

Hausärztliche Prävention – Ein Vorschlag für eine Systematik

H.-H. Abholz

Prevention in General Practice – A Proposal for a Systematic Approach

Zusammenfassung

Es wird eine Differenzierung zwischen Prävention in der Hausarztpraxis und Spezifischer Hausärztlicher Prävention vorgenommen. Erstere beinhaltet Prävention, die in der Hausarztpraxis betrieben wird, aber auch an anderen Orten durchgeführt werden kann und wird. Dem gegenüber wird Hausärztliche Prävention dargestellt als eine Prävention mittels individualisierter Gesundheitsberatung und Behandlung im Sinne der Sekundär- oder Primärprävention. Individualisierte Prävention nutzt die Schwächen/Risiken einerseits und Stärken (salutogene Potenzen) des Patienten andererseits. Eine weitere Besonderheit hierbei stellt die Quartärprävention dar, die eine Verhinderung von Überversorgung unter Nutzung der sehr individuellen Gegebenheiten aufseiten des Patienten beinhaltet. Fernerhin wirkt die Hausarztpraxis präventiv als Teil von Community Medicine, und sie hat als Institution eine gesellschaftlich stabilisierende Funktion mit hierüber präventiver Wirksamkeit.

Schlüsselwörter

Hausarzt · Allgemeinmedizin · Prävention

Abstract

Prevention in general practice should be differentiated into prevention in general practice and specific general practice prevention. The first is prevention as done or possibly done in other institutions of health care. The second means the use of the specific general practice approach with individualised care, also used in prevention. This approach is possible because doctors mostly know their patients well and have a stabile doctor-patient-relationship. This approach uses patient's strengths and weaknesses/risks as well the chance for prevention in a certain situation. "Quartary prevention" is part of it and means bewaring the patient from medicalization. Aside these fields, general practice can be part of preventive community medicine and has a function in giving social stability and, with it, is preventive.

Key words

General practice · prevention

Prävention ist zur neuen und damit auch modisch erscheinenden Orientierung von etwas geworden, das es so schon 30 Jahre zuvor einmal gab und seine Spuren in der Medizin – bemerkt oder unbemerkt – zurückließ [1]. Hausärzte machen in vielerlei Bereichen Prävention, bedenken aber nicht immer, wo überall sie es

machen, was sie dabei konzeptionell tun und welche wichtige Funktion im Bereich der Prävention sie seit Jahren einnehmen.

Es wird im folgenden Text eine Strukturierung Hausärztlicher Prävention mit dem Ziel vorgenommen, die Hausarzt-interne

Institutsangaben

Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Heinz-Harald Abholz · Abteilung für Allgemeinmedizin · Universitätsklinikum Düsseldorf · Moorenstraße 5 · 40225 Düsseldorf · E-mail: abholz@med.uni-duesseldorf.de

Bibliografie

Z Allg Med 2006; 82: 50–55 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2006-921444
ISSN 0014-336251

Diskussion zu verbessern und die hausärztliche Funktion in ihrer Spezifität auch nach außen besser darstellen zu lassen¹.

Es wird vorgeschlagen, eine Gruppierung hausärztlicher Prävention in die folgenden vier Teile vorzunehmen:

- **Prävention in der Hausarztpraxis.** Dies meint die Anwendung medizinischer Prävention in der Hausarztpraxis; dies in einer Weise wie Prävention auch ansonsten an anderen Stellen des Versorgungssystems betrieben wird.
- **Spezifische Hausärztliche Prävention;** Dies meint die Verbindung spezifisch hausärztlicher Arbeitsweise mit dem Inhalt von Prävention, Gesundheitsförderung.
- Hausarztpraxis als **Teil von Community Medicine.**
- Hausarztpraxis als **gesellschaftlich stabilisierende Einrichtung.**

Prävention in der Hausarztpraxis

Dies beinhaltet die folgenden Bereiche:

- Impfungen
- Früherkennungsuntersuchungen
- Gesundheitsberatung, Diätberatung etc.
- Sekundärprävention bei Risiko-Erkrankungen (z.B. Hochdruck, Hyperlipidämie etc.) bzw. zur Verhinderung von Folgeerkrankungen bei einer schon bestehenden Erkrankung (z.B. Zustand nach Karzinom, nach Schlaganfall etc.)

Prävention in diesen Bereichen unterscheidet sich nicht wesentlich von einer solchen an anderem Ort – sei es eine andere Praxis oder eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens. Diese Form der Prävention zeichnet sich – zumindest konzeptionell – durch eine systematisierende Erfassung aller infrage kommenden Personen aus; hier liegt die Stärke dieser Prävention. Durchimpfungsraten, Teilnehmerraten etc. sind Indikatoren des Erfolgs. Damit ist Prävention in diesem Sinne immer als Public-Health-Aktivität zu verstehen. Betreibt man sie so nicht, strebt nicht nach möglichst hohen „Raten“, dann schwächt man das Konzept. Zumindest aber in Deutschland wird diese Form der Prävention in der Regel eben nicht mit Systematik und nicht unter versuchter Erfassung aller infrage kommenden Patienten durchgeführt [2]. Ausnahmen stellen die Kinder-Früherkennungs-Untersuchungen mit der bekannten hohen Beteiligung sowie die Impfungen im Kindesalter dar.

In anderen Ländern – z. B. Großbritannien oder Holland – ist dies deutlich anders: Hier gibt es für Früherkennung und Impfungen im Erwachsenenalter, aber auch für einen Teil der Gesundheitsberatungen und einen Teil der sekundärpräventiven Maßnahmen systematisierende Pläne (Guidelines), die in einer Praxis-Population dann auch systematisch umgesetzt werden. In England ist es sogar so, dass die Bezahlung des Arztes von der möglichst vollständigen Erfüllung dieser Pläne abhängig ist. Dennoch gibt es auch hier immer wieder Hinweise auf die „Verweigerung“ einer Systematik in der Prävention durch die Hausärzte [5, 8].

Da Hausärzte häufig aufgesucht werden – rund 80% der Menschen in Deutschland sehen mindestens einmal pro Jahr ihren Hausarzt [17] – wird mit einer solchen Prävention in der Hausarztpraxis in den Ländern, in denen diese dann noch systematisch betrieben wird, ein relevanter Teil der Bevölkerung erreicht.

In Deutschland nehmen nur etwa 10% der Erwachsenen über 35 Jahren – dann aber überwiegend bei ihrem Hausarzt – an der Gesundheitsuntersuchung teil [18]. Welcher Anteil dieser Personen hier nun auch regelmäßig – also konform einer systematischen Früherkennung – teilnimmt, ist aus der Datenlage nicht zu entnehmen. Über Impfungen wissen wir, dass im Erwachsenenalter – je nach Impfung und Altersgruppe – auch nur zwischen 30 und 70% regelmäßig teilgenommen haben [34]. Aus Einzelstudien wissen wir, dass nach Herzinfarkt nur knapp $\frac{2}{3}$ der Patienten nach einem Jahr noch jene sekundärpräventiven Maßnahmen erhalten, die sie nach Krankenhausempfehlung bekommen sollten [3].

Es ist nach der – wenn auch spärlichen – Datenlage am ehesten davon auszugehen, dass deutsche Hausärzte nicht die Rolle des Public Health verpflichteten Doktors übernommen haben. Zudem aber dürfte das, was im Folgenden zur Spezifischen Hausärztlichen Prävention gesagt wird, auch zugleich Teil-Erklärung für das Fehlen „Systematischer Prävention“ und damit Public Health orientierter Prävention in Deutschland sein.

Spezifische Hausärztliche Prävention

Unter Spezifischer Hausärztlicher Prävention wird etwas verstanden, was eben spezifisch für die Hausarztpraxis ist und sich deutlich von Prävention in der Hausarztpraxis, aber weniger leicht von der „Normalen Praxis“ abgrenzen lässt. Fragt man z. B. Hausärzte, welche Art der Prävention sie betreiben, so sprechen sie – insbesondere deutsche, weniger englische, skandinavische oder niederländische – von den regelmäßigen, immer wieder neue oder bestehende Krankheits- oder Gesundheitssituationen eines Patienten nutzenden „Präventiven Gesprächen“. Dann sind es – von Patient zu Patient anders ausfallende – Unterstützungen bei Veränderung der Lebensführung. Es ist auch der Ansatz, den man mit „Nutzung salutogener Potenzen des Patienten“ beschreiben kann. Und es ist die individualisierte, auf den einzelnen Patienten zielende Nutzung von Schwächen und medizinischen Risiken sowie Ängsten des Patienten, um präventiven Einfluss zu nehmen oder mit dem Patienten zu einer gemeinsamen präventiven Zielsetzung zu kommen [13].

Darüber hinaus verstehen Hausärzte auch das Verhindern von Zuviel an Medizin als präventive Aktivität – mit dem Ziel, Nebenwirkungen – seien es körperliche oder solche über ein „Labeling“ – zu verhindern [11, 13, 15].

Spezifische Hausärztliche Prävention kann man dabei auf zwei zentrale Aspekte fokussiert zusammenfassen:

- Individualisierte Prävention: Sie meint eine präventive Einflussnahme des Hausarztes, die von Patient zu Patient unterschiedlich ist und zudem – bei sich verändernden Lebenssituationen – nochmals unterschiedlich, bezogen auf den je-

¹ Eine ausführlichere Darstellung zur Thematik findet sich in: Abholz H.-H. Hausärztliche Prävention. In: Kirch WA, Badura B. Prävention. Berlin, Heidelberg 2006

weils selben Patient, realisiert wird. Sie nutzt die Kontinuität der Versorgung sowie ein gewachsenes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt. Inhaltlich ist sie durch die gezielte Nutzung von sowohl Schwächen und Risiken als auch salutogener Potenzen des jeweiligen Patienten charakterisiert. Sie erfolgt sowohl als „Behandlung“ (z. B. Risikofaktoren-Behandlung) als auch im Sinne von Gesundheitsförderung.

- Quartärprävention: Hierunter versteht man die Bewahrung des Patienten vor einem Zuviel an medizinischer Intervention. Dies meint sowohl das „Herunterschrauben“ überhöhter Erwartungen an die Medizin als auch den gezielten Abbau von Überversorgung durch kontinuierliche, individualisierende Beeinflussung von Patienten [12].

Unter hausärztlicher Prävention wird also der lebensbegleitende Versuch der primär-, sekundär- und tertiär-präventiven sowie der quartär-präventiven Beeinflussung verstanden, der sowohl mit medizinischen Interventionen als auch mittels Gesundheitsförderung umgesetzt wird.

Individualisierte Prävention

Individualisierte Prävention meint, dass jeder Patient unter Würdigung seiner gesundheitlichen Bedürfnisse und seiner speziellen gesundheitlichen Stärken und Schwächen sowie unter Berücksichtigung der medizinischen, psychischen und sozialen Problematik präventiv behandelt und zu Gesundheitsförderung angesprochen wird [20, 21, 40].

Es ist damit nicht so – wie bei Präventionskampagnen –, dass ein Thema vorgegeben ist und dieses Thema in gleicher Weise allen potenziell Anzusprechenden angeboten wird bzw. eine Behandlung durchgeführt wird. Vielmehr verhält es sich so, dass jeder Patient unterschiedlich, seinem – im allgemeinsten Sinne – Risikoprofil entsprechend präventiv zu beeinflussen versucht wird [14].

Dieser Ansatz hat den Vorteil, dass zielgerichteter gehandelt wird. Technisch ausgedrückt heißt dies, dass die number needed to treat (NNT) aufgrund der Vor-Selektion nach dem „Risikoprofil“ deutlich kleiner – im Vergleich zu Kampagnen oder Programm-gestützter Prävention – sein kann.

Hintergrund für einen solchen Ansatz sind die Dauer des Kennens des Patienten und die gewachsene Arzt-Patienten-Beziehung. Beides ermöglicht eine realistische Einschätzung, was ein Patient mitzumachen bereit ist und was nicht [24, 26]. Es geht also um die individuelle Einschätzung des präventiven Potenzials und der Motivation des jeweiligen Patienten. Die Stärke des Ansatzes besteht darin, dass die Bereiche, die am ehesten zu beeinflussen sind, auch in den Vordergrund gebracht werden. Auch hierin unterscheidet sich der Ansatz vom klassischen Ansatz einer Kampagne oder einer systematischen (also Programm-) Prävention [6].

Und schließlich gilt das Gleiche – gewissermaßen spiegelbildlich – bei der Nutzung salutogener Potenzen des Patienten [41]. Kennt der Hausarzt seinen Patienten mit seinen Stärken und Werteorientierungen, also den Aspekten, zu denen er ihn am besten salutogen ansprechen kann, so kann ein individualisierender Ansatz diese Potenzen für das präventive Ziel nutzen.

Damit grenzt sich Spezifische Hausärztliche Prävention von Prävention in der Hausarztpraxis deutlich ab. Dies geschieht insbesondere in Bezug auf systematische Erfassung aller Patienten vs. der individualisierenden Erfassung einzelner, mit sich jeweils von Patient zu Patient unterscheidenden Aspekten.

Ein weiterer Unterschied besteht in der Nutzung der Kontinuität und der hierüber ermöglichten Variabilität des präventiven Vorgehens über die Zeit. Prävention in der Hausarztpraxis hat ihre Rhythmik (z. B. Regelmäßigkeit von Früherkennung), Spezifisch Hausärztliche Prävention nutzt die „Gunst der Stunde“ in Abhängigkeit von einer konkreten Krankheitssituation oder einer besonderen Situation von erlebter Gesundheit, die es zu erhalten gilt.

Ein solcher Ansatz zeichnet sich also – zumindest konzeptionell – durch hohe Effektivität aufgrund der Nutzung individueller Ressourcen aus. Hinzu kommt auch, dass Ratschlägen immer eher dann gefolgt wird, wenn sie von Vertrauenspersonen – möglichst dann noch mit Autorität – ausgesprochen werden. Dies ist bei einer gewachsenen Arzt-Patienten-Beziehung und bei häufigen Kontakten zwischen Arzt und Patienten weitaus eher der Fall, als bei isolierten Empfehlungen von Personen oder Institutionen, zu denen kein besonderes Vertrauensverhältnis besteht [30].

Public-Health-getragene Interventionen haben alle diesen „Vorteil“ nicht, müssen also auf andere Motivations-erhöhende Ansätze zurückgreifen. Dies macht dann z. B. notwendig, dass unter diesem Konzept mehrere Interventionen in gleicher Richtung stattfinden müssen, und mehrere Institutionen alle mit der gleichen präventiven „Botschaft“ tätig werden müssen, um überhaupt Wirksamkeit zu erreichen [30].

Quartärprävention

Dieser Begriff ist von Fischer [12] zum ersten Mal benutzt worden und beschreibt die Verhinderung von Überversorgung aufgrund guter Kenntnis des Patienten, also hausärztlicher Versorgungswirklichkeit. Das Problem von Überversorgung in unserem System ist – abgesehen von eher randständigen, patientenseitigen Fehlsteuerungen – im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einer Mehrzahl infrage kommender Patienten vorgeschlagen werden, also gerade nicht individualisiert behandelt wird. In der Regel sind sie zwar als Einzelmaßnahmen plausibel und somit grundsätzlich berechtigt, häufig aber nicht unter Berücksichtigung dieses Patienten in dieser Situation.

Erst in der Fülle der Maßnahmen und unter Berücksichtigung der Gesamtheit des Patienten werden viele derartige Empfehlungen dann zur Überversorgung. An zwei Beispielen soll dies illustriert werden.

Diagnostik: Ein Patient, der in die Praxis kommt und berichtet, dass ihm sehr übel sei, er Durchfall habe und er hellrotes Blut spucke, und der schließlich sogar betont, dass dies sogleich und ohne großes Würgen beim ersten Erbrechen dabei gewesen sei, braucht eine Speiseröhren-Magen-Spiegelung. Wenn er aber noch angibt, er sei sich aber nicht sicher, ob es nicht auch aus der Luftröhre käme, weil er so zu husten begonnen habe, muss zusätzlich eine HNO-ärztliche Untersuchung und schließlich dann auch eine Spiegelung der Bronchien bekommen. Denn

hinter den Symptomen können ernste Erkrankungen stecken. Ein Teil dieser Untersuchungen kann aber eingriffsbedingte Nebenwirkungen haben, also gesundheitsschädlich sein. Kennt man als Hausarzt diesen Patienten als einen, der sich über drastisch übertreibende Schilderungen Krankenschreibungen besorgen will, oder kennt man den Patienten als jemanden, der immer – bei einer Angststörung im Hintergrund – in Panik gerät, wenn er krank ist, dann wird man das Problem sehr viel zurückhaltender angehen, also Überdiagnostik – auf diesen Fall bezogen – vermeiden.

Therapie: Ein 51-jähriger Patient mit leichter chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, supraventrikulären Tachykardien sowie immer wieder wechselnden funktionellen Störungen kommt von einem Krankenhausaufenthalt wegen einer Synkope, die sich ätiologisch nicht klären ließ, mit den folgenden zusätzlichen Diagnosen: Hyperurikämie, Hyperlipidämie, Verdacht auf asymptomatischer KHK. Die zusätzlich angesetzte Therapie besteht in Allopurinol, einem Statin, einem niedrig dosierten ACE-Hemmer sowie ASS 100 – alle als prophylaktische Maßnahme bei der angenommenen KHK. Der Hausarzt kennt den Patienten und weiß, dass dieser ein schweres Alkoholproblem hat, aufgrund dessen es immer wieder zu familiären Zusammenbrüchen kommt. Er hat dann nach solchen Exzessen multiple, nicht näher definierbare Beschwerden für 2–4 Wochen und er muss krankgeschrieben werden. Die Compliance bei Behandlung ist extrem schlecht und im Rahmen mehrerer Alkoholentzugsbehandlungen – sämtlich alle nach einigen Tagen bis Wochen abgebrochen – wurde auch ein latent suizidales Verhalten (bei faktisch keinem Ansatz für eine Psychotherapie) gesehen. Unter dieser Betrachtung erscheint die vorgeschlagene Therapie nicht sehr sinnvoll und – wie sich in einem ersten Gespräch mit dem Patienten darstellt – auch nicht gewünscht.

Behandlungen können auch inadäquat in einer Lebenssituation sein und sie können die Willigkeit und die Möglichkeiten eines Patienten überschätzen. Sie werden darüber dann zur Überbehandlung.

Selbstverständlich kann sich unter der Nicht-Befolgung von medizinischen Regeln auch Unkenntnis, Ignoranz, gar ein Geld-Sparen verbergen. Dies wird häufig unterstellt, wenn z. B. Studien zu Ergebnissen kommen, dass ein nennenswerter Teil der Empfehlungen bei Krankenhausentlassung nicht mehr eingehalten wird. Es kann sich aber hierbei auch um das Ergebnis von Entscheidungen der Quartärprävention oder um eine Non-Compliance des Patienten handeln.

Auch in dem quartärpräventiven Bereich ist es so, dass hausärztliche Prävention nicht systematisch, zu bestimmten Terminen, mit dann bestimmten, immer wieder identisch vorgegebenen Themen stattfindet, sondern dass sie individualisiert erfolgt. Dies bedeutet auch, dass bestimmte Zeitpunkte – und damit inhaltlich günstige Gelegenheiten – genutzt werden, andere aber zur Unterlassung einer quartärpräventiven Handlung Anlass geben.

Anders ausgedrückt: *Spezifisch Hausärztliche Prävention* zeichnet sich durch keine von außen ersichtliche Systematik aus. Die Systematik besteht aber – zumindest im Idealfall – darin, dass bei jedem Patienten unterschiedlich und zu unterschiedlichen Zeitpunkten – aber individualisiert ausgerichtet – gehandelt wird. Diese andere Art der „Systematik“ aber macht die wissenschaftliche Untersuchung, die Qualitätssicherung und die Abgrenzung gegen „schlechte Versorgung“ schwierig.

Bei *Prävention in der Hausarztpraxis* haben wir es hingegen mit dem generellen Problem jeder systematischen Prävention zu tun: Alle Patienten – gleich in welcher Lage sie sind – sollen erreicht werden. Dies gelingt eher, wenn sie dabei passiv bleiben

können, also sich z. B. „nur“ eine Untersuchung „holen“ (Früherkennung). Es gelingt aber deutlich schlechter, wenn sie in Bezug auf Lebensstiländerung angesprochen werden (Gesundheitsberatung, Gesundheits-Kampagne) – gleich welcher Motivation sie in einer bestimmten Lage sind [33].

Bei *spezifischer hausärztlicher Prävention* haben wir es hingegen gerade damit zu tun, dass diese – zumindest formal gesehen – unsystematisch ist und somit häufig auch bestimmte Patienten nicht erreicht, die durch systematischere Prävention erreichbar wären [40]. Andererseits ist sie – zumindest konzeptionell – wahrscheinlich hoch effektiv, weil sie die individuellen Stärken und Schwächen des Patienten in Bezug auf Ansprechbarkeit für präventive Maßnahmen – seien es Medikamente oder Verhaltensänderungen – nutzen kann.

Der Ansatz von Spezifischer Hausärztlicher Prävention ist zwar grundsätzlich mit dem eher Public Health verpflichteten Konzept von Prävention in der Hausarztpraxis (s. o.) kompatibel, verlangt aber vom Arzt zwei sehr unterschiedliche Arbeitsweisen und zwei Konzepte in Bezug auf „seinen Patienten“. In der Regel bringt dies Probleme und es bleibt daher zu fragen, welche Art der Prävention die Stärke der Hausarztpraxis darstellt.

Hausarztpraxis als Teil von Community Medicine

Die Hausarztpraxis versteht sich in vielen Ländern – insbes. Spanien, Italien, Portugal, England – auch als Teil von Community Medicine. Gemeint ist hier, dass Hausarztpraxen sich an Gesundheitskampagnen aktiv und als Teil einer gesellschaftlichen Maßnahme verstehen. Dabei spielt die Hausarztpraxis eine besondere und von anderen beteiligten Institutionen unterschiedliche Rolle, weil sie als „Vertrauensträger“ erlebt wird. In Deutschland gibt es nur vereinzelt solche Modelle [35, 38, 39].

Die Hausarztpraxis als sozial befriedende Institution

In einer Zeit, in der eine zunehmende Atomisierung von Zuständigkeit und Verantwortung erfolgt und zudem der Einfluss von Glauben und Kirche schwindet, sowie in einer Gesellschaft, in der es kaum noch verfügbare „Sozialanwälte“ oder Institutionen mit dieser Funktion gibt, hat die Hausarztpraxis eine zusätzliche – sozialwissenschaftlich gut beschreibbare – Funktion bekommen. Sie ist ein Ort, an dem unter generalistischem Ansatz noch die ganze Person – einschließlich der psychosozialen Aspekte des Lebens – gesehen wird. Sie ist ein Ort, an dem man sich dem Wohle des Einzelnen (Patienten) verschrieben hat. Darüber hinaus ist es die Institution, in der – konzeptionell und auch noch häufig in der Wirklichkeit – der Arzt primär nur für seinen Patienten handelt [4, 7]. Diese Form der Arztpraxis ist einerseits – wie jede ärztliche Institution – Autorität, andererseits aber auch Ort des Vertrauens. Man kann mit seinem Doktor – auf dem Lande nicht selten sogar per Du – reden, kann ihn Dinge fragen, die man ansonsten sich zu fragen nicht wagt.

Atomisierung von Zuständigkeiten, ein Kampf „Aller gegen Alle“, die Isolierung des Einzelnen sowie ein Sinn- und Werteverlust, all dies sind sozialwissenschaftlich und sozialepidemiologisch

belegte Faktoren für das vermehrte Auftreten von Krankheit und Tod. Sicherlich sind diese Faktoren gesellschaftlich so stark wirksam, dass auch eine Institution wie die Kirche oder – hier im Fokus – eine Hausarztpraxis kaum diese Effekte aufheben kann. Und dennoch ist vorstellbar, dass durch diese „Insel“ in gesellschaftlich harter Realität eine Befriedung und damit Teil-Aufhebung von sozial-pathologisch wirksamen Lebensbedingungen möglich ist.

Voraussetzungen

Die Spezifische Hausärztliche Prävention, die Hausarztpraxis als Teil von Community Medicine sowie die Hausarztpraxis mit gesellschaftlich stabilisierender Funktion – sie alle haben als Voraussetzung und Erklärung für ihre Wirksamkeit die folgenden drei Charakteristika hausärztlicher Versorgung:

- Kontinuität der Versorgung,
- Breite der Zuständigkeit für die Mehrzahl von Gesundheitsproblemen, sowie
- entwickeltes Arzt-Patienten-Verhältnis – letzteres insbesondere aufgrund der ersten beiden Aspekte.

Auf der Basis dieser Charakteristika wächst eine Beziehung mit relativ guter Kenntnis einem Vertrauensverhältnis sowie auch emotionaler Vertrautheit [20, 25, 31]. Letztere kann – je nach „Typ“ des Patienten – eher kameradschaftlich und mit Akzeptanz des Expertenstatus des Hausarztes oder eher paternalistisch ausgeformt sein. Für beide Formen gilt jedoch gleichermaßen: Es besteht ein Verhältnis, in dem man als Patient in der Regel vertrauensvoll entweder Ratschläge oder „Anweisungen“ bekommen möchte.

Berücksichtigen diese Anweisungen oder diese Ratschläge nun noch den jeweiligen Handlungsspielraum des Patienten, seine Krankheitskonzepte sowie seine Möglichkeit für präventives Handeln, dann lässt sich – zumindest konzeptionell – ein idealer Rahmen für Einflussnahme vermuten.

Nicht unerwähnt bleiben soll jedoch, dass hier auch Probleme und nicht nur Vorzüge zu sehen sind. Die subjektive Sicht auf Probleme sowie die Macht, die aus einer eingefahrenen Arzt-Patienten-Beziehung auch resultieren kann, können auch präventives Wirken verhindern: Es kann z.B. ein Bild vom Patienten entstehen, an dem – inhaltlich nicht begründet – „festgehalten“ wird [9, 10, 16, 22]. Neue Aspekte werden nicht wahrgenommen.

Nutzen hausärztlicher Prävention

Prävention in der Hausarztpraxis orientiert sich – im Idealfall – an einem „Programm“, das über empirische Belege (Studien) fundiert und im Nutzen belegt ist. Der Nutzen wird aber bei unsystematischer Anwendung – wie in Deutschland üblich – geringer als nach Studienlage angenommen. Aufgrund der einem Programm impliziten Gleichheit im Vorgehen – jeder bekommt das Gleiche zum gleichen Zeitpunkt – kann aber selbst bei systematischer Einhaltung eines Programms ein solcher Ansatz – bezogen auf die Zahl der Angesprochenen – nicht sehr effektiv sein.

Sehr Vielen wird etwas in einem „ungünstigen“ Moment angeboten, in dem sie nicht motiviert sind oder sie es nicht brauchen.

Der Ansatz Spezifischer Hausärztlicher Prävention, auf der Basis einer bestehenden Beziehung individualisiert und kontinuierlich Einfluss zu nehmen, ist da wahrscheinlich – zumindest konzeptionell – effektiver. Man muss hier aber mit dem Nachteil unsystematischen Vorgehens, nämlich mit versäumter Einflussnahme, rechnen (denn nicht alle werden angesprochen) [23, 28, 29, 32, 37].

Was kann auf Basis von Empirie zu diesen Fragen gesagt werden? Der individualisierende und sich kontinuierlich über den Betreuungszeitraum erstreckende Ansatz ist schwer in Bezug auf seine Effizienz zu untersuchen, weil er sich – dies charakterisiert ihn – nicht von der „normalen Versorgung“ trennen lässt. Auch ist es kaum vorstellbar – und ethisch wäre dies problematisch –, dass Ärzte ganz explizit im Rahmen einer Studie auf diese Einflussnahme systematisch verzichten, nur damit eine Vergleichsstudie durchgeführt werden kann.

Dennoch gibt es Studienansätze, die – wenn auch relativ vermittelt – die Effektivität der hausärztlichen Prävention nahe legen. Zum Beispiel ist in den USA im Rahmen einer sehr groß angelegten Studie mit einem ökologischen Ansatz nach möglichen Beziehungen zwischen einerseits Hausarzt- und Facharzt-Dichte zu andererseits Mortalität anhand der offiziellen Todesursachen-Statistik gesucht worden. Dabei sind die wichtigen Einflussfaktoren Alter, Geschlecht und soziale Schicht und ethnische Herkunft statistisch kontrolliert gehalten worden.

Ergebnis war, dass eine signifikant deutlich positive Beziehung zwischen hausärztlicher Versorgungsdichte und niedriger Mortalität – bei Kontrolle der genannten anderen Einflussfaktoren – besteht [36]. Dies galt hingegen nicht für Facharzt-Dichte, und es galt nicht für Krankenhausedichte.

Diese Beziehung ist zudem umso deutlicher, umso weiter entfernt die Mortalitätsbestimmung vom Zeitpunkt der hierzu korrelierten Hausarzt-Dichte ist. Setzte man nämlich nicht Mortalität und Hausarzt-Dichte im gleichen Jahr zueinander in Beziehung, sondern zur Mortalität 10 Jahre später, so wird der Einfluss hoher Hausarzt-Dichte auf niedrigere Mortalität noch größer. Man kann hieraus schlussfolgern, dass insbesondere längerfristig die „Chance auf eine hausärztliche Versorgung“ mit deutlich verminderter Mortalität einhergeht. Ob dies nun über eine besonders gute Therapie – besser als bei Fachärztlicher Therapie – geschieht oder über den präventiven Einfluss im hier gemeinten Sinne, ist selbstverständlich nicht zu entscheiden. Da jedoch ein Großteil der zum Tode führenden Erkrankungen nicht besonders effektiv durch Therapie längerfristig zu beeinflussen ist, darf die Vermutung als sehr plausibel angesehen werden, dass es eher über die präventive Wirksamkeit der Hausarztpraxis zu erklären sein dürfte.

Dass sich in der gleichen Studie ein solcher Einfluss der Arztdichte bei den Fachärzten nicht oder teilweise sogar negativ nur zeigt, lässt an die Frage von Überversorgung und ihre negativen Auswirkungen denken. Damit wäre die Bedeutung der Quartärprävention in der Hausarztpraxis angesprochen.

Ähnliche Hinweise zur präventiven Wirksamkeit der Hausarztpraxis ergeben sich aus anderen ökologischen [27], aber auch aus direkten Studien zu präventiven Interventionen in Praxen [29, 32, 37].

Interessenkonflikte: keine angegeben

Literatur

- 1 Abholz H-H. Prävention in der Medizin – Integration in und Widerspruch zu kurativer Medizin. *Prävention, Gesundheitsförderung* 2006; 1: 45–51
- 2 Abholz H-H. Systematische Früherkennung und Allgemeinmedizin – Ist systematische Früherkennung ein Widerspruch zum allgemeinmedizinischen Arbeitsansatz? *Z Allg Med* 1995; 71: 1868–1877
- 3 Abholz H-H. Sekundärprävention der koronaren Herzerkrankung – Eine allgemeinmedizinische Position. *Z Allg Med* 1998; 74: 758–761
- 4 Abholz H-H, Borgers D. Soziale Ungleichheit: welche Rolle kann die Arztpraxis kompensatorisch übernehmen? In: Mielck A, Bloomfield K (Hrsg). *Sozialepidemiologie*. Juventa Verlag, Weinheim, München 2001
- 5 Bach Nielsen KD, Dyhr L, Lauritzen T, et al. “You can’t prevent everything anyway.” A Qualitative study about beliefs and attitudes of refusing health screening in general practice. *Family Practice* 2004; 21: 28–32
- 6 Baric L, Conrad G. Gesundheitsförderung in Settings – Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung. Hamburg 1999
- 7 Borgers D, Abholz H-H. Welches Kapital ist gut für die Gesundheit? Entfremdung und materielle Ressourcen als Determinanten von Gesundheit. In: Mielck A, Bloomfield K (Hrsg). *Sozialepidemiologie*. Juventa Verlag, Weinheim, München 2001
- 8 Brotons C, Bjorkelund C, Bulc M, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005; 40: 595–601
- 9 Coleman T, Wynn A, Barrett S, Wilson A. Discussion of NRT and other antismoking interventions in UK general practitioners’ routine consultations. *Nicotine Tob Res* 2003; 5: 141–144
- 10 Coleman T, Murphy E, Cheater FC. Factors influencing discussions about smoking between general practitioners and patients who smoke: a qualitative study. *Brit J Gen Pract* 2000; 50: 207–210
- 11 Doering TJ, Vahlbruch A, Steuernagel B, et al. Prävention in der Hausarztpraxis: Meinungen und Einstellungen niedergelassener Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte zur Prävention im Alltag der täglichen Praxis. *Prävent Rehabil* 2002; 14: 28–31
- 12 Fischer GC. Schutz vor medizinischer Überversorgung. *Z Allg Med* 1996; 72: 1016–1022
- 13 Fisseni G, Golücke A, Abholz H-H. Warum machen deutsche Allgemeinärzte so wenig Früherkennung? *Z Allg Med* 2003; 79: 591–595
- 14 Flocke SA, Stange KC, Goodwin MA. Patient and visit characteristics associated with opportunistic preventive services delivery. *J Fam Pract* 1998; 47: 202–208
- 15 Frank O, Beilby J. Preventive activities during consultations in general practice. Influences on performance. *Aust Fam Physician* 2005; 34: 508–512
- 16 Friedman C, Brownson RC, Peterson DE, et al. Physician advice to reduce chronic disease risk factors. *Am J Preventiv Med* 1994; 10: 367–371
- 17 Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg). *Gesundheitsmonitor 2003: Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2003
- 18 Gesundheitsuntersuchung: Auswertung der Berichtsvordrucke des Jahres 1999. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Köln, 2001
- 19 Heywood A, Firman D, Sanson-Fisher R, et al. Correlates of physician counseling associated with obesity and smoking. *Prev Med* 1996; 25: 268–276
- 20 Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners’ knowledge about their patients on use of resources in consultations. *Br Med J* 1991; 303: 1181–1184
- 21 Huang N. Motivating patient to move. *Aust Fam Physician* 2005; 34: 413–417
- 22 Hunt JR, Kristal AR, White E. Physician recommendations for dietary change. *Amer J Publ Health* 1995; 85: 722–725
- 23 Iliffe S, Kharicha K, Harari D, et al. Health risk appraisal for elderly people in general practice using an expert system: a pilot study. *Health Soc Care Community* 2005; 13: 21–29
- 24 Kaner EF, Heather N, Brodie J, et al. Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 822–827
- 25 Kearly KE, Freeman GK, Heat A. An exploration of the value of the personal doctor patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 712–718
- 26 Kreuter MW, Chheda SG, Bull FC. How does physician advice influence patient behavior? Evidence for a priming effect. *Ach Fam Med* 2000; 9: 426–433
- 27 Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries. *Health Services Research* 2003; 38: 831–858
- 28 Meinck M, Lübke N, Lauterberg J, et al. Präventive Hausbesuche im Alter: eine systematische Bewertung der vorliegenden Evidenz. *Gesundheitswesen* 2004; 66: 732–738
- 29 Moore H, Summerbell CD, Greenwood DC, et al. Improving management of obesity in primary care: a cluster randomised trial. *Br Med J* 2003; 327: 1085–1090
- 30 Naidoo J, Wills J. *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2003; Kap. 5 u. 11
- 31 Nutting PA, Goodwin MA, Flocke SA, et al. Continuity of primary care: to whom does it matter? *Ann Fam Med* 2004; 1: 149–155
- 32 Ockene IS, Hebert JR, Ockene JK, et al. Effect of physician-delivered nutrition counseling training and an office support program on saturated fat intake, weight, and serum lipid measurements in a hyperlipidemic population. *Arch Intern Med* 1999; 159: 725–731
- 33 Prochaska JO, Velicer WF, et al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 1994; 13: 39–46
- 34 Robert-Koch-Institut. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 1: Schutzimpfungen*. überarb. Neuaufl. 2004. Berlin 2004
- 35 Rose C, Abholz H-H. Primärprävention im ambulanten Bereich – eine Recherche zu Modellen in Deutschland. Bundesärztekammer, 2000
- 36 Shi L, Macinko J, Starfield B, et al. The Relationship Between Primary Care, Income Inequality, and Mortality in US States. *JABFP* 2003; 16: 412–422
- 37 Silagy C, Stead LF. Physician advice for smoking cessation. In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2002*. Oxford, Update Software
- 38 Wiesemann A, Metz J, Nuessel E, et al. Four years of practice-based and exercised-supported behavioural medicine in one community in Germany, CINDI. *Int J Sports Med* 1997; 18: 308–315
- 39 Wiesemann A, Braunecker W, Nuessel E, et al. Das Östringer Modell – Praktische Umsetzung der 3-Ebenen-Konzeption. *Z Allg Med* 1993; 69: 832–838
- 40 Wiggers JH, Sanson-Fischer R. Practitioner provision of preventive care in general practice consultations: association with patient educational and occupational status. *Soc Sci Med* 1997; 44: 137–146
- 41 Wilm S. Der Patient, sein Allgemeinarzt und ihre salutogenetische Beziehung. In: Jork K, Peseschkian N (Hrsg). *Salutogenese und Positive Psychotherapie*. Bern 2003

Zur Person



Prof. Dr. med. H.-H. Abholz
Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Innere Medizin, langjährig in Klinik und Allgemeinpraxis tätig. Seit 1998 Leiter der Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf