

Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztmedizin

Eine unserer Kernkompetenzen!

Stefan Neuner

Arbeitsgruppe «Prävention»¹ des Kollegiums für Hausarztmedizin

Die Rolle der Hausärztin/ des Hausarztes in der Gesundheitsförderung

Täglich setzen wir uns in der hausärztlichen Tätigkeit intensiv mit präventiven Themen auseinander – als Ergänzung zu unserer diagnostischen und therapeutischen Arbeit. Prävention² gehört zu unseren Kernkompetenzen, wie ein Blick auf die Wonca-Definition der Hausarztmedizin veranschaulicht³: *umfassende Perspektive auf den Patienten und sein Umfeld, ganzheitliches Handeln, Förderung der Gesundheit und Verantwortung für die öffentliche Gesundheit* sind wichtige Kompetenzen hausärztlichen Denkens und Handelns. In Tabelle 1 sind die Gründe aufgelistet, warum sich die Hausärztin⁴ besonders gut dafür eignet, Prävention zu betreiben: Sie ...

Tabelle 1

Die Eignung der Hausärztin für präventive Aufgaben.

- ... kennt die soziale Umgebung der Patientin, betrachtet sie aus einer ganzheitlichen Perspektive;
- ... wird als Gesundheitsexpertin und Botschafterin für Themen der öffentlichen Gesundheit wahrgenommen;
- ... hat in der Sprechstunde Kontakt zu breiten Teilen der Bevölkerung;
- ... erkennt und nutzt während der Sprechstunde günstige Momente («teachable moments») für präventive Anliegen;
- ... arbeitet mit weiteren Netzwerken im Gesundheitswesen zusammen;
- ... ist ethisch motiviert, die Gesundheit zu fördern (auf individueller und gesellschaftlicher Ebene).

Neben diesem «natürlichen» eigenen Engagement wurden die Hausärztinnen in den letzten Jahren vermehrt als Akteurinnen und Mediatorinnen im Rahmen von gesundheitsfördernden Kampagnen entdeckt und angesprochen. Zudem können Hausärztinnen nicht nur durch die direkte Wirkung, sondern auch durch ein langfristiges Empowerment⁵ ihrer Patientinnen und durch ein Einwirken auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen effektive Prävention leisten.

Aus diesen Gründen haben die Grundversorgergesellschaften SGAM, SGIM und SGP das Kollegium für Hausarztmedizin mit einem Mandat für die Prävention in der Hausarztmedizin betraut.⁶ Die aus den Delegierten der Gesellschaften gebildete Arbeitsgruppe hat in den letzten zwei Jahren eine strategische Ausrichtung und konkrete Massnahmen zur Förderung von Prävention in der Hausarztmedizin entwickelt, die vom Stiftungsrat des KHM gutgeheissen wurde und nun im folgenden vorgestellt wird.

Wieviel Prävention verträgt unser Arbeitsalltag?

Nach einem solchen Loblied auf die Hausärztinnen bezüglich ihrer Qualitäten und ihrer Eignung für präventive Anliegen fragt sich wohl manche unter Ihnen: Wird uns zeitlich meist überlasteten Praktikerinnen damit nicht noch mehr an Aufgaben aufgebürdet, die mit unserer diagnostischen und therapeutischen Arbeit kollidiert? Der Einwand ist durchaus berechtigt: Die Einhaltung der einschlägigen Richtlinien (US Preventive Services Task Force) würde einen täglichen Mehraufwand von 7,4 Stunden bedeuten [1]. Gerade deswegen sind eine

Priorisierung und eine *Strategie* nötig, sowohl auf individueller (in der Interaktion zwischen Ärztin und Patientin) als auch auf institutioneller Ebene, konkret in den Schwerpunkten, die das KHM gesetzt hat.

Dazu haben wir in der Arbeitsgruppe «Prävention» im Auftrag des Stiftungsrates des KHM ein Instrument entwickelt, das als *Orientierungs- und Entscheidungshilfe* für denkbare Engagements der Hausärztinnen dient: Tabelle 2 illustriert die möglichen *Einsatzgebiete* der Grundversorgerinnen in der Prävention; Tabelle 3 listet die *Dimensionen* auf, die für jedes dieser Einsatzgebiete in der konkreten Planung von Projekten beachtet werden müssen.⁷ Abhängig von der gesundheitspolitischen Agenda, den aktuellen Bedürfnissen der Grundversorgerinnen

1 Die aktuellen Mitglieder der Arbeitsgruppe «Prävention» des KHM sind (in alphabetischer Reihenfolge): Dominique Durrer, Maxime Mancini (Präsident), Stefan Neuner, Susanne Stronski Huwiler, Martine Stroot und Angelica Zirbs.

2 Bei der Verwendung des Begriffs «Prävention» sei immer auch der Aspekt der Gesundheitsförderung mit eingeschlossen, Prävention meint also nicht nur die Verhinderung von Erkrankungen oder deren Folgen, sondern auch die aktive Erhaltung und Förderung der Gesundheit.

3 Europäische Definition der Hausarztmedizin gemäss Wonca; französische, deutsche und englische Fassung unter www.woncaeurope.org/Definition%20GP-FM.htm.

4 Im Sinne der Gleichbehandlung der Geschlechter sind bei weiblichen Personenbezeichnungen die männlichen Formen natürlich immer auch mitgemeint.

5 Der Begriff «Empowerment» bezeichnet die Befähigung der Patientin zu selbstbestimmtem Handeln für die Gesundheit. Vgl. dazu: www.treenet.ch/e-gcs/empowerment_definition.htm.

6 Unter dem Vorbehalt der SGP, eine Präventionsgruppe für spezifisch pädiatrische Themen ins Leben zu rufen.

7 Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz hält dazu nützliche Unterlagen bereit [2].

und der Patientinnen werden vom KHM eigene oder von Dritten angetragene Projekte in diesem Übersichtsrastrer plziert, mit konkurrierenden Projekten verglichen, auf ihre Realisierbarkeit hin geprüft und entsprechend ihrer Bedeutung für die Hausarztmedizin triagiert.

Aktuelle Schwerpunkte und Ausblick

Derzeit sind drei Projekte aktuell, die vom KHM als prioritär eingestuft und von unserer Arbeitsgruppe «Prävention» für den Einsatz in Hausarztpraxen weiterentwickelt werden:

Tabelle 2
Einsatzgebiete der Prävention.

Vorbeugende Intervention
Gesundheitsförderung
Primäre Prävention
Sekundäre Prävention
Tertiäre Prävention
Screening/Früherkennung
Je nach Gelegenheit
Systematisch
Fachwissen
Entwicklung/Weiterbildung
Interdisziplinäre Arbeitsgruppen
Forschung, Monitoring, Qualitätssicherung
Fürsprecherin
Gesundheitspolitisch
Sozial
Wirtschaftlich

Tabelle 3
Dimensionen präventiver Projekte.

Art der Aktion
Zielgruppe
Rahmenbedingungen
Partner, Vermittler, Netzwerke
Ressourcen
Personell
Finanziell
Strukturell
Know-how
Potentielle Wirkung

■ Multidimensionale Beratung zur Förderung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, zum Beispiel bei Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen, Alkoholüberkonsum, Stress (in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsförderung Schweiz);

■ Bewegungsförderung durch gezielte Beratung von körperlich Inaktiven (in Zusammenarbeit mit den Bundesämtern für Sport und Gesundheit);

■ Entwicklung von europäischen Standards zur Bestimmung der Indikatoren, mit welchen die kardiovaskuläre Prävention bewertet und verbessert werden kann (in Zusammenarbeit mit den Universitäten Nijmegen/NL, Manchester/GB und Heidelberg/D).

Alle diese Projekte, aber auch zukünftige Anträge (ob aus der eigenen Gruppe oder von Dritten an die Grundversorgerinnen herangetragen), werden zuerst anhand einer von unserer Arbeitsgruppe entwickelten *Liste von Kriterien* (Tab. 4) bewertet. Projekte «auf dem Prüfstand» müssen sämtlichen Hauptkriterien genügen, um als relevant und umsetzbar für unsere Kolleginnen in der Praxis empfohlen zu werden.

Spannung erwächst auch aus der noch offenen Frage, nach welchen Tarifen präventive Arbeit in der Praxis vergütet werden soll – vorbereitende Arbeiten für entsprechende Verhandlungen mit den Tarifpartnern sind im Gange.

Lassen Sie sich von diesen hohen Qualitätsvorgaben anregen.

Liebe Kolleginnen: Wenn Sie gute Projektideen haben, scheuen Sie sich nicht, mit uns Kontakt aufzunehmen und uns Ihr Projekt vorzustellen oder sogar als neues Mitglied in unserer engagierten Arbeitsgruppe mitzudiskutieren.

Denn die Arbeitsgruppe «Prävention» hat sich auch auf die Fahne geschrieben, ein Diskussions- und Austauschforum für alle am Thema Prävention interessierten Hausärztinnen zu sein!

Tabelle 4
Bewertungskriterien für empfehlenswerte Präventivprojekte.

Ein empfehlenswertes Präventionsprojekt für Hausärztinnen ...
... steht den hausärztlichen Kompetenzen nahe;
... baut auf die Beziehungsqualität zwischen Ärztin und Patientin auf;
... erfordert häufige, nachhaltige, wiederholte Kontakte zur Risikopopulation;
... bezieht sich auf ein Gebiet mit einer grossen Belastung durch die Krankheit («burden of disease») und hat Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit;
... ist nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin validiert;
... steht im Einklang mit Vorstellungen von zuständigen Behörden, Fachgesellschaften sowie mit nationalen Präventionsstrategien;
... ist von und mit der hausärztlichen Basis entwickelt worden;
... wirkt sich auf mehrere Bereiche der Gesundheit aus;
... lässt sich in der Praxis umsetzen;
... ist von den medizinischen Fachpersonen akzeptiert;
... erfüllt die Standards der guten klinischen Praxis («good clinical practice»);
... entspricht hinsichtlich Planung und Organisation den Standards und Regeln für Projekte im Gesundheitswesen.
Weitere Kriterien: Aktualität, professionelles Renommée, Verfügbarkeit von Ressourcen.

Kontakt für Interessierte:

Dr. med. Stefan Neuner
Facharzt für Innere Medizin FMH
Mitglied der AG Prävention
des Kollegiums für Hausarztmedizin
Schmidgasse 8 6300 Zug
sneuner@bluewin.ch
Tel. 041 711 09 88

Literatur

- 1 Yarnall KSH, Pollack KI, Oestbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Pub Health* 2003;93:635–41.
- 2 Ruckstuhl B, et al. Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. *Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument*. Zürich; Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; Bundesamt für Gesundheit; 1997 (zu beziehen bei Radix Gesundheitsförderung, Zürich: infodoc@radix.ch).