

Im Dschungel von Prävention und Screening

Prävention in der Praxis – gewusst wie!

Hausärztinnen und Hausärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte sind je nach Kontext und Patientenpopulation auch für Prävention und Screening zuständig. Unsere Patientinnen und Patienten kommen oft mit entsprechenden Erwartungen zu uns. Wie finden wir uns selbst im riesigen Angebot an präventiven Tests zurecht, und wie lotsen wir unsere Patientinnen und Patienten dabei?

Marco Zoller^{a,b}, Reto Auer^c, Isabelle Jacot Sadowski^d, Andy Biedermann^e, Adrian Rohrbasser^{c,f}, Corinne Chmiel^g, Andreas Zeller^h, Nicolas Rodondi^{c,i}, Jean-Paul Humairⁱ, Idris Guessous^j, Jacques Cornuz^d, Edouard Battegay^k, Stefan Neuner-Jehle^a

^a Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich und Universitätsspital Zürich; ^b Gemeinschaftspraxis am Meierhof, Zürich; ^c Berner Institut für Hausarztmedizin, Universität Bern; ^d Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté, Lausanne; ^e Public Health Services, Bern; ^f Medbase, Wil; ^g mediX Ärztenetzwerk, Praxis Friesenberg, Zürich; ^h Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin, Universität Basel; ⁱ Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern; ^j Service de médecine de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève et Université de Genève; ^k International Center for Multimorbidity and Complexity in Medicine, Universität Zürich

Diese Version vom 21.12.2023 wurde nach dem Erscheinen der gedruckten Fassung korrigiert. In der Druckversion wurde versehentlich R. Auer statt A. Rohrbasser im Text erwähnt. Wir entschuldigen uns für die in der Printversion vorhandenen Druckfehler.

Einleitung

In der haus- und fachärztlichen Praxis sind wir unter Zeitdruck mit vielfältigsten Aufgaben konfrontiert, und in der Konsultation nennen Patientinnen und Patienten oft mehr als ein Problem. Dabei erwarten Patientinnen und Patienten Fachexpertise und ein systematisches, evidenzbasiertes und zugleich individualisiertes Vorgehen von uns. Neben der Versorgung von akuten und chronischen Krankheiten hat in den letzten Jahren besonders die Prävention nichtübertragbarer Krankheiten im Schweizer Gesundheitswesen an Bedeutung gewonnen. Für die tägliche Praxisarbeit im Bereich Prävention und Beratung möchten wir daher nützliche Hinweise und praktische Beispiele zum Einsatz des zentralen Tools aus dem Programm EviPrev geben, das vor etwa 15 Jahren von einem der Co-Autoren (J. Cornuz) initiiert worden war und sich seither stetig weiterentwickelt [1, 2]. Dieses Tool besteht aus einer Übersichtstabelle (Tab. 1) und den dazugehörigen Erläuterungen. Sie finden sie auf der Webseite von EviPrev [1] und PEPrä, dem Präventionsprogramm der FMH [3]. Das EviPrev-Tool ist auf der Plattform «Guidelines Schweiz» [4] registriert und mit den Angeboten relevanter Stakeholder im

Bereich Prävention/Check-up verlinkt [5]. Tabelle und Empfehlungen werden von einem wissenschaftlichen Komitee jährlich überarbeitet und lehnen sich vor allem an die Empfehlungen der *United States Preventive Services Task Force* [6] und an themenspezifische nationale und internationale Guidelines an.

Die Empfehlungen 2023 sind ähnlich wie diejenigen, die 2021 publiziert worden waren [2]. Die überarbeitete Tabelle hingegen listet neu Interventionen auf, für welche die Datengrundlage nicht ausreicht, um sie bei asymptomatischen Personen zu empfehlen (Textblock unter der Tabelle). Neu wird anstelle von einzelnen Impfungen auf den Schweizerischen Impfplan des BAG [7] verwiesen und ein Link zu diesem Dokument bereitgestellt.

Wie nutzen Sie die Tabelle?

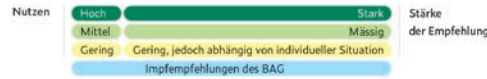
In der Kolonne links sind die zentralen Kategorien der Prävention in der Arztpraxis aufgeführt: Beratung zu gesundheitsrelevantem Verhalten und Screening nach kardiovaskulären Risiken, Krebs, Infektionen und anderen Erkrankungen, sowie der Link zum Schweizerischen Impfplan [7]. Horizontal ist die Zeitachse zwischen 18 und 75 Lebensjahren angelegt. Die Farbe kodiert die Stärke der Evidenz

bzw. der Empfehlung. In den Balken stehen Bemerkungen zu Häufigkeit, besonderen Risikogruppen oder andere wichtige Hinweise.

Wenn die Tabelle auf dem Desktop oder auf Papier griffbereit ist, lässt sich in präventiven Beratungssituationen systematisch und unkompliziert darauf zugreifen und ein Überblick gewinnen. In einer einzelnen Konsultation können zwar kaum alle Items abgearbeitet werden, aber es ist möglich, in einer partizipativen Entscheidungsfindung mit den Patientinnen und Patienten Themen zu priorisieren und diese dann zu diskutieren. Unsere Grundhaltung ist dabei die folgende: «Was können wir jetzt tun, damit es Ihnen später möglichst gut geht?». Werden zu einem spezifischen Risiko oder einer Krankheit vertiefende Informationen benötigt, so finden sie sich auf den obgenannten Webseiten als Annex oder direkt mit der Tabelle verlinkt. Die Webseiten bieten zudem verschiedene Tools und Entscheidungshilfen, insbesondere für das Screening von Krebserkrankungen. Mit diesen Features bietet EviPrev somit eine Unterstützung für den eingangs erwähnten Anspruch an eine qualitativ hochstehende, effektive Patientenbetreuung: systematischer Ansatz, evidenzbasiertes Vorgehen und individualisierte Beratung.



EVIPREV EMPFEHLUNGEN 2023



| | 18 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | Jahre | |
|------------------|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|--|
| Beratung | Tabak | [Green bar] | | | | | | | | | | | |
| | Alkohol | [Green bar] | | | | | | | | | | | |
| | Illegale Drogen | [Green bar] | | | | | | | | | | | |
| | Bewegung | ≥ 1 kvRF (IMC ≥ 25 kg/m ² , Dyslipidämie, Arterielle Hypertonie, Diabetes), empfohlen je nach individueller Situation für die Allgemeinbevölkerung | | | | | | | | | | | |
| | Ernährung | ≥ 1 kvRF (IMC ≥ 25 kg/m ² , Dyslipidämie, Arterielle Hypertonie, Diabetes), empfohlen je nach individueller Situation für die Allgemeinbevölkerung | | | | | | | | | | | |
| | Sexuelles Verhalten | Risikogruppen ¹ | | | | | | | | | | | |
| | Sonnenbestrahlung | Wenn helle Haut: Empfohlen je nach individueller Situation für die Allgemeinbevölkerung | | | | | | | | | | | |
| Screening | Krebs | Zervix | 1x / 3 Jahre (zytologisches Screening) 1x / 3 Jahre (zytologisches Screening und HPV) | | | | | | | | | | |
| | | Kolon und Rektum | 1x / 2 Jahre (FIT) oder 1x / 10 Jahre (Kolonoskopie) ^{1,2} | | | | | | | | | | |
| | | Brust | 1x / 2 Jahre (Mammographie), nur nach SDM ³ | | | | | | | | | | |
| | | Prostata | 1x / 1-2 Jahre (PSA), nur nach SDM ² | | | | | | | | | | |
| | | Lunge | 1x / 1-2, 5 Jahre, wenn ≥ 15 PY/Rauchstopp <10 Jahre (CT low dose), nur nach SDM ² | | | | | | | | | | |
| | Kardiovaskulär | Arterielle Hypertonie | 1x / 3 Jahre wenn keine anderen kvRF 1x / Jahr | | | | | | | | | | |
| | | Übergewicht | 1x / 3 Jahre | | | | | | | | | | |
| | | Dyslipidämie | 1x / 2-5 Jahre, je nach Risikoabschätzung (A/G/LA Score) ³ | | | | | | | | | | |
| | | Diabetes | 1x / 1-3 Jahre, je nach RF für Diabetes ² | | | | | | | | | | |
| | | Bauchaortenaneurysma | M Raucher/Ex-Raucher, 1x (US) | | | | | | | | | | |
| | Infektionen | HIV | Ab 65 Jahren wenn RF | | | | | | | | | | |
| | | Syphilis | Risikogruppen ¹ | | | | | | | | | | |
| | | Chlamydien und Gonorrhoe | F wenn Risikofaktoren ¹ | | | | | | | | | | |
| | Andere | Hepatitis B und C | Risikogruppen ¹ | | | | | | | | | | |
| | | Depression | [Green bar] | | | | | | | | | | |
| Häusliche Gewalt | | F im gebärfähigen Alter | | | | | | | | | | | |
| Impfungen | Impfstatus gemäss BAG-Impfplan Schweizerischer Impfplan (asimin.ch) | | | | | | | | | | | | |

Interventionen, für die nicht genügend Daten vorliegen, um sie bei asymptomatischen Personen zu empfehlen

- Krebs-Screening: Haut, Mund, Blase.
- Kardiovaskuläres Screening: Vorhofflimmern ab 50 Jahren, PAVK mit ABI, Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit ABI/hsCRP/CAC, Koronare Herzkrankheit mit EKG/ Belastungs-EKG bei mittlerem oder hohem kardiovaskulärem Risiko, Bauchaortenaneurysma F bei Raucherinnen oder ehemaligen Raucherinnen zwischen 65-75 Jahre.
- Andere Screening-Untersuchungen: Schilddrüsendysfunktion, Schlafapnoe, Zöliakie, Vitamin-D Mangel, Essstörungen, Glaukom ab 40 Jahren, Sehstörungen ab 65 Jahren, Hörstörungen ab 50 Jahren, kognitive Störungen ab 65 Jahren.

Folgende Screenings sind bei asymptomatischen Menschen nicht empfohlen

- Krebs-Screening: Schilddrüse, Pankreas, Ovarien und Hoden
- Kardiovaskuläres Screening-Untersuchungen: Koronare Herzkrankheit mit EKG/ Belastungs-EKG bei geringem Risiko, Karotisstenosen mit US
- Andere Screeninguntersuchungen: COPD mit Spirometrie, Bakteriurie (bei M und nicht-schwangeren F)

ABI: Ankle-brachial index
 AGLA: Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose
 BAG: Bundesamt für Gesundheit
 BMI: Body Mass Index [kg/m²]
 CAC: coronary artery calcium
 COPD: Chronic obstructive pulmonary disease
 CT: Computertomographie

EKG: Elektrokardiogramm
 F: Frau
 kvRF: kardiovaskuläre Risikofaktoren
 FIT: Fecal Immunochemical Test
 FRAX: Risikorechner für Frakturen
 HIV: Humanes Immundefizienz-Virus
 hsCRP: High-sensitivity C-reactive protein

M: Mann
 SDM: Shared Decision Making
 PAVK: periphere arterielle Verschlusskrankheit
 PSA: Prostataspezifisches Antigen
 PY: Pack Years
 RF: Risikofaktoren
 US: Ultraschall

Die an der Entwicklung dieser Empfehlungen beteiligten Universitätspolikliniken und Hausarztinstitute sind: Lausanne, Basel, Bern, Genf, Zürich.

Die EviPrev Empfehlungen werden unterstützt von:



Tabelle 1: EviPrev-Empfehlungen 2023 (Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Vereins EviPrev, bestehend aus den Co-Autoren dieses Artikels [Andy Biedermann in administrativer Funktion]).

Ein konkretes Beispiel

Eine 52-jährige, beschwerdefreie Frau mit einem BMI von 22 kg/m² und unauffälliger persönlicher und familiärer Anamnese raucht fünf Zigaretten pro Tag. Sie möchte einen Check-up machen. Dies ist eine optimale Ausgangssituation für eine präventive Beratung: Sie werden mit der Frau besprechen, dass es sinnvoll ist, den Zigarettenkonsum zu sistieren und dies vertieft zu diskutieren. Der Blick auf die EviPrev-Tabelle zeigt Ihnen nun auf einen Blick, welche zusätzlichen präventiven Aktivitäten bei der Patientin sinnvoll sind: Zum Beispiel die Suche nach weiteren, vor allem kardiovaskulären Risikofaktoren, welche die schädlichen Auswirkungen des Rauchens auf die verschiedenen Organsysteme potenzieren können. Dazu kommen, je nach Situation und Präferenz der Patientin im Gespräch, andere wichtige Themen wie Impffragen, Krebs-Screening oder Depression. Für eine möglichst patientennahe Diskussion der Themen können Sie auf Methoden wie motivierende Ge-

sprächsführung und partizipative Entscheidungsfindung zurückgreifen, welche beispielsweise im Kommunikationsbereich der PEPrä-Startseite [3] zusammengefasst sind. Als weiteres Instrument, das die gemeinsame Umsetzung der Empfehlungen begleiten kann, bietet sich der Gesprächsleitfaden aus dem Programm Gesundheitscoaching-KHM an [8].

Was besser sein lassen?

Während zweier Workshops befragte kürzlich einer der Co-Autoren (R. Auer) Hausärztinnen und Hausärzte auf Basis von Fallvignetten, welche Untersuchungen sie bei einem Check-up durchführen würden (unpublizierte Daten). Die Antworten zeigten auf, dass Patientinnen und Patienten unter einem Check-up oft anderes verstehen als Fachleute: Patienten erwarten oft, dass Tests durchgeführt werden, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand prüfen. Der evidenzbasierte Ansatz von EviPrev zielt eher auf die periodische Überprü-

fung von Risiken und Krankheiten, denen sinnvollerweise vorgebeugt werden kann, und weniger dem Case Finding oder der Aufarbeitung einer offenen oder versteckten Patientagenda. Gerade der letzte Punkt ist aus ärztlicher Sicht oft ein zentrales Element des Check-up.

Gemäss Antworten der Workshopteilnehmenden scheinen sich diese divergierenden Erwartungen auch im Verhalten der Ärzteschaft abzubilden: Neben den evidenzbasierten Analysen wie Blutzucker und Lipidprofil, die auch in der EviPrev-Tabelle grün kodiert sind, erfreuten sich weitere Parameter wie Hämatogramm, CRP, Kreatinin, TSH, Leberwerte, Vitamin D3 und B12 grosser Beliebtheit. Allerdings ist bei asymptomatischen Patienten ohne spezifische Risikokonstellation für diese Analysen kein Nutzen nachgewiesen. Solche Analysen sind für Patientinnen und Patienten und das Gesundheitssystem belastend und sollten sich auf Fälle beschränken, bei denen Anamnese oder Klinik auf ein Risiko hin-

weisen, beispielsweise auf einen überhöhten Alkoholkonsum. So sind auch Laborblocks, die zur gewohnheitsmässigen Verordnung solcher Parameter verleiten, nicht zielführend. Ähnliches gilt für das Krebs-Screening: Bei bestimmten Krebsarten ist ein Screening der Allgemeinbevölkerung nicht möglich oder sinnvoll (zum Beispiel Pankreaskarzinom, Ovarialkarzinom, Blasenkarzinom). Dieser Fakt widerspricht manchmal den Wünschen unserer Patientinnen und Patienten und dann lohnt sich ein informierendes Gespräch besonders. Das Ziel ist schliesslich eine gemeinsame Entscheidung dazu, was in der individuellen Situation Sinn macht und was nicht.

Ebenso zeigt die Tabelle auf, dass für wichtige Beratungsthemen wie Ernährung und Bewegung eine Wirkung nur in Abhängigkeit vom individuellen Risikoprofil nachgewiesen ist. Dies mag manchmal mit unserem Eifer oder Bauchgefühl kollidieren, ist aber ein wichtiger Reminder daran, dass wir nicht bei jeder Patientin und jedem Patienten alles machen müssen. Wenn wir unsere Ski oder ein Auto in den Service bringen, möchten wir ja auch wissen, was gemacht werden soll und was wirklich einen Nutzen bringt – und sind dabei auf die evidenzbasierte Beratung durch den Anbietenden angewiesen.

Vermissen Sie in der EviPrev-Tabelle gewisse Themen der Prävention? Beachten Sie dazu die Auswahl an Screening-Untersuchungen, auf die besser verzichtet werden sollte, in der Legende unter der Tabelle. Bei einigen ist die Evidenzlage ungenügend, bei anderen ist nachgewiesen, dass sie keinen Nutzen generieren.

Der Mehrwert und die Grenzen des EviPrev-Instrumentes

Die EviPrev-Übersicht kann der Ärztin bzw. dem Arzt somit als praxisnah entwickeltes Ins-

trument helfen, den Patientinnen und Patienten mit minimalem Zeitaufwand eine aktuelle, kritisch aufgearbeitete wissenschaftliche Basis für die Beratung bei Screening und Prävention anzubieten. Mit seiner systematischen Nutzung können wir sowohl in unterversorgten Bereichen (zum Beispiel Dickdarmkrebs-Screening) als auch in überversorgten Bereichen (zum Beispiel exzessive Bildgebung oder Laboruntersuchungen) einen positiven Einfluss nehmen.

Schliesslich sei betont, dass EviPrev primär die asymptomatischen Patientinnen und Patienten in unserer Sprechstunde adressiert, mit oder ohne Risikofaktoren. Es gibt aber auch (familiäre) Hochrisikokonstellationen (zum Beispiel die familiäre Hypercholesterinämie oder die BRCA1-Mutation), bei denen ein aggressiveres Vorgehen empfohlen wird, zum Beispiel ein früherer Beginn oder kürzere Intervalle beim Screening. Dann greift das EviPrev-Instrument zu kurz, und es sind die einschlägigen Empfehlungen der Fachgesellschaften und ihrer Guidelines heranzuziehen.

Wir wünschen Ihnen weiterhin viel Erfolg dabei, die Erwartungen Ihrer Patientinnen und Patienten an eine evidenzbasierte und gleichzeitig individualisierte Vorsorgeberatung zu erfüllen. EviPrev unterstützt Sie dabei!

Zusammenfassung für die Praxis

Um die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an eine moderne, evidenzbasierte und doch individualisierte Prävention zu erfüllen, wurde in der Schweiz das Tool EviPrev entwickelt und über Jahre optimiert. Es ist auf verschiedenen Plattformen zugänglich, direkt mit Hintergrundinformationen verlinkt und so gestaltet, dass es im Alltag mit den Patientinnen und Patienten zusammen partizipativ, unkompliziert und effizient eingesetzt werden kann.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Stefan Neuner-Jehle
Institut für Hausarztmedizin Zürich
Pestalozzistrasse 24
CH-8091 Zürich
stefan.neuner-jehle[at]jusz.ch

Conflict of Interest Statement

Die Autorinnen und Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Author Contributions

MZ, RA, IJS und SNJ konzipierten und verfassten den Artikel. Alle Autoren trugen zum Konzept und Inhalt des Artikels bei und genehmigten die finale Version.

Literatur

- 1 EviPrev [Internet]. Bern: Produkte, Tools und Schulungen [cited 2023 Oct 29]. Available from: <https://eviprev.ch/produkte-tools>
- 2 Jacot Sadowski I, Boesch A, Biedermann A, Auer R, Battegay E, Guessous I, et al. Schweizer Empfehlungen für den Check-up in der Arztpraxis. *Swiss Med Forum*. 2021;21(5152):888–94.
- 3 PEPra [Internet]. Bern: EviPrev-Empfehlungen und Entscheidungshilfen [cited 2023 Oct 29]. Available from: <https://www.pepra.ch/de/eviprev>
- 4 FHM [Internet]. Bern: Online-Plattform «Guidelines Schweiz» [cited 2023 Oct 29]. Available from: <https://guidelines.fmh.ch/>
- 5 medix [Internet]. Zürich: Check-up [cited 2023 Oct 29]. Available from: <https://www.medix.ch/wissen/guidelines/check-up>
- 6 U.S. Preventive Services [Internet]. Rockville: Home [cited 2023 Oct 29]. Available from: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/>
- 7 BAG [Internet]. Bern: Schweizerischer Impfplan [cited 2023 Oct 29]. Available from: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/i-und-b/factsheets-impfungen/schweizerischer-impfplan-zusammenfassung.pdf.download.pdf/schweizerischer-impfplan-zusammenfassung-de.pdf>
- 8 Gesundheitscoaching KHM [Internet]. Freiburg: Für Ärzte für Patienten [cited 2023 Oct 29]. Available from: <https://www.gesundheitscoaching-khm.ch/>

Anzeige

Die Redaktion von *Primary and Hospital Care* und der Schweizerische Ärzteverlag EMH wünschen ihren Leserinnen und Lesern ein gesundes und glückliches neues Jahr. Wir freuen uns darauf, Ihnen auch 2024 interessanten, unabhängigen und fachlich hochstehenden Lesestoff zur Verfügung zu stellen.