

**Schlussfolgerung:** Unsere Studie zeigt hinsichtlich patentenbasierter Outcomes eine Überlegenheit von ARRIBA-Herz im Vergleich zur herkömmlichen Herz-Kreislaufberatung. Nur selten gelingt es, in Studien dieser Art Veränderungen im professionellen Verhalten zu erreichen bzw. nachzuweisen. Dass die hier eingeschlagene Strategie erfolgreich war, liegt neben externen Faktoren (Prüfdruck Verschreibung) an der mehrjährigen (Phase I/II-Studien), auf den Praxisalltag zugeschnittenen Entwicklung.

**E-Mail:** kellerh@gmx.ch

V26

### e-ARRIBA: Ein spezifisch hausärztliches elektronisches Werkzeug für die patientenzentrierte kardiovaskuläre Risikoberatung

Altiner A, Scheithauer T, Zagar M, Keller H, Donner-Banzhoff N

Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps-Universität Marburg

**Einleitung:** PC- oder Internetbasierte Risikorechner gibt es bereits seit Jahren. Diese Rechner können zwar ein kardiovaskuläres Gesamt-Risiko berechnen. Sie sind jedoch weitestgehend ungeeignet für die Beratungssituation in der Hausarztpraxis. Die Chancen, die in der Abkehr vom herkömmlichen Grenzwertdenken hin zum kardiovaskulären Gesamtrisiko konzept liegen (z.B. Verminderung von Über- und Unterversorgung), werden kaum genutzt. Waren die meisten der bisher veröffentlichten Risikorechner mehr oder weniger Abfallprodukte im Prozess der Erstellung der jeweiligen Risikoformeln durch Bio-Statistiker und Spezialisten (z.B. Framingham/NCEP, Procam, Score) lag der Schwerpunkt bei e-ARRIBA auf der Entwicklung eines Werkzeuges, das den spezifischen Erfordernissen der hausärztliche Beratungssituation gerecht wird. **Methoden:** Basierend auf dem umfangreich evaluierten Konzept ARRIBA-Herz (Papierbögen, Risikopunktesystem) sollte ein plattformunabhängiges elektronisches Werkzeug mit intuitiver Bedienbarkeit entwickelt werden. Das bestehende Konzept von ARRIBA-Herz sollte um die Möglichkeiten einer multimedialen-elektronischen Version erweitert werden. **Ergebnisse:** Das von uns entwickelte Programm (JAVA-Technologie) stellt sowohl das individuelle Risiko eines Patienten wie auch die Effekte verschiedener therapeutischer Maßnahmen (Verhaltensänderungen, medikamentöse Therapie) in Form der absoluten Risikoreduktion sofort nach Eingabe der individuellen Patientenwerte am Bildschirm dar. Es kann, je nach individuellen Präferenzen und der jeweiligen Beratungssituation angepasst, zwischen verschiedenen Formaten der Darstellung gewählt werden. Alle Funktionen werden interaktiv erläutert. Ein Textbrowser zur einfachen Auswahl von Hintergrundinformationen wurde integriert. e-ARRIBA kann sowohl für die kardiovaskuläre Primär- als auch Sekundärprävention benutzt werden. e-ARRIBA unterstützt explizit die patientenzentrierte Kommunikation und den Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung. **Schlussfolgerungen:** e-ARRIBA bietet wesentliche Verbesserungen gegenüber bisherigen elektronischen Systemen und ist das erste spezifisch hausärztliche Programm dieser Art. Das kardiovaskuläre Gesamtrisiko konzept wird direkt anwendbar gemacht.

**E-Mail:** altiner@med.uni-duesseldorf.de

V27

### Vergleichende Evaluation zweier Instrumente zur Verbesserung des hausärztlichen kardiovaskulären Risikomanagements – CARRISMA und e-ARRIBA

Ludt S, Hermann K, Emmel B, Szecsenyi J  
Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung  
Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

**Einleitung:** In der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen kommt einer umfassenden Risikoberatung mit dem Ziel der Reduktion modifizierbarer Risikofaktoren eine entscheidende Bedeutung zu. Für die hausärztliche Versorgung wurden computergestützte Beratungsinstrumente entwickelt, die das kardiovaskuläre Risikomanagement verbessern sollen. Dazu zählen CARRISMA (Kardiovaskuläres Risiko-Management) und e-ARRIBA (Absolute und Relative Risikoreduktion: individuelle Beratung in der Allgemeinpraxis). Diese Instrumente ermöglichen die individuelle Risikokalkulation eines Patienten und bieten die Option, das kalkulierte Risiko zu visualisieren und mögliche Therapieoptionen mit entsprechenden Risikoreduktionen zu veranschaulichen. Dieses Vorgehen soll die gemeinsame Entscheidungsfindung für die weitere Behandlungsplanung

unterstützen. Die Evaluation dieser Tools im Hinblick auf Praktikabilität und Akzeptanz bei Ärzten und Patienten sowie deren Eignung als Hilfsmittel im Hinblick auf eine partizipative Entscheidungsfindung und die Motivation zu Lebensstilveränderungen ist Gegenstand der Untersuchung. **Methodik:** Aus existierenden Hausarztverträgen wurden von der AOK-Baden – Württemberg jeweils 25 Hausarztpraxen rekrutiert und CARRISMA und e-ARRIBA mit begleitenden Schulungen eingeführt. Die Evaluation besteht aus zwei Untersuchungsteilen:

1. einem Leitfaden-gestützten Telefoninterview mit Hausärzten und qualitativer Auswertung,
2. einer Befragung von 30 Patienten pro Praxis vor und nach der Risikoberatung und quantitativer Analyse. Der hierzu verwendete Fragebogen beinhaltet soziodemographische und Lebensqualität-bezogene Items, Fragen zur Einschätzung des eigenen Risikos, zur partizipativen Entscheidungsfindung, zur Lebensstil-bezogenen Veränderungsmotivation sowie zur Zufriedenheit mit dem Instrument und der hausärztlichen Beratung.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse werden bis August 2007 vorliegen. **Schlussfolgerungen:** Dieser Vergleich kann zu einer Adaptation der Instrumente genutzt werden und bildet die Grundlage für eine spätere Überprüfung der Effektivität mittels einer randomisierten, kontrollierten Studie. Diese Untersuchungen können die Voraussetzung für eine langfristige Implementierung auf breiter Basis schaffen.

**E-Mail:** sabine.ludt@med.uni-heidelberg.de

V28

### Wie bewerten Patienten die Informationen zu Ihren Medikamenten? Der Einsatz des SIMS (Satisfaction with Information about Medicines Scale) in der Hausarztpraxis

Mahler C, Greulich S, Ludt S, Szecsenyi J  
Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung  
Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung

**Einleitung:** Die Arzneimitteltherapie ist ein wesentlicher Teil in der Behandlung von chronischen Erkrankungen. Patienten mit individuellen Informationen zu ihren Medikamenten zu versorgen wird als wichtige Säule in der Behandlung angesehen, damit die korrekte Einnahme der verschriebenen Medikamente gewährleistet wird. Was allgemein als notwendig aus Sicht des Arztes erscheint, muss aber nicht unbedingt mit dem übereinstimmen was der Patient individuell als notwendig erachtet. Es stellt sich also die Frage wie zufriedene Patienten mit den Informationen sind, die sie von ihrem Hausarzt zu ihren Medikamenten bekommen. **Methode:** Zur Beantwortung der Fragestellung wurde der in England entwickelte SIMS Fragebogen ins Deutsche übersetzt und im März 2007 an 250 chronisch kranke Patienten versendet (Teilnehmer eines Projekts der Integrierten Versorgung). Der SIMS basiert auf 17 Items zur Medikamenteninformation, die nach vorliegenden Empfehlungen, Patienten für einen sicheren Umgang mit ihren Medikamenten benötigen. Die Befragten wurden gebeten einzelne Aspekte zur Medikamenteninformation von ihrem Hausarzt auf einer 5-stufigen Antwortskala zu bewerten. Ebenso wurden soziodemographische Daten der Patienten erhoben. Ein Gesamtscore zur Zufriedenheit von Null bis 17 Punkte konnte erreicht werden. Zusätzlich wurden zwei Subskalenscores ermittelt: Subskala 1 zur Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen zur Arzneimittelanwendung (Frage 1 – 9) sowie Subskala 2 zur Zufriedenheit mit den erhaltenen Informationen zu potentiellen medikamentenbezogenen Problemen (Frage 10 bis 17). **Ergebnisse:** Die Ergebnisse werden bis September 2007 vorliegen. **Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse können genutzt werden, um das Instrument im Deutschen anzupassen. Die anonymisierte Rückmeldung der Ergebnisse an die Hausärzte soll der Verbesserung des Arzneimittelgesprächs dienen.

**E-Mail:** cornelia.mahler@med.uni-heidelberg.de

V29

### Forschungsförderung oder Forschungsverhinderung? – Erste Erfahrungen mit einer randomisiert-kontrollierten, doppelblinden Arzneimittelstudie in hausärztlichen Praxen

Bleidorn J<sup>1</sup>, Gágyor I<sup>2</sup>, Kochen MM<sup>2</sup>, Hummers-Pradier E<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Abteilung Allgemeinmedizin Medizinische Hochschule Hannover, <sup>2</sup>Abteilung Allgemeinmedizin  
Universitätsmedizin Göttingen

**Einleitung:** Erfahrungen bei der Vorbereitung einer randomisiert-kontrollierten Doppelblindstudie in hausärztlichen Praxen auf der Grundlage der Guten Klinischen Praxis (GCP-Verordnung) und des Arzneimittel-



## Kongress-Abstracts

41. Kongress der DEGAM  
20. – 22. September 2007,  
Berlin

Die nachfolgenden durchnummerierten Abstracts wurden aus den eingesandten Arbeiten vom Auswahlkomitee der DEGAM zur Publikation in der ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin angenommen. Sie werden auf dem Kongress entweder vorgetragen oder als Poster präsentiert.

Im Namen des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin danken wir allen Kolleginnen und Kollegen für die aufgewandte Zeit und die Mühen, denen sie sich unterzogen haben.

*Prof. Dr. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP  
Dr. Sandra Quantz*