



Universität
Zürich^{UZH}

UniversitätsSpital
Zürich



Institut für
Hausarztmedizin

Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte

Teilprojekt im Rahmen des Projekts
«Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»

Zusammenfassung und Empfehlungen

Unterstützt durch

die Kantone:

Aargau

Appenzell Ausserrhoden

Basel-Land

Bern

Graubünden

Luzern

Nidwalden

Schaffhausen

Solothurn

Thurgau

Uri

Zug

Gesundheitsförderung
Schweiz

Beratungsstelle
für Unfallverhütung

Marco Zoller
Nina Badertscher
Pascal Rossi

Februar 2011

1. Zusammenfassung

Einleitung: Die demographische Entwicklung in der Schweiz führt zu einem markanten Anstieg des Bevölkerungsanteils von über 65jährigen Personen in den nächsten Jahren. Gesundheitsförderung in diesem Segment will über die verlängerte Selbständigkeit dieser Personen ihre Lebensqualität erhöhen und dank verzögerter Pflegeheimweisungen Gesundheitskosten reduzieren. Der Hausarzt wird dabei auf Grund seiner jahrelangen Patientenbeziehung und seines breiten medizinischen „Know Hows“ als prädestinierter Partner angesehen, bis anhin wurden Gesundheitsförderungsprojekte in Hausarztpraxen jedoch nur zögerlich umgesetzt. Als Teil des nationalen Projektes „Best Practice Empfehlungen zur Gesundheitsförderung im Alter“ untersuchten wir im vorliegenden Projekt, welche Faktoren die Partizipation von Hausärzten in Gesundheitsförderungsprogrammen beeinflussen, und welches die Barrieren bzw. Anreize für Hausärzte sind, sich in solchen Projekten zu engagieren.

Methodik: Wir bildeten 5 Fokusgruppen mit jeweils 6-9 Hausärzten, 2 Gruppeninterviews wurden in der Romandie durchgeführt, 3 in der Deutschschweiz. Die Interviews wurden aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und nach Methoden der qualitativen Forschung ausgewertet. Diese Ergebnisse ergänzten wir einerseits durch eine deskriptive Literaturanalyse, andererseits durch telefonische halbstrukturierte Einzelinterviews mit verschiedenen Schlüsselpersonen bereits realisierter Projekte.

Resultate: Als wichtige mögliche Anreize für Hausärzte, an Gesundheitsförderungsprojekten teilzunehmen, wurden unter anderem genannt: Persönliches Interesse und Motivation des Hausarztes am Thema, ein offensichtlicher Nutzen für den Klienten^{*} beziehungsweise hohe Evidenz für den Nutzen, Zeiteinsparung für den Hausarzt durch Abdelegieren von Arbeitsschritten und die adäquate Vergütung der ärztlichen Leistung. Als Motivation für die Klienten schlugen die Hausärzte ein Bonus-System vor und betonten, dass zuvor die gesellschaftliche Wahrnehmung von Gesundheit als wertvolles persönliches Kapital durch eine Sensibilisierungskampagne verbessert werden müsste. Die hauptsächlichen Barrieren für Hausärzte lassen sich in vier Gruppen zusammenfassen: Knappe zeitliche Ressourcen (aktuelle Probleme und explizite Aufträge stehen während der Sprechstunde ständig im Vordergrund), zu restriktive beziehungsweise fehlende Vergütung von präventiven Leistungen, eine generelle Skepsis gegenüber Gesundheitsförderungsprojekten seitens mancher Ärzte sowie mangelhafte Information über geplante oder laufende Projekte. Seitens der Klienten beobachteten die Gesprächsteilnehmer v.a. logistische Probleme wie zu lange Anfahrtswege und ein häufig ungenügendes Verständnis für den zu erwartenden Nutzen. Ihre Rolle sahen die Hausärzte vorwiegend in einer Triage-, Koordinations- oder Motivierungsfunktion. Verschiedene Kooperationspartner für Gesundheitsförderungsprojekte wurden diskutiert.

Diskussion: Insgesamt zeigte sich unter den Hausärzten eine grosse Heterogenität von Einstellungen und Meinungen gegenüber Gesundheitsförderung im Alter. Wenn zukünftige Projekte vermehrt beachten, dass die Hausärzte nicht mit administrativem Zusatzaufwand belastet werden, Informationspfade in verschiedenen Modalitäten etabliert werden (einheitliche webbasierte Plattform, E-Mail, Fax, Brief, etc.), die ärztlichen Leistungen adäquat vergütet werden und vor allem dass die Hausärzte von Beginn weg systematisch in Planung und Umsetzung des Projektes mit einbezogen werden (vorzugsweise über ihre lokalen Organisationen) dann besteht am ehesten eine Chance für verbesserte Partizipation der Hausärzteschaft. Hausärzte verstehen ihre Arbeit als Dienstleistung gegenüber dem individuellen Patienten, dieser ist Auftraggeber. Gesundheitsförderungsprojekte entstehen gewöhnlich aus einer Public Health Perspektive heraus. Daraus entstehen unterschiedliche Sichtweisen und Haltungen, welche noch durch die verschiedenen Kulturen der Berufsgruppen verstärkt werden. Diese Differenzen gilt es in der gesamten Kommunikation und Planung eines Projektes zu berücksichtigen.

Empfehlungen: In diesem Kapitel werden die Erkenntnisse als praktische Empfehlungen formuliert. Die Einteilung berücksichtigt dabei zwei Achsen, zum einen die verschiedenen Projektphasen, zum andern welche Ebene der ärztlichen Strukturen betroffen ist, d.h. ob eine Empfehlung z.B. primär den einzelnen Arzt, die Praxis oder z.B. ein Ärztenetzwerk adressiert. Wir verweisen für die konkreten Empfehlungen auf Kapitel 6 bzw. auf die Zusammenstellung der Empfehlungen im Anhang.

Handlungsempfehlungen für Gesundheitsförderungsprogramme

6.1. Einleitende Bemerkungen

Auf Wunsch des Auftraggebers versuchen wir abschliessend, einige Handlungsempfehlungen zu formulieren, wie in Zukunft der Einbezug der Hausärzteschaft in die Gesundheitsförderung im Alter optimiert werden kann. Es ist uns ein Anliegen, nochmals festzuhalten, dass diese Handlungsempfehlungen zum grössten Teil auf den Resultaten eines qualitativen Forschungsansatzes basieren und somit keinerlei quantitative Aussage oder Gewichtung erlauben. Diese muss im jeweiligen Projektkontext erarbeitet werden. Zudem fliesst hier in die Formulierungen neben den eigentlichen Resultaten der Studie zwangsläufig auch Erfahrungswissen der Institutsmitarbeiter mit ein. Die bisherigen Abschnitte sind somit mit der dargestellten wissenschaftlichen Methodik erarbeitet, der folgende Abschnitt kann diesen Anspruch nicht mehr vollumfänglich erfüllen.

Generell kann, wie im Abschnitt Diskussion festgehalten, nicht a priori ein flächendeckender Einbezug der Hausärzte erreicht werden, dafür sind die Hausärzteschaft und ihre Interessen zu heterogen. Vielmehr sollte in den einzelnen Projekten gezielt versucht werden, eine besonders motivierte Gruppe zu einer aktiven Mitarbeit zu gewinnen. Diese Gruppe wiederum kann dazu beitragen, dass eine grössere Zahl der im Gebiet tätigen Hausärzte im Projekt wenigstens auf einer bescheideneren Stufe kooperieren, indem sie z.B. geeignete Klienten identifizieren, auf das jeweilige Projekt aufmerksam machen und für dieses motivieren, nicht aber in den eigenen Praxen Beratungsfunktionen übernehmen. Das Gesamt der Vorschläge mag erdrückend wirken, bereits die Berücksichtigung der wichtigsten Empfehlungen z.B. aus den Schlussfolgerungen dürfte jedoch einiges Potential für den verbesserten Einbezug bieten.

In unserer Auswertung der verschiedenen Gespräche versuchten wir, Lösungsbeiträge zu den aufgeworfenen Problemen auf den folgenden Ebenen darzustellen:

- Arzt individuell (z.B. Eigene Erwartungen, Werthaltung, Arbeitsweise, Schwerpunkte, etc.)
- Praxisebene (z.B. Einzel-/Gruppenpraxis, Teamressourcen, Einbindung, etc.)
- Netzwerkebene (Sind Ärzte in ein Netzwerk eingebunden? Zielsetzungen, Verträge, laufende Projekte, Kommunikationskonzept, Qualitätsentwicklung etc.)
- Berufsverband (Rolle der Fachgesellschaft lokal, regional, kantonale, etc.)
- Klienten (Zielgruppenspezifische Fragestellungen, insbesondere für diejenigen, welche von Gesundheitsförderungsmassnahmen am meisten profitieren könnten, altersgruppengerecht bzw. funktionsgruppengerecht)
- Schnittstellen zu den Projektorganisationen und anderen externen Partnern
- Gesellschaftliche bzw. politische Ebene

Dabei wurden Vorschläge auf die wichtigsten Stadien von möglichen Gesundheitsförderungsprojekten projiziert, d.h. auf ihre Bedeutung für Projektidee, strategische Planung (Protokollerstellung) sowie Detailplanung und Umsetzung.

6.2. Phase Projektidee

In der Phase, in welcher eine „Projektidee Gesundheitsförderung im Alter“ entwickelt wird, können wichtige Grundlagen für eine verbesserte Mitarbeit der Hausärzte geschaffen werden. Zunächst ist in dieser frühen Phase die Frage zu beantworten, welche Rolle aus Sicht der Initianten die Hausärzte spielen sollen: In welchem Masse erwartet wird, dass sie Klienten für ein bestimmtes Programm motivieren werden; in welchem Masse von Ihnen eine systematische Screening- und Assessment-Funktion erwartet wird und in welchem Masse eine eigene Beratungstätigkeit ausgeführt werden soll.

Wird den Hausärzten im Projekt eine relevante Rolle in einer dieser drei Funktionen zugeschrieben, so sollte von Beginn weg eine hausärztliche Vertretung im Projektteam angestrebt und realisiert werden. Optimal, dies wurde auch erwähnt, wäre wohl wenn hausärztliche Vertreter zur Initiantengruppe gehören und so eine hohe Identifikation mit dem Projekt erreicht wird. Andernfalls sollte zumindest ein früher Einbezug der Hausärzte in ein Projekt angestrebt werden (**Barriere zu geringer Einbezug**). Der frühe Einbezug wurde mehrfach genannt und nicht kontrovers diskutiert. Er muss in dieser Phase keinen zeitaufwändigen Einsatz bedeuten (**Barriere Zeitaufwand**), die hausärztliche Vertretung sollte aber eine klare Aufgabenstellung und einen Fragenkatalog vorfinden. Als wichtig wird auch die Selektion der Personen angesehen. Es genügt nicht, wenn z.B. aufgrund einer persönlichen Bekanntschaft einfach irgendein Hausarzt für die Mitarbeit angefragt wird. Die Person sollte über genügend Berufserfahrung und einen gewissen Leistungs- oder Interesseausweis im Bereich Geriatrie sowie in Gesundheitsförderung aufweisen. Sodann sollte sie von einer Mehrheit der ärztlichen Zielgruppe für eine solche Funktion anerkannt und akzeptiert sein. Dies wird am besten erreicht, indem nicht direkt eine Zielperson angesprochen wird, sondern der Weg über die Führungsebene einer regionalen Ärzteorganisation (Fachorganisation, Ärztenetzwerk o.ä.) gesucht wird. Damit besteht einerseits eher Gewähr, dass fachlich qualifizierte und auch bei den Kollegen akzeptierte Hausärzte ins Projekt involviert werden, zugleich findet implizit eine erste Projektdiskussion auf Vorstandsebene der angefragten Ärzteorganisation statt, was die spätere Akzeptanz positiv beeinflussen kann oder andernfalls zu wertvollen Rückmeldungen führen würde, dass das Projekt aus hausärztlicher Sicht in wichtigen Punkten angepasst werden müsste. Nach Möglichkeit sollte eine solche Mitarbeit von Hausärzten in der Formulierung der Eckwerte des Projektes auch adäquat entschädigt werden (**Barriere Finanzen**). Den ärztlichen Mitarbeitern könnte von Beginn weg zusätzlich zu den Projektunterlagen als Orientierungshilfe der Abschnitt „Handlungsempfehlungen“ der vorliegenden Studie zur Verfügung gestellt werden (**Barriere mangelnde Information**).

Damit der Input nicht von einer Einzelperson mit subjektiven Interpretationen zu stark beeinflusst wird, sollte wenn möglich einer kleinen Gruppe der Vorzug zu geben. Dies kann z.B. ein Qualitätszirkel sein. Dabei sollte die Initiantengruppe grundlegende Kenntnisse über die Funktionsweise eines Qualitätszirkels haben. Es ist sehr wichtig zu wissen, dass die allermeisten Qualitätszirkel bei der Wahl der Themen völlig autonom entscheiden. Ein solches Thema steht also in Konkurrenz zu anderen Themen, die im Zirkel zur Diskussion stehen, eine Absage ist keineswegs mit generellem Desinteresse am Thema gleichzusetzen. Für den Fall einer Absage sollte jedoch ein alternatives Szenario bereitgehalten werden.

Wenn es gelingt, über eine lokale oder regionale Organisation, Fachgruppe, Qualitätszirkel oder ein Ärztenetzwerk einen Zugang aufzubauen, so wird eine entscheidende Gruppe von Barrieren, nämlich der schwierige motivierende Kontakt mit individuellen, oft überlasteten Hausärzten, stark relativiert.

Weitere Barrieren spielen in dieser Phase eher eine untergeordnete Rolle und werden daher bei anderen Projektphasen behandelt.

| Barriere: | Empfehlung: |
|---|---|
| Zu geringer Einbezug der Hausärzteschaft in Planung | Hausärztliche Vertretung möglichst in Initiantengruppe oder zumindest bereits in der Planungsphase im Projektteam. Darauf achten, dass hausärztliche Vertreter lokal in dieser Funktion gut anerkannt und akzeptiert sind (Rekrutierung über lokale Organisation) |
| Zeitnot | Trotz frühem Einbezug keinen allzu zeitaufwändigen Einsatz der hausärztlichen Vertreter erwarten, klare Aufgabenstellung formulieren |
| Finanzen | Engagement der hausärztlichen Vertreter (z.B. Teilnahme an Planungssitzung, etc.) sollte adäquat vergütet werden vom Projektbudget |
| mangelnde Information | Projektunterlagen ergänzen durch Abgabe dieser Handlungsempfehlungen an die hausärztlichen Vertreter |

6.3. Phase strategische Projektplanung (Protokollerstellung)

In dieser strategisch ausgerichteten Phase ist der substanzielle Einbezug einer versierten hausärztlichen Vertretung unabdingbar, da es um die Definition von Zielen, um die Wahl von Inhalten, Instrumenten und Prozesspfaden sowie um die Zuteilung von Verantwortlichkeiten geht. Vorausgesetzt, das hausärztliche Potential soll zielgruppengerecht bezüglich Klienten (jene, die es „am nötigsten“ haben, d.h. gesundheitlich und bezüglich selbständiger Lebensführung am meisten gefährdet sind) erschlossen werden, so sind hier wertvolle Inputs zu erwarten. Das Resultat dieser Phase ist das Gerüst für einen Projektplan oder ein Protokoll, welches für Anträge zur Projektfinanzierung genutzt wird.

Wesentliche, in der strategischen Phase zu adressierende Barrieren

- Angebot zu kompliziert aufgebaut?
- Misstrauen gegenüber dem Programm und den Anbietern
- Starrer top-down Ansatz
- Unterschiede Berufsrolle zwischen Projektteam und Hausärzten
- Logistische Mängel wie z.B. lange Anfahrtswege für Klienten
- Ungenügende Vergütung
- Administrative Zusatzbelastung
- Zeitnot
- Ungenügendes Informationsmanagement
- Mangelnde Evidenz für die Empfehlungen
- Mangelnde Flexibilität bei Vorgaben und Empfehlungen
- Kontrollängste
- Konkurrenzängste
- Ethische Bedenken

Praktisch alle relevanten, aus den Gruppendiskussionen hervorgegangenen Barrieren müssen in dieser wichtigen Projektphase thematisiert und mit den hausärztlichen Vertretern intensiv diskutiert werden, um die Ansichten und Bedürfnisse der lokalen Hausärzteschaft zu erfassen und das weitere Vorgehen auf diese Erkenntnisse abzustimmen. Dies ist eine grundlegende Voraussetzung dafür, dass nach einer allfälligen erfolgreichen Zusage der Finanzierung für das Projekt die Feinplanung in Angriff genommen werden kann und in der späteren Umsetzungsphase auf genügend Akzeptanz bei den lokal niedergelassenen Hausärzten aufgebaut werden kann. Von besonderem Interesse ist die kulturelle Barriere der Berufsrolle. Diese Unterschiede in Wahrnehmung und Haltung zwischen Gesundheitsförderungsteam und Hausärzten müssen spätestens in dieser Phase diskutiert und für alle Beteiligten transparent gemacht werden. Die meisten Projektmitarbeiter arbeiten im Angestelltenstatus und vertreten einen Public Health Ansatz als Auftrag in der Überzeugung, den Klienten etwas Gutes anzubieten und zugleich gesellschaftliche Probleme zu entschärfen. Der Hausarzt hingegen geht mit dem Klienten einen obligationsrechtlichen Behandlungsvertrag ein, in welchem der Klient Auftraggeber ist. Die meisten Klienten sind nicht in Managed Care Modellen als eingeschriebene Patienten gelistet, sondern treten als freie Patienten auf, welche bei Unzufriedenheit mit dem Arzt diesen jederzeit wechseln können. Auf dieser spezifischen Situation basiert die Sicht der durchschnittlichen Schweizer Hausärzte auf die Arzt-Patienten-Beziehung und die Ausrichtung auf eine sehr individualisierte Medizin, die sich stark an den Patientenbedürfnissen orientiert. Diese aber decken sich primär keineswegs immer mit gesellschaftlich angestrebten Zielen. Als Folge solch unterschiedlicher Haltungen und Rollen finden sich auch kulturelle Differenzen, welche im Projekt zu Missverständnissen führen können, indem z.B. dieselben Begriffe verwendet werden, aber in unterschiedlicher Bedeutung.

Handlungsempfehlung: Für die Zusammenarbeit mit den Hausärzten sollen diese Barrieren diskutiert und insbesondere die wichtigen Rollen-Differenzen allen Mitarbeitern im Projekt vertraut gemacht werden. Diskutieren Sie Fragen wie „Was bedeutet für Sie Gesundheitsförderung?“ oder „Wie definieren Sie ganzheitliche Betreuung und welche Rolle spielen Sie dabei einerseits im beruflichen Alltag und andererseits speziell im Projekt?“ und „Inwiefern lässt sich in der aktuellen Situation überhaupt Gesundheitsförderung in Ihren Sprechstundenalltag integrieren?“ mit den Ärzten im Projekt. Danach sollen Möglichkeiten gesucht werden, wie solche Unterschiede zum Wohle der Patienten eingesetzt werden können.

6.4. Phase Detailplanung und Umsetzung

Die meisten Überlegungen zu Barrieren in der Detailplanung sind zugleich relevant für die Umsetzung, sodass diese beiden Phasen gemeinsam diskutiert werden. Ist in der vorgängigen, eher strategisch ausgerichteten Protokollphase ein substantieller Einbezug der Hausärzte zentral, so kann dieser in der Detailplanungsphase u.U. wieder mehr punktuell sein, falls die Vorgaben klar genug sind. Die

Detailierung der Planung kann von den entsprechenden Fachpersonen vorangetrieben werden, zumindest sollten jedoch die Entwürfe den beteiligten Hausarztvertretern rechtzeitig für Ergänzungen oder Änderungsvorschläge zugänglich gemacht werden und Raum für die Diskussion vorhanden sein.

6.4.1. Barriere Zeitnot

Dieses hausärztliche Problem hat in allen Gesprächen eine sehr dominante Rolle gespielt. Lösungsvorschläge können hier sinnvollerweise auf die verschiedenen Ebenen aufgegliedert werden.

Praxisebene: Ein Projekt, das neu in eine Arztpraxis eingeführt wird, ergibt dort zusätzlichen Aufwand in Information, Vorbereitung, Teamschulung, Sprechstunde und Administration. Jeder dieser Bereiche sollte analysiert werden, Aufwandschätzungen durchgeführt und geprüft werden, welche Schritte zwingend in der Arztpraxis ablaufen müssen und welche die Projektorganisation übernehmen kann. Innerhalb der Arztpraxis ist sorgfältig zu prüfen, welche Funktionen zwingend durch den Arzt wahrgenommen werden müssen und welche ebenso gut von der Praxisassistentin umgesetzt werden können (z.B. Minimieren des administrativen Aufwandes, der durch das Projekt entsteht, Prüfen, ob Teilaufgaben auf der ärztlichen Seite abdelegiert werden können (intern oder extern)). Es sollten die Voraussetzungen dafür optimiert werden, dass MPAs solche Teilaufgaben übernehmen können.

Arztebene: Es können zusätzlich Massnahmen geprüft werden, welche zu einer Prioritätenänderung in der ärztlichen Haltung führen können (sodass die betreffenden Ärzte z.B. dann gewisse andere Schritte in der Sprechstunde abdelegieren und dafür zentrale Elemente der Gesundheitsförderung zu ihrer Kernfunktion zählen und bewusst einsetzen). Die Kommunikation solcher Möglichkeiten muss sorgfältig durch die beteiligten Ärzte geplant werden und muss den Eindruck vermeiden, dass eine solche Änderung der Prioritäten vom Projekt erwartet oder vorausgesetzt wird.

Netzwerkebene: Es können ebenfalls zeitsparende Schritte in Kommunikation, Fortbildung, Qualitätszirkeln etc. angeboten werden. Wichtige Lösungsvorschläge können von der Projektgruppe einer SWOT Analyse unterzogen werden, um den Ressourceneinsatz optimieren zu können. Lösungsvorschläge, welche in die Praxisprozesse greifen, sollten jedoch nicht von einer nichtärztlichen Projektgruppe den Hausärzten vorgeschlagen werden (Barriere externes Kontrollgefühl), sondern von den involvierten Hausärzten ausgearbeitet und in geeigneter Form von diesen an die gesamte Hausärzteschaft im Projektgebiet herangetragen werden.

| Ebene: | Empfehlung: |
|---------------|---|
| Praxisebene | Minimierung der notwendigen Projektschritte in der Arztpraxis. Überprüfung, welche dieser Schritte in der Praxis an MPAs abdelegiert werden können |
| Arztebene | Vorschläge zu Prioritätenänderungen in Kerntätigkeit nur von Ärzten einbringen lassen, keine Erwartungshaltung |
| Netzwerkebene | Lösungsvorschläge zur Zeitoptimierung, die in Praxisprozesse eingreifen, sollten von involvierten Hausärzten ausgearbeitet und im Ärztenetzwerk diskutiert werden |

6.4.2. Inhaltliche Barrieren

Um diese zu minimieren ist einerseits eine spezifische Bearbeitung des Inhaltes (gut belegter Langzeitnutzen über mindestens 5 Jahre, Pilotversuch unter Schweizer Verhältnissen, klare Angaben zu Auftrag, Massnahmen und deren Kadenz (ähnlich Impfprogramm)) sowie auch der Kommunikationswege (nicht ausschliesslich auf Post oder Internet setzen, sondern kombinieren, u.U. heute noch der Einsatz von Fax und zusätzlich E-Mail) und Aufbereitung der Inhalte.

Sowohl in den Interviews wie auch in der Literatur wird betont, wie wichtig die Aufbereitung des Inhalts im Material ist, welches in den Projekten Verwendung findet. Dieses soll attraktiv, kurz und gut gegliedert sein, inhaltlich korrekt und vor allem altersgruppengerecht auf gute Verständlichkeit geprüft. Material, welches in der Arztpraxis abgegeben werden soll, muss im Sprechzimmer bzw. am Empfang jederzeit verfügbar sein (ev. auch Download bzw. Ausdruck von Website).

Unter diesem Abschnitt kann nochmals eine schwierig zu fassende Skepsis gegenüber der Gesundheitsförderung bzw. der Rolle der Hausärzte aufgegriffen werden. Die entsprechenden Aussagen zeigen auf, dass die meisten Schweizer Hausärzte auch in Prävention und Gesundheitsförderung nicht von einem Public Health Auftrag ausgehen, sondern von einem individuellen patientenzentrierten Ansatz, in dessen Mittelpunkt der Behandlungsauftrag durch den Patienten steht. Daraus resultiert eine Barriere, den Patienten zu Lifestylefragen anzusprechen, ohne dass dieser das Thema gewünscht hat, insbesondere eben bei Senioren, da diese ihr Leben gelebt haben und oft über mehr Lebenserfahrung verfügen als der Arzt selbst. Themen wie Adipositas oder ein frühzeitiger MMS (Mini Mental Status) könnten auf Klienten unter Umständen beleidigend wirken. Diese Fragen der Werthaltung entziehen sich einem einfachen Schema in einem Projekt. Sie können kaum in einer Projektinformation angemessen thematisiert werden. Am ehesten scheint eine zielführende Diskussion dieser komplexen Handlungsfragen im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung möglich, welche um ein solches Projekt herum organisiert wird. Allerdings zeigen die Aussagen in den Gruppen, dass die grössten Sceptiker wohl nur in Ausnahmefällen eine entsprechende separate Fortbildung besuchen würden. Ein Zugang zu dieser besonderen Zielgruppe ist somit am ehesten zu erreichen, wenn diese Fortbildung in eine gut besuchte regionale

Hausarztfortbildung als ein Thema unter anderen eingebettet wird. Ebenfalls ein Lösungsbeitrag kann es sein, wenn das Projekt signalisiert, dass es ebenfalls von der individualisierten Werthaltung ausgeht und nicht sture Vorgaben an die Klienten heranträgt („individualisierbare Lösungen, tötet nicht die Kreativität des Arztes“).

| Barriere: | Empfehlung: |
|--|--|
| Mangelnde Evidenz, Nutzen zu wenig belegt | Nachweis gut belegten Langzeitnutzens (über mindestens 5 Jahre), Pilotversuch unter Schweizer Verhältnissen, klare Angaben zu Auftrag, Massnahmen und deren Kadenz |
| Ungenügendes Material* (vergleiche Tabellenende) | Material attraktiv, übersichtlich, genügend umfassend, korrekt und verständlich. Verfügbarkeit in Sprechstunde entscheidend |
| Patientenzentrierter Ansatz statt Public Health Ansatz in der Hausärzteschaft | Einbettung des Public Health Ansatzes in Fortbildungsangebote für Hausärzte (Cave: Gruppe der grössten Skeptiker schwer zu erreichen) |
| Zu enge Vorgaben im Projekt | Individualisierbare, patientenzentrierte Projektformen zulassen |
| <p>* Anmerkungen zum Material:</p> <p>Vorgaben zum Material in einzelnen Projekten können nicht allgemeingültig gegeben werden, da es abhängig von Projekt und regionalen Gegebenheiten unterschiedliche Pfade und Bedürfnisse betreffend Information geben kann. Wir möchten an dieser Stelle dennoch versuchen, die wichtigsten Äusserungen zusammenzufassen und in einen Ablauf zu bringen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grundsätzlich wurde verschiedentlich das Bedürfnis nach einer übersichtlichen und einheitlichen Internet-Plattform geäussert. Diese sollte zumindest eine Suchfunktion nach Regionen beinhalten, welche die pro Region/Stadt laufenden Projekte übersichtlich darstellt. Innerhalb der einzelnen Projekte müssten dann von der Übersichtsinformation über die Ansprechpersonen bis zum Informationsmaterial für die Klienten und die Fachpersonen alle Unterlagen einfach auffindbar und für den Download bereit sein. Es sollte sich um eine nationale Plattform mit breit abgestützter Trägerschaft handeln, welche optimalerweise den gesamten Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention abdeckt. Das Zurverfügungstellen einer passiven Plattform allein genügt jedoch nicht. Diese wird erst genutzt, wenn der Bekanntheitsgrad hoch ist und sie in den Favoritenordnern der meisten Ärztedesktops integriert ist. 2. Sämtliches angebotenes Material sollte in Zusammenarbeit mit den Hausärzten bzw. ihren Organisationen entwickelt und ausgearbeitet worden sein. 3. Der Pfad der Erstinformation hängt von den regionalen Gegebenheiten ab. Wird z.B. mit der kantonalen Fachgesellschaft zusammengearbeitet, so kann die Erstinformation allenfalls über deren Kanäle verbreitet werden, ebenso bei der | |

Zusammenarbeit mit Ärztenetzwerken. Dabei werden Frequenz und Formate durch die Möglichkeiten dieser Partner mitbestimmt. In vielen Organisationen wird heute elektronisch kommuniziert, sodass der Aufwand wesentlich reduziert werden kann. Frühzeitige Planung ist wegen unterschiedlicher Kadenz dennoch wichtig.

4. Für die Qualität von Information und Darstellung sind gute Leitfaden verfügbar, wie etwa jener aus dem National Health Service von Grossbritannien, (<http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/456/Guide%20to%20writing%20leaflets.pdf>). Material, welches deklariert nach solchen Regeln erstellt wurde, wird auch bei der Ärzteschaft eine optimale Glaubwürdigkeit geniessen und eher angenommen werden.
5. Die Aussagen in den Interviews machen klar, dass eine Balance für die optimale Informationsmenge gefunden werden muss. Eine einmalige Information mittels Postversand wird offensichtlich keine nachhaltige Aufmerksamkeit erreichen. Da die Bedürfnisse betreffend papierener und elektronischer Post unterschiedlich sind, dürfte aktuell in vielen Fällen eine Kombination beider Wege das Optimum darstellen. Bei genügendem Budget könnten z.B. ein zweimaliger Post- und ein zweimaliger Mailversand für ein wichtiges Projekt innert z.B. 6 Monaten eine gute Lösung darstellen.
6. Im Übrigen deuten die Aussagen darauf hin, dass es keinen Sinn macht, auf dem teuren Papierweg zuviel Material ungefragt zuzustellen. Es wird höchstens von den bereits initial Interessierten genutzt. Allenfalls kann einem Erstversand ein attraktives farbiges Patienten-Informationsblatt oder ein gut gemachter Leporello beigelegt werden. Alles andere sollte – sofern es nicht vom Format her als Download zur Verfügung gestellt werden kann – per Mausclick einfach bestellbar sein.
7. Die Motivation der Ärzte zur Kooperation kann möglicherweise gesteigert werden, wenn auch Tools erarbeitet werden, die exklusiv auf die ärztliche Anwendung zugeschnitten sind. – neben Material für die Patienten und solchem für andere Health-Professionals
8. Die Orientierung über ein Projekt – was bringt es für die Patienten, was für die Ärzte, mit welchem Aufwand, ist die Nachhaltigkeit belegt und gesichert – sollte innert 2-3 Minuten anhand des Materials möglich sein, die Orientierung auf der Website, um die gewünschten Unterlagen aufzufinden, in weniger als 1 Minute.
9. Die Arztinformation muss streng sprechstundengerecht sein und den obgenannten Qualitätskriterien in der Version Arztinformation genügen.

6.4.3. Barriere mangelnde Information der Hausärzteschaft über laufende Projekte

Praxisebene: Es waren recht viele Klagen auszumachen, die Information über solche Projekte (z.B. das Stadtzürcher Projekt mit dem Gesundheitsprofilverfahren) gehe unter in der täglichen Informationsflut, erfolge nicht zeitgerecht, nicht in den nötigen Stufen und Kadenzen, ohne Feedback im Verlauf, als Einweg-Verfahren („Man muss den Programmen zu sehr nachrennen“.) Als Lösungsweg bietet sich ein mit den Ärzten im Vorfeld abgestimmtes Kommunikationskonzept an. Oft

erwähnt wurde der Wunsch nach einer stets aktualisierten Website, welche regional alle relevanten Informationen zur Verfügung stellt. Damit diese attraktiv ist, sollte sie nicht nur Informationen zu einem spezifischen Projekt enthalten, sondern z.B. sämtliche Informationen zur Gesundheitsförderung einer Region abbilden. Neben einer solchen Pull-Option müssen jedoch zweifellos auch Informationen in regelmässigen Abständen als Push-Option verschickt werden.

Arztebene: Neben der Sachebene sollte stets auch überprüft werden, wie die Information auf jeder Stufe aufbereitet und dargestellt werden kann, um die Motivation der Hausärzte zu verbessern, sich im Projekt zu engagieren.

Netzwerkebene: Auf der Ebene der Ärztenetzwerke wie z.B. Argomed, MediX, Thurcare oder zmed ist nachzufragen, ob Interesse und Commitment des Ärztenetzwerkes soweit gehen, bei der Erarbeitung und Verteilung der Information mitzuwirken, haben doch solche Ärztenetzwerke oft effiziente und preisgünstige Kanäle wie z.B. regelmässige elektronische oder papierbasierte Mailings. Ebenso wissen die Kommunikationsbeauftragten der Ärztenetzwerke und Ärztegesellschaften recht genau, welches Ausmass und welche Präsentation von Informationen am besten aufgenommen werden.

| Ebene: | Empfehlung: |
|---------------|---|
| Praxisebene | Kommunikationskonzept ausarbeiten, z.B.: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ständig aktualisiertes Internet-Infoportal ▪ regelmässiger Versand aktueller Informationen über verschiedene Kanäle (E-Mail, Post, Fax) |
| Arztebene | Information auf die Motivierung der Ärzte prüfen und ausrichten. Die verschiedenen Nutzen einer Beteiligung für die Patienten wie auch für die Arztpraxis hervorheben |
| Netzwerkebene | Abklärung mit lokalen Ärztenetzwerken, ob Interesse an gemeinsamer Ausarbeitung und Verteilung von Informationen besteht |

6.4.4. Barriere Vergütung

Politische Ebene: Es ist auf eine sachgerechte Vergütung ärztlicher präventivmedizinischer Leistungen im Tarifsystem hinarbeiten.

Für das Problem des Zeitmangels wurde zudem als ein möglicher Lösungsweg vorgeschlagen, Arbeiten innerhalb der Praxis oder des Ärztenetzwerkes an nichtärztliche Partner zu delegieren. Damit ist jedoch auch das Problem angesprochen, dass die Vergütung nichtärztlicher Leistungen noch nicht möglich ist, z.B. Beratungen durch speziell qualifizierte MPAs für definierte Bereiche. Natürlich können einzelne Projekte hierauf nur einen sehr bedingten oder gar keinen Einfluss nehmen. Dennoch ist es für die Wahrnehmung der Hausärzte wichtig, dass in der Projektinformation auf diese Probleme eingegangen wird.

Praxisebene: Auf dieser Ebene muss die reale Entschädigung bis auf weiteres wohl auf andere Arten gelöst werden. Folgende Möglichkeiten sind zu prüfen:

- Ärzte, welche im Projektteam mitarbeiten, sollten auf Stundenbasis eine adäquate Entschädigung erhalten.
- Können im Projekt selbst die ärztlichen Leistungen in der Praxis ganz oder teilweise durch den Grundleistungskatalog abgedeckt werden? Dann müssen die entsprechenden Positionen und Verrechnungsmodi den Ärzten bekannt gegeben werden. Allenfalls muss die Frage mit SantéSuisse oder einzelnen beteiligten Kassen geklärt werden.
- Falls dies nicht oder nicht vollständig der Fall ist, kann den Praxen u.U. aus dem Projektbudget ein entsprechender Betrag zugeteilt werden. Bei der Ausarbeitung des Protokolls ist daher z.B. betreffend individualisierter Beratung zu klären, welcher Anteil von MPAs, Ärzten oder von externen Gesundheitsfachleuten wie Nurses und zu welchen Stundensätzen übernommen werden soll.
- Schliesslich können auch Nichtpflichtleistungen diskutiert werden, die dann vom Klienten selbst beglichen werden müssten.

Netzwerkebene: Wird mit einem Ärztenetzwerk zusammengearbeitet, so entsteht für dieses möglicherweise ein Nutzen, welchen zu entschädigen es bereit sein könnte (Imagenutzen, verbesserte Lebensqualität der Patienten unter Vertrag, verbesserte Gesundheit und geringere Pflegekosten in Capitation Systemen etc.). Die Bedeutung dieser Quelle nimmt mit zunehmendem Anteil Versicherter in Managed Care Modellen weiter zu.

| Ebene: | Empfehlung: |
|------------------|---|
| Politische Ebene | Auf adäquate Vergütung von präventiven Leistungen hinarbeiten, Kommunikation im Projekt |
| Praxisebene | Mitarbeit im Projektteam muss adäquat entschädigt werden. Leistungen der ausführenden Hausärzte müssen vergütet werden (entweder über Grundleistungskatalog oder über Budgetposten des Projektes) |
| Netzwerkebene | Abklärung, ob Ärztenetze bereit sind, für ihren möglichen Nutzen der Zusammenarbeit eine Entschädigung zu entrichten (v.a. bei steigendem Anteil von Managed Care Modellen). |

6.4.5. Barrieren Kontroll- und Konkurrenzangst

Diese Frage sollte im Projekt von Beginn weg thematisiert werden, damit auch Spannungen aufgegriffen und abgebaut werden können.

Auf der *Ebene des einzelnen Arztes* können diese Ängste vor allem durch eine Projektstruktur minimiert werden, welche die Position der Hausärzte angemessen berücksichtigt sowie durch ein geeignetes Informationskonzept, welches die Vorteile für Klienten, Hausärzte und Praxen hervorhebt.

Für die Umsetzung dürfte auch hier die *Ebene Qualitätszirkel/regionale Fachgesellschaft/Ärztinnenetzwerk* am effizientesten sein, da in den meisten Fällen Lösungen gefunden werden müssen, die für das ganze Projekt gelten und kaum auf einzelne Praxen anpassbar sind (z.B. präventive Hausbesuche durch Spitex Mitarbeiterin und/oder durch eine besonders geschulte Netzwerk-MPA). Schliesslich sollten die beteiligten Ärzte auch betreffend möglicher Konkurrenz unter den Ärzten befragt werden. Insbesondere freipraktizierende Ärzte, welche in ihren Betrieben das unternehmerische Risiko selbst tragen, sind gegenüber HMOs mit angestellten Ärzten oft kritisch eingestellt und können auf Distanz gehen, wenn ein Projekt vermeintlich diese bevorzugt.

| Ebene: | Empfehlung: |
|--------------------------|---|
| Einzelner Arzt | Angemessene Berücksichtigung der hausärztlichen Position in der Projektstruktur. Geeignetes Informationskonzept, welches Vorteile für Klienten, Ärzte und Praxis aufzeigt. |
| Netzwerk/Qualitätszirkel | Fragen möglicher Konkurrenz zwischen beteiligten Berufsgruppen oder zwischen verschiedenen Ärztegruppen in der Region diskutieren. Vor wichtigen Entscheiden Führungsebene konsultieren (z.B. Lokalisierung einer Beratungsstelle in einer HMO) |

6.4.6. Barriere Administration

Bei allen Gruppen herrscht Konsens: Die Administration hat zugenommen und frisst Zeit weg, die sonst mit dem Patienten genutzt werden könnte. Neue Projekte sollen diesen Trend nicht verstärken.

Ebene einzelner Arzt: Jeder Schritt muss darauf hin geprüft werden, ob er tatsächlich vom Arzt ausgeführt werden muss oder ob mit gleichem Outcome eine MPA oder andere Stelle ausführend sein kann. Dieser Schritt erfordert schliesslich einen Pilotversuch unter Einbezug mehrerer MPAs.

Ebene Praxis: Die Tools, mit denen Patienten und insbesondere Hausärzte in Kontakt kommen sollen, müssen unter diesen Gesichtspunkten von den ärztlichen Projektbeteiligten evaluiert, u.U. mitentwickelt oder angepasst werden. Beim Gesundheitsprofilverfahren wurde dies in aller Schärfe

deutlich. Dies gilt auch für Informationsmaterial zuhänden der Ärzte und Patienten. Unabhängig davon, ob ein Programm für die MPAs eine Rolle als Patientenberaterin vorsieht oder nicht, sollten die geplanten administrativen Abläufe für die Praxen auch durch eine erfahrene MPA oder Praxisleiterin/-managerin geprüft werden (und dies ist in der Öffentlichkeitsarbeit dann auch zu kommunizieren).

| Ebene: | Empfehlung: |
|----------------|---|
| Einzelner Arzt | Bei jedem einzelnen Schritt kritische Prüfung, ob er tatsächlich vom Hausarzt selber ausgeführt werden muss. |
| Praxis | Tools, die angewendet werden sollen, müssen von projektbeteiligten Hausärzten evaluiert, mitentwickelt und ggf. angepasst werden. Administrative Abläufe müssen mit erfahrenen MPAs geprüft werden. |

6.4.7. Patientenbezogene Barrieren:

Unter dieser Rubrik werden Barrieren bzw. Lösungen diskutiert, welche die Ärzte bei Patienten wahrnehmen oder vermuten. Sie hören teilweise, dass der Zugang zu solchen Projekten für einen Teil des Zielpublikums als zu internetlastig und somit zu modern sei und daher anzupassen wäre. Auch vermissen sie eine genügende Sensibilisierung für die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung bei der Zielgruppe, somit würde sich eine Sensibilisierungskampagne vor dem eigentlichen Projektbeginn anbieten. Noch schwieriger, aber wohl mit einem ähnlichen Ansatz, wäre ein generelles Misstrauen solchen Programmen gegenüber zu überwinden. Schliesslich müssen bei denjenigen Klienten, welche sich für eine Teilnahme entschieden haben, die Empfehlungen in Inhalt und Form angemessen und unmittelbar nachvollziehbar sein, nur dann findet eine Mund-zu-Mund-Propaganda statt („Andernfalls würden diese Kurse als Verkaufsveranstaltungen empfunden“).

| Barriere: | Empfehlung: |
|--|--|
| Internetlastiger Zugang zu Projekt zu modern | Zugangspfade und Informationsmaterial mit der Zielgruppe evaluieren |
| Ungenügende Sensibilisierung | Sensibilisierungskampagne in der Bevölkerung vor Projektstart |
| Generelles Misstrauen gegen Programme | Promotionskampagne, um Bewusstsein und Akzeptanz für Gesundheitsförderung im Alter in der Gesellschaft zu erhöhen. |
| Empfehlungen sind zu „abgehoben“ | Empfehlungen an die Klienten müssen angemessen, nachvollziehbar und einfach umsetzbar sein |

6.4.8. Logistische Barrieren

In diesen Abschnitt fallen auch Barrieren ausserhalb der Arztpraxis. Hauptsächlich Erwähnung finden hier die Anfahrtswege zu den Angeboten in Kommstruktur, also den Gruppenveranstaltungen. Die Wege müssen demnach betont kurz und einfach sein, entweder mit ÖV oder sonst allenfalls mit einem eigenen Angebot, möglichst innerhalb der eigenen Gemeinde. Ebenfalls bedeutend für die Akzeptanz eines Programms ist der Zugang zu diesem, z.B. das Anmeldeverfahren. Idealerweise sollte eine Anmeldung über verschiedene Pfade (Telefon, Internet, Faxformular) möglich sein und nach einem minimalen Anmeldeaufwand (z.B. zu einem Bewegungsförderungsprogramm) sollte der Hausarzt nichts mehr aktiv unternehmen müssen, sondern der Programmmitarbeiter nimmt mit dem Klienten direkt Kontakt auf und regelt alle praktischen Fragen. In der Romandie wurde von einigen Teilnehmern betont, heute stelle die Anmeldung per E-Mail an eine solche Stelle die einfachste Variante dar. In der Folge sollte der Patient kontaktiert und der Arzt mit der nötigen Information zum Verlauf versehen werden, zumindest eine Rückmeldung per E-Mail oder Fax, ob der Patient ins Programm aufgenommen wurde

| Barriere: | Empfehlung: |
|--|--|
| Anfahrtswege zu Angeboten zu lang | Kurze Wege, Angebote möglichst in der Wohngemeinde organisieren, Tageszeit auf Zielpublikum abstimmen, ev. Shuttlebus organisieren |
| Anmeldeverfahren für Hausarzt zu aufwändig | Sollte mit minimalem Aufwand und über mehrere Pfade (E-Mail, Telefon, Fax) möglich sein. |
| Informationsfluss, Feedback fehlt | Rückmeldung an den Hausarzt bei Programmaufnahme eines Klienten |

6.4.9. Barriere Partner und Schnittstellen

Vor allem in der Romandie wird die zu starke Aufsplitterung des Gesundheitswesens mit unflexibler und umständlicher Folgearbeit beklagt.

Systemebene: Als Lösung wird eine regionale Koordinationsstelle für Gesundheitsförderung vorgeschlagen, die nach einem Anruf oder Fax dann für den Klienten ein ganzes Netzwerk mobilisieren kann. Diese Stelle sollte möglichst nicht neu erschaffen werden, sondern in eine den Hausärzten bereits bekannte Organisation (wie die Spitex oder die Pro Senectute) integriert werden. An verschiedenen Gesprächsstellen wird deutlich, dass die Hausärzte aus systemischen Gründen sich nur mit dem nötigen Minimum an Schnittstellen auseinandersetzen können und wollen, das bedeutet, dass auch bei der Delegation von Leistungen praxisnahe Lösungen in direktem Kontakt mit dem Hausarzt gefragt sind. Schnittstellen führen zu Aufwand und Informationsverlust bzw. zu Verfälschung und sind somit sowohl kosten- als auch qualitätsrelevant.

Praxisebene: Auf dieser Ebene rücken die MPAs als zentrale Lösungsträger ins Blickfeld. Bis hin zu einer versorgungsrelevanten Lösung auf dieser Basis sind allerdings noch viele offene Fragen zu klären, z.B. ob bzw. welche MPAs eine genügend lange Verweildauer im System (bzw. in der jeweiligen Praxis) aufweisen.

Netzwerkebene: Bereits unter der Barriere Kontroll- und Konkurrenzängste wurde eine mögliche Rolle der Ärztenetzwerke angesprochen. Stellt ein Ärztenetzwerk sich hinter ein Gesundheitsförderungsprojekt, so kann es auch eine hervorragende Rolle zur Verminderung des Schnittstellenaufwandes spielen, z.B. indem geeignete Fachpersonen für das Projekt selektioniert werden und in enger Zusammenarbeit mit dem Ärztenetzwerk tätig sind oder von diesem angestellt werden.

| Ebene/Barriere: | Empfehlung: |
|---|---|
| Systemebene: Fragmentiertes, unübersichtliches Gesundheitswesen | Einrichtung einer regionalen Koordinationsstelle für Gesundheitsförderung (Optimalfall: Integration in eine den Hausärzten bereits bekannte Organisation) |
| Systemebene: Zu viele Schnittstellen | Einsatz praxisnaher Lösungen und Nutzung bereits vorhandener Ressourcen und Netzwerke (z.B. geschulte MPAs) |
| Praxisebene | Fokus auf Einbezug der MPAs |
| Netzwerkebene | Zusammenarbeit suchen, da mit Hilfe der Ärztenetzwerke Schnittstellenaufwand stark vermindert werden kann (Koordinationsfunktion). |

6.4.10. Politische und ethische Barrieren

Sowohl in der Deutschschweiz wie in der Romandie wurden solche Aspekte erwähnt. Soll es bei beschränkten Mitteln Altersgrenzen für die Gesundheitsförderung geben (nach unten und nach oben)? Wie gehen wir mit wirtschaftlichem Druck um? Gesundheitsförderung darf nie zu Druck oder Zwang führen. Auf der anderen Seite steht die Sorge vieler Senioren, der Gesellschaft als zu teuer zur Last zu fallen. Die Projekte sollten gegenüber den Hausärzten transparent machen, dass sie Raum geben, um solche Fragen zu thematisieren und pragmatischen Lösungen zuzuführen. Bei den politischen Fragen dominieren Aussagen, dass die Hausärzte sich in die politische Diskussion einbringen müssen, aber eine von den Politikern und Gesundheitsförderern sehr unterschiedliche Sprache sprechen. Teilweise wird ein klarerer Auftrag erwartet, teilweise jedoch vermerkt, dass Programme nicht fixfertig den Hausärzten aufoktroiert werden sollen. Wo solche Bedenken im Vorfeld auftauchen, sollten sie auch mit den Ärzten in der Projektgruppe diskutiert und in die Kommunikation aufgenommen werden.

| Barriere: | Empfehlung: |
|----------------------------------|---|
| Ethische und politische Bedenken | Diskussionsgefäss bei Projektplanung zur Verfügung stellen, Resultate dieser Diskussionen im Projekt kommunizieren. |