

## 4. Prävention und Gesundheitsförderung

### 4.1 Grundlagen

Im Text keine Hinweise auf zusätzliche Materialien.

### 4.2 Prävention

#### Zusätzliche Abbildungen

(1) Ergänzende Abbildungen zu *Kap. 4.2.1 Verhaltensprävention*

**Web-Abb. 4.2.1a** Verhaltensprävention durch Gesundheitsaufklärung. Plakat der deutschen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) »Alkohol? Kenn dein Limit.«



Quelle: Mit freundlicher Genehmigung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Rahmen der »Alkohol? Kenn dein Limit.«-Kampagne.

(2) Ergänzende Abbildungen zu *Kap. 4.2.2 Verhältnisprävention*

**Web-Abb. 4.2.1b** *WELT ONLINE* informiert über das am 01. März 2010 in Baden-Württemberg eingeführte nächtliche Alkohol-Verkaufsverbot an Tankstellen, Kiosken und Supermärkten – eine Maßnahme der Verhältnisprävention

Jugendschutz

01.03.2010

In Baden-Württemberg gilt nachts Alkoholverbot



Ab sofort darf in Baden-Württemberg weder an Tankstellen, Kiosken noch in Supermärkten nachts Alkohol verkauft werden. Mit dem Gesetz will man die Trinkgelage von Jugendlichen eindämmen....

### 4.3 Gesundheitsförderung

Im Text keine Hinweise auf zusätzliche Materialien.

## 4.4 Gesundheitsverhalten und Lebensstile

### Zusätzliche Web-Boxen

- (1) Ergänzende Web-Box zum *Kap. 4.4.1 Modelle des Gesundheitsverhaltens*

#### Web-Box 4.4.1

Patienten, die während einer stationären Rehabilitation dazu aufgefordert werden, sich bezüglich ihres **Bewegungsverhaltens** detaillierte *Handlungspläne* («Welchen Sport werde ich zu Hause wann, wo und mit wem ausführen?») und *Bewältigungspläne* («Wie werde ich mit den zu erwartenden Sportbarrieren umgehen?») zurechtzulegen, sind nach der Klinikentlassung signifikant körperlich aktiver als die Patienten ohne eine solche Planungsintervention.

Eine entscheidende Rolle spielt bei der Umsetzung die *Selbstwirksamkeit*, die z.B. durch folgende Fragen gemessen werden kann:

#### Motivationale Selbstwirksamkeit

Manchmal kommt es anders als geplant. Wie sicher sind Sie sich, dass Sie nach Abschluss der Reha das Folgende schaffen?

	Ich bin mir sicher, ...	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
1	... dass ich mich mindestens einmal wöchentlich körperlich betätigen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	... dass ich mindestens zwei Mal in der Woche zwanzig Minuten lang körperlich aktiv sein kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	... dass ich mein Leben auf einen körperlich aktiven Lebensstil umstellen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Wiederaufnahme-Selbstwirksamkeit

Trotz guter Vorsätze kann es zu kleineren oder größeren Rückschlägen kommen. Stellen Sie sich nun vor, Sie hätten eine Weile keinen Sport mehr getrieben. Wie zuversichtlich sind Sie, zu regelmäßiger körperlicher Aktivität zurückzukehren, wenn Sie damit mal ausgesetzt haben?

	Ich bin mir sicher, dass ich wieder körperlich aktiv werden kann, ...	stimmt nicht	stimmt kaum	stimmt eher	stimmt genau
1	... auch wenn ich meine konkreten Pläne mehrmals verschoben habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	... auch wenn ich mich einmal nicht aufraffen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	... auch wenn ich <i>mehrmals</i> ausgesetzt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Referenz:

Schwarzer, R., Lippke, S. & Luszczynska, A. (2011). Mechanisms of Health Behavior Change in Persons with Chronic Illness or Disability: The Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 161-170.

Schwarzer, R., Luszczynska, A., Ziegelmann, J. P., Scholz, U., & Lippke, S. (2008). Social-cognitive predictors of physical exercise adherence: Three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychology*, 27(1, Suppl.), S54-S63.

(2) Ergänzende Web-Box zum *Kap. 4..4.2 Stress und Stressbewältigung*

---

**Web-Box 4.4.2**

Stressreduzierende Maßnahmen, die oft unbewusst und ungeplant durchgeführt werden.

- Tief ausatmen
- ein Spaziergang
- ein warmes Bad nehmen
- ein erheiternder Abend mit Freunden und Freundinnen
- körperliche Fitness (Sport)
- sich eine Kerze anzünden
- ein gemeinsames Spiel mit Kindern
- Meditation
- ein gutes Zeitmanagement
- die nur kurzfristige Anwendung stressreduzierender Techniken (eine längerfristige Anwendung wäre dann systematisch; s.u.)
- ein Gespräch mit einer Fachperson (Arzt/Ärztin, PsychologIn, ErnährungsberaterIn etc.)
- sozialer Rückhalt in der Familie
- Musik hören
- eine Zigarette rauchen
- Ein Glas Wein trinken



Quelle der Abbildung: © vektorisiert - Fotolia.com

---

## Zusätzliche Cartoons

(1) Ergänzender Cartoon zum *Kap. 4.4.2 Stress und Stressbewältigung*

### Web-Cartoon 4.4.1 »Stresstest«



Quelle: Christoph Frei

## Zusätzliche Web-Tabellen

(1) Ergänzende Tabelle zum *Kap. 4.4.2 Stress und Stressbewältigung*

**Web-Tab. 4.4.1** Stress kann sehr unterschiedlich aussehen. Die Tabelle zeigt Beispiele für Situationen, in denen Menschen unterschiedlichen Lebensalters mit positivem Stress (*Eu-Stress*) und negativem Stress (*Dis-Stress*) konfrontiert sind.

---

<b>Menschen in unterschiedlichem Lebensalter</b>	<b>Eu-Stress</b>	<b>Dis-Stress</b>
Das Kind, ...	... das sich so sehr auf Weihnachten freut, dass es nicht mehr schlafen kann.	... das das gewünschte Spielzeug nicht bekommt.
Die Pubertierende, ...	... die unsterblich in den Leadsänger einer Boygroup verliebt ist.	... die sich hässlich und dick fühlt.
Der Familienvater, ...	... der eben befördert worden ist.	... den finanzielle Sorgen plagen.
Die junge Mutter, ...	... die lächelnd ihren schlafenden Säugling betrachtet.	... die ihren schreienden Säugling kaum mehr aushält.
Die alte Patientin, ...	... die sich freut, dass die Enkelin zu Besuch kommt.	... deren Mann kürzlich verstorben ist.

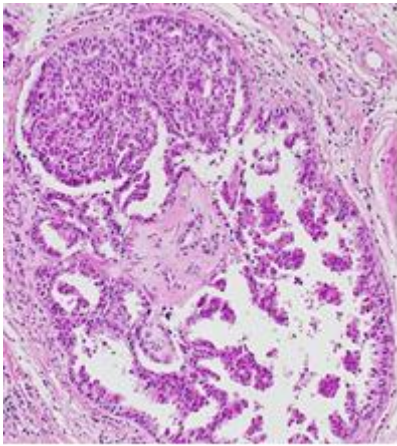
---

## 4.5 Screening

### Zusätzliche Abbildungen

(1) Ergänzende Abbildung zu *Kap. 4.5.2 Aussieben und aussortieren: Was Screening bewirkt*

**Web-Abb. 4.5.1** Histologischer Schnitt eines duktales Karzinoms in situ (= Wucherung von Tumorzellen in den Milchgängen [*Ductuli*] der weiblichen Brust)



**Quelle:** Coya Tapia, Institut für Pathologie, Universität Bern

## Zusätzliche Boxen

(1) Ergänzende Web-Box zu *Kap. 4.5.3 Evaluation und ihre Fallstricke*

---

### Web-Box 4.5.1

#### Mammografie Screening: Der Healthy Screenee-Effekt

In den 1960er Jahren führte ein großer Krankenversicherer in New York, der *Health Insurance Plan* (HIP), eine umfangreiche, randomisierte Studie durch, um die Wirksamkeit des Mammografie-Screenings zu evaluieren. An ihr nahmen 60.000 Frauen teil. Die der Screening-Gruppe zugeteilten 30.000 Frauen wurden eingeladen, sich jährlich untersuchen zu lassen. In der Folgezeit wurden 67% dieser Frauen mindestens einmal gescreent. Die Studie zeigte, dass das Risiko an Brustkrebs zu sterben bei den Teilnehmerinnen am Mammografie-Screening durchschnittlich um etwa 20% geringer war als in der Kontrollgruppe. Dagegen war die Sterblichkeit aufgrund anderer Ursachen in der Screening-Gruppe erwartungsgemäß ähnlich hoch wie in der Kontrollgruppe (s. Tabelle). Innerhalb der Screening-Gruppe gab es einen großen Unterschied bezüglich der Mortalität (außer Brustkrebs-Mortalität) zwischen den Frauen, die am Screening teilgenommen und denjenigen, die die Einladung nicht befolgt hatten:

---

	Sterblichkeit pro 10.000 Frauenjahre *
Screening-Gruppe	56,9
<i>Teilgenommen (67%)</i>	42,4
<i>Nicht teilgenommen (33%)</i>	85,6
Kontroll-Gruppe	57,6

---

\* alle Ursachen außer Brustkrebs

Die geringere Sterblichkeit unter den Frauen, die am Screening teilgenommen hatten, ist nicht etwa auf das Screening zurückzuführen, sondern auf einen Selektionseffekt (*Healthy Screenee-Effekt*). Die teilnehmenden Frauen waren im Durchschnitt gebildeter, gesundheitsbewusster und besorgter über eine mögliche Krebserkrankung als die Frauen, die nicht daran teilnahmen. Sie stammten auch aus einer höheren sozialen Schicht und hatten aus all diesem Gründen eine niedrigere Mortalitätsrate.

#### Quelle:

Fink et al. The reluctant participant in a breast cancer screening program. *Public Health Reports* 1968; 83: 479-490.  
Shapiro et al. Evidence on screening for breast cancer from a randomized trial. *Cancer* 1977; 39 (6):2772-2782.

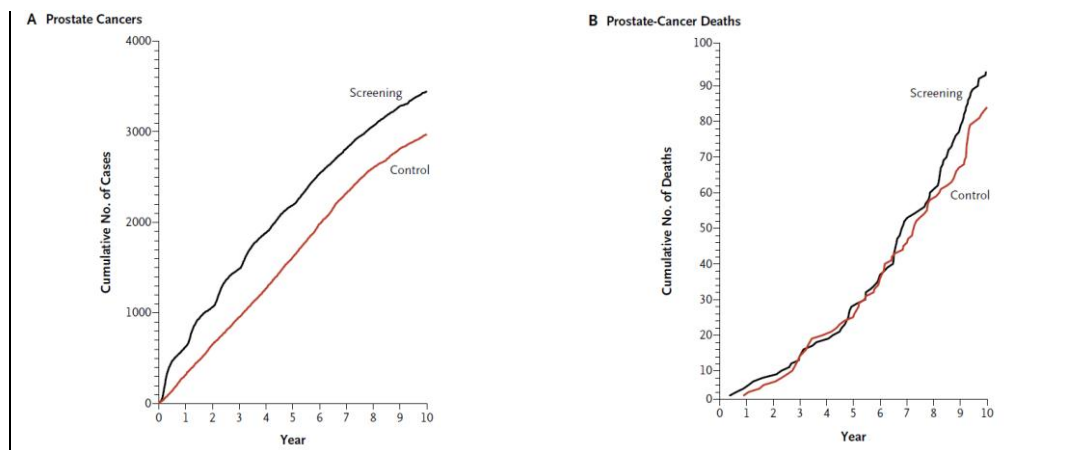
---



## (2) Ergänzende Web-Box zu Kap. 4.5.3 Evaluation und ihre Fallstricke

### Web-Box 4.5.2 Überdiagnose: PSA-Screening (Ausführliche Version von Box 4.5.3 aus dem Lehrbuch)

In den USA wurde von 1993 bis 2001 die **PLCO-Studie** (*Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial*) durchgeführt. Ihr Ziel war es festzustellen, ob sich die Mortalität bei Prostata-, Lungen-, Ovarial- und kolorektalem Karzinom mit Hilfe von Krebs-Screening-Tests senken lässt. Beim PSA-Screening<sup>1</sup> wurden insgesamt 76.693 Männer zufällig entweder der Screening-Gruppe oder der Kontroll-Gruppe zugeordnet. Den Männern in der Screening-Gruppe wurden u.a. jährliche PSA-Tests und Tastuntersuchungen der Prostata über den Enddarm (*digitale rektale Untersuchungen*) angeboten, was 80 - 90% der Männer akzeptierten. Die Resultate der Studie sind in den beiden unteren Abbildungen dargestellt. Abb. A zeigt, dass die Diagnosestellung durch das Screening im Durchschnitt etwa um 2 Jahre vorverschoben wurde. Man hätte allerdings erwartet, dass sich die Inzidenzkurve der Screening-Gruppe im Laufe der Zeit wieder derjenigen der Kontroll-Gruppe annähert, sodass dann in beiden Gruppen insgesamt gleich viele Fälle diagnostiziert würden. In der Screening-Gruppe blieb die Inzidenzrate jedoch über Jahre erhöht (relatives Risiko 1,22; 95% VI 1,16 - 1,29). Der Grund hierfür ist das Phänomen der »Überdiagnose« - man geht davon aus, dass ein Teil der diagnostizierten Tumore nie klinisch manifest geworden wären. In derselben Zeit war die Sterblichkeit in beiden Gruppen vergleichbar (Abb. B). Das relative Risiko lag hier bei 1,13 und unterschied sich damit statistisch nicht signifikant von 1 (95% VI 0,75 – 1,70).



Eine *europäische Multicenter-Studie* fand ebenfalls eine deutlich erhöhte Inzidenzrate in der Screening-Gruppe (relatives Risiko 1,71; 95% VI 1,64 – 1,77) sowie eine statistisch knapp signifikante Abnahme der Sterblichkeit (relatives Risiko 0,80; 95% VI 0,65 – 0,98). Auch in der *Göteborg Studie* war das Problem der Überdiagnose ausgeprägt, die Reduktion der Sterblichkeit war hier jedoch größer, insbesondere mehr als 10 Jahre nach der Randomisierung (relatives Risiko 0,56; 95% VI 0,39 – 0,82). Die Unterschiede zwischen den Studien beruhen wahrscheinlich darauf, dass sich die Anzahl der Personen in den Kontrollgruppen unterschied, die zusätzlich ein opportunistisches Screening durchführen ließen. So weiß man, dass in der amerikanischen Studie bei etwa 50% der Studienteilnehmer in der Kontrollgruppe ein PSA-Screening durchgeführt wurde. Man vermutet, dass dieser Anteil z.B. in der europäischen Multicenter-Studie geringer war.

Aufgrund der Resultate dieser und ähnlicher Studien wird das PSA-Screening in Deutschland und der Schweiz sowie in vielen anderen Ländern nicht empfohlen. Die Evidenz wird jedoch kontrovers beurteilt. In der Praxis wird der Test trotzdem häufig durchgeführt.

#### Quellen:

Andriole et al. Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. *N Engl J Med* 2009;360:1310-9.  
Schröder et al. Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *N Engl J Med* 2009;360:1320-8.  
Hugosson et al. Mortality results from the Göteborg randomized population-based prostate-cancer screening study. *Lancet Oncol* 2010;11:725-32.

<sup>1</sup> PSA= prostataspezifisches Antigen; PSA ist ein Enzym, das in den Ausführungsgängen der Prostata der Samenflüssigkeit beigemischt wird und daher natürlicherweise in der Samenflüssigkeit vorkommt. Ein hoher PSA-Wert geht jedoch meist auf eine (gut- oder bösartige) Veränderung der Prostata zurück. Da hohe PSA-Werte auch bei gutartigen Prostata-Veränderungen vorkommen, ist das PSA kein Tumormarker, sondern ein sog. Gewebemarker.

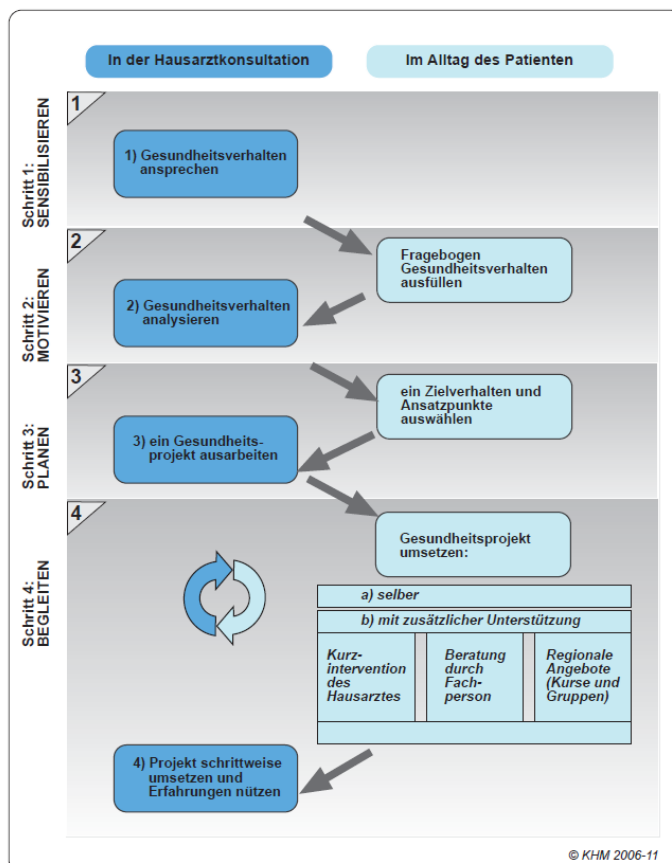
## 4.6 Gesundheitsförderung und Prävention in der Arztpraxis

### Zusätzliche Web-Boxen

- (1) Ergänzende Box zur Einführung in *Kap. 4.6 Gesundheitsförderung und Prävention in der Arztpraxis*

#### Web-Box 4.6.1 Gesundheitscoaching - Ein Projekt des Schweizer Kollegiums für Hausarztmedizin

Gesundheitsförderung und Prävention in der Arztpraxis konzentrieren sich zu oft auf einige isolierte Risikofaktoren und bietet den PatientInnen Interventionen an, die untereinander schlecht koordiniert sind. Zudem ist die traditionelle ärztliche Beratung in der Regel eher direktiv und vernachlässigt dabei die zentrale Rolle des Patienten. Das mit dem *Swiss Quality Award 2011* ausgezeichnete Projekt »Gesundheitscoaching KHM« versucht diese Schwächen durch konsequente *Patientenorientierung*, *Koordination* und *einheitliche Methodik* zu beheben. Der Patient nimmt hier die Hauptrolle ein. Der Arzt wird zu seinem Coach und erarbeitet mit ihm, welche Prioritäten er setzen möchte und welche Motivationen vorhanden sind. Aufgabe des Arztes ist es, Ressourcen zu mobilisieren und Gesundheitskompetenzen nachhaltig zu fördern. Die unten stehende Abbildung verdeutlicht den polyvalent anwendbaren Ansatz, der mit einfachen Algorithmen für die Sprechstunde auskommt. Für jede der vier Phasen (Sensibilisieren – Motivieren – Planen – Begleiten) stehen ein Beratungsmanual und Arbeitsblätter zur Verfügung.



Das Gesundheitscoaching KHM beinhaltet moderne Gesundheitsförderungs- und Beratungskonzepte (Gesundheitskompetenz, Empowerment, Shared Decision Making, Motivational Interviewing). Erste Erfahrungen zeigen, dass die meisten PatientInnen Bereitschaft zeigten, sich mit ihrem Gesundheitsverhalten auseinanderzusetzen und dass etwa ein Drittel der TeilnehmerInnen ihr Verhalten positiv verändern.

Grüninger U, Hösli R, Neuner S, Schmid M. Gesundheitscoaching – ein Programm für Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis vom Kollegium für Hausarztmedizin (KHM). Schweizerische Ärztezeitung 2009;90: 1729-1732.

## Zusätzliche Tabellen

(1) Ergänzende Tabelle zu *Kap. 4.6.1 Beratung*

**Web-Tab. 4.6.1** Beispiele für wichtige Fragen im Beratungsgespräch.

Erwartungen	„Was erwarten Sie von dieser Konsultation?“
Prioritäten	„Welches Anliegen ist Ihnen am wichtigsten?“
Vorwissen	„Was haben Sie darüber schon gehört?“
Vorerfahrungen	„Was haben Sie selber bereits versucht zu tun?“
Bereitschaft	„Was sind Sie bereit zu tun?“
Problemerkennung	„Wo sehen Sie Probleme dabei?“
Problemlösung	„Wie stellen Sie das an?“

Aus: Grüninger U et al. HIV Beratung. Verbindung der Schweizer Ärzte FMH und Bundesamt für Gesundheit, 1993.