

spectra

115



Prävention in der Gesundheitsversorgung

2-3 Die Prävention verankern

Die Menschen in der Schweiz leben immer länger und bleiben auch länger gesund. Dennoch nehmen nichtübertragbare Krankheiten (NCDs) stark zu, schränken die Lebensqualität der Betroffenen ein und treiben die Gesundheitsausgaben in die Höhe. Die NCD-Strategie wirkt dieser Entwicklung entgegen. Eines der wichtigsten Ziele der Strategie ist die bessere Vernetzung der Akteure aus der bevölkerungsbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention (Public Health) mit der Gesundheitsversorgung (Care). Menschen, die bereits an einer chronischen Erkrankung leiden oder ein erhöhtes Erkrankungsrisiko haben, sollen von Angeboten profitieren, die ihnen einen besseren Umgang mit ihrer Gesundheit ermöglichen. Dies erhöht ihre Lebensqualität – und dämpft die Gesundheitskosten.

6-7 Aus der Sicht der Ärzte

Wie will die FMH den Herausforderungen begegnen, die sich dem Gesundheitssystem durch den sich abzeichnenden Paradigmenwandel stellen, d.h. der erhöhten Integration der Prävention in die Gesundheitsversorgung? Was heisst das für den Beruf des Arztes heute und die künftigen Ärzte, sprich: Welche neuen Anforderungen kommen allenfalls hinzu und wie begegnet man diesen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte? Und nicht zuletzt wollte «spectra» im Interview mit Carlos Beat Quinto, dem Vorsteher des Departements Public Health und Gesundheitsberufe im FMH-Zentralvorstand, erfahren, welche Schwerpunkte er in seiner Arbeit legen wird und wie seine Wünsche – und seine Kritik – an Politik, Bund und Patientinnen und Patienten lauten.

11 Interprofessionalität im Gesundheitswesen

Ein vermehrt interprofessionelles Agieren in der Gesundheitsversorgung heisst: eine höhere Qualität und Kontinuität der Versorgung, eine steigende Zufriedenheit der Beteiligten und eine bessere Kostenkontrolle. Da die Expertise einer einzigen Berufsgruppe oft nicht mehr ausreicht, um auf die einzelnen Versorgungssituationen zu reagieren, wird Interprofessionalität zunehmend wichtig. Das heisst: Ein ganzheitlicher Blick auf den Patienten, die Patientin wird unterstützt. Und sie ist notwendig, weil gerade da, wo die Koordination nicht zum Alltag gehört, am meisten Fehler passieren. Das sind die Hauptaussagen von Claudia Galli im «spectra»-Interview. Sie ist Präsidentin des Schweizerischen Verbandes der Berufsorganisation im Gesundheitswesen SVBG, für den die Interprofessionalität im Zentrum steht.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Die Prävention als selbstverständlichen Bestandteil der Gesundheitsversorgung

Prävention in der Gesundheitsversorgung. In seiner Strategie Gesundheit2020 hat der Bundesrat die Erarbeitung und Umsetzung einer Strategie nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) als eine seiner gesundheitspolitischen Prioritäten definiert. Die strategischen Ziele und die dazu gehörigen Massnahmen wurden zusammen mit der Strategie Sucht und dem Programm für psychische Gesundheit erarbeitet und Ende 2016 vom Bundesrat und vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik gutgeheissen. Dank ihnen kann die Vorbeugung und Bekämpfung von nichtübertragbaren Krankheiten weiter verstärkt werden. Eines der Hauptanliegen der NCD-Strategie ist es, die Prävention besser in der Gesundheitsversorgung zu verankern, um chronische Krankheiten einzudämmen und weiteren Kostensteigerungen Einhalt zu gebieten. Doch wie soll das geschehen? Was wurde bis heute dafür getan? Und lässt sich der Nutzen schon abschätzen?

Wir alle möchten so lange als möglich ein gesundes und beschwerdefreies Leben führen. Den wichtigsten Beitrag können wir selber leisten – mit unserem Lebensstil. Rund 70 % der Menschen in unserem Land achten bereits heute darauf, wie sie sich ernähren und 72,5 % bewegen sich ausreichend. Sie tun ihrer Gesundheit ebenso Gutes wie all jene, die aufs Rauchen verzichten und nicht übermässig trinken. Denn viele der NCDs (Engl.: noncommunicable diseases, kurz: NCDs), also der chronischen und nichtübertragbaren Krankheiten, können dadurch verhindert oder zumindest verzögert werden – was die Lebensqualität spürbar verbessert. Die fünf häufigsten, meist chronischen nichtübertragbaren Krankheiten sind Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen sowie Krankheiten des Bewegungsapparates. Es sind massgeblich diese Krankheiten, die vorzeitige Todesfälle und chronisches Leiden verursachen.

Der Zunahme von NCDs entgegenwirken – den Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung einleiten

Diese fünf NCDs weisen die grösste gesamtgesellschaftliche Krankheitslast auf und sind zusammen mit den psychischen Erkrankungen für 51 % der gesamten Gesundheitsausgaben der Schweiz verantwortlich. Mit dem Problem steht die Schweiz nicht alleine da. Der Trend zur Urbanisierung, das steigende Durchschnittsalter und die Zunahme von älteren und alten Menschen wie auch veränderte Ernährungs- und Verhaltensweisen sind in vielen Ländern zu beobachten. Um der Zunahme der NCDs entgegenzuwirken, braucht es einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung und eine nachhaltige Verankerung der Prävention in der Kuration und Rehabilitation über die gesamte medizinische

Versorgungskette. So kann chronisch kranken Menschen aufgezeigt werden, wie sie mit ihrem Leiden besser umgehen und dieses lindern können. Und Risikogruppen können vermehrt Angebote zur Verhinderung einer Erkrankung in Anspruch nehmen. Patientinnen und Patienten sollen stärker in den Behandlungsprozess einbezogen werden und mit dem Arzt oder der Ärztin Ziele vereinbaren – was meist mehr bringt als eine Verordnung von medizinischen Massnahmen. Die Mitbestimmung des Patienten stärkt ihn auch im eigenverantwortlichen Umgang mit seiner Gesundheit. Der Einsatz von interprofessionellen Teams, die aus Ärztinnen und Ärzten und weiteren medizinischen Fachpersonen bestehen, erlaubt einen ganzheitlicheren Blick auf den Patienten und kann die Arzt-Patienten-Konstellation fruchtbar erweitern. Wichtig ist, dass auch vulnerable Bevölkerungsgruppen erreicht werden, da es gerade diese sind, die überdurchschnittlich oft chronisch erkranken und aus verschiedenen Gründen einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung haben.

Was heisst «Prävention in der Gesundheitsversorgung»?

Die Prävention verstärkt in die Gesundheitsversorgung einzubetten heisst, das Handlungsfeld Prävention und Gesundheitsförderung (d.h. Informationen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz und der Eigenverantwortung der Gesamtbevölkerung, in deren Lebens- und Arbeitswelt) und das Handlungsfeld Gesundheitsversorgung als Bestandteile eines Systems aufzufassen. Oder anders gesagt: Die heutige Akutversorgung und Heilung sollen künftig Teil eines Systems sein, in dem Gesundheit und Lebensqualität zentrale Werte sind («from cure to care»). Präventive und gesundheitsfördernde Praktiken sollen zu einem selbstverständlichen Bestandteil der medizinischen Grundversorgung werden.

Massnahmen auf allen Ebenen

Dies soll mit einer Reihe von Massnahmen erreicht werden. Sie setzen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung im Bereich der medizinischen Berufe an, aber auch bei den Tätigkeiten, der Aufgaben- und Rollenteilung, der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachleuten und deren Institutionen. In Letzteren etwa durch den Aufbau interprofessioneller Gesundheitsteams oder den Ausbau kommunikationsfördernder Medien wie des elektronischen Patientendossiers/eHealth. Die Massnahmen betreffen aber ebenso die Beteiligung von Patienten und ihrer Angehörigen in die jeweiligen Prozesse – etwa durch ein Stärken des Selbstmanagements und eine Erhöhung der Gesundheitskompetenz durch Bildungsangebote oder digitale Hilfsmittel (mHealth) – und nicht zuletzt die Ebene der Finanzierung und des Monitorings. Die Verankerung der Prävention in der Versorgung soll dabei aber nicht zu einer kostentreibenden Ausweitung des Angebotes, sondern mittel- und

langfristig zur Eindämmung der Gesundheitskosten führen. Denn eine integrative und gut koordinierte Zusammenarbeit in der Grundversorgung erhöht die Effizienz. Zu beachten ist, dass heute nicht alle Präventionsleistungen, die sich an Personen mit erhöhten Risiken und erkrankte Personen richten, in der Gesundheitsversorgung nachhaltig finanziert sind. Es gilt, mit den beteiligten Akteuren wie der öffentlichen Hand, den Versicherern oder den Arbeitgebern neue Finanzierungsmodelle zu entwickeln, die nichtärztliche Beratungs- und Koordinationsfunktionen beinhalten.

Den Menschen ins Zentrum stellen

Die Strategie Gesundheit2020, welche die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats für die nächsten Jahre bestimmt, legt den Fokus auf den Patienten und die Patientin: «Die Versorgung wird sich wandeln müssen: Bei der Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung muss in Zukunft noch mehr von den Patientinnen und Patienten aus gedacht werden, ihre Bedürfnisse sollen im Zentrum stehen.» Die NCD-Strategie als ein Teil der Strategie Gesundheit2020 strebt ein Gesundheitssystem an, das den sich im Laufe des Lebens wandelnden Bedürfnissen der Patienten Rechnung trägt. Um eine möglichst grosse Wirkung zu erzielen, wird die NCD-Strategie mit der Suchtprävention (Nationale Strategie Sucht 2017–2024) sowie der Prävention psychischer Erkrankungen koordiniert. Sind doch Suchtprobleme und psychische Erkrankungen oft auch eine Ursache für chronische nichtübertragbare Krankheiten. Die für diese Bevölkerungsgruppen bereits bestehenden Angebote könnten vermehrt auch NCD-Risikogruppen zugutekommen.

Verbesserungen ohne Steigerung der Gesundheitskosten

Bei der Umsetzung der NCD-Strategie geht es nicht darum, die Prävention neu zu erfinden. In bestehenden Projekten, die sich bewährt haben, sollen aber vermehrt mehrere NCD-Risikofaktoren berücksichtigt werden. Innovative Projekte und Programme, die aufzeigen, wie Prävention besser in die Gesundheitsversorgung integriert werden kann, sollen im Rahmen der NCD-Strategie weiter gefördert, verbessert und allenfalls flächendeckend eingeführt werden. Damit sich Leistungserbringer im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) in der Prävention engagieren, könnten alternativ zum bestehenden Fee-for-Service-Modell finanzielle Anreize für die Krankenversicherer geschaffen werden. Doch sind auch Kostenträger und Leistungserbringer hier angehalten, innovative Finanzierungsmodelle zu entwickeln. Zurzeit werden die Präventionsprojekte durch Gesundheitsförderung Schweiz, den Tabakpräventionsfonds und den Alkoholzehntel unterstützt.

Wie die Prävention in die Gesundheitsversorgung integriert werden kann

Doch wie können Prävention und Gesundheitsförderung konkret in die Gesundheitsversorgung integriert werden? Das Bundesamt für Gesundheit erarbeitet mit Akteuren aus der Gesundheitsversorgung, mit Leistungserbringern, Bildungsinstitutionen und anderen Fachgremien Modelle von Gesundheitspfaden. Entlang dieser definierten Pfade werden die Betroffenen im richtigen Moment mit den relevanten Fachpersonen vernetzt. Abgeleitet sind diese Modelle aus dem Chronic-Care-Modell (CCM) bzw. dem erweiterten Chronic-Care-Modell. Das in der Versorgung von chronisch kranken Patienten eingesetzte Modell ist darauf ausgerichtet, mehrere Bereiche in die Behandlung miteinzubeziehen – effizient und entlang der Patientenbedürfnisse. Das erweiterte Chronic-Care-Modell geht einen Schritt weiter und verknüpft die Prävention und Gesundheitsförderung noch konsequenter mit der Gesundheitsversorgung. Hier betreuen interprofessionelle Teams (d.h. nicht nur Akteure aus dem klinisch orientierten System) die chronisch kranken Menschen auch bei Problemen, die ihren Alltag prägen. Sie klären mit ihnen etwa Fragen zur Verpflegung, zu sozialer Isolation oder Mobilitätsfragen. Auf diese Weise soll die Gesundheit der Betroffenen langfristig wesentlich verbessert werden. Die engmaschige Betreuung ermöglicht auch eine bessere Früherkennung von Demenz oder psychischen Problemen. Und die Betroffenen nehmen automatisch eine aktive Rolle im Behandlungsverlauf ein, was wiederum deren Fähigkeit zum Selbstmanagement und die Eigenverantwortung fördert.

Interprofessionalität und Selbstmanagement fördern

Die verstärkte Integration der Prävention in die Gesundheitsversorgung geht mit veränderten Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung des im Gesundheitswesen tätigen Personals einher. Es geht vermehrt darum, interprofessionelles Arbeiten in Teams – also mehrere Berufsgruppen, die als Team agieren – zu lehren und zu lernen. Das Bundesamt für Gesundheit steht mit den Anbietern von Bildungsgängen der verschiedenen Berufe des Gesundheitswesens im Dialog, um gemeinsam zu definieren, welche Inhalte und Kernkompetenzen den verschiedenen Berufsgruppen vermittelt werden sollen. Patientinnen und Patienten sollen durch ihr Mitwirken und durch geeignete Bildungsangebote zu einem anderen Umgang mit ihrer Gesundheit finden. Der Verein Evivo-Netzwerk wendet sich zum Beispiel mit seinem Kurs «Gesund und aktiv leben» an chronisch Kranke und ihre Angehörigen. Das Bundesamt für Gesundheit plant seinerseits, eine Koordinationsplattform für Akteure im Selbstmanagement aufzubauen.

sorgung verankern

Nutzung von eHealth, mHealth und Outcome-Daten

Das elektronische Patientendossier ist ein zentrales eHealth-Instrument, mit dem die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern in der Grundversorgung erleichtert werden soll – und damit auch das Zusammenspiel aller Akteure. Wenn Ärztinnen und Ärzte, Spitäler und Apotheken ihre Unterlagen zu einem Patienten oder einer Patientin in einem gemeinsam genutzten System zur Verfügung stellen, kann in einer Folgebehandlung rascher auf sie zugegriffen werden und die Befunde können in die Behandlungsplanung einfließen. Zu erwähnen ist, dass die Verfügungsgewalt über Daten und Zugangsrechte zum Patientendossier beim Patienten liegen. Weitere eHealth-Plattformen zu Themen der Prävention und mit Anbindung an das elektronische Patientendossier sind geplant (z.B. EviPrev, ein Programm zur Förderung der evidenzbasierten Prävention und Gesundheitsförderung in der Arztpraxis, das momentan erst auf Papier existiert). mHealth-Instrumente wie Gesundheits-Apps oder digitale Eingabegeräte sind in

der Behandlung und Begleitung einer chronischen Krankheit von hohem Wert. Sie erleichtern unter anderem ein rascheres Eingreifen in Notfällen, wenn etwa eine rapide Verschlechterung von Insulin-Werten festgestellt und weitergemeldet wird.

Die aus den eHealth- und mHealth-Instrumenten gewonnenen Daten ermöglichen es, Gesundheitsprofile zu erstellen, mit denen Risiken rascher erkannt und reduziert werden können. Outcome-Daten wiederum, die aus Programmen und Projekten gewonnen werden, liefern Erkenntnisse über die Population, die eine Grundlage für die Weiterentwicklung bestehender und neuer Ansätze und Modelle sind.

Für die Zukunft auf Erfahrungen bauen

Die Erfahrungen, welche mit der Integration von Präventionsmassnahmen in die Gesundheitsversorgung gemacht wurden, sind vielversprechend. Sie geben Menschen, die bereits an einer chronischen Krankheit leiden oder ein erhöhtes Risiko haben, die Möglichkeit, besser mit ihrer Krankheit umzugehen

oder ihr Erkrankungsrisiko zu senken. Zudem können sie den Behandlungsprozess mitbestimmen und ihren Beitrag zur Vermeidung von Komplikationen leisten. Patientinnen, Patienten sollen vermehrt von interprofessionellen Gesundheitsteams, die sich aus Ärzten und Gesundheitsfachleuten zusammensetzen, betreut werden. Das Ziel ist, die Gesundheitskompetenz und die Lebensqualität der Betroffenen zu erhöhen, das Gesundheitssystem mittel- und langfristig zu entlasten und so auch die Gesundheitskosten spürbar einzudämmen.

Kontakt:
Alberto Marcacci
Leiter Sektion Prävention in der Gesundheitsversorgung
alberto.marcacci@bag.admin.ch

Aus erster Hand

Die WHO schätzt, dass die chronischen Krankheiten zu mehr als der Hälfte durch präventive Massnahmen verhindert oder zumindest verzögert werden könnten. In der Schweiz sind es rund 2 Mio. Menschen, die von chronischen Krankheiten betroffen sind.

Die direkten Gesundheitskosten dieser Krankheiten belaufen sich auf über 80 % oder 51,7 Mrd. Franken im Jahr. Tendenz steigend. Zwar tragen die nationalen Präventionsprogramme wie Alkohol, Tabak oder Ernährung und Bewegung zusammen mit Programmen und Projekten von NGOs, Leistungserbringern in der Gesundheitsversorgung sowie regionalen und nationalen Verbänden Früchte. Trotzdem ist es Zeit, die gemeinsamen Bemühungen zu intensivieren, um diese Entwicklung aufzuhalten – Zeit für die NCD-Strategie von Bund, Kantonen und Gesundheitsförderung Schweiz.

Die Ausgaben für die Prävention im Umfang von 1,54 Mrd. Franken sind in der Schweiz im internationalen Vergleich tief. Im Jahr 2013 wurden von den gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen rund 2,2 % für die Prävention aufgewendet, der Durchschnitt der OECD liegt bei 3,1 %. Finanziert wurden die Ausgaben zu 37 % privat, zu 23 % durch Sozialversicherungen und zu 39 % durch die öffentliche Hand. Um die steigende finanzielle Belastung des Gesundheitssystems und das Leiden durch nichtübertragbare Krankheiten zu bremsen, erhöht das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) ab diesem Jahr schrittweise den Zuschlag auf der Krankenkassenprämie. Mit den Mitteln sollen psychische Erkrankungen rascher erkannt und behandelt, die Gesundheit im Alter sowie die Prävention in der Gesundheitsversorgung gestärkt werden, denn dort ist die Erreichbarkeit der Betroffenen am höchsten.

Der Massnahmenkatalog zur NCD-Strategie geht jetzt in die Umsetzung. Drei Schwerpunkte wurden in ihm definiert: die «Bevölkerungsbezogene Gesundheitsförderung und Prävention», die «Prävention in Wirtschaft und Arbeitswelt» und die «Prävention in der Gesundheitsversorgung». Letzterem ist diese «spectra»-Ausgabe gewidmet. Die bisher geleistete, wertvolle Arbeit in der Prävention zur Reduzierung der chronischen Krankheiten und zur Dämmung der steigenden Gesundheitskosten soll mit der NCD-Strategie weitergeführt und ergänzt werden. Die Organisationen aus dem Präventionsbereich wollen noch enger zusammenarbeiten und ihre Aktivitäten aufeinander abstimmen. Dabei soll neuen und vielversprechenden Projekten ebenso Raum gelassen werden. Einige werden hier vorgestellt.

Infografik

Pilotprojekt «Girasole»

«Girasole» ist ein Pilotprojekt, das der Kanton Tessin und das BAG gemeinsam entwickelt haben. Hauptziel des Pilotprojekts ist es, bei denjenigen Patienten eine Verhaltensänderung zu erwirken, die ein erhöhtes Risiko für nichtübertragbare Krankheiten aufweisen (durch eine unausgewogene Ernährung, Tabak- oder exzessiven Alkoholkonsum oder Bewegungsmangel). Ein besonderer Akzent wird auf die Förderung der körperlichen Aktivität gelegt. Die Hausärzte wenden die beiden Interventionstechniken der motivierenden Gesprächsführung und der gemeinsamen Entscheidungsfindung an, was einen qualitativ verbesserten Austausch mit Patienten ermöglicht. Einerseits motiviert, begleitet und bestärkt der Arzt mit diesen Techniken seine Patienten hin zu einem gesünderen Lebensstil. Dies unter der Voraussetzung, sie wünschen eine entsprechende Verhaltensänderung. Andererseits steigert es deren Kenntnisse und Kompetenzen im Umgang mit ihrer Gesundheit.

Bestätigung Gesundheitsrisiko wegen Bewegungsmangel



- Erstgespräch Arzt/Ärztin und Patient/Patientin (Motivational Interviewing/ Gesundheitscoaching)
- Bewegungsprogramm nach den Kapazitäten und Ressourcen des Patienten zusammenstellen. Dies unter Einbezug anderer Bewegungsangebote aus dem Gemeinwesen, die in einem eigens für dieses Pilotprojekt erarbeiteten Repertoire zusammengestellt wurden.

Zu körperlicher Aktivität motivieren – Coaching durch Arzt/Ärztin



- Patient/Patientin setzt Bewegungsangebote um
- Arzt/Ärztin führt während der Intervention 2–3 Coaching-Gespräche durch
- Stärkung Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement des Patienten/der Patientin

Körperliche Aktivität ist ins Leben integriert – Intervention durch Arzt/Ärztin endet



- Patient/Patientin integriert körperliche Aktivitäten ins Leben (dauerhafte Verhaltensänderung), reduziert damit Risiken einer nichtübertragbaren Krankheit bzw. beugt einer gesundheitlichen Verschlechterung vor
- Arzt/Ärztin beendet Intervention, bestärkt Patienten/Patientin während anderer Konsultationen weiterhin



Eva Bruhin
Leiterin Sektion Präventionsstrategien

Gesundheitscoaching im Tessin – das Pilotprojekt «Girasole»

Seit Oktober 2016 rekrutiert der Kanton Tessin die ersten Patientinnen und Patienten im Rahmen des Pilotprojekts «Girasole». Dieses Pilotprojekt, das vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) zwei Jahre lang unterstützt wird, soll die Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten bei erwachsenen Patientinnen und Patienten reduzieren, die ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin aufsuchen. Bewegung gilt dabei als Schlüsselfaktor. Im Mittelpunkt dieser Intervention steht die motivierende Gesprächsführung. Das Pilotprojekt ist Teil der neuen Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie), die vom Bundesrat im April 2016 verabschiedet wurde.

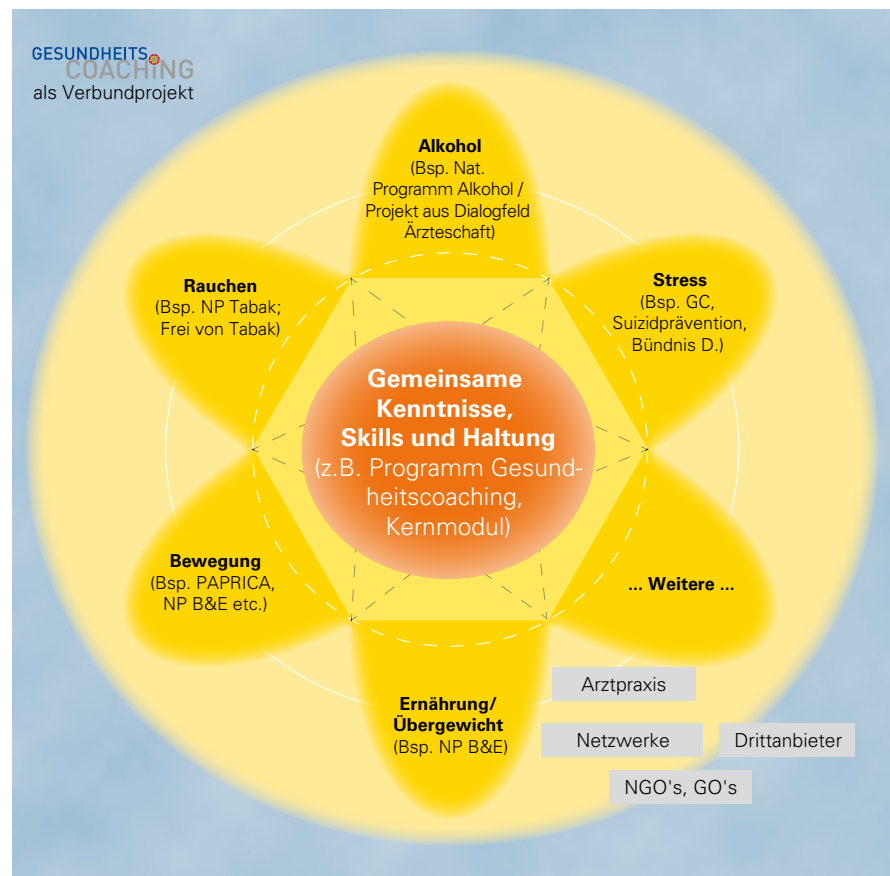
Hauptziel des Projekts «Girasole» ist, eine Verhaltensänderung bei Patientinnen und Patienten zu fördern, die Risikofaktoren (unausgewogene Ernährung, Rauchen, übermässiger Alkoholkonsum, Bewegungsmangel) für nichtübertragbare Krankheiten aufweisen, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf dem Bewegungsmangel liegt. Aus den Ergebnissen der Schweizer Gesundheitsbefragung (SGB) von 2012 geht nämlich hervor, dass sich die erwachsene Tessiner Bevölkerung weniger körperlich betätigt als der Schweizer Durchschnitt (60,8 % gegenüber 72,5 %). Der Kanton Tessin beschloss gemeinsam mit dem BAG, die Hausarztpraxen als Orte zu fördern, die sich besonders dazu eignen, die Tessiner Patientinnen und Patienten dazu zu ermutigen, sich mehr zu bewegen und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen anzunehmen.

Lehrgang im Dienste der Arzt-Patient-Beziehung

Die Motivation der Patientinnen und Patienten ist in diesem Zusammenhang ein entscheidender Faktor. Das Pilotprojekt «Girasole» stellte daher auf der Erfahrung und Unterstützung der bestehenden Programme Gesundheitscoaching

des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) und PAPRICA¹ (Physical Activity Promotion in Primary Care) ab. Diese beiden Programme, die auf der motivierenden Gesprächsführung beruhen, wurden kombiniert und an den Tessiner Kontext angepasst. Auf diese Weise kann den Ärztinnen und Ärzten ein einzigartiger Lehrgang angeboten werden, der ihnen das nötige Rüstzeug vermittelt, um eine Verhaltensänderung ihrer Patientinnen und Patienten zu fördern, insbesondere in Bezug auf die Bewegung. Ein Repertoire aller Bewegungsangebote im Kanton Tessin wurde zu diesem Zweck ebenfalls erstellt und steht nun den Ärztinnen und Ärzten sowie den Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Das Gesundheitscoaching dient als Katalysator zur Einleitung von Präventionsmassnahmen gegen alle Risikofaktoren für NCD. Deshalb bildet es den Mittelpunkt des blumenförmigen Grundmodells «Girasole» (ital. für Sonnenblume), aus dem sich auch der Name des Projekts ableitet. PAPRICA wird als ein Blütenblatt der Sonnenblume dargestellt, das die Bewegungsförderung in Arztpraxen ermöglicht.

Die Neuverteilung der Rollen in der Arzt-Patient-Beziehung ist einer der grundlegenden Aspekte des Pilotprojekts «Girasole». Die Patientinnen und Patienten werden zu den Hauptakteurinnen und -akteuren ihres Gesundheitsmanagements, während der Arzt oder die Ärztin sie führt und begleitet und damit gewissermassen als Coach auftritt. Gemeinsam definieren sie das am besten auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse des Patienten oder der Patientin zugeschnittene Vorgehen sowie die Ziele, die kurz- und mittelfristig erreicht werden sollen. Die beiden im Rahmen des Gesundheitscoachings genutzten Interventionsansätze, die motivierende Gesprächsführung und die gemeinsame Entscheidungsfindung, können die Qualität des Austausches mit den Patientinnen und Patienten verbessern. Studien zu diesem Thema haben gezeigt, dass die Patientinnen und Patienten eher geneigt sind, bei einem Pro-



jekt mitzumachen, wenn der Arzt oder die Ärztin sie coacht, als wenn ihnen einfach etwas verschrieben wird.

Das im Rahmen dieses Pilotprojekts vermittelte Know-how soll einerseits die Rolle und die Kompetenzen der Hausärztinnen und Hausärzte aufwerten, weil sie damit besser in der Lage sind, ihre Patientinnen und Patienten, die eine gesündere Lebensweise annehmen möchten, zu motivieren, zu begleiten und zu bestärken. Andererseits sollen die Kenntnisse, Kompetenzen und Ressourcen der Patientinnen und Patienten für ein besseres Selbstmanagement ihrer Gesundheit verstärkt werden.

Nachdem die Stelle für Gesundheitsförderung und -evaluation (SPVS) des Kantons Tessin zusammen mit den Verantwortlichen von Gesundheitscoaching und PAPRICA sowie mit einer Gruppe von Tessiner Hausärzten das Fortbildungsprogramm entwickelt hatte, führte sie am 15. und 16. September 2016 einen ersten Lehrgang für die 19 Tessiner Hausärztinnen und Hausärzte durch, die bereit waren, bei dem Projekt mitzuwirken. Die ersten Patientinnen und Patienten wurden Anfang Oktober 2016 rekrutiert.

Projektelevaluation

Eine Evaluation des Pilotprojekts wird zwischen 2016 und 2018 durch die Interface Politikstudien Forschung Beratung in Luzern in Zusammenarbeit mit der Fachhochschule der italienischen Schweiz (SUPSI) in Lugano vorgenommen. Die Resultate der Evaluation sollen unter anderem:

- Erkenntnisse zur Methodologie der Interventionen, zur Fortbildung der Ärz-

te, zu deren Zufriedenheit und zu derjenigen der Patientinnen und Patienten (qualitativ),

- Zahlen zur Begleitung der Patientinnen und Patienten und zur Wirkung auf die Verhaltensänderung (quantitativ) sowie
- eine Analyse der Interventionskosten (ökonomisch) liefern.

Ziel ist, dass mindestens 15 der 19 am Projekt beteiligten Hausärzte und Hausärztinnen je rund 20 Patientinnen und Patienten während sechs Monaten begleiten. Die Datenerhebung umfasst je zwei schriftliche Befragungen bei Hausärzten und bei beteiligten Patientinnen und Patienten. Auch die von Hausärzten ausgefüllten Patientenlisten sowie die im Rahmen des Coachings verwendeten Arbeitsblätter werden gezielt ausgewertet. Ein erster Teilbericht zur Evaluation wird im 2. Quartal 2018 erwartet.

Kontakt:
Antoine Bonvin
Sektion Prävention in der
Gesundheitsversorgung
antoine.bonvin@bag.admin.ch



¹ Das Programm PAPRICA hat eine Trägerschaft bestehend aus der Policlinique Médicale Universitaire in Lausanne, dem Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention der Universität Zürich, dem KHM, dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne, der Schweizerischen Gesellschaft für Sportmedizin und den Gesundheitsligen. Die Geschäftsstelle ist heute dem KHM angegliedert.

Ein intelligenter Mittelweg zwischen kompletter Inaktivität und intensivem Sport

Activdispens. Vom Schulsport dispensiert und doch sportlich aktiv sein? Mit «activdispens» wurde ein innovatives Angebot für Schülerinnen und Schüler geschaffen, die aus ärztlicher Sicht und aus Sicht von Sportlehrpersonen vorübergehend nicht am regulären Sportunterricht teilnehmen können. Sie erhalten damit ein Alternativprogramm geboten, welches ihren Genesungsverlauf positiv beeinflusst. Das Projekt wurde 2013 von der Schweizerischen Arbeitsgruppe für Rehabilitationstraining (SART) und dem Schweizerischen Verband für Sport in der Schule (SVSS) ins Leben gerufen. Es wird vom Universitäts-Kinderspital beider Basel und dem Bundesamt für Gesundheit unterstützt.

Die Grundidee des Projektes «activdispens» ist die aktive Integration teildispensierter Schülerinnen und Schüler in den Sportunterricht. Eine komplette Freistellung vom Sport in der Krankheitsphase widerspricht in vielen Fällen den heutigen Kenntnissen und Erfahrungen der Sportmedizin. Mit einer ärztlichen Sportdispensation wird den Kindern fälschlicherweise suggeriert, dass eine passive Haltung besser ist und Bewegung schädlich sein kann für den Genesungsverlauf. Das Übungsprogramm von «activdispens» zeigt den Jugendlichen auf, dass es einen intelligenten Mittelweg gibt zwischen kompletter Inaktivität und intensivem Sport. Dieser Weg ist notwendig für ein besseres Körpergefühl und Verständnis, was gut für die eigene Gesundheit ist.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Erarbeitung des Konzeptes erfolgte in enger Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, Sportlehrerinnen und Sportlehrern sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten.

Im Rahmen einer Bedarfsanalyse wurde 2013 ein Fragebogen an 2600 Mitglieder von drei schweizerischen Ärztegesellschaften versandt. Ein weiterer Fragebogen ging an 4000 Sportlehrpersonen des SVSS an Schulen. Aus den Rückmeldungen wurde ein Teildispensationsformular für Ärzte entwickelt, welches die Bedürfnisse beider Berufsgruppen abdeckt und sicherstellt, dass sich der Verletzungszustand der Ju-

Untere Extremität

Zusätzlich mögliche Übungen: 4, 8, 21, 25, 45, 46, 48, 49, 50

Unterteilung:

- Kraft
- Beweglichkeit
- Ausdauer
- Koordination
- Entspannung

Obere Extremität

Zusätzlich mögliche Übungen: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 25, 26, 28, 43

Die Inaktivität bei Kindern und Jugendlichen während einer Verletzungs- oder Krankheitsphase soll möglichst gering sein. Der Übungskatalog zeigt erlaubte Aktivitäten auf, welche teildispensierte Kinder und Jugendliche im Rahmen des Sportunterrichts machen dürfen.

Rumpf

Zusätzlich mögliche Übungen: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 25, 26, 28, 43

Erkältung ohne Fieber

Alle Übungen in angepasster Ausführung möglich

Kopfschmerzen

Zusätzlich mögliche Übungen: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 25, 26, 28, 43

Allergien

Alle Übungen möglich, wenn keine Reizdisposition besteht

Menstruationsbeschwerden

Zusätzlich mögliche Übungen: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 25, 26, 28, 43

Unwohlsein (Übelkeit ohne Erbrechen)

Plus: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 25, 26, 28, 43

Unspez. Rückenschmerzen

Plus: 1, 2, 3, 4, 5, 14, 22

Logos und QR-Code

www.activdispens.ch

gendlichen nicht durch inkorrekte Bewegung und Aktivität verschlechtert oder eine neue Verletzung hinzukommt. Die Erstellung eines geeigneten Trainingsprogramms lag in der Verantwortung der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, die als Fachpersonen für korrekte Bewegungen die Bedürfnisse der Sportlehrerinnen und Sportlehrer, Ärztinnen und Ärzte und der verletzten Jugendlichen berücksichtigt haben. Das Ergebnis dieses interdisziplinären Konzeptes ist ein Übungskatalog, der die Sportlehrperson einfach und mit wenig Vorbereitungszeit unterstützt, teildispensierte Schülerinnen und Schüler aktiv in den Schulsport zu integrieren.

Bottum-up-Strategie unterstützt die Akzeptanz

Dass Interdisziplinarität nicht nur bei den beteiligten Berufsgruppen gut ankommt, verdeutlicht das Beispiel eines Schülers am Gymnasium in Oberwil (BL), der den Übungen zunächst skeptisch gegenüberstand. Als der Sportlehrer ihm jedoch mitteilte, dass das Programm speziell von Physiotherapeuten entwickelt wurde, war er begeistert und motiviert.

Für das Projekt war und ist nach wie vor viel Eigenengagement der Initiatoren notwendig, die eine Bottom-up-Strategie verfolgen. Alle involvierten Berufsgruppen sollen konkret an der Entwicklung beteiligt sein. Das ist der Garant für eine nachhaltige Ausweitung und den Fortbestand des Programms. Finanzielle Unterstützung bekam das Konzept vom Bundesamt für Sport (BASPO), was es unter anderem möglich macht, die steigende Nachfrage und die Ausweitung von «activdispens» zu bewältigen.

Den Erfolg und die Zustimmung für das junge Konzept ist daran zu erkennen, dass es bereits in den Kantonen Fribourg, Graubünden und Zug flächendeckend auf den Stufen Sek I und Sek II Anwendung findet. Im Kanton Basel-Stadt ist die Umsetzung in Vorbereitung und schweizweit arbeiten bereits über 80 Schulen mit dem Programm. Trotzdem befindet sich «activdispens» laut Claudia Diriwächter, der Vize-Präsidentin der SART und Mitinitiatorin des Konzeptes, noch in der Startphase. Zukünftig sind Evaluationen geplant, welche den positiven Effekt von «activdispens» etwa an Messkriterien zur schnelleren Genesung oder weniger Fehlzeiten erhe-

ben. Laut Christoph Wechsler, ebenfalls Mitinitiator, Sportlehrer und Verantwortlicher für Weiterbildung beim SVSS, muss auch der Einsatz des Teildispensationsformulars seitens der Ärzte weiter kommuniziert werden, obwohl die Tendenz der abgegebenen Formulare in den Schulen steigend ist. Zusätzlich soll das Konzept in den Schulen noch weiter bekannt werden, weshalb weitere Schulungen an Schulen mit Sportlehrerinnen und Sportlehrern terminiert sind.

Kerngedanke bleibt die Prävention

Jugendliche sollen mit «activdispens» sensibilisiert werden, wie sie für ihre eigene Gesundheit das Selbstmanagement übernehmen können. Dieses Selbstmanagement stellt ein Werkzeug dar, welches sie später dazu befähigt, einen gesünderen Lebensstil zu leben und als Vorbeugung vieler chronischer Krankheiten gilt.

«activdispens» ist in den Landessprachen Deutsch, Französisch und Italienisch verfügbar und wurde von der Schweizerischen Gesellschaft für Sportmedizin mit einem Preis ausgezeichnet. Um «activdispens» zukünftig gesamtschweizerisch und international zu präsentieren, sind die Entwicklung einer personalisierten App sowie die Übersetzung ins Englische und Rätomanische in Arbeit. Beide Neuerungen wurden auf Ende 2016 erwartet.

Link: www.activdispens.ch

Kontakt:
Kathrin Favero, Sektion Gesundheitsförderung und Prävention
kathrin.favero@bag.admin.ch



«Der ökonomische Druck und der administrative Aufwand haben in den

Interview mit Carlos Beat Quinto. Im «spectra»-Gespräch erfahren wir, wie sich die FMH den Herausforderungen des sich abzeichnenden Paradigmenwandels im Gesundheitssystem stellt, d.h. der Integration der Prävention in die Gesundheitsversorgung, der zunehmenden Vernetzung zwischen den Gesundheitsberufen und was das für den Arztberuf heute und künftig bedeutet, sprich: Welche neuen Anforderungen kommen allenfalls dazu und wie wird sich die Ausbildung in 5, 10 Jahren verändern? Welche finanziellen Herausforderungen gibt es? Und nicht zuletzt möchten wir von ihm erfahren, welche Schwerpunkte er in seiner Amtszeit legt und welche Schwierigkeiten und Chancen sich abzeichnen.

spectra: Sie sind seit April dieses Jahres Vertreter für Prävention in der FMH. Was sind Ihre Visionen, die Sie mit diesem Amt verbinden? Gibt es etwas, das bis anhin zu kurz kam und dem Sie mehr Aufmerksamkeit schenken möchten?

Carlos Beat Quinto: In den FMH-Zentralvorstand wird man als Vertreter der Ärzteschaft gewählt und bindet somit auch immer die ganze Ärzteschaft in seine Überlegungen mit ein. Dadurch, dass ich sowohl als Hausarzt tätig bin als auch im Public-Health-Bereich seit Jahren arbeite, kann ich in den Zentralvorstand Anliegen und Sichtweisen aus beiden Gebieten einbringen. Diese Kombination war sicher mit ein Grund, weshalb ich letztlich angefragt wurde, mich für diese Funktion zur Verfügung zu stellen.

Bezüglich der Visionen: Da sehe ich mich als Brückenbauer zwischen Allgemeinmedizin und Public Health, also einerseits zwischen der Individualperspektive, d.h. der auf den einzelnen Patienten bezogenen Medizin, und andererseits der kollektiven, auf die Bevölkerung bezogenen Perspektive. Verbesserungspotential sehe ich in der Kommunikation zwischen diesen Bereichen, was sowohl der Ärzteschaft als auch der Public Health viel bringen würde.

Unser Gesprächspartner

Carlos Beat Quinto ist Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Master of Public Health und seit April 2016 Vertreter für Public Health und Gesundheitsberufe im Zentralvorstand der FMH. Er arbeitet in der Praxisgemeinschaft Pffeffingen/BL und ist als Lehrbeauftragter am Universitären Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel sowie als Senior Scientific Collaborator am Schweizerischen Tropeninstitut und Public Health-Institut (Swiss TPH) tätig. Er lebt in Basel, ist verheiratet und hat einen erwachsenen Sohn.

Grosse Aufmerksamkeit werde ich der NCD-Strategie schenken. Der Dialog, die Partizipation und das Empowerment dürfen nicht zu kurz kommen. Dies im Sinne der Ottawa Charta 86 auch für alle im Gesundheitswesen Arbeitenden, gerade weil die bisherige Vernehmlassung der Strategie breit angelegt war. Bei Themen, die Medizinal- und Gesundheitsberufe betreffen, sollten die jeweiligen Berufsgruppen von der Projektentwicklung an über die Umsetzung bis zur nachhaltigen Weiterführung miteinbezogen werden. In der Massnahmenplanung geht es bald um Konkrete, und die Stakeholder werden entsprechend Stellung beziehen.

Was sind ihre Wünsche an die Politik, den Bund, die Patientinnen und Patienten?

Was sowohl auf Ärzteseite als auf Seiten von Public Health seit 2012 Mühe bereitet, ist die Tatsache, dass auf Leitungsebene des Bundesamts für Gesundheit keine Medizinalpersonen und keine Gesundheitsfachpersonen vertreten sind. Dies erschwert den Austausch und die Vernetzung mit den Medizinal- und Gesundheitsberufen und Public-Health-Fachleuten.

Von Seiten der Politik wünsche ich mir mehr Engagement in Sachen Transparenz sowie einen Blick aufs Ganze und über die nächste Wahlperiode hinaus. Hier erlaube ich mir, auch für die Bildung zu sprechen, meine Wünsche beziehen sich auch darauf. Es bereitet mir Sorgen, dass seit den 1990er-Jahren die soziale Ungleichheit in der Schweiz stetig zunimmt. Eine gute Bildungs- und Gesundheitspolitik könnten diese reduzieren, wenn die anderen Politikbereiche das Problem mitherücksichtigten.

Der Bund, respektive die Verwaltung, ist in einer schwierigen Sandwichposition. Ich wünsche mir, dass alle Akteure ernst genommen und empirische Erkenntnisse gebührend berücksichtigt werden, insbesondere bei der Konzeption und Umsetzung von behördlichen Aktivitäten. Ich wünsche der Verwaltung, dass ihr gute Projekte gelingen mögen, ganz nach dem Motto der NCD-Strategie: Im Zentrum steht der Mensch. Für uns Ärztinnen und Ärzte besitzt dieses Motto seit über 2000 Jahren seine Gültigkeit. Meine Wünsche an Patientinnen und Patienten lauten, dass sie sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten aktiv für ihre Gesundheit engagieren.

Aufgrund der steigenden Krankheitsfälle bei den nichtübertragbaren Krankheiten und der steigenden Gesundheitskosten, die diese verursachen, ergibt sich auch für die Gesundheitsversorgung Handlungsbedarf. Der Wunsch nach erhöhter Integration der Prävention in die Grundversorgung ist gross. Wie stehen Sie dazu?

Ich finde die Integration der Prävention sehr sinnvoll, sie ist für mich persönlich

bereits gelebter Alltag. In einer hausärztlichen Konsultation werden immer mehrere Anliegen des Patienten besprochen, je nachdem kommen gesundheitsfördernde, präventive, diagnostische, therapeutische, rehabilitative und palliative Aspekte zum Tragen. Das Auftreten dieser Aspekte in einzelne Konsultationen betrachte ich als nicht zielführend. Die Konsultation muss nach bestem Wissen und Gewissen auf die aktuellen Probleme des Patienten abgestimmt sein. Die Behandlungen werden nicht ausschliesslich in der Praxis durchgeführt, sondern innerhalb eines breiten Netzwerks, auch ausserhalb des KVG. In der Region Basel, in der ich tätig bin, haben wir beispielsweise die Gesundheitsförderungsorganisation «Gsünder Basel», die niederschwellig Bewegungsangebote bereitstellt, etwa Bewegungsprogramme im Stadtpark. Und dorthin schicken wir die Patientinnen und Patienten. Dazu brauchen und fördern wir wesentliche Beratungs- und Kommunikationsansätze wie Motivational Interviewing und Shared Decision Making.

Ich wünsche mir, dass alle Akteure ernst genommen und empirische Erkenntnisse gebührend berücksichtigt werden, insbesondere bei der Konzeption und Umsetzung von behördlichen Aktivitäten.

Sind interprofessionelle Ansätze bei der Aus- und Weiterbildung heute bereits ein Thema und wie sieht dies in Zukunft aus?

Für mich ist interprofessionelles Arbeiten seit Jahren alltäglich und eine Selbstverständlichkeit. Der Berufsverband Hausärzte Schweiz hat eine Fortbildungsinitiative lanciert, die ab diesem Jahr die interprofessionelle Kommunikation bei den Hausärztinnen und -ärzten, mit den anderen Berufsgruppen zusammen, fördern will. Interprofessionalität bedingt Zeit für Kommunikation und den Vertrauensaufbau. Der ökonomische Druck und der administrative Aufwand, die im stationären und ambulanten Sektor zunehmend zu verzeichnen sind, haben in den letzten Jahren den Raum für Interprofessionalität eher eingeschränkt. Vielleicht wird Interprofessionalität auch gerade deshalb wieder vermehrt als Problem wahrgenommen.

Ebenso haben wir es immer mehr mit Finanzinvestoren zu tun. In gewissen Spitälern, Pflegeheimen sowie Arztpraxis- und Apothekennetzen haben nicht mehr die medizinischen Berufe das Sagen, sondern die Investoren. Diese sind auch nicht an die Qualitätsstandards der jeweiligen Standesorganisationen gebunden und wollen Rendite sehen. Dieses Thema ist bei der FMH ein brennendes Problem.

Gemeinsame Ausbildungsangebote mit den Pflegeberufen sind nur wenige vorhanden. Das Hauptproblem liegt woanders: Ein respektvoller Umgang mit dem Pflegepersonal ist unerlässlich. Probleme bestehen etwa in Pflegeheimen, deren Heimleitungen eine pflegefremde Karriere hinter sich haben und in welchen die Fluktuation bei den Pflegefachleuten besonders hoch ist. Für mich als Hausarzt ist es aber wichtig, dass dort kompetente Pflegefachleute in ausreichender Zahl längerfristig tätig sind und ich mich darauf verlassen kann.

Ein grosser Teil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung findet in den Spitälern statt. Dort wird auch der Umgang mit der Pflege geprägt, d.h. durch die Arbeitsbedingungen und -verhältnisse in diesen Institutionen. Es ist also wichtig, genau hinzuschauen, was dort abgeht. Gelebte Interprofessionalität heisst konstante, interprofessionelle Teams, die auf adäquater Augenhöhe zusammenarbeiten. Dies braucht Zeit für Kommunikation und Vertrauensaufbau – Zeit, die kostet. Erst später wird sich das Engagement auszahlen.

Es kann niemand zu einem gesünderen Lebensstil gezwungen werden. Vielleicht ist der Patient oder die Patientin aber auch nicht einsichtig. Wie wird mit solchen Fällen künftig umgegangen? Welche Bedeutung hat hier nicht nur die interprofessionelle Betreuung, sondern haben auch die Angehörigen?

Man kann von den Bewohnern dieses Landes nicht immer mehr eigenverantwortliches Handeln erwarten und andererseits eine rückständige und geschwächte Verhältnisprävention politisch verantworten. Es ist unethisch zu sagen, du darfst nicht rauchen, aber gleichzeitig die Zigarette aus rein kommerziellen Gründen den Jugendlichen an Events und Veranstaltungen vor der Nase zu schwenken. Patientinnen und Patienten, die nicht einsichtig sind, sind oft in einer Ambivalenz gefangen. Fordern Sie [d.h. das Bundesamt für Gesundheit, Anm. d. Red.] mit uns das Motivational Interviewing, zum Beispiel im Rahmen des Gesundheitscoachings!

Präventionskampagnen sind sehr wichtig, aber die Finanzierung steht dort oft in keinem Verhältnis zu dem, was die Industrie in ihre Werbung hineinsteckt. Mit den Mitteln, die der SmokeFree-Kampagne zur Verfügung stehen, wird aber ein sehr guter Job gemacht.

Angehörige können aus Patientensicht sowohl Ressource als auch Belastung sein. Pflegenden Angehörige bewegen sich auch oft zwischen Überforderung und schlechtem Gewissen, weil sie Job und Familie haben. Sie benötigen Beratungs- und Entlastungsangebote wie etwa die Fördergruppe «Pflegende Angehörige». Was wird aber sein, wenn die DINKs (Double Income, No Kids) ins Rentenalter kommen? Wer kümmert sich dann um deren Pflege – bei der rapide

Letzten Jahren den Raum für Interprofessionalität eher eingeschränkt.»



werden zum Beispiel in die Entwicklung von Kardiologie-Patienten-Apps einbezogen.

Von der Integration der Prävention in die Gesundheitsversorgung verspricht man sich langfristig ein effizienteres Gesundheitssystem und eine nachhaltig gesündere Bevölkerung. In einem ersten Schritt geht es aber um den Aufbau und die Suche nach Finanzierungsmöglichkeiten. Wo sehen Sie vor allem finanziellen Bedarf und wo sehen Sie Finanzierungsmöglichkeiten, die heute noch nicht oder zu wenig angedacht wurden?

Für Aus-, Weiter- und Fortbildung oder das Gesundheitscoaching sollte schon im Rahmen von Förderprogrammen eine Finanzierungsmöglichkeit gefunden werden, etwa mit den Berufsverbänden auf einer gemeinsam-öffentlichen Basis. Generell muss in den ärztlichen Alltag geschaut werden. Wir erbringen einerseits eine intellektuelle Leistung, sprich Patientengespräche, und andererseits «handwerkliche» Leistungen, indem man praktische Fertigkeiten, Skills und Untersuchungstechniken anwendet. Ferner gibt es noch apparative technische Leistungen. Diese drei Leistungsarten gibt es auch im Rahmen präventiver ärztlicher Tätigkeiten. Vorausschauend auf die nächsten Jahre gehen wir rein personell einer Verknappung entgegen, sowohl bei den Ärztinnen und Ärzten als auch beim Pflegepersonal. Da der Tag nur 24 Stunden hat, werden wir uns folglich entscheiden müssen, ob gesundheitsförderndes, präventives, diagnostisches, therapeutisches, rehabilitatives oder palliatives Vorgehen, respektive welcher an den individuellen Patienten angepasste Mix davon am effizientesten ist. Wegen der beschränkten personellen Ressourcen wird es nicht zu einer relevanten Mengenausweitung kommen. Bezogen auf die Finanzierung könnten diese Leistungen unter allgemeinen Positionen subsumiert werden. Es wäre die Entscheidung der im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen, sich nach bestem Wissen und Gewissen gemeinsam mit der Patientin, mit dem Patienten für präventive Massnahmen zu entscheiden.

Schlussplädoyer, etwas, das nicht gefragt wurde.

Ich sehe mich als Brückenbauer zwischen Individual- und Bevölkerungsmedizin. Letztlich kommen wir nur gemeinsam vorwärts. Dazu braucht es Respekt und Vertrauen. In diesem Sinne hoffe ich auf eine gute Zusammenarbeit. Denn der Wind, der uns von aussen entgegenweht, ist rauh genug, dass man sich in Public Health von Vorteil zusammenschliessen sollte.

Die vollständige Fassung des Interviews ist unter www.spectra-online.ch abrufbar.

abnehmenden Zahl von Angehörigen? In diesem Zusammenhang noch etwas zur Gesundheitskompetenz. Erstens trägt Bildung am meisten zur Gesundheitskompetenz bei. Zweitens braucht es den Zugang zu qualitativ guter, unabhängiger Information. Informationen sollten, sofern sie nicht unabhängig sind, zumindest transparent referenziert sein. Drittens ist Handlungsspielraum vonnöten. Wenn ich das Wissen und den Zugang dazu habe, aber nichts tun kann, bin ich auch nicht glücklich. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, dann verkommt Selbstmanagement zu einem Abschieben der politischen Verantwortung und gleichsam einem «Blaming the Victim».

Wie könnte man etwa die Prävention in Bezug auf eine Früherkennung von Depression in den Hausarztpraxen oder auch die Früherkennung von psychischen Erkrankungen (und/oder Demenz) in Alters- und Pflegeheimen gestalten oder verbessern?

Die FMH startete zu Beginn der 90er-Jahre eine mehrjährige nationale Fortbildungskampagne zur Suizidprävention in den Arztpraxen (basierend auf der Gotland-Studie). Diese besitzt noch ihre Gültigkeit und müsste nur an die heutige Zeit angepasst werden, um in den Aus- und Weiterbildungsbereich integriert werden zu können. Das Thema wird auch regelmässig an Kongressen behandelt. Primär wird in der Fortbildung viel getan, um präventive Massnahmen zur Früherkennung von Depression oder psychischen Krankheiten einzubeziehen. In der Weiterbildung ist dies vom jeweiligen Abschluss abhängig. Interessierte müssen das Rad nicht neu erfinden. Sie können mit der FMH Kontakt aufnehmen. Diese hat Unterlagen, auf denen man aufbauen kann. Da meine

Vorgängerin Christine Romann Psychiaterin war, ist dieser Bereich bei der FMH bestimmt nicht vernachlässigt worden.

Erstens trägt Bildung am meisten zur Gesundheitskompetenz bei. Zweitens braucht es den Zugang zu qualitativ guter, unabhängiger Information. Drittens ist Handlungsspielraum vonnöten. Wenn ich das Wissen und den Zugang dazu habe, aber nichts tun kann, bin ich auch nicht glücklich.

Vorteile des elektronischen Patientendossiers sind etwa, die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern zu verbessern, damit eine Folgebehandlung umfassender und effizienter erfolgen kann. Sehen Sie auch Nachteile oder Risiken?

Da kann ich nur am Rande Stellung nehmen, die FMH hat dieses Thema im Departement Digitalisierung und eHealth angesiedelt, das durch Yvonne Gilli geleitet wird. Zum elektronischen Patientendossier besteht auch eine interprofessionelle, mit weiteren Gesundheitsorganisationen gebildete Arbeitsgruppe. Was ich sagen kann, ist, dass elektronische Hilfsmittel lediglich technische Hindernisse beseitigen, man sollte das also nicht überschätzen. Die Kernkompetenzen, also das ärztliche Gespräch mit dem Patienten und die Qualität von therapeutischen Beziehungen, werden dadurch nicht besser oder schlechter. Diese Kompetenzen können auch nicht durch mehr Dokumente im elektroni-

schen Patientendossier abgebildet werden. Das grösste Risiko zurzeit ist, dass das elektronische Patientendossier noch wenig praxisbezogen ausgestaltet ist. Doch da hege ich grosse Hoffnung in die interprofessionelle Arbeitsgruppe «Elektronisches Patienten-Dossier» (IPAG EPD). Generell Sorgen macht die Datensicherheit. Die Beurteilung ist auch in der EU und den USA dieselbe: Es gibt keine sicheren medizinischen Daten, wenn sie an vielen Stellen schnell und einfach verfügbar sein sollen.

Und welchen Stellenwert messen Sie dabei den digitalen Medien zu (mHealth, eHealth)?

Im Idealfall führen sie zu mehr Selbstbestimmung für den Patienten, zu neuen Kommunikationsmöglichkeiten unabhängig von Zeit und Ort. Es hängt grundsätzlich von der Persönlichkeit der Benutzer ab, ob eine solche App auch für diese geeignet ist oder nicht. Für Leistungserbringer können sie schnellere und bessere Recherchen möglich machen und die Vernetzung mit Fachkolleginnen und -kollegen verbessern. Doch was geschieht beim Selftracking über Gesundheits-Apps? Nur 20 % der Apps haben eine Datenschutzerklärung. Was mit den Daten passiert, ist auch nicht bekannt, sie werden auf irgendeiner Cloud abgelegt. Die Validität der Messergebnisse ist ebenso in Frage zu stellen. Nur bei 30 % der Apps ist transparent ersichtlich, wer dahinter steht. Es gibt Ideen, für gewisse Gesundheits-Apps eine Produkteverordnung zu integrieren. Dies könnte die FMH unterstützen, je nachdem was angepriesen würde. Bei ethischen und rechtlichen Problemen würden wir uns selbstverständlich einschalten. Es sind eher die Fachgesellschaften, die sich in der App-Entwicklung engagieren und sich mit den Inhalten auseinandersetzen. Die Kardiologen

Selbst ein sehr geringer Zigarettenkonsum hat Auswirkungen auf die Gesundheit

Fünf Fragen an Prof. Jacques Cornuz. Der Direktor der medizinischen Universitätspoliklinik in Lausanne engagiert sich stark in der Lehre und Forschung, und spezifisch im Bereich der Tabakentwöhnung. Wir sprachen mit ihm über die Kurzinterventionen zum Rauchstopp.

Ein Rauchstopp hat positive Auswirkungen auf den Körper und verbessert die Lebensqualität. Die aktuelle Tabakpräventionskampagne SmokeFree macht den Rauchstopp zum Thema. Was empfehlen Sie Ihren Patientinnen und Patienten, die mit dem Rauchen aufhören wollen?

Ich erkläre ihnen, dass es wichtig ist, rückfallbegünstigende Situationen frühzeitig zu erkennen. Dazu gehören beispielsweise die Anwesenheit anderer Rauchender an einem Fest, die Assoziation mit dem Alkoholkonsum und der Umgang mit Emotionen. Mir fällt auf, dass viele Frauen bei negativen Emotionen (z.B. zwischenmenschlichen Konflikten) wieder mit Rauchen beginnen, während Männer tendenziell rückfällig werden, wenn sie positive Emotionen erleben (z.B. Sieg ihres Lieblingsvereins!).

Ich gehe auch auf den Umgang mit Stress ein: Viele Rauchende glauben, dass eine Zigarette hilft, mit Stress umzugehen. Ich zeige ihnen auf, dass Rauchen keine Auswirkung auf den Stress hat! Wenn ein Rauchender 20 bis 30 Minuten nach der letzten Zigarette mit einer Stresssituation konfrontiert ist, senkt dies die Resistenz gegenüber dem Nikotinmangel. Das Rauchen einer Zigarette bringt dann Erleichterung. Der Tabakkonsum ist also nicht eine Antwort auf den Stress, sondern auf den Nikotinmangel, der in einer Stresssituation besonders deutlich wahrgenommen wird!

Schliesslich thematisiere ich auch die Gewichtszunahme, die ich jedoch relativiere, indem ich verschiedene Möglichkeiten zu deren Eindämmung aufzeige. All dies erfolgt im Rahmen einer empathischen Beziehung unter dem Einsatz der Motivierenden Gesprächsführung.

Ein kompletter Rauchstopp ist die beste Lösung. Die Anzahl Zigaretten zu reduzieren bringt wenig. Wird den Patientinnen und Patienten diese Tatsache vermittelt? Oder müsste noch mehr getan werden?

Fundierte epidemiologische Daten haben deutlich gezeigt, dass das Risiko von Lungenkrebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei «leichten» Rauchenden, die täglich 1 bis 5 Zigaretten rauchen, deutlich ansteigt. Wir weisen die Rauchenden deshalb darauf hin, dass bereits ein sehr moderater Tabakkonsum Auswirkungen auf die Gesundheit hat. Leider wissen das nur wenige, manchmal nicht einmal die Ärztinnen und Ärzte!

In der Ausbildung der Ärzteschaft wird das Thema Rauchstopp behandelt. Weshalb wenden die Ärztinnen und Ärzte die Kurzintervention in der Praxis nur wenig an?

Die Daten legen zwar nahe, dass die Ärztinnen und Ärzte nicht bei jeder Sitzung eine Kurzintervention durchführen, doch das heisst noch lange nicht, dass die Frage des Rauchstopps nicht thematisiert wird. Ich gehe eher davon aus, dass viele Kolleginnen und Kollegen im Rahmen von Gesprächen, die formell nicht als Kurzintervention bezeichnet werden, auf die Bedeutung eines Rauchstopps hinweisen.

Ausserdem ist bekannt, und das kann ich aus meiner klinischen Praxis bestätigen, dass es Patientinnen und Patienten gibt, die mit dem Rauchen nicht aufhören wollen. Es gehört zur Wahrung der Patientenautonomie, nicht auf dem Thema Tabakkonsum zu beharren. Dies könnte bei den unmotivierten Patientinnen und Patienten heftige Widerstände hervorrufen. Ebenfalls nicht zu unterschätzen sind die Verzerrungen, insbesondere die Erinnerungsverzerrungen, die sich bei Umfragen ergeben, wenn die Patientinnen und Patienten nach der Haltung der Ärztin oder des Arztes gefragt werden.

Schliesslich muss anerkannt werden, dass eines der Hindernisse für die För-

derung der Tabakentwöhnung in der geringen individuellen Wirksamkeit begründet liegt. Tatsächlich ist die Wahrscheinlichkeit grösser, dass eine Person am Ende des Prozesses rückfällig wird, als dass sie Ex-Raucherin / Ex-Raucher wird! Bestenfalls hören 12 Monate nach einer seriösen und geplanten Intervention drei von zehn Personen mit dem Rauchen auf. Das heisst, dass es ungefähr 70 Prozent der Rauchenden nicht schaffen, mit dem Rauchen aufzuhören, was nicht gerade ein medizinischer Triumph ist! Wir wissen jedoch, dass nach einer erfolglosen ersten Intervention nicht alles verloren ist und der Rauchstopp bei einem nächsten Versuch erreicht werden kann. Die meisten meiner Kolleginnen und Kollegen greifen das Thema zu einem späteren Zeitpunkt wieder auf, beispielsweise einige Monate nach dem Rückfall.

Sind über die Jahre Veränderungen im Bereich Rauchstopp sichtbar (z.B. Einstellung der Patientinnen/Patienten zum Rauchstopp, Einstellung der Ärztinnen/Ärzte zur Rauchstopp-Beratung, Schwierigkeiten in der Beratung, Arztbesuch spezifisch für den Rauchstopp usw.)?

Bei den Patientinnen und Patienten hat die rauchfreie Umgebung (das Rauchen ist in öffentlichen Räumen gesetzlich untersagt) zu einer veränderten Wahrnehmung des Rauchverhaltens geführt (Externalität), was einige zum Aufhören motiviert hat. Unter der Ärzteschaft zeigen heute gewisse Fachärztinnen und -ärzte, insbesondere der Kardiologie, Psychiatrie und Gynäkologie, Interesse an dieser Thematik, was mich freut.

Was fehlt aus Ihrer Sicht noch für eine gute Rauchstopp-Beratung von Seiten der Politik, der Verwaltung, der Ärzteschaft und der Patientinnen und Patienten?

In der Politik kann der Bedeutung eines vollständigen Verbots der direkten und indirekten Werbung noch deutlich mehr Verständnis entgegengebracht werden. Mit einem solchen Verbot kann der Ver-

harmlosung dieses Produkts entgegen gewirkt und die Jugendlichen davon abgehalten werden, ihren Tabakkonsum zu festigen.

Seitens der Verwaltung ist zu hoffen, dass sie den Zigarettenpreis durch Erhöhung der Tabaksteuer weiter anhebt. Es besteht noch Spielraum für diese wirksame Massnahme der öffentlichen Gesundheit.

Was die Ärzteschaft angeht, so bin ich zuversichtlich, dass es der jungen Generation ein noch grösseres Anliegen sein wird, ihre Patientinnen und Patienten regelmässig auf die Tabakentwöhnung anzusprechen.

Die Patientinnen und Patienten wiederum müssen sich bewusst werden, dass die Substanz Nikotin alleine noch keine Auswirkungen auf ihre organische Gesundheit hat (Krebs, Kreislauferkrankungen), sondern sie lediglich körperlich und psychisch abhängig macht. Dies würde das Verständnis für den potentiellen Beitrag, den Medikamente und E-Zigaretten bei einem Rauchstopp leisten können, verbessern! Von entscheidender Bedeutung ist schliesslich auch, dass die Patientinnen und Patienten einsehen, dass ein kompletter Rauchstopp für ihre Gesundheit die beste Lösung ist.

Zur Person



Prof. Jacques Cornuz ist seit 2011 Direktor der medizinischen Universitätspoliklinik in Lausanne und ordentlicher Profes-

sor der medizinischen Fakultät der Universität Lausanne. Er besitzt einen Master in Public Health der Harvard University (Boston). Nebst seinen Lehr- und Forschungstätigkeiten in Lausanne, Calgary und Freiburg im Breisgau engagiert er sich in der Tabakprävention. Für seine Forschungsarbeiten im Bereich Tabak genießt er internationale Anerkennung.

Passanten erzählen, wie sie den Rauchstopp geschafft haben

Fast eine Million Menschen in der Schweiz wollen endlich aufhören zu rauchen. Das wissen wir aus Umfragen. Passanten erzählen in SmokeFree-Spots, wie sie den Rauchstopp erfolgreich umgesetzt haben. Dabei gibt es auch sehr persönliche Wege.

Die Macher der SmokeFree-Kampagne haben sich auf der Strasse umgehört und ehemalige Rauchende erzählen lassen, wie sie den Rauchstopp geschafft haben: Was waren die grössten Stolpersteine und was schätzen sie an ihrem rauchfreien Leben am meisten? Wie gross waren die Versuchungen oder

sind es noch heute? Entstanden ist eine Serie von lebendigen Spots, die Lust darauf machen, noch heute den Schritt zu wagen. Ex-Rauchende können zudem ihre persönlichen Tipps auf die SmokeFree-Website hochladen. Wer befreundete Raucherinnen und Raucher direkt unterstützen möchte, kann dies mit der SmokeFree Buddy App tun.

Mediziner und Gesundheitspersonal spielen zentrale Rolle

Vielen Menschen hilft die Begleitung durch eine Fachperson. Hausärztinnen und Hausärzte oder Spezialisten im Bereich Tabakentwöhnung können

kompetent beraten, kennen verhaltenstherapeutische Ansätze und medikamentöse Unterstützungsmöglichkeiten. Für viele Rauchende ist es ein wichtiger Anstoss, wenn die Hausärztin oder der Hausarzt sie auf einen Rauchstopp anspricht. Die Lösung soll auf die persönliche Situation des Rauchenden eingehen und genug Raum schaffen, dass die rauchende Person selbst Argumente und mögliche Strategien für den Ausstieg entwickeln kann. Denn wie auch aus der SmokeFree-Strassenumfrage ersichtlich wird, ist jeder Rauchstopp eine sehr persönliche Angelegenheit.

Link:
www.smokefree.ch

Kontakt: Simone Buchmann,
Abteilung Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten,
simone.buchmann@bag.admin.ch



Lust statt Frust beim Reden über Alkohol

Übermässiger Alkoholkonsum verursacht viel Leid und hohe Kosten. Je früher Alkoholprobleme erkannt werden, umso einfacher kann süchtig machendes Verhalten verändert werden. Ärztinnen und Ärzte leisten einen wichtigen Beitrag zur Früherkennung, wenn sie ihre Patientinnen und Patienten auf den Alkoholkonsum ansprechen. Doch das will gelernt sein!

Alkoholmissbrauch macht krank: Es gibt kaum ein menschliches Organ, das durch Alkohol nicht geschädigt werden kann. Leber und die Verdauungsorgane werden am stärksten beeinträchtigt. Jeder 12. Todesfall in der Schweiz ist auf Alkoholkonsum zurückzuführen, dies waren z. B. im Jahr 2011 rund 1600 Tote im Alter von 15 bis 74 Jahren. Drei von fünf dieser Todesfälle sind bedingt durch chronisch starken Alkoholkonsum.¹ Alkoholkonsum verursacht zudem jährliche Kosten von rund 4,2 Mrd. Franken.² Gleichzeitig befürworten 75 Prozent der Bevölkerung in der Schweiz Anreize für gesundheitsförderndes Verhalten.³ Auch ist es für die Patienten in Ordnung, wenn sie von ihrem Arzt auf den Alkoholkonsum angesprochen werden, insbesondere wenn dies mit Wohlbefinden und Gesundheit begründet wird.⁴ Aber was braucht es, damit das Gespräch über Alkohol in der Arztpraxis nicht zum Frust wird? Lust am Ausprobieren und motivierte Ärztinnen und Ärzte, die sich ganz einfach für den Alkoholkonsum ihrer Patientinnen und Patienten interessieren und gemeinsam mit ihnen über dessen Folgen für den Alltag und die Gesundheit nachdenken.

Früherkennung

Der Konsum von Alkohol bedeutet für viele Menschen Genuss. Aber wieviel ist zu viel? Die Eidgenössische Kommission für Alkoholfragen EKAL hat risikoarmen Konsum in ihrer Orientierungshilfe folgendermassen formuliert: Gesunde erwachsene Männer sollten nicht mehr als zwei bis maximal drei Gläser Alkoholisches pro Tag zu sich nehmen und Frauen nicht mehr als ein bis maximal zwei Gläser trinken. Zudem empfiehlt es

sich, jede Woche an mehreren Tagen gar keinen Alkohol zu trinken. Wenn ausnahmsweise etwas mehr getrunken wird, dann sollten Männer nicht mehr als fünf und Frauen nicht mehr als vier Gläser konsumieren.

Je früher ein risikoreicher Alkoholkonsum erkannt wird, umso erfolgsversprechender ist es, das Konsumverhalten anzupassen resp. den Alkoholkonsum zu reduzieren!

Wenn ein risikoreicher Alkoholkonsum vorliegt, gilt es den Patienten sachlich über Risiken und mögliche Folgen zu informieren; moralisierende Informationen sind zu vermeiden.

Ansprechen auf den Alkoholkonsum...

Ansprechen kann man die Patienten bei einer Routinekontrolle oder im Zusammenhang mit den Lebensgewohnheiten oder bei gesundheitlichen Beschwerden, welche durch einen risikoreichen Alkoholkonsum (mit-)verursacht sein können. Die Haltung beim Ansprechen auf den Alkoholkonsum ist von zentraler Bedeutung. Der Patient ist Experte für seine Lebensweise und grundsätzlich motiviert für sein eigenes Wohl. Wichtig ist, zu zeigen, dass der Arzt jederzeit bereit ist, über das Thema Alkohol zu sprechen. Patienten begrüssen es in der Regel, auf ihren Alkoholkonsum angesprochen zu werden. Einfach und zuverlässig lässt sich mit den 3 Fragen des AUDIT-C (Tabelle 1) feststellen, ob ein risikoreicher Alkoholkonsum besteht.⁵

... und intervenieren

Wenn ein risikoreicher Alkoholkonsum vorliegt, gilt es den Patienten sachlich über Risiken und mögliche Folgen zu informieren; moralisierende Informationen sind zu vermeiden. Es ist wichtig, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, seinen eigenen Konsum zu hinterfragen, seinen persönlichen Fragen zuzuhören und sie zu beantworten. Bei einem risikoreichen Alkoholkonsum sind in der Hausarztpraxis Kurzinterventionen sehr geeignet.⁶ In

Punkte	0	1	2	3	4	Punkte
Wie oft trinken Sie Alkohol?	nie	max. 1x/ Monat	2-4x/ Monat	2-3x/ Woche	mind. 4x/Woche	
Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele Drinks nehmen Sie dann typischerweise?	1-2	3-4	5-6	7-9	10 oder mehr	
Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Drinks bei einer Trinkgelegentlichkeit?	nie	< 1x/ Monat	1x/ Monat	1x/ Woche	fast täglich oder täglich	

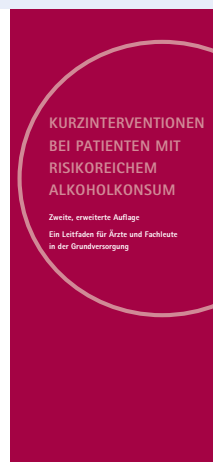
Total Punkte (0-12):

Bemerkung: 1 Drink entspricht 10g Alkohol.

Auswertung: Ab 5 Punkten (Männer) bzw. ab 4 Punkten (Frauen) ist mit risikoreichem oder schädigendem Alkoholkonsum zu rechnen.

Tabelle 1. AUDIT-C-Früherkennungstest (5)

Informationen und Kampagne



von Alkohol und ruft dazu auf, sich selber die Frage zu stellen, wieviel zu viel ist. Arztpraxen, Spitäler und weitere Interessierte können gratis den Quiz-Dispenser bestellen. www.alcohol-facts.ch

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten für Ärzte und Patienten, sich vertiefter über Alkoholprobleme zu informieren, z. B. www.praxis-suchtmedizin.ch (v.a. für Ärzte und Fachpersonen), www.suchtschweiz.ch, www.safezone.ch.

Die Broschüre «Kurzintervention bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum» kann auf www.praxis-suchtmedizin.ch heruntergeladen oder im Sekretariat der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPPm per E-Mail bestellt werden.

Die Alkoholpräventionskampagne des Bundesamts für Gesundheit und seinen Partnern informiert im Online- und Papierquiz auf spielerische Weise über Risiken und Nebenwirkungen

der praktischen Anwendung sind Kurzinterventionen Gespräche von beschränkter Anzahl und kurzer Dauer. Sie orientieren sich am Konzept der Motivierenden Gesprächsführung und sind unterschiedlich stark strukturiert.

Die Broschüre «Kurzintervention bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum»⁷ bietet Ärztinnen und Ärzten nicht nur Hintergrundwissen über Alkohol, sondern auch konkrete Hinweise zur Durchführung von Kurzinterventionen und Hilfestellungen beim Ansprechen.

Motivierende Kurzintervention im Arzt-Patient-Gespräch

Eine weitere Möglichkeit, das Ansprechen zu üben, sind Fortbildungen: Eine interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft – bestehend aus Forum Suchtmedizin Ostschweiz (FOSUMOS), Kollegium für Hausarztmedizin: Programm Gesundheitscoaching, Zürcher Fachstelle zur Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs (ZüFAM) und Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA) – führt Sensibilisierungs-, Fort- und Weiterbildungskurse⁸ für Ärztinnen und Ärzte zur motivierenden Kurzintervention unter Einbezug der Alkoholthematik durch. Angeboten werden Kurzinputs (1-2h), halbtägige Einsteigerkurse sowie Tagesseminare. Ziel der Veranstaltungen ist, dass Ärzte Wissen und Fertigkeiten erwerben, um ihre Patientinnen und Patienten für einen gesunden Lebensstil zu motivieren und sie bei Verhaltensänderungen wirkungsvoll zu unterstützen. Die eingeübten Fähigkeiten können nicht nur bei Alkoholproblemen, sondern auch bei einer Vielzahl weiterer gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen eingesetzt werden.

Fazit

Eine frühzeitige Wahrnehmung und eine offene Kommunikation zum problematischen Alkoholkonsum ist eine wichtige und letztlich auch dankbare Aufgabe für Hausärzte. Ob diese Aufgabe eher frustrie-

rend und schwierig oder aber «lustvoll», als Herausforderung wahrgenommen wird, hängt vor allem davon ab, ob es gelingt, den Patienten mit einer offenen, gleichberechtigten Haltung zu begegnen, und ob man über ein Repertoire an kommunikativen Fertigkeiten verfügt (oder bereit ist, sich ein solches anzueignen).

Der Artikel ist in der Schweizerischen Ärztezeitung 2016, Ausgabe 36, erschienen. Er wurde fürs spectra leicht modifiziert.

Externer Kontakt:

Regula Hälg, Infodrog, r.haelg@infodrog.ch, Stefan Neuner-Jehle, Kollegium für Hausarztmedizin, stefan.neuner-jehle@usz.ch

Kontakt BAG:

Barbara Kull, Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten, barbara.kull@bag.admin.ch

¹ Marmet, S., Gmel, G., Gmel, G., Frick, H., Rehm, J., Shield, K.D.C. (2013). Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Sucht Schweiz.

² Fischer, B., Telsler, H., Widmer, P., Leukert, K. (2014). Alkoholbedingte Kosten in der Schweiz. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Olten: Polynomics.

³ pharma.ch 1/2008 Prävention: Investition in die Gesundheit und die Wohlfahrt eines Landes, vgl. <http://www.interpharma.ch/gesundheitswesen/1586-gesundheitsfoerderung-wird-immer-wichtiger>, Zugriff 20.07.2016

⁴ Daepfen, JB., Gaume, MJ. (2006). Implémentation et dissémination de l'intervention brève pour la consommation d'alcool à risque en médecine de premier recours: Evaluation du projet partiel «médecins» du programme nationale alcool «ça débouche sur quoi?». Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Lausanne: CHUV.

⁵ Bush, K., Kivlahan, DR., McDonell, MB. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med; 158: 1789 – 95.

⁶ Bertholet, N., Daepfen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., Burnand, B. (2005). Reduction of Alcohol Consumption by Brief Alcohol Intervention in Primary Care – Systematic Review and Meta-analysis. Arch Intern Med. 2005; 165: 986-995.

⁷ Herausgeberschaft: FMH, BAG, Praxis Suchtmedizin, Sucht Schweiz, Infodrog, KHM und SAPPm, 2014.

⁸ Kursangebot: siehe unter www.zfa.ch/index.php/fortbildung-aerzte.html

Die «vergessenen Kinder» sichtbar machen – Kinder psychisch kranker Eltern

Kinder bedeuten Zukunft. Damit sie sich auf ihrem Weg ins Erwachsenenleben bestmöglich entfalten können, benötigen sie stabile Beziehungen. Psychisch erkrankten Elternteilen ist es aber oft nicht möglich, ihren Kindern genau das zu geben. Lange Zeit galten Kinder psychisch erkrankter Eltern deshalb als «vergessene Kinder», und ein Blick auf sie blieb häufig auch von Seiten der Versorgung aus. Wikip, das Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern, arbeitet seit 2010 daran, Lösungen für die bedarfsgerechte Unterstützung und eine angemessene Versorgung der betroffenen Familien zu etablieren. Nach dem Vorbild integrierter Versorgungsmodelle bindet das Projekt heute alle relevanten regionalen Versorgungssysteme in die Arbeit ein.

Psychische Gesundheit umfasst persönliches Wohlbefinden, Zufriedenheit, Selbstbewusstsein, Beziehungsfähigkeit, Alltagsbewältigung und Arbeitsfähigkeit. Sie ist kein Zustand, sondern ein dynamischer Prozess, der eine ständige aktive Anpassung des Individuums an die laufenden objektiven und subjektiven Veränderungen erfordert. Dagegen beeinträchtigen psychische Krankheiten das alltägliche Leben und wirken sich auf emotionaler, kognitiver, interpersonaler, körperlicher Ebene aus wie auch auf das Verhalten. Sie haben nicht selten Einfluss auf alle Lebensbereiche und beeinträchtigen Lebensqualität, Alltag und Arbeitsfähigkeit. Ausserdem belasten sie auch die Angehörigen stark und können, wenn die psychisch Erkrankten auch Eltern sind, die Bewältigung ihrer familiären Aufgaben behindern und die Eltern-Kind-Beziehung erheblich stören. Psychische Erkrankungen werden aber heute noch oft nicht erkannt, heruntergespielt oder stigmatisiert und auch in ihrer gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bedeutung unterschätzt.

Psychische Erkrankungen sind häufig

Die Mehrheit der Bevölkerung (60 %) in der Schweiz fühlt sich laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung SGB aus dem Jahr 2012 voller Energie und Vitalität. Umgekehrt fühlen sich knapp 5 % der Schweizer Bevölkerung stark und rund 13 % mittelschwer psychisch belastet. Dies bedeutet, dass bei 18 von 100 Personen das Vorliegen einer psychischen Störung wahrscheinlich ist, wie es der vierte Monitoringbericht zur psychischen Gesundheit in der Schweiz des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums festhält.

Vergessene Kinder

Sind Menschen mit psychischen Erkrankungen auch Eltern, dann sind sie

oft zu sehr mit sich selbst beschäftigt und nehmen die Auswirkungen auf ihre Kinder und deren Nöte gar nicht genügend wahr. Häufig fehlt ihnen ganz einfach die Kraft und die Kinder werden «vergessen». Ist mit der Erkrankung des Elternteils noch ein Klinikaufenthalt verbunden und eine Trennung von Eltern und Kind, kann dies zu Traumatisierungen der Kinder führen und sie in ihrem Bindungsverhalten und ihrem Urvertrauen beeinträchtigen. Kinder sind dann einem erhöhten Risiko ausgesetzt, ebenfalls psychisch zu erkranken oder in ihrem späteren Leben soziale Probleme zu entwickeln.

Allzu oft gehen diese Kinder auch in der Gesundheitsversorgung vergessen. Nicht so beim Winterthurer Pilotprojekt wikip, dem Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern. Dieses wird hier exemplarisch für innovative Projekte der Schweiz, die Prävention und Früherkennung in die Gesundheitsversorgung einbauen, vorgestellt.

wikip – ein Netzwerk zur Unterstützung und Versorgung betroffener Familien

Im Jahr 2003 hatten die Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw) und das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) des Departements Kinder- und Jugendmedizin am Kantonsspital Winterthur (KSW) das Problem «Kinder psychisch kranker Eltern» erkannt und eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe «AG Familienpsychiatrie» gegründet. In einer Vorstudie wurden im Jahr 2006 die vorhandenen Versorgungsangebote für Kinder, Jugendliche und Erwachsene im Raum Winterthur erfasst und die Zusammenarbeit der Institutionen und Fachpersonen näher angeschaut. Der ermittelte hohe Handlungsbedarf führte 2010 dazu, das Projekt wikip zu etablieren. Es wurde zwischen 2010 bis 2013 wissenschaftlich begleitet.

Im Projekt wurden nach und nach Hilfs- und Behandlungsmassnahmen für Kinder, Jugendliche, Eltern und die Versorgungssysteme erarbeitet. In der Projektorganisation wurden die wichtigen Akteure mit eingebunden: Institutionen und Fachpersonen aus der Erwachsenen-, der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Kinder- Jugend- und Familienhilfe, aus dem Sozial- und Schulwesen sowie Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte usw.

«No Wrong Way»-Ansatz

Von Beginn weg sollte Betroffenen, sobald sie eine der Kontaktstellen aufsuchten, Soforthilfe für sich und ihre Familie angeboten werden können. Auch wenn die Zuständigkeit zunächst nicht gegeben war. Egal also, wo sich die Betroffenen als Erstes hinwenden, sie sind an der richtigen Stelle («no wrong way») und kriegen die nötige Unterstützung. Das wikip-Projekt legte auch grossen Wert darauf, gezielt Abklärungen zu eta-



blieren, die beim Feststellen einer psychischen Erkrankung der Familiensituation Rechnung trägt wie z.B. mit einer ersten so simplen wie wichtigen Frage: «Haben Sie Kinder?»

Mangelnde Informationen und mangelnder Austausch bei Fachleuten

Die Bedarfs- und Situationsanalyse im Jahr 2010 hat auf der einen Seite ergeben, dass nur wenige Fachpersonen wie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und nur wenige Fachpersonen im stationären und teilstationären psychiatrischen Dienst Informationen zum körperlichen Gesundheitszustand der Kinder ihrer Klienten erfassen. Auf der anderen Seite hat eine Online-Befragung gezeigt, dass nur wenige der Fachpersonen, die mit den Kindern zu tun haben, über genügend Informationen zum Gesundheitszustand der Eltern verfügen. Das betraf etwa die Bereiche Kinderkrippe, Hort, Kinderarzt, Mütter- und Väterberatung (ohne psychosozialen Auftrag) sowie Angebote, die sich speziell mit psychosozialen Themen befassen wie Kinderpsychiater, Kinderpsychotherapeutinnen oder Beratungsstellen, Heime oder Schulpsychologische Dienste.

Die Evaluation von wikip vier Jahre später ergab, dass sich die jeweiligen Versorgungssysteme der Eltern und der Kinder angenähert hatten. Es wurde von einem Wir-Gefühl gesprochen und der gemeinsamen Verantwortung für die Betroffenen. Entscheidungen und Interventionen würden besser aufeinander abgestimmt und die Kenntnis über Aufträge und Arbeitsweisen anderer Organisationen sei besser. Andere Fachstellen würden vermehrt kontaktiert, wenn in einer Familie eine Problemsituation durch einen psychisch kranken Elternteil entsteht. Und auch die Weiterleitung an die richtigen Stellen nach dem hergestellten Erstkontakt hätte verbessert werden können. Zudem habe die Einbindung in ein Netzwerk und gemeinsame Ausbil-

dungen zum Thema die Sensibilisierung erhöht. Man kenne sich besser in der Angebotslandschaft in und um Winterthur aus und sei sicherer im Umgang mit betroffenen Eltern und Kindern. So der Grundtenor der befragten Fachpersonen.

Lernende Organisationen

Ein neues Klinikinformationssystem der Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (ipw) nimmt heute den Prozessablauf zur Erfassung der Situationen von Kindern und anderen abhängigen Personen im Rahmen der Patientenaufnahme und Anamnese auf. Das Weiterbildungs-Curriculum der Gesundheitsfachleute integriert Aspekte um das Thema «Familie mit einem psychisch erkrankten Elternteil» und es finden Veranstaltungen zum Thema statt. Zudem befinden auch die Gerichte und Behörden die Neuerungen einer prozess- und lösungsorientierten Herangehensweise von wikip als nützlich.

Ausblick

Nach der bisherigen Aufbauarbeit sieht die Projektleitung eine Hauptaufgabe in der Festigung und Vertiefung des Netzwerks. Auch sollen eine SOS-Kinderbetreuung oder Elterngesprächsgruppen eingerichtet werden. Eine Lücke in der Unterstützungslandschaft füllt das Pilotprojekt «Patenschaften», das der Verein für Familien- und Jugendhilfe auf Initiative von wikip betreut. Kinder von psychisch kranken Elternteilen können hier eine Bezugsperson erhalten, sollte das aufgrund der familiären Situation nicht möglich sein. So wird Kindern ein Rückzugsort geschaffen, der sich stabilitätsfördernd auswirkt.

Link zum Projekt «wikip»:
www.iks-ies.ch/glossary/wikip

Kontakt:
Esther Walter, Sektion Nationale Gesundheitspolitik,
esther.walter@bag.admin.ch

«Interprofessionelle Zusammenarbeit bedingt, dass Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geklärt sind.»

Der Interprofessionalität wird in Prävention und Gesundheitsversorgung künftig eine wichtige Rolle zugesprochen. Claudia Galli, Präsidentin des Schweizerischen Verbandes der Berufsorganisation im Gesundheitswesen SVBG, hat uns zur Sicht der Gesundheitsberufe darauf Rede und Antwort gestanden.

Weshalb hat dieser Ansatz nicht schon früher Eingang ins Gesundheitssystem gefunden? Welche Hürden sind heute noch vorhanden?

Interprofessionalität liegt im Trend. Und es ist ein Ansatz, den es zu verfolgen lohnt. Die demografische Entwicklung mit der Alterung der Bevölkerung und damit auch einer Zunahme an chronischen Erkrankungen, gepaart mit einem akuten Fachkräftemangel, zwingen die Gesundheitsbranche, neue Modelle der Zusammenarbeit und Aufgabenteilung zu denken. Die Strategie Gesundheit2020 des Bundes und alle darauf basierenden nationalen Strategien beinhalten Elemente der koordinierten Versorgung und tragen damit den Interprofessionalitäts-Gedanken voran.

Die vorausgehende Managed-Care-Debatte trug zwar auch dazu bei, vermehrt in Netzwerken zu denken. Dies war anfangs allerdings stark auf Interdisziplinarität ausgerichtet, im Sinne einer Zusammenarbeit verschiedener Spezialisten desselben Berufes. So entwickelten sich im ambulanten Sektor zunächst reine Ärzte-Netzwerke. Erst seit wenigen Jahren wird auf Interprofessionalität fokussiert. Damit ist gemeint, dass mehrere Fachpersonen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund untereinander, aber auch mit den Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen sowie dem lokalen Netzwerk zusammenarbeiten.¹

Die interprofessionelle Zusammenarbeit gewinnt in jenen anspruchsvollen Versorgungssituationen an Bedeutung, in denen eine einzelne Berufsgruppe nicht (mehr) über die ganze Expertise verfügt, um auf deren komplexe Bedürfnisse allein zu reagieren. Doch sie ist mehr als nur ein Nebeneinander verschiedener Berufsgruppen, die «denselben Patienten behandeln». In einem Team, das den Austausch pflegt und gemeinsame Zielsetzungen anstrebt, treffen unterschiedliche professionelle Kulturen aufeinander. Dies bedingt, sein eigenes berufliches Selbstverständnis zu reflektieren, bisherige hierarchische Strukturen zu überdenken, die Fähigkeiten der anderen involvierten Berufsgruppen kennen zu lernen, zu respektieren und sinnvoll im Sinne des Betroffenen einzusetzen. Und das braucht seine Zeit.

Nebst Hürden in den Köpfen liegt in der fehlenden Finanzierung das grösste Hindernis: Koordination, Austausch, Aufbau und Entwicklung einer neuen Form der Zusammenarbeit werden ins-

besondere im ambulanten Sektor der Gesundheitsversorgung (noch) nicht entschädigt.

Ein anderer Umstand, der die Einführung der Interprofessionalität ins Gesundheitswesen behindert, ist die noch immer starke Segmentierung in der Ausbildung: Zwar bestehen innerhalb der Fachhochschulen interprofessionelle Module und einzelne Weiterbildungsprojekte mit medizinischen Fakultäten, in denen zunehmend fallorientiert gemeinsam gelernt wird, doch gibt es starke Trennlinien zwischen Höheren Fachschulen, Fachhochschulen und Universitäten.

Eine Verankerung der Interprofessionalität in der beruflichen Identität aller Gesundheitsfachleute würde viel bewirken. Das Gesundheitsberufegesetz hat diesen Gedanken neu in den Abschlusskompetenzen der Fachschulberufe festgeschrieben.

Interprofessionalität heisst auch, dass mehr Menschen zum Wohle des Patienten arbeiten. Heisst das nicht, dass die Kosten dadurch steigen oder sogar, dass der Patient Schaden nehmen könnte?

Ich kann die Befürchtung «viele Köche verderben den Brei» nachvollziehen. Aber Aufwand und Fehlerquoten steigen ja genau da, wo Koordination nicht zum Alltag gehört. Interprofessionelle Zusammenarbeit bedingt eben gerade, dass Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten geklärt sind, dass die Kommunikation zwischen den beteiligten Fachpersonen funktioniert und dass diese ihre Fähigkeiten optimal und koordiniert zum Wohle des Patienten einbringen können.

Dies kostet zu Beginn Zeit und damit Geld. Doch der Initialaufwand lohnt sich und alle Seiten gewinnen dabei: Qualität und Kontinuität der Versorgung steigen, die Zusammenarbeit verläuft koordiniert, die Zufriedenheit der Beteiligten steigt, eine Über- oder Fehlversorgung kann vermindert werden und gleichzeitig wird die Kostenkontrolle erhöht.²

Was ist in interprofessionell arbeitenden Teams besonders zu beachten?

Zunehmend kristallisieren sich einige zentrale Faktoren heraus: Das *Setting* muss die interprofessionelle Zusammenarbeit unterstützen, sie muss «von oben» gewünscht und gefördert werden, es muss Zeit dafür zur Verfügung stehen; *Verantwortlichkeiten* und *Zuständigkeiten* müssen benannt und geklärt sein; es braucht klare *Leadership*, welche die unterschiedlichen Kulturen der einzelnen Berufsgruppen respektiert und gleichzeitig in eine gemeinsame Kultur der Zusammenarbeit führt; und eine funktionierende transparente und respektvolle *Kommunikation* ist ein zentraler Faktor für das Gelingen.³



Gibt es Gebiete in der Gesundheitsversorgung, in denen der Ansatz besonders gut funktioniert?

In der Rehabilitation und in der Palliative Care wird angesichts der Komplexität der Lebenssituationen der Betroffenen stärker danach gefragt, welche Fachperson wofür eingesetzt wird. Dies führt dazu, dass z.B. die Pflege, die Sozialarbeit, die Physio- und die Ergotherapie, die Seelsorge und der ärztliche Dienst häufiger auf Augenhöhe zusammenarbeiten.

Ein Vorbild können wir uns auch an den Centres médico-sociaux der Romandie nehmen, deren Teams im Gegensatz zu vielen Spitex-Organisationen der Deutschschweiz häufig multiprofessionell zusammengesetzt sind und interprofessionell von Fall zu Fall entscheiden, wer den Lead übernimmt.

Wie etwa wird idealerweise die Interprofessionalität in der Früherkennung von Demenz, psychischen Erkrankungen oder von anderen NCD gelebt?

Die Plattform Interprofessionalität, in der eine Vielzahl von Fachpersonen der Gesundheitsversorgung zusammenarbeiten, hat Kriterien zur Beurteilung interprofessioneller Projekte erarbeitet. Unter anderem muss ein Projekt von Beginn weg unter Einbezug aller beteiligten Berufsgruppen und unter Einbezug von Betroffenen entwickelt werden. In einer idealen Welt würden z.B. Beratungsstellen, Gesundheitsligen, Leistungserbringer der medizinischen Grundversorgung, Spitex-Betriebe und Betroffene gemeinsam festlegen, wie Präventions-Guidelines oder Standards umgesetzt werden sollen. Darin wären etwa folgende Fragen zu klären: Wohin können sich Betroffene, deren Angehörige oder Arbeitgeber wenden, wenn sie frühe Anzeichen einer psychischen Erkrankung oder einer anderen NCD bei jemandem erkennen und diesbezüglich Beratung brauchen? In welchem Fall kommunizieren die Leistungserbringer Beobachtungen an wen weiter? Wie wird der Datenschutz sichergestellt? Wann treffen sich die Fachpersonen zum Austausch? Wer übernimmt den Lead oder wie wird dies von Fall zu Fall entschieden? Welche

Massnahmen werden den Betroffenen von wem angeboten?

Im besten Falle funktionieren interprofessionelle Netzwerke über Grenzen hinweg, wie etwa denjenigen zwischen ambulant und stationär oder der Prävention und der Gesundheitsversorgung.

Wie unterstützt der Ansatz der Interprofessionalität die Prävention in der Gesundheitsversorgung generell?

Der Blickwinkel und die im Team vorhandene Expertise vervielfältigen sich, wenn verschiedene Berufsgruppen interprofessionell zusammenarbeiten. Werden nur einzelne Facetten betrachtet, funktioniert Prävention von nicht-übertragbaren Erkrankungen nicht. Wie die NCD-Strategie aufzeigt, benötigt eine wirkungsvolle Prävention als Teil der Gesundheitsversorgung einen ganzheitlichen Blick auf die Lebenssituation der Betroffenen. Dies kann von einem interprofessionellen Team abgedeckt werden.

Zur Person



Claudia Galli ist Präsidentin des Schweizerischen Verbandes der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SVBG und leitet

seit 2012 den Studiengang Europäischer Master of Science in Ergotherapie an der ZHAW. Sie schloss 1991 ihre Ausbildung zur Ergotherapeutin und 2002 ihr Psychologiestudium an der Universität Zürich ab. Als Präsidentin des SVBG vertritt sie die Interessen der Gesundheitsberufe in verschiedenen Gremien.

¹ World Health Organisation (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva, Switzerland: WHO.

² World Health Profession Alliance (2013). WHPA Statement on Interprofessional Collaborative Practice (2013). Ferney Voltaire, France: WHPA.

³ Siehe die Tagungen «Wie gelingt Interprofessionalität», welche die samw in Zusammenarbeit mit der Plattform Interprofessionalität und weiteren Organisationen des Gesundheitswesens im 2016 durchführte: www.samw.ch/de/Projekte/Interprofessionalitaet/Tagungen-Interprofessionalitaet.html

«Evivo tut gut!»

Ganz offen vorneweg: Ich bin ein Fan von Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit, v. a., wenn dabei «peers» beteiligt werden, also Personen, die wegen ähnlicher Krankheits- und Alltagserfahrungen in vergleichbaren Lebenssituationen sind. Was Selbstmanagement ist, lässt sich schnell beantworten: Alles, was Patienten und Angehörige jeden Tag tun, um mit einer Krankheit und ihren Folgen umzugehen. Werden sie hier von Fachpersonen und «peers» unterstützt, nennt sich das Selbstmanagementförderung. Dies greift jetzt die NCD-Strategie 2017–2024 auf. Unter anderem sollen solche Selbstmanagementangebote für chronisch Kranke gefördert werden – und zwar mit Einbezug der Betroffenen.

Als «good practice»-Beispiel listet die NCD-Strategie einen «Klassiker» unter den Selbstmanagementprogrammen auf, der an der Stanford Universität (USA) entwickelt wurde und in der Schweiz umgesetzt wird: Evivo «Gesund und aktiv leben» (www.evivo.ch). Der sechswöchige, interaktive Kurs vermittelt Gesundheitsinformationen und fördert Kompetenzen, um Betroffene zu unterstützen, Experten im Umgang mit

der eigenen Erkrankung zu werden. Passgenau für die NCD-Strategie. Was Evivo auf den Punkt bringt: international etabliert, evidenzbasiert, strukturiert, krankheitsübergreifend, peer-geleitet. Ausserdem ist es relevant für die Sekundär- und Tertiärprävention, weil der Kurs z. B. das Ernährungs- und Bewegungsverhalten, den Umgang mit Symptomen, die Zusammenarbeit mit Gesundheitsfachpersonen sowie Selbstwirksamkeit positiv zu beeinflussen vermag. Diese Wirkung spiegelt sich in den Aussagen derer wieder, die am Kurs teilnehmen oder diesen leiten. Zum Beispiel war kürzlich auf dem jährlichen Kursleitertreffen des Vereins «Evivo Netzwerk» zu hören: «Evivo tut gut!» oder man sei beeindruckt, wie die Leute mitarbeiten, «aufblühen» und selbst etwas bewegen.

Das ermutigt, diesen «peer»-Ansatz weiteren Zielgruppen zugänglich zu machen. Aktuell geht ein vom Bundesamt für Gesundheit BAG gefördertes Praxisentwicklungsprojekt der Frage nach, wie mit einer vereinfachten Evivo-Kursversion jene Menschen besser erreicht werden können, die sozial benachteiligt sind und erschwerten Zugang zu Angeboten des Gesundheitswesens haben,

z. B. Menschen mit Migrationshintergrund. Eine gerade gestartete Pilotstudie wiederum wird den Evivo-Ansatz spezifisch für Frauen mit Brustkrebs adaptieren, um ihn bei entsprechendem Wirksamkeitsnachweis später an Schweizer Brustkrebszentren nutzen zu können. Dieses Referenzprojekt der Nationalen Strategie gegen Krebs 2014–2017 wird von der Krebsforschung Schweiz und der Lindenhof Stiftung Bern gefördert. Es ist schweizweit insbesondere durch seinen partizipativen Ansatz einzigartig: An allen Phasen dieser Studie sind Patientinnen beteiligt, sei es bei der Planung, Antragstellung (eine Patientin-vertreterin ist Mittragstellerin!), Durchführung als auch zukünftigen Auswertung und Ergebnisdissertation (<http://blog.careum.ch/self-management-breast-cancer/>).

Rund um das Evivo-Kursprogramm gibt es also vielversprechende Entwicklungen, die allesamt dazu beitragen können, in der Schweiz Bildungsangebote und evidenzbasierte Präventionsmassnahmen erfolgreich ein- und umzusetzen. Abzuwarten bleibt, wie solche Selbstmanagementangebote schlussendlich nachhaltig etabliert werden.

Trotz internationaler Evidenz, vielversprechender hiesiger Befunde und dem Mehrwert für die Kursteilnehmenden findet dieser Ansatz im Vergleich zum Ausland eher langsam seinen Weg in die Schweizer Versorgungslandschaft. Eine intensivere Integration und nachhaltige Finanzierung solcher krankheitsübergreifender Selbstmanagementangebote sind überfällig, die gesundheitspolitisch mittlerweile gewünscht, aber versorgungspraktisch noch stärker zu verankern sind.



Dr. Jörg Haslbeck, Programmleiter Kompetenzzentrum Patientenbildung, Careum Forschung, Forschungsinstitut der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Zürich

Vereint gegen nichtübertragbare Krankheiten

Der Bund, die Kantone und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz verstärken ihre Zusammenarbeit im Präventionsbereich. Der Massnahmenplan für die Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten wurde im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik von Bund und Kantonen im November 2016 genehmigt. Ausserdem verabschiedete der Dialog Massnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und einen Aktionsplan zur Suizidprävention. Im Dezember erfolgte auch die Genehmigung des Massnahmenplans zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2024.

Bund, Kantone, Gesundheitsförderung Schweiz und der Privatsektor gehen gemeinsam gegen die nichtübertragbaren

Krankheiten wie Krebs, Herz-Kreislauf-, Atemwegs- und Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Diabetes vor. Der Massnahmenplan umfasst 14 Massnahmen, die in drei grosse Handlungsfelder unterteilt werden: Prävention und Gesundheitsförderung in der allgemeinen Bevölkerung, Prävention in der Gesundheitsversorgung sowie Prävention in der Wirtschafts- und Arbeitswelt. Ein innovativer Ansatz soll etwa die Prävention besser in die Gesundheitsversorgung einbinden. Die Gesundheitsfachleute und insbesondere die Hausärztinnen und -ärzte sollen eine Schlüsselrolle spielen, indem sie die Patientinnen und Patienten bei ihren Entscheidungen systematisch unterstützen und sie bei jedem Behandlungsschritt über die Möglichkeiten für eine gesunde Lebensweise informieren. In die Massnahmen des Bundes und der Kantone eingebettet ist die Suizidpräven-

tion. Und auch im Bereich der psychischen Gesundheit arbeiten der Bund, die Kantone und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz stärker zusammen. Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz wird dazu ab 2017 kantonale Aktionsprogramme zur psychischen Gesundheit finanzieren. Schliesslich haben Bund und Kantone im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik beschlossen, die Nationale Demenzstrategie bis 2019 zu verlängern. Sie wurde 2014 gestartet und umfasst 18 Projekte, die verschiedene Akteure aus dem Gesundheitsbereich durchführen. In seiner Sitzung vom 2. Dezember 2016 hat der Bundesrat den Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2024 genehmigt. Ziel der Strategie ist es, die Gesundheitskompetenz aller zu stärken, Suchterkrankungen zu verhindern, suchterkrankte Menschen frühzeitig zu unterstützen und den be-

troffenen Menschen die notwendige Hilfe zukommen zu lassen. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) wird den Massnahmenplan gemeinsam mit den wichtigsten Partnern umsetzen.

Kontakt: Eva Bruhin, Sektion Präventionsstrategien, eva.bruhin@bag.admin.ch



Impressum • spectra Nr. 115, Januar 2017

«spectra – Gesundheitsförderung und Prävention» ist eine Informationsschrift des Bundesamts für Gesundheit und erscheint vier Mal jährlich in deutscher, französischer und englischer Sprache. Sie bietet in Interviews und in der Rubrik «Forum» auch Raum für Meinungen, die sich nicht mit der offiziellen Haltung des Bundesamts für Gesundheit decken.

Herausgeber: BAG, 3003 Bern, Tel. 058 463 87 79, Fax 058 464 90 33, www.bag.admin.ch
 Realisation: BAG, Sektion Kampagnen, Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern
 Leitung Redaktionskommission: Adrian Kammer, adrian.kammer@bag.admin.ch

Textbeiträge: Jolanda Heller und weitere Mitarbeitende des BAG, weitere Autoren
 Fotos: Autorinnen, Autoren, Fotolia (S. 1, 10, 11), Michael Anderegg, BAG (S. 6/7), Damir Perisa, BAG (S. 12)
 Layout: Bundesamt für Bauten und Logistik BBL, 3003 Bern
 Druck: Bütetiger AG, 4562 Biberist – Auflage: 6400 Ex. deutsch, 3400 Ex. franz., 1050 Ex. engl.

Einzelhefte und Gratisabonnemente von «spectra» können bestellt werden bei:
 Bundesamt für Gesundheit, Sektion Kampagnen, 3003 Bern

Die nächste Ausgabe erscheint im April 2017.

Kontakte

Sektionen, Fachstellen	Telefon
Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten	058 463 87 11
Sektion Prävention und Promotion (Übertragbare Krankheiten)	058 463 88 11
bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz	058 462 62 26
Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit	058 463 06 01
Sektion Nationale Gesundheitspolitik	058 463 06 01
Sektion Kampagnen	058 463 87 79

www.spectra-online.ch