

Niklaus Egli, Stefan Neuner-Jehle

Darmkrebscreening in der Schweiz

Obwohl sich durch ein systematisches Screening die Mortalität von Darmkrebs nachweislich senken lässt [1], besteht in der Schweiz noch kein Konsens über die Screeningstrategie. Wie verhalten Sie sich selbst in dieser Frage in Ihrer täglichen Praxis? Vergleichen Sie Ihre individuelle Strategie mit den Fakten und der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklung beim Darmkrebscreening.

Einleitung

Darmkrebs ist in der Schweiz die zweithäufigste Krebstodesursache: Jedes Jahr sterben 1600 Menschen an Darmkrebs. Dieses Schicksal trifft jeden 20. Einwohner. Das absolute Lebenszeitrisko, vor dem 75. Lebensjahr an Darmkrebs zu sterben, beträgt bei Männern 4%, bei Frauen 3% [2]. Die Erkennung im Frühstadium eröffnet gute Heilungschancen von über 90%; diese fallen bei einer späteren Diagnose drastisch ab. In Kontrast zu dieser hohen Krankheitslast gibt es in der Schweiz – im Gegensatz zu einigen anderen europäischen Nachbarländern – bis heute keine offiziellen (von staatlichen Behörden verabschiedeten) Richtlinien oder Empfehlungen zur Früherkennung.

Bisherige Situation

Seit mehr als zehn Jahren finden Konsensuskonferenzen bezüglich dieser Thematik statt, die jeweils von der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie organisiert werden und bei denen immer ein Vertreter der Fachgesellschaften der Grundversorger (SGAM, SGIM) teilnimmt. 2003 wurde erstmals eine Sensibilisierungskampagne in Form eines «Darmkrebsmonats» gestartet, die zum Ziel hatte, die Bevölkerung über Warnsymptome und über die besseren Heilungschancen bei frühzeitiger Entdeckung aufzuklären. Die Krebsliga Schweiz nahm diese Entwicklung auf und setzte unter Leitung von Ursula Zybach eine Arbeitsgruppe «Darmkrebs nie!» ein. Auch in dieser Gruppe waren SGAM und SGIM vertreten. Seither wurden weitere jährliche Darmkrebspräventionsaktionen vorbereitet und durchgeführt (www.colon-cancer.ch).

Im Rahmen des Nationalen Krebsprogramms für die Schweiz (2005–2010) erhielt die Frage des systematischen Darmkrebscreenings zunehmendes Gewicht. Um sich einen Überblick über die aktuellen Kenntnisse und Einstellungen über das Darmkrebscreening unter der Bevölkerung und unter der Ärzteschaft zu verschaffen, führten die Krebsliga Schweiz und das BAG im Jahr 2005 eine repräsentative Befragung zur Früherkennung in der Schweiz durch. Von der befragten Ärzteschaft wurde die Koloskopie als sehr wirksam, hin-

gegen der FOBT («Fecal Occult Blood Test»; Stuhltest auf nicht sichtbare Blutbeimengung) nur als mässig wirksam für die Darmkrebsvorsorge eingestuft [3].

Einer landesweiten Screeningkampagne in der Schweiz stehen bisher die kantonale Hoheit über das Gesundheitswesen und das KVG im Weg (für alle Screeningmethoden besteht keine Kostenübernahmepflicht durch die Krankenversicherer). Einen Fortschritt in diesen Koordinations- und Finanzierungsfragen könnte möglicherweise die Revision des KVG und das in Diskussion befindliche Präventionsgesetz bringen.

Aktuelle Entwicklung

Im September 2007 wurde von der Krebsliga Schweiz ein ganztägiges interdisziplinäres Symposium «Darmkrebs nie! Aber wie?» organisiert, an dem zahlreiche Fachexpertinnen und Fachexperten die Möglichkeiten der Darmkrebsfrüherkennung aus der Sicht verschiedener medizinischer Disziplinen, der Epidemiologie und auch der Ethik darstellten und diskutierten. Als Screeningmethoden wurden der FOBT und vor allem die Darmspiegelung (flexible Sigmoidoskopie und Koloskopie) sehr eingehend diskutiert. Dabei kristallisierten sich folgende Erkenntnisse heraus:

- Der Erfolg von Screeningprogrammen hängt sehr stark von deren *Akzeptanz in der symptomfreien Zielgruppe (über 50 Jahre)* ab. Dies zeigt sich auch in den europäischen Ländern, die das Screening bereits flächendeckend eingeführt haben (z.B. Deutschland, Frankreich, Italien, Finnland, Grossbritannien, Polen), wobei einige dieser Länder primär den FOBT offerieren und nur bei positivem Resultat eine Koloskopie anbieten.
- Die *Teilnehmerraten* in der Zielgruppe variieren je nach Programm und Region. In der Schweiz wurde eine Darmkrebscreeningstudie in den Kantonen Glarus und Uri und im Vallée de Joux durchgeführt [4]. Alle Einwohner/-innen in der entsprechenden Altersgruppe wurden angeschrieben und intensiv über das Thema Darmkrebs und die Notwendigkeit der Vorsorge aufgeklärt. 12% der Bevölkerung kamen innerhalb der einjährigen Einschusszeit der Einladung nach, 75% davon entschieden sich für eine Koloskopie. Im internationalen Durchschnitt betragen die Teilnehmerraten für den jährlichen FOBT etwa 20%, bei der Koloskopie sinkt diese Rate auf etwa 10% [5].
- Die *Koloskopie* ist auf individueller Ebene die wahrscheinlich *wirksamste Methode*, um die Mortalität durch Darmkrebs zu verringern: Würde die Koloskopie bei der gesamten Zielpopulation durchgeführt, betrüge die Reduktion der Sterblichkeit an Darmkrebs 60–80%. Demgegenüber reduziert ein jährlich durchgeführter FOBT bei der gesamten Zielpopulation aufgrund der geringeren Sensitivität die Darmkrebsmortalität um 10–30%. Im

Tabelle 1

Vergleich der drei Screeningmethoden [4].

	FOBT	Sigmoidoskopie	Koloskopie
Medizinische Vorteile	Einfach durchzuführen, da nicht invasiv.	Sensitiv für die 65% der Darmkrebsfälle, die im absteigenden Ast des Darms lokalisiert sind	Hohe Sensitivität. Polypen (mögliche Vorstufen eines Karzinoms) können direkt entfernt werden.
Wirtschaftliche Vorteile	Billig. Der Test kann auch ohne Leistungsabdeckung durch den KVG-Leistungskatalog von der einzelnen Person bezahlt werden. Die Ressourcen zur Durchführung sind vorhanden.		
Medizinische Nachteile	Ein einzelner FOBT ist wenig sensitiv. Frühe Stadien von Darmkrebs werden schlechter erfasst. Ein positives Resultat muss mit einer Darmspiegelung abgeklärt werden.	Es wird nicht der ganze Teil des Darms untersucht. Ca. 35% der Karzinome können deshalb nicht erfasst werden.	Die Untersuchung ist belastend. Sie braucht Vorbereitung und Zeitaufwand von Seiten des Patienten. Das Risiko für Verletzungen des Darms bei der Darmspiegelung ist gegeben. Es dürfte unter 1 in 2000 liegen. Es gibt Berichte von Todesfällen.
Wirtschaftliche Nachteile		Nicht billig. Es braucht geschulte Fachkräfte. Es ist unklar, ob es genügend personelle Ressourcen in der Schweiz gibt, um die Untersuchung im Rahmen eines Screeningprogramms durchzuführen. Als Screening-Untersuchung bei Gesunden nicht durch den KVG-Leistungskatalog abgedeckt.	Teuer. Es braucht geschulte Fachkräfte. Es ist unklar, ob es genügend Ressourcen in der Schweiz gibt, die Untersuchung im Rahmen eines Screeningprogramms durchzuführen. Durch Arbeitsausfälle entstehen zusätzliche volkswirtschaftliche Kosten. Als Screeninguntersuchung bei Gesunden nicht durch den KVG-Leistungskatalog abgedeckt.
Reduktion der Mortalität	10–30%	40–50%	60–80%
Verlässlichkeit der Mortalitätsreduktion	Gut, randomisierte kontrollierte Studien liegen vor.	Mittelgut, randomisierte kontrollierte Studien noch im Gange.	Mittelgut, randomisierte kontrollierte Studien fehlen.

Mittelfeld mit einer Mortalitätsreduktion von 40–50% liegt die Sigmoidoskopie; auch hier ist die Sensitivität tief, weil wegen der Beschränkung der Inspektion auf die distalen 60 cm des Kolons etwa ein Drittel der Darmkrebsfälle nicht erfasst werden.

- Die Kombination von Teilnehmerraten, Wirksamkeit und Epidemiologie der Todesfälle an Darmkrebs erlaubt eine vergleichende Beurteilung der drei Methoden (Tab. 1).
- Im kürzlich publizierten Update der «Colorectal Cancer Screening Guidelines» der American Cancer Society [6] werden noch weitere Methoden wie Kolon-Doppelkontrast-Röntgen und die virtuelle Koloskopie mit CT aufgeführt, die in der Schweiz als

Screeningmethoden nicht empfohlen werden. Ebenso sind neue immunochemische und DNA-Tests im Stuhl in Diskussion, mit einer höheren Sensitivität für den Karzinomnachweis als der übliche FOBT, jedoch wesentlich teurer.

- Je nach Testmethode beträgt die Anzahl verhinderter Darmkrebstodesfälle etwa zwischen 30 und 130 pro Jahr. Die optimistische Annahme für den Nutzen des FOBT (nämlich die Verhinderung von 96 Todesfällen pro Jahr) entspricht genau der konservativen Annahme des Nutzens der Koloskopie (Tab. 2).
- Die *Evidenzlage zur Mortalitätsreduktion* der einzelnen Methoden ist unterschiedlich. Nur für den FOBT existieren randomi-

Tabelle 2

Schätzung der mittels Screening verhinderten Todesfälle: Die drei Screeningmethoden im Vergleich [4].

	FOBT	Sigmoidoskopie	Koloskopie
Teilnehmerrate in Prozent (Annahme)	20	15	10
Reduktion der Mortalität in Prozent (Annahme)	10–30	40–50	60–80
Reduktion der Todesfälle in Prozent	2–6	6–8	6–8
Anzahl verhinderter Todesfälle an Darmkrebs	32–96	96–128	96–128

sierte klinische Studien zur Mortalität, bei den Endoskopien fehlen sie (noch). Zur Beurteilung der *Kosteneffizienz* der verschiedenen Methoden liegen keine validen Daten aus der Schweiz vor. Aus der Literatur kann aber geschlossen werden, dass diese für alle Methoden gegeben ist [7].

- Unklar aus der Sicht der Evidence Based Medicine ist weiterhin, welches *Screeningintervall* das ideale ist: Besonders bei der Koloskopie gibt es keine einheitliche Meinung, ob sie bei asymptomatischen Personen jenseits der Altersgrenze von 50 Jahren nur einmal, alle 10 Jahre oder sogar in kürzeren Intervallen durchgeführt werden soll.
- Sind in der Schweiz für die Screeningmethoden, in der postulierten Häufigkeit ihrer Anwendung innerhalb eines Screeningprogrammes, überhaupt genügend *Ressourcen* verfügbar? Die Koloskopie ist von den drei Methoden diejenige, die den grössten Aufwand erfordert. Bei einer Teilnahmerate von 10% wären genügend Fachkräfte vorhanden, um Koloskopien durchzuführen, für höhere Teilnahmeraten fehlen zur Zeit die nötigen Fachkräfte in der Schweiz. Über den Einsatz von «sigmoidoscopy nurses» wird kontrovers diskutiert. Einerseits werden die Fachkompetenz und Erfahrung von Gastroenterologen als wichtig eingeschätzt, um die Nebenwirkungs- und Fehlerquote auch bei Screeningkoloskopien tief zu halten; andererseits sinkt die Detektionsrate von Adenomen und Karzinomen bei Gastroenterologen, wenn der Zeitdruck durch höhere Probandenzahlen steigt [8].

Im Anschluss an dieses Symposium setzte sich die Krebsliga Schweiz mit der Frage auseinander, ob sie sich für die Einführung eines Darmkrebscreeningprogrammes einsetzen soll. In einem Thesenpapier (Autorin: Ursula Zybach) wurden die obenstehenden Fakten diskutiert und folgende Schlussfolgerungen gefunden:

- Es kann keine Untersuchungsmethode als die ideale für eine Screeningkampagne bezeichnet werden. Obwohl die Koloskopie durch die grösste «individuelle» Wirksamkeit der Methoden besticht, trägt sie den Nachteil der tiefen Teilnehmerrate und des grossen finanziellen und organisatorischen Aufwandes. Der weniger sensitive FOBT macht seinen Nachteil in der Wirksamkeit durch höhere Akzeptanz und Teilnehmerquote wett und könnte damit eine genauso valable Screeningmethode für ein Darmkrebscreeningprogramm sein. Es wird auch die Möglichkeit erwogen, dass es den Kantonen innerhalb einer nationalen Kampagne einst freigestellt sein wird, welche Methode (oder welchen Methodenmix) sie bevorzugen wollen.
- Die Krebsliga Schweiz setzt sich für die Schaffung eines Programms zum landesweiten Darmkrebscreening ein.
- Die Bevölkerung im Alter über 50 Jahre soll aufgefordert werden, regelmässig eine Vorsorgeuntersuchung machen zu lassen.
- Das Darmkrebscreening mit freier Wahl der Untersuchungsmethode sollte in den Grundversicherungskatalog der Krankenversicherung aufgenommen werden, unter folgenden Voraussetzungen:
 - Der Ressourcenbedarf für die Durchführung der endoskopischen Darmuntersuchungen muss genauer abgeschätzt werden.

- Eine geeignete Struktur für die Qualitätssicherung der endoskopischen Darmuntersuchungen mit systematischem Monitoring von Komplikationen muss erarbeitet werden (Darmverletzungen, Todesfälle)
- Das Darmkrebscreening sollte als präventive Leistung in den Grundversicherungskatalog der Krankenversicherung aufgenommen werden
- Eine Informationskampagne für die Bevölkerung muss vorbereitet und lanciert werden. Dabei sollen insbesondere stark gefährdete Gruppen speziell angesprochen werden.

Auf Grund des Thesenpapiers hat Ende Februar 2008 der Vorstand der Krebsliga Schweiz entschieden, dass ...

- die Einführung eines Screeningprogramms für Darmkrebs in der Schweiz sinnvoll ist,
- der politische Prozess vorangetrieben werden soll¹,
- die Krebsliga Schweiz darin eine Führungsrolle übernimmt.

Die Krebsliga Schweiz wird nun die Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften angehen, um gemeinsam einen Leistungsantrag für das Präventionsprogramm Darmkrebs zu erstellen.

Aktuelle Empfehlungen von Fachgesellschaften und Präventivmedizinern

Von der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie wird ein Screening ab dem Alter von 50 Jahren vorgeschlagen: eine Sigmoidoskopie (ev. in Kombination mit FOBT) alle fünf Jahre oder eine Koloskopie alle zehn Jahre [9].

Die 2008 von Mitgliedern der «U.S. Preventive Services Task Force» überarbeiteten, soeben publizierten Guidelines des American College of Physicians [10] empfehlen ein Screening mit FOBT, Sigmoidoskopie und Koloskopie ab dem Alter von 50 Jahren, limitiert bis 75 Jahre. Für die virtuelle Kolonoskopie mit CT und den DNA-Stuhltest gibt es eine nur ungenügende Evidenz. Von den Autoren werden randomisierte Studien über Benefit und Risiko der verschiedenen Screeningprogramme gefordert. Entscheidend ist die Motivation der Risikoaltersgruppen, am Screening teilzunehmen.

Fazit für die Praxis

Natürlich ist es im ureigensten Interesse von uns Hausärztinnen und Hausärzten, dass wir Patientinnen und Patienten, die an Darmkrebs leiden, vermehrt im Frühstadium der Krankheit – und nicht erst in späten Stadien – mitbetreuen. Darum denken wir, dass die Aktivitäten der Krebsliga und der anderen beteiligten Akteure in eine gute Richtung zielen.

¹ Aktuelles Beispiel: ein entsprechendes Postulat wurde im Ständerat am 28.4.08 durch Claude Hêche eingereicht, vom Bundesrat am 6.6.08 jedoch zur Ablehnung empfohlen.

In unserer täglichen Praxisarbeit ändert sich vorerst nicht viel: Der FOBT bleibt, weil billig und rasch verfügbar, ein guter Standard für unsere Screeningaktivitäten. Wie vielen der über 50-jährigen Patientinnen und Patienten der Arzt empfehlen wird, diesen Test zu machen, hängt von verschiedenen Faktoren, wie dem Interesse und der Sensibilität fürs Thema, der verfügbaren Zeit (vor dem Screening ist eine Information notwendig über Tücken des Tests wie falsch positive oder falsch negative Resultate) und den Bedürfnissen des Patienten ab. Aus juristischer Perspektive bleiben noch Fragen offen: Kann eine Ärztin, ein Arzt von ihrem an Darmkrebs erkrankten Patienten verklagt werden, weil sie es unterlassen hat, diesem vor Ausbruch seiner Krankheit einen Screeningtest für Kolonkarzinom zu empfehlen? (Die Realität überholt solche Gedankenspiele: Dieses Szenario ist einem Kollegen bereits widerfahren.)

Ein konsequentes Screening *aller* Praxispatienten über 50 mittels Koloskopie würde unsere zeitliche Kapazität und die unserer gastroenterologischen Zuweisungspartner übersteigen und macht daher wenig Sinn. Bei Personen mit erhöhtem Karzinomrisiko ergeben sich entsprechend strengere Screeningkriterien.

Korrespondenz:
Dr. med. Niklaus Egli
Postfach 96, 8340 Hinwil
niklaus.egli@hin.ch

Literatur

- 1 Pignone M, Rich M, Teutsch SM, et al. Screening for colorectal cancer in adults at average risk: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002;137:132–41.
- 2 Levi Fabio, Lausanne. Referat am Symposium «Darmkrebs nie! Aber wie?» in Bern, 13.9.2008: «Incidence et mortalité en Suisse».
- 3 Gafner H, Schmidlin K, Zwahlen M. Darmkrebs-Früherkennung in der Schweiz 2005 aus der Sicht der Bevölkerung und der Ärzteschaft. *Schweiz Krebsbull.* 2007;27:231–8.
- 4 Klaffke O, Zybach U. Darmkrebs nie! Aber wie? Symposiums-Bericht der Krebsliga Schweiz zum Symposium vom 13. September 2007. Krebsliga Schweiz, Bern 2008.
- 5 Knöpnadel J, Altenhofen L, Lichtner F. Früherkennung des Darmkrebses und möglicher Vorstufen. Wissenschaftliche Begleitung zur Einführung der Früherkennungskoloskopie in Deutschland im Auftrag der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der ärztlichen Bundesvereinigung. Auswertungen 2003. Deutscher Ärzte-Verlag Köln, 2005.
- 6 <http://caonline.amcancersoc.org>.
- 7 Coffield AB, Maciosek MV, McGinnis JM, et al. Priorities among recommended clinical preventive services. *Am J Prev Med.* 2001;21:1–9.
- 8 Barclay RL, Vicari JJ, Doughty AS, Johanson JF, Greenlaw RL. Colonoscopic withdrawal times and adenoma detection during screening colonoscopy. *N Engl J Med.* 2006;355(24):2533–41.
- 9 UP. Masche, U. Marbet. Kolorektalkarzinom. *Pharma-kritik* 3/2008, Wil.
- 10 Screening for Colorectal Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement: *Ann Int. Med.* 4 November 2008/Vol.149 issue 9.

PrimaryTeaching&Learning

Bruno Kissling

Eine Minute für die Prävention – das Effort-Performance-Paradox¹

Prävention ist wirksam; dafür gibt es eine gute Evidenz. In der Prävention spielt der Hausarzt eine wichtige Rolle; darin sind sich alle einig. Seine Worte fallen bei den Patienten auf einen guten Boden. Manchmal werden sie sogar erwartet. Und wenn er «nichts gesagt» hat, kann dies leicht als Einwilligung zum Risikoverhalten missinterpretiert werden. Doch wie setzt man die Prävention in den praxisalltäglichen Konsultationen, die in der Regel aus anderen Gründen stattfinden, wirksam um? Welches der unzähligen Themen wählt man? Welche Methode? Wie viel Zeit ist richtig?

Australien – das Green Book²

Australien mit seinen flächendeckenden Grosspraxen mit integrierten «Practice nurses» und dem wissenschaftlich starken «Royal Australian College of General Practice» (RACGP) hat ein sehr weit-

reichendes Präventionssystem entwickelt. Die Implementierung von Präventionsaktivitäten wird – mit dem P.R.A.C.T.I.C.E-System³ – inhaltlich, organisatorisch, strukturell, personell und finanziell sorgfältig geplant und begleitet. Präventionsprojekte müssen realistisch, effizient und zielgerichtet ein echtes gesellschaftliches und individuelles Bedürfnis abdecken. Sie müssen auf einer evidenten Wissensbasis stehen. Die mit einbezogenen Praxismitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen gut geschult sein. Die bestehenden personellen und finanziellen Ressourcen müssen genügen. Sie sollen Langzeitprojekte sein, die sich in die Praxisroutine einfügen.

- 1 Dieser Artikel ist inspiriert durch einen Workshop am europäischen Wonca-Kongress 2007 in Paris: «Putting prevention into practice: how can you do it effectively and efficiently?» von John Litt, Deputy Chairman, National Quality Committee, Royal Australian College of General Practice RACGP.
- 2 <http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/TheGreenBook/RACGPgreenbook2nd.pdf>; kann kostenlos im Volltext heruntergeladen werden.
- 3 Principles, Receptive, Ability and capacity, Coordination, Targeted, Iterative cycles, Collaboration, Effectiveness and efficiency.

Dies tönt sehr gut. Und doch durchlief mich am Workshop von John Litt am Wonca-Kongress 2007 in Paris plötzlich ein leiser Schauer ob der australischen Präventionsarbeit. Ein Beispiel: Die Namen der Frauen, bei denen der regelmässig geplante PAP-Abstrich gemacht ist, werden einer staatlichen Kontrollinstanz gemeldet. Jene Frauen, die ihn verpasst haben, erhalten von dieser staatlichen Instanz ein Erinnerungsschreiben. Falls sie immer noch keine Folge leisten, werden sie der Praxis, in der sie als Patientinnen eingeschrieben sind, gemeldet und von dort nochmals aufgeboten. Bei Misserfolg droht der Praxis eine Busse.

Spannungsfeld zwischen öffentlicher und privater Verantwortung

Wie weit geht die Verantwortung des Arztes und des Staates für die individuelle Umsetzung von wissenschaftlich als sinnvoll erachteten Präventionsmassnahmen? Zwischen der oben skizzierten australischen Vorstellung und der freiheitlich denkenden Schweiz stehen Welten.

In der Schweiz sensibilisieren und informieren die Medien die Bevölkerung über notwendige Präventionsmassnahmen; nationale Plakatkampagnen werden vom Bundesamt für Gesundheit, von Pharmafirmen oder der «Gesundheitsförderung Schweiz» lanciert; Informationsbusse von krankheitsspezifischen Interessengruppen informieren z.B. über den Schlaganfall; Self Care Kampagnen von Apotheken sprechen Passanten an; Tumorpräventionskampagnen der Krebsliga bieten ganze Veranstaltungsserien; die jährliche Grippeimpfkampagne des BAG und der Hausärzte wendet sich vor allem an Risikopersonen; wir Ärzte flechten, bei Zeit und Gelegenheit, präventive Beratungen und Untersuchungen in die normale Sprechstunde anlässlich aktueller Leiden ein und wir bieten da und dort individuelle Behandlungen an, bewegen uns dabei teils auf krankensversicherungsgesetzlich vagem Boden⁴. Jeder Mensch entscheidet frei, was er von alldem umsetzen will.

Es geschieht viel an präventiver Arbeit in unserem Land, doch – im Gegensatz zu Australien – mehr oder weniger auf der Basis des Zufallsprinzips, viel nebeneinander und wenig koordiniert, ohne klaren politischen Auftrag, ohne Nachweis von Aufwand und Ertrag – und gegen einige wichtige Hindernisse.

Hindernisse in der Schweiz für griffige primäre⁵ und sekundäre⁶ Präventionskampagnen

Die allgemeine Akzeptanz setzt staatlichen Einflussnahmen auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung in der Schweiz relativ enge Grenzen. Informationen durch Plakatwerbungen werden geduldet. Darüber hinausgehende, griffigere Massnahmen, z.B. die gesetzliche Einschränkung des Tabakkonsums in Restaurants oder des Alkoholverkaufs am späten Abend, lösen hingegen heftig-deftige Diskussionen aus. Unterschiedlichste Interessen debattieren endlos gegeneinander: Der existenzbedrohte Kommerz mit Tabak und

alkoholischen Getränken, seien es Verkaufsstellen oder Restaurantbetriebe; die persönliche Freiheit in der Lebensführung; das individuelle Recht auf ungesundes Verhalten; der Schutz der Mitmenschen vor anerkannt schädlichem Passivrauchen; der Schutz unschuldiger Opfer vor alkoholassoziierter körperlicher Gewalt und Strassenunfällen durch Fahrer in angetrunkenem Zustand ...

Versicherungstechnische Grenzen, wissenschaftliche Evidenz (EBM) und ethische Überlegungen stellen sich in den Weg. Nicht alle präventiven Massnahmen werden von den Versicherern übernommen. Die Mammographie beispielsweise als – gemäss EBM nicht ganz unbestrittenes – Routinescreening für alle Frauen zwischen 50 und 70 Jahren ist keine landesweit krankenkassenpflichtige Leistung, sondern kantonal unterschiedlich geregelt. Die Impfung gegen das Human Papilloma Virus (HPV) von 15 bis 19-jährigen Frauen zum Schutz vor einem Cervixkarzinom muss, als zweites Beispiel, seit Anfang 2008 gesetzlich von den Krankenversicherern im Rahmen von kantonalen Impfprogrammen übernommen werden. Die Durchführung ist kantonal unterschiedlich geregelt, einerseits mit Reihenimpfungen in den Schulen und andererseits in privater Durchführung in Arztpraxen zu landesweit top-down verordneten, unattraktiven Vergütungsbedingungen für die mitwirkenden Ärzte.

Aus diesen komplexen Gründen auf verschiedensten Ebenen – Individuum, Ärzte, Staat, Politik, Krankenversicherung, Interessengruppen – sind flächendeckende, gezielte und nachhaltige staatliche Präventionskampagnen in der Schweiz nur bedingt möglich. Australische Verhältnisse sind jenseits unserer Vorstellungskraft. Andererseits sind wir in der Schweiz nicht mehr bedingungslos bereit zum Tragen der Mehrkosten für Krankheiten, die mit Präventionsmassnahmen im behandelbaren Frühstadium hätten entdeckt oder deren Erkrankungsrisiko durch entsprechende Verhaltensänderung in der Lebensführung hätte vermindert werden können. Diese Ambivalenz zeigt, dass trotz allen Hindernissen und widersprüchlichen Haltungen präventive Massnahmen durchaus erwünscht wären.

Die allgemeine Akzeptanz setzt staatlichen Einflussnahmen auf das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung in der Schweiz relativ enge Grenzen.

⁴ Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG vom 18.3.1994, Art. 26 Medizinische Prävention: Die obligatorische Krankenpflegeversicherung übernimmt die Kosten für bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten sowie für vorsorgliche Massnahmen zugunsten von Versicherten, die in erhöhtem Masse gefährdet sind. Die Untersuchungen oder vorsorglichen Massnahmen werden von einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt oder angeordnet.

⁵ Gesunde Lebensführung zur Vermeidung von Krankheiten.

⁶ Früherkennung von Krankheiten.

Primär- und Sekundärprävention in der Hausarztpraxis – trotz allem

Uns Hausärzten liegt bei unserer alltäglichen Praxistätigkeit die Prävention stark am Herzen. Gemäss der europäischen Definition der Hausarztmedizin der Wonca aus dem Jahre 2002⁷ ist sie eine der Wesensmerkmale unserer Tätigkeit. Die Tertiärprävention⁸ im Bereich vieler chronischer Krankheiten – z.B. Herz-Kreislaufkrankheiten, metabolisches Syndrom, Übergewicht, Rheumakrankheiten, gewisse Tumoren – ist geradezu unser «tägliches Brot». Trotz der nicht besonders präventionsfreundlichen Umgebung in der Schweiz können wir Hausärzte aber auch in der Primär- und Sekundärprävention viel tun.

An Weiterbildungsveranstaltungen erarbeiten viele von uns das Instrument des «Motivational Interviewing» zum Erfassen der Veränderungsbereitschaft unserer Patienten und zum Anstossen von individuellen gesundheitsfördernden Verhaltensveränderungen. Wir alle haben gelernt und erfahren, dass kurze und wiederkehrende, auf den Patienten zugeschnittene hausärztliche Interventionen hilfreich sind. Ohne besonders grossen Zeitaufwand wenden wir sie, unterschiedlich häufig, konkret an. Im Idealfall bringt unsere Kurzintervention den Patienten im Verhaltensänderungskreis⁹ eine Stufe weiter: Präkontemplation (Absichtslosigkeit) – Kontemplation (Absichtsbildung) – Präparation (Vorbereitung) – Action (Handlung) – Maintenance (Aufrechterhaltung) – Relaps (Rückfall) – und da capo ... Die Auswahl aus dem endlosen Präventionsthematopf geschieht in unserer Sprechstunde aufs Ganze gesehen eher zufällig. Den einzelnen Patienten dürfte unsere jeweilige Intervention jedoch, wegen ihres individuell patientenzentrierten situativen Bezugs zum aktuellen Konsultationsgrund, an einem vulnerablen Punkt mit erhöhtem Wirkungspotential treffen. Konkret: Wenn ein Patient mit einem viralen Infekt der oberen und/oder unteren Luftwege in die Sprechstunde kommt, dürften die Themen des Rauchens, Trinkens und Bewegens näher liegen als «safer sex».

Es lohnt sich,
wo immer möglich,
«beiläufig»
eine Minute
für die Prävention
einzusetzen.

	Reichweite	Wirksamkeit		Effektivität	Effizienz
Zeitaufwand pro Raucher	Interventionen pro 100 Raucher	Rauchstopp-Rate	Zeitaufwand total (Min.)	Anzahl Rauchstopper	Zeitaufwand pro Rauchstopper
<1 Min.	30	10%	30	3	10
<1 Min.	60	10%	60	6	10.0
3 Min.	30	12%	90	3.6	25.0
10 Min.	10	16%	100	1.5	67.0
60 Min.	3	34%	180	1	180.0

Tabelle 1

Das Effort-Performance-Paradox – weniger ist mehr.

Das Effort-Performance-Paradox: weniger ist mehr – eine Minute für die Prävention

Erhebungen des «Royal Australian College of General Practice» (RACGP) bestätigen, dass wir mit kurzen Interventionen den höchsten Wirkungsgrad pro Minute unserer hausärztlichen Präventionsarbeit erreichen können. Mit 60 investierten Eine-Minute-Interventionen können wir sechs Menschen zum Rauchstopp bewegen. Wenn wir diese 60 Minuten einem einzigen Patienten geben, kommt nur einer von Dreien vom Rauchen los (Tab. 1). Es lohnt sich, wo immer möglich, «beiläufig» eine Minute für die Prävention einzusetzen.

Wo erforderlich, können wir spezifische Patienten selbstverständlich zu einem längeren Präventionsgespräch einladen.

Klein- versus Grosspraxen – tun, was möglich ist

Haben wir Schweizer Hausärzte diese Zeit für präventive Gespräche? In den Grosspraxen Australiens werden vertiefte spezifische Beratungen, telefonische Nachfrageaktionen, Abgabe von Informationsmaterial usw. nicht von den Hausärzten selber, sondern durch in die Praxis integrierte, spezifisch geschulte, nicht ärztliche Health Professionals, wie z.B. Practice nurses durchgeführt. Von solchen Grosspraxisstrukturen¹⁰ mit ihrem hohen Wirkungspotential sind wir in der Schweiz wohl noch einige Jahre entfernt.

Tun wir also, was wir mit unseren Mitteln, mit unseren Strukturen und unserer freiheitlichen philosophischen Grundhaltung tun können. Wir tun viel, doch es darf mehr sein.

Korrespondenz:

Dr. med. Bruno Kissling
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Elfenaueg 6
3006 Bern
bruno.kissling@hin.ch

⁷ http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/EUROPAISCHE_DEFINITON%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf

⁸ Prophylaxe zur «Verhinderung» weiterer Schäden oder zur Verlangsamung der Progredienz etablierter Krankheiten.

⁹ Modell der Verhaltensänderung nach Pochaska und DiClemente. Siehe: Müller B, Saner H. Wie motiviere ich den Patienten zur Veränderung. Schweiz Med Forum. 2008;8(35):626–31.

¹⁰ Kissling B. Grosspraxen für Hausärzte – neue Basis eines effizienten Gesundheitssystems. PrimaryCare 2008;8(17):348–50.