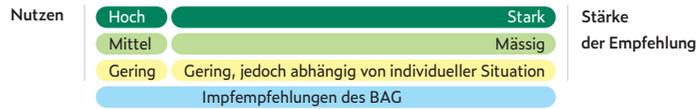


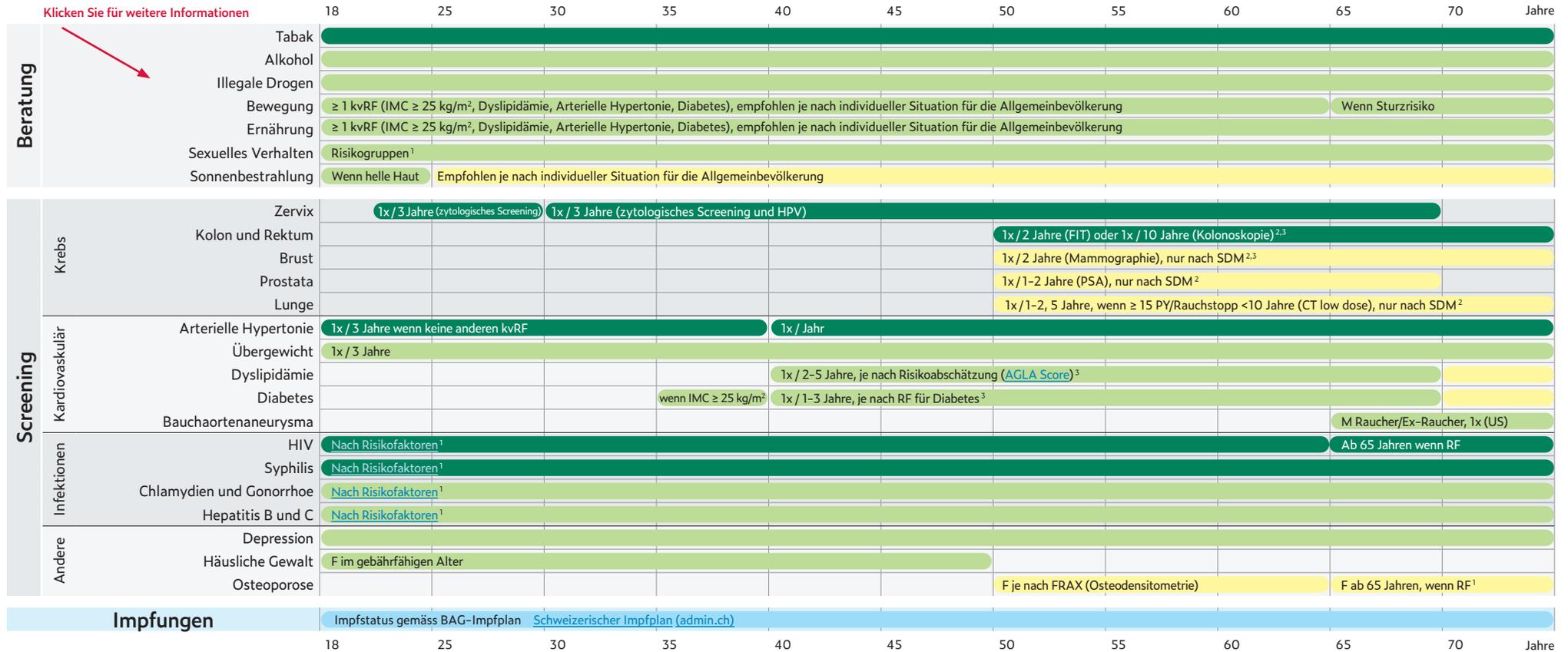
EVIPREV EMPFEHLUNGEN 2024



unisanté

Centre universitaire de médecine générale et santé publique • Lausanne

Klicken Sie für weitere Informationen



Interventionen, für die nicht genügend Daten vorliegen, um sie bei asymptomatischen Personen zu empfehlen

- Krebs-Screening: Haut, Mund, Blase.
- Kardiovaskuläres Screening: Vorhofflimmern ab 50 Jahren, PAVK mit ABI, Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit ABI/ hsCRP/CAC, Koronare Herzkrankheit mit EKG/ Belastungs-EKG bei mittlerem oder hohem kardiovaskulärem Risiko, Bauchaortenaneurysma F bei Raucherinnen oder ehemaligen Raucherinnen zwischen 65-75 Jahre.
- Andere Screening-Untersuchungen: Schilddrüsendysfunktion, Schlafapnoe, Zöliakie, Vitamin-D Mangel, Essstörungen, Glaukom ab 40 Jahren, Sehestörungen ab 65 Jahren, Hörstörungen ab 50 Jahren, kognitive Störungen ab 65 Jahren.

Folgende Screenings sind bei asymptomatischen Menschen nicht empfohlen

- Krebs-Screening: Schilddrüse, Pankreas, Ovarien und Hoden
- Kardiovaskuläres Screening Untersuchungen: Koronare Herzkrankheit mit EKG/ Belastungs-EKG bei geringem Risiko, Karotisstenosen mit US
- Andere Screeninguntersuchungen: COPD mit Spirometrie, Bakteriurie (bei M und nicht-schwangeren F)

ABI: Ankle-brachial index
AGLA: Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose
BAG: Bundesamt für Gesundheit
BMI: Body Mass Index [kg/m²]
CAC: coronary artery calcium
COPD: Chronic obstructive pulmonary disease
CT: Computertomographie

EKG: Elektrokardiogramm
F: Frau
kvRF: kardiovaskuläre Risikofaktoren
FIT: Fecal Immunochemical Test
FRAX: Risikorechner für Frakturen
HIV: Humanes Immundefizienz-Virus
hsCRP: High-sensitivity C-reactive protein

M: Mann
SDM: Shared Decision Making
PAVK: periphere arterielle Verschlusskrankheit
PSA: Prostataspezifisches Antigen
PY: Pack Years
RF: Risikofaktoren
US: Ultraschall

Die an der Entwicklung dieser Empfehlungen beteiligten Universitätspolikliniken und Hausarztinstitute sind: Lausanne, Basel, Bern, Genf, Zürich.

Die EviPrev Empfehlungen werden unterstützt von:

¹ Risikogruppen sind im Begleittext «Annex zu den EviPrev-Empfehlungen»
² Entscheidungshilfe EviPrev-Empfehlungen und Entscheidungshilfen | PEPrä
³ Früherer Beginn des Screenings wenn RF



Die EviPrev-Tabelle und die Informationen zu den einzelnen Interventionen wurden im Rahmen des PEPrä-Projekts aktualisiert und ergänzt. www.pepra.ch

Update 2024



Unterstützung
zur Prävention in der Praxis

Soutien pour la prévention
au cabinet médical

Anhang Tabelle "Empfehlungen EviPrev 2024"

Einleitung (1, 2)

Die in der Tabelle zusammengefassten EviPrev-Empfehlungen beziehen sich auf die Beratung, die Vorsorgeuntersuchungen und die Impfungen, die den Patienten¹ je nach Alter und Risikofaktoren angeboten werden sollten. Sie basieren auf den Empfehlungen der US Preventive Services Task Force (USPSTF) und von Schweizer Institutionen wie der Krebsliga, den medizinischen Fachgesellschaften und der Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose (AGLA). Die Impfempfehlungen basieren auf den Empfehlungen des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

Vorsorgeuntersuchungen zielen darauf ab, bei einer asymptomatischen Person eine Krankheit in einem frühen Stadium zu erkennen, was zu einer Senkung der Sterblichkeit oder einer Verbesserung der Lebensqualität führen kann. Jedes Screening birgt jedoch auch Risiken, die mit der Screening-Methode (z.B. ionisierende Strahlung, invasive Untersuchung wie Koloskopie) und invasiven Zusatzuntersuchungen (z.B. Biopsie) verbunden sind. Ebenso besteht das Risiko, eine (maligne) Erkrankung zu entdecken und zu behandeln, die nicht lebensbedrohlich wäre (Überdiagnose und Überbehandlung).

Interventionen, für die nicht genügend Daten vorliegen, um sie zu empfehlen, sind in dem grau unterlegten Feld unter der Tabelle aufgeführt.

Screening-Untersuchungen, die in der wissenschaftlichen Literatur bei asymptomatischen Patienten aufgrund des fehlenden Nutzens nicht empfohlen werden, sind im roten Feld am Ende der Tabelle aufgelistet.

Prophylaktische Therapieansätze wie Aspirin zur kardiovaskulären Prävention oder die Zufuhr von Vitamin D werden in der Tabelle nicht erwähnt.

Die EviPrev-Empfehlungen richten sich an die erwachsene Bevölkerung im Alter von 18 bis 75 Jahren. Einige Ratschläge, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen können bei Patienten über 75 Jahren

fortgesetzt werden. Spezielle Empfehlungen für schwangere Frauen oder andere spezielle Bevölkerungsgruppen (z.B. immunsupprimierte Personen) sind in der Tabelle nicht aufgeführt.

Die Tabelle der EviPrev-Empfehlungen 2023 ist das Ergebnis eines Konsenses des wissenschaftlichen Ausschusses von EviPrev. Bestehen bei einem bestimmten Präventionsthema für verschiedene Zielgruppen unterschiedliche Empfehlungsgrade, erscheint die stärkste Empfehlung in der Tabelle.

Die Definitionen der verschiedenen im Text erwähnten Empfehlungsgrade (Grade A, B, C), basieren auf den Definitionen der USPSTF und lauten wie folgt:

- *Grad A*: grosser Nutzen mit guter Evidenz.
- *Grad B*: mässiger Nutzen mit guter Evidenz oder erheblicher Nutzen mit mässiger Evidenz.
- *Grad C*: geringer Nutzen mit zufriedenstellender Evidenz. Individualisierter Ansatz empfohlen.

Beratung

Tabak (3, 4)

Es wird empfohlen, alle Patienten aktiv auf ihren Tabakkonsum anzusprechen und diejenigen zu unterstützen, die mit dem Rauchen aufhören möchten (*Grad A*).

Folgende Interventionen werden empfohlen:

- die Entwicklung des Raucherstatus zu erkennen und zu dokumentieren
- allen Rauchern empfehlen, mit dem Rauchen aufzuhören
- jeden Raucher unterstützen, der bereit ist mit dem Rauchen aufzuhören
- Rauchern, die bereit sind, mit dem Rauchen aufzuhören, eine pharmakologische Behandlung zur Raucherentwöhnung verschreiben: (Nikotinersatz, Vareniclin (2023 nicht verfügbar) oder Bupropion)
- Anwendung von 'motivational interviewing' Techniken bei Rauchern, die nicht bereit sind, mit dem Rauchen aufzuhören; ihnen eine Phase des reduzierten Konsums vorschlagen, der durch Nikotinersatzprodukte unterstützt wird, wobei in einer zweiten Phase ein vollständiger Ausstieg angestrebt wird
- je nach Kontext und Wünschen des Patienten, das Potenzial der E-Zigarette bei der Raucherentwöhnung erwähnen, aber darauf hinweisen, dass es keine Daten zu den mittel- und langfristigen Risiken gibt.
- eine Nachbereitung gewährleisten

Nützliche Ressourcen für Kliniker: [Tabak | PEPrä](#)

Alkohol (5-7)

Das Screening auf riskanten Alkoholkonsum wird empfohlen, ebenso wie eine Kurzintervention bei riskantem Konsum (*Grad B*).

Der AUDIT-C Fragebogen kann verwendet werden, um riskanten Alkoholkonsum mit den folgenden drei Fragen zu identifizieren:

- Wie häufig konsumieren Sie alkoholhaltige Getränke?
- Wie viele Standardgläser trinken Sie an einem gewöhnlichen Tag, an dem Sie Alkohol trinken?
- Wie oft kommt es vor, dass Sie bei einer Gelegenheit sechs oder mehr Standardgläser trinken?

Ein chronisch riskanter Alkoholkonsum wird definiert:

- für Frauen jeden Alters und Männer > 65 Jahre: > 7 alkoholische Standardgetränke pro Woche
- für Männer < 65 Jahre: > 14 alkoholische Standardgetränke pro Woche

Ein akuter riskanter Alkoholkonsum wird definiert:

- für Frauen jeden Alters und Männer > 65 Jahre: > 3 alkoholische Standardgetränke pro Gelegenheit
- für Männer < 65 Jahre: > 4 alkoholische Standardgetränke pro Gelegenheit

Es wird empfohlen, an mehreren Tagen pro Woche keinen Alkohol zu trinken.

Die Kurzintervention besteht aus :

- Thema Alkoholkonsum ansprechen
- Alkoholkonsum einschätzen
- Patienten informieren und beraten
- Motivation zur Verhaltensänderung bewerten
- Zur Verhaltensänderung motivieren und unterstützen

Nützliche Ressourcen für Kliniker: [Alkohol | PEPrä](#)

Illegale Drogen (8)

Die USPSTF empfiehlt, Erwachsene ab 18 Jahren durch Befragung auf den Konsum illegaler Drogen zu screenen. Dieses Screening sollte in einem Umfeld mit wirkungsvollen Behandlungsmöglichkeiten durchgeführt werden (*Grad B*).

Nützliche Ressourcen für Kliniker: [Drogenkonsum | PEPrä](#)

Körperliche Aktivität (9-12)

Es wird empfohlen, Erwachsene, die übergewichtig oder adipös sind und einen anderen kardiovaskulären Risikofaktor (Bluthochdruck, Dyslipidämie, Diabetes) haben, hinsichtlich körperlicher Aktivität zu beraten (*Grad B*).

Die gleichen Ratschläge gelten auch für Menschen ohne Übergewicht oder Adipositas; die Wirksamkeit ist jedoch nicht nachgewiesen (*Grad C*).

Körperliche Aktivität (Gleichgewicht, Kraft, ...) wird besonders bei Erwachsenen ≥ 65 Jahren mit Sturzrisiko empfohlen (*Grad B*).

Das Schweizer Netzwerk für Gesundheit und Bewegung ([HEPA \(admin.ch\)](#)) empfiehlt mindestens 150 bis 300 Minuten (2.5 bis 5 Stunden) Ausdauer-orientierte Bewegung moderater Intensität pro Woche (z. B. zügiges Gehen, Radfahren, Schwimmen oder Gartenarbeit) oder mindestens 75 bis 150 Minuten (1.75 bis 2,5 Stunden) Ausdauer-orientierte Bewegung oder Sport höherer Intensität pro Woche. Eine zusätzliche muskelstärkende Aktivität moderater oder höherer Intensität, die alle Hauptmuskelgruppen einbezieht, an mindestens zwei Tagen pro Woche wird empfohlen. Es ist nicht notwendig, 30 Minuten am Stück zu trainieren. Jede Minute Aktivität zählt, solange die Aktivität, z. B. Treppensteigen, zu leichter Atemnot führt. Parallel dazu sollten sitzende Tätigkeiten und insbesondere langes Sitzen auf ein Minimum beschränkt werden. Es wird empfohlen, mindestens alle 45 Minuten aufzustehen, auch wenn es nur kurz ist.

Das Programm PAPRICA (*Physical Activity in Primary Care*) stellt Instrumente zur Verfügung, wie körperliche Aktivität in der Arztpraxis gefördert werden kann (*siehe* www.paprica.ch).

Nützliche Ressourcen für Kliniker: [Bewegung | PEPrä](#)

Ernährung (9, 10, 13)

Es wird empfohlen, Erwachsenen mit Übergewicht, Fettleibigkeit und/oder einem oder mehreren kardiovaskulären Risikofaktoren(en) (Bluthochdruck, Dyslipidämie, Diabetes, Niereninsuffizienz, ...) zu einer ausgewogenen Ernährung zu raten (*Grad B*). Für die Allgemeinbevölkerung ohne Risikofaktoren wird zwar eine ausgewogene Ernährung empfohlen, die Wirksamkeit medizinischer Beratung ist jedoch nicht belegt (*Grad C*).

Die Grundsätze einer gesunden und ausgewogenen Ernährung basieren auf der Lebensmittelpyramide der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung. Eine Ernährung nach mediterranem Vorbild könnte sich günstig auf die kardiovaskulären Risikofaktoren auswirken.

Nützliche Ressourcen: [Schweizerische Gesellschaft für Ernährung SGE \(sge-ssn.ch\)](#)

Sexuelles Verhalten (14, 15)

Es wird empfohlen, Personen mit einem Risikoverhalten für sexuell übertragbare Krankheiten (STD) zur Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen (STI) zu beraten (*Grad B*):

- Personen, bei denen derzeit oder in der Vergangenheit eine STI bekannt ist
- Personen mit mehreren Sexualpartnern

Nützliche Ressourcen: [Love Life - Sex aber sicher](#)

Sonneneinstrahlung (16, 17)

Es wird empfohlen, jungen Erwachsenen unter 24 Jahren mit heller Haut (blasse Haut, helle Augen, blondes oder rotes Haar, Sommersprossen oder Personen, die leicht einen Sonnenbrand bekommen) zu raten, die Exposition gegenüber ultravioletter Strahlung zu minimieren, um das Risiko von Hautkrebs zu verringern (*Grad B*).

Die grundlegenden Empfehlungen lauten:

- Sonnenbrand vermeiden
- Schatten bevorzugen, besonders zwischen 11 und 15 Uhr
- einen Hut, eine Brille und Schutzkleidung tragen
- regelmässig Sonnencreme verwenden (mindestens Lichtschutzfaktor 20)

Da der Nutzen einer medizinischen Beratung zum Schutz vor UV-Strahlung bei Erwachsenen > 24 Jahre gering ist (*Grad C*), wird diese Beratung insbesondere bei Personen mit Hautkrebsrisiko empfohlen:

- Menschen mit heller Haut
- Häufiger Sonnenbrand in der Vergangenheit
- Persönliche oder familiäre Vorgeschichte von Hautkrebs
- grosse Anzahl von Pigmentflecken am Körper
- Immunschwäche (HIV, immunsuppressive Behandlung)

Krebsvorsorgeuntersuchungen (18, 19)

Ziel der Früherkennung ist es, Krebs oder präkanzeröse Läsionen zu diagnostizieren, bevor Symptome auftreten. Die Entdeckung bestimmter Krebsarten in einem frühen Stadium erhöht die Überlebenschancen und ermöglicht eine weniger belastende Behandlung. Die Früherkennung birgt jedoch auch Nachteile und Risiken, wie z. B. die der Überdiagnose und Überbehandlung.

In Anbetracht der Grenzen und Risiken der Krebsvorsorgeuntersuchungen, sollten diese auf der Grundlage einer gemeinsamen Entscheidung zwischen Patienten und Arzt (*shared decision-making*) erfolgen. Hierzu kann der Arzt Entscheidungshilfen nutzen, wie sie bereits für die Früherkennung von Darmkrebs, Prostatakrebs und Lungenkrebs existieren. [EviPrev-Empfehlungen und Entscheidungshilfen | PEPrä](#)

Gebärmutterhalskrebs (20-22)

Die Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs wird für alle Frauen ab 21 Jahren empfohlen, unabhängig von ihrem Impfstatus gegen das Humane Papillomavirus (HPV).

Gemäß den USPSTF-Empfehlungen wird ein Screening auf Gebärmutterhalskrebs alle 3 Jahre im Alter von 21 bis 65 Jahren durch eine zytologische Untersuchung (Papanicolaou-Test) empfohlen. Für Frauen im Alter von 30 bis 65 Jahren, die einen größeren Abstand zwischen den Kontrollen wünschen, schlägt die USPSTF als Alternative ein Screening alle 5 Jahre mit einem HPV-Test oder einem HPV-Test + zytologischer Untersuchung vor (*Grad A*).

Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe empfiehlt ein zytologisches Screening alle drei Jahre im Alter von 21 bis 29 Jahren und dann ein zytologisches oder HPV-Test-Screening alle drei Jahre im Alter von 30 bis 70 Jahren. Bei Patientinnen > 70 Jahre kann das Screening eingestellt werden, wenn die letzten drei zytologischen Pap-Tests oder die letzten zwei HPV-Tests negativ waren und die Patientin in den letzten 10 Jahren keine Dysplasie hatte.

Das zytologische Screening wird von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung erstattet, nicht jedoch der HPV-Test.

Dickdarm- und Enddarmkrebs (23-25)

Die routinemässige Früherkennung von Darmkrebs (CRC) wird für Erwachsene zwischen 50 und 75 Jahren empfohlen (*Grad A*). Für Personen zwischen 76 und 85 Jahren wird eine routinemässige Früherkennung nicht empfohlen. Sie kann jedoch je nach Gesundheitszustand und Lebenserwartung des Patienten vorgeschlagen werden (*Grad C*). Für Patienten über 85 Jahre wird das Screening nicht empfohlen.

Es gibt zwei Screening-Strategien: alle 2 Jahre Test auf okkultes Blut im Stuhl mittels FIT (fecal immunologic test) und anschliessender Koloskopie, wenn das Ergebnis positiv ist, oder Koloskopie alle 10 Jahre. Die Vor- und Nachteile der Darmkrebsvorsorgetests können dem Patienten mithilfe eines Entscheidungshilfe-Tools erklärt werden: [EviPrev-Empfehlungen und Entscheidungshilfen | PEPrä](#)

Es wird geschätzt, dass in der Schweiz 2 von 100 Personen vor dem 80. Lebensjahr an Darmkrebs sterben, wenn keine Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden. Durch regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen kann von diesen 100 Personen 1 Todesfall verhindert werden, was einer Reduktion der Todesfallrate um 50% entspricht.

Personen mit erhöhtem Risiko für ein CRC, bei denen nach fachlicher Beratung ein Screening frühzeitig initiiert werden sollte, sind Personen mit:

- persönlicher Vorgeschichte eines Adenoms oder eines CRC
- Adenom oder CRC in der Anamnese bei mehreren Verwandten ersten Grades oder bei einem Verwandten ersten Grades vor dem Alter von 60 Jahren
- Familienanamnese für familiäre adenomatöse Polyposis oder für erbliches CRC ohne Polyposis
- früherer Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn

In der Schweiz haben mehrere Kantone Screening-Programme eingeführt, die Personen zwischen 50 und 69 Jahren angeboten werden. Die verschiedenen Früherkennungsangebote der einzelnen Kantone sind auf dieser Website zu finden: www.swisscancerscreening.ch.

Die Untersuchungen, die in vielen kantonalen Programmen durchgeführt werden, werden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ohne Franchise vergütet, der Selbstbehalt von 10 % ist jedoch vom Patienten zu tragen.

Brustkrebs (26-33)

Die Nutzen-Risiko-Bilanz des Brustkrebs-Screenings durch Mammografie ist umstritten.

Die USPSTF empfiehlt, im Alter von 50 bis 74 Jahren alle zwei Jahre ein Screening durchzuführen (*Grad B*) und bei Frauen im Alter von 40 bis 49 Jahren das Screening individuell zu besprechen (*Grad C*).

Die in vielen Kantonen eingeführten systematischen Screening-Programme könnten suggerieren, dass eine Mammografie bei allen Frauen mit guter Evidenz sehr empfehlenswert sei, obwohl die aktuellen Daten weniger eindeutig sind. Ein Mammographie-Screening alle 1 bis 3 Jahre führt bei Frauen im Alter von 50 bis 74 Jahren, insbesondere aber im Alter von 60 bis 69 Jahren, zu einer Verringerung der Brustkrebssterblichkeit. Es wird geschätzt, dass von 1000 Frauen, die 20 Jahre lang an einem Screening Programm mit Mammografie alle zwei Jahre teilnehmen, 1 bis 4 Todesfälle durch Brustkrebs verhindert werden. Von diesen 1000 Frauen werden 250 Frauen weitere Untersuchungen benötigen und 5-10 Frauen werden eine Diagnose und Behandlung für einen Brustkrebs erhalten, der klinisch nie aufgetreten wäre.

Die Publikation des Swiss Medical Board aus dem Jahr 2013 rät, keine weiteren systematischen Mammographie-Screening-Programme zu starten und die bereits bestehenden zeitlich zu begrenzen. Es empfiehlt zudem, dass für jedes Mammographie-Screening eine gründliche medizinische Beurteilung und eine klare Darstellung der erwünschten und unerwünschten Wirkungen durchgeführt werden.

Aus diesen Gründen empfiehlt EviPrev, bei Frauen zwischen 50 und 75 Jahren eine Screening-Mammografie durchzuführen, nachdem mit der Patientin die Vorteile und Risiken besprochen wurden: [EviPrev-Empfehlungen und Entscheidungshilfen | PEPrä](#)

Frauen mit erhöhtem Brustkrebsrisiko sollten nach fachlicher Beratung frühzeitig getestet werden, wenn:

- sie Trägerinnen des mutierten BRCA1- oder BRCA2-Gens sind
- früher Brustkrebsfälle bei Mutter, Tochter oder Schwester vorgekommen sind
- sie eine persönliche Vorgeschichte von Brustkrebs, lobulärem Carcinoma in situ oder atypischer Hyperplasie haben
- sie eine persönliche Vorgeschichte einer lokalen Bestrahlung haben

In der Schweiz haben viele Kantone Screening-Programme eingeführt, die Frauen zwischen 50 und 74 Jahren angeboten werden. Die verschiedenen Screening-Angebote pro Kanton sind auf dieser Website zu finden: www.swisscancerscreening.ch.

Dieses Screening wird von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ohne Franchise übernommen, sofern es im Rahmen eines systematischen Screening-Programms durchgeführt wird. Der Selbstbehalt von 10% ist jedoch von den Patientinnen selbst zu tragen.

Prostatakrebs (34-43)

Die Daten zur Wirksamkeit der Früherkennung von Prostatakrebs durch PSA-Tests zeigen eine geringe Auswirkung auf die Sterblichkeit mit erheblichen Risiken der Überdiagnostik.

Die USPSTF empfiehlt für Männer im Alter von 55 bis 69 Jahren ein Prostatakrebs-Screening durch Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA) auf individualisierte Weise im Rahmen eines "Shared Decision Making" zwischen Arzt und Patient (*Grad C*).

Die Schweizer Empfehlungen sind nicht alle übereinstimmend: Während sich das Swiss Medical Board gegen die Früherkennung von Prostatakrebs durch einen PSA-Test positioniert hat, empfehlen mehrere medizinische Fachgesellschaften, Patienten zwischen 50 und 70 Jahren über die potenziellen Vorteile des Screenings, aber auch über seine Grenzen, die Nebenwirkungen der Untersuchungen und Behandlungen zu informieren und dabei die Präferenzen des Patienten in die Entscheidung für oder gegen das Screening einzubeziehen. Die Nebenwirkungen von Untersuchungen und Behandlungen könnten durch den Einsatz von Prostata-MRT nach einem positiven PSA-Wert und durch aktive Überwachung nach der Diagnose eines niedriggradigen Prostatakarzinoms verringert werden.

Die Ergebnisse der klinischen Studien zum PSA-Screening auf Prostatakrebs sind widersprüchlich. Eine amerikanische Studie zeigte keine signifikante Senkung der spezifischen Sterblichkeit im Zusammenhang mit Prostatakrebs bei den Teilnehmern, die ein PSA-Screening erhalten hatten. Zu beachten ist jedoch die sehr hohe Rate von Patienten, die schließlich einen PSA-Test in der Kontrollgruppe erhielten (ca. 90%), was auf eine mögliche "Kontamination" dieser Gruppe hindeutet und das Fehlen eines Unterschieds in den Ergebnissen zwischen den beiden Gruppen begünstigt. Eine neuere britische Studie, in der Patienten mit einem einmaligen PSA-Test 10 Jahre nachverfolgt wurden, fand ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zur Kontrollgruppe, in der eine Kontaminationsrate von 10-15% geschätzt wurde. Eine europäische Studie kam hingegen zum Schluss, dass das Screening zu einer geringen Senkung der Sterblichkeit führt. Auf der Grundlage dieser Studie wird geschätzt, dass von 500 Männern, die 16 Jahre lang alle 2 bis 4 Jahre auf Prostatakrebs gescreent werden, bei 58 Männern Prostatakrebs diagnostiziert wird und 4 daran sterben. Ohne Screening erhalten 43 Männer die Diagnose Prostatakrebs und 5 sterben daran. Wenn 500 Männer auf Prostatakrebs untersucht werden, kann 1 Todesfall durch Prostatakrebs verhindert werden. Ein Entscheidungshilfe-Tool erleichtert es, die Herausforderungen eines solchen Screenings zu erklären, siehe z.B. [EviPrev-Empfehlungen und Entscheidungshilfen | PEPra](#)

Die Häufigkeit der Kontrollen hängt vom PSA-Wert ab und variiert zwischen 1 und 3 Jahren. Dieses Screening wird bei Männern ≥ 70 Jahren nicht empfohlen.

Ein gezieltes Screening ist bei Männern mit einem erhöhten Risiko für Prostatakrebs angezeigt, d. h. bei Männern, in deren Familie vor dem Alter von 65 Jahren Prostatakrebs aufgetreten ist (Vater, Bruder, Sohn), sowie bei Männern, die aus Afrika südlich der Sahara und den Antillen stammen.

Lungenkrebs (44-49)

Das Screening mit niedrig dosierter CT bei Rauchern (aktuelle oder ehemalige Raucher > 15 PY, Alter 50-74 Jahre) kann die Mortalität senken. Es bleiben mehrere Fragen offen, wie z. B. die hohe Anzahl falsch positiver Ergebnisse, die Häufigkeit der Untersuchungen, die Kosten und die Auswirkungen auf die Motivation, mit dem Rauchen aufzuhören.

Die NELSON-Studie bestätigt, dass die Lungenkrebsvorsorge mit niedrig dosierter CT-die Lungenkrebsmortalität um 20 bis 25 % senkt. Mit Kriterien, die auf der Verdoppelungszeit des Volumens verdächtiger Knoten basieren, konnte die Rate der falsch positiven Ergebnisse gesenkt werden.

Die USPSTF empfiehlt ein jährliches Screening mit niedrig dosierter CT bei asymptomatischen Patienten zwischen 50 und 80 Jahren, die Raucher sind oder deren Rauchstopp weniger als 15 Jahre zurück liegt, ≥ 20 Pack Years und keine Komorbiditäten haben, welche das Überleben gefährden (*Grad B*).

In der Schweiz hat das Expertenkomitee für das Schweizer Krebs-Screening im Jahr 2022 empfohlen, dass das Lungenkrebs-Screening der Risikobevölkerung angeboten werden soll, und zwar eher in organisierten Programmen, die Qualität und Gleichbehandlung garantieren können. Dagegen gibt es derzeit (2023) weder kantonale Programme noch eine Vergütung dieser Untersuchung durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung.

Wenn ein individuelles Screening auf Lungenkrebs in Betracht gezogen wird, muss der Patient über die potenziellen Vorteile, aber auch über das Risiko falsch-positiver Ergebnisse aufgeklärt werden, die Folgeuntersuchungen oder invasive Eingriffe erfordern. Bei dieser Gelegenheit sollte auch zur Raucherentwöhnung ermutigt werden.

Es sei daran erinnert, dass ein Thorax-CT, die nur zu Screeningzwecken durchgeführt wird, von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht bezahlt wird.

Eine Entscheidungshilfe steht zur Verfügung : [EviPrev-Empfehlungen und Entscheidungshilfen | PEPrä](#)

Herz-Kreislauf-Screening (50)

Die Empfehlungen für das Screening auf kardiovaskuläre Risikofaktoren werden im Folgenden näher erläutert. Sie unterscheiden sich zwischen USPSTF und den verschiedenen Fachgesellschaften.

Die Schweizerische Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose (AGLA) empfiehlt eine Berechnung des kardiovaskulären Risikos bei allen Männern ab 40 Jahren und bei allen Frauen ab 50 Jahren oder in der Postmenopause. Bei dieser Berechnung werden die folgenden Parameter berücksichtigt:

- Alter und Geschlecht
- systolischer Blutdruck
- LDL, HDL und Triglyceride

- Diabetes
- aktives Rauchen
- Herzinfarkt vor dem Alter von 60 Jahren bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern

Eine frühzeitige und individuelle Bewertung des Risikos sollte bei folgenden Risikopersonen erfolgen:

- Familienanamnese für eine frühe Herz-Kreislauf-Erkrankung oder erhöhte Blutfettwerte
- hohe kardiovaskuläre Risikofaktoren (Rauchen, Bluthochdruck, Diabetes mellitus, hohe Blutfettwerte)
- Komorbiditäten mit hohem kardiovaskulärem Risiko (z.B. chronische Niereninsuffizienz, rheumatoide Arthritis)

Eine Wiederholung der Risikobewertung wird empfohlen:

- alle 5 Jahre, wenn das Risiko gering ist = absolutes 10-Jahres-Risiko, ein koronares Ereignis zu erleiden < 10 %.
- alle 2-5 Jahre bei mäßigem Risiko = absolutes 10-Jahres-Risiko, ein koronares Ereignis zu erleiden zwischen 10 und 20 %.
- je nach klinischer Situation, wenn das Risiko hoch ist = absolutes 10-Jahres-Risiko, ein koronares Ereignis zu erleiden > 20%

Bluthochdruck (51-53)

Ein Screening auf Bluthochdruck (AHT) wird bei allen Erwachsenen ab 18 Jahren empfohlen (*Grad A*). Eine Messung alle drei Jahre wird empfohlen, wenn der Blutdruck bei Personen zwischen 18 und 39 Jahren normal ist (<130/85). Ab 40 Jahren oder bei Vorliegen von kardiovaskulären Risikofaktoren sollte die Kontrolle jährlich erfolgen.

Es wird empfohlen, die Diagnose Bluthochdruck durch ambulante Messungen zu bestätigen, z. B. durch eine 24-Stunden-Blutdruckanalyse (ABD) oder durch Messungen, die der Patient mit einem Selbstmessgerät vornimmt (3 Messungen morgens und abends über 3 Tage).

Bei leichtem oder moderatem Bluthochdruck empfiehlt die Europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC) die Berechnung des kardiovaskulären Risikos, um die Notwendigkeit eines Behandlungsbeginns zu bestimmen.

Nützliche Ressourcen für Kliniker: [Rechner & Tools \(agla.ch\)](https://www.agla.ch)

Fettleibigkeit und Übergewicht (54)

Es wird empfohlen, Patienten mit einem BMI ≥ 30 kg/m² intensiv und individuell zu beraten oder an ein spezialisiertes Zentrum zu überweisen (*Grad B*). Übergewichtige Patienten (BMI ≥ 25 und < 30 kg/m²) mit einem weiteren kardiovaskulären Risikofaktor sollten ebenfalls intensiv beraten oder überwiesen werden.

Fettleibigkeit wird unter anderem mit einer erhöhten Sterblichkeit und den folgenden Gesundheitsproblemen in Verbindung gebracht:

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Diabetes Typ 2
- Kolorektalkrebs
- Schlafapnoe-Syndrom

- Osteoarthritis
- Cholelithiasis

Dyslipidämie (55-57)

Die Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose AGLA empfiehlt eine erste kardiovaskuläre Risikobewertung einschließlich einer Lipiduntersuchung bei Männern ab 40 Jahren und bei Frauen ab 50 Jahren oder ab der Postmenopause. Diese Risikobewertung sollte früher und individuell für Risikopersonen erfolgen, die entweder:

- Symptome einer atherosklerotischen/kardiovaskulären Erkrankung haben,
- eine Familiengeschichte von früher Herz-Kreislauf-Erkrankung oder Hyperlipidämie haben, oder
- ausgeprägte kardiovaskuläre Risikofaktoren oder Komorbiditäten mit hohem kardiovaskulärem Risiko (z. B. chronische Niereninsuffizienz, rheumatoide Arthritis) haben.

Laut USPSTF wird der Beginn mit einem Statin bei Personen im Alter von 40 bis 75 Jahren mit mindestens einem kardiovaskulären Risikofaktor (Dyslipidämie, Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Rauchen) und einem berechneten 10-Jahres-Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse von $\geq 10\%$ empfohlen (*Grad B*).

Bei Personen zwischen 40 und 75 Jahren mit mindestens einem kardiovaskulären Risikofaktor, aber einem berechneten 10-Jahres-Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis zwischen 7,5 und 10%, wurde der Nutzen einer Statintherapie nicht in randomisierten Studien untersucht. Die USPSTF empfiehlt, die Einnahme eines Statins mit dem Patienten bzw. der Patientin zu besprechen (*Grad C*). In anderen Situationen (z.B. Risiko $< 7.5\%$, kein Risikofaktor) werden Lebensstilmaßnahmen empfohlen.

Bei Menschen über 75 Jahren ohne vorbestehende Herz-Kreislauf-Erkrankung reichen die Daten nicht aus, um den Nutzen einer Statintherapie zu beurteilen.

Das von der Mayo Clinic entwickelte Entscheidungshilfe-Tool fördert eine gemeinsame Entscheidung über die Einführung einer solchen Behandlung in der Primärprävention (in englischer Sprache): https://statindecisionaid.mayoclinic.org/?lang=fr_fr.

Die AGLA-Empfehlungen für das Screening auf Dyslipidämie sind oben in der Einleitung zum Kapitel "Herz-Kreislauf-Screening" aufgeführt. Diese Empfehlungen gelten nicht für Patienten mit diagnostizierter familiärer Hypercholesterinämie.

Nützliche Ressourcen für Kliniker :

- [Statin Choice Decision AID - Site \(mayoclinic.org\)](https://statindecisionaid.mayoclinic.org/?lang=fr_fr)
- [Empfehlungen & Statements \(agla.ch\)](https://www.agla.ch)

Diabetes (58, 59)

Die USPSTF empfiehlt im Rahmen der kardiovaskulären Risikobewertung das Screening auf Diabetes bei übergewichtigen oder fettleibigen Erwachsenen im Alter von 35 bis 70 Jahren (BMI ≥ 25 kg/m²) (*Grad B*).

Die Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose AGLA empfiehlt ein Diabetes-Screening für Männer ab 40 Jahren und für Frauen ab 50 Jahren oder in der Postmenopause. Ein früheres Screening kann vorgeschlagen werden, wenn ein BMI > 25 kg/m² oder andere Risikofaktoren für Diabetes vorliegen.

Nach den neuesten Empfehlungen der American Diabetes Association sind als Tests für das Diabetes-Screening wahlweise der venöse Nüchtern-Plasma- Blutzucker, das glykierte Hämoglobin oder der orale Glukosetoleranztest zulässig.

- [Empfehlungen & Statements \(agla.ch\)](https://www.agla.ch)

- [Schweizerische Diabetesgesellschaft \(diabetesschweiz.ch\)](https://www.diabetesschweiz.ch)

Aneurysma der abdominalen Aorta (60)

Es wird empfohlen, bei Männern zwischen 65 und 75 Jahren, die aktive oder ehemalige Raucher sind, einmalig eine Ultraschalluntersuchung des Abdomens auf ein Aneurysma der Bauchaorta durchzuführen (*Grad B*). Dieses Screening sollte bei Männern zwischen 65 und 75 Jahren, die nie geraucht haben, individuell besprochen werden (*Grad C*). Die Daten reichen nicht aus, um dieses Screening bei rauchenden oder ehemals rauchenden Frauen im Alter von 65 bis 75 Jahren zu empfehlen oder abzulehnen.

Screening nach Infektionskrankheiten

Human Immunodeficiency Virus (HIV) (61-63)

Laut USPSTF wird das Testen auf eine HIV-Infektion bei allen sexuell aktiven Menschen bis 65 Jahre und bei älteren Menschen mit erhöhtem Infektionsrisiko empfohlen (*Grad A*). Dieses Screening wird für alle schwangeren Frauen empfohlen (*Grad A*).

Das BAG fördert die (freiwillige oder durch die Ärzteschaft geförderte) Beratung und Testung von HIV. Ein HIV-Test kann auf Initiative des/der Arztes/Ärztin auch dann angeboten werden, wenn keine klinischen Hinweise vorliegen (*Provider-initiated counselling and testing (PICT)*) oder wenn der Patient darum bittet. Bei dieser Gelegenheit sollte der/die Arzt/Ärztin Ratschläge zur Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen geben. Der Test kann auch anonym in den VCT-Zentren (Voluntary Counselling and Testing) durchgeführt werden, die die Empfehlungen des BAG zur freiwilligen HIV-Beratung und -Testung umsetzen.

Das Screening sollte je nach Risikofaktoren angeboten und wiederholt werden, insbesondere bei Personen, die einer Gruppe mit erhöhtem Infektionsrisiko angehören:

- Männer, die Sex mit Männern haben;
- Transgender-Personen
- Erhöhte Gefährdung: Wechselnde Sexualpartner-innen, Sexualpraktiken mit hohem Übertragungsrisiko, Sex mit Personen aus besonders betroffenen Gruppen
- Sexarbeiter-innen
- Intravenöse Drogenkonsumenten-innen (früher oder aktuell)
- Menschen mit Bezug zu Hochprävalenzländern der Infektion (z. B. Subsahara-Afrika)

Detaillierte Liste und Häufigkeit des Screenings: "Safer Sex Guide" für Fachleute in Beratung und Prävention:

<https://shop.aids.ch/img/A~1911~45/10/1911-45-Leitfaden-Gu.pdf?xet=1702372535001>

Nützliche Ressourcen:

- [Testung und Beratung \(admin.ch\)](#)
- [Love Life - Sex aber sicher](#)
- www.aids.ch/fr/

Zu beachten ist, dass eine HIV-Infektion eine meldepflichtige Infektionskrankheit ist:

www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html

Syphilis (64, 65)

Die USPSTF empfiehlt ein Syphilis-Screening bei Personen mit erhöhtem Infektionsrisiko und bei allen schwangeren Frauen (Grad A).

Das BAG fördert (freiwillige oder vom Arzt initiierte) Syphilis Screening nach Risikofaktoren, insbesondere bei Personen, die zu einer Gruppe mit erhöhtem Infektionsrisiko gehören:

- Männer, die Sex mit Männern haben;
- Transgender-Personen
- Erhöhte Gefährdung: Wechselnde Sexualpartner·innen, Sexualpraktiken mit hohem Übertragungsrisiko, Sex mit Personen aus besonders betroffenen Gruppen
- Sexarbeiter·innen

Detaillierte Liste und Häufigkeit des Screenings: "Safer Sex Guide" für Fachleute in Beratung und Prävention:

<https://shop.aids.ch/img/A~1911~45/10/1911-45-Leitfaden-Gu.pdf?xet=1702372535001>

Der Test bietet die Gelegenheit, Ratschläge zur Prävention anderer sexuell übertragbarer Krankheiten zu vermitteln.

- [Testung und Beratung \(admin.ch\)](#)
- [Love Life - Sex aber sicher](#)
- www.aids.ch/fr/

Zu beachten ist, dass Syphilis eine meldepflichtige Infektionskrankheit ist:

www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html

Chlamydien (66-69)

Die USPSTF empfiehlt, sexuell aktive Frauen im Alter von ≤ 24 Jahren, schwangere Frauen und ältere Frauen mit einem Risikofaktor für sexuell übertragbare Infektionen (STI) auf eine Chlamydia trachomatis-Infektion zu testen (*Grad B*), und zwar entweder nach:

- aktuelle oder frühere STI
- Sexualpartner·innen mit STI
- neuer Sexualpartner·innen
- mehr als einen Sexualpartner·innen oder Sexualpartner·innen mit weiteren Partnern·innen
- bezahlter Geschlechtsverkehr

Das BAG fördert (freiwillige oder vom Arzt initiierte) Chlamydien-Screenings nach Risikofaktoren, insbesondere bei Personen, die zu einer Gruppe mit erhöhtem Infektionsrisiko gehören:

- Männer, die Sex mit Männern haben;
- Transgender-Personen
- Erhöhte Gefährdung: Wechselnde Sexualpartner·innen, sexuelle Praktiken mit höheren Risiken, Sex mit Personen aus Gruppen mit erhöhter Betroffenheit
- Sexarbeiter·innen

Detaillierte Liste und Häufigkeit des Screenings: "Safer Sex Guide" für Fachleute in Beratung und Prävention:

- <https://shop.aids.ch/img/A~1911~45/10/1911-45-Leitfaden-Gu.pdf?xet=1702372535001>

Die Diagnose erfolgt durch Urin-PCR aus dem ersten Urinstrahl oder durch Rachen-, Anal- und/oder Meatus urethrae/Vagina/Gebärmutterhalsabstrich, je nach Sexualpraktiken. Bei Frauen erfolgt die Diagnose idealerweise durch einen Vaginal- oder Zervixabstrich, der empfindlicher ist als der Erststrahlurin. Das Screening sollte mit einer Beratung zur Prävention von STI einhergehen.

- [Vorsorgeuntersuchungen und Beratung \(admin.ch\)](#)
- www.lovelife.ch/fr/hiv-co/
- www.aids.ch/fr/

Zu beachten ist, dass eine Infektion mit Chlamydia trachomatis eine meldepflichtige Infektionskrankheit ist: www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html

Gonorrhöe (66, 70)

Die USPSTF empfiehlt ein Screening bei sexuell aktiven Frauen im Alter von bis zu 24 Jahren, bei Schwangeren und älteren Frauen mit Risikofaktoren für STI (frühere und/oder aktuelle STI, riskantes Sexualverhalten) (*Grad B*).

Risikofaktoren sind:

- aktuelle oder frühere STI
- Sexualpartner·innen mit STI
- neuer Sexualpartner·innen
- mehr als einen Sexualpartner·innen oder Sexualpartner·innen mit weiteren Partnern·innen
- bezahlter Geschlechtsverkehr

Das BAG fördert die Beratung und die (freiwilligen oder vom Arzt initiierten) STI-Tests.

Das Screening sollte je nach Risikofaktoren angeboten und wiederholt werden, insbesondere bei Personen, die einer Gruppe mit erhöhtem Infektionsrisiko angehören:

- Männer, die Sex mit Männern haben;
- Transgender-Personen
- Erhöhte Gefährdung: Wechselnde Sexualpartner·innen, Sexualpraktiken mit hohem Übertragungsrisiko, Sex mit Personen aus besonders betroffenen Gruppen
- Sexarbeiter·innen

Detaillierte Liste und Häufigkeit des Screenings: "Safer Sex Guide" für Fachleute in Beratung und Prävention:

- <https://shop.aids.ch/img/A~1911~45/10/1911-45-Leitfaden-Gu.pdf?xet=1702372535001>

Die Diagnose erfolgt durch Urin-PCR aus dem ersten Urinstrahl oder durch Rachen-, Anal- und/oder Meatus urethrae/Vagina/Gebärmutterhalsabstrich, je nach Sexualpraktiken. Bei Frauen erfolgt die Diagnose idealerweise durch einen Vaginal- oder Zervixabstrich, der empfindlicher ist als der Erstrinstrahl. Das Screening sollte mit einer Beratung zur Prävention von STI einhergehen.

Nützliche Ressourcen:

- [Vorsorgeuntersuchungen und Beratung \(admin.ch\)](#)
- www.lovelife.ch/fr/hiv-co/
- www.aids.ch/fr/

Zu beachten ist, dass Infektionen mit Neisseria Gonorrhoe eine meldepflichtige Infektionskrankheit ist: www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html

Hepatitis B (HBV) (71-74)

Ein routinemäßiges Screening der Allgemeinbevölkerung auf eine Hepatitis-B-Infektion (HBs-Antigen und Anti-HBc-Antikörper) wird nicht empfohlen, da die Prävalenz der Infektion relativ gering ist und die meisten Infizierten keine chronische Infektion entwickeln werden.

Ein HBV-Screening wird bei Personen mit hohem Risiko empfohlen (*Grad B*):

- Personen, die in einem Gebiet mit hoher HBV-Prävalenz (>2%) geboren wurden oder die bei der Geburt nicht geimpft wurden und deren Eltern in einem Gebiet mit hoher Prävalenz (>8%) geboren wurden.
- HIV-positive Personen
- Drogenkonsumenten
- Männer, die Sex mit Männern haben
- Personen, die in einem Haushalt leben oder Sex mit einer Person haben, von der bekannt ist, dass sie eine HBV-Infektion hat
- Menschen mit Hämodialyse
- Personen, die eine immunsuppressive oder zytotoxische Behandlung erhalten

Es sei darauf hingewiesen, dass die USPSTF ein frühzeitiges Screening auf Hepatitis B bei allen schwangeren Frauen empfiehlt (*Grad A*).

Das BAG empfiehlt dieses Screening den folgenden Bevölkerungsgruppen:

- schwangeren Frauen
- Gruppen mit hoher Prävalenz: Drogenkonsumenten und Personen, die mit einer infizierten Person im selben Haushalt leben oder aus Gebieten mit hoher Prävalenz kommen.

Zu beachten ist, dass Hepatitis B eine meldepflichtige Infektionskrankheit ist: [Meldepflichtige Infektionskrankheiten \(admin.ch\)](#)

Hepatitis C (HCV) (74-76)

Die USPSTF empfiehlt seit 2020 ein Screening bei allen Erwachsenen zwischen 18 und 75 Jahren, das bei Personen mit hohem Infektionsrisiko wiederholt werden sollte (*Grad B*).

In der Schweiz verfolgt das BAG einen gezielten Screening-Ansatz, der sich an den aktuellen oder früheren individuellen Risikofaktoren und der klinischen Situation orientiert. Das HCV-Screening wird für die folgenden Bevölkerungsgruppen empfohlen:

- Aktuelle oder ehemalige Drogenkonsumenten
- Personen, die vor 1992 eine Bluttransfusion oder eine Organtransplantation erhalten haben
- Personen, die vor 1987 Blutprodukte erhalten haben (z. B. Hämophile)
- Niereninsuffizienz unter Hämodialyse (künstliche Nieren)
- Personen aus Zentral- und Ostasien, Nordafrika, den osteuropäischen Ländern, Frankreich und Italien
- Sexualpartner von Personen, die mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert sind
- HIV-positive Menschen
- Patienten mit erhöhten Transaminasen bei der Blutentnahme
- Personen, die eine Tätowierung oder ein Piercing unter nicht sterilen Bedingungen vorgenommen haben
- Sexarbeiter/innen

Das Netzwerk Hepatitis-Strategie Schweiz empfiehlt jedoch, dass Personen, die zwischen 1950 und 1985 geboren wurden, einmal in ihrem Leben auf Hepatitis C getestet werden. Zu beachten ist, dass Hepatitis C eine meldepflichtige Infektionskrankheit ist: [Meldepflichtige Infektionskrankheiten \(admin.ch\)](#)

Andere Screenings

Depressionen (77, 78)

Ein Screening auf Depressionen wird für alle Erwachsenen empfohlen, auch für Schwangere und Frauen im Wochenbett (*Grad B*). Dieses Screening sollte im Rahmen eines Versorgungssystems mit Behandlungs- und Nachsorgemöglichkeiten durchgeführt werden.

Für das Screening auf Depressionen in der Arztpraxis werden zwei Fragen vorgeschlagen:

- Hatten Sie in den letzten zwei Wochen wenig Interesse oder Freude daran, Dinge zu tun?
- Haben Sie sich in den letzten zwei Wochen traurig, deprimiert oder verzweifelt gefühlt?

Bei jedem Erwachsenen, der eine dieser Fragen mit "Ja" beantwortet, sollte die Möglichkeit einer schweren depressiven Episode in Betracht gezogen werden (Sensitivität ca. 90%, Spezifität ca. 65%).

Häusliche Gewalt (79-81)

Es wird empfohlen, alle Frauen im gebärfähigen Alter auf häusliche Gewalt zu screenen und sie gegebenenfalls an spezialisierte Dienste zu überweisen (*Grad B*). Die aktuelle Beweislage reicht nicht aus, um zu empfehlen, ob ältere oder gefährdete Menschen auf häusliche Gewalt untersucht werden sollten (*Grad I*).

Häusliche Gewalt bleibt häufig unerkannt und betrifft schätzungsweise 10-20% der Frauen, wobei Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes zu den wichtigsten gewaltauslösenden Ereignissen zählen.

Es können mehrere Warnsignale vorliegen:

- vage Beschwerden und chronische Symptome ohne erkennbare körperliche Ursache, psychosomatische Probleme
- alte, wiederholte Verletzungen oder Verletzungen, die nicht zur Erklärung passen
- körperliche Traumata, die während der Schwangerschaft erlitten wurden
- mangelndes Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Hilflosigkeit und Resignation
- Emotionale Störungen: Stress, Apathie, Angst, Verwirrung, Depression, Exitation oder Gleichgültigkeit, Selbstmordgedanken
- Partner, der übertriebene Aufmerksamkeit zeigt, die Kontrolle behalten will oder Herabsetzung oder sogar Aggression zeigt
- soziale Isolation
- jede Form von Abhängigkeit (finanziell, emotional, von Alkohol, Drogen oder Medikamenten usw.).

Osteoporose (82-85)

Das Osteoporose-Screening mittels Knochendichtemessung wird von der USPSTF bei allen Frauen ≥ 65 Jahren empfohlen (*Grad B*). Bei postmenopausalen Frauen < 65 Jahre wird ein Screening empfohlen, wenn das Frakturrisiko gleich oder höher ist als das einer 65-jährigen weißen Frau ohne Risikofaktoren (*Grad B*). Das "FRAX"-Tool kann verwendet werden, um das Frakturrisiko nach 10 Jahren zu bewerten.

Die Schweizerische Vereinigung gegen Osteoporose empfiehlt eine Osteodensitometrie bei:

- spontaner Wirbelfraktur oder Fraktur nach einem harmlosen Trauma
- peripherer Fraktur nach einem harmlosen Trauma
- sekundären Ursachen und Risikofaktoren für Osteoporose

In der Schweiz wird das Osteoporose-Screening mittels Knochendichtemessung daher nicht routinemäßig empfohlen, sondern sollte individuell nach Exploration allenfalls vorhandener Risikofaktoren besprochen werden.

Die Osteodensitometrie wird in folgenden Situationen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung übernommen:

- Osteoporose oder Fraktur nach minimalem Trauma
- Langfristige Kortikosteroidtherapie (> 3 Monate) oder Hypogonadismus
- Verdauungskrankheit mit Malabsorptionssyndrom (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Zöliakie)
- primärer Hyperparathyreoidismus
- Osteogenesis imperfecta
- HIV
- therapeutische Nachsorge (maximal alle 2 Jahre)

Nützliche Ressourcen für Kliniker:

- [Schweizerische Vereinigung gegen die Osteoporose - Willkommen \(svgo.ch\)](http://www.svgo.ch)
- FRAX Tool zur Bewertung des Frakturrisikos: frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=15

Impfungen (86)

Die Impfempfehlungen beziehen sich auf den BAG-Impfplan 2023.

[Schweizerischer Impfplan \(admin.ch\)](#)

Referenzen

1. U.S. Preventive Services Task Force USPSTF. Recommendations for Primary Care Practice. [Internet]. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations>.
2. U.S. Preventive Services Task Force USPSTF. Grade definitions. [Internet]. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/grade-definitions>.
3. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2021;325(3):265-79.
4. Cornuz J, Jacot Sadowski I, Humair JP. Ärztliche Rauchstoppberatung. Die Dokumentation für die Praxis. Frei von Tabak, Nationales Rauchstopp Programm, Bern 2015.
5. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2018;320(18):1899-909.
6. Bundesamt für Gesundheit BAG. Definition Problematischer Alkoholkonsum - 2018. Definition Problematischer Alkoholkonsum (admin.ch).
7. Loeb P, Stoll B, Weil B. Kurzinterventionen bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum. Ein Leitfaden für Ärzte und Fachleute in der Grundversorgung. EMH Media Bern 2014.
8. Patnode CD, Perdue LA, Rushkin M, O'Connor EA. U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews. Screening for Unhealthy Drug Use in Primary Care in Adolescents and Adults, Including Pregnant Persons: Updated Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020.
9. Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Coker TR, Davidson KW, et al. Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Disease Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2022;328(4):367-74.
10. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2020;324(20):2069-75.
11. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2018;319(16):1696-704.
12. Bundesamt für Sport BASPO, Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitsförderung Schweiz, Beratungsstelle für Unfallverhütung BFU, HEPA Schweiz. Bewegungsempfehlungen. Magglingen: BASPO 2022
13. Schweizerische Gesellschaft für Ernährung. Schweizer Lebensmittelpyramide. Die Schweizer Lebensmittelpyramide - ausgewogene Ernährung (sge-ssn.ch).
14. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Behavioral Counseling Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2020;324(7):674-81.
15. Bundesamt für Gesundheit BAG. Sexuell übertragbare Infektionen. Sexuell übertragbare Infektionen (admin.ch)
16. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Behavioral Counseling to Prevent Skin Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2018;319(11):1134-42.
17. Bundesamt für Gesundheit BAG. Sonnenschutz. Sonnenschutz (admin.ch).
18. Cornuz J, Junod N, Pasche O, Guessous I. Dépistage des cancers en pratique clinique: une place privilégiée pour le partage de la décision. Revue médicale suisse. 2010;6(256):1410-4.

19. Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4:Cd001431.
20. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama.* 2018;320(7):674-86.
21. Expertenausschuss für Krebsfrüherkennung. Empfehlungen des Expertengremiums Krebsfrüherkennung zum Gebärmutterhalskrebs-Screening (08.2021).
22. Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Empfehlungen für die Gebärmutterhalskrebsvorsorge Expertenbrief Nr. 50. 2018.
23. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama.* 2021;325(19):1965-77.
24. Auer R, Selby K, Bulliard JL, Nichita C, Dorta G, Ducros C, et al. [Shared decision making in the colorectal cancer screening program in the canton of Vaud]. *Revue medicale suisse.* 2015;11(496):2209-15.
25. Truningera K, Luglic A, Köberle D. Revidierte Konsensus-Empfehlungen. Nachsorge nach koloskopischer Polypektomie und Therapie des kolorektalen Karzinoms. *Swiss Medical Forum* 2022:349-355.
26. Siu AL. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2016;164(4):279-96.
27. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Br J Cancer.* 2013;108(11):2205-40.
28. Keating NL, Pace LE. Breast Cancer Screening in 2018: Time for Shared Decision Making. *Jama.* 2018;319(17):1814-5.
29. Nelson HD, Fu R, Cantor A, Pappas M, Daeges M, Humphrey L. Effectiveness of Breast Cancer Screening: Systematic Review and Meta-analysis to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med.* 2016;164(4):244-55.
30. Welch HG, Passow HJ. Quantifying the benefits and harms of screening mammography. *JAMA Intern Med.* 2014;174(3):448-54.
31. Biller-Andorno N, Juni P. Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board. *N Engl J Med.* 2014;370(21):1965-7.
32. Swiss Medical Board. Systematisches Mammographie-Screening. Bericht vom 15. Dezember 2013
33. Swiss Cancer Screening. Das Programm zur Brustkrebsfrüherkennung in Zahlen. Brustkrebsfrüherkennung in Zahlen · Swiss Cancer Screening.
34. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Bibbins-Domingo K, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama.* 2018;319(18):1901-13.
35. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet.* 2014;384(9959):2027-35.
36. Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. *Eur Urol.* 2019;76(1):43-51.
37. Swiss Medical Board. Stellenwert des PSA-Wertes bei der Früherkennung des Prostatakarzinoms. Bericht vom 31. Oktober 2011.
38. Gasser T, Iselin C, Jichlinski P et al. PSA-Bestimmung. Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie (SGU). *Swiss medical Forum* 2012;12(06):126-128.
39. Selby K, Auer R, Valerio M, Jichlinski P, Cornuz J. Dépistage du cancer de la prostate: partager avec le patient les incertitudes. *Revue médicale suisse.* 2015;11(496):2216, 8-20.
40. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *J Natl Cancer Inst.* 2012;104(2):125-32.

41. Pinsky PF, Prorok PC, Yu K, Kramer BS, Black A, Gohagan JK, et al. Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with median follow-up of 15 years. *Cancer*. 2017;123(4):592-9.
42. Martin RM, Donovan JL, Turner EL, Metcalfe C, Young GJ, Walsh EI, et al. Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality: The CAP Randomized Clinical Trial. *Jama*. 2018;319(9):883-95.
43. Hugosson J, Månsson M, Wallström J, Axcróna U, Carlsson SV, Egevad L, et al. Prostate Cancer Screening with PSA and MRI Followed by Targeted Biopsy Only. *The New England journal of medicine*. 2022;387(23):2126-37.
44. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for Lung Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2021;325(10):962-70.
45. de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, Scholten ET, Nackaerts K, Heuvelmans MA, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *N Engl J Med*. 2020;382(6):503-13.
46. Cancer Screening Committee. Lungenkrebs-Screening mittels LDCT. Appraisal report 2022. Lungenkrebs-Screening mittels LDCT | Cancer Screening Committee
47. Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie. Früherkennung von Lungenkrebs - Bilanz und Ausblick 2017.
48. Nicod LP, Soccia PM. Une étape décisive pour le dépistage du cancer pulmonaire. Editorial. *Rev Med Suisse* 2018; volume 14. 2043-2044.
49. Selby K, Gubelmann R, Lovis A, Bulliard JL, Beigelman-Aubry C, Casutt A, et al. [Lung cancer screening: what can we tell our patients while we await a screening program?]. *Revue médicale suisse*. 2020;16(713):2086-91.
50. Schweizer Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose AGLA/GSLA. Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose (agla.ch).
51. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Hypertension in Adults: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *Jama*. 2021;325(16):1650-6.
52. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology: ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens*. 2018;36(12):2284-309.
53. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *J Hypertens*. 2020;38(6):982-1004.
54. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Behavioral Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2018;320(11):1163-71.
55. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW, Jr., Garcia FA, et al. Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2016;316(19):1997-2007.
56. Rodondi N, Waeber G. Dyslipidämien: Wie sind die neuen Empfehlungen in der Praxis anzuwenden? Editorial. *Swiss Med Forum*, 2018;18:973-974. *Swiss Med Forum*
57. Nanchen D, Vonnez JL, Selby K, Auer R, Cornuz J. Statines en prévention primaire: comment décider avec le patient? *Revue médicale suisse*. 2015;11(496):2222-6.
58. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Prediabetes and Type 2 Diabetes: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2021;326(8):736-43.
59. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care*. 2022;45(Suppl 1):S17-s38.

60. Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2019;322(22):2211-8.
61. Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for HIV Infection: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2019;321(23):2326-36.
62. Bundesamt für Gesundheit BAG. Der HIV-Test auf Initiative des Arztes/der Ärztin. *Bull 21. OFSP 2015*: 375-9.
63. D'Incau S, Viala B, Ciuffi A, Cavassini M, Calmy A. [Diagnosis, prevention and treatment of HIV : what's new in 2018 ?]. *Revue médicale suisse*. 2019;15(N° 632-633):107-12.
64. Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Chelmow D, Coker TR, et al. Screening for Syphilis Infection in Nonpregnant Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *Jama*. 2022;328(12):1243-9.
65. Bundesamt für Gesundheit BAG. Syphilis: aktualisierte Empfehlungen zu Diagnostik und Behandlung. *BAG 2015; Bulletin 21*: 380-5.
66. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Chlamydia and Gonorrhoea: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2021;326(10):949-56.
67. Bundesamt für Gesundheit BAG. Chlamydiose in der Schweiz im Jahr 2021. *BAG 2022. Bulletin 45*:43-5.
68. Salamin P, Kraege V, Greub G. Quel test pour Chlamydia trachomatis ? *Forum Med Suisse*. 2020;20(5152):788-790.
69. Notter J, Frey Tirri B, Bally F et al. Sexuell übertragene Infektionen mit Chlamydia trachomatis. *Forum Med Suisse 2017*;11(34):705-711.
70. Bundesamt für Gesundheit BAG. Gonorrhoe in der Schweiz im Jahr 2021. *BAG 2022; Bulletin 45*:46-51.
71. Chou R, Blazina I, Bougatsos C, Holmes R, Selph S, Grusing S, et al. Screening for Hepatitis B Virus Infection in Nonpregnant Adolescents and Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*. 2020;324(23):2423-36.
72. Bundesamt für Gesundheit BAG und Eidgenössische Kommission für Impffragen EKIF. Empfehlungen zur Prävention von Hepatitis B. Richtlinien und Empfehlungen. *BAG 2019*.
73. Fretz R, Negro F, Bruggmann, Lavanchy D et al. Hepatitis B and C in Switzerland – healthcare provider initiated testing for chronic hepatitis B and C infection *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13793.
74. Hepatitis Schweiz. Auf Hepatitis testen. Auf Hepatitis testen – Alles, was Sie wissen – Hepatitis Schweiz (hepatitis-schweiz.ch).
75. Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for Hepatitis C Virus Infection in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2020.
76. Bundesamt für Gesundheit BAG. Hepatitis C in der Schweiz, epidemiologische Situation 2015–2018. *Bulletin BAG 2019; 45*: 12-24.
77. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med*. 1997;12(7):439-45.
78. Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmow D, Coker TR, Davidson KW, et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2023;329(23):2057-67.
79. Feltner C, Wallace I, Berkman N, Kistler CE, Middleton JC, Barclay C, et al. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*. 2018;320(16):1688-701.
80. Bundesamt für Gesundheit BAG. Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt. *Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt (admin.ch)*.

81. Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud (BEFH). Violence dans le couple Détection-Soutien-Orientation des personnes victimes. Protocole d'intervention à l'usage des professionnel·le·s. BEFH 2017.
82. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Osteoporosis to Prevent Fractures: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2018;319(24):2521-31.
83. Lippuner K, Johansson H, Kanis JA, Rizzoli R. FRAX assessment of osteoporotic fracture probability in Switzerland. *Osteoporos Int*. 2010;21(3):381-9.
84. Schweizerische Vereinigung gegen die Osteoporose (SVGO). Osteoporose Diagnostik - Prävention - Behandlung Empfehlungen 2015. SVGO Empfehlungen 2015.pdf 83.
85. FRAX Tool zur Bewertung des Frakturrisikos. frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=15.
86. Bundesamt für Gesundheit, Eidgenössische Kommission für Impffragen. Schweizerischer Impfplan 2023. Richtlinien und Empfehlungen. BAG 2023.