

# Primäre Prävention der Herz-Kreislauf-Krankheiten

Arbeitsgruppe I. B<sup>1</sup>

Die Arbeitsgruppe diskutierte über Probleme, die bei der Motivierung Gesunder zu präventivem Verhalten entstehen können, über die Möglichkeiten der Gesundheitserziehung (vor allem der Ernährungsberatung), die Bedingungen für präventivmedizinische Tätigkeit in der Arztpraxis und über Fragen der medizinischen Effizienz der Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten.

## 1. Motivierung gesunder Personen

In der Allgemeinpraxis ist der Anteil gesunder Personen, die zur Konsultation erscheinen, aus verschiedenen Gründen (z.B. schulärztliche Untersuchung, Abklärung von Berufswahl, Gesundheitsatteste, Check-up, Familienplanung, Versicherungsgutschein) recht hoch. Die Ärzte stehen deshalb häufig vor der Aufgabe, dass sie Personen, die sich bei effektiv gesundheitsschädigendem Verhalten gesund fühlen, zur Verhaltensänderung motivieren müssen. Als spezielle Problemfälle gelten die Raucher, die Übergewichtigen und Personen mit Hypercholesterinämie, während sich Hypertoniker offenbar eher leichter motivieren lassen. Als mögliche Gründe für diese Schwierigkeiten wurden genannt:

- eine allgemeine Resignation, besonders bei der Jugend, der für eine wirkungsvolle primäre Prävention wichtigsten Gruppe;
- Verängstigung der Bevölkerung durch die Massenmedien;
- mangelnde Überzeugung des durch gesundheitsförderndes Verhalten möglichen «Gewinns»;
- die Befürchtung, dass präventive Massnahmen oft eher Frustration statt Freude bewirken könnten;
- die Tatsache, dass die Motivierung zu Verhaltensveränderungen die Beeinflussung individueller und psychosozialer Faktoren voraussetzt, wofür die Allgemeinpraktiker schlecht geschult seien.

Trotzdem wird die Meinung vertreten, dass der Allgemeinpraktiker auch seine «gesunden Risikopatienten» aktiv betreuen soll und nicht zuwarten dürfe, bis sich eine Krankheit manifestiert. Der Arzt muss also die Initiative ergreifen, «Signale setzen» und präventive Intervention mittels intensiver Führung (mit definierten Zwischenzielen) leiten. Dazu werden von den Präventivmedizinern neue, schlagkräftige «Rezepte» verlangt, da viele Praktiker durch häufige Misserfolge enttäuscht seien.

<sup>1</sup> Dr. Th. Spuhler, Berichterstatter; PD Dr. U. Ackermann, Leiterin der Arbeitsgruppe; Dr. R. Böni, Mitarbeiter des Berichts.

<sup>2</sup> Grüniger, U., Prävention kardiovaskulärer Risikofaktoren, Projekt der Medizinischen Poliklinik des Inselspitals Bern, persönliche Mitteilung.

## 2. Möglichkeiten der Gesundheitserziehung – speziell der Ernährungsberatung

In der Bevölkerung scheint das Wissen über gesundheitsförderndes Verhalten verlorenzugehen: Was früher an Krankheitskenntnissen und einfacher Selbstmedikation wie auch an allgemeinen Gesundheitskenntnissen in der Familie weitergegeben wurde, scheint heute infolge der Veränderung von Familienstrukturen nicht mehr als selbstverständliches Wissen vorhanden zu sein. Daher müssen neue Wege zur Vermittlung dieser Kenntnisse gefunden werden. Es stellt sich die Frage, wer für die Gesundheitserziehung verantwortlich sein soll, wo und wie sie am besten betrieben werden kann. Die Schule ist im Moment nicht in der Lage, diese Aufgabe zu übernehmen, sind doch Lehrer bisher nicht dafür ausgebildet und häufig auch nicht motiviert, als entsprechende Vorbilder zu wirken (z.B. Rauchen).

Auch auf dem Gebiet der Ernährung ist das Wissen oft mangelhaft; dies, obschon die Medien unablässig über «beste Diäten» berichten. Hier spielen neben den individuellen Bedürfnissen auch psychosoziale Faktoren, zum Beispiel kulturelle Ernährungsnormen, familiäre Essgewohnheiten, Arbeitsbedingungen usw. eine wichtige Rolle. Die Ernährungsberatung verlangt deshalb nach einer intensiven und ausgedehnten Strategie, die am Beispiel der Adipositas näher beschrieben wurde. So muss der Arzt den Übergewichtigen zuerst gut motivieren (z.B. mit Hilfe einer individuellen «Lebens-Landschaft», die die Zusammenhänge zwischen Verhalten, Krankheit, gefährdeten Lebensjahren und die Einflussmöglichkeiten durch präventive Massnahmen aufzeigen soll<sup>2</sup>). Daraufhin muss ein Familienberatungsprogramm, das jedem seine individuell richtige Diät empfiehlt, entwickelt werden, und erst dann kann die eigentliche Intervention (Einüben der neuen Ernährungsgewohnheiten) beginnen.

## 3. Bedingungen für die präventivmedizinische Tätigkeit in der ärztlichen Praxis

Präventivmedizinische Bemühungen, besonders, wenn sie die primäre Prävention, also die Gesundheitserziehung des einzelnen Patienten, betreffen, brauchen Zeit. Damit stellt sich für den praktizierenden Arzt nicht nur die Frage der Honorierung, sondern auch, inwieweit er dafür Zeit aufbringen kann. Die Honorierung erscheint dabei als das geringere Problem, kann sie doch über ausgewählte Tarifpositionen (z.B. Zeitzuschlag, Kennzeichnung als psychische Störung) in der Regel durch die Krankenversicherung erfolgen.

Impfkosten sind dabei ausgenommen; es besteht jedoch die Tendenz, dass die Kassen diese Kosten je länger desto häufiger auch übernehmen. Aus den oben erwähnten zeitintensiveren Tätigkeiten entsteht aber für den Arzt ein kleiner Nachteil, indem sein Durchschnitt (Kosten pro Fall) erhöht werden kann. Aber auch dies scheint eine geringere Barriere als die Motivation des Arztes zu sein: Er sieht sich häufig nicht berufen, Prävention zu betreiben. Auf der anderen Seite ist aber die Gemeindekrankenschwester, die allenfalls auch für solche Aktivitäten in Frage kommt, durch die finanzielle Begrenzung, der sie unterliegt, in ihrer Aktivität eingeschränkt: Betreuungsbesuche werden durch Krankenversicherungen nicht abgegolten.

#### 4. Die Effizienz der Prävention

Aktive präventive Bemühungen sind nicht bei allen Leuten sinnvoll. So muss es dem Arzt zum Beispiel überlassen werden, gesundheitswidriges Verhalten bei Patienten zu tolerieren, bei denen er den notwendigen Einsatz nicht mehr für sinnvoll hält. Der Einsatz dieser Massnahmen sollte aber auch einen relativ sicheren «gesundheitlichen Gewinn» für die Betroffenen mit sich bringen. Bei Screening-Untersuchungen ist natürlich die Kosten-Nutzen-Relation zu berücksichtigen, und je nach Effizienz sind nur entsprechende Risikogruppen zu betreuen. Hierzu muss die entsprechende Literatur konsultiert werden; sofern diese nicht mehr dem neuesten Kenntnisstand entspricht, muss sie durch Fachleute erweitert werden.

## Prophylaxe der Herz-Kreislauf-Krankheiten – insbesondere Hypertonieerfassung und Gesundheitserziehung

Arbeitsgruppe I. C<sup>1</sup>

### 1. Probleme der Hypertonieerfassung

Die Erfassung von Hypertonie ist zweifellos eine wichtige Aufgabe in der ärztlichen Praxis. Deren diagnostische Bestimmung wirft trotz der an sich einfachen Messmethode mittels Blutdruckmanschette bei der praktischen Arbeit einige Probleme auf. Wohl bestehen Richtlinien für die Messtechniken und bezüglich der Therapie. Für den praktischen Arzt ergeben sich trotzdem Unsicherheiten darüber, was für den Therapiebeginn ausschlaggebend ist. Wenn ein Grenzwert gemessen wird, stellt sich die Frage: Wie lange soll man warten bis zum nächsten Arztbesuch? Wenn man den Blutdruck mehrmals misst und der gemessene Wert sich ändert – welcher Wert soll dann gelten? («Gespannte» sind nicht nur beim Arzt gespannt.) Wenn die Messergebnisse eine starke Streuung aufweisen, soll man eine andere Person messen lassen (z. B. Arztgehilfin, Gemeindegeschwester)?

Die ärztliche Praxis ist ohnehin nicht der einzige Ort, wo in präventiver Absicht der Blutdruck gemessen wird. Verschiedene Trägerschaften präventivmedizinischer Tätigkeiten nehmen ebenfalls Blutdruckmessungen vor und weisen gegebenenfalls Betroffene an die Hausärzte weiter. So führen die *Tuberkulose-Ligen* zusätzlich zu den Schirmbildkontrollen und der Erfassung von Rauchgewohnheiten seit acht Jahren auch Blutdruckkontrollen durch. Bei regelmässig durchge-

fürten *Tauglichkeitsuntersuchungen* bestimmter Berufsgruppen (z. B. beim Verkehrsbetriebspersonal der Stadt Bern) ist die Blutdruckkontrolle eingeschlossen. Sie wird auch durch das *Rote Kreuz* (anlässlich der Blutspendeaktionen) sowie durch *Schulärzte* und *Militärärzte* durchgeführt.

Am Beispiel der Schirmbildkontrollen zeigt sich, dass einige bestehende Einrichtungen mit der Übernahme präventiver Tätigkeiten eine neue Funktion erworben haben, während ihre ursprüngliche Funktion eher an Bedeutung verliert (s. Diskussion um die Effizienz der Schirmbildkontrolle bezüglich Tuberkulose-Entdeckung). Ähnlich haben die Fürsorgestellen in Bern als zusätzliche Aufgaben BCG-Impfungen und die Behandlung von chronischen Bronchitiden übernommen.

Solche historisch gewachsenen Trägerschaften sind lokalen Gegebenheiten gut angepasst und neugeschaffenen Institutionen darin überlegen. Es fragt sich aber, wie adäquat und wie vollständig sie die jeweiligen Zielgruppen erfassen und ob ihre Existenz genügend gesichert ist. So wurden zum Beispiel bei Männern zwischen 30 und 50 Jahren, die an sich relativ selten in der ärztlichen Praxis erscheinen, jeweils Vorsorgeuntersuchungen ausgeführt, sofern sie Mitglieder von Männerriegen waren. Seit aber der Schweizerische Landesverband für Sport dafür keine Beiträge mehr leistet, entfallen diese Untersuchungen. Dies bei einer Bevölkerungsgruppe, bei welcher gerade präventivmedizinisch etwas getan werden müsste.

<sup>1</sup> Dr. E. Zemp, Berichterstatterin; H. Schenkel, Leiter der Arbeitsgruppe.