



LANDESGESUNDHEITSKONFERENZ
BADEN-WÜRTTEMBERG

AG Standortfaktor Gesundheit

Bericht der Projektgruppe
Weiterentwicklung der Früherkennung



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALORDNUNG,
FAMILIE, FRAUEN UND SENIOREN

Impressum

Titel: Bericht der Projektgruppe "Weiterentwicklung der Früherkennung"

Stand: 11. November 2014

Vorsitzender: Dr. med. Ulrich Clever
Präsident der
Landesärztekammer Baden-Württemberg
Jahnstr. 40
70597 Stuttgart

Tel.: 0711 / 769 89 33
dr.ulrich.clever@laek-bw.de

Co-Vorsitzender: Viktor Hartl
Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg
Stuttgarter Str. 105
70806 Kornwestheim

Tel.: 07154 / 1316 301
vhartl@bkk-bw.de

Copyright: Nachdruck nur mit Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und
Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren

Inhaltsverzeichnis

I.	Mitglieder der Projektgruppe	3
II.	Vorwort und Einführung	5
III.	Aufgabe und Arbeitsweise der Projektgruppe.....	6
IV.	Zusammenfassung.....	7
V.	Was ist Prävention?.....	9
VI.	Besondere Aspekte der Früherkennung	11
VII.	Screening in Baden Württemberg.....	13
VII. 1.	Diabetes mellitus Typ 2	13
VII. 2.	Krebs-Screenings	15
VII. 2.1.	Screening auf Zervixkarzinom.....	16
VII. 2.2.	Mammographie-Screening	17
VII. 2.3.	Vorsorge-Koloskopie.....	17
VII. 2.4.	Weitere Screenings.....	18
VII. 3.	Check-up 35.....	19
VIII.	Stand und Entwicklungsmöglichkeiten der Früherkennung	21
IX.	Wichtige Hauptakteure für die Stärkung der Früherkennung	26
IX. 1.	Vorbemerkungen	26
IX. 2.	Ärzte	27
IX. 3.	Apotheker	28
IX. 4.	Krankenkassen	30
IX. 5.	Selbsthilfegruppen	34
IX. 6.	Wissenschaftler	38
X.	Praktische Beispiele und Anregungen für die Umsetzung von Früherkennung	41
X. 1.	Kommunale Gesundheitskonferenzen	41
X. 2.	Bevölkerung	41
X. 3.	Ausbildung und Studium.....	42
X. 3.1.	Kindergarten	42
X. 3.2.	Schule.....	43
X. 4.	Arbeitsleben / Mittlere Lebensphasen	43
X. 5.	Spätere Lebensphase	43
X. 6.	Geschlechterspezifische Kommunikation.....	45
XI.	Ausblick – Empfehlungen und erste Umsetzungsvorschläge	47
XII.	Literatur.....	50

I. Mitglieder der Projektgruppe

Dr. Gerhard Allmendinger
Klinik am Eichert, Göppingen

Prof. Dr. Nikolaus Becker
Deutsches Krebsforschungszentrum,
Epidemiologie von Krebserkrankungen

Prof. Dr. Bernhard Böhm
Innovationsregion Ulm – Spitze im Süden e.V.

Prof. Dr. Michael Böhme
Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Elke Brückel
Deutscher Diabetiker Bund (DDB), LV Baden-Württemberg

Dr. Ulrich Clever
Landesärztekammer Baden-Württemberg

Dr. Gisela Dahl
Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Dr. Margit Ebinger **ab 01.01.2011**
Klinisches Landeskrebsregister

Dr. Susanne Elsner **bis 31.12.2010**
Klinisches Landeskrebsregister

Dr. Ralph Alexander Gaukler
BVKJ - LV BW Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte

Dr. Günther Hanke
Landesapothekerkammer Baden-Württemberg

Viktor Hartl
Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg

Reinhart Hoffmann
Deutsche Diabetes Stiftung, München

Prof. Dr. Reinhard Holl
Arbeitsgemeinschaft Diabetologie Baden-Württemberg

Dr. Emil Höring
Landesbeirat Onkologie

Sviatlana Isik

Universität Ulm, Medizinische Fakultät, Klinische Ökonomik

Dr. Sigrid von Kapff

DRK-Abendtreff "Leben mit Krebs" Gruppe Stuttgart

Daniela Krämer

Ärzteverband öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg

Matthias Krause

Landessportverband Baden-Württemberg

Prof. Dr. Rüdiger Landgraf

Deutsche Diabetes Stiftung, München

Prof. Dr. med. Ralf Lobmann

AG Diabetologie Baden-Württemberg (ADBW) und
Geriatrisches Zentrum Stuttgart, Klinikum Stuttgart

Prof. Dr. Franz Porzsolt

Universität Ulm, Medizinische Fakultät, Klinische Ökonomik

Manuela Rukavina M.A.

Landesfrauenrat Baden-Württemberg

Dr. med. Firuz Sadr-Haghighian

DDB LV Baden-Württemberg, Diabetiker-Treff Bietigheim

Otto Sälzle

Innovationsregion Ulm - Spitze im Süden e.V.

Oliver Schuckert

Ministerium für Arbeit und Sozialordnung,
Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg

Andreas Vogt

Techniker Krankenkasse, LV Baden-Württemberg

II. Vorwort und Einführung

Die „Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg – Gesundheit in allen Lebensbereichen“ zielt darauf ab, den Gesundheitsstatus der Bevölkerung Baden-Württembergs auf hohem Niveau zu erhalten und zu verbessern. Die größte Herausforderung sind dabei die chronischen Erkrankungen. Daher soll die Gesundheit in allen Lebensphasen und Lebenswelten gefördert werden. Dazu setzt die Gesundheitsstrategie Baden-Württemberg verstärkt auf Prävention und Gesundheitsförderung. Die Früherkennung von Krankheiten, gerade bei den zunehmenden chronischen Erkrankungen, ist dabei ein wichtiges Handlungsfeld der Gesundheitsstrategie.

Die zur Umsetzung der Ziele des Handlungsfelds „Früherkennung von Krankheiten“ eingesetzte Projektgruppe „Weiterentwicklung der Früherkennung“ hatte sich zunächst mit dem so häufig und in allen möglichen Zusammenhängen genutzten Begriff der Prävention, und genauer der Sekundärprävention, auseinanderzusetzen. Hierzu sind eine ganze Reihe von Definitionen einschlägig.

Im Gegensatz zu den Begriffen Prävention / Sekundärprävention, die bisweilen sehr unterschiedlich verwandt werden, wurde der Begriff der Früherkennung bereits im Sozialrecht seit den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts recht eindeutig und spezifisch für bestimmte gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen genutzt. Da diese Früherkennungsmaßnahmen die verschiedensten Bereiche der menschlichen Gesundheit betreffen, die nicht einfach vergleichbar oder analog handzuhaben sind (z.B. Krebsvorsorge und Diabetes-Früherkennung, aber auch Mutterschaftsvorsorge oder Kinder-Untersuchungen), wurde der Begriff der Früherkennung schon immer vielgestaltig eingesetzt und wahrgenommen.

Die Weiterentwicklung von Früherkennungs-Maßnahmen sollte insbesondere auch eine strategisch ausgelegte und wirksame Präventionskampagne berücksichtigen: Wer soll mit welchen Mitteln und auf welchen Wegen zu einer Verbesserung seiner Gesundheit angehalten werden und damit eine verbesserte Lebens- und Arbeitsqualität mit mehr gesunden Lebensjahren erreichen können? Darüber hinaus sind für die Weiterentwicklung der Früherkennung (besonders chronischer und Zivilisations-Krankheiten) auch Überlegungen zu deren Umfang, Nutzen und einem Erfolg dieser empfohlenen Maßnahmen wesentlich.

III. Aufgabe und Arbeitsweise der Projektgruppe

Die Projektgruppe „Weiterentwicklung der Früherkennung“ hat den Auftrag, Empfehlungen für Maßnahmen zu entwickeln, die dabei helfen können, Früherkennung in Baden-Württemberg zu verbessern. Wesentlich hierbei sind insbesondere Diskussionen zu einer gesteigerten Inanspruchnahme von Früherkennungs-Maßnahmen sowie zum niedrigschwelligen Settingansatz, um Krankheiten frühzeitig zu erkennen und einer rechtzeitigen Behandlung zuzuführen. Zur Konkretisierung des thematischen Ansatzes wurden von der Projektgruppe die Themen „Check-up 35“, „Diabetes mellitus“ und „Krebs-Screenings“ exemplarisch näher betrachtet. Über das Thema Früherkennung hinaus war auch das Thema Prävention insgesamt Inhalt der Arbeit in der Projektgruppe, welche an einigen Stellen im Bericht daher mit berücksichtigt wurde.

Die Projektgruppe erarbeitete die vorliegenden Empfehlungen auf Basis bestehender Rahmenbedingungen sowie gegebener Möglichkeiten und einer dadurch bedingten, eingeschränkten Arbeits- und Herangehensweise. Die Projektgruppe war sich von Anfang an klar, dass sie bei dem bestehenden Auftrag und Anspruch – insbesondere auf Grund der eingeschränkten Ressourcen – keine umfängliche Literatur-Analyse, umfangreiche Reviews oder dergleichen durchführen kann. Vielmehr hat die Projektgruppe ihren Auftrag dahingehend gesehen, die Erfahrungen und das vielfältige Wissen der Teilnehmenden zu bündeln, um Empfehlungen formulieren zu können, die sich an den Bedürfnissen der Menschen im Lande konkret orientieren.

IV. Zusammenfassung

Prävention ist ein Oberbegriff für Maßnahmen, die zur Vermeidung, Verzögerung oder Verringerung des Auftretens oder der Folgen von Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen dienen. Durch Prävention sollen entweder Krankheitsursachen aufgehoben oder die Früherkennung und -behandlung ermöglicht bzw. das Fortschreiten von Krankheiten verhindert werden. Die Prävention zielt dabei auf Risikogruppen ab, bei denen eine Krankheit zu erwarten, erkennbar oder bereits eingetreten ist. Grundsätzlich wird hierbei noch hinsichtlich unterschiedlicher Ansätze zwischen individuellen Maßnahmen (Verhaltensprävention) und Änderungen in der Lebensumgebung (Verhältnisprävention) unterschieden. Die Sekundärprävention soll dabei eine Früherkennung von Erkrankungen vor einer Symptommanifestation und damit eine Frühintervention ermöglichen.

Aus dem großen Komplex der Früherkennung von möglichen chronischen Krankheiten erfolgte in der Themenbearbeitung eine exemplarische Konzentration auf Aspekte der Weiterentwicklung von Früherkennung in unterschiedlichen Bereichen von Krebs-Screenings, des „Check-up 35“ und des Diabetes. Am Beispiel der seit 1989 eingeführten (und längst verbesserungsfähigen) Früherkennungs-Maßnahme „Check-up 35“ wurde dies exemplifiziert. Ein wesentliches Ergebnis ist auch die Vorstellung einiger Hauptakteure im Gesundheitswesen einschließlich deren unterschiedlicher Sichtweisen bezogen auf zielgruppenspezifische Ansätze. Es wurde zudem exemplarisch versucht, zielgruppenspezifische Ansätze für die Weiterentwicklung der Früherkennung zu formulieren.

Entscheidend für eine Verbesserung von Früherkennungs-Maßnahmen im Land sind – neben einer Ausrichtung auf bestimmte Zielgruppen – insbesondere eine Verbesserung des Bewusstseins um die Bedeutung von Präventionen für jeden Einzelnen, die grundsätzliche Erhöhung der Teilnehmerrate an Früherkennungs-Untersuchungen sowie die verstärkte Berücksichtigung der Einbindung von Früherkennung in ein betriebliches Gesundheitsmanagement. Darüber hinaus könnte der Leistungsumfang einzelner Früherkennungs-Untersuchungen noch gezielt erweitert werden, um früher und umfangreicher bereits beginnende Veränderungen von chronischen Erkrankungen erkennen zu können.

Der vorliegende Abschlussbericht beinhaltet darüber hinaus die von der Projektgruppe zu Grunde gelegten Definitionen von „Früherkennung“, eine quantitative Auflistung bezahlter und nicht-bezahlter Früherkennungs-Maßnahmen sowie einige Qualitätsmerkmale verschiedener Verfahren.

Wichtige Empfehlungen und Schlussfolgerungen zur Weiterentwicklung der Früherkennung chronischer Krankheiten sind u.a. die Stärkung, Optimierung und Erweiterung der Gesundheits-Untersuchung „Check-up 35“ durch Ergänzung der Diagnostik (Diabetes-Bestimmung mittels HbA1c und Leberuntersuchung mittels ALT (Alanin-Aminotransferase, früher GPT) Enzym der Leberzellen)) sowie bedarfsweise Durchführung eines OGTT (oraler Glukosetoleranztest), Vorverlegung des Untersuchungsalters auf 30 Jahre, die Einführung eines regelmäßigen Erinnerungs- und/oder Einladungsverfahrens für alle Vorsorgeuntersuchungen, die Schaffung von vermehrten Anreizen zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und eine Steigerung des allgemeinen Bewusstseins für die Bedeutung von Prävention und Früherkennung, insbesondere auch ausgerichtet auf spezielle Zielgruppen. Auch der GesundheitsCheck Diabetes könnte zur Risiko-Früherkennung eines Typ-2-Diabetes einbezogen werden.

Insgesamt wird durch die vorliegenden Ergebnisse und Vorschläge hoffentlich ein Beitrag dazu geleistet, den Gedanken der präventiven Früherkennung im Alltag der Akteure im Gesundheitswesen und der Bevölkerung, vor allem aber bei den wichtigen (Risiko-) Zielgruppen, besser zu verankern.

V. Was ist Prävention?

Prävention ist ein Oberbegriff für Maßnahmen, die zur Vermeidung, Verzögerung oder Verringerung des Auftretens oder der Folgen von Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen dienen. Durch Prävention sollen entweder Krankheitsursachen aufgehoben oder die Früherkennung und -behandlung ermöglicht bzw. das Fortschreiten von Krankheiten verhindert werden. Die Prävention zielt dabei auf Risikogruppen ab, bei denen eine Krankheit erwartet, erkennbar oder bereits eingetreten ist. Grundsätzlich wird hierbei noch hinsichtlich der unterschiedlichen Ansätze zwischen individuellen Maßnahmen (Verhaltensprävention) und Änderungen in der Lebensumgebung (Verhältnisprävention) unterschieden. Von der Prävention ist darüber hinaus noch die Gesundheitsförderung abzugrenzen. Im Folgenden werden die einzelnen Begriffe kurz dargestellt.

Gesundheitsförderung beschäftigt sich nach dem Konzept der WHO mit der Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Potentiale des Einzelnen sowie der Gesellschaft. Ziel ist dabei, sowohl die eigenen Schutzfaktoren vor gesundheitlichen Belastungen zu stärken und den Einzelnen damit zu befähigen, gesündere Lebensweisen zu wählen, als auch die Lebenswelten gesünder zu gestalten, um bestehende Ungleichheiten in der gesundheitlichen Belastung verschiedener sozialer Schichten zu reduzieren. Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung finden daher bevorzugt in Settings statt.

Primärprävention dient der Verhinderung bzw. Abschwächung der Verbreitung von Risikofaktoren und der Verhütung von Krankheitsentstehung bei Einzelnen oder in Bevölkerungsgruppen. Beispiele hierfür sind Hygienemaßnahmen zur Beseitigung bestimmter Erreger, Schutzimpfungen, Vitamin-D-Prophylaxe oder Armutsbekämpfung bzw. frühe Hilfen.

Sekundärprävention soll eine Früherkennung von Erkrankungen vor einer Symptomanifestation und damit eine Frühintervention ermöglichen. Darüber hinaus zielt sie auf die Früherkennung und Behandlung von bereits manifesten, aber bislang nicht erkannten Erkrankungen ab, sodass eine weitere Progression möglichst verhütet oder verringert werden kann. Beispiele hierfür sind allgemeine Screening-Untersuchungen in bestimmten Bevölkerungsgruppen, Gesundheits-Checks oder krankheitsspezifische Frühdiagnostik.

Tertiärprävention hat die Verhütung von Krankheitsprogression bzw. Rückfällen und die Verschlechterung von Behinderungen bzw. Teilhabeverlust zum Ziel. Dieses kann z.B. durch

vernetzte Versorgung, möglichst frühe Einleitung von notwendigen Heil- und Folgebehandlungen und Ermöglichung von umfassenden Rehabilitations-Maßnahmen erfolgen.

Gesundheitszustand	Präventionsstadium	Zielgruppe	Zielsetzung
Gesund	Universale primäre Prävention und Gesundheitsförderung	Alle Menschen	Stärkung der Ressourcen für die Gesunderhaltung oder Gesundheit
Erkennbares Risiko / Risikofaktoren	Selektive Prävention	Risikopersonen (auf Grund Familienanamnese oder durch geeignete Screening-Instrumente identifiziert)	Vorbeugung von Gesundheitsstörungen bzw. Erkrankungen; Vermeidung des erstmaligen Auftretens einer Erkrankung
Krankheitsbeginn	Sekundäre Prävention	Betroffene im Frühstadium der Erkrankung	Frühzeitige Erkennung von Gesundheitsstörungen bzw. Erkrankungen; Fortschreiten der Erkrankung verhindern bzw. verzögern
Fortgeschrittene Erkrankung	Tertiäre Prävention	Betroffene im manifesten Stadium der Erkrankung	Wiederholtes Auftreten von Krankheiten vermeiden und Folgeschäden von Erkrankungen möglichst eingrenzen
Quelle: Modifiziert nach Entwurf „Nationaler Diabetesplan“, NAFDM 2008			

VI. Besondere Aspekte der Früherkennung

Im Gegensatz zur Primärprävention, deren Ziel es ist, schädliche Einflüsse, die eine Erkrankung verursachen können (z.B. Rauchen als Ursache von Lungenkrebs), besteht das Ziel der Sekundärprävention in der Erkennung eines sehr frühen Stadiums oder einer sehr frühen Vorstufe einer bereits bestehenden Erkrankung. Demnach besteht die Sekundärprävention immer aus zwei Maßnahmen, dem Screening und der sich bei auffälligem Ergebnis daraus ergebenden Therapie. Mit dem Screening soll bei einer Risikogruppe geprüft werden, ob eine bestimmte Erkrankung vorliegt. Um diese zu erreichen, sind bei der Umsetzung von Maßnahmen zur Früherkennung mehrere Aktionsebenen wie Awareness, Screening und gezielte Diagnostik zu berücksichtigen.

Bei der Durchführung von Früherkennungs-Untersuchungen müssen zudem immer Vor- und Nachteile abgewogen werden. Dies soll beispielhaft am Brustkrebs-Screening aufgezeigt werden.

Gesunde Frauen haben ab dem 50. Lebensjahr ein erhöhtes Risiko, Brustkrebs zu entwickeln; deshalb wird bei dieser Gruppe gesunder Personen ein Brustkrebs-Screening empfohlen. Wenn beim Screening ein Brustkrebs nachgewiesen wird, folgt die Entfernung mit dem Ziel, die Betroffenen zu heilen. Dabei haben mündige BürgerInnen allerdings das Recht zu erfahren, dass die ärztliche Empfehlung, ein Brustkrebs-Screening wahrzunehmen und ggf. eine Therapie einzuleiten, nicht so einfach ist, wie sie auf den ersten Blick erscheint. Deshalb ist es wichtig, die Öffentlichkeit auch über die Probleme des Screenings und einer nachfolgenden Therapie zu informieren. Es kann sein, dass beim Screening (Mammographie) ein Befund entdeckt wird, der sich bei der weiteren Abklärung als harmlos darstellt. In diesen Fällen sind die betroffenen Frauen und deren Familien verständlicherweise bis zu einer „Entwarnung“ beunruhigt. Ebenso kann aber auch ein sehr kleiner Brustkrebs beim Screening (Mammographie) übersehen werden. Damit sind Patientinnen gemeint, die kurz (z.B. wenige Monate) nach einer unauffälligen Mammographie einen Knoten tasten und sich dann zur erneuten Kontrolle vorstellen, bei der dann der Verdacht auf Brustkrebs bestätigt wird. Letztendlich kann sich aber auch durch die Gewebeprobe-Entnahme/Operation herausstellen, dass diese unnötig und letztendlich ohne Brustkrebsbefund durchgeführt wurde.

Wenn Brustkrebs nachgewiesen ist, wird weltweit die Entfernung des Tumors empfohlen, wobei seit etwa 20 Jahren versucht wird, den Eingriff so klein wie möglich zu halten. Seit etwa 10 Jahren werden zunehmend Daten erhoben, welche die Annahme berechtigen, dass es unter den früh entdeckten Fällen von Brustkrebs einige gibt, die sich sehr wahrscheinlich von selbst zurückbilden. Da der Beweis für diese Annahme nur sehr schwer zu erbringen ist, lassen sich daraus noch keine Empfehlungen für die einzelne Patientin ableiten. Diese Befunde werden aber von den Experten bei der Gestaltung der Therapieempfehlungen sehr wohl diskutiert.

Diese Ergebnisse machen es ÄrztInnen und Bürgerinnen nicht einfach, korrekte Konsequenzen aus einem Mammographie-Befund abzuleiten. „Fehler“ werden sich auch durch absolute Aufmerksamkeit der Ärzte und durch die besten technischen Ausstattungen niemals vollständig vermeiden lassen. Das Problem erfordert somit eine transparente sowie sorgfältige Information und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patientinnen, um einen gemeinsamen Weg zu finden. Dieses Vertrauen und die Zusammenarbeit sind auch notwendig, um weiterhin Fortschritte bei der Sekundärprävention zu erzielen.

VII. Screening in Baden Württemberg

In der Gesundheitsstrategie von Baden-Württemberg aus dem Jahr 2009 stellt die Prävention von Krankheiten ein wichtiges Ziel dar. Dabei soll es durch Prävention und Gesundheitsförderung gelingen, den Beginn chronischer Krankheiten an das Lebensende zu verschieben und ihre Schwere zu mildern. Dadurch können die Menschen in Baden-Württemberg nicht nur an Lebensqualität und gesunden Lebensjahren gewinnen, auch die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes würde gestärkt. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung ist insgesamt wie das Bildungsniveau ein zentraler Standortfaktor. Dabei haben Gesundheitsförderung und Prävention eine herausragende Bedeutung, im Vergleich zu den Ausgaben für die Behandlung bereits eingetretener Erkrankungen bisher jedoch nur einen geringen Budgetanteil. Aber gerade hinsichtlich chronischer Erkrankungen können durch Prävention und Gesundheitsförderung nachhaltige Wirkungen erreicht werden.

In dem Präventionspakt zwischen dem Land Baden-Württemberg und Sozialversicherungsträgern vorausgehender Jahre war bereits die Prävention bei Kindern und Jugendlichen intensiviert und dabei insbesondere auf eine Stärkung der Verhältnisprävention (Setting-Ansatz) abgezielt worden.

Im Folgenden wird auf die Möglichkeiten der Prävention in einigen ausgewählten Beispielen, die während der Projektgruppenarbeit intensiv diskutiert wurden, näher eingegangen.

VII. 1. *Diabetes mellitus Typ 2*

Typ-2-Diabetes ist eine der am weitesten verbreiteten chronischen Zivilisations-Krankheiten. Neben der hohen Anzahl betroffener Patienten in Behandlung gibt es eine sehr hohe Dunkelziffer von vermutlich bis zu 100 % im Vergleich zu den bereits Betroffenen (KORA-Studie).

Demgegenüber existiert ein anerkanntes, einfaches, sehr preiswertes, nicht-invasives Screening-Instrument zur Risiko-Früherkennung: der GesundheitsCheck Diabetes („Findrisk“) der Deutschen Diabetes-Stiftung (DDS). Mit nur acht einfachen Fragen lässt sich so ein mögliches Risiko, in den nächsten 10 Jahren an Typ-2-Diabetes zu erkranken, abschätzen. Alternativ dazu gibt es auch den Deutschen Diabetes-Risiko-Test des DIfE-Instituts, Potsdam.

Bekannt und wissenschaftlich vielfach untersucht ist der enge Zusammenhang zwischen Übergewichtigkeit und körperlicher Inaktivität mit der Förderung der Entstehung eines Typ-

2-Diabetes. In zahlreichen Ansätzen wird weltweit versucht, Programme zur Prävention von Diabetes mellitus umzusetzen. Dies erfolgt gerade auch in den Ländern der Welt, in denen eine Kombination von mangelhafter (wiewohl ausreichender) Ernährung und körperlich weniger aktiven Bewegungsformen bei der Arbeit, der Fortbewegung und der Freizeitgestaltung vorherrschend ist. Kurzfristig können diese Programme zwar erfolgreich sein, ihnen fehlt jedoch meist die notwendige andauernde und nachhaltige Umsetzung sowie die notwendige flächendeckende Verbreitung.

Trotz zahlreicher bereits erfolgreich durchgeführter Einzelmaßnahmen zur Diabetes-Prävention mangelt es in vielen Ländern weiterhin an nationalen Diabetes-Präventionsprogrammen, die eine langfristige, nachhaltige und wirksame Populations-Strategie ermöglichen. Von besonderer Bedeutung wären dabei Strategien zur Anpassung des Lebensstiles. Dabei ist die Wirtschaftlichkeit von Lebensstil-Interventions-Ansätzen zur Diabetes-Prävention bereits gut belegt, die zudem eindeutige Vorteile im Vergleich zu medikamentösen Ansätzen aufweisen. Jedoch sind viele der bisher im Forschungs-Setting angewendeten Interventionen letztendlich zu aufwendig für eine flächendeckende Implementierung im Gesundheitswesen. Das amerikanische Diabetes-Präventions-Programm besteht z.B. aus 16 Einzelberatungssitzungen, persönlichem Coaching sowie einem Nachbetreuungs-Programm mit weiteren Einzel- und Gruppensitzungen.

Die große Herausforderung für Leistungserbringer im Gesundheitssektor besteht daher darin, die für die Prävention des Typ-2-Diabetes und dessen Begleiterkrankungen notwendigen Lebensstil-Änderungen im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten zu erreichen. Interventionen zur Förderung eines veränderten Ernährungs- und/oder Bewegungsverhaltens bei Erwachsenen mit erhöhtem Risiko für Diabetes oder kardiovaskulären Erkrankungen werden eher wirksam sein, wenn man sie Zielgruppen-spezifisch entwickelt, dabei sowohl auf Ernährung als auch auf Bewegung eingeht, den Einsatz von etablierten Techniken zur Verhaltensänderung berücksichtigt, die soziale Unterstützung des Umfeldes mit mobilisiert und bereits bei der Planung berücksichtigt, wie die Beibehaltung der Verhaltensänderung über Jahre unterstützt werden kann. Eine größere Häufigkeit oder Gesamtzahl an Kontakten kann zusätzlich förderlich sein.

Im Leitfaden ‚Prävention Diabetes – EU Projekt IMAGE‘ wird daher darauf hingewiesen, dass die Ausführenden und die Anbieterorganisationen für die Maximierung der Wirksamkeit von Interventionsprogrammen zur Förderung eines veränderten Ernährungs- und/oder

Bewegungsverhaltens in der Diabetes-Prävention die Einbeziehung der o.g. Komponenten berücksichtigen sollten.¹ Eine wesentliche Voraussetzung nach diesem IMAGE-Leitfaden ist die Identifizierung von den entsprechenden Risikopersonen, wobei die Benutzung von sog. Risiko-Screening-Instrumenten (also beispielsweise der Messung des Taillenumfangs, des Body Mass-Index, des Blutdrucks und der Erfragung eingenommener Medikamente wie auch von Nikotin und Alkohol) genutzt werden kann. Daran schließen sich dann Fragen nach den angestrebten Verhaltensänderungen an: warum jetzt, wie fange ich an, wie und an welcher Stelle verändere ich mein Verhalten und das dann nachhaltig; wie beginne ich Ernährungsveränderung, wie kann ein solcher Aktionsplan einer Lebensstilveränderung unterstützt und in Gruppen nachhaltig und sich gegenseitig verstärkend durchgeführt werden? Wie stelle ich sog. Bewegungs- (Walking- oder Lauf-)Tagebücher auf, wie führe ich mein Esstagebuch und mein Gewichtsprotokoll und wie baue ich alles ‚passend‘ in mein Leben ein?

Aus den Ergebnissen und Empfehlungen der IMAGE-Studiengruppe ergibt sich für das große Flächenland Baden-Württemberg mit 10 Millionen Bewohnern und einer hohen Zahl von Risikopersonen für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes eine Aufgabe, die nur gemeinschaftlich von allen Akteuren der Politik und des Gesundheitswesens bewältigt werden kann. Erfolge sind dabei allerdings nur langfristig über Jahrzehnte zu erzielen. Die dann über die Prävention gewonnenen Verbesserungen sollten möglichst über eine ausgeweitete Gesundheitsberichterstattung² dargestellt und evaluiert werden können.

VII. 2. *Krebs-Screenings*

Präventionsziele sind bereits seit vielen Jahren im Rahmen von Krebs-Screening-Maßnahmen in Baden-Württemberg wie in Deutschland definiert und werden umgesetzt. Insofern eignen sich diese Screening-Maßnahmen, um an ihnen entlang verschiedene Fragestellungen von Zieldefinitionen, Hauptakteuren, Settingansätze und Konkretisierungsbeispiele zu diskutieren.

¹ Leitfaden Prävention Diabetes, EU-Projekt IMAGE, Deutsche Fassung, herausgegeben von der Deutschen Diabetes-Stiftung, Reinhart Hoffmann und Rüdiger Landgraf, München 2011, S. 98, S. 113

² siehe z.B. Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsberichterstattung“ der AG Standortfaktor Gesundheit, Stuttgart 2011, Seite 14 ff

VII. 2.1. Screening auf Zervixkarzinom

Ganz grundsätzlich betrachtet ist die Geschichte des Krebs-Screenings in Deutschland (und in Baden-Württemberg) in Teilen eine Erfolgsgeschichte, hat aber auch ihre problematischen Seiten. Bereits sehr früh im weltweiten Vergleich, zu Beginn der 70er Jahre, wurde beispielhaft das zytologische Screening auf Vorstufen des Zervixkarzinoms eingeführt, welches trotz des freiwilligen Ansatzes im Unterschied zu Ländern mit autoritären Strukturen zu einer deutlichen Senkung der Mortalität und Morbidität des Zervixkarzinoms führte. Wie immer bei Eingriffen und Veränderungen an einer Stelle eines Systems hatte die Krebsfrüherkennungs-Untersuchung bei der Frau auch problematische Seiten; die am häufigsten zitierte ist die der Konisationen der Portio uteri, die sich nicht selten im Nachhinein als unnötig herausstellten. Die Krebsvorsorge-Untersuchung oder auch Früherkennungs-Untersuchung für Frauen ist wie auch die im folgenden beschriebenen anderen Krebsvorsorge-Maßnahmen Teil der im GKV-System etablierten und für die vertragsärztliche Versorgung erstattungsfähigen Präventionsleistungen. Andere Präventionsmaßnahmen werden dem Vertragsarzt bzw. -ärztin derzeit hierdurch nicht vergütet, wenn von speziellen Verträgen und von Selektivverträgen, die zukünftig wohl in zunehmender Menge bestehen, einmal abgesehen wird.

Nicht zuletzt durch die technische Weiterentwicklung von Untersuchungsschritten (wie z.B. die technisierte Auswertung von Abstrichen oder die HPV-Bestimmung) und vor allem durch die Einführung der „ersten Impfung gegen Krebs“ (HPV-Impfung) ist hier Bewegung in diese jahrelang erfolgreiche Krebs-Screening-Maßnahme gekommen. Auch die Möglichkeiten der modernen EDV, der Einrichtung eines Einladungssystems, der Setting-Diskussionen können neben der Impf-Option hier deutliche Veränderungen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten bringen. Auf lange Sicht betrachtet wurde im zurückliegenden Zeitraum kontinuierlich über die Hälfte der Zielgruppe erreicht. Nur die Hälfte der Zielpopulation profitierte somit allerdings auch erst von dieser Krebs-Screening-Maßnahme. Das ist nicht nur der Freiwilligkeit der angebotenen Maßnahme geschuldet. Die Beteiligungsrate könnte sich heutzutage mit modernen Maßnahmen der Kommunikation (z.B. Einladungswesen, Kombination von Einladungsverfahren) noch ein gutes Stück erhöhen lassen.

VII. 2.2. Mammographie-Screening

Die Einführung (bzw. Übernahme aus anderen europäischen Ländern) des Mammographie-Screenings ist eine in Deutschland erst kurz angebotene Form des Krebs-Screenings. Vor allem brachte seine Einführung die neue Form des schriftlichen Einladungsverfahrens mit sich, welches in seiner Ausgestaltung zunächst mehr organisatorische, aber auch akzeptanzerschwerende Probleme mit sich brachte, als man zunächst vermutet hatte. Auch hier ist die Frage des Settings, der Überzeugung zur Teilnahme und damit des Erfolges des Programms insgesamt – als auch des Nutzens für die einzelne Frau – nicht so einfach zu definieren und umzusetzen wie zuerst gedacht worden war; somit liegen die Teilnahmeraten aus verschiedensten Gründen erst zwischen 25 % und den erfahrungsgemäß erreichbaren 70 %. Auch die Schnittstellen wie Psycho-Onkologie und Befund-Übermittlung – an die dann eventuell zur Patientin gewordene Teilnehmerin – sowie die Auswahl der weiter betreuenden Klinik und ambulanten Koordination, sind relevante Themen für zukünftige Reformmaßnahmen der Struktur des Screenings. Vor allem aus den Reihen der Selbsthilfe wird angeregt, dass sowohl die Methodenvielfalt (z.B. Einführung der Mamma-Sonographie als Routinemethode) als auch z.B. die Erweiterung des Altersspektrums von 40/45 bis 75 Jahren zukünftig diskutiert werden sollte.

VII. 2.3. Vorsorge-Koloskopie

Noch nicht ganz so konsequent umgesetzt wie das Mammographie-Screening ist die mittlerweile bundesweit als Krebsvorsorge etablierte „nicht kurative“ Vorsorge-Koloskopie zur Früherkennung des Kolonkarzinoms. Die Koloskopie ist eine der wenigen wirklich anerkannten und belegten Krebs-Screeninguntersuchungen. Hier besteht insofern ein Problem, ähnlich wie bei der Mammographie, dass es im Nicht-Präventionsteil des Vergütungssystems für die Vertragsärzte auch eine kurative, also mit der Vordiagnose eines zumindest vorhandenen Verdachtes eines (Früh-) Karzinoms ausgeführte Darmspiegelung gibt, deren scharfe Trennung von der Früherkennungs-Darmspiegelung insofern nicht immer eindeutig erfolgen kann, weil einige andere Aspekte zu etwa der Ausstellung eines Überweisungsscheines (was bei der reinen Prävention nicht der Fall ist) führen können oder am Quartalsende eine nicht vorliegende Überweisung zur Eingruppierung einer Früherkennungs-Koloskopie führen kann.

Die statistische Auswertung der durchgeführten Vorsorgekoloskopien kann darüber hinaus ggf. durch Vorgaben wie z.B. geforderte Fallzahlen im Vorsorgebereich eines ermächtigten Arztes u.a.m. beeinflusst werden. Die Diskussion über die Weiterentwicklung der Vorsorgekoloskopie betrifft insbesondere die Erreichbarkeit der Zielpopulation. Es wird dabei sowohl über die Öffnung des betrieblichen Gesundheitsmanagements hin zur Darmspiegelung wie auch über ein Einladungswesen ähnlich dem Mammographie-Screening diskutiert. Letzteres könnte aus Kosten- und Akzeptanzgründen auch als z.B. gemeinsam ausgesprochene Einladung für Frauen in bestimmten Lebensjahren erfolgen.

VII. 2.4. Weitere Screenings

Die Krebsvorsorge des Prostatakarzinom wird meist bei Urologen und zu einem Großteil auch bei Allgemeinärzten in der ambulanten Praxis durchgeführt und ist ein Beispiel für eine wenig in Anspruch genommene Vorsorgeleistung. Die Diskussionen der Gründe dafür sind so alt wie das Angebot besteht, wobei derzeit allerdings keine Bestrebungen für eine Reform dieser Vorsorge im Rahmen der Früherkennungs-Maßnahmen für gesetzlich Krankenversicherte bestehen. Der Tumormarker PSA (Prostata-spezifisches Antigen) eignet sich prinzipiell unter bestimmten Rahmenbedingungen zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms. Dies wurde in mehreren großen Studien gezeigt. Der eindeutige Nutzen des PSA-Screenings als bevölkerungsweite Früherkennungs-Untersuchung ist bisher allerdings nicht belegt. Daher kann keine generelle Empfehlung für das PSA-Screening ausgesprochen werden. Die Untersuchung sollte nur individuell nach ausführlicher Erörterung mit dem Probanden erfolgen. Entsprechende epidemiologische Studien zum PSA-Screening wären weiterhin notwendig und sinnvoll.

Eine weitere Früherkennungs-Maßnahme, die hauptsächlich von Dermatologen und in großer Menge auch bei Allgemeinärzten durchgeführt wird, ist das in den letzten Jahren erst in Deutschland eingeführte Hautkrebs-Screening. Die ersten Zahlen der Inanspruchnahme sind ermutigend. Von Bedeutung könnte dafür auch die doch medial vermittelte große Zunahme der Fallzahlen dermatologischer Karzinome und Intermediärtumoren sein.

Nicht zu dem Bereich der karzinom-orientierten Früherkennungs-Maßnahmen gehört das sog. Check-up-35-Programm der gesetzlichen Krankenkassen für ihre Versicherten, das deswegen in einem eigenen Absatz beschrieben wird. Grundsätzlich können aber auch bei dieser Untersuchung Hinweise auf eine mögliche Karzinomentwicklung gefunden werden.

Umgekehrt finden die oben beschriebenen Screening-Untersuchungen im Rahmen der Krebsvorsorge in erheblicher Zahl andere, benigne oder auch nicht zur Zielgruppe gehörende Karzinome, deren Behandlung dann eingeleitet und besprochen werden kann.

VII. 3. Check-up 35

Entsprechend SGB V §25 Abs.1 (Gesundheits-Untersuchungen) haben alle gesetzlich Versicherten ab dem vollendeten 35. Lebensjahr alle zwei Jahre einen Anspruch auf eine ärztliche Gesundheits-Untersuchung, kurz auch als „Check-up 35“ bezeichnet.

Ziel der Untersuchung ist die Früherkennung von ausgewählten Zivilisationserkrankungen, insbesondere von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der „Zuckerkrankheit“ (Diabetes mellitus). Dabei sollen die entsprechenden Risikofaktoren dieser Erkrankungen einbezogen werden. Die Funktion der Gesundheits-Untersuchung für die Versicherten stellt sich laut Bundesministerium für Gesundheit wie folgt dar:

- Sie verschafft einen Überblick über die eigene gesundheitliche Situation.
- Sie klärt Fragen zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zur Reduzierung von entdeckten Risikofaktoren durch ein ärztliches Aufklärungsgespräch.
- Es werden Vorbeugungsmaßnahmen von gesundheitlichen Störungen erörtert, bevor diese zu schweren chronischen Krankheiten führen.
- Es können Risikokonstellationen für Krankheitsentstehung und bereits eingetretene Krankheiten im Anfangsstadium erkannt werden und deren Folgeschäden durch frühzeitige Behandlung begrenzt werden.

Der „**Check-up 35**“ ist eine von einem Arzt oder Ärztin durchgeführte Gesundheits-Untersuchung und besteht aus mehreren Teilen:

- **Gezielte Befragung zur medizinischen Vorgeschichte** (Anamnese), wobei auf Vorerkrankungen, eventuelle Beschwerden und bestehende Erkrankungen des Versicherten und innerhalb der Familie sowie ein vorhandenes Risikoprofil (z.B. Raucherstatus und Übergewicht) eingegangen wird.
- **Körperliche Untersuchung** (Ganzkörperstatus) mit z.B. Messung des Blutdrucks
- **Laboratoriums-Untersuchungen** mit Blutabnahme für die Untersuchung auf Gesamtcholesterin (Hinweis auf erhöhtes Risiko für Arteriosklerose - Gefäßverkalkung)

sowie Glukose (Hinweis auf Diabetes mellitus) und Urinuntersuchung anhand eines Harnstreifentest auf Eiweiß, Glukose, weiße und rote Blutkörperchen (Hinweis auf Vorliegen einer Nieren- oder Diabetes-Erkrankung)


- **Abschlussberatung** zum Untersuchungsergebnis mit Erörterung möglicher Auswirkungen auf die weitere Lebensgestaltung des Versicherten unter Berücksichtigung des individuellen Risikoprofils und Hinweis auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Aufbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen (z.B. Angebote der Krankenkassen zur Gesundheitsförderung)

Der „Check-up 35“ ist grundsätzlich eine interessante Möglichkeit zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten, die relativ unauffällig sowie zuerst ohne oder ohne große Beschwerden beginnen und einen sehr langsamen Entwicklungsverlauf haben. In Ergänzung zu den sehr intensiven Vorsorgeuntersuchungen im Kindes- und Jugendalter wurde der „Check-up 35“ 1989 daher von dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (heute G-BA) als Gesundheits-Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheits-Untersuchungs-Richtlinie) für Erwachsene eingeführt. Er erstreckt sich allerdings im Wesentlichen nur auf die Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Nierenerkrankungen.

Die dabei eingesetzten Untersuchungsmethoden zur Erkennung eines Diabetes sind allerdings nur sehr eingeschränkt geeignet, das für erfolgreiche Interventionen entscheidende Stadium erster Stoffwechselveränderungen (Metabolisches Syndrom mit Adipositas, Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Prädiabetes, beginnende veränderte Glukosebelastung) zu erkennen. Der Screeningbeginn mit 35 Jahren liegt zudem auf Grund der derzeitigen Entwicklung zu einem immer früheren Erkrankungsbeginn von chronischen Erkrankungen bereits in den jungen Erwachsenenjahren eigentlich viel zu spät und sollte zumindest auf 30 Jahre vorverlegt werden. Wichtige Frühformen von weit verbreiteten chronischen Erkrankungen wie die der Leber fehlen, zudem geeignete diagnostische Maßnahmen (Labordiagnostik).

VIII. Stand und Entwicklungsmöglichkeiten der Früherkennung

Die gesetzlichen Krankenkassen bieten ihren Versicherten ein umfangreiches Angebot von Früherkennungs-Untersuchungen an. Nach Zahlen der „Kooperationsgemeinschaft Mammographie“ gehen aber nur ca. 54 % der 50- bis 69-jährigen Frauen zum Mammographie-Screening. Bei den übrigen Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen liegt die Quote noch niedriger. Ein vorrangiges Ziel der Weiterentwicklung könnte daher die

G-Checks - Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene 				
	Check-up*	Umfang	Alter	Rhythmus
Frauen	Chlamydien-Screening (Untersuchung)	<ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung einer Urinprobe auf genitale Chlamydia trachomatis (sexuell übertragbare bakterielle Infektionserkrankung) 	bis 25	jährlich
	Krebsfrüherkennung bei Gebärmutter und weiblichen Genitalen	Gezielte Befragung zur medizinischen Vorgeschichte <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung der Geschlechtsorgane, • Zellabstrich von Gebärmutterhals/Muttermund • Untersuchung der Zellen, • Beratung zum Untersuchungsergebnis 	ab 20	jährlich
	Diabetesfrüherkennung in der Schwangerschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Glukose(Zucker)belastungstest mit Blutabnahme • Blutzuckerbestimmung und Testauswertung • Vortest und bei Bedarf zweiter Test 	ohne	je Schwangerschaft 1x
	Krebsfrüherkennung in der Brust	Gezielte Befragung zur medizinischen Vorgeschichte <ul style="list-style-type: none"> • Tastuntersuchung der Brust und deren Umgebung • Anleitung zur Selbstuntersuchung • Beratung zum Untersuchungsergebnis 	ab 30	jährlich
			Gezielte Befragung zur medizinischen Vorgeschichte <ul style="list-style-type: none"> • Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust) • Ergebnismitteilung 	50 bis 70
Frauen und Männer	Check-up 35: Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Nierenerkrankungen	Gezielte Befragung zur medizinischen Vorgeschichte <ul style="list-style-type: none"> • körperliche Untersuchung und Blutdruckmessung • Blutuntersuchung auf Cholesterin und Blutzucker • Urinuntersuchung auf Eiweiß, Glukose, weiße und rote Blutkörperchen, Nitrit • Beratung zum Untersuchungsergebnis 	ab 35	alle 2 Jahre
	Krebsfrüherkennung auf der Haut	Gezielte Befragung zur medizinischen Vorgeschichte <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung der gesamten Haut • Beratung zum Untersuchungsergebnis 	ab 35	alle 2 Jahre
	Krebsfrüherkennung im Darm	Beratung über Ziel und Zweck der Untersuchung (1x) <ul style="list-style-type: none"> • Test auf nicht sichtbares Blut im Stuhl 	ab 50	jährlich
Beratung über Ziel und Zweck der Untersuchung (1x) <ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung und Durchführung einer Koloskopie • Beratung zum Untersuchungsergebnis -oder- <ul style="list-style-type: none"> • Test auf nicht sichtbares Blut im Stuhl • Beratung zum Untersuchungsergebnis 			ab 55	2 x (10 Jahre Abstand) alle 2 Jahre
Männer	Krebsfrüherkennung der Prostata und an den männlichen äußeren Genitalien	Gezielte Befragung zur medizinischen Vorgeschichte <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung der äußeren Geschlechtsorgane • Enddarmtastuntersuchung der Prostata • Untersuchung der örtlichen Lymphknoten • Beratung zum Untersuchungsergebnis 	ab 45	jährlich
* Kosten der Vorsorgeuntersuchungen werden von gesetzlichen Krankenkassen übernommen.				Feb 2014

Steigerung der Inanspruchnahme der bestehenden Früherkennungs-Untersuchungen sein. Ferner findet bislang kaum eine Erfolgsevaluation der bisher bereits durchgeführten Screeninguntersuchungen statt, sodass kaum konkrete Zahlen z.B. im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung über den tatsächlichen, langfristigen Nutzen für den Einzelnen und die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt der von ihrem Grundsatz als sinnvoll erachteten Angebote vorhanden sind. Die Qualitätssicherung, Organisation und Evaluation ist daher soweit erforderlich zu verbessern. Darüber hinaus könnte der Untersuchungsumfang teilweise noch angepasst werden.

Grundsätzlich gilt, je früher Krebs erkannt wird, desto höher ist die Chance einer Heilung. Frühe Krebsstadien lassen sich außerdem schonender behandeln als Stadien, in denen bereits Tochtergeschwülste entstanden sind. Früh erkannt sind insbesondere Brust-, Darm-, Haut- und Gebärmutterhalskrebs sowie verschiedene Formen des Prostatakrebses meist gut heilbar.

Ein Weg, die Inanspruchnahme der Früherkennungs-Untersuchungen zu steigern, ist beispielsweise verstärkt mit Gesundheitstagen, Informationsveranstaltungen, Vorträgen und Aktionen zum Thema zu werben, sodass die Öffentlichkeit vermehrt über die Möglichkeiten erfährt, wie Krebs vermieden und früher erkannt werden kann. Wichtig ist dabei, auf eine zielgruppengerechte Ansprache sowie Informationsmaterialien zu achten. Dabei soll Interessierten geholfen werden, sich über den Nutzen der gesetzlichen Krebs-Früherkennungs-Untersuchungen umfassend zu informieren. Beispielsweise bietet die Deutsche Krebshilfe kostenlos umfassende und allgemeinverständliche Informationsmaterialien an, welche die Vor- und Nachteile der verschiedenen Untersuchungsverfahren erläutern und eine Empfehlung der Experten der Deutschen Krebshilfe enthalten.

Die positiven Ergebnisse und Erfahrungen der Modellprojekte zum Darmkrebs-Screening sollte auf die weitere Vorgehensweise ausgerichtet werden. Ein möglich uniformes Vorgehen mit klaren Regeln für die Anspruchsberechtigten und Durchführenden ist vonnöten. Das heute herrschende Regelwirrwarr (Haemoccult-Aushändigung jedes zweite Jahr ab dem 55. Lebensjahr, zwei Mal im Leben Anspruch auf eine Vorsorgekoloskopie ab 50 Jahre) sollten zugunsten einer sinnvollen und praktikablen Regelung verändert werden. Eine weitere positive Entwicklung stellen Einladungsverfahren, wie sie beim Brustkrebscreening angewandt werden. Diese Erfahrungen könnten auch für andere Vorsorgeuntersuchungen

genutzt werden. Auch eine Erinnerung z.B. per E-Mail, App oder Smartphone würde eine zeitgemäße Möglichkeit zur Förderung der Früherkennung darstellen.

Ein zentrales Handlungsfeld des nationalen Krebsplanes bzw. des Krebsfrüherkennungs- und Registergesetzes ist die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung. Ziele sind, besser über Nutzen und Risiken der Krebsfrüherkennung zu informieren, die informierte Teilnahme an den in ihrem Nutzen belegten Früherkennungs-Untersuchungen zu steigern und die bestehende Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs und von Darmkrebs durch Einladungsverfahren, Qualitätssicherung und Erfolgskontrollen wirksamer zu machen. Dieser Ansatz wird im Gesetz zur Umsetzung von Empfehlungen des nationalen Krebsplans (Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz) aufgegriffen. Durch die gesetzlichen Regelungen im Bereich der Krebsfrüherkennung sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass die bestehenden Krebsfrüherkennungs-Angebote mit einer höheren Wirksamkeit, Qualität und Sicherheit angeboten und von mehr Menschen – unter Beachtung ihrer Autonomie und Entscheidungsfreiheit – in Anspruch genommen werden.

Die Übertragung der inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Krebsfrüherkennung sollen an den Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen werden. Dabei sollen die bestehenden Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen für Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs in organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme überführt werden. Die Verpflichtung zur Anpassung an die europäischen Leitlinien für Früherkennungsprogramme ist sinnvoll. Die aus den bereits laufenden Modellprojekten - z.B. den Darmkrebs-Screening-Einladungsverfahren von Krankenkassen - gewonnenen Erkenntnisse sollten für die Ausgestaltung künftiger Einladungsverfahren durch den Gemeinsamen Bundesausschuss Berücksichtigung finden.

Zur Verbesserung der Früherkennung von chronischen Erkrankungen ist zudem die inhaltliche Weiterentwicklung und Umfang des „Check-up 35“ ein wesentlicher Baustein. Folgende drei Vorschläge sollen im Folgenden weiter ausgeführt werden:

1. Die Frühformen oder ersten Anzeichen von pathologischen Veränderungen von Krankheiten, die dann meist noch gut therapeutisch oder auch durch Lebensstiländerung behandelbar sind, treten häufig bereits sehr früh und zunehmend auch schon vor dem 35. Lebensjahr auf. Durch eine Vorverlegung des Screeningbeginns auf 30 Jahre könnte dabei wertvolle Zeit für den Einzelnen gewonnen werden.

2. Durch die bisherigen Blut-/Urinzuckeruntersuchungen im „Check-up 35“ wird häufig erst eine bereits bestehende Erkrankung oder ein eher fortgeschrittenes „frühes“ Stadium erfasst, bei dem es bereits zu beginnenden Begleiterkrankungen gekommen sein kann. Um dem Einzelnen jedoch die frühzeitige Änderung/Anpassung seines Lebensstiles (ausreichende Bewegung im Alltag und gesundheitsbewusster Ernährung), die die beste therapeutische Option darstellt und um so leichter fällt, je früher sie begonnen wurde, zu ermöglichen, ist bereits die Diagnose eines Prädiabetes, der Vorphase des manifesten Diabetes wesentlich.

Als anerkanntes, einfaches, sehr preiswertes, nicht-invasives Screening-Instrument zur Risiko-Früherkennung gibt es den GesundheitsCheck Diabetes („Findrisk“) der Deutschen Diabetes-Stiftung (DDS). Mit nur acht einfachen Fragen lässt sich so ein mögliches Risiko, in den nächsten 10 Jahren an Typ-2-Diabetes zu erkranken, vorhersehen. Alternativ dazu gibt es auch den Deutschen Diabetes-Risiko-Test des DiFE-Instituts, Potsdam.

Diagnostisch kann ein bestehender Typ-2-Diabetes am Besten durch den OGTT (Oralen Glukose Toleranztest) ermittelt werden, bei dessen Durchführung man sich z.B. an der seit 2013 eingeführten Diabetes-Früherkennung in der Schwangerschaft orientieren könnte. Ein mögliches Stufenprozedere wäre z.B. ein ‚Basis-Screening‘ auf Diabetes durch Bestimmung von HbA1c, welches ggf. noch durch die Anwendung von Risikofragebögen ergänzt werden könnte (s.o.). Bei auffälligen Befunden könnte sich dann ein OGTT als ‚Screening-Erweiterung‘ anschließen.

3. Bisher fehlt in dem Untersuchungsprogramm des „Check-up 35“ eine gezielte Untersuchung auf beginnende Lebererkrankungen. Hierzu gehören z.B. chronische Verlaufsformen der Virushepatitis, alkoholische und nicht alkoholische Fettlebererkrankungen, medikamentös-toxische Leberschädigungen oder Autoimmunerkrankungen. Viele dieser chronischen Lebererkrankungen verlaufen über lange Zeit symptomarm und ohne viele Beschwerden. Ihnen ist jedoch gemeinsam, dass sich klinische Komplikationen häufig erst nach einem jahrzehntelangen Krankheitsverlauf entwickeln. Zu den Spätfolgen gehören eine fortgeschrittene Leberzirrhose oder Leberzellkarzinom. Wesentlich für eine erfolgreiche Behandlung ist dabei die Diagnose im Frühstadium ohne wesentliche Symptome und ohne Vorliegen von Spätfolgen.

Die Behandlung kann dann abhängig von der vorliegenden chronischen Lebererkrankung sowohl medikamentös oder durch Lebensstilanpassung oder auch durch beides erfolgen. Das häufig lange symptomarme Intervall von chronischen Lebererkrankungen sollte daher zur Früherkennung genutzt werden. Auf Grund der fehlenden Beschwerden eignet sich dafür die Anamneseerhebung jedoch nur sehr eingeschränkt.

Der geeignetste Parameter für eine Früherkennung ist daher die Blutuntersuchung auf Enzyme, die bei Leberzellschädigung freigesetzt werden, wie dieses für die ALT (Aminotransferase, frühere Nomenklatur GPT) der Fall ist. Die ALT hat eine Funktion im Aminosäurestoffwechsel und ist im Plasma der Leberzellen zu finden, so dass sie bei Zellschädigung direkt freigesetzt wird. Die Bestimmung der ALT(GPT)-Konzentration im Blut ist relativ kostengünstig und gehört zudem heutzutage zu den gut standardisierten Methoden in der Routinelabordiagnostik. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass bereits eine geringe Erhöhung der ALT-Werte im Blut zu einem Anstieg der Gesamtmortalität sowie der leberbezogenen Mortalität führt.³

Darüber hinaus könnte ein grundsätzliches Einladungs- und/oder Erinnerungsverfahren die Teilnahmeraten an Vorsorgeuntersuchungen wie z.B. dem „Check-up 35“ deutlich weiter steigern helfen.

³ Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten - Gemeinsame Stellungnahme der DGVS, der Deutschen Leberhilfe, der Deutschen Leberstiftung und eines Facharztes für Allgemeinmedizin zur Aufnahme des ALT-Wertes in den „Check-up 35 plus“ im Rahmen des Präventionsgesetzes. Z. Gastroenterol 2013; 51: 301-305

IX. Wichtige Hauptakteure für die Stärkung der Früherkennung

IX. 1. Vorbemerkungen

Die Zusammensetzung der Projektgruppe war heterogen, so dass die Vielfalt im Gesundheitssystem abgebildet war und sich in der intensiven Diskussion eine große Perspektivenvielfalt und auch Tiefe ergab. Im Laufe des Diskussionsprozesses haben sich einige Kernpunkte ergeben, auf die im Folgenden eingegangen werden soll. Grundsätzlich gilt dabei, dass Maßnahmen zur Prävention immer einer Qualitätssicherung unterliegen und hinsichtlich der Effektivität evaluiert werden müssen, um den Menschen eine bestmögliche Begleitung in allen Formen der Prävention zu ermöglichen.

Menschen generieren ihr eigenes Verhalten u.a. aufgrund von Wissen und Zugangsmöglichkeiten. Hier spielen unterschiedliche Hauptakteure des Gesundheitswesens eine Rolle, da Menschen „im Prozess der Prävention“ mit einigen, vielleicht sogar allen in Kontakt kommen. Der Mensch berät sich mit seinem Arzt, seiner Ärztin, er kontaktiert den Apotheker, die Apothekerin. Jeder Mensch ist krankenversichert und wer schwer erkrankt war oder ist, wird vielleicht Kontakt mit einer Selbsthilfegruppe haben, und letztlich profitieren alle Menschen von den Ergebnissen der Wissenschaft, die alle Bereiche mit ihrer Arbeit konsequent weiter entwickelt und begleitet.

Diese Kontaktvielfalt ergibt auch ein breites Muster an Handlungs-Möglichkeiten, die der Einzelne in sein Verhalten einbauen kann. Hierzu zählen z.B. gesundheitsfördernde Maßnahmen, aber auch beispielsweise orientierende Tests, die man beispielsweise in der Apotheke erwerben oder durchführen lassen kann.

Der entscheidende Dreh- und Angelpunkt ist dabei die Zugangsform und Möglichkeit zu Präventionsmaßnahmen. Kann ein Mensch sich eine Test-Maßnahme besorgen, z.B. ein Blutdruckgerät oder ein Glukose-Messgerät, so ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass er diese Maßnahmen auch (mehr oder weniger begleitet) anwendet. Hier gilt es, dass die Beratungs- und Begleitqualität seitens der Ärzteschaft, aber auch in den Apotheken und letztlich auch in den Selbsthilfegruppen gesichert ist. Ebenfalls ist es obligatorisch, dass alle Maßnahmen (auch die mit individuellem Zugang) auf ihre Evidenz kontinuierlich zu prüfen sind.

Präventive Maßnahmen, zu denen Menschen keinen individuell-willkürlichen Zugang haben, wie z.B. das Mammographie-Screening, müssen ebenfalls einer hohen Beratungs- und Begleitkompetenz des Personals unterliegen. Hier gilt es aber auch noch, eine gesicherte

Dokumentation zu bewerkstelligen, da die Durchführung der Maßnahmen hier in einem definierten, festgelegten Rahmen stattfinden und somit für die Wissenschaft relevante Daten erhoben und ausgewertet werden können. Diese Evaluation ermöglicht ihrerseits wieder Rückschlüsse auf den Gewinn für den einzelnen Menschen, deren Qualität, die Kosten und letztlich den Erfolg solcher Maßnahmen.

Hierdurch wird ein hoher, genereller Qualitätsanspruch vorausgesetzt. Die einzelnen Hauptakteure sind bei der Umsetzung von Angeboten dann, selbstverständlich, spezifisch um die bestmögliche Versorgung von Menschen bzw. Patienten und Patientinnen bemüht.

Im Folgenden werden einige Schwerpunkte und Möglichkeiten einzelner Akteure zur Durchführung oder Stärkung von Früherkennungs-Maßnahmen dargestellt.

IX. 2. Ärzte

Bei den Ärztinnen und Ärzten handelt es sich um diejenigen Akteure, die häufig im Kontakt mit der großen Zielgruppe („alle“, z.B. „alle Frauen“, „alle Männer ab 45“, „alle ab 35“, „alle Kinder und Jugendliche“) stehen, befragen und untersuchen sowie die gezielte Diagnostik der Früherkennung durchführen.

Für vorsorgliche Untersuchungsbedingungen (ärztliche und nicht ärztliche) hatte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1968 sechs Anforderungen formuliert, die erfüllt sein sollten, wenn eine Früherkennungs-Maßnahme eingeführt werden soll. Diese Kriterien werden heute weltweit anerkannt und eingesetzt⁴:

- Die Krankheit soll erhebliche Morbidität oder Mortalität verursachen und in einer frühen Phase heilbar sein.
- Die Prävalenz soll bekannt sein.
- Der klinische Verlauf soll gut definiert sein.
- Es soll mindestens eine wirksame Behandlung zur Verfügung stehen.
- Die Untersuchungsmethode soll einfach und ungefährlich sein.
- Der Nutzen einer Screeninguntersuchung soll den Schaden überwiegen.

Auf die Krebserkrankungen, für die Früherkennungs-Maßnahmen zur Verfügung stehen, treffen diese Kriterien mehr oder weniger zu. Dabei kommt der Beurteilung von Nutzen und

⁴ ÄZQ info, Ausgabe 6, Dezember 2010

Risiken ein besonderer Stellenwert zu. Sie sollte idealer Weise auf der Grundlage gesicherter Daten aus hochwertigen Studien erfolgen. Randomisierte kontrollierte Studien liegen für die Mammographie, für den PSA-Test, für den Hämocculttest und für die Sigmoidoskopie vor. Zu den Screenings auf Zervixkarzinom und Hautkrebs sowie zur Koloskopie, die in Deutschland Bestandteil der gesetzlichen Früherkennungs-Untersuchungen sind, liegen Daten aus randomisierten kontrollierten Studien bislang nur eingeschränkt vor.

Wichtig aus Sicht der Ärzteschaft ist das Aussehen und der Inhalt einer verständlichen, wertfreien Information, welches für eine informierte Entscheidung jedes einzelnen Menschen wesentlich ist. Dazu sagt die Aussage der beiden Spitzenvertretungen der Ärzte in Deutschland, der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: *„Nicht der politische Wille für ein flächendeckendes Screening darf an erster Stelle stehen, sondern die informierte Entscheidung für oder gegen Früherkennungs-Maßnahmen auf der Basis valider Informationen und evidenzbasierter Entscheidungsgrundlagen“*.

Grundsätzlich sollten Informationen über z.B. (Krebs-)Früherkennungs-Maßnahmen Informationen

- zu mehr Selbstverantwortung bei der Gesunderhaltung motivieren;
- transparent, unabhängig, objektiv und verständlich über Umfang, Nutzen und Risiken aufklären;
- das Selbstbestimmungs- und Autonomierecht der Bevölkerung achten (insbesondere das Recht, eine Maßnahme abzulehnen, ohne sich – auch im Erkrankungsfall – schuldig zu fühlen).

Nutzen und Risiken einer Maßnahme sollen dabei anhand von Patienten-relevanten Endpunkten und in absoluten Zahlen kommuniziert werden. Auch Unsicherheiten sollten benannt werden.⁵

IX. 3. Apotheker

Es gibt eine Vielzahl sinnvoller Tests zur Prävention und Gesundheitsvorsorge, die in Apotheken durchgeführt oder mit fachkundiger Beratung abgegeben werden können. In der neuen Apothekenbetriebsordnung (gültig ab Juni 2012) wird ausdrücklich ausgeführt: „Apo-

⁵ aus: Meyerrose B., Säger S. „Mustergesundheitsaufklärung für Früherkennungsuntersuchungen“, 2008

thekenübliche Dienstleistungen sind Dienstleistungen, die der Gesundheit von Menschen oder Tieren dienen oder diese fördern; dazu zählen: ... insbesondere die Durchführung von einfachen Gesundheitstests ...“

Es handelt sich bei den Tests, die in der Apotheke durchgeführt werden, vorrangig um Methoden zur Bestimmung von Blutparametern, wie Glukose, Blutfette (Triglyceride, HDL, LDL, Gesamtcholesterin) und HbA1c, sowie die Bestimmung des Blutdrucks und des Gewichts. Im Bereich Harn- und Stuhluntersuchungen gibt es sinnvolle Tests in Form von Teststreifen, die vom Patienten selbst durchgeführt werden können und in der Apotheke mit Beratung zum Verkauf angeboten werden.

Diese Tests leisten einen Beitrag zur Früherkennung von Stoffwechselerkrankungen, wie beispielsweise Diabetes, Nierenfunktionsstörungen, Harnwegsinfekten, Darmkrebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Sie bieten gleichzeitig die Möglichkeit im Rahmen einer Gesundheitsberatung über diese Krankheiten präventiv zu informieren. Dabei darf die Durchführung von Gesundheitstests und die Mitteilung der Messergebnisse in der Apotheke nicht zu einer diagnostischen Schlussfolgerung führen. Daraus abgeleitete Diagnosen kann nur der Arzt im Zusammenhang mit einer gründlichen Anamnese und Untersuchung stellen.

Damit Ergebnisse nicht falsch interpretiert werden, sind nur solche Tests empfehlenswert, die mit validierten Messmethoden zu eindeutigen Messwerten führen, die es dem Patienten mit Hilfe des Apothekers selbst erlauben, das Ergebnis für sich zu bewerten. Die Auswahl der Tests, die in der Apotheke zur Durchführung oder Abgabe angeboten werden, muss daher sehr sorgfältig erfolgen und wird von der Landesapothekerkammer bewertet. Nicht alles, was man messen kann, ist sinnvoll und führt zu einem aussagekräftigen Ergebnis. Die Durchführung von Tests in der Apotheke darf nur von geschultem Personal mit validierten Messgeräten unter standardisierten Bedingungen erfolgen. In der Apotheke durchgeführte laborchemische Untersuchungen sollten durch externe Qualitätssicherungs-Maßnahmen, z.B. Ringversuche, einer qualitativen Beurteilung unterzogen werden. Tests zur Eigenanwendung erfordern bei der Abgabe in der Regel eine Beratung über die korrekte Anwendung.

IX. 4. Krankenkassen

Krankenkassen ermöglichen ihren Mitgliedern eine große Vielzahl an Vorsorgeuntersuchungen. Diese betreffen sowohl Kinder und Jugendliche als auch Erwachsene oder besondere Zielgruppen wie z.B. die Schwangeren. Die gesetzlichen Krankenkassen bieten ihren Versicherten dabei das umfangreiche Angebot von Früherkennungs-Maßnahmen auf Basis der jeweiligen Normen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) an.

Früherkennungs-Untersuchungen für Kinder und Jugendliche

Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie Jugendliche nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden (vgl. § 26 SGB V in Verb. mit Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres und Richtlinien zur Jugend-Gesundheits-Untersuchung).

Die nach den Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres dienen der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden. Die Früherkennungs-Maßnahmen bei Kindern in den ersten sechs Lebensjahren umfassen dabei insgesamt zehn Untersuchungen gemäß den im Untersuchungsheft für Kinder gegebenen Hinweisen. Dazu gehören auch das erweiterte Neugeborenen-Screening und die Früherkennungs-Untersuchung von Hörstörungen bei Neugeborenen. Die Untersuchungen können nur in den jeweils angegebenen Zeiträumen unter Berücksichtigung von Toleranzgrenzen in Anspruch genommen werden. Diese Zeiträume sind für die Untersuchungsstufe U2 der 3. - 10. Lebenstag, U3 die 4. - 5. Lebenswoche, U4 der 3. - 4. Lebensmonat, U5 der 6. - 7. Lebensmonat, U6 der 10. - 12. Lebensmonat, U7 der 21. - 24. Lebensmonat, U7a der 34. - 36. Lebensmonat, U8 der 46. - 48. Lebensmonat und U9 der 60. - 64. Lebensmonat.

Darüber hinaus haben Versicherte zwischen dem vollendeten 13. und dem vollendeten 14. Lebensjahr Anspruch auf eine Jugend-Gesundheits-Untersuchung. Ziel der Richtlinien dazu ist die Früherkennung von Erkrankungen, die die körperliche, geistige und soziale Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden. Insbesondere wird auch beabsichtigt,

durch Früherkennung psychischer und psychosozialer Risikofaktoren eine Fehlentwicklung in der Pubertät zu verhindern. Darüber hinaus sind individuell auftretende gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen frühzeitig zu erkennen. Über die hierdurch vermittelte gesundheitliche Gefährdung ist der Jugendliche frühzeitig aufzuklären.

Durch die Jugend-Gesundheits-Untersuchung sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Anspruchsberechtigten dadurch abgewendet werden, dass bei aufgefundenen Verdachtsfällen eine eingehende Diagnostik, Beratung und erforderlichenfalls eine rechtzeitige Behandlung erfolgt. Anamnese und körperliche Untersuchung beschränken sich dabei auf diejenigen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten, die schon in einem frühen Stadium einer Behandlung und Beratung zugeführt werden können bzw. von Bedeutung sind für die soziale Integration des Jugendlichen.

Daneben besteht nach § 21 SGB V für Versicherte bis zur Vollendung des zwölften Lebensjahres Anspruch auf Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Gruppenprophylaxe).

Die Krankenkassen setzen zusammen mit den Zahnärzten und den für die Zahngesundheitspflege in den Ländern zuständigen Stellen unbeschadet der Aufgaben anderer gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Erkennung und Verhütung von Zahnerkrankungen ihrer Versicherten um und beteiligen sich an den Kosten der Durchführung. Sie haben auf flächendeckende Maßnahmen hinzuwirken. Die Maßnahmen werden vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt. Sie erstrecken sich insbesondere auf die Untersuchung der Mundhöhle, Erhebung des Zahnstatus, Zahnschmelzhärtung, Ernährungsberatung und Mundhygiene.

Früherkennungs-Untersuchungen bei Erwachsenen

Versicherte, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, haben jedes zweite Jahr Anspruch auf eine ärztliche Gesundheits-Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Check-up 35“), insbesondere zur Früherkennung von Herz-Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der „Zuckerkrankheit“ (Typ-2-Diabetes). Daneben haben Versicherte höchstens einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Frauen frühestens vom Beginn des 20. Lebensjahres an, Männer frühestens von Beginn des 45. Lebensjahres an.

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 SGB V u.a. Näheres über Art und Umfang dieser Untersuchungen. Er kann für geeignete Gruppen von Versicherten eine abweichende Altersgrenze und Häufigkeit der Untersuchungen bestimmen (vgl. § 25 SGB V i. Verb. m. Richtlinien über die Gesundheits-Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten und Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen).

Die durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen bei der Gesundheits-Untersuchung sollen sich insbesondere auf die Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nierenerkrankungen sowie des Diabetes mellitus erstrecken. Sie sollen zur Früherkennung der betreffenden Krankheiten die jeweils relevanten Risikofaktoren einbeziehen. Die ärztlichen Maßnahmen sollen dabei mögliche Gefahren für die Gesundheit der Anspruchsberechtigten dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert, erkannte Krankheiten rechtzeitig einer Behandlung zugeführt und Änderungen gesundheitsschädigender Verhaltensweisen frühzeitig bewirkt werden. Jedes zweite Jahr besteht Anspruch auf eine ärztliche Gesundheits-Untersuchung.

Darüber hinaus werden zahlreiche Früherkennungs-Untersuchungen auf Krebserkrankungen angeboten. Die nach den Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen dienen:

- bei Frauen der Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales ab dem Alter von 20 Jahren und zusätzlich der Brust ab dem Alter von 30 Jahren, sowie zusätzlich der Früherkennung von Krebserkrankungen der Brust (Mammographie-Screening) ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres;
- bei Männern der Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata und des äußeren Genitales ab dem Alter von 45 Jahren;
- und bei Frauen und Männern der Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut ab dem Alter von 35 Jahren sowie des Rektums und des übrigen Dickdarms ab dem Alter von 50 Jahren.

Die Maßnahmen der Früherkennung sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Anspruchsberechtigten dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können. Der Anspruch auf Früherkennung besteht nach der ersten Inanspruchnahme - soweit nicht in der Richtlinie Abweichendes bestimmt ist – jährlich.

Nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie) sind Ärztinnen und Ärzte, die eine der in der Chroniker-Richtlinie genannten Früherkennungs-Untersuchungen wie das Mammographie-Screening, des Darmkrebses (Schnelltest auf occultes Blut oder Früherkennungs-Koloskopie) und des Zervix-Karzinoms durchführen, nach Maßgabe der Chroniker-Richtlinie darüber hinaus verpflichtet, nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche Versicherte jeweils einmal zeitnah nach Erreichen des Anspruchsalters, längstens jedoch in einem Zeitraum von zwei Jahren nach Erreichen des Anspruchsalters, gestützt auf Merkblätter, zu beraten.

Besondere Regelungen für Schwangere

Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung einschließlich der Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerenvorsorge sowie auf Hebammenhilfe. Die ärztliche Betreuung umfasst auch die Beratung der Schwangeren zur Bedeutung der Mundgesundheit für Mutter und Kind einschließlich des Zusammenhangs zwischen Ernährung und Krankheitsrisiko sowie die Einschätzung oder Bestimmung des Übertragungsrisikos von Karies. Durch die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter und Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden. Vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge ist die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten (vgl. § 196 RVO i. Verb. m. der Richtlinie über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung). Zur notwendigen Aufklärung über den Wert dieser Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechenden ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sollen Ärzte, Krankenkassen und Hebammen zusammenwirken.

Die Betreuung im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge umfasst nach der Mutterschaftsrichtlinie die Untersuchungen und Beratungen während der Schwangerschaft, die frühzeitige Erkennung und besondere Überwachung von Risikoschwangerschaften (amnioskopische und kardiotokegraphische Untersuchungen, Ultraschalldiagnostik, Fruchtwasseruntersuchungen usw.), Serologische Untersuchungen auf Infektionen (z.B.

Röteln bei Schwangeren ohne dokumentierte zweimalige Impfung, Lues, Hepatitis B) bei begründetem Verdacht auf Toxoplasmose und andere Infektionen sowie zum Ausschluss einer HIV-Infektion (auf freiwilliger Basis nach vorheriger ärztlicher Beratung der Schwangeren sowie Untersuchungen während der Schwangerschaft), blutgruppenserologische Untersuchungen nach Geburt oder Fehlgeburt und Anti-D-Immunglobulin-Prophylaxe und die Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerin.

Ergeben sich im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge Anhaltspunkte für ein genetisch bedingtes Risiko, so ist der Arzt gehalten, die Schwangere über die Möglichkeiten einer humangenetischen Beratung und/oder humangenetischen Untersuchung aufzuklären. Jeder Schwangeren, die nicht bereits einen manifesten Diabetes hat, soll darüber hinaus ein Screening auf Schwangerschafts-Diabetes (Gestationsdiabetes) angeboten werden. Als Hilfestellung für die Information der Frau zu diesem Screening ist das Merkblatt mit dem Titel "Ich bin schwanger. Warum wird allen Schwangeren ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes angeboten?" zur Verfügung zu stellen. Dieses wird der Schwangeren frühzeitig ausgehändigt, um eine informierte Entscheidung auch angesichts möglicher Therapieoptionen treffen zu können.

IX. 5. Selbsthilfegruppen

Die Selbsthilfe-Landschaft in Deutschland ist von ihren Strukturen wie auch von ihren Inhalten sehr vielfältig. Es gibt Selbsthilfegruppen (SHG) zu Allergie, Neurodermitis, Diabetes, Krebs, Rheuma, Organtransplantation usw. Viele SHG sind Mitglied in einer meist nationalen Dachorganisation. SHG haben seit 2004 Mitspracherecht in wichtigen Fragen der Gesundheitsversorgung („GKV-Modernisierungsgesetz“).

Selbsthilfegruppen sind selbstorganisierte Zusammenschlüsse von Menschen, die ein gleiches Problem oder Anliegen haben und gemeinsam etwas dagegen bzw. dafür unternehmen möchten. Vorwiegend geht es um Probleme mit chronischen oder seltenen Krankheiten. Durch den permanenten Erfahrungsaustausch, der einer Fortbildung ähnlich ist, ist der Wissensstand in den Gruppen in der Regel aktuell. Gleichzeitig sind SHG als praktische Lebenshilfe sowie für die gegenseitige emotionale Unterstützung und Motivation eine wichtige Anlaufstelle.

Wichtig für die Arbeit der Selbsthilfebewegung ist der neue Gesundheitsbegriff, der eine aktive Eigenverantwortung eines mündigen Bürgers fordert. Dieses drückt sich z.B. darin aus, dass Gruppenmitglieder die SHG als einen Ort der Stärkung des Selbstbewusstseins unter chronisch Kranken erfahren, was zu nachhaltigen Veränderungen des Lebensstils und einer positiven Lebenseinstellung führe. Tabletten würden zum Beispiel regelmäßiger eingenommen oder der Blutdruck öfter gemessen. Gleichfalls würden Bewegungsangebote und Ernährungsveränderung als sinnvoll erkannt und in der Gruppe eher wahrgenommen und umgesetzt. Dabei entstehen in SHG auch neue gesundheitsfördernde Ideen zur Prävention wie z.B. der „Diabetiker Walk“. Auch wird durch das Gruppenverständnis die Krankheit eher akzeptiert, was die Psyche entlastet und zur Reduzierung von Fehltagen im Beruf führt. Darüber hinaus kann dadurch der Besuch beim Arzt zunehmend auf Augenhöhe geführt und der Arzt als Partner gesehen werden. Durch die Wissensvermittlung in den Gruppen werden die Anzeichen für Veränderungen des Krankheitsbildes vom Betroffenen eher erkannt und dem Arzt vorgetragen. Dies führt im positiven Fall zur Reduzierung von Folgeschäden und zu weniger Krankenhausaufenthalten.

Durch die individuelle Ansprache in den Gruppen wird auch die Früherkennung unterstützt, möglichen Folgeschäden vorgebeugt und versucht, eine Lebensstilveränderung zu bewirken. Dies kann schließlich zu einer Kostensenkung im Gesundheitssystem und zur Verringerung der Fehlzeiten in Büros führen. Inzwischen werden die gesundheitsbezogenen SHG von den gesetzlichen Krankenversicherungen nach § 20c des Sozialgesetzbuches gefördert. Gruppenförderung sollte jedoch intensiver und qualitätsbewusster als bisher von Gesetzgeber und den Krankenkassen erfolgen.

Selbsthilfegruppen werden ehrenamtlich geleitet, in der Regel ist die SHG-Leitung selbst betroffen und hat viel Erfahrung mit dem Krankheitsbild. Sie gibt viele Tipps zu diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Mit diesem Wissen trägt sie zum Erfolg der SHG bei. Den besten Effekt erzielt eine SHG, wenn die Leitung Fachkompetenz besitzt.

Beispiel: Selbsthilfegruppen für Diabetiker

Beim Deutschen Diabetiker Bund / Landesverband Baden-Württemberg e.V. sind ca. 150 SHG für Diabetiker fest registriert. Weitere SHG für Diabetiker sind verbandsunabhängig aktiv, die Anzahl ist unbekannt. Leider werden den Betroffenen nach der Diagnose Diabetes

mellitus, die in ihrer Nähe zu findenden Selbsthilfegruppen vom behandelnden Arzt nur selten empfohlen. Der DDB versucht, im Rahmen seiner Möglichkeiten Ärzte über bestehende SHG zu informieren, die Kompetenz der Gruppen aufzuzeigen und die Präsenz in den Praxen zu etablieren. Hier besteht für die Zukunft hohes Ausbaupotential in Information und Kooperation. Eine wesentliche Aufgabe für die SHG stellen die Informationen über die Erkrankung sowie die Vermeidung von Begleitkrankheiten dar. Die Betroffenen werden motiviert, sich zu der Krankheit zu bekennen und keine Angst vor Restriktionen, z.B. am Arbeitsplatz zu haben. Auslöser für dieses Verhalten ist fehlende Information im Vorfeld der Krankheit und bei der Diagnose. Es wäre vielen Diabetikern geholfen, wenn bereits vor der Diagnose die Familie, die Unternehmen und die Kollegen zur Thematik informiert sind, dass Diabetes „nicht ansteckend“ ist oder einen hohen Grad von Behinderung in sich trägt. Dies könnte einem spontanen Rückzug der Diabetiker aus sozialen Kontakten entgegenwirken und damit weitere mental bedingte Krankheiten verhindern.

Beispiel: Selbsthilfegruppen nach Krebs

Beim Krebsverband Baden-Württemberg sind derzeit 241 „SHG nach Krebs“ registriert und werden kompetent mit fachlichen Informationen und verschiedenen Projekten beraten und unterstützt. Daneben gibt es noch einige Gruppen nach Krebs, die noch nicht beim Krebsverband angemeldet sind. In all diesen Gruppen treffen sich Menschen (schon Patienten), die die Diagnose einer bösartigen Erkrankung, einer Krebserkrankung, erhalten haben. Nur wenige Betroffene haben sich vorher mit den Fragen, die sich nach der Diagnosestellung ergeben, befasst. Den Begriff „Krebs“ haben alle gedanklich als lebensbedrohlich gespeichert. Die Begriffe „Chemo“ und „Bestrahlung“ erzeugen Sorgen und Ängste. Zudem müssen sie jetzt mit ihrem behandelnden Arzt relativ schnell entscheiden, welchen Therapieweg sie einschlagen müssen oder wollen, damit eine Progression der Tumorerkrankung möglichst verhindert werden kann.

Die SHG informieren darüber hinaus auch über Früherkennungs-Untersuchungen und fordern ihre Mitglieder auf, an den heute angebotenen Untersuchungen teilzunehmen (Sekundärprävention). Dies gilt auch für die Nachsorge- und Verlaufsuntersuchungen, die ein drohendes Recidiv möglichst früh erkennen sollen (Tertiärprävention). Das Ziel, durch Früherkennungs-Untersuchungen Vorstufen von Krebserkrankungen oder bereits manifeste

Erkrankungen schon im Anfangsstadium feststellen zu können, wird von den SHG hoch geschätzt. Daher werden alle Pläne und Anstrengungen, Früherkennungs-Untersuchungen weiterzuentwickeln und zu verbessern, sehr begrüßt und wo immer möglich, unterstützt. Wichtig ist dabei die ständige Weiterentwicklung der Früherkennungs-Untersuchungen und eine langfristige Nutzenbewertung. Ebenso müssen die Untersuchungsergebnisse, die jetzt an das Landeskrebsregister gemeldet werden, laufend evaluiert werden, wie es im nationalen Krebsplan und im Landeskrebsregister vorgesehen ist.

Die Entwicklung und Einführung des Mammographie-Screenings für die 50- bis 70 jährigen Frauen auf dem heutigen hohen Qualitätsstandard mit dem schriftlichen Einladungsverfahren war und ist ein großer Schritt in der Qualitätssicherung der Brustkrebs-Früherkennungs-Untersuchungen. Allerdings fühlen sich die jüngeren Frauen unter 50 Jahren und die, die über 70 Jahre alt sind, mit der für Frauen ab 30 Jahren vorgesehenen Untersuchungsmethode: „Inspektion und Abtasten der Brust und der Lymphknoten“ nicht ausreichend und sicher genug untersucht und von den heutigen Fortschritten der Medizin ausgeschlossen. Außerdem fehlt bei dem jetzigen Screening-Verfahren die Möglichkeit, wenn nötig, die Sonographie der Brust in der Untersuchung mit einzubeziehen. Aus Sicht der SHG wäre es daher empfehlenswert, dass das Mammographie-Screening auf die Frauen ab 40 und über 70 Jahre ausgeweitet wird und außerdem die Sonographie der Brust zu dem Mammographie-Screening mit eingesetzt werden kann, zumindest bei den Frauen, die ein dichtes Brustdrüsengewebe haben. Akzeptanz-erschwerend wirkt beim Mammographie-Screening, dass die zu untersuchende Frau den Screening-Arzt nicht kennt und ihn meistens nicht einmal sieht, bzw. der Arzt sie nicht sieht. Die SHG sehen sich auch hier häufig als Mittler zwischen Patient und Arzt. Und so versuchen sie das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt zu stärken.

Zusammenfassend tragen SHG durch eher unkonventionelle aber kompetente Hilfe deutlich dazu bei, die Sekundärprävention zu stärken. Durch Teilnahme in einer SHG kann sich der Lebensstil der Betroffenen und das Bewegungs-/Ernährungsverhalten positiv verändern und die Einnahme von Medikamenten regelmäßiger erfolgen. Die ehrenamtliche Aufklärung und Beratung durch erfahrene Betroffene, die ihre Kenntnisse und ihr Wissen kostenlos weitergeben, tragen als Mittler zu einem partnerschaftlichen Umgang mit dem Arzt und zu einer besseren Eigenbeobachtung bei. SHG unterstützen durch verschiedene Maßnahmen

die Prävention ihrer Mitglieder. So werden mögliche Krankheiten oder Folgeschäden früh erkannt, und es kann rechtzeitig vorgebeugt werden. Dies führt auch zu geringeren Fehlzeiten am Arbeitsplatz. Dadurch können die Kosten im Gesundheitssystem nachhaltig reduziert werden. Für die Zukunft sollten noch Wege gefunden werden, wie die Ansprache von Betroffenen, die bisher noch nicht die Chancen einer SHG erkannt haben, frühzeitig erfolgen soll. Hierdurch könnte die Früherkennung insgesamt auch weiter gestärkt werden.

IX. 6. Wissenschaftler

Die Wissenschaft beschäftigt sich hinsichtlich von Früherkennungs-Untersuchungen insbesondere mit den Grundlagen/Bedingungen, der Evidenz und deren Erfolg für den Einzelnen sowie die Gesellschaft sowohl als Grundlagenforschung als auch bei Einzelfragestellungen bzw. Präventionszielen.

Lange Jahre wurde unter dem Motto „Vorbeugen ist besser als Heilen“ uneingeschränkt zur regelmäßigen Teilnahme an der Früherkennung aufgerufen. Methodische Überlegungen zeigen allerdings, dass mit Früherkennung unvermeidbar auch nachteilige Effekte einhergehen, während der Nutzen eines bestimmten Früherkennungsverfahrens nicht zwangsläufig ist. In der Gesamtbilanz für ein solches Verfahren können die negativen Folgen daher überwiegen. So wurde bei der Prostatakrebs-Früherkennung mit dem PSA-Test deutlich, dass etwa 50 % der entdeckten Karzinome ohne Früherkennung niemals klinisch in Erscheinung getreten wären („Überdiagnose“), und damit ein erheblicher Teil der ökonomischen Belastung des Gesundheitswesens durch überflüssige Diagnostik und Therapie sowie der persönlichen Belastung durch eine überflüssige Krebsdiagnose mit der damit einhergehenden Einschränkung der Lebensqualität einem wissenschaftlich nicht begründeten und vorschnell eingeführten Früherkennungsangebot zuzuschreiben ist. Der „Windeltest“ auf kindliche Neuroblastome, der in einigen Ländern ohne wissenschaftlichen Nachweis seiner Wirksamkeit eingeführt oder praktiziert wurde, ist ein weiteres Beispiel. Seine Verwendung musste eingestellt werden, nachdem randomisierte Studien gezeigt hatten, dass er kaum ein Kind vor dem Tod bewahrt, aber viele überflüssige Krebsdiagnosen (die Kinder wären nie erkrankt) verursacht.

Es herrscht in der Fachwelt daher mittlerweile Konsens darüber, dass der Nutzen eines Früherkennungsverfahrens vor dessen flächendeckender Einführung durch geeignete

wissenschaftliche Untersuchungen, in der Regel randomisierte klinisch-epidemiologische Studien zu belegen und die Rahmenbedingungen für ein der Bevölkerung angebotenes Screeningprogramm (Zielbevölkerung, Screeningintervall, Screeningmodalitäten etc.) auf wissenschaftlicher Basis festzulegen sind. Das gerade eingerichtete Mammographie-Screening-Programm mit seiner Begründung aus acht randomisierten Studien ist ein Beispiel hierfür.

Darüber hinaus ist auch für laufende Screeningprogramme eine kontinuierliche wissenschaftliche Evaluation hinsichtlich einer Einhaltung der Qualitätsstandards erforderlich, die für ein Überwiegen des Nutzens gegenüber nachteiligen Effekten Voraussetzung sind. Hierfür sind ebenfalls wieder das Mammographie-Screening-Programm sowie das Koloskopieprogramm gute Beispiele.

Um laufende Programme evaluieren zu können, müssen die hierfür erforderlichen Daten zur Verfügung stehen, das heißt im Rahmen des Programms in einer für eine adäquate Auswertung geeigneten Form unter Einhaltung hoher Dokumentationsstandards erfasst werden. Beispiele, wie die Standards für eine begleitende Evaluation festgelegt und umgesetzt werden können, sind die europäischen Leitlinien für Mammographie- und Darmkrebs-Screening, die in die deutschen Programme z.T. 1:1 umgesetzt wurden. Die Übermittlung der geforderten Daten sollte daher stets zwingend mit der Durchführung einer Früherkennungs-Untersuchung verschränkt sein.

Die Tatsache, dass der überwiegende Anteil derjenigen Bevölkerung, der eine Teilnahme an Früherkennungsprogrammen empfohlen wird, nicht an der betreffenden Krankheit leidet und auch niemals daran erkranken wird (z.T. über 90 %), den nachteiligen Effekten einer Teilnahme aber ebenso ausgesetzt ist wie die tatsächlich Erkrankten, impliziert die Notwendigkeit einer besonders sorgfältigen Vorabinformation der potentiellen Teilnehmer. Sie sollte schriftlich erfolgen und professionell ausgearbeitet sein, um eine informierte Entscheidung über die Teilnahme zu gewährleisten. Auch die Mitteilung des Ergebnisses der Früherkennungs-Untersuchung sollte schriftlich erfolgen und sich, auch unter dem Gesichtspunkt der nicht vernachlässigbaren Zahl falsch-positiver Befunde mit der damit hervorgerufenen persönlichen Belastung, an professionell ausgearbeiteten Standards orientieren. Das die Früherkennung durchführende medizinische Personal ist schließlich im Hinblick auf die dargestellte spezifische Problematik in diesem Bereich speziell zu schulen

und sollte akkreditiert sein. Auch für diesen Bereich ist das Mammographie-Screeningprogramm beispielhaft.

Bei Früherkennungsverfahren, die vor der Entwicklung dieser Grundsätze in die Praxis gelangten, sollten zügig Modalitäten erarbeitet werden, wie ihr Nutzen nachträglich belegt und die Qualität der betreffenden Früherkennungsprogramme einschließlich der gerade angesprochenen Aspekte der Risikokommunikation evaluiert werden können. Langfristig dürfen Früherkennungsangebote ohne wissenschaftlichen Nutznachweis und kontinuierliche Qualitätssicherung keinen Bestand haben. Eine wichtige Voraussetzung hierfür ist die flächendeckende Einführung und Etablierung einer qualitätsgesicherten Dokumentation sowie einer zentralen Auswertung.

Das aktuelle Beispiel der gesellschaftlich positiv auswirkenden Kooperation zwischen Wissenschaft und Politik, belegt in Baden-Württemberg die Implementierung des Landeskrebsregisters. Durch dessen gesetzliche Fixierung und der Verpflichtung vieler Akteure, hauptsächlich der Ärztinnen und Ärzte und ärztlich geleiteter Einrichtungen im Land, werden genau diese gerade benannten Voraussetzungen geschaffen durch flächendeckende Einrichtung, die qualitätsgesicherte Dokumentation und die zentrale Auswertung. Es ist ein ambitioniertes Projekt und seine Umsetzung bedarf einer umfangreichen Vorarbeit, Abklärung der Rollen und Aufgaben der zu beteiligenden Gruppen, und natürlich der Klärung der Finanzierung. Dies beansprucht seine Zeit und ist nicht mit einem Schlag umzusetzen, sondern sozusagen „step by step“.

Bei aussagekräftiger Dokumentation und ausreichenden Daten können Wissenschaftler die Zahl der Todesfälle abschätzen, die durch eine messbare Steigerung der Teilnahme an der Früherkennung zu vermeiden ist. Wenn diese Vorhersage durch die gesteigerte Teilnahme bestätigt wird, wird die Bedeutung der Früherkennung deutlich zunehmen. Diese Daten könnten dann auch in aggregierter Form der Bevölkerung z.B. über einen Gesundheitsatlas zur Verfügung gestellt werden.

X. Praktische Beispiele und Anregungen für die Umsetzung von Früherkennung

X. 1. Kommunale Gesundheitskonferenzen

Die Bevölkerung wird von einer Vielzahl von Akteuren permanent mit vielen gesundheitlichen Themen konfrontiert. Kommunale Gesundheitskonferenzen sollen daher in Zukunft Themen von lokaler Bedeutung aufgreifen, unter Beteiligung aller relevanter Akteure koordiniert aufarbeiten und gemeinsame Umsetzungs- und Folgemaßnahmen empfehlen. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen stellen daher, sofern ein entsprechender Handlungsschwerpunkt von den Mitgliedern der Konferenz gesehen wird, auch für die Empfehlungen zur Stärkung der Früherkennung eine ideale Plattform zur Umsetzung und Weiterentwicklung dar.

Ein interessantes Beispiel für die Bearbeitung des Themas Früherkennung durch eine Kommunale Gesundheitskonferenz stellt der Bericht der Arbeitsgruppe „Diabetes mellitus Typ 2 im Landkreis Reutlingen“ dar. Hier hat sich eine Arbeitsgruppe aus unterschiedlichen Akteuren des Gesundheitswesens intensiv über die Erkrankung an Diabetes und deren Bedeutung für den Landkreis Reutlingen Gedanken gemacht und abschließend sechs konkrete Handlungsempfehlungen formuliert, die teilweise auch die Stärkung der Früherkennung betreffen. Die Handlungsempfehlungen betreffen im Einzelnen die Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit, den Einsatz von Diabetes-Risiko-Tests, die verstärkte Verwendung des Gesundheitspasses Diabetes, Empfehlungen zur intensivierten Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Pflegekräften sowie zur Versorgung.

X. 2. Bevölkerung

Die Bevölkerung wird von einer Vielzahl von Akteuren permanent mit vielen Themen konfrontiert. „Player“ sind z.B. die Lokalzeitungen, die Apotheken Umschau, der SWR mit Radiosendungen, Fernsehen, Beteiligung an Landesgartenschauen, lokale Gesundheitsmessen u.v.m.

Ein guter Ansatz Präventionsziele konkret in Bevölkerungsgruppen hineinzutragen, die eher als „präventionsfern“ charakterisiert werden, ist die türkisch-sprachige Radiosendung „Erst die Gesundheit - Önce Sağlık“. Immer Dienstags informieren ExpertInnen über Prävention,

Kuration, Rehabilitation und Selbsthilfe in türkischer Sprache. In der Reihe geht es darum, türkische MitbürgerInnen über Themen wie Gesundheitsprävention, Behandlungsmethoden, aber auch rechtliche Ansprüche im Bereich Gesundheit und Rente zu informieren. Die Sendereihe ist ein Gemeinschaftsprojekt von Metropol FM und dem Paritätischen Wohlfahrtsverband Baden-Württemberg. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg ist strategischer Partner des Projekts. Metropol FM ist zu empfangen in Stuttgart, in Mannheim, Kabel BW sowie als Live-Stream.

Wichtig wäre eine gute Vernetzung und einheitliche Empfehlungen der verantwortlichen Institutionen, da sonst die Gefahr besteht, dass vor Ort unterschiedliche oder sogar gegenteilige Informationen gegeben werden.

X. 3. Ausbildung und Studium

X. 3.1. Kindergarten

Die Krankenkassen wirken mit den für die Kinder- und Gesundheitspflege durch Landesrecht bestimmten Stellen in Baden-Württemberg (Gesundheits- und Jugendämter) auf eine möglichst vollständige Inanspruchnahme der in §26 SGB V aufgeführten Kinderuntersuchung hin. Hierzu haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit den vorgenannten Stellen eine Vereinbarung geschlossen.

Das Kinderschutzgesetz Baden-Württemberg verpflichtet alle Personensorgeberechtigten zur Inanspruchnahme der Früherkennungs-Untersuchungen ihrer Kinder zu sorgen. Diese Pflicht ergänzt die bereits bestehende Verpflichtung des Nachweises der letzten altersentsprechenden Früherkennungs-Untersuchung vor Eintritt in eine Kindertageseinrichtung.

Die Krankenkassen weisen durch eine rechtzeitige Mitteilung an die Anspruchsberechtigten bzw. die Personenberechtigten der bei ihnen versicherten Kinder auf die bevorstehenden Früherkennungs-Untersuchungen hin. Sie sollen in ihren Bonusprogrammen die Früherkennungs-Untersuchungen bonifizieren. Dabei soll eine Untersuchung nach dem 10. Lebensjahr besonders berücksichtigt werden. Des Weiteren halten die Krankenkassen geeignete Informationsmaterialien in unterschiedlichen Medien vor (z.B. Flyer, Internet). Hierbei sollen auch Familien mit Migrationshintergrund in geeigneter Weise erreicht werden.

Die Gesundheits- und Jugendämter sollen daneben im Rahmen ihrer Möglichkeiten darauf hinwirken, dass die Früherkennungs-Untersuchung in Anspruch genommen werden.

X. 3.2. Schule

Die Landesapothekerkammer Baden-Württemberg wählte für die Stärkung der Präventionen bei Kindern und Jugendlichen in Schulen den folgenden Setting-Ansatz:

„Apothekemacht Schule“ ist ein Vortragskonzept, das sich themenspezifisch an Lehrerinnen und Lehrer, Eltern, Schülerinnen und Schüler richtet. Die Themen wurden mit dem Kultusministerium festgelegt und behandelt:

- Sei schlau! Nicht blau. - Zielgruppe: Schüler/-innen der 6. - 8. Klasse
- Pickel - (k)ein Problem! - Zielgruppe: Schüler/-innen der 6. - 8. Klassen
- Essstörungen! - Wiegst Du noch oder lebst Du schon? - Zielgruppe: Schüler/-innen der 7.- 9. Klassen
- Doping für den Alltag - Lifestyle-Pillen für jede Lebenslage? - Zielgruppe: Schüler/-innen der 8. - 10. Klasse
- Auf Leistung getrimmt? - Zielgruppe: Eltern von Grundschulkindern
- Natürlich gesund - Helfen mit Hausmitteln - Zielgruppe: Eltern von Grundschulkindern
- Chronisch kranke Kinder im Unterricht - Zielgruppe: Lehrkräfte

X. 4. Arbeitsleben / Mittlere Lebensphasen

Zu Möglichkeiten der Prävention und Stärkung der Früherkennung wird auf die Ergebnisse der Projektgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ der AG Standortfaktor Gesundheit des Gesundheitsforums verwiesen.

X. 5. Spätere Lebensphase

Die absehbare demografische Entwicklung bedingt auch in Baden-Württemberg eine dramatische Zunahme der Zahl pflegebedürftiger bzw. -abhängiger Menschen in den kommenden Jahren. Bundesweit gehen die Überlegungen bis hin zu einer Verdoppelung während der kommenden 3 bis 4 Jahrzehnte. Gesundheitsförderung und Prävention im Alter sind geeignet, das Risiko schwerer Erkrankungen mit konsekutiver Pflegebedürftigkeit zumindest zum Teil zu vermeiden bzw. hinauszuzögern. Dabei sind bestehende

Präventionskonzepte, die für die Altersgruppen 35+ bis 60 Jahre etabliert wurden, nicht unmittelbar auf hochbetagte Menschen übertragbar. Bei der Weiterentwicklung der Präventionsmaßnahmen für Senioren sind auch räumliche Aspekte des demographischen Wandels zu berücksichtigen. Diese sind in die zukünftige Standortplanung mit einzubeziehen, da die Alterung regional unterschiedlich verlaufen wird mit prognostizierten schrumpfenden, stagnierenden und wachsenden Regionen. Gerade für die älteren Bevölkerungsschichten mit häufig eingeschränkter Mobilität ist der wohnortnahe Zugriff auf Gesundheitsressourcen bedeutsam.

Ziel geriatrischer Präventionsmaßnahmen ist in erster Linie die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und Erhalt von möglichst viel Selbstständigkeit im höheren und hohen Lebensalter. Gerontologische Studien belegen, dass die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch gesundheitsfördernde Maßnahmen im Alter möglich ist. Geeignete Programme können das Risiko einer Pflegebedürftigkeit um über 20 % reduzieren. Dies scheint nicht allein unter Aspekten der Lebensqualität und Selbstbestimmung im Alter, sondern auch unter Kostengesichtspunkten bedeutsam.

Geriatrische Prävention als Modell einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Fachpersonen in der Gesundheitsberatung auf Anbieter- und Kassenseite findet ihren Ausdruck in der Zusammenarbeit in Qualitätszirkeln mit altersmedizinisch relevanten gemeinsamen Fortbildungen, Fallbesprechungen oder präventiven Hausbesuchen; ein weiterer Ausbau von geriatrischer Kompetenz ist daher unbedingt erforderlich.

Die im Rahmen eines „geriatrischen Assessment“ erhobenen Befunde zur Beschreibung der Funktionen auf Organebene und der Fähigkeitsstörungen ergeben ggf. eine Indikation zu einer geriatrischen Prävention (ambulant oder stationär). Dies erfordert in der Regel einen Hausbesuch durch ein qualifiziertes Team (Arzt, Pflege, Sozialdienst), ggf. Maßnahmen einer Rehabilitation gemäß des Grundsatzes "Rehabilitation vor Pflege" und geriatrische Kompetenz des Hausarztes ("Lotsenfunktion").

Ziele ambulanter geriatrischer Prävention sind im Besonderen:

- Früherkennung von chronischen und drohenden akuten Erkrankungen und ihren Krankheitsfolgen,
- Beschreibung und Vermeidung körperlicher Funktionsdefizite,

- Beschreibung und ggf. Kompensation geistiger Funktionsdefizite,
- Beschreibung und Erhaltung des sozialen Umfeldes.

Stationäre Prävention in der Geriatrie erfolgt im Rahmen einer akutgeriatrischen Krankenhausbehandlung. Hierbei sind die Schädigungen insgesamt in einem solchen Maße schwerwiegend, dass eine häusliche Versorgung zur Zeit der Krankenhausbehandlung nicht möglich ist oder ein im ambulanten Bereich nicht zu erbringender diagnostischer Aufwand bzw. Therapiefrequenz erforderlich sind. Besondere Bedeutung bei der sekundär- bzw. Tertiärprävention haben z. B. Kontrakturen, Dekubitus, Sturzneigung und Apoplex (Schlaganfall).

Notwendig ist die weitere, mit Evidenz belegte Entwicklung

- von Methoden zur Erfassung, Bewertung und Praktikabilitätsprüfung vorliegender Screening- und Behandlungsansätze
- Bewertungsmaßstäbe von präventiven Schulungsangeboten
- der Implementierung von EBM-basierten Leitlinien zur Risikominderung / Prüfung der Anwendbarkeit auf ältere Menschen.

Zu altersspezifischen Möglichkeiten der Prävention im höheren Lebensalter wird darüber hinaus auch auf die Ergebnisse der Projektgruppe „Aktiv für ein gesundes Altern in Baden-Württemberg“ der AG Standortfaktor Gesundheit des Gesundheitsforums verwiesen.

X. 6. Geschlechterspezifische Kommunikation

Gesundheit und damit Prävention ist ein stark gender-sensitiver Bereich. Es sind zwei Ebenen zu unterscheiden. Zum einen

- die gender-sensitive Sprache und zum anderen
- das geschlechtsbezogene Präventionsverhalten.

Gender-sensitive Sprache

Informationen in schriftlicher Form, aber auch in verbaler Form sollten die Frauen nicht nur „mitdenken“, sondern mit einbeziehen. Wenn in einer Broschüre vom Patient die Rede ist, kann dies zur Folge haben, dass sich Frauen an dieser Stelle überhaupt nicht angesprochen fühlen. Wenn Ansätze zur Prävention niederschwellig und damit auch zielgruppenorientiert

sein sollen, darf der Aspekt, dass es Männer und Frauen gibt, nicht aus den Augen gelassen werden.

Geschlechtsbezogenes Präventionsverhalten

Männer gehen in der Regel seltener zu Vorsorgeuntersuchungen als Frauen. Das hat viel mit der unterschiedlichen Wahrnehmung und Wertigkeit der eigenen Gesundheit zu tun und dem gesellschaftlich zugeschriebenen Verhalten von „männlich“, „weiblich“ und „richtig“. So haben Männer in der Regel ein sehr funktionalistisches Bild ihres eigenen Körpers und damit ihrer eigenen Gesundheit. Frauen pflegen in der Regel ein umfangreicheres Gesundheitsbewusstsein, das auch auf ganzheitliche Aspekte (z.B. auch in der Fürsorge für andere) fußt.

Konsequenterweise sollten Informationen und Präventionsmaßnahmen so aufgebaut sein, dass die Definition von Gesundheitsbewusstsein geschlechtergerecht verarbeitet ist.

XI. Ausblick – Empfehlungen und erste Umsetzungsvorschläge

Im Folgenden werden einige ausgesuchte Empfehlungen zur Stärkung der Früherkennung aufgeführt, die zum einen speziell den Gesundheitscheck betreffen und zum anderen allgemein zu einem verstärkten Problembewusstsein beitragen sollen und für die eine weitere Umsetzbarkeit in absehbarer Zeit zumindestens möglich erscheint:

- **Stärkung und Optimierung/Erweiterung der Gesundheits-Untersuchung ab 35:**
 - Änderung der Bezeichnung für die Früherkennungs-Untersuchung ab 35 Jahren in eine einprägsamere und medienwirksamere Form wie z.B. **G-Check 35^{plus}**
 - Entwicklung eines **G(esundheits)-Passes** (Untersuchungsheft / elektronischer Untersuchungspass) für die Dokumentation und Auswertung der Früherkennungs-Untersuchungen analog dem U-Heft bei Kindern und Jugendlichen.
 - Schaffung und Verwendung eines **markanten Logos** für den Gesundheitscheck
 - Regelmäßig wiederholte **Initiativen aller Akteure** des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg aktiven Kräfte für den G-Check 35^{plus} über alle Medien und im Verbund.
 - Schaffung von **Anreizen** für die verstärkte Teilnahme an Früherkennungs-Untersuchungen z.B. durch Verknüpfung der Abrechnungsziffer
 - für den Versicherten mit einer Gutschrift auf einem persönlichen Bonuskonto und
 - für den Leistungserbringer mit einem prozentualen Zusatzfaktor beim Punktwert, der dynamisch mit der Zahl pro Quartal durchgeführter und dokumentierter Früherkennungs-Untersuchungen steigt.
- **Zentrale Auswertung** festgelegter Ergebnisse der Früherkennungs-Untersuchungen auf Stadt-/Landkreisebene durch die Kassen oder KV und Datenübermittlung an eine zentrale Auswertungsstelle (z.B. das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg) zur Einstellung in einen öffentlich zugänglichen Gesundheitsatlas.
- **Ergänzung der Leistungen** mit dem Ziel der Verbesserung des Screeningserfolges z.B. für Diabetes und Lebererkrankungen verzahnt mit konsequenter Weiterbetreuung bei auffälligen Ergebnissen falls noch keine manifeste Erkrankung bekannt ist durch
 - regelmäßige Anwendung von Risikofragebögen zum Screening sowie

- der zusätzlichen Bestimmung des HbA1c mit sich anschließendem OGTT (oraler Glukose Toleranztest) bei einem HbA1c von 5-6 % im Sinne einer Stufendiagnostik zur Erkennung eines Prädiabetes beim Gesundheitscheck
 - Erweiterung der Laboruntersuchungen bei der Gesundheits-Untersuchung um die Bestimmung der ALT (Alanin-Aminotransferase, früher GPT) und
 - prozentualen Zusatz(-abrechnungs-)faktor für die weitere erfolgreiche Weiterbetreuung als ‚Manager u/o Vermittler von Lebensstilinterventionen‘, der dynamisch mit der Länge der erfolgreichen Betreuung (z.B. Gewichtsabnahme/-stabilisierung, regelmäßige Bewegung im Alltag, gesundheitsbewusstes Essen) steigt.
- **Ausweitung des Angebotes** der Gesundheits-Untersuchung bereits auf das Alter ab 30 Jahren (**G-Check 30^{plus}**), um z.B. „Prädiabetiker“ noch früher zu erkennen und zu Lebensstilinterventionen motivieren zu können, um Folgeerkrankungen des metabolisch-vaskulären Syndroms besser vorbeugen zu können. Dies erscheint insbesondere auch unter dem Aspekt des bereits in jüngerem Alter zunehmenden Übergewichtes in der Bevölkerung und den dadurch bedingten Folgen von Bedeutung.
- Einführung eines **regelmäßigen Erinnerungs- und/oder Einladungsverfahrens** für Früherkennungs-Untersuchungen (z.B. Erinnerungsschreiben analog der Organspende oder kombinierte Einladung zu mehreren Vorsorgeangeboten mit Beifügung einer Liste anbietender Ärzte/Institutionen in wohnortnahe des Betreffenden).
- **Steigerung des Bewusstseinsgrades / Awareness-Kampagne** für die Bedeutung von Früherkennungs-/Krebsvorsorgeuntersuchungen in der Bevölkerung durch **sich regelmäßig wiederholende**, in der Aufmachung sehr unterschiedliche kommunikative Maßnahmen in unterschiedlichen Settings wie auch über die dort verfügbaren Medien, selektiv an die sehr unterschiedlichen Zielgruppen adressiert, u.a.
 - **Niederschwellige Settings:** Betriebe, Praxen, Apotheken, Geschäfte, Kindergärten, Schulen, Kirchen/Moscheen, Tafelläden, Bürgerbüros etc.
 - **Nutzung von einfacher verfügbarer Risikofragebögen/-screening** wie z.B. den GesundheitsCheck Diabetes (FINDRISK) oder Test auf ein bestehendes Herzinfarkttrisiko (PROCAM), die beide die Ermittlung eines Risikos für einen Zeitraum innerhalb der nächsten 10 Jahre zum Ziel haben.

- Aufnahme des Themenbereiches ‚Prävention und Früherkennung lebensstilassoziierter Erkrankungen‘ in den **verpflichtenden Lernzielkatalog** von Grund-, Haupt-, Realschulen und Gymnasien einschließlich verpflichtende Durchführung begleitender Schulprojekte
- **Ansprechend animierte Clips** im Internet (z.B. Youtube etc.), Fernsehen, Satelliten-TV-Programmen für einzelne Zielgruppen wie z.B. Migranten etc.
- Spezielle Nutzung von (nicht deutsch-sprachigen) **Medien der Migranten** für diese Zielgruppe
- **Mehrsprachigkeit** bei Info-/Plakat-/Werbematerialien

XII. Literatur

AG Standortfaktor Gesundheit - Bericht der Projektgruppe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Stuttgart 2013

AG Standortfaktor Gesundheit - Bericht der Projektgruppe „Aktiv für ein gesundes Altern in Baden-Württemberg“, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Stuttgart 2013

AG Standortfaktor Gesundheit - Bericht der Projektgruppe „Gesundheitsberichterstattung“, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren, Stuttgart 2011

Bericht der Arbeitsgruppe „Diabetes mellitus Typ 2 im Landkreis Reutlingen“, Landkreis Reutlingen - Kreisgesundheitsamt, Reutlingen 2012

Gesundheitsstrategie Baden Württemberg, Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Stuttgart 2009

Leitfaden Prävention Diabetes, EU-Projekt IMAGE, Deutsche Fassung, herausgegeben von der Deutschen Diabetes-Stiftung, Reinhart Hoffmann und Rüdiger Landgraf, München 2011

Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten - Gemeinsame Stellungnahme der DGVS, der Deutschen Leberhilfe, der Deutschen Leberstiftung und eines Facharztes für Allgemeinmedizin zur Aufnahme des ALT-Wertes in den Check-up 35 plus im Rahmen des Präventionsgesetzes. Z. Gastroenterol 2013; 51: 301-305

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheits-Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten („Gesundheits-Untersuchungs-Richtlinie“) in der Fassung vom 24. August 1989 (veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt Nr. 10 vom 29. september 1989) zuletzt geändert am 16. Dezembr 2010 (veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011; Nr. 34: S. 864 in Kraft getreten am 3. März 2011)