

insisterait spécifiquement sur l'utilité d'un suivi auprès d'un médecin praticien librement choisi.

- Mise au point d'un système de rappel, avec un «bonus», par les caisses-maladie (allécher par la promesse d'un bonus vaut certainement mieux que de menacer par l'évocation du danger). Ce rappel pourrait être imprimé par ordinateur, en même temps que les décomptes de primes, et envoyé en annexe à ces derniers.
- Généralisation des consultations de suivi, offertes et financées par les assurances sur la vie et orientées plus précisément selon le niveau de risque.

#### b) Qui émet des «directives»?

Quelles sont les directives acceptables? Lesquelles sont rentables? En dernier ressort, quelles sont celles qui pourront être reconnues comme réalistes et judicieuses par le médecin praticien? Tant il est vrai que deux extrêmes sont concevables: d'un côté une indifférence répréhensible par suite de surcharge, de l'autre un excès de zèle dispendieux faute d'exploitation satisfaisante du cabinet!

Là aussi, il y aurait certainement moyen de réaliser un «consensus-cadre» qui pourrait se révéler acceptable

tant du point de vue économique que de celui de la médecine préventive.

Les vecteurs possibles pour ces directives sont, aux yeux du Groupe de travail:

- les associations cantonales de médecins, en collaboration avec les ligues pour la lutte contre le cancer (par exemple: dépliants, slogans, etc.);
- les caisses-maladie: avec système tarifaire/cadre tarifaire, recommandations, etc.

Les deux voies suggérées tiendraient compte du caractère non étatique, en Suisse, des «soins de santé primaires». Il s'y ajoute que, grâce à ces institutions proches de la pratique, on aura la possibilité d'accorder l'attention qu'il convient à des contraintes préexistantes en partie réfractaires aux explications rationnelles (peur du cancer, par exemple).

#### 6. Perfectionnement professionnel

Le Groupe de travail s'est bien rendu à l'évidence: la demande est forte en matière des cours ou séminaires de perfectionnement, et des publications relatives à des programmes de prévention anticancéreuse sur lesquels le consensus a pu s'établir sont indispensables.

## Früherfassung häufiger Karzinomerkrankungen

Arbeitsgruppe II. C<sup>1</sup>

In der Arbeitsgruppe wurde in bezug auf vier Problemkreise diskutiert, welche präventiven Möglichkeiten dem praktischen Arzt zur Verfügung stehen, mit welchen Unsicherheiten er dabei konfrontiert ist, und was zur Verbesserung beigetragen werden könnte: Mammakarzinom, Kolorektaltumore, Prostatakarzinom, Aufgebote zu Präventivuntersuchungen.

### 1. Mammakarzinom

Ziel der Brustpalpation ist die Früherfassung des Mammakarzinoms. Als Erfassungsmittel löst die klinische Untersuchung unter anderem dadurch Unsicherheit aus, als ihre Erfassungsquote nur bei 50% liegt. Es ist in gewissem Sinne unzulässig, den Frauen zu sagen, sie hätten «nichts»; es ist aber auch unzulässig, die 50% der möglichen positiven Befunde nicht zu suchen. Diese müssen die Ärzte unbedingt zu finden versuchen. Dabei kann behilflich sein, wenn man schon Erfahrungen mit positiven Befunden gemacht hat («Man muss es gespürt haben, damit man es sucht»). Da positive Befunde für den einzelnen Prakti-

ker aber selten sind, müsste er anderweitig die Möglichkeit haben, solche Erfahrungen zu sammeln, beispielsweise mit Hilfe von Palpationsmodellen, wie sie in St.Gallen zur Verfügung stehen. Solche Palpationsgelegenheiten sollten schon in der Ausbildung geboten werden.

Von den 50% der mittels Palpation nicht erfassten Karzinome geht eine Unsicherheit aus, mit der ein Arzt umzugehen wissen muss; er für sich selbst wie auch den Patienten gegenüber, die ihrerseits ja auch damit umgehen müssen. Eine Palpation «ohne Befund» ist eine momentane Tatsache mit einer gewissen Unsicherheit, und dies ist den Frauen zu sagen. Sie sollen auch wissen, dass ein Arzt einen Befund verpassen kann und dass die beste Methode die Selbstuntersuchung ist. Diese muss bei allen Frauen gefördert werden: vom Hausarzt, vom Frauenarzt wie auch von andern Stellen (z. B. der Krebsliga).

Es gibt zum Beispiel in Finnland eine Bewegung der *Selbstpalpation*, die von der finnischen Krebsliga ausgeht: Die Ärzte geben den Frauen eine Karte mit, auf der sie – ähnlich wie beim Menstruationskalender – die Ergebnisse der monatlichen Selbstuntersuchung notieren. Nach jeweils einem Jahr wird diese Karte dem

<sup>1</sup> Dr. E. Zemp, Berichterstatterin; H. Schenkel, Leiter der Arbeitsgruppe.

Arzt gezeigt, der dann seinerseits wieder palpiert. Damit sollen die Frauen zur regelmässigen Brustuntersuchung stimuliert werden [1]. Auch bei uns könnte die Krebsliga eventuell Frauen erreichen, die selten zum Arzt gehen.

Eine weitere Anregung wäre, bekannte Persönlichkeiten (Stars) als Selbstbeobachtungs-Vorbilder einzusetzen (vgl. Jane Fonda und Aerobic).

## 2. Kolorektaltumoren

Der Screening-Test für Kolorektaltumoren, das heisst der Blutnachweis im Stuhl, kann wegen der relativ grossen Zahl falsch-positiver Ergebnisse der Benzidinprobe und der hohen Folgekosten nicht leicht bei allen Patienten durchgeführt werden, und ein für Karzinome spezifischerer Test wäre sehr erwünscht. Der Blutnachweis ist somit auf Patienten zu beschränken, bei denen anamnestische Hinweise für ein Risiko vorliegen: familiäres Vorkommen von Adenokarzinomen (Colon-Ca, Polyposis, Corpus-Ca, Mamma-Ca), Symptomatik (neu aufgetretene Stuhlunregelmässigkeiten, Obstipation) und Übergewicht. Patienten mit einem Karzinom, das zu dieser Tumorgruppe gehört, kommen meist nicht für Präventivmassnahmen, sondern wegen Beschwerden in die Praxis.

Es besteht ein *Bedürfnis nach Leitlinien* darüber, wie Benzidinprobe, Hämooccult oder etwaige andere Tests angewendet werden sollten, wie auch nach Informationen über Kosten-Nutzen-Analysen [2, 3].

## 3. Prostatakarzinom

Das A und O der frühzeitigen Erfassung von Prostata-tumoren ist die Palpation. Konsistenzänderungen sind gut zu spüren. Es gibt auch hier Palpationsmodelle.

Von seiten der Patienten ist die Motivation zur Untersuchung eher gering, da psychologische Widerstände gegen die Rektalpalpation vorhanden sind. Zudem ist die Vorstellung verbreitet, nur bei Beschwerden liege ein Befund vor («Ich kann leicht Wasser lösen, also habe ich nichts»). Da beim Auftreten von Beschwerden die Heilungsaussichten massiv vermindert sind, ist es sehr wichtig, die Patienten darüber zu informieren. Eine gute Untersuchungstechnik vermindert zudem die Angst vor Schmerzen.

Bei der Frage, ob man die Prostatauntersuchung systematisch – oder zumindest ab einem bestimmten Alter – durchführen soll, zeigt sich wieder ein *Bedürfnis nach Leitlinien*. Sie gehört zum Beispiel dazu, falls jemand ein Check-up verlangt. Vermutlich hängt es von den persönlichen Erfahrungen des Arztes und emotionalen Auswirkungen der Untersuchung ab, ob systematisch palpiert wird oder nicht. In der BRD wurde versucht, Präventivuntersuchungen einschliesslich der Prostatapalpation dadurch anzuregen, dass die Kassen die Kosten übernehmen. Trotzdem wurde diese Möglichkeit nicht rege benutzt; es wird vielmehr vermutet, dass Patienten auf Blutdruckkontrollen verzichteten aus Angst vor der gleichzeitig vorgesehenen Prostatauntersuchung.

In der Literatur wird die Prostatauntersuchung nicht systematisch empfohlen. Studien mit Randomisierung liegen bisher nicht vor. Hinweise zu mehr oder weniger tauglichen Früherfassungsmassnahmen finden sich in einem kanadischen Bericht [4].

## 4. Aufgebot zu Vorsorgeuntersuchungen?

Immer wieder stellt sich die Frage, ob die Bevölkerung zu Präventivmassnahmen aufgeboten werden soll. Es wird befürchtet, dass sich dadurch auf lange Sicht eine Passivierung einstellen könnte, im Gegensatz zu dem eigentlichen Ziel, mehr Selbstverantwortung zu erreichen. Bleibt man allerdings bei dem Prinzip der «Freiwilligkeit», bleibt es auch bei der Tatsache, dass nur eine Auswahl der Bevölkerung präventiv versorgt wird. Nicht alle Bevölkerungsgruppen bringen die gleichen Voraussetzungen mit, präventive Massnahmen in Anspruch zu nehmen. Die Tetanusimpfung zum Beispiel wird bei Männern im Militär vorgenommen. Frauen werden nur dann geimpft, wenn sie einen Unfall hatten. In mehreren Arbeiten hat sich gezeigt, dass weniger Frauen gegen Tetanus geimpft sind als Männer.

Es gibt verschiedene *Arten* der präventiven Betreuung:

- Der Arzt kann den Patienten zu gegebener Zeit zum Beispiel ein Kärtchen schicken und sie aufbieten.
- Er kann sie fragen, ob sie aufgeboten werden wollen, und dies nur auf Wunsch tun.
- In der Kartei in der Praxis werden erfolgte Präventivuntersuchungen vermerkt und zu gegebener Zeit die Patienten aufgefordert, zu einem Arzt zu gehen (freie Arztwahl). Es fragt sich hier aber, wie aufwendig dies ist. Eventuell müsste dies von einer Drittstelle ausgeführt werden.
- Die Patienten könnten mit den Krankenkassen eine Art Service-Vertrag abschliessen (vgl. «Service-Gutschein» in der BRD).
- Der Anstoss wird nicht vom Hausarzt, sondern von neutraleren Instanzen gegeben: zum Beispiel von der Krebsliga, von der Ärztesgesellschaft.
- Kampagnen könnten in Absprache mit den Ärzten (z. B. für gezielte Altersgruppen) durchgeführt werden.

Allgemein sollte versucht werden, die Selbstverantwortung der Betroffenen zu unterstützen, sie nicht zu verwalten.

## Literatur

- [1] *Gästrin, Gisela*, Breast Cancer Control, An Early Detection Programme (Almqvist & Wiksell International, Stockholm 1981).
- [2] *Dales, L. G., Friedman, G. D., Kamcharan, S.*, et al., Multiphasic Checkup Evaluation Study, 3. Outpatient Clinic Utilization, Hospitalization, and Mortality Experience after Seven Years, *Prev. Med.* 2, 221–235 (1973). Dieser Artikel wird zitiert in einem Beitrag von *Abelin, Th.*, Noch einmal: Wie sinnvoll sind Haemoccult, Colorectal und Konsorten, *Ars. medici* 72, 518–521 (1982).
- [3] *Senn, H. J., Hammer, B.*, Abklärungsschema zur Früherfassung kolorektaler Karzinome bei asymptomatischen und symptomatischen Personen, *Praxis* 26, 1158–1162 (1982).

[4] *Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, Periodic Health Examination, Report of a Task Force of The Conference of Deputy Ministers of Health, Health and Welfare Canada, 1980.* Erhältlich bei: Canadian Government Publishing Centre, Supply and Services Canada, Hull, Quebec, Canada K1A 0S9. Catalogue No. H 39-3/1980E. \$ 22.20.

**Zusammenfassung**

Der Beitrag beschreibt in einem ersten Teil Zielsetzungen, Verlauf und Themen der Gruppenarbeit, die während einer zweitägigen Fortbildungstagung «Präventivmedizin in der ärztlichen Praxis» durchgeführt wurde. An der Tagung nahmen vor allem frei praktizierende Ärzte teil. Am ersten Veranstaltungstag beschäftigte sich eine der drei Arbeitsgruppen mit Fragen der psychiatrischen Krisenintervention und die beiden anderen mit Aspekten der Prophylaxe der Herz-Kreislauf-Krankheiten, insbesondere mit Problemen der Hypertonieerfassung und Gesundheitserziehung. Am zweiten Veranstaltungstag wählte eine Arbeitsgruppe die pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen als ihr Thema, während sich zwei Gruppen allgemeinen Strategien und spezifischen Methoden der Krebsfrüherkennung widmeten. Die Ergebnisse der Gruppenarbeit werden abschliessend in bezug auf den Stellenwert der Prävention in der ambulanten Versorgung und das weitere Vorgehen diskutiert. In einem zweiten Teil dieses Beitrags sind die Berichte der drei Arbeitsgruppen zusammengefasst.

**Résumé**

Cette contribution comprend deux parties. La première partie résume les objectifs, le cheminement et les thèmes abordés dans les groupes de travail au cours des deux journées de rencontre consacrées à la «place de la médecine préventive dans la pratique médicale».

Cette réunion était organisée pour les médecins praticiens qui constituèrent la majorité des participants. Le premier jour, l'un des trois groupes de travail traita des problèmes de l'intervention dans le cas d'une crise psychologique, les deux autres groupes discutant des aspects de la prévention en matière de pathologie cardio-vasculaire, plus particulièrement du dépistage de l'hypertension et de l'éducation sanitaire. Lors de la deuxième journée, un groupe de travail choisit comme thème l'examen préventif systématique de l'enfant, tandis que les deux autres groupes examinèrent les stratégies d'approche ainsi que les méthodes spécifiques de l'identification précoce du cancer. Les résultats des groupes de travail sont discutés quant au rôle de la prévention dans l'assistance ambulatoire et la nécessité de prendre des mesures ultérieures. La deuxième partie de cette contribution présente les comptes rendus des groupes de travail.

**Summary**

This contribution consists of two parts. Part one summarizes the aims, the process and the themes of group work conducted during a two-day conference "Preventive medicine in the doctor's office". This conference was organized for and mainly attended by primary care doctors. On the first day one of the three working groups dealt with issues of intervention in the case of psychological crisis, the two other groups discussed aspects of cardiovascular disease prevention, especially hypertension detection and health education. On the second day one working group chose paediatric screening as its topic, while the other two debated general approaches and specific methods of screening for cancer. The results of group work are discussed with regard to the role of prevention in primary care and further necessary steps. Part two of this contribution presents the reports of the three working groups.

**Impfplan: Schutzimpfungen für Auslandsreisen<sup>1</sup>**

Alter	Impfungen	Empfehlung	Schutz
Ab 6 Monaten	Cholera i. m. (2 Dosen)	Einreise in verseuchte Länder (Afrika und Asien), internationale Impfvorschriften!	Um 50 %, max. 4-6 Monate
Ab 6-12 Monaten	Gelbfieber s. c. (1 Dosis)	Einreise in verseuchte Länder (Mittel-/Südamerika und Afrika), internationale Impfvorschriften!	100 %, mindestens 10-15 Jahre
Ab 6 Monaten	Typhus abdominalis oral (Lebendimpfstoff) (3 Dosen)	Risikoreiches Reisen und längere Aufenthalte in südlichen Ländern	Über 95 %, mindestens 3 Jahre
Ab Geburt	BCG intracutan (1 Dosis)	Bedingt für Säuglinge und tuberkulinnegative Kinder und Erwachsene für längere Tropenaufenthalte	Max. 80 %, 5-8 (-15?) Jahre
Alle Altersgruppen	Hepatitis B i. m. (2-3 Dosen + 1 Booster)	Medizinalpersonal und Entwicklungshelfer (für Ferienreisen nichtindiziert)	Über 90 %, bis 5 Jahre (?) nach Basisimmunisierung + 1 Booster
Ab 2-3 Jahren	Meningokokken A+C (1 Dosis)	Längere Aufenthalte in Endemiegebieten (Sahelzone, Südamerika)	80-90 %, 2-3 Jahre
Alle Altersgruppen	Tollwut i. m./s. c. (Proph: 3 Dosen, Exp.: 6 Dosen)	Prophylaxe: bedingt für längere Aufenthalte in Tollwutgebieten (für Ferienreisen nichtindiziert)	100% (Impfstoff + Serum). 3 (-5?) Jahre nach Basisimmunisierung + 1 Booster

<sup>1</sup> Aus: Herzog, Ch. und Just, M., Schutzimpfungen: Stand 1982. Sozial- und Präventivmedizin 27, 197-204, 1982.