

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.