

Primary Care

Suppl. 1

3.9.2008

Schweizerische Zeitschrift für Hausarztmedizin

Abstracts

31. Schweizer Kongress für Allgemeinmedizin

31^e Congrès Suisse de Médecine Générale

Universität Zürich-Irchel, 4.–6.9.2008

Zusammengestellt von

Franz Marty, Institut für Hausarztmedizin Zürich

Peter Tschudi, Institut für Hausarztmedizin Basel

Offizielles Organ



Kollegium für
Hausarztmedizin



Schweizerische Gesellschaft
für Allgemeinmedizin



Schweizerische Gesellschaft
für Innere Medizin



Schweizerische Gesellschaft
für Pädiatrie



Schweizerische Akademie für
Psychosomatische und
Psychosoziale Medizin SAPP

Inhaltsverzeichnis

<i>Klaus Bally, Benedict Martina, Ursina Halter, Ruedi Isler, Peter Tschudi</i> Die AGLA-Guidelines zur Diagnostik und Behandlung des Risikofaktors Cholesterin werden in unterschiedlichem Ausmass befolgt	2	<i>Barbara Schneider-Rusconi, Nicola Lenherr, Urs Keller</i> «Gemeinsam gegen Schmerz» – Verbesserung der Schmerzbehandlung bei PizolCare	10
<i>Markus Gnädinger, Margrit Fässler, Nikola Biller-Andorno</i> Die Anwendung komplementär- und alternativmedizinischer Verfahren durch Haus- und KinderärztInnen im Kanton Zürich	2	<i>Peter Tschudi, Klaus Bally, Alexander Panos, Jürg Weber, Benedict Martina</i> Hypertonie in der Hausarztpraxis: Vergleich von Praxis-, Heim- und 24-Stunden-Blutdruckmessung	11
<i>Markus Gnädinger, Margrit Fässler, Nikola Biller-Andorno</i> Die Demografie der Haus- und KinderärztInnen im Kanton Zürich und ihre Bedeutung für die künftige hausärztliche Versorgung	3	<i>Pia-Cristina Zimmermann, Benedict Martina, Peter Tschudi</i> Berufszielstudie Medizinstudierende 2006/07 Medizinische Fakultät Uni Basel: Das Arbeitspensum der zukünftigen Hausärztinnen und Hausärzte	11
<i>Dagmar M. Haller, Anne Meynard, Danièle Lefèbvre, André Tylee^d, Françoise Narring, Barbara Broers</i> Intervention brève à l'intention des jeunes consommateurs excessifs de cannabis	3	<i>Pia-Cristina Zimmermann, Benedict Martina, Peter Tschudi</i> Berufszielstudie Medizinstudierende 2006/07 Medizinische Fakultät Uni Basel: Praxisform der Zukunft: Einzelpraxis oder Gruppenpraxis?	12
<i>Andrea Häner</i> Pandemie: Wie Apotheker und Ärzteschaft zur Sicherung der Grundversorgung in einem städtischen Quartier beitragen können	4	Weitere Poster (ohne Abstract)	
<i>Telmachos Hatzisaak, Felix Akermann, Jean-Paul Jürgens</i> Auswirkung von Veränderungen im Notfalldienst auf Lebensqualität und Zufriedenheit von Grundversorgern	5	<i>Jürg Fritschi, med-swiss.net</i> ManagedCare kurz und bündig: Prägnante Zusammenstellung der wesentlichen Elemente von ManagedCare und Ärztenetzwerken	
<i>L. Herzig, B. Favrat, E. Pelet, B. Burnand, M. Junod, A. Péroud, F. Verdon</i> How often do general practitioners miss a coronary heart disease diagnosis in patients presenting with chest pain?	5	<i>Stefan Neuner-Jehle, Marco Zoller, Thomas Rosemann</i> «Design a study»: Selektionsprozesse in der hausärztlichen Forschung am Beispiel des Projektes «Risk-Info»	
<i>Urs Keller, Tele Hatzisaak, Jean-Paul Jürgens, Andreas Koweindl</i> Befragung der Grundversorger zur Zufriedenheit mit den eigenen Spezialisten/innen (Preferred Providers) bei PizolCare	6	<i>Franz Marty, Peter Tschudi</i> Ambulanter Notfalldienst in der Schweiz – zeitliche Beanspruchung von Hausärztinnen und Hausärzten	
<i>Louis Litschgi, Andreas Schlumpf, Christian Ott, Edy Riesen, Hanspeter Lienhart, Josef Babics, Klaus Bally, Magdalena Gantenbein, Max Handschin, Michael Nüscheler, Silvana Romerio, Stefan Lehmann, HausärztInnen BS und BL,</i> <i>Peter Tschudi</i> Der freie Erzählraum beim Hausarzt	7	<i>Franz Marty, Peter Tschudi</i> Arbeitsbelastung, Zufriedenheit mit der beruflichen Laufbahn und Stresserleben – subjektives Empfinden bei Schweizer Hausärztinnen und Hausärzten	
<i>Karin Ludwig-Schmid, Bruno Maggi, Daniel Oertle</i> Praxisassistenten – Was meinen die Patientinnen und Patienten dazu?	7	<i>Franz Marty, Marco Zoller, Heinz Bhend, Lorenzo Hess, Judith Wagner</i> eHealth – die Software in den Ärzte-Praxen. Stand der Dinge	
<i>Christoph Merlo, Benedikt Kuster, Jürg Weber, Edy Riesen, Silvana Romerio, Peter Tschudi, Klaus Bally, Benedict Martina</i> Hypertensive Krise in der Hausarztpraxis: Die ersten 40 Patienten	8	<i>Stefan Neuner-Jehle, Odette Wegwarth, Johann Steurer, Thomas Rosemann</i> Wie informieren wir unsere PatientInnen über Risiko?	
<i>Michael Peltenburg, Martina Hersperger, Iris Stucki, Werner Tschan</i> ReMed: ein Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte	9	<i>Marco Vecellio-Burckhardt</i> Diabetes-Disease Management Projekt via Internet-gestützte Datenbank	
		<i>Mark Witschi, Alfred Staehelin, Yves Thomas, und Mitglieder des Sentinella-Netzwerkes</i> Klinische Einschätzung der Grippewahrscheinlichkeit während zwei Grippesaison (2006/2007 und 2007/2008)	

Klaus Bally, Benedict Martina, Ursina Halter, Ruedi Isler, Peter Tschudi
 Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel IHAMB

Die AGLA-Guidelines zur Diagnostik und Behandlung des Risikofaktors Cholesterin werden in unterschiedlichem Ausmass befolgt

Eine multivariate Analyse der relevanten Faktoren

Fragestellung

Bekanntlich werden die Richtlinien zur Diagnostik und Behandlung des Risikofaktors Cholesterin nicht nur in der Schweiz, sondern weltweit nur teilweise befolgt. In einer früheren Arbeit konnten verschiedene Gründe erfasst werden, welche im Einzelfall dazu geführt haben, dass der Arzt den Richtlinien nicht Folge leisten konnte oder wollte. Für die Verbesserung der kardiovaskulären Präventionstätigkeit ist es von Bedeutung, diejenigen unabhängigen Prädiktoren zu kennen, welche mit dem Umstand verknüpft sind, dass den Richtlinien nicht Folge geleistet wird.

Methode

In einer in 20 hausärztlichen Praxen der Nordwestschweiz durchgeführten Studie wurden konsekutiv 1000 Krankengeschichten bezüglich kardiovaskulärer Risikosituation beurteilt, wobei vor allem interessierte, ob die AGLA-Guidelines zur Diagnostik und Behandlung des Risikofaktors Cholesterin eingehalten wurden und welches die Gründe dafür waren, wenn sie nicht eingehalten wurden. In der jüngsten Studie wurden in Form einer multivariaten Analyse

unabhängige Prädiktoren für das Einhalten resp. Nichteinhalten der Richtlinien erforscht.

Resultate

Es konnten verschiedene Faktoren biographischer Natur die Dauer und Intensität der Arzt-Patienten-Beziehung und die individuelle kardiovaskuläre Risikosituation betreffend eruiert werden, welche als voneinander unabhängige Prädiktoren für den Sachverhalt «Richtlinien eingehalten» herangezogen werden können.

Schlussfolgerungen

Für eine optimierte kardiovaskuläre Präventionstätigkeit in der Hausarztpraxis insbesondere im Zusammenhang mit der Diagnose und Therapie des Risikofaktors Cholesterin ist es von grosser Bedeutung, zu wissen, in welchen Kollektiven schon heute eine adäquate Präventionstätigkeit geleistet wird und bei welchen Individuen Anstrengungen unternommen werden müssen, Hausärzte für die entsprechende Präventionstätigkeit vermehrt zu sensibilisieren.

Markus Gnädinger^a, Margrit Fässler^b, Nikola Biller-Andorno^b

^a Institute für Hausarztmedizin und ^b Biomedizinische Ethik der Universität Zürich

Die Anwendung komplementär- und alternativ-medizinischer Verfahren durch Haus- und KinderärztInnen im Kanton Zürich

Über die Anwendung von komplementär- und alternativmedizinischen (CAM) Verfahren in Schweizer Arztpraxen ist wenig bekannt. Wir führten eine Fragebogenuntersuchung bei 233 Haus- und Kinderärzten¹ im Kanton Zürich durch.

62% der Ärzte setzten mindestens eines der folgenden Verfahren ein oder ordneten ein solches (in absteigender Häufigkeit): Akupunktur, Homöopathie, Osteopathie, TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation), Neuraltherapie, Hypnose, Reiki. Der Anteil der Befragten, die dem betreffenden Verfahren eine spezifische, über den Placeboeffekt hinausgehende Wirkung zuschrieben, variierte zwischen 10% (Reiki) und 65% (Akupunktur). 20% der

Ärzte, die eine bestimmte Methode anwendeten oder veranlassen, glaubten, dass deren Wirkung vorwiegend durch Ausnützung von Placeboeffekten zustande kommt.

Unsere Studie zeigt, dass CAM-Verfahren bei Zürcher Haus- und Kinderärzten beliebt sind. Ein Teil der Ärzte scheint das jeweilige Verfahren zur bewussten Ausnützung von Placeboeffekten einzusetzen.

¹ Bei dieser und allen nachfolgenden Nennungen ist im Sinne der besseren Lesbarkeit immer auch die weibliche Form gemeint.

Markus Gnädinger^a, Margrit Fässler^b, Nikola Biller-Andorno^b

^a Institute für Hausarztmedizin und ^b Biomedizinische Ethik der Universität Zürich

Die Demografie der Haus- und KinderärztInnen im Kanton Zürich und ihre Bedeutung für die künftige hausärztliche Versorgung

Der zukünftig zu erwartende Hausärztemangel ist ein vieldiskutiertes Thema. Wir haben deshalb demografische Angaben von Zürcher Hausärzten und Pädiatern erhoben.

Unter den jüngeren Ärzten finden sich viel mehr Frauen als in der «alten Garde». Frauen bevorzugen Teilzeitarbeit und praktizieren häufiger in städtischer Umgebung. Unter den Pädiatern fanden sich mehr Frauen als unter den Hausärzten.

Diese Trends dürften sich in Zukunft verstärken, zumal deutlich mehr als die Hälfte der medizinischen Studienanfänger Frauen sind. Jede Planung der hausärztlichen Versorgung sollte diese Entwicklungen berücksichtigen.

Dagmar M. Haller^a, Anne Meynard^b, Danièle Lefèbvre^c, André Tylee^d, Françoise Narring^{a,b}, Barbara Broers^a

^a Département de médecine communautaire et de premier recours et Université de Genève

^b Département de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpitaux Universitaires de Genève

^c Chargée d'enseignement à la Faculté de Médecine de Genève

^d Health Services and population research department, Institute of Psychiatry, London, UK

Intervention brève à l'intention des jeunes consommateurs excessifs de cannabis

Etude pilote en cabinets de médecine de famille

Introduction

Lorsque la consommation régulière de cannabis débute à l'adolescence, les conséquences néfastes de cette consommation, sur le plan physique, cognitif et psychosocial, ont des répercussions jusque dans la vie adulte. Une intervention en médecine de famille peut être un complément utile aux actions de santé publiques pour limiter les méfaits liés à cette consommation. Le but de cette étude était d'élaborer une intervention brève à l'intention de jeunes consommateurs de cannabis puis d'effectuer une étude pilote de l'évaluation de cette intervention en médecine de famille.

Méthodes

Dix médecins de famille et cinq jeunes ont collaboré à l'élaboration d'une intervention brève à l'intention de jeunes consommateurs excessifs de cannabis (défini comme ≥ 1 fois par semaine). Après avoir testé l'intervention auprès d'adolescents acteurs et l'avoir affinée à la lumière de leurs commentaires, sept médecins ont effectué une

étude pilote dans leurs cabinets. Tous les patients âgés de 15 à 24 ans étaient éligibles. La consommation de cannabis était évaluée à l'aide d'un questionnaire confidentiel administré une première fois juste avant la consultation puis un mois après celle-ci.

Résultats

Sur 81 jeunes invités à participer, 78 (70% de jeunes filles) ont accepté (participation 96%). Un participant sur sept (13,2%, IC 95%: 7,5–18,9%) présentait une consommation excessive de cannabis. Lors de l'évaluation à un mois on notait une diminution de 15% des consommateurs excessifs de cannabis.

Conclusions

Les résultats prometteurs de cette étude pilote forment une base solide sur laquelle élaborer un essai clinique randomisé pour confirmer l'efficacité de cette intervention.

Andrea Häner

Im Rahmen eines Nachdiplomstudiums Management im Gesundheitswesen an der Universität Bern

Pandemie: Wie Apotheker und Ärzteschaft zur Sicherung der Grundversorgung in einem städtischen Quartier beitragen können

Hintergrund

Die Verfasserin dieser Arbeit ist als Internistin in einer Grundversorger-Doppelpraxis in einem Stadtzürcher Quartier tätig und absolviert derzeit eine universitäre Zusatzausbildung im Bereich Management im Gesundheitswesen, in deren Rahmen diese Arbeit entstand. Den Anstoss zur Projektidee lieferten die zunehmend diskutierte Pandemiebedrohung und die bereits bestehende Zusammenarbeit mit einer weiteren Gruppenpraxis sowie der benachbarten Apotheke.

Derzeit befinden wir uns in Pandemiephase 3: Menschen werden mit einem neuen Typ – dem Vogelgrippevirus H5N1 – angesteckt, aber Übertragungen von Mensch zu Mensch finden nur in seltenen Einzelfällen und bei sehr engem Kontakt mit einem Patienten statt.

Fragestellung

Ziel war es, ein Konzept zu erarbeiten, welches die medizinische Grundversorgung im Quartier auch im Pandemiefall sicherstellt – wobei mit einer bis zu vierfachen Patientenzahl pro einsatzfähigem Arzt zu rechnen ist – und die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern auch im nicht-pandemischen Alltag verbessert.

Methode

Dazu wurden in Anlehnung an die WHO-Pandemiephasen, den schweizerischen und den zürcherischen Pandemieplan Strategien entwickelt und daraus Massnahmen abgeleitet.

Evaluierte Zielsetzungen waren die Reduktion von Krankheitsfällen, die Vermeidung von personellen Engpässen, die optimale Ausnut-

zung der Räumlichkeiten, Ausbildungs- und Informationsveranstaltungen, die Möglichkeiten zur verbesserten Zusammenarbeit zwischen Apotheken und Arztpraxen sowie die Reduktion auf Kernkompetenzen mit fortschreitendem Pandemieverlauf.

Resultate

Alle für die Pandemiephase 3 erwogenen Massnahmen konnten umgesetzt werden. Für die späteren Pandemiephasen wurden einfach umzusetzende Checklisten für das jeweilige Vorgehen entwickelt, so dass mit minimalem Zeitaufwand eine optimale Anpassung an die jeweilige Pandemiesituation machbar ist und die medizinische Grundversorgung im Quartier zumindest für die gemeinsamen Patienten sichergestellt sein sollte.

Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekerschaft hat sich als konstruktiv und fruchtbar erwiesen. Es entstanden Ideen für gemeinsame Fortbildungen im Sinne eines Qualitätszirkels. Diverse Stolpersteine der täglichen Arbeit, insbesondere in den zentralen Bereichen Medikamentenabgabe und Triage, konnten ausgeräumt, das Verständnis für die jeweiligen Alltagsprobleme gesteigert, die fachliche Zusammenarbeit und der Umgangston nochmals verbessert werden.

In der Ärzteschaft besteht Interesse an dieser Projektarbeit. Sie wurde an der Generalversammlung des Vereins Zürcher Hausärzte VHZ im Juni 2008 vorgestellt.

Telmachos Hatzisaak^a, Felix Akermann^b, Jean-Paul Jürgens^c

^a Leiter Akademie für Familienmedizin (akafam) PizolCare; ^b Amtsarzt Werdenberg; ^c Amtsarzt Sarganserland

Auswirkung von Veränderungen im Notfalldienst auf Lebensqualität und Zufriedenheit von Grundversorgern

Analyse einer Umfrage in den Regionen Werdenberg und Sarganserland

Fragestellung

Mit Hilfe einer Umfrage in den Qualitätszirkeln Werdenberg und Sarganserland wollten wir eine Antwort auf folgende Frage finden: Hat eine Änderung der Anzahl Notfalldienst-Tage, die von den Grundversorgern geleistet werden, einen Einfluss auf die Wahrnehmung ihrer Lebensqualität und auf ihre Zufriedenheit mit dem Notfalldienst?

Methode

Für die Auswertung wurden 20 (53%) beantwortete Fragebogen von Grundversorgern berücksichtigt, die 2005 und 2008 ein volles (100%-iges) Notfalldienst-Pensum absolvier(t)en. Die Fragebogen wurden mittels Excel ausgewertet.

Resultate und Diskussion

Im Vergleich zum Jahr 2005 stieg die Dienstbelastung in den Werdenberger Dienstkreisen um +2,3 Tage (Nord), resp. +3,7 Tage

(Süd), während sie in den Sarganserländer Dienstkreisen gleich blieb, resp. sank (Sargans West: -2,8 Tage) Damit einhergehend wurde die Entwicklung der Notfalldienst bezogenen Lebensqualität (Skala von 1–10: 1 = sehr schlecht; 10 = sehr gut) unterschiedlich beurteilt. Während sie sich in Sargans tendenziell verbesserte (von 6,7 auf 7,1 Punkte), sank sie in Werdenberg von 6,8 auf 6,3 Punkte. Ähnlich verhielt es sich bei der Frage nach der Zufriedenheit mit dem Notfalldienst.

Schon geringe Veränderungen in der Anzahl zu leistender Notfalldienst-Tage haben bei Grundversorgern einen Einfluss auf die Wahrnehmung ihrer Lebensqualität und auf ihre Zufriedenheit mit dem Notfalldienst. Insbesondere bei kleinen Notfalldienst-Kreisen sollten dies Planungsverantwortliche in ihren Konzepten berücksichtigen und angemessene Lösungen anstreben. Diese können u.a. Dienstkreisfusionen oder Kooperationen mit Spitälern beinhalten.

L. Herzig, B. Favrat, E. Pelet, B. Burnand, M. Junod, A. Péroud, F. Verdon

How often do general practitioners miss a coronary heart disease diagnosis in patients presenting with chest pain?

Background

Chest pain is a frequent complaint in ambulatory care, and while well described in emergency settings, it is less well studied in general practice. The purpose of this study was to analyse the ability of general practitioners (GPs) to rule out coronary heart disease (CHD), a potentially life-threatening affection, in patients presenting with chest pain.

Methods

Prospective, observational, cohort study of patients attending 58 private practices over a five-week period with undifferentiated chest pain. During a one-year follow-up, questionnaires including detailed history and physical exam, were filled out at 3 and 12 months. The diagnostic description was grouped in 5 clusters: thoracic wall, CHD, psychogenic, respiration, digestion. The specific diagnosis retained at the end of the initial encounter was compared with the 12-month diagnosis (or when missing the 3-month diagnosis).

Results

Among 24 620 consultations, we observed 672 cases of chest pain (3.1%). Follow-up amounted to 100% and 96%, at 3 and 12 months, respectively. Long term follow-up diagnostic groups were: musculoskeletal (43.6%), CHD (12.6%/n = 85), psychiatry (11.5%), pulmonary (10.6%), digestive (8.2%), no diagnosis (3.1%). At one year, the percentage of patients suffering from CHD who were not suspected after the first encounter is low (2.3%). No patient suffered from a missed CHD diagnosis

Conclusions

Chest pain is not an uncommon symptom in general practice, attributed to CHD in one out of 8 patients. GPs are able to identify accurately CHD among a lot of benign affections; only a few cases were missed during the initial encounter.

Urs Keller^a, Tele Hatzisaak^a, Jean-Paul Jürgens^b, Andreas Koweindl^c

^a PizolCare AG; ^b Leiter QZ Sarganserland; ^c Leiter QZ Werdenberg

Befragung der Grundversorger zur Zufriedenheit mit den eigenen Spezialisten/innen (Preferred Providers) bei PizolCare

Fragestellung / Ziel des Projektes

Die Grundversorger der PizolCare waren bei den ersten ausserhalb der Stiftungsgründer, die ihre Praxis EQUAM zertifizieren liessen und auch zusammen als Ärztenetz das Zertifikat bereits zum zweiten Mal erhielten. Für die Spezialisten der PizolCare gab und gibt es dieses Instrument nicht. «Herz» der Zertifizierung ist jeweils eine Patientenzufriedenheitsbefragung. Für eine allfällige Spezialisten-zertifizierung stellt sich die Frage, wie eine solche Zufriedenheitsbefragung für die Spezialarztpraxen aussehen könnte.

Aufgrund der Masterarbeit des Kardiologen K. Nüesch, Balgach¹: wurde versucht, die von ihm definierten Indikatoren zur Beurteilung der Spezialärzte in einen webbasierten Fragebogen zu fassen.

Vorgehen

In einer ersten Runde wurden die PizolCare-Grundversorgerkader aufgerufen, sich zu den von Karl Nüesch formulierten Indikatoren zur Beurteilung der Spezialärzte zu äussern und diesbezüglich häufig auftauchende Fragen zu formulieren, welche sich die Zuweiser stellen.

Aufgrund dieser Fragen, die nur mühsam erhoben werden konnten, wurde nach längerer Zeit von einem Mathematiker ein webbasierter Fragebogen erstellt, der bei einer grossen Anzahl PizolCare-Spezialisten/innen in die Vernehmlassung gesandt wurde. Aufgrund der Rückmeldungen wurden nochmals einige Anpassungen am Fragebogen vorgenommen.

Es fanden zwei QZ-Sitzungen des QZ Sarganserland im Informatikzimmer der Kantonsschule Sargans und eine QZ-Sitzung des QZ

Werdenberg im Informatikzimmer des Berufsbildungszentrum Buchs SG statt, wobei jeweils die 2. QZ-Stunde für das Ausfüllen des Fragebogens durch die QZ-Mitglieder reserviert war. Zudem wurden die Mitglieder aufgerufen, zu Hause weitere Fragebogen auszufüllen.

Resultate

Aufgrund der Vorschläge von 4 Kadermitgliedern und Änderungen der 13 antwortenden Spezialisten/innen entstand ein webbasierter Fragebogen mit 22 Fragen. Jede Frage kann mit einer Zahl zwischen 1 (absolute Verneinung) und 10 (in grossem Mass zu bejahen) bewertet werden, wobei bei 15 Fragen Zusatzfragen mit ja/nein/keine Angabe beantwortet werden können.

Es wurden seit der erstmaligen Vorstellung dieses Fragebogens im QZ Sarganserland im September 2007 264 Fragebogen ausgefüllt und damit 48 von 61 Spezialisten/innen beurteilt. Allerdings variiert die Anzahl Beurteilungen pro Konsiliar von 1–25, wobei 7 Spezialisten mehr als 10 Beurteilungen erhalten haben und 15 Spezialisten/innen 5–10mal beurteilt wurden. Bei den restlichen 26 waren es weniger als 5 Beurteilungen, was eine Auswertung verunmöglichlicht. Von den Grundversorgern haben 24 von 32 daran teilgenommen und insgesamt zwischen 3 und 19 Spezialisten/innen beurteilt.

Folgerung

Über die Zufriedenheit der Grundversorger/innen mit den einzelnen PizolCare-Spezialisten/innen kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse noch keine schlüssige Aussage pro Person gemacht werden. Allerdings sind gewisse Trends vorhanden, die sich noch bestätigen müssen durch die Erweiterung der Datenbasis, d.h. durch weitere Beurteilungen durch die Grundversorger.

¹ Karl Nüesch; Indikatoren zur Spezialarzt-Evaluation, Masterarbeit 2002.

Louis Litschgi, Andreas Schlumpf, Christian Ott, Edy Riesen, Hanspeter Lienhart, Josef Babics, Klaus Bally, Magdalena Gantenbein, Max Handschin, Michael Nüscheler, Silvana Romerio, Stefan Lehmann, HausärztInnen BS und BL, Peter Tschudi

Institut für Hausarztmedizin Basel IHAMB

Der freie Erzählraum beim Hausarzt

Wo das institutionelle Gespräch dem Anspruch nach Beziehungsgestaltung Platz einräumt

In einer Feldstudie zur narrativen Medizin in der Allgemeinpraxis suchten wir nach Erzähltem ohne therapeutischen Anspruch. Dahinter steht die Meinung, dass nur in so einem freien Erzählraum das Narrative seine ursprüngliche Funktion entfalten kann.

Als Material untersuchten wir von 12 Hausärzten drei Sprechstunden. In diesem Gesprächskorpus von 127 Konsultationen finden wir 130 narrative Elemente nach obiger Definition.

Dies sind die leitenden Forschungsfragen:

- Was zeigen unsere Patienten in diesem freien Gesprächsraum von sich und ihrem Leben?
- Wie werden diese Gesprächssequenzen inszeniert?
- Welche Handlungsziele rechtfertigen einen solchen Rahmenwechsel?
- Welche Beziehungswünsche werden darin der Arzt-Patienten Beziehung entgegengestellt?

Karin Ludwig-Schmid^a, Bruno Maggi^b, Daniel Oertle^b

^a Assistenzärztin in der Hausarztpraxis, unterstützt vom Kollegium für Hausarztmedizin (KHM); ^b Praxisgemeinschaft in Zürich

Praxisassistenz – Was meinen die Patientinnen und Patienten dazu?

Hintergrund

Seit 10 Jahren verbringt eine wachsende Anzahl Assistenzärzte einen Teil der Weiterbildung zum Facharzt im Rahmen des Programms «Praxisassistenz» in einer Hausarztpraxis. In der Evaluation des damaligen Pilotprojektes des KHM im Jahre 2002 wurden die Reaktionen der Patienten auf die Praxisassistenten durch die medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) eingeschätzt. Die Reaktion der Patienten wurde bei 50 Prozent als positiv-, bei 18 Prozent als negativ- und bei 32 Prozent als neutral eingestuft. Die Patienten selber wurden aber bisher nie direkt befragt.

Das Ziel der vorliegenden Erhebung war, die Meinung der Patienten mittels Fragebogen zu erfassen und damit die Akzeptanz der Praxisassistenz aus Patientensicht zu evaluieren. Hierzu wurden Patienten der Praxisgemeinschaft Maggi/Oertle in Zürich, wo seit 9 Jahren Praxisassistenten ausgebildet werden, befragt.

Resultate

Von 232 Fragebögen, die während drei Wochen im Januar/Februar 2008 verteilt wurden, konnten 224 ausgewertet werden (entspricht 53% der Praxisbesucher in diesem Zeitraum). 94% der Patienten des untersuchten Kollektivs (57% Frauen, Altersmedian 41 Jahre) fan-

den es gut oder sehr gut, dass Assistenzärzte in der Hausarztpraxis ausgebildet werden. 74% der befragten Patienten sind bereits einmal oder wiederholt durch einen Assistenzarzt betreut worden. Davon machten 77% gute oder sehr gute – und 5% schlechte Erfahrungen. 75% der Patienten fühlten sich durch die Anwesenheit eines Assistenzarztes bei der Konsultation/Untersuchung nicht gestört, 17% gaben ein Neutral an – und nur 8% fühlten sich dabei gestört.

Fazit

Aus Sicht der Patienten im untersuchten Kollektiv besteht aufgrund überwiegend positiver Erfahrungen oder Einstellungen eine breite Akzeptanz der Praxisassistenten und eine grosse Befürwortung für die Ausbildung in der Hausarztpraxis. Dies wird auch durch die Einstellung der meisten Patienten einer Vergleichspraxis ohne Praxisassistenten im selben Quartier unterstrichen. Das Vertrauensverhältnis zum Hausarzt scheint durch den Praxisassistenten also nicht gestört zu werden, wie oftmals befürchtet wird. Gemäss unserer Einschätzung gewinnt die Praxis als Ausbildungsort bei den Patienten sogar an Ansehen.

Christoph Merlo, Benedikt Kuster, Jürg Weber, Edy Riesen, Silvana Romero, Peter Tschudi, Klaus Bally, Benedict Martina
Hausarztpraxen in Luzern, Baselland und Basel-Stadt, Institut für Hausarztmedizin Universität Basel

Hypertensive Krise in der Hausarztpraxis: Die ersten 40 Patienten

Hintergrund

Unter dem Begriff «hypertensive Krise» werden in der Literatur in aller Regel zwei Situationen unterschieden, zum einen der eigentliche hypertensive Notfall (Emergency) und zum andern der drohende Notfall, die hypertensive Gefahrensituation (Urgency). Auf Notfallstationen werden 3mal mehr Urgencies als Emergencies angetroffen, insgesamt fallen 3% der Notfälle auf hypertensive Krisen. Wie im *hausärztlichen Praxialltag* aber häufig zu beobachten ist, haben Patienten mit einem Blutdruck über 180/110, welche die diagnostischen Kriterien für eine hypertensive Krise erfüllen, häufig keine Symptome. Meistens handelt es sich um banale, flüchtige Blutdruckerhöhungen im Rahmen von Stresssituation oder eines White coat-Effektes. Zu dieser wichtigen Beobachtung gibt es praktisch keine Angaben in der Literatur.

Methoden

In einer observationellen Kohorten-Studie sollen Praxispatienten mit einer *krisenhaften Blutdruckerhöhung über 180/110* (mit oder ohne antihypertensive Therapie) konsekutiv in Hausarztpraxen in Luzern, Baselland und Basel-Stadt erfasst werden, die Häufigkeit von symptomlosen Blutdruckkrisen, Urgency- und Emergency-Situationen bestimmt werden mit Grunddaten zu Blutdruckwerten, Therapien, kardiovaskuläre Risikofaktoren und Begleiterkrankungen sowie Verlaufsergebnisse dokumentiert werden. Informed Consent schriftlich oder mündlich. Nachkontrolle der Patienten nach Routinegegebenheiten, mind. 1× in den ersten Tagen und 1× nach 3 Monaten.

Die Resultate der ersten 40 Patienten nach 4 Monaten werden präsentiert.

Konklusion

Patienten mit hypertensiver Krise in der Hausarztpraxis sind eher ältere Patienten mit ungefähr ausgewogener Geschlechtsverteilung (medianes Alter 74,5 Jahre, 60% Frauen, 40% Männer). Drei Viertel dieser Patienten weisen zusätzliche kardiovaskuläre Risikofaktoren auf. In den meisten Fällen (65%) sind die Kriterien für eine «emergency»- oder «urgency»-Situation nicht erfüllt, d.h. es handelt sich um asymptomatische Blutdruckerhöhungen, welche in mehr als einem Drittel mit oder ohne Therapie innert einer Stunde unter die Krisengrenze von 180/110 abfallen. Häufigste Gründe für die krisenhafte Blutdruckentgleisung sind Malcompliance (25%), White coat-Effekt (22.5%) und Stress (20%). Die am häufigsten verwendeten Notfallmedikamente waren Kalziumantagonisten, Nitrate und ACE-Hemmer bzw. Angiotensinrezeptorblocker, teils in Kombination mit Diuretika. In gut einem Viertel der Fälle wurde keine Notfalltherapie verabreicht. Alle Urgency-Patienten und sogar einige Emergency-Patienten wurden ohne Komplikationen in den Hausarztpraxen überwacht und therapiert. Die wenigen bisherigen Verlaufsdaten zeigen, dass auch im weiteren Verlauf keine kardiovaskulären oder anderen Komplikationen aufgetreten sind.

Beteiligte Hausarztpraxen:

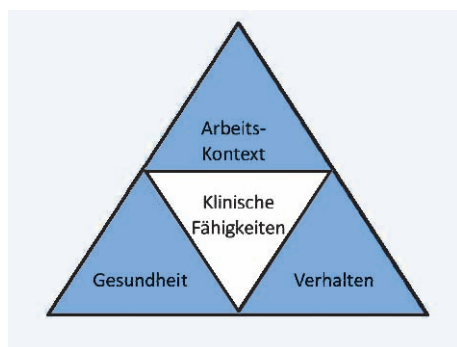
LU: Dres. Martina Buchmann, Jürg Fritschi, Beni Estermann, Urs Gübelin, Bernhard Häfliger, Aldo Kramis, Heidi und Benedikt Kuster, Andreas Lischer, Christoph Merlo, Werner Messerli, Maria Widmer, Kurt Züsli

BL und BS: Louis Litschgi, Peter Sigg, Edy Riesen, Klaus Bally

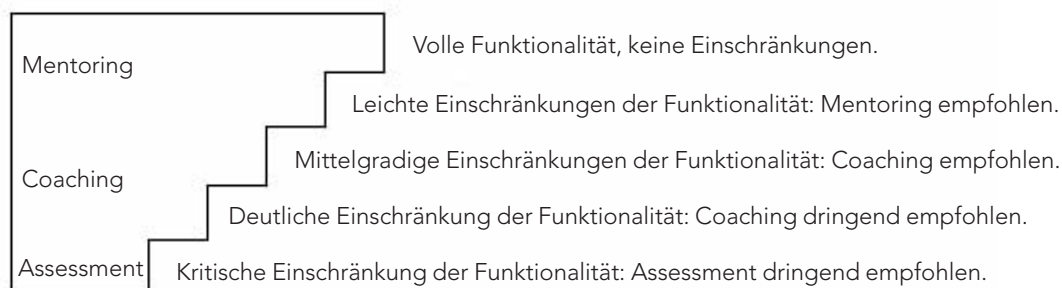
Michael Peltenburg, Projektleiter ReMed, Martina Hersperger, Abteilung DDQ FMH, Iris Stucki, Abteilung DDQ FMH, Werner Tschan, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH

ReMed: ein Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte

ReMed definiert die Einschränkung der Funktionalität des Arztes als seine Unfähigkeit, seine professionellen Verpflichtungen gegenüber seinen Patienten zu erfüllen. Dieser Einschränkung können unterschiedliche Probleme zu Grunde liegen:



Die Einschränkung der Funktionalität und die Angebote von ReMed sind nachfolgend in einem fünfstufigen Modell dargestellt:



Implementierung

Die FMH veranlasste eine Machbarkeitsstudie mit einer Bedarfabklärung [1, 2] und bestimmte einen Leitungsausschuss. ReMed startete eine Pilotphase in den Kantonen Thurgau und Neuenburg, errichtete eine Hotline 0800-0 ReMed und eine Homepage www.swissremed.ch, tritt in der Schweizerischen Ärztezeitung [3], medizinischen Journalen und in den Medien auf und bereitet in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften und regionalen Ressourcen das Angebot für die ganze Schweiz vor. Wir werden vorläufige Ergebnisse nach einem Jahr Pilotphase präsentieren.

Literatur

- 1 Keller R, Hornung R. Rete Medicorum – ReMed. Machbarkeitsstudie zu einem Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte. Schlussbericht. 2007.
- 2 Keller R, Peltenburg M, Hersperger M, Hornung R. Ergebnisse der Machbarkeitsstudie zu einem Unterstützungsnetzwerk für Ärztinnen und Ärzte. SÄZ 2007;88(21):867–73.
- 3 Peltenburg M, Hersperger M, Stucki I, Tschan W. Projekt ReMed: Bericht aus der Pilotphase. SÄZ 2008;89(15):604–6.

Barbara Schneider-Rusconi, Pflegefachfrau HöFa, PizolCare-Spitexkoordinatorin
 Nicola Lenherr, Maturand Kantonsschule Sargans 08 (Maturaarbeit 2008),
 Urs Keller, Dr. med., FA Allgemeinmedizin FMH, 7323 Wangs, GF PizolCare AG

«Gemeinsam gegen Schmerz» – Verbesserung der Schmerzbehandlung bei PizolCare

Fragestellung/Ziel des Projektes

Schmerzen sind die häufigsten Beschwerden, schränken die Lebensqualität ein, erschweren die Behandlung, belasten das soziale Umfeld und verursachen enorme Folgekosten. Heute könnten mit einer «State of the Art» Schmerzbehandlung chronische Schmerzen in 9 von 10 Fällen erfolgreich besiegt oder entscheidend gelindert werden. Da die Schmerzen gegenüber den betreuenden Fachpersonen oft nicht artikuliert werden ist die Kommunikation zwischen den Fachleuten und Schmerzpatienten oft erschwert und mangelnde interprofessionelle Zusammenarbeit behindert zudem das notwendige koordinierte Zusammenspiel von Patient, Pflege und Arzt/Ärztin. Durch Schulung in den Bereichen Schmerzerfassung und -therapie möchte die PizolCare in ihrem Gebiet folgende Verbesserungen erreichen:

- Nivellierung des Basiswissens in der Schmerztherapie bei den Fachleuten
- Implementierung einer systematischen Erfassung und Dokumentation der Schmerzen
- Verbesserung der interprofessionellen Kommunikation und dadurch der Behandlung

Vorgehen

Durch semi-strukturierte Interviews in einer anfallenden Stichprobe bei Spitex- und Physio-Klienten wurden im Sommer 2004 und Herbst 2007 eine Schmerzerhebung durchgeführt. Benutzt wurde ein adaptierter Fragebogen eines von der Krebsliga Schweiz [1] bereits spitalintern verwendeten Instrumentes.

Während dieser Zeit fanden diverse Schulungen statt:

- Erarbeitung einer internen Guideline in den QZ (PizolCare-Patientenpfad)
- Fallvignetten-Dokumentationen bei den Grundversorgern/innen
- im QZ bei und mit den Physiotherapeuten der PizolCare

- Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeiter/innen in Spitex und Heimen
- MPA-Fortbildung
- Implementierung eines gemeinsamen Dokumentationssystems bei Spitex- und Heim-Pflegefachpersonen, der Spitalregion und der PizolCare-Praxen

Resultate

Die Erhebungsdaten sind nicht repräsentativ, lassen aber Rückschlüsse zu über das Zusammenspiel von medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie Compliance der Patienten in der Schmerzbehandlung. Es konnten Verbesserungen gegenüber der Voruntersuchung dokumentiert werden:

- bei der Zufriedenheit der Patienten/innen mit der Arzt/Spitex-Behandlung
- bei der Verringerung der starken bis unerträglichen Schmerzen
- weitgehende Zufriedenheit mit der Schmerzlinderung durch die Behandlung mit Medikamenten
- durch vermehrten Medikamentenverbrauch der Klasse Opioiden
- durch vermehrte Benutzung der VAS-Dokumentation (+20%!)

Folgerung

Gemeinsame Bearbeitung eines Behandlungspfades durch interne Fortbildungen bei Ärzten/innen in den QZ, bei Spitex-/Heimfachpersonen und MPA's sowie Massnahmen zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit führen zur Verbesserung der Behandlung von Schmerzpatienten gemessen an den offiziellen Richtlinien und zur Verbesserung der Patientenzufriedenheit.

Literatur

- 1 Peter R. Müller, Sascha Navarra; GEMEINSAM GEGEN SCHMERZEN, Zwischenbericht über das Projekt sowie Resultate der Schmerzerhebung vom Juni 2004 in der Region Sargans-Werdenberg (PizolCare AG), Krebsliga, 2004.

Peter Tschudi, Klaus Bally, Alexander Panos, Jürg Weber, Benedict Martina
 Institut für Hausarztmedizin, Universität Basel

Hypertonie in der Hausarztpraxis: Vergleich von Praxis-, Heim- und 24-Stunden-Blutdruckmessung

Hypertonie-Kohorte Hc.ch (Hypertensioncohort.ch)

Hintergrund und Methoden

Jede(r) zweite Hausarztpatient hat eine Hypertonie. Praxis- und Heim-Blutdruckmessung sind Standard-Methoden. Die neuen europäischen Hypertonie-Richtlinien empfehlen nun einen grosszügigeren Einsatz der 24-Stunden-BD-Messung.

Wir berichten über die Werte der Praxis-, Heim- und 24-Stunden-Blutdruckmessung bei 380 Hausarztpatienten mit Hypertonie und von 97 Patienten nach Verlauf von 1 Jahr.

Resultate

Die 380 Patienten sind im Mittel 63 Jahre alt, 54% sind männlich, 16% sind Diabetiker, sind 79 kg schwer und haben eine mittleren Body mass index von 27 m/kg^2 . Der mittlere Blutdruck in der Praxis, Heim- und 24-Stunden-Blutdruckmessung ist $147 \pm 18 / 86 \pm 11$, $137 \pm 16 / 82 \pm 11$ und $136 \pm 14 / 84 \pm 12$ mm Hg. Nach 1 Jahr ($n = 97$, 77 kg) sind die Werte $142 \pm 15 / 83 \pm 10$, $132 \pm 8 / 79 \pm 8$ und $133 \pm 16 / 84 \pm 9$ mm Hg. Bei Hypertonikern ohne Diabetes mellitus ($n = 318$, 78 kg) sind die mittleren Praxis-BD-Werte $146 \pm 18 / 86 \pm 11$ und fallen auf $142 \pm 15 / 84 \pm 9$ mm Hg nach 1 Jahr. Bei Diabetikern

($n = 61$, 85 kg) betragen die mittleren Praxis-BD-Werte $152 \pm 19 / 84 \pm 11$ und gehen zurück auf $144 \pm 13 / 77 \pm 11$ nach 1 Jahr ($n = 17$, 80 kg). 95% aller Patienten mit Hypertonie standen von Anfang an unter antihypertensiven Medikamenten.

Konklusion

Bei unseren Hausarztpatienten mit Hypertonie sind die BD-Werte um 4 mm Hg tiefer nach 1 Jahr Beobachtung und um 8 mm Hg bei Diabetikern mit Hypertonie, und zwar unabhängig vom Therapiestatus zu Beginn. Dies suggeriert einen günstigen Effekt der vermehrten Aufmerksamkeit auf die Blutdruck-Werte.

Heim- und 24-Stunden-BD-Werte sind durchgehend und signifikant tiefer als die Praxis-BD-Werte. Die BD-Kontrolle bei diabetischen und nicht diabetischen Hypertoniepatienten ist nicht optimal, aber gut vergleichbar mit Blutdruck-Werten von anderen europäischen Patientenkollektiven.

Unsere Daten sind immer noch mit Vorsicht zu interpretieren wegen relativ kleiner Zahlen und einer möglichen Selektion.

Pia-Cristina Zimmermann, Benedict Martina, Peter Tschudi
 Institut für Hausarztmedizin IHAMB Universität Basel

Berufszielstudie Medizinstudierende 2006/07 Medizinische Fakultät Uni Basel: Das Arbeitspensum der zukünftigen Hausärztinnen und Hausärzte

Hintergrund

Seit dem Jahr 2002 führt das Institut für Hausarztmedizin IHAMB der Medizinischen Fakultät Basel Befragungen unter allen Medizinstudierenden verschiedener Jahreskurse in Basel durch. Ziel dieser Befragungen ist, einerseits zu erheben, welches die Berufswünsche und die damit verbundenen Zukunftswünsche wie Praxisart, Arbeitsort und angestrebtes Arbeitspensum sowohl während der Assistenzzeit als auch später im Beruf sind, diese zu analysieren und andererseits zu erkennen, wie die Studierenden den Hausarztberuf einschätzen.

Ziele

Die vorliegende Arbeit untersucht die Erhebung des Jahres 2006 beim 1., 3. und 6. Jahreskurs. Die Befragung soll insbesondere über folgenden Punkt Aufschluss geben: Gewünschtes Arbeitspensum

während der Assistenzzeit und nach Abschluss der Facharztweiterbildung.

Methode

Mittels eines Fragebogens wurden die Studierenden gebeten, ihr angestrebtes Arbeitspensum während der Assistenzzeit und nach Abschluss der Facharztweiterbildung anzugeben.

Befragt wurden insgesamt 410 Medizinstudierende, Rücklauf 316 Fragebogen oder 77%. 56% aller Medizinstudierenden waren Frauen. Jünger als 30 oder 30 Jahre alt waren zum Zeitpunkt der Befragung 98% der Studierenden.

Ausgewählte Resultate

Arbeitspensum während der Assistenzzeit:

Im Schnitt beabsichtigen drei von vier Studierenden ($240 = 77\%$)

während der Assistenzzeit 100% zu arbeiten. Unter den Studenten beträgt dieser Anteil 88%, unter den Studentinnen 70%.

Ein Arbeitspensum von 70–80% bestreiten wollen 16% (n = 50) aller Studierenden, Studenten 12%, Studentinnen 19%.

7% (n = 22) wünschen während der Assistenzzeit 50% zu arbeiten, alles nur Studentinnen!

Arbeitspensum nach Abschluss der Facharztweiterbildung:

Nach Abschluss der Facharztweiterbildung gedenken insgesamt 47% (n = 147) der Studierenden 100% zu arbeiten. Im 1. Jahreskurs 50%, im 6. Jahreskurs noch 41%. Bei den Studenten streben längerfristig 74% ein 100% Pensum an, bei den Studentinnen 23%.

36% (n = 112) visieren ein 70–80% Arbeitspensum an, Studenten 26%, Studentinnen 46%.

Ein 50% Arbeitspensum wird zu 15% (n = 47) ins Auge gefasst – alles nur Studentinnen!

Weniger als 50% gedenken schliesslich 2% (n = 6) zu arbeiten, ebenfalls nur Studentinnen.

Zusammenfassend gedenken in Basel 74% aller Medizinstudenten und 23% aller Studentinnen längerfristig 100% zu arbeiten. Die übrigen aller Medizinstudenten = 26% wollen 70–80% arbeiten. 77% der Studentinnen streben ein Teilzeitpensum an, davon gedenken 60% ein 70–80% Arbeitspensum zu bestreiten, 36% ein 50% Arbeitspensum und 4% ein Pensum, das unter 50% liegt.

Somit gilt es unbedingt in Betracht zu ziehen, dass durch die zunehmende Feminisierung und der damit verbundenen vermehrten Teilzeitarbeit und geringeren Lebenszeitarbeit mehr Ärztinnen und Ärzte benötigt werden, um die gleich gute Grundversorgung aufrecht zu erhalten. Dies gilt auch für administrative Arbeiten und für Lehre und Forschung.

Pia-Cristina Zimmermann, Benedict Martina, Peter Tschudi

Institut für Hausarztmedizin IHAMB Universität Basel

Berufszielstudie Medizinstudierende 2006/07 Medizinische Fakultät Uni Basel: Praxisform der Zukunft: Einzelpraxis oder Gruppenpraxis?

Hintergrund

Seit dem Jahr 2002 führt das Institut für Hausarztmedizin IHAMB der Medizinischen Fakultät Basel Befragungen unter allen Medizinstudierenden verschiedener Jahreskurse in Basel durch. Ziel dieser Befragungen ist, einerseits zu erheben, welches die Berufswünsche und die damit verbundenen Zukunftswünsche wie Praxisart, Arbeitsort und angestrebtes Arbeitspensum sowohl während der Assistenzzeit als auch später im Beruf sind, diese zu analysieren und andererseits zu erkennen, wie die Studierenden den Hausarztberuf einschätzen.

Ziele

Die vorliegende Arbeit untersucht die Erhebung des Jahres 2006 beim 1., 3. und 6. Jahreskurs und soll insbesondere über folgenden Punkt Aufschluss geben: Wird eine Einzel- oder Gruppenpraxis angestrebt bei Studierenden mit dem Wunsch nach eigener Praxis?

Methode

Mittels eines Fragebogens wurden die Studierenden mit dem Wunsch nach einer eigenen Praxis gebeten, ihre bevorzugte Praxisart Einzel- oder Gruppenpraxis anzugeben. Befragt wurden insgesamt 410 Medizinstudierende, Rücklauf 316 Fragebogen oder 77%. 56% aller Medizinstudierenden waren Frauen. Jünger als 30 oder 30 Jahre alt waren zum Zeitpunkt der Befragung 98% der Studierenden.

Ausgewählte Resultate

Haus- und Spezialarztpraxis:

Vier von fünf Studierenden (81%, n = 74), die als Arzt in eigener Pra-

xis (Haus- oder Spezialarzt) tätig sein möchten, bevorzugen das Modell der Gruppenpraxis, 19% (n = 17) streben eine Einzelpraxis an. Fast jede (93%, n = 49) Studentin sieht sich in einer Gruppenpraxis. Der Anteil Medizinstudentinnen, die sich als zukünftigen Arbeitsort eine Gruppenpraxis wünschen, steigt von 88% im 1. Jahreskurs auf 92% im 3. und 100% im 6. Jahreskurs.

Unter den Studenten sehen zwei von drei (66%, n = 25) ihre Zukunft in einer Gruppenpraxis, d. h. nur jeder dritte Student (34%, n = 13) bevorzugt eine Einzelpraxis. Der Anteil Studenten, die in einer Gruppenpraxis zu arbeiten gedenken, steigt ebenfalls mit zunehmendem Fortschreiten des Studiums vom 64% 1. Jahreskurs auf 67% im 3. Jahreskurs auf 71% im 6. Jahreskurs.

Hausarztpraxis:

100% aller angehenden Hausärztinnen und Hausärzte im 3. und 6. Jahreskurs gedenken, in einer Gruppenpraxis zu arbeiten, dies im Gegensatz zu den angehenden HausärztInnen des 1. Studienjahres, bei denen der Anteil lediglich 67% beträgt und noch 33% sich eine Einzelpraxis wünschen.

Vergleicht man die Daten dieser Befragung mit unseren Daten der Vorjahre, fällt auf, dass bei der aktuellen Befragung sich noch mehr Studierende (81%) für das Modell der Gruppenpraxis aussprechen. Mit einem Anteil von 93% wünscht sich praktisch jede Studentin in einer Gruppenpraxis zu arbeiten, bei den Staatsexamenskandidatinnen gar 100%. Unter den Studenten sehen zwei von drei (66%) ihre Zukunft in einer Gruppenpraxis.

Dieser Trend von der Einzelpraxis hin zur Gruppenpraxis wird sich eindeutig verstärken, streben doch 100% aller angehenden Hausärzte und 77% aller angehenden Spezialärzte (Staatsexamen 2006) eine Gruppenpraxis an.