

# Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztmedizin

## Eine unserer Kernkompetenzen!

Stefan Neuner

Arbeitsgruppe «Prävention»<sup>1</sup> des Kollegiums für Hausarztmedizin

### Die Rolle der Hausärztin/ des Hausarztes in der Gesundheitsförderung

Täglich setzen wir uns in der hausärztlichen Tätigkeit intensiv mit präventiven Themen auseinander – als Ergänzung zu unserer diagnostischen und therapeutischen Arbeit. Prävention<sup>2</sup> gehört zu unseren Kernkompetenzen, wie ein Blick auf die Wonca-Definition der Hausarztmedizin veranschaulicht<sup>3</sup>: *umfassende Perspektive auf den Patienten und sein Umfeld, ganzheitliches Handeln, Förderung der Gesundheit und Verantwortung für die öffentliche Gesundheit* sind wichtige Kompetenzen hausärztlichen Denkens und Handelns. In Tabelle 1 sind die Gründe aufgelistet, warum sich die Hausärztin<sup>4</sup> besonders gut dafür eignet, Prävention zu betreiben: Sie ...

#### Tabelle 1

Die Eignung der Hausärztin für präventive Aufgaben.

- ... kennt die soziale Umgebung der Patientin, betrachtet sie aus einer ganzheitlichen Perspektive;
- ... wird als Gesundheitsexpertin und Botschafterin für Themen der öffentlichen Gesundheit wahrgenommen;
- ... hat in der Sprechstunde Kontakt zu breiten Teilen der Bevölkerung;
- ... erkennt und nutzt während der Sprechstunde günstige Momente («teachable moments») für präventive Anliegen;
- ... arbeitet mit weiteren Netzwerken im Gesundheitswesen zusammen;
- ... ist ethisch motiviert, die Gesundheit zu fördern (auf individueller und gesellschaftlicher Ebene).

Neben diesem «natürlichen» eigenen Engagement wurden die Hausärztinnen in den letzten Jahren vermehrt als Akteurinnen und Mediatorinnen im Rahmen von gesundheitsfördernden Kampagnen entdeckt und angesprochen. Zudem können Hausärztinnen nicht nur durch die direkte Wirkung, sondern auch durch ein langfristiges Empowerment<sup>5</sup> ihrer Patientinnen und durch ein Einwirken auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen effektive Prävention leisten.

Aus diesen Gründen haben die Grundversorgergesellschaften SGAM, SGIM und SGP das Kollegium für Hausarztmedizin mit einem Mandat für die Prävention in der Hausarztmedizin betraut.<sup>6</sup> Die aus den Delegierten der Gesellschaften gebildete Arbeitsgruppe hat in den letzten zwei Jahren eine strategische Ausrichtung und konkrete Massnahmen zur Förderung von Prävention in der Hausarztmedizin entwickelt, die vom Stiftungsrat des KHM gutgeheissen wurde und nun im folgenden vorgestellt wird.

### Wieviel Prävention verträgt unser Arbeitsalltag?

Nach einem solchen Loblied auf die Hausärztinnen bezüglich ihrer Qualitäten und ihrer Eignung für präventive Anliegen fragt sich wohl manche unter Ihnen: Wird uns zeitlich meist überlasteten Praktikerinnen damit nicht noch mehr an Aufgaben aufgebürdet, die mit unserer diagnostischen und therapeutischen Arbeit kollidiert? Der Einwand ist durchaus berechtigt: Die Einhaltung der einschlägigen Richtlinien (US Preventive Services Task Force) würde einen täglichen Mehraufwand von 7,4 Stunden bedeuten [1]. Gerade deswegen sind eine

*Priorisierung* und eine *Strategie* nötig, sowohl auf individueller (in der Interaktion zwischen Ärztin und Patientin) als auch auf institutioneller Ebene, konkret in den Schwerpunkten, die das KHM gesetzt hat.

Dazu haben wir in der Arbeitsgruppe «Prävention» im Auftrag des Stiftungsrates des KHM ein Instrument entwickelt, das als *Orientierungs- und Entscheidungshilfe* für denkbare Engagements der Hausärztinnen dient: Tabelle 2 illustriert die möglichen *Einsatzgebiete* der Grundversorgerinnen in der Prävention; Tabelle 3 listet die *Dimensionen* auf, die für jedes dieser Einsatzgebiete in der konkreten Planung von Projekten beachtet werden müssen.<sup>7</sup> Abhängig von der gesundheitspolitischen Agenda, den aktuellen Bedürfnissen der Grundversorgerinnen

1 Die aktuellen Mitglieder der Arbeitsgruppe «Prävention» des KHM sind (in alphabetischer Reihenfolge): Dominique Durrer, Maxime Mancini (Präsident), Stefan Neuner, Susanne Stronski Huwiler, Martine Stroot und Angelica Zirbs.

2 Bei der Verwendung des Begriffs «Prävention» sei immer auch der Aspekt der Gesundheitsförderung mit eingeschlossen, Prävention meint also nicht nur die Verhinderung von Erkrankungen oder deren Folgen, sondern auch die aktive Erhaltung und Förderung der Gesundheit.

3 Europäische Definition der Hausarztmedizin gemäss Wonca; französische, deutsche und englische Fassung unter [www.woncaeurope.org/Definition%20GP-FM.htm](http://www.woncaeurope.org/Definition%20GP-FM.htm).

4 Im Sinne der Gleichbehandlung der Geschlechter sind bei weiblichen Personenbezeichnungen die männlichen Formen natürlich immer auch mitgemeint.

5 Der Begriff «Empowerment» bezeichnet die Befähigung der Patientin zu selbstbestimmtem Handeln für die Gesundheit. Vgl. dazu: [www.treenet.ch/e-gcs/empowerment\\_definition.htm](http://www.treenet.ch/e-gcs/empowerment_definition.htm).

6 Unter dem Vorbehalt der SGP, eine Präventionsgruppe für spezifisch pädiatrische Themen ins Leben zu rufen.

7 Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz hält dazu nützliche Unterlagen bereit [2].

und der Patientinnen werden vom KHM eigene oder von Dritten angetragene Projekte in diesem Übersichtsrastrer plaziert, mit konkurrierenden Projekten verglichen, auf ihre Realisierbarkeit hin geprüft und entsprechend ihrer Bedeutung für die Hausarztmedizin triagiert.

## Aktuelle Schwerpunkte und Ausblick

Derzeit sind drei Projekte aktuell, die vom KHM als prioritär eingestuft und von unserer Arbeitsgruppe «Prävention» für den Einsatz in Hausarztpraxen weiterentwickelt werden:

**Tabelle 2**  
Einsatzgebiete der Prävention.

Vorbeugende Intervention
Gesundheitsförderung
Primäre Prävention
Sekundäre Prävention
Tertiäre Prävention
Screening/Früherkennung
Je nach Gelegenheit
Systematisch
Fachwissen
Entwicklung/Weiterbildung
Interdisziplinäre Arbeitsgruppen
Forschung, Monitoring, Qualitätssicherung
Fürsprecherin
Gesundheitspolitisch
Sozial
Wirtschaftlich

**Tabelle 3**  
Dimensionen präventiver Projekte.

Art der Aktion
Zielgruppe
Rahmenbedingungen
Partner, Vermittler, Netzwerke
Ressourcen
Personell
Finanziell
Strukturell
Know-how
Potentielle Wirkung

■ Multidimensionale Beratung zur Förderung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, zum Beispiel bei Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen, Alkoholüberkonsum, Stress (in Zusammenarbeit mit der Gesundheitsförderung Schweiz);

■ Bewegungsförderung durch gezielte Beratung von körperlich Inaktiven (in Zusammenarbeit mit den Bundesämtern für Sport und Gesundheit);

■ Entwicklung von europäischen Standards zur Bestimmung der Indikatoren, mit welchen die kardiovaskuläre Prävention bewertet und verbessert werden kann (in Zusammenarbeit mit den Universitäten Nijmegen/NL, Manchester/GB und Heidelberg/D).

Alle diese Projekte, aber auch zukünftige Anträge (ob aus der eigenen Gruppe oder von Dritten an die Grundversorgerinnen herangetragen), werden zuerst anhand einer von unserer Arbeitsgruppe entwickelten *Liste von Kriterien* (Tab. 4) bewertet. Projekte «auf dem Prüfstand» müssen sämtlichen Hauptkriterien genügen, um als relevant und umsetzbar für unsere Kolleginnen in der Praxis empfohlen zu werden.

Spannung erwächst auch aus der noch offenen Frage, nach welchen Tarifen präventive Arbeit in der Praxis vergütet werden soll – vorbereitende Arbeiten für entsprechende Verhandlungen mit den Tarifpartnern sind im Gange.

Lassen Sie sich von diesen hohen Qualitätsvorgaben anregen.

**Liebe Kolleginnen: Wenn Sie gute Projektideen haben, scheuen Sie sich nicht, mit uns Kontakt aufzunehmen und uns Ihr Projekt vorzustellen oder sogar als neues Mitglied in unserer engagierten Arbeitsgruppe mitzudiskutieren.**

Denn die Arbeitsgruppe «Prävention» hat sich auch auf die Fahne geschrieben, ein Diskussions- und Austauschforum für alle am Thema Prävention interessierten Hausärztinnen zu sein!

**Tabelle 4**  
Bewertungskriterien für empfehlenswerte Präventivprojekte.

Ein empfehlenswertes Präventionsprojekt für Hausärztinnen ...
... steht den hausärztlichen Kompetenzen nahe;
... baut auf die Beziehungsqualität zwischen Ärztin und Patientin auf;
... erfordert häufige, nachhaltige, wiederholte Kontakte zur Risikopopulation;
... bezieht sich auf ein Gebiet mit einer grossen Belastung durch die Krankheit («burden of disease») und hat Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit;
... ist nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin validiert;
... steht im Einklang mit Vorstellungen von zuständigen Behörden, Fachgesellschaften sowie mit nationalen Präventionsstrategien;
... ist von und mit der hausärztlichen Basis entwickelt worden;
... wirkt sich auf mehrere Bereiche der Gesundheit aus;
... lässt sich in der Praxis umsetzen;
... ist von den medizinischen Fachpersonen akzeptiert;
... erfüllt die Standards der guten klinischen Praxis («good clinical practice»);
... entspricht hinsichtlich Planung und Organisation den Standards und Regeln für Projekte im Gesundheitswesen.
Weitere Kriterien: Aktualität, professionelles Renommée, Verfügbarkeit von Ressourcen.

Kontakt für Interessierte:

Dr. med. Stefan Neuner  
Facharzt für Innere Medizin FMH  
Mitglied der AG Prävention  
des Kollegiums für Hausarztmedizin  
Schmidgasse 8 6300 Zug  
sneuner@bluewin.ch  
Tel. 041 711 09 88

## Literatur

- 1 Yarnall KSH, Pollack KI, Oestbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Pub Health* 2003;93:635–41.
- 2 Ruckstuhl B, et al. Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. *Der Public Health Action Cycle* als Arbeitsinstrument. Zürich; Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; Bundesamt für Gesundheit; 1997 (zu beziehen bei Radix Gesundheitsförderung, Zürich: infodoc@radix.ch).

# Prévention et promotion de la santé en médecine de premier recours

## L'une de nos compétences cardinales!

Stephan Neuner

pour le Groupe de Prévention<sup>1</sup>  
du Collège de Médecine de Premier Recours

### Le rôle du médecin de premier recours dans la promotion de la santé

Notre rôle de médecin de premier recours nous amène tous les jours à faire un travail intensif de prévention – en complément de notre action diagnostique et thérapeutique. La prévention<sup>2</sup> est l'une de nos compétences cardinales, comme l'illustre la lecture de la définition de la médecine de famille de la WONCA<sup>3</sup>: *une perspective globale qui tient compte du patient dans son environnement, une action intégrée, la promotion de la santé et la responsabilité vis-à-vis de la santé publique* sont des compétences essentielles dans la pensée et l'action du médecin de premier

#### Tableau 1

L'aptitude du médecin de premier recours à exercer un rôle préventif.

Effet, le médecin de premier recours:

connaît le milieu social du patient et situe le patient dans une perspective globale,

est perçu en tant qu'expert de la santé et messenger sensibilisateur aux thèmes de la santé publique,

rencontre une importante partie de la population dans le cadre de ses consultations,

reconnait et exploite des moments favorables («teachable moments») pour aborder des questions de prévention durant la consultation,

collabore avec d'autres réseaux de la santé publique,

est poussé par une motivation éthique de promouvoir la santé (au niveau tant individuel que social).

recours. Le tableau 1 donne les raisons pour lesquels le médecin de famille<sup>4</sup> est particulièrement bien placé pour faire de la prévention.

A l'engagement «naturel» des médecins de premier recours s'ajoute le fait que, depuis quelques années, ils ont été de plus en plus reconnus et sollicités en tant qu'acteurs et médiateurs dans le cadre des campagnes de promotion de la santé. Les MPR peuvent en outre faire une prévention efficace, non seulement par leur influence directe, mais aussi par un empowerment<sup>5</sup> à long terme de leurs patients et en agissant sur les conditions-cadres sociales.

Pour ces raisons, trois sociétés de médecine de premier recours, la SSMG, la SSMI et la SSP, ont confié au Collège de Médecine de Premier Recours le mandat de créer des structures de prévention dans ce domaine.<sup>6</sup> Constitué de délégués des sociétés, le groupe de travail a développé au cours des deux dernières années une orientation stratégique et des mesures concrètes destinées à promouvoir la prévention en médecine de premier recours, qui ont été approuvées par le conseil de fondation du CMPR et sont présentées ci-après.

### Combien de prévention pouvons-nous concilier avec notre vie professionnelle?

Après de telles louanges sur les qualités des médecins de premier recours et leur capacité de traiter des questions de prévention, certains parmi vous se demanderont peut-être: avec notre horaire le plus souvent surchargé, nous autres praticiens, devons-nous ainsi assumer un surcroît de tâches qui sera en concurrence

avec notre travail diagnostique et thérapeutique? L'objection est tout à fait justifiée: l'observation des recommandations en la matière (US Preventive Services Task Force) occasionnerait un surcroît de travail de 7,4 heures par jour [1]. D'où la nécessité de *définir des priorités et une stratégie*, aussi bien au niveau individuel (interaction médecin-patient) qu'institutionnel, en l'occurrence pour la mise en œuvre des axes prioritaires fixés par le CMPR.

Dans le Groupe Prévention, sur mandat du CF de la CMPR, nous avons développé à cette fin un instrument *d'aide à la décision et à l'orientation* des médecins de premier recours pour leurs engagements possibles: le tableau 2 illustre les *domaines d'intervention* du médecin de premier recours au chapitre de la prévention; le tableau 3 énumère les dimensions dont il faut tenir compte pour la planification de projets concrets dans chacun de ces domaines d'intervention<sup>7</sup>. Selon l'agenda

1 Les membres actuels du Groupe de Prévention du CMPR/KHM sont (par ordre alphabétique): Dominique Durrer, Maxime Mancini (président), Stefan Neuner, Susanne Stronski Huwiler, Martine Stroot et Angelica Zirbs.

2 La notion de «prévention» utilisée ici comprend toujours la promotion de la santé, donc pas seulement la prévention des maladies ou de ses conséquences, mais aussi le maintien et la promotion actifs de la santé.

3 [www.kollegium.ch/akt/f.las](http://www.kollegium.ch/akt/f.las): définition européenne de la médecine de famille WONCA: versions en français, allemand et anglais.

4 Les noms de professions au masculin désignent également les femmes et les hommes.

5 [www.treenet.ch/e-gcs/empowerment\\_definition.htm](http://www.treenet.ch/e-gcs/empowerment_definition.htm): «empowerment» signifie donner la capacité d'agir en toute autonomie pour la santé.

6 Sous réserve, pour la SSP, de la création d'un groupe de prévention consacré spécifiquement aux questions pédiatriques.

7 La promotion Santé Suisse offre des informations utiles [2].

de la politique de santé et les besoins actuels des médecins de premier recours et des patients, le CMPR inscrit dans cette trame synoptique des projets propres ou soumis par des tiers, les compare à des projets concurrents, examine leur faisabilité et les trie en fonction de leur importance pour la médecine de premier recours.

### Axes prioritaires actuels et perspectives

Trois projets sont aujourd'hui actuels en ce sens que le CMPR les considère comme prioritaires et que notre Groupe Prévention poursuit leur développement en vue

**Tableau 2**

Domaines d'action du travail préventif.

Interventions préventives
promotion de la santé
prévention primaire
prévention secondaire
prévention tertiaire
Screening / dépistage précoce
fortuit
systématique
Connaissances médicales
développement / formation continue
groupes de travail interdisciplinaires
Recherche, monitoring, assurance-qualité
Défense des intérêts du patient
politique de la santé
domaine social
domaine économique

**Tableau 3**

Dimensions des projets de prévention.

Type d'action
Groupe-cible
Conditions-cadre
Partenaires, intermédiaires, réseaux
Ressources
personnelles
financières
structurelles
savoir-faire

d'une application en cabinet du médecin de famille:

■ conseil multidimensionnel en vue de promouvoir des modes de comportement importants pour une bonne santé par rapport à des facteurs tels que l'obésité, le manque de mouvement, le tabagisme, l'excès de consommation d'alcool et le stress, en collaboration avec Promotion Santé Suisse.

■ promotion du mouvement par des conseils ciblés aux personnes sédentaires, en collaboration avec les Offices fédéraux du sport et de la santé publique.

■ développement de standards européens pour des indicateurs permettant d'évaluer et d'améliorer la prévention cardiovasculaire, en collaboration avec les universités de Nimègue (Hollande), Manchester (Royaume-Uni) et Heidelberg (Allemagne).

Tous ces projets, présents et futurs (émanant du Groupe Prévention ou soumis aux MPR par des tiers), sont/seront d'abord évalués à l'aune d'une *liste de critères* élaborés par le Groupe (tableau 4). Les projets à l'examen doivent satisfaire à tous les critères principaux pour être recommandés comme des projets pertinents et applicables au travail des collègues en cabinet.

La question – encore ouverte – des tarifs auxquels le travail préventif doit être rémunéré dans la pratique est également source de tensions; des préparatifs à des négociations avec les partenaires sociaux à ce sujet sont en cours.

Souscrivez comme nous à ces objectifs qualitatifs élevés!

**Chères et chers collègues: si vous avez de bonnes idées de projet, n'hésitez pas à prendre contact avec nous pour présenter votre projet ou même participer en qualité de nouveau membre aux discussions de notre Groupe très engagé.**

En effet, le Groupe Prévention s'est aussi donné pour but d'être un forum de discussion et d'échanges pour tous les méde-

**Tableau 4**

Critères d'évaluation de projets recommandables en matière de prévention.

Un projet recommandable de prévention par le médecin de premier recours ...
est étroitement lié aux compétences du médecin
se construit sur la qualité de la relation médecin-patient
exige des contacts fréquents, durables et répétés avec la population à risque
s'adresse à un domaine associé à un important «burden of disease» et a donc un impact en terme de santé publique
est validé selon les critères de l'«evidence-based medicine» (EBM)
est en accord avec les concepts des autorités compétentes, des sociétés spécialisées et des stratégies nationales de prévention
est développé à la base par et avec les MPR
a un impact dans plusieurs domaines de santé
est praticable en cabinet
est accepté par les professionnels de la santé
répond aux standards des bonnes pratiques cliniques (Good Clinical Practice)
est planifié et organisé en utilisant les standards et règles pour projets dans le domaine de la santé
autres critères: actualité, renommée professionnelle, disponibilité de ressources

cins de premier recours intéressés à la prévention!

Contact pour personnes intéressées (Suisse romande):

Doctoresse D. Durrer  
Spécialiste FMH en médecine générale, Vevey  
Membre du Groupe Prévention du Collège de Médecine de Premier Recours  
dominique.durrer@bluewin.ch  
Tél. 021 923 53 36

### Références

- 1 Yarnall KSH, Pollack KI, Oestbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Pub Health 2003;93:635-41.
- 2 Ruckstuhl B, et al. Förderung der Qualität in Gesundheitsprojekten. Der Public Health Action Cycle als Arbeitsinstrument. Zürich; Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich; Bundesamt für Gesundheit; 1997 (zu beziehen bei Radix Gesundheitsförderung, Zürich: infodoc@radix.ch).