

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/223997611>

Ärztliche Gesundheitsberatung – Möglichkeiten der Qualitätssicherung.

Article · January 1993

CITATIONS
6

READS
9

1 author:



[Günter Ollenschläger](#)
University of Cologne

468 PUBLICATIONS 3,379 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Ärztliche Gesundheitsberatung – Möglichkeiten der Qualitätssicherung

Günter
Ollenschläger

Zusammenfassung

Ärztliche Gesundheitsberatung ist – insbesondere wegen der ausgezeichneten Zielgruppenerreichung durch das primärärztliche Versorgungssystem – wesentlicher Bestandteil gesundheitsfördernder Maßnahmen in unserer Gesellschaft.

Voraussetzung für die Qualitätssicherung der ärztlichen Gesundheitsberatung sind Verbesserungen der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität, insbesondere in den Bereichen 1. "ärztliche Qualifikation", 2. "Kooperation mit Spezialisten", 3. "Ressourcen". Die in der Autonomie der Ärzteschaft liegenden Möglichkeiten zur Qualitätssicherung (1. und 2.) werden derzeit intensiv genutzt. Dringend notwendig ist die angemessene Finanzierbarkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen in der primärärztlichen Versorgung.

Summary

Health Education and health counselling performed by physicians are relevant factors of health promotion, and mandatory functions of primary care physicians.

Nevertheless, the quality of medical health promotion must be improved with the following aims: more intensive training of medical students and postgraduates regarding knowledge and skills in prevention, health promotion, team work and communication. Further more the reimbursement system for physicians in practice must be changed in favour of preventive and health promotional patient care as basis for quality assurance of medical health counselling.

Schlüsselwörter: Prävention, Gesundheitsförderung, ärztliche Gesundheitsberatung, Qualitätssicherung prevention, health promotion, health counselling, quality assurance

1 Einleitung

Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge waren in den letzten Jahrzehnten wesentlich daran beteiligt, daß bestimmte Krankheitsformen in ihrer Bedeutung zurückgedrängt wurden. So ist zum Beispiel die Verminderung von Todesfällen und schwerwiegenden Krankheitsverläufen in der Pädiatrie, Onkologie und als Folge von Diabetes mellitus und Hypertonie auf Immunisierung, Früherkennung und Frühbehandlung zurückzuführen. Die Bedeutung der Gesundheitsvorsorge wird jedoch übertroffen von den Möglichkeiten, die sich aus der Veränderung der Lebensweise des Einzelnen ergeben könnten. Aus diesem Grund ist der Arzt aufgefordert, bei seiner beruflichen Tätigkeit den Patienten zu gesundheitsförderndem Verhalten zu motivieren.

2 Gesundheitsförderung als ärztliche Aufgabe: Die Gesundheitsberatung

Empfehlungen zur Krankheitsvermeidung und Gesundheitsvorsorge waren immer schon Bestandteile des Arzt-Patienten-Gesprächs. Insofern ist Gesundheitsberatung nichts Neues. Jedoch haben sich Methoden und Ziele ärztlicher Gesundheitsberatung gewandelt: an die Stelle der direktiven Beratung eines Risikoträgers oder passiven Kranken tritt der Dialog mit dem selbstverantwortlichen Patienten (8). Kon-

kret bedeutet dies, daß der Arzt dem Gesprächspartner Kompetenzen für einen gesunden Lebensstil zu vermitteln hat, nämlich die Kenntnis gesunder Lebensweise und krankmachender Faktoren sowie – wenn nötig und gewünscht – Motivation und Techniken zur Veränderung des Verhaltens (s. Tab. 1).

- Dem Patienten Ziele, Art und Umfang notwendiger gesundheitsfördernder Maßnahmen verständlich machen.
- Den Patienten bei dessen Definition des subjektiven Gesundheitsbegriffes unterstützen.
- Den Patienten dazu motivieren, seine Gesundheit zu bewahren oder zu verbessern; hierbei Selbsthilfefähigkeiten stärken.
- Den Patienten befähigen, seine Lebensbedingungen zu verändern.

Tab. 1: Aufgaben ärztlicher Gesundheitsberatung

Allerdings haben die Erfolge von Diagnostik und Therapie den präventiven Ansatz ärztlicher Intervention weit hinter die Kuration verdrängt: Maßnahmen der Prävention sind trotz ihrer wissenschaftlich belegten Erfolge (s. Tab. 2) in der ärztlichen Routine derzeit nur von nachrangiger Bedeutung. Die Gründe sind vielfältig. Neben unzureichender Finanzierung, unzureichender struktureller Infrastruktur, fehlender Zeit werden von Ärzten häufig auch Unsicherheiten über Ziele, Inhalte, Techniken und Effizienz präventiver Maßnahmen angegeben.

- Suchtverhalten (vorrangig Rauchen/Tabakkonsum)
- Bewegungsarmut
- Fehlernährung
- Infektionsprophylaxe
- Unfall-riskantes Verhalten
- Riskantes Sexualverhalten
- Zahnhygiene

Tab. 2: Ziele von Gesundheitsberatung mit wissenschaftlich nachgewiesener Effizienz ärztlicher Intervention (9)

3 Qualität ärztlicher Gesundheitsberatung

Damit stellt sich direkt die Frage nach der fachlichen Qualifikation des Arztes zur Gesundheitsberatung und indirekt die Frage nach der Qualitätssicherung der von ihm erbrachten Leistung "ärztliche Gesundheitsförderung".

Hierzu hat von Troschke in seinem Beitrag auf der 1. Expertentagung "Qualitätssicherung der Gesundheitsförderung" bereits Stellung genommen (18). An dieser Stelle soll an konkreten Beispielen aus der Ernährungsmedizin belegt werden, welche Möglichkeiten sich anbieten, um die Qualität ärztlicher Gesundheitsbera-

tung zu verbessern bzw. zu sichern, und zwar anhand der drei Zielgrößen qualitätssichernder Maßnahmen nach Donabedian (1966), nämlich anhand von Strukturqualität, Prozeßqualität und Ergebnisqualität.

3.1 Strukturqualität: Kompetenz und Ressourcen der Leistungserbringer

3.1.1 Kompetenz

a) *Ausbildung*: Die ernährungsmedizinische – und generell die präventive – Qualifikation der Ärzteschaft ist derzeit unzureichend (1, 5). Obwohl der Arzt als eine der vorrangigen Informationsquellen über gesunde Ernährung angesehen wird, existiert noch immer keine verpflichtende ernährungsmedizinische Unterrichtung in der ärztlichen Ausbildung.

Schuld ist die Unverbindlichkeit, mit der in den medizinischen Fakultäten gewisse Themen abgehandelt werden (13). Die Prioritäten der Studentenausbildung leiten sich vorrangig aus den wissenschaftlichen Interessen der Lehrbeauftragten ab. Das Spektrum fachlicher Kompetenz im Lehrkörper ist in den seltensten Fällen Spiegelbild der Versorgungsnotwendigkeiten.

Es besteht allerdings berechtigte Hoffnung, daß eine Neufassung der Approbationsordnung hier Verbesserungen bringen wird.

b) *Weiterbildung*: Bis zu ihrer Neufassung durch den Deutschen Ärztetag 1992 existierte in der Musterweiterbildungsordnung der Deutschen Ärzteschaft die Bezeichnung "Ernährungsmedizin" überhaupt nicht. Dies hat sich jetzt geändert: nach den neuen Richtlinien muß jeder Arzt eines nicht-theoretischen Gebietes in seiner Facharztprüfung Kenntnisse und Fähigkeiten in Ernährungsmedizin – und Prävention – nachweisen.

Insbesondere der Facharzt für Allgemeinmedizin wird demnächst die gewünschte Kompetenz in Gesundheitsberatung haben. Zukünftig wird in die allgemeinmedizinische Weiterbildung zusätzlich zum praktischen Training eine theoretische Unterweisung im Umfang von 240 Stunden aufgenommen werden. Auf diese Weise werden angehende Allgemeinärzte Kenntnisse und Fähigkeiten in Kommunikation und Gesundheitsvorsorge auf der Basis wissenschaftlicher Standards und strukturierter Curricula erlernen.

c) *Fortbildung*: Ähnliches wie für die Weiterbildung galt bis 1992 auch für die berufs begleitende Fortbildung. Allerdings hat sich hier die Situation deutlich geändert. Seit einer Analyse der Situation in der Versorgung ernährungsabhängiger Erkrankungen durch die Bundesärztekammer 1992 (5) wird bundesweit ernährungsmedizinische Fortbildung nach einem mit den wissenschaftlichen Gesellschaften abgesprochenen Themenkatalog angeboten (6).

Präventive Aspekte der Medizin werden vor allem seit Einführung der Gesundheitsuntersuchung vermehrt in der ärztlichen Fortbildung berücksichtigt. Allerdings muß die Struktur der ärztlichen Fortbildung generell geändert werden, um die Unverbindlichkeit, mit der diese vielfach absolviert wird, zu beenden (10). Im

ambulanten Bereich wird dies in Kürze durch die bundesweite Einführung von Qualitätszirkeln geschehen,

– Kindesmißhandlung
– Geriatrie
– Umgang mit HIV-Infizierten
– Suchtprävention
– Ernährungsmedizin

Tab. 3: Ausgewählte Kampagnen der Bundesärztekammer zur Gesundheitsförderung 1992/1993 (4, 6, 7, 9)

3.1.2 Ressourcen

Verbesserte Kompetenz bedeutet nicht, daß Kenntnisse und Fähigkeiten automatisch zugunsten des Patienten angewendet werden. So erklärt sich das Schattendasein, welches Diät- und Ernährungsbetreuung in der ambulanten ärztlichen Versorgung führen, weniger durch die fehlende Kompetenz als vielmehr durch die aktuelle Vergütungssituation.

Fachlich qualifizierte Diätberatung durch den Arzt läßt sich zur Zeit in einer freien Praxis kaum finanzieren (2). Eine grundsätzliche Neuordnung des Vergütungssystems für Ärzte ist dringend notwendig, um die Prioritäten der Patientenbetreuung zugunsten gesundheitsfördernder Maßnahmen zu ändern: Gespräch, Beratung und Motivation sind vielfach effektiver als Labor- und Apparatediagnostik bzw. Pharmakotherapie (3,12,14,15). Einen ersten Ansatz für ein Umdenken stellt die Abrechenbarkeit der Gruppenschulung für Diabetiker dar (3).

3.2 Prozeßqualität: Durchführung der Gesundheitsberatung

Der Erfolg einer gesundheitsfördernden Maßnahme hängt ab vom Zusammenspiel von

1. der medizinisch korrekten Indikationsstellung auf der Basis einer angemessenen Diagnostik,
2. der fachlich qualifizierten Patienteninformation über Art und Durchführung der empfohlenen Maßnahme,
3. der Motivation des Patienten zur Durchführung der Empfehlung,
4. der praktischen Anleitung des Patienten in der Handhabung der Vorschläge,
5. der Kontrolle des Beratungserfolges.

Während der Arzt primär für Diagnostik, Indikationsstellung und Kontrolle verantwortlich ist, ist er bei Information, Motivation und Anleitung des Patienten zu gesundheitsfördernder Lebensweise vielfach auf die Kooperation mit Fachkräften (Ernährungsberatern, Psychologen, Sportlehrer etc.) angewiesen. Einerseits sind diese Spezialisten häufig fachlich kompetenter als der Arzt. Andererseits kann der betreuende Arzt nur durch Kooperation mit einer Fachkraft seinem Patienten den angemessenen zeitlichen Rahmen für Beratungen, Unterrichtsveranstaltungen und praktische Übungen zur Verfügung stellen.

Von den verschiedenen Modellen der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Spezialisten sind aus der Sicht der Ärzteschaft solche untauglich, bei welchen sich die Beteiligung des Arztes an der gesundheitsfördernden Maßnahme allein auf die Verordnung derselben beschränkt. So sind zum Beispiel Ernährungsberatung, Motivation zur Ernährungsumstellung, ernährungsmedizinische Therapie und Therapiekontrolle Teile der ganzheitlichen Betreuung durch den Hausarzt. Dabei ist der Arzt seinem Patienten gegenüber für die Qualität der veranlaßten medizinischen Maßnahme verantwortlich. Er muß sich deshalb ein Bild sowohl über die Qualifikation des Spezialisten als auch über den Beratungserfolg machen können. Hilfreich könnte hier die Kooperation bei der Gesundheitsberatung auf der Grundlage von "Qualitätsrastern" (16) bzw. von "Anforderungsprofilen für Gesundheitsberatung" sein. Solche Anforderungsprofile könnten abgeleitet werden aus Standards, welche zum Beispiel in den Niederlanden (11) und in den Vereinigten Staaten (19) entwickelt wurden. Sie könnten Zielsetzung, Inhalt und Form der Durchführung einer Beratung beschreiben, aber auch die Anforderungen an die notwendige Fachkompetenz der kooperierenden Spezialisten.

Zur Sicherung der Prozeßqualität ist es weiterhin erforderlich, Ziele, Planung, Organisation und Durchführung von Leistungen systematisch zu dokumentieren. Es ist zu wünschen, daß gerade die Qualität der Dokumentation in der medizinischen Versorgung schnellstens verbessert wird. Auch hier empfiehlt sich eine Standardisierung, wie sie zum Beispiel für die Betreuung von Diabetikern vorgeschlagen wurde (17).

3.3 Ergebnisqualität

Sicherung der Ergebnisqualität bedeutet für die Gesundheitsberatung vor allem Beurteilung von

- Zielgruppenerreichung,
- Veränderung von Kenntnissen, Einstellungen und Verhaltensweisen sowie von
- Gesundheitsindikatoren.

Dabei ist die Berücksichtigung von Gesundheitsindikatoren zwar wünschenswert aber nicht obligatorisch, insbesondere wegen der schwierigen Beurteilung von Ursache und Wirkung in der Verhaltensmedizin.

Zusätzlich zur Messung von medizinischem Effekt, Ergebnis und Erfolg sollten aber auch ökonomische Aspekte evaluiert werden, nämlich

- der Aufwand an personellen, sächlichen und zeitlichen Mitteln,
- die Angemessenheit der Maßnahme in Relation zu den Bedürfnissen der Gesellschaft, der Betroffenen und der Auftraggeber,
- die Wirtschaftlichkeit.

Der ökonomische Aspekt gesundheitsfördernder Maßnahmen wird bei zunehmend begrenz-

ten Ressourcen des Gesundheitssystems von immer größerer Bedeutung sein. Hier gilt es, durch konsequente Evaluation der Ergebnisqualität zu überprüfen, welche Leistungen, Maßnahmen und Programme wirksam und wirtschaftlich sind. Unwirksame oder unwirtschaftliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung können auf diese Weise kurzfristig fallengelassen oder neu konzipiert werden.

Literatur:

1. Bundesärztekammer (Hrsg.): Praktische Ernährungsmedizin als interdisziplinäre Aufgabe in Prävention und Therapie. In: Fortschritt und Fortbildung in der Medizin. Band 17. Deutscher Ärzteverlag, Köln 1993: 167-207
2. Krimmel, L.: Ärztliche Ernährungsberatung. Berliner Ärzteblatt 1992; 105: 469-470
3. Kronsbein, P.; Jörgens, V.; Mühlhauser, I.; Scholz, V.; Venhaus, A.; Berger, M.: Evaluation of a structured treatment and teaching programme in non-insulin dependent diabetes. Lancet 1988; i: 1407-1411
4. Meier-Baumgartner, H. P. et al.: Curriculum für eine 3-Tages-Fortbildung Geriatrie. Bundesärztekammer, Köln, 1993 in Druck
5. Ollenschläger, G.: Stellenwert der Ernährungsmedizin in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Akt Ernähr Med 17: 1992, 228-232
6. Ollenschläger, G.; Engelbrecht, J.: Fortbildung mit den Ärztekammern - Konzepte und Programme der Bundesärztekammer 1993. Dtsch Ärzteblatt 89: 1992 A, 4082-4084
7. Ollenschläger, G.: Suchtprävention als Bestandteil ärztlichen Handelns. Niedersächsisches Ärzteblatt, 21/1992, 21-24
8. Ollenschläger, G.: Der Arzt in der Gesundheitsförderung. Prävention 16: 1993, in Druck
9. Ollenschläger, G.: Zum Problem der Mißhandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht. Der Kinderarzt, 1993, 24, S. 687-692, 807-811, 909-914
10. Ollenschläger, G.; Engelbrecht, J.: Vorschläge zur Qualitätssicherung ärztlicher Fortbildung anhand von Standard-Kriterien. Z ärztl. Fortbildung, 1993, 87, S. 681-686
11. Rutten, G.: Quality of care in general practice and a fixed denominator. Gesundh.Wes, 1993; 55: 22-25 (Sonderheft)
12. Sawicki, P. T.; Mühlhauser, I.; Didjurgeit, U. et al.: Strukturoptimierung der antihypertensiven Therapie. Langzeitergebnisse einer randomisierten prospektiven Studie in Arztpraxen. Dtsch Ärztebl 1993; 90: A₁-1736 bis 1741
13. Schauder, P.; Ollenschläger, G.; Wolfram, G.: Curriculum Ernährungsmedizin: Bisher kaum Veranstaltungen an medizinischen Fakultäten. Dtsch Ärzteblatt 89: 1992, A, 3134-3137
14. Shapiro, M. F.; Greenfield, S.: The complete blood count and leukocyte differential count. Ann Intern Med 1987; 106: 65-74
15. Tape, T.G.; Mushlin, A.: The utility of routine chest radiographs. Ann Intern Med. 1986; 104: 663-670
16. Töppich, J.; Kruse, J.; Mann-Luoma, R.: Der "Qualitätsraster Adipositas" der BZgA. Prävention 1993; 16: 18 bis 20
17. Töller-Suchan, B.: Mit Diabetes gut leben. Ein Gesundheits-Programm für Diabetiker. Dtsch Ärzteverlag, Köln 1993
18. v. Troschke, J.: Qualitätssicherung in der Prävention und Gesundheitsförderung. Prävention 1993; 16: 4-8
19. U.S. Preventive Services Task Force (Hrsg.): Guide to clinical preventive Services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. William & Wilkins, Baltimore 1989

Anschrift des Autors:

Priv.-Doz. Dr. Dr. med. G. Ollenschläger
 Medizinische Fakultät der Universität zu Köln
 c/o Bundesärztekammer
 Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung
 Herbert-Lewin-Straße 1, W-50931 Köln