Abstracts SwissFamilyDocs Conference 2013

29./30. August 2013, in Bern

FC1

Development of a brief assessment tool for the early diagnosis of geriatric syndromes in primary care: the AGE (Active Geriatric Evaluation) program

N. Senn[1], J. Cornuz[1], I. Locatelli[1], C. Büla[1], S. Monod[1] ([1]Lausanne)

Context: The ageing of the population associated to the increase of prevalence of chronic diseases and functional dependency are major public health challenges. Early diagnosis and management of geriatric syndromes has been shown to delay functional decline and improve quality of life in older persons. However, geriatric syndromes are often under diagnosed by primary care (PC) physicians, partly due to the lack of adapted tools to comprehensively assess old patients.
Objective: Develop and validate a brief assessment tool (BAT) for geriatric syndromes identification in primary care
Design: literature review, BAT development and assessment of the instrument against geriatric consultation (validation as gold standard)
Setting: primary care and geriatric consultation
Participants: >70 years old visiting PC facilities
Intervention: BAT
Results: Based on literature review, nine geriatric syndromes that could be assessed comprehensively in PC using simple validated tests were identified and used to generate the BAT: 1) cognitive impairment (Mini-Cog); 2) mood disorder (two questions); 3) functional impairment in basic and instrumental activities of daily living (four questions); 4) urinary incontinence (four questions); 5) malnutrition(weight loss history); 6) gait and balance impairment: history of falls and gait observation; 7) osteoporosis, height loss and physical signs; 8) hearing impairment (simplified whisper test); 9) visual impairment (Newspaper reading test). Validation of the geriatric consultation has shown good inter-rater reliability (agreement ranged from 55% to 90% and Kappa was 0.56 to 0.8).
Conclusion: The BAT developed along this AGE program is aimed to be used by primary care physicians. The geriatric consultation was also validated as a valuable gold standard for the program and will be used to assess the performances of the BAT. Investigation of its effectiveness through a randomized trial in PC is also planned. This original collaborative project between a PC institution and a specialized geriatric consultation guarantees the continuity and homogeneity in the development of the intervention.

FC2

Discontinuation of secondary prevention medication after myocardial infarction – the role of GPs and patients

K. Bally[1], P. Tschudi[1], B. Martina[1], A. Zeller[1] ([1]Basel)

Background: Despite the significant benefits of secondary prevention (SP) medication evidence suggests that these medications are neither consistently prescribed nor appropriately adhered to by patients.
Aim: To investigate the role of GPs and patients regarding discontinuation of guideline-recommended SP medication after MI and reasons for discontinuation.
Design and Setting: In this observational study GPs of patients who had suffered acute MI provided information on discontinuation of SP medication 6 and 12 months after hospital discharge.
Methods: A questionnaire-based approach was used a) to assess the quality of prescribing guideline-recommended SP medication after myocardial infarction, b) to determine reasons for stopping SP medication, c) to quantify the involvement of GPs and patients regarding discontinuation, and d) to analyse potential factors that are associated with discontinuation of medication.
Results: Of 204 subjects six and twelve months after hospital discharge 83% and 75% patients, respectively, were still on recommended SP medication. Overall, one or more SP medications were stopped (53 medications) or modified (15 medications) in 52 (25%) patients. Adverse side effects were the main reason for stopping medication (63%). There was a trend that GPs reported to be responsible for initiating discontinuation or modification more frequently than patients (62% vs. 38%, $p = 0.065$). Only age was associated with stopping of medication ($p = 0.026$) whereas sex, cardiovascular risk factors, duration of doctor-patient-relationship, and number of consultations per year were not associated with discontinuation of medication after MI.
Conclusion: The quality of prescribing guideline-recommended pharmacotherapy in patients after myocardial infarction was adequate. Three out of four patients were still on recommended SP medication after one year of follow-up. Two thirds of medication discontinuations were initiated by GPs, predominantly because of adverse side effects. Unexpectedly, a minority of patients stopped medication themselves.

FC3

Intervention brève dans un centre d'urgence pour prévenir les récidives et conséquences d'alcoolisations aiguës chez les adolescents et jeunes adultes: revue systématique de la littérature

J. Baptista[1], V. Merz[1], D. Haller[1] ([1]Genève)

Introduction: L'alcoolisation aigue chez les jeunes est un problème de santé publique important dans plusieurs pays impliquant des risques somatiques, psychologiques et sociaux inquiétants. En Suisse, la fréquence des admissions aux urgences pour alcoolisation aigue continue d'augmenter chez les 15–24 ans. A Genève une intervention structurée est proposée aux adolescents pour alcoolisation aigue à l'hôpital des enfants. Nous émettons l'hypothèse qu'une intervention brève pourrait également être utile chez les jeunes de 16 ans ou plus admis aux urgences adulte. Notre revue de littérature avait pour objectif d'évaluer l'efficacité d'interventions brèves réalisées dans un centre de soins aigus à diminuer la consommation d'alcool et ses conséquences chez les jeunes de 16 à 24 ans.
Méthodes: Revue systématique dans les bases de données Medline, Embase, Cochrane et Psychinfo. Les critères d'inclusions: études randomisées contrôlées évaluant l'efficacité d'une intervention brève chez les jeunes de 16 et 24 ans se présentant aux urgences suite à un évènement avec consommation d'alcool. Les principales issues analysées étaient: la consommation d'alcool en termes de fréquence et de quantité, ainsi que les risques liés à l'alcool. La grille d'évaluation de la Cochrane Collaboration (risk of bias) a été utilisée pour évaluer la qualité des articles inclus. Les résultats ont été analysés de manière descriptive.
Résultats: 8 articles ont été retenus avec un total de 897 participants. Dans l'ensemble, ces études étaient de bonne qualité avec un bas risque de biais. Elles confrontaient une intervention motivationnelle soit à un groupe contrôle soit à un autre type d'intervention tels qu'un entretien personnalisé ou une brochure éducative. Parmi les six articles mesurant la consommation d'alcool, trois montraient une diminution significative de la consommation pour les groupes interventions à 6 et 12 mois. Les trois articles restant ne décrivaient pas de différence significative entre les deux groupes mais notaient néanmoins une diminution équivalente de la consommation d'alcool dans les deux bras. Trois articles sur cinq concernés mettaient en évidence une diminution significative des risques liés à l'alcool, plus importante pour le groupe intervention.
Conclusion: Les études sélectionnées soulignent l'efficacité d'une intervention pour la prévention de la récidive et des conséquences de l'alcoolisation aigue chez les jeunes vus dans un service d'urgence.

FC4

Experience of Swiss GPs with negotiation of sick-leave

W. E. de Boer[1], S. Kedzia[1], P. Tschudi[1], A. Zeller[1], R. Kunz[1] ([1]Basel)

Background and relevance: In Switzerland, 75% of sickness certificates are issued by GPs. Sickness certificates account for 4% of all patient-doctor encounters [1]. International surveys document that GPs experience a variety of problems in the context of sickness certification [2], such as handling the double role as caregiver and gatekeeper to the social security system. A potential conflict can result from disagreement between patient and GP about the need for and the content of a sick note which may trouble the doctor-patient relationship.
Aim of this study: To gather information about the challenges Swiss GPs experience when issuing sick leave certificates, with a focus on conflict management and negotiation strategies to overcome challenges in practice.
Methods: National cross-sectional survey among Swiss GPs. We will use a Swedish questionnaire on problems GPs experience with sickness certification (extensively administered to GPs and other physicians in

various national surveys [2]). We will translate selected questions into German and French and add questions on sick leave requests, perceived conflicts, and negotiation strategies with patients. We will derive these questions from the literature as well as from discussion with GPs. We will set up the survey in an electronic tool (Survey Monkey), pilot it for comprehension, content and technical feasibility on a sample of 10 GPs (5 German, 5 French speaking) and adopt it according to the feedback. We will disseminate the survey using the mailing list of the Institute of Primary Care in Basel. We will use several reminder rounds to achieve a response rate of at least 30%.
Results: The survey will provide representative data about the current challenges in sick note certification and the approaches practiced by Swiss GPs to deal with the challenges. The results will be available by the time of the congress and will be shared with a wider audience.
Conclusions: The survey will identify current practice, unsolved issues and needs that should be addressed in further research.

1 Bollag U. Sickness certification in primary care- the physicians role. SWISS MED WKLY. 2007;(137):341–6.
2 Engblom M, Nilsson G, Arrelöv B, Löfgren A, Skaner Y, Lindholm C. Frequency and severity of problems that general practitioners experience regarding sickness certification. Scan J Prim Health Care. 2011;29(4):227–33.

FC5

Substitution of doctors by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis

N. A. Martinez-Gonzàlez, S. Djalali, R. Tandjung, F. Geismann, S. Markun, M. Wensing, T. Rosemann (Zürich)

Objective: To synthesise the evidence on the effectiveness and safety of nurses working as substitutes for doctors in primary care.
Design: Systematic review of randomized controlled trials (RCTs), quasi-RCTs, or cluster RCTs.
Methods: We comprehensively searched five electronic databases up to August 2012; selected and critically appraised published trials that compared the effects of nurse-led (NLC) and doctor-led (DLC) care on patient satisfaction, Quality of Life (QoL), hospital admissions (HA), mortality and costs of health services. We assessed the effects by calculating study-specific and pooled relative risks (RR) or standardised mean differences (SMD), combined results in fixed-effects meta-analysis, and assessed individual study risk of bias.
Results: Twenty four trials (39,019 participants) conducted in four countries were included. Risk of bias was moderate to high in all studies. Meta-analysis showed higher satisfaction scores with NLC interventions (n = 7, pooled SMD 0.18, 95% CI 0.13 to 0.23; p <0.00001) irrespective of whether the nurse provided care as first point of contact or not, based on single consultations, care at short term (<6 months), and for consultations requiring urgent care. Meta-analyses also showed that NLC interventions are effective at reducing the risk of HA (n = 5, pooled RRs 0.76, 95% CI 0.64 to 0.91; p = 0.003) and mortality (n = 10, pooled RRs 0.89, 95% CI 0.84 to 0.96; p = 0.003) at ≥12 months, based on a series of consultations, and in large trials (N ≥200). Other subgroup analyses demonstrated no significant differences (NSD) in the effect of care between groups. Individual trial estimates showed NSD between groups in HA (n = 4), and mortality (n = 1) of all-cause or due to coronary or non-fatal myocardial infarction. There was a suggestive effect, no inferior to DLC, of NLC interventions on QoL status and costs of care but results were confused by heterogeneous outcome reporting, the large variety of measurement scales, the different approaches used to value the resources and calculate cost in a small number of studies.
Conclusions: There is evidence that NLC can be as effective and safe as DLC in achieving high quality care and that NLC can also lead to higher patient satisfaction and reduced risk of HA and mortality. There is insufficient consistent evidence from trials that NLC is better than DLC in improving QoL or cost. These results should be considered with caution due to the methodological limitations in studies.

FC6

Communication between general practitioners/pediatric doctors and families concerned by children with cancer – results from a retrospective study

M. Frei-Erb[1], L. Torchetti[1], T. Magi[1] ([1]Bern)

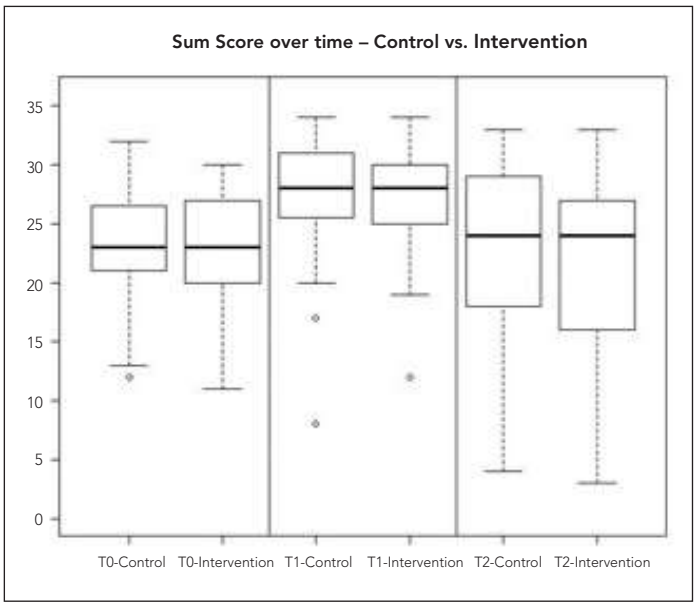
Objective: Aim was to investigate retrospectively the use of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in the treatment of pediatric oncology patients for the first time in Switzerland. Proportion of CAM use in general and its specific methods, respectively, as well as communication regarding CAM between medical staff (especially family doctors) and patients/parents were explored.
Methods: All patients treated between 2002 and 2011 at the Department of Hematology-Oncology of the Pediatric University Hospital of Bern, Switzerland, were retrospectively surveyed about their CAM-use during and after the conventional cancer treatment. Of the 257 patients/families contacted, 143 (55.6%) returned the questionnaire, and data of 131 (50.9%) patients could be analyzed. 61 of the children were girls (46.6%), mean age at diagnosis was 6.7 years (ranging from 0–17 years), 122 (93.1%) had completed treatment at the time of the survey, and 16 (12.2%) had deceased.
Results: 66 (50.4%) patients/parents indicated to have used CAM methods in conjunction with cancer treatment. 28 children (21.4% of the total sample) had applied one or two different methods and 38 (29%) had applied more than two CAM methods. The most commonly used CAM methods were classical homeopathy (56.1% of children using CAM), dietary supplements (30.3%), over-the-counter homeopathy (28.8%), and prayer/religion (28.8%). In conjunction with cancer treatment, 33 (25.2%) of all responding patients/families were informed by the medical staff about CAM and 69 (52.7%) would have desired such information. Other than friends (43.9%) and family-members (31.8%), family doctors (24.2%) served as an important information source on CAM for patients and families. Of the 66 CAM-users, 34 (51.5%) had told their family doctors, and 50 (77%) their pediatric oncologists that they were using CAM. Compared to pediatric oncologists (30%), more family doctors (58.5%) supported the concerned families in their decision to use CAM.
Conclusion: One half of pediatric oncology patients used various CAM methods. Patients/families were only selectively informed by the medical staff about CAM as an additional treatment. In this context, family doctors/paeditricians may play an important role in communicating CAM options during treatment of children with cancer. To advise such families, GPs/pediatricians should gain more information about this topic, e.g. with workshops at family doctors conferences.

FC7

minSKIN – Does a multifaceted intervention improve the competence in the diagnosis of skin cancer by general practitioners? A randomised controlled trial

R. Tandjung[1], O. Senn[1], U. Held[1], R. Kofmehl[1], T. Rosemann[1], R. P. Braun[1], G. F. Hofbauer[1], M. Wensing[2], N. Badertscher[1] ([1]Zürich; [2]Nijmegen NL)

Background: In a previous study, we investigated the effect of a one day dermatologic education program. We found a significant effect of such a short term intervention. The aim of this study was to determine whether a multifaceted intervention (including technical equipment and continuous feedback on skin lesions) leads to a long-term improvement of the competence in the diagnosis of skin cancer by GPs.
Methods/Design: Design: Randomised controlled trial (RCT). Population: 78 GPs (canton of Zurich) randomised into intervention group and control group. Intervention: GPs got a Lumio loupe, a digital camera and during one year continuous feedback based on pictures of skin lesions they sent to a dermatologist. Primary outcome: Competence in the diagnosis of skin cancer by GPs, measured as the number of



correctly classified pictures of skin lesions. Measurements: At baseline, prior to any intervention (T0), GPs were asked to rate 36 pictures of skin lesions (18 malignant, 18 benign) according to their likelihood of malignancy on a visual analogue scale (VAS) of 100 mm, from "very unlikely" (0 mm) to "very likely" (100 mm). After a full day training course with both groups (T1) and after one year of continuous feedback (T2) with the intervention group, we held another picture scoring session with both groups, using new pictures. Taking into account different levels of diagnostic difficulty (high/medium/low) for both dignities, we defined the following cut-offs on the VAS for a correct classification: >=70 mm (high), >=75 mm (medium), >=80 mm (low) for malignant lesions and <=30 mm (high), <=25 mm (medium), <=20 mm (low) for benign lesions. Statistics: A descriptive approach using boxplots, as well as non-parametric unpaired Wilcoxon tests were used to compare the number of correctly classified skin lesions between both groups at T2 and for the change between T1 and T2.
Results: At T0, both groups classified a median of 23 skin lesions correctly. This value rose to 28 for both groups at T1 and fell to 24 again for both groups at T2. No significant difference was found between the control and intervention group at T2, neither for the change of correctly classified lesion between T1 and T2.
Conclusion: No long-term effect of the multifaceted intervention was found on the competence in the diagnosis of skin cancer by general practitioners. The previously found effect of the one day dermatologic education program faded away over the investigated period of 12 months.

FC8

KOmplette MEtabolische KONtrolle: KOMEKON – das Schulungsprogramm der PizolCare für neu entdeckte Typ-2-Diabetiker

T. Hatziisaak[1], S. Fitzke[2], D. Schmidt[2], U. Keller[3]
([1]Trübbach; [2]Walenstadt; [3]Sargans)

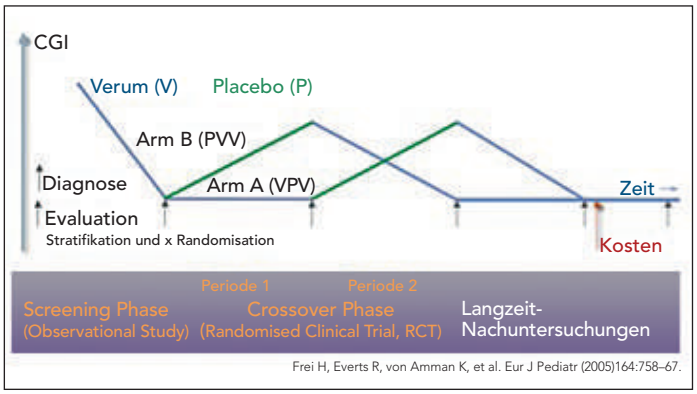
Einleitung: International gibt es verschiedene Schulungs- und Disease-Management-Programme für Patienten mit Typ-2-Diabetes. Solche Impuls-Programme zeigten wiederholt bezüglich Lebensqualität und Morbidität positive, wenn auch nicht nachhaltig anhaltende Effekte. Wesentliche Nachteile solcher Schulungen sind die Theorie- und Ernährungslastigkeit. Zudem sind die Zentren, die solche Programme anbieten für eine ländliche Bevölkerung nicht ohne grossen Aufwand zu erreichen, weswegen ein erheblicher Anteil Typ-2-Diabetiker in der Schweiz nicht davon profitieren kann.
Projektvorstellung: Seit 2011 bietet die PizolCare neu entdeckten Typ-2-Diabetikern innerhalb ihres regionalen, integrierten Versorgungsnetzwerkes massgeschneiderte Schulungen an. Ein interdisziplinäres Schulungsteam, bestehend aus einem Grundversorger mit Schwerpunkt Diabetes, einer Diabetologin, einem Angiologen, einer spezialisierten MPA, einem Physiotherapeuten, sowie einer Ernährungsberaterin und einer Podologin, schult an fünf Abenden eine Gruppe von 12 neu entdeckten Typ-2-Diabetikern. Grosser Wert wird dabei auf eine praxisnahe Ausbildung gelegt. So werden z.B. jeweils vor und nach dem gemeinsamen Essen, sowie vor und nach der gemeinsamen Fitness-Lektion BZ-Werte gemessen, anhand deren das Verständnis der Patienten für ihre Erkrankung verbessert wird. Die Programmentwicklung und –finanzierung erfolgt in Kooperation mit MSD Schweiz. Das Programm wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Pro Jahr finden jeweils 2 Schulungsgänge statt. Pro ausgebildeten Diabetiker entstanden in der Anfangsphase des Projektes Kosten von ca. CHF 1000.–. Im Verlauf rechnen wir mit CHF 700.– pro geschulten Patienten. Betreffend Nachhaltigkeit werden geschulten Patienten dreimal jährlich halbtägige Refresherkurse angeboten.
Diskussion: Wir sind überzeugt, dass dieses praxisnahe und regional einfach umzusetzende Programm sowohl den Bedürfnissen neu entdeckter Typ-2-Diabetiker, als auch deren Hausärzten entspricht. Dies zeigt sich u.a. in den positiven Kursfeedbacks. Der Aufwand pro geschulten Diabetiker liegt mit CHF 700.– in einem als günstig zu bezeichnenden Bereich. Im Rahmen einer Evaluation der als Bottom-up-Lösung konzipierten, regionalen Schulung, wird sich zeigen, inwiefern sie mit etablierten Programmen vergleichbar ist. Eine Kostenübernahme durch Versicherer ist wünschenswert.

FC9

Klassische Homöopathie ist wirksam und kostengünstig bei hyperaktiven Kindern – 10-Jahres-Ergebnisse aus einer Kinderarztpraxis

K. von Ammon[1], M. Frei-Erb[1], U. Sauter[1], S. Kretschmar[1], A. Thurneysen[2], H. Frei[3] ([1]Bern; [2]Fribourg; [3]Laupen)

Ziel: Untersuchung des klinischen Langzeitverlaufes und der Behandlungskosten bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit und ohne Hyperaktivität (AD(H)S) unter Behandlung mit Klassischer Homöopathie.
Methode: Mit den Informationen einer Pilotstudie wurde ein Studiendesign entwickelt, das sowohl zu einer randomisierten, plazebokontrollierten Doppelblindstudie (RCT) als auch zum diagnostisch-therapeutischen Vorgehen der Klassischen Homöopathie passt. Das RCT ist eingebettet in eine prospektive Beobachtungsstudie, die ab 2002 bei Kindern durchgeführt wurde, die die Kriterien für AD(H)S des DSM-IV erfüllten. Initial wurde in einer Screeningphase das individuelle homöopathische Arzneimittel eruiert.In regemässigen Abständen wurde der Conners' Global Index erhoben (CGI). Nach einer Besserung des CGI von mindestens 50% erfolgte die Aufnahme in das RCT von 18 Wochen Dauer, gefolgt von einer offen geführten Langzeit-Beobachtung. Ein Kostenvergleich wurde am Ende des RCT und während der Langzeit-Beobachtung durchgeführt.
Resultate: 83 Kinder im Alter von 7–15 Jahren wurden in der Screeningphase mit Klassischer Homöopathie behandelt. Davon erfüllten 70 das Einschlusskriterium einer mindestens 50%-igen Verbesserung des CGI zur Teilnahme im RCT. 5 Familien lehnten die Teilnahme ab, 3 Kinder erreichten die Kriterien erst kurz nach der Terminfrist. 62 Kinder (84%) nahmen am RCT teil, davon 58 Patienten bis zum Ende. Während des RCT war der CGI unter Verum signifikant tiefer (Durchschnitt 1.67 Punkte, p = 0.0479) als unter Plazebo. Die Langzeit-Beobachtung nach 17 und 115 Monaten zeigt einen durchschnittlichen CGI von 8 Punkten, was einer Verbesserung um mehr als 50% des Ausgangswertes (CGI 19 Punkte) entspricht (p = 0.0001). Die Subgruppen von Kindern ohne Therapie (n = 38), homöopathische Therapie (n = 9) oder Methylphenidat-Therapie (MPD) (n = 9) unterscheiden sich nicht signifikant. Kognitive Leistungen und soziales Verhalten haben sich während der Screeningphase und bis zum Ende des RCT hoch-signifikant verbessert (p = 0.0001 bis p = 0.0004) und sind im Langzeitverlauf stabil geblieben. Die Medikamenten-Kosten während 10 Jahren betragen pro Kind höchstens CHF 2110 (Homöopathie, Q-Potenzen) verglichen mit CHF 3650 (MPD, 20 mg/d).
Schlussfolgerung: Die Behandlung mit Klassischer Homöopathie führt bei Kindern mit AD(H)D zu einer signifikanten und über 10 Jahren anhaltenden Verbesserung der klinischen Symptome um 50% bei mindestens um 1/3 tieferen Medikamentenkosten.



Studienverlauf

FC10

Wirkungen von Akupunktur und Chinesischer Arzneitherapie (Zhi Mu 14) auf Hitzewallungen und Lebensqualität bei postmenopausalen Frauen – Ergebnisse einer vierarmigen randomisiert kontrollierten Pilotstudie

B. Ausfeld-Hafter[1], M. Nedeljkovic[2], L. Tian[2], P. Ji[2], A. Déglon-Fischer[2], P. Stute[2], E. Ocon[2], M. Birkhäuser[2] ([1]Aarau; [2]Bern)

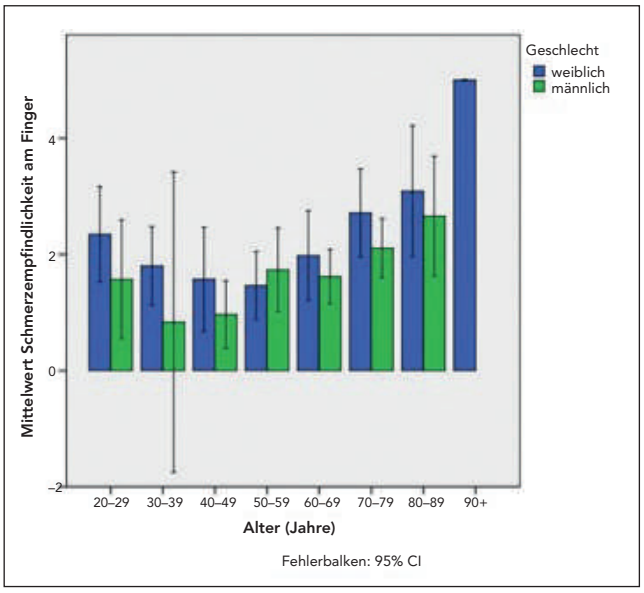
Ziel: Ziel der Pilotstudie war eine Beurteilung der Machbarkeit einer umfangreicheren klinischen Studie zur Untersuchung der Wirkungen von Akupunktur (AP) und Chinesischer Arzneitherapie (CAT) auf Hitzewallungen und Lebensqualität bei postmenopausalen Frauen.
Methoden: 40 postmenopausale Frauen, welche angaben mindestens 20 Hitzewallungen pro Woche zu haben, wurden in die Studie aufgenommen. Sie wurden randomisiert zu einer der vier Interventionsbedingungen zugeteilt: AP gemäss der traditionellen Chinesischen Medizin (TCM-AP), Scheinakupunktur (S-AP), verum CAT, oder Placebo CAT während 12 Wochen. Follow-up Messungen wurden 12 Wochen nach Abschluss der Intervention durchgeführt. Häufigkeit und Intensität der Hitzewallungen wurden als primäre Endpunkte definiert. Als ein sekundärer Ergebnismesswert wurde der Schweregrad menopausaler Symptome mittels der Menopause Rating Scale (MRS II) erfasst.
Ergebnisse: Im Vergleich zur S-AP Gruppe war in der TCM-AP Gruppe eine signifikante Reduktion in allen Messwerten von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende zu beobachten (Häufigkeit der Hitzewallungen: $P = 0.016$; Intensität der Hitzewallungen: $P = 0.013$; MRS: $P < 0.001$). In der TCM-AP Gruppe war eine anhaltend stärkere Verminderung der MRS-Werte von Behandlungsbeginn zur Follow-up Messung zu beobachten ($P = 0.048$). Keine überzufälligen Unterschiede wurden zwischen der verum und der Placebo CAT festgestellt. Im Vergleich zur verum CAT war in der TCM-AP Gruppe von Behandlungsbeginn zu Behandlungsende eine signifikante Abnahme der MRS-Werte ($P = 0.002$) und ein Trend in Richtung stärkerer Abnahme der Intensität der Hitzewallungen ($P = 0.06$) zu beobachten.
Schlussfolgerung: Die TCM-AP wies stärkere Effekte zur Minderung menopausaler Symptome auf als die S-AP und die verum CAT. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der Wirkung der verum und der Placebo CAT gemessen werden.

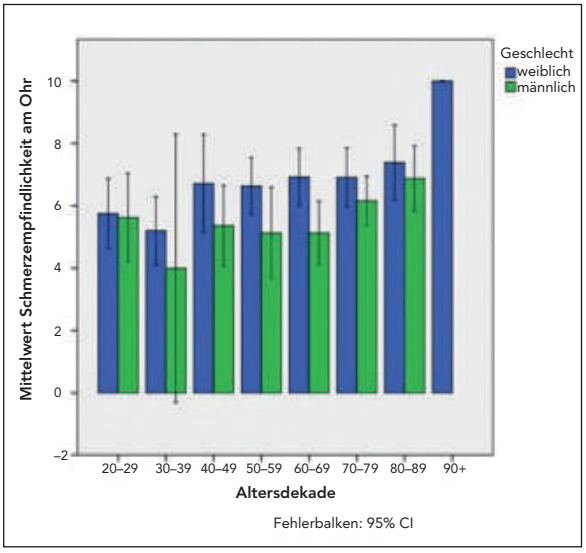
FC11

Schmerzempfindlichkeit in der Hausarztpraxis

C. Merz[1], S. Stauber[2], R. von Känel[2], R. Wirz[1], N. Egloff[2] ([1]Belp; [2]Bern)

Background: Schmerz ist das häufigste Symptom in der Hausarztpraxis. Viele Schmerzen lassen sich auf eine körperliche Schädigung zurückführen; bei einem substantiellen Anteil der Schmerzpatienten gelingt dies aber nicht (z.B. beim Fibromyalgiesyndrom) oder es gelingt nur teilweise (z.B. bei chronifizierten somatischen Schmerzen). Ziel unserer Studie war die Schmerzempfindlichkeitsverteilung in einer hausärztlichen Patientenpopulation zu untersuchen.





Methodik: Es wurden in einer Hausarztpraxis in der Agglomeration Bern mehr als 300 Personen mittels der Algopeg-Methode auf ihre Schmerzempfindlichkeit hin geprüft. Die Probanden schätzten die empfundenen Schmerzen nach Applikation eines standardisierten Druckstimulus am Ohrläppchen bzw. an der Mittelfinger-Endphalanx anhand einer Numeral Rating Scale (NRS) ein. Festgehalten wurden jeweils Alter, Geschlecht, Beruf sowie Schmerzcharakteristika.
Resultat: Es konnte bestätigt werden, dass die Schmerzempfindlichkeit per se mit dem Alter deutlich zunimmt, als auch, dass sich das weibliche Geschlecht als schmerzsensibler erweist. Besonders auffällig war, dass bei Vorliegen einer Schmerzproblematik die Schmerzempfindlichkeit deutlich erhöht wird (für alle Unterschiede $p < 0.05$).
Diskussion: Patienten mit chronischen Schmerzen und ältere Menschen neigen per se zu einer verstärkten Schmerzwahrnehmung. Dies ist ein weiterer Hinweis, dass Schmerzerfahrung zu einer Schmerzsensibilisierung führt. Die hier angewandte Algopeg-Methode ist geeignet, um diesen perzeptiven Anteil (Hyperalgesie) bei einem Schmerzproblem in der Praxis zu erfassen.

FC12

Die Video-Sprechstunden-Visite: ein Peer-Review-Instrument für den Qualitätszirkel

P. Christen[1], R. Albrecht[1], H. Grossmann[1], E. Jakab[1], S. Lautwein[1], L. von Rechenberg[1], J. Wälti[1], M. Zoller[1] ([1]Zürich)

Ausgangslage: Zahlreiche Qualitätsinstrumente werden in den Hausarztpraxen zur Qualitätsentwicklung eingesetzt. Die Sprechstundenführung als einer Kernkompetenz der Hausarzttätigkeit wird allerdings selten analysiert. Unser Qualitätszirkel (QZ) hat deshalb das Instrument «Video-Sprechstunden-Visite» entwickelt. Mit dieser Arbeit berichten wir, wie mit einer strukturierten Video-Beobachtung die Führung der hausärztlichen Sprechstunde in einem Audit gut analysiert und mit Hilfe der Zirkelunterstützung Veränderungen eingeleitet werden können.
Methode: An einem Sprechstundentag wurden konsekutiv während mind. 2 Stunden die Konsultationen mit einem Video aufgezeichnet. Die Sequenzen wurden durch den Arzt und einen Zirkel-Intervisor anhand des Laconto Peer-Review Protokolls ausgewertet. Als Anwender von elektronischen Krankengeschichten (eKG) haben wir Zusatzindikatoren zur Anwenderfreundlichkeit der eKG hinzugefügt. Insgesamt wurden 57 Konsultationen mit einer Dauer von 17 Stunden untersucht. In einer ersten Feedbackrunde tauschten Arzt und Intervisor ihre Beobachtungen aus und formulierten Zielsetzungen zur Verbesserung der Sprechstundenführung. Nachfolgend wurden in drei QZ Sitzungen die Beobachtungen vorgestellt, diskutiert und wichtigste Erkenntnisse zusammengefasst.
Resultate: In folgenden Bereichen orteten wir Verbesserungsbedarf: Dossiersicherheit (auswärtige Berichte gelesen und präsent?), Führung der polymorbiden Patienten in einem offenen und trotzdem gezielten Gespräch und Untersuchungsgang, Transparenz der Patienten- und Arztagenda, der angepasste Umgang mit Alterspatienten mit Mehrfachbehinderungen (Seh-, Hörstörungen, Kognitive Beeinträchtigungen), Schnittstellen-Stolpersteine zwischen Spital und

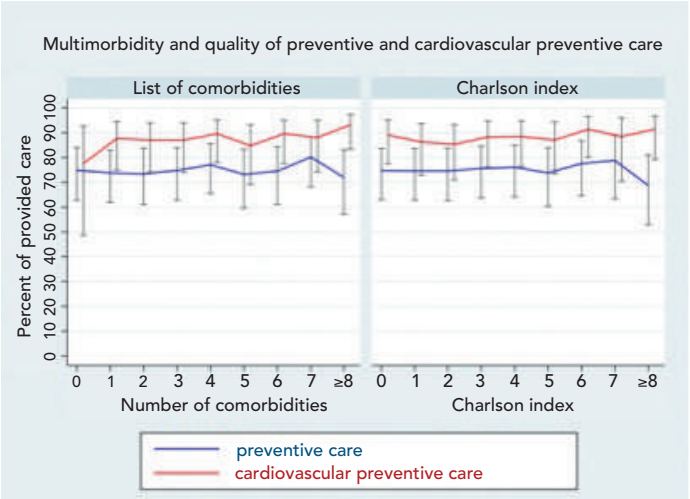
Praxis (Medikamentenliste, Abklärungsredundanzen), sowie Umgang mit Störquellen (Telefonanrufe,praxis- interne Unterbrechungen).
In der Arbeit mit der eKG fanden wir folgende Optimierungsmöglichkeiten: geräuscharme Tastaturen, 45°- Monitorwinkel zwischen Arzt und Patient, und das Beherrschen des 10-Fingersystems. Die eKG verbessert die problemorientierte Übersicht und Fallführung, gleichzeitig darf dabei die patientenorientierte Gesprächsführung nicht vernachlässigt werden. Der Audit wurde von den Zirkel-Mitgliedern als hilfreich und wertvoll beurteilt. Die Video-Visite bringt eine sehr persönliche Auseinandersetzung mit der Sprechstundenführung mit sich. Das Instrument setzt ein hohes Vertrauensniveau voraus.

FC13

Does multimorbidity interfere with quality of preventive care in Switzerland?

S. Streit[1], B. Da Costa[1], S. Weiler[1], T. H. Collet[2], D. Bauer[3], L. Zimmerli[4], P. Frey[1], J. Cornuz[2], J. M. Gaspoz[5], E. Battegay[4], E. Kerr[6], D. Aujesky[1], N. Rodondi[1] ([1]Bern; [2]Lausanne; [3]San Francisco US; [4]Zürich; [5]Genf; [6]Ann Arbor US)

Introduction: Clinical trials often exclude patients with comorbidities, but caring for patients with multimorbidity is very common for general internists. Data on the impact of multimorbidity on quality of care are conflicting. We aimed to analyze the association of multimorbidity and quality of preventive care, and to assess if psychiatric disorders interfere with quality of preventive care.
Methods: In a random sample of 1002 patients attending four Swiss university primary care settings, we abstracted medical charts over 2 years to build a retrospective cohort. The inclusion criteria were patients aged between 50–80 years followed for ≥1 year. As published definitions of multimorbidity are inconsistent, we derived a new set of comorbidities based on previous studies and added comorbidities used for the Charlson index and psychiatric diseases as an important comorbidity, finally leading to 17 comorbidities. To evaluate the quality of preventive care and cardiovascular preventive care, we searched medical charts for indicators from RAND's Quality Assessment Tool. We calculated the percentage of provided care as recommended care divided by patients who where eligible for each indicator. We calculated two aggregate scores of quality of preventive care and cardiovascular preventive care.
Results: The mean age was 63.5 years, 44% were women. Participants had a mean of 2.6 (SD 1.9) comorbidities, while only 7.6% had no comorbidities. The mean Charlson index was 1.8 points (SD 1.9). Overall, participants received 69% of recommended preventive care and 84% received recommended cardiovascular preventive care. Quality of care remained stable with increasing number of comorbidities both for preventive care and cardiovascular preventive care (figure 1). Results were similar in analyses limited to Charlson index and after adjusting for age, gender, work status, center and number of visits. Among subgroups of diseases (schizophrenia and dementia), we found less quality of care.
Conclusions: In university primary care settings in Switzerland, multimorbidity was very common and less than 10% of participants had no comorbidities. But quality of preventive care and care for cardiovascular preventive care was not affected by the increasing number of comorbidities or Charlson index. Nevertheless, in patients with dementia or schizophrenia quality of care was comprehensibly lower. Still, a high level of preventive care is possible despite multimorbidity.



FC14

Anamnèse et status pour diagnostiquer une maladie cardio-vasculaire en médecine de famille. Méta-analyse multivariée se basant sur les données individuelles des patients inclus

L. Herzig[1], G. Minalu[2], M. Aerts[2], S. Bösner[3], F. Buntinx[4], B. Burnand[1], J. Haasenritter[3], J. Knotterus[5], S. Nilsson[6], W. Renier[4], C. Sox[7], H. Sox[7], N. Donner-Banzhoff[3] ([1]Lausanne; [2]Hasselt BE; [3]Maarburg DE; [4]Leuven BE; [5]Maastricht NL; [6]Linköping SE; [7]Dartmouth US)

Introduction: Les patients se présentant avec une douleur thoracique en médecine de famille posent un défi clinique important. Les praticiens, en se basant sur l'anamnèse et la status clinique doivent déterminer la présence ou l'absence d'une pathologie cardio-vasculaire, tout en évitant des investigations ou des hospitalisations inutiles. Notre objectif a été le développement d'un score clinique, basé seulement sur l'anamnèse et le status pour exclure une pathologie cardiovasculaire en médecine de famille.
Méthode: Nous avons inclus des études prospectives de patients se présentant avec douleurs thoraciques en médecine de famille dans une méta-analyse se basant sur les données individuelles des patients inclus (Individuel data base IDP). Nous utilisions les variables de l'anamnèse et du status pour le diagnostic de maladie cardio-vasculaires. La régression logistique a permis de déterminer le meilleur modèle, que nous avons ensuite simplifié par étapes. Nous avons comparés les modèles diagnostiques en utilisant l'aire sous la courbe (ROC). Nous avons calculé la sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives positives et négatives pour les différentes variables.
Résultats: Pour notre collaboration internationale nous avons inclus cinq études comportant 3099 patients. Le modèle de score clinique le plus discriminatoire contentait 11 et le plus simple six variables. Pour un seuil de 1, notre modèle montrait une sensibilité de 94.2% (95% CI 91.4–96.2%), une spécificité de 50.4% (95% CI 48.5–52.4%), une valeur prédictive positive de 1.9 (1.82–2.0), et une valeur prédictive négative de 0.12 (0.07–0.17).
Conclusions: Notre collaboration a permis de démontrer la pertinence scientifique de l'anamnèse et du status clinique pour poser un diagnostic de maladie cardiovasculaire en médecine de famille. En plus nous avons pu démontrer le défi méthodologique d'une méta-analyse se basant sur les données individuelles des patients inclus.

FC15

Let the sunshine in – seasonal changes of vitamin D among patients from primary care

C. Merlo[1], P. Tschudi[2], M. Trummler[1], A. Zeller[2] ([1]Luzern; [2]Basel)

Aim: To assess 25-hydroxyvitamin D3 levels in summer and winter among unselected patients from primary care.
Design/methods: Serum levels of 25-hydroxyvitamin D3 (25-OH-D3) were measured in patients from general practices in the area of Lucerne during a 4-week period in September 2010 and February 2011 using an enzyme-linked immunosorbent assay (IBL GmbH®). Patients were additionally asked to provide information on fatigue, myalgia/arthralgia, and muscle weakness on a 10 point visual analogue scale. Serum levels of <50 mmol/l 25-OH-D3 were considered as vitamin D deficiency.
Results: In total, 19 GPs from 16 general practices recruited 1682 patients. Mean age of subjects (37.5% male) was 56 ± 19 years (range 10–94), mean body mass index (BMI) 25.1 ± 5 kg/m², glomerular filtration rate was 95.3 ± 37.1 mmol/min on average, and GFR was <60 ml/min in 16% of patients. Mean 25-OH-D3 level were significantly lower in winter compared to summer levels (41.6 ± 19.3 mmol/l vs. 53.4 ± 193, p <0.0001). Vitamin D3 levels <50 mmol/l were found more frequently in wintertime compared to summer levels (71.1% vs. 45.1%). We found a significant correlation between 25-OH-D3 levels and muscle weakness assessed by the VAS (p = 0.01), and, indeed, subjects reporting on muscle weakness (VAS >0) more often (p = 0.03) have 25-0H-D3 levels below the normal range (<50 mm/l). No difference in patients with 25-OH-D3 levels < or >50 mmol/l was identified in terms of myalgia/arthralgia (p = 0.34) or fatigue (p = 0.35). BMI (but not height and weight alone) inversely correlated with Vitamin D 3 levels (p <0.001).
Conclusion: As expected lower vitamin D concentrations were measured in winter compared to summer levels. End of winter three out of four patients had vitamin D levels below a threshold (<50 mmol/l) considered as normal. Vitamin D deficiency seems to be associated with muscle weakness and higher BMI might correlate with lower Vitamin D3 levels. Hypovitaminosis D is a very common condition in primary care, particularly in winter time.

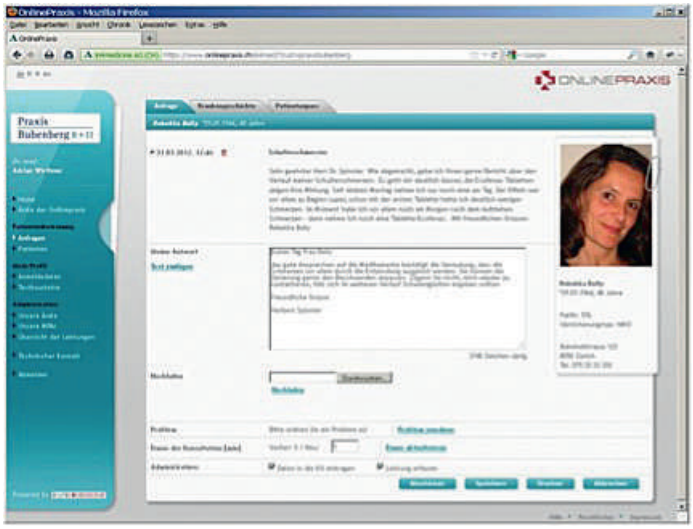
FC16

Die Onlinepraxis – ein Lösungsansatz für eine zukunftsorientierte Hausarztmedizin

A. Meer[1], A. Wirthner[1] ([1]Bern)

Ausgangslage: die Onlinepraxis ist ein Internetportal, über welches Haus- und Spezialärzte ihren Patienten datenschutzkonform Online-Konsultationen anbieten.
Methode: die Technologie dazu wurde von der in4medicine AG in Zusammenarbeit mit Ärzten und Praxisassistentinnen der Ärztenetzwerke mediX entwickelt. Die Onlinepraxis kann mit der elektronischen Krankengeschichte der Praxissoftware Daten austauschen, was eine optimale Integration der Technologie in die Abläufe der Arztpraxis ermöglicht.
Resultate: seit dem Frühjahr 2012 bieten verschiedene Schweizer Arztpraxen über die Onlinepraxis Sprechstunden im Internet an (www.onlinepraxis.ch). Bis dahin haben sich über 3000 Patientinnen und Patienten auf dem Portal registriert, es sind mehr als 6000 Online-Konsultationen erfolgt. Über die Onlinepraxis haben die Patienten Zugriff auf definierte, vom Arzt validierte Eintragungen ihrer elektronischen Krankenakte, wie beispielsweise die Liste ihrer aktuellen Medikamente und Dosierungen sowie die Allergien und Unverträglichkeiten. Vor allem Folgekonsultationen sowie die Mitteilung und der Kommentar von Untersuchungsresultaten können effizient online erfolgen. Die ersten Erfahrungen zeigen:
– Das Angebot wird von beiden Geschlechtern etwa zu gleichen Teilen genutzt, mehr als die Hälfte der Patienten sind über 40-jährig.
– Der Konsultationsanlass steht meist im Kontext einer etablierten Patienten-Arzt-Beziehung und einer andauernden Erkrankung.
– Für einfache, selbstlimitierende Alltagsbeschwerden werden die hausärztlichen Online-Konsultationen wenig in Anspruch genommen.
– Die Online-Kontakte ersetzen telefonische Konsultationen; die Sprechstunde wird weniger gestört.
– Die Konsultationszeiten sind kurz. Die Konsultationen können praktisch ausschliesslich online abgeschlossen werden.
– Die Patienten formulieren Ihre Anliegen verständlich und kurz. Sie erhalten vom Arzt klare und ebenfalls kurze Antworten.

Die Patienten geben spontan Rückmeldungen zum Behandlungsverlauf. Die Onlinepraxis verbessert die Kontinuität der Patientenbetreuung.
Schlussfolgerungen: mit der Onlinepraxis wurde in den Schweizer Arztpraxen eine Technologie eingeführt, welche den Praxisalltag und die Art und Weise, wie Patienten haus- und spezialärztlich betreut werden, verändert. Das Projekt Onlinepraxis ist ein soziotechnologisches Projekt. Es zeigt auf, wie eine Technologie zu neuen Formen der Patientenbetreuung und zu einer verbesserten medizinischen Behandlungsqualität führt.



FC17

General practitioners' vitamin K anticoagulants monitoring is associated with better blood pressure control in patients with hypertension

S. Streit[1], V. Kaplan[2], A. Busato[1], S. Djalali[3], O. Senn[3], D. N. Meli[1] ([1]Bern; [2]Muri; [3]Zürich)

Introduction: Novel oral anticoagulants (NOAC) are believed to be superior to Vitamin-K antagonists (VKA) in atrial fibrillation (AF) or venous thromboembolism (VTE); thus, INR monitoring is no longer needed. However, many of these patients also suffer from other diseases, such as hypertension. INR monitoring by a General Practitioner (GP) on a regular basis may give opportunities to provide care for other chronic conditions. Therefore, we want to evaluate the impact of VKA monitoring by GPs on the control of blood pressure (BP) in hypertensive patients.
Methods: We analyzed data from the Swiss FIRE (Family Medicine ICPC Research using Electronic Medical Records) project database, representing 113,335 patients from 2009 to 2013. We included patients treated with antihypertensive agents having at least 2 consultations within the last year. Mean BP values were compared between patients with and without VKA treatment. Multivariable regression modeling was used to control for age, sex, number of chronic comorbidities, follow-up time and number of yearly consultations.
Results: The co-variables for 8,323 hypertensive patients with a mean (SD) age of 67.7 (14.2) years (48.8% females) and treated by 64 GPs were available for the analysis. Out of these patients, 874 (10.5%) had undergone VKA treatment. The mean (SD) number of GP consultations per year was significantly higher in the VKA group (10.0 ± 7.2) compared to the non-VKA group (6.2 ± 5.5) ($p < 0.001$). Mean systolic and diastolic BP were significantly lower in the VKA group (131.5 ± 15.8/77.0 ± 8.6 mm Hg) compared to their controls without VKA (141.3 ± 17.3/82.7 ± 10.5 mm Hg) ($p<0.001$ for both). Also, after adjusting for possible confounders, systolic and diastolic BP remained significantly lower in the VKA group, reaching a mean (95%-CI) difference of –9.6 (-10.8; –8.3) and –2.3 (–3.0; –1.6) mm Hg, respectively ($p < 0.001$ for both).
Conclusion: In a large sample of hypertensive patients in Switzerland, those undergoing VKA therapy have a significantly higher GP visitation rate. This is likely due to VKA monitoring. VKA treatment is independently associated with lower systolic and diastolic BP. This suggests that VKA monitoring by GPs gives them opportunities to provide care for other chronic health conditions, such as hypertension. We conclude that our findings should be taken into account when considering switching from VKAs to NOACs in order to maintain the quality of care, particularly in patients with multimorbidity.

FC18

International variation in treatment strategies for subclinical hypothyroidism in older adults among general practitioners

V. Virgini[1], W. P. den Elzen[2], A. A. Lefèbre – van de Fliert[2], S. P. Mooijaart[2], P. Frey[1], P. M. Kearney[3], N. Kerse[4], C. D. Mallen[5], V. J. Mccarthy[3], C. Muth[6], T. Rosemann[7], A. Russell[3], H. Schers[8], D. J. Stott[9], M. W. de Waal[2], A. Warner[10], R. G. Westendorp[2], N. Rodondi[1], J. Gussekloo[2] ([1]Bern; [2]Leiden NL; [3]Cork IE; [4]Auckland NZ; [5]Keele GB; [6]Frankfurt DE; [7]Zürich; [8]Nijmegen NL; [9]Glasgow GB; [10]London GB)

Introduction: There is limited evidence about the effects of treatment of subclinical hypothyroidism, especially in older persons. We investigated the variation in treatment strategies among general practitioners (GP) for older patients with subclinical hypothyroidism depending on patient characteristics and country.
Methods: We assessed the treatment strategy of GPs (treatment yes/no, starting dose thyroxine) for eight cases presenting a woman with non-specific symptoms and subclinical hypothyroidism. The cases differed with respect to age (70 vs. 85 years), vitality status (vital vs. vulnerable) and TSH (6 vs. 15 mU/L). The survey was emailed to GP networks in the Netherlands, Germany, England, Ireland, New Zealand and Switzerland.
Results: A total of 524 GPs participated in the survey (the Netherlands n = 129, Germany n = 61, England n = 22, Ireland n = 19, Switzerland n = 262, and New Zealand n = 31). Overall, GPs were less inclined to start treatment in 85-year-old than in 70-year-old women (pooled OR 0.74 [95%CI 0.63–0.87]). Women with a TSH of 15 mU/L were more likely to get treated than women with TSH 6 mU/L (OR 9.42 [95%CI 5.77–15.44). Differences in treatment strategy were observed between countries; GPs from the Netherlands, England and New Zealand were less inclined to start treatment than GPs in Germany, Ireland and Switzerland; differences were most pronounced when TSH was 6 mU/L.

Discussion: Among general practitioners, treatment strategies of older persons with subclinical hypothyroidism vary not only by patient characteristics but also largely by country. This variation underlines the need for evidence about the effects of treatment of subclinical hypothyroidism by a good quality RCT and the development of international guidelines.

FC19

Magnesium therapy to treat nocturnal leg cramps: a systematic review

D. Haller[1], P. Sebo[2], B. Cerutti[1] ([1]Genève; [2]Thônex)

Background: Nocturnal leg cramps (NLC) are common, affecting up to a third of the general population. They may cause severe pain and sleep disturbances. Quinine, the only treatment proven to be effective, is no longer approved because of its adverse side-effect profile. As a result, magnesium has become the cornerstone of treatment for NLC particularly in Europe. Yet evidence of the effectiveness of magnesium is debated. As recent trials have added new evidence to the literature, the aim of this study was to evaluate the effectiveness of magnesium in treating nocturnal leg cramps (NLC) and to assess the side effect profile of magnesium compared to placebo.
Methods: We performed a systematic review of the literature using the key words magnesium and cramps in Medline, Embase, Cochrane library, as well as ClinicalTrials.gov, ISRCTN and ICTRP registries. The references lists of all relevant papers were also reviewed and local specialists were contacted for any other study that they might be aware of. Randomised controlled trials comparing magnesium therapy for NLC in adults with any other comparator were eligible. The primary outcome was the number of cramps or the number of days and/or nights with cramps. Regular meta-analysis could not be performed but we used simulations to compensate for the heterogeneity in measures of outcomes and to summarise the data under one outcome.
Results: Seven randomised controlled trials were included (n = 361), all comparing magnesium to placebo. Three of these trials included only pregnant women. The difference in the median number of leg cramps per week between the placebo and the intervention groups, obtained by simulation, was 0.345 (quantile 2.5%: –0.133, quantile 97.5%: 0.875). This difference was 0.807 (quantile 2.5%: 0.015, quantile 97.5%: 1.207) in the three studies involving pregnant women and 0.362 (quantile 2.5%: –0.386, quantile 97.5%: 1.148) in the others. Overall gastro-intestinal side effects were slightly more common with magnesium therapy than with placebo. The strength of this evidence was weak, mainly due to small study sizes and short follow-up.
Conclusion: Magnesium therapy does not appear to be effective in the treatment of NLC in the general population, but may have a small effect in pregnant women.

FC20

Verbesserung der Antibiotikaverschreibungspraxis im ambulanten Bereich: eine Cluster-randomisierte Interventionsstudie im Rahmen des Sentinella-Netzwerks

A. Kronenberg[1], D. Hürlimann[1], A. Limacher[1], M. Schabel[1], G. Zanetti[2], C. Berger[3], K. Mühlemann[1] ([1]Bern; [2]Lausanne; [3]Zürich)

Hintergrund: Antibiotikaresistenzen nehmen weltweit sowohl im stationären auch als im ambulanten Bereich zu. Der Antibiotikakonsum ist einer der wichtigsten Faktoren, welcher die Resistenzproblematik fördert. Atemwegsinfektionen und Harnwegsinfektionen sind die beiden häufigsten Indikationen zur Verschreibung von Antibiotika in der Praxis.
Fragestellung: Kann das Antibiotikaverschreibeverhalten in der Praxis durch eine gezielte Intervention beeinflusst werden? Konkrete Ziele waren: i) Steigerung der Penicillin-Verschreiberate bei Atemwegsinfekten, ii) Steigerung der Trimethoprim-Sulfamethoxazol (TMP/SMX)-Verschreiberate bei unteren Harnwegsinfektionen bei Erwachsenen, iii) Senkung der Chinolon-Verschreiberate bei Exazerbationen einer chronisch obstruktiven Lungenkrankheit (COPD) und iv) Reduktion der Antibiotika-Verschreiberate bei Sinusitis und oberen Atemwegsinfektionen.
Methode: Seit Januar 2006 werden im Rahmen des Sentinella-Netzwerkes Daten zur Antibiotikaverschreibung in der Praxis gesammelt. Ende 2010 wurden insgesamt 140 Praxen in eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe randomisiert. Alle Ärzte waren über den Ablauf der Studie informiert, Ärzte der Interventionsgruppe erhielten vorgängig Richtlinien zur Antibiotikaverschreibung und regelmässige Erinnerungsmails mit Rückmeldungen zum eigenen Antibiotikaverschreibeverhalten. Mittels gemischten logistischen Modellen wurde das Antibiotikaverschreibeverhalten zwischen den beiden Gruppen in den Jahren 2011 und 2012 verglichen.
Resultate: Total wurden 34685 Antibiotikaverschreibungen erfasst. Der Anteil Penicillin-Verschreibungen für Atemwegsinfekte war in der Interventionsgruppe mit 56.7% signifikant höher als in der Kontrollgruppe (48.5%, odds ratio (OR) = 1.42 (1.08–1.89), p = 0.01), ebenso der Anteil TMP/SMX-Verschreibungen bei unteren Harnwegsinfekten (35.1% vs. 18.8%, OR = 2.16 (1.19-3.91), p = 0.01). Die Intervention hatte keinen Einfluss auf die Chinolonverschreibung bei exazerbierter COPD oder die Häufigkeit der Antibiotikaverschreibung bei Sinusitis und oberen Atemwegsinfektionen.
Schlussfolgerung: Unsere Intervention konnte die Häufigkeit der Antibiotikaverschreibungen nicht reduzieren, jedoch die Wahl des bevorzugten Antibiotikums signifikant beeinflussen.

Posters

P1

Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Betreuung am Lebensende – Rahmenbedingungen und Herausforderungen

B. Liebig[1], V. Alvarado[1], K. Bally[2], A. Carassa[3], K. Darbellay[4], H. Gudat[5], C. Piccini[3], P. Voll[4] ([1]Olten; [2]Basel; [3]Lugano; [4]Sion; [5]Arlesheim)

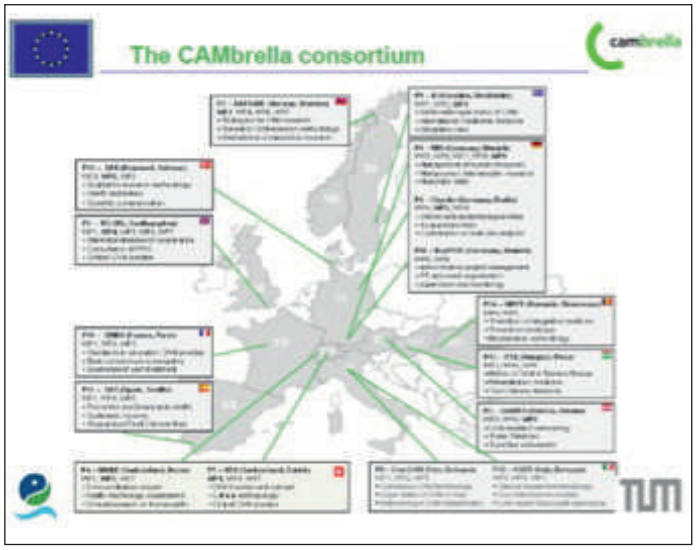
Hausärztinnen und -ärzte spielen eine zentrale Rolle bei der Begleitung von unheilbar kranken oder sterbenden Menschen. Gemeinsam mit Patienten, Angehörigen und Pflegekräften müssen sie wichtige Entscheidungen treffen, wenn es um die Überweisung in ein Spital oder Hospiz, um Symptomlinderung oder um einen Therapieabbruch geht. Über die Voraussetzungen und Herausforderungen der Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Palliativbetreuung und -versorgung ist bis heute jedoch erst wenig bekannt.
Der Beitrag geht den Herausforderungen der hausärztlichen Entscheidungspraxis am Lebensende in der Schweiz nach. Was sind die wichtigsten Entscheidungen, die der Hausarzt/die Hausärztin am Lebensende eines Patienten/einer Patientin fällen müssen? Wie und unter welchen Bedingungen werden diese Entscheidungen getroffen? Untersucht wird dabei zum einen die Bedeutung, die aus der Sicht der Hausärzte/innen ethischen Richtlinien, Standards oder Patientenverfügungen sowie der Zusammenarbeit mit Patienten und Angehörigen bis hin zu medizinischen Institutionen und Fachkollegen/innen zukommt. Zum anderen wird der Frage nachgegangen, inwieweit aus hausärztlicher Perspektive gesetzliche Vorgaben, kantonale Versorgungsstrukturen oder die Finanzierung von Palliativ Care-Leistungen auf die Entscheidungspraxis Einfluss nehmen.
Empirische Grundlage der Resultate bilden a) Experteninterviews mit Hausärzten/innen und Pflegekräften im Bereich der palliativen Grundversorgung sowie b) Fallstudien zu den Rahmenbedingungen hausärztlicher Palliativbetreuung und -versorgung in drei ausgewählten Kantonen der Schweiz. Verglichen werden die Kantone Luzern, Waadt und das Tessin, welche durch sehr unterschiedliche Voraussetzungen bzw. Organisationsgrade im Bereich Palliativ Care gekennzeichnet sind. Die Ergebnisse stellen erste Resultate einer Studie dar, die 2012–14 im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 67 «Lebensende» mit finanzieller Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds durchgeführt werden kann. Die Studie zielt darauf, zentrale Faktoren und Indikatoren einer gelungenen Entscheidungspraxis in der hausärztlichen palliativen Betreuung und Versorgung zu bestimmen. Auf ihrer Grundlage sollen Hinweise zur Verbesserung der Strukturen ambulanter Palliativversorgung in der Schweiz gewonnen werden.

P2

CAMbrella – a pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine

K. von Ammon[1], B. Brinkhaus[2], T. Falkenberg[3], V. Fønnebø[4], G. Lewith[5], H. Johannessen[6], B. Reiter[7], B. Uehleke[8], W. Weidenhammer[9], M. Frei-Erb[1] ([1]Bern; [2]Berlin DE; [3]Stockholm SE; [4]Tromsø NO; [5]Southhampton GB; [6]Odense DK; [7]Wien AT; [8]Zürich; [9]München DE)

Background: Widespread use of complementary and alternative medicine (CAM) in Europe (EU 27 and 12 associated countries) is in contrast to scarce data about terminology, therapies, legal status, regulations and approaches varying across countries.
Aim: The key task of CAMbrella is to develop a road-map for research strategies in the field of CAM which may serve as a guideline for future strategies and conduct in scientific European CAM research.
Specific objectives:
– to develop an EU network involving centres of excellence for collaborative research
– to work out consensus-based terminology to describe CAM disciplines and interventions
– to explore the attitudes, beliefs and needs of the EU citizens with respect to CAM
– to map CAM provision by both, medical and non-medically trained practitioners
Method: The CAMbrella consortium comprises 16 scientific partner organisations from 12 European countries not advocating specific CAM treatments. The workload is divided into eight independent but interrelated WPs (work packages):
1. Terminology and definitions
2. Legal status and regulations
3. Needs and attitudes of citizens
4. CAM use – the patients' perspective
5. CAM use – the providers' perspective
6. CAM use – the global perspective
7. Roadmap for future CAM research
The work is coordinated by a management board and directed by a scientific steering committee, and of an advisory board (AB), consisting of members of stake-holder organisations, including patients, practitioners, providers and consumers.
Results: – Terminology and definitions are highly different across countries
– Legal status and regulations are heterogeneous between countries
– CAM demand reflects needs and attitudes of European citizens
– Patients use CAM add-on or as an alternative to conventional medicine
– CAM provision is scattered across countries, towns and landscape
– The roadmap will present future research strategies and guidelines
Additional results: Different national and regional health regulations make harmonisation of CAM legislation of disciplines, teaching, training, certification and registration of practitioners difficult. Citizens "or patients" attitudes and demands are highly variable across the investigated thirty-nine countries.
Conclusions: Further research comprising issues of structure, procedures, outcome and cost-effectiveness is necessary for providing solid data for well-grounded decisions of citizens and political or professional stakeholders.



CAMbrella Consortium

P3

Assessing the effectiveness and performances of the Swiss primary care (PC) system: the SPAM program (Swiss Primary Health Care Active Monitoring)

S. T. Ebert[1], V. Pittet[1], J. Cornuz[1], N. Senn[1] ([1]Lausanne)

Introduction: The 2011 OECD Health report stated that the Swiss health system, a unique customer-driven fee-for-service with universal coverage system, is highly performing. However and paradoxically, health information systems are limited and few data are available, especially in regard to processes of care. The SPAM program was launched in this context by a primary care research institution in order to develop a monitoring tool for PC.
Objective: Develop a monitoring tool composed of indicators to describe the performances and effectiveness of the Swiss PC system
Design: Literature review and two rounds of RAND expert group consensus method for rating (1 to 9) selected indicators for their validity (ability to describe Swiss PC) and clarity (clear formulation)
Setting: Swiss PC system
Participants: 24 national/international experts
Instrument: PC monitoring tool
Results: Based on literature review of existing models, 365 indicators were pre-selected. A conceptual framework was generated that encompassed three main domains and twelve sections: 1) structure: accessibility, financing, workflow and functioning of resources; 2) output: medical training, management of knowledge, clinical/interpersonal care; 3) outcome: health status, patient/provider's satisfaction and equity.
1st RAND round: 212(58.1%) were rated highly valid and 346(94.8%) very clear (rated 7-9), 153(41.9%) moderately valid and 19(5.2%) unclear (rated 4-6) and 1 dropped. Agreement was 82.5% (<1/3 of votes in both extremes). 2nd round: 174 indicators re-submitted to 16 experts: 135 indicators (77.6%) rated as highly valid, 169 indicators(97.1%) as very clear. Agreement was 61.5%. 233 indicators were kept for the program as priority indicators (high validity/clarity and agreement) and 72 as secondary indicators (mild validity, clarity and/or mild agreement).
Conclusion: The development of the SPAM program, that included a rigorous RAND process, allowed developing for the first time in a traditionally unregulated health care system, a validated consensual tool with 305 indicators able to explore and monitor the Swiss PC system.

P4

Besonderheiten bei der Versorgung von Migrantinnen in der hausärztlichen Praxis

I. Paur[1], P. Tabouring[2], H. Farghadani[2] ([1]Adliswil; [2]Luxemburg LU)

Eine internationale Arbeitsgruppe von Allgemeinmedizinerinnen, der Cercle International Robert Kraus, hat einen Fragebogen entwickelt und in hausärztlichen Praxen in Luxemburg, Frankreich, Belgien, Deutschland und der Schweiz an Patientinnen mit Migrationshintergrund ausgegeben.
Gefragt wurde nach Nationalität, persönlichen Lebensumständen, dem Grad der subjektiv empfundenen Integration, nach Wünschen und Anforderungen an die Hausärzte und eventuellen Kommunikationsproblemen.
Die Fragebögen wurden zeitgleich in allen beteiligten Praxen in einem definierten Zeitraum ausgegeben. Alle Patientinnen mit Migrationshintergrund, die die Praxis wegen einer Konsultation in diesem Zeitraum aufsuchten, wurden gebeten, den Fragebogen auszufüllen.
Die behandelnden Aerzte wurden zu Beginn der Untersuchung zu Problemen und Besonderheiten der ärztlichen Betreuung von Migrantenais ihrer Sicht befragt.
Dargestellt werden die Resultate insbesondere im Hinblick auf länderspezifische Unterschiede und Gemeinsamkeiten.
Es zeigen sich erhebliche Unterschiede, wobei sprachliche und religiöse Probleme desto stärker hervortreten, je grösser die soziokulturellen Unterschiede zwischen Heimatland und Aufenthaltsland sind. Durch den Erwerb einiger mit wenig Aufwand umsetzbaren spezifischen Kompetenzen seitens Hausärztin und Praxisteam lassen sich die meisten Konflikte entschärfen und die Kommunikation und somit auch Patientencompliance und Therapieerfolg deutlich verbessern.

P5

Selbstzuweisung zur Physiotherapie

U. Keller[1], U. Gamper[2] ([1]Wangs; [2]Valens)

Ausgangslage: Das Ärztenetzwerk PizolCare und das Physionetz Sarganserland-Werdenberg sind zwei Partner der integrierten Versorgung, welche sich zur intensivierten Zusammenarbeit und zur Verbesserung der Behandlungsqualität verpflichteten. Grundsätzlich kann jedermann einen Physiotherapeuten direkt, d.h. ohne ärztliche Verordnung für Behandlungen aufzusuchen, allerdings dann nicht zulasten der OKP. Physiotherapeuten wären in der Lage, gewisse Aufgaben im Bereich der Versorgung chronisch Erkrankter selbständig zu übernehmen.
Zielsetzung: Gewissen Physiotherapeuten soll eine erweiterte Rolle ihrer angestammten Tätigkeit zugesprochen werden. Patienten mit unspezifischen chronischen muskuloskelettalen Schmerzen, die vom Hausarzt medizinisch abgeklärt und medikamentös eingestellt sind soll der Direktzugang durch Selbstzuweisung zur Physiotherapie ermöglicht und dies mit einer Begleiforschung ausgewertet werden.
Methode: 29 Physiotherapeuten aus 14 Praxen wurden speziell durch das Physionetz geschult. Es galt die Symptome der entsprechenden Patienten und deren Verlauf richtig zu interpretieren, red flags und abnormale klinische Muster zu erkennen und adäquate Massnahmen einzuleiten. 16 Grundversorgerpraxen erklärten sich bereit Patienten mit definierten Einschlusskriterien zu selektionieren und sie über die Möglichkeit der direkten Aufsuche des Physiotherapeuten zu informieren. Via PizolCare-Sekretariat wurden die organisatorischen Voraussetzungen geschaffen um die entsprechenden Physioverordnungen zu verwalten und die Begleitforschung zu finanzieren
Resultate: Es konnten seit Januar 2012 19 Patienten in 4 Physiotherapiepraxen in die Beobachtung eingeschlossen werden, wobei 4 Patienten bereits 2 und einer 3 Kurzserien erhielten. Von allen wurden die 6 Fragebogen (Soziodemogr. Daten; Zufriedenheit Patient, Therapeut und Arzt; Symptomerfassung und patientenzentriertes funktionelles Outcome) in guter Qualität ausgefüllt und können ausgewertet werden.
Diskussion: Obwohl 14 Physio-Praxen und 16 Hausarztpraxen ihr Mitmachen schriftlich zusagten kamen innert einem Jahr nur 19 Patienten in den Genuss dieses Direktzugangs. Grund dafür kann sein, dass die Ärzte ihre Patienten nur wenig über die Möglichkeit des Direktzugangs informieren und sie zur Begleitforschung anmelden oder die Therapeuten nicht aktiv genug sind und die Ärzte auf potentielle Patienten hinweisen. Auch der Aufwand die 6 Fragebogen auszufüllen könnte ein Hindernis sein.

P6

Comment prendre en charge précocement les facteurs de risque cardio-vasculaires chez les jeunes vus en médecine de premier recours afin d'améliorer le pronostic cardiovasculaire à l'âge adulte?

M. Walker[1], D. Haller[1] ([1]Genève)

Introduction: La réduction de l'incidence des maladies cardiovasculaires est un des grands enjeux de la médecine actuelle. Chez les adolescents et jeunes adultes, les facteurs de risque cardiovasculaires sont principalement le tabac, l'obésité et la sédentarité. Aujourd'hui en Suisse, l'obésité touche 5% des jeunes et le surpoids en concerne 20%. En 2011, près de 25% de la population âgée de plus de 15 ans étaient fumeurs. Cette revue systématique a pour but de mettre en lumière, dans la littérature, des interventions en médecine de premier recours pouvant agir positivement sur les facteurs de risque cardiovasculaires chez les jeunes.
Méthode: Sélection d'articles issus d'Embase et Medline datant de moins de dix ans, en français ou en anglais, rapportant une recherche clinique en médecine de premier recours, testant une intervention sur l'obésité, l'activité physique ou le tabagisme chez des jeunes entre 6 et 24 ans. Une analyse de qualité a été réalisée grâce au Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias.
Résultats: Sur 622 articles sélectionnés dans les bases de données à partir des mots clé, seuls neuf ont été retenus pour la revue, dont cinq études randomisées contrôlées. Parmi les neuf études, on compte six études testant une intervention contre l'obésité, six testant une intervention contre la sédentarité et deux études testant une intervention contre le tabagisme. Deux études montrent un effet bénéfique sur l'obésité à savoir une baisse du l'indice de masse corporelle. Cinq études montrent une amélioration du niveau d'activité physique. Enfin, les deux études traitant du tabagisme montrent des résultats positifs.
Conclusion: Le cabinet de médecine de premier recours semble être un lieu opportun pour réaliser des interventions de correction des facteurs de risque cardiovasculaires. Cependant, même si des résultats intéressants sont obtenus grâce aux interventions, nous ne pouvons pas juger de leur maintien au cours des années. D'autres études randomisées contrôlées sont nécessaires pour confirmer un effet bénéfique à long terme.

P7

Swiss general practitioner teachers' job satisfaction influences medical students' wish to join the field

D. Meli[1], A. Ng[1], S. Singer[1], P. Frey[1], M. Schaufelberger[1] ([1]Bern)

Introduction: The lack of general practitioners (GPs), especially in the countryside, is an increasing problem in Switzerland. The job satisfaction of teaching GPs has a major impact in the recruitment of new doctors in the field of general practice.
Methods: Teaching GPs of the University of Bern and their 4th year medical students filled separate questionnaires regarding items of job satisfaction (GP) and the wish to become a GP (Student) at the end of a 3-week clerkship. These questionnaires were paired.
Results: Out of 92 GPs, the average score was 59 out of 77 total satisfaction, indicating a high satisfaction with their job. Satisfaction with amount responsibility given, recognition, freedom in decision making, variety, satisfaction with colleagues and practice staff increased total satisfaction, while dissatisfaction with hours, government related health policies and income lowered the total satisfaction. Medical students' wish to become GPs was significantly higher after the clerkship, and correlated with the correctly perceived satisfaction of their teaching GPs.
Conclusions: Teaching GPs near/around Bern are generally satisfied with their job. A clerkship with a happy GP may increase a medical student's wish to become a GP her/himself.

P8

Hypertoniebehandlung mit Wirkstoffkombinationen – Ergebnisse in Schweizer Hausarztpraxen

G. Noll[1], S. Roas[2], M. Schwarz[3], F. Bernhart[4], W. Kaiser[5] ([1]Zürich; [2]Baden; [3]Basel; [4]Biberist; [5]Steinhausen)

Hintergrund: Die Mehrheit der Hypertoniker benötigen mehr als einen Wirkstoff, um ihre BD-Zielwerte zu erreichen. Die Studie untersucht die Frage, wie Kombinationstherapien in Hausarztpraxen eingesetzt und welche Ergebnisse erzielt werden.
Methode: 228 Hausärzte aus der ganzen Schweiz erhoben systematisch Daten zur BD-Therapie.
Ergebnisse: Patienten: Von den 3'888 (100%) Patienten waren 49.9% Männer, 46.7% Frauen, bei 3.4% fehlte die Angabe; 7.7% waren unter 50, 17.4% 50 bis 60, 27.7% 61 bis 70, 27.3% 71 bis 80 und 19.1% über 80 Jahre alt.
Begleitkrankheiten: Von allen Patienten (n = 3888) litten 33.3% an einer, 24.4% an zwei, 11.4% an drei und 4.5% an 4 bis 7 Begleitkrankheiten: Dyslipidämie (41%), Herzkrankheit (32%), Diabetes (29%) und Niereninsuffizienz (10%).
Hypertoniebehandlung: Der BD bei der Konsultation lag bei 55.3% im Zielbereich. Nach Einschätzung der Hausärzte war unter Berücksichtigung weiterer Informationen die Blutdruckeinstellung bei 69.5% im Zielbereich.
Kombinationstherapien: Von den 3'888 Patienten erhielten 32% eine Monotherapie, 35% eine freie und 31% eine fixe Kombination. Freie Kombinationen bestanden zu 57.1% aus zwei, zu 32.8% aus drei und zu 8.2% aus vier Substanzen. Bei den fixen Kombinationen setzten sich 65.2% aus zwei und 28.1% aus drei Substanzen zusammen. Die Zielwerterreichung waren bei Messung in der Praxis bei allen Behandlungsgruppen vergleichbar (p = n.s.). In der Einschätzung der Hausärzte war die Responderrate von fixen Kombinationen leicht höher (72.6%) als von freien (68.0%) (p = 0.01). Bei 20.8% der Patienten wurde eine Therapieanpassung vorgesehen.
Die am häufigsten eingesetzten 2er Kombinationen waren bei den freien: ACE-Hemmer oder A-II-Antagonist + Diuretikum (296), ACE-Hemmer oder A-II-Antagonist + Betablocker (215); bei den fixen 2er Kombinationen: ACE-Hemmer oder A-II-Antagonist + Diuretikum (584). Bei den freien 3er Kombinationen: ACE-Hemmer oder A-II-Antagonist + Betablocker + Diuretikum (231). Bei den fixen 3er Kombinationen: A-II-Antagonist + Diuretikum + Calcium-Antagonist (184).
Konklusion: Die Responderrate (Zielwerterreichung) betrug bei der Praxismessung 55.3%; gemäss Einschätzung der Hausärzte lag sie bei 69.5%. Bei dieser Diskrepanz dürfte die Weisskittelhypertonie eine Rolle spielen**.** Fixe Kombinationen zeigen eine leicht höhere Responderrate als freie.

P9

Osteoporose bei Geistig- und Mehrfachbehinderten: Handlungsempfehlungen erarbeitet von einer Arbeitsgruppe von Ärzten und Ärztinnen in der Nordwestschweiz, die Behinderte betreuen

D. Gelzer[1], F. Sutter[2] ([1]Basel; [2]Bubendorf)

Dass eine beträchtliche Zahl von Mehrfachbehinderten osteoporosegefährdet sind oder an Osteoporose leiden, kam in den letzten Jahren zunehmend ins Bewusstsein der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Immobilisation, seltene Sonnenexposition, Behandlung mit Antiepileptika, Frakturen mit oder ohne adäquatem Trauma führen jeweils zur Frage, was tun: Wie abklären, welche Therapie oder Prophylaxe? Vor diesem Hintergrund beschäftigte sich die Arbeitsgruppe mit Unterstützung eines erfahrenen Osteologen mit dem Thema. Es gibt dazu kaum Studien und damit auch keine Evidenz. Wir versuchten anhand der vorhandenen Datenlage, unserer bisherigen Erfahrung in der Langzeitbetreuung und der Kenntnis der Risikofaktoren Empfehlungen zusammenzustellen. Wichtigstes Ziel war neben der grösstmöglichen Begründbarkeit der Massnahmen die Praktikabilität im Alltag. Dieser ist gekennzeichnet durch die Schwierigkeit, Abklärungen, Untersuchungen und Therapien überhaupt durchzuführen (Blutentnahmen, Dexamessungen, Infusionen oder Tabletteneinnahme). Die Empfehlungen umfassen einen Algorithmus zum Vorgehen, erläuternde Begründungen und Bemerkungen, eine Liste der Medikamente, die bei dieser Patientengruppe verwendet werden können und ferner eine Liste der für den stufengerechten Therapieansatz anwendbaren relevanten Risikofaktoren.

P10

Shiatsu et médecine générale: complémentarité?

L. Garchery[1], B. Frank[2], P. Dessous L'eglise Mange[3], M. C. Panchaud[4], N. Mory[5], N. Jalil[1], S. Jotterand[3] ([1]Genève; [2]Carouge; [3]Aubonne; [4]Vevey; [5]Fribourg)

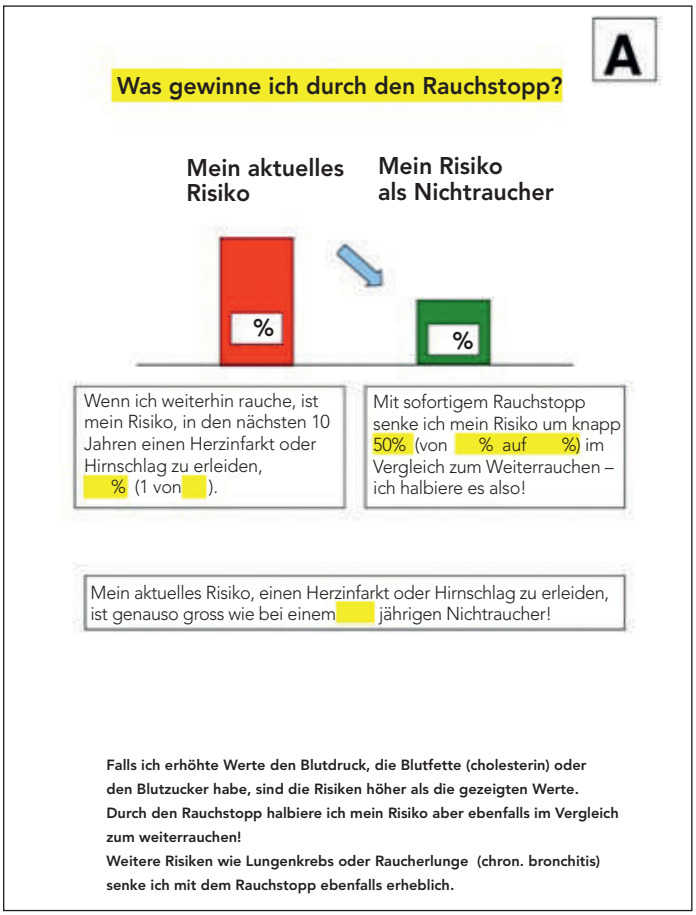
Contexte: Le Shiatsu, art du toucher originaire du Japon, est pratiqué comme Thérapie Complémentaire en occident depuis environ 35 ans. Il figure parmi les 5 méthodes de médecine complémentaire les plus utilisées en Suisse.
Objectif et methode: Afin d'évaluer les effets du Shiatsu ressentis par les patient-e-s en Suisse, et dans une démarche de contrôle de qualité pour les thérapeutes, l'Association Suisse de Shiatsu (ASS) a fait remettre un questionnaire anonyme et auto-administré aux patient-e-s via les thérapeutes certifié-e-s membres de l'ASS. 325 questionnaires ont été reçus par l'ASS de début 2009 à fin 2011.
Resultats: Le profil des patient-e-s ayant renvoyé leur questionnaire est une majorité de femmes âgées de 20 à 60 ans.
Les thérapeutes de Shiatsu suisses ont été évalué-e-s très positivement par les patient-e-s.
Les effets bénéfiques du Shiatsu rapportés par les patient-e-s sont nets et concernent tant le plan physique, psychique, qu'émotionnel. Après leur traitement de shiatsu, 98% des patient-e-s disaient se sentir mieux par rapport à leurs douleurs et symptômes physiques, 85% notaient une amélioration concernant leur stress psychologique, 83% disaient se sentir plus responsables à l'égard de leur santé et 86% notaient une amélioration concernant leur énergie et productivité.
Parmi les améliorations citées par les patient-e-s (réponse texte libre) on note par exemple: «davantage d'équilibre», «un meilleur sommeil», «une meilleure circulation d'énergie», «une diminution des visites chez le médecin» et «une diminution du besoin de médicaments». Par ailleurs, aucun effet négatif n'a été rapporté.
Conclusion: L'enquête a démontré que les patient-e-s se sont senti-e-s nettement plus responsables de leur santé après leur traitement de Shiatsu.
Le toucher thérapeutique renforce l'assise des patient-e-s et l'accès à leurs ressources. Le soutien thérapeutique verbal peut s'appuyer sur ces nouvelles compétences pour aider les patient-e-s à s'engager dans un changement de comportement.
Le changement de comportement est un point central dans la prise en charge des patient-e-s souffrant de maladies chroniques. L'amélioration de la responsabilité des patient-e-s concernant leur santé obtenue par le traitement de Shiatsu offre une belle complémentarité au médecin généraliste.

P11

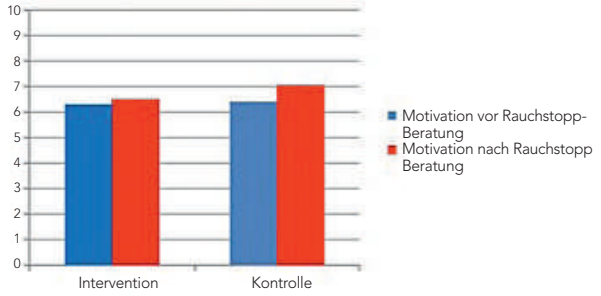
Ist eine visuelle Unterstützung der Risikokommunikation in der hausärztlichen Rauchstoppberatung machbar und nützlich? Eine randomisierte Studie

M. I. Knecht[1], S. Neuner-Jehle[1], C. Steurer-Stey[1], O. Senn[1] ([1]Zürich)

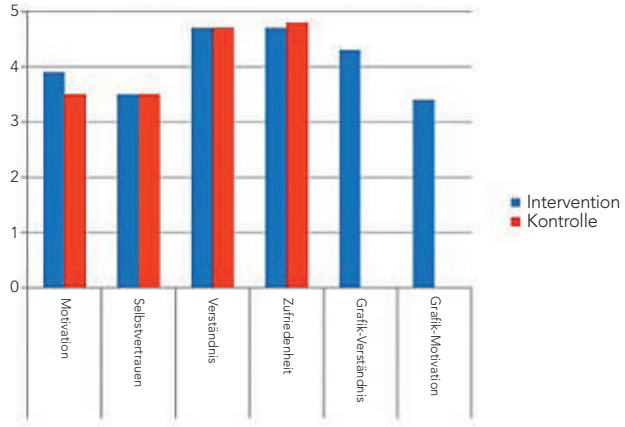
Einführung: Die hausärztliche Kurzintervention ist eine evidenzbasierte wirksame Massnahme zur Erhöhung der Rauchstopp-Rate. Die graphische Darstellung der Risikokommunikation kann das Patientenverständnis fördern.
Fragestellung: Ist eine Visualisierung des individuellen Risikos im Rahmen einer Kurzintervention machbar und nützlich im Vergleich zur Beratung mit einem Standard-Beratungsinstrument [1]?
Methoden: Wir entwickelten ein Instrument, welches die graphische Darstellung des individuellen Nutzens des Rauchstopps hinsichtlich Reduktion des 10-Jahres-Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen beinhaltet. Hausärzte wurden in eine Interventions- (visuelles Beratungsinstrument) und eine Kontrollgruppe (Standard-Beratungsinstrument) randomisiert. Während sechs Monaten wurden Anzahl und Dauer von Rauchstopp-Beratungen erfasst. Mittels Fragebogen wurden sozioökonomische Angaben, Rauchgewohnheiten, Rauchstopp-Motivation, Verständlichkeit und Nutzen der Beratung erhoben.
Resultate: Die 25 beteiligten Prüfärzte führten bei 117 Patienten (mediane Raucheranamnese 29 Jahre, medianes Alter 47 Jahre, 60% Männer) eine Rauchstopp-Beratung durch. Die Konsultationsdauer betrug im Median (IQR) 10 (7-12) Minuten in der Interventionsgruppe und 11 (8-17) Minuten in der Kontrollgruppe ($p = 0.09$). Die Motivation für einen Rauchstopp lag bei den Patienten vor und nach Beratung bei 7 Punkten auf einer 10-Punkte VAS-Skala, ohne Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ($p = 0.2$). Verständnis und Zufriedenheit mit dem visuellen Beratungsinstrument lagen im Median (IQR) bei 5 (4–5, 5-stufige Likert-Skala), ohne Unterschied zwischen den Gruppen. Die mediane (IQR) Beurteilung von Nutzen und Praktikabilität des Instrumentes durch die Ärzte war positiv und lag bei 4 Punkten (3–4, 5-stufige Likert-Skala), ohne Differenz zwischen Interventions- und Kontrollgruppe ($p = 0.13$ bzw. 0.55).
Schlussfolgerung: Durch Visualisierung des Nutzens ermöglicht unser Instrument eine differenziertere Risikokommunikation. Die Beratungsdauer, Verständlichkeit und Praktikabilität aus Sicht von Arzt



Resultate der Patientenbefragungen



Grafik 1. Selbsteinschätzung der Patienten auf einer 10-Punkte-VAS-Skala (SD)



Grafik 2. Selbsteinschätzung der Patienten auf einer 5-Punkte-Likert-Skala (SD)

und Patient waren nicht unterschiedlich im Vergleich zur etablierten Kontrollintervention.
Ob die optische Verstärkung der Risikokommunikation in der Rauchstopp-Beratung langfristig zu einer verbesserten Abstinenzrate führt, müssen weitere Studien zeigen.

1 International Primary Care Respiratory Group. Helping patients quit smoking: brief interventions for healthcare professionals. (www.theipcrg.org)

P12

"Would you swallow a newly developed drug that has shown to prevent a myocardial infarction in 1 out of 50 patients within 5 years? The remaining 49 patients would take the drug for 5 years without any benefit, because they would have or wouldn't have a myocardial infarction anyway."

V. Sibalic[1], S. Henzen[2], P. Scheiwiler[3], D. Reuss[4], A. Karajkovic[5], S. Simic[1], G. Bourgeois[1], G. Stoffel[6] ([1]St. Gallen; [2]Sevelen; [3]Arnegg; [4]Arbon; [5]Au; [6]Winterthur)

Introduction: The general practitioner (GP) does still not know whether his patients want to learn the effect of long-term drug therapies in preventive medicine. It still seems to be unclear if shared decision making requires expensive and sophisticated presentations or whether patients are able to choose a drug therapy based on a short information about the supposed effect of a medication. We hypothesize that the term "number needed to treat" (NNT) can be used for decision-making involving prophylactic drug therapy.
Methods: Patients of 5 Swiss GPs were asked to fill out a questionnaire while waiting for the consultation-hour in the waiting room. On randomly selected days every patient searching for help in the GP's office was asked by the nurse to answer the questionnaire. Inquiry-period: February 21st - April 8th 2013. Single inclusion criterion: Age over 18 years. Exclusion criteria: none. The study question (no. 1) is represented by the title of this abstract. Two control-questions (no. 2, no. 3) were asked in the same manner addressing "cerebrovascular insult" and "osteoporosis"
Results: 270 patients were asked to participate. 258 patients filled out the questionnaire (134 women, 124 men (p = 0.45)). Average age overall: 49.1years (SD 18.2). 81.8% of patients had been thinking about drug-effects earlier. 60.9% of patients were disappointed by the hypothetical drug-effect (NNT = 50). 89.1% of patients judged the questioning as reasonable. 72.1% of patients asked for more information about drug effects.
Table 1 shows the comorbidities of all study patients (patients can have several illnesses)
Table 2 shows the ethnical origins of all patients.
Table 3 summarizes the answers to the main three study questions (no.1–3).
Discussion: Perceived severity refers to the degree patients deem a particular disease to be serious. There is considerable evidence that the majority of overall GP-patients perceive cardiovascular diseases as potentially more harmful than locomotor diseases. GP-patients could

Table 1

Self-declared patient's diseases	women	men	p-value
not chronically ill	65	56	0.340
locomotor disease	34	29	0.411
vascular disease	29	40	0.037
lung disease	7	6	0.558
psychiatric disease	17	14	0.440
miscellaneous diseases	21	14	0.199

Table 2

Ethnic origin of study patients	Patients (n)	Percent (%)
No information	12	4.7
Northern Europe	23	8.9
Western Europe	136	52.7
Southern Europe	20	7.8
Eastern Europe	59	22.9
Middle East	1	0.4
Asia	1	0.4
Afrika	1	0.4
other	5	1.9

Table 3

Patients' answers	Question no.1 "Would you take a newly developed drug that has shown statistically to prevent a myocardial infarction in 1 out of 50 patients within 5 years?" Myocardial infarction (n)	Question no. 2 "Would you take a newly developed drug that has shown statistically to prevent an insult in 1 out of 50 patients within 5 years?" Insult (n)	Question no. 3 "Would you take a newly developed drug that has shown statistically to prevent osteoporosis in 1 out of 50 patients within 5 years?" Osteoporosis (n)
I don't understand the question	1	2	1
Yes, I would take this drug	137	129	92
No, I wouldn't take this drug	88	88	121
I can't decide	32	39	44

imagine taking cardiovascular protective drugs although the anticipated wish cannot be certainly achieved. In contrast, the patients seem to be more reserved in taking drugs to prevent osteoporosis, even if suffering from a musculoskeletal disorder. Further studies need to elaborate the influence of adverse effects in patients' careful decision making of long term drug therapies.
Table 1 and 2: Patients' diseases and ethnic origin: Most patients were not chronically ill. Vascular diseases differed in men and women significantly. The majority of patients called themselves "West Europeans" Table 3: Most patients would take a drug to prevent an infarkt or an insult. Less patients would accept a prophylactic drug in osteoporosis

---

P13

Assessment of health behaviors of a group of myocardial infarction patients admitted to teaching hospitals in Erbil City

S. Jwan (Hawler)

Background: Coronary arteries diseases and the ensuing myocardial infarction are among the most common causes of death in human beings in many countries around the world including Iraq. Changing health behaviors are among the solutions for preventing, caring, curing and returning the patient to the physical, mental and social status he/she had before being afflicted by the disease. This study was done to assess health behaviors of MI patients after recurrent MI attack. Method: it is a hospital based cross-sectional study, conducted in Erbil city involved three hundred patients that had recurrent MI attack. Data are collected from 1st of July 2011 to 30th of January 2012, by using questionnaire through direct interview. Statistical package for social sciences (SPSS) version 18 was used for data entry and analysis.
Results: The non smoker rate increased from 72.3% before MI to 89.7% after MI. There was little change in those that take alcohol before and after MI events (before MI 6.7%; after MI 5.3%). There was no significant change in number of those that did exercise (before MI 7.3%; after MI 9%). There was a significant change in food control behavior after MI event (11% before MI increased to 67.7% of patients that adopted a controlled food behavior after MI). And majority of patients have unhealthy body mass index.
Conclusion: Results provide important new information on health behavior changes among those with chronic disease (MI) and suggest that intensive efforts are required to help initiate and maintain lifestyle improvements among this population.

P14

Le bon spécialiste au bon moment: harmonisation de la prise en charge des maux du dos dans les deux Hôpitaux universitaires romands

G. Kulik[1], P. de Goumoëns[1], E. Tessitore[2], J. M. Duff[1], M. Zaarour[1], C. Schizas[1], A. Faundez[2], M. Schindler[2], D. Zoccatelli[2], I. Norberg[1], A. Foletti[1], L. Belgrand[1], C. Chenaud[2], A. C. Griesser[1], S. Genevay[2] ([1]Lausanne; [2]Genève)

Introduction: Les pathologies du rachis constituent l'un des problèmes de santé les plus fréquents dans les pays industrialisés. Elles sont la première cause d'invalidité chez les personnes de <45 ans. En Suisse, leurs coûts directs et indirects se sont élevés à 10Mia de CHF en 2005. La complexité des diagnostics et des traitements impose l'approche interdisciplinaire. La place de chaque intervenant et le moment de leur intervention dans la prise en charge sont très importants mais ont rarement fait l'objet de discussions ou consensus généralisé. Par exemple, adresser un patient en temps opportun à un chirurgien est d'une grande importance. Une rééducation fonctionnelle trop tardive met en péril la récupération d'une bonne capacité fonctionnelle ou professionnelle.
But: Notre but est de consolider le travail interdisciplinaire en harmonisant nos pratiques et d'améliorer l'organisation du système de soin pour offrir au patient et à son médecin traitant le bon spécialiste au bon moment.
Methode: Les spécialistes du dos des hôpitaux universitaires de Lausanne et Genève se sont réunis entre mai 2012 et janvier 2013 (visioconférences, travail de réflexion sur chaque site). Lorsque l'évidence classe I existait elle était adoptée, autrement les meilleures preuves à disposition étaient utilisées.
Resultats: Les algorithmes d'orientation thérapeutique couvrent un large spectre de pathologies rachidiennes (lombalgie commune, sciatique, canal lombaire étroit, etc.) aussi bien aiguës que chroniques. Ils sont conçus pour l'ensemble des intervenants de la prise en charge (yc médecin traitant, physiothérapeutes).
Pour la lombalgie commune, orientation et choix d'intervention sont influencés par le profil de risque de chronicité (STaRT back questionnaire). L'intensification de la collaboration avec l'assurance sociale AI est également soulignée.
Les étapes suivantes seront le renforcement du lien avec les médecins traitants afin de promouvoir leur autonomie et d'optimiser le parcours du patient référé à un centre hospitalier. Le développement d'un outil de transmission des informations du patient, basé sur les algorithmes de prise de décision thérapeutique, est prévu.
Conclusion: Un travail de concertation multidisciplinaire inter-universitaires a permis la création d'organigramme de prise en charge pour la plus part des pathologies lombaires aidant à diminuer le nombre d'intervenant par patient tout en augmentant l'adéquation et l'efficacité de chaque consultation.

P15

Praxisbeurteilung einmal anders: nicht durch Patienten/innen sondern durch Pharmaberater/innen

U. Keller (Wangs)

Ausgangslage: Bei Qualitätsmessungen werden v.a. Struktur- und Prozess-Qualität nachgewiesen, Outcome-Messungen sind schwierig. Um die Ergebnisqualität teilweise zu erfassen, werden oft Patientenzufriedenheitsbefragungen durchgeführt, in der Regel bei Patienten, welche bereits seit längerer Zeit in der zu beurteilenden Praxis behandelt werden und ein gutes Verhältnis zum Praxisteam haben. Grössere Vergleichsmöglichkeiten sind kaum vorhanden. Pharmaberater/innen hingegen besuchen täglich mehrere Praxen und könnten objektiver vergleichend die Praxen beurteilen.
Zielsetzung: Um die Praxisbeurteilungen etwas objektiver zu gestalten wurde im PizolCare-Förderverein entschieden die PizolCare-Praxen durch Pharmaberater/innen beurteilen zu lassen.
Methode: Es wurde mit Hilfe von einigen Vertretern unserer Fördervereinspartner ein Fragebogen zu 3 Bereichen mit je 6 Fragen entworfen:
– Praxis-Umfeld: von Empfang über Wartezimmer bis zur Toilette und Wartezeiten
– MPA's: von Empfang und Kommunikation über Laborordnung bis zur Diskretion
– Arzt/Ärztin: von Aufmerksamkeit über Ordnung bis zur gepflegten Erscheinung

Die Fragebogen werden während oder unmittelbar nach dem Praxisbesuch ausgefüllt und zur Auswertung an das PizolCare-Sekretariat gefaxt
Resultate: Innert 3 Jahren wurden total 24 Praxen durch die Pharmaberater/innen von 3 der möglichen 6 Firmen beurteilt. Es wurden dazu 48 Fragebogen ausgefüllt und ausgewertet. Eine Praxis wurde 6× beurteilt 3 Praxen 4× und viele Praxen nur 1×. Erfreulich ist das Resultat der Beurteilung, die analog der Zeugnisnoten mit 1 bis 6 bewertet wurden. Alle Bereiche erhielten Durchschnittswerte zwischen 5.9 und 5.3, wobei es nur in 3 Fragbogen bei 2 Praxen je einmal eine ungenügende Note 3 gab.
Diskussion: Die Implementierung dieser Umfrage war äusserst anspruchsvoll. Die Auswahl der Fragen musste mehrmals angepasst werden, da die Praxis-Beurteilung aus Sicht eines Besuchers anders stattfindet als aus der Sicht eines mit der Praxis vertrauten Patienten. Zudem wurde die Frage der Anonymisierung der Beurteilenden äusserst kontrovers diskutiert, was wahrscheinlich dazu führte, dass nur Vertreter von 3 der möglichen 6 Pharmafirmen unseres Fördervereins an der Beurteilung teilnahmen. Die ausgezeichneten Bewertungen müssen sicher vorsichtig interpretiert werden und erlauben wegen der kleinen Anzahl Beurteilungen der einzelnen Praxen keine generelle Aussage, weisen im Trend aber doch auf einen hohen Standard der PizolCare-Praxen hin.

P16

Family medicine: PRACTICE – SCIENCE – ART. May I introduce you to the future family practicioner? Influence of gatekeeping, gender and age results of a survey held by the WES during the WONCA conference in 2011

E. M. Wiesendanger[1], H. E. P. Bosveld[1], S. Bonarius[2], I. Joziasse[3], F. Baarveld[2], A. J. Berendsen[1] ([1]Groningen NL; [2]Utrecht NL; [3]Nijmegen NL)

Objective: General practitioners (GPs) become increasingly proactive and effectively coordinate health care of generations. Little is known about the influence of the organisation of the health care system on GP's opinions.
This project determines, besides the influence of gender and age, the effect of gatekeeping on how a GP perceives and executes his profession.
Methods: A survey was held during the WONCA conference 2011.
A factoranalysis identified four factors which correspond to the main themes of the congress: practice ('prevention'), science ('EBM, research and guidelines') and 2 art factors ('patient specific decision making' and 'intuition'). Through a literature analysis a grouping in gatekeeping and non-gatekeeping European countries was done.
Results: Selection of interesting significant results:
The opinions of 426 GPs originating from 33 countries (12 gatekeeping, 13 non gatekeeping, 8 unclassified) are evaluated.
– A majority of all GPs considers evidence based decision making as very important compared to only 48% when asked about active participation in research.
– Female GPs are younger and perceive their reputation as lower.
– Gatekeeping: A higher availability of guidelines is reported in gatekeeping countries. Guidelines influence which preventive tests are done by GPs. The gatekeeping GPs agree with shorter working hours and consider it less important that a patient consults his own GP.
Conclusions: Gatekeeping equates with high availability of guidelines. Guidelines influence the proactivity of a GP (e.g. in prevention).
A standardised evidence based approach allows a more flexible work organisation.
An open question is who will write EBM-based guidelines for GPs.

P17

Organspendefreudigkeit in der ländlichen Ostschweiz

U. Keller[1], C. Buner[2] ([1]Wangs; [2]Sargans)

Fragestellung: Wie gross die Organspende-Freudigkeit im Sarganserland und speziell bei Lernenden der Kantonsschule Sargans ist wurde mittels einer Maturaarbeit mit Fragebogen versucht herauszufinden
Vorgehen: Es wurden Fragebogen in verschiedenen Vereinen des Sarganserlandes und an alle 4.Stufen-Lernenden (i.d.R. 17-19jährig) der Kantonsschule ausgeteilt. Total 237 ausgefüllte Fragebogen konnten ausgewertet werden, 106 von Vereinsmitgliedern und 131 von 66 Kantonsschülern und 65 Kantonsschülerinnen. Diese wurden zusätzlich auf ihren Kenntnisstand geprüft unterschieden nach Lernenden mit und solchen ohne bisherige Behandlung der Thematik.
Resultate: Auf die Frage, ob sie sich als Gegner einer Organspende bezeichnen und sicher kein Organ spenden würden antworteten nur 6% aller Sarganserländer/innen mit ja gegenüber 10% Schweiz weit [1]. Allerdings besitzen im Sarganserland nur 16% der Befragten einen Spenderausweis gegenüber 26% Schweiz weit. Die weitere Auswertung ergab:
Gründe gegen den Besitz eines Spenderausweis waren vorwiegend die Aussagen sich noch nicht damit beschäftigt zu haben (68%!!)
Von den zu spendenden Organen erhielt die Niere die höchste und das Herz die niedrigste Akzeptanz.
53% aller Befragten bevorzugten die Widerspruchslösung und 47% die Zustimmungslösung betreffend Organentnahme.
Der häufigste Grund gegen eine Spende war die Angst vor einer unklaren Todesdefinition.
Bei den Kantonsschüler/innen konnte bei der Beantwortung von Wissensfragen kein Unterschied festgestellt werden, egal ob sie dieses Thema bereits im Unterricht behandelt haben oder nicht.
53% der Kantonsschüler/innen der 4. Stufe behandelten das Thema Organspende und/oder Transplantation im Unterricht
Folgerungen: Auf die theoretische Frage, ob die Befragten ein Organ spenden würden, war die Zustimmung mit explizitem Aufzählen der verschiedenen spendbaren Organen sehr gross. Konkret und aktiv sich auseinandersetzen mit dem Thema und einen Spenderausweis ausgefüllt haben aber doch nur wenige. Der wichtigste Grund gegen eine Organspende ist die angeblich unklare Definition von Tod und die allgemeine Angst, die mit dem Thema verbunden ist. Mehr Aufklärung und klare Berichterstattung über die Definition von Tod und den Ablauf einer Organentnahme könnte wahrscheinlich helfen die in der Schweiz rel. tiefe Spendefreudigkeit zu erhöhen.

[1] Swisstransplant Nr 17, swisstransplant news, Sept 2012

P18

Réanimation engagée par témoins, encore trop peu de résultats

S. Denereaz[1], T. Billieux[1], C. Sénéchaud[2] ([1]Le Mont Sur Lausanne; [2]St-Imier)

Seulement 5% des personnes victimes d'un arrêt cardio-respiratoire en extra-hospitalier ont une survie avec un outcome neurologique positif. Avec une chaîne de survie plus forte, 20% des personnes pourraient bénéficier d'un outcome neurologique de qualité. La réanimation entamée par les témoin, médecin de famille, famille, premier répondant ... ne permet pas encore, en Suisse, d'atteindre ces chiffres ou de produire une étude significative.
Tout le monde se souvient dans le cadre du permis de conduire, d'avoir suivi un cours de premiers secours; néanmoins, que reste-t-il à ce jour de cet apprentissage? Toutes les mises à jour des recommandations internationales depuis 2010 ont-elles été faites par le milieu professionnel?
Les centrales d'engagement 144 font partie intégrante de la chaîne de survie. Leur soutien à l'aide des procédures d'aides aux gestes de secours (PAGS) contribue fortement à l'application des gestes de premiers secours. C'est une assistance indispensable à l'initiation de ces gestes. Cependant une formation une mise à jour à ces techniques simples est indispensable pour tous.
La littérature précise qu'il est possible de faire mieux dans les premières minutes avec un résultat significatif sur l'outcome. L'amélioration de la chaîne de survie sur le premier maillon permet également un renforcement de l'ensemble de la chaîne et amène une plus value importante avant l'arrivée de la médicalisation.

P19

Medizinische Fortbildung im Rahmen eines ländlichen ärztlichen Bezirksvereins (ABV) im Verlauf von 100 Jahren

B. Horn (Interlaken)

2 Jahre nach Einweihung des Spitals Interlaken (1905) hält der Chirurg und Kocher-Schüler PD Dr. Lauper ein Referat über seine 3500 Äthernarkosen (ohne Zwischenfall!). Im Anschluss an die dritte (definitive) Gründungsversammlung des ABV stellt Dr. Oetiker aus Wengen einen «Fall von Magenperforation» vor, den er in der Praxis operiert hat, Übernähen mit Netz, kurze Gastroenterostomie, rasche Heilung. 1916 stellt der Chirurg Dr. Rieben eine junge Frau vor, die wegen eines Schilddrüsenknotens operiert wurde, auf eine Histologie wurde angesichts des Alters verzichtet. In der Folge rasch progrediente «Rheumatismen», man fand Knochenmetastasen. Wenige Tage vor Exitus Geburt eines Kindes im 7. Monat. 1917 Demonstration von 18 (!) Fällen durch den Chirurgen im Säli des «Bären». 1918 referiert wiederum Oetiker über seine Einsätze in deutschen Lazaretten. Bei Gasbrand komme nur eine «rücksichtslose Freilegung» in Frage. 1920 wieder Oetiker über Geburtshilfe in Wengen und Kaiserschnitte in der Praxis. Später fanden während mehreren Jahren wegen Spannungen zwischen dem Spitalchirurg und einem Praktiker keine Fortbildungen statt! Ebenfalls keine Fortbildung von 1939 bis 1945: Viele Ärzte im Aktivdienst, rigorose Urlaubsregelung. 1949 klinische Demonstration durch den Internisten, PD Dr. Baumgartner (1954 habilitierte er über «Antikörperbedingte hämolytische Anämie»). 1957 und 58 hält der Grindelwalder Praktiker R. Steiger zwei Vorträge über Psychiatrie in der Praxis (Steiger hatte ein enormes Spektrum an Wissen und Können!). «Brich Dir das Bein in Davos oder im Berner Oberland» titelte 1962 die «Weltwoche». Prof. Bandi, Gründungsmitglied der «Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese» und Chirurgischer Chef in Interlaken liess die Ärzte der Umgebung stets an den Fortschritten der AO-Technik teilhaben und Prof. Cottier, der Internist, war auch didaktisch ein Genie. Es begann die Zeit der Diapositiv-Vorträge, später mit dem Hellraumprojektor und letztlich dem Beamer. Fallvorstellungen «live» sind wegen Daten- und Persönlichkeitsschutz kaum mehr möglich. Seit 10 Jahren können Hausärzte der Region im Rahmen der Assistenten-Weiterbildung einen grossen Teil ihrer Fortbildungsstunden jeden Mittwoch von 7 bis 8 absolvieren (mit Kaffee und Gipfeli). «**Teamwork, that's what we need!**» (TIMES 23.11.46 nach dem Absturz einer US Dakota auf dem Gauligletscher).

P20

Hausärztliche Ausbildung für zukünftige Mediziner

C. Jung[1], A. Zeller[1], P. Tschudi[1] ([1]Basel)

Ausgangssituation: Die Anzahl der Hausärzte in der Schweiz ist rückläufig. Statt des einen vom OECD-Health Project empfohlenen Hausarztes pro 1000 Einwohner waren dies 2001 nur 0,67 Hausärzte – 2011 hat sich diese Zahl auf 0,58 reduziert. Zurzeit ist davon auszugehen, dass im Jahr 2021 ca. 75 Prozent aller derzeitigen Hausärzte pensioniert sein werden. Ausreichend Nachwuchs um diese Lücke zu fühlen, ist nicht in Sicht.
Ziel: Um diesem Trend entgegenzuwirken und für die Zukunft ein Gesundheitssystem zu erhalten, das den gesellschaftlichen Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft und einer steigenden Zahl chronisch Kranker gewachsen ist, ist es dringend erforderlich, sich mit der Ausbildung junger Mediziner intensiv auseinander zu setzen und besonders die Ausbildung im Bereich Hausarztmedizin in den Fokus zu nehmen. Diese verläuft zurzeit an allen Schweizer Universitäten unterschiedlich in Umfang, didaktischem Format, Inhalt und Besuchspflicht.
Dargestellt werden daher die geplanten Bemühungen der fünf Hausarztinstitute, von 2013-2016 ein gemeinsames Projekt zur Konsolidierung von Lehre und Forschung im Bereich der Hausarztmedizin durchzuführen. Ein Ziel dieses Projektes ist es ein gemeinsames Curriculum «Hausarztmedizin» zu erarbeiten, das für alle Universitäten als Basis in der Lehre dienen und im Rahmen des Bologna-Prozesses die Ausbildung zum Hausarzt in der Schweiz vergleichbar machen soll. Die Hausarztmedizin soll damit im Studium attraktiver und moderner dargestellt werden, um so Nachwuchs zu fördern.
Methoden: Mixed-Methods-Ansatz. In Phase I «Literaturrecherche und Bestandsaufnahme» werden eine Literaturrecherche zur Hausarztausbildung und qualitative Experteninterviews mit Vertretern der Hausarztinstitute durchgeführt; In Phase II «Bedarfsanalyse – Anforderungen an junge Hausärzte» werden relevante Stakeholder in Experteninterviews befragt. In Phase III «Ist-Analyse auf Mikroebene: Schlüsselkompetenzen von angehenden Hausärzten» werden: a.) Experteninterviews mit jungen Hausärzten gemacht, b.) eine Motivationsanalyse zur Aufnahme eines Medizinstudiums in Form einer quantitativen Erhebung (N = 500) unter Vorklinikern durchgeführt und c.) eine Akzeptanzanalyse (quantitativ) erfolgreicher Lehrkonzepte vorgenommen.
Erwartete Ergebnisse: Auf Basis der erhobenen Daten wird in Phase IV ein Modell-Curriculum für die Hausarztmedizin entwickelt.

P21

Communication skills of medical students in primary care – female students perform the best

R. Ahrens[1], S. Streit[1], M. Schaufelberger[1] ([1]Bern)

Introduction: Literature shows gender differences in communication skills of medical students in self-, peer- and tutor-evaluation favoring female students. But patient satisfaction related to the physicians' gender is still controversial. Our focus was on how the student's gender influences the patients' perception of communication skills.
Methods: In 2012, all 3rd year medical students from the University of Bern on practical training in a general practice received feedback from two pre-defined patients on their communication skills. The non-anonymous, formalized feedback given directly after a consultation contained 5 questions and was rated on a 4 point Likert Scale.
Results: 273 patients were recruited. The mean age was 54.7 ± 19.5 years, 54% were female. The evaluated medical students were mainly female (63%). However, the distribution of gender of patient and medical student was at random ($p = 0.06$). Overall, patients estimated students' performances high: 156 patients (57%) totally agreed that students were interested, empathic, good listeners, took time and let an atmosphere open to address all issues. The rest estimated their performance to be almost good while only in 5 students patients judged their performance in selected items to be rather not good. However, female students performed significantly better than male students ($p = 0.04$), especially in being interested ($p = 0.05$), and in being empathetic ($p = 0.02$). The results were independent of the patients' gender.
Conclusions: Primary care patients rated communication skills of medical students during practical trainings high. However, female students performed better especially in showing interest and empathy. Patients gender did not influence this outcome. It remains to be shown how communication skills finally correlate with patient satisfaction.

P22

Needs assessment for training in interprofessional competences in primary care: a Delphi study

N. Junod Perron[1], B. Cerutti[1], P. Pinochiotto[1], S. Empeyta[1], F. Cinter[1], E. Van Gessel[1] ([1]Genève)

Introduction: Despite the importance of appropriate interprofessional (IP) collaboration in healthcare, it is still insufficiently taught in medical education. The aim of the study was to identify the relevant themes and competences related to IP education and find a consensus among health professionals on interprofessionalism in the context of primary care.
Methods: A three round Delphi electronic survey was carried out in 2011 in order to identify and prioritize priority themes and competences to be included in an IP program. Participants comprised 12 categories of health professionals including practitioners, trainers and trainees from the French speaking part of Switzerland.
Results: Seventy two participated to the first round and 43 to the third round. Patient communication, case management of chronic conditions, therapeutic patient education, health promotion and prevention, ethics and medication were the most important themes identified. "Defining, sharing tasks and responsibilities between professionals" was the most important competence. Sub analysis revealed that both priority themes and competences differed between health professional categories.
Conclusion: The survey helped identify key themes and competencies needed to develop an IP training program in the context of primary care and initiate collaboration among health professional educators in this field. Further research should explore to which extent the differences of perceptions observed between health professionals' relate more to their professional identify and/or the health care organization in Switzerland.

P23

Guide des soins palliatifs: quelle utilité pour les médecins de famille?

C. Mazzocato[1], S. David[1], R. Pierre-André[1], S. E. Brigite[1], C. Sarah[1] ([1]Lausanne)

Introduction: Dans le cadre du programme cantonal de développement des soins palliatifs (SP) du Canton de Vaud un nouveau mode de formation ciblé sur la médecine de premier recours a été élaboré, sous forme de treize guides envoyés gratuitement de 2007 à 2011 à l'ensemble des médecins vaudois. Chaque guide, consacré à une thématique palliative donnée (gestion des symptômes, organisation des SP à domicile, etc.), a été coécrit par un médecin de premier recours, chargé d'orienter le texte sur ses besoins spécifiques, et un spécialiste en SP. Toutes les publications ont fait l'objet d'une revue par un expert national ou international. La satisfaction des médecins à l'égard de ces guides a été abordée par l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne lors de l'évaluation du programme de développement des SP.
Méthode: Au printemps 2011, un questionnaire visant à faire un état des lieux des SP a été adressé à l'ensemble des médecins vaudois, via la Société Vaudoise de Médecine. Neuf questions étaient consacrées à l'évaluation des guides des SP. Trois rappels ont été effectués, deux par courrier électronique et le dernier sous forme d'un envoi papier. Seules les réponses des médecins généralistes et internistes ont été retenues dans la présente analyse. 244 questionnaires ont été retournés remplis par ceux-ci, soit un taux de réponse de 27%.
Résultats: Parmi les 88% des médecins de famille déclarant lire les Guides des SP, 42% ont lu trois à cinq numéros et 38% six à treize. 60% disent avoir conservé l'ensemble des numéros. Au cours des 12 derniers mois, 7% les ont consultés souvent et 51% occasionnellement. Les guides sont jugés intéressants par 53% d'entre eux et très intéressants par 42%. Pour 90% ils ont permis d'améliorer leurs connaissances et pour 54% ils ont modifié leur pratique. Ils sont considérés comme bien structurés par 97% des répondants, formulés de manière lisible par 97% également et aisés d'accès avec une information facile à trouver par 88%. Enfin, 93% des répondants souhaiteraient la poursuite de ces publications.
Conclusion: Avec le nombre croissant de patients palliatifs suivis par le médecin de famille, il est essentiel d'innover des modalités de formation et de les rendre accessibles et adaptées aux besoins de celui-ci. Bien que la participation à l'enquête soit faible, les résultats suggèrent que les guides sont considérés comme utiles par les médecins.

P24

Blended Learning «Polypharmazie im Alter» im 4. Studienjahr Humanmedizin

A. Göldlin[1], U. Woermann[1], K. Fattinger[2], J. Lory[1], M. Schaufelberger[1], R. Ahrens[1], A. E. Stuck[1] ([1]Bern; [2]Schaffhausen)

Einführung: In der Schweiz nehmen mehr als 41% der über 65-jährigen, zu Hause lebenden Menschen ≥5 verschiedene Medikamente ein [1]. Die Überprüfung komplexer Medikationen gehört zu den ärztlichen Kernkompetenzen. Entsprechende Lernziele sind im Schweizerischen Lernzielkatalog SCLO (http://sclo.smifk.ch) formuliert (P 233, C PT 8, C PT 15). Unser Ziel war, die Medizinstudierenden der Universität Bern im Hinblick auf ihre klinische Tätigkeit auf den Umgang mit Polypharmazie im Alter vorzubereiten.
Methodik: Die Geriatrie der Universität Bern entwickelte in Zusammenarbeit mit IML, BIHAM und einer klinischen Pharmakologin (K.F.) ein Lernmodul «Polypharmazie im Alter». Der Kurs wurde analog zum Blended Learning «Rezepte schreiben» [2] konzipiert und im Herbstsemester 2012 erstmals durchgeführt. Der erste Teil des Moduls wurde online auf dem universitätseigenen Lernmanagementsystem ILIAS zur Verfügung gestellt. Ausser einem Kurz-Skript stand ein «Pocket Guide» mit verschiedenen Hilfsmitteln als PDF zur Verfügung (u.a. Checkliste Medikamentenanamnese, Beers Kriterien 2012, START Kriterien, Medication Appropriateness Index). Anhand dreier Fallvignetten erarbeiteten die Studierenden drei Themen: 1. Erheben einer vollständigen Medikamentenanamnese; 2. Screening auf potentiell inadäquate Medikation; 3. Screening auf Untermedikation. Die Studierenden konnten online Fragen stellen. Die abschliessende Vorlesung klärte die offenen Fragen und vertiefte die Thematik. Am Ende der Vorlesung wurden die Anwesenden mit einem Audience Response System anonym zum Blended Learning befragt.
Resultate: 82% der Antwortenden gaben an, das Blended Learning habe sie motiviert, bei älteren Menschen auf Polypharmazie zu achten (10% neutral, 8% wurden nicht motiviert). 86% beabsichtigten, den Pocket Guide im Blockunterricht zu nutzen.
Ausblick: Zahlreiche Verbesserungsvorschläge der Studierenden fliessen zurzeit in eine vollständige Überarbeitung des E-Learning ein. Der Einsatz in Weiter- und Fortbildung wird geprüft.

Literatur

1. Blozik E, Rapold R, Overbeck J v., Reich O. Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medication in the Adult, Community-Dwelling Population in Switzerland. Drugs Aging 2013.
2. Schaufelberger M., Göldlin A., Fattinger K., Woermann U. Arzneimittelrezepte korrekt schreiben – ein Trainingsmodul (nicht nur?) für Studierende, Poster Abstract. Lausanne: Swiss Family Docs Kongress, 2012. Primary Care. 2012(12): Nr.14, P5.

P25

Das Einzeltutoriat und dessen Einfluss auf das spätere Berufsziel bei Medizinstudierenden

S. Romerio Bläuer[1], P. Tschudi[1], A. Zeller[1] ([1]Basel)

Einführung: Im Jahre 1997 wurde an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel das Einzeltutoriat (ET) eingeführt. Die Studierenden mussten im damaligen 3. und 4. Jahreskurs während des Semesters einen Halbtag pro Woche in der Praxis oder in der Klinik bei einem Tutor verbringen. Ziel war es, den Studierenden früh einen Einblick in den Praxisalltag zu gewähren.
Die meisten Studierenden absolvierten ihr ET in einer hausärztlichen Praxis. In früheren Erhebungen zeigte sich, dass das ET zu den beliebtesten Lehrveranstaltungen des gesamten Medizinstudiums gehört. Ziel der vorliegenden Erhebung war, den Einfluss des ET auf die spätere Berufswahl bei ehemaligen Studierenden zu evaluieren, welche 1997 als erste ein ET absolviert hatten.
Methode: Vom BAG haben wir eine Liste der Staatsabgänger 2001 erhalten. Anhand dieser Listen suchten wir über die FMH Homepage, www.local.ch und www.google.ch die aktuellen Adressen. Die Daten wurden mittels Fragebogen erfasst.
Resultate: Von den insgesamt 142 Studierenden konnte die aktuelle Adresse bei 95 (67%) eruiert werden. Insgesamt haben wir von 66 (30 Männer, 36 Frauen) den ausgefüllten Fragebogen zurückerhalten. Berufswunsch unmittelbar nach Staatsexamen und das aktuelle Berufsziel:
Tabl.1
Als Hauptgrund für Wahl des Berufsziel wurde «Interesse» angegeben (97%). Die Beeinflussung des Berufsziels war im Wahlstudienjahr am grössten (30.7%), gefolgt von den Vorlesungen (20%), das ET folgte an 3. Stelle (16.9%). Das heisst, das ET hat einen nennenswerten Stellenwert bei der Definierung des Berufsziels. **Von den 10 als Hausärzten tätigen Studienteilnehmern wurden 7 positiv durch das ET hinsichtlich der Wahl ihres späteren Berufsziel beeinflusst**.

Diskussion: Viele Hausärzte sind an der Erfolgsgeschichte des ET beteiligt und nehmen so entscheidend Einfluss auf das spätere Berufsziel von Medizinstudierenden. Zudem ist das IHAMB mit diversen Hausärzten und -innen in den Vorlesungen über das ganze Medizinstudium hinweg präsent, wo weitere positive Eindrücke der Hausarztmedizin vermittelt werden können. In Anbetracht, dass viele Weichen im Wahlstudienjahr gestellt werden, wäre es wünschenswert, wenn möglichst viele Studierende einen Monat in einer Hausarztpraxis ihr Wahlstudienjahr absolvieren würden/können. Je mehr Medizinstudierenden realisieren, was für ein spannender, interessanter und abwechslungsreicher Alltag sie in der Hausarztmedizin erwarten wird, desto eher werden wir dem Hausärztemangel begegnen können.

Berufsziel nach Staatsexamen (1997)	Aktuelles Berufsziel (2012)
Innere Medizin 13%	Innere Medizin 34.9%, davon 15% Hausarztmedizin
Chirurgie 9%	Anästhesie 13.6%
Pädiatrie 7.6%	Psychiatrie 9.1%
Anästhesie 6%	Chirurgie 7.6%
Diverse oder noch unbestimmt 64.4%	Diverse 34.8%

P26

Seltene Krankheiten und ihre Bedeutung für die Allgemeinmedizin

I. Paur[1], P. Tabouring[2], H. Farghadani[2] ([1]Adliswil; [2]Luxemburg LU)

Die Gesamtzahl aller seltenen Erkrankungen, also der Krankheitsbilder, von denen weniger als 5 von 10000 Personen betroffen sind, beträgt 6-8% aller Krankheitsbilder der Bevölkerung in Europa, das entspricht etwa der Anzahl der Diabetiker.
Zwischen dem Auftreten erster Krankheitssymptome und einer definitiven Diagnosestellung vergehen durchschnittlich 6–20 Jahre.
Allgemeinmedizinerinnen sind aufgrund ihrer Primärarztfunktion und der Kenntnis der Familiengeschichten prädestiniert für die Früherkennung seltener Erkrankungen. Für die Allgemeinmedizinerin in der Praxis ist es aber nicht möglich, sachkundig die Gesamtheit der seltenen Krankheitsbilder zu überblicken.
Wir stellen eine einfach zugängliche Internetplattform vor, die an die spezifischen Bedürfnisse von Hausärztinnen angepasst ist. Sie bietet umfangreiche Symptomlisten, Austausch mit Kolleginnen, Links zu spezialisierten Zentren und Selbsthilfegruppen.

P27

iMedicine – was taugen medizinische APPs für den Hausarzt?

P. Frey (Bern)

Heutige Handys wie iPhone und Samsung erlauben das Laden und Anwenden von Software-Applikationen (nachfolgend als APPs bezeichnet) im Alltag.
Das Berner Institut für Hausarztmedizin hat 42 Medizinstudierende und 40 Hausärzte nach ihren Erfahrungen bei der Anwendung solcher medizinischer APPs befragt, in Workshops besprochen und daraus eine Liste praxistauglicher APPs zusammengestellt.
Diese Arbeit berichtet über die Ergebnisse der Umfrage und der Workshops mit Hausärzten.
Die praxistauglichen medizinischen APPs für iPhone und iPad werden vorgestellt, insbesondere für den Einsatz auf Haus- und Heimbesuch.

Aerts M FC14
Ahrens R P21, P24
Albrecht R FC12
Alvarado V P1
Aujesky D FC13
Ausfeld-Hafter B FC10

Baarveld F P16
Badertscher N FC7
Bally K FC2, P1
Baptista J FC3
Battegay E FC13
Bauer D FC13
Belgrand L P14
Berendsen A. J P16
Berger C FC20
Bernhart F P8
Billieux T P18
Birkhäuser M FC10
Bonarius S P16
Bösner S FC14
Bosveld HEP P16
Bourgeois G P12
Braun RP FC7
Brigite SE P23
Brinkhaus B P2
Büla C FC1
Buner C P17
Buntinx F FC14
Burnand B FC14
Busato A FC17

Carassa A P1
Cerutti B FC19, P22
Chenaud C P14
Christen P FC12
Cinter F P22
Collet TH FC13
Cornuz J FC1, FC13, P3

Da Costa B FC13
Darbellay K P1
David S P23
de Boer WE FC4
de Goumoëns P P14
de Waal MW FC18
Déglon-Fischer A FC10
den Elzen WP FC18
Denereaz S P18
Dessous L'eglise Mange P P10
Djalali S FC5, FC17
Donner-Banzhoff N FC14
Duff JM P14

Ebert ST P3
Egloff N FC11
Empeyta S P22

Falkenberg T P2
Farghadani H P4, P26
Fattinger K P24
Faundez A P14
Fitzke S FC8
Flore G FC5
Foletti A P14
Frank B P10
Frei H FC9
Frei-Erb M FC6, FC9, P2
Frey P FC13, FC18, P7, P27
Fønnebø V P2

Gamper U P5
Garchery L P10
Gaspoz JM FC13
Geismann RF FC 5
Gelzer D P9
Genevay S P14
Göldlin A P24
Griesser AC P14
Grossmann H FC12
Gudat H P1
Gussekloo J FC18

Haasenritter J FC14
Haller D FC3, FC19, P6
Hatziisaak T FC8
Held U FC7
Henzen S P12
Herzig L FC14
Hofbauer GF FC7
Horn B P19
Hürlimann D FC20

Jakab E FC12
Jalil N P10
Ji P FC10
Johannessen H P2
Jotterand S P10
Joziasse I P16
Jung C P20
Junod Perron N P22
Jwan S P13

Kaiser W P8
Kaplan V FC17
Karajkovic A P12
Kearney PM FC18
Kedzia S FC4
Keller U FC8, P5, P15, P17
Kerr E FC13
Kerse N FC18
Knecht MI P11
Knotterus J FC14
Kofmehl R FC7
Kretschmar S FC9
Kronenberg A FC20
Kulik G P14
Kunz R FC4

Lautwein S FC12
Lefèbre – van de Fliert AA FC18
Lewith G P2
Liebig B P1
Limacher A FC20
Locatelli I FC1
Lory J P24

Magi T FC6
Mallen CD FC18
Markun S FC5
Martina B FC2
Martinez-Gonzàlez NA FC5
Mazzocato C P23
Mccarthy VJ FC18
Meer A FC16
Meli D P7
Meli DN FC17
Merlo C FC15
Merz C FC11
Merz V FC3
Minalu G. FC14
Monod S. FC1
Mooijaart SP FC18
Mory N P10
Mühlemann K FC20
Muth C FC18

Nahara Anani MG FC5
Nedeljkovic M FC10
Neuner-Jehle S P11
Ng A P7
Nilsson S FC14
Noll G P8
Norberg I P14

Ocon E FC10

Panchaud MC P10
Paur I P4, P26
Piccini C P1
Pierre-André R P23
Pinochiotto P P22
Pittet V P3

Reiter B P2
Renier W FC14
Reuss D P12
Roas S P8
Rodondi N FC13, FC18
Romerio Bläuer S P25
Rosemann T FC 5, FC7, FC18
Russell A FC18
Ryan T FC5

Sarah C P23
Sauter U FC9
Schabel M FC20
Schaufelberger M P7, P21, P24
Scheiwiler P P12
Schers H FC18
Schindler M P14
Schizas C P14
Schmidt D FC8
Schwarz M P8
Sebo P FC19
Sénéchaud C P18
Senn N FC1, P3
Senn O FC7, FC17, P11
Sibalic V P12
Sima D FC5
Simic S P12
Singer S P7
Sox C FC14
Sox H FC14
Stauber S FC11
Stefan M FC5
Steurer-Stey C P11
Stoffel G P12
Stott DJ FC18
Streit S FC13, FC17, P21
Stuck AE P24
Stute P FC10
Sutter F P9

Tabouring P P4, P26
Tandjung R FC5, FC7
Tessitore E P14
Thomas R FC5
Thurneysen A FC9
Tian L FC10
Torchetti L FC6
Trummler M FC15
Tschudi P FC2, FC4, FC15, P20, P25

Uehleke B P2

Van Gessel E P22
Virgini V FC18
Voll P P1
von Ammon K FC9, P2
von Känel R FC11
von Rechenberg L FC12

Walker M P6
Wälti J FC12
Warner A FC18
Weidenhammer W P2
Weiler S FC13
Wensing M FC 5, FC7
Westendorp RG FC18
Wiesendanger EM P16
Wirthner A FC16
Wirz R FC11
Woermann U P24

Zaarour M P14
Zanetti G FC20
Zeller A FC2, FC4, FC15, P20, P25
Zimmerli L FC13
Zoccatelli D P14
Zoller M FC12