

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, Gemeindegewesener)?

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.

## 2. Probleme der Gesundheitserziehung

Die ärztliche Praxis weist als Ort von primär- wie sekundärpräventiven Handlungen einige Besonderheiten auf: Einerseits treten die Patienten mit dem Arzt in erster Linie als Individuen, die Hilfe suchen, in direkten Kontakt und weniger als Vertreter bestimmter Risikogruppen. Dabei muss der Arzt das soziale Umfeld ins Blickfeld rücken. Andererseits kann der Arzt aufgrund des persönlichen Kontakts relativ leicht auf Fragen der Prävention zu sprechen kommen (und zwar sowohl der Sekundär- als auch der Primärprävention). Solche Gespräche können sich durch Untersuchungen ergeben, die ein Patient benötigt (z. B. Gespräch über Rauchen bei Staublungenpatienten im Anschluss an eine Lungenfunktionsprüfung), aber auch anhand von Problemen, die nicht eigentlichen medizinischen Charakter zu haben brauchen (z. B. Schlafstörungen). Der einzelne kann gezielter motiviert und beraten werden, als dies zum Beispiel in Präventivkampagnen möglich ist.

Gerade die Suche nach wirksamen Methoden zur Raucherentwöhnung (Nikotinkaugummi, Verhaltenstraining, Mappe der Tuberkulose-Ligen «Nichtraucher in 20 Tagen») zeigt, wie sehr es sich bei der Verhütung vieler Krankheiten um Probleme der Gesundheitserziehung handelt.

Auch bezüglich Hygienebewusstsein und Infektionsprophylaxe stellen sich analoge Probleme. Vor der Antibiotika-Ära wurde allgemein hygienischen Massnahmen wie auch der Infektionsabschirmung grössere Beachtung zugemessen als jetzt, wo man wegen der Antibiotika diesbezüglich nachlässiger geworden ist (Kinder mit Scharlach werden trotz der Infektiosität

oft nicht mehr von anderen Kindern isoliert). Ärzte und Schularztämter sollten die Gesundheitserziehung in diesem Bereich nicht unterlassen.

Gesundheitserziehung findet jedoch nicht nur in der ärztlichen Praxis statt. Es stellt sich überhaupt die Frage, ob diese primär eine Aufgabe von Ärzten sein kann oder ob sie – zumindest in vielen Bereichen – durch nichtärztliche Berufsgruppen ausgeführt werden soll. Dafür gibt es bereits einige Beispiele: «Zahn-tante» für Kariesprophylaxe, «Vorsorger», zum Beispiel im Kanton Bern, die in Schulen über Probleme im Zusammenhang mit Alkohol, Nikotin, Drogen usw. informieren, präventive Aufgaben von Gesundheitsschwestern, Gemeindegewestern und Samaritern.

Es fragt sich auch, inwieweit Ärzte selber in Schulen unterrichten sollten oder ob ihnen nicht eher die Rolle von Ausbildnern zukommt. Dafür müssten sie aber zunächst selbst ausgebildet werden (das Interesse an Primärprävention entsteht oft erst nach dem Studium) und über gewisse didaktische Fähigkeiten verfügen. Als solche Ausbildner könnten sie zum Beispiel an der Lehrerunterrichtung oder an der Samariteraus-bildung teilnehmen.

Insgesamt müsste in der Bevölkerung eine Haltung gefördert werden, die bei der Verbesserung der Körperwahrnehmung und der Änderung bestimmter Lebensgewohnheiten ansetzt und die Vorsorgemassnahmen als Teil der Gesundheitserhaltung einschliesst.

Ein geeignetes Präventivgesetz wie auch ein zu modifizierendes Taxpunktesystem könnten hier einige Unterstützung leisten.

### Zervixabstrich: Wann? Wie häufig?

Die Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie<sup>1</sup>, der sich auch der Präventivmediziner anschliessen kann, lautet in vereinfachter Form:

- ab 25jährig<sup>2</sup> in den ersten drei Jahren in jährlichen Abständen je ein Abstrich;
- sodann bei normalen Befunden bis 60jährig alle drei Jahre ein Abstrich.

<sup>1</sup> Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie, Rundschreiben vom 12. Juli 1977.

<sup>2</sup> In früherem Alter bei frühem Beginn des Geschlechtsverkehrs.