

Analyse Ist-Zustand präventiver Angebote im Sinne der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) in der ambulanten Praxis

Dominik Steiger, Mathis Brauchbar

Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	3
1. Einleitung	4
2. Auftrag und Vorgehen.....	6
2.1. Interviews mit Expertinnen und Experten	6
2.2. Umfragen	7
3. Resultate	8
3.1. Support für Prävention und Konzept PGV	8
3.2. Behandlungszeit	12
3.3. Massnahmen und Beratungstechniken	13
3.4. Vernetzung, Zusammenarbeit mit Dritten.....	15
3.5. Problemstellungen und Herausforderungen	18
4. Thesen und Diskussion	19
4.1. Wahrnehmung von Prävention und Prävention im Sinne PGV	19
4.2. Methoden der PGV	21
4.3. Vernetzung und Strukturen	21
4.4. Finanzierungsthematik	22
4.5. Positivbeispiele	22
5. Empfehlungen	23
6. Bibliographie	25
7. Appendix	27
7.1. Umfrage Haus- und Fachärzte	27
7.2. Umfrage Spitex	32

Executive Summary

In der NCD-Strategie 2017-2024 ist Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) ein zentrales Handlungsfeld. In Hinblick auf die Umsetzung der PGV im ambulanten Bereich beschreibt der vorliegende Bericht den Ist-Zustand präventiver und gesundheitsförderlicher Angebote im Sinne der PGV bei Akteuren im ambulanten Bereich. Er formuliert Thesen zum Ist-Zustand, diskutiert diese und leitet daraus Empfehlungen zur Umsetzung ab. Den Bericht hat EvalueScience 2018 im Auftrag des BAG erstellt.

Der Bericht beruht auf Onlineumfragen bei Hausärzten/Hausärztinnen, Fachärzten/Fachärztinnen und bei Teamleitenden der Spitex. Begleitend zu den Onlineumfragen wurden Interviews mit Expertinnen und Experten geführt und die Interpretation der Umfragen wurde an einem Workshop mit den Expertinnen, Experten und Vertretern des Bundesamts für Gesundheit diskutiert. Die durchgeführten Umfragen zeigen eine Tendenz, sie sind jedoch nicht repräsentativ. Im Zusammenspiel mit Erkenntnissen aus den Experteninterviews erlaubt die kombinierte Auswertung der Einzelfragen Rückschlüsse auf Wahrnehmung, Praktiken, Stand der Vernetzung und Problemstellungen. Die Umfragen beinhalteten Fragen zum Verständnis von Prävention im Rahmen der Tätigkeit der befragten Akteure im Allgemeinen sowie Kenntnisse über das PGV-Konzept im Speziellen, Fragen zum Stand der Umsetzung von Konzepten und Massnahmen im Sinne von PGV, Fragen zur Vernetzung und Zusammenarbeit mit Dritten sowie Fragen zu Problemstellungen bei der Umsetzung.

Rückschlüsse auf Wahrnehmung, Praktiken, Stand der Vernetzung und Problemstellungen

Die befragten Ärztinnen und Ärzte sowie die Teamleitenden der Spitex betrachten Prävention als wichtigen und integralen Teil ihrer Tätigkeit. Sie bewerten die Stossrichtung des PGV-Konzepts als richtig. Einer Prävention im Sinne PGV wird mit grossen Mehrheiten ein hoher bis sehr hoher Stellenwert in der stattfindenden Tätigkeit attestiert. Zudem werden hohe Anteile an Behandlungszeit für Prävention im Sinne PGV angegeben. Gleichzeitig weisen die Befragten nur selten auf Beratungs- und Selbstmanagementangebote Dritter hin und erwähnen häufig Probleme bezüglich Zeit, Abgeltung und Koordination.

Es kann interpretiert werden, dass die Befragten die Inhalte des Konzepts PGV begrüssen, sie aber gleichzeitig als Fortführung dessen verstehen, was sie präventivmedizinisch bereits praktizieren.

Die im Konzept PGV zentralen Vernetzungs-, Schnittstellen-, und Interprofessionalitäts-Dimensionen und die damit verbundenen übergreifenden Patientenpfade im Sinne PGV (Gesundheitspfade) haben dagegen noch einen eher geringen Stellenwert in der Realität der ambulanten Praxis. Gleichzeitig existiert bei vielen Teilnehmenden ein Bedürfnis nach verbesserten Schnittstellen und Informationsfluss seitens Dritter.

Interventionen zur Verbesserung der Rahmenbedingungen (Schnittstellen, Koordination/Multiprofessionalität, Ausbildung, Finanzierungssysteme) werden im PGV-Konzept als prioritär angesehen. Wie sich in den Umfragen zeigt, sind es auch die Bereiche, wo Schwierigkeiten und Beschränkungen zu Tage treten. Zudem weisen die Kommentare im Bereich Zeitbedarf, Abgeltung, Vernetzung und Schnittstellen auf eine teilweise Inkompatibilität der existierenden Strukturen mit den Public-Health-Konzepten im Rahmen PGV hin.

Unter der Annahme, dass eher präventionsaffine Personen an der Befragung teilgenommen haben, verstärkt sich der Eindruck, dass Vernetzung und Gesundheitspfade noch wenig entwickelt sind und dass Kerninhalte des Konzepts PGV (Schnittstellendimension, Koordination, systemübergreifendes Handeln) noch einen geringen Stellenwert haben.

Daraus abgeleitete Empfehlungen

Die Kommunikation und Vermittlung von Kernelementen des PGV-Konzepts, insbesondere Schnittstellen-, Vernetzungs- und Multiprofessionalitätsaspekte, sollte gegenüber dem Feld der Akteure verstärkt werden. Dies kann via die Fachorganisationen und Bildungsinstitutionen geschehen. Als Grundlage dafür sollte die Sichtbarkeit und Greifbarkeit des Konzepts verbessert werden (dedizierte Website, Bereitstellung von Materialien, Vernetzungstagungen).

Eine akteurspezifische Herangehensweise scheint empfehlenswert: Die PGV-Konzepte sollten für verschiedene Akteure mit Bezug auf deren spezifische Situation weiter ausgearbeitet und kommuniziert werden. So besteht seitens der in der Umfrage berücksichtigten Akteurin Spitex ein grosses Interesse an der Thematik, aber der diesbezügliche Auftrag ist nicht klar definiert.

Die Weiterentwicklung und Implementierung des Konzepts soll in Zusammenarbeit mit universitären Institutionen, evidenzbasiert erfolgen.

Ein Kernelement der PGV sind die Beratungsmethoden in der hausärztlichen Praxis. Sie sollen nicht getrennt, sondern als Bestandteil von Gesundheitspfaden umgesetzt werden und damit Beratung mit Präventionsangeboten verknüpfen.

PGV beinhaltet eine multiprofessionelle Koordination verschiedener Akteurgruppen über Systemgrenzen hinweg. Um die regionalen Netzwerke zu stärken, soll die Zusammenarbeit mit den entsprechenden Stakeholdern und Fachgesellschaften gesucht werden, da diese den Zugang zu den regionalen Strukturen haben.

Die im Bereich PGV bestehenden Ziele und Herausforderungen haben enge Bezugspunkte zu den Fragen einer koordinierten Versorgung. PGV sollte darum in Abstimmung mit dem Projekt "Koordinierte Versorgung" vorangetrieben werden.

Die bestehenden Abgeltungsmöglichkeiten sollten den Akteuren besser aufgezeigt werden. Gleichzeitig sollte analysiert werden, wo Lücken bestehen. Es wäre von Interesse, Finanzierungsmodelle zu analysieren, die dem akteur- und systemübergreifenden Charakter des Konzepts PGV Rechnung tragen. PGV betrifft verschiedene Finanzierungsebenen. Für eine gelingende Umsetzung braucht es einen Diskurs zwischen den verschiedenen Finanzierern.

1. Einleitung

Die NCD-Strategie 2017-2024¹ erkennt in der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) ein wesentliches Handlungsfeld. Das zentrale Ziel der PGV ist es, die Prävention in der Gesundheitsversorgung über die gesamte Versorgungskette zu stärken, um Lebensqualität sowie Autonomie der Patientinnen und Patienten zu fördern und den Behandlungsbedarf zu vermindern.

Wie im Massnahmenplan² zur NCD-Strategie ausgeführt, sollen Menschen mit erhöhten Krankheitsrisiken und bereits erkrankte Menschen mittels bedarfsgerechter präventiver und gesundheitsförderlicher Angebote unterstützt werden, um den Gesundheitszustand sowie – im Krankheitsfalle – die Lebensqualität und die gesellschaftliche Teilhabe möglichst zu erhalten. Um dies zu ermöglichen, sollen unter anderem Projekte zur Stärkung der PGV gefördert werden (Massnahme 2.2) und es sollen Finanzierungsmöglichkeiten von Präventionsleistungen aufgezeigt werden (Massnahme 2.3).²

Das auf Grundlage der NCD-Strategie und des Massnahmenplans ausgearbeitete Dokument "Grundlagen der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) und Konzept Projektförderung PGV"³ erläutert die

Grundlagen, Konzepte und Ansätze der PGV, es definiert prioritäre Interventionsbereiche, und es beschreibt die bei Gesundheitsförderung Schweiz angesiedelte Projektförderung.

Es bestehen enge Beziehungen und Synergien bezüglich der Prävention von NCDs, von Suchtproblematiken und von psychischen Erkrankungen. Die PGV ist deshalb nicht NCD-spezifisch konzipiert, sie schliesst vielmehr diese Gebiete mit ein und wird in Koordination mit den entsprechenden Strategien und Berichten umgesetzt.

Wichtige Elemente des Präventionskonzepts sind die Förderung von Gesundheitskompetenz, die Vermeidung von Risikofaktoren und die Befähigung zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten. Die Patientinnen und Patienten sollen in ihrer Interaktion mit der Gesundheitsversorgung im Sinne eines ganzheitlichen, bio-psycho-sozialen Ansatzes begleitet werden und durch gesundheitsförderliche und Selbstmanagement-Angebote (z.B. Coaching, motivierende Techniken) unterstützt werden. Aufgabe der PGV ist es, hierfür die Rahmenbedingungen zu verbessern. Folgende prioritäre Interventionsbereiche wurden definiert:

- Schnittstellen innerhalb der Gesundheitsversorgung, sowie zwischen der Gesundheitsversorgung, Public Health und Gemeinwesen (Community)
- Kollaboration, Interprofessionalität, Multiprofessionalität
- Selbstmanagement chronischer Krankheiten und von Suchtproblematiken und/oder psychischen Erkrankungen
- Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachleute*
- Neue Technologien (insbesondere im Bereich Daten/Outcomes, Digitalisierung)
- Neue Finanzierungsmodelle (hybride Finanzierung, Anreizsysteme)

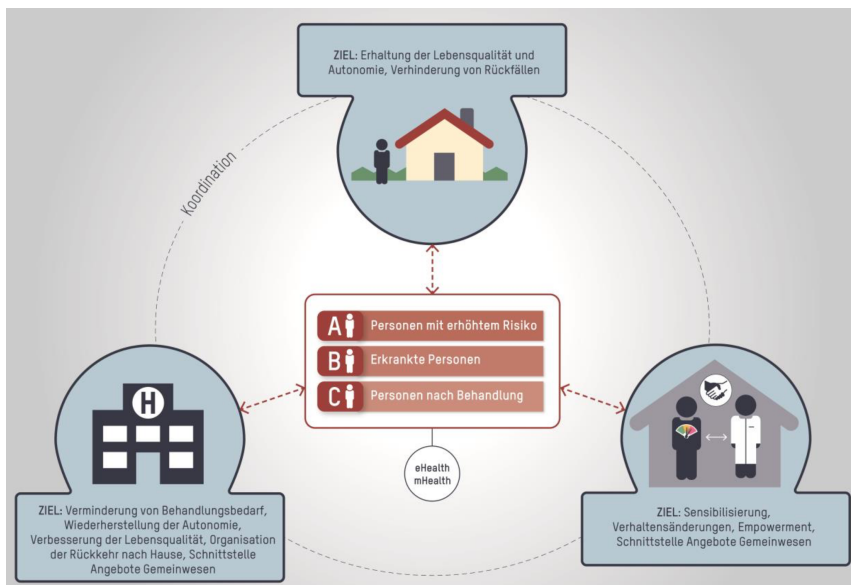


Abbildung 1: Koordinierter Einsatz der PGV über die Versorgungskette³

Abbildung 1 im Grundlagendokument illustriert den koordinierten Einsatz der PGV über die Versorgungskette, in den Settings "Selbstsorge (zu Hause)", "Ambulant" und "Stationär".

Für eine optimale Umsetzung der definierten PGV-Konzepte müssen der Kenntnisstand der Akteure des Gesundheitssystems sowie Stellenwert und Stand der Umsetzung im Alltag bei den Akteuren bekannt sein.

* Für die PGV wichtige Methoden sind neu im ärztlichen Lernzielkatalog (profilesmed.ch) enthalten.

Zusätzlich ist es wichtig, dass bestehende Problemstellungen und Herausforderungen (z.B. bezüglich Finanzierung) identifiziert werden. Der vorliegende Bericht untersucht dies für das ambulante Setting. Um Einblick zu gewinnen in die Situation im Feld wurde ein Set von Umfragen bei Hausärzten und -ärztinnen sowie Fachärztinnen und -ärzten durchgeführt. Zusätzlich wurde eine Umfrage bei Teamleitern und Teamleiterinnen der Spitex durchgeführt, um das häusliche Setting miteinzubeziehen und Erkenntnisse bezüglich Schnittstellensituationen zu gewinnen. Parallel zu den Umfragen fanden Interviews mit Expertinnen und Experten statt. Die Resultate aus den Umfragen und Interviews wurden mit Experten und Expertinnen an einem Workshop diskutiert. Basierend auf den Daten und der Diskussion am Workshop formuliert der Bericht Thesen zum Status Quo im ambulanten Bereich und Empfehlungen bezüglich der Umsetzung der PGV-Konzepte.

2. Auftrag und Vorgehen

EvaluateScience wurde beauftragt, Informationen zu gewinnen über den Ist-Zustand präventiver und gesundheitsförderlicher Angebote im Sinne der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) bei den Akteuren im ambulanten Bereich. Insbesondere ging es um die Fragen des Kenntnisstands der Akteure bezüglich der PGV-Konzepte, des Stands der Umsetzung von Konzepten und Massnahmen im Sinne PGV und um Erkenntnisse zu konkreten Problemstellungen, die sich in der Umsetzung ergeben. Der Fokus wurde dabei auf Schnittstellen, Koordination und Finanzierung gelegt.

In Abstimmung mit dem BAG wurde eine Onlineumfrage für Hausärzte/Hausärztinnen und Fachärzte/Fachärztinnen konzipiert und durchgeführt. Zusätzlich erfolgte eine Umfrage bei Teamleitenden der Spitex. Der Einbezug der Spitex zielte einerseits darauf, das häusliche Setting miteinzubeziehen. Andererseits erlaubte er, Erkenntnisse bezüglich Schnittstellensituationen und der Zusammenarbeit zwischen Akteuren zu gewinnen. Parallel und vertiefend zu den diesen Umfragen fanden Interviews mit Expertinnen und Experten statt (siehe 2.1). Gründend auf den Umfrageresultaten und Interviews wurden Thesen zum Status Quo formuliert und an einem Workshop mit den Expertinnen und Experten sowie Vertretern und Vertreterinnen des BAG diskutiert. Am Workshop erfolgte zusätzlich eine Diskussion von Empfehlungen für die weitere Umsetzung. Der vorliegende Bericht stellt die Resultate und Thesen vor und formuliert Empfehlungen. Ziel ist es, eine Hilfestellung für die bessere Einbettung und Umsetzung der PGV im ambulanten Bereich zu bieten.

2.1. Interviews mit Expertinnen und Experten

Es erfolgten halbstandardisierte Interviews mit folgenden, in Abstimmung mit den Auftraggebern ausgewählten Expertinnen und Experten:

- Prof. Reto Auer, Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern
- Dr. Toni Berthel, Integrierte Suchthilfe und Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland
- Dr. Michael Deppeler, Xunds Grauholz, Salutomed AG, Zollikofen
- Dr. Julia Dratva, Gesundheitswissenschaften, ZHAW
- Dr. Carlos Quinto, FHM
- Prof. Hugo Saner, swissprevent

Die genannten Expertinnen und Experten waren auch am Workshop anwesend, mit Ausnahme von Dr. Toni Berthel. Zusätzlich anwesend waren Charlotte Kläusler-Senn, Integrierte Suchthilfe Winterthur und Ursula Ledermann Bulti, Spitex Schweiz, sowie als Vertreterinnen und Vertreter des BAG Dr. Julia Berger (Abteilung

Prävention nichtübertragbare Krankheiten [NCD] Sektion PGV), Dr. Stefan Otto (Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung [KUV]) und Cinzia Zeltner (Direktionsbereich Gesundheitspolitik [GP]).

2.2. Umfragen

Es wurden in Koordination mit dem BAG zwei Onlineumfragen konzipiert und auf der Plattform SurveyMonkey durchgeführt. Die Umfragen richteten sich an Haus- und Fachärzte/ärztinnen (siehe 7.1) und an Teamleiter/innen Spitex (siehe 7.2). Folgende Kernfragen wurden in den Umfragen behandelt:

- Wie wird das Konzept PGV wahrgenommen und verstanden?
- Welche Techniken werden in der ärztlichen Praxis angewendet?
- Wie ist der Stand der Umsetzung von PGV im ambulanten Bereich?
- Wie ist der Stand der Vernetzung mit Dritten und deren Zusammenarbeit?
- Welche Problemstellungen und Limitationen bestehen, insbesondere bezüglich Koordination, Schnittstellen und Vernetzung?

Die Teamleiter/innen der Spitex wurden durch Spitex Schweiz via kantonale Spitexverbände eingeladen an der Umfrage (deutsch und französisch) teilzunehmen. Zudem erfolgte ein Erinnerungsschreiben an alle kantonalen Spitexverbände.

Die Umfrage für die Ärztinnen und Ärzte erfolgte auf Deutsch, Französisch und Italienisch. Die Liste der angeschriebenen Ärztinnen und Ärzte wurde mittels öffentlich zugänglicher Daten aus dem Verzeichnis doktor.ch generiert. Das Umfragekollektiv der Hausärztinnen und Hausärzte wurde geographisch proportional zur Bevölkerungsdichte gewählt. Für die Fachärztinnen und Fachärzte (NCD-relevante Spezialisierungen: Rheumatologie, Kardiologie, Pneumologie, Endokrinologie sowie Psychische Gesundheit) konnte dies aufgrund der geringeren Anzahl von Einträgen nicht erfolgen.

Die nachfolgende Tabelle fasst die Daten zu Umfragekonzeption und Beantwortungsverhalten zusammen:

Umfrage Hausärzte (D, F, I) Selektion via doktor.ch Selektion bevölkerungsproportional 2 Reminderemails	569 Zustellungen 90 Beantwortungen per 12.4. (16%) Abschlussquote 75% (zus. mit Fachärzten) Zeitaufwand 14 min (zus. mit Fachärzten)
Umfrage Fachärzte (D, F, I) Selektion via doktor.ch Rheumat., Kardiol., Pneumol., Endokr., Psych. Selektion nicht bevölkerungsproportional 1 Reminderemail	267 Zustellungen 42 Beantwortungen per 12.4. (16%) Abschlussquote 75% (zus. mit Fachärzten) Zeitaufwand 14 min (zus. mit Fachärzten)
Umfrage Spitex (D, F) Teilnahmeeinladungen via Spitex.ch und Verbände	75 Beantwortungen per 12.4. Abschlussquote 77% Zeitaufwand 19 min

Die im Rahmen der Projektressourcen möglichen Methoden und Kollektivbildung stellen keine repräsentative Umfrage dar. Entsprechend sind quantitativ repräsentative Aussagen weder möglich noch intendiert. Wohl aber erlaubt die kombinierte Auswertung der Einzelfragen Rückschlüsse auf Wahrnehmung, Praktiken, Stand der Vernetzung und Problemstellungen. Dies vor allem auch im Zusammenspiel mit Erkenntnissen aus den Experteninterviews. Im folgenden Kapitel werden die Umfrageresultate dargestellt und anschliessend diskutiert.

3. Resultate

3.1. Support für Prävention und Konzept PGV

In den Umfragen wurde die Strategie gewählt, die einleitenden Fragen *ohne direkten Bezug auf das PGV-Konzept* zu gestalten, um eine unbeeinflusste Rückmeldung über das Verständnis und die Implementation von "Prävention" in der Praxis zu gewinnen.

Die Antworten der Ärzte und Ärztinnen auf die Fragen *"Was verstehen Sie unter Prävention in Ihrer Praxis?"* und *"Welche Gebiete und Gesundheitsrisiken stehen bei Ihnen beim Thema Prävention im Vordergrund?"* umfassen die Bandbreite der präventivmedizinischen Themen (Check-Ups/Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und ähnliches). Gleichzeitig sind auch Themen, die im Rahmen des Konzepts PGV wichtig sind, prominent vertreten. So werden die frühe Erkennung von lebensstil-assoziierten Risiken und entsprechendes (auch primärpräventives) beratendes Hinwirken auf einen gesunden Lebensstil häufig genannt. Häufig genannte Präventionsthemen und Gesundheitsrisiken sind Nikotinabusus, Ernährung, Bewegung, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Diabetes.

Die Antworten der Teamleiter und Teamleiterinnen Spitex fokussieren auf Praktiken, die darauf hinzielen, eine Verschlechterung des Gesundheitszustands zu vermeiden sowie Autonomie und ein Leben zu Hause zu erhalten. Dies beinhaltet unter anderem die Vermeidung von Komplikationen, Thromboseprävention, Dekubitusprävention und Medikamentenmanagement. Breiter auch Themen, welche die Alltagsbewältigung betreffen wie Vermeidung von Vereinsamung, Überforderung (auch der Angehörigen) oder Förderung der Mobilität. Ein besonderes Gewicht haben Massnahmen der Sturzprävention; explizit danach gefragt, geben 89% an, Sturzprävention habe einen hohen Stellenwert.

Beispielhafte Antworten (blau: Ärztinnen und Ärzte, gelb: Teamleiter/innen Spitex):

Was verstehen Sie unter Prävention in Ihrer Praxis?

L'ensemble des mesures médicales et non médicales qui permettent d'améliorer la santé voir de prévenir des évènements médicaux délétères.

Prévention primaire selon l'âge et le profil, prévention secondaire selon les orientations basées sur les preuves et ça prend du temps...

Besprechen und informieren über Lebens- und Verhaltensweisen, die gesundheitsfördernd bzw. -schädigend sind.

Bei jeder Gelegenheit auf Möglichkeiten zur Risikoreduktion durch Verhaltensänderung hinzuweisen.

Beratung zur Nikotinabstinenz, Alkoholreduktion, vermehrte körperliche Aktivität.

Impfungen, Jahreskontrollen, Edukation, Lebensstilveränderungen. als sekundäre Prävention z.B. bei Diabetes: Life Style, Podologie, kardiologische Kontrollen, Motivationsgespräche bezüglich Bewegung, Ernährung, Kontrollen.

Was verstehen Sie unter Prävention im Rahmen Ihrer Tätigkeiten bei der Spitex?

Früherfassung und Strategien im Vermeiden von Risiken in Bezug auf Unfälle und Krankheiten unserer Klienten.

Nous sommes directement au cœur du réseau de la personne prise en charge. Il est indispensable de développer une relation de confiance, afin de faciliter la communication et de bien cibler le besoin de la personne soignée, au centre de l'aide et du soins. La prévention est indispensable dans le maintien à domicile des personnes et leur redonne du pouvoir sur "la gestion" de leur santé, améliorant ainsi leur santé psychique par exemple.

Vorbeugen von absehbaren oder bei Risiko für gesundheitliche oder psychosoziale Beeinträchtigungen in der Zukunft. Meist mit Information, Beratung und Anleitung zum Vermeiden/Reduzieren von Risiken/Symptomen oder Aneignen/Beibehalten von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen (z.B. ausreichend Trinken an heißen Sommertagen)

Alle Massnahmen, die dazu dienen den Klienten so lange als möglich einen Heimeintritt zu ersparen.

Zusätzlich wurde vor der Darstellung des PGV-Konzepts explizit nach der Bedeutung des Themas "Verhaltensänderung" innerhalb der präventiven Tätigkeit gefragt (Abbildung 2). Sowohl Haus- wie Fachärzte/ärztinnen attestieren diesem Thema einen hohen bis sehr hohen Stellenwert, mit ähnlicher quantitativer Verteilung. Dies korreliert mit der häufigen Erwähnung von lebensstilabhängigen Präventionsthemen und -Praktiken.

Verhaltensänderung wird auch von den Teamleitern/leiterinnen Spitex als wichtig erachtet, jedoch mit geringerer Intensität – wohl erklärbar aus den Aufgaben der Spitex in der Pflege bereits erkrankter und gebrechlicher Personen.

Welchen Stellenwert hat das Thema Verhaltensänderung von Patienten/innen innerhalb Ihrer präventiven Tätigkeit?

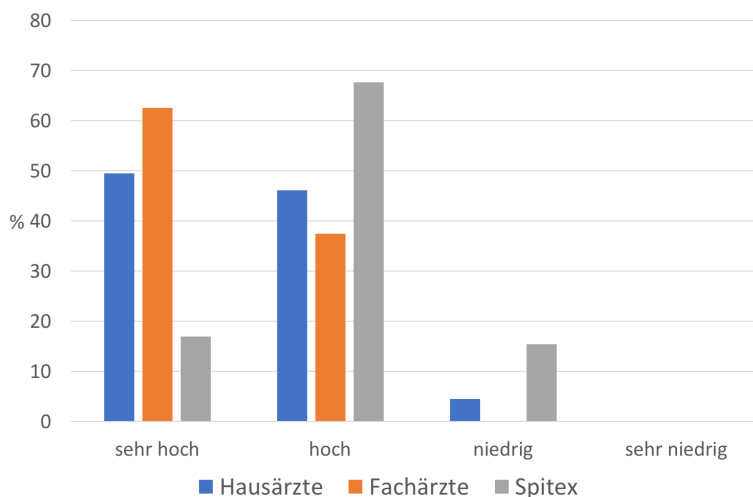


Abbildung 2: Stellenwert Verhaltensänderung

Nach diesen einleitenden Fragen wurde den Teilnehmenden eine Kurzerklärung des Konzepts PGV vorgelegt (Abbildung 3 und Abbildung 4) und sie wurden nach ihrer Beurteilung des Konzepts gefragt.

Konzept "Prävention in der Gesundheitsversorgung PGV"

Deutsch ▾

Im Rahmen der NCD-Strategie 2017-2024 stellt **"Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)"** ein wesentliches Handlungsfeld dar. PGV wird folgendermassen umrissen:

PGV richtet sich an Risikopatienten/innen sowie an Patienten/innen, die sich aufgrund von Beschwerden oder Krankheit(en) bereits in Behandlung befinden.

Das Verhalten ("der Lebensstil") trägt wesentlich zur Gesundheit eines Menschen bei. Umgekehrt trägt ein ungesunder Lebensstil auch viel zur individuellen und zur bevölkerungsweiten Krankheitslast bei. Die ärztliche Konsultation bietet (trotz Zeitknappheit) multiple Gelegenheiten, dieses Verhalten zu beeinflussen und die Gesundheitskompetenz der Patienten/innen zu fördern. Mit spezifischen präventiv wirkenden Massnahmen (z.B. Sensibilisierung, Früherkennung, Empowerment, Angebote zur Reduktion von Risikofaktoren und Förderung gesunden Verhaltens, Coaching) und speziellen Beratungstechniken (z.B. Motivational Interviewing, Problem-solving Therapy, Zielvereinbarungen) wird eine nachhaltige und anhaltend positive Verhaltensänderung angestrebt. Die Patienten/innen übernehmen mehr Eigenverantwortung für ihre persönlichen „Projekte“ bzw. Ziele, die Gesundheitsfachperson(en) stehen unterstützend zur Seite (Beratung, regelmässige Gespräche, Abgabe von Informationsmaterial, etc.).

Die Entstehung und Progression von nicht-übertragbaren Krankheiten, Suchtproblematiken und psychischen Erkrankungen sollen verhütet und deren Risikofaktoren frühzeitig identifiziert und zusammen mit den Patienten/innen angegangen werden. Ziel ist der Erhalt von Lebensqualität und gesellschaftlicher Teilhabe sowie die Verminderung bzw. Verhinderung von Komplikationen und Rezidiven. Im Rahmen einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Gesundheitsversorgung werden auch Symptome von Krankheiten und Risikofaktoren thematisiert, die in keinem direkten Zusammenhang mit der aktuellen Behandlung stehen. Umgebungsfaktoren (soziales Umfeld, Arbeitssituation, u.a.) werden ebenfalls berücksichtigt.

Neben der Betreuung durch den Hausarzt / die Hausärztin und der „Selbstarbeit durch den Patienten / die Patientin zu Hause“ (Selbstmanagement) bedarf diese Art der Prävention eine engmaschige Vernetzung innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung. Interprofessionelle Teams (Physiotherapie, Ernährungsberatung, psychologische Beratungen, u.v.m.) können behandelnde Ärztinnen und Ärzte entlasten und helfen, diese Art der Prävention zu koordinieren sowie Tätigkeiten der Beratung und Betreuung der Patienten/innen zu übernehmen.

Für nähere Informationen:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/nichtuebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung.html>

Abbildung 3: Erklärung PGV (Haus- und Fachärzte)

Konzept "Prävention in der Gesundheitsversorgung PGV"

Deutsch ▾

Im Rahmen der NCD-Strategie 2017-2024 stellt **"Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)"** ein wesentliches Handlungsfeld dar. PGV wird folgendermassen umrissen:

PGV richtet sich an Risikopatienten/innen sowie an Patienten/innen, die sich aufgrund von Beschwerden oder Krankheit(en) bereits in Behandlung befinden.

Das Verhalten ("der Lebensstil") trägt wesentlich zur Gesundheit eines Menschen bei. Umgekehrt trägt ein ungesunder Lebensstil auch viel zur individuellen und zur bevölkerungsweiten Krankheitslast bei. Die Patienten/innen sollen mehr Eigenverantwortung für ihre persönlichen „Projekte“ bzw. Ziele übernehmen, die Gesundheitsfachperson(en) stehen unterstützend zur Seite (Beratung, regelmässige Gespräche, Abgabe von Informationsmaterial, etc.).

Die Entstehung und Progression von nicht-übertragbaren Krankheiten, Suchtproblematiken und psychischen Erkrankungen sollen verhütet und deren Risikofaktoren frühzeitig identifiziert und zusammen mit den Patienten/innen angegangen werden. Ziel ist der Erhalt von Lebensqualität und gesellschaftlicher Teilhabe sowie die Verminderung bzw. Verhinderung von Komplikationen und Rezidiven. Im Rahmen einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Gesundheitsversorgung werden auch Symptome von Krankheiten und Risikofaktoren thematisiert, die in keinem direkten Zusammenhang mit der aktuellen Behandlung stehen. Umgebungsfaktoren (soziales Umfeld, Arbeitssituation, u.a.) werden ebenfalls berücksichtigt.

Neben der Betreuung durch den Hausarzt / die Hausärztin und der „Selbstarbeit durch den Patienten / die Patientin zu Hause“ (Selbstmanagement) bedarf diese Art der Prävention eine engmaschige Vernetzung innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung. Interprofessionelle Teams (Physiotherapie, Spitex, Ernährungsberatung, psychologische Beratungen, u.v.m.) können behandelnde Ärztinnen und Ärzte entlasten und helfen, diese Art der Prävention zu koordinieren sowie Tätigkeiten der Beratung und Betreuung der Patienten/innen zu übernehmen.

Für nähere Informationen:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/nichtuebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung.html>

Abbildung 4: Erklärung PGV Spitex

Es wurde erstens nach der Beurteilung der Stossrichtung des Konzepts gefragt (Abbildung 5) und zweitens nach dem Stellenwert innerhalb der beruflichen Praxis (Abbildung 6):

Bitte beurteilen Sie die Stossrichtung des Konzepts Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)

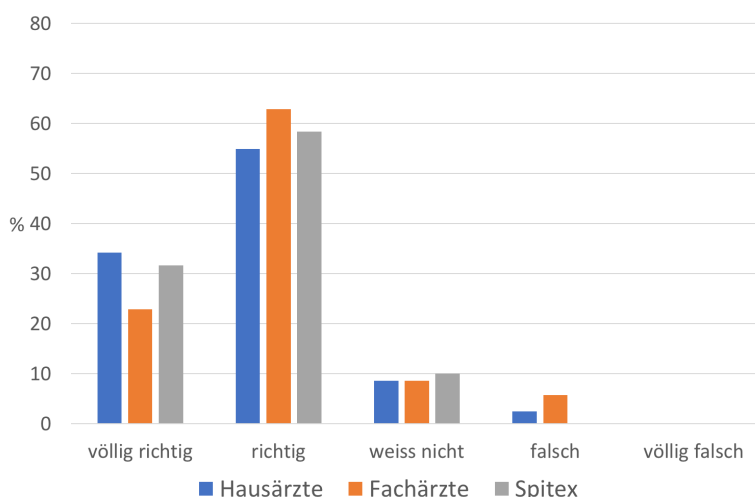


Abbildung 5: Stossrichtung PGV

Welchen Stellenwert hat Prävention im Sinne PGV im Rahmen Ihrer Arbeit?

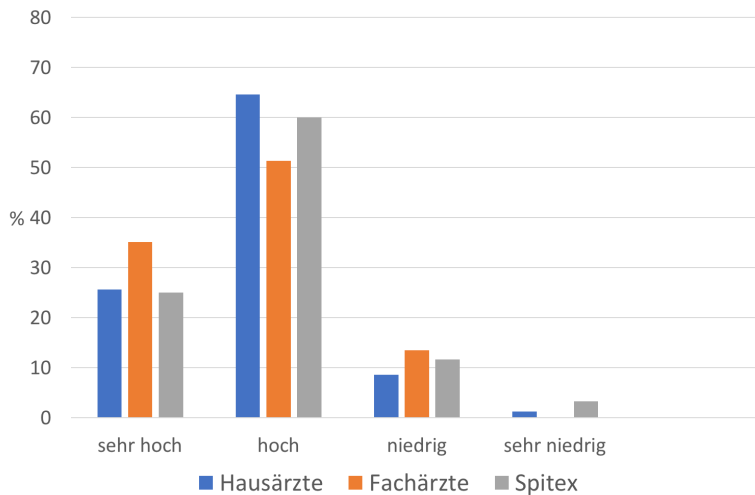


Abbildung 6: Stellenwert PGV

Die Stossrichtung des Konzepts PGV erfährt unabhängig vom Kollektiv eine hohe (>50%) bis sehr hohe Zustimmung (>20%). Die Folgefrage nach dem Stellenwert von Prävention im Sinne des Konzepts im Rahmen der Tätigkeiten wird praktisch identisch beantwortet. Mehrheiten von über 80% geben an, unabhängig vom Behandlungsanlass nach Risikofaktoren zu fragen oder zu suchen (Abbildung 7):

Fragen oder suchen Sie unabhängig vom Behandlungsanlass nach Risikofaktoren?

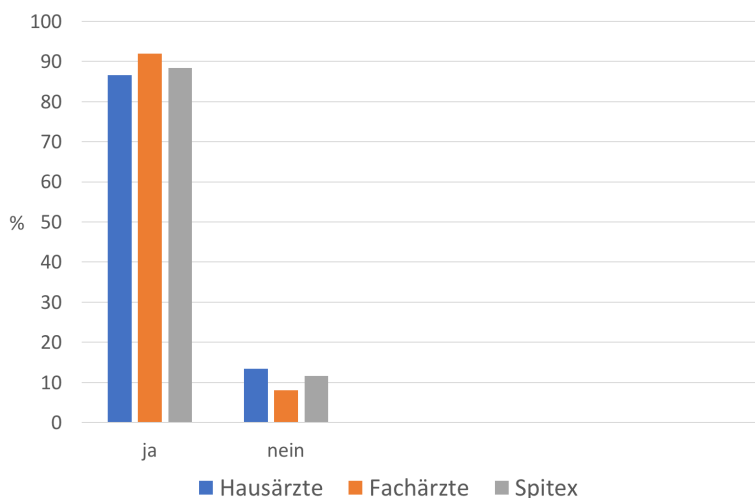


Abbildung 7: Abfrage Risikofaktoren behandlungsanlass-unabhängig

3.2. Behandlungszeit

Die häufigste Antwort der Haus- und Fachärzte ist, 10 – 25% ihrer Behandlungszeit für die Prävention im Sinne PGV zu nutzen. Die Spitex wählte die Antwort, 5-10% der Behandlungszeit für Prävention zu nutzen, am häufigsten. Die Angaben zur Behandlungszeit für Prävention im Sinne des Konzepts PGV, korrelieren mit dem hohen bis sehr hohen Stellenwert der Prävention (Abbildung 6). Beide Antworten sind interpretationsbedürftig im Kontext des beruflichen Selbstverständnisses, der Wahrnehmung von Prävention im Allgemeinen und von Prävention im Sinne des Konzepts PGV im Speziellen. Siehe dazu Kapitel 3.5.

Wie gross ist der Anteil ihrer Behandlungszeit für Prävention im Sinne PGV?

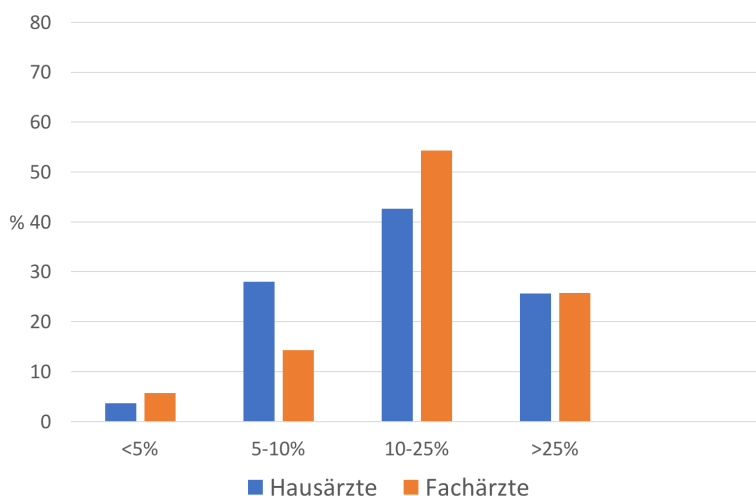


Abbildung 8: Behandlungszeit Haus- und Fachärzte

Wie gross ist der Anteil der Behandlungszeit für Prävention in Ihrem beruflichen Alltag?

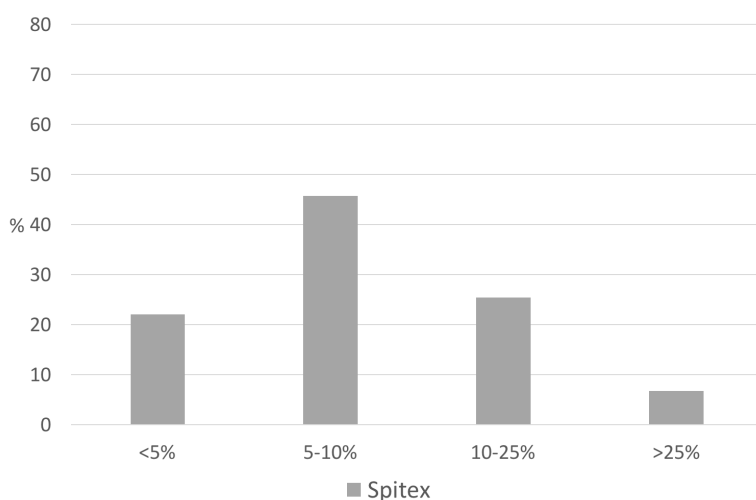


Abbildung 9: Behandlungszeit Spitex

3.3. Massnahmen und Beratungstechniken

In der Umfrage für Haus- und Fachärzte / Ärztinnen erfolgte eine detaillierte Abfrage zu Massnahmen und Beratungstechniken (siehe Appendix, Kapitel 7.1, Frage 10). Diese Massnahmen und Beratungstechniken spielen im Rahmen des Konzeptes PGV eine wichtige Rolle. Sie sind integrierte Bestandteile eines übergreifenden Patientenpfades. Diese übergreifenden Patientenpfade (inkl. Präventionsangebote) werden im Kontext der PGV als Gesundheitspfade bezeichnet.^{2, 4} Die Gesundheitspfade erlauben es, den Menschen im gesamten Prozess zu begleiten und ihm Schritt für Schritt Verantwortung für seine Gesundheit zu übergeben. Die Ärzte fungieren dabei als Gatekeeper und koordinieren externe Präventionsangebote. Ziel ist es, eine verstärkte Sensibilisierung, Verhaltensänderung und ein Empowerment zu erreichen.

Folgende Massnahmen und Techniken wurden abgefragt:

- Motivierende Gesprächsführung
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Übertragung von Verantwortung (Empowerment)
- Stärkung Gesundheitskompetenz zur Förderung eines gesunden Verhaltens
- Problemlösungs-Therapie
- "Coaching" (Sensibilisieren – Motivieren – Planen/Umsetzen – Abschliessen)
- Zielvereinbarungen

Zu jeder Massnahme oder Technik wurden folgende Parameter abgefragt:

- Grad der Vertrautheit der Teilnehmenden
- Häufigkeit der Anwendung in der Praxis
- Abgeltungsmodus (TARMED, VVG, andere)
- Akzeptanz durch Patientin/Patient
- Vorliegen einer spezifischen Ausbildung

Die an der Umfrage teilnehmenden Haus- und Fachärzte/ärztinnen gaben mit über 80% an, die genannten Techniken und Strategien zu kennen, mit Ausnahme der Verhaltenstherapie (60%) und Problemlösungstherapie (50%).

Bei allen Techniken und Strategien (mit Ausnahme der Verhaltenstherapie und Problemlösungstherapie) gaben über 50% an, diese "bei Bedarf" anzuwenden. Über 20% gaben an, sie "bei jeder Konsultation" anzuwenden.

Zur Finanzierung wurde fast ausschliesslich die Antwort "TARMED" angewählt.

Rund die Hälfte der Patientinnen und Patienten akzeptieren diese Strategien und Techniken nach Einschätzungen der Ärzte "gut", 40% "mittel". Besonders hohe Akzeptanzwerte finden sich für Motivational Interviewing (63% gut, 34% mittel, 2% schlecht).

Unter 50% gaben an, spezifische Ausbildungen für die Ansätze und Konzepte durchlaufen zu haben, mit den Ausnahmen Zielvereinbarungen (50%) und Motivational Interviewing (52%).

Zusätzlich wurde gefragt, welche Techniken und Strategien die Teilnehmenden gerne häufiger anwenden würden (Abbildung 10). Es ergaben sich für keine der genannten Techniken markante Kumulationen. Besonders tiefe Werte ergaben sich für "Stärkung Gesundheitskompetenz zur Förderung eines gesunden Verhaltens" und "Zielvereinbarungen". Zusammengenommen mit den hohen Angaben zur Anwendungsdichte ist anzunehmen, dass die Teilnehmenden die Anwendung vieler der abgefragten Techniken und Strategien als integralen Teil der Behandlung wahrnehmen (siehe Kapitel 4).

Welche der obigen Strategien und Techniken würden Sie gerne häufiger einsetzen?

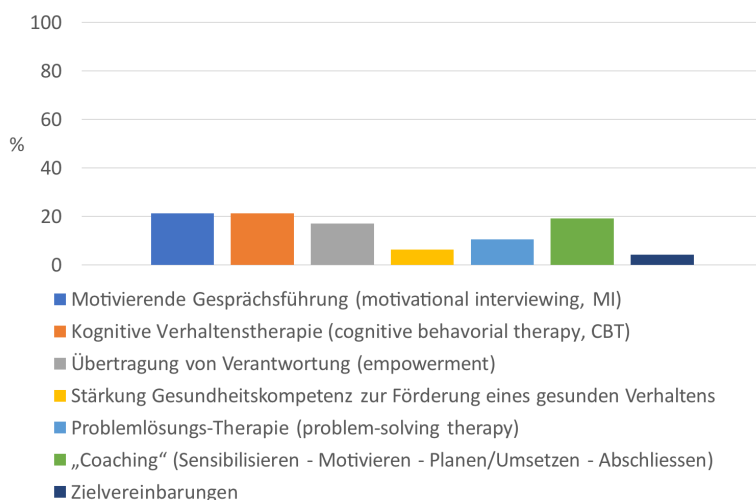


Abbildung 10: Wunsch nach häufigerem Einsatz

3.4. Vernetzung, Zusammenarbeit mit Dritten

Das PGV-Konzept sieht vor, dass "Prävention" in engmaschiger Vernetzung der beteiligten Akteure erfolgt: Beratungsansätze innerhalb der ärztlichen Konsultation stehen damit nicht isoliert, sondern sie sollen im Zusammenspiel mit Präventionsangeboten und –interventionen erfolgen.

76% der Haus- und Fachärzte/ärztinnen weisen auf Beratungs- und Selbstmanagementangebote von Dritten hin (Spitex: 84%). Abbildung 11 zeigt für diejenigen, welche auf Angebote hinweisen, in welcher Frequenz dies geschieht.

Falls ja bei Frage 17: Wie häufig weisen Sie auf solche Angebote [von Dritten] hin?

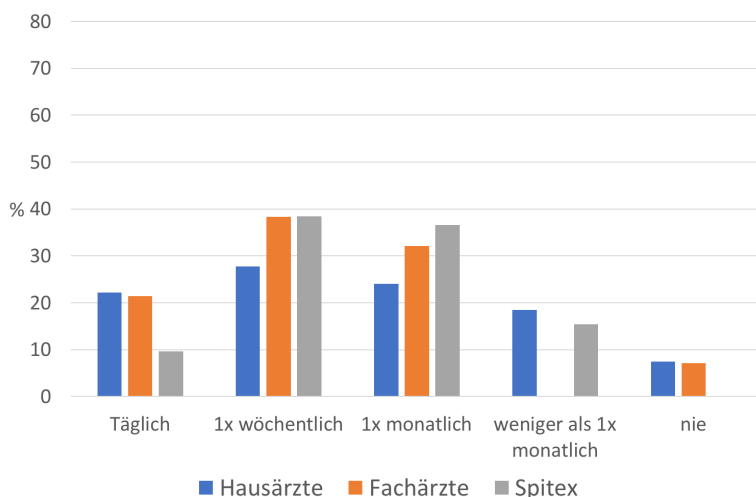


Abbildung 11: Hinweis auf Angebote Dritter

Als nächstes wurde gefragt, auf welche Angebote am häufigsten hingewiesen werde. Die Antworten der Haus- und Fachärzte/ärztinnen auf diese Frage umfassen eine breite Palette von Angeboten und Anbietern: Selbsthilfegruppen, Suchtberatung, Ernährungsberatung, Rauchstoppberatung, Physiotherapie, delegierte Psychotherapie, Diabetesberatung, Ligen (Rheumaliga, Lungenliga) und weitere.

Die Antworten der Spitex auf die Frage nach den häufigsten Angeboten umfassen Hilfsmittelberatung, Beratung hinsichtlich nötiger Arztbesuche, Physiotherapie, gerontopsychiatrische Beratung, Angebote der Pro Senectute (als Anbieterin am häufigsten genannt), Notrufknopf, Suchtberatung, Angebote der Alzheimervereinigung, Entlastungsangebote für pflegende Angehörige, und weitere.

In einer weiteren Frage wurde abgefragt, mit welchen Akteuren und Anbietern regelmässig zusammengearbeitet werde. Hier ergibt sich bei den Haus- und Fachärzten/ärztinnen eine grosse Überschneidung mit den oben genannten Antworten zur Frage nach den Angeboten.

Anders präsentiert sich die Situation bei den Teamleitern/leiterinnen Spitex: Ihre wichtigsten Bezugspersonen sind die Ärzte und Ärztinnen: "Hausärzte" und "Ärzte" kommen in 80% der Antworten vor (umgekehrt nennen 5% der Hausärzte die Spitex).

Mit welchen Akteuren und Anbietern arbeiten Sie bei der Prävention regelmässig zusammen?

Hausärzte:

Ligen	Physiotherapie	Suchtberatung	Ernährungsberatung
Physiothérapeutes, dietitiennes, médecin-nutritionistes, addictologues			
Rauchstopppberatung (Lungenliga / Krebsliga / AT Schweiz). Physiotherapie. Ernährungsberatung.			

Spitex:

Fachstelle für Altersfragen, Hausärzte/Spezialärzte, Wundpraxis, Physio, diverse Ligen, Ernährungsberatung.	
Hausärzte	Médecins, ergothérapeutes, ligues de santé
Ärzte, Pro Senectute, Lungenliga	Hausärzte, Physiotherapie
Orthopädische Dienstleister, Physiotherapie, Ergotherapie, Hausarzt	

Es wurden in der Umfrage für die Hausärzte/ärztinnen und Fachärzte/ärztinnen zwei Fragen nach Verbesserungsvorschlägen und bestehenden Schwierigkeiten gestellt: "Was sollte verbessert werden, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern bzw. zu erleichtern?" und "Wo bestehen hinsichtlich der Delegation von Patienten/Aufgaben/o.ä. an andere Akteure Schwierigkeiten? Was könnte verbessert werden?". In der Umfrage Spitex wurde gefragt: "Was sollte verbessert werden, um die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren zu fördern bzw. zu erleichtern?" In den Antworten kam ein Bedürfnis nach besserer Information, Kommunikation und Koordination zum Ausdruck, verbunden mit häufigen Hinweisen, dass Koordinationsleistungen schlecht abgegolten werden können. Zusätzlich wurde von einigen angeführt, dass gewisse Leistungen Dritter nicht abgegolten werden können, oder dass Leistungen nur abgegolten werden, wenn sie durch die Ärzte und Ärztinnen selber durchgeführt werden. Teilnehmende der Umfrage Spitex führen häufig an, dass die Abgeltung von Leistungen im Sinne PGV schlecht geregelt ist.

Hausärzte und Fachärzte:

Was sollte verbessert werden, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern bzw. zu erleichtern?

Gegenseitige Berichterstattung und Sitzungszeit sollte allen entgolten werden. Physiotherapie verzichtet oft auf Rücksprachen mit mir, weil sie das nicht abrechnen kann!

Que les APA soient remboursés!!!*

Die Abgeltung sollte sichergestellt sein (mit dem aktuellen Tarmed gelingt es zur Zeit nicht einmal, die "normalen" Leistungen bei Krankheitsfall abgegolten zu bekommen (Stichwort: unsägliche Limitationen für Arbeit in Abwesenheit des Patienten, oder "spezifische Beratung")) --> Motivation für irgendwelche Zusatzmassnahmen ist sehr tief...

Zentrales Angebot von Fachstellen mit einfachem Link zur Überweisung resp. Angabe von Kontaktdaten.

Une meilleure connaissance de l'offre, qui est certainement pléthorique, mais qu'on connaît mal, et dont on ne connaît pas les responsables, souvent.

Wo bestehen hinsichtlich der Delegation von Patienten/Aufgaben/o.ä. an andere Akteure Schwierigkeiten? Was könnte verbessert werden?

La disponibilité de l'autre n'est pas toujours là : la relation s'essouffle faute de combattants. Derrière cela se cache souvent un problème de rémunération convenue et correct. Les limitations introduites pour endiguer les coûts de la santé ne vont pas dans ce sens.

Plateforme commune pour proposer des actions spécifiques type programme prévention diabète du canton de Vaud.

Vernetzung müsste regional mehr unterstützt werden durch kleine Treffen, Workshops etc. Ich nehme an Qualitätszirkeln teil, diese sind aber nur 4 mal pro Jahr. Ich lerne aber an den Qualitätszirkeln mehr als an den Kongressen. Qualitätszirkel müssten somit mehr gefördert werden und zwar regional.

Eine Bezahlung der MPAs für Dienste von ihnen fehlt im Tarmed. Von Deutschland her kenne ich, dass Schulungsleistungen auch von geschulten MPAs erfolgen können und honoriert werden. Da steckt noch Potenzial drin.

Bei uns (sehr ländlich) ist Weg zu Diafit, Herzrehabilitation ambulant, Ernährungsprogramme für Jugendliche etc. meist wegen des Weges kaum machbar.

Spitex:

Was sollte verbessert werden, um die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren zu fördern bzw. zu erleichtern?

Solange die Arbeit nicht verrechenbar ist, fehlt es bei den Akteuren an Anreizen und es kann kein funktionierendes Netzwerk aufgebaut/gepflegt werden.

Vernetzungsarbeit lohnt sich finanziell nicht - finanzielle Anreize dafür schaffen.

Die Vernetzung der Akteure wird nicht gefördert und nicht bezahlt. Daher ist es ein grosser Kostenaufwand um dies zu verändern. Teilweise ist auch kein Interesse von anderen Akteuren spürbar.

Possibilité de facturer les temps de coordination entre tous les intervenants. Le personnel Spitex est au cœur du réseau de la personne soignée. Connaître personnellement les autres prestataires.

Plattform mit einfacher Übersichtsliste wer, was, wie anbietet. Gemeinsame Klientendokumentationen.

* APA: activité physique adapté (siehe <http://asp-apa.ch>)

3.5. Problemstellungen und Herausforderungen

Mehrere Fragen kreisten um Schwierigkeiten und Limitationen bezüglich der Anwendung von Massnahmen und Beratungstechniken sowie um die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Zu den Massnahmen und Beratungstechniken wurden zwei Fragen gestellt: *"Was hindert Sie daran, diese Massnahmen und Beratungstechniken häufiger einzusetzen?"* und *"Bestehen bezüglich dieser Massnahmen und Beratungstechniken oder anderer von Ihnen durchgeführten präventiven Tätigkeiten Probleme bei der Finanzierung?"*. Die weitaus häufigste Antwort auf die erste Frage lautete "Zeit", "Zeitmangel" (oder ähnliche Formulierungen), teilweise kombiniert mit Hinweisen auf Probleme der Abrechenbarkeit (zeitliche Beschränkungen im Rahmen der Anpassungen TARMED, nicht ausreichende Finanzierung, nicht ausreichende Profitabilität oder ähnliche Antworten). Des Weiteren genannt wurden fehlende vorhandene Ausbildung sowie Aufwand und Kosten für Fortbildung.

Die zweite Frage zu "Problemen bei der Finanzierung" von durchgeführten Tätigkeiten wurde von 31% der Teilnehmenden verneint. Diejenigen, die Probleme sahen, nannten häufig (Zeit-)Limitationen der Abrechenbarkeit im Rahmen der Tarifstrukturen. Selten wurden Kosten der Weiter- und Fortbildung genannt.

Was hindert Sie daran, diese Massnahmen und Beratungstechniken häufiger einzusetzen?

Tarmed	Zeitmangel	Zeit
<i>Pas de formation spécifique</i>		
<i>Zeitmangel! Nur 20 min pro Konsultation, die meist schon vom aktuellen Problem des Patienten und Erklären entsprechender Zusammenhänge "aufgebraucht" werden.</i>		
<i>Nichts, ausser Zeitmangel und fehlende Tarifpositionen. Unzureichende Wertschätzung im Gesundheitswesen bei Anwendung dieser Gesprächsführungen. Es braucht Zeit, die einem nicht zugestanden wird</i>		
<i>Zeit für entsprechende Ausbildung und die Aussicht, damit zu lange Konsultationszeiten mit drohenden Rückforderungen und im Tarmed nicht abgegoltenen Leistungen zu riskieren.</i>		
<i>Bei einer auf 20 Min limitierten Konsultationszeit nicht möglich.</i>		
<i>Die Trägheit der Patienten</i>		

Bei der Frage nach "Verbesserungen zur Förderung und Erleichterung einer interprofessionellen Zusammenarbeit" wurden erstens Abgeltungsthematiken genannt (Abgeltung von Koordinationsleistungen und Abgeltung der Leistungen Dritter). Zweitens kam ein Bedürfnis nach besseren Möglichkeiten zur Information zum Ausdruck. Desweiteren wurde der Wunsch nach Strukturen (Netzwerken) geäussert, die eine koordinierte Zusammenarbeit erleichtern. Siehe dazu auch Kapitel 3.4.

Was sollte verbessert werden, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern bzw. zu erleichtern?

<i>Zertifizierung der Angebote, da zu viele unseriöse Angebote vorliegen.</i>
<i>Wichtig dabei ist die Kommunikation. Zeiten dafür sollten im Tarmed abgegolten werden.</i>
<i>Die Kommunikation zwischen den Akteuren.</i>

4. Thesen und Diskussion

Zur Interpretation der Daten ist es notwendig, die einzelnen Antworten in einen Gesamtzusammenhang zu stellen, der die Wechselwirkungen zwischen der Wahrnehmung der vorgestellten und abgefragten Konzepte, dem beruflichen Selbstverständnis und den strukturellen Gegebenheiten berücksichtigt. So betrachtet lassen sich aus dem Ensemble der Umfrageantworten Rückschlüsse auf Wahrnehmung, Praktiken, Stand der Vernetzung und derzeit bestehende Einschränkungen ziehen. Aufgrund der nicht-repräsentativen Natur der Umfragen sind dabei präzise quantitative Aussagen nicht möglich.

Im Sinne einer solchen Gesamtbetrachtung und unter Einbezug von Erkenntnissen aus den Experteninterviews, formulieren wir folgende Thesen:

1. *Die teilnehmenden Fachleute aus der Ärzteschaft und der Spitex betrachten Prävention als wichtigen und integralen Teil ihrer Tätigkeit. Das Konzept PGV wird in diesem Lichte interpretiert und sehr positiv bewertet. Gleichzeitig wird es als Fortführung dessen verstanden, was sie präventivmedizinisch bereits praktizieren.*
2. *Die Vernetzungs-, Schnittstellen-, und Interprofessionalitäts-Dimensionen des Konzepts PGV und der damit verbundene Gesundheitspfad haben einen eher geringen Stellenwert in der Realität der ambulanten Praxis. Gleichzeitig existiert bei vielen Teilnehmenden ein Bedürfnis nach verbesserten Schnittstellen und Informationsfluss seitens Dritter.*
3. *Die prominent geäußerten Schwierigkeiten und Beschränkungen im Bereich Zeitbedarf, Abgeltung, Vernetzung und Schnittstellen sind Ausdruck einer teilweisen Inkompatibilität der Strukturen mit den Public-Health-Konzepten im Rahmen PGV. Anders formuliert: Die im Konzept PGV für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen als prioritär angesehenen Interventionsbereiche (Schnittstellen, Koordination/Multiprofessionalität, Ausbildung, Finanzierungssysteme) stellen auch die Bereiche dar, wo Schwierigkeiten und Beschränkungen in der Umfrage zu Tage treten.*
4. *Unter der Annahme, dass eher präventionsaffine Personen an der Befragung teilgenommen haben, verstärkt sich der Eindruck, dass Vernetzung und übergreifende Patientenpfade im Sinne PGV (Gesundheitspfade) generell noch wenig entwickelt sind und dass Kerninhalte des Konzepts PGV (Schnittstellendimension, Koordination, systemübergreifendes Handeln) noch wenig bekannt sind.*

In den nachfolgenden Unterkapiteln sollen diese Thesen erläutert und vertieft werden anhand einer Diskussion innerhalb der Aspekte "Wahrnehmung", "Methoden der PGV", "Vernetzung und Strukturen" und "Finanzierungsthematik".

4.1. Wahrnehmung von Prävention und Prävention im Sinne PGV

Die an der Umfrage teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte betrachten Prävention als wichtigen und integralen Teil ihrer Tätigkeit. Fragen eines gesunden Lebensstils und diesbezügliche Verhaltensänderung, wie auch Früherkennung und behandlungsanlass-unabhängige Erkennung von Risikofaktoren werden häufig genannt. Passend zu diesem Befund beurteilen grosse Mehrheiten die Stossrichtung des PGV-Konzepts als richtig bzw. völlig richtig. Haus- und Fachärzte/ärztinnen zeigen dabei, wie in allen quantifizierbaren Fragen, ein sehr

ähnliches Antwortverhalten. Bezüglich der Stossrichtung des PGV-Konzepts urteilen die Teilnehmenden Spitex ähnlich positiv wie die Ärztinnen und Ärzte.

Studiert man das Antwortverhalten der Ärztinnen und Ärzte bezüglich der abgefragten Massnahmen und Beratungstechniken (Kapitel 3.3), so wird eine breite Kenntnis und Anwendung angegeben. Massnahmen und Beratungstechniken im Sinne einer Prävention PGV werden offenbar als selbstverständlicher Teil der Tätigkeit aufgefasst. Einer Prävention im Sinne PGV wird mit grossen Mehrheiten ein hoher bis sehr hoher Stellenwert *in der stattfindenden Tätigkeit* attestiert, und es werden für uns überraschend hohe Anteile an Behandlungszeit für Prävention im Sinne PGV angegeben. Es entsteht ein paradoxes Bild, wenn man diese Angaben mit den Aussagen über Limitationen (Zeitmangel) kontrastiert und mit dem Befund, dass nur selten auf Angebote Dritter hingewiesen wird: Obwohl die Ärzte angeben, einen hohen Zeitanteil mit PGV zu verbringen, weisen sie zu ca. einem Viertel nur 1x täglich auf Beratungs- und Selbstmanagementangebote Dritter hin. Auch scheinen die Angaben zum Stellenwert von Prävention im Sinne PGV und zur Behandlungszeit dafür im Kontext typischer Konsultationsfrequenzen und Behandlungsaufgaben unrealistisch hoch.

Die überzeugendste Erklärung für das vorgefundene Antwortverhalten erscheint uns darin zu liegen, dass die ärztliche Tätigkeit von den Teilnehmenden generell so verstanden wird, dass sie der Prävention von Krankheiten dient. Eine Prävention im Sinne PGV wird aus dieser Optik zwar begrüsst, aber im Wesentlichen verstanden als Fortführung dessen, was medizinisch und präventivmedizinisch ohnehin praktiziert wird bzw. im Rahmen der gegebenen Strukturen praktiziert werden kann. Die Schnittstellendimensionen und die Konzeption koordinierter Patientenpfade zwischen Beratung und Präventionsangeboten, über verschiedene Akteure hinweg, stehen daher nicht im Vordergrund. Wohl aber werden damit assoziierte Schwierigkeiten und Einschränkungen offenbar, wenn spezifisch nach diesen Aspekten gefragt wird.

Bezüglich Schwierigkeiten und Limitationen fällt auf, dass Probleme mit der Abgeltung häufig genannt werden. So wird die Einführung des 20-Minuten-Maximums der Grundkonsultation oft angeführt, sowie Schwierigkeiten in der Abrechnung von Koordinationsarbeit und Limitationen in der Abrechenbarkeit der Leistungen Dritter. Es ist hier zu sagen, dass kein striktes 20-Minuten-Maximum der Grundkonsultation existiert: Für Kinder und ältere Personen ist die Grundkonsultation auf 30 Minuten beschränkt. Bei anderen Patienten mit erhöhtem Bedarf können die Limitationen nach Absprache mit den Versicherern ebenfalls auf 30 Minuten erhöht werden. Ausserdem existieren weitere Positionen für Untersuchung, Abklärung und Beratung^{5,6}.

Unabhängig von der Frage der Wertung dieser Stellungnahmen kann diesbezüglich bei vielen Teilnehmern eine gewisse Frustration festgestellt werden. Dies drückt sich auch in Kommentaren, aus denen hervorgeht, dass die "Politik" von einigen als gespalten wahrgenommen wird:

J'ai vraiment le sentiment que l'ofsp a une attitude paradoxale: d'un côté mettre en place des programmes de prévention des MNT avec beaucoup de publicité et d'effets d'annonce et de l'autre côté limiter le temps de consultation laissant très peu de place à la prévention.

Das Problem ist die Finanzierung, in einer Privatpraxis können diese Dinge, die früher "Sozialpsychiatrie" genannt wurden, aus finanziellen Gründen nicht mehr geleistet werden. Bundesrat Berset hat selbst unsere Löhne gekürzt, Besuche werden nicht mehr entschädigt, das heisst Netzwerkgespräche werden von uns gratis gemacht oder gar nicht. Die Kantone, zumindest BL erfüllen ihren Auftrag nicht (bezüglich Sucht), die Beiträge für gemeinwirtschaftliche Leistungen werden selbst in psychiatrischen Ambulatorien ständig gekürzt. Auch die Krankenkassen fühlen sich nicht zuständig, was von ihrem Auftrag her verständlich ist. Das Dogma "ambulant vor stationär" ist in der Psychiatrie ein Hohn, da Ambulatorien grosse Defizite einfahren und die Leistungen der Kantone ständig gekürzt werden. Ich denke, es ist das eine, schöne Absichtserklärungen zu schreiben, aber danach die Finanzierung nicht zu übernehmen.

Die teilnehmenden Teamleiter/innen Spitex zeigen ähnlich wie die Ärztinnen und Ärzte ein sehr hohes Interesse an der Thematik und betrachten präventive Praktiken als wichtigen und integralen Teil ihres Wirkens. In den Umfrageantworten spiegelt sich gleichzeitig, dass der diesbezügliche Auftrag als nicht klar geregelt verstanden wird und es kommt der Wunsch zum Ausdruck, bezüglich der Prävention besser eingebunden zu werden.

4.2. Methoden der PGV

Die bei den Ärztinnen und Ärzten abgefragten Massnahmen und Behandlungstechniken wurden zu einem (für uns überraschend) hohen Anteil als bekannt und genutzt angegeben. Die Finanzierung erfolgte gemäss den Angaben praktisch ausschliesslich über TARMED. Wir gehen davon aus, dass die Teilnehmenden die Palette der Methoden als Beratung ansehen, die bei Bedarf im Rahmen der Konsultationen angewendet werden. Es könnte sein, dass sie von vielen als Teil des Instrumentariums innerhalb der Grundkonsultation angesehen werden; es wurde nicht abgefragt, zu welchem Teil sie als spezifische Beratung abgerechnet werden.

Im Sinne des Konzepts PGV sind die Methoden gedacht als ein Element, das in einen Gesundheitspfad eingebettet ist und mit Präventionsangeboten, etwa bei Gesundheitsligen, verknüpft ist. Die tiefen Frequenzen von Vermittlungen an Dritte lassen vermuten, dass die stattfindende "Beratung" in hohem Masse autark erfolgt, ohne engmaschige Vernetzung mit den Präventionsangeboten. Dieser Befund mag nicht überraschen angesichts der existierenden Strukturen. Viele Ärztinnen und Ärzte arbeiten autark als Inhaber/innen von Praxen, und es bestehen Herausforderungen, über Akteurgruppen und Systemgrenzen zu koordinieren. Eine Kombination von "Beratung" mit "Angeboten" (Interventionen) ist aber von grosser Relevanz, weil die Wirksamkeit der Beratung in Frage gestellt ist, wenn sie nicht an konkrete Massnahmen/Anwendung/"Exercise" gekoppelt ist.

Betrachtet man Aussagen zur Bildung, ergibt sich ein positives Bild. Bezüglich Fort- und Weiterbildungen gaben jeweils knapp unter 50% der Ärzte/innen an, spezifische Ausbildungen zu den abgefragten Ansätzen absolviert zu haben. Gleichzeitig gaben über 80% an, präventionsspezifische Fortbildungen durchlaufen zu haben. In diesem Zusammenhang erwähnt wurden PAPRICA, DIAfit, EviPrev, Girasole, Rauchstoppberatung und viele weitere. Mehrfach wurde darauf hingewiesen, dass bezüglich präventionsspezifischer Fort- und/oder Weiterbildungen ein "Wettbewerbsnachteil" bestehe, in dem diese eher aufwendig und teuer seien und – im Gegensatz zu kurativen Praktiken – nicht gesponsert seien. Dieses positive Bild dürfte auch mit der Selektion der Teilnehmenden zusammenhängen. Wir gehen davon aus, dass eher präventionsaffine Fachleute an der Befragung teilgenommen haben.

4.3. Vernetzung und Strukturen

Strukturen, welche Koordination und Vernetzung innerhalb des Gesundheitssystems ermöglichen, werden von den Experten als wichtige Voraussetzungen gesehen für eine Prävention im Sinne des Konzepts PGV. Die Wichtigkeit von Netzwerken und Systemen, die Koordination erleichtern und Information zugänglich machen, widerspiegelt sich in den häufig geäusserten Wünschen nach besserer Information und einfacherer Vermittlung. Gerade in der Umfrage Spitex kommt ein hohes Interesse an der Höhergewichtung von Prävention und besserer Integration und Vernetzung bezüglich Präventionsthemen zum Ausdruck.

Das Konzept PGV betont die Rolle von Schnittstellen innerhalb der Gesundheitsversorgung sowie zwischen Gesundheitsversorgung, Public Health und Gemeinwesen. Verbunden damit ist eine Betonung von Koordination, Delegation und Multiprofessionalität, die Prävention im Sinne eines ganzheitlichen, biopsychosozialen Ansatzes ermöglichen soll. Die damit verbundenen Herausforderungen haben einen engen Bezug zu den Herausforderungen, die sich insbesondere im Management multimorbider Patienten und Patienten mit chronischen Krankheiten ergeben. Die in den Umfragen aufscheinenden "Schwierigkeiten"

bzw. "Dinge, die besser gemacht werden können" spielen oft in diesem Bereich. Ausgedrückt werden sie oft in Fragen der Abgeltung: So werden die Abrechenbarkeit von Koordinationsleistungen und auch die Abrechenbarkeit gewisser Leistungen Dritter als Problem geschildert. Strukturfragen sind eng verknüpft mit Fragen der Finanzierung.

4.4. Finanzierungsthematik

Die in den Umfragen häufig geäußerten Schwierigkeiten und Einschränkungen in den Bereichen Zeitbedarf, Abgeltung, Vernetzung und Schnittstellen scheinen Ausdruck einer teilweisen Inkompatibilität der Strukturen mit den Public-Health-Konzepten im Rahmen PGV zu sein.

Die für PGV wichtigen (haus-)ärztlichen Beratungsleistungen sind durchaus auch nach den Anpassungen der Tarifstruktur per Anfang 2018 ausserhalb der Grundkonsultation abrechenbar. Strittig ist, inwieweit hierbei zu enge Limitationen gelten. Zu fragen ist auch, inwieweit die in den Umfragen fassbare Frustration der Frische der Reform und einem Gefühl generell zunehmenden Kostendrucks entspringt.

Es bestehen jedoch grundsätzlichere Herausforderungen:

- Erstens betrachtet das Konzept PGV Prävention als obligaten Bestandteil fachlichen Handelns in der Gesundheitsversorgung, mit Betonung der Erkennung und Betreuung von "Persons at Risk", bei denen früh der Entstehung von Krankheiten Vorschub geleistet werden soll, beispielsweise durch gesunde Lebensführung. Gewisse Risiken oder Pathologien (z.B. Hypertonie) sind dabei im indikationsbasierten Abgeltungssystem klar abgedeckt; andere Risiken wie Inaktivität oder zu einem gewissen Grad Übergewicht sind schwerer fassbar. Damit bestehen Einschränkungen für primärpräventives Handeln im Kontext eines indikationsbasierten Abgeltungssystems.
- Zweitens verfolgt das Konzept PGV einen ganzheitlichen Präventionsansatz, der Akteure über Systemgrenzen einbindet. Viele der für PGV wichtigen Prozesse finden an den Schnittstellen zwischen Akteuren und an den Schnittstellen von Zahlersystemen statt (wie etwa zwischen Gesundheitssystem und Sozialsystem). Ohne Koordination in der Finanzierung bestehen an diesen Schnittstellen Abgeltungsprobleme. Viele der angesprochenen Probleme spielen an solchen Schnittstellen: etwa die Finanzierung von Koordinationsleistungen, die Regelung der Finanzierung in multiprofessionellen Settings für bessere und koordinierte Zusammenarbeit und allenfalls Task Shifting⁷⁻¹⁰. Auch werden gewisse für Präventionsaufgaben wichtige Leistungen des stationären Bereichs, die auch für den ambulanten Bereich wichtig sind, als gemeinwirtschaftlichen Leistungen finanziert (z.B. Subventionen).

Es scheint evident, dass ein integratives, Systemgrenzen überschreitendes Konzept wie PGV Finanzierungsfragen aufwirft, die nicht rein innerhalb der KVG-Domäne zu lösen sind. Deshalb fordert Massnahme 2.3 im NCD-Massnahmenplan zu PGV, dass Finanzierungsmöglichkeiten von Präventionsleistungen aufzuzeigen sind². So wird für nichtärztliche Beratungs- und Koordinationsfunktionen eine gemeinsame Lösung mit interessierten Akteuren angezielt, "unter Berücksichtigung verschiedener Finanzierungsquellen". Wir stellen fest, dass diese Fragen im ambulanten Setting noch nicht gelöst sind.

4.5. Positivbeispiele

Es wurden in den Umfragen und Experteninterviews verschiedene Beispiele von positiven und förderungswürdigen Strukturen und Programmen erwähnt, die hier genannt werden sollen:

- Systematisierung der **ambulanten Rehabilitationsprogramme**: Es wurden ambulante Rehabilitationsprogramme aufgebaut (ambulante Herz-Rehabilitationsprogramme, Diabetes-Rehabilitationsprogramme, PAVK-Rehabilitationsprogramme). Diese Programme spielen eine wichtige Rolle in der Verhinderung einer Krankheitsprogression und stehen auch Personen mit multiplen Risiken offen.
- Die **Qualitätszirkel der Hausärzte** stellen wichtige Netzwerke für die Vermittlung von präventiven Praktiken dar.

- Die in den 90er-Jahren im Kontext der Drogenkrise entstandenen **Netzwerke im Bereich Sucht** stellen ein Beispiel für erfolgreiche systemübergreifende Kooperation dar, die Anschauung bieten mag für Vernetzung im Bereich PGV.
- Es existiert eine Reihe von Programmen und Ansätzen, die der Prävention in der hausärztlichen Praxis und der diesbezüglichen Ausbildung dienen: Beispielsweise Frei von Tabak, Gesundheitscoaching, PAPRICA, EviPrev, Girasole. Siehe dazu Martin et al. (2016), Martin et al. (2016) und Steiger et al. (2016).
- Das Projekt "Xunds Grauholz" strebt nach dem Beispiel des Projekts "Gesundes Kinzigtal" an, Prävention akteurübergreifend als integralen Bestandteil der Versorgung zu etablieren. Siehe dazu die Case Study "Gesundes Kinzigtal – Managed Care und Prävention" in Steiger et al. (2016).
- Es existieren Programme mit dem Ziel, den ärztlichen Bereich zu entlasten und präventiv zu agieren. Ein Beispiel hierzu ist das Programm "Family Start", das eine bedürfnisgerechte Unterstützung von Familien mit Neugeborenen bietet und vernetzend agiert.

5. Empfehlungen

E 1: Kommunikation und Vermittlung des Konzepts PGV

Die Inhalte des Konzepts PGV sind den Akteuren noch wenig bekannt. Die Kommunikation und Vermittlung des Konzepts und der damit verbundenen Inhalte (insbesondere Schnittstellen-, Vernetzungs- und Interprofessionalitätsaspekte) gegenüber dem Feld der Akteure sollte verstärkt werden. Dies kann via die Fachorganisationen, Fachgesellschaften und Berufsverbände (etwa FMH, Spitex Schweiz für die in dieser Arbeit befragten Akteure, aber auch die entsprechenden Institutionen für andere) oder auch via die Bildungsinstitutionen und medizinischen Fakultäten geschehen.

Als Grundlage für eine solche Kommunikation sollte die Sichtbarkeit und Greifbarkeit des Konzepts verbessert werden, beispielsweise durch die Schaffung einer dedizierten Website mit Materialien und durch die Nutzung von Synergien mit der Projektförderung PGV (etwa gute Beispiele aus der Förderung für die Kommunikation nutzen). Die geplanten regelmässigen Vernetzungstagen im Handlungsfeld PGV³ dienen ebenfalls dem Wissenstransfer und der Vermittlung der Konzepte.

E 2: Akteurspezifische Herangehensweise

Es ist abzuwägen, ob in der Kommunikation wie auch für die Umsetzung eine verstärkt akteurspezifische Herangehensweise notwendig ist. Gemeint ist hier ein "Herunterbrechen" des Konzepts auf die akteurspezifischen Settings: Es sollte für die einzelnen Akteure überlegt werden, was PGV innerhalb ihrer spezifischen Situation bedeutet.

In der vorliegenden Arbeit lag der Schwerpunkt auf den ärztlichen Akteuren, insbesondere den Hausärztinnen und Hausärzten, die eine zentrale Rolle als Gatekeeper und Bezugspersonen spielen. Die gleichzeitig erfolgte Betrachtung der Spitex als für das häusliche Setting wichtigen Akteur illustriert die Problematik: Es besteht seitens Spitex ein grosses Interesse an der Thematik, aber der diesbezügliche Auftrag ist nicht klar definiert und hängt teilweise von den Versorgungsaufträgen der Gemeinden ab.

E 3: Einbindung der für die Entwicklung der PGV relevanten universitären Institutionen

Die Zusammenarbeit mit den für die Entwicklung der PGV relevanten universitären Institutionen (Hausarztmedizin, Pflegewissenschaft, Gesundheitswissenschaft, weitere Forschungsinstitute des Gesundheitswesens) sollte gesucht werden. Das gemäss Massnahme 2.1.2 des NCD-Massnahmenplans gebildete Fachgremium sollte hierbei miteinbezogen werden.

Die Zusammenarbeit betrifft einerseits die evidenzbasierte Weiterentwicklung und Implementation der Konzepte, andererseits die Verankerung der Konzepte in der Aus-, Fort- und Weiterbildung (siehe dazu auch Massnahme 2.4 des NCD-Massnahmenplans).

E 4: Evidenzbasierte Nutzung der Beratungsmethoden und Vernetzung mit Präventionsangeboten

Die Beratungsmethoden in der hausärztlichen Praxis stellen ein wichtiges Element der PGV dar. Sie sollten nicht isoliert umgesetzt werden, sondern als Teil von Gesundheitspfaden, die Beratung mit Angeboten und Massnahmen verbinden. Ihre Inhalte und Anwendung sollte evidenzbasiert und verknüpft mit Präventionsangeboten gestaltet sein.

E 5: Stärkung von Vernetzung fördernden Strukturen

PGV beinhaltet ein integriertes Agieren mit Akteurguppen über Systemgrenzen hinweg. Strukturen, die der Koordination und Vernetzung dienen, sind zu stärken. Hier spielen regionale Netzwerke und Qualitätszirkel eine wichtige Rolle. Um sie zu fördern, sollte die Zusammenarbeit mit den entsprechenden Stakeholdern und Fachgesellschaften gesucht werden. Diese haben den Zugang zu den regionalen Strukturen.

E 6: Abstimmung mit den Bemühungen um Patientenpfade und koordinierte Versorgung

Die im Bereich PGV bestehenden Ziele und Herausforderungen haben enge Bezugspunkte zu den Fragen einer koordinierten Versorgung. PGV sollte darum in Abstimmung mit dem Projekt "Koordinierte Versorgung"¹⁴ vorangetrieben werden.

E 7: Finanzierung

Es sollten zuhanden der Akteure die bestehenden tariflichen Möglichkeiten zur Abgeltung von Präventionsleistungen im Sinne von PGV besser aufgezeigt werden. Gleichzeitig sollte analysiert werden, wo Lücken bestehen. Im Sinne der Massnahme 2.3 des Massnahmenplans sollten Finanzierungsmöglichkeiten analysiert werden, die dem akteur- und systemübergreifenden Charakter des Konzepts PGV Rechnung tragen, beispielsweise hybride Finanzierungen, anreizgekoppelte Capitation-Finanzierung, Pauschalen, etc. Solche Finanzierungsmodelle sollten aus gesundheitsökonomischer Perspektive mit Blick auf die spezifischen Erfordernisse der PGV betrachtet werden.

PGV betrifft verschiedene Finanzierungsebenen (Bund, Kantone, Gemeinden, Versicherer, Out-of-pocket-Leistungen). Für eine gelingende Umsetzung braucht es einen Diskurs zwischen den verschiedenen Finanzierern.

Zwei Entwicklungen mögen hier Hilfestellung bieten: Erstens bilden "Neue Finanzierungsmodelle" eine Querschnittsdimension in der bei Gesundheitsförderung Schweiz angesiedelten Projektförderung PGV. Zweitens böte die Einführung eines Experimentierartikels im KVG im Rahmen von Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung¹⁵ den Raum, neue Finanzierungsmöglichkeiten für eine der Kostendämpfung dienende Prävention (bzw. für die Systeme und Strukturen, die eine solche erlauben) zu testen.

6. Bibliographie

1. Schweizerische Eidgenossenschaft und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017-2024*. 2016. Weblink: <https://www.bag.admin.ch/ncd>
2. *Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH). 2016
3. *Grundlagen der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) und Konzept Projektförderung PGV*. Bundesamt für Gesundheit und Gesundheitsförderung Schweiz. 2017. Weblink: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/ncd/grundlagen-pgv-und-konzept-projektfoerderung.pdf.download.pdf/grundlagen-pgv-und-konzept-projektfoerderung.pdf>
4. Arbeitsgruppe NCD-Strategie Teilprojekt 2 „Prävention in der Gesundheitsversorgung“, *Prävention in der Gesundheitsversorgung: Der Mensch im Zentrum, Grundlagenbericht als Basis für die Erarbeitung der nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten.*, Bern. 2015
5. *Faktenblatt Anpassungen des Ärztetarifs TARMED vom 16. August 2017 (Aktualisierte Version vom 25.8.17)*. Bundesamt für Gesundheit (BAG). 2017
6. «Der Kontakt zwischen Arzt und Patient ist nicht auf 20 Minuten beschränkt» *Stellungnahme von Sandra Schneider, Leiterin der Abteilung Leistungen beim BAG*. 2018. Weblink: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/news/news-09-01-20182.html> (Stand: 30.08.2018)
7. *Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams. Global recommendations and guidelines*. World Health Organization (WHO). 2008
8. Bundesamt für Gesundheit (BAG). *Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen»*. Weblink: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet.html>
9. Künzi, K und Detzel, P, *Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute - Obsan Arbeitsdokument 27*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). 2007
10. Künzi, K et al., *Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung - Aktualisierung des Obsan Arbeitsdokuments 27*. Bundesamt für Gesundheit (BAG). 2013
11. Martin, B et al., *Gesundheitsberatung in der medizinischen Grundversorgung, Teil 1*. Swiss Medical Forum, 2016. **16**(43): p. 916-920.
12. Martin, B et al., *Gesundheitsberatung in der medizinischen Grundversorgung, Teil 2*. Swiss Medical Forum, 2016. **16**(44): p. 932-937.
13. Steiger, D et al. *Prävention in der Gesundheitsversorgung verankern: Zentrale Dimensionen und Case Studies*. 2016. Weblink: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/forschungsberichte/forschungsberichte-September 2018>

ncd/praevention-gesundheitsversorgung.pdf.download.pdf/praevention-gesundheitsversorgung.pdf

14. *Projekt "Koordinierte Versorgung"*. Weblink:
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung.html>
15. *Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung - Bericht der Expertengruppe*. Bundesamt für Gesundheit. 2017. Weblink:
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/aktuell/news/news-25-10-20171.html>

7. Appendix

7.1. Umfrage Haus- und Fachärzte

Anschreiben

Umfrage BAG zum Thema "Prävention in der Gesundheitsversorgung"

Sehr geehrte Damen und Herren

Bund und Kantone möchten die Prävention in der Gesundheitsversorgung stärken, um Lebensqualität sowie Autonomie der Patientinnen/Patienten zu fördern und den Behandlungsbedarf, Komplikationen und Rezidive zu vermindern bzw. zu verhindern. Ein gesunder Lebensstil trägt viel zur Reduktion der individuellen und bevölkerungsweiten Krankheitslast bei. Durch Förderung der Gesundheitskompetenz und Unterstützung der Patienten kann deren Verhalten nachhaltig und anhaltend positiv verändert werden.

Die vorliegende Umfrage soll dazu beitragen, einen besseren Einblick in die aktuellen Praktiken der Prävention in der Gesundheitsversorgung im ambulanten Bereich und an den Schnittstellen zu angrenzenden Bereichen zu erhalten und allenfalls bestehende Lücken (z.B. Umsetzung, Finanzierung) zu identifizieren, um in Zukunft zielgerichtet fördern und unterstützen zu können.

Danke, dass Sie sich die Zeit nehmen und an der Umfrage des BAG teilnehmen. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergeben. Die Auswertung erfolgt anonym und unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften des Datenschutzes.

Die Umfragesprache kann beim Start der Umfrage (oben rechts) gewählt werden.

Wir freuen uns über Ihre Teilnahme! Ihre Mitarbeit ist für uns sehr wertvoll.

Umfrage

Umfrage Prävention in der Gesundheitsversorgung

Besten Dank für Ihre Teilnahme an unserer Umfrage.

Bund und Kantone möchten die Prävention in der Gesundheitsversorgung stärken, um Lebensqualität sowie Autonomie der Patientinnen/Patienten zu fördern und den Behandlungsbedarf zu vermindern.

Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie uns, den Ist-Zustand besser zu verstehen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und nur anonymisiert ausgewertet.

1. (*) Bitte geben Sie die Postleitzahl ihres Arbeitsortes an.

(Postleitzahl)

2. Was verstehen Sie unter Prävention in Ihrer Praxis?

(offenes Feld)

3. Welche Gebiete und Gesundheitsrisiken stehen bei Ihnen beim Thema Prävention im Vordergrund?

(offenes Feld)

4. *Welchen Stellenwert hat das Thema Verhaltensänderung von Patienten/innen innerhalb Ihrer präventiven Tätigkeit?*

(Skala: sehr hoch / hoch / niedrig / sehr niedrig)

Konzept "Prävention in der Gesundheitsversorgung PGV"

Im Rahmen der NCD-Strategie 2017-2024 stellt **"Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)"** ein wesentliches Handlungsfeld dar. PGV wird folgendermassen umrissen:

PGV richtet sich an Risikopatienten/innen sowie an Patienten/innen, die sich aufgrund von Beschwerden oder Krankheit(en) bereits in Behandlung befinden.

Das Verhalten ("der Lebensstil") trägt wesentlich zur Gesundheit eines Menschen bei. Umgekehrt trägt ein ungesunder Lebensstil auch viel zur individuellen und zur bevölkerungsweiten Krankheitslast bei. Die ärztliche Konsultation bietet (trotz Zeitknappheit) multiple Gelegenheiten, dieses Verhalten zu beeinflussen und die Gesundheitskompetenz der Patienten/innen zu fördern. Mit spezifischen präventiv wirkenden Massnahmen (z.B. Sensibilisierung, Früherkennung, Empowerment, Angebote zur Reduktion von Risikofaktoren und Förderung gesunden Verhaltens, Coaching) und speziellen Beratungstechniken (z.B. Motivational Interviewing, Problem-solving Therapy, Zielvereinbarungen) wird eine nachhaltige und anhaltend positive Verhaltensänderung angestrebt. Die Patienten/innen übernehmen mehr Eigenverantwortung für ihre persönlichen „Projekte“ bzw. Ziele, die Gesundheitsfachperson(en) stehen unterstützend zur Seite (Beratung, regelmässige Gespräche, Abgabe von Informationsmaterial, etc.).

Die Entstehung und Progression von nicht-übertragbaren Krankheiten, Suchtproblematiken und psychischen Erkrankungen sollen verhütet und deren Risikofaktoren frühzeitig identifiziert und zusammen mit den Patienten/innen angegangen werden. Ziel ist der Erhalt von Lebensqualität und gesellschaftlicher Teilhabe sowie die Verminderung bzw. Verhinderung von Komplikationen und Rezidiven. Im Rahmen einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Gesundheitsversorgung werden auch Symptome von Krankheiten und Risikofaktoren thematisiert, die in keinem direkten Zusammenhang mit der aktuellen Behandlung stehen. Umgebungsfaktoren (soziales Umfeld, Arbeitssituation, u.a.) werden ebenfalls berücksichtigt.

Neben der Betreuung durch den Hausarzt / die Hausärztin und der „Selbstarbeit durch den Patienten / die Patientin zu Hause“ (Selbstmanagement) bedarf diese Art der Prävention eine engmaschige Vernetzung innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung. Interprofessionelle Teams (Physiotherapie, Ernährungsberatung, psychologische Beratungen, u.v.m.) können behandelnde Ärztinnen und Ärzte entlasten und helfen, diese Art der Prävention zu koordinieren sowie Tätigkeiten der Beratung und Betreuung der Patienten/innen zu übernehmen.

Für nähere Informationen:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/nichtuebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung.html>

5. *Bitte beurteilen Sie die Stossrichtung des Konzepts Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)*

(Skala: völlig richtig / richtig / weiss nicht / falsch / völlig falsch)

Kommentar

(offenes Feld)

6. *Welchen Stellenwert hat Prävention im Sinne PGV im Rahmen Ihrer Arbeit?*

(Skala: sehr hoch / hoch / niedrig / sehr niedrig)

September 2018

Analyse Ist-Zustand präventiver Angebote im Sinne der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) in der ambulanten Praxis

7. Wie gross ist der Anteil ihrer Behandlungszeit für Prävention im Sinne PGV?
(Skala: <5% / 5-10% / 10-25% / über 25%)
8. Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Präventionsmassnahmen im Sinne von PGV in Bezug auf nicht-übertragbare Krankheiten (NCDs)?
(offenes Feld)
- Suchtprobleme?
(offenes Feld)
- mentale Gesundheitsprobleme?
(offenes Feld)
9. Fragen oder suchen Sie unabhängig vom Behandlungsanlass nach Risikofaktoren?
(Skala: ja / nein)
- Falls ja, nach welchen Risikofaktoren fragen oder suchen Sie?
(offenes Feld)

Präventionstechniken

10. Wie vertraut sind Sie mit den folgenden Massnahmen und Beratungstechniken zur Prävention im Sinne von PGV mit dem Ziel der Verhaltensänderung, wie oft wenden Sie diese an und wie werden diese finanziert?

	Vertrautheit: Kenne ich	Häufigkeit der Anwendung	Finanzierung von Massnahmen zur Verhaltensänderung	Akzeptanz durch Patientin/Patient	Haben Sie eine spezifische Ausbildung durchlaufen
Motivierende Gesprächsführung (motivational interviewing, MI)					
Kognitive Verhaltenstherapie (cognitive behavioral therapy, CBT)					
Übertragung von Verantwortung (empowerment)					
Stärkung Gesundheits- kompetenz zur Förderung eines gesunden Verhaltens					
Problemlösungs-Therapie (problem-solving therapy)					
„Coaching“ (Sensibilisieren - Motivieren - Planen/Umsetzen - Abschliessen)					
Zielvereinbarungen					

September 2018

Vertrautheit: ja / nein

Häufigkeit: bei jeder Konsultation / bei Bedarf / selten / nie

Finanzierung: Tarmed / VVG / andere

Akzeptanz: gut / mittel / schlecht

Ausbildung: ja / nein

Falls Sie bezüglich der Art der Finanzierung "andere" angewählt haben, nennen Sie diese bitte:

(offenes Feld)

11. Bitte ergänzen Sie die Tabelle mit einer weiteren Massnahme oder Beratungstechnik, die Sie anwenden.

(offenes Feld)

12. Wie vertraut sind Sie mit der in der letzten Frage genannten Massnahme oder Beratungstechnik, wie oft wenden Sie diese an und wie wird diese finanziert?

	Vertrautheit: Kenne ich	Häufigkeit der Anwendung	Finanzierung von Massnahmen zur Verhaltensänderung	Akzeptanz durch Patientin/Patient	Haben Sie eine spezifische Ausbildung durchlaufen?
Antwort Frage 11					

Vertrautheit: ja / nein

Häufigkeit: bei jeder Konsultation / bei Bedarf / selten / nie

Finanzierung: Tarmed / VVG / andere

Akzeptanz: gut / mittel / schlecht

Ausbildung: ja / nein

13. Welche der obigen Strategien und Techniken würden Sie gerne näher kennenlernen?

Motivierende Gesprächsführung (motivational interviewing, MI)

Kognitive Verhaltenstherapie (cognitive behavioral therapy, CBT)

Übertragung von Verantwortung (empowerment)

Stärkung Gesundheitskompetenz zur Förderung eines gesunden Verhaltens

Problemlösungs-Therapie (problem-solving therapy)

"Coaching" (Sensibilisieren – Motivieren – Planen/Umsetzen – Abschliessen)

Zielvereinbarungen

14. Welche der obigen Strategien und Techniken würden Sie gerne häufiger einsetzen?

Motivierende Gesprächsführung (motivational interviewing, MI)

Kognitive Verhaltenstherapie (cognitive behavioral therapy, CBT)

Übertragung von Verantwortung (empowerment)

Stärkung Gesundheitskompetenz zur Förderung eines gesunden Verhaltens

September 2018

Problemlösungs-Therapie (problem-solving therapy)

"Coaching" (Sensibilisieren – Motivieren – Planen/Umsetzen – Abschliessen)

Zielvereinbarungen

15. *Was hindert Sie daran, diese Massnahmen und Beratungstechniken häufiger einzusetzen?*

(offenes Feld)

16. *Bestehen bezüglich dieser Massnahmen und Beratungstechniken oder anderer von Ihnen durchgeführten präventiven Tätigkeiten Probleme bei der Finanzierung?*

(offenes Feld)

Zusammenarbeit und Schnittstellen / Angebote Dritter

17. *Weisen Sie auf Beratungs- und Selbstmanagement-Programme von Dritten hin?*

(Skala: ja / nein)

18. *Falls ja bei Frage 17: Wie häufig weisen Sie auf solche Angebote hin?*

(Skala: täglich / 1x wöchentlich / 1x monatlich / weniger als 1x monatlich / nie)

19. *Falls ja bei Frage 17: Auf welche Angebote weisen sie am häufigsten hin?*

(offenes Feld)

20. *Mit welchen Akteuren und Anbietern arbeiten Sie bei der Prävention regelmässig zusammen (z.B. Physiotherapie, Ligen)? Für welche Fragestellungen und Anwendungsfälle?*

(offenes Feld)

21. *Was sollte verbessert werden, um interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern bzw. zu erleichtern?*

(offenes Feld)

22. *Wo bestehen hinsichtlich der Delegation von Patienten/Aufgaben/o.ä. an andere Akteure Schwierigkeiten? Was könnte verbessert werden?*

(offenes Feld)

Persönliche Angaben

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und nur anonymisiert ausgewertet.

23. *Haben Sie einen/mehrere Facharzttitel?*

Welche(n)?

(offenes Feld)

24. *Haben Sie an Fort- und Weiterbildungen zu Präventionsthemen teilgenommen?*

(Skala: ja / nein)

25. Wenn ja, an welchen

(offenes Feld)

26. Seit wie vielen Jahren sind Sie in Ihrer Profession tätig?

(offenes Feld)

27. Kommentare

(offenes Feld)

28. Würden Sie gerne über die Resultate dieser Befragung informiert werden?

(E-Mail-Adresse)

7.2. Umfrage Spitex

Anschreiben

Umfrage "Prävention in der Gesundheitsversorgung"

Ein gesunder Lebensstil trägt viel zur Reduktion der individuellen und zur bevölkerungsweiten Krankheitslast bei. Bund und Kantone möchten die Prävention in der Gesundheitsversorgung stärken, um Lebensqualität sowie Autonomie der Patientinnen/Patienten zu fördern und den Behandlungsbedarf zu vermindern.

Die Betreuung durch die Spitex in den eigenen vier Wänden zu Hause bietet (trotz Zeitknappheit) multiple Gelegenheiten, das persönliche Verhalten zu analysieren und bei Bedarf positiv zu beeinflussen mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz der Patienten/innen zu fördern und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. vermindern (z.B. Sturzprophylaxe, Unterstützung der Patienten beim Erreichen selber definierter Ziele wie z.B. Rauchstopp, Ansprechen von Risikofaktoren, frühzeitiges Erkennen von Symptomen, etc).

Mit der vorliegenden Umfrage möchte das BAG besser verstehen, was im Bereich der Spitex bereits gemacht wird, wo derzeit Lücken in der Umsetzung und der Finanzierung bestehen, um in Zukunft zielgerichtet fördern und unterstützen zu können.

Die Umfrage richtet sich an die TeamleiterInnen der Spitex-Teams.

Link zur Online-Umfrage: <https://de.surveymonkey.com/r/pgvspitex>

Umfrage

Umfrage Prävention in der Gesundheitsversorgung (Spitex)

Besten Dank für Ihre Teilnahme an unserer Umfrage.

Bund und Kantone möchten die Prävention in der Gesundheitsversorgung stärken, um Lebensqualität sowie Autonomie der Patientinnen/Patienten zu fördern und den Behandlungsbedarf zu vermindern. Die Spitex-Organisationen können eine wichtige Rolle als Umsetzungspartner spielen.

Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie uns, den Ist-Zustand besser zu verstehen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und nur anonymisiert ausgewertet.

1. (*) Bitte geben Sie die Postleitzahl ihrer Spitexorganisation an.

(Postleitzahl)

September 2018

Analyse Ist-Zustand präventiver Angebote im Sinne der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) in der ambulanten Praxis

32/35

2. Was verstehen Sie unter Prävention im Rahmen Ihrer Tätigkeiten bei der Spitex?

(offenes Feld)

3. Welche Gebiete und Gesundheitsrisiken stehen bei Ihnen beim Thema Prävention im Vordergrund?

(offenes Feld)

4. Welchen Stellenwert hat das Thema Verhaltensänderung von Patienten/innen innerhalb ihrer präventiven Tätigkeit?

(Skala: sehr hoch / hoch / niedrig / sehr niedrig)

Konzept "Prävention in der Gesundheitsversorgung PGV"

Im Rahmen der NCD-Strategie 2017-2024 stellt "Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)" ein wesentliches Handlungsfeld dar. PGV wird folgendermassen umrissen:

PGV richtet sich an Risikopatienten/innen sowie an Patienten/innen, die sich aufgrund von Beschwerden oder Krankheit(en) bereits in Behandlung befinden.

Das Verhalten ("der Lebensstil") trägt wesentlich zur Gesundheit eines Menschen bei. Umgekehrt trägt ein ungesunder Lebensstil auch viel zur individuellen und zur bevölkerungsweiten Krankheitslast bei. Die Patienten/innen sollen mehr Eigenverantwortung für ihre persönlichen „Projekte“ bzw. Ziele übernehmen, die Gesundheitsfachperson(en) stehen unterstützend zur Seite (Beratung, regelmässige Gespräche, Abgabe von Informationsmaterial, etc.).

Die Entstehung und Progression von nicht-übertragbaren Krankheiten, Suchtproblematiken und psychischen Erkrankungen sollen verhütet und deren Risikofaktoren frühzeitig identifiziert und zusammen mit den Patienten/innen angegangen werden. Ziel ist der Erhalt von Lebensqualität und gesellschaftlicher Teilhabe sowie die Verminderung bzw. Verhinderung von Komplikationen und Rezidiven. Im Rahmen einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Gesundheitsversorgung werden auch Symptome von Krankheiten und Risikofaktoren thematisiert, die in keinem direkten Zusammenhang mit der aktuellen Behandlung stehen. Umgebungsfaktoren (soziales Umfeld, Arbeitssituation, u.a.) werden ebenfalls berücksichtigt.

Neben der Betreuung durch den Hausarzt / die Hausärztin und der „Selbstarbeit durch den Patienten / die Patientin zu Hause“ (Selbstmanagement) bedarf diese Art der Prävention eine engmaschige Vernetzung innerhalb und ausserhalb der Gesundheitsversorgung. Interprofessionelle Teams (Physiotherapie, Spitex, Ernährungsberatung, psychologische Beratungen, u.v.m.) können behandelnde Ärztinnen und Ärzte entlasten und helfen, diese Art der Prävention zu koordinieren sowie Tätigkeiten der Beratung und Betreuung der Patienten/innen zu übernehmen.

Für nähere Informationen:

<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/mensch-gesundheit/nichtuebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung.html>

5. Bitte beurteilen Sie die Stossrichtung des Konzepts Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV).
(Skala: völlig richtig / richtig / weiss nicht / falsch / völlig falsch)

Kommentar

(offenes Feld)

6. Welchen Stellenwert hat Prävention im Sinne PGV im Rahmen Ihrer Arbeit?

(Skala: sehr hoch / hoch / niedrig / sehr niedrig)

7. Wie gross ist der Anteil der Behandlungszeit für Prävention in ihrem beruflichen Alltag?

(Skala: <5% / 5-10% / 10-25% / über 25%)

8. Fragen oder suchen Sie unabhängig vom Behandlungsanlass nach Risikofaktoren?

(Skala: ja, nein)

Falls ja, nach welchen Risikofaktoren fragen oder suchen Sie? Mit welchen Konsequenzen? (Information Hausarzt, eigenständige Abgabe von Informationen bzw. Beratung, Hinweisen auf Beratungs- und Selbstmanagement-Angebote von Dritten... o.ä.)

(offenes Feld)

Präventionstechniken

9. Welche Massnahmen und Beratungstechniken zur Prävention im Sinne PGV werden im Rahmen der Spitex-Betreuung verwendet?

(offenes Feld)

10. Welchen Stellenwert hat die Sturzprävention in Ihrer alltäglichen Tätigkeit?

(keinen Stellenwert / geringen Stellenwert / hohen Stellenwert)

11. Können Sie einzelne Präventionsleistungen abrechnen? Wenn ja, welche?

(Skala: ja, nein)

Wenn ja, welche

(offenes Feld)

12. Wo bestehen Probleme bei der Finanzierung, in welcher Hinsicht?

(offenes Feld)

Zusammenarbeit und Schnittstellen / Angebote Dritter

13. Weisen Sie auf Beratungs- und Selbstmanagement-Angebote von Dritten hin?

(Skala: ja, nein)

14. Falls ja bei Frage 13: Wie häufig weisen Sie auf solche Angebote hin?

(Skala: täglich, 1 x wöchentlich, 1 x monatlich, weniger als 1 x monatlich, nie)

15. Auf welche Angebote weisen sie am häufigsten hin?

(offenes Feld)

16. *Mit welchen Akteuren und Anbietern arbeiten Sie bei der Prävention regelmässig zusammen (z.B. Physiotherapie, Hausärzte/Ärzte, Ligen)?*

(offenes Feld)

17. *Was sollte verbessert werden, um die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren zu fördern bzw. zu erleichtern?*

(offenes Feld)

Persönliche Angaben

18. *Haben Sie an Fort- und Weiterbildungen zu Präventionsthemen teilgenommen?*

(Skala: ja, nein)

Wenn ja, an welchen?

(offenes Feld)

19. *Seit wie vielen Jahren sind Sie in Ihrer Profession tätig?*

(offenes Feld)

20. *Kommentare*

(offenes Feld)

21. *Würden Sie gerne über die Resultate dieser Befragung informiert werden?*

(E-mail-Adresse)