



Stärkung der ärztlichen Primärprävention in der hausärztlichen Versorgung

*Autor: Projektgruppe „Ärztliches Präventionsmanagement“ der BÄK
- vom Vorstand der Bundesärztekammer am 17./18.09.2020 beschlossen -*

1. Ausgangslage

Die heute vorherrschenden chronischen Volkskrankheiten sind Ergebnis eines langfristigen Zusammenspiels biologischer, psychologischer, sozialer sowie umweltbezogener Faktoren. Um ihre Auftretenswahrscheinlichkeit zu reduzieren bzw. ihre Entstehung auf einen späteren Zeitpunkt im Lebenslauf zurückzudrängen (compression of morbidity), müssen möglichst frühzeitig Maßnahmen zur Erkennung und Beeinflussung determinierender Faktoren unternommen werden.

Dies entspricht auch dem Auftrag der ärztlichen (Muster)-Berufsordnung (MBO-Ä), wonach Ärztinnen und Ärzte¹ „das Leben [...] erhalten, die Gesundheit [...] schützen ... und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mit[...]wirken“ sollen (MBO-Ä § 1 Abs. 2).

Prävention stellt somit eine zentrale ärztliche Aufgabe aller Fachgebiete mit Patientenkontakt dar.

Das im Sommer 2015 vom Deutschen Bundestag verabschiedete Präventionsgesetz legte seinen Schwerpunkt auf die Gesundheitsförderung und Primärprävention in Lebenswelten, während v. a. mit der Überarbeitung der Gesundheitsuntersuchungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen auch die ärztliche Primärprävention gestärkt werden sollte.

Inzwischen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben des Präventionsgesetzes in den entsprechenden Richtlinien² Inhalte und Ausgestaltung der Gesundheitsuntersuchungen neu geregelt.

2. Primärprävention in der hausärztlichen Versorgung

Primärprävention umfasst präventive Aktivitäten, die der Gesunderhaltung und der Abwendung einer Erkrankung und ihrer Frühsymptome dienen. Durch die Förderung und Stärkung der Gesundheit kann die Lebensqualität erhalten und verbessert werden.

In den an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmenden Praxen bestehen hervorragende Möglichkeiten, Gesundheit zu stärken, gesundheitliche Belastungen frühzeitig zu identifizieren, Patienten auf diese anzusprechen und zu Verhaltensänderungen zu motivieren. Etwa 80 % der erwachsenen Bevölkerung (18 bis 79 Jahre) suchen innerhalb

¹ Berufs-, Funktions- und Personenbezeichnungen wurden unter dem Aspekt der Verständlichkeit dieses Textes verwendet. Eine geschlechtsspezifische Differenzierung ist nicht beabsichtigt.

² Richtlinie über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie), in der Fassung vom 24. August 1989, zuletzt geändert am 19. Juli 2018, in Kraft getreten am 25. Oktober 2018

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (Kinder-Richtlinie) in der Fassung vom 18. Juni 2015, zuletzt geändert am 19. Oktober 2017, in Kraft getreten am 16. März 2018

eines Jahres ihren Hausarzt auf³, und über 90 % der Kinder im Alter bis zu sechs Jahren werden gemeinsam mit ihren Eltern durch die Kinderuntersuchungen U1 – U9 erreicht⁴.

Aufgrund der alters- und schichtenübergreifenden Nutzung können in der hausärztlichen Praxis auch solche sozialen Gruppen gut angesprochen werden, die wegen ihrer spezifischen Belastungen einen hohen Präventionsbedarf haben, durch nicht-ärztliche Angebote hingegen in der Regel nur schlecht erreicht werden können. Ärztliche Primärprävention kann somit einen Beitrag zur Verringerung des sozialen Gradienten von Gesundheit bzw. Krankheit leisten.

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass eine ärztliche Primärprävention relevante Verhaltensänderungen bewirken kann⁵. Sie ist umso wirksamer, je mehr sie in lebensweltbezogene Maßnahmen eingebunden ist und interne und externe Ressourcen des Patienten aktiviert.

Hindernisse in der Umsetzung entstehen durch den mit ihr verbundenen Beratungsmehraufwand, eine notwendige Vernetzung mit Angeboten außerhalb des Gesundheitswesens, eine weitgehend fehlende Honorierung entsprechender Leistungen sowie durch begrenzte Personal- und Zeitressourcen.

Eine frühzeitige Entdeckung gesundheitlicher und psychosozialer Belastungen kann jedoch einen wichtigen Beitrag zur Gesunderhaltung des Patienten und zu einer ressourcenschonenden Behandlung leisten. Damit ist sie nicht nur für den Patienten, sondern auch für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie für das Gesundheitssystem als Ganzes von Nutzen.

3. Zielgruppen des Konzeptes

Zielgruppen des vorliegenden Konzeptes sind die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 und 1a SGB V teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie entsprechend privatärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte.

Das Konzept richtet sich neben den genannten Arztgruppen auch an die in der hausärztlichen Versorgung tätigen Medizinischen Fachangestellten. Weitere Gesundheitsfachberufe werden bei erforderlichen Kooperationen mit anderen Versorgungsbereichen mit berücksichtigt.

Das Konzept soll zukünftig auch für weitere relevante Facharztgruppen, insbesondere für Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, sowie weitere

³ Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A, Prütz F, Jordan S, Nowossadeck E, Domanska O, Kamtsiuris P: Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: Bundesgesundheitsbl 2013;56:832–844; DOI 10.1007/s00103-013-1665-x

⁴ Schmidtke C, Kuntz B, Starker A, Lampert T: Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 In: Journal of Health Monitoring 2018 3(4) DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-093

⁵ Stead LF, Bergson G, Lancaster T (2013). Physician advice for smoking cessation. Cochrane Review. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165>.

Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders J, Burnand B (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Database Syst Rev.:CD004148.

Orron G, Kinmonth A-L (2012). Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. In: BMJ 2012; 344 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.e1389>

Sacerdote C, Fiorini L, Rosato R, Audenino M, Valpreda M, Vineis P (2006). Randomized controlled trial: effect of nutritional counseling in general practice. In: Int J Epidemiol. 2006 Apr;35(2):409-15.

VanBuskirk, K. A., & Wetherell, J. L. (2014). Motivational interviewing with primary care populations: A systematic review and meta-analysis. Journal of Behavioral Medicine, 37(4), 768-780.

Versorgungsbereiche (z. B. stationäre Versorgung, Öffentlicher Gesundheitsdienst und Arbeitsmedizin) weiterentwickelt werden. Dabei sind auch die Kooperationen zwischen verschiedenen Facharztgruppen und Versorgungsbereichen in der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Einbezug relevanter Partner in den Lebenswelten besonders unterstützungsbedürftiger Patientengruppen zu berücksichtigen.

4. Ziele des Konzeptes

Mit dem vorliegenden Konzept sollen folgende Ziele verfolgt werden:

- Es soll Ärztinnen und Ärzten eine Handreichung zur Implementierung gesundheitsförderlicher und primärpräventiver Maßnahmen in der hausärztlichen Versorgung bieten. *(siehe Kap. 5)*
- Es soll die Integration primärpräventiver Maßnahmen in die Gesundheitsuntersuchungen nach §§ 25 und 26 SGB V verbessern, weshalb bereits mit dem Präventionsgesetz neu aufgenommene Teilregelungen wie z. B. das ärztliche Präventionsgespräch oder die Präventionsempfehlung in ein umfassenderes Konzept eingebunden werden. *(siehe Kap. 5c, e und h)*
- Es soll Ärztinnen und Ärzten Hinweise zur interprofessionellen Zusammenarbeit mit Akteuren des Gesundheits- und Sozialbereichs auch außerhalb des SGB V geben. *(siehe Kap. 5h)*
- Der Wissenschaft sollen Hinweise zur Entwicklung von Leitlinien und Screening-Instrumenten sowie zur Versorgungsforschung in der Primärprävention gegeben werden. *(siehe Kap. 6c)*
- Es will der Politik und der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen Hinweise auf notwendige Veränderungen gesetzlicher und anderer Rahmenbedingungen geben, damit Ärztinnen und Ärzte zukünftig wirksam primärpräventive Maßnahmen durchführen und somit einen gesellschaftlichen Beitrag zur Prävention von Erkrankungen und zur Senkung von Behandlungskosten leisten können. *(siehe Kap. 6)*
- Es will aufzeigen, welche Qualifikationen auf Seiten von Ärzten und MFA genutzt und zusätzlich für sie angeboten werden sollen, damit primärpräventive Maßnahmen besser in die Patientenbehandlung integriert werden können. *(siehe Kap. 5i)*

Das Konzept stellt hingegen keinen Ersatz für bisher fehlende Leitlinien zur Primärprävention dar, die von den entsprechenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu erstellen sind.

5. Elemente eines ärztlichen Präventionsmanagements zur Stärkung der Primärprävention in der hausärztlichen Versorgung

Unter der Voraussetzung entsprechender Rahmenbedingungen kann die Primärprävention in der hausärztlichen Versorgung wie folgt ausgestaltet und wirksam umgesetzt werden:

a) Primärprävention auf Seiten der Ärztin/des Arztes

Primärprävention ist eine ureigene ärztliche Tätigkeit, die bislang nur rudimentär im SGB V verankert ist. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz) vom 17. Juli 2015 wurden zwar in den Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene nach § 25

Abs. 1 und § 26 Abs. 1 SGB V die „Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen“, die Überprüfung des Impfstatus, eine Präventionsberatung sowie die Ausstellung einer auf ihr basierenden ärztlichen Präventionsempfehlung (§ 20 Abs. 5 SGB V) aufgenommen, ohne dass dadurch jedoch ein schlüssiges ärztliches Präventionskonzept geschaffen wurde.

Unter den gegebenen gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen bedarf es derzeit noch einer bewussten Entscheidung der Ärztin bzw. des Arztes, Primärprävention in der hausärztlichen Versorgung zu einem integralen Bestandteil des Arzt-Patienten-Kontaktes zu machen.

Für ihre Umsetzung müssen geeignete Praxisabläufe geschaffen sowie Ressourcen und Instrumente bereitgestellt werden (siehe Pt. 6).

b) Geeignete Anlässe für primärpräventive Maßnahmen

Arzt-Patienten-Kontakte eignen sich unterschiedlich gut, um primärpräventiv tätig zu werden. Eine Erhebung gesundheitlicher Risiken sowie psychosozialer Belastungen bietet sich insbesondere in folgenden Kontexten an:

- im Rahmen einer Neuaufnahme von Patienten,
- bei Durchführung einer Gesundheitsuntersuchung für Kinder, Jugendliche oder Erwachsene (gemäß §§ 25 und 26 SGB V),
- im Rahmen eines hausärztlich-geriatrischen Basisassessments,
- als Ergebnis eines Arzt-Patienten-Kontaktes,
- im Rahmen von Impfungen,
- auf Grundlage einer systematischen Ansprache von sozial und gesundheitlich besonders vulnerablen Patientengruppen,
- aufgrund eines entsprechenden Patientenwunsches,
- im Kontext kritischer Lebensereignisse der Patientin/des Patienten wie z. B. Pflegebedarf oder Krebserkrankung einer/eines Angehörigen,
- bei Kinderwunsch, Schwangerschaft und ggf. genetischen Beratungen.

Patientinnen und Patienten, bei denen eine primärpräventive Diagnostik und Beratung geeignet erscheint, können bei Erstkontakten und Gesundheitsuntersuchungen bereits durch die MFA identifiziert und auf eine entsprechende Beratung hin angesprochen werden. Es muss jeweils entschieden werden, welche Maßnahme zu welchem Zeitpunkt adressiert werden kann, um wirksam werden zu können.

c) Identifikation gesundheitlicher Risiken und psychosozialer Belastungen sowie verfügbarer Ressourcen

Definierte gesundheitliche Risiken und psychosoziale Belastungen, die durch primärpräventive Maßnahmen der Arztpraxis oder durch externe Ressourcen positiv beeinflusst werden können, sollen durch den Arzt im Rahmen eines Präventionsgespräches exploriert werden. Dabei sollten insbesondere das Bewegungs- und Ernährungsverhalten, psychische Belastungen, ein möglicher Suchtmittelkonsum, familiäre Vorbelastung für ein Krebsrisiko, kardiovaskuläre Erkrankungen, fehlender Impfschutz, soziale Belastungen, aber auch verfügbare Ressourcen abgeklärt werden.

Im Präventionsgespräch sollten alters- und geschlechtsspezifische wie auch kulturelle und familienbezogene Aspekte berücksichtigt werden.

Ergänzend können entsprechende Fragebögen eingesetzt werden (siehe Anlage). Dabei ist es Patienten freizustellen, zu welchen im Fragebogen aufgeführten Themenkomplexen sie sich äußern möchten.

d) Einbezug der MFA

Für die Primärprävention geeignete Patientinnen und Patienten bzw. Patienten-Eltern können von der MFA angesprochen und zum Präventionsgespräch motiviert werden⁶. Hierzu gehört der Einsatz eines primärpräventiven Erhebungsinstrumentes, die Begleitung der Patienten bei der Beantwortung der darin aufgeführten Fragen, die Kommunikation der Ergebnisse mit der Ärztin/dem Arzt und ggf. die Vermittlung in geeignete Maßnahmen sowie das Einholen eines Feedbacks über deren Wahrnehmung und Wirksamkeit.

e) Das ärztliche Präventionsgespräch

Im Präventionsgespräch wendet der Arzt erlernte Gesprächstechniken für eine zeitschonende und zielführende Beratung an. Die Beratung umfasst folgende Aspekte:

- die Thematisierung der vom Patienten angegebenen gesundheitlichen Risiken und psychosozialen Belastungen,
- allgemeine Informationen über gesundheitliche Risikofaktoren und ihre Bewertung im Patientenkontext,
- Klärung der individuellen Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung,
- eine darauf abgestimmte Abklärung der Patientenmotivation sowie verfügbarer Ressourcen.

Bei vorhandener Patientenmotivation für eine Verhaltensänderung:

- gemeinsame Festlegung von Zielen und Besprechung möglicher Schwierigkeiten in der Umsetzung,
- Abschluss einer Vereinbarung
 - zur Umsetzung der Ziele und der hierfür erforderlichen weiteren Schritte,
 - zur weiteren Begleitung des Patienten,
 - ggf. Einbezug unterstützender Assistenzsysteme.
- die Vereinbarung eines Feedbacks über die eingeleiteten Maßnahmen zur Überprüfung ihrer Nachhaltigkeit.

⁶ siehe Ausbildungsordnung für Medizinische Fachangestellte, BÄK: Fortbildungscurriculum für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte „Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen“. Berlin 2007

Bei aktuell fehlender Motivation für eine Verhaltensänderung:

- Wiedervorlage der Patientenansprache für einen geeigneteren Moment (hierzu ggf. Nutzung arztentlastender Patientenverwaltungssysteme),
- Mitgabe einer schriftlichen Kurzinformation zur Thematik.

f) Ggf. eine weitergehende zielgerichtete Abklärung gesundheitlicher Probleme und deren Behandlung

Sollten anhand des Präventionsgesprächs gesundheitliche Risiken und akute Belastungssituationen festgestellt worden sein, die einer näheren Untersuchung bedürfen, erfolgt eine weitergehende Abklärung

- durch eine vertiefte Anamnese,
- anhand validierter Screening-Fragebögen (siehe Anlage),
- durch die Erhebung geeigneter physiologischer Parameter.

Festgestellte Frühsymptome oder bereits manifestierte Erkrankungen werden einer weitergehenden Diagnostik und Behandlung zugeführt.

g) Eigenes Maßnahmenangebot unter Einbezug des gesamten Praxisteam

Es bedarf einer Festlegung, welche Angebote zur Primärprävention

- in eigener Praxis vorgehalten werden,
- welche durch Kooperationen mit externen Einrichtungen und Angeboten oder
- durch Mobilisierung familiärer, sozialer, ehrenamtlicher oder gemeinwesenbezogener Ressourcen für die Patientin/den Patienten aktiviert werden können.

Primärpräventive Maßnahmen der Praxis können z. B. Beratungs- oder Gruppenangebote zum Bewegungs- und Ernährungsverhalten, zum Suchtmittelkonsum, präventive Hausbesuche, auch ärztliche Gesprächsangebote, aber auch unterstützende qualitätsgesicherte Apps oder computergestützte Assistenzsysteme umfassen.

h) Weiterleitung an externe Angebote

Durch die Exploration gesundheitlicher Risiken und psychosozialer Belastungen wird auch Unterstützungsbedarf offenkundig werden, der durch die Arztpraxis selber nicht abgedeckt werden kann. Über die hierzu verfügbaren externen Angebote sollte die Arztpraxis informieren und an diese weiter vermitteln können.

Zu diesem Zweck sollte die Praxis z. B. über eine aktuelle Übersicht relevanter gemeindebezogener Angebote verfügen (Beratungsstellen, Frühe Hilfen, zertifizierte Präventionsangebote, Bewegungsangebote des Vereinssports, lebensweltbezogene Präventionsmaßnahmen in Kindertages-, Bildungs-, Freizeit-, Sport- und Alteneinrichtungen, Betrieben, im Wohnumfeld, etc.). Eine entsprechende Zusammenstellung nach Regionen, Zielgruppen und Inhalten sollte durch die Kommunen und Krankenkassen bereitgestellt werden.

Unterstützend können für eine erforderliche Weitervermittlung auch die ärztliche Präventionsempfehlung (Muster 36), das Rezept für Bewegung oder schriftliche

Empfehlungen z. B. zur Nutzung regionaler Unterstützungsangebote für Eltern und Kind gemäß § 24d Satz 4 SGB V eingesetzt werden.

In einigen Regionen bieten externe Dienste Beratungen in hausärztlichen Praxen an, oder es kann auf Lotsendienste (z. B. Stadtteilmütter) oder Gemeinde- und Stadteildienste zurückgegriffen werden, die Patientinnen und Patienten in geeignete Angebote begleiten bzw. an diese weiterleiten.

Die institutionellen Möglichkeiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (z. B. aufsuchende sozialmedizinische Hilfen) bzw. der Jugendhilfe (z. B. Frühe Hilfen, Hilfen zur Erziehung) sollten ebenfalls genutzt werden.

Ein Informationsrücklauf über die Nutzung der vermittelten Angebote an die Ärztin/den Arzt sollte vereinbart bzw. sichergestellt werden.

i) Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen

Um die Primärprävention zu stärken muss eine entsprechende Strukturierung der Praxisrahmenbedingungen erfolgen. Hierzu gehören insbesondere

- Absprachen und Abläufe hinsichtlich der Aufgaben und Verantwortlichkeiten der MFA im Rahmen der Primärprävention zu treffen (siehe Anhang),
- geeignete Case-Finding und Screeninginstrumente vorzuhalten und einzusetzen (siehe Kap. 5c und f),
- die Implementierung und Nutzung computerbasierter Assistenz- und Beratungssysteme,
- Einbindung der Praxis in präventionsrelevante kommunale Netzwerke⁷,
- Qualifizierung und Fortbildung des Praxispersonals. Hierfür bieten sich insbesondere folgende Maßnahmen an:
 - für Ärztinnen und Ärzte: Curriculum Gesundheitsförderung und Prävention der Bundesärztekammer, Kommunikationsmodul des Kursbuchs Psychosomatische Grundversorgung
 - Für das Praxispersonal: Qualifikation zur Präventionsassistentin, Curriculum Prävention in der Kinder- und Jugendmedizin, Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen. Die Themen Prävention sowie Gesprächsführung und Patientenmotivierung sind zudem in den Curricula für die Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH®) und die Nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPa) enthalten.

⁷ z. B. Netzwerke zur Prävention, Regionale Netzwerke Frühe Hilfen oder auch Gesundheitskonferenzen

6. Vorschläge zur Stärkung der ärztlichen Primärprävention

a) Selbstverwaltung im Gesundheitswesen:

- Honorierung des Präventionsgesprächs als eigenständige primärpräventive Leistung neben den Gesundheitsuntersuchungen,
- angemessene Honorierung des mit der Überarbeitung der Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene entstandenen ärztlichen Mehraufwandes,
- Honorierung der delegierbaren primärpräventiven Leistungen der MFA, Aufnahme präventiver Leistungen, die sich aus der Qualifikation zur Präventionsassistentin ergeben, als erstattungsfähige Delegationsleistungen in Anlage 24 des Bundesmantelvertrags.

b) Politik:

- Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes,
- Stärkung des Präventionsgesprächs im SGB V.

c) Wissenschaft:

- Stärkere Berücksichtigung primärpräventiver Maßnahmen in der Versorgungsforschung,
- Leitlinienentwicklung zu primärpräventiven Themen,
- Weiterentwicklung und Anpassung von Risiko-Screening- und praxisnahen Unterstützungs-Instrumenten für die ärztliche Primärprävention,
- Ausbau der Prozess- und Ergebnisevaluation primärpräventiver ärztlicher Maßnahmen,
- Ausbau und Evaluation von Angeboten zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Patientinnen und Patienten,
- Schaffung einer universitären Struktur zur Stärkung der Prävention in der Medizin.

d) Aus- und Weiterbildung:

- langfristige Aufnahme dieser Inhalte in die Lehrinhalte für das Studium der Humanmedizin und die der relevanten fachärztlichen Weiterbildungen.