

Ulla Walter, F. Wilhelm Schwartz

Strategien und Methoden von Prävention und Gesundheitsförderung

Entscheidend für die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung ist die Erreichbarkeit der Zielgruppe. Ein wichtiger Zugangsweg ist neben lebensweltbezogenen Ansätzen (z. B. Betrieb) die Arztpraxis. Der Hausarzt hat als Ansprechpartner und in der Durchführung individualpräventiver Maßnahmen eine zentrale Rolle. In der Praxis kann die Nachhaltigkeit von Prävention durch eine systematische Verankerung im Patientenkontakt gefördert werden.

Bevölkerungs- und (Hoch-)Risikogruppenstrategie

Prävention kann sich richten an die gesamte Bevölkerung bzw. Teilpopulationen (Bevölkerungsstrategie) oder an Risiko- bzw. Hochrisikogruppen (Risikogruppenstrategie). Dies entspricht der Unterscheidung nach Gordon [9] in universale, für jeden nützliche bzw. notwendige Prävention (z. B. Anlegen von Sicherheitsgurten), selektive, für eine Subgruppe empfehlenswerte Prävention (z. B. Grippeimpfung älterer Menschen) sowie indizierte Prävention für Personen mit gesicherten Risikofaktoren (z. B. Diät zur Reduktion einer Hypercholesterinämie). Während bevölkerungsbezogene Maßnahmen einfach durchführbar und ohne Nebenwirkungen anwendbar sein müssen, werden präventive Interventionen mit zunehmender Risikogruppenorientierung in der Regel komplexer und aufwendiger.

Abbildung 1.2.1 verdeutlicht unterschiedliche Ansatzpunkte und Strategien der Prävention.

Beispielhaft wird die Verteilung des diastolischen Blutdrucks in der Bevölkerung genommen, die wie viele physiologische Parameter einer Normalverteilung ähnelt.

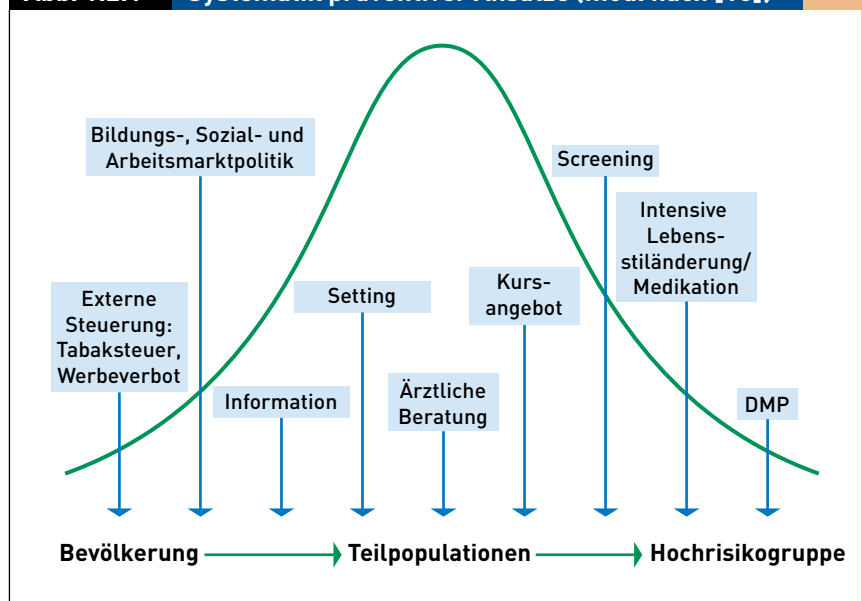
Ziel der Bevölkerungsstrategie ist die leichte Reduktion von Risikofaktoren und damit insgesamt eine Verschiebung nach links. Bei insgesamt deutlicher Zunahme der Morbidität bzw. Risikofaktoren kann auch bereits ein Stillstand, z. B. das Halten des Gewichts, ein präventives Ziel sein. Für den einzelnen Arzt mag eine nur minimale Optimierung bei einzelnen, insbesondere Nicht-Hochrisikopatienten nicht als Erfolg wahrnehmbar sein. Auch haben nur wenige Patienten einen direkten Nutzen z. B. in Form verlängerter behinderungsfreier Lebenserwartung. Auf die Gesundheit der Bevölkerung bezogen bewirken diese kleinen Veränderungen

Viele kleine

Veränderungen

haben eine große Wirkung auf die Gesundheit in der Bevölkerung

Abb. 1.2.1 Systematik präventiver Ansätze (mod. nach [15])



In Lebenswelten und an Alltagsbezügen ansetzen

aufgrund der hohen Anzahl der Personen insgesamt jedoch einen enormen Effekt (Präventionsparadox [15, 17]). Dass die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt eher durch minimale Reduktionen (oder gar Vermeidung der Verschlechterung) von Risikofaktoren bei vielen Nicht-Hochrisikopersonen optimiert werden kann als durch deutliche Verbesserung bei wenigen Hochrisikopersonen ist in der ärztlichen Praxis mit der Konzentration auf Einzelkontakte zu Patienten bisher nur schwer nachvollziehbar.

Settingansatz

Die Gesundheit kann nicht allen durch die Versorgung in der Praxis gewährleistet werden. Die Förderung der Gesundheit muss vielmehr an den alltäglichen Lebensbereichen ansetzen, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen (z. B. Kindergarten, Schule, Arbeitsplatz, Wohnort). Dieses als Setting bezeichnete soziale Gefüge umfasst eine Vielzahl von Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen. Es ist zugleich das System, in dem Bedingungen von Gesundheit und Krankheit gestaltet werden können.

Der Settingansatz ist die Schlüsselstrategie der Gesundheitsförderung. Ziel ist es, durch eine Modifikation der strukturellen und politischen Rahmenbedingungen gesunderhaltende Lebenswelten zu schaffen. So umfassen z. B. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung Veränderungen der Ergonomie, der Organisation, des Sozialklimas und des individuellen Verhaltens [3].

Die Umsetzung des Settingansatzes setzt die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen voraus. Für die „gesundheitsfördernde Schule“ bedeutet dies z. B. die Einbindung von niedergelassenen Ärzten insbesondere mit detaillierten Kenntnissen der Kinder- und Jugendmedizin in das Netzwerk schulischer und außerschulischer Hilfe. Als mögliche Kooperationen sind – im europäischen Ausland z. T. bereits realisiert – denkbar

- die gemeinsame Entwicklung von Gesundheitsunterricht,
- Gesundheitsberatung in der Schule als niedrigschwelliges Angebot insbesondere für

Schüler mit erhöhten Gesundheitsproblemen sowie

- die gesundheitliche Begleitung der gesamten schulischen Arbeitsprozesse im Sinne einer gesundheitsfördernden Arbeitsplatzgestaltung für Schüler und Lehrer (räumliche Gegebenheiten, Pausen(hof-)gestaltung, Tagesrhythmus etc.).

Als Vergütungsform wird das Honorarkonzept empfohlen, eine grundsätzliche Klärung der Finanzierung der ärztlichen Mitwirkung steht noch aus [4].

Individualprävention durch den Arzt

Ärzten kommt eine Schlüsselfunktion in der präventiven Versorgung insbesondere der Älteren zu. Die „Preventive Services Task Force“ der USA hat bereits 1996 darauf hingewiesen, dass effektive verhaltensbezogene Primärprävention ein größeres Potenzial zur Verbesserung der Gesundheit hat als viele Routineuntersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung. Bei inzwischen hinreichend vorliegender Evidenz für präventive Verhaltensweisen wurde diese Aussage einige Jahre später bekräftigt [1].

Individuelle Prävention durch den Arzt ist vielfältig. Sie bezieht sich auf

- die frühzeitige Identifikation und ggf. diagnostische Abklärung von verhaltensbezogenen (z. B. Tabakkonsum, Bewegungsmangel, psychische Belastung), verhältnisbezogenen (z. B. Wohnumfeld, Expositionen am Arbeitsplatz) und iatrogenen (z. B. Fehl- bzw. Übermedikation) Risikofaktoren;
- die Ermittlung von Ressourcen, Änderungsbereitschaft und Barrieren aufseiten des Patienten;
- die Vermittlung von Informationen zu gesundheitsförderlichem bzw. gesundheitsschädlichem Verhalten und Hilfe beim Verständnis von Zusammenhängen vor dem biographischen Hintergrund des Patienten;
- die Förderung der Selbstverantwortung über die eigene Gesundheit durch Wissen um Entscheidungsalternativen, Kompetenzen zu ihrer Realisation sowie Möglichkeiten ihrer Umsetzung im Alltag [22];

Prävention systematisch in den Patientenkontakt integrieren

- › die Definition von realistischen Zielen gemeinsam mit dem Patienten und Erarbeitung von Wegen der Zielerreichung;
- › die Empfehlung geeigneter präventiver Maßnahmen und Weiterleitung des Patienten an entsprechende Einrichtungen (z. B. Angebote von Krankenkassen, Sportvereine);
- › das Monitoring des weiteren Verlaufs und Unterstützung bei der Umsetzung;
- › die Unterstützung beim Umgang mit Beschwerden, mit medizinischen Verordnungen und der Bewältigung von Krankheiten;
- › die frühzeitige Einleitung von rehabilitativen Maßnahmen;
- › die Unterstützung von präventivem Verhalten und die Förderung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen nach einer Rehabilitation.

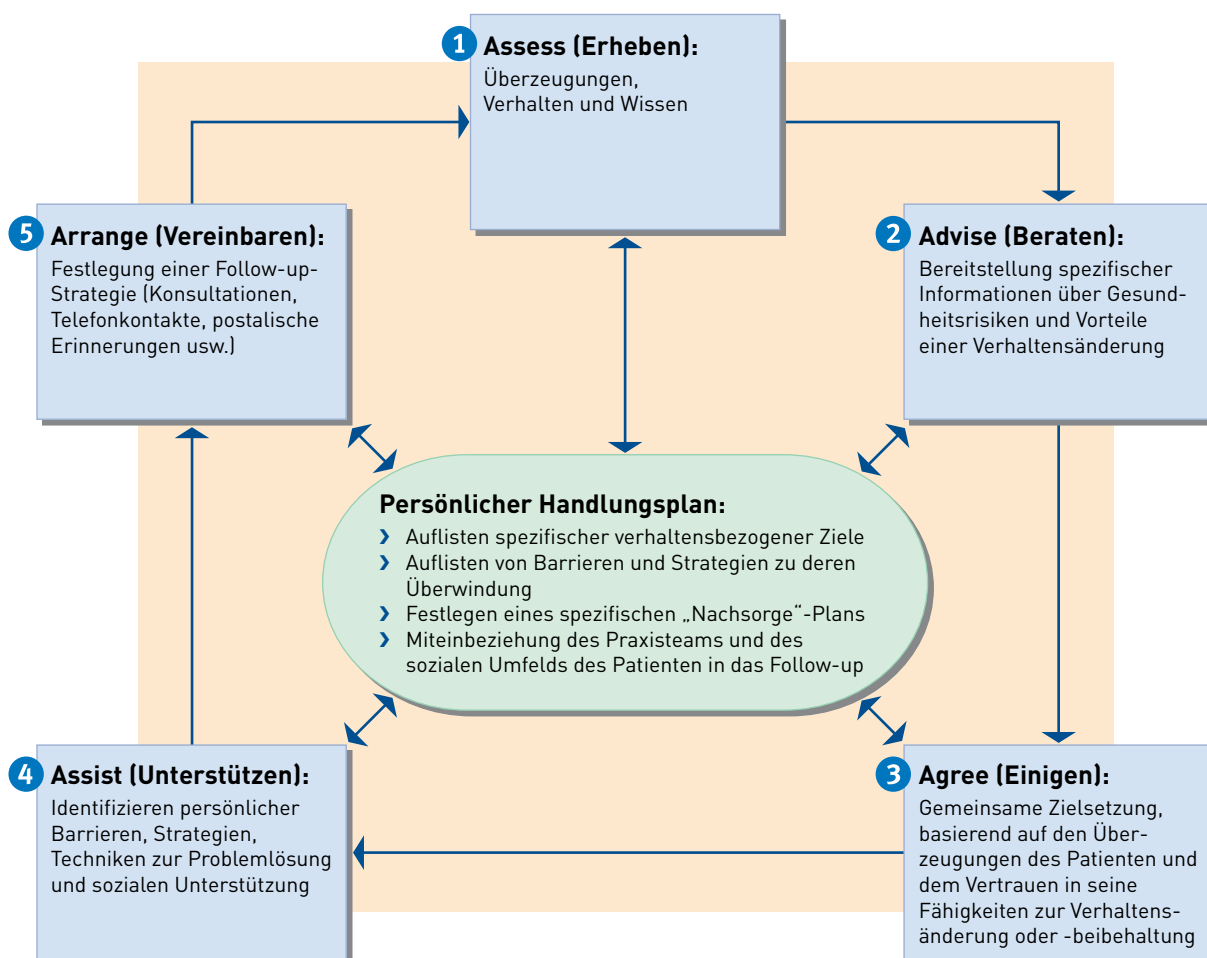
Eine ernst genommene Prävention setzt auch eine kritische und differenzierte Information des Arztes über die vielfach angebotenen und z.T. nicht evidenzbasierten „IGe-Leistungen“ in der Arztpraxis voraus.

Aufgabe des Arztes ist es nicht nur, selbst präventive Maßnahmen anzubieten bzw. durchzuführen, vielmehr ist er auch „Lotse“ im System. Dies setzt die Kenntnis präventiver Potenziale in den verschiedenen Lebensphasen, von Ansätzen und Strategien präventiver Interventionen und ihrer Wirksamkeit sowie von Anbietern vor Ort voraus. Informationsmaterialien oder persönliche Empfehlungen sollten sorgfältig ausgewählt und zielgruppengerecht eingesetzt werden.

Zur Förderung der Prävention durch den Arzt haben sich insbesondere eine systematische,

Erinnerungshilfen für Arzt und Patient nutzen

Abb. 1.2.2 Das 5A-Konzept ([12], übersetzt aus [8])



**Mit aktivierenden
aufsuchenden Verfahren
die Zielgruppen erreichen**

generelle Einbindung in die Gestaltung der Patientenkontakte in der Praxis bewährt. Zur Stärkung und Systematisierung der ärztlichen Prävention bieten sich an [11, 20, 21]:

- › gezielte Information im Wartezimmer (Broschüren, Poster etc.);
- › Nutzung von Kurzfragebögen z. B. zur Risikoeinschätzung, die bereits im Wartezimmer ausgefüllt werden;
- › systematische Einbindung der Prävention in den Patientenkontakt auf Basis des 5A-Konzepts (Abb. 1.2.2);
- › Implementation von Erinnerungshilfesystemen für den Arzt, z. B. im Arztcomputer;
- › Implementation von Remindern für Patienten, z. B. Checkhefte, Terminerinnerungen via Handy;
- › Einbindung und kompetente Schulung des eigenen Praxispersonals zur Beratung.

Regelmäßige präventive Hausbesuche bei Älteren, wie sie bereits in einigen Ländern (u. a. Dänemark, Finnland) eingeführt worden sind, werden derzeit in Deutschland diskutiert. Ziel ist es, auf Basis eines Assessments rechtzeitig präventive und therapeutische, aber auch strukturelle (Veränderungen des Wohnumfeldes) Maßnahmen einzuleiten, um vorzeitige Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

Zahlreiche Studien zeigen eine Dysbalance zwischen der positiven Einstellung von Ärzten zur Prävention und ihrer tatsächlichen suboptimalen, weder systematischen noch kontinuierlichen [2] Umsetzung. Dabei stellt die von den Ärzten selbst wahrgenommene eigene Rolle in der täglichen Praxis, die von aktuellen Diagnosen, Behandlung und sekundärer Prävention bestimmt wird, eine wesentliche Barriere dar [14]. Hinzu kommt, dass Ärzte Sekundärprävention als effektiver und evidenzbasierter ansehen als Primärprävention. Von der Ärzteseite aus wird als förderlich erachtet, sich Zeit zu nehmen und dem Patienten Zusammenhänge zu erklären. Die Motivation für Prävention ziehen die Ärzte aus Erfolgserlebnissen [25]. Allerdings finden sich gerade die Ärzte in einer negativen Beobachtungsfalle.

Umso wichtiger ist die Entwicklung und Einführung systematischer in die Routineversorgung integrierter Interventionen (z. B. 5A-Konzept) sowie Beratungsinstrumente z. B. zur Raucher-

entwöhnung und zum Alkoholkonsum [28], die auch dem Arzt selbst Sicherheit geben [7]. Mit ihrer professionellen Anwendung kann sowohl dem selektivem Vorgehen der Ärzte (Prävention nur für gesundheitsbewusste Präventionswillige) als auch der steigenden Nachfrage seitens der Patienten nach Prävention zielorientiert Rechnung getragen werden.

Eine Barriere stellt nach wie vor die fehlende Vernetzung und Kooperation von Akteuren im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung dar. Häufig fehlen unterstützende Strukturen insbesondere für ältere Patienten und/oder ein Überblick über adäquate Angebote, an die der Arzt Patienten überweisen kann [10]. Soll der Arzt seine Aufgabe als Schnittstelle in der Prävention wahrnehmen, ist hierzu nicht nur ein deutliches Votum der (Gesundheits-)politik erforderlich, sondern auch der übrigen Akteure sowie eine adäquate finanzielle Vergütung.

Strategien der ärztlichen Beratung

Zur Förderung nachhaltiger Verhaltensänderungen der Patienten durch kurze präventive Beratungskontakte hat sich die auch im Rahmen der DMP-Programme empfohlene 5A-Strategie als erfolgreich erwiesen [12, 28]. Ziele sind neben der Systematisierung der Beratungstätigkeit auch eine verstärkte Kontinuität, eine zielgerichtete Unterstützung der Betroffenen und eine höhere Patientenorientierung.

Nach dem transtheoretischen Modell [16] ist es wichtig, die informative Beratung an die Bereitschaft des Betroffenen zur Verhaltensänderung anzupassen. Hierbei werden fünf Stufen unterschieden, die auf dem Weg zur tatsächlichen Verhaltensänderung durchschritten werden (vgl. Kapitel 2.1).

Wichtig ist, nicht nur die Vorteile einer Verhaltensänderung aufzuzeigen, sondern auch mögliche Barrieren und fördernde Faktoren bei ihrer Integration in den Alltag zu berücksichtigen.

**Zentrale Zukunftsaufgabe
Prävention:
der Arzt als Lotse**

Fazit

Prävention und Gesundheitsförderung sind eine wichtige gesellschaftliche Querschnittsaufgabe. Dem Arzt kommt als „Lotse im System“ besonders für Patienten mit erhöhten Risikofaktoren eine Schlüsselfunktion zu. Prinzipiell bietet die ärztliche Praxis zahlreiche Ansatzpunkte für primäre, sekundäre und tertiäre Prävention sowie für Gesundheitsförderung. Bislang werden die Potenziale jedoch nicht ausgeschöpft. Wesentlich für eine nachhaltige Wirksamkeit ist eine systematische Verankerung der Prävention im Rahmen der Patientenkontakte. Hierfür liegen mehrere Instrumente vor.

Literatur

- Agency for Healthcare Research and Quality. The Guide to Clinical Preventive Services Task Force. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force, 2005
- Bocquier A, Verger P, Basdevant A, Andreotti G, Baretge J, Villani P, Paraponaris A. Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes, and Practices of General Practitioners in France. *Obesity Research* 13 (2005), 787–795.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. Fachverlag Peter Sabo, 4. erweiterte und überarbeitete Auflage, Schwabenheim 2003.
- Büsching U, Paulus P, Schirm H. Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (Hrsg). Handbuch: Für die Zusammenarbeit von Arzt und Schule. Hansesatisches Verlagskontor, Lübeck 2005.
- Caplan G. Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York 1964.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT, Roccella EJ and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA* 289 (2003), 2560–2572
- Echlin PS, Upshur RE, Markova TP. Lack of chart reminder effectiveness on family medicine resident JNC-VI and NCEP III guideline knowledge and attitudes. *BMC Fam Pract* 5 (2004), 14.
- Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Saf* 29 2003, 563–574.
- Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports* 98 (1983), 107–109.
- Helgason AR, Lund KE. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation – results from four Nordic countries. *Scand J Public Health* 30 (2002), 141–147.
- Jepson R, Clegg A, Forbes C, Lewis R, Sowden A, Kleijnen J. The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review. In: *Health technology assessment : HTA / NHS R&D HTA Programme* 4 (2000), Nr. 14, S. 1–132.
- Ludt S, Joos S, Szecsenyi J. Schulung und Selbstmanagement. In: *Hausarzt Handbuch zu den Disease-Management-Programmen Asthma bronchiale und COPD*. Deutscher Hausärzterverband e.V., AOK-Bundesverband (Hrsg). S. 63–72. Med.Komm., München 2006.
- Meier-Baumgartner HP, Dapp U, Anders J. Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren. Kohlhammer, Stuttgart 2004.
- Mirand AL, Beehler GP, Kuo CL, Mahoney MC. Explaining the de-priorization of primary prevention: physicians' perceptions of their role in the delivery of primary care. *BMC Public Health* 3 (2003), 15.
- McKinlay J, Marceau L (2000). US public health and the 21st century: diabetes mellitus. *The Lancet* 356:757–761
- Prochaska Jo, Redding CA, Evers KE, Glanz K, Rimer BK, Lewis FM (eds.). *The transtheoretical model and stages of change. Health behavior and health education. Theory, research, practice*. Jossey-Bass, 3rd edition, 99–120, San Francisco 2002.
- Rose G: *The Strategy of Preventive Medicine*, Oxford 1992.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Nomos, Baden-Baden 2002.
- Scriba P, Schwartz FW (Hrsg), Walter U. Serie Prävention. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2001ff.
- Sturm E, Bahrs O, Dieckhoff D, Göpel E, Sturm M. *Hausärztliche Patientenversorgung. Konzepte – Methoden – Fertigkeiten*. Thieme, Stuttgart 2006.
- The Royal Australian College of General Practitioners. *Putting prevention into practice. A guide for the implementation of prevention in the general practice setting*. 1st Edition, Melbourne 1998.
- Troschke J von. *Arztpraxen*. In: Haisch J, Hurrelmann K, Klotz T. *Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung*. Huber, 201–205, Bern 2006.
- U.S. Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. International Medical Publishing, 2nd Edition, Alexandria 1996.
- Walter U, Schwartz FW, unter Mitarbeit von Robra B-P und Schmidt T. *Prävention*. In: Schwartz FW, Badura B, Busse R, Leidl R, Raspe H, Siegrist J, Walter U (Hrsg). *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*. Urban & Fischer, 189–214, München Wien Baltimore 2003.
- Walter U, Flick U, Neuber A, Fischer C, Schwartz FW. *Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis*. VS – Verlag für Sozialwissenschaften, Leverkusen 2006.
- Walter U. Bevölkerungsbezogene und individuelle Prävention – Strategien und Wirksamkeit. *Der Internist* 45 (2004), 148–156.
- World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. First International Conference on Health Promotion, Ottawa 1986, http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf.
- Whitlock EP, Orleans T, Pender N, Allan J. Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions: An Evidence-based Approach. *Am J Prev Med* 22 (2002) 267–284.