Ärzte beim Kontakt in der Praxis. Diese offene Haltung der PatientInnen erlaubt neue Möglichkeiten zur Vorbereitung der Konsultation und Erfassung von Risikofaktoren.

Orale Antikoagulation in der Hausarztpraxis

mediX, Bern

Nach Bearbeitung verschiedener Teilaspekte des Themas (Indikationen und Kontraindikationen der OAK, Zielbereiche, Beginn der OAK, Absetzen und Unterbrüche der OAK, OAK im Alter, Monitoring der OAK, Schwierigkeiten bei der OAK usw.) ist die Frage entstanden, wie gut unsere antikoagulierten PatientInnen eingestellt sind und wie vollständig die Quikkarte ausgefüllt ist.

Vorgehen: Zur Beantwortung dieser Fragen haben wir eine retrospektive Datensammlung gewählt. Die Daten wurden über einen Zeitraum von mindestens sechs und maximal zwölf Monaten gesammelt. Die gewählte Periode musste für eine stabile Einstellung repräsentativ sein, Unterbrüche und Neueinstellungen waren Ausschlusskriterien. Die Vollständigkeit der Angaben auf der Quikkarte wurde mittels Checkliste geprüft und mit Punkten bewertet.

Resultate: 28 ÄrztInnen des Netzes haben bei der Untersuchung mitgemacht; 325 PatientInnen wurden registriert; 2190 Quickwerte sind in die Tabellen eingetragen worden; 1285 Quickwerte lagen im Zielbereich (57.4%); 18 ÄrztInnen haben die Vollständigkeit der Angaben auf der Quikkarte überprüft; 709 Punkte wurden in der Kartenbewertung abgegeben, was einem Durchschnitt von drei Punkten pro PatientIn entspricht.

A randomized-controlled trial of spinal manipulative therapy in acutelow back pain

M. Battaglia^{a,b}, P. Villiger^c, E. Nüesch^a, R. van Beers^b, P. Eser^a, G. Haemmerle^c, S. Reichenbach^{a,c}, S. Trelle^a, P. Jüni^{a,c}

^a Division of Clinical Epidemiology and Biostatistics, Department of Social and Preventive Medicine, University of Berne,

^b Praxis Bubenberg, MediX General Practice Network, Berne,

^c Department of Rheumatology and Clinical Immunology, Inselspital, University of Berne

Objective: We compared the effectiveness of standard care combined with Spinal Manipulative Therapy (SMT) with standard care alone in reducing pain and analgesic use in patients with acute low back pain.

Methods: We randomized 104 patients with acute low back pain to standard care with and without SMT. Analgesic co-interventions were administered and recorded according to a pre-specified protocol. Physiotherapy was not allowed in neither group. Primary outcomes were change in the 11 point box scale (BS-11) for pain evaluation and analgesic use based on daily equivalence doses during the first two weeks and at six months. Secondary outcome was functional disability measured with the Roland Morris Short form Questionnaire (RMQ) at base-line and day 14. **Results:** Pain relief during the first 14 days and after 6 months tended to be more pronounced in the control group (difference in changes of BS-11 pain-score 0.5, 95% CI -0.2 to 1.2 during days 1 to 14; and 0.6, 95% CI -0.4 to 1.6 at 6 months). There were no differences in any of the secondary outcomes and stratified analyses provided no evidence for potential benefits of SMT in specific patient groups.

Conclusion: The present study with strictly controlled co-interventions in patients with acute low back pain found no evidence for improved pain relief with SMT added to standard care over standard care alone neither during the first two weeks nor at 6 months. Confidence intervals exclude a relevant benefit of SMT for this indication.

PSA-Bestimmung: ein Wert ist kein Wert

P. Marko, M. Koller

Das prostataspezifische Antigen (PSA) wird in der Praxis in der Regel zum Karzinomscreening oder zur Differenzierung zwischen Prostatahyperplasie und Karzinom bestimmt. Wir zeigen auch andere Indikationen und weisen auf zwei häufige Ursachen hin, welche die Bestimmung und Auswertung von PSA-Messungen verfälschen oder erschweren. Erstens ist die PSA-Präanalytik sehr empfindlich und physiologische oder pathologische Einflüsse auf die Prostata können zu überhöhten Messungen führen. Zweitens ist die diagnostische Aussagekraft einer isolierten PSA-Bestimmung eingeschränkt und fehleranfällig. Dagegen steigern wiederholte PSA-Messungen und die Auswertung mit Hilfe der PSA-Verdoppelungszeit die Genauigkeit und die Aussagekraft bei der Karzinomdiagnose. Es wird postuliert, dass damit die Zahl unnötiger und falsch-negativer Probiopsien verringert werden könnte, was Zeit und Geld spart.

Praxis-Assistentinnen, Netzsteuerung und Netzentwicklung

C. Marti

Steuerung und Entwicklung von Versorgungsnetzen betreffen immer mehr fachliche und organisatorische Aspekte des Praxisalltages. Direkt davon «betroffen» sind auch die Praxisassistentinnen. Sie sind es, die zusammen mit ihren ArbeitgeberInnen die Netzphilosophie und die Netzziele verstehen und die zielführenden Prozesse und Projekte gestalten und umsetzen müssen. Darum bezieht WintiMed die Praxisassistentinnen zunehmend in die Netzsteuerung und Netzentwicklung ein.

Das Poster stellt die MPA-Aktivitäten des Ärztenetzes WintiMed in den Jahren 2006-2007 dar.