

- Berufsverbandes der Krankenschwester und Krankenpfleger, 1980.
- [15] Rutter, M., Prevention of children's psychosocial disorders: Myth and substance, *Pediatrics* 70, 883 (1982).
- [16] Schwarz, F. W., Hollstein, H., Erste Ergebnisse der Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter, *Der Kinderarzt* 10, 1017 (1979).
- [17] Schmidt E., Henke, Martina, Säuglingsernährung und Morbidität, *Sozialpädiatrie* 5, 56 (1983).
- [18] Schmid, P., Heilpädagogik und Menschenbild, Schweiz. heilpädagogische Rundschau 2, 25 (1983).
- [19] Stähelin, B., *Der psychosomatische Christus* (Novalis-Verlag, 1981).
- [20] Sundelin, C., Vuille, J. C., Health screening of four-year-olds in a Swedish county, *Acta pädiat. Scand.* 64, 795 (1975).
- [21] Carrel, R., Joss, E., Vuille, J. C., Evaluation of preventive pediatric care in Canton Bern, Results of the second Pediatrician interview (Jan. 1983), nicht publiziert.
- [22] Vuille, J. C., Präventivmedizinische Betreuung des Säuglings und Kleinkindes, in: *Pädiatrie-Praxis und Klinik* (Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart, New York 1978).
- [23] Urech, E., Ein dringendes Anliegen der Kinderpsychiater: Die Prävention, Das Kind in seiner natürlichen Umgebung, in: *Das Kleinkind in der Schweiz*, Schweiz. Konferenz der kant. Erziehungsdirektoren, Palais Wilson, Genf 25, 153 (1981).

Berichte über die Gruppenarbeit / Travaux de groupes

Erster Teil: Zusammenfassende Überlegungen

Prävention aus der Sicht des praktizierenden Arztes

H. Noack¹

1. Zielsetzung und Verlauf

Die Tagung «Präventivmedizin in der ärztlichen Praxis» sollte über den heutigen Stand des Wissens über Möglichkeiten der präventivmedizinischen Tätigkeit in der ärztlichen Praxis orientieren, einen umfassenden Erfahrungsaustausch über das praktische Vorgehen ermöglichen und die Zusammenarbeit zwischen praktischem Arzt und Sozial- und Präventivmediziner fördern. Den beiden letztgenannten Tagungszielen galt vor allem die Gruppenarbeit.

An jedem der beiden Veranstaltungstage wurde im Anschluss an die Referate und Kurzreferate in Gruppen zusammengearbeitet, insgesamt gut 3½ Stunden lang. Jeder der drei *Arbeitsgruppen* gehörten etwa 10 Tagungsteilnehmer an, ausser einer Gesundheitschwester oder einer anderen auf präventivmedizinischem Gebiet tätigen Person ausschliesslich Ärztinnen und Ärzte. Eine Gruppe (A) arbeitete in französischer und zwei (B, C) in deutscher Sprache.

Drei *Zielsetzungen* leiteten die Gruppenarbeit: Die Arbeitsgruppen wurden gebeten,

- häufige und wichtige präventive Probleme und Aufgaben in der ärztlichen Praxis zu beschreiben;
- Möglichkeiten zu deren Lösung oder Bewältigung und die dafür notwendigen personellen, organisatorischen und materiellen Voraussetzungen aufzuzeigen;
- problembezogene und allgemeine Hindernisse, welche die Prävention in der ärztlichen Praxis erschweren, zu identifizieren und Möglichkeiten zu ihrer Überwindung zu erörtern.

Die von den Gruppen gewählten Themen und aufgeworfenen Fragestellungen wie auch der Verlauf der Diskussion lassen den Schluss zu, dass sie sich von

diesen Zielsetzungen angesprochen fühlten. Einerseits griffen sie Themen der Referate und Kurzreferate auf und vertieften diese, andererseits gingen sie von ihrer Arbeit und ihren Erfahrungen in der Praxis aus.

Jeder Arbeitsgruppe standen ein Leiter und ein Berichterstatter zur Verfügung, die vorher über die Zielsetzungen und den beabsichtigten Verlauf der Arbeit orientiert worden waren. Jeweils im Anschluss an die beiden Arbeitssitzungen stellten die Berichterstatter die Arbeitsergebnisse im Plenum vor, wo sie kommentiert und diskutiert wurden. Sie sind in den im zweiten Teil dieses Beitrags enthaltenen Berichten der Arbeitsgruppen zusammengefasst.

2. Themen und Fragestellungen

Die Arbeitsgruppen befassten sich mit dem gesamten Spektrum der in den Referaten und Kurzreferaten behandelten Themen. Am ersten Veranstaltungstage widmete sich eine Arbeitsgruppe (A) Problemen der psychiatrischen Krisenintervention in der ärztlichen Praxis, und zwei Gruppen setzten sich mit verschiedenen Aspekten der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten auseinander. Am zweiten Tage wählte eine Gruppe (B) Vorsorgeuntersuchungen im Säuglings- und Kleinkindalter als ihr Thema, während zwei Gruppen (A, C) sich mit der Früherfassung häufiger Karzinome beschäftigten.

Im folgenden geben wir eine Übersicht über die in den Arbeitsgruppen diskutierten präventiven Probleme und Aufgaben, über verschiedene Möglichkeiten zu ihrer Lösung oder Bewältigung und über dabei erfahrene oder erwartete Schwierigkeiten und Hindernisse. Neben jeweils problemspezifischen Aspekten werden auch allgemeine Gesichtspunkte der Prävention in der ambulanten Versorgung erörtert.

Bei der *psychiatrischen Krisenintervention* in der Praxis sieht sich der Haus- oder Familienarzt mit einem

¹ Dr. med. et phil. H. Noack, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, Finkenhubelweg 11, CH-3012 Bern.

Problemkomplex konfrontiert, der besonders grosse Anforderungen an ihn stellen kann. Potentiell gefährliche psychosozial oder somatisch bedingte Krisensituationen, die in einen Suizid einmünden können, seien im allgemeinen schwer zu verhüten, weil es häufig äusserst schwierig sei, sie zu erkennen und in ihrer Ernsthaftigkeit zu beurteilen. Dies gelte selbst für den Hausarzt, der seine Patienten und ihre Lebensbedingungen in der Regel relativ gut kenne. In der Arbeitsgruppe, die sich mit diesem Thema auseinandersetzte, wurde neben der Frage geeigneter Krisenindikatoren, dem praktischen Vorgehen und den organisatorischen Bedingungen auf Ausbildungsangebote eingegangen, die den praktizierenden Arzt für die hier angesprochenen Aufgaben besser befähigen könnten. In einer der beiden Arbeitsgruppen, die sich mit der *Prävention der Herz-Kreislauf-Krankheiten* beschäftigten, wurden Fragen der Hypertonieerfassung erörtert, in beiden Gruppen Aspekte der allgemeinen wie der spezifischen Gesundheitserziehung. Bei der Erfassung von Personen mit *Hypertonie*, einem der wichtigsten Risikofaktoren dieser Krankheitsgruppe, stellen sich aus der Sicht der Teilnehmer dem praktizierenden Arzt sowohl methodische als auch klinische Entscheidungsprobleme, so etwa beim Vorliegen von Grenzwerten oder von Messwerten mit grosser Streuung. Darüber hinaus wurde eine für die Prävention chronischer Krankheiten grundsätzliche Frage gestellt, nämlich wie Personen mit erhöhten Blutdruckwerten in grösseren Kollektiven erfasst werden können. Es wurde berichtet, dass historisch gewachsene Organisationen mit ursprünglich anderer Bestimmung (z. B. Schirmbilddienste) diese Aufgabe teilweise übernommen haben.

Einen besonders breiten Raum nahm die Frage ein, inwieweit der praktizierende Arzt das Gesundheitsverhalten derjenigen Patienten beeinflussen soll und kann, die Risikofaktoren (vor allem Tabakkonsum, hohe Blutfettwerte, Übergewicht) aufweisen, aber wegen eines anderen Problems in die Sprechstunde kommen. Die Diskussionsteilnehmer tendierten zu der Auffassung, dass die gezielte *Gesundheitserziehung* und *präventive Beratung* der Patienten eine Aufgabe darstellt, die der praktizierende Arzt aktiv wahrzunehmen habe. Die Konsultationssituation biete hierfür besonders günstige Voraussetzungen. Schwierigkeiten stellten sowohl die mangelnde Motivation mancher Ärzte als auch Widerstände von Seiten der Patienten dar. Bei der Auswahl der Patienten müsse deshalb von Kosten-Nutzen-Überlegungen ausgegangen werden. Grosse Bedeutung wurde auch der *allgemeinen Gesundheitserziehung* der Bevölkerung beigemessen, insbesondere angesichts des sozialen Wandels, der zu einem Verlust von überliefertem Gesundheitswissen geführt habe. Zu vermitteln seien verschiedene Kompetenzen wie die Fähigkeit zur Körperwahrnehmung, die Bereitschaft zur Änderung bestimmter Lebensgewohnheiten (z. B. der Ernährung) und zur regelmässigen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen.

Es wurde die Frage aufgeworfen, wo eine solche Gesundheitserziehung zweckmässigerweise durchgeführt werden kann und wer dafür verantwortlich sein soll. Die Diskussionsteilnehmer sahen den künftigen Arzt viel eher in der Rolle des Ausbildners von Gesundheitserziehern als in der Gesundheitserzieherrolle selbst. Dafür müsse er allerdings ausgebildet werden.

In den übrigen Gruppenberichten geht es um verschiedene Aspekte von Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Erwachsenen. Die Arbeitsgruppe, die sich mit *pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen* befasste, erörterte in erster Linie den Ausbau eines standardisierten Vorsorgeprogramms, das sich in Basel und in Bern, wo es von Kinderärzten entwickelt und erprobt worden ist, als praktikabel und effizient erwiesen hat und das von den Eltern akzeptiert wird. Neben Fragen der Finanzierung konzentrierten sich die Teilnehmer auf die Diskussion von Massnahmen, mit denen in der Zukunft möglichst viele Ärzte für ein solches Programm gewonnen werden könnten.

Von den beiden Arbeitsgruppen, die sich mit der *Früherfassung von Karzinomen* befassten, setzte sich die eine mit den Möglichkeiten einer *allgemeinen Früherfassungsstrategie* auseinander. Sie soll dazu dienen, Personen mit einem definierten Krebsrisiko systematisch in der Bevölkerung zu erfassen. Als die unter den gegebenen Bedingungen geeignetste Vorgehensweise wurde erwogen, in einem ersten Schritt eine öffentliche Aufklärungskampagne über die von der Schweizerischen Krebsliga beschriebenen wichtigsten Warnsignale durchzuführen. Personen, die bei sich ein solches Alarmzeichen festgestellt haben, sollen in einem zweiten Schritt in Arztpraxen erfasst und untersucht werden. Wie die Gruppendiskussion gezeigt hat, kann eine solche Strategie dann zu schwierigen Entscheidungen führen, wenn es den Nutzen therapeutischer Interventionen (Gewinn von Lebenszeit oder Lebensqualität) abzuwägen gilt.

Aber auch bei der Anwendung *spezifischer Untersuchungsmethoden*, mit der sich die andere Arbeitsgruppe befasste, kann der Arzt vor relativ schwierigen Fragen stehen. So gilt zum Beispiel die Brustpalpation als relativ unzuverlässig, weshalb die regelmässige, ärztlich überwachte Selbstkontrolle der Frau eine besonders zu empfehlende Methode darstelle. Bei der Früherfassung von Kolorektaltumoren sei dagegen wegen des hohen Anteils falsch-positiver Befunde eine Beschränkung auf Risikogruppen notwendig. Und bei der Früherfassung des Prostatakarzinoms gehe es primär darum, psychologische Widerstände der Patienten gegen die Rektaluntersuchung abzubauen. Wichtig sei vor allem, dass der Arzt im Studium wie auch danach Gelegenheit erhalte, diese Untersuchungsmethoden gründlich zu üben. Allerdings ist die Wirksamkeit von Routineuntersuchungen auf Prostatakarzinom nicht klar erwiesen, so dass sie zum Beispiel von einer kanadischen Expertengruppe allgemein nicht als Vorsorgeuntersuchung des erwachsenen

Mannes empfohlen wird (Canadian Task Force 1980, p. 60).

Beide Gruppen diskutierten schliesslich grundsätzliche Aspekte der *Organisation von Vorsorgeprogrammen*, die möglichst viele potentielle Risikoträger erfassen sollen. Dabei wurden verschiedene Varianten einander gegenübergestellt, wie zum Beispiel Aufbieten aller registrierten Patienten, Aufbieten auf eigenen Wunsch, Aufforderung durch eine neutrale Stelle, Bonus oder Gutschein der Krankenkasse. Die Diskussionsteilnehmer schienen darin übereinzustimmen, dass ein Vorsorgeprogramm nur in dem Masse mit den Grundprinzipien der ambulanten Versorgung kompatibel sei, in dem es die Selbstverantwortung des einzelnen fördert und die Freiheit der Arztwahl garantiert.

Ungeachtet der Unterschiede der behandelten Themen und erörterten Fragestellungen wurden in den Diskussionen der Arbeitsgruppen sehr ähnliche Bedürfnisse deutlich: der Wunsch nach einer kontinuierlichen Orientierung über den neuesten Forschungsstand auf dem Gebiet der Prävention, nach Leitlinien («schlagkräftigen Rezepten») für die präventivmedizinische Tätigkeit in der Praxis und nach einer angemessenen Ausbildung, Weiterbildung und Fortbildung.

3. Abschliessende Bemerkungen

Aus der Sicht der Tagungsteilnehmer umfasst die Tätigkeit des praktizierenden Arztes Aufgaben der primären und der sekundären Prävention; das heisst vor allem Aufgaben der Gesundheitserziehung und präventiven Beratung und Aufgaben der Früherfassung von potentiell gefährlichen gesundheitlichen Krisen und chronischen Krankheiten.

In der Gruppenarbeit kam zum Ausdruck, dass beide Aufgabenbereiche in der ärztlichen Tätigkeit eng miteinander verknüpft sein können (vgl. auch *Pedoe* 1982), wie zum Beispiel die Ernährungsberatung bei der Blutdruckkontrolle oder das Gespräch über den Zusammenhang von Lebensstil und Krankheit bei der Vorsorgeuntersuchung. In der ambulanten Versorgung stellt präventives Handeln somit einen integralen Bestandteil ärztlicher Tätigkeit dar (*Schwartz* 1980).

Von den in der Literatur genannten drei allgemeinen Zielen der Gesundheitserziehung (*Griffiths, Dennis and Draper* 1982) verfolgt der Arzt in erster Linie eines oder zwei: Er versucht, Wissen über das Funktionieren des Körpers und über gesundheitsgerechtes Verhalten sowie entsprechende Einstellungen zu vermitteln. Und er bemüht sich, die Patienten über diejenigen Situationen sowie psychischen und körperlichen Zustände zu orientieren, bei denen sie ärztliche Hilfe oder Vorsorgeprogramme in Anspruch nehmen sollten. (Auf die dritte Zielsetzung, die Vermittlung von Wissen über den Zusammenhang von Umweltfaktoren und Gesundheit, wurde an der Tagung nicht näher eingegangen.)

Als Gesundheitserzieher kann der Arzt einerseits in

der Lehrerrolle aktiv sein, wie zum Beispiel als Ausbilder von Gesundheitserziehern oder Ernährungsberaterinnen, und andererseits in der angestammten Arztrolle, wobei er seinen Status, seine Beziehung zum Patienten und dessen Erwartungen gesundheitserzieherisch «nutzbar» machen kann. Wie aus den Gruppendiskussionen hervorzugehen scheint, dürfte der praktizierende Arzt auch in der Zukunft vor allem in der Interaktion mit dem Patienten als Gesundheitserzieher und -berater wirken – eine Aufgabe, auf die er aus der Sicht der Tagungsteilnehmer entsprechend vorbereitet werden sollte.

Weiterhin hat die Tagung gezeigt, dass die Früherfassung von Krisenzuständen und chronischen Krankheiten teilweise mit schwierigen Aufgaben verbunden sein kann. Neben einer besseren Orientierung über den neuesten Kenntnisstand und einer intensiveren Aus- und Weiterbildung dürfte sich hier auch eine engere Zusammenarbeit mit dem Patienten als sinnvoll erweisen, beispielsweise im Sinne einer regelmässigen, ärztlich überwachten Selbstkontrolle von Patienten, die einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind. Bei der systematischen Erfassung von Risikogruppen in der Bevölkerung, wie zum Beispiel von Patienten mit erhöhtem Blutdruck, dürfte die Aufgabe des praktizierenden Arztes vor allem darin bestehen, mit den Trägern entsprechender Programme bei deren Vorbereitung, Durchführung und Auswertung zusammenzuarbeiten.

Die Arbeitsgruppen haben zahlreiche präventive Probleme und Aufgaben in der ärztlichen Praxis beschrieben und Möglichkeiten zu ihrer Lösung oder Bewältigung aufgezeigt. Wenn diese Diskussionsergebnisse eher exemplarischen Charakter haben und teilweise mehr Fragen aufwerfen als Antworten geben können, so liegt dies in der Natur der Sache. Fragen der primären und sekundären Prävention beziehen sich in der Regel auf äusserst komplexe Sachverhalte. Auf derartige Fragen gibt es – zumindest auf der Grundlage des derzeitigen Kenntnisstandes – häufig keine einfachen Antworten, etwa im Sinne von Richtlinien oder «schlagkräftigen Rezepten». Die Ausarbeitung von geeigneten Empfehlungen wird die gemeinsame Aufgabe von praktizierenden Ärzten, Klinikern und Sozial- und Präventivmedizinern sein müssen.

Literatur

- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination*, Periodic Health Examination, Report of a Task Force of The Conference of Deputy Ministers of Health, Health and Welfare Canada, 1980. Erhältlich bei: Canadian Government Publishing Centre, Supply and Services Canada, Hull, Quebec, Canada K1A 0S9. Catalogue No. H 39-3/1980 E. \$ 22.20.
- Griffiths, J., Dennis, J., Draper, P.*, Prevention and the Community Physician, in: A. Smith (ed.), *Recent Advances in Community Medicine* (Churchill Livingstone, Edinburgh) 1982, S. 25–36.
- Pedoe, H. T.*, Coronary heart disease prevention, J. A. Smith (ed.), *Recent Advances in Community Medicine* (Churchill Livingstone, Edinburgh) 1982, S. 95–110.
- Schwartz, F. W.*, Prävention im System der gesetzlichen Krankenversicherung, Thesen und Empfehlungen (Deutscher Ärzteverlag, Köln 1980)