

z.B. alle Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren alle zwei Jahre schriftlich zur Untersuchung in eine zertifizierte Mammografie-Screening-Einheit eingeladen. Die Krankenkassen übernehmen u. a. auch die Kosten für die Untersuchungen zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und Krebserkrankungen des Genitales bei Frauen ab dem 20. Lebensjahr (jährlich), für die Untersuchungen zur Früherkennung von Hautkrebs bei Männern und Frauen ab dem 35. Lebensjahr (alle zwei Jahre), für eine Tastuntersuchung der Prostata bei Männern ab dem 45. Lebensjahr (jährlich) und für zwei Koloskopien im Abstand von zehn Jahren zur Früherkennung von Darmtumoren bei Männern und Frauen ab dem 55. Lebensjahr. Diese Untersuchungen werden jedoch nicht in zertifizierten Screening-Einheiten durchgeführt.

Es ist unklar, aufgrund welcher Kriterien die jeweiligen Untersuchungen in Deutschland in die genannten Früherkennungsprogramme aufgenommen wurden. In den USA werden z.B. weder die Tastuntersuchung der Prostata noch die Untersuchungen zur Früherkennung von Hautkrebs empfohlen. In einigen Ländern gibt es nationale Expertenkommissionen, die aufgrund der Evidenz zu Nutzen und Schaden von Screening-Untersuchungen Empfehlungen für oder gegen die Durchführung abgeben, so z. B. die *US Preventive Services Task Force* (USPSTF, siehe Kap. 4.6), das *UK National Screening Committee* und das *New Zealand National Health Committee*. Leider fehlen solche nationalen Gremien in Deutschland und der Schweiz.

Internet-Ressourcen

Auf unserer Lehrbuch-Homepage (www.public-health-kompakt.de) finden Sie Hinweise auf weiterführende Literatur, zusätzliche Abbildungen und Web-Boxen sowie Links zu themenrelevanten Studien und Institutionen.

4.6 Gesundheitsförderung und Prävention in der Arztpraxis

Matthias Egger, Ueli Grüniger

Gesundheitsförderung und Prävention sind wichtige Aufgaben in der Hausarztpraxis. Das bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt erleichtert es, die PatientInnen in der Sprechstunde auf ihr Gesundheitsverhalten anzusprechen, z.B. auf Rauchen, risikoreichen Sex oder übermäßigen Alkoholkonsum. Weitere Gesundheitsrisiken werden in der periodischen Gesundheitsuntersuchung (Check-up) erfasst.

In diesem Abschnitt besprechen wir die Beratung in der Arztpraxis, diskutieren über periodische Gesundheitsuntersuchungen und loten die Grenzen von Prävention und Gesundheitsförderung in diesem Setting aus.

Schweizerische Lernziele: CPH 31

Anders als im spezialisierten Facharztbereich ist die Arzt-Patient-Beziehung in der Hausarztpraxis durch wiederholte, über längere Zeiträume stattfindenden Kontakte mit dem Patienten, ein daraus entstehendes Vertrauensverhältnis und eine dem Vertrauensverhältnis zugrunde liegende hohe Glaubwürdigkeit des Hausarztes gekennzeichnet.

Dies ist von großem Vorteil, wenn es um Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis geht. In der Sprechstunde bieten sich immer wieder Gelegenheiten, ungünstige Verhaltensweisen anzusprechen, Gesundheitsrisiken zu erfassen und zusammen mit dem Patienten bzw. der Patientin geeignete gesundheitsfördernde oder präventive Maßnahmen einzuleiten. Im Vordergrund stehen dabei die Beratung und die Begleitung des Patienten, der sein Verhalten ändern will. Dazu gehören aber auch sekundärpräventive Maßnahmen wie die medikamentöse Beeinflussung von Risikofaktoren (z. B. die Senkung eines hohen Blutdrucks, die Korrektur ungünstiger Lipidwerte im Blut oder die ergänzende medikamentöse Therapie bei Nikotinabhängigkeit und Adipositas). Schließlich ist jede Konsultation eine Gelegenheit, den Impfstatus des Patienten zu überprüfen und gegebenenfalls zu vervollständigen. Impfungen werden v. a. im Erwachsenenalter oft vernachlässigt (s. Kap. 8.4)!

Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis orientiert sich an sozialwissenschaftlichen Konzepten (u. a. dem Konzept der *Gesundheitskompetenz*, s. Kap. 4.1 und Kap. 4.4.3) und den Prinzipien einer *evidenzbasierten Medizin* (vgl. Kap. 2.1). Auf dieser Basis soll das Risikoprofil des Patienten bzw. der Patientin gesamtheitlich und unter Berücksichtigung bestehender Erkrankungen und Einschränkungen beurteilt werden. So ist z. B. eine Gewichtsreduktion bei einem Mann mit einem Bauchumfang von 95 cm nicht zwingend erforderlich, wenn keine weiteren Risikofaktoren vorliegen und der Mann regelmäßig Sport treibt (s. Kap. 7.4). Ein besonders wichtiger Ansatzpunkt der hausärztlichen Prävention und Gesundheitsförderung ist die Beratung und Behandlung von RaucherInnen (s. Box 4.6.1).

Vom Schweizer *Kollegium für Hausarztmedizin* wurde ein anwendungsorientierter, umfassender Ansatz mit einfachen Algorithmen für die Sprechstunde entwickelt, der hier als Grundlage dienen kann. Bei diesem „Gesundheitscoaching“ wird der Arzt zum *Coach* des Patienten. Er erarbeitet mit ihm seine Prioritäten und Motivationen und unterstützt ihn dabei, vorhandene Ressourcen zu mobilisieren und weitere Gesundheitskompetenzen nachhaltig aufzubauen (s. Web-Box 4.6.1 auf unserer Lehrbuch-Homepage).

4.6.1 Beratung

Wichtige Voraussetzungen für eine wirksame Beratung in der Hausarztpraxis sind eine positive Wertschätzung des Patienten sowie eine Atmosphäre, die dem Patienten signalisiert, dass er mit seinem Problem ernst genommen wird. Der Patient wird als eigene Persönlichkeit und nicht einfach als ein weiterer Fall wahrgenommen. Die notwendigen Maßnahmen werden gemeinsam mit ihm geplant. Diese partnerschaftliche Zusammenarbeit ist Voraussetzung dafür, dass eine Umverteilung der Verantwortung innerhalb des Arzt-Patient-Verhältnisses stattfinden kann. Das Beratungsgespräch soll die Botschaft vermitteln, dass Patient und Arzt sich die Verantwortung für die Lösung der Probleme teilen, wobei der Arzt als Experte, Berater und Begleiter zu Verfügung steht. Dies bedeutet, dass der Arzt den Patienten gleich zu Beginn der Beratung nach dessen Erwartungen und Erfahrungen fragt. Bei diesem Gespräch werden die Prioritäten des Patienten sowie seine Bereitschaft für potenzielle Maßnahmen ausgelotet. Konkrete Fragen, die sich in diesem Zusammenhang anbieten, finden sich in der Web-Tab. 4.6.1 auf unserer Lehrbuch-Homepage.

Das ärztliche Beratungsgespräch orientiert sich am *Transtheoretischen Modell* (TTM), das die verschiedenen Stadien auf dem Weg zur Verhaltensänderung abbildet – von der

Box 4.6.1: Ein Fall für zwei: das ABC der Raucherentwöhnung in der Hausarztpraxis.

Da sich Hausarzt und Raucher in vielen Fällen regelmäßig in der Praxis treffen, ist der Hausarzt besonders geeignet, die Raucherentwöhnung zu begleiten. Die Beratung durch den Hausarzt unterstützt den Raucher auf dem Weg zur Entwöhnung, Medikamente können dabei den Nikotinentzug erleichtern und die Chancen erhöhen, zum Ex-Raucher zu werden. In der Sprechstunde wird die Nikotinabhängigkeit jedoch zu selten thematisiert. Der Hausarzt steht unter Zeitdruck und schätzt die Raucherberatung als zu wenig Erfolg versprechend ein. Auch der Patient ist oft nicht motiviert, über sein Rauchverhalten zu sprechen. Etwa 80 % der RaucherInnen befinden sich im Stadium der Absichtslosigkeit (*Präkontemplation*) oder Absichtsbildung (*Kontemplation*) und nur 20 % im Stadium der Vorbereitung (*Präparation*, s. Kap. 4.4.1).

Auch wenn ein tabakabhängiger Patient keinen Versuch machen möchte, mit dem Rauchen aufzuhören, sollte trotzdem ein kurzes, auf den Patienten zugeschnittenes, motivierendes Gespräch angeboten werden. Eine derartige minimale Intervention erhöht die Wahrscheinlichkeit von zukünftigen Aufhörversuchen. Nach neuseeländischen Empfehlungen lautet das ABC der Raucherentwöhnung deshalb:

- A Ask** about smoking status
- B Brief advice** to stop smoking for all
- C Cessation support** for those who wish to stop smoking

Die Beratung des aufhörwilligen Rauchers beginnt mit einer detaillierten Anamnese. Angaben zur Anzahl der gerauchten Zigaretten pro Tag, zu früheren Rauchstoppversuchen und rauchfreien Intervallen sowie zur Motivation sind wichtig für die Planung der Entwöhnung. Die Diagnose der Nikotinabhängigkeit wird anhand der Kriterien des DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*) gestellt und die Abhängigkeit mit dem *Fagerström Test* erfasst. Die Therapie besteht aus einer intensiven Beratung und – je nach Abhängigkeitsgrad – einer medikamentösen Therapie mit *Nikotinsubstitution*, *Bupropion* oder *Vareniclin*. In der Beratung informiert der Arzt über Entzugssymptome, Rückfallrisiken und mögliche pharmakologische Therapien. Er unterstützt den Patienten bei der Mobilisierung seiner Ressourcen und hilft ihm, Risikosituationen zu erkennen und zu meistern. Bei einer leichten Abhängigkeit steht die vorübergehende Nikotinsubstitution mit Präparaten von kurzer Wirkdauer im Vordergrund (Kaugummi, Tabletten oder Inhalator), bei starker Abhängigkeit kommen Depotpflaster und Bupropion hinzu. Die Therapiedauer beträgt drei bis sechs Monate. Nach einem Jahr sind 20–30 % der Raucher abstinent. Längerfristige Therapien mit Vareniclin helfen Rückfälle zu verhindern. Spezielle Situationen, bei denen u.U. ein anders Vorgehen angezeigt ist, ergeben sich in der Schwangerschaft und Stillzeit, bei Patienten mit psychischen Erkrankungen und bei Jugendlichen.

Quelle: Cornuz J et al. Tabakentwöhnung: Update 2011. Schweiz Med Forum 2011; 11(9): 156–159 (Teil 1) und 172–176 (Teil 2).

Absichtslosigkeit (*Präkontemplation*) bis zur Umsetzung und Aufrechterhaltung des neuen Verhaltens (s. Box 4.4.1). Die ärztliche Beratung passt sich jeweils an das Stadium an, in dem sich der Patient befindet. Ziel ist, eine Verhaltensänderung zu erreichen, die Umsetzung und Aufrechterhalten des neuen Verhaltens ermöglicht. Die im Beratungsgespräch erhobenen Angaben ermöglichen es gemeinsam mit den Resultaten der klinischen Untersuchung und der Labortests, das individuelle Risiko abzuschätzen und den Patienten auf seinem Weg zu einem gesünderen Verhalten immer wieder zu motivieren. Ein solcher Weg bietet sich insbesondere für PatientInnen mit kardiovaskulärem Risiko an. Hier sind bereits gute, evidenzbasierte Instrumente vorhanden (u. a. gibt es dazu eine Vielzahl von Risikotabellen und webbasierten Kalkulatoren). Es muss dabei jedoch darauf geachtet werden, dass das verwendete Instrument geeignet ist. So sollte der in Deutschland häufig verwendete Score der *Prospective Cardiovascular Münster-Studie* (PROCAM) z. B. für die Schweiz aufgrund der dort niedrigeren Inzidenzrate von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach unten korrigiert werden (s. Kap. 7.1).

4.6.2 Periodische Gesundheitsuntersuchungen

Periodische Untersuchungen von Gesunden (*Check-ups*) gibt es seit dem 19. Jahrhundert. In der Folgezeit entstanden daraus bevölkerungsbasierte Screening-Programme mit definierten Qualitätsstandards. Organisierte Screening-Programme werden heute insbesondere in den nordeuropäischen Ländern und in Großbritannien durchgeführt (s. Kap. 4.5). In Ländern wie der Schweiz und Deutschland, in denen nur wenige bevölkerungsbasierte Screening-Programme existieren, haben dagegen Untersuchungen, die anlässlich einer Konsultation beim Arzt durchgeführt werden, einen besonders hohen Stellenwert. Auch solche opportunistischen Untersuchungen können sinnvoll sein.

Das anfänglich vorherrschende Konzept der körperlichen Untersuchung mit einer Vielzahl an Laboruntersuchungen wurde gegen Ende des 20. Jahrhunderts von einem selektiven und zunehmend evidenzbasierten Vorgehen abgelöst. Seit den 1980er Jahren publiziert die *US Preventive Services Task Force* (USPSTF) regelmäßig aktualisierte Empfehlungen zu präventiven Maßnahmen in der Arztpraxis (*The Guide to Clinical Preventive Services*). Die aktuellen Empfehlungen (2010/11) sind im Internet erhältlich und auch über das Smartphone abrufbar.

Die Einteilung der USPSTF-Empfehlungen wird nach dem Evidenzgrad der Maßnahmen in fünf Kategorien vorgenommen (Tab. 4.6.1). Bei Männern werden 13, bei Frauen 20, bei schwangeren Frauen 8 und bei Kindern 11 Untersuchungen und Maßnahmen mit hohem Evidenzgrad (A oder B) empfohlen. Hierzu gehören z. B. folgende Maßnahmen mit dem Ziel der Senkung des Herzinfarkt- und Schlaganfallrisikos:

- Zur *Erkennung eines Bluthochdrucks*: eine Blutdruckmessung alle zwei Jahre bei Personen mit einem Blutdruck unter 120/80 mmHg und jährlich bei Personen mit einem systolischen Blutdruck von 120–139 mmHg oder einem diastolischen Blutdruck von 80–90 mmHg
- Zur *Erkennung einer Hypercholesterinämie*: die Bestimmung des Gesamtcholesterins und des HDL-(High Density Lipoprotein-) Cholesterins im Blut alle fünf Jahre bei Männern ab dem 35. Lebensjahr

- Zur *Erkennung einer Hypercholesterinämie*: die Bestimmung des Gesamtcholesterins und des HDL-Cholesterins im Blut bei Männern mit bekannten Risikofaktoren (Rauchen, Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas, Arteriosklerose und kardiovaskulär belastete Familienanamnese) bereits ab dem 20. Lebensjahr und bei Frauen mit erhöhtem Risiko ab dem 45. Lebensjahr
- Zur *Hemmung der Blutplättchenaggregation*: die Gabe von Aspirin (z.B. 100 mg täglich oder jeden 2. Tag) bei Männern im Alter von 45–79 Jahren und bei Frauen im Alter von 55–79 Jahren

Viele Untersuchungen und Maßnahmen werden darüber hinaus von der USPSTF explizit *nicht* empfohlen, so z.B. das Screening für die koronare Herzkrankheit mit Belastungs-EKG (Kategorie: I Statement, s. Tab. 4.3 und Abb. 4.9), die Gabe von Aspirin bzw. nicht-steroidalen Entzündungshemmern zur Prävention des Kolonkarzinoms (Kategorie: D) oder das PSA-Screening zur Früherkennung des Prostatakarzinoms (Kategorie: D).

Tab. 4.3: Gradeinteilung von präventivmedizinischen Empfehlungen aufgrund der vorhandenen Evidenz. Modifiziert nach *United States Preventive Services Task Force (USPSTF), 2007*.

Grad	Empfehlung
A	Die Maßnahme wird empfohlen. <i>Aufgrund der konsistenten Resultate qualitativ hoch stehender Studien ist es praktisch sicher, dass der Nutzen deutlich überwiegt.</i>
B	Die Maßnahme wird bis auf Weiteres empfohlen. <i>Aufgrund der Studienresultate ist es wahrscheinlich, dass der Nutzen überwiegt. Es sind aber weitere Studien notwendig, um die Wirksamkeit der Maßnahme zu präzisieren.</i>
C	Die Maßnahme kann bei einzelnen PatientInnen sinnvoll sein, wird jedoch nicht allgemein empfohlen. <i>Aufgrund der Studienresultate ist es wahrscheinlich, dass der Nutzen in den meisten Situationen gering ist.</i>
D	Die Maßnahme wird nicht empfohlen. <i>Aufgrund der Studienresultate ist es praktisch sicher oder wahrscheinlich, dass kein Nutzen resultiert oder der Schaden überwiegt.</i>
I Statement	Die vorhandene Evidenz ist ungenügend (Insufficient). <i>Das Verhältnis zwischen Nutzen und Schaden kann nicht beurteilt werden. Weitere Studien sind notwendig.</i>

Allerdings wird die Datenlage bei einigen Maßnahmen kontrovers beurteilt, etwa bei der Empfehlung der USPSTF, bei allen 65- bis 75-jährige Rauchern einmalig eine Ultraschall-Untersuchung des Bauchraumes durchzuführen, um frühzeitig Aussackungen der Hauptschlagader (Aortenaneurysma) zu erkennen. Oft unterscheiden sich die Empfehlungen von Land zu Land. Zudem können Empfehlungen und Praxis innerhalb eines Landes auseinanderklaffen.

In Deutschland wurden 1989 erstmals durch das *Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung* „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“ festgelegt, die als



Abb. 4.9: Nicht alle Vorsorgeuntersuchungen sind sinnvoll: Das Belastungs-EKG wird aufgrund mangelnder Evidenz nicht empfohlen.

Check-up 35 bekannt sind. Diese sehen eine anamnestische Erfassung von Gesundheitsrisiken, eine klinische Untersuchung mit Blutdruckmessung und Untersuchungen von Blut und Urin vor (Tab. 4.4).

Tab. 4.4: *Check-up 35*, in Deutschland empfohlene Untersuchungen bei symptomfreien Männern und Frauen ab einem Alter von 35 Jahren (alle zwei Jahre).

-
- Anamnese, insbesondere die Erfassung des Risikoprofils
 - Klinische Untersuchungen (körperliche Untersuchung einschließlich Blutdruckmessung)
 - Blutuntersuchung (Cholesterin, Glukose)
 - Urinuntersuchungen (Eiweiß, Glukose, Erythrozyten, Leukozyten und Nitrit mit Harnstreifentest)
 - Beratung über die Ergebnisse
-

4.6.3 Nachteile und Grenzen des Settings Arztpraxis

Bei der Gesundheitsförderung und Prävention in der Arztpraxis handelt es sich um individuelle *Verhaltensprävention*. Dieser Ansatz hat im Vergleich zu bevölkerungs-basierten Maßnahmen und zur Verhältnisprävention (s. Kap. 4.2) gewichtige Nachteile. Es werden nur die Personen erfasst, die regelmäßig zum Arzt gehen oder aus eigener Initiative einen Termin für eine Vorsorgeuntersuchung (z. B. einen Gebärmutterhalsabstrich) vereinbaren. Die Teilnehmerate, die Wirksamkeit und die Kosten-Effizienz des opportunistischen, individuellen Screenings sind deshalb verglichen mit einem organisierten Programm geringer. Es werden z. B. eher Frauen aus den oberen Gesellschaftsschichten untersucht, die ohnehin einen besseren Zugang zum Gesundheitssystem und ein geringeres Risiko haben, etwa an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken. Die Prävention in der Arztpraxis hängt zudem von der Motivation des Arztes ab. Umfragen haben gezeigt, dass die meisten HausärztInnen die Wichtigkeit der Gesundheitsförderung in

der Sprechstunde als hoch einschätzen. Andererseits stellen eine unzureichende finanzielle Vergütung, mangelnde Fortbildungsangebote und zu wenig Zeit für eine qualifizierte Beratung der PatientInnen wichtige Hindernisse dar.

Internet-Ressourcen

Auf unserer Lehrbuch-Homepage (www.public-health-kompakt.de) finden Sie die Liste der von der USPSTF empfohlenen Maßnahmen, das Buch *Guide to Clinical Preventive Services, 2010–2011*, die Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit, Links zum Fagerström Test, relevante Apps und Risiko-Kalkulatoren sowie weitere Unterlagen.