

Eine Herausforderung für das Gesundheitswesen und die Hausärztinnen und -ärzte

Prävention nichtübertragbarer Krankheiten

Thomas Mattig

Gesundheitsförderung Schweiz und Medizinische Fakultät der Universität Genf

Im europäischen Vergleich zählt die *Lebenserwartung bei Geburt* in der Schweiz zu den längsten. Jedoch liegt die Lebenserwartung in guter Gesundheit der Schweizerinnen und Schweizer *im Alter von 65 Jahren* mit rund 11 Jahren hinter derjenigen von Norwegen und Schweden (wo sie über 16 Jahre betrifft) sowie hinter derjenigen von Irland, Dänemark, Spanien, Deutschland und Frankreich [1].

Betrachtet man die *entgangenen gesunden Lebensjahre* (Disability Adjusted Life Years, DALYs) in der Schweiz, sind sie in erster Linie nichtübertragbaren Krankheiten (NCDs) zuzuschreiben: Krebserkrankungen machen 18% davon aus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen 14%, Erkrankungen des Bewegungsapparats 12% und psychische Störungen 9% [2]. Man rechnet, dass in der Schweiz gut 2,3 Millionen Menschen an NCDs leiden [3].

Die Verlängerung der behinderungsfreien Lebenserwartung bleibt daher eine Herausforderung für die Gesundheitspolitik in der Schweiz. Im Schweizer Kontext erscheint es angemessen, prioritär auf die Hauptrisikofaktoren für chronische nichtübertragbare Krankheiten abzielen. So sieht es auch die nationale Strategie zur Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten vor [4]: Globale und sektorale Strategien wurden definiert, viel Konkretes wurde unternommen und einiges schon erreicht, wie es aus dem kürzlich erschienenen Buch *Prävention von chronischen Krankheiten: Strategien und Beispiele aus der Schweiz* zu entnehmen ist [5].

Aber man könnte mehr erreichen. Dazu braucht es mehr Energie, mehr Begeisterung, mehr Beteiligung, mehr Interprofessionalität.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt, vermehrt spezifische, als wirksam und kosteneffizient anerkannte Interventionen (Best-Buy-Interventionen) einzusetzen: Es geht um die Reduktion des Rauchens, einen

niedrigeren Alkoholkonsum, verbesserte Essgewohnheiten und geringere tägliche Salzaufnahme sowie um die Förderung von körperlicher Aktivität [6].

Hier kurz zusammengefasst die wichtigsten Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), was die kosteneffizienten «best buys» betrifft [6]:

- *Zur kostengünstigen Tabakprävention.* Die WHO empfiehlt unter anderem die Erhöhung der Steuern und der Preise für Tabakerzeugnisse, Gesundheitswarnungen auf allen Tabakverpackungen, umfassende Tabak- und Werbeverbote, Aktionen gegen Passivrauchen (am Arbeitsplatz, im öffentlichen Verkehr usw.) und Massenmedienkampagnen über die Schäden des Rauchens/Tabakkonsums.
- *Zur kostengünstigen Alkoholprävention.* Die WHO empfiehlt eine Erhöhung der Steuern auf alkoholische Getränke, umfassende Beschränkungen von Alkoholverkauf, Beschränkungen betreffend Verfügbarkeit von Alkohol (z.B. reduzierte Verkaufszeiten), Gesetze zu Alkohol am Steuer (z.B. Alkoholkonzentrationslimiten im Blut).
- *Zur kostengünstigen Förderung gesunder Ernährung.* Die WHO empfiehlt u.a. eine Reduktion des Salzkonsums (z.B. durch die Festlegung von Zielwerten für die Salz mengen in Lebensmitteln und Mahlzeiten), eine Reduktion des Zuckerkonsums (z.B. durch eine effektive Besteuerung von zucker gesüssten Getränken) und die Elimination von industriellen Transfetten (durch das Einsetzen von Rechtsvorschriften) sowie Massenmedienkampagnen zu gesünderen Essgewohnheiten (z.B. täglich 5 Portionen Gemüse und Früchte).
- *Zur Förderung der körperlichen Aktivität.* Die WHO empfiehlt öffentliche Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen

zur Förderung von körperlicher Aktivität, in Kombination mit anderen gemeinschaftsbasierten Aktivitäten (z.B. Bildungs-, Motivations- und Umweltprogrammen).

Wie man sieht, handelt es sich dabei im Wesentlichen um Interventionen struktureller Art, deren Einsatz in erster Linie in der Verantwortung von Gesundheitsbehörden und politischen Entscheidungsträgern liegt.

Jedoch empfiehlt die WHO als übergreifende Massnahme auch die Integration von kosteffizienten Interventionen in die primäre Gesundheitsversorgung.

Und hier kommen die Hausärztinnen und -ärzte zum Zuge. Ihr Engagement kann von entscheidender Bedeutung sein. In der Tat haben sie regelmässigen Kontakt mit der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung: Im Durchschnitt konsultieren 70% der Bevölkerung 2 Mal pro Jahr die Hausarztpraxis, was eine ideale Möglichkeit bietet, mit den Patientinnen und Patienten über Prävention und Gesundheitsförderung zu sprechen [7]. Aber wie Zosso et al. [8] hervorheben: «Prävention ist ein wichtiges Thema in der hausärztlichen Versorgung. Jede zweite Konsultation bezieht sich auf Übergewicht, Diabetes, Atemwegserkrankungen, Sucht, etc.; [Das sind] schwierige Themen [...] und oft eine Quelle der Frustration.»

Nichtdestotrotz empfiehlt die WHO [6]:

1. Was *Tabakprävention* in der Praxis betrifft:
 - Kostenpflichtige Kurzberatung zur Tabakentwöhnung für alle, die aufhören wollen. Angemerkt sei hier, dass jeder im Bereich Rauchprävention investierte Franken einen Return on Investment von 28 bis 48 Franken ergibt [9].
2. Was *Alkoholprävention* in der Praxis betrifft:
 - Kurze psychosoziale Intervention für Personen mit risikoreichem Alkohol-

konsum. Angemerkt sei hier, dass jeder im Bereich des risikoreichen Alkoholkonsums investierte Franken einen Return on Investment von 11 bis 29 Franken ergibt [9].

- Um den letzten Studien gerecht zu werden, hat die WHO ihre Empfehlungen verschärft nach dem Motto «No level of alcohol consumption is safe for our health»; also sollten neu Männer weniger als 2 Drinks pro Tag und Frauen weniger als 1 Drink pro Tag konsumieren. Hier sei auch hinzugefügt, dass ein Autofahrer mit einem Blutalkoholspiegel von 0,02 bis 0,05 g/dl ein dreifach erhöhtes Risiko eines tödlichen Unfalls hat (bei 0,05 bis 0,08 g/dl steigt das Risiko ums Sechsfache) [10, 11].
3. Was *Förderung gesunder Ernährung* in der Praxis betrifft:
- Systematische Ernährungsberatung. *RCTs von Ernährungskurzberatung in der Hausarztpraxis zeigen, dass sich «gesunde Ernährungs-Scores» signifikant verbessern* [12].
 - U.a. empfiehlt die WHO 5 Portionen Obst und Gemüse pro Tag; maximal 5 Gramm Salz (was ungefähr einem Teelöffel entspricht); idealerweise nicht mehr zugeführter Zucker als 5% der täglichen Kalorienaufnahme (was ungefähr 6 bis 9 Teelöffel entspricht); weniger als 30% der täglichen Kalorienaufnahme, was Lipide betrifft (und speziell weniger als 10% an gesättigten Fettsäuren)[13].
4. Was *Förderung der körperlichen Aktivität* in der Praxis betrifft:
- Beratung zu körperlicher Aktivität als Teil der routinemässigen primären Gesundheitsversorgung durch den Einsatz einer kurzen Intervention. Kurzinterventionen können die kurzfristige, selbstberichtete körperliche Aktivität erhöhen; langfristige Auswirkungen sind weniger sicher [14].
 - Ganz konkret empfiehlt die WHO für jüngere und ältere Erwachsene mindestens 150–300 Minuten aerobe körperliche Aktivität mittlerer Intensität pro Woche (oder 75–150 Minuten intensive körperliche Aktivität); zusätzlich sollte man auch wenigstens 2 Mal wöchentlich an Krafttrainings-Aktivitäten teilnehmen [15].

Zu diesen kosteffizienten Interventionen stellt sich jedoch die Frage: Wie können die Hausärztinnen und -ärzte für den vermehrten Aufwand finanziell besser entschädigt werden? Auch hier liegt die Verantwortung primär bei den Gesundheitsbehörden und politischen

Entscheidungsträgern. Es stellt sich aber auch die Frage, inwieweit Hausärztinnen und -ärzte mit spezifischen Beratungsinstrumenten vertraut sind, sei es auf dem Gebiet der Raucherentwöhnung, der Bewegungsförderung, der Ernährung oder der Suchtberatung.

Obschon Hausärztinnen und -ärzte traditionell eine ganze Reihe von kosteffizienten Interventionen leisten, sei es im Management von kardiovaskulären Krankheiten (z.B. Blutdruckkontrolle, Blutzuckerkontrolle), im Management von Krebserkrankungen (z.B. Brustkrebs-Screening durch Mammographie, Dickdarmkrebs-Screening durch Koloskopie, Zervix-Krebs-Prävention durch HPV-Impfung) oder im Management von chronischen Atemwegserkrankungen (z.B. Allergie-Screening bei Asthma), haben Studien mehrfach gezeigt, dass Hausärztinnen und -ärzte sich oft schlecht gerüstet fühlen, um präventive und gesundheitsfördernde Ratschläge zu erteilen [16].

Hier kann das Projekt PEPra der FMH und Partner helfen [8]. PEPra steht für «Prävention mit Evidenz in der Praxis». Sein Ziel ist es, die Prävention und Früherkennung in der ambulanten medizinischen Grundversorgung zu fördern, mit Schwerpunkt auf nichtübertragbaren Krankheiten sowie Sucht- und psychischen Erkrankungen. Das PEPra-Projekt (z.Z. in Pilotphase in vier Kantonen getestet) besteht aus einem modularen Fortbildungsangebot, einer Website mit konkreten Tools, Leitfäden und Empfehlungen sowie einer Übersicht über bestehende regionale Angebote im Bereich Prävention (z.B. Rauchstoppperatung, Suchtberatung etc.).

Das Potenzial von Prävention und Gesundheitsförderung ist enorm. Um dieses Potenzial auszuschöpfen, braucht es die Beteiligung und das Engagement aller Akteure des Gesundheitswesens, die sich in einem dynamischen Netzwerk miteinander austauschen und unterstützen: das Wohlergehen der Individuen und der Gesellschaft steht auf dem Spiel.

Korrespondenz

Prof. Thomas Mattig, JD, MPH
Gesundheitsförderung Schweiz
Wankdorfallee 5
CH-3014 Bern
thomas.mattig[at]promotionsante.ch

Literatur

- 1 OECD. *Espérance de vie et espérance de vie en bonne santé à 65 ans*. In: Panorama de la santé 2019: les indicateurs de l'OCDE. Paris: Éditions OCDE; 2019. p. 222–3. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/2a2ed072-fr/index.html?itemId=/content/component/2a2ed072-fr>
- 2 Global Burden of Disease Collaborative Network. *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) results*. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020. Available from: <http://ghdx.health-data.org/gbd-results-tool>

3 Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024*. Bern: BAG; 2016.

4 Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH). *Massnahmenplan 2021 – 2024 zur Nationalen Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017 – 2024*. Bern: BAG; 2020.

5 Mattig T (Dir). *Prävention von chronischen Krankheiten. Strategien und Beispiele aus der Schweiz*. Bern: Hogrefe; 2022. p. 533.

6 World Health Organization. *Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva: The Organization; 2017.

7 Office fédéral de la statistique (OFS): *Consultations chez le médecin généraliste ou de famille*. In: *Enquête Suisse sur la santé 2017*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique; 2019. Available from: <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/obsan/consultations-chez-le-medecin-generaliste-ou-de-famille>

8 Zosso B, Quinto CB, Neuner-Jehlec S, Weil B. *PEPra: pour la prévention au cabinet de premier recours*. Prim Hosp Care. 2020;20(12):388–90.

9 Fugelister-Dousse S, Jeanrenaud C, Kohler D, Marti J. *Coûts et bénéfices des mesures de prévention de la santé: Tabagisme et consommation excessive d'alcool*. Institut de recherches économiques. Neuchâtel: Université de Neuchâtel; 2009.

10 World Health Organization [Internet]. Geneva: The Organization; c2016. *No level of alcohol consumption is safe for our health; [about 2 screens]*. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>

11 Pan American Health Organization. *Drinking and Driving*. Washington, DC: The Organization; 2018. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=drinking-driving-2018-059&Itemid=270&lang=en

12 Sacerdote C, Fiorini L, Rosato R, Audenino M, Valpreda M, Vineis P. *Randomized controlled trial: effect of nutritional counselling in general practice*. Int J Epidemiol. 2006 Apr;35(2):409–15.

13 World Health Organization [Internet]. Geneva: The Organization; c2020. *Healthy Diet.; [about 7 screens]*. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

14 Lamming L, Pears S, Mason D, Morton K, Bijker M, Sutton S, et al.; VBI Programme Team. *What do we know about brief interventions for physical activity that could be delivered in primary care consultations? A systematic review of reviews*. Prev Med. 2017 Jun;99:152–63.

15 World Health Organization. *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva: The Organization; 2020.

16 Peckham S, Falconer J, Gillam S, Hann A, Kendall S, Nanchahal K et al. *The organisation and delivery of health improvement in general practice and primary care: a scoping study*. Southampton, UK: NIHR Journals Library; 2015.