

Primary Care

Suppl. 3

2.6.2010

Schweizerische Zeitschrift für Hausarztmedizin

Abstracts

12. Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM)

33. SGAM-Kongress

1. Generalversammlung des Berufsverbandes
Haus- und Kinderärztinnen Schweiz

Kultur- und Kongresszentrum, Luzern, 24.–26.6.2010

Offizielles Organ



SGAM
SSMG Schweizerische Gesellschaft
für Allgemeinmedizin



Schweizerische Gesellschaft
für Innere Medizin



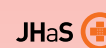
Schweizerische Gesellschaft
für Pädiatrie




Kollegium für
Hausarztmedizin



Schweizerische Akademie für
Psychosomatische und
Psychosoziale Medizin SAPP



JHaS  Junge Hausärztinnen und -ärzte Schweiz
Jeunes médecins de premier recours Suisses
Giovani medici di base Svizzeri

P1 – P31	Poster	2 S
	Erstautorenverzeichnis	12 S

IMPRESSUM

Verlag
EMH Editores Medicorum Helveticorum
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8
CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 55
Fax +41 (0)61 467 85 56
www.emh.ch

Trägergesellschaften
Hausärzte Schweiz
Kollegium für Hausarztmedizin
Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin
Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin
Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
Schweizerische Akademie für Psychosomatische
und Psychosoziale Medizin

Redaktion
Dr. Bruno Kissling,
Dr. Danièle Lefebvre, Dr. Pierre Loeb,
Dr. Franz Marty, Dr. Paul Meier,
Dr. Rudolf Meyer, Dr. Stefan Neuner, Dr. Jürg Pfisterer,
Dr. Edy Riesen, Dr. Bernhard Rindlisbacher,
Dr. Sven Streit, Prof. Peter Tschudi,
Dr. Daniel Widmer

Managing editor / Lektorat deutsch:
Tobias Lerch

Lektorat französisch:
Christiane Hoffmann

Publizistische Leitung EMH
Dr. Natalie Marty

Redaktionsadresse
Redaktion PrimaryCare
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8
CH-4132 Muttenz
Tel. +41 (0)61 467 85 54
Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: primary-care@emh.ch
www.primary-care.ch

Inserate
Ariane Furrer, Assistentin Inserateregie,
Tel. +41 (0)61 467 85 88
Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: afurrer@emh.ch

Marketing EMH
Thomas Gierl M.A., Leiter Marketing
und Kommunikation
Tel. +41 (0)61 467 85 49
Fax +41 (0)61 467 85 56
E-Mail: tgierl@emh.ch

Abonnemente
Tel. +41 (0)61 467 85 75
Fax +41 (0)61 467 85 76
E-Mail: abo@emh.ch

Jahresabonnement
CHF 125.– (zuzüglich Porto)

Herstellung
Schwabe AG, Muttenz

ISSN Printversion: 1424-3776
ISSN Online-Version: 1424-3806
Erscheint 2010 20mal

© EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG (EMH), 2010.
PrimaryCare ist eine Open-Access-Publikation von
EMH. Entsprechend gewährt EMH allen Nutzern auf
der Basis der Creative-Commons-Lizenz «Namens-
nennung – Keine kommerzielle Nutzung – Keine
Bearbeitung 2.5 Schweiz» das zeitlich unbeschränkte
Recht, das Werk zu vervielfältigen, zu verbreiten und
öffentlich zugänglich zu machen unter den *Bedingun-
gen*, dass (1) der Namen des Autors genannt wird, (2)
das Werk nicht für kommerzielle Zwecke verwendet
wird und (3) das Werk in keiner Weise bearbeitet oder
in anderer Weise verändert wird. Die kommerzielle
Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Er-
laubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen
Vereinbarung zulässig.

Creative-Commons-Lizenz: Kurzform: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ch/>; ausführlicher
Lizenzvertrag von CC: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ch/legalcode.de>

E-Diabetes – Clinical Decision Support im Praxisalltag

Y. Nordmann (Zürich)

Der positive Nutzen von «Clinical Decision Support Systems» (CDSS) konnte in mehreren Studien und für unterschiedlichste Krankheitsbilder gezeigt werden. Diese elektronischen Systeme zur interaktiven Unterstützung und Systematisierung der ärztlichen Entscheidungsfindung stellen eine innovative Methode zur Verbesserung der Implementation evidenz-basierender Leitlinien dar. Vor dem Hintergrund der eidgenössischen «E-Health» Initiative und der damit verbundenen erwarteten Umstellung auf elektronische Praxisinformationssysteme bei den meisten der praktizierenden Ärzten in der Schweiz, drängt sich ein Einbau von CDSS Tools in elektronische Krankheitsgeschichten auf. Mit «E-Diabetes» stellen wir ein neu entwickeltes CDSS vor, welches im Rahmen der elektronischen Krankheitsgeschichte qualitätsorientierte Dokumentation und interaktive leitlinienbasierte Entscheidungsunterstützung bei der ambulanten Behandlung von Patienten mit Diabetes vereint. Aufbau, Funktionalität und Einsatzmöglichkeiten des Moduls werden vorgestellt. Neben klassischen Massnahmen des Qualitätsmanagements kann «E-Diabetes» einen wertvollen Beitrag zur Verbesserung der Diabeteskontrolle im Praxisalltag leisten.

P1

4 Kantonen verschickten Fragebögen kamen 18 zurück (Rücklauf 16%). An 33 Tagen erfassten die Praxen an einem von ihnen gewählten Tag das hypothetische Fahrverhalten von insgesamt 633 PatientInnen. Die Frage lautete: mit welchem Verkehrsmittel und in welche Ortschaft würden Sie fahren, wenn es diese Dorfpraxis nicht gäbe?

Resultate: Von den 633 befragten PatientInnen würden 522 = 82% mit einem Privatauto fahren. Die übrigen 18% würden den Öffentlichen Verkehr oder das Fahrrad benutzen. Pro Praxis und Tag würden durchschnittlich 16 PatientInnen eine im Schnitt 6,37 km entfernte Praxis in einem Nachbarort aufsuchen; Hin- und Rückweg gerechnet, ergibt das 203,84 km/Tag/Praxis. Übrige erfasste Daten: eine Dorfpraxis sieht im Schnitt 19 PatientInnen aus dem gleichen Dorf und der näheren Umgebung pro Tag. 46% sind männlich, 54% weiblich, 6,5% sind unter 18-jährig, 53,5% 18-65-jährig und 40% >65-jährig. Ein Dorfarzt sieht 21 Pat./Arbeitstag oder 4850 Pat./Jahr; Vergleich (gemäss santésuisse): Konsultationszahl für Landregionen, 2004, ohne Unfälle: 4200 Pat./Jahr. Hochrechnung, alle 579 Schweizer Dorfpraxen/1 Jahr (2,14 Millionen Konsultationen): 231 Arbeitstage x 203,84 km = 47087 km/Jahr/Praxis 579 Schweizer Dorfpraxen x 47087 km = 27263373 km, rund 27 Millionen eingesparte km/Jahr/Dorfpraxen ganze Schweiz Bei einer Fahrleistung eines Privatautos von 13000 km/Jahr ergibt das 2097 eingesparte Autos/Jahr. Eingespartes CO₂: (Mittelwert 200 g/km): 27263373 Millionen km x 200 g/km = 5452675 kg CO₂/Jahr; rund 5400 Tonnen CO₂/Jahr.

Fazit: Die Schweizer Dorfpraxen sorgen für weniger Autoverkehr und sauberere Luft.

Akuter Husten in der Hausarztpraxis: Wann wird geröntgt?

S. Romero Blaeuer¹, P. Tschudi¹, B. Martina¹, A. Zeller¹
¹Basel

Hintergrund: Akuter Husten ist einer der häufigsten Gründe, den Hausarzt* aufzusuchen. Häufigste Ursache ist die akute Erkältungskrankheit (common cold), in 5% versteckt sich aber eine community acquired pneumonia (CAP) hinter dem Husten. Zur Unterscheidung einer Erkältung und Pneumonie sind die anamnestischen Angaben und klinischen Befunde manchmal nur teilweise hilfreich. Häufig stehen Hausärzte deshalb vor der Entscheidung, ob eine Thorax-Röntgenbild zum optimalen Management der Patienten* weiterhilft. Ziel der Studie war es zu evaluieren, wie gezielt Hausärzte bezüglich Unterscheidung common cold vs. CAP ein Röntgenbild verordnen.

Methode: Das Management von Patienten mit akutem Husten (<3 Wochen) wurde mittels Fragebogen in 9 Hausarztpraxen erfasst (Querschnittsstudie). Dabei wurden die Behandlungsstrategie und -entscheidung vor und nach dem Thorax-Röntgenbild erfasst.

Resultat: Insgesamt wurden 115 Patienten (mittleres Alter 51 ± 20 Jahre, range 9–90, 56% Männer, 18% mit koronarer Herzkrankheit, 17% mit Asthma oder COPD, 13% Diabetiker) eingeschlossen, welche seit 6,7 ± 5 Tagen husteten. Geklagte Symptome waren Malaise (44,6%), Fieber (33,9%), Thoraxschmerz (29,6%), und Dyspnoe (16,5%). Häufigste klinische Befunde waren Fieber (≥38,0 Celsius) in 34,0%, feuchte (31,3%), und trockene (19,1%) Rasselgeräusche. Total erhielt fast die Hälfte der Patienten ein Thoraxbild (n = 55, 47,8%). Bei fast allen Patienten mit Verdacht auf Pneumonie wurde ein Röntgenbild (n = 29, 97%) verordnet, und bei 24 Individuen wurde die CAP radiologisch bestätigt. Es fand sich eine positive Assoziation zwischen dem Verdacht auf eine CAP und einem Infiltrat im Thoraxbild (spearman's rho 0,44, p = 0,0006). Falls der Hausarzt keine Pneumonie vermutete, war das Thoraxbild in 81% (negative prädiktiver Wert) tatsächlich negativ, der positive prädiktive Wert war aber nur moderat (66%).

Konklusion: Hausärzte setzten die Röntgendiagnostik bei akutem Husten gezielt ein und nutzen bei klinischer Unsicherheit deren Aussagekraft vor allem zum Ausschluss einer Pneumonie.

*Zur Vereinfachung wird nur die männliche Form verwendet

P2

Kardiovaskuläre Komplikationen bei 157 Patienten nach hypertensiver Krise in der Hausarztpraxis

C. Merlo¹, J. Fritsch², A. Kramis³, E. Riesen⁴, S. Romero⁵, P. Tschudi⁶, K. Bally⁶, A. Zeller⁶, B. Martina⁶

¹Luzern; ²Obernau; ³Emmenbrücke; ⁴Ziefen; ⁵Oberdorf; ⁶Basel

Hintergrund: Von März 2008 bis Juli 2009 wurden 157 Praxispatienten (97 Frauen, 60 Männer, mittleres Alter 70.5 Jahre) mit einer krisenhaften Blutdruckerhöhung über 180/110 in einer observationellen Kohorten-Studie in Luzerner- und Basler Hausarztpraxen konsekutiv erfasst. Die meisten Blutdruckentgleisungen (62%) waren asymptomatisch, 29% waren Urgency-Situationen mit drohendem Endorganschaden und 9% waren Emergency-Situationen mit akutem Endorganschaden. Häufigste Ursache der BD-Entgleisung war ein Whitecoat-Effekt, 77% der Patienten hatten passend zum Alter mindestens einen zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktor. Die Resultate wurden an der SGIM-Jahresversammlung und am WONCA-Kongress 2009 vorgestellt.

Methoden und Resultate: Die Studienpatienten wurden im Verlauf mindestens 2mal nachkontrolliert (gemäss Vorgabe nach 1-3 Tagen (range 1–36) bzw. nach 3 Monaten (range 2–7)). Kardiovaskuläre Komplikationen im Verlauf wurden auch später gemeldet bzw. periodisch nachgefragt, bis März 2010. Insgesamt wurden bei 12 Patienten (7.6%) kardiovaskuläre Komplikationen im Verlaufe von 4 Tagen bis 14 Monaten nach initialer Blutdruckkrise registriert (Tab. 1), 5 Patienten verstarben. Zwei weitere Patienten sind an einer nicht-kardiovaskulären Ursache verstorben (Gesamtmortalität: 4,5%). Im Vergleich zu einem alters- und geschlechtsadaptierten Vergleichskollektiv von 157 Kontrollpatienten einer Einzelpraxis (Ch. M.) mit 7 kardiovaskulären Komplikationen (4,5%) und 4 Todesfällen (2,5%) in der gleichen Zeitspanne sind kardiovaskuläre Komplikationen

P4

Dezentrale Arztpraxen vermeiden unnötigen Autoverkehr

R. Bernath (Solothurn)

Eine Studie der Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz Schweiz: Eingesparte Autokilometer durch dezentrale Arztpraxen. Die ÄrztInnen für Umweltschutz haben vom Januar bis Juli 2009 eine Studie über die eingesparten Autokilometer der PatientInnen von Schweizer Dorfpraxen durchgeführt. Mit «Dorfpraxis» ist die einzige Einzel-Grundversorgerpraxis in einem Schweizer Dorf gemeint. Von 120 an die Dorfpraxen von

P3

	Kardiovaskuläre Komplikation	geb.	Geschl.	Kategorie
1	TIA	1918	w	Symptomlos
2	TIA	1922	m	Symptomlos
3	TIA	1931	m	Symptomlos
4	TIA (Rezidiv), Insult, Koma, Tod	1926	w	Emergency
5	Symptomatische KHK (PTCA)	1935	w	Symptomlos
6	Herzinsuffizienz, Pneumonie, Tod	1916	w	Emergency
7	Akute Herzinsuffizienz	1937	m	Symptomlos
8	Akute Linksherzinsuffizienz, Rezidive, Tod	1919	w	Urgency
9	Akutes Subduralhämatom mit Hemisyndrom	1925	w	Symptomlos
10	Cerebrovaskulärer Insult, Koma, Tod	1928	w	Urgency
11	PAVK, wiederholte PTA's, Tod	1927	w	Symptomlos
12	Wiederholte Synkopen	1914	w	Symptomlos

Tabelle 1: Kardiovaskuläre Komplikationen bei 12 Patienten

	Studienpatienten (n=157)	Vergleichskollektiv (n=157)	OR (CI 95%)	
Komplikationen	n=12 (7.6%)	n=7 (4.5%)	1.773 (0.679-4.63)	n.s.
Mortalität	n=7 (4.5%)	n=4 (2.5%)	1.785 (0.512-6.224)	n.s.
Hypertonie bekannt	n=124 (79%)	n=109 (69.4%)	1.655 (0.991-2.763)	n.s.

Tabelle 2: Vergleich mit Praxiskollektiv

und Todesfälle bei den Studienpatienten tendenziell häufiger vertreten (OR's nicht signifikant, Tab. 2).

Konklusion: Patienten mit hypertensiver Krise in der Hausarztpraxis sind eher älter und haben mehrere kardiovaskuläre Risikofaktoren. Jeder 13. erleidet im Verlauf von durchschnittlich 5 Monaten nach der Blutdruckentgleisung eine kardiovaskuläre Komplikation. Eine klare Beziehung zwischen der Art der Blutdruckkrise (urgency vs. emergency vs. asymptomatisch) und/oder Mortalität bzw. Morbidität lässt sich bisher nicht ableiten. Patienten mit Blutdruckkrisen haben im Verlauf eine tendenziell erhöhte Rate an kardiovaskulären Komplikationen und eine tendenziell erhöhte Mortalität im Vergleich zu einem alters- und geschlechtsadaptierten Praxiskollektiv mit vergleichbarem Hypertonieanteil.

P5

Ärztliche Kurzintervention zum Rauchstopp an Publikumsveranstaltungen: Vergleich zwischen Gesundheitstagen in den Gemeinden und einer Kampagne an einer regionalen Messeveranstaltung. Die PizolCare RAUCHSTOPP-Studie

T. Hatzisaak¹, T. Buchalla², M. Graber³, R. Keh⁴, A. Hofmann⁴, U. Keller⁶

¹Trübbach; ²Sevelen; ³Grabs; ⁴Buchs SG; ⁵Wangs

Fragestellung: Wenig ist bekannt, ob ärztliche Präventionskampagnen an Publikumsanlässen von Nutzen sind. Seit 2003 werden alle zwei Jahre in den Gemeinden der Region Werdenberg/Sarganserland Gesundheitstage mit Beteiligung der Hausärzte durchgeführt, an denen der gesunde Lebensstil thematisiert wird. Anlässlich der letzten 4 Gesundheitstage 2009 bis 2010, die in den Gemeinden Pfäfers, Flums, Sargans und Wangs/Vilters stattfanden, wurden dabei Rauchstopp-Kurzinterventionen angeboten. Im September 2009 wurden anlässlich der Werdenberger Industrie- und Gewerbeausstellung (WIGA) in Buchs SG an vier Nachmittagen ebenfalls ärztliche Rauchstopp-Kurzinterventionen durchgeführt. Wir wollten der Frage nachgehen, an welchem Veranstaltungstyp wir mehr Leute erreichen konnten, und somit bessere Chancen hatten, Raucher zum Rauchstopp zu motivieren, also aktive Prävention zu betreiben.

Resultate: Die 4 Gesundheitstage adressierten sich an die insgesamt über 15 000 Einwohner der jeweiligen Gemeinden. Sie wurden mit Zeitungsinseraten und Flyern für jeden Haushalt angekündigt. Von den insgesamt etwa 600 Besuchern der 4 Gesundheitstage nahmen 8 Raucher an der ärztlichen Kurzintervention zum Rauchstopp teil. Nach drei Monaten (telefonische Nachfrage) hatte niemand von den teilnehmenden Rauchern das Rauchen aufgegeben. Anlässlich der WIGA, die von 30 000 Menschen besucht wurde, füllten insgesamt 112 Personen am Stand des Ärztevereins einen Fagerström-Test aus. 57 Personen (m 34/w 23) erklärten sich bereit, an einer Beobachtungsstudie zum Rauchstopp teilzunehmen. Nach drei Monaten hatten 5 Personen (m 4/w 1) das Rauchen sistiert (8,8%).

Diskussion: Angesichts der Tatsache, dass das Rauchen die häufigste individuell vermeidbare Ursache für vorzeitiges Auftreten von Krankheiten, Invalidität und Tod ist, lohnt sich der Einsatz der niedergelassenen Hausärzte an Publikumsveranstaltungen Kurzinterventionen zum Rauchstopp durchzuführen, auch wenn die Drei-Monats-Abstinenz-Quoten nicht berauschend sind. Aufgrund unserer Erfahrungen sollten Ärzte bei grossen Publikumsveranstaltungen wie Industrie- und Gewerbeausstellungen mit Tabak-Präventionsaktionen zugegen sein, da dort viel mehr Raucher erreicht werden können. Gesundheitstage auf Gemeindeebene sind unserer Meinung nach zu wenig effizient, um aktive Tabak-Prävention betreiben zu können.

P6

Ärztliche Kurzinterventionen zum Rauchstopp an einer grossen Publikumsveranstaltung: Erste Resultate der PizolCare RAUCHSTOPP herzhaft-gsund-Studie

T. Hatzisaak¹, T. Buchalla², U. Keller³, S. Bachmann⁴
¹Trübbach; ²Sevelen; ³Wangs; ⁴Valens

Einleitung: Wenig ist bekannt, ob ärztliche Interventionen an grossen Publikumsanlässen Verhaltensänderungen bei Patienten herbeiführen können. Im September 2009 wurden anlässlich der Werdenberger Industrie- und Gewerbeausstellung (WIGA), die von über 30 000 Menschen besucht wurde, an vier Nachmittagen ärztliche Rauchstopp-Kurzinterventionen angeboten. In der vorliegenden Arbeit berichten wir über die ersten Ergebnisse anlässlich einer telefonischen Nachfrage bei den Teilnehmern nach drei Monaten.

Methode: An vier Nachmittagen wurden vom 5.–13. September 2009 durch Hausärzte der Region an einem Stand des Ärztevereins Werdenberg/Sargans Kurzinterventionen für Rauchstoppwillige angeboten. Diese umfassten ein maximal drei Minuten dauerndes Aufklärungsgespräch, das Ausfüllen des Fagerström-Tests und einer Selbstbeurteilung der Rauchstopp-Bereitschaft (Visual-Analog-Scale 0–10), sowie die Abgabe von Informationsmaterial der Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention und der Lungenliga. Die Teilnehmenden unterschrieben einen Informed-Consent und erklärten sich bereit, auf telefonische Nachfrage hin im Rahmen eines standardisierten Gesprächs nach 3 und 12 Monaten Auskunft über ihre Rauchgewohnheiten zu geben.

Resultate: Von den insgesamt 112 Personen, die am Stand einen Fagerström-Test ausfüllten, erklärten sich 57 (m 34/w 23, Durchschnittsalter 44,2 Jahre) bereit, an der Studie teilzunehmen. Die durchschnittliche Punktezahl bei den Fagerström-Tests betrug 4,2 Punkte, die Rauchstopp-Bereitschaft betrug 5,5 Punkte (0 = keine Bereitschaft, 10 = sehr hohe Bereitschaft). Nach drei Monaten hatten 5 Personen (m 4/w 1) das Rauchen sistiert (8,8%). Bei den verbliebenen Rauchern betrug der Fagerström-Test nach drei Monaten 3,6 Punkte, die Rauchstopp-Bereitschaft 5,4 Punkte.

Diskussion: Angesichts der Tatsache, dass das Rauchen die häufigste individuell vermeidbare Ursache für vorzeitiges Auftreten von Krankheiten, Invalidität und Tod ist, lohnt sich der Einsatz der niedergelassenen Hausärzte, an grossen Publikumsveranstaltungen Kurzinterventionen zum Rauchstopp anzubieten, auch wenn die Drei-Monats-Abstinenz-Quote in unserer Arbeit mit 8,8% relativ bescheiden ist. Volkswirtschaftlich dürfte aber der positive Effekt überwiegen.

P7

Angebot an Komplementärmedizin in Grundversorgerpraxen der Schweiz, eine Fragebogenstudie

B. Ausfeld-Hafter¹, A. Déglon², J. Barth²

¹Aarau; ²Bern

Fragestellung: Die Fragebogenstudie untersuchte das aktuelle Angebot an komplementärmedizinischen Behandlungen in Schweizer Grundversorgerpraxen. Gefragt wurde nach der Häufigkeit der Patientennachfrage, dem Angebot in der Praxis und nach den Überweisungen an komplementärmedizinische Behandlungen.

Material und Methoden: Eine Zufallsstichprobe von 500 Ärzten der Grundversorgung in der deutschen und 250 in der französischen Schweiz wurde schriftlich befragt. Die Rücklaufquote betrug 50,4%. Deskriptive Analysen zur Nutzung komplementärmedizinischer Behandlungsmethoden wurden hinsichtlich soziodemographischer Variablen der Befragten (Wohnregion, Geschlecht, Berufsausbildung) gewichtet durchgeführt.

Ergebnisse: Mindestens einen komplementärmedizinischen Fähigkeitsausweis der FMH haben 14,2% der Grundversorger. Ungefähr 30% [95% Konfidenzintervall 25,4–34,6%] dieser Grundversorger werden häufiger als einmal pro Woche von Patienten nach komplementärmedizinischen Behandlung gefragt. Homöopathie und Phytotherapie werden am häufigsten von Grundversorgern angeboten, gefolgt von Traditioneller Chinesischer Medizin TCM/Akupunktur. 62,5% [57,6–67,4%] der Befragten überweisen Patienten an Behandlungen, am häufigsten an TCM/Akupunktur. Von den 37,5% [32,6–42,4%], die ihre Patienten nicht überweisen, bieten rund 40% [35,1–44,9%] selbst solche Behandlungen an.

Schlussfolgerung: Die Komplementärmedizin hat einen hohen Stellenwert in der Patientenversorgung: Rund drei Viertel der befragten Grundversorger in der Schweiz bieten selbst Komplementärmedizin an oder überweisen Patienten an solche Therapien.

Hinweis: Diese Arbeit wurde von der Union schweizerischer komplementärmedizinischer Ärzteorganisationen finanziell unterstützt.

dialog-gesundheit: über die Kraft der Frage und die Wirkung des Dialogs

M. Deppeler, S. Haller (Zollikofen)

Beginn, Weg und Prozess von dialog-gesundheit werden anhand eines Bildes (Poster) mit verschiedenen Texteschüben und Symbolen dargestellt (vorerst nur als pdf Format vorhanden). Dabei geht es um Licht und Schatten, einerseits des Weges von dialog-gesundheit selber. Es werden Sterne (Licht) und Wolken (Schatten) verwendet – in Anlehnung an die Geschichte des kleinen Prinzen, dazu auch sein Zitat zu den Sternen (das auch für Visionen Gültigkeit haben kann). Andererseits werden dadurch gleichzeitig und parallel auch verschiedene Licht- und Schatten im Gesundheitswesen bzw. der Hausärzte sichtbar. Das Poster ist Wissen schaffend (und darum nicht im strengen Sinn «natur-wissenschaftlich») und widerspiegelt die Erfahrungen in der jahrelangen Zusammenarbeit mit Patienten bzw. der Bevölkerung, aber auch den Erkenntnissen der systemischen Beratungsprozessen. Das geschriebene, gesprochene Wort, v.a. wenn nicht «in der Sprache» des Patienten verfasst (oder gesprochen) verfehlt jede Wirkung. Sinn-Bilder oder Metaphern wirken oft viel tiefer. Es ist ein wichtiger Teil der narrativen Medizin «in Bildern zu sprechen», Geschichten zu erzählen und «am Modell zu lernen». Es handelt sich um sehr komplexe Prozesse, die oft mit Worten schwierig zu beschreiben sind. Bilder sagen mehr, am besten ist die direkte Erfahrung (see on, do one, teach one), die weit mehr bewirkt als das «stille Lesen» im Arbeitszimmer. Dieser neuartige «bottom-up» Prozess kann auf die vielen «top down» Entscheide, die oft am Schreibtisch und praxisfern entstanden sind, wichtige, richtungsweisende und notwendige Antworten geben. Ein Teil dieser Erfahrungen werden auf dem Poster sichtbar gemacht.

P8

Gesundheitscoaching – Patient und Arzt als Partner. Ein Programm in vier Schritten zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis

M. Schmid C/O Geschäftsstelle Kollegium Für Hausarztmedizin Khm¹, R. Hösli¹, S. Neuner², U. Grüninger¹
¹Bern; ²Zug

Patient* und Arzt können als Partner nachhaltige Änderungen des Gesundheitsverhaltens bewirken und damit die bevölkerungsweite Krankheitslast reduzieren. Prävention und Gesundheitsförderung in der Sprechstunde sind aufgrund der Vertrauensbasis und der langfristigen therapeutischen Beziehung ein wichtiges Tätigkeitsgebiet für den Hausarzt und ärztliche Kurzberatungen sind erwiesenermassen wirksam. Das Schweizer Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) entwickelte deshalb das «Gesundheitscoaching», ein modular aufgebautes Programm, das die Beratung für die 6 wichtigsten Gesundheitsverhaltensweisen (Alkoholkonsum, Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht, Ernährung und Stress) für die ärztliche Sprechstunde integriert. Das Gesundheitscoaching ist ein innovatives Interventionsangebot, welches moderne Konzepte (Empowerment, Shared Decision-Making, Gesundheitskompetenz, Motivierende Gesprächsführung) für die Praxis operationalisiert. Es gibt dem Patienten die Hauptrolle und macht den Arzt zum Coach. Das neue Instrumentarium erlaubt dem Patienten mit Unterstützung seines Arztes Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung zu entwickeln und schrittweise sein Gesundheitsverhalten zu verändern. Arzt und Patient arbeiten als Partner und nutzen auch die Angebote in der Gemeinde. Eine begleitendes Fortbildungs- und Unterstützungsangebot für die Ärzte und Ärztinnen sichert die Qualität der Intervention. In einem 12-monatigen Pilotprojekt werden zur Zeit in Zusammenarbeit mit der Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen Akzeptanz, Praxisstauglichkeit, Wirkungen und Aufwand in 20 Arztpraxen überprüft. Ziel dieses

P9

Pilotprojektes ist die Optimierung von Inhalten, Methoden und Abläufen; es bildet die Basis für eine spätere landesweite Verbreitung. Langfristiges Ziel ist die nachhaltige Etablierung von Gesundheitsförderung und Prävention in der hausärztlichen Grundversorgung und die Schaffung günstiger operativer, strategischer und tarifarischer Kontextbedingungen.

Das Projekt Gesundheitscoaching wird finanziell unterstützt von Bund, Kantonen, gemeinnützigen Stiftungen und der Privatwirtschaft (deren Anteil beträgt 22%): Gesundheitsförderung Schweiz, Eidg. Tabakpräventionsfonds, Pfizer AG, Oncosuisse, Bundesamt für Gesundheit, Gesundheitsdirektorenkonferenz, Stiftung Helvetia Sana, Novartis Schweiz, MSD Schweiz, Frei von Tabak, Sanofi-Aventis und Schweizerische Herzstiftung).

*Im Interesse der leichteren Lesbarkeit wird meist die männliche Form verwendet. Frauen sind ebenfalls gemeint.

Erwartungen an ein Hausarztinstitut in der Ausbildung: Was wünschen die Hausärzte und wie ist die Zufriedenheit der Lehrärzte mit dem Status quo?

M. Schaufelberger (Bern)

Die obligatorischen Hausarztpraktika der Medizinischen Fakultät der Universität Bern feiern diesen Sommer ihr dreijähriges Bestehen – Zeit einmal Bilanz zu ziehen. In einer Umfrage haben wir die Hausärzte des Kantons Bern sowie Lehrärzte zu ihren Erwartungen an ein Hausarztinstitut hinsichtlich der Ausbildung von Studierenden befragt. Von rund 1000 versandten Fragebögen erhielten wir 476 Rückmeldungen. Unsere Lehrärzte befragten wir gleichzeitig zu ihrer Zufriedenheit mit den Hausarztpraktika. Der Rücklauf betrug hier mit 366 Fragebögen 61%.

Resultate: Was erwarten Hausärzte hinsichtlich der Ausbildung von Studierenden von einem Hausarztinstitut? Obligatorische Praktika für Studierende in der Hausarztpraxis wünschen sich 95% der Antwortenden. Vorlesungen in Hausarztmedizin sind 84% wichtig. Grossen Wert wird mit 98% ja auf die Beratung der an Hausarztmedizin interessierten Studierenden gelegt. Wie ist die Zufriedenheit unserer Lehrärzte mit den Hausarztpraktika? Ihre Lehrtätigkeit erleben 96% der Befragten positiv. Als wichtigste Motivationsgründe werden der Kontakt zu den Studierenden (97%) sowie die durch den Unterricht induzierte Reflexion der eigenen Arbeit (91%) angegeben. 97% der Lehrärzte sind mit der Organisation der Praktika zufrieden und finden den administrativen Aufwand angemessen. Die finanzielle Entschädigung von 300.– CHF pro Unterrichtstag, die Entschädigung mit Fortbildungscredits durch die Fachgesellschaften und die Vergabe des Titels eines Lehrbeauftragten durch die Medizinische Fakultät der Universität Bern schätzen 93% der Lehrärzte. Die Akzeptanz der Studierenden durch die Patienten ist gross: 77% der Lehrärztinnen und Lehrärzte geben an dass nur in 0 bis 5% die Anwesenheit der Studierenden in der Sprechstunde durch die Patienten nicht erwünscht wird. Mit der 2 bis 3mal jährlich versandten Newsletter LehrärztelInfo fühlen sich 96% der Lehrärzte gut informiert. 85% der Lehrärzte finden das Obligatorium für den Besuch eines Teachers Teachings einmal alle 2 Jahre in Ordnung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden dass von den Hausarztinstituten das Einbringen von hausarztspezifischen Inhalten – sowohl als Praktika als auch mittels Vorlesungen – in der Ausbildung aller Studierenden erwartet wird. Die Zufriedenheit der Lehrärzte mit den Hausarztpraktika der Medizinischen Fakultät der Universität Bern ist gross.

Diskretion am Empfang, im Wartebereich und im Sprechzimmer: Eine Umfrage bei Ärzten mit eigener Praxis und MPAs im Integrierten Versorgungsnetzwerk PizolCare (Projekt DIDA2009)

T. Hatzisaak¹, T. Buchalla², S. Bachmann³
¹Trübbach; ²Sevelen; ³Valens

Fragestellung: Über Datenschutz und Diskretion im Umgang mit Patientendaten in der Arztpraxis wird in der Laienpresse immer wieder berichtet. Wenig ist jedoch bekannt, wie es in Arztpraxen tatsächlich um den Schutz sensibler Informationen steht. Im Integrierten Versorgungs-

P10

P12

Netzwerk PizolCare haben wir deshalb diese Fragestellung untersucht. Im Folgenden stellen wir exemplarisch fünf Punkte zum Thema Diskretion am Empfang, im Wartebereich und Sprechzimmer vor.

Methode: Auf der Basis des Selbst-Check-Fragebogens für Ärzte des Landesentrums für Datenschutz Schleswig-Holstein befragten wir anlässlich von Qualitätszirkeln sowie Aussendungen insgesamt 70 Netzwerk-Ärzte mit eigener Praxis (41 Grundversorger/ 29 Spezialisten), wobei der Rücklauf der Fragebogen 60% betrug (42 Ärzte). Anlässlich einer grossen regionalen Fortbildungsveranstaltung wurden ebenso 54 Medizinische Praxisassistentinnen (MPAs) derselben Praxen befragt. Der Fragebogen umfasste insgesamt 46 Fragen, die mit «Ja» und «Nein» beantwortet werden konnten. Die Auswertung erfolgte mittels SPSS.

Resultate: Während 59% der MPAs angaben, Patientendaten am Empfang so zu erheben, dass Unbefugte nicht mithören können, wurde diese Meinung nur von 39% der Ärzte geteilt ($p < 0,05$). 98% der Ärzte waren allerdings der Ansicht, Patientenakten seien im Empfangsbereich vor dem Zugriff Unbefugter geschützt. Diese Meinung wurde nur von 71% der MPAs geteilt ($p = 0,006$). 81% der MPAs und 84% der Ärzte gaben übereinstimmend an, dass Antabus- und Drogenpatienten ihre Medikamente nicht am Empfang einnahmen. Während 90% der Ärzte behaupteten, Patientendaten seien in den Sprechzimmern gegen Zugriff Unbefugter geschützt, sahen das nur 64% der MPAs so ($p = 0,004$). Übereinstimmung herrschte jedoch bei der Frage, ob vom Empfang oder Wartezimmer aus Einsicht in die Behandlungsräume bestand: je 92% sagten Nein.

Diskussion: Während gewisse Aspekte der Diskretion sowohl von Ärzten als auch MPAs identisch wahrgenommen werden (z.B. Medikamentenabgabe bei Antabus- und Drogenpatienten, Schutz vor Einsicht in die Behandlungsräume), divergieren die Ansichten beim Schutz von Patientendaten am Empfang und in den Sprechzimmern. Die Ärzte neigen dazu, diesen zu überbewerten, während die MPAs diesbezüglich kritisch sind. In regelmässigen Teamsitzungen sollten in den Praxen Anliegen der Diskretion thematisiert, diskutiert und zugunsten des Datenschutzes bestmöglich umgesetzt werden.

P13

Datenschutz in der Arztpraxis: Eine Umfrage bei Ärzten mit eigener Praxis und MPAs in Integrierten Versorgungsnetzwerk PizolCare (Projekt DIDA2009)

T. Hatzisaak¹, S. Bachmann², T. Buchalla³
¹Trübbach; ²Valens; ³Sevelen

Fragestellung: Über Datenschutz und Diskretion im Umgang mit Patientendaten in der Arztpraxis wird in der Laienpresse immer wieder berichtet. Wenig ist jedoch bekannt, wie es in Arztpraxen tatsächlich um den Schutz sensibler Informationen steht. Im Integrierten Versorgungsnetzwerk PizolCare haben wir deshalb diese Fragestellung untersucht. Im Folgenden stellen wir exemplarisch fünf Punkte zum Thema EDV und Datenübermittlung vor.

Methode: Auf der Basis des Selbst-Check-Fragebogens für Ärzte des Landesentrums für Datenschutz Schleswig-Holstein befragten wir anlässlich von Qualitätszirkeln sowie Aussendungen insgesamt 70 Netzwerk-Ärzte mit eigener Praxis (41 Grundversorger/ 29 Spezialisten), wobei der Rücklauf der Fragebogen 60% betrug (42 Ärzte). Anlässlich einer grossen regionalen Fortbildungsveranstaltung wurden ebenso 54 Medizinische Praxisassistentinnen (MPAs) derselben Praxen befragt. Der Fragebogen umfasste insgesamt 46 Fragen, die mit «Ja» und «Nein» beantwortet werden konnten. Die Auswertung erfolgte mittels SPSS.

Resultate: Übereinstimmend geben 80% der Ärzte, respektive 78% der MPAs an, dass der Zugang zu den Computern durch ein Passwort geschützt sei. 100% der Geräte, die ans Internet angeschlossen sind, sind durch einen Firewall geschützt. 86% der Ärzte und 83% der MPAs geben an, dass per Email versandte Patientendaten via HIN übermittelt würden. 46% der Ärzte, aber nur 16% der MPAs sehen eine Sicherheitslücke im Bereiche der externen Systemverwaltung und Wartung der Computer ($p < 0,05$). In Bezug auf den Schriftverkehr mit Versicherungen und Krankenkassen wenden sich nur 51% der Ärzte konsequent an den Vertrauensarzt, während 87% der MPAs der Meinung sind, der Arzt tue dies.

Diskussion: Während hardwareseitig in der überwiegenden Mehrzahl der Praxen ein guter bis optimaler Schutz vor Zugriff Unbefugter besteht, sehen Ärzte im Vergleich zu MPAs potentielle Sicherheitsrisiken

in der Systemadministration und Wartung der Computer. Solche nicht offensichtlichen Sicherheitsrisiken sind unseres Erachtens in Zukunft im Zusammenhang mit Application Service Providing (ASP) in den Praxen und Netzwerken zu thematisieren. Erstaunlich ist, dass immer noch 15% der Ärzte in unserem Netzwerk Patientendaten nicht via HIN übermitteln. Betreffend Datenübermittlung ist interessant, dass Ärzte weniger häufig direkt mit Vertrauensärzten kommunizieren, als es MPAs wahrnehmen. Diesbezüglich besteht Aufklärungsbedarf.

P14

Hausarztpraktika im 1. Studienjahr: was spricht dafür – was spricht dagegen?

M. Schaufelberger, M. Schaub (Bern)

Wie in verschiedenen Studien beschrieben soll sich ein früher Patientenkontakt in der Grundversorgung für Studierende mehrfach positiv auswirken:

- der frühe Patientenkontakt ist motivationsfördernd
 - er verbessert die soziale und kommunikative Kompetenz der Studierenden und fördert das Erlernen der klinischen Fertigkeiten
 - er beeinflusst das kritische Denken und das Problemlöseverhalten positiv
 - die Patienten werden von den Studierenden zu Studienbeginn noch als Menschen und nicht nur als «Fälle» wahrgenommen wodurch ein patientenzentriertes Verhalten gefördert wird
 - die Studierenden haben ein Rollenvorbild und erleben im Idealfall was professionelle Haltung heisst
 - sie haben die Chance zu einem Arzt/einer Ärztin eine Mentorbeziehung aufzubauen
 - das Interesse der Studierenden an der Hausarztmedizin nimmt zu.
- Welche Meinung haben Lehrärztinnen und Lehrärzte die 1. Jahres-Studierende im Hausarztpraktikum betreuen? Das Resultat einer Umfrage mit Antworten von 366 Lehrärztinnen und Lehrärzten wird präsentiert: $\frac{2}{3}$ befürworten den frühen Patientenkontakt, $\frac{1}{3}$ sieht darin wenig Sinn.

Welche Meinung haben 1. Jahres-Studierende nach einem Jahr Hausarztpraktikum von 8 Halbtagen und 3. Jahres-Studierende rückblickend auf das 1. Studienjahr? Das Resultat einer Umfrage im 1. und 3. Studienjahr 2009/2010 wird präsentiert.

P15

Internetgebrauch bei PizolCare – wie häufig und wozu wird das Internet von Mitgliedern eines Ärztenetzes benutzt

U. Keller¹, U. Arnet²
¹Wangs; ²Opfikon-Glatbrugg

Fragestellung und Ziel der Arbeit: Das Internet bietet eine gute Plattform für Mitteilungen, Informationen, Fortbildungen und elektronischen Patientendatenaustausch. Es ist zeitgerecht, rasch und datenschutzkonform. Ziel dieser Arbeit war herauszufinden, welchen Stellenwert bei der Fortbildung das Internet bei den Mitgliedern des Ärztenetzes PizolCare hat. PizolCare bekennt sich zur integrierten Versorgung nach EBM-Kriterien und deren Mitglieder müssen gem. Aufnahmekriterium eine datenschutzkonforme @hin.ch oder @sec.-Email-Adresse besitzen.

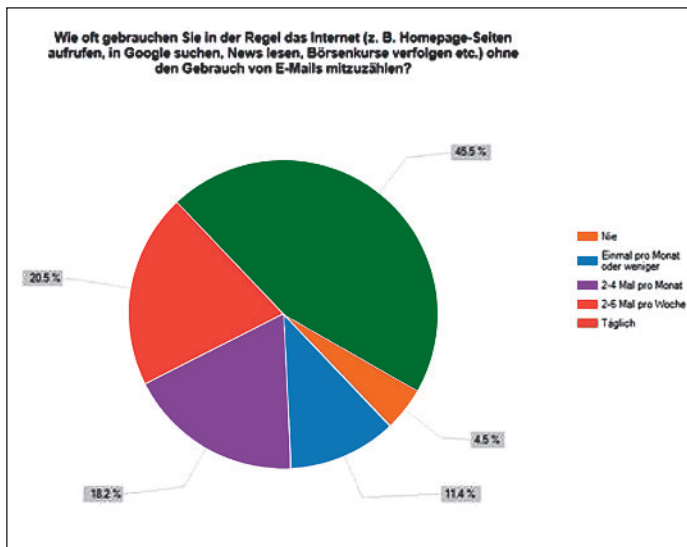
Methode: Es wurde ein Fragebogen entworfen, der an den Pizol Care-QZ und -Sitzungen ausgefüllt wurde. Es war eine unselektionierte Stichprobe von PizolCare-Mitgliedern, die allerdings aktiv am Pizol Care-Geschehen teilnehmen mussten. Der Fragebogen wurde in Zusammenarbeit mit der Firma MSD entworfen, die PizolCare beim Internetauftritt unterstützt und mit univadis.ch selbst ein Internetportal für die ärztliche Information zur Verfügung stellt. Es konnten 46 ausgefüllte Fragebogen ausgewertet werden, davon waren 27 von Grundversorgern der beiden QZ Werdenberg und Sarganserland (total 40 Mitglieder = 68%).

Resultate: Ohne den Emailverkehr mitzuzählen benutzen 46% der Antwortenden das Internet täglich und 6% nie. Wenn auch diejenigen, die nur 2–6x/Wo das Internet nebst dem Mailverkehr noch benutzen sind es doch 66% der Praxen, die Internet mind. 2x/wö benutzen, wobei nur zu 40% während der Arbeit und zu 60% in der Freizeit. E-Learning wird nur von 10% mind jeden 2. Monat benutzt. 35 bzw. 39% benutzen doch E-Newsletter oder Suchmaschinen mind. jeden 2. Monat zu Fortbildungszwecken. 46% der Praxen besitzen eine eigene Homepage,

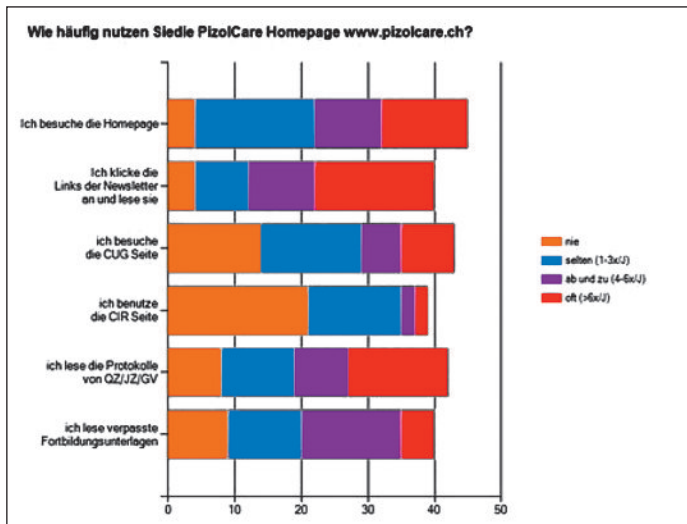
39% sind nicht daran interessiert eine zu betreiben, wobei 1/3 überhaupt keinen finanziellen Aufwand dafür bezahlen würde, 1/3 max. CHF 100/Jahr und nur 1/3 mehr. Die PizolCare-Homepage wird nur selten besucht und die CUG-Seite noch seltener. 54% waren noch nie auf der eigenen CIR-Seite. Am meisten wird die Homepage benutzt um Links der monatlichen Newsletters anzuklicken (45%) oder die Protokolle der Sitzungen zu lesen (36%). Das MSD-Internetportal univadis.ch kennen 60%, besuchen es aber selten, wobei univadis.ch keine (bei 54%) bis eher eine positive (bei 40%) Auswirkung auf das Bild von MSD hat.

Schlussfolgerung: Obwohl viele in eHealth und damit auch im Internet die grosse Chance der Zukunft sehen zeigt sich selbst bei engagierten Mitgliedern des Ärztenetzes PizolCare wenig Begeisterung dafür.

Internetgebrauch



Homepagebesuch



Eisenmangel – Vorkommen und Bedeutung bei jungen Personen in der Ostschweiz (Sarganserland/Werdenberg)

U. Keller¹, B. Bernet²
¹Wangs; ² Sargans

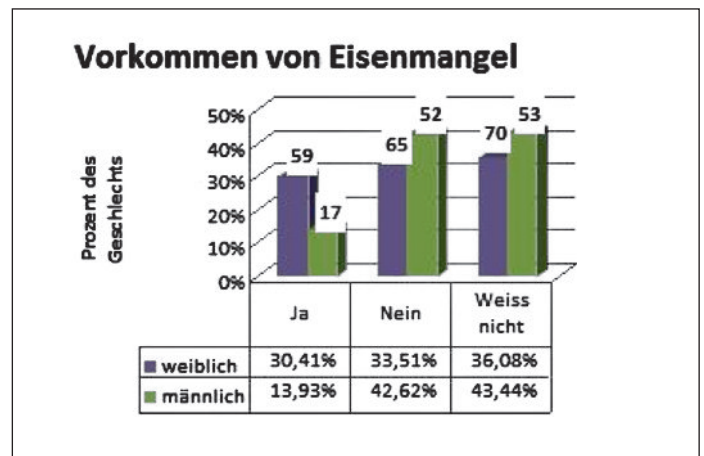
Fragestellung und Ziel der Arbeit: Müdigkeit, Leistungseinschränkungen und viele Symptome aus dem Formenkreis der körperl. und psych. Erschöpfung werden ursächlich auf Eisenmangel zurückgeführt. Besonders betroffen und dafür sensibilisiert sind Lernende einer Kantonsschule oder Mitglieder von Sportvereinen, welche alle eine hohe Leistungsbereitschaft aufweisen müssen. Ziel dieser Arbeit war herauszufinden, was junge Personen aus diesem Umfeld über Eisenmangel wissen, wie häufig dieser auftritt und wie er behandelt wird.

Methode: Es wurde ein Fragebogen entworfen, der an total 420 Personen aus 12 Klassen der Kantonsschule Sargans und 7 Sportvereinen der gleichen Region abgegeben wurde. 368 beantwortete Bogen (= 88%) wurden im Herbst 2009 innert 3 Monaten retourniert. Davon konnten 316 (= 86%) ausgewertet werden, 7 waren unvollständig und 45 entsprachen nicht den Vergleichskriterien Alter 14–25 Jahre oder Wohnort.

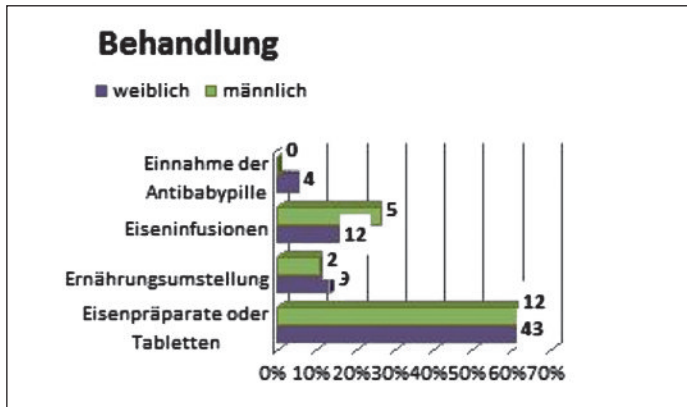
Resultate: Es konnten die Antworten von 192 Frauen und 122 Männern ausgewertet werden, was etwa der Verteilung der Kantonsschüler entspricht. 311 Personen kannten den Begriff Eisenmangel. 60 Frauen (31%) und 24 Männer (20%) gaben an, sehr gute oder gute Kenntnisse über Eisenmangel zu haben und 59 Frauen (30%) sowie 17 Männer (14%) litten selbst darunter. 65 Frauen (34%) und 52 Männer (43%) konnten aktiv angeben nicht unter Eisenmangel zu leiden. Behandelt wurden 43 Frauen (73%) und 12 Männer (71%) mit oralen Eisenpräparaten sowie 12 Frauen (20%) und 5 Männer (30%) mit Eiseninfusionen, zudem gaben nur 9 Frauen (15%) und 2 Männer (12%) an, die Ernährungsgewohnheiten umgestellt zu haben. 4 Frauen (7%) erhielten einen Ovulationshemmer und je 4 Personen zusätzlich Vit B12-Injektionen.

Diskussion: Auch im südlichen Teil des Kt. SG ist bei leistungsbereiten jungen Menschen der Eisenmangel ein Thema. Dass 30% der Frauen und 14% der Männer aktiv angeben konnten unter Eisenmangel zu leiden und 34% der Frauen und 43% der Männer angeben konnten nicht unter Eisenmangel zu leiden weist darauf hin, dass diesem Wert sowohl von den jungen Menschen als auch ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten ein grosser Stellenwert zugeschrieben wird. Dass 20% der Frauen und 30% der Männer mit den viel teureren Eiseninfusionen behandelt werden ist volkswirtschaftlich von Bedeutung. Ebenso, dass anscheinend der natürlichen peroralen Eisenzufuhr keine grosse Bedeutung mehr zugemessen wird und dass nur wenige der Betroffenen ihre Ernährungsgewohnheiten umgestellt haben.

Häufigkeit



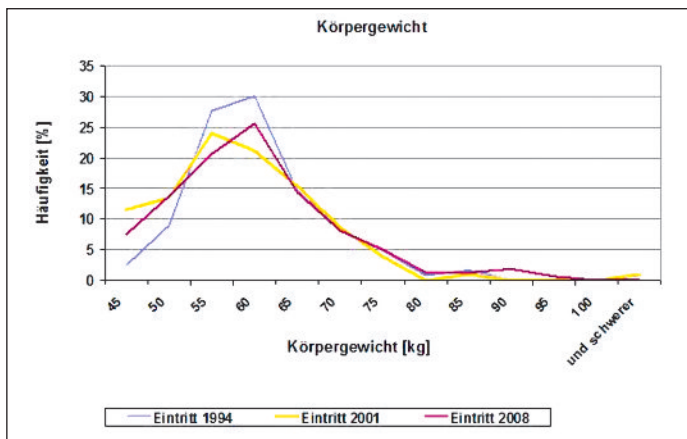
Behandlung



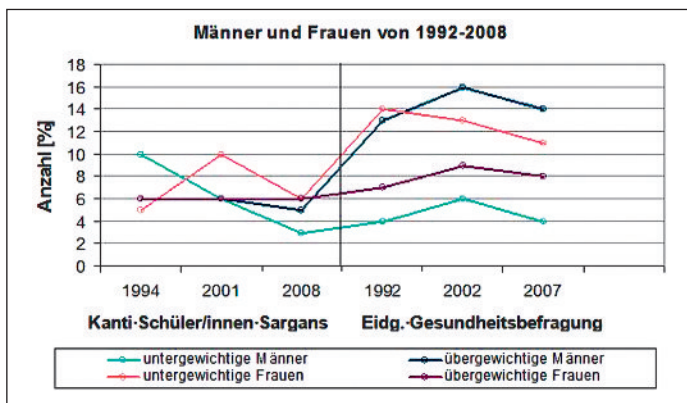
Körpergewicht – keine Zunahme bei den Schülern der Kantonsschule Sargans in den letzten 14 Jahren

U. Keller¹, R. Burger²
¹Wangs; ² Sargans

Fragestellung und Ziel der Arbeit: Übergewicht wird oft als das Hauptproblem von jungen Personen der aktuellen Generation bezeichnet und sei bereits heute für 2–8% der Gesundheitskosten und 10–13% der Todesfälle verantwortlich. Gemäss WHO ist die Adipositas eine der grössten Herausforderungen. Die Prävalenz habe sich in vielen



Gewicht im Verlauf



Gewicht im Vergleich

P17

europ. Ländern seit den 80er Jahren verdreifacht und steige weiter mit alarmierender Geschwindigkeit, insbesondere bei Kindern [1]. Es interessierte, ob das Übergewicht auch bei den Schülern der Kantonsschule Sargans zunimmt und ob dies mit den Ergebnissen der schweiz. Gesundheitsbefragungen übereinstimme.

Methode: Es wurden die Eintritsdaten der Schülerinnen und Schüler mit Schuleintritt 1994, 2001 und 2008 verglichen. Sämtliche Schülerinnen und Schüler, die jeweils im Alter von 13–18 Jahren in die Kantonsschule Sargans eintreten, werden anlässlich des Eintrittsgesprächs mit dem Schularzt u.a. auch gewogen und gemessen. Es konnten diese Daten von 145 Schülern und 242 Schülerinnen anonymisiert statistisch ausgewertet werden. Die Auswertung erfolgte mittels grafischer Darstellung der absoluten KG-Angaben in kg als auch im Verhältnis zur Körperlänge als Broca-Index (Grösse in cm x 100 cm = oberes Normgewicht) und als Body Mass Index (BMI = kg / Grösse in cm²), wobei letzterer für die unter 18-Jährigen gem. Perzentilskurve adaptiert wurde. Als Untergewichtig wurden BMI P97 bzw. >30.

Resultate: Es fanden sich bei allen 3 Stichproben keine signifikanten Unterschiede in der Häufigkeit von Unter- oder Übergewicht:

- Normgewichtig waren 1994 86%, 2001 85% und 2008 89% der Eintretenden
- Untergewichtig waren 1994 7%, 2001 9% und 2008 5% der Eintretenden
- Übergewichtig waren 1994 5%, 2001 5% und 2008 4% der Eintretenden
- Adipös waren 1994 2%, 2001 1% und 2008 2% der Eintretenden

Diskussion: Es konnte gezeigt werden, dass es auch an der Kantonsschule Sargans zwischen 1994 und 2008 keine Zunahme der Übergewichtigen gab, wie dies die eidg. Gesundheitsbefragung (92-07) auch zeigte. Es bestand auch kein Unterschied zwischen Männern und Frauen, weder was das Übergewicht noch Untergewicht betrifft. Allerdings waren im Vergleich zur eidg. Gesundheitsbefragung an der Kantonsschule Sargans jeweils 5–7% mehr Personen normgewichtig und es gab 3–7% weniger übergewichtige und adipöse Personen als im Schweizer Durchschnitt [1] Vgl. Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa, 02.09.09

P18

Rückenschmerzen bei Schülern – Häufigkeit und Behandlungsmethoden

U. Keller¹, J. Jud²
¹Wangs; ² Sargans

Fragestellung und Ziel der Arbeit: Rückenschmerzen sind häufig und damit auch eine kostenintensive Krankheit. 80% der Bevölkerung leidet gemäss Rheumaliga im Laufe des Lebens mind. einmal an einem ernsteren Rückenproblem [1]. Ziel der Arbeit war herauszufinden, wie häufig Rückenschmerzen bei Schülern mit mehrheitlich sitzender Tätigkeit vorkommen und wie diese behandelt werden.

Methode: Es wurden im Herbst 2009 197 Personen mittels eines Fragebogens retrospektiv zum Problem Rückenschmerz befragt. Antworten von 112 Frauen und 85 Männern zwischen 14 und 22 Jahren, welche die Kantonsschule Sargans (132) oder die kaufmännische Berufsschule in Buchs SG (65) besuchen, konnten ausgewertet werden. **Resultate:** 59% der Befragten gaben an zwischen 2003 und 2009 nicht an Rückenschmerzen gelitten zu haben. Von den 41% der Jugendlichen, die zwischen 03 und 09 an Rückenschmerzen litten hatten aktuell gerade 38 (= 19%) Rückenschmerzen, die mindestens 3 Tage dauerten. Die Schmerzen waren gleich häufig im Kreuz wie am Hals (je 43%). In den letzten 3 Jahren besuchten 25 Personen (= 13%) eine Physiotherapie, was dem langjährigen Durchschnitt der letzten 9 Jahren entspricht. Auf die Frage, ob die Physiotherapie Schmerzlinderung bewirkte antworteten 23% mit nein, überhaupt nicht, 48% mit teilweise und 29% mit ganz gut. Als weitere häufige Behandlungsarten wurden genannt: 12% machten ein eigenes Bewegungsprogramm und je 11% benutzten selbst gekaufte Salben oder liessen sich von Laien massieren. Insgesamt behandelten 60% ihre Rückenschmerzen selbst mit Bädern, Salben oder Massagen von Laien. Je 3% benutzten vom Arzt verschriebene Medikamente, eigene Entspannungstherapien oder homöopathische Mittel.

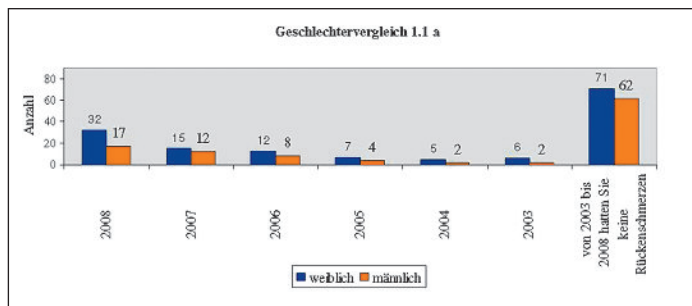
Diskussion: Rückenschmerzen treten auch bei den mehrheitlich sitzenden Schülern der Ostschweiz häufig auf. Interessant und auch volkswirtschaftlich von Bedeutung ist die Tatsache, dass sich die grosse

Mehrheit der Betroffenen selbst behandelt und nur 13% eine Physiotherapie aufsuchen, die wiederum nur bei 28% der Behandelten eine annähernde Beschwerdefreiheit bewirkte. Beachtenswert ist der konstant um ca. 10% höhere Anteil Frauen mit Rückenschmerzen. Ebenso erstaunlich ist die Tatsache, dass alle Befragtenangaben 2–3x/Wo mind. ½ Stunde Sport zu treiben.
 1 http://www.presseportal.ch/de/pm/100000404/100546672/rheumaliga_schweiz_ligue_suisse_contre_le_rhumatisme

Behandlungsmethoden

Wie behandelten / behandeln Sie ihre Rückenschmerzen in den letzten acht Jahren/ aktuell?			
Behandlungsmethode	Anzahl Probanden	Prozentualer Anteil gemessen an allen Befragten	Prozentualer Anteil gemessen an den Probanden mit Rückenschmerzen
Entspannungsformen ³	48	24.37%	60.00%
Professionelle Behandlung ⁴	38	18.29%	54.50%
Arzneien ⁵	33	16.75%	41.25%
individuelle körperliche Betätigung ⁶	28	14.21%	35.00%
Tun nicht zur Linderung	13	6.60%	16.25%
Liegen oder sitzen	7	3.55%	8.75%
Entspannungstherapien	3	1.52%	3.75%

³ Entspannungsformen = Thermalbad + Massage von Laien + warm baden
⁴ Professionelle Behandlung = medizinische Massagen + Physiotherapie
⁵ Arzneien = rezeptpflichtige Medikamente + homöopathische Mittel + schmerzlindernde Salbe aus der Apotheke
⁶ individuelle körperliche Betätigung = persönliches Bewegungsprogramm + Alternativsportarten



Frauen:Männer

Modification du poids corporel et prévalence de problèmes métaboliques chez des migrants latino-américains précaires à Genève

E. De Preux, D. Pignat, S. Paris, A. Pernet, P. Rufenacht, F. Seuret, M. Besson, Y. Jackson (Genève)

Introduction: L'Unité Mobile de soins communautaires (Umsco) des Hôpitaux Universitaires de Genève facilite l'accès aux soins des personnes précaires. Les migrants latino-américains présentent souvent une variation pondérale suite à l'arrivée en Suisse ainsi qu'une prévalence élevée de problèmes métaboliques (HTA, DM, hypercholestérolémie). L'objectif est d'évaluer la variation pondérale après l'arrivée en Suisse et de dépister les problèmes métaboliques courants dans la population migrante précaire latino-américaine adulte à l'Umsco.

Méthode: Entre décembre 2009 et janvier 2010, le premier patient éligible des matins et des après-midis de consultation ont été évalués. Les variables anamnestiques étaient l'année d'arrivée en Suisse et le poids au départ d'Amérique latine alors que le poids actuel, la taille, la tension artérielle, la glycémie et le taux de cholestérol ont été mesurés.

Résultats: 78 patients ont été évalués: 84% de femmes, d'âge moyen de 44,3 (déviations standard (DS) 11) ans. La Bolivie (35%), le Brésil (23%) et l'Equateur (12%) étaient les pays les plus représentés. La durée de séjour moyenne en Suisse était de 5,1 (DS 2,9) ans. En moyenne, les sujets ont pris 3 kg depuis leur arrivée. Quarante-neuf (62,8%) patients ont pris du poids (moyenne +8 kg), 6 (7,7%) sont restés stables et 22 (28,2%) ont perdu du poids (moy. -7 kg). Il n'y avait

pas de différence significative entre les 3 groupes en termes de BMI, âge et durée de séjour en Suisse. Le BMI en Suisse était augmenté significativement par rapport à celui avant le départ (27 versus 25,9, p = 0,025). Vingt (25,6%) sujets étaient obèses, 23 (29,5%) hypertendus, 7 (9,1%) diabétiques et 14 (18,2%) hypercholestérolémiques.

Conclusion: Cette étude montre que deux tiers des migrants précaires latino-américains consultant à l'Umsco ont pris rapidement du poids après leur arrivée en Suisse. Une part substantielle de cette population jeune est obèse et présente des problèmes métaboliques. Des programmes communautaires de gestion de l'alimentation et de promotion de l'activité physique sont indiqués auprès de cette population pour limiter et prévenir la survenue de complications.

P20

Optimierter Medikamenteneinsatz – ein neuer Einstieg in die Netzentwicklung?

C. Marti, O. Strehle (Zürich)

Der Vernetzung von Leistungserbringern (integrierte Versorgung) gehört die Zukunft. Katalysatoren für die Vernetzung der Grundversorger waren bisher meist Hausarztmodelle mit und ohne Budgetverantwortung. Die Akzeptanz dieser Modelle in der Ärzteschaft ist beschränkt auf Teile der Deutschschweiz und Genf und auch dort nur auf eine Minderheit der Bevölkerung. Anstelle von Hausarztmodellen bietet die systematische Optimierung des Medikamenteneinsatzes eine interessante Alternative zur Vernetzung von Leistungserbringern – mit dem Vorteil, dass die Patienten sich nicht für ein Versicherungsmodell entscheiden müssen. Optimierter Medikamenteneinsatz – der Erfolg ist messbar. Für viele medizinische Alltagsprobleme stellt der Markt dem Arzt viele medizinisch gleichwertige, aber unterschiedlich teure Medikamente zur Verfügung. Zudem wird heute die ambulante Medikation, auf den einzelnen Arzt und Patienten bezogen, mit elektronischen Medien sehr detailliert abgebildet (Praxissoftware/Versicherungsdaten). Koordiniert durch die Medsolution AG optimieren seit 2005 die Netze mediX zürich, SântiMed und WintiMed systematisch und gemeinsam den Einsatz von Säureblockern. In diesen drei Ärztenetzen sind die Tageskosten für Säureblocker bis zu 25% tiefer als bei den übrigen Grundversorgern in der gleichen geographischen Region. Die Schritte zum Erfolg

1. Themenwahl und Erarbeitung eines evidenzbasierten Therapiekonsens im moderierten Qualitätszirkel (QZ)
2. Datenbasiertes Feedbacksystem: Jeder beteiligte Arzt stellt der Projektleitung die Verschreibungs-/Abgabedaten seiner Medikamente zur Verfügung. Die Projektleitung erstellt für den QZ regelmässig ein Profil des Verschreibungsverhaltens der einzelnen QZ-Ärzte.
3. Professionelle Prozess-Steuerung mit regelmässigem Erfahrungsaustausch anhand der Verschreibungsprofile in den QZ, individuelle Zielformulierungen. Individuelle Belohnung des Netzarztes für eine gute Umsetzung des Therapiekonsens (z.B. aus Verträgen mit Versicherungen). Einbezug weiterer Akteure (z.B. Praxisassistentinnen, Apotheker)

Gruppendynamisch werden meist folgende Etappen durchlaufen: Forming (gegenseitiges Abtasten) – Storming (Rollenklärung) – Norming (Offenheit, gegenseitige Unterstützung) – Performing (Leistung und Erfolg).

*1998 bis 2008 Geschäftsleiter WintiMed ** Medsolution AG, Sumatrastrasse 10, 8006 Zürich

P21

Casereport: Ungewöhnliche Ursache von Gewichtsverlust, Rückenschmerzen, Anämie, Splenomegalie und Nierentumor

S. Häfelfinger, D. Schmidt (Walenstadt)

Ein 31-jähriger, mit einer Schweizerin verheirateter Libanese stellte sich fünf Monate nach einem Familienbesuch im Libanon bei der Hausärztin wegen Abgeschlagenheit und diffusen Schmerzen an Kopf, Nacken und Rücken vor. Bei zunehmender Anämie und Gewichtsverlust erfolgte die Hospitalisation. Diagnostisch führend fand sich eine massive Splenomegalie und eine hypochrome, mikrozytäre Anämie, weswegen eine Knochenmarks-Untersuchung veranlasst wurde. Die weitere Bildgebung mittels Computertomographie zeigte einen tumorverdächtigen Nierenherd links. Die MRI-Untersuchung ergab den Verdacht auf eine Spondylodiscitis. Im Bandscheibenpunktat konnte Brucella melitensis nachgewiesen werden. Nachdem der Patient auch

rezidierend aufgefiebert hatte und Blutkulturen positiv auf *Brucella* ausfielen, fügten sich die verschiedenen Puzzleteile zur Diagnose «Septische Brucellose» zusammen. Fast gleichzeitig wurde auch seine Ehefrau wegen einer Arthritis hospitalisiert, und es konnte bei ihr ebenfalls eine Brucellose diagnostiziert werden. Die beiden erinnerten sich, im Libanon nicht-pasteurisierten, frischen Geisskäse gegessen zu haben. Unter Therapie mit Garamycin, Rimactan und Vibramycin zeigte sich ein wechselnder Verlauf mit langsamer Regredienz der klinischen und radiologischen Befunde. Vier Monate nach Spitalaustritt ist der Patient nicht beschwerdefrei und bei weiterhin vorhandener Entzündungsaktivität im MRI noch immer unter antibiotischer Therapie. Die Brucellose ist weltweit die bakterielle Zoonose mit der höchsten Prävalenz. Verursacht wird sie durch die gramnegative *Brucella*-Species. Übertragungswege sind die Einnahme von rohen Milchprodukten, der Verzehr von kontaminiertem Fleisch und der Direktkontakt mit infizierten Tieren oder deren Exkrementen. Die Brucellose weist eine hohe Morbidität auf und neigt aufgrund der Tatsache, dass es sich um ein intrazelluläres Bakterium handelt, zu häufigen Rezidiven. Anhand des vorliegenden Falles soll der teilweise unberechenbare Verlauf dieser Krankheit sowie ihre vielfältigen Manifestationen aufgezeigt werden.

Nierentumor links



Spondylodiscitis



Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten im Integrierten Versorgungs-Netzwerk PizolCare: Analyse des Patientengutes mittels eines einheitlichen Rapportformulars

T. Hatziisaak¹, U. Keller²
¹Trübbach; ²Wangs

Einleitung: Die Physiotherapiekosten machen bei PizolCare etwa 4% des ManagedCare-Budgets aus. Es ist deswegen sinnvoll, dass von Grundversorgerseite her Kontroll-Instrumente vorhanden sein müssen, die einerseits auf eine ausgeglichene Kosten-Nutzen-Bilanz fokussieren, andererseits aber auch ein optimales Outcome für den Patienten ermöglichen. In dieser Studie wollten wir die einheitliche Handhabung eines standardisierten Berichtsformulars für Physiotherapeuten (PT's) überprüfen und das Patientengut zwecks zukünftiger Steuerung analysieren.

Methode: Je ein Exemplar des ausgefüllten Physiotherapieberichtes aller ManagedCare-Patienten wurde von den PT's an den verordneten Arzt und an die PizolCare gesandt. Folgende Angaben mussten ausgefüllt werden und wurden für die Auswertung berücksichtigt:

- Diagnose/Indikation
- Beschwerden zu Beginn der Therapie (inkl. Biometrie und VAS)
- Beschwerden bei Therapieende (inkl. Biometrie und VAS)
- Kooperation des Patienten
- Kommentar zur Arbeitsfähigkeit

Resultate: Insgesamt wurden 428 Berichte von 11 PT's an das PizolCare-Sekretariat gesandt. Die Therapien wurden von 42 PizolCare-Ärzten verordnet. Total wurden 520 Diagnosen/Indikationen gestellt (1,2 Diagnosen pro Patient). 59% betrafen Rückenleiden (29% Lumbalsyndrome, 22% Zervikalsyndrome und 8% Thorakalsyndrome), 8% betrafen Schulterarmschmerzen (Periarthropathia humeroscapularis, PHS). 8 PT's gebrauchten konsequent biometrische Angaben und die VAS bei der ersten und letzten Sitzung. 3 PT's machten teilweise Gebrauch von der VAS. Rein narrativ berichtete kein PT. Der überwiegende Anteil der Patienten (85%) wurde bezüglich

Kooperation als «gut» bis «sehr gut» eingestuft. Kommentare zur Arbeitsfähigkeit der Patienten wurden nur sporadisch gemacht.

Diskussion: Dank dem konsequenten Rapportsystem mit standardisiertem Berichtsformular kann die Population, welche der Physiotherapie zugeführt wird, genauer analysiert werden. Fast zwei Drittel der Therapie-Indikationen betreffen in unserer Studie Schmerzsyndrome des Rückens. Hier sollten Steuerungsmechanismen ansetzen, mit denen bei gleichem Outcome Kosten eingespart werden können (z.B. frühzeitiges Zuführen zu nicht kassenpflichtiger MTT). Gemeinsam mit Physiotherapeuten muss im übrigen eine einheitliche Terminologie erarbeitet werden, die auch die Kooperation des Patienten, und dessen Befähigung, wieder an seine vormalige Tätigkeit zurückzukehren, berücksichtigt.

In welchen Disziplinen bilden sich Hausärzte weiter?

F. Marty¹, N. Zemp²
¹Chur; ²Chiasso

Die Hausarztmedizin wird in der Schweiz von Fachärzten FMH für Allgemeinmedizin, Fachärzten FMH für Innere Medizin (ohne Titel für Subspezialisierung) und praktischen Ärzten ausgeübt. Wir präsentieren hier die Art und die Dauer der Weiterbildung für den «Facharzt Allgemeinmedizin». Die Angaben werden von der SGAM jährlich anlässlich der Vergabe des Facharzttitels erhoben. Daten zur Weiterbildung der hausärztlich tätigen Internisten und der praktischen Ärzte sind uns keine bekannt.

Titelverleihungen: Im Jahre 2009 wurden 122 Facharzttitel FMH Allgemeinmedizin vergeben. Dies liegt nah am Durchschnittswert der letzten 10 Jahre (117 Titel /Jahr). Erstmals überwogen die Frauen (62 Frauen gegenüber 60 Männern). 70 der neuen Titelträger absolvierten eine Praxisassistenten (70 in der Allgemeinmedizin, 4 bei einer Spezialisierung), 83 schrieben eine Dissertation.

Welche Fächer absolvierten die neuen Facharzttitel-Träger?

Das Weiterbildungsprogramm für Facharzt Allgemeinmedizin ist sehr offen gehalten. Pflichtfach ist ein Jahr stationäre Medizin plus ein Jahr in stationärer oder ambulanter Innerer Medizin oder Allgemeinmedizin. Chirurgie war bis 2006 ebenfalls Pflichtfach. Innere Medizin wurde von allen 122 neuen Facharzt-Trägern absolviert, Chirurgie wählten 119, Allgemeinmedizin 83, Psychiatrie 35 und Physikalische Medizin/Rehabilitation 31. Die mittlere Weiterbildungszeit (Median) betrug 72 Monate oder 6 Jahre (60 Monate bis 177 Monate). Insgesamt absolvierten die neuen Fachärzte für Allgemeinmedizin 9641 Monate Weiterbildung, 2636 in Innerer Medizin, 1957 in Chirurgie, 1119 in Allgemeinmedizin, 473 in Psychiatrie und 493 Monate in Physikalischer Medizin/Rehabilitation. 80 der 122 neuen Facharzttitel-Träger bildeten sich in 4 oder 5 Disziplinen weiter.

Die elektronische Krankengeschichte 2010 – Ergebnisse einer Online-Umfrage

H. Bhend¹, F. Marty²
¹Aarburg; ²Chur

Einleitung: Eine repräsentative Umfrage Ende 2007 bei niedergelassenen Ärzten (Hausärzte und Spezialisten) zeigte, dass 12% der Praxen mit elektronischen Krankengeschichten arbeiteten. 3/5 der Ärzte zogen einen Umstieg auf die elektronische Patientendokumentation nicht in Betracht. Um die aktuelle Situation betreffend der elektronischen Dokumentation bei den Hausärzten besser einschätzen zu können führte SGAM.informatics Ende Februar eine email-basierte Umfrage bei den Hausärzten durch.

Methode: Am 23. Februar wurde eine Online-Umfrage mit 3 Fragen an den SGAM-Mail-Adressenpool geschaltet: Frage 1 lautete «Wo stehen sie im Umstellungsprozess?» (Auswahlfrage), Frage 2 fragte nach Angaben zur Breite der Nutzung (Mehrfachantwort möglich) und Frage 3 erhob Daten zur Selbsteinschätzung der IT-Kompetenz. Es wurden 2868 Mails an deutschsprachige und 242 Mails an welsche Kolleginnen und Kollegen verschickt.

Resultate: Die Frage «Wo stehen sie im Umstellungsprozess?» wurde von 1015 Ärzten beantwortet. 148 Ärzte (14,6%) hatten vor mehr als 3 Jahren auf eine elektronische Dokumentation umgestellt, 234 (23,1%) während der letzten 1-3 Jahre und 68 (6,7%) planen im Jahr 2010 umzustellen. 72 Ärzte (17,1%) sehen ein Umstellung ab 2011 vor, 463

P22

P23

P24

Ärzte (48,6%) ist der Wechsel weg von der papierbasierten Krankengeschichte kein Thema. 316 Ärzte (31,1%) dokumentieren elektronisch, 317 (31,2%) verwalten Dokumente elektronisch und 320 (31,5%) benutzen eine elektronische Agenda. Bei 289 (28,5%) Ärzten sind die Laborgeräte elektronisch angebunden, 149 (14,7%) benutzen eine Medikamentenverwaltung mit einem Expertensystem und 114 (11,2%) verfügen eine Software mit einer Schnittstelle zu Ultraschall oder Röntgen. 33 (4,0%) fühlen sich oft oder dauernd überfordert, 130 (15,6%) fühlen sich gelegentlich überfordert, bei 190 (22,8%) «geht es meistens irgendwie», 257 (30,9%) sind auf Fremdhilfe angewiesen, 223 (26,8%) können sich praktisch immer selber helfen.

Diskussion: Ein direkter Vergleich mit der SISA-Studie 2007 ist aufgrund der unterschiedlichen Methodik nicht möglich, Ein Vergleich mit einer ähnlichen Online-Umfrage aus dem Jahre 2006 zeigt, dass eine Zunahme der elektronisch arbeitenden. Damals antworteten 916 Ärzte: 20% arbeiteten mit einer elektronischen KG oder gaben an innerhalb von 2 Jahren umzustellen, für 722 Antwortende oder 80% war dies 2006 kein Thema.

Übergewicht bei Kindern: Wie können Hausärzte sinnvoll intervenieren?

B. Molinari¹, J. Barth², M. Janner², P. Frey²
¹Rechthalten; ²Bern

Ausgangslage: In der Schweiz leidet jedes 5. Kind an Übergewicht und jedes 20. Kind ist bereits in der Altersgruppe der 6- bis 8-jährigen Knaben und Mädchen adipös. Im europäischen Vergleich liegt die Schweiz mit diesen Prävalenzzahlen an 7. Stelle hinter Italien und Spanien, aber vor Deutschland und Frankreich. Folgeerkrankungen wie Hypertonie, Fettstoffwechselstörungen, Steatohepatitis (NASH) und Diabetes finden sich bei mehr als der Hälfte der adipösen Kinder, die zusätzlich auch an den psychosozialen Auswirkungen ihres Gewichtssproblems leiden.

Ziele des Projekts: Das Projekt verfolgt zwei Ziele. Einerseits sollen praxistaugliche Beratungswerkzeuge erstellt und eine Schulung der Grundversorger durchgeführt werden. Andererseits wird eine Studie die frühzeitige Erfassung und Betreuung übergewichtiger Kinder durch den Grundversorger erforschen. Mit der hausärztlichen Behandlung soll eine Veränderung des Lebensstils, des Gewichtsverlaufs, des Ess- und Bewegungsverhaltens der übergewichtigen Kinder erreicht werden.

Ablauf: In der ersten Phase erstellt das Projektteam die Beratersunterlagen für die Arztpraxen. Das Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) rekrutiert und schult 20 interessierte Hausärzte. Die deutschsprachigen Schulärzte der Kantone Freiburg und Bern erfassen alle 5- bis 7-jährigen übergewichtigen Kinder und informieren ihre Eltern über ihren abnormen Gewichtsverlauf und das Therapieprogramm. 100 motivierte Kinder werden ins Behandlungsprogramm aufgenommen. Während der 2-jährigen, zweiten Phase werden die übergewichtigen Kinder von den geschulten Hausärzten behandelt. Die Kinder und ihre Eltern werden im ersten Jahr monatlich vom Hausarzt in Bezug auf ihr Ernährungs- und Bewegungsverhalten beraten. Im 2. Behandlungsjahr erfolgen diese Kontakte zweimonatlich. Mit Telefoninterviews werden einerseits die Gründe erfasst, die bei betroffenen Familien zum Beginn oder zur Ablehnung des Behandlungsprogramms führen und andererseits wird die Motivation der Studienteilnehmer während der Behandlung verfolgt. Die gesammelten Daten aus Anamnese, Status, Labor und zum Lebensstil werden in der dritten Phase ausgewertet und publiziert. Das Poster basiert auf einem aktuellen Literaturreview zum Thema, stellt das Projekt näher vor und soll Kongressteilnehmer zur aktiven Teilnahme am Projekt ermutigen.

P25

P26

MPAs ans Telefon! Pilotstudie zur Machbarkeit der Erfassung von telefonischen Aktivitäten in Triage und Beratung von MPAs in Grundversorgerpraxen

M. Frei-Erb (Thun)

Hintergrund: Medizinische Praxisassistentinnen spielen in der Betreuung und Beratung von Patienten eine wichtige Rolle. Dabei bestehen nicht nur direkte Patientenkontakte, ein grosser Teil der Beratungen findet am Telefon statt. Gensichen J et al (Case management for depression by health care assistants in small primary care practices:

a cluster randomized trial. Ann Intern Med. 2009;151(6):369–78) konnten in ihrer Arbeit zeigen, dass sich durch strukturierte Telefongespräche von MPAs mit Patienten mit Depression die depressiven Symptome verbessern lassen. Eine weitere wichtige Funktion ist die Telefontriage, die im Gegensatz zu den von Politik und Krankenversicherungen propagierten Telefondiensten kostenlos ist.

Ziel: Erfassen der telefonischen Triage- und Beratungstätigkeit von MPAs in Schweizer Grundversorgerpraxen.

Methode: Evaluation eines Fragebogens zur Erfassung der telefonischen Aktivitäten von Triage und Beratung bei MPAs mit Erhebung folgender Daten: Gesamtzahl an Telefonen pro Arbeitstag, Anzahl Triagetelefonate, Entscheidung Triage MPA oder Arzt, Folgekonsultation Arzt notwendig, Anzahl Telefonate mit Beratungen, Diagnosen bei Beratungen, Zeitdauer der Beratung. Der Pilotversuch wurde in der Zeit vom 15.3.2010 bis 1.4.2010 in einer städtischen Praxisgemeinschaft (Hausarztmedizin/Komplementärmedizin) und durchgeführt.

Resultate: An 12 Arbeitstagen sind insgesamt 430 Telefonate gezählt worden. Davon konnten 45 als Triagetelefonate und 5 als Beratungen identifiziert werden. Bei den restlichen Telefonaten handelt es sich um administrative Fragen wie Terminvereinbarungen, Auskunft zu Rechnungen usw. Aus Sicht der beteiligten MPAs ist der Fragebogen zu aufwändig, da zu viele Informationen erfragt werden. Die Begriffe wie Triage und Beratung müssen klarer umschrieben werden. Positiv vermerkt worden ist von den MPAs die Erfahrung, dass ihre Telefontätigkeiten vielseitig und wichtig sind. Es fehlt noch am Bewusstsein der Wichtigkeit telefonischer Interventionen.

Diskussion: Erste Erfahrungen mit dem erstellten Fragebogen zeigen, dass dieser vereinfacht werden muss, die Begriffserklärungen zu verbessern sind und weitere Evaluationen nötig sind.

Die Fähigkeit der Nieren Wasser und Kochsalz auszuscheiden widerspiegelt den arteriellen Blutdruck. Eine Pilotstudie

V. Sibalic¹, S. Plancak¹, J. Hellermann²
¹St. Gallen; ²Altstätten

Einführung: Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko eine arterielle Hypertonie zu entwickeln. Ein hoher Salzkonsum in der Nahrung erhöht den Blutdruck zusätzlich. Es stellt sich die Frage, bei welchen Patienten sich ein hoher Salzkonsum besonders ungünstig auswirkt. Um diese Frage zu beantworten muss die Wasser- und Salzausscheidungsfähigkeit der Nieren untersucht und mit dem Blutdruck korreliert werden.

Hypothese: Die elektrolytfreie Wasserclearance (TeH2O) und die Urinsalzmenge (UNa) korrelieren mit dem Blutdruck.

Fragestellung: Ist es möglich, anhand eines Wassertrinktests die renale Wasser- und Salzausscheidungsfähigkeit zu bestimmen und diese mit dem Blutdruck zu korrelieren?

Methodik: 16 hypertensive und 18 normotensive Probanden wurden gebeten am Morgen um 08.00h nüchtern in der Arztpraxis einen Liter Wasser in 30 Minuten zu trinken und daraufhin 3 Stunden lang den Urin zu sammeln. Der Blutdruck wurde stündlich 4x nacheinander gemessen und daraus der Durchschnitt berechnet. Um 11h wurde mittels einer Blutentnahme und des 3h-Urins die 3h-TeH2O berechnet und die 3h-UNa gemessen. Diese Parameter wurden mit dem mittleren arteriellen Blutdruck (MAP) korreliert.

Resultate: Sowohl die 3h-UNa ($r = 0,415$ $p = 0,013$), als auch die 3h-TeH2O ($r = 0,416$ $p = 0,014$) korrelierte signifikant mit dem MAP. Der Quotient TeH2O/UNa korrelierte noch stärker und signifikanter mit dem MAP ($r = 0,490$ $p = 0,003$) (Spearman-Analyse). Je höher der MAP war, desto höher war der Quotient TeH2O/UNa.

Diskussion: Weil der Quotient TeH2O/UNa mit dem MAP korreliert, könnte er als Parameter für die renale Wasser- und Salzausscheidungsfähigkeit bei normotensiven und hypertensiven Patienten dienen. Dieser Quotient könnte deshalb auch mit der Blutdruckdifferenz unter salzreicher und salzärmer Diät bei hypertensiven Patienten korrelieren. Schlussfolgerung: In der folgenden Studie soll untersucht werden, ob der Quotient TeH2O/UNa auch ein Parameter für die Salzsensitivität bei hypertensiven Patienten darstellen könnte.

P27

P28 24-Stunden-Blutdruckmessung: Welcher Wert zählt?

P. Badertscher, K. Bally, P. Tschudi, A. Zeller, B. Martina (Basel)

Hintergrund und Methoden: 24-Stunden-Blutdruckmessungen werden zunehmend empfohlen. Sie sagen das kardiovaskuläre Risiko vor und unter Therapie besser voraus als Praxis-Blutdruckmessungen. Gültiges Mass gemäss Richtlinien ist der Mittelwert aller korrekt gemessenen Werte während 24 Stunden, während der Wachzeit (Tag) und während der Ruhezeit (Nacht). Zu hoch sind Werte ab 130 systolisch oder 80 mm Hg diastolisch über 24 Stunden, und ab 135 systolisch oder 85 mm Hg diastolisch tagsüber; die Nachtwerte sollten 10–15% tiefer als die Tageswerte liegen (Dipping). Wir berichten über die Korrelation der Blutdruckmittelwerte mit dem Prozentsatz der erhöhten Einzelwerte (Load). Der Load gilt als pathologisch, wenn >24% der Tages-Einzelwerte >139/89 mm Hg sind.

Resultate: Mittelwert: Von 100 strikt konsekutiven 24-Stunden-Blutdruckmessungen bei ambulanten Patienten ergaben 62 (62%) eine Hypertonie (Mittelwert tagsüber >134 systolisch oder 84 mm Hg diastolisch), davon sind 17 nur systolisch, 7 nur diastolisch und 38 systolisch und diastolisch zu hoch. Load: Zu hoher Load (>24 % der Werte liegen über 139/89 mm Hg) fand sich isoliert systolisch 15 Mal, isoliert diastolisch 7 Mal und systolisch/diastolisch 49 Mal, total in 72%. Übereinstimmung: Die Übereinstimmung Tages-Mittelwert/Tages-Load beträgt für den systolischen Wert 90% und für den diastolischen 92%, d.h. nur 10 bzw. 8 Mal waren Mittelwert und Load unterschiedlich. In allen 10 systolischen bzw. 8 diastolischen Fällen war der Mittelwert normal, aber der Load zu hoch (Load 25–43%). Nie fand sich ein erhöhter Mittelwert und ein normaler Load. Dipping: Eine Absenkung des Nacht-Mittelwertes gegenüber dem Tageswert um <10% kann ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko anzeigen. Von 100 Fällen zeigte sich eine systolische Absenkung von >15% in 32 Fällen, von 10–15% in 24 Fällen, in 5 Fällen war der Nachtwert höher als der Tageswert (reverse dipping, davon 1x bei Schichtarbeit) und 39 Fälle ergaben Non-Dipping. Von den Non-Dippern waren 17 normoton. Von 55 tagsüber systolisch hypertensiven Profilen sind also 22 Non-Dipper, gemäss Computerauswertung. Praktisch muss immer individuell das Aktivitäts-, Schlaf- und Siestverhalten berücksichtigt werden, so dass echtes Non-Dipping seltener ist.

Konklusion: Der «Goldstandard» ist der Mittelwert. Der Load bringt meist keine wesentliche Zusatzinformation. Weitere Studien und Auswertungen werden u.a. den Einfluss von Stress und Betablockertherapie zeigen.

P28

Realisierung und Funktionalität: 1. Darstellung von Webinhalt in einem Fenster des Applikation. 2. Markierung eines Suchbegriffes im Konsultationstext. Auswahl des Decision-Supportes nach 'Rechtsklick' im aufklappendem Auswahlménú Auswahl der Zieladresse im aufgeklappten Ménú. 3. Mit einem Doppelklick wird der markierte Text als Suchbegriff an die Zieladresse versandt. Bei kostenpflichtigen Angeboten (wie die EbM Guidelines) werden die Login-Angaben (Username und Passwort) automatisch mitversandt. 4. Der Ziel-Webserver verarbeitet die Anfrage und gibt die Ausgabe dieser Anfrage an den Arzt zurück. 5. Der Arzt erhält seine gesuchte Information im Browserfenster innerhalb der Applikation.

P30 Vergleichseinkommen der Fachärzte für Allgemeinmedizin Jahr 2001 versus Jahr 2005F. Marty¹, F. Zogg²
¹Chur; ²Zug

Einleitung: Auf den 1. Januar 2004 wurden in der Schweiz die verschiedenen kantonalen Tarife durch einen neuen nationalen Tarif (Tarmed) abgelöst. Die Zusammenstellung von Reichert¹ zeigt erstmals die Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft unter Tarmed. Wir präsentieren hier, als Auszug aus dieser Zusammenstellung, die Einkommensverhältnisse der Fachärzte für «Allgemeinmedizin FMH» (<65 J) der Jahre 2005 und 2001² und berechnen das Vergleichseinkommen.

Methode: Als Rohdaten lagen uns die Mittelwerte und die Zentralwerte aller Einkommen pro Kanton vor, sowie eine Aufschlüsselung nach den drei Kategorien a) Kantone mit direkter Medikamentenabgabe (DMA), b) Kantone mit einem Mischsystem und c) Kantone ohne direkte Medikamentenabgabe (ohne DMA).

Ermittlung des Vergleichseinkommens

Das AHV-pflichtige Einkommen lässt sich nicht direkt mit dem Bruttoeinkommen eines Unselbstständigerwerbenden vergleichen. Laut einer Studie Zentralstelle für Medizinaltarife beträgt der sogenannte «Aufwertungsprozentsatz» mindestens 17,8% und muss zur Ermittlung eines Vergleichseinkommens vom «AHV-pflichtigen Einkommen» abgezogen werden.

Resultate: Das AHV-pflichtige Einkommen der Fachärzte für Allgemeinmedizin FMH betrug im Jahre 2001 178 000 Fr, im Jahre 2005 173 600 Fr. In den Kantonen mit DMA sank es um nominal um –1,5% (real inkl Teuerung –4,7%); in jenen mit einem Mischsystem um –5,2% (–8,3%); in den Kantonen ohne DMA stieg es um +5,8% (+2,4%). Der Vergleich pro Kanton zeigt erhebliche Schwankungen. Von der Umstellung auf den Tarmed-Tarif profitierten die beiden Kantone Genf (45%) und Schwyz (27%) sowie diverse Kantone mit einem Einkommens-Zuwachs zwischen um die 10%. Die Verlierer waren die Kantone Schwyz und beide Basel mit einer Reduktion zwischen 5 und 10%. In den Kantonen Zürich, Basel-Land und Tessin büssten die Ärzte 2005 gegenüber 2001 9–14% des Einkommens ein. Das für einen Vergleich relevante Einkommen der Hausärzte «gesamte Schweiz» beträgt im Jahre 2005 150 934 Fr, für die Kantone mit DMA 193 677 Fr, die Kantone mit einem Mischsystem 141 512 Fr und die Kantone ohne DMA 140 875 Fr.

Diskussion: Die Einkommen der Hausärzte in der Schweiz waren im Jahre 2005, das erste volle Jahr mit Tarmed-Honorareingänge, teuerungsbereinigt 5,7% tiefer als im Jahre 2001. Das bei politischen Diskussionen kolportierte Jahreseinkommen von knapp 200 000 Fr verzerrt die wahren Verhältnisse.

1 Reichert M. Einkommensverhältnisse der freien Ärzteschaft der Schweiz in den Jahren 2006 (neu) und 2005 (Re-Evaluation) http://www.saez.ch/pdf_d/2010/2010-12/2010-12-092.PDF
2 Marty F, Hasler N, Späth HU. Einkommensverhältnisse der Allgemeinmediziner in der Schweiz 2001. <http://www.primary-care.ch/pdf/2006/2006-25/2006-25-326.PDF>

P29 Elektronische Krankengeschichte und «Decision-support». Ein Anwendungs-Beispiel

F. Marty (Chur)

Einleitung: Software für die Arztpraxis entwickelt sich immer stärker zu einem multifunktionalen Arbeitswerkzeug. Gefragt sind:
– Führung eines elektronischen Patientendossiers (Dokumentation)
– Unterstützung bei der Informationsbeschaffung (Information)
– Einsatz in Grosspraxen und Ärztenetzwerken Anschluss an eHealth (Kommunikation)

Die Aufgaben sind komplex, die Umsetzung verlangt moderne Software-Architekturen, ein Engagement der Anwenderseite (Ärzte) und die Klärung der Finanzierung. Wir berichten über ein Projekt zur Informationsbeschaffung (Decision Support) während der Sprechstunde.

Ein gut geprüftes und erfolgreich eingeführtes Informationswerkzeug für unmittelbaren Entscheidungssupport in der Hausarztmedizin sind die «EbM-Guidelines, Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis». Diese gibt es in Buchform und als stets aktualisierter Webservice (mit zusätzlichen Features wie Video, Bilder, Verweise auf Cochrane etc.)

Projekt: Ziel: Einbindung des Webservices «EbM-Guidelines, Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis» in eine Ärztesoftware.

Anforderung: Versand einer Suchanfrage, ergonomisch optimal, aus der Applikation heraus. Idealerweise mit einem Mausclick.

Plattform: Als Applikationsplattform wurde «Elexis» gewählt. Die Funktionalität lässt sich mit vergleichbar geringem Aufwand als Plug-in programmieren. Das fertige Plug-in kann im Internet zur Verfügung gestellt, von Interessenten auf einfache Art heruntergeladen und dem eigenen Elexis-Programm angefügt werden.

P29

Hausarztmedizin Schweiz – Quo vadis?

F. Marty (Chur)

Die Hausarztmedizin, in modernen Gesundheitswesen weltweit schon seit Jahrzehnten etabliert, versucht sich in unserem Lande immer noch durchzusetzen. Die Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Primärversorgung, bisher mit drei verschiedenen Weiterbildungs-Titeln, sollen neu unter dem einheitlichen Facharzt-Titel «Allgemeine Innere Medizin» zusammengefasst werden.

Der Entwurf für ein Weiterbildungsprogramm (WBP) Allgemeine Innere Medizin (AIM) ist jedoch lediglich eine sanfte Revision des WBP «Innere Medizin 2002». Es verpflichtet nicht zu international akzeptierten Standards für eine moderne hausärztliche Weiterbildung. Mit der Übergewichtung der Innern Medizin verhindert es geradezu eine Anpassung des Curriculums an die Bedürfnisse einer adäquaten Weiterbildung (WB) in Hausarztmedizin.

Das Grundproblem des WBP AIM ist sein viel zu weit gespannter Bogen und das Ignorieren einer «inneren Logik»:

- Die ärztliche Tätigkeit in der Primärversorgung **und** Sekundär-/Tertiärversorgung sollen unter **einem** WBP vereint werden.
- Das «Allgemeine» (die Breite einer WB in Hausarztmedizin) soll aus dem «Speziellen» (der Inneren Medizin, einem Teilgebiet der klinischen Medizin) entwickelt werden. Ein solches WBP muss an Zielkonflikten scheitern. Es steht sozusagen auf dem Kopf.

P31

Der Entwurf des WBP AIM zeigt klar die Grenzen einer hausärztlichen WB innerhalb der Fachdisziplin «Innere Medizin». Die Hausarztmedizin als Fachdisziplin verschwindet, sie mutiert zu einem «Allgemeininternisten plus ein Allerlei», ohne Konzentration auf das Wesentliche. Der Rahmen des WBP AIM verunmöglicht die weitere Entwicklung der Hausarztmedizin und nimmt internationale Standards in «General Practice/Family Medicine» in keiner Weise auf. Die auf dem Poster präsentierte Alternative skizziert die Eckwerte eines WBP in Hausarztmedizin.

- Die Basis-WB, der Pflichtteil, deckt alle relevanten Bereiche für das Fach «Hausarztmedizin» ab. Der Arzt in WB hatte Einblick in die Grundlagenfächer der klinisch stationäre Medizin und in die Primärversorgung/ambulante Medizin und kann auf diesen Grundlagen die weitere Karriereplanung effizient gestalten.
- Die Aufbau-WB ist modular aufgebaut, flexibel, lässt individuellen Interessen Raum und eröffnet Karrieremöglichkeiten an den Nahtstellen Medizin/Gesellschaft (Forschung, Lehre, Public Health, Betriebswirtschaft/Management, eHealth u.a.) offen ist in Richtung zum Spitalinternisten.
- Das WBP baut auf eine für Hausarztmedizin wichtige und auch logisch-sinnige Reihenfolge: das Allgemeine zuerst und das Spezielle danach. Je nach Wahl der Aufbau-WB kann der FA-Titel AIM zusätzlich erworben werden.

Erstautorenverzeichnis

Die Zahlen verweisen auf die Seiten dieses Supplementheftes.

Ausfeld-Hafter B 3 S

Badertscher P 11 S

Bernath R 2 S

Bhend H 9 S

De Preux E 8 S

Deppeler M 4 S

Frei-Erb M 10 S

Häfelfinger S 8 S

Hatzisaak T 3 S, 4 S, 5 S, 9 S

Keller U 5 S, 6 S, 7 S

Marti C 8 S

Marty F 9 S, 11 S, 12 S

Merlo C 2 S

Molinari B 10 S

Nordmann Y 2 S

Romerio Blaeuer S 2 S

Schaufelberger M 4 S, 5 S

Schmid M 4 S

Sibalic V 10 S