

Mit Vernunft und Patientenkenntnis

Welchen Platz hat der Gesundheits-Check-up 2021?

Dr. med. Kevin Selby

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne

Die meisten Schweizer Hausärztinnen und -ärzte sowie ihre Patientinnen und Patienten sehen die Vorsorge als eine der zentralen Alltagsaufgaben der ärztlichen Praxis [1]. Wir Ärztinnen und Ärzte kümmern uns darum, Ratschläge zu erteilen, über Indikationen für Vorsorgeuntersuchungen zu sprechen und Impfungen zu verabreichen. Das Update der EviPrev-Empfehlungen, das im Artikel von Jacot Sadowski et al. in dieser Ausgabe des *Swiss Medical Forum* vorgestellt wird [2], ist ein guter Anlass, um über die wichtige Rolle der Hausärztinnen und -ärzte und ihrer Equipe nachzudenken.

Die ersten evidenzbasierten Empfehlungen zur Gesundheitsvorsorge für asymptomatische Personen wurden 1979 von der «Canadian Task Force on Preventive Health Care» (PHAC) verfasst. Empfohlen wurde die Durchführung oder Nichtdurchführung bestimmter medizinischer Massnahmen, abhängig von der wissenschaftlichen Evidenzlage. Die zugrunde liegende Überzeugung war, dass früher oder später randomisierte klinische Studien unsere Entscheidungen leiten und einfache Empfehlungen ihre Ausführung erleichtern würden. Mit dem Ziel, die Gesundheitsvorsorge zu vereinheitlichen und die Wirksamkeit der allgemeinen Gesundheits-Check-ups zu evaluieren, wurden in grossen klinischen Studien diverse Massnahmen untersucht. Diese allgemeinen Check-ups hatten jedoch nicht den erhofften Effekt auf die Mortalität [3], weshalb die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin davon abrät [4].

Machen wir es heute, im Jahre 2021, besser als in diesen meist aus den 70er Jahren stammenden klinischen Studien?

Erstens müssen wir das umfassende und über Jahre gesammelte Wissen über unsere Patientinnen und Patienten nutzen, um diejenigen gezielt anzusprechen, die von unseren Ratschlägen am meisten profitieren würden. Aufgeben sollten wir die Durchführung einer ganzen Batterie von ausgedehnten und jährlichen Testungen bei gesunden und motivierten Patientinnen und Patienten, wie sie klassischerweise reichen Geschäftsführern angeboten werden («executive physicals»).

Stattdessen müssen wir versuchen, in unserem Patientenklientel die zu sensibilisieren, die weniger häufig zur Untersuchung kommen. Und hier geht es nicht darum, punktuell über mehr Bewegung oder weniger Alkoholkonsum zu diskutieren, sondern die Patientinnen und Patienten in ihrer Ambivalenz zu begleiten und medizinische Hilfe anzubieten, wenn sie dazu bereit sind. All dies geht auch ohne jährlich vorgeplante Termine zur Prävention. Wichtig ist vielmehr, die Patientinnen und Patienten in einem Rhythmus wiederzusehen, der notwendig ist, um die Arzt-Patienten-Beziehung aufrechtzuerhalten und mit den empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen up-to-date zu bleiben.

Zweitens informieren uns die klinischen Studien über das Nutzen-Risiko-Verhältnis verschiedener Präventionsmassnahmen, sagen uns aber nichts darüber, ob die Untersuchung für eine bestimmte Person indiziert ist oder nicht. Ein klassisches Beispiel ist die Messung des prostataspezifischen Antigens (PSA) zur Vorsorge des Prostatakarzinoms: Eine europäische klinische Studie (an der auch die Schweiz beteiligt war) mit über 180 000 Teilnehmenden konnte einen gewissen Nutzen nachweisen (ein durch Prostatakrebs verursachter Todesfall weniger als in der Vergleichsgruppe, gerechnet auf 500 Männer mit Follow-up über 16 Jahre), aber auch eine Zunahme der Anzahl notwendiger Behandlungen (16 mehr Prostatakarzinomdiagnosen als in der Vergleichsgruppe, bezogen auf 500 Männer, von denen die Mehrheit behandelt wird) [5]. Die Relevanz dieser zwei Outcomes wird von Patient zu Patient unterschiedlich bewertet – daher ist es wichtig, dass die Entscheidung zu dieser Vorsorgemassnahme durch Arzt und Patient gemeinsam getroffen wird.

Drittens hilft das Evidenzniveau dabei zu priorisieren und zwischen medizinischen Massnahmen mit klarem und signifikantem Nutzen, Massnahmen mit geringem Nutzen und solchen ohne Nutzen zu unterscheiden. Zum Beispiel kann ein Rauchstopp im Alter von 35 Jahren die Lebenserwartung um zehn Jahre erhöhen, während der Ratschlag zur Reduktion der UV-Exposition mit 35 Jahren wahrscheinlich einen Nutzen hat, aber nur geringfügig. Als logische Konsequenz hie-



Kevin Selby

raus sollten wir den Tabakkonsum aller unserer Patientinnen und Patienten kennen und bei jeder Möglichkeit intervenieren, während Ratschläge zur Reduktion der UV-Exposition dann erfolgen können, wenn sich die Gelegenheit dazu bietet. Die Untersuchungen, die ganz unten in Rot auf der EviPrev-Tabelle stehen (siehe Abb. 1 in [2]), sollten wir hingegen ganz streichen, weil sie lediglich unsere Zeit und Ressourcen verschwenden, ohne einen medizinischen Nutzen zu bringen.

Viertens müssen wir 2021 auch die Prävention bei über 75-Jährigen, die nicht in der EviPrev-Tabelle aufgeführt sind, im Auge behalten. Ein Schweizer kann heutzutage mit 75 Jahren noch auf 12 weitere Lebensjahre hoffen, eine Schweizerin auf 14 Jahre. Ist es sinnvoll, die Vorsorge hinsichtlich Diabetes und Kolonkarzinom fortzuführen? Tatsächlich ist diese Altersschicht sehr heterogen. Bei gleichem Alter können die Menschen rüstig, geschwächt oder hilfsbedürftig sein. Wir müssen die geschätzte verbleibende Lebenserwartung mit der Latenz bis zum Eintreten des medizinischen Nutzens einer Intervention und mit den Präferenzen der Patientin oder des Patienten in Relation setzen, um für jede und jeden einen individuellen Vorsorgeplan zu erstellen [6].

Letztlich bleiben Fragen offen zu bestimmten, nicht in dieser Tabelle erfassten Untersuchungen, die trotzdem weitläufig praktiziert werden, wie die Messung des Kreatininwertes im Blut oder die Auskultation der Karotiden bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten. Häufig ergänzen wir unseren auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden Check-up durch kostengünstige Untersuchungen, um einen Vergleichswert in unseren Unterlagen zu haben und unsere Patientinnen und Patienten beruhigen zu können, dass bei ihnen «alles in Ordnung» sei, ohne nach spezifischen Krankheiten zu suchen. In diesem Punkt ist eindeutig Zurückhaltung geboten, da die

daraus resultierenden Zufallsbefunde zu wahren Kasakaden an gefährlichen und teuren Untersuchungen führen können [7].

Auf den ersten Blick erscheint der Präventionsansatz im Jahre 2021 komplexer denn je. Wir sind jedoch zuversichtlich, dass es die Guidelines sind, die – zumindest teilweise – den vernünftigen Ansatz besser widerspiegeln, der bereits von der grossen Mehrheit unserer hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen angewandt wird. Wir werden unsere Vorgehensweisen mittels dieser neuen Tabelle überprüfen und uns fragen müssen, ob es Tests gibt, die wir hinzufügen – oder besser noch – aufgeben sollten.

Disclosure statement

Der Autor hat deklariert, Grants von der Krebsforschung Schweiz, der «Fondation Leenaars» und dem Tabakpräventionsfonds erhalten zu haben, alle nicht im Zusammenhang mit diesem Beitrag. Er ist Mitglied des Steering Committee des Waadtlander Programms zur Früherkennung von Darmkrebs.

Literatur

- 1 Cohidon C, Imhof F, Bovy L, Birrer P, Cornuz J, Senn N. Patients' and General Practitioners' Views About Preventive Care in Family Medicine in Switzerland: A Cross-sectional Study. *J Prev Med Public Health*. 2019;52(5):323–32.
- 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(51–52):888–94.
- 3 Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;1(1):CD009009.
- 4 Zusätzliche smarter medicine-Empfehlungen für die ambulante Allgemeine Innere Medizin. 2021; https://www.smartermedicine.ch/fileadmin/user_upload/smarter_medicine/Flyer_smarter_medicine_ambulante_AIM_d_30.3.2021_def.pdf. Abgerufen am 14.10.21.
- 5 Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol*. 2019;76(1):43–51.
- 6 Vilas-Boas A, Selby K, Cornuz J, Büla C, Nguyen S. Dépistages: que faire au-delà de 75 ans? *Rev Med Suisse*. 2020;6(714):2156–9.
- 7 Ganguli I, Simpkin AL, Lupo C, Weissman A, Mainor AJ, Orav EJ, et al. Cascades of Care After Incidental Findings in a US National Survey of Physicians. *JAMA Netw Open*. 2019;2(10):e1913325.

Korrespondenz:

Dr. med. Kevin Selby
Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique
Rue de Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
[kevin.selby\[at\]unisanté.ch](mailto:kevin.selby[at]unisanté.ch)