

Abteilung für Gesundheitsforschung  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Bern

EVALUATION DER NATIONALEN  
KREBSBEKÄMPFUNGSPROGRAMME  
PHASE 1, 1999: STUDIE 3

Konzeptualisierung und Stand der Umsetzung  
der vier Krebsbekämpfungsprogramme

*Nicole Bachmann, Andrea Härter, Bernhard Cloetta*

**Studie finanziert durch:**

Schweizerische Krebsliga, Bern

**Zitieren:**

Bachmann N, Haerter A, Cloetta B. Evaluation der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme, Phase 1, 1999: Studie 3: Konzeptualisierung und Stand der Umsetzung der vier Krebsbekämpfungsprogramme. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern, 2000 (Raisons de santé, 50).

**Dank:**

Wir danken allen InterviewpartnerInnen, welche diese Studie unterstützt haben, unseren Partnerteams aus Basel, Genf und Zürich für die kollegiale und interessante Zusammenarbeit und insbesondere Françoise Dubois-Arber und Jean-Pierre Gervasoni für die Koordination der Arbeiten. Ein besonderer Dank geht auch an die Programmleiterinnen und -leiter der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme für ihre Bereitschaft, unseren Bericht intensiv zu lesen, die Ergebnisse zu validieren und sich mit unserer programmexternen Perspektive auseinanderzusetzen.

**Bestellungen:**

Bestellschein am Ende des Berichtes.

# INHALTSVERZEICHNIS

Zusammenfassung und Empfehlungen .....	5
Einleitung .....	5
Zusammenfassung der programmübergreifende Ergebnisse .....	5
Zum Konzeptualisierungsprozess .....	5
Zum Steuerungsprozess .....	6
Zur Vernetzung innerhalb der Programme und im relevanten Umfeld .....	6
Zusammenfassung der programmspezifischen Ergebnisse .....	7
Brustkrebs .....	7
Hautkrebs .....	7
Lungenkrebs .....	8
Darmkrebs .....	9
Empfehlungen .....	9
Programmübergreifende Empfehlungen .....	9
Ergänzende programmspezifische Empfehlungen .....	10
Glossar der verwendeten Abkürzungen .....	12
1    Einleitung .....	13
1.1    Hintergrund der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme .....	13
1.2    Das Evaluationsprojekt .....	14
1.3    Grundlagen der Konzeptualisierung der vier Programme .....	16
2    Nationales Programm zur Bekämpfung des Brustkrebses .....	21
2.1    Einleitung .....	21
2.2    Beschreibung und Beurteilung der Konzeptualisierung des Programms .....	26
2.3    Vernetzung des Programms .....	31
2.4    Umsetzung .....	33
2.5    Schlussfolgerungen und Empfehlungen .....	36
3    Nationales Programm zur Bekämpfung des Hautkrebses .....	38
3.1    Einleitung .....	38
3.2    Beschreibung und Beurteilung der Konzeptualisierung .....	41
3.3    Umsetzung .....	45
3.4    Schlussfolgerungen und Empfehlungen bezüglich des Hautkrebsprogramms .....	52
4    Nationales Programm zur Bekämpfung des Lungenkrebses .....	54
4.1    Einleitung .....	54
4.2    Beschreibung und Beurteilung der Konzeptualisierung des Programms .....	57
4.3    Vernetzung des Programms .....	61
4.4    Umsetzung .....	62
4.5    Schlussfolgerungen und Empfehlungen bezüglich des Lungenkrebsprogramms .....	66
5    Nationales Programm zur Bekämpfung des Darmkrebses .....	68
5.1    Einleitung .....	68
5.2    Beschreibung und Beurteilung der Konzeptualisierung des Programms .....	70
5.3    Vernetzung des Programms .....	73
5.4    Wahrnehmung der Eignung der Organisationsstruktur durch Programmleiter .....	74
5.5    Ausblick auf die Aktivitäten des Jahres 2000 .....	74
5.6    Schlussfolgerungen und Empfehlungen bezüglich des Darmkrebsprogramms .....	74

6	Programmübergreifende Aspekte .....	76
6.1	Planungs- und Steuerungsprozesse .....	76
6.2	Vernetzung innerhalb der Programme und im relevanten Umfeld .....	81
6.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....	82
7	Literaturliste .....	84
8	Anhang .....	88
8.1	Chronologische Übersicht der vier nationalen Krebsbekämpfungsprogramme .....	89
8.2	Liste der Interviews, welche im Rahmen der Studie 3 der Evaluation der Nationalen Krebsbekämpfungs-Programme durchgeführt wurden .....	90
8.3	Geplante Realisierung von Zielen in den Bereichen: Gesundheitsförderung & Prävention, Sekundärprävention, Therapie und Nachsorge durch das Programm Brustkrebs .....	91
8.4	Evaluationsstudien .....	94
8.4.1	Programm Brustkrebs .....	94
8.4.2	Programm Hautkrebs .....	97
8.4.3	Programm Lungenkrebs .....	111
8.4.4	Programm Darmkrebs .....	112
8.5	Raster Umsetzung der Programmbausteine .....	117

# ZUSAMMENFASSUNG UND EMPFEHLUNGEN

## EINLEITUNG

Im Rahmen der Globalevaluation der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme der Schweizerischen Krebsliga und des Bundesamtes für Gesundheit hatte die Studie 3 grob zusammengefasst die folgenden Fragestellungen zu bearbeiten:

- Sind Konzeption und Durchführungspläne der einzelnen Programme relevant und zweckdienlich?
- Wie ist der Stand der Umsetzung in den Programmen? Und welche Stärken und Schwächen liessen sich bei der Umsetzung der einzelnen Programme bisher erkennen?
- Welche Instrumente zur Dokumentation und Selbstevaluation wurden innerhalb der Programme bereits entwickelt und welcher Bedarf besteht diesbezüglich für die Zukunft?

Zur Beantwortung dieser Fragen wurden folgende Quellen berücksichtigt: programminterne und externe Literatur und Dokumente, Interviews mit der Programmleitung und Mitgliedern der vier Fachkommissionen sowie die Protokolle der Interviews mit Programmleitung und Mitgliedern der Fachkommission, welche innerhalb der Studie 1 erhoben wurden.

## ZUSAMMENFASSUNG DER PROGRAMMÜBERGREIFENDE ERGEBNISSE

### Zum Konzeptualisierungsprozess

- Es wurden wichtige Elemente des 'New Public Health' (Berücksichtigung von gesellschaftlichen und politischen Aspekten der Problemstellung; Bestreben nach einer ganzheitlichen intersektoralen und interdisziplinären Sichtweise; Sensibilität für Probleme der Chancengleichheit; Einbezug verhältnisorientierter Strategien) in die Konzepte integriert.
- Ansätze, welche auf Empowerment und partizipative Prozesse ausgerichtet sind, wurden hingegen bisher vernachlässigt. Für die Zukunft sind solche Strategien geplant.
- Der Kenntnisstand zur Entstehung der verschiedenen Krebserkrankungen und zur klinischen Diagnose und Behandlung derselben wurde detailliert und fundiert erarbeitet.
- Es zeigt sich eine mangelnde Rezeption des bestehenden Kenntnisstandes zur Gesundheitsförderung, Prävention und zur Früherkennung insbesondere in Bezug auf die angestrebten Verhaltensänderungen der Bevölkerung.

- Die Strategiepapiere der Programme stellen das ganze Spektrum an wünschbaren Zielsetzungen und Massnahmen zur Bekämpfung von Krebsproblemen vor, was das Erkennen von möglichen neuen Vorgehensweisen erlaubt.
- Damit verbunden ist aber die Schwierigkeit, diesen ‘Wunsch Katalog’ auf das hier und jetzt mit den vorhandenen Ressourcen und im bestehenden Kontext Machbare herunterzubrechen.
- In vielen Zielbereichen sind die Zielsetzungen zu vage definiert, so dass klare Vorgaben sowohl für die Umsetzung wie auch für die Evaluation derselben fehlen.
- Es fehlt bisher ein Aktionsplan, der auf den IST-Zustand des Problems, den Kontext des Programms sowie das Kennen von bereits vorhandenen Akteure und Partnern aufbaut und Zwischenziele definiert, welche überprüfbar sind.

### Zum Steuerungsprozess

- Es zeigt sich eine mangelnde Transparenz bezüglich der Selektionskriterien für die Priorisierung von bestimmten Massnahmen, was eine kritische Diskussion erschwert und gegen aussen das Bild eines zufälligen Verlaufs vermitteln kann
- Die Programme werden nicht nur durch explizite (programmbezogene) sondern auch durch implizite (organisationsbezogene) Zielsetzungen gesteuert, was bei mangelnder Transparenz u.U. zu Problemen führen kann.
- In der bisherigen Umsetzung der Programme wurden gewisse Zielbereiche, die eine tiefere Priorität haben gar nicht vorangetrieben. Längerfristig sollten im Hinblick auf die im Dachkonzept angestrebte ganzheitliche Krebsbekämpfungspolitik auch solche, weniger zentralen Zielbereiche (oft Diagnostik, Therapie und Nachsorge), aktiv angegangen werden.
- Ein Teil der Projekte wird durch externe Evaluationsstudien begleitet, was eine Optimierung der Projektaktivitäten ermöglicht.
- Diese externen Evaluationen waren bisher zu stark auf Fragen der Wahrnehmung, Akzeptanz und Optimierung von einzelnen Projektaktivitäten konzentriert und zu wenig auf weitergehende Fragestellungen im Sinne der Annäherung an Programmziele.
- Relevante Studien und Datengrundlagen, welche im Auftrag der SKL erstellt wurden, werden teilweise zu wenig wahrgenommen und genutzt.
- Es besteht ein klares Manko in Bezug auf die systematische Dokumentation und Beurteilung der Umsetzung der Programme, welches auch von der Programmleitung erkannt wurde.
- Ein Raster zur standardisierten und systematischen Dokumentation der Umsetzung von Bausteinen der Programme wurde im Rahmen dieser Studie entwickelt und wird gemeinsam mit der Programmleitung diskutiert und an die Bedürfnisse der Programmleitung angepasst.

### Zur Vernetzung innerhalb der Programme und im relevanten Umfeld

- Die Struktur der Programme ist in Übereinstimmung mit den WHO-Kriterien für eine Krebsbekämpfungspolitik auf intersektorales und interdisziplinäres Arbeiten angelegt.

- Die "State of the Art"-Tagungen, die publizierten Monographieschriften sowie die Schaffung des Lenkungsausschusses und der Fachkommissionen stellen wichtige Schritte in dieser Richtung dar.
- Es zeigen sich zur Zeit verschiedene Probleme bei der Initiierung und Pflege einer interdisziplinären Denk und Arbeitskultur in den Fachkommissionen.
- Es lässt sich eine unausgewogene Zusammenstellung der Fachkommissionen bezüglich der Aufgabenstellung der Programme feststellen. Auffallend ist insbesondere eine mangelhafte Vertretung von Gesundheitswissenschaften und Public Health.
- Es wurden bisher zu wenig Mediatorengruppen in die Entwicklung und Umsetzung der Programme (z.B. AllgemeinpraktikerInnen) einbezogen.
- Generell zeigt sich eine mangelnde Vernetzung mit nationalen und regionalen Akteuren, welche wichtige Partnerorganisationen darstellen. Im Rahmen dieser Studie konnte den Ursachen dieses Mangels (Bereitschaft und Möglichkeiten zur Zusammenarbeit auf den verschiedenen Seiten) nicht nachgegangen werden.

## ZUSAMMENFASSUNG DER PROGRAMMSPEZIFISCHEN ERGEBNISSE

### Brustkrebs

Die bisher vorliegende Konzeptarbeit konzentriert sich stark auf eine Erarbeitung des wissenschaftlichen Kenntnisstandes zur Entstehung von Brustkrebs. Ebenfalls erarbeitet wurde ein sehr umfassender Katalog von möglichen Strategien. Weniger bis gar nicht vorhanden sind Überlegungen und Vorgaben zur konkreten Vorgehensweise. Die Arbeit des Programms und der Fachkommission war von personellen und inhaltlichen Brüchen gezeichnet, welche das Fortschreiten der Arbeiten erschwerten. Bisher hat sich das Programm fast ausschliesslich der Einführung des Mammographie-Screenings gewidmet. Im Verlauf dieser Vorbereitungsarbeit verlangte eine neue gesetzliche Regelung bezüglich dieses Screenings eine weitreichende Änderung der geplanten Vorgehensweise. Die Arbeit innerhalb der Fachkommission wird von den befragten Mitgliedern als klar unbefriedigend geschildert. Die nach der Gründung der Stiftung zur Früherkennung von Krebs notwendige Neuorientierung sollte zur Reflexion über Prioritäten im Programm, Erarbeiten eines konkreten Aktionsplans in der Fachkommission genutzt werden. Die von der Programmleiterin geplante nähere Zusammenarbeit mit den kantonalen Krebsligen erachten wir als sinnvolle Weiterentwicklung des Programms. Das bisher im Rahmen des Programms Erreichte ist für die Beteiligten nicht zufriedenstellend und weicht von den Zielsetzungen ab, was u.a. auch auf die schwierige politische Lage bezüglich der kantonalen Umsetzung des Mammographie-Screenings zurückzuführen ist. Es wird kritisiert, dass weder die Stiftung noch die Krebsliga selbst die nötige politische Legitimation hat, um diese Aufgabe sinnvoll bewältigen zu können.

### Hautkrebs

Im Rahmen der Konzeptualisierung des Hautkrebsprogramms wurde eine wissenschaftlich fundierte und detaillierte Grundlage zur Ätiologie, zu den Risikogruppen und Risikofaktoren des Hautkrebses in der Schweiz erarbeitet. Hingegen wurde das bestehende Interventionswissen zur Prävention von Hautkrebs nur marginal einbezogen. Die Zielsetzungen zur Bekämpfung

des Hautkrebs sind im Strategieplan grösstenteils sehr vage und teilweise unklar gefasst. Besonders lückenhaft sind die Zielsetzungen in Bezug auf die Früherkennung des Hautkrebses. Welcher Teil der Bevölkerung soll wie oft und unter welchen Bedingungen eine dermatologische Vorsorgeuntersuchung besuchen? Wie soll dies erreicht werden? Wie kann die Qualität des Prozederes kontrolliert werden? Auch in anderen Interventionsbereichen fehlt es an konkreten, am Kontext des Programms orientierten Zwischenzielen, welche überprüft werden könnten. Die für das Programm gesetzten Prioritäten (Hauptgewicht auf Prävention und Früherkennung) werden von den befragten Fachleuten als sinnvoll erachtet.

Das Hautkrebsprogramm war bisher in drei Bereichen aktiv (Prävention, Früherfassung und Therapie-Guidelines). Vor allem die TV-Spots im Rahmen der Präventionskampagnen wurden von einem grossen Teil der Bevölkerung wahrgenommen. Im Rahmen des Hautkrebsprogramms konnte eine breite Unterstützung durch Sponsoren erreicht und somit grosse Geldsummen für die Prävention des Hautkrebses in der Schweiz organisiert werden. Die Steuerung des Programms ist aber dadurch auch in einer gewissen Gefahr, zu stark durch externe Faktoren beeinflusst zu werden. Bei der erstmals durchgeführten Kampagne bezüglich Früherkennung fällt auf, dass entsprechend den marginalen konzeptuellen Vorgaben unklar bleibt, wer mit dieser Aktion erreicht werden soll und was längerfristig damit angestrebt wird. Kritische Punkte bei der bisherigen Umsetzung sind die fehlende lokale Vernetzung dieser Aktionen, die punktuelle Vorgehensweise und die ungeklärte Frage wie mit solchen Einzelaktionen die eigentliche Zielgruppe erreicht werden kann. Die bisher bestehende Fachkommission ist zu einseitig auf das Fachwissen der klinischen Experten ausgerichtet. In Bezug auf die für das Programm zentralen Verhaltensänderung der Bevölkerung fehlt sowohl in der Programmleitung wie auch in der Fachkommission das Fachwissen. Die Kampagnen werden regelmässig durch Evaluationsstudien begleitet, welche Hinweise auf Fortschritte bezüglich der Zielerreichung machen können. Diese Evaluationskultur erachten wir als sehr positiv. Die Evaluationsstudien sollten aber durch bestimmte Fragestellungen erweitert werden. Bei der Vernetzung des Programms zeigen sich noch wichtige Lücken, die in Bezug auf das Erreichen von nachhaltigen Wirkungen bedeutsam sind.

## Lungenkrebs

Sowohl die Monographie zum Lungenkrebs wie auch das Strategiepapier sind von einer ganzheitliche Perspektive der Problemstellung geprägt. Es wurde eine fundierte Darstellung des relevanten Ätiologie- und Interventionswissen erarbeitet. Die bezüglich des Programms gesetzten Prioritäten wurden unter Berücksichtigung des Kontexts des Programms bestimmt und scheinen sinnvoll. Es wurde ein umfassender Katalog von Zielsetzungen und Massnahmen unter Berücksichtigung von politischen Aspekten des Problems zusammengestellt. Bis anhin existiert aber kein konkreter Umsetzungsplan, welcher realisier- und überprüfbar Zwischenziele beinhalten würde. In der Fachkommissions-Arbeit zeigen sich verschiedene Probleme, welche zu Verstimmungen von wichtigen Partnern und Fachpersonen geführt haben. Das Programm wurde zum Zeitpunkt der Befragung denn auch als kaum oder gar nicht vernetzt wahrgenommen, obwohl es sich in einem stark aktiven Feld bewegt. Die Problematik wurde von der Programmleitung erkannt: Eine neue Fachkommission soll zusammengestellt und ein interdisziplinär ausgerichteter Präsident gefunden werden. Zusätzlich sollen die einzelnen Projekte durch interdisziplinäre Expertenteams begleitet werden. Die bisher realisierten Massnahmen bestehen erstens in der Schaffung einer politischen Lobbystelle, deren Finanzierung gesichert ist, die aber personell noch nicht besetzt wurde und zweitens in der Lancierung einer grossangelegten Präventionskampagne zur Rauchentwöhnung ('Milestone'). Diese Kampagne



soll in der Folge begleitend evaluiert werden, was insbesondere deshalb sehr wichtig ist, da es sich um eine neuartige Vorgehensweise handelt, deren Wirksamkeit und insbesondere Nachhaltigkeit von den befragten Experten in Frage gestellt wird.

## Darmkrebs

Zur Zeit der Verfassung des vorliegenden Berichts befindet sich das Darmkrebsprogramm noch in der Phase der Konzeptualisierung. Das bisher vorliegende Material wird von den Mitgliedern der Fachkommission als sinnvoll und zweckmässig formuliert beurteilt. Die im Strategieplan formulierten Zielsetzungen sind aber grösstenteils sehr vage formuliert. Es fehlen auch hier konkrete Zwischenziele, welche die Ableitung von konkreten Massnahmen und die Evaluation von Zwischenschritten ermöglichen würde. Zukünftig ist auf der Ebene der Konzeptualisierung der verschiedenen Projekte eine präzisere Definition der Ziele geplant. Im Auftrag des Programms wird im Moment eine Studie zum bestehenden Interventionswissen bezüglich Ernährungskampagnen erarbeitet, welche dann der weiteren Planung zugrunde liegen soll; eine Vorgehensweise, die wir als sehr sinnvoll erachten. Die Arbeit in der Fachkommission wird von den Mitgliedern als fruchtbar wahrgenommen. Der Programmleiter fühlt sich durch die Fachkommission gestützt und kann bestimmte Aufgaben delegieren. Die angestrebte interdisziplinäre Meinungsbildung und Arbeitskultur konnte sich bisher in der Fachkommission noch zu wenig ausbilden. Es fällt auch in diesem Programm auf, dass wichtige Mediatoren (z.B. Allgemeinpraktikern) bisher nicht einbezogen wurden. Bei der Vorbereitung der geplanten Pilotstudie zum Screening des Darmkrebses zeigen sich verschiedene kritische Aspekte (Wissenschaftliche Qualität des Designs, Finanzierungsentscheidungen, Zusammensetzung der Expertengruppe).

## EMPFEHLUNGEN

### Programmübergreifende Empfehlungen

- Erstellung von Aktionsplänen, welche es erlauben realistische und überprüfbare Zwischenziele zu definieren.
- Transparentmachen der Kriterien, welche zur Wahl von bestimmten Massnahmen führen.
- Kritische Diskussion der Bedeutung von impliziten und expliziten Zielsetzungen.
- Fragestellungen durch externe Evaluation untersuchen lassen, welche die Erreichung von programmbezogenen Zwischenzielen überprüfen soll.
- Anpassung und Anwendung des Rasters zur Dokumentation und Beurteilung der Umsetzung der Programme sowie Institutionalisierung eines Reflexionsprozesses im Team.
- Verbesserung der interdisziplinären Denk- und Arbeitsweise in Fachkommission anstreben.
- Verstärkung der Vertretung von Gesundheitswissenschaftlern und Public-Health-Experten in Fachkommissionen.

- Verstärkung der Bemühungen zur Lancierung von partizipativen Prozessen mit nationalen und regionalen Partnerorganisationen sowie mit wichtigen Mediatoren.

### Ergänzende programmspezifische Empfehlungen

Ausgehend von den heute vorliegenden Informationen, können zusätzlich zu den allgemeinen Empfehlungen einige programmspezifische Empfehlungen ergänzt werden.

#### **Brustkrebsprogramm:**

- Berücksichtigung von Empowerment-Strategien in Bezug auf zukünftige Präventionsprojekte (z.B. Bewusstmachen von gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen, welche die durch das Programm empfohlenen Verhaltensweisen (z.B. lang dauerndes Stillen) erst ermöglichen würden.
- Versuch, die Arbeitsorganisation in der Fachkommission zu verbessern (Kontinuität, Transparenz der Entscheidungen, klare Aufgabenzuteilung).

Verstärkte Zusammenarbeit mit der psychosozialen Sektion der SKL, wobei diese Kooperation auch von SKL-externen Personen wahrnehmbar sein sollte.

#### **Hautkrebsprogramm:**

- Klärung der Zielsetzungen, welche in der Früherfassung angestrebt werden und Ausarbeitung der dementsprechend notwendigen Massnahmen unter Berücksichtigung der dafür wichtigen Partner und Mediatoren sowie des politischen Kontexts.
- Kritische Reflexion in Programmleitung und Fachkommission über eine mögliche Konkurrenzierung der programminternen Zielsetzungen durch die Zielsetzungen bezüglich der Gewinnung von Fremdmitteln.
- Integration von weiteren wichtigen Mediatoren für die Früherfassung (z.B. Allgemeinpraktiker, niedergelassene Dermatologen).
- Vernetzung mit nationalen und regionalen Präventionsfachstellen mit dem Ziel, eine lokale Verankerung der Projekte zu erreichen.

#### **Lungenkrebsprogramm:**

- Die begleitende Evaluation der Kampagne 'Milestone' sollte eine Überprüfung der Erreichung der Zielgruppe, Initiierung und Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen beinhalten.
- Information der Mitglieder der ehemaligen Fachkommission über die Schaffung einer neuen Kommission, deren Aufgaben und fachliche Zusammensetzung.
- Anstreben einer nationalen und lokalen Vernetzung der Aktivitäten insbesondere im Bereich der Tabakprävention.

#### **Darmkrebsprogramm:**

- Wird zu einem späteren Zeitpunkt eine effektive Pilotstudie (mit weitergehender Fragestellung als nur Compliance und mit generalisierbaren Ergebnissen) zum Screening durchgeführt, sollte die Studie neben den Gastroenterologen auch durch ein interdisziplinäres Team durchgeführt werden.

näres Expertenteam (u.a. mit Vertretung der Epidemiologie, Public Health, Ökonomie, Allgemeinmedizin) geplant und begleitet werden.

- Empfehlenswert scheint uns auch die Versuche weiterzuführen, die Schweizerische Vereinigung für Ernährung zu einem späteren Zeitpunkt doch noch in die Programmarbeit zu integrieren.

## Glossar der verwendeten Abkürzungen

<b>AT</b>	Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>BSV</b>	Bundesamt für Sozialversicherungen
<b>FMH</b>	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
<b>FK</b>	Fachkommissionen der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme (früher Arbeitsgruppen genannt)
<b>HIV</b>	Menschliches Immundefektvirus (Human Immuno Deficiency Virus)
<b>ILCO</b>	Solidargemeinschaft und Interessenvertretung der Stomaträger
<b>ISPM</b>	Institut für Sozial- und Präventivmedizin
<b>KLV</b>	Krankenpflege-Leistungsverordnung
<b>KSK</b>	Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer
<b>KVG</b>	Krankenversicherungsgesetz
<b>LA</b>	Lenkungsausschuss der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme
<b>LSV</b>	Lichtschutzfaktor
<b>MPT</b>	Massnahmenpaket Tabak des Bundesamtes für Gesundheit
<b>NKBP</b>	Nationale Krebsbekämpfungsprogramme
<b>PM</b>	Projektmanagement
<b>SDK</b>	Sanitätsdirektorenkonferenz
<b>SFA</b>	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme
<b>SKL</b>	Schweizerische Krebsliga
<b>SVE</b>	Schweizerische Vereinigung für Ernährung
<b>UEPP</b>	Institut universitaire de médecine sociale et préventive
<b>WHO</b>	World Health Organization

# 1 EINLEITUNG

Im Folgenden soll als Einleitung kurz auf den historischen Hintergrund der nationalen Krebsbekämpfungsprogramme eingegangen werden und das Evaluationsprojekt vorgestellt werden. Danach folgt eine kurze Beschreibung des Dachkonzepts, welches den gemeinsamen Public-Health-bezogenen Hintergrund der vier Programme darstellt. Im zweiten bis sechsten Kapitel werden die vier Programme vorgestellt. Im siebten Kapitel werden programmübergreifende Überlegungen beschrieben.

## 1.1 HINTERGRUND DER NATIONALEN KREBSBEKÄMPFUNGSPROGRAMME

Anfangs der 90er-Jahre publizierte die WHO eine Schrift, in welcher die einzelnen Staaten aufgefordert wurden, eine umfassende Krebsbekämpfungspolitik zu entwickeln. In dem Dokument wurde besonders zu einer ganzheitlichen Vision aufgerufen, welche folgende Elemente fördern soll: gesunde Lebensweise, Prävention, Früherkennung, Diagnostik, Behandlung, psychosoziale Begleitung und Rehabilitation. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) nahm 1994 mit der Schweizerischen Krebsliga Kontakt auf, um ein nationales Krebsbekämpfungsprogramm ins Leben zu rufen. Die Schweizerische Krebsliga übernahm die Konzeptualisierung und Realisation des Programmes. Ein Lenkungsausschuss wurde zusammengestellt, um den Prozess zu begleiten und die Koordination der Aktivitäten zu erleichtern. Dieser Ausschuss, welcher sich im Lauf der Jahre konsolidierte, vereinigt VertreterInnen der verschiedenen Partnerorganisationen, welche für Realisation dieses Programmes zentral sind. Das sind das Bundesamt für Gesundheit, die Schweizerische Krebsliga, die FMH, die nationalen Ligen, Stiftung 19, das Bundesamt für Sozialversicherungen, das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer, die Sanitätsdirektorenkonferenz, das Schweizerische Institut zur experimentellen Krebsforschung, das Schweizerische Institut zur angewandten Krebsforschung und die Internationale Vereinigung zur Krebsforschung.

Es wurde beschlossen, sich auf die Bekämpfung von vier Krebstypen zu konzentrieren: Brust, Haut, Lunge und Darm. Im Moment wird über zwei weitere Programme diskutiert, welche sich mit dem Prostata und dem Cervix-Krebs beschäftigen würden. Es gibt heute vier Leiter für die bestehenden Programme, welche dem Bereichsleiter Nationale Programme unterstellt sind. Für jedes Programm wurde eine Fachkommission zusammengestellt, welche das Programm wissenschaftlich begleiten soll.

Die gemeinsame Vision, die übergeordneten Zielsetzungen und die Rolle der verschiedenen Organisationen wurden in einem Dachkonzept (Somaini, 1998) festgehalten.

Den Programmen wurden folgende generelle Zielsetzungen vorgegeben:

- Senken der Krebsinzidenzrate,
- Reduktion der Krebsmortalität,
- Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Personen.

## 1.2 DAS EVALUATIONSPROJEKT

1998 schrieben die Schweizerische Krebsliga und das Bundesamt für Gesundheit eine Globalevaluation der nationalen Krebsbekämpfungsprogramme aus. Das Mandat wurde an ein Konsortium, welches die fünf Schweizerischen Institute für Sozial- und Präventivmedizin vereinigt, übergeben. Die Arbeit wurde gemäss den jeweiligen fachlichen Kompetenzen zwischen den einzelnen Instituten für Sozial- und Präventivmedizin aufgeteilt und die Koordination durch die Unité d'évaluation de programmes de prévention (UEPP) des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne wahrgenommen. Für die Globalevaluation der nationalen Krebsbekämpfungsprogramme wurden von 1999–2002 jährlich Fr. 200'000.-budgetiert.

Es handelt sich dabei um eine Globalevaluation, welche sich schwerpunktmässig auf die Ebene der Programmkonzipierung und -umsetzung konzentriert und nicht auf die im Rahmen der Programme durchgeführten einzelnen Teilprojekte. Die Vorstudie der Globalevaluation, welche in der zweiten Hälfte des Jahres 1999 durchgeführt wurde, umfasste drei Studien: Studie 1 zu den programmübergreifenden Fragestellungen; Studie 2 zum Inventar der vorhandenen Datenquellen und Indikatoren und Studie 3 (welche in diesem Bericht vorgestellt wird) zu programmspezifischen Fragestellungen. Für weitere Informationen zur Globalevaluation verweisen wir auf den Bericht von Dubois-Arber & Gervasoni (2000) zur Studie 1 der Globalevaluation. Obwohl die drei Studien unterschiedliche Schwerpunkte haben, kann eine gewisse Überschneidung der Fragestellungen nicht umgangen werden. Insbesondere die Studien 1 und 3 sind trotz grösstenteils unterschiedlicher Datenquellen und Gesprächspartner auf ähnliche Themen gestossen, was eine gewisse Redundanz des Inhalts zur Folge hatte.

### 1.2.1 Zielsetzungen und Fragestellungen der Studie 3

Im Rahmen der Globalevaluation hatte die Studie 3 drei zentrale Fragestellungen zu bearbeiten:

- Sind Konzeption und Durchführungspläne der einzelnen Programme relevant und zweckdienlich?
- Welche Stärken und Schwächen liessen sich bei der Umsetzung der einzelnen Programme bisher erkennen?
- Welche Instrumente zur Dokumentation und Selbstevaluation wurden innerhalb der Programme bereits entwickelt und welcher Bedarf besteht diesbezüglich für die Zukunft?

Im Einzelnen wurden folgende Fragestellungen untersucht:

#### **Konzeptualisierung der Programme:**

Inwieweit wurde das Dachkonzept bei der Konzeptarbeit zu den Programmen berücksichtigt?

Konnte dadurch eine gemeinsame Klammer, eine gemeinsame Basis der Programme erreicht werden?

Welche sind die Ziele, Zielgruppen und Massnahmen der einzelnen Programme? Und wie werden diese begründet, respektive aus welchen Grundlagen abgeleitet?

Ist das erarbeitete Konzept mit den wissenschaftlichen Grundlagen, welche im „State of the Art“-Bericht festgehalten sind, in Einklang, ist es relevant und zweckdienlich?

**Vernetzung der Programme:**

Wie gut gestaltet sich die Zusammenarbeit mit der Fachkommission und mit den externen Partnern?

**Umsetzung der Programme:**

Welche Massnahmen wurden bereits umgesetzt und mit welchen Erfahrungen?

Wurden diese Massnahmen evaluiert? Was sind die Ergebnisse?

Wie werden die Prioritäten zur Umsetzung von bestimmten Massnahmen begründet?

Wie beurteilen die ProgrammleiterInnen die inhaltlichen und organisatorischen Vorgaben und Bedingungen sowie die zur Verfügung stehenden Ressourcen in Bezug auf die Realisierung der Programme?

Wie gross ist die Zufriedenheit der an den Programmen Beteiligten mit der unmittelbaren und weiteren Arbeitssituation?

### 1.2.2 Methodik der Studie 3

Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Zeit musste eine Beschränkung auf einige zentrale Informationsquellen erfolgen. Entsprechend den oben aufgeführten Fragestellungen wurden folgende Quellen berücksichtigt:

**Programminterne Schriften:**

- Dachkonzept der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme.
- Monographien als Ergebnis der ‘State of the Art’-Konferenzen zu den Programmen Brustkrebs, Hautkrebs und Lungenkrebs. Die Monographie zum Darmkrebs ist zur Zeit noch in Bearbeitung.
- Strategie- oder Aktionspläne, welche durch die Fachkommissionen der Programme erarbeitet wurden. Eine noch nicht verabschiedete vorläufige Version zum Darmkrebsprogramm lag uns vor.
- Einzelne zusätzliche Dokumentationen zu bestimmten Aktivitäten der Programme.
- Verschiedene Evaluationsberichte, welche im Rahmen der NKBP zu einzelnen Programmbausteinen oder als Vorstudien durchgeführt wurden.

**Programmexterne Literatur:**

- National Cancer Control Programmes (WHO, 1995).
- Harvard Report on Cancer Prevention (Harvard School of Public Health, 1996).

**Interviews:**

- Persönliche Interviews mit den vier ProgrammleiterInnen.

- Telefonische Interviews mit 12 Mitgliedern der Fachkommissionen<sup>a</sup> (Liste siehe Anhang).
- Persönliche Gespräche mit dem Bereichsleiter der Nationalen Programme, Dr. med. Andreas Biedermann sowie dem Verantwortlichen für die Evaluationsstudien Herrn Hans Krebs, Zürich.

#### **Einschränkungen der Aussagekraft dieser Studie**

Die Aussagekraft dieser Studie ist durch den Umstand eingeschränkt, dass wichtige Basisinformationen nur schwer oder gar nicht zugänglich waren, da von der Programmleitung bisher keine eigentliche Programmdokumentation geführt wurde. Teilweise verfügen selbst die verantwortlichen ProgrammleiterInnen nicht über die Grunddaten der Programme, was auf die Fluktuation in der Leitung und die fehlende systematische Dokumentation zurückgeführt werden muss. Dies macht es für die Evaluation schwieriger, den bisherigen Verlauf zu beschreiben und zu beurteilen. Die bis anhin realisierten Massnahmen wurden zudem nicht oder nicht systematisch dokumentiert. Auch war es im Rahmen dieser ersten Phase des Evaluationsauftrags und der zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich, fehlenden Informationen ausführlich genug nachzugehen.

Ein weiterer, die Aussagekraft dieses ersten Zwischenberichts einschränkender Punkt, ist die Beschränkung auf einige zentrale Informationsquellen. So musste beispielsweise zum jetzigen Zeitpunkt noch darauf verzichtet werden, externe Fachpersonen (die nicht in Fachkommission integriert sind), Partnerorganisationen, VertreterInnen der betroffenen Verwaltung oder politische Entscheidungsträger sowie die verschiedenen Zielgruppen zu den vier Programmen zu befragen, so dass der Kontext, in welchem sich die Programmaktivitäten bewegen, nicht adäquat erfasst und abgebildet werden kann.

Bei der Interpretation des vorliegenden Berichts muss daher darauf verwiesen werden, dass es sich um *vorläufige Ergebnisse und Schlussfolgerungen* aufgrund der uns zum jetzigen Zeitpunkt zugänglichen Informationen handelt. Die Ergebnisse sollen in erster Linie als Grundlage für eine Diskussion mit der Programmleitung und zur Klärung der zukünftigen Ausrichtung der Evaluation dienen.

### **1.3 GRUNDLAGEN DER KONZEPTUALISIERUNG DER VIER PROGRAMME**

Als Basis zur Bestimmung der übergeordneten Zielsetzungen und der zentralen Strategien sowie als gemeinsame Klammer für die vier nationalen Programme, wurde ein Dachkonzept (Somaini, 1998) erarbeitet. Als Ausgangspunkt für jedes Programm wurde eine „State of the Art“-Tagung mit nationalen ExpertInnen durchgeführt. Das an diesen Tagungen erarbeitete Material wurde in einer Monographie-Schrift veröffentlicht. Es liegen bisher drei solche Monographien vor (diejenige zum Darmkrebsprogramm ist zur Zeit der Verfassung des vorliegenden Berichts noch nicht fertig erstellt). Ausgehend vom Dachkonzept und der Monographie sollte in den verschiedenen Fachkommissionen (ehemals Arbeitsgruppen) ein Plan (Strategie- oder Aktionsplan) erarbeitet werden, welcher die programmspezifischen Zielsetzungen und Vorgehensweisen definiert.

---

a Die Auswahl der Mitglieder der Fachkommission erfolgte soweit möglich nach den folgenden Kriterien: Erfassung von wichtigen Partnerorganisationen des Programms, Berücksichtigung von Vertretern verschiedener Unterarbeitsgruppen, resp. Zielbereichen.



In der Abbildung 1.1 weiter unten werden die verschiedenen Elemente der Konzeptualisierung der vier Programme dargestellt.

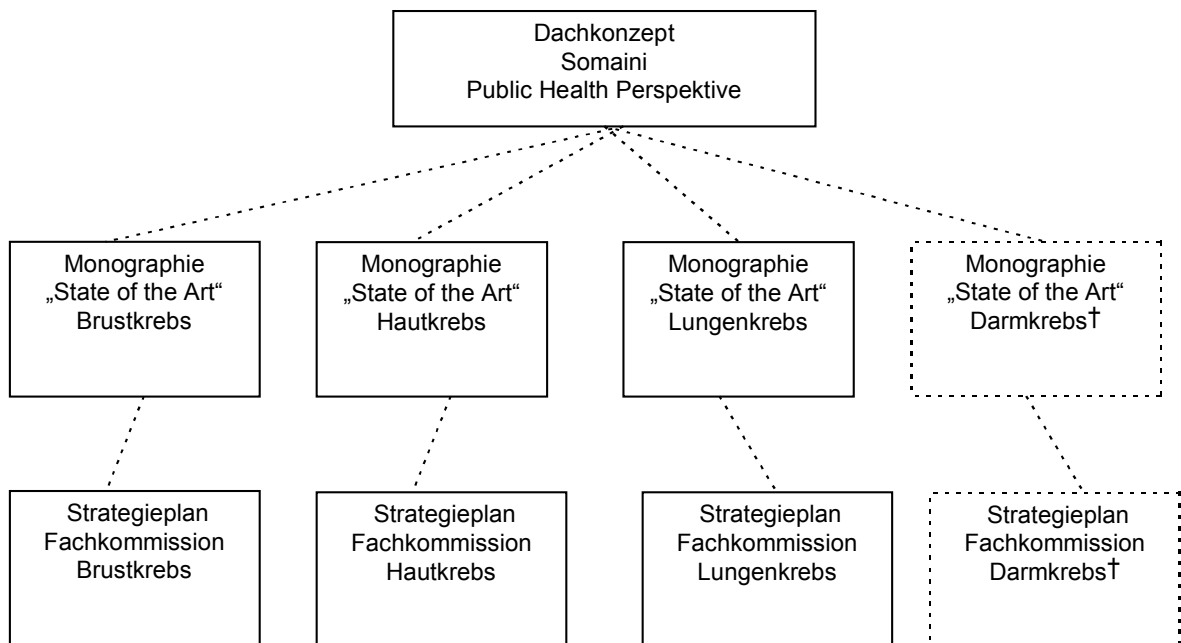
Zielsetzung des von Somaini im Auftrag der Schweizerischen Krebsliga und des Bundesamtes für Gesundheit verfassten Dachkonzepts ist es, dass „alle Beteiligten in einem Programm oder in Projekten und Angeboten, aber auch bei ihrer eigenen Arbeit eine klare Ausrichtung haben,“ (Somaini, 1998, S.1).

Das Dachkonzept orientiert sich an folgenden gesundheitspolitischen Grundlagen:

- WHO (1995) „National Cancer Control Programmes“,
- weitere WHO Empfehlungen wie „Ottawa Charta“ und „Gesundheit für alle“,
- verschiedene Schriften der Stiftung 19,
- Konzepte aus den Bereichen HIV/Aids sowie Umwelt und Gesundheit.

Das Dachkonzept beschreibt die übergeordneten Zielsetzungen oder Visionen der vier Programmen, die Hauptziele, die Zielbereiche, deren Bedeutung je nach Krebsart unterschiedlich gewichtet werden müssen, die Methoden, welche angewendet und die ethischen Prinzipien und Leitsätze, welche bei der Planung von konkreten Massnahmen berücksichtigt werden sollen. Im Folgenden sollen die wichtigsten Punkte dieses Grundlagenpapiers vorgestellt werden, um die Umsetzung dieser Leitgedanken in den Konzepten der einzelnen Programmen später nachvollziehen zu können.

**Abbildung 1.1** Übersicht über die Elemente der Konzeptualisierung der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme



(† Diese beiden Papiere liegen zur Zeit noch nicht in der endgültigen Version vor)

- b Alle vorliegenden Strategiepläne werden einheitlich Strategiepläne genannt, auch wenn es wie im Brustkrebsprogramm „Aktionsplan“ genannt wird, da sie dem Charakter nach strategisch ausgerichtet sind.

### 1.3.1 Zielsystem

Es werden vier Oberziele definiert, wobei das erste am allgemeinsten und umfassendsten ausgerichtet ist:

1. Verringerung der Krebsprobleme in der Schweizer Bevölkerung,
2. Senkung der Inzidenz (Neuauftrittensrate von Krebserkrankungen),
3. Senkung der Mortalität (Sterblichkeitsrate aufgrund von Krebserkrankungen),
4. Erhöhung der Lebensqualität von Krebskranken.

Als wichtiger Aspekt der Vision des Dachkonzepts wird ein bestimmtes Menschenbild definiert (ebd., 5): Es handelt sich dabei um das Prinzip der selbstverantwortlichen Persönlichkeit bezogen auf die gesamte Lebensphase. Implizit wird dabei die These formuliert, dass eine Person sich dann gesundheitsförderlich und krankheitsverhütend verhalten wird, wenn sie über genügend Wissen und Ressourcen verfügt und in einer gesundheitsförderlicher Umgebung lebt. Auf dieser Prämisse werden dann die folgenden Hauptziele abgeleitet:

Die Menschen sollen sein:

- informiert, fähig, motiviert,
- eine Wahl zu treffen, die ihrem Lebenskontext und ihrem Wohlbefinden angepasst ist,
- ihre Lebensqualität erhöht und Krebsprobleme verringert.

Die Gesellschaft schafft Rahmenbedingungen, welche diesen Outcome unterstützen, zu diesen Rahmenbedingungen gehören die Sozialordnung und die Lebensverhältnisse.

### 1.3.2 Gewichtung der Zielsetzungen und Interventionsbereiche

Abgeleitet aus den vier Oberzielen muss je nach Krebsart der Schwerpunkt der Intervention etwas anders definiert werden. Kriterien zur Definition dieser krebspezifischen Zielbestimmung sind: die je nach Krebsart spezifischen Risiken, die Lebensphase der Betroffenen, die mit der Krankheit verbundenen Wertvorstellungen, die Lebenssituation der Betroffenen, die bevölkerungsbezogene Belastung sowie geschlechtsspezifische Aspekte.

Es werden sechs generelle Zielbereiche definiert, welche nach den obengenannten Kriterien für die vier Krebsprogramme gewichtet werden müssen:

1. Gesundheitsförderung<sup>c</sup>,
2. Prävention,
3. Früherkennung,
4. Diagnostik,
5. Therapie,
6. Beratung und Betreuung.

---

c In Bezug auf den Zielbereich der Gesundheitsförderung interessiert auch die Definition von Gesundheit: „Optimales Gleichgewicht zwischen physischer, emotionaler, sozialer, spiritueller und mentaler Gesundheit“ (ebd., S.5).

Drei zusätzliche projektbezogene Zielbereiche sind die Implementationsforschung, der Wissens- und Kompetenztransfer sowie die Qualitätsicherung der Programme.

### 1.3.3 Strategien und Methoden

Wie aus dem zugrundeliegenden Menschenbild ersichtlich, soll es nicht darum gehen, den Menschen die Verantwortung für ihr Handeln abzunehmen, sondern förderliche Rahmenbedingungen (Umwelt, soziale Bedingungen) zu schaffen, welche weniger gesundheitsschädigend sind und gesundheitlich günstiges Verhalten fördern. In Bezug auf definierbare Risikogruppen ist es wichtig, Hilfe zur Selbsthilfe sowie die Förderung der eigenen Kompetenzen zu aktivieren oder zu stützen.

#### **Krebsbekämpfung durch Verhaltensmodifikationen**

Je nach Krebsart ist das Verhalten der Personen von entscheidender Bedeutung für das Risiko, an Krebs zu erkranken, die Erkrankung rechtzeitig zu erkennen oder mit der Krankheit und den Konsequenzen möglichst gut umgehen zu können. Verhaltensänderungen können durch Wissensvermittlung alleine kaum erreicht werden.

Als wichtige Elemente von Verhaltensmodifikationen werden folgende Punkte aufgeführt:

- Wissen muss so vermittelt werden, dass es von den Betroffenen in Handlung umgesetzt werden kann. Die Handlungskompetenzen müssen verbessert werden.
- Personale Ressourcen sind wichtige Voraussetzungen (z.B. Kohärenzsinn) für dauerhafte Verhaltensänderungen.
- Eine Verhaltensmodifikation erfolgt am ehesten, wenn ein substanzieller Nutzen mit hoher Wahrscheinlichkeit eintritt, der Belohnungsaufschub nur kurz ist und der subjektive Nutzen die Kosten übersteigt.
- Die Problematik der langen Latenzzeit bei der Krebsentstehung muss deshalb in den vorgesehenen Präventionsprojekten sinnvoll angegangen werden.
- Verhaltenspsychologie sollte als Wissensgrundlage berücksichtigt werden.
- Ebenfalls wichtig ist die Beachtung der Normen, welche den gesundheitsschützenden wie auch -gefährdenden Verhaltensweisen zugrunde liegen und welche je nach Lebensabschnitt stark variieren können.
- Social Marketing wird als ergänzende Methode vorgeschlagen.

#### **Krebsbekämpfung durch Verhältnismodifikation**

Kontextfaktoren haben einen direkten (kanzerogene Stoffe in der Umgebung, etc.) oder indirekten Einfluss (Beeinflussung von Gesundheitsverhalten, gesundheitsschützenden Ressourcen, Zugänglichkeit von schädigenden Konsummitteln, etc.) auf das Krebsrisiko.

Struktur- und umweltbezogene Massnahmen haben sich oft als nachhaltiger in der Wirkung erwiesen und werden deshalb immer mehr als zentrale Strategien empfohlen.

#### **Evidenzgestütztes Vorgehen**

Um ein evidenzgestütztes Vorgehen zu ermöglichen und damit auch die Effektivität und Effizienz der Programme zu steigern, wird gefordert, dass neue epidemiologische Erkenntnisse, Forschungsergebnisse, etc. laufend in die Projektplanung einbezogen werden sollen.

### **Kundenorientierte Umsetzung**

Die drei Ebenen Bevölkerung, Zielgruppe und Individuum sind Handlungsebenen, welche im Hinblick auf eine bedürfnisorientierte Vorgehensweisen berücksichtigt werden sollen. „Von der Gesundheitsförderung über Prävention zur Therapie bis zur Betreuung (Begleitung und Unterstützung) werden die Massnahmen immer spezifischer und individueller“ (ebd., S.10).

#### 1.3.4 Ethische Grundwerte

Im Dachkonzept werden folgende ethische Werte formuliert, die bei der Umsetzung der Programme berücksichtigt werden sollen:

1. Partnerschaft (Vernetzung mit Institutionen, partizipative Ausrichtung der Projekte auch in Bezug auf Bevölkerung),
2. Solidarität und Akzeptanz,
3. Chancengleichheit (Geschlecht, sozioökonomischer Status, Wohnort),
4. Menschenrechte.

#### 1.3.5 Zusammenfassung

Das Dachkonzept gibt die Oberziele vor, welche mit den nationalen Programmen angestrebt werden sollen und umschreibt eine Art „Universum“ der Stossrichtungen, welche im Kontext mit Bekämpfung von Krebsproblemen denk- und wünschbar sind. Dazu wird betont, dass je nach Problemsituation der Krebsarten andere Prioritäten gesetzt werden müssen, wobei die Kriterien für diese Prioritätensetzung nur sehr allgemein definiert sind (grösstmögliches Wohl der Gemeinschaft und des Einzelnen unter Berücksichtigung der Krankheitsbelastung, des Alters der Betroffenen und der gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen im Kontext der Krankheit). Im Bereich der Umsetzung werden entsprechend dem Charakter eines Dachkonzepts nur grobe Leitlinien vorgegeben mit Hinweis auf die zwei Bereiche Verhaltens- und Verhältnismodifikation sowie die Prinzipien, welche bei der Planung von Massnahmen berücksichtigt werden sollen (wissenschaftliche Grundlage, evidenzgesteuerte Planung, ethische Prinzipien, Kundenorientierung, etc.).

## 2 NATIONALES PROGRAMM ZUR BEKÄMPFUNG DES BRUSTKREBSSES

### 2.1 EINLEITUNG

Dieses einführende Kapitel ist so aufgebaut, dass zuerst das dem Programm zugrundeliegende Problem (Art und Ausmass des Problems Brustkrebs in der Schweiz) anhand der Angaben aus der Monographie Brustkrebs vorgestellt wird. Als zweites folgt eine kurze Beschreibung der wichtigsten Daten zum Brustkrebsprogramm selbst.

#### 2.1.1 Problemstellung

Im Jahr 1990 starben weltweit ca. 325'000 Frauen an Brustkrebs. Brustkrebs ist die weltweit häufigste krebsbedingte Todesursache der Frau und tritt deutlich häufiger in reichen und hochentwickelten Staaten mit westlichem Lebensstil (am höchsten in den USA, Kanada und Westeuropa) auf. Bei Männern tritt diese Krankheit nur vereinzelt auf (in etwa 1% aller Fälle ist ein Mann betroffen). In der Schweiz wird jährlich bei schätzungsweise 3'500 Frauen eine Brustkrebsdiagnose gestellt. Das lebenslange Risiko an Brustkrebs zu erkranken liegt bei den Schweizer Frauen mit einer Wahrscheinlichkeit von 1:12 sehr hoch. Die altersstandardisierte Mortalitätsrate pro 100'000 Personen, beträgt für die Schweiz 25 und gehört damit innerhalb von Europa zu den Ländern mit höherer Brustkrebs-Sterberate als ihre angrenzenden Nachbarländer, aber mit nicht so hohen Raten wie Grossbritannien, Niederlande, Belgien und Dänemark. Die Inzidenzen in den Kantonen Genf, Waadt und Basel gehören zu den höchsten Europas. Jedes Jahr sterben näherungsweise 1'600 Frauen in der Schweiz an dieser Krankheit. Dank Verbesserung moderner Behandlungsmethoden sind 70% der Frauen fünf Jahre nach der Diagnosestellung noch am Leben.

Wie bei allen Karzinomen steigt das Erkrankungsrisiko eines Mammakarzinoms mit dem Alter an. Die Inzidenz steigt bis zur Menopause konstant an und wird nach der Menopause etwas schwächer. Bezüglich der Mortalität in der Schweiz bedeutet dies, dass bei Frauen über 65 die Brustkrebsmortalität in den letzten 40 Jahren geringfügig gestiegen ist. Seit 1980 ist die Mortalitätsrate konstant geblieben und bei der jüngeren Altersgruppe kürzlich sogar gesunken.

Im Zusammenhang mit Brustkrebs wird eine breite Palette von Risikofaktoren diskutiert, welche sich grob den folgenden Bereich zuordnen lassen: hormonelle und fortpflanzungsbezogene Faktoren, ernährungs-, verhaltens- und umweltabhängige Variablen.

Die Risikofaktoren können einer Gruppe mit klarer wissenschaftlicher Evidenz sowie eine Gruppe mit unklarer Evidenz (teils widersprüchliche Ergebnisse, teils Evidenz nur bei bestimmten Untergruppen oder nur sehr schwache Zusammenhänge) zugeordnet werden.

Klar evidente Zusammenhänge zeigen sich bei folgenden Risikofaktoren:

- Alter,
- Brustkrebs bei Verwandten ersten Grades,
- Hoher sozioökonomischer Status,

- Späte erste Geburt,
- Späte letzte Menstruation,
- Frühe Menarche,
- starker Alkoholkonsum<sup>a</sup>.

Nur schwache oder widersprüchliche Evidenzen zeigen sich bei folgenden Risikofaktoren:

- Kinderlosigkeit,
- zu fettreiche Ernährung,
- zu wenig körperliche Bewegung,
- Übergewicht nach Menopause,
- extern zugeführte Hormone,
- Hormonsubstitutionstherapie,
- Strahlenbelastung durch Unfälle oder Röntgenuntersuchungen,
- Umweltbelastung durch Pestizide und andere Chemikalien,
- Rauchen.

Aufgrund der geschilderten Problemsituation kommen die AutorInnen der Monographie zum Schluss, dass zur Prävention des Brustkrebs nur allgemein gesundheitsförderliche Massnahmen empfehlenswert sind (gesund essen, sich genügend bewegen, wenig trinken und rauchen). Zur Senkung der Mortalität hingegen wird vorbehaltlos die Einführung eines kostenlosen Mammographie-Screenings ab dem 50. Altersjahr alle zwei Jahre empfohlen. Eine Senkung der Mortalität konnte durch diese Intervention in anderen Staaten nachweislich erreicht werden. Dabei wird auf die unterschiedliche Erreichbarkeit des Screenings für verschiedene soziale Gruppen hingewiesen. Was hingegen fehlt, sind Informationen zu der Testgüte dieses Verfahrens (Anteil falsch-positiver und falsch-negativer Resultate), zu den Risiken und unerwünschten Nebenwirkungen eines solchen Screenings und zu Massnahmen wie mit diesen umgegangen werden soll, damit sowohl die gesunde wie auch die kranke weibliche Bevölkerung möglichst wenig Schaden erleiden muss.

Was die Diagnose des Brustkrebses betrifft, besteht ein Handlungsbedarf vor allem in Bezug auf weitere Forschung und differenzierte Klassifikation:

- Da einige gutartige Erkrankungen der Mamma mit einem erhöhten Brustkrebsrisiko verbunden sind und die Prognose eines vorhandenen Mammakarzinoms vorrangig von dem Vorliegen von Metastasen abhängt, ist eine generelle Standardisierung der Klassifikation der Mammaerkrankungen und die Erforschung der Zusammenhänge zwischen gutartigen Erkrankungen der Mamma und Brustkrebs unbedingt notwendig.
- Da auch in letzter Zeit einige Gene mit Brustkrebs assoziiert wurden ist eine Charakterisierung und Bestimmung der an Brustkrebs beteiligten Gene und ihrer biologischen Bedeutung notwendig.

---

a schwacher, aber konsistenter Effekt mit Dosis-Wirkungs-Zusammenhang.

- Da auch Patientinnen ohne Lymphknotenbefall von adjuvanter Therapie profitieren können sollte die wechselseitige Bedeutung von Prognosefaktoren besonders bei diesen Patientinnen ermittelt werden.

In Bezug auf die Therapie des Brustkrebses wird auf folgende Fakten und zukünftigen Handlungsbedarf hingewiesen:

- Standardisierung und Qualitätssicherung der Behandlung durch die Schaffung von Richtlinien,
- Weiterentwicklung der Behandlungstechniken (u.a. auch Erprobung genetischer und immunologischer Therapieformen),
- Informationen zu komplementärmedizinischen Behandlungen,
- Verbesserte Informationsgrundlagen zu Händen der Patientinnen zur Wahl der Behandlungsform.

Da Frauen mit Brustkrebs als Folge ihrer Erkrankung oft sozial ungenügend integriert sind, sollten sowohl Vorgehensweisen zur Krankheitsbewältigung und zum Erhalt sozialer Unterstützung, eine Information der Öffentlichkeit zum Thema Brustkrebs wie auch eine Unterstützung erforderlicher Vorsorgemassnahmen über die Krankenversicherung angestrebt werden. Selbsthilfegruppen spielen bei der Verbesserung der Lebensqualität eine wichtige Rolle. Auf den Bereichen der Psychoonkologie und Palliativmedizin sollten medizinische Betreuer ausgebildet werden, die Pflege sollte höher bewertet und ausgebaut werden, wie auch eine Entschädigung für psychosoziale Hilfeleistungen gewährleistet sein sollte. Ausserdem wird auf die ungleichen Chancen auf eine brusterhaltende Therapie hingewiesen, welche je nach Distanz des Wohnorts der betroffenen Frauen zu einem Behandlungszentrum deutlich variieren.

Schliesslich wird die heute bestehende Nachsorge in Bezug auf Selbsthilfegruppen und Unterstützung durch kantonale Krebsligen als gut ausgebaut wahrgenommen. Die versicherungsrechtliche Situation von Brustkrebspatientinnen weist aber klare Mängel auf, die noch verbessert werden sollten.

Das in der Monographie Brustkrebs aufgearbeitete Ätiologiewissen ist insgesamt gesehen sehr detailliert, wissenschaftlich fundiert (Studien zur Evidenz verschiedener Risikofaktoren; Identifikation von Risikogruppen, etc.) und ganzheitlich (z.B. Berücksichtigung von biologischen, verhaltensbezogenen wie auch gesellschaftlichen und politischen) Faktoren dargestellt worden. Das dargestellte Interventionswissen beschränkt sich allerdings auf die Bereiche Diagnose und Therapie. Die in den Zielbereichen Gesundheitsförderung und Früherfassung angestrebten Verhaltensänderungen werden mehrheitlich ausschliesslich durch die Vermittlung von Wissen angestrebt, was den heutigen Evidenzen für wirksame Interventionen widerspricht.

### Politischer Kontext zur Einführung des Mammographie-Screenings<sup>b</sup>

Da die Einführung eines nationalen Mammographie-Screenings zur zentralen Aufgabe des Programms wurde, ist es wichtig, den diesbezüglichen politischen Prozess verstehen zu können. Die vorsorgliche Mammographie genügt den unter Ziffer 1 Anhang 3a des Konsultationsverfahrens genannten Kriterien bezüglich der Vorschriften für Krankenkassenleistungen vom 24. Mai 1995 (angezeigt und durchführbar, klar definier- und eingrenzbar, erwiesene Wirksamkeit). Das Mammographie-Screening ist bereits in drei Kantonen eingeführt worden: in den Kantonen Waadt und Genf sowie im Kanton Wallis (seit Oktober 1999). Die Finanzierung einer vorsorglichen Röntgenuntersuchung durch die Krankenversicherung wurde an das Vorliegen eines gesamtschweizerischen Qualitätssicherungsvertrages gebunden. Da jedoch bis 1. Januar 1999 durch den Vertragspartner keine entsprechenden Verträge vorgelegt werden konnten, verabschiedete der Bundesrat die Mindestanforderungen, die für die Programme zur Durchführung des Mammographie-Screenings gelten. Die am 1. Juli 1999 verabschiedete „Verordnung über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherfassung von Brustkrebs durch Mammographie“ durch den Bundesrat verlangt, dass ein einziges Früherkennungsprogramm in einem kantonalen oder interkantonalen Gebiet durchgeführt wird, dass nur spezialisierte ÄrztInnen an den Programmen beteiligt sind, dass Massnahmen zur Qualitätssicherung und -förderung bestehen und überprüft werden müssen und dass das Kosten-Nutzenverhältnis der Programme durch eine Evaluation im Jahre 2007 bestimmt werden soll. Als Folge dieser Verordnung wurde das Mammographie-Screening in den Leistungskatalog der Krankenversicherung aufgenommen, so, dass Frauen ab dem 50. Altersjahr und /oder Frauen mit einer erkrankten Verwandten ersten Grades alle zwei Jahre eine vorsorgliche Mammographie vornehmen lassen können, welche durch die Krankenversicherung bezahlt wird.

Da vor dieser Verordnung eine nationale Umsetzung geplant war, hat sich damit die Aufgabe des Brustkrebsprogramms deutlich erschwert, was weiter unten noch differenzierter dargestellt wird.

#### 2.1.2 Eckdaten des Programms Brustkrebs

Das Brustkrebsprogramm begann offiziell im März 1995 mit der „State of the Art“-Tagung (vgl. Chronologische Übersicht der vier Programme im Anhang). Am 1. März 1996 trat Frau Xandra Gravestain als Programmleiterin ein. Im Jahr 1998 fand ein Wechsel in der Programmleitung statt, welche am 1. August 1998 von Frau Brigitte Baschung übernommen wurde. Gleichzeitig wurde Frau Daniela Bütler für die kantonale Umsetzung der nationalen Programme eingestellt, welche sich aber in der folgenden Zeit fast ausschliesslich dem Brustkrebsprogramm widmete. Die Monographie, welche den wissenschaftlichen Hintergrund der Konzeptualisierung des Programms darstellt, wurde Ende 1996 publiziert. Im Frühling 1997 wurde der Strategieplan verabschiedet und die Phase der Umsetzung des Programms begonnen. Im Mai 1999 wurden die

---

b Es liegen dazu keine Informationen in der Monographie vor. Die entscheidende politische Wende fand erst nach Erstellung der Monographie und nach der Verabschiedung des Strategieplans statt. Die folgenden Informationen stützen sich auf die folgenden Texte: Anpassung der Verordnung über die Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (14. Juli 1997); Verordnung über die Qualitätssicherung bei Programmen zur Früherfassung von Brustkrebs durch Mammographie (1. Juli 1999);

Medienmitteilung zum Mammographiescreening (23. Juni 1999) sowie verschiedene Interviews.

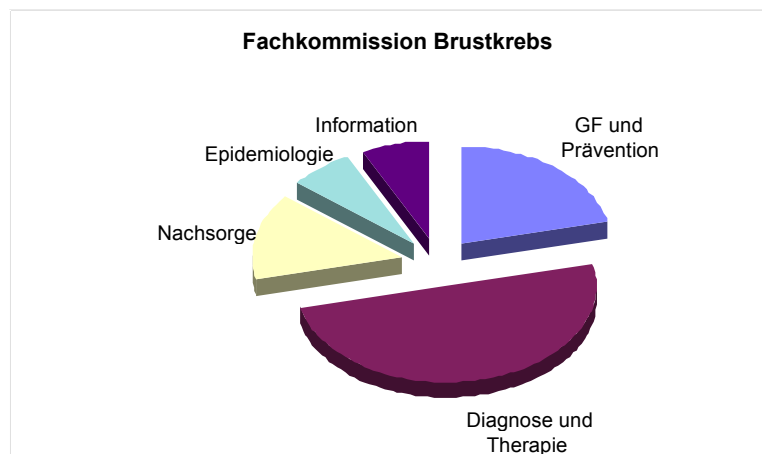


Vorbereitungsarbeiten zur Einführung des nationalen Mammographyscreenings in eine eigene Stiftung zur Früherkennung von Krebs ausgelagert<sup>c</sup>.

Für das Jahr 2000 sind für das Brustkrebsprogramm 80 Stellenprozent vorgesehen. Der budgetierte Aufwand 2000 beträgt Fr. 945'000d.-, der budgetierte Ertrag Fr. 350'000.-<sup>e</sup>.

Die Zusammensetzung der Fachkommission (Stand August 1999) sieht zusammengefasst folgendermassen aus:

**Abbildung 2.1** Verteilung der Fachdisziplinen nach Themenbereichen in der Fachkommission Brustkrebs (Anzahl Personen pro Fachbereich)



Die Fachkommission wird durch Frau Prof. Dr. Bettina Borisch, Genf, geleitet. Nicht vertreten in der Fachkommission des Brustkrebsprogramms sind wichtige Partnerorganisationen wie BAG, BSV, SDK oder KSK sowie die horizontal angelegte Sektion Psychosoziales der Schweizerischen Krebsliga. Der Informationsbereich der SKL wurde von 1996 - 1999 durch Frau S. Lanz vertreten. Ab 2000 wird diese Aufgabe Frau M. Hubler übernehmen. Aus Sicht der Programmleitung ist die heutige Fachkommission noch zu einseitig mit medizinischen Fachpersonen besetzt.

- 
- c Der Bereich Mammographyscreening wurde explizit ausgeklammert aus diesem Evaluationsauftrag, so dass hier nur auf die für das Verständnis des gesamten Programms notwendigen Informationen eingegangen wird.
  - d In diesem Betrag eingeschlossen sind: Direkte Kosten wie Produkte / externe Dienstleistungen / Information / Handelswaren / Beiträge an Dritte; Unterhaltskosten; Fahrzeug- und Transportaufwand. Personalkosten sind hingegen nicht eingeschlossen.
  - e Das eingereichte Budget 2000 vom 13.12.1999 wurde über alle Programme hinweg um etwa ein Drittel gekürzt. Im Vergleich zum Vorjahr stehen den Programmen je nach Sponsorenbeiträge etwa gleich viele oder mehr finanzielle Mittel zur Verfügung.

## 2.2 BESCHREIBUNG UND BEURTEILUNG DER KONZEPTUALISIERUNG DES PROGRAMMS

### 2.2.1 Inhalt des Strategieplans<sup>f</sup> (vom Februar 97)

#### **Problemdefinition**

Gute und ausführliche Darstellung der epidemiologischen Erkenntnisse gemäss Monographie, Aufnahme wichtiger strategischer Ausrichtungen gemäss Dachkonzept. Bemerkung, dass sich die Brustkrebsbekämpfung auf eine breite Palette von Bereichen und Massnahmen beziehen muss. Chancengleichheit, Akzeptanz und ein frauengerechtes, der spezifischen Situation der Frau und der Situation der Frau in unserer Gesellschaft Rechnung tragendes Vorgehen soll angestrebt werden.

Gewisse zentrale Risikofaktoren wurden nicht übernommen worden (z.B. Brustkrebserkrankung bei nahen Verwandten; gutartiger Brusttumor). Für einige der im Aktionsplan genannten Risikofaktoren besteht gemäss Monographie bisher kein klarer Befund bezüglich ihres Einflusses auf das Brustkrebsrisiko (z.B. Kontrazeption und Stillen). Auf die Definition von eigentlichen Risikogruppen wurde verzichtet. Dies scheint nachvollziehbar, da diese Risikogruppen nur definiert, aber kaum vorsorglich behandelt werden können. In der Monographie wird allerdings darauf hingewiesen, dass Hochrisikogruppen besonders motiviert werden sollten an einem regelmässigen Screening teilzunehmen.

#### **Kontext des Programms**

Auf den gesellschaftlichen Kontext des Problems Brustkrebs in der Schweiz wird im Strategieplan nicht eingegangen, obwohl die Zunahme der Inzidenz des Brustkrebs in erster Linie mit gesellschaftlichen Veränderungen verbunden ist. Die Berücksichtigung dieser Komponente des Problems hätte es nahegelegt, auch Empowerment-Prozesse<sup>g</sup> in das Brustkrebsprogramm einzubeziehen. Im Anhang 4 des Strategieplans wird auf die Bedeutung der Partizipation der Zielgruppen (gesunde Frauen, Patientinnen) in die Programmplanung und -umsetzung hingewiesen sowie empowermentbezogene Interventionen bezüglich Prävention und Behandlung von Brustkrebs vorgestellt, dieser Ansatz wird aber im Strategieplan nicht konkret einbezogen.

Ein weiteres aus unserer Sicht zentrales Element des Strategieplans wäre eine Beschreibung der politischen Ebene der Implementierung eines nationalen Mammographiescreenings (Identifikation der relevanten privaten und öffentlichen Organisationen, geeignete Vorgehensweisen unter Berücksichtigung der politischen Entscheidungsträger, Machbarkeit und realistische Zeitplanung). Es scheint auch nicht verständlich, dass auf das zur Zeit der Konzeptarbeit bereits in einem Kanton bestehende sowie in einem zweiten Kanton geplante Screeningprogramm nicht

---

f Von der Programmleiterin wurde ein neues Papier über die weitere Entwicklung des Brustkrebsprogramms erarbeitet (September 1999), welches die Schwerpunkte für das Jahr 2000 festlegt. Auf den Inhalt kann aufgrund des fortgeschrittenen Termins nicht eingegangen werden.

g Durch Bewusstmachen der Verbindung des Brustkrebs-Risikos mit der gesellschaftlichen Stellung, der mangelnden finanziellen Absicherung sowie der beruflichen Entwicklungschancen von Müttern in der Schweiz könnte ein Empowerment-Prozess in Bezug auf Chancengleichheit (z.B. gut ausgebaute Mutterschaftsversicherung) unterstützt werden.

eingegangen wird<sup>h</sup>. Dieses bereits bestehende Screening wäre mindestens auf zwei Weisen sehr interessant für das Brustkrebsprogramm: als ein schweizerisches Interventionsprojekt, aus dem Erfahrungen gesammelt und ausgewertet werden können, wie auch als spezielle Problemstellung bezüglich der späteren Integration dieser Kantone in das nationale Programm.

#### Das Zielsystem

Die übergeordneten Ziele entsprechen denjenigen des Dachkonzepts: Senkung der Mortalität, Senkung der Inzidenz sowie Verbesserung der Lebensqualität.

Die *Senkung der Mortalität* soll durch Einführung eines Mammographiescreenings alle zwei Jahre für Frauen ab 50 Jahren erreicht werden. Die Mortalität soll günstigstenfalls im Jahre 2006 um 5% reduziert sein. Die minimale Zielsetzung besteht darin, den Anstieg der Mortalität zu stoppen (Stabilhaltung des derzeitigen Wertes).

Folgende Unterziele wurden zu diesem Bereich definiert: Die Zielgruppe soll ein verbessertes Wissen zur Bedeutung des Screenings haben. Für Frauen mit niedrigem sozioökonomischem Status soll die Einstellung und der Zugang zum Screening verbessert werden. Ausserdem soll die Mortalität durch eine Verbesserung der Qualität der radiologischen und pathologischen Diagnostik, durch ein besseres Wissen um den therapeutischen Prozess, durch verstärkt interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie das Einhalten von qualitativ hochstehenden Therapiestandards erreicht werden. Es werden im Strategieplan keine Zwischenziele definiert, welche kurz- und mittelfristig realisiert werden sollten und die Vorgehensweise zur Erreichung der langfristigen Zielsetzungen präzisieren würden.

In Bezug auf die *Verbesserung der Lebensqualität* der betroffenen Frauen sind folgende zwei Zielbereiche vorgesehen: Verbesserung des Unterstützungsangebots bezüglich Versorgungsstruktur und -qualität sowie Verbesserung der arbeits- und versicherungsrechtlichen Situation von Brustkrebspatientinnen. Als maximale Zielsetzung sollen bis zum Jahr 2006 50% der betroffenen Frauen ein ihren Bedürfnissen entsprechendes Unterstützungsangebot gefunden haben, was dazu beigetragen haben soll, ihre Lebensqualität zu verbessern. Als minimale Zielsetzung soll dies bei 30% der Zielgruppe zutreffen. Im Jahre 2006 sollen als maximale Zielsetzung alle bezüglich der arbeits- und versicherungsrechtlichen Situation formulierten Ziele erreicht werden. Es wurden sehr viele Unterziele formuliert, welche sich grob den Bereichen Wissensvermittlung über das Angebot, bessere Versorgungsstruktur und verbesserte Ausbildung für das Medizinalpersonal zuordnen lassen (Details siehe Anhang).

Die *Brustkrebsinzidenz* wird als Zielgrösse nur im Zusammenhang mit der verbesserten Früherkennung erwähnt. Angestrebt wird dabei eine Erhöhung der Inzidenz um 3% bis zum Jahr 2006 als Folge einer erhöhten Erfassungsrates durch das Screening. Als minimale Zielsetzung wird die Beibehaltung des heutigen Inzidenzwertes bestimmt. Es werden keine übergeordneten Zielsetzungen formuliert, die effektiv in Bezug auf die Prävention von Neuerkrankungen, also eine langfristige *Senkung* der Inzidenz von Brustkrebs anstreben.

Bei den Unterzielen werden dann verschiedene Zielsetzungen aufgeführt, welche sich in Anlehnung an die Empfehlungen der AutorInnen der Monographie auf die allgemeine Gesundheitsförderung konzentrieren. Die Zielsetzungen im Strategiepapiers beschränken sich aber fast ausschliesslich auf die Vermittlung von Wissen über gesundes Verhalten (gesunde Ernährung, wenig trinken, wenig rauchen, körperliche Bewegung, etc.) Insbesondere bei Hochrisiko-

---

h Es wird im Anhang des Strategieplans in einem Satz erwähnt, dass diese Programme existieren, resp. nächstens realisiert werden.

gruppen sollen diese Kenntnisse gut verankert werden. In diesem Zielbereich fällt der fehlende Einbezug von Interventionswissen<sup>i</sup> besonders auf. Die angestrebten Verhaltensänderungen können gemäss der wissenschaftlichen Literatur kaum durch eine Vermittlung von Wissen erreicht werden.

#### **Die Auswahl und die Setzung von Prioritäten im Zielsystem**

Die Formulierung der übergeordneten Ziele entspricht den im Dachkonzept vorgeschlagenen Zielbereichen. Die im Dachkonzept geforderte präventive Stossrichtung (Senkung der Inzidenz) wurde zwar als übergeordneter Zielbereich übernommen, aber inhaltlich auf dieser Ebene nicht gefüllt, was wenig sinnvoll erscheint. Es scheint im Falle der minimalen Handlungsmöglichkeiten zur Brustkrebsprävention wenig sinnvoll, die Prävention als übergeordnetes Ziel des Brustkrebsprogramms einzubeziehen. Die empfohlenen Zielsetzungen bezüglich allgemein gesundheitsförderlicherem Verhalten (Rauchen, Alkohol, Bewegung, Ernährung) werden mit mehr Ressourcen schon von anderen Akteuren in der Schweiz abgedeckt. Die anderen Bereiche des Brustkrebsprogramms erscheinen uns deshalb prioritär. Eine Strategie des Brustkrebsprogramms könnte es aber sein, die bestehenden Gesundheitsförderungs-Programme im Sinne der Berücksichtigung frauenspezifischer Bedürfnisse zu beeinflussen.

Allgemein fällt eine gewisse Unschärfe bei der Formulierung der Zielsetzungen auf. Oft wird eine Zielsetzung bestimmt, die nicht sicher zur Erreichung des angestrebten übergeordneten Zieles führt. Ein Beispiel: die Verbreitung von Wissen über gesundheitsförderliches Verhalten bedeutet noch lange nicht, dass dieses Verhalten bei gegebenen Ressourcen und Lebensumständen auch verwirklicht werden kann und nicht nur die kognitive Dissonanz (= Widerspruch, der eine psychische Spannung auslöst) zwischen Wissen, was gesund wäre, und eigenem Lebensstil erhöht und somit das psychische Wohlbefinden senkt.

Die im Strategieplan formulierten Ziele sind teilweise auch zu allgemein formuliert. Oft ist keine oder keine klare Zielgruppe definiert und es bleibt unklar, ob das Ziel der Intervention auf einer Vergrösserung des Wissens oder in einer Verhaltensänderung besteht. Für die übergeordneten Zielsetzungen wurden grösstenteils quantitative Kriterien definiert. Die Bedeutung dieser Kriterien leidet etwas darunter, dass die AutorInnen sich nur auf wenige Kenntnisse bezüglich des IST-Zustands als Ausgangswert stützen konnten und so die Operationalisierung der Kriterien (SOLL-Wert) etwas beliebig erscheint. So ist es auch nur schwer möglich, realistische Zielsetzungen zu bestimmen, welche den Verlauf des Programms massgeblich beeinflussen könnten. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass im Strategieplan selbst auf die Problematik des Fehlens von realistisch und konkret definierten Zwischenzielen hingewiesen wird (siehe Strategieplan, S. 6). Diese intermediären Zielsetzungen sollten gemäss Strategieplan in einem zukünftigen Umsetzungsplan als Vorgabe für jedes einzelne Projekt vorgängig definiert werden.

Es fällt schliesslich auf, dass keine Zielsetzungen zur Vermittlung von Informationen über allfällige Nebenwirkungen und Risiken in Bezug auf das Screening vorhanden sind, obwohl diese Massnahme neben der unumstrittenen bevölkerungsbezogenen Wirksamkeit zur Senkung der Mortalität auch klare Risiken aufweist (z.B. hoher Anteil falsch-positiver Resultate mit anschliessenden psychisch und physisch belastenden Konsequenzen). In der Monographie wurde gefordert, dass sich die Formulierung der Zielsetzungen bezüglich des Screenings auf detaillierte

---

i Im Anhang 4 werden immerhin einige etwas zufällig ausgewählte Interventionsstudien zur Gesundheitsförderung und Prävention vorgestellt. Diese wurden für die Formulierungen der Definitionen im Strategiepapier aber nicht einbezogen.

Informationen bezüglich Zielgruppe, konkrete Durchführung, Leistungsfähigkeit und Wirkung sowie Nebenwirkungen des Screenings stützen soll.

#### **Ableitung von Massnahmen**

Die AutorInnen folgen bei der Ableitung von Massnahmen stark den Empfehlungen, welche in der Monographie zum Brustkrebs formuliert wurden. Der Massnahmekatalog ist sehr umfassend und für gewisse Bereiche auch sehr detailliert (für eine ausführlichere Beschreibung der geplanten Aktionen siehe Anhang). Aber auch hier fehlen grösstenteils klare Hinweise zur Vorgehensweise oder zu anzustrebenden Zwischenschritten. z.B. Angaben dazu, wie die Qualitätssicherung in der Diagnosestellung und Therapie konkret erreicht werden kann (wer kontrolliert wen, wann und wie, etc.).

Interventionswissen bezüglich der erfolgreichen Vorgehensweise zur Erreichung der Ziele mit Ausnahme der Bereiche Diagnose und Therapie wird weder in der Monographie noch im Strategieplan dargestellt. Relevant wären dabei z.B. folgende Fragestellungen: Wie kann das angestrebte Gesundheitsverhalten der Frauen verändert werden? Wie können die Frauen und insbesondere die bisher sehr schlecht erreichten sozioökonomisch benachteiligten Frauen dazu motiviert werden, dass sie das Screeningangebot effektiv nutzen? Solche Informationen werden teilweise ausführlicher, teilweise nur sehr punktuell im Anhang 4 des Strategiepapiers aufgeführt. Es wurden Interventionsstudien zu den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge zusammengestellt, welche relevant waren für die Kriterien Erhöhung der Chancengleichheit, frauengerechte Ausrichtung sowie Akzeptanz des Brustkrebscreenings. Diese Aufarbeitung von bestehendem Interventionswissen hätte u.E. noch vertiefter betrieben und vor allem in die Bestimmung der Zielsetzungen sowie der notwendigen Massnahmen einbezogen werden sollen.

#### **2.2.2 Zweckmässigkeit des Strategieplans**

Die Programmleiterin beurteilt den Strategieplan des Programms mehr als Vision denn als konkreten handlungsanleitenden Plan. Sie möchte deshalb bis Oktober 1999 einen neuen Plan erarbeiten, der effektiv als Strategiepapier benutzt werden kann (einige wenige Schwerpunkte, mit konkreten Vorgaben, welche für die Arbeitsorganisation gebraucht werden können)<sup>j</sup>.

Grundsätzlich sind sich alle befragten Mitglieder der Fachkommission einig, dass die Priorisierung der Früherkennung, resp. die Zielsetzung der Senkung der Mortalität im Strategieplan sinnvoll ist. Ebenfalls einig sind sich alle, dass sowohl die Zielsetzungen wie auch die abgeleiteten Massnahmen zu allgemein gefasst sind, zu wenig an den konkreten politischen Strukturen orientiert sind, dass es unklar bleibt, wer welche Kompetenzen hat, was für die Umsetzung wenig hilfreich sei. Einige sind der Meinung, dass der Verbesserung der Qualität des Screenings in Bezug auf Technik, Versorgungsstrukturen und vor allem psychosoziale Begleitung und Betreuung zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Ein Mitglied der Fachkommission kritisiert die ausschliessliche Konzentration im Bereich Prävention auf individuumbezogene Massnahmen. Gesellschaftliche und soziale Bedingungen und Möglichkeiten zur Förderung des gesundheitsbewussten Verhaltens sowie Empowerment-Ansätze würden vernachlässigt<sup>k</sup>.

---

j Dieser neue Strategieplan lag zur Zeit der Verfassung des vorliegenden Berichts noch nicht vor.

k Es wird beispielsweise kritisiert, dass es sinnlos oder sogar schädigend ist, Frauen darauf aufmerksam machen, dass langes Stillen ein Schutz vor Brustkrebs ist, solange keine gesellschaftlichen Anstren-

### 2.2.3 Prozess der Konzeptphase

Der Strategieplan entstand lange vor der Übernahme des Programms durch die jetzige Programmleiterin. Sie hatte bei dem Stellenwechsel keinen Kontakt mit der vorherigen Programmleiterin, so dass sie keinerlei Informationen über die Entstehungsgeschichte des Konzepts hat. Die befragten Personen, welche schon länger Mitglied in der Fachkommission Brustkrebs sind, bezeichneten den Prozess zur Erstellung des Strategieplans als extrem langwierig und schwerfällig. Durch die hohe Fluktuation in der Gruppe musste die Arbeit immer wieder von vorne begonnen werden.

### 2.2.4 Zusammenfassung

Es können zusammengefasst folgende positive Punkte bezüglich der Konzeptualisierung festgehalten werden:

- ganzheitliche Sichtweise der Entstehung und Behandlung von Brustkrebs,
- sehr detailliert und wissenschaftlich fundiert in Bezug auf die Ätiologie,
- breites Spektrum an Massnahmen,
- Im Anhang werden verschiedene Interventionsstudien vorgestellt.

problematisch:

- mangelnde Berücksichtigung des politischen Kontexts des Programms bezüglich Implementierung des Mammographie-Screenings,
- bisher ist im Konzept kein Einbezug der kantonalen Situation bezüglich Screening-Programme vorgesehen<sup>1</sup>,
- mangelnder Einbezug der gesellschaftlichen Faktoren, welche das Brustkrebsrisiko beeinflussen und diesbezüglich möglicher Empowerment-Ansätze,
- Interventionswissen zu wenig in Strategieplan einbezogen,
- Aktionsplan fehlt bisher,
- Definition von realistischen Zwischenziele unter Berücksichtigung von IST-Zustand, Machbarkeit, vorhandenen Ressourcen, etc. wurde nicht vorgenommen.

---

gungen gemacht werden, langes Stillen zu ermöglichen (z.B. durch entsprechend ausgerichtete Mutterschaftsversicherung).

<sup>1</sup> Gemäss einer telefonischen Auskunft von Herrn R. Gisler, Stiftung zur Früherkennung von Krebs, im Februar 2000 kann aber eine zukünftige Zusammenarbeit mit kantonalen Stiftungen zur Früherkennung von Brustkrebs, mit Radiologen und radiologischen Instituten als Partner des Programmes, resp. der nationalen Stiftung zur Früherkennung von Krebs erwartet werden.

## 2.3 VERNETZUNG DES PROGRAMMS

### 2.3.1 Zusammenarbeit zwischen Fachkommission und Programmleitung sowie innerhalb Fachkommission

Das Klima der Zusammenarbeit zwischen der jetzigen Programmleiterin und den Fachkommissions-Mitgliedern wird gegenseitig als gut bezeichnet. Die Programmleiterin weist daraufhin, dass die Fachkommission bis jetzt zu stark durch medizinische ExpertInnen dominiert war und dass deshalb teilweise Anliegen der Krebsliga im psychosozialen Bereich etwas untergingen (z.B. Integration von psychosozialen Aspekten bei der Ausarbeitung von Therapie-Guidelines) und die Fachkompetenzen der SKL mit langjähriger Erfahrung in diesem Bereich bisher zu wenig Beachtung finden konnte.

Die Arbeitsweise innerhalb der Fachkommission selbst wird durch alle Befragten der Fachkommission als sehr unbefriedigend geschildert, da keine Fortschritte in der Arbeit wahrgenommen werden („sich im Kreis drehen,“). Dies wird einerseits auf die hohe Fluktuation mit der damit verbundenen fehlenden Kontinuität von gemeinsam geteiltem Fachwissen, Interessenschwerpunkten und Zielsetzungen zurückgeführt<sup>m</sup>. Auch die angestrebte interdisziplinäre Kultur wird als ungenügend wahrgenommen. Andererseits wird auch darauf hingewiesen, dass der Fachkommission die notwendige Entscheidungskompetenz und auch Mitsprachemöglichkeit fehle, so dass die geleistete Arbeit immer wieder als konsequenz- und sinnlos wahrgenommen wird. Ebenfalls als unbefriedigend wahrgenommen wird die mangelnde Transparenz in Bezug auf Entscheidungsprozesse, die in der Fachkommission vorbereitend diskutiert, ausserhalb der Fachkommission entschieden werden, ohne dass danach genügend darüber informiert wird, wie und warum eine bestimmte Entscheidung gefallen ist. Schliesslich wird das langsame Fortschreiten der Arbeiten auch damit erklärt, dass klare Aufträge mit entsprechenden Kompetenzen in Bezug auf die Umsetzung von Teilprojekten fehlen. Ein Mitglied der Fachkommission nimmt (wie die Programmleiterin) eine mangelnde Beachtung der vorhandenen psychosozialen Kompetenzen innerhalb dieses Gremiums wahr.

Der bisherige Arbeitsprozess der Fachkommission ist von starken personellen und inhaltlichen Brüchen geprägt, welche sicherlich auch einen Teil der wahrgenommenen Ineffektivität der Anstrengungen erklären können. Ein Bruch der Zusammenstellung der Fachkommission erfolgte nach der Verabschiedung des Strategiepapiers als die Mitglieder der FK fast vollständig ausgewechselt wurden. Ein weiterer Bruch – diesmal des Arbeitsinhalts der FK – ergab sich als Folge der Ausgliederung der Vorbereitungsarbeiten zur Einführung des Screenings an die dafür gegründete Stiftung. Die FK hatte sich bis zu diesem Zeitpunkt ausschliesslich mit dieser Aufgabe beschäftigt und musste deshalb zuerst einen neuen Inhalt für die zukünftige Arbeit definieren.

---

<sup>m</sup> So wurde beispielsweise Abklärungen zum genetischen Screening zu einer wichtigen Zielsetzung des Brustkrebsprogramms bestimmt, obwohl im Strategieplan dieses Thema nicht aufgenommen worden war, aufgrund des Eintritts von neuen Mitgliedern in die FK, welche dieses neue Verfahren als besonders wichtig erachten.

### 2.3.2 Vernetzung und Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren (öffentlichen, privaten Organisationen, Sponsoren)

Die Vernetzung des Programms wird je nach Teilbereich und befragter Person unterschiedlich beurteilt. Die Programmleiterin weist auf den Kontakt zu den kantonalen Ligen hin, welche für das Nationale Programm ein grosses Potential zur gemeinsamen Entwicklung zusätzlicher Projekte darstelle. Mit dieser Perspektive werden neben der stark „top down-orientierten Strategie des Nationalen Programms auch „bottom up“-Prozesse oder Partizipation von kantonalen Ligen ermöglicht, was bezüglich Kooperation und Gewinnung von Synergien als sehr sinnvoll bezeichnet werden kann. Die Programmleiterin nimmt auch bezüglich der Screening-Programme einen guten Kontakt zu den kantonalen Ligen wahr<sup>n</sup>.

Auch mit anderen externen Organisationen (z.B. im Bereich Sporttherapie für Patientinnen) besteht ein Kontakt, welcher aber bisher nur ad-hoc im Zusammenhang mit der Lancierung neuer Projekte initiiert wurde. Bei der Umsetzung des Mammographie-Screenings wurde von Seiten der Programmleitung auch punktuell Kontakte zu den zuständigen Behörden hergestellt. Die Programmleiterin weist daraufhin, dass es wichtig wäre auch zu zentralen Mediatoren (z.B. Hausärzte in Bezug auf Teilnahme an Screening) einen besseren Kontakt aufzubauen.

Alle befragten Mitglieder der FK kritisieren spontan, dass ihrem Antrag auf Vertretung im Vorstand der neugegründeten Stiftung zur Früherkennung von Krebs nicht stattgegeben wurde. So besteht kein direkter Kontakt zwischen Stiftung und Fachkommission mehr<sup>o</sup>. Im Bereich Nachsorge wird ein Bedarf nach besserer Vernetzung mit den Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen geäußert. Obwohl Nachsorge und psychosoziale Betreuung gemäss Strategieplan ein zentrales Anliegen des Programms sei, wird kritisiert, dass diesbezüglich bisher im Verlauf des Programms noch nichts Konkretes realisiert worden sei. Die Sektion Psychosozial der Krebsliga ist aber in diesem Bereich recht aktiv (z.B. internationaler Kongress vom 26.-29. April 1998 in Luzern zum Thema „The psychosocial impacts of breast cancer,“), ohne dass das Nationale Brustkrebsprogramm als solches in diese Aktivitäten einbezogen wurde. Die Zusammenarbeit zwischen Nationalem Programm und Sektion Psychosozial der SKL könnte in Bezug auf diesen Aspekt sicherlich verbessert werden. Es ist für eine intensivere Zusammenarbeit auch nicht optimal, dass keine Vertreterin dieser Sektion in der Fachkommission des Brustkrebsprogramms integriert ist.

### 2.3.3 Zusammenfassung

positiv:

- Klima der Zusammenarbeit zwischen FK und Programmleitung wird gegenseitig als gut wahrgenommen,
- Kontakt der Programmleitung zu kantonalen Ligen mit der Absicht, partizipative, resp. „bottom up“-Strategien zu ermöglichen,

---

n Leider konnte im Rahmen dieser Vorstudie die programmspezifische Wahrnehmung und die vorhandenen Kontakte durch die kantonalen Ligen nicht erfragt werden. Die generelle Wahrnehmung und Akzeptanz der Nationalen Programme, welche innerhalb der Studie 1 erfasst wurden, weisen aber auf eine eher kritische Situation hin.

o Gemäss Auskunft der Projektleiterin wurde dieser Kontakt nur solange zurückgestellt, bis die Organisationsstruktur der neu gegründeten Stiftung festgelegt und die Bildung entsprechender Organe (Fachrat, Koordinationsgremium) vorgenommen ist.



- Ein hoher Anteil an weiblichen Expertinnen ist in der Fachkommission vertreten.

problematisch:

- Zusammenstellung der FK wird als zu einseitig medizinisch besetzt beurteilt,
- Es wird eine mangelnde Berücksichtigung von psychosozialen Aspekten in der FK kritisiert,
- Das Programm ist zu wenig gut vernetzt mit dem psychosozialen Sektor der SKL,
- Bisher zu wenig Partizipation von Zielgruppen und Mediatoren (z.B. Hausärzte),
- Aufgrund interner und externer Veränderungen und von Brüchen muss die FK für sich einen neuen Arbeitsinhalt definieren,
- Die Mitglieder der FK und die Programmleitung sind unzufrieden mit den Fortschritten der Arbeit innerhalb der FK (hohe Fluktuation, wenig Kontinuität, unklare Kompetenzenregelung und mangelnde Transparenz von Entscheidungsprozessen).

## 2.4 UMSETZUNG

### 2.4.1 Beschreibung der realisierten Massnahmen

#### **Vorbereitende Arbeiten zur Einführung eines nationalen Mammographie-Screenings**

Das Programm Brustkrebs hat sich seit Beginn ausschliesslich auf die Aufgabe der Einführung des Massen-Screenings konzentriert. Neben der Erarbeitung der versicherungsrechtlichen und politischen Voraussetzungen wurden auch Kriterien zur Qualitätssicherung des Screenings und ähnliche Richtlinien erarbeitet. Es wurde auch eine Informationskampagne zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft der Zielgruppe vorbereitet, welche gestartet werden kann, sobald das Screening tatsächlich eingeführt worden ist.

#### **Die Gründung der Stiftung zur Früherkennung von Krebs**

Die Umsetzung der wichtigsten Zielsetzung des Programms stiess auf grosse Probleme und Widerstände verschiedener Seiten. Um das Programm Brustkrebs zu entlasten und eine Konzentration der Kompetenzen und Kräfte zur Einführung auch von zukünftigen Massen-Screenings (z.B. Darmkrebs) zu ermöglichen, wurde der Bereich Mammographie-Screening aus dem Brustkrebsprogramm ausgegliedert und an eine Stiftung delegiert.

Die Stiftung zur Früherkennung von Krebs mit Sitz in Bern wurde am 15. Juni 1999 durch die Schweizerische Krebsliga, die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) und das Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer gegründet. Sie widmet sich im Rahmen der landesweiten Krebsbekämpfung der systematischen Früherkennung von Krebskrankheiten. Zu diesem Zweck trifft die Stiftung insbesondere Massnahmen in Bezug auf die Voruntersuchung besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen. Sie arbeitet eng mit den an der Krebsbekämpfung interessierten Organisationen und Kreisen zusammen. Die erste Aufgabe der Stiftung besteht in der

Konzeption, dem Aufbau und der Umsetzung einer vorsorglichen Brustkrebserkennung durch Mammographie, welche seit 1997 Pflichtleistung im KVG ist. Seit 1.7.1999 besteht ausserdem eine Verordnung des Bundesrates, welche die Verantwortung für den Vollzug des Mammographie-Screenings den Kantonen übergibt.

Trotz der Gründung der Stiftung stellt sich die Umsetzung dieser Zielsetzung als schwierig und langwieriger Prozess dar. Die Verordnung des Bundesrates erschwert eine national standardisierte Umsetzung, da jetzt jeder Kanton einzeln den Vollzug organisieren und kontrollieren soll. Die vom Geschäftsleiter der Stiftung angegebene Zielsetzung, dass ab Januar 2000 weitere Kantone das Screening anbieten sollen, konnte nicht erreicht werden.

Es zeigen sich aus der Sicht des Geschäftsleiters der Stiftung im Moment u.a. folgende Probleme: stockende Tarifverhandlungen, unterschiedliches Interesse der Kantone, schwierige Verhandlungen mit dem BSV.

#### 2.4.2 Beurteilung durch vorliegende Evaluations-Resultate

Aufgrund der oben geschilderten Situation der Umsetzung können noch keine Evaluationsstudien vorliegen, welche sich auf bereits umgesetzte Projekte beziehen. Es gibt allerdings eine interessante Vorstudie zum Thema der Einstellungen von Frauen zum Brustkrebs-Screening (LINK, 1998). Es zeigt sich, dass ein Grossteil der befragten Frauen eine ambivalente bis negative Einstellung gegenüber der Mammographie haben. Gründe dafür liegen bei negativen Erwartungen an die Untersuchung selbst (Schmerzen, Angst) und bei den assoziierten negativen Konsequenzen (Angst vor positivem Befund, Angst vor Krankheit und Tod, Angst vor schmerzhaften und sozial beeinträchtigenden Folgen einer Therapie). Teilweise werden auch klare Verdrängungstendenzen geäussert: „Nur nicht daran denken, sonst bekommt man es erst recht“. Diese negativen Einstellungen und Ängste müssen bei der Einführung des Screenings berücksichtigt werden, um eine möglichst hohe Teilnahmebereitschaft zu erreichen (vgl. dazu auch Hornung, 1986, 92ff).

#### 2.4.3 Beurteilung durch Programmleitung und Fachkommissions-Mitglieder

Die Programmleiterin stellt fest, dass die Gründung der Stiftung als Erfolg des Programms bezeichnet werden kann. Die Ausgliederung dieser Arbeit aus dem Programm bewertet sie als sinnvoll, da dadurch wieder Ressourcen frei werden, um noch andere Zielsetzungen des Programms anzugehen. Was die organisatorische Situation angeht, besteht aus Sicht der Programmleiterin ein Missverhältnis zwischen den knappen personellen und den sehr grosszügigen finanziellen Ressourcen, welche dem Brustkrebsprogramm zur Verfügung stehen. Als positiv erachtet sie hingegen die Flexibilität, mit der die SKL und die Programmleitung (re)agieren kann, da keine langwierigen, komplexen Entscheidungsprozesse notwendig sind. Als problematisch nimmt sie wahr, dass die jetzige Organisation die Entstehung von Dynamiken fördert, welche dazu führt, dass die vier Programme sich im Umsetzungsprozess auseinanderentwickeln können. Notwendig ist deshalb das Finden gemeinsamer Ausrichtungen und die einheitliche Standardisierung gewisser Prozesse. Die Umsetzung wird teilweise auch durch die unklare Kompetenzregelung von Lenkungsausschuss und Geschäftsleitung SKL etwas erschwert. Schliesslich weist sie auch darauf hin, dass mit der Verabschiedung des Strategieplans der Auftrag der Fachkommission unklar wurde und deshalb die Arbeiten in diesem Gremium nicht mehr zielorientiert und effizient voranschreiten konnten.

Die befragten Mitglieder der Fachkommission sind nicht zufrieden mit dem bisher Erreichten. Es wird kritisiert, dass ausser dem Bemühen um die Einführung des Mammographie-Screenings

nichts mehr unternommen wurde resp. werden konnte und dass diese trotzdem kaum fortgeschritten sei. Gründe für dieses bisherige Scheitern werden einerseits in der Zielsetzung selbst gesehen. Die Realisierung eines solchen Screenings muss in einem äusserst schwierigen Kontext geschehen, welches durch die Verordnung des Bundesrats vom Sommer 1999 noch schwieriger wurde: Vollzug unter kantonaler Hoheit, Spardruck bei stetig wachsenden Kosten des Gesundheitswesens, unterschiedliche Erwartungen und Widerstände bei den diesbezüglich fortschrittlicheren Kantonen Waadt und Genf und den deutschsprachigen Kantonen. Die ersteren wollen nicht in das Nationale Programm integriert werden, weil sie bereits eine eigene Lösung gefunden haben, die letzteren sind teilweise wenig interessiert, die Massnahme überhaupt einzuführen. Andererseits wird von allen befragten Personen auch darauf hingewiesen, dass die derzeitig vorhandene Struktur nicht geeignet ist zur Umsetzung dieser Zielsetzung. Es wird moniert, dass zentrale politische Entscheidungsträger bisher nicht in das Programm eingebunden wurden (z.B. keine Vertretung des BAG, des BSV, des KSK oder der SDK in Fachkommission) und dass das Programm deshalb wenig vorbereitet war auf diesbezüglich andere Vorstellungen und Meinungen von diesen Seiten. Generell wird bezweifelt, ob eine private, nicht-staatliche Organisation wie die Stiftung (oder auch die SKL selbst) zum Vollzug einer gesetzlichen Verordnung überhaupt kompetent ist. Es fehle eine offizielle, politische Legitimation zum Verhandeln mit den politischen Entscheidungsträgern von Seiten des Bundes, der Kantone wie auch der privaten Organisationen (FMH, KSK). Es sei deshalb nicht möglich, Druck zum Vollzug auszuüben.

Zur Vernetzung mit den oben erwähnten finanzpolitisch wichtigen Ämtern und Organisationen lässt sich noch ergänzen, dass diese zukünftig in die Stiftung zur Früherkennung von Krebs integriert werden sollen und auch eine projektbezogene Zusammenarbeit vorgesehen ist.

#### 2.4.4 Ausblick auf die Planung 2000

Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sind zwei Aktivitäten vorgesehen. Erstens soll ein Aktionsmonat Brustkrebs durchgeführt werden, der neben der Vermittlung von Informationen auch zu einer bewussten Auseinandersetzung mit dem Thema "Brustkrebs" führen soll. Als zweites soll bis 2001 in Zusammenarbeit mit dem Beobachter-Buch-Verlag ein Ratgeber zum Thema Brustkrebs und anderen (frauenspezifischen) Krebskrankheiten realisiert werden. Auch diese Aktivität dient in erster Linie der Vermittlung von Informationen und der Sensibilisierung für das Thema „Brustkrebs“. Daneben soll auch auf wichtige Beratungs- und Anlaufstellen aufmerksam gemacht werden. Im Bereich Nachsorge und Betreuung ist die Erweiterung des Bewegungs- und Sportangebots für Krebskranke (insbesondere Brustkrebspatientinnen) geplant. Diese Aktionen sollten unbedingt begleitend evaluiert werden, um eine Reflexion über den Beitrag dieser Projekte für die Zielsetzungen des Programms sowie die Optimierung der Projekte selbst zu ermöglichen. Nach Angaben des Evaluators Herrn Krebs ist zumindest eine Evaluation des Bewegungsprogramms vorgesehen, obwohl im Programm für das Jahr 2000 kein Beitrag für die Evaluation budgetiert wurde.

#### 2.4.5 Zusammenfassung

positiv:

- Gründung der Stiftung wird von allen Befragten als sinnvoll bezeichnet,

- Im nächsten Jahr ist eine Ausweitung der Massnahmen auch auf andere Bereiche als das Screening geplant, was dem Anspruch der Einführung von ganzheitlichen Programmen näher kommt.

negativ:

- Alle sind unzufrieden mit dem bisher Erreichten,
- Konzentration ausschliesslich auf einen einzigen Bereich (Screening), trotzdem konnten auch dort die gesetzten Ziele nicht erreicht werden,
- Die Ausrichtung der Arbeit in der Fachkommission wurde nach Verabschiedung des Strategieplans und insbesondere nach Gründung der Stiftung unklar,
- Es stellt sich die Frage, ob der Vollzug einer Verordnung durch eine private Organisation sinnvoll angegangen werden kann.

## 2.5 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Die bisherige Konzeptarbeit konzentrierte sich stark auf eine Erarbeitung der wissenschaftlichen Hintergründe der Entstehung von Brustkrebs. Ebenfalls erarbeitet wurde ein sehr umfassender Katalog von möglichen Strategien. Weniger bis gar nicht vorhanden sind Überlegungen und Vorgaben zur konkreten Vorgehensweise. Es fehlt bis anhin ein Aktionsplan, welcher u.a. eine Definition von realistischen und konkreten Zwischenzielen beinhalten sollte. Diese Zwischenziele sollten sowohl die vorhandenen Ressourcen im Programm, Stiftung und Fachkommission wie auch den für die Umsetzung notwendigen Aufwand (politische, systemische Barrieren, etc.) möglichst gut berücksichtigen.

Die Arbeit des Programms und der Fachkommission war von personellen und inhaltlichen Rupturen gezeichnet, welche das Fortschreiten der Arbeiten erschwerten. Die nach der Ausgliederung der Vorbereitungsarbeiten zum Screening an die Stiftung zur Früherkennung von Krebs notwendige Neuorientierung sollte zur Reflexion über Prioritäten im Programm, Erarbeiten eines konkreten Aktionsplans in der Fachkommission genutzt werden. Die weitere Vorgehensweise sollte explizit begründet werden können, so dass die Kriterien für die Wahl der nächsten Projekte transparent wird. Die von der Programmleiterin geplante nähere Zusammenarbeit mit den kantonalen Krebsligen erachten wir als sinnvolle Ergänzung des Programms.

Bisher wurden im Rahmen des Brustkrebsprogramms folgende Projekte umgesetzt: Vorbereitungsarbeiten zur Implementierung eines nationalen Mammographiescreenings inklusive Erarbeitung von Qualitätskriterien und Informationskampagne; Gründung einer Stiftung zur Früherkennung von Krebs, welche die Realisierung des Screenings weiter vorantreiben soll. Diese ausschliessliche Konzentration auf einen einzigen obwohl prioritären Zielbereich, widerspricht der Forderung nach einer ganzheitlich ausgerichteten Krebsbekämpfungspolitik.

Im nächsten Jahr werden neue Projekte gestartet, die kurzfristig wahrnehmbar sind und auf das Programm aufmerksam machen sollen. Aus unserer Sicht sind sie auch ein Beitrag im Hinblick auf eine stärker ganzheitlich ausgerichtete Vorgehensweise wie sie in den Strategiepapieren gefordert werden. Diese neuen Projekte sollten unbedingt begleitend evaluiert werden.

Das bisher Erreichte ist für die Beteiligten nicht zufriedenstellend und weicht von den Zielsetzungen ab, was u.a. auch auf die schwierige politische Lage bezüglich der kantonalen Um-

setzung einer Verordnung des Bundes zurückzuführen ist, welche durch eine private Institution nur schwerlich angegangen werden kann.

Aufgrund der wissenschaftlichen Grundlagen zeigt sich, dass auf der individuellen Ebene sehr wenig Handlungsmöglichkeiten in Bezug auf die Prävention von Brustkrebs gegeben ist. Es scheint daher wichtig, dass die bedeutsamen gesellschaftlichen Aspekte des Brustkrebsproblems stärker bewusst gemacht werden und dass eine zukünftige Projektaktivität bezüglich der Prävention von Brustkrebs Empowerment-Strategien einbezieht.

Ausgehend von der hohen Fluktuation und der geäußerten Unzufriedenheit der Mitglieder der Fachkommission, scheint es sehr wichtig, das Arbeitsklima in der Fachkommission zu verbessern versuchen (Kontinuität, Transparenz der Entscheidungen, klare Aufgaben, Stärkung der interdisziplinären Kultur, intensive Informationspolitik bezüglich der Arbeit der Stiftung).

Die Zusammenarbeit mit der psychosozialen Sektion sollte verstärkt werden und zwar so, dass dies auch gegen aussen transparent wird (Vertretung eines Mitgliedes der Sektion in FK, bei öffentlichen Veranstaltungen gemeinsamer Auftritt oder gegenseitiger Verweis auf Arbeit und Kooperation, etc.).

Wichtige Mediatorengruppen (z.B. Hausärzte), Partnerorganisationen und politischen Entscheidungsträgern sollten besser integriert werden in das Programm.

# 3 NATIONALES PROGRAMM ZUR BEKÄMPFUNG DES HAUTKREBSSES

## 3.1 EINLEITUNG

Als Einleitung zum Thema wird zuerst das dem Programm zugrundeliegende Problem (Verbreitung von Hautkrebs, Risikogruppen, Risikoverhalten, etc.) anhand der Angaben aus der Monographie vorgestellt. Als zweites folgt eine kurze Beschreibung der wichtigsten Daten zum Hautkrebsprogramm selbst.

### 3.1.1 Problemstellung

Es gibt verschiedene Arten von Tumoren der Haut. Dieses Programm konzentriert sich ausschliesslich auf die Bekämpfung des malignen Melanoms, da diese Art besonders bösartig ist und seine Verbreitung besonders stark zugenommen hat. Die anderen Hauttumore sollten aber als erwünschte Nebenwirkung des Programms ebenfalls durch die Interventionen gegen das Melanom reduziert werden.

In der Schweiz muss mit 15 Neuerkrankten auf 100'000 Personen eine im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hohe Inzidenz von Hauttumoren festgestellt werden. Jährlich erkranken etwa 600 Frauen und fast so viele Männer an Melanomen. In der Schweiz hat sich die Anzahl der Neuerkrankungen in den letzten 10 Jahren verdoppelt.

Die im Vergleich mit anderen europäischen Staaten starke Zunahme der Häufigkeit von Hauttumoren in der Schweiz wird auf einen veränderten Lebensstil und verändertes Freizeitverhalten (v.a. Ferien an der Sonne, Besuch von Solarien) zurückgeführt. Die weltweite Zunahme zeigt einen klaren Zusammenhang mit der Abnahme der Ozonschicht.

Im Moment sterben in der Schweiz jährlich etwa 120 Männer und 100 Frauen an einem Melanom. Von 1950 - 1990 versechsfachte sich die standardisierte Mortalitätsrate bei den Männern. Bei den Frauen ist sie in der gleichen Zeit weniger stark angewachsen auf die vierfache Rate. Seit 1991 sinkt die Anzahl der Todesfälle wieder. Die standardisierte Mortalitätsrate betrug 1990 knapp 4 / 100'000 bei den Männern und 2.5 / 100'000 bei den Frauen. 1995 ist diese Rate leicht gesunken auf knapp 3.5 männliche und 2 weibliche Todesfälle auf 100'000 Personen. Die Ursache dieser Abnahme ist aber bis jetzt noch unklar. Neben der Wirkung von Früherkennungsprogrammen und verbesserter Diagnose und Therapie werden auch Veränderungen der Codierung bei den Todesursachen diskutiert.

Es können drei Risikofaktoren unterschieden werden:

- das genetisch bedingte Risiko (z.B. Hauttyp),
- das Sonnenschutzverhalten (regelmässige Sonnenexposition, Anzahl Sonnenbrände, v.a vor dem 15. Lebensjahr, regelmässige Bräunung im Solarium, etc.),
- steigende UV-Exposition.

Als Risikogruppen können deshalb einerseits Personen identifiziert werden, welche genetisch eine besonders vulnerable Haut haben und Personen, welche sich verstärkt der Sonne aussetzen. Dabei handelt es sich v.a. um Angehörige höherer sozialer Schichten. Personen, die im Freien arbeiten sind beispielsweise weniger betroffen als Personen, welche in nichtmanuellen und Büroberufen tätig sind. Bei Frauen ist die Inzidenzrate etwas höher als bei den Männern. Ebenfalls stark erhöht ist die Inzidenzrate bei bestimmten Freizeit- und Sportaktivitäten, welche mit einer hohen Exposition verbunden sind (z.B. Sportfischen).

Frauen haben zwar eine höhere Inzidenzrate, sterben aber seltener an dieser Erkrankung als die Männer. Als Ursachen werden folgende geschlechtstypische Unterschiede erwähnt: körperbezogene Lokalisation des Melanoms mit unterschiedlicher Heilungschance, höhere Bereitschaft der Frauen zur Früherkennung und früheres Aufsuchen eines Arztes. Angehörige tieferer sozialer Schichten sind ebenfalls weniger bereit, an Früherkennungsmassnahmen teilzunehmen. Sie erkranken zwar seltener an Melanomen, ihre relative Mortalität ist aber höher als diejenige der Angehörigen von höheren Schichten.

### **Prävention**

Eine Verbesserung des Schutzverhaltens hängt neben dem Wissen über das Risiko in hohem Masse auch von soziokulturellen Faktoren ab (Einstellung zum Braunsein, soziale Attraktivität, etc.). Intensive und umfassende Präventionskampagnen in Ländern mit sehr hoher Betroffenheit (z.B. Australien) haben sich als recht erfolgreich erwiesen. Es wird in der Monographie aber auch darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse von punktuellen Präventionskampagnen, welche primär auf Wissensvermittlung abzielen, eher pessimistisch stimmen. Viele Personen ändern ihr Sonnenschutzverhalten kaum oder gar nicht (vgl. Lee, Massa, Welykyj, Choo & Greaney, 1991; Keesling & Friedman, 1987) und sogar Personen, welche bereits einmal an Hautkrebs erkrankten, schützen sich nachher nicht unbedingt besser (vgl. Johnson & Lookingbill, 1984). Die bisherigen Kampagnen zum Sonnenschutzverhalten haben eine leichte Verhaltensänderung (Vergleich von 1991 und 1995) in der Schweizer Bevölkerung ergeben. Nicht auszuschliessen ist allerdings eine Verzerrung der Daten aufgrund einer Antworttendenz sozialer Erwünschtheit durch eine erfolgreiche Sensibilisierung der Kampagne und weniger eine effektive Veränderung des Verhaltens (Denz, 1998, 59). Bezüglich präventiver Massnahmen wird in der Monographie auf Schwierigkeiten bei der Gestaltung wirksamer Programme hingewiesen und dass das Wissen um die Gefährlichkeit des Sonnenbadens nicht genügt, damit sich die Personen besser schützen. Die erfolgreichen Interventionen in anderen Ländern (wie z.B. Australien) werden aber nicht genauer vorgestellt, so dass das bestehende Interventionswissen nicht in die Programmgestaltung einfließen kann.

### **Früherkennung**

Die Zeit, die im Schnitt verstreicht zwischen Wahrnehmung von Hautproblem und Aufsuchen einer Dermatologen ist immer noch so hoch, dass die Mortalität durch eine Verkürzung dieser Wartephase relevant gesenkt werden könnte. Bestimmte soziale Gruppen (Männer, tiefere soziale Schichten) wurden bisher weniger gut erreicht mit Früherkennungsmethoden, was eine höhere Mortalität zur Folge hat. In der Schweiz wurde 1988 erstmals eine grosse Kampagne zur Früherkennung von Melanomen durchgeführt. Als Folge stieg die Inzidenzrate deutlich an, was zeigt, dass sich ein Teil der Bevölkerung durch Informationskampagnen zu einer Vorsorgeuntersuchung aktivieren lässt.

Es fällt auf, dass in der Monographie nur mögliche Szenarien zur Früherkennung vorgestellt werden, welche von der Einführung eines Massen-Screenings bis zur minimalen Lösung des Ansprechens von eng definierten Risikogruppen (Verwandte mit Melanom, Anamnese eines

Basalioms oder Spinalioms) variieren (Eichmann, 1998, 53ff). Es fehlen sowohl Vorschläge zu den für die Schweiz heute empfehlenswerten Zielsetzungen und Massnahmen als auch konkrete Kriterien aus denen solche Zielsetzungen abgeleitet werden könnten.

#### **Die Diagnose und Therapie des Melanoms**

Die Sicherheit der Diagnose ist je nach Untersuchungsmethode mehr oder weniger hoch. Gebräuchlich sind die visuelle, die dermatoskopische und die histologische Untersuchung (Gewebsentnahme), wobei erstere am wenigsten sicher und letztere am invasivsten, aber am sichersten ist. Die Diagnosesicherheit ist höher bei Experten mit spezieller Ausbildung und grosser Erfahrung mit der Diagnosestellung. Die mittlere Überlebensrate auf 10 Jahre beträgt etwa 80% nach der Diagnose. Die Heilbarkeit des Melanoms ist also verglichen mit anderen Krebsarten sehr hoch. Sie hängt aber stark davon ab, wie früh die Intervention stattfinden kann. Für HochrisikopatientInnen mit primär schlechter Prognose werden neue therapeutische Verfahren entwickelt: Vakzinierung, Gentherapie und Immunchemotherapie.

Etwa ein Drittel aller MelanompatientInnen hat ein Bedürfnis nach mehr Beratung und Betreuung. Dieses Bedürfnis ist besonders hoch bei den Frauen, bei jüngeren Erkrankten, bei schweren Fällen und in den ersten beiden Jahren nach der Diagnose. Bisher ist die psychosoziale Betreuung nach Diagnosestellung nur unzureichend in das Behandlungssystem eingebunden. Dies wird u.a. darauf zurückgeführt, dass es bisher keine allgemeinen Richtlinien für die Betreuungsbedürftigkeit gibt.

#### **3.1.2 Die Eckdaten des Hautkrebsprogramms**

Das Hautkrebsprogramm wurde offiziell im Mai 1997 mit der „State of the Art“-Tagung gestartet (siehe Chronologie im Anhang). Ende 1997 wurde die Monographie veröffentlicht und im Sommer 1998 der Strategieplan verabschiedet und die Umsetzungsphase offiziell eingeleitet. Schon vor dem Beginn des Programms wurden aber im Rahmen der allgemeinen Tätigkeiten der SKL Sonnenschutz-Präventions-Kampagnen durchgeführt. Diese wurden dann im Verlauf des Programms ausgebaut und mit weiteren Bausteinen ergänzt. Die Programmleiterin Frau Ruth Barbezat, welche seit August des Jahres 1996 in der SKL tätig ist, übernahm im August 1998 die Programmleitung. Das Hautkrebsprogramm ist bezogen auf den finanziellen Umsatz und die Stellenbesetzung das grösste der vier Programme. Für das Jahr 2000 sind 280 Stellenprozent vorgesehen. Der budgetierte Aufwand 2000 ohne Personalkosten beträgt knapp 2 Mio. Franken (1'996'000.-). Der budgetierte Ertrag 2000 über die zahlreichen Sponsoren des Programms umfasst Fr. 1'700'000.-, was ebenfalls mit Abstand der höchste Anteil an Fremdmitteln an einem Programm ist<sup>a</sup>.

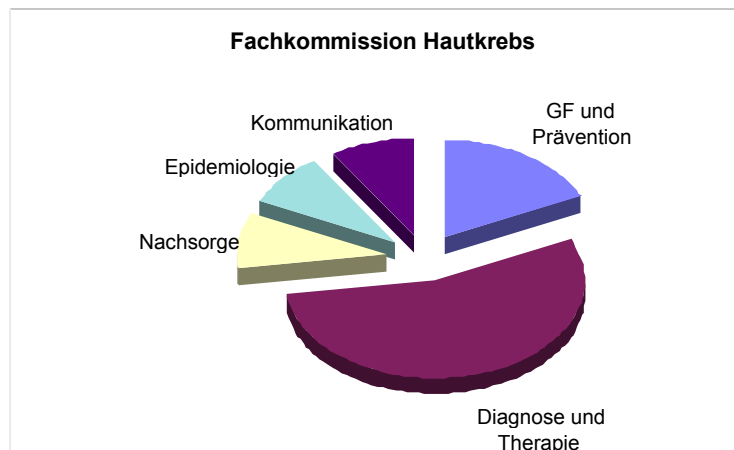
In der folgenden Graphik ist die Zusammensetzung der Fachkommission dargestellt.

---

a Wie bereits weiter oben erwähnt, wurde das Budget 2000 der vier Programme um etwa ein Drittel gekürzt. Es bleiben den Programmen insgesamt aber etwa gleich viel oder je nach Sponsorenbeträgen etwas mehr finanzielle Ressourcen als im Vorjahr.



**Abbildung 3.1** Zusammensetzung der Fachdisziplinen nach Themenbereichen in der Fachkommission Hautkrebs (Anzahl Personen pro Fachbereich)



Die Fachkommission wird von Prof. Dr. Günter Burg, Zürich, geleitet. Sie ist bisher im Hinblick auf die Ausrichtung des Programms zu einseitig auf dermatologisches Fachwissen ausgerichtet. Das Fachwissen der Prävention, der Verhaltensmodifikation und des Public Health-Bereichs ist zu wenig stark vertreten. Immerhin sind sowohl die Sektion Psychosoziales wie auch Information der SKL in der Fachkommission vertreten und gewährleisten so die SKL-interne Zusammenarbeit. Auch das Bundesamt für Gesundheit als zentrale Partnerorganisation ist vertreten.

## 3.2 BESCHREIBUNG UND BEURTEILUNG DER KONZEPTUALISIERUNG

### 3.2.1 Inhalt des Strategieplans

Die Definition des mit dem Hautkrebs in der Schweiz vorliegenden Problems wurde in Übereinstimmung mit der 1998 erschienenen Monographie, welche den „State of the Art“ wiedergibt, formuliert.

#### Definition von Zielen

Es werden drei Oberziele formuliert:

- Senkung der Mortalität,
- Senkung der Inzidenz,
- Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Die Hauptziele sind geordnet nach den vier generellen Bereichen von Public Health (Gesundheitsförderung und Primärprävention, Sekundärprävention, Therapie und Nachsorge) und ergänzt durch Zielsetzungen für die epidemiologische Erfassung des Hautkrebses. In der folgenden Tabelle sind diese Hauptziele leicht zusammengefasst aufgelistet.

Tabelle 3.1 Ziele des Hautkrebsprogramms und Einteilung nach Public-Health Bereich, die zu verändernde Zielebene, die Zielsetzung und das Kriterium zur Überprüfung der Zielerreichung

PH-Bereich	Zielebene	Zielsetzung	Kriterium
Gesundheitsförderung und Primärprävention	Wissen	Kennen der Zusammenhänge zwischen UV-Bestrahlung und Risiko	50% der Bevölkerung
	Wissen	Wissen wie man sich schützen kann	50% der Bevölkerung
	Wissen	Kennen des Hauttyps und des eigenen Risikos	50% der Bevölkerung
Früherfassung	Verhalten	Durchführung der Selbstuntersuchung	50% erwachsene RG; regelmässig
	Verhalten	ärztliche Untersuchung <sup>b</sup>	
	Verhalten	fachärztliche Untersuchung <sup>c</sup>	
Therapie	Wissen	korrekte Indikation und Durchführung der Therapie	
Nachsorge, Betreuung	Info-Schrift	Ausarbeitung von Dokumenten	3 Dokumente
Epidemiologie	Verhalten	Krebsregister erfassen Inzidenz Melanome, Sex, Alter, Lokal, etc.	mögl. vollständige Erfassung CH

Legende: ZG= Zielgruppe; RG=Risikogruppe (ohne nähere Definition)

Folgende Punkte fallen bei dieser Liste von Zielsetzungen auf:

Es fehlen Gesundheitsförderungs-Ziele, es gibt nur Zielsetzungen zur spezifischen Krankheitsprävention. Wie man in der Tabelle 1 erkennen kann, sind die Zielsetzungen im präventiven Bereich ausschliesslich auf die Verbesserung des Wissensstandes ausgerichtet, was angesichts der oben erwähnten wenig erfolgversprechenden Resultate solcher einseitig auf Wissen konzentrierten Kampagnen etwas erstaunt. Prävention, wie sie im Hautkrebs-Strategieplan aufgefasst wird, ist stark auf Wissensvermittlung angelegt, die schliesslich angestrebte Verhaltensänderung sollte dann längerfristig folgen. Dieses Grundverständnis wird in der Monographie beispielhaft illustriert in Bezug auf die im Anhang vorgenommene Begriffsbestimmung von Prävention *als Aufklärung* über Risikofaktoren (Burg, 1998, 64). In den beiden anderen vorliegenden Monographien wird der Begriff Prävention weiter gefasst und umfasst alle Massnahmen, die zur Reduktion von Risikofaktoren beitragen. Die soziokulturellen und sozialen Aspekte, welche das Risikoverhalten begleiten, werden zu wenig einbezogen. Es fehlt u.E. auch eine Berücksichtigung der Faktoren, welche das schädigende Verhalten aufrechterhalten, auch wenn das Risiko bekannt ist (soziokulturelle Bedeutung des Braunseins, wahrgenommene Attraktivität, Geschlechterstereotype bezüglich Sonnenschutz und wahrgenommener Vulnerabilität). Auch werden spezifische Risikogruppen sowie sozialen Unterschiede bezüglich Erkrankungsrisiko und Bereitschaft zur Früherkennung nicht genug berücksichtigt.

b Ohne nähere Angaben zu wer? was? wann? wie oft?

c Ohne nähere Angaben zu wer? was? wann? wie oft?

Die Zielsetzungen im Bereich der Nachsorge scheinen etwas sehr bescheiden zu sein, angesichts des in der Monographie erwähnten hohen Bedarfs von bestimmten Gruppen von Melanompatienten nach psychosozialer Unterstützung (vgl. Denz, 1998, 61).

Es sind keine Zielsetzungen auf der gesellschaftlichen, politischen oder gesetzgeberischen Ebene vorgesehen. Auch bezüglich der Vernetzung und Kooperation mit einerseits nationalen aber auch regionalen Partnerorganisationen oder bezüglich wichtiger Mediatoren (z.B. Allgemeinpraktiker / Hausärzte, Kinderärzte, etc.) wurden keine Zielsetzungen definiert. Solche Partnerorganisationen und Mediatoren wurden zwar an verschiedenen Orten im Strategiepapier aufgelistet, es wurden aber keine konkreten Ziele in der Zusammenarbeit bestimmt.

Die Zielsetzungen in Bezug auf die Wissensvermittlung im Präventionsbereich sind ziemlich konkret definiert. Sonst sind die Zielsetzungen sehr vage, zu wenig konkret und teilweise (vor allem in Bezug auf die Früherfassung) ist es völlig unklar, welches Ziel erreicht werden soll<sup>d</sup>, welche Zielgruppe für welche Art und Intensität der Früherkennung definiert wird, welche Massnahmen zur Erreichung dieser Zielsetzungen notwendig sind und mit welchen Partnern und Mediatoren zusammengearbeitet werden soll. Bei diesen vage gefassten Zielsetzungen fehlt deshalb auch die Operationalisierung des Ziels oder die Bestimmung eines beobachtbaren und überprüfbaren Wertes, der erreicht werden soll. Die erfolgte Bestimmung von quantitativen Kriterien zur Erreichung der Zielsetzungen scheint etwas beliebig: es fehlten den AutorInnen augenscheinlich Informationen zum IST-Zustand bezüglich Risikoverhalten und Verhalten bezüglich Früherkennungsmassnahmen in der Bevölkerung. Im Bereich der Früherkennung wäre die Formulierung von Zielsetzungen in Bezug auf die bisher schlecht erreichten sozialen Gruppen sicher sinnvoll gewesen (insbesondere verbesserte Erreichung von älteren Männern, Angehörigen von tieferen Schichten).

#### **Setzung von Prioritäten**

Das Hauptgewicht liegt auf der Primärprävention, Früherfassung sowie Therapie. Wenig Gewicht haben hingegen Nachsorge und psychosoziale Betreuung und gar keines die Gesundheitsförderung. Dies scheint eine sinnvolle Gewichtung angesichts der Problemdefinition.

#### **3.2.2 Zweckmässigkeit des Strategieplans**

Die Ausrichtung und Schwerpunktsetzung wird denn auch von den befragten Fachpersonen der Fachkommission und der Programmleiterin als sinnvoll beurteilt. Auch die Bestimmung von differenzierten Zielgruppen wird gelobt. Als Mängel bei der Definition der Zielsetzungen werden von den befragten Mitgliedern der Fachkommission erwähnt, dass der lokalen Vernetzung und Verankerung der Programme sowie der Forschung zu wenig Gewicht zugemessen würde. Grundsätzlich wird der Strategieplan als recht gut beurteilt, es wird aber erwähnt, dass er für die Planung des Programms nicht wirklich massgebend sei, da die Beschaffung von Fremdmitteln die Entscheidung über Realisierung von Projekten stark beeinflusse und so eher eine rollende Planung stattfinde. Von einem anderen Befragten wird auch kritisiert, dass der Strategieplan wenig verändert habe an der Arbeit im Bereich des Sonnenschutzes, welche bereits vor dem Nationalen Programm bei der SKL durchgeführt wurde.

---

d Beispiel S.8: Früherfassung, Ziel: ärztliche Untersuchung. Es wird nichts ausgesagt darüber was die Zielgruppe ist, wieviele Personen oder welcher Anteil der Personen, wann und mit welchen Verfahren oder welcher Qualität, etc. untersucht werden soll.

Aus unserer Sicht bestehen v.a. gravierende Lücken in der Konzeptualisierung der Früherkennung, obwohl dieser Zielbereich hohe Priorität für das Programm hat.

### 3.2.3 Zusammenfassung

positiv:

- klare Herausarbeitung der Ätiologie- und Risikofaktoren,
- die gesetzten Prioritäten werden als sinnvoll erachtet.

problematisch:

- Grossteil der Zielsetzungen sehr vage und unscharf definiert,
- Insbesondere der Bereich Früherkennung ist bisher konzeptuell zu wenig ausgearbeitet,
- Bestimmung von Kriterien der Zielerreichung, ohne dass auf den IST-Zustand abgestützt werden kann,
- Zielsetzungen im Bereich Prävention sind ausschliesslich auf Vermittlung von Wissen konzentriert,
- keine Zielsetzungen auf der gesetzgeberischen oder gesellschaftlichen Ebene vorgesehen,
- Zielsetzungen im Bereich Nachsorge sind bescheiden, obwohl dieser Bereich ja eine traditionelle Stärke der SKL ist,
- Es ist keine lokale Verankerung der Präventions- und Früherkennungsmassnahmen vorgesehen,
- fehlende Zielsetzungen in Bezug auf wichtige Mediatoren,
- Vernetzung des Programms.

### 3.2.4 Fachkommission und Programmleitung

Die Zusammenarbeit wird als gut und unkompliziert geschildert. Es gibt auch oft bilaterale Kontakte oder Gespräche in kleinen ad-hoc-Gruppen zu spezifischen Fachfragen. Die Zusammensetzung der Mitglieder in der Fachkommission wird dahingehend kritisiert, dass sie zu stark durch medizinische Fachspezialisten für Diagnose und Therapie besetzt ist und kaum Fachwissen zur Prävention und zu psychosozialen Aspekten vertreten ist. Die zahlenmässig schwache Vertretung des Bereichs Gesundheitsförderung und Prävention wird dadurch verstärkt, dass die eine Vertreterin Expertin für den Bereich Nachsorge ist und die zweite Vertreterin Expertin für Strahlenschutz. Die Programmleiterin versteht denn auch die Fachkommission als Gremium der verschiedenen FMH-Fachgesellschaften und organisiert sogenannte Kreativteams (mit Kindergärtnerinnen, PädagogInnen und AnimatorInnen) als Ergänzung zur ad-hoc-Beratung für spezifische Projekte.

### 3.2.5 Vernetzung und Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren (öffentlichen, privaten Organisationen, Sponsoren)

Die Vernetzung mit den relevanten FMH Fachgesellschaften wird als sehr gut bezeichnet. Sie sind entweder in der Fachkommission vertreten oder werden regelmässig informiert und um

Stellungnahme gebeten. Auch die Vernetzung mit Sponsoren (v.a. Sonnencremefirmen) wird als sehr gut bewertet. Diese starke Zusammenarbeit mit externen Sponsoren wird aber auch als Gefahr wahrgenommen: es werde zwar enorm viel Geld aufgetrieben, man müsse dann aber das Programm für die Sonnencremefirmen machen und habe keine Zeit mehr für andere Bereiche.

Kritisiert wird auch die bisher mangelnde Vernetzung auf der lokalen Ebene: die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren im Behandlungssystem (Hausärzte - Dermatologen) müsse intensiviert werden. Schliesslich wird darauf aufmerksam gemacht, dass kaum Kontakte zu den Akteuren der Prävention und der Forschung bestehen. Dieses Fachwissen sei weder in Fachkommission noch in Programm präsent. Von einer befragten Person wird die mangelnde Vernetzung mit der Romandie kritisiert<sup>e</sup>.

### 3.2.6 Zusammenfassung

Folgende Punkte erachten wir in Bezug auf die Vernetzung des Programms als positiv:

- gute Zusammenarbeit mit Sponsoren,
- unkomplizierte Arbeitsweise in der Fachkommission,
- gute Vernetzung mit den zentral betroffenen FMH-Fachgesellschaften.

Eher problematisch sind hingegen die folgenden Aspekte:

- Die Fachkommission ist zu einseitig durch die klinische Medizin besetzt,
- Ad-hoc Kreativteams verfügen nicht über das notwendige 'Public Health'-bezogene Interventionswissen,
- Die zentrale Bedeutung der Zusammenarbeit mit Sponsoren wird als Konkurrenz zu programminternen Zielsetzungen kritisiert,
- Fragestellungen an Evaluation gehen noch zu wenig weit in Richtung Erreichung der programminternen Zielsetzungen,
- Mangelnde lokale Vernetzung mit Organisationen der Prävention und Früherfassung,
- Keine Partizipation von wichtigen Mediatoren (z.B. Allgemeinpraktiker).

## 3.3 UMSETZUNG

Im Hautkrebsprogramm wurde eine Dokumentation der verschiedenen bisher durchgeführten Aktivitäten geführt, welche eine genauere Beschreibung erlaubt. Die zu diesen Projekten vorliegenden Evaluationsstudien werden ebenfalls kurz vorgestellt. Eine genauere Diskussion und weitergehende Schlussfolgerungen aus den vorliegenden Informationen waren im Rahmen dieser Vorstudie nicht möglich.

---

e Art und Ausmass dieser Problematik konnten im Rahmen dieser Studie nicht abgeklärt werden.

### 3.3.1 Beschreibung der realisierten Massnahmen

Seit Beginn des Programms (und wie erwähnt schon vorher im Rahmen der Tätigkeiten des Sektors Psychosozial der SKL) bestand das Hauptgewicht der Aktivitäten im Bereich von Sonnenschutz-Kampagnen. Seit 1999 wurde erstmals auch ein kleines Projekt zur Früherkennung von Hautkrebs lanciert. Die verschiedenen Projekte wurden in Zusammenarbeit mit verschiedenen PartnerInnen und Mediatoren durchgeführt<sup>f</sup>. Über die Art und Intensität dieser Kooperation liegen uns nur vereinzelt Informationen vor, welche auf eine „top down“-Ausrichtung dieser Zusammenarbeit hinweisen und keine partizipativen Prozesse ermöglichen zu ermöglichen scheinen (z.B. die Zusammenarbeit mit den kantonalen Ligen in Sonnenschutzkampagnen).

#### **Prävention:**

##### **TV Spot**

1997, 1998 und 1999 wurde jeweils ein neuer TV-Spot auf verschiedenen Sendern ausgestrahlt. Die Spots sollen auf unterhaltende und zielgruppengerechte Art und Weise verschiedene Sonnenschutzmöglichkeiten vermitteln. Der Spot „Kreativer Schutz1998“ wurde vom 22.5.1998–11.7.1998 rund 750 mal, der Spot „Kreativer Schutz99“ vom 17.5.1999–9.7.1999 ca. 630 mal gesendet. Die Sendungen wurden finanziell durch Sponsorenbeiträge (Sonnenschutzmittel und Augenschutz durch Sonnenbrillen) und durch Gratisschaltungen durch die TV-Sender unterstützt.

##### **Sonnenschutzkampagne für Kinder in Badeanstalten**

In jeweils rund 60 Schwimmbädern der ganzen Schweiz vermittelten drei Animatorenteams mit Sonnenschutzparcours, Sonnenschirm, Sonnenvariete und Spielheft auf spielerische Art Sonnenschutzbotschaften. Die Aktion wurde vom 2.6.1998–1.8.1998 lanciert und im nächsten Jahr vom 5.6.1999–7.8.1999 wiederholt. Zielgruppe waren 7 bis 14-jährige Badi-BesucherInnen. Verschiedene Sponsoren (z.B. Caran d'Ache) unterstützten die Kampagne.

##### **Aufklärungskampagne zum UV-Index**

1999 wurden erstmals in 17 Badeanstalten Displays installiert, um die Badegäste über den momentanen UV Index zu informieren. Auch hier konnten Sponsoren einbezogen werden, deren Produkte ebenfalls über die Displays angeboten wurden.

##### **UV Messungen für Textilien und Verkauf von UV Schutztextilien**

Im Rahmen der Aktion „Wie sonnendicht sind Ihre Kleider?“ 1998, die sich an die ganze Bevölkerung richtete, stellte das UV Team ein Sonnenzelt mit Computer und Infotafeln an 44 öffentlichen Plätzen, „Switcher“-Verkaufspunkten in der Deutschschweiz und Romandie auf. 1999 wurde die Aktion wiederholt und zusätzlich die UV Durchlässigkeit von Sonnenbrillen getestet. Die Aktionen stiessen insgesamt nur auf ein geringes Interesse bei der Bevölkerung.

In Zusammenarbeit mit dem Partner „Switcher“ wurden Textilien mit UV Schutz produziert und vermarktet. Die Aktionen fanden in beiden Jahren vom 1.6.1998–30.10.1998 und vom 1.6.1999–30.10.1999 statt. Die Textilien haben nach Wahrnehmung der Programmleitung bisher nicht den erhofften Durchbruch erreicht und stossen bei der Bevölkerung bisher nicht sonderlich auf Beachtung.

---

f Laut Angabe der Programmleiterin sind dies: Die Schweizerischen Bademeister Verbände, Meteo-Schweiz, Apothekern, Drogisten, Schulen, die kantonalen Ligen etc.

### **Kindergarten**

Vom 20.4.1998–10.7.1998 und vom 24.4.1999–10.7.1999 wurden mittels eines Inserats in der Mitgliederzeitung des Fachverbands (Mitgliederzahl: 5300) Kindergärten in beinahe der ganzen Schweiz kontaktiert. Rund 2'500 KindergärtnerInnen (etwa 50%) bestellten anschliessend das Kinderbuch inkl. dem Begleitmaterial und setzten es im Unterricht ein.

### **Sonnenschutzkampagne an besonderen Anlässen**

Die Aktion des „Public Education“ konzentrierte sich, vom 7.6.1998–13.9.1998 und vom 15.6.1999–30.8.1999, auf die sogenannte „Cream Attack“. An verschiedenen Veranstaltungen (Sportfesten, Musikfestivals etc.) wurde das Publikum aktiv auf Sonnenschutz angesprochen und (wer wollte) wurde mit Sonnencreme eingecremt.

### **Informationsmaterial (Sommer 1998 und 1999)**

Im Rahmen der Kampagne wurde Informationsmaterial erstellt und an den verschiedenen Aktivitäten gratis abgegeben. Zielgruppe war die ganze Bevölkerung. Die bestehende Broschüre wurde inhaltlich und visuell überarbeitet. Der neue Titel 1998 lautete: „Die Haut vergisst nichts“ und enthielt neu auch Ferientips, und Informationen zum UV Schutz durch Textilien. 1999 enthielt die Broschüre „Hau(p)tsache Sonnenschutz“ Informationen zu UV Bestrahlung, verschiedene Hauttypen, Textilien, Solarien, Art und Aussehen von Muttermalen, die Sonnenschutzmassnahmen sowie die Selbstuntersuchung der Haut.

### **Medien**

Bereits im März 1998 wurde landesweit ein Mediencommunique zum Thema „Hau(p)tsache Sonnenschutz“ verschickt. Im April 1999 wurde die Kampagne lanciert. Insgesamt erschienen 1998 über 500 Abdrucke mit einer Totalauflage von über 19 Mio. Exemplaren. 1999 erschienen knapp 400 Artikel bei einer Auflage von 16 Mio. Exemplaren zum Thema Sonnenschutz. Als positiv bewertet wurde 1998 die Beliebtheit des Themas Sonnenschutz bei den Medien und die intensive Sonnen-Medienarbeit der SKL. Als nicht so gut beurteilt wurde 1998 die zeitliche Koordination der medienattraktiven Aktionen: die Ankündigung der Aktivitäten konzentrierte sich mehr oder weniger auf Anfang Juni. 1999 nahmen die Kontakte zu den elektronischen Medien zu, jedoch war in diesem Jahr das Medienpotential (Badiaktion) ausgeschöpft. Kaum medienmässig beachtet wurden die UV Messungen und die Gesamtauflage nahm gegenüber 1998 um 16% ab.

### **Früherkennung:**

#### **Informationswoche zur Früherkennung „Haut und Sonne, testen Sie Ihre Haut“**

Ziel dieser Informationswoche war es die Sensibilisierung von Risikogruppen bezüglich Hautveränderungen und Sonnenschutz zu steigern. Als Pilotprojekt war während einer Woche, vom 17.5.1999-21.5.1999, ein speziell eingerichteter Truck in 6 Schweizer Städten unterwegs. Die interessierten Passanten konnten mit Hilfe der Animatoren einen Fragebogen ausfüllen, um ihren Hauttyp zu bestimmen und sich je nach Gefährdungsgrad von einem Dermatologen im Bus untersuchen lassen. Ein kurzes Beratungsgespräch mit den PassantInnen führte gemäss Aussagen der AnimatorInnen in der Regel dazu, dass ein Fragebogen ausgefüllt wurde. Es wurden knapp 2700 solche Fragebogen zur Hauttypbestimmung und zur Erfassung des Risikoprofils ausgefüllt., Im Rahmen der Konsultationen durch die Dermatologen wurden 524 Befundbögen erfasst.

### 3.3.2 Beurteilung durch vorliegende Evaluations-Resultate

Im Programm Hautkrebs werden seit Beginn der Aktivitäten regelmässig Evaluationsstudien durchgeführt. Ein Teil der Studien wurde jährlich wiederholt, so dass ein Vergleich über die Zeit und Abschätzungen von Veränderungen in Richtung des angestrebten Gesundheitsverhaltens möglich ist. Die Programmleitung kann sich auf diese Daten abstützen, um die weitere Vorgehensweise zu optimieren. Leider wurden gewisse Fragen geändert, was einen Vergleich über die Zeit verunmöglicht (Häufigkeit Sonnenbrand; Selbstuntersuchung Haut)<sup>g</sup>.

#### TV Spots (1997-1999)

Nach Abschluss der Kampagne 1999 wurde von der Publisuisse AG aufgrund des Telekontrolldaten eine Erfolgskontrolle durchgeführt. Dank dieser Kontrolle bestehen Informationen über die „Reichweite“ des Spots. Rund 81% der 15- bis 49-jährigen Personen in einem Haushalt mit TV-Gerät konnten erreicht werden. In der Kernzielgruppe der 15- bis 29-jährigen wurden eine Nettoreichweite von 78% erzielt. Der Spot wurde in der Regel mehrmals gesehen: am häufigsten in der Deutschschweiz, wo rund 50% der 15- bis 29-jährigen den Spot mindestens 4mal gesehen haben. In der französischen Schweiz haben den Spot 25% und im Tessin 30% mindestens 4mal gesehen.

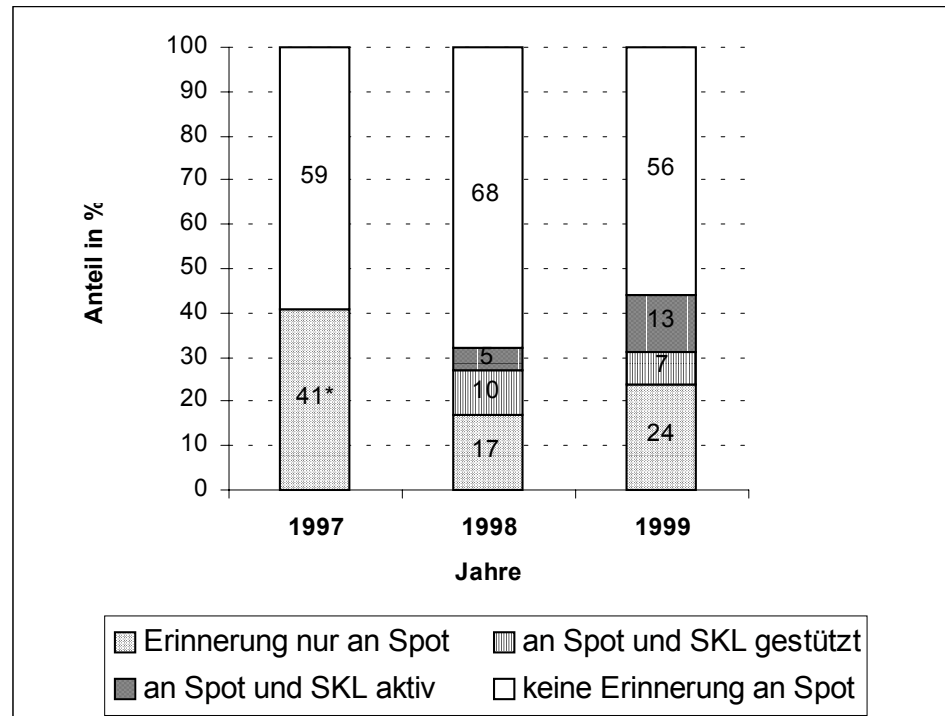
Mittels telefonischer Befragungen einer repräsentativen Stichprobe von 15 bis 65 Jahren in der Deutsch- und Westschweiz im August und September der Jahre 1997, 1998 und 1999 (Teile der Fragen schon 1991 und 1995) wurde erhoben, wie hoch der Anteil der Zielgruppe ist, welche sich später noch an die Spots und die Absender erinnern kann. In der folgenden Graphik werden die Daten für 1997–1999 dargestellt.

---

g Besonders schade ist dies in Bezug auf die Daten zur Selbstuntersuchung auf Hautveränderungen welche im Prinzip vor und nach der ersten Kampagne im Jahr 1999 erhoben wurden. Ein prä-post-Vergleich ist aufgrund der unterschiedlichen Frageformulierung zur Selbstuntersuchung nicht möglich.



**Abbildung 3.2** Anteil Personen in Prozent, welche 1997, 1998 und 1999 an die jeweiligen TV-Spots erinnerten sowie an die SKL als Initiator. Es wurde zuerst offen nach Initiatoren gefragt (aktive Erinnerung) und danach noch mittels Vorgabe (gestützte Erinnerung)



\* Für das Jahr 1997 kennen wir nur den Anteil der Personen, der sich an den Spot als solches erinnert hat

Der Anteil der Personen, die sich (mit Beschreibung des Inhalts der Spots als Vorgabe) an den Spot erinnern können, betrug 1997 rund 40%, 1998 rund 30% und 1999 wieder mehr mit 44%. Die aktive Erinnerung (ohne Vorgaben) an die SKL als Absender des Spots ist tief. Die unterstützte Erinnerung etwas höher. Die weiteren Sponsoren (Polaroid, Sonnenschutzcremen, etc.) wurden nur selten erinnert (spontan etwa 2-5%; mit Unterstützung etwa 15-25% der befragten Personen). Die Kernzielgruppe der 15 bis 29-Jährigen erinnerte sich etwas besser an den Spot und bewertete ihn auch besser. Auf die Frage, ob der Spot auch sein Ziel erreicht habe (auf Sonnenschutz zu achten) beurteilten eine Mehrheit derjenigen Befragten, die sich an den Spot erinnern haben (unabhängig von Alter oder Geschlecht), den präventiven Nutzen als sehr gut bis gut.

In dieser repräsentativen Telefonbefragung wurde auch nach gewissen Indikatoren für das Sonnenschutzverhalten und die Praktiken zur Früherkennung gefragt. Die Häufigkeit, mit der sich die Befragten der Sonne aussetzen, scheint keinen klaren Verlauf über die Jahre zu haben, was u.a. auf die unterschiedliche Wetterlage zurückgeführt wird. Jüngere Leute im Alter zwischen 15-29 Jahre setzen sich der Sonne vermehrt in den Ferien und der Badeanstalt aus, wogegen ältere Leute (50 -64 Jahre) eher im häuslichen Bereich (Garten, Terrasse) und bei Freizeitaktivitäten (Wandern) mit der Sonne in Kontakt kamen. In allen erhobenen Jahren hatten primär jüngere Leute zwischen 15-29 Jahren und Menschen des helleren Hauttyps Sonnenbrände. Auch im Jahr 1999 änderte sich an diesem Bild nichts. In der am stärksten betroffenen Alterskohorte nahm hingegen der Anteil der Sonnenbrände ab (1997: 42%, 1998: 40%, 1999: 33%) jedoch erhöhte sich die Anzahl der schweren Sonnenbrände etwas (1997: 7% und 1998

10%). Im Jahr 1999 wurde der Schweregrad des Sonnenbrandes nicht mehr mit dem Mass „starker/leichter Sonnenbrand“ sondern mittels „schmerzhafter/nicht schmerzhafter Hautrötung„ erhoben. Die Daten von 1999 waren folglich nicht vergleichbar mit den Werten früherer Jahre.

Eine deutlicher Anstieg von 1997 (etwa 50%) bis 1999 (etwa 75%) zeigt sich bei dem Anteil der Personen, welche angeben, sich vor Sonnenbrand zu schützen. Meist bestanden diese Schutzmassnahmen aus dem Aufsuchen von Schatten am Mittag, dem Tragen einer Sonnenbrille und dem Eincremen mit einer Sonnencreme mit genügend hohem Lichtschutzfaktor. Nicht so beliebt schien das Tragen von Kopfbedeckungen und Kleidern zu sein. Zu der Beachtung der Informationen zum Sonnenschutz zeigte sich, dass, verglichen mit 1995, alle befragten Personen (unabhängig von Altersgruppe, Geschlecht und Schulbildung) in Jahr 1998 den Informationen zum Thema Sonnenschutz weniger und im Jahr 1999 nochmals weniger Beachtung geschenkt hatten. 1995 wurde die Präsenz von Sonnenschutzinformationen in den Medien Zeitung/Zeitschriften und Radio deutlich besser wahrgenommen als in späteren Jahren. Es stellt sich die Frage, ob es sich dabei bereits um einen Sättigungseffekt in Bezug auf diese Art von Informationen handelt. Der Sonnenschutz-Index von Meteo-Schweiz ist 35% der befragten Personen bekannt. Jedoch haben nur 3% diesen Service schon benutzt. Das Angebot war primär (>20%) durch Fernsehen, Zeitungen und Teletex bekannt. Obwohl der angebotene Service kaum genutzt wurde, fanden es 77% der befragten Personen „sehr“ oder „ziemlich“ sinnvoll in jeder Badeanstalt eine Information über den momentanen UV Index zu erhalten.

Auf die Frage, ob sie beim Kauf von leichter Sommerfreizeitkleidung auf die Durchlässigkeit für UV Strahlen achten würden, antworteten nur 11%, dass sie darauf achten würden „sehr“/ „ziemlich“ Antworten). Am ehesten achteten Personen in der Alterskohorte 50-64 Jahre (19%), am wenigsten die Alterskohorte der 15-29jährigen (5%) auf den möglichen Schutz durch Textilien.

#### **Ad hoc-Befragungen in Badeanstalten zum UV-Display 1999**

Mit Hilfe eines vollstrukturierten Fragebogens wurde in 9 der insgesamt 17 von der Aktion betroffenen Badeanstalten in der Deutsch- und Westschweiz eine nicht repräsentative Befragung durchgeführt. Insgesamt 281 Personen im Alter zwischen 16 und 50 Jahren wurden befragt um die Beachtung und Akzeptanz der Displays zu erkunden. Diese unsystematische Befragung gab Hinweise auf einige praktisch-technische Probleme und auf generelle Informationslücken bei dieser Aktion (Bedeutung des UV-Indexes).

#### **Kindergarten 1999**

Um die Resonanz und Akzeptanz der Materialien zum Thema Sonnenschutz beurteilen zu können wurde den 2536 versandten Materialpaketen ein Fragebogen beigelegt. Davon wurden nur 190 Fragebogen zurückgesandt (Rücklaufquote 7%), was leider keine Rückschlüsse auf die Meinung und Beurteilung der Gruppe von Kindergärtnerinnen, welche das Paket bestellt haben, erlaubt. Die Rückmeldungen dieser kleinen Gruppe geben aber Hinweise auf einige Verbesserungsmöglichkeiten. Die mit Verweis auf diese Evaluationsstudie formulierte programminterne Interpretation des Erfolgs der Aktion im Schlussbericht 1999 scheint in einigen Punkten fragwürdig und beruht auf nicht nachvollziehbaren Grundlagen.

#### **Informationswoche zur Früherkennung von Hautkrebs: „Haut und Sonne, testen Sie Ihre Haut“**

Nach Abschluss der Informationswoche „Haut und Sonne“ wurden die Protokolle der Animatoren und die durch die BesucherInnen ausgefüllten Fragebogen ausgewertet (Keller, 1999). 2679 Personen füllten den Fragebogen zur Hauttypbestimmung aus, zu den Dermatologen wurde knapp ein Fünftel der Personen (N=524) zugelassen.

Folgende Aussagen können aufgrund der Datenlage gemacht werden: Die Anzahl der BesucherInnen übertraf die Erwartungen der Verantwortlichen und die bereitgestellten Ressourcen, so dass Engpässe und Wartezeiten entstanden. Es zeigten sich folgende aktionsbezogene Probleme: Das grösste Interesse schien der Gratis-Besuch beim Dermatologen zu wecken. Die Bestimmung des Hauttyps und der entsprechenden Sonnenschutzmassnahmen war eher von zweitrangigem Interesse. Viele Personen waren enttäuscht und verärgert, dass ihre Haut nicht von den ÄrztInnen getestet wurde. Die AnimatorInnen fühlten sich zu wenig informiert, um die Bedürfnisse der BesucherInnen abdecken zu können und hatten kaum Kontaktmöglichkeiten zu den DermatologInnen.

Insgesamt stellen sich aus unserer Sicht aber auch grundlegende Fragen zum gewählten Vorgehen in Bereich der Früherfassung. Das durchgeführte Pilotprojekt weist folgende kritischen Aspekte auf: Unklarheit, wer mit dieser Aktion eigentlich erreicht werden kann und soll, wie die angestrebte Zielgruppe auf diese Weise bevölkerungsweit angesprochen werden kann, wie die unabdingbare Zusammenarbeit mit den wichtigen Mediatoren und Partnern einer Früherfassung erreicht werden kann, wie die Qualität der diagnostischen Methoden kontrolliert werden kann und schliesslich, wie unnötige Zusatzkosten verhindert werden können.

Wie bereits erwähnt, wurden Fragen zur praktizierten Früherkennung in der Bevölkerung auch in die repräsentative Telefonbefragungen von 1995, 1998 und 1999 integriert. Leider war es nicht möglich, die Ergebnisse von 1998 und 1999 miteinander zu vergleichen, da unterschiedliche Frageformulierungen<sup>h</sup> verwendet wurden. Eine Verbesserung der Qualität der Items wurde von der Programmleitung als unabdingbar erachtet. 1998 gaben immerhin 72% der Befragten an, ihre Haut untersucht zu haben, was eine Steigerung der Hautuntersuchungen um 6% gegenüber der Befragung von 1995 ausmachte. Im gleichen Jahr gaben 40% der Personen an, dass sie gerne einen Check beim Hautspezialisten machen lassen würden, selbst dann wenn sie dafür einen Unkostenbeitrag von 50 Franken zu bezahlen hätten.

1999 gaben 50% der Befragten an, ihre Haut mind. alle 3-6 Monate *systematisch* zu untersuchen. 19% nahmen dazu die Hilfe eines Spiegels und/oder einer anderen Person in Anspruch, um auch an „unzugänglicheren Stellen“ des Körpers (Nacken, Rücken, Gesäss und Beine) ihre Haut zu untersuchen.

### 3.3.3 Beurteilung durch Programmleitung und Fachkommissions-Mitglieder

Die Programmleitung ist zufrieden mit den bisher realisierten Projekten und Kampagnen. Der Anteil an Fremdkapital ist sehr hoch und sie können über ein grosses finanzielles und personales Budget verfügen. Die Programmleiterin beurteilt auch die Organisationsstruktur als sehr geeignet für die Umsetzung des Programms. Die zuweilen mangelhafte Vernetzung innerhalb der vier Programme und innerhalb der SKL, welche die Koordination der Aktivitäten erschwert, kann mit entsprechendem Aufwand verbessert werden und stellt deshalb aus ihrer Sicht kein grundsätzliches Problem dar.

---

h Frage 1995/1998: Beobachten Sie von Zeit zu Zeit ihre Haut am ganzen Körper und schauen Sie, ob Sie Haut- und Pigmentveränderungen z.B. bei einem Muttermal, feststellen können?

Frage 1999: Pigmentmale sind braune Hautflecken, z.B. Leberflecken oder Muttermale. Beobachten Sie von Zeit zu Zeit ganz systematisch Ihre Haut am ganzen Körper und Schauen Sie, ob Sie Haut- und Pigmentveränderungen, z.B. bei einem Muttermal, feststellen können? Wenn ja, Anschlussfrage, „Wie oft machen Sie das?“

Die Mitglieder der Fachkommission beurteilen den bisherigen Verlauf der Umsetzung im allgemeinen als „ziemlich gut“ bis „sehr gut“. Als kritische Punkte werden erwähnt: die Steuerung der Programmaktivitäten anhand des Anteils an Fremdmittel, der einfließen kann („was finanziell nichts einbringt, wird nicht gemacht“); die Konzentration der Aktivitäten auf das bereits Altbekannte und vor allem die mangelnde lokale Vernetzung der verschiedenen primär- und sekundärpräventiven Aktivitäten.

#### 3.3.4 Ausblick auf die Aktivitäten des Jahrs 2000

Im Bereich Prävention soll die Sonnenschutzkampagne fortgeführt und auch auf den Wintersport ausgeweitet werden. Es wird eine engere Zusammenarbeit mit der Touristikbranche angestrebt. Der Verkauf von UV-Schutz Textilien soll weiter gefördert werden ebenso die Kenntnisse zum UV-Index durch TV-Spots und Displays in Badeanstalten. Auch im Jahr 2000 werden diese Aktionen durch Evaluationsstudien begleitet werden. Zur Verbesserung der Früherkennung sollen die letztjährigen Aktivitäten ausgedehnt werden. Im Zentrum stehen weiterhin "ungewöhnliche" Aktionen, welche die Aufmerksamkeit der Bevölkerung erregen sollen. Eine engere Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Fachgesellschaft der Dermatologen und der Apotheker ist vorgesehen.

#### 3.3.5 Zusammenfassung

Die Medienkampagnen zum Sonnenschutz hatten in den vergangenen Jahren eine hohe Reichweite. Es zeigt sich eine ansteigende Sensibilität der befragten Bevölkerung gegenüber der Notwendigkeit von Sonnenschutz, wobei gewisse Massnahmen immer noch wenig akzeptiert sind (z.B. Kopfschutz). Gleichzeitig erregen die Informationen zum Sonnenschutz immer weniger Aufmerksamkeit, was auf eine gewisse Sättigung hinweisen könnte. Bisher noch unklar ist die Frage, wie sich effektiv das Sonnenschutzverhalten verändert: die diesbezüglichen Trends sind teilweise unklar oder widersprüchlich. Die weiteren regionalen Aktivitäten und auf spezifische Zielgruppen ausgerichteten Aktivitäten zeigen entweder eine hohe Akzeptanz aber geringe Resonanz (z.B. UV-Index der Kleider, UV-Display) oder es liegen für eine Beurteilung noch zu wenig Informationen vor (z.B. Kindergarten). Das 1999 im Bereich der Früherkennung durchgeführte Pilotprojekt zeigt noch bedeutende konzeptuelle Mängel. Das Programm zeichnet sich durch einen hohen Erfolg in Bezug auf die Gewinnung von Fremdmitteln aus. Die Mitglieder der Fachkommission und die Programmleitung sind im allgemeinen recht zufrieden mit der bisherigen Umsetzung. Die Planung für das nächste Jahr besteht vor allem in der Weiterführung und stärkeren Verbreitung der bisherigen Aktivitäten. Die Zielsetzungen im Bereich der besseren Vernetzung des Programms zielen offensichtlich eher auf die nationale als auf die lokale Ebene ab.

### 3.4 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN BEZÜGLICH DES HAUTKREBSPROGRAMMS

Sowohl in der Monographie zum „State of the Art“ , aber vor allem im Strategieplan zeigt sich eine mangelnde Berücksichtigung des bestehenden Interventionswissens zur Prävention von Hautkrebs. Die Zielsetzungen zur Bekämpfung des Hautkrebs sind im Strategieplan

grösstenteils sehr vage und teilweise unklar gefasst<sup>i</sup>. Es fehlt in vielen Interventionsbereichen an konkreten, am Kontext des Programms orientierten Zwischenzielen, welche überprüft werden könnten (z.B. Implementierung eines von der Bevölkerung akzeptierten und qualitativ hochstehenden Screenings: welche konkreten Zwischenschritte sind nötig?). Es sollte deshalb ein Aktionsplan entwickelt werden, der die konkreten und überprüfbaren Zwischenziele und die dafür notwendigen Massnahmen bestimmt.

Das Hautkrebsprogramm war bisher in drei Bereichen aktiv (Prävention, Früherfassung und Therapie-Guidelines). Vor allem die Präventionskampagnen wurden über TV-Spots einem grossen Anteil der Bevölkerung dargeboten und es konnte eine breite Unterstützung durch Sponsoren organisiert werden. Durch das Hautkrebsprogramm konnten deshalb grosse Geldsummen für die Prävention und Früherfassung des Hautkrebses in der Schweiz organisiert werden. Die Steuerung des Programms ist aber dadurch auch in einer gewissen Gefahr, zu stark durch externe Faktoren beeinflusst zu werden. Es braucht eine kritische Beurteilung, ob die programminternen Zielsetzungen auf diese Weise noch genügend Beachtung finden. Bei dem dieses Jahr durchgeführten Pilotprojekt zur Früherkennung fallen grosse Lücken in der Konzeptualisierung auf, die vor einer Ausweitung des Projekts dringend angegangen werden sollten. Insbesondere die Zielsetzungen sollten genau definiert werden und die gewählte Vorgehensweise kritisch hinterfragt werden. Die Probleme im Zusammenhang mit der Früherkennung wurden von der Programmleitung erkannt und entsprechende Verbesserungen sind vorgesehen.

Die bisher bestehende Fachkommission ist zu einseitig auf medizinisch-klinisches Fachwissen ausgerichtet. In Bezug auf die für das Programm zentralen Verhaltensänderung der Bevölkerung (präventives Verhalten und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen) fehlt sowohl in der Programmleitung wie auch in der Fachkommission das Interventionswissen. Diese Fachkompetenz kann durch die erwähnten ad-hoc-Kreativteams nicht eingebracht werden. Entsprechende Fachdisziplinen (z.B. Gesundheitspsychologie, Sozial- und Präventivmedizin sowie Public Health) sollten möglichst bald in die Fachkommission einbezogen werden. Es fehlt u.E. auch die Integration der wichtigsten Mediatoren für die Früherfassung (z.B. Hausärzte / Allgemeinpraktiker).

Die Kampagnen werden regelmässig durch Evaluationsstudien begleitet, welche Hinweise auf Fortschritte bezüglich der Zielerreichung machen können. Diese Evaluationskultur ist sehr positiv und sollte weitergeführt und in Bezug auf bestimmte Fragestellungen erweitert werden. Bisher gingen u.E. die Fragestellung in den Evaluationsstudien zu wenig weit, wobei meist nur der Anfangsteil des Interventionsprozesses (Wahrnehmung und Akzeptanz der Kampagnen) differenziert erfasst wird. Fragestellungen in Bezug auf die Veränderungen auf der Verhaltensebene, auf die Kenntnisse und Nutzung des Angebots zur Früherkennung sowie das Zusammenspiel des relevanten Behandlungssystems sollten aber auch analysiert werden.

In Bezug auf die Vernetzung des Programms zeigen sich noch wichtige Lücken, welche zur Erreichung von nachhaltigen Wirkungen bedeutsam sind. Für eine regionale Verankerung der Prävention wären beispielsweise Präventionsfachstellen sowie Schul- und Hausärzte wichtige Partner.

---

i z.B. wird in der Prävention eigentlich eine Veränderung des Verhaltens angestrebt, fast alle Zielsetzungen beziehen sich aber auf Veränderungen des Wissens der Bevölkerung.

## 4 NATIONALES PROGRAMM ZUR BEKÄMPFUNG DES LUNGENKREBSES

### 4.1 EINLEITUNG

Im folgenden Abschnitt wird zuerst das zugrundeliegende Problem definiert. Grundlage für diese kurze Beschreibung der Lungenkrebsproblematik und der empfohlenen Massnahmen stellt die Monographie zum Programm dar, welche 1997 von Weber, Rajower und Kleihues herausgegeben und im Namen des Bundesamts für Gesundheit und der Schweizerischen Krebsliga veröffentlicht wurde. In einem zweiten Teil werden die wichtigsten Eckdaten des Programms Lungenkrebs aufgeführt.

#### 4.1.1 Die Problemstellung

Der Lungenkrebs gilt aufgrund seiner hohen Inzidenz bei den Männern der steigenden Inzidenz bei den Frauen und vor allem aufgrund der hohen Mortalität als wichtiges gesundheitliches Problem der Schweizerischen Bevölkerung. Jährlich erkranken in der Schweiz etwa 3000 Personen neu an dieser Krebsart (1994 waren es 2400 Männer und 700 Frauen). Die Inzidenz des Lungenkrebses ist in den letzten zehn Jahren leicht zurückgegangen, was darauf zurückgeführt wird, dass seit den 70er Jahren mehr ältere Männer mit Rauchen aufgehört haben. Die deutlich tiefere Inzidenzrate der Frauen ist aber immer noch am Steigen begriffen. Auch die neuen Ergebnisse zum Rauchverhalten der Jugendlichen (deutliche Zunahme vor allem bei den jungen Frauen) erlauben keine positive Prognose für die Entwicklung der Lungenkrebsinzidenz in den nächsten Jahrzehnten. Eine besonders hohe Rate an Lungenkrebskrankungen sind in folgenden Gruppen zu beobachten: Männer der unteren Sozialschichten, wobei das Risiko der Männer, welche in staubexponierten Berufsgruppen tätig sind, noch deutlich höher liegt; Frauen, in städtischen Wohngebieten, in Dienstleistungsberufen tätige Frauen. Nach Schüler und Bopp (1997, 5) zeigt sich in der Schweiz ein differenziertes geographisches Muster des Lungenkrebsrisikos, was vor allem auf die unterschiedliche Rauchkultur und Exposition mit bestimmten berufsbezogenen Krebserregern zurückgeführt wird.

Im Jahr 1995 sind 600 Frauen und 1949 Männer an Lungenkrebs gestorben. 33% der Gestorbenen waren jünger als 65 Jahre. Das bedeutet, dass etwa ein Viertel aller Krebstode beim Mann aufgrund von Lungenkrebs erfolgen. Bei den Frauen ist dieser Anteil etwa 9%. Die hohe Sterblichkeit spiegelt die heute bestehenden beschränkten Möglichkeiten zur Sekundärprävention und Therapie von Lungenkrebs. Diese Tumorart wird meist sehr spät entdeckt. Die darauffolgende Behandlung des Lungenkrebses führt nur bei wenigen Erkrankten zu einer relevanten Erhöhung der Lebenserwartung. 85-90% der Betroffenen sterben innerhalb von 5 Jahren nach der Diagnose. Die vorliegenden Möglichkeiten zur Früherkennung des Lungenkrebses zeigen keinen Effekt auf eine Senkung der Mortalität. Es wird deshalb nicht empfohlen, ein Screening auf Lungenkrebs einzuführen.

Angesichts der hohen Zahl an Erkrankten und der Beschwerden, welche die Betroffenen erleiden müssen (u.a. Atemnot, Schmerzen und Folgeerscheinungen der Behandlung wie Erbrechen, Übelkeit, etc.), ist es hingegen angezeigt, die Bemühungen zur Verbesserung der Lebensqualität zu verstärken.

Die Entstehung von Lungenkrebs kann zu einem grossen Teil auf einen einzigen Risikofaktor zurückgeführt werden: das Rauchen von Tabak. Rauchen erhöht auch das Risiko für andere Krankheiten wie Bronchitis, Lungenemphyseme und Herz-Kreislaufkrankungen. In der Schweiz gibt es keine Einzelursache, welche für so viele vorzeitige Todesfälle verantwortlich ist (jährlich etwa 10'000 Menschen). Die Entstehung von Lungenkrebs wird zu etwa 85% auf eine langdauernde Exposition von Tabakrauch zurückgeführt. Das Risiko für Lungenkrebs erhöht sich je früher jemand einsteigt, mit der Dauer und der Dosis des konsumierten Stoffs. Ebenfalls signifikant erhöht, aber deutlich schwächer ist das Risiko für passive RaucherInnen. Die Erkrankung tritt erst mit einer Latenzzeit von rund 20-30 Jahren auf. Das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken, senkt sich bei Personen, welche mit dem Rauchen aufhören kontinuierlich ab, wobei es nach 10-15 Jahren Abstinenz den Wert der Nichtraucher<sup>a</sup> erreicht.

Weitere Risikofaktoren, welche aber für die Gesundheit der Bevölkerung deutlich weniger wichtig sind (da viel weniger Personen exponiert sind), stellen Umweltgifte (Radon) und berufsbezogene Krebsreger (z.B. Arsen) dar.

#### **Das Rauchverhalten in der Schweiz**

Der Tabakkonsum in der Schweiz ist im europäischen und weltweiten Vergleich sehr hoch mit rund 40% rauchenden Männern und 30% rauchenden Frauen bei den 15-74jährigen. Bei den Männern zeigt sich diesbezüglich ein klarer Schichtgradient: je tiefer die soziale Schicht der man angehört, um so eher wird geraucht. Bei den Frauen zeigte sich dieser Gradient bisher nicht. Bei der momentan starken Zunahme des Rauchens bei den jugendlichen Frauen wird aber erstmals der gleiche Gradient beobachtet. Seit etwa 20 Jahren nimmt der Raucheranteil bei den über 40jährigen Schweizer Männern ab, was auf den wachsenden Anteil von Ex-Rauchern in dieser Gruppe zurückgeführt wird. In den letzten fünf Jahren hat wie bereits erwähnt der Anteil der jugendlichen Raucher (vor allem bei den jungen Frauen) deutlich zugenommen. Bezüglich der Bereitschaft und der Fähigkeit zur Entwöhnung des Rauchens zeigen sich ebenfalls soziale Differenzierungen: Personen aus tieferen sozialen Schichten und Frauen gelingt es seltener mit Rauchen aufzuhören. Gründe für den Einstieg und Schwierigkeiten beim Ausstieg zeigen geschlechtstypische Unterschiede, die unbedingt berücksichtigt werden sollten bei entsprechenden Präventionsprogrammen.

#### **Aktivitäten zur Förderung des Nichtrauchens**

In der Schweiz gibt es seit Jahrzehnten Bemühungen, den Anteil der RaucherInnen in der Bevölkerung zu senken. Wichtige nationale Akteure in diesem Feld sind: das Bundesamt für Gesundheit (BAG), die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz (AT), die Schweizerische Krebsliga (SKL), der Verein pro aere (früher SAN) und die Stiftung 19 (früher Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung). Ergänzend gibt es viele kantonale und kommunale Institutionen, die sich mehr oder weniger spezifisch mit Tabakprävention befassen (Tabakpräventions- und Suchtfachstellen, etc.). Ebenfalls aktiv einbezogen waren in den letzten Jahren zwei Berufsgruppen: ÄrztInnen und ApothekerInnen. Aus der Flut an Aktivitäten und Projekten ragt das Massnahmepaket Tabak (MPT; vgl. auch Studie 2 der Globalevaluation) des Bundesamtes für Gesundheit hervor. Das MPT dauerte von 1996–1999 und hatte ein jährliches Budget von 2.5 Mio. Franken zur Verfügung. Es sollten drei Ziele erreicht werden: Verstärkung der Primärprävention vor allem bei den Jugendlichen zwischen 11 und 18 Jahren; Ausbau der Schutzbestimmungen für Nichtraucher am Arbeitsplatz und im öffentlichen Raum; Förderung der

---

a Im Strategieplan ist hingegen angegeben, dass sich das Risiko von Abstinenz nach 10-15 Jahren auf die Hälfte desjenigen der aktiven Raucher verringert.

Tabakentwöhnung. Es wurden u.a. folgende Kriterien zur Unterstützung von Projekten aufgestellt: Übereinstimmung mit dem Stand der Wissenschaft, Übereinstimmung mit nationalen und lokalen Bedürfnissen, Koordination und Vernetzung mit den anderen im Bereich tätigen Partnerorganisationen, Dokumentation der Aktionen und Evaluation des Prozesses sowie der Ergebnisse. Folgende gross angelegte Präventionsprogramme sind in den letzten Jahren mit Unterstützung des MPT durchgeführt wurden:

- die Kampagne "Die neue Lust - Nichtraucher", welche von BAG, AT, SKL und Stiftung 19 getragen wird und sich an Jugendliche richtet,
- der Tag des Nichtrauchens mit dem Ziel der Tabakentwöhnung,
- Tabakprävention zusammen mit dem Apothekerverein,
- Tabakprävention in der Arztpraxis mittels eines interaktiven Expertensystem zur Beratung von RaucherInnen (gestützt auf das transtheoretische Modell von Prochaska und Di Clemente, 1986),
- Die Aktion "Rauchfreie Gesundheitszentren" zum Schutz vor Passivrauchen.

Aus den weltweit gemachten Erfahrungen mit Programmen zur Tabakentwöhnung werden Evaluationsstudien vorgestellt zu Erfolg und Misserfolg dieser Massnahmen. Es werden verschiedenen Meta-Analysen, welche zielgruppenspezifisch ausgerichtet sind, vorgestellt. Die zahlreichen Evaluationsstudien stellen die wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Tabakprävention bei Jugendlichen, bei Frauen, bei schwangeren Frauen, am Arbeitsplatz und durch minimale Interventionen von AllgemeinärztInnen vor.

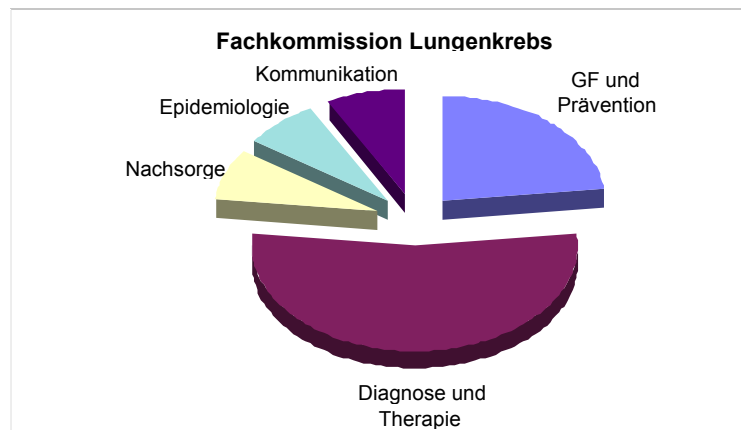
#### 4.1.2 Das Lungenkrebsprogramm

Der Beginn des Programms wird offiziell mit der „State of the Art“-Tagung im November 1997 angegeben, ist also jetzt ungefähr zwei Jahre alt (siehe Chronologie im Anhang). Etwa ein Jahr später wurde der Strategieplan verabschiedet und mit der Umsetzungsphase begonnen. Im Sommer 1997 begann Frau Martine Dondénaz als Programmleiterin ihre Arbeit. Ein Jahr später fand ein Wechsel statt: seit 1. Dezember 1998 hat Frau Sirikit Bhagwanani die Programmleitung übernommen. Das Lungenkrebsprogramm wird nächstes Jahr über ein Budget von 160 Stellenprozenten verfügen. Der budgetierte Aufwand 2000 beträgt gut 1,5 Mio. Franken (1'680'000). Davon sind 80'000 Franken für Evaluationsaufträge vorgesehen (4.8%). Als Ertrag ist ein Betrag von 300'000 Franken vorgesehen.

Die Fachkommission (früher Arbeitsgruppe) traf sich erstmals im September 1997 unter Leitung von Prof. Dr. med. Pierre Alberto. Bis zum August 1998 fanden regelmässig Sitzungen statt. Seither ist die Gruppe nicht mehr zusammengekommen. Die Fachkommission bestand aus 13 ExpertInnen, welche sich den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention, medizinische Diagnose und Therapie, Nachsorge (resp. psychosoziale Betreuung), Epidemiologie und Kommunikation zuordnen lassen. Mit einem mehr als doppelt so hohen Anteil von ExpertInnen aus dem klinischen Bereich verglichen mit dem Anteil der ExpertInnen der Gesundheitsförderung und Prävention, scheint die Fachkommission nicht optimal zusammengestellt, hinsichtlich der Tatsache, dass im Lungenkrebsprogramm die Prävention Priorität hat. Ebenfalls kritisiert werden muss, dass die Sektionen Information und Psychosoziales der SKL nicht einbezogen wurden. Im Jahr 2000 soll die Fachkommission neu zusammengestellt und ihre Arbeit wieder aufnehmen. Die neue Zusammensetzung der Mitglieder ist bis anhin noch nicht bekannt.



**Abbildung 4.1** Zusammenstellung der ExpertInnen der (ehemaligen) Fachkommission Lungenkrebs nach Fachbereich (Anzahl Personen pro Fachbereich)



## 4.2 BESCHREIBUNG UND BEURTEILUNG DER KONZEPTUALISIERUNG DES PROGRAMMS

### 4.2.1 Inhalt des Strategieplans (Problemdefinition, Modell der Ursachen, Zielsetzungen, geplante Massnahmen)

#### **Bestimmung des Problems: Wissenschaftliche Basis des Strategieplans**

Bei der Bestimmung des Problems stützt sich das Strategiepapier stark auf die Überlegungen, welche in der Monographie angeführt wurden. Es gibt nur wenige Abweichungen, welche aber teilweise wichtige Entscheidungen bezüglich der Ausrichtung des Programms einleiten. Sie sollen im Folgenden kurz erwähnt werden.

Mit Verweis auf die Bedeutung des wichtigsten Risikofaktors Rauchen einerseits und bestimmte Aktivitäten des Bundesamtes für Gesundheit im Bereich von Radon andererseits, konzentriert sich der Strategieplan Lungenkrebs ausschliesslich auf den Risikofaktor Rauchen. Schüler und Bopp haben in der Monographie allerdings darauf hingewiesen, dass in bestimmten klar umschriebenen Regionen der Schweiz auch andere Krebserreger als Rauchen oder Radon eine bedeutsame Rolle spielen und dass solchermassen hochbelastete Risikogruppen identifiziert werden sollten (RaucherInnen, die sich in beruflichen und privaten Umgebungen befinden, welche das Risiko zu erkranken stark erhöhen). Die Identifikation bestimmter Risikogruppen, welche primäre Zielgruppen darstellen könnten, wird nicht aufgegriffen. So werden die Kenntnisse zur sozialen Differenzierung des Erkrankungs-Risikos, resp. des Risikoverhaltens nicht erwähnt und daraus auch keine Forderungen bezüglich Interventionsstrategien abgeleitet.

#### **Kontext des Programms im Gesundheitswesen Schweiz**

Der Kontext des Programms wird nur sehr knapp angesprochen, was allerdings auch in der Monographie der Fall ist. Es wird darauf verwiesen, dass die Zielsetzungen des Programms in Einklang stehen mit der Prioritätensetzung des Bundesrats zur Bekämpfung der Probleme, welche mit dem Tabakkonsum verbunden sind (Oberziele des Massnahmenpakets Tabak, 1996-

1999<sup>b</sup>), mit den allgemeinen wie auch den spezifisch für die Nationalen Programme formulierten Zielsetzungen der SKL. Als wichtige Akteure werden das Bundesamt für Gesundheit mit seinem Massnahmepaket Tabak und die Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention Schweiz erwähnt. Es wird aber nicht darauf eingegangen wie sich das Programm der Krebsliga in dem bereits sehr aktiven Feld im Bereich der Prävention von Lungenkrebs plazieren und verhalten soll und wie eine möglichst sinnvolle Kooperation und Arbeitsteilung aussehen könnte.

#### **Ätiologiewissen und Interventionswissen**

Ein eigentliches Kausalmodell wird im Strategieplan nicht vorgestellt. Es gibt aber eine ausführliche und entsprechend der Problemdefinition vielschichtige Liste von möglichen Faktoren, welche das Rauchen beeinflussen. Gründe für die dauerhafte und in bestimmten Gruppen wieder zunehmende Verbreitung dieses Risikoverhaltens werden vor allem in gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Bedingungen gesehen. Auf Seiten des Individuums wird kurz darauf verwiesen, dass das Einsteigen nach wie vor attraktiv und das Aussteigen aufgrund der Abhängigkeit schwierig ist.

„Die Förderung des Nichtrauchens muss als gesundheitspolitisches Anliegen ernster genommen werden. Eine neue Art von Problembewusstsein muss in Gang gebracht werden. Hier ist nicht in erster Linie bei Rauchern oder Nichtrauchern als Individuen anzusetzen, sondern die politische und wirtschaftliche Klasse muss Zielgruppe dieser Anstrengungen sein.“ (SKL und BAG, 1998, 25).

In der Monographie werden zahlreiche Evaluationsstudien und Meta-Analysen zur Frage der Wirksamkeit und Effizienz von Tabakpräventionsprogrammen vorgestellt und in die Schlussfolgerungen und Empfehlungen einbezogen, so dass auf ein breites Interventionswissen zurückgegriffen werden kann.

Die geplanten Interventionen zielen ausgehend von den Evaluationsergebnissen von erfolgreichen Programmen auf viele verschiedene Ebenen gleichzeitig ab. Damit wird ein sehr umfassendes und im Sinne des Dachkonzepts ganzheitliches Interventionsspektrum vorgeschlagen. Die angestrebten Zielsetzungen und vorgeschlagenen Massnahmen lassen implizit ein Interventionsmodell erkennen, welches auf folgenden Ebenen gleichzeitig ansetzt:

- Individuum,
- Mediatoren (v.a. allgemeine ÄrztInnen, PolitikerInnen),
- Organisationen (z.B. Arbeitsplatzgestaltung),
- strukturelle Versorgung (Zugänglichkeit von Entwöhnungsprogrammen),
- ökonomischen Faktoren (Tabakindustrie),
- gesellschaftliche Normen und Einstellungen,
- gesetzliche Rahmenbedingungen.

Die in der Monographie diskutierten sozialen und regionalen Unterschiede bezüglich dem Lungenkrebsrisiko und dem Rauchverhalten in der Schweiz werden in der Strategieplanung nicht berücksichtigt.

#### **Definition von Zielen**

In Übereinstimmung mit dem Dachkonzept werden folgende drei Oberziele formuliert:

---

b Mit den drei Oberzielen: Einstieg vermindern, Ausstieg fördern und Schutz der Nichtraucher.

- Senkung der Inzidenz,
- Senkung der Mortalität,
- Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Die Hauptziele sind geordnet nach den vier generellen Bereichen von Public Health (Gesundheitsförderung und Primärprävention, Sekundärprävention, Therapie und Nachsorge).

Im Bereich der Gesundheitsförderung wird ein höheres gesellschaftliches Bedürfnis nach rauchfreien Zonen angestrebt, was im engen Sinne nicht per se dem Zielbereich Gesundheitsförderung zugeordnet werden kann, sondern eher der Prävention. Die Inzidenz des Lungenkrebses soll durch eine Senkung der Raucherprävalenz in der Schweiz erreicht werden. Neben einer erschwerten Zugänglichkeit von Tabakwaren, welche sowohl den Einstieg wie auch die Konsummenge beeinflussen sollen, wird auch ein erhöhter Anteil von Aufhörwilligen angestrebt. Ein weiteres Ziel betrifft die Senkung der Mortalität. Um dieses Ziel zu erreichen sollen verbesserte Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten ausgearbeitet werden und allen Betroffenen unabhängig von Wohnort und finanziellen Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Schliesslich soll die Lebensqualität von PatientInnen verbessert werden durch eine intensivere Zusammenarbeit und eine spezielle Ausbildung der zuständigen Medizinalberufe.

Es wurden keine Kriterien formuliert, um die Erreichung der Zielsetzungen zu überprüfen, was im Widerspruch zu den in der Monographie (Abelin, 1997, 22ff) definierten Grundlagen für wirksame Interventionen steht.

#### **Gewichtung der Ziele**

Prävention von Lungenkrebs im Sinne der Förderung des Nichtrauchens hat als Massnahme zur Bekämpfung der Lungenkrebsprobleme klare Priorität. Dies steht im Einklang mit der Problemdefinition, der wissenschaftlichen Kenntnisse des Risikofaktors Rauchen und den beschränkten Möglichkeiten, mit Früherkennung und Therapie das Problem bevölkerungsbezogen zu beeinflussen.

#### **Ableitung von Massnahmen**

Es sind insbesondere Massnahmen auf der politischen Ebene aufgeführt (politisches Lobbying bezüglich Gefährlichkeit des Rauchens, Änderung der Heilmittelgesetzgebung, Verminderung des politischen Einflusses der Tabakindustrie und Gründung einer Gesundheitslobby). Dann sollen RaucherInnen mit verschiedenen Massnahmen bei der Entwöhnung unterstützt werden (Motivationsarbeit, Kostenübernahme von Entwöhnungsbehandlungen und Nikotinsubstitution, bessere Qualität der Behandlungen durch Ausbildung sowie Forschung bezüglich Wirkung von Nikotinersatzprodukten). Im Bereich der Gesundheitsförderung soll das Projekt „Rauchfreier Arbeitsplatz“, des Bundesamtes für Gesundheit gefördert werden. Diagnostik und Therapie sollen durch Sensibilisierung von Allgemeinpraktikern, durch verstärktes interdisziplinäres Arbeiten der Fachärzte, durch Erarbeitung von Behandlungsrichtlinien und Qualitätskriterien, durch Unterstützung der Forschung in diesem Bereich sowie durch Kostenübernahme des Konsiliums durch die KLV verbessert werden.

Die vorgeschlagenen Massnahmen sind vielfältig entsprechend der Problemdefinition und beziehen sich auf die oben bereits aufgeführten Zielebenen. Es wurde aber keine konkreten Umsetzungspläne erarbeitet. In Übereinstimmung mit den Vorgaben des Dachkonzepts orientieren sich die Umsetzungsstrategien an einem Public Health Ansatz. Weniger berücksichtigt wurden hingegen die Kriterien: evidenzgestützte Vorgehensweise, soziokulturelle Einbettung des Risiko-

verhaltens, gesundheitspsychologische Aspekte/Verhaltensmodifikation sowie empowerment-orientierte Strategien<sup>c</sup>.

#### 4.2.2 Zweckmässigkeit des Strategieplans

Sowohl die jetzige Programmleiterin wie auch verschiedene Mitglieder der Fachkommission wurden gebeten, die Zweckmässigkeit des Strategieplans für die Umsetzung der Programmziele zu beurteilen. Die Programmleiterin ist der Meinung, dass der Strategieplan zwar gewisse generelle Richtungen (z.B. Bedeutung der politischen Arbeit und der Tabakprävention) vorgibt, dass er aber grundsätzlich viel zu allgemein formuliert ist, damit sie sich bei der Ausrichtung des Programms daran orientieren könnte. Es ist mehr eine Aufzählung dessen, was alles möglich und sinnvoll wäre, hilft aber nicht bei der Entscheidung, was jetzt konkret in der heutigen Situation unter den bestehenden Bedingungen gemacht werden soll. Die Zielsetzungen sind aus ihrer Sicht ebenfalls zu wenig konkret formuliert, um als Richtlinien zur Realisierung genutzt werden zu können und um überprüfen zu können, ob diese jetzt erreicht werden konnten. So lautet die Zielsetzung bezüglich der Kampagne zum Rauchstopp beispielsweise einfach, dass eine solche Kampagne lanciert werden solle sowie die Altersgruppe, die damit angesprochen werden solle.

Die befragten Mitglieder der Fachkommission erachten es als positiv, dass Prioritäten gesetzt wurden und dass diese im Bereich der Prävention (Entwöhnung) und der politischen Arbeit liegen. Dabei wird auch darauf verwiesen, dass die Verbesserung der Entwöhnungsangebote und das politische Lobbying noch wenig ausgebaute Gebiete im insgesamt schon recht gut besetzten Feld der Tabakprävention darstellen. Ein Interviewpartner verweist darauf, dass die anderen Bereiche (Diagnose und Therapie) zu stark vernachlässigt worden seien. Es wird ebenfalls kritisiert, dass der Strategieplan ein Manko bezüglich der konkreten Planung der Umsetzung hat. Es sei nicht klar, wer was bis wann mit welchen Ressourcen mache. Es sei nicht möglich, aus dem vorliegenden Strategieplan konkrete Schritte abzuleiten.

#### 4.2.3 Prozess der Konzeptphase

Die Arbeit in der Fachkommission wurde von den befragten TeilnehmerInnen als fruchtbarer Prozess wahrgenommen, der zur Herstellung eines sinnvollen Produkts (Strategieplan) führte. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde allerdings als sehr schwierig wahrgenommen. Unterschiedliche Interessen und Fachgebiete erschwerten die Bestimmung von gemeinsam getragenen Zielsetzungen und die Einigung auf die Priorität von gewissen Teilbereichen. Diese Konflikte zwischen den Fachdisziplinen bei der Bestimmung der prioritären Ausrichtung des Programms haben dazu beigetragen, dass die Fachkommission nach Verabschiedung des Strategieplans nicht weitergeführt wurde und eine fachliche Begleitung des Programms nicht mehr stattfand.

#### 4.2.4 Zusammenfassung

Als positiv lassen sich folgende Aspekte der Konzeptualisierung hervorheben:

- ganzheitliche Perspektive,

---

c Zum Beispiel anwendbar im Bereich der Erweiterung von rauchfreien Räumen durch Nicht-RaucherInnen.

- fundierte Darstellung von Ätiologie- und Interventionswissen,
- sinnvolle Setzung von Prioritäten unter Berücksichtigung des Kontextes,
- umfassender Katalog von Zielsetzungen und Massnahmen,
- Berücksichtigung des politischen Kontextes.

Eher problematisch sind hingegen die folgenden Punkte:

- kein konkreter Umsetzungsplan vorhanden,
- keine überprüfbaren Zwischenziele,
- schwierige interdisziplinäre Zusammenarbeit in Fachkommission trug zu Stilllegung des Gremiums bei.

## 4.3 VERNETZUNG DES PROGRAMMS

### 4.3.1 Zusammenarbeit zwischen Fachkommission und Programmleitung sowie innerhalb der Fachkommission

Die in der Phase der Konzeptualisierung gelebte Zusammenarbeit zwischen Programmleitung und Expertengruppe wird von den Befragten als positiv bezüglich der Kultur der Zusammenarbeit geschildert (Durchlässigkeit der Informationen, gegenseitige Lernbereitschaft, Eingehen auf spezifische Perspektiven etc.).

Nach der Verabschiedung des Strategieplans und dem Wechsel der Programmleitung im Sommer 1998 wurde die Fachkommission auf Sicht der Mitglieder ohne Vorwarnung aufs Eis gelegt. Nach einer letzten Information zum Wechsel der Programmleitung fanden keine Sitzungen mehr statt und wurden auch keine Informationen über die Umsetzung vermittelt. Die Mitglieder der Fachkommission sind sich nicht klar darüber, ob diese Gruppe offiziell noch existiert oder aufgelöst wurde. Sie fühlen sich einerseits als Personen, welche sich schon seit Jahren für die Zielsetzungen des Lungenkrebsprogramms einsetzen und auch als Vertreter von wichtigen Partnerorganisationen für die Realisierung des Programms durch diesen Umgang vor den Kopf gestossen.

Als äusserst positive Nebenwirkung dieser Fachkommissions-Arbeit wird erwähnt, dass erstmals in der Schweiz die VertreterInnen der Tabakprävention in einem Gremium zusammen diskutieren konnten, ohne dass die Vertretung der Tabakindustrie miteinbezogen war.

Die jetzige Programmleiterin und der Programmleiter der NKBP sind sich dieses Missstandes bewusst. Es ist geplant, eine neue Fachkommission einzuberufen, welche die Umsetzung des Programms fachlich begleiten soll. Anscheinend ist auch die Suche nach der Person, welche das Präsidium übernehmen soll, schon vorangeschritten. Es wird nach einer Person gesucht, welche sowohl klinische wie auch Public Health-Kompetenzen und Interessen vereinigen soll<sup>d</sup>.

Ausserdem soll die wissenschaftliche Begleitung auch projektbezogen gesichert werden. So wurde in der momentan laufenden Kampagne Milestone im Dezember 1999 ein Projektbeirat

---

d Nach den letzten Informationen konnte Dr. J. Zellweger für die Präsidentschaft gewonnen werden.

eingesetzt, der aus Vertretern der Bereiche Medizin (Pneumologie), Kommunikation, Tabakprävention und dem BAG besteht.

#### 4.3.2 Vernetzung und Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren (öffentlichen, privaten Organisationen, Sponsoren)

Die Qualität der Vernetzung des Programms kann zum jetzigen Zeitpunkt nur punktuell beurteilt werden. Die Zusammenarbeit mit den zentralen Partnerorganisationen, welche auch selber in der Tabakprävention tätig sind (BAG und AT) wird sowohl von Seiten des Lungenkrebsprogramms wie auch von Seiten der zuständigen VertreterInnen der Partnerorganisationen als deutlich ungenügend bezeichnet. Diese beklagen sich, dass sie insbesondere zu wenig über die Umsetzung des Programms informiert sind und auf diese Weise die verschiedenen Aktivitäten im Feld nicht sinnvoll koordiniert werden können. Die Programmleiterin ist ebenfalls der Meinung, dass zukünftig eine stärkere Zusammenarbeit notwendig ist..

#### 4.3.3 Zusammenfassung

Die Vernetzung innerhalb und mit der Fachkommission sowie mit externen Akteuren kann zum jetzigen Zeitpunkt nur punktuell beurteilt werden. Als positiv in Bezug auf das gegenseitige Bemühen um Verständnis wurde von den ehemaligen Mitgliedern der Fachkommission die Zusammenarbeit der ehemaligen Programmleiterin bezeichnet. Probleme haben sich gezeigt, was die Entwicklung einer interdisziplinären Kultur in der Fachkommission angeht. Die Fachkommission wurde ohne formelle Auflösung stillgelegt. In den letzten 11/2 Jahren war das Programm ohne Begleitung durch die ExpertInnen der Fachkommission. Wichtige Partner und Fachpersonen sind mit dem Programm nicht mehr vernetzt (z.B. BAG und AT). Dieser Umstand wird stark kritisiert. Diese Problematik ist der Programmleitung bewusst, es soll deshalb eine neue Fachkommission gegründet werden. Ausserdem sollen für die Zukunft projektbezogene wissenschaftliche Begleitgruppen geschaffen werden.

### 4.4 UMSETZUNG

#### 4.4.1 Beschreibung der realisierten Massnahmen

Die im Rahmen des Programms bisher erstellten Produkte oder realisierten Massnahmen, werden im Folgenden kurz beschrieben.

##### **Politische Lobbyingstelle**

Bisher konnten Partner (Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), AT und Stiftung 19) gefunden, die Finanzierung gesichert, ein Pflichtenheft erstellt, aber die Stelle personell noch nicht besetzt werden. 1999 wurde als Vorstudie für die Lobbystelle eine Umfrage bei NationalratskandidatInnen zur Einstellung bezüglich Tabakpolitik in der Schweiz durchgeführt. Die Ergebnisse wurden ausgewertet, lagen jedoch den AutorInnen des Berichts noch nicht vor.

##### **Entwöhnungskampagne Milestone**

Die Kampagne Milestone, welche im November 1999 lanciert wurde, stellt eine mehrjährige Informations- und Motivationskampagne dar, welche darauf abzielt, den Anteil der RaucherInnen

in der Schweiz zu senken (vgl. Unternehmensberatung für Kommunikation und Marketing BPRA, 27.5.1999). Die SKL beauftragte die cR Kommunikations AG mit der Umsetzung des Projekts. Primäre Zielgruppe dieser Kampagne sind die 25 bis 45-Jährigen. Als Mediatoren sind vorgesehen: Ärzte, Apotheken und Drogerien, Lungenligen, weitere Organisationen aus der Tabakprävention, zielgruppenspezifische Vorbilder (Stars), Medien sowie das soziale Umfeld der primären Zielgruppe und ehemalige RaucherInnen.

Die Zielsetzungen beinhalten ein breites Spektrum von Wissens- und Einstellungsaspekten, Änderungen der Motivation und des Verhaltens bis zur Bereitstellung, Vermittlung von Dienstleistungen und Substitutionsprodukten (vgl. cR Kommunikation, 27.5.1999, S.7ff):

- Wissen über die Gefährlichkeit des Rauchens und die trügerischen Botschaften der Tabakindustrie vermitteln,
- Einstellung zum Rauchen ändern,
- RaucherInnen zum Aussteigen motivieren (Precontemplators sollen zu Contemplators werden und Contemplators zu Abstinents<sup>e</sup>),
- Unterstützung der Ausstiegswilligen mit Dienstleistungen und Produkten,
- RaucherInnen zur definitiven Abstinenz oder zur Reduktion des Konsums (harm reduction) zu bringen,
- Berücksichtigung der Heterogenität der Zielgruppe in Bezug auf Geschlecht, Bildung und soziale Schichten.

Die Strategie der Kampagne besteht darin, die Dynamik von Brüchen in der Lebensbiographie von positiven aber auch negative Lebensereignissen zu benützen, um eine Wende im Rauchverhalten einzuleiten. Milestone steht dabei als Begriff für diesen Wendepunkt. Die Konzeption lehnt sich stark an Marketingstrategien an. Der Kontakt zu den RaucherInnen insbesondere zur Wissensvermittlung soll an Orten gesucht werden, die mit Gesundheitsthemen assoziiert sind (rationale 'Point of Contacts'). Als weitere Möglichkeit zur Kontaktnahme sind sogenannte emotionale 'Point of Contacts' vorgesehen. Dabei handelt es sich um Lebensereignisse, welche vorhersehbar und in unserer Gesellschaft zum statistisch normalen Lebensverlauf dazugehören (z.B. Hochzeit, Geburt, Jobwechsel, Geburtstag, Rekrutenschule, Frühlinganfang und Autokauf). Schliesslich ist als dritte Kontaktmöglichkeit ein virtueller Point of Contact vorgesehen, der aus einer Webseite mit interaktiven Elementen besteht. Die Kampagne soll durch sogenannte Katalysatoren (spektakuläre Events) immer wieder in das Bewusstsein der Zielgruppe gelangen. Weiter ist ein Modul vorgesehen ('Lifestyle'), welche den Begriff Milestone zu einem Label und einem Lebensgefühl werden lässt. Als Element des Lifestyle-Moduls werden Personen, die mit dem Rauchen aufgehört haben mit besonderen Privilegien belohnt (Exklusivveranstaltungen, Vorpremieren im Kino, etc.). Dies soll die Verhaltensänderung aufrechterhalten. Es sind verschiedene Sponsoren vorgesehen, welche u.a. auch den einzelnen Lebens-

---

e Bezeichnungen nach der Theorie von Prochaska und Di Clemente (z.B. Prochaska und Di Clemente, 1986): Precontemplators sind Personen, die ihr Rauchen nicht als Problem wahrnehmen und sich noch nicht mit dem Aufhören befasst haben; Contemplators haben ein entsprechendes Problembewusstsein und sind grundsätzlich aufhörwillig. Neben der Motivationssteigerung durch Informationen und Förderung der Selbstbeobachtung sowie der Entscheidungsfindung werden die Vermittlung von Kompetenzen zur Aufrechterhaltung der Abstinenz, zur Verhinderung und zum Umgang mit Rückfällen als weitere wichtige Interventionsstrategien aufgeführt.

ereignissen zugeordnet werden können und Milestone-TeilnehmerInnen ebenfalls gewisse Gratifikationen anbieten würden(z.B. beim Autokauf).

Die Kampagne soll begleitend evaluiert werden, so dass die Ergebnisse laufend in die Planung einbezogen werden kann.

#### 4.4.2 Beurteilung der Umsetzung

##### **Evaluationsstudien**

Im Lungenkrebsprogramm wurde bisher nur eine Evaluationsstudie in Auftrag gegeben, welche im Vorfeld der Milestone-Kampagne durchgeführt wurde, um die Eignung der Namengebung dieser Kampagne abzuklären. Eine kurze Beschreibung der Studie kann im Anhang eingesehen werden. Als wichtigstes Resultat der Untersuchung zeigte sich, dass der Name 'Milestone' aus verschiedenen Gründen wenig geeignet ist für eine solche Kampagne. Trotz diesem Ergebnis wurde die Namengebung beibehalten.

Die Kampagne Milestone soll während der nächsten Jahre durch verschiedene Evaluationsstudien begleitet werden.

##### **Sicht der Programmleiterin**

Die bisherige Umsetzung wird durch die Programmleiterin folgendermassen beurteilt: der Prozess zur Schaffung der Lobbyingstelle verlief aus ihrer Sicht sehr langwierig und stockend, da die Notwendigkeit des Zusammenbringens und Aktivierens der verschiedenen mitfinanzierenden und unterstützenden Partner nur ein langsames Vorgehen erlaubte. Da bisher noch keine weiteren Massnahmen umgesetzt wurden, sind weitere Beurteilungen zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht möglich. In Bezug auf die Umsetzung der Rauchstopp-Kampagne Milestone macht die Programmleiterin schliesslich noch darauf aufmerksam, dass bisher noch kein evidenzbasiertes Interventionswissen zur konkreten Gestaltung einer solchen Kampagne vorliege (z.B. Abschreckung versus positives „Lifestyle“), was es schwierig mache, sich für eine bestimmte Strategie zu entscheiden. Die Organisationsstruktur ist für die Umsetzung einerseits sehr förderlich, da keine langwierigen Entscheidungsprozesse notwendig sind. Eine Konsultation von Partnerorganisationen ist möglich, aber nicht unbedingt notwendig. Erschwerend nimmt sie hingegen die oft unklaren Entscheidungskompetenzen innerhalb der SKL wahr (Programmleiterin – Bereichsleiter Programme – Geschäftsleitung SKL). Auch die mangelnde Vernetzung des Programms mit den anderen, älteren Akteuren der Tabakprävention wird als negativer Punkt erwähnt.

##### **Sicht der befragten Mitglieder der Fachkommission**

Die befragten Mitglieder der Fachkommission fühlen sich zunächst einmal schlecht bis gar nicht informiert über den Prozess der Umsetzung des Programms, was aufgrund der oben geschilderten Stilllegung der Fachkommissions-Arbeit auch nicht anders erwartet werden konnte. Kritisiert wird eine starke Verzögerung der Umsetzung, welche auf die Fluktuation und die fehlende Fachkompetenzen resp. Erfahrungen der Programmleitung zurückgeführt wird (Wechsel der Programmleiterin und des übergeordneten Programmleiters sowie lange Einarbeitungsphase). Der Einsatz von grossen Geldsummen in Projekte, welche wissenschaftlich nicht abgestützt sind, wird als bedenklich bezeichnet. Um nachhaltige Wirkungen erzielen zu können, seien isolierte Projekte wie Milestone wenig sinnvoll, Koordination und Abstimmung mit anderen Programmen der Partnerorganisationen und von Aktivitäten auf regionaler Ebene seien deshalb unerlässlich. Als positiv wahrgenommen wird von den Befragten hingegen die Konzentration auf einige wenige Zielbereiche. Eine zukünftige Begleitung durch eine Art wissenschaftlichen Beirat wird von allen Befragten gefordert.



#### 4.4.3 Ausblick auf die Aktivitäten des Jahres 2000

Die neue Fachkommission unter dem Präsidium von Dr. J. Zellweger nimmt ihre Arbeit auf. Sie soll das Programm in wissenschaftlichen und strategischen Belangen begleiten. Im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention wird das Projekt Milestone weiter ausgebaut. Es sollen u.a. zwei Lebensereignisse (Geburt und Reisen) aktiv für die Kampagne genutzt werden. Das interaktive Angebot auf dem Internet soll, neben der Zusammenarbeit mit Medien und Prominenten, einer der wichtigsten Bestandteile der Kampagne werden. Dann soll eine mehrjährige Jugendkampagne in Form eines Comic-Wettbewerbs lanciert werden. Das computergestützte Expertensystem Nichtrauchen soll auch in deutscher Sprache auf dem Internet präsentiert werden. Schliesslich soll die Lobbyingstelle besetzt werden und ihre Arbeit aufnehmen.

#### 4.4.4 Zusammenfassung

Positive Aspekte:

- Für die Finanzierung der politischen Lobbyingstelle konnten Partner gefunden werden.
- Die Kampagne Milestone kann als origineller Versuch, eine Verhaltensänderung (Rauchstopp) durch Anreize und positive Assoziationen zu initiieren, bezeichnet werden.
- Es konnten viele Partner, Sponsoren und prominente Rollenvorbilder gefunden werden.
- Die wissenschaftliche Begleitung durch eine neue Fachkommission wurde vorbereitet und kann im Jahr 2000 wieder aufgenommen werden.

Problematische Punkte:

- Das bisher Erreichte wird verglichen mit der eingesetzten Zeit als eher bescheiden kritisiert.
- Das Konzept der Milestone Kampagne hat bisher die Problematik der Aufrechterhaltung der Veränderung zu wenig einbezogen.
- Keine Berücksichtigung des vorhanden Interventionswissens zum Rauchstopp.
- Nachhaltigkeit der Kampagne wird von den Mitgliedern der FK bezweifelt.
- Der Teil der Kampagne, welcher über Internet lanciert wird, kann die primäre Risikogruppe (Angehörige von tiefen sozialen Schichten) weniger gut erreichen.
- Die bisher gewählten Strategien stehen zwar im Einklang mit den gewählten Prioritäten, sollten aber längerfristig im Hinblick auf die Entwicklung eines ganzheitlichen Programms auch durch Aktivitäten in den anderen Zielbereichen ergänzt werden (insbesondere Nachsorge, Diagnose, Therapie).

## 4.5 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN BEZÜGLICH DES LUNGENKREBSPROGRAMMS

Sowohl die Monographie zum Lungenkrebs wie auch das Strategiepapier sind von einer ganzheitliche Perspektive der Problemstellung geprägt. Es wurde eine fundierte Darstellung von relevantem Ätiologie- und Interventionswissen erarbeitet. Die bezüglich des Programms gesetzten Prioritäten wurden unter Berücksichtigung des Kontexts des Programms bestimmt und scheinen sinnvoll. Es wurde ein umfassender Katalog von Zielsetzungen und Massnahmen unter Berücksichtigung von politischen Aspekten des Problems zusammengestellt. Bis anhin existiert aber kein konkreter Umsetzungsplan, welcher realisier- und überprüfbare Zwischenziele beinhalten würde.

In der Fachkommissions-Arbeit zeigen sich einige Probleme bezüglich der „Stilllegung“ oder Auflösung des Gremiums im Sommer 1998: mangelhafte Informationspolitik führt zur Verärgerung wichtiger Partner für das Programm, die wissenschaftliche Begleitung des Programms ist nicht mehr gegeben, die Vernetzung zu anderen Projekten im Feld ist ungenügend. Die in der Fachkommission angestrebte interdisziplinäre Zusammenarbeit wurde von verschiedenen Seiten als unbefriedigend bezeichnet. Die diesbezügliche Problematik wurde von der Programmleitung erkannt: Eine neue Fachkommission soll zusammengestellt und ein interdisziplinär ausgerichteter Präsident gefunden werden. Wichtig erscheint es uns in diesem Zusammenhang, die ehemaligen Mitglieder der Fachkommission genügend zu informieren und die Zusammensetzung der neuen Kommission transparent zu machen, wichtige Partnerorganisationen und vor allem Fachkompetenzen (u.a. bezüglich evidenzbasierter Vorgehensweise) aus den verschiedenen Bereichen entsprechend der Gewichtung der Themen zu berücksichtigen.

Die bisher realisierten Massnahmen bestehen in der Schaffung einer politischen Lobbystelle (Finanzierung zusammen mit anderen Partnerorganisationen), die aber personell noch nicht besetzt werden konnte und in der Lancierung einer grossangelegten Präventionskampagne zur Rauchentwöhnung. Diese soll in der Folge begleitend evaluiert werden, was insbesondere deshalb sehr wichtig ist, da es sich um eine neuartige Vorgehensweise handelt, deren Wirksamkeit und insbesondere Nachhaltigkeit von den befragten Experten in Frage gestellt wird. Die Definition von Zwischenzielen der Kampagne, welche überprüfbar sind, sollte deshalb möglichst bald erarbeitet werden. Die begleitende Evaluation sollte auf dieser Ebene Fragestellungen bearbeiten (Erreichen der Zielgruppe unter besonderer Berücksichtigung von Angehörigen der sozioökonomisch tieferen Schichten, Initiierung und vor allem auch Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen, etc.), so dass entsprechende Korrekturen der Kampagne möglich sind.

Zur Steigerung der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der präventiven Massnahmen ist ebenfalls eine bessere Vernetzung mit anderen nationalen und lokalen Akteuren angezeigt. Bisher erfolgreiche Interventionen zeichnen sich gerade durch die gleichzeitige, massierte und kontinuierliche Vorgehensweise auf verschiedenen Ebenen (individuelle, soziale und gesellschaftliche Ebene) aus (vgl. Abelin, 1997). Da die Krebsliga als Einzelakteur weder die finanziellen noch die personellen Ressourcen hat, ist eine stärkere Zusammenarbeit mit nationalen aber auch regionalen Partnerorganisationen unabdingbar. Um die angestrebte ganzheitliche Entwicklung eines Lungenkrebsprogramms zu erreichen, sollten längerfristig auch Aktivitäten in den anderen Zielbereichen lanciert werden.

Aufgrund der in der Monographie erwähnten bisherigen Vernachlässigung der Nachsorge und psychosozialen Betreuung von LungenkrebspatientInnen und der hohen Anzahl der Betroffenen einerseits und der vorhandenen Fachkompetenzen der SKL in diesem Bereich

andererseits, ist es schade, wenn dieser Bereich im Lungenkrebsprogramm längerfristig keine Aktivitäten beinhalten würde. Eine enge Zusammenarbeit mit dem Sektor Psychosozial wäre bei der Planung und Umsetzung entsprechender Projekte sicher sinnvoll.

# 5 NATIONALES PROGRAMM ZUR BEKÄMPFUNG DES DARMKREBSSES

## 5.1 EINLEITUNG

Das Darmkrebsprogramm ist das jüngste der nationalen Programme. Bisher existieren als Konzepte erst eine vorläufige Version des Strategieplans. Die Publikation der Monographie zur „State of the Art“-Tagung ist für das Jahr 2000 geplant und liegt für diesen Bericht noch nicht vor. Generell können viele der in diesem Bericht behandelten Evaluationsfragen hier noch nicht beantwortet werden, da sich das Programm immer noch in der Konzeptphase befindet.

### 5.1.1 Die Problemstellung<sup>a</sup>

Jährlich erkranken in der Schweiz ca. 3`500 Personen neu an einem Darmkrebs. Das Risiko an einem Darmkrebs zu erkranken liegt bei 5: 100`000 EinwohnerInnen pro Jahr. An Darmkrebs erkranken vor allem ältere Personen. Die Hälfte aller DarmkrebspatientInnen sind 70 Jahre oder älter. Weltweit tritt Darmkrebs vor allem in den industrialisierten Ländern gehäuft auf. Man geht davon aus, dass die Art und Weise der Ernährung dabei eine wichtige Rolle spielt.

Sowohl die Diagnostik wie die Therapie der Darmtumoren hat in den letzten Jahrzehnten enorme Fortschritte erzielt. Da es sich um verhältnismässig langsam wachsende Tumore handelt, ist die Prognose relativ günstig: Mehr als die Hälfte aller Darmtumore können heute gemäss Strategieplan durch Operationen und allfällig weitere Behandlungen geheilt werden. Der Begriff „geheilt“ wird im Strategiepapier nicht genauer definiert und es sind keine Daten zur effektiven Überlebensrate für die Schweiz angegeben. Die Analyse der Kennzahlen zur 5-Jahre-Überlebensrate in der Schweiz in der Periode von 1983-1987 ergibt einen Anteil von 45% Überlebenden beim Kolonkrebs und 40% beim Rektumkrebs (Schüler & Levi, 1996, 302), Kennzahlen, welche zwar höher sind als beim Lungen- oder Magenkrebs, aber deutlich tiefer als beim Brustkrebs und aus der Sicht von NichtmedizinerInnen weniger optimistisch stimmen als die erwähnte Heilungsrate. Wie stark die Mortalität durch die Einführung eines Massen-Screenings gesenkt werden könnte, kann nicht gesagt werden, da dazu bisher – im Gegensatz zum Brustkrebs-Screening – keine empirischen Befunde vorliegen.

Trotz aller Fortschritte haben heute noch immer 20 bis 25% aller PatientInnen zum Zeitpunkt der Diagnosestellung bereits Fernmetastasen und rund ein Drittel aller radikal operierten PatientInnen weisen bereits einen Lymphknotenbefall auf. Deshalb sind nicht nur kurative, sondern auch palliative Therapiemassnahmen sehr wichtig. Sowohl bei PatientInnen, die Diagnose erst in einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium gestellt bekommen wie auch bei den anderen, die dank frühzeitiger Diagnose lange leben, ist die Erhaltung der psychosozialen Lebensqualität ein zentrales Anliegen. Noch immer beträgt das Intervall zwischen Symptombeginn und dem Zeitpunkt der Erstbehandlung durchschnittlich einige Monate, bei gleichzeitigem Vorliegen eines Hämorrhoidalleidens sogar wesentlich länger.

---

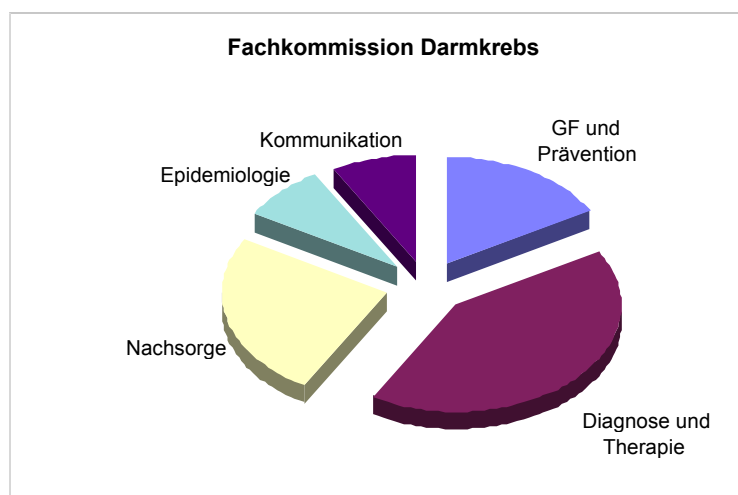
a Quellen: Strategiepapier Darmkrebsprogramm, vorläufige Version vom 2.9.1999; Harvard Report on Cancer Prevention (Vol.3), Prevention of Colon Cancer in the U.S.(1999)

### 5.1.2 Die Eckdaten des Programms

Das Programm Darmkrebs startete offiziell im Oktober 1998 mit der „State of the Art“-Tagung. Am 1. März 1999 begann Herr Lukas Zemp, der Programmleiter seine Tätigkeit. Bisher wurde der Strategieplan noch nicht verabschiedet und das Programm befindet sich demzufolge offiziell noch in der Konzeptphase. Das Darmkrebsprogramm verfügt im Jahr 2000 über 100 Stellenprozent. Der budgetierte Aufwand 2000 beträgt Franken 900'000<sup>b</sup>. Davon sind 20'000 Franken für die programmspezifische Evaluation vorgesehen (2.1% des Aufwands).

Die Fachkommission traf sich erstmals im Januar 1999. Die Zusammensetzung der Mitglieder der Kommission wird in der folgenden Graphik vorgestellt:

**Abbildung 5.1** Zusammensetzung in der Fachkommission Darmkrebs nach Fachbereichen (Anzahl Personen pro Fachbereich)



Die Fachkommission wird von Prof. Dr. Urs Metzger, Zürich, präsiert. Die Zusammensetzung zeichnet sich einerseits durch den Einbezug von wichtigen Partnerorganisationen (z.B. BAG, FMH) aus wie auch durch die Vertretung der Sektion Psychosozial der SKL sowie VertreterInnen der Selbsthilfegruppe ILCO Schweiz, was wir als sehr sinnvoll erachten. Andererseits kann eine etwas schwache Vertretung von Fachpersonen der Prävention sowie eine Übervertretung von Gastroenterologen im Vergleich zu anderen medizinischen Fachdisziplinen festgestellt werden, welche vor allem als Mediatoren für die Früherkennung von grosser Bedeutung wären (z.B. Innere Medizin, Allgemeinpraktiker).

---

b Wie bereits mehrfach erwähnt, wurden die Budgets 2000 der vier Programme im Schnitt um etwa ein Drittel gekürzt. Die Programme verfügen dennoch über etwa den gleichen finanziellen Rahmen wie im Vorjahr abhängig von den Sponsorenbeiträgen..

## 5.2 BESCHREIBUNG UND BEURTEILUNG DER KONZEPTUALISIERUNG DES PROGRAMMS

### 5.2.1 Inhalt des Strategieplans

#### Übergeordnete Zielsetzungen

Als übergeordnete Ziele werden die Senkung der Darmkrebsinzidenz und der Darmkrebsmortalität wie auch die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen angestrebt. Da das Dickdarmkarzinom der wichtigste und gefährlichste Darmtumor ist, soll sich das Programm primär auf diese Krankheit konzentrieren. Die Massnahmen gegen den Dickdarmkrebs erfassen teilweise indirekt auch andere Darmtumore (z.B. Dünndarmtumor).

#### Untergeordnete Zielsetzungen

Im Folgenden werden die untergeordneten Zielsetzungen vorgestellt, welche den im Dachkonzept vorgegebenen Bereichen zugeordnet werden können.

Für die Gesundheitsförderung und Prävention wurden folgende Zielsetzungen bestimmt: Ein quantitativ bestimmter Anteil<sup>c</sup> der Bevölkerung hat Kenntnisse zur Bedeutung von Gemüse- und Fruchtekonsum und ein bestimmter Anteil der Bevölkerung isst täglich 5 Portionen Gemüse und Früchte. Das Verhalten bessert sich insbesondere in Risikogruppen mit unerwünschten Gewohnheiten. Körperliche Aktivität soll gesteigert werden.

Im Bereich der Früherkennung soll eine Pilotstudie zur Evaluation der Machbarkeit, Effektivität und zur Kostenentwicklung sowie der Sicherung der Qualität eines Screeningverfahrens durchgeführt werden. Entsprechend den Ergebnissen soll ein eidgenössisches Screeningprogramm für kolorektale Karzinome für die asymptomatische Durchschnittsbevölkerung über 40 Jahren und/ oder für Risikogruppen<sup>d</sup> eingeführt werden. Die längerfristigen Zielsetzungen im Bereich der Früherkennung sind bisher noch nicht klar und sollten deshalb später genauer definiert werden.

Für die kurative und palliative Therapie wurden folgende Zielsetzungen festgelegt: Mindestens 50% der Gesamtbevölkerung und mindestens 90% der Grundversorger kennen die Symptome und Zeichen einer Darmkrebserkrankung (Veränderungen in der Stuhlgewohnheit und Stuhlform, jede Form von analer Blutung, Anämie). An jedem Patienten (sic!) über 40 Jahre<sup>e</sup> und an bestimmten Risikopopulation wird eine Kolonoskopie vorgenommen. Diese beiden Zielsetzungen sind fälschlicherweise unter Therapie aufgeführt und sollten wohl korrekterweise dem Bereich Früherkennung zugeordnet werden. Auf die Verbesserung der Therapie bezogen sind hingegen die Zielsetzungen zur Erstellung von medizinischen Guidelines.

Im Bereich der Nachsorge werden folgende Ziele angestrebt: Vermittlung gezielter Information an die betroffenen Fachkreise aus den Bereichen medizinische Nachsorge und technische und

- 
- c die entsprechenden Prozentzahlen werden ergänzt aufgrund bisher noch nicht vorliegender empirischer Daten, welche durch das BAG im Auftrag der SKL zusammengestellt werden.
  - d Personen mit einer positiven Familienanamnese, vorangegangenen Adenom/Karzinom oder bekannter entzündlicher Darmerkrankung.
  - e Es wird nicht klar, ob hier mit Patienten die asymptomatische Bevölkerung oder bereits wegen Beschwerden in Behandlung befindliche Personen verstanden werden.

materielle Beratung (z.B. Stomaberatung). Vermehrter Einbezug der Interessen und Bedürfnisse von PatientInnen vor und nach der Operation.

Zielsetzungen im Bereich der Epidemiologie waren in der vorliegenden Version noch nicht definiert.

### **Geplante Massnahmen**

Die geplanten Massnahmen auf dem Bereich der Primärprävention beziehen sich ausschliesslich auf eine Erhöhung des Früchte- und Gemüsekonsums sowie Steigerung der körperlichen Fitness. Damit werden bestimmte bedeutsame Risikofaktoren wie Reduktion des Konsums von rotem Fleisch, des Alkoholkonsums sowie des Übergewichts nicht berücksichtigt (Schüler & Levi, 1996; Harvard Report: Tomeo et al., 1999). Die Begründung für diese möglicherweise sehr plausible Einschränkung wird im vorliegenden Bericht nicht transparent gemacht. Als Zielgruppen werden die Gesamtbevölkerung unter besonderer Berücksichtigung von Risikogruppen (Männer, junge Personen, Menschen mit niedrigem Bildungsniveau, RaucherInnen, sportlich Inaktive etc.), Lebensmittelproduzenten und -verarbeiter, Grossverteiler, Gastronomie, Schulen, Konsumentenorganisationen, Gesundheitsbehörden auf Bund-, Kantons-, und Gemeindeebene wie auch in Gesundheitsberufen tätige Personen definiert. Zur Planung der konkreten Massnahmen orientierten sich die AutorInnen an erfolgreich durchgeführten Kampagnen in den USA.

Die Aktionen im Bereich Früherfassung und Diagnose konzentrieren sich neben der erwähnten Vorstudie zur Machbarkeit des Screenings (vergl. Kap. 4.3.2 Studie 2 der Globalevaluation) auf die Vermittlung von Wissen um die Bedeutung des kolorektalen Karzinoms für die Schweizer Bevölkerung, auf aktuell gesicherte Möglichkeiten der Sekundärprävention (Suche nach okkultem Blut im Stuhl, Sigmoidoskopie, Koloskopie), auf wissenschaftlicher Dokumentation der Effizienz der Interventionsmöglichkeiten dank Früherfassung, auf eine Kostenevaluation und auf einer Steigerung der Akzeptanz und Compliance bezüglich Sekundärprävention in der Schweiz.

Als Zielgruppe wird die gesamte Bevölkerung, Hausärzte, Gastroenterologen, Gesundheitsbehörden auf Bundesebene und Krankenkassen aber insbesondere die bekannten Risikogruppen genannt. Es wurden detaillierte Screeningempfehlungen für bestimmte Risikopopulationen definiert.

Im Bereich der kurativen und palliativen Therapie steht die Initiierung entsprechender Guidelines durch die FMH im Zentrum. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die zu erarbeitenden Guidelines durch verschiedene Stufen des Krankheitsverlaufes ziehen sollen (Früherfassung und Zuteilung zu Risikogruppen, Diagnostik, präoperative Vorbereitung, intraoperatives Staging, Evaluation der Resektate, begleitende und nachsorgende Therapie) und auch die Qualität der Untersuchung und Beratungsgespräche beinhalten sollen.

In dem Bereich Nachsorge werden vor allem Ziele auf dem Bereich der medizinischen Nachsorge angesprochen sowie die Verbesserung der Versorgungsstruktur bezüglich der Stomaberatungsstellen und der rechtlichen Situation der PatientInnen.

Medizinische Guidelines sollen überarbeitet und teilweise neu definiert werden. Die Informationen sollen durch die betreuenden Ärzte und Ärztinnen, das Pflegepersonal, die StomatheapeutInnen, Konsiliardienste, Selbsthilfegruppen und Krebsligaberatungsstellen den Patienten und ihren Angehörigen näher gebracht werden. Die behandelnden Fachpersonen sollen ihre kommunikativen und psychologischen Kompetenzen verbessern sowie die Kontinuität zur Nachsorgebehandlung sichern.

Dann soll auch die psychologische, materielle und versicherungsrechtliche Stomaberatung ausgebaut und deren Qualität verbessert werden. Auch hier sollen entsprechende Guidelines realisiert werden, Beratungsstellen in Spitälern aufgebaut werden, so dass eine flächendeckende<sup>f</sup> Versorgung mit Stomaberatung erreicht wird. Ausserdem soll die Vergütung der Stomahilfsmittel durch die Krankenkassen sichergestellt werden, durch regelmässige Information an Fachpersonal und Medien soll Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden, die interdisziplinäre Zusammenarbeit soll gefördert werden und die Anerkennung des Stomaträgers als Behinderter soll erreicht werden.

Als epidemiologische Aktivitäten ist eine regelmässige Auswertung der Daten der Vereinigung der Schweizerischen Krebsregister vorgesehen.

### 5.2.2 Zweckmässigkeit des Strategieplans

Auch hier wurden sowohl die Programmleitung wie auch verschiedene Mitglieder der Fachkommission zum Inhalt und zur Zweckmässigkeit des Strategieplans befragt. Der Strategieplan wird von den Befragten als grundsätzlich zweckmässig und gut aufgebaut beurteilt. Die klare Formulierung von Aufträgen an die Fachkommission wird gelobt. Einer der Befragten macht ein Fragezeichen bezüglich der hohen Bedeutung der Sekundärprävention, da unklar ist, ob die Einführung eines Screenings machbar und sinnvoll ist.

Aus Sicht der Primärprävention wird der krebsartbezogene Aufbau der vier Programme als nicht sinnvoll bezeichnet (z.B. sind im Darmkrebsprogramm keine Zielsetzungen vorgesehen, die nicht genauso unter dem Label gesunde Ernährung allgemein laufen könnten).

Aus unserer Sicht ist noch zu erwähnen, dass eine genaue Erarbeitung der Zielsetzungen sowie der Vorgehensweise im Bereich der Früherkennung nach Auswertung der dazu notwendigen Studien und weiteren Informationen noch vorgenommen werden muss.

### 5.2.3 Zusammenfassung

Das bisher vorliegende Konzept beinhaltet aus unserer Sicht folgende positive Aspekte:

- Definition von Rahmenbedingungen und von Kriterien zur Setzung von Prioritäten in Anlehnung an das Dachkonzept,
- Konkrete Bestimmung von Risikogruppen und risikogruppenspezifischer Massnahmen,
- Herausarbeiten von möglichen problematischen Aspekten der geplanten Vorgehensweise,
- Abstützung der Kriterien zur Zielerreichung auf empirische Daten zum IST-Zustand,
- Konzipierung der Präventionskampagnen anhand des vorhandenen Wissens zu erfolgreich durchgeführten Ernährungsprogrammen,
- vorgesehene Integration von wichtigen Mediatoren (z.B. Allgemeinpraktiker).

---

f Als flächendeckende Versorgung wird das Kriterium definiert, dass 100% der PatientInnen erreicht werden.



Als weniger optimal werden folgende Punkte erachtet:

- Der bisher vorliegende Text ist in seinem Aufbau zum Teil noch zu wenig klar strukturiert und macht es schwierig, die Zielsetzungen und Massnahmen nachvollziehen zu können,
- Zielsetzungen und Massnahmen sind mehrheitlich sehr vage definiert, so dass keine konkrete Überprüfung möglich ist oder eine bestimmte Vorgehensweise abgeleitet werden kann,
- Es bleibt oft unklar, wer, was, wann, für wen machen soll (z.B. Stomaberatung),
- Der Kontext des Programms (soziale und politische Strukturen, gesundheitspolitische Aspekte) und allfällige Partner (z.B. Schweizerische Vereinigung für Ernährung) werden kaum berücksichtigt.

## 5.3 VERNETZUNG DES PROGRAMMS

### 5.3.1 Zusammenarbeit zwischen Fachkommission und Programmleitung

Bisher fanden erst wenige Sitzungen statt. Die Zusammenarbeit mit dem Programmleiter wird als sehr gut bezeichnet. Auch eine sogenannte „Kerngruppe“ (Professoren Hermann, Marbet und Metzger) der Fachkommission wird als sehr produktiv und strukturierend wahrgenommen. Eine zu schwache Vertretung von Ernährungsfachleuten wird kritisiert. Die Arbeit in der Fachkommission selbst wurde sehr früh aufgeteilt in Fachgruppen, so dass sich bisher keine interdisziplinäre Arbeit etablieren konnte. Am Anfang des Prozesses wäre aus der Sicht eines Befragten eine längere Phase der gemeinsamen Meinungsbildung nötig gewesen. Eines der befragten Kommissionsmitglieder weiss denn auch nicht, zu welchen Gremien überhaupt Kontakt besteht und dass beispielsweise das BAG vertreten ist in der Fachkommission.

### 5.3.2 Vernetzung und Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren

Da das Programm noch nicht in der Umsetzungsphase ist, kann zu diesem Thema noch nicht viel gesagt werden. Es zeichnet sich aber bereits jetzt eine gewisse Problematik in der Zusammenarbeit mit einem der wichtigsten Partner, dem BAG, ab. Dies ist einerseits bedingt durch die dem Bundesamt auferlegte Neutralität gegenüber der Privatwirtschaft und der Zielsetzung der Programmleitung möglichst starke Sponsoren zu finden. Das BAG als Partner der SKL könnte dadurch in eine schwierige rechtliche Situation geraten. Ein zweites Problem zeigt sich in Bezug auf die Einhaltung der Lebensmittelgesetzes, welches diesbezüglich sehr eng gefasst wird (es dürfen z.B. keine Nahrungsmittel zur Verhütung einer bestimmten Krankheit propagiert werden). Schliesslich zeigt sich auch ein Problem in Bezug auf die Ressourcen: die kompetente Durchführung einer Ernährungskampagne erfordere eine hohe personelle Belastung der BAG-Fachpersonen, da in der SKL diese Kompetenz nicht vertreten ist.

### 5.3.3 Zusammenfassung

Die Zusammenarbeit zwischen Fachkommission und Programmleitung wird gegenseitig grösstenteils als sehr gut wahrgenommen. Eine bessere Arbeitsteilung mit dem Bundesamt für Gesundheit und eine Entlastung durch stärkere Integration von Ernährungsfachleuten scheint notwendig zu sein. Die durch die Fachkommission geleistete Arbeit wird als fruchtbar und effizient beurteilt, was nicht zuletzt auch auf die rasche Einteilung in funktionale und von den Fachdisziplinen her eher homogene Arbeitsgruppen zurückgeführt werden kann. Darunter leidet aber die Ausbildung einer interdisziplinären Denk- und Arbeitsweise, was dem Grundgedanken der vier Programme widerspricht.

## 5.4 WAHRNEHMUNG DER EIGNUNG DER ORGANISATIONSSTRUKTUR DURCH PROGRAMMLEITER

Der Programmleiter weist auf zahlreiche positive Aspekte der Organisationsstruktur des Programms hin: Wachstum und Veränderungen der Ausrichtung sind möglich; der gute Ruf der SKL unterstützt die Realisierung und ermöglicht die Beschaffung der notwendigen finanziellen Ressourcen: den Mitarbeitenden wird ein Handlungsspielraum gewährt und die Zusammenarbeit innerhalb der vier Programme ist angenehm. Als weniger optimal wird auf den manchmal etwas chaotischen Ablauf der Programmentwicklung und -umsetzung verwiesen, was mit dem starken Ausbau der Programme und der SKL selbst in Zusammenhang gebracht wird. Der Versuch, neue Strukturen zu definieren wird manchmal einfach nach dem Prinzip „Mach mal“ vorangetrieben, was zu Leerläufen führen kann.

## 5.5 AUSBLICK AUF DIE AKTIVITÄTEN DES JAHRES 2000

Die Publikation der Monographie zur "State of the Art"-Tagung soll erscheinen. Dann sollen verschiedene Kampagnen im Ernährungsbereich vorbereitet oder lanciert werden (mit Grossisten oder Krankenkassen; in Intercity-Zügen; in Schulen). In Zusammenarbeit mit der SVE soll die Broschüre Krebs und Ernährung neu konzipiert werden. Schliesslich ist eine Weiterbildung für Personal im Gastronomiebereich geplant. Im Bereich der Früherkennung soll die Pilotstudie der GastroMed Suisse unterstützt werden.

## 5.6 SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN BEZÜGLICH DES DARMKREBSPROGRAMMS

Zur Zeit der Verfassung des vorliegenden Berichts befindet sich das Darmkrebsprogramm immer noch in der Phase der Konzeptualisierung. Es liegt erst eine vorläufige Version des Strategieplans und noch keine Monographie zum „State of the Art“ bezüglich Darmkrebs vor. Das bisher vorliegende Material wird von den Mitgliedern der Fachkommission als sinnvoll bezüglich der Setzung der Priorität im präventiven Bereich und als zweckmässig formuliert erachtet. Aus unserer Sicht ist es auch positiv, dass zu allen Interventionsbereichen mögliche problematische Aspekte erarbeitet und in den Text integriert wurden.

Die im Strategieplan formulierten Zielsetzungen sind aber grösstenteils sehr vage formuliert. Es fehlen auch hier konkrete Zwischenziele, welche die Ableitung von konkreten Massnahmen und die Evaluation von Zwischenschritten ermöglichen würde. Die Verfassung eines Aktionsplans mit Festlegung von realistischen, überprüfbaren Zwischenzielen unter Berücksichtigung des Kontext des Programms, des IST-Zustands, der vorhandenen Ressourcen, etc. wird auch für dieses Programm als notwendig erachtet.

Zu einem späteren Zeitpunkt sollte ein Konzept zu den Zielsetzungen und der Vorgehensweise bezüglich der Früherkennung erarbeitet werden. Im Auftrag des Programms wird im Moment eine Studie zum bestehenden Interventionswissen bezüglich Ernährungskampagnen erarbeitet, welche dann der weiteren Planung zugrunde liegen soll. Eine Vorgehensweise, die wir als sehr sinnvoll erachten.

Die Arbeit in der Fachkommission wird von den Mitgliedern als fruchtbar und sinnvoll wahrgenommen. Der Programmleiter fühlt sich durch die Fachkommission gestützt und kann bestimmte Aufgaben delegieren. Die angestrebte interdisziplinäre Meinungsbildung und Arbeitskulturbildung konnte sich bisher in der Fachkommission noch zu wenig ausbilden. Die Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit wird aufgrund zweier Aspekte aus der Sicht der Vertreter des Bundes als problematisch geschildert: Einschränkung der Rechtslage in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Sponsoren und fehlende Fachkompetenz innerhalb der SKL für die Planung und Durchführung einer Ernährungskampagne. Es fällt auch in diesem Programm auf, dass wichtige Mediatoren (z.B. Allgemeinpraktikern) oder Vertreter der politischen relevanten Organisationen bisher nicht in einen partizipativen Prozess integriert wurden.

Eine wichtige potenzielle Partnerin, die Schweizerische Vereinigung für Ernährung (SVE), welche mit ihren knapp 6000 Mitgliedern aus den Bereichen Hauswirtschaftslehre, Ernährungsberatung, Ernährungswissenschaften, Ärzteschaft, Gesundheitsberufe sowie Gastronomie zu einem zentralen Mediator für die Anliegen des Programms werden und gleichzeitig wertvolle Fachkompetenzen für die Konzipierung und Umsetzung des Programms einbringen könnte, konnte bisher trotz mehrmaligen Versuchen durch die Programmleitung nur marginal für eine Zusammenarbeit gewonnen werden. Es scheint uns empfehlenswert, die Kontakte weiterzupflegen und weiterhin auf eine verstärkte Integration dieser Organisation zu drängen.

Bisher wurde im Rahmen des Darmkrebsprogramms mit Ausnahme der Verfassung und Verbreitung therapeutischer Richtlinien noch keine Projekte umgesetzt. Bei der Vorbereitung der geplanten Pilotstudie zum Screening des Darmkrebses zeigen sich aber einige kritische Aspekte: aufgrund des gewählten Untersuchungsdesigns wurde das Forschungskonzept durch den wissenschaftlichen Rat der SKL abgelehnt. Ein verbessertes Konzept wird eventuell später noch einmal eingereicht. Eine Teilfinanzierung der Studie wurde aber schon vor dem Entscheid des wissenschaftlichen Rats durch das Darmkrebsprogramm gesprochen. Weitere SKL-externe Finanzierungsquellen konnten in der Zwischenzeit gefunden werden, so dass die Studie voraussichtlich im Frühling 2000 gestartet wird. Die vollständige Delegation dieser Studie an eine Expertengruppe aus dem Bereich der Gastroenterologie könnte dazu führen, dass Public Health relevante Fragestellungen zu wenig berücksichtigt werden. Sollte zu einem späteren Zeitpunkt eine effektive Pilotstudie (mit weitergehender Fragestellung als nur Compliance und einer repräsentativen Stichprobe) zum Screening durchgeführt werden, sollte die Studie durch ein interdisziplinäres Expertenteam (u.a. mit Vertretung der Epidemiologie, Public Health, Ökonomie, Allgemeinmedizin neben den Gastroenterologen) geplant und begleitet werden.

## 6 PROGRAMMÜBERGREIFENDE ASPEKTE

Im folgenden Kapitel sollen Themen aufgegriffen werden, welche alle vier Programme betreffen und so einen übergreifenden Charakter haben. Gewisse Punkte wurden in den vorherigen Kapiteln zu den einzelnen Programmen bereits unter einem etwas anderen Blickwinkel aufgegriffen, andere kommen neu hinzu. Die Themen lassen sich den zwei Bereichen Planungs- und Steuerungsprozesse sowie Vernetzung der Programme im relevanten Umfeld zuordnen.

### 6.1 PLANUNGS- UND STEUERUNGSPROZESSE

#### 6.1.1 Berücksichtigung von „New Public Health“- Ansätzen

Auf allen Ebenen der Konzeptualisierung der Programme (Problemdefinition, Zielsetzungen und Massnahmen) ist das Anliegen erkennbar, sich an Ansätzen zu orientieren und eine Vorgehensweise einzuschlagen, wie sie in den neueren WHO-Richtlinien (z.B. WHO, 1995) oder im Dachkonzept empfohlen werden. Dies zeigt sich insbesondere im Versuch, gesellschaftliche und politische Aspekte der Gesundheitsprobleme aufzuzeigen, eine ganzheitliche, interdisziplinäre und intersektorale Sichtweise zu erarbeiten oder Massnahmen zu finden, welche nicht nur auf individuelle Verhaltensänderung abzielen sondern auch die dazu nötigen Bedingungen zu schaffen, welche gesundheitsförderliches Verhalten ermöglichen sollen. Im Bereich Therapie und Nachsorge ist z.B. bei allen Programmen eine Sensibilität für Probleme der Chancengleichheit wahrnehmbar. In den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention werden in dem meisten Programmen eher gesundheitsorientierte Lebensstile als Gesundheits-erziehung und Abschreckung propagiert.

Was bisher hingegen eher selten berücksichtigt wird, sind Ansätze zum Empowerment der Bevölkerung und zu partizipativen Prozessen mit Partnerorganisationen. Ebenfalls selten zum Thema gemacht, wird die Selbstverantwortung und Selbstbestimmung der Betroffenen bezüglich ihrer Gesundheit (z.B. in Bezug auf das Recht auf umfassende Informationen bezüglich der Früherkennung, „informed consent“).

Ebenfalls noch zu kurz kommen zur Zeit die Bestrebungen, ganzheitliche Programme zu gestalten, welche in allen relevanten Zielbereichen aktiv sind. Dies ist einerseits verständlich, da ganz klar Prioritäten gesetzt werden müssen. Aber längerfristig sollten auch in weniger prioritären Bereichen Zielsetzungen angegangen werden, die mit den vorhandenen, wenn auch limitierten Ressourcen, bewältigt werden können.

#### 6.1.2 Transparenz bei der Auswahl und Priorisierung von Strategien

Eine generelle Schwierigkeit, welche sich aus der Art der Konzeptualisierung der Nationalen Programme ergibt, ist das umfassende, ganzheitliche Modell des Problemverständnisses, welche durch das Dachkonzept initiiert und in den Strategieplänen auf die einzelnen Krebsarten mehr oder weniger sinnvoll umgesetzt wurde. Viele der ProgrammleiterInnen und auch Mitglieder der Fachkommissionen bezeichnen den Strategieplan ihres Programms denn auch eher als eine Art Wunschliste denn als einen konkreten Plan (v.a. in den Programmen Brust und Lunge), welcher die Richtung der Umsetzung vorgeben kann. Es handelt sich also teilweise um eine Art

„Universum des Möglichen und Sinnvollen“ um krebsartbezogene Probleme ganzheitlich bekämpfen zu können. Diese breite Perspektive scheint als erster Schritt durchaus sinnvoll, um nicht von vornherein nur die bereits altbekannten Wege weiterzuverfolgen und neue Strategien entwickeln zu können. Was dann aber u.E. fehlt, ist eine klare Setzung von Prioritäten aufgrund transparenter, nachzuvollziehender Kriterien. Es braucht eine rationale Wahl von Strategien, welche verfolgt werden und anderen, die aufgeschoben oder auf die Verzichtsliste gesetzt werden. Gemäss WHO sollten solche Entscheidungen aufgrund folgender Elemente gefällt werden: Zielbestimmung, Evidenz der Wirksamkeit sowie Kosten-Wirksamkeits-Relation oder Effizienz einer Strategie oder Massnahme (WHO, 1995, 104).

Bisher fehlt grösstenteils eine Begründung, warum welche Massnahmen umgesetzt werden und andere nicht. Es besteht die Gefahr, dass auf diese Weise das Bild eines mehr oder weniger zufälligen Verlaufs des Programms entsteht.

### 6.1.3 Fehlendes oder nicht rezipiertes Interventionswissen

Die Monographien zeigen auf, dass wissenschaftlich gut fundiertes Ätiologiewissen (wie, warum und bei wem entstehen diese Krankheiten?) zu den einzelnen Krebsarten vorhanden ist. Die Strategiepläne können sich auf diese wissenschaftliche Basis abstützen und tun dies auch. Sowohl bezüglich Epidemiologie (Verbreitung, Risikogruppen) wie auch bezüglich Risikofaktoren besteht ein grosses Wissen. Im Bereich der Diagnose und Therapie können sich die Programmverantwortlichen ebenfalls auf detaillierte wissenschaftliche Grundlagen abstützen (klinisches Interventionswissen). Hingegen gibt es nur sehr wenige Hinweise auf bereits bestehendes wissenschaftlich abgestütztes Interventionswissen zur Erreichung der Zielsetzungen im Bereich Gesundheitsförderung, Prävention und Screening, was die Frage der Erreichbarkeit der Zielgruppen betrifft. Zentrale Zielsetzung in allen drei Bereichen ist die Verhaltensmodifikation der Zielgruppen.

Dieses Manko ist zum Teil damit begründbar, dass für gewisse Bereiche noch kein Interventionswissen vorhanden ist. Zum anderen gibt es aber auch klar erkennbare Bereiche, in denen bestehendes Interventionswissen nicht rezipiert wurde. So wird bei vielen Massnahmen implizit oder explizit davon ausgegangen, dass eine Informationsvermittlung ausreicht, das Verhalten der Bevölkerung oder der Mediatoren (z.B. AllgemeinpraktikerInnen) zu verändern, obwohl die wissenschaftliche Literatur klar zeigt, dass die Veränderung von Risikoverhaltensweisen alleine durch Wissensvermittlung kaum gelingt (vgl. z.B. Somaini, 1998, Schwarzer, 1992; Hornung, 1986). Eine Ausnahme bildet dabei die Monographie des Lungenkrebsprogramms, wo das Interventionswissen zur Tabakprävention gut aufgearbeitet wurde und massgeblich in die Schlussfolgerungen und Empfehlungen einfluss.

Das fehlende Interventionswissen führt dann dazu, dass kein systematisches Interventionsmodell entwickelt werden kann, welches die Oberziele und die Massnahmenebene miteinander verbinden könnte. Das wiederum führt dazu, dass es schwierig wird, klar definierte Zwischenziele sowie Kriterien zur Überprüfung dieser Zwischenzielen zu definieren. Auf dieser Ausgangslage wird es für die Programmverantwortlichen schwierig zu kontrollieren, ob sie mit den realisierten Massnahmen (Output) auf dem richtigen Weg sind und sich den übergeordneten Zielsetzungen (Outcome) in effizienter Weise annähern.

#### 6.1.4 Fehlende Analyse und Einbezug des IST-Zustands sowie des Kontexts der Programme

Wie bereits mehrfach erwähnt, leidet die Konzipierung der vier Programme mehr oder weniger stark ausgeprägt darunter, dass sowohl der IST-Zustand als Basis der Zielsetzungen und der notwendigen Interventionen sowie der Kontext der Programme (politisches Umfeld und Entscheidungsprozesse, weitere Akteure und Partnerorganisationen und deren Aktivitäten) zu wenig bekannt ist oder zu wenig in die Überlegungen einbezogen wird.

#### 6.1.5 Steuerung der Programme durch explizite und implizite Zielsetzungen

Unter den expliziten Zielsetzungen verstehen wir die innerhalb der Nationalen Programme schriftlich festgehaltenen programmbezogene Zielsetzungen (vgl. Dachkonzept, Monographie und Strategiepapier).

Daneben existieren in einem Programm immer auch implizite Zielsetzungen, welche vor allem von organisationsbezogenen Problemstellungen ausgehen. Es geht dabei z.B. um folgende Inhalte:

Identität- und Rollenveränderung der SKL:

- Es wird eine Ergänzung der Arbeitsausrichtung der SKL (Integration von präventionsbezogenen Aufgaben) und damit eine Imageveränderung der SKL angestrebt (gesundheits- statt krankheitsbezogen, modern, etc.).

Ökonomische Zielsetzungen:

- Eine wichtige Zielsetzung besteht darin, Fremdmittel zu akquirieren, Sponsoren für einzelne Projekte zu finden, um finanzielle Ressourcen und Prestige für die Programme zu gewinnen.

Marketingbezogene Zielsetzungen:

- Darunter verstehen wir z.B. die Zielsetzung, die prägnante Wahrnehmung der SKL und der Sponsoren in den lancierten Projekten zu fördern.

Diese impliziten Zielsetzungen mögen durchaus sinnvoll sein und stehen auch nicht per se im Widerspruch zu den expliziten Zielsetzungen der Nationalen Programme. Die Schwierigkeit besteht u.E. darin, dass sie durch die fehlende Integration in die offiziellen Zielsetzungen wenig transparent sind und deshalb der bewusste Umgang mit allfälligen Problemen (z.B. Konkurrenzierung von impliziten und expliziten Zielsetzungen) erschwert wird.

#### 6.1.6 Dokumentation und Selbstevaluation

Es besteht bisher ein klares Manko bezüglich der systematischen Dokumentation und Selbsteurteilung der Programme und des Umsetzungsprozesses. Dieses Problem wurde in der Programmleitung bereits erkannt und eine interne Gruppe gebildet, welche ein Instrument zur systematischen und standardisierten Dokumentation ausarbeiten soll. Ein von der Global-evaluation im Rahmen dieser Studie erarbeitetes Raster zur Erfassung und Beurteilung der Realisierung der Programm-Bausteine soll als Ergänzung des neuen Projektplanungs-Instruments dienen.

Die bisher verwendeten und die neu konzipierten Instrumente zur Dokumentation der Projekte konzentrieren sich ausschliesslich auf die Phase der Planung. Zur internen und externen Kontrolle und Steuerung der Programme ist es deshalb notwendig, ein Instrument zu entwickeln, welches die konkrete Umsetzung erfasst (wer? was? wann? wer wurde erreicht? mit welchem Erfolg? und welchem Aufwand?). Was den Detaillierungsgrad angeht, gehen wir davon aus, dass es am sinnvollsten wäre, die geplanten teilweise auf Jahre angelegten Massnahmen oder Projekte auf einzelne Bausteine herunterzubrechen, welche innerhalb eines für die Programmsteuerung geeigneten zeitlichen Rahmens beschrieben und beurteilt werden können. Um dem – auch von der Programmleitung – geäusserten Wunsch nach regelmässigen Feedbacks durch die Evaluation nachkommen zu können, wäre eine Erhebung 2 mal pro Jahr sinnvoll.

Es sollen folgende Themen erfasst werden:

- Beschreibung der Massnahme inklusive kurz- und langfristige Zielsetzung, Terminplanung und geschätztem Aufwand an Ressourcen,
- Stand der Umsetzung inkl. Verzichtsplan,
- Kurze Beurteilung des Gelingens der Umsetzung,
- Informationen zum tatsächlichen Aufwand an Ressourcen.

Mit einem solchen Erfassungsinstrument sollen folgende Ziele angestrebt werden:

- Einheitliche, übersichtliche und *kurze* Beschreibung der in den vier Programmen geplanten und realisierten Massnahmen,
- Ermöglichen der programminternen und -externen Reflexion zum Prozess der Umsetzung (was haben wir geplant? wo stehen wir heute? was hat gut geklappt? was weniger gut? wie steht es mit dem Einhalten von zeitlichen Vorgaben? etc.),
- Erfassung eines groben Indikators bezüglich der investierten Ressourcen,
- Qualitativer Vergleich zwischen verschiedenen Massnahmen in bezug auf Umsetzung, Zielerreichung, Einsatz von Ressourcen, etc.,
- Weder die Erhebung noch die Analyse dieser Daten sollten allzu grossen Aufwand für die Beteiligten mit sich bringen.

Eine erste Version wurde bereits mit der Programmleitung diskutiert und soll als Grundlage für die weitere Entwicklung eines solchen Rasters dienen (im Anhang ersichtlich).

#### 6.1.7 Externe Evaluationsstudien: Vorgehensweise und Nutzung

Im Rahmen der vier Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme wurden bisher insgesamt 12 Studien durchgeführt. Im Hautkrebsprogramm sind es sechs Studien, welche sich den Bausteinen Prävention (Sonnenschutzkampagnen) und Früherkennung ( Infowochen in den Städten) zuordnen lassen. Es wurden neben der direkten Zielgruppe auch Mediatoren (z.B. KindergärtnerInnen) befragt. Dazu kommen zwei Abschlussberichte zu den Sonnenschutzkampagnen, welche durch die Programmleitung verfasst wurden. Im Programm Lungenkrebs wurde bisher eine Studie als Vorbereitung einer Kampagne durchgeführt. Im Brustkrebsprogramm wurden zwei Studien im Zusammenhang mit der Früherkennung lanciert. Auch im Darmkrebsprogramm befassen sich die zwei Studien mit der Einstellung der Bevölkerung und verschiedener Ärztegruppen zur Früherkennung. Eine kurze Beschreibung der Fragestellungen, der Methoden und Resultate der Studien ist im Anhang dieses Berichts aufgeführt.

Die Vergabe eines Evaluationsauftrags erfolgt in der Regel durch die ProgrammleiterInnen. Die Projekte werden nicht ausgeschrieben, da die SKL mit Herrn Hans Krebs einen langjährigen Partner hat. Die finanziellen Kosten der Evaluationsprojekte richten sich nach dem ausgewiesenen Aufwand des Auftragnehmers.

Die Fragestellungen werden normalerweise von Auftragnehmer und Programmleitung zusammen entwickelt. Teilweise wurden zur Bestimmung von Fragestellungen auch Fachkommissions-Mitglieder einbezogen. Neben programminternen Fragestellungen der Realisierung von Massnahmen, sind auch die für die SKL und allfällige Sponsoren wichtigen Aspekte der Publikumswahrnehmung von teilnehmenden Organisationen oder von angepriesenen Markenartikel von Bedeutung. Die Fragestellungen der bisherigen Studien beziehen sich ausschliesslich auf die Optimierung von einzelnen Aktivitäten und Massnahmen innerhalb der Programme. Die Frage, ob mit diesen Aktivitäten die übergeordneten Zielsetzungen der Programme angenähert oder erreicht werden können, wurde bisher nur marginal analysiert.

Es handelt sich sowohl um einmalige wie auch um periodisch wiederkehrende Studien (z.B. Wahrnehmung und Akzeptanz des TV-Spots zum Sonnenschutz). Die Methoden der Studien sind ebenfalls sehr unterschiedlich: neben repräsentativen Befragungen der Bevölkerung und anschliessender quantitativer Analyse, wurden auch qualitative Studien mit Gruppendiskussionen und unsystematische Beobachtungen und Befragungen vor Ort durchgeführt. Es handelt sich teilweise um Kleinststudien mit entsprechend eingeschränkter Datenqualität und Aussagekraft. In den Berichten werden keine expliziten Empfehlungen aufgeführt. Bei den meisten existierenden Studien lag die Projektleitung bei Herrn Hans Krebs, Kommunikations- und Publikumsforschung, Zürich, welcher die effektive Datenerfassung durch LINK, Institut für Markt- und Sozialforschung, Luzern durchführen liess. Die von ihm verfassten Evaluationsstudien werden als interne, unveröffentlichte Papiere verwendet.

Als Ergänzung liegen zwei Schlussberichte der Sonnenschutzkampagnen 1998 und 1999 der SKL vor, welche neben der Beschreibung der durchgeführten Massnahmen auch selbstevaluative Komponenten beinhalten.

Die folgenden Evaluationsstudien sind gemäss Angaben durch den Evaluator für das Jahr 2000 geplant:

Lunge:	Begleituntersuchung der Kampagne Milestone
Haut:	Jährliche Evaluation des TV-Spots zum Sonnenschutz
Brust:	Sport- und Bewegungsangebot

Die beschriebenen Evaluationsstudien beziehen sich durchwegs auf einzelne Aktionen (in der Planungs- und Realisierungsphase) innerhalb der Programme. Sie sind stark auf die Umsetzung und Optimierung dieser einzelnen Interventionen konzentriert ohne dass die Perspektive des gesamten Programms oder gar der vier nationalen Programme als Einheit einbezogen wird. Auch der soziale, kulturelle und politische Kontext, in welchem diese Programme eingebettet sind, ist kein Bestandteil der Analysen dieser Studien. Die Abgrenzung der Aufgaben und die Vermeidung von Redundanzen zwischen den massnahmenbezogenen Evaluationsstudien und der Globalevaluation scheint deshalb vorläufig unproblematisch zu sein. Eine gute Koordination der Fragestellungen und der Vorgehensweisen ist dennoch unerlässlich, damit Synergieeffekte möglich werden.

Die befragten ProgrammleiterInnen äussern sich zufrieden mit den bisherigen Evaluationsstudien. Die erhaltenen Produkte scheinen den Bedürfnissen der Programmleitung zur Planung und Verbesserung von einzelnen Aktivitäten zu entsprechen. Es gibt aber einige Hinweise



darauf, dass die im Rahmen der Nationalen Programme durchgeführten Evaluationsstudien, aber auch allgemein im Auftrag der SKL erhobene Daten und Berichte teilweise nicht befriedigend genutzt werden. Als Beispiel sei an dieser Stelle auf die im Auftrag der SKL erstellte repräsentative Längsschnittstudie (1988-1998) zum Vorsorgewissen der Bevölkerung verwiesen, welche bei der Programmleitung der NKBP kaum bekannt ist. Ein weiteres Beispiel ist die ebenfalls im Auftrag der SKL durchgeführte Arbeit von Hornung (1986) zum Zusammenhang von Wissen, Einstellungen und präventivem Verhalten in der Schweizer Bevölkerung, welche auch das Thema Früherkennung behandelt. Die mangelnde Nutzung dieser Studien stellt einen kritischen Punkt dar und sollte gemeinsam mit der Projektleitung geprüft und allfällige Gründe sowie Verbesserungsmöglichkeiten diskutiert werden.

## 6.2 VERNETZUNG INNERHALB DER PROGRAMME UND IM RELEVANTEN UMFELD

### 6.2.1 Interdisziplinäres Arbeiten

Im Ansatz sind die Nationalen Programme in Übereinstimmung mit den Prinzipien der Krebsbekämpfungspolitik der WHO (1995) sowohl interdisziplinär wie auch intersektorial angelegt. Basisgedanke der Nationalen Programme ist der Versuch, einer ganzheitlichen Herangehensweise an Probleme, die mit einer bestimmten Krankheit verbunden sind. Einer der Gründe zur Lancierung der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme scheint die zersplitterte Landschaft der Akteure in diesem Feld zu sein. Deshalb wird die ganzheitliche Vorgehensweise im Dachkonzept, welche alle Bereiche von Public Health umfassen soll, als zentral bezeichnet. Dieses Bemühen um Vernetzung und Verknüpfung dieser Bereiche ist in den Zielsetzungen und der Struktur der Programme verankert. Ein wichtiger Schritt in dieser Hinsicht ist sicherlich die Durchführung der „State of the Art“-Tagungen, die verfassten Monographien und die Zusammenstellung der Fachkommissionen.

Schwieriger scheint es eine den Zielsetzungen der Programme adäquate interdisziplinäre Zusammenstellung der Fachkommissionen zu erreichen. Es zeigt sich generell ein Übergewicht an klinisch-medizinischem Fachwissen und eine mangelhafte Vertretung der Gesundheitswissenschaften oder Public Health insbesondere mit sozialwissenschaftlichem Hintergrund. Dann schildern die Mitglieder der Fachkommissionen mehrheitlich Probleme oder sogar das Scheitern der Entstehung von interdisziplinärer Denk- und Arbeitsweise. Es scheint sehr schwierig zu sein, die verschiedenen Interessens- und FachvertreterInnen zu einer gemeinsamen echt interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft wachsen zu lassen, so dass die gemeinsam getragenen Anliegen wieder in die verschiedenen Arbeitsfelder getragen werden. Diese Fachkommissionen sollten aber eigentlich im Kleinen den Prozess darstellen, der dann in den entsprechenden Berufsfeldern generell stattfinden sollten.

### 6.2.2 Die lokale Verankerung der Programme

Ein gemäss WHO (1995) ebenso zentrales Element einer Krebsbekämpfungspolitik ist die Vernetzung von nationalen mit kantonalen, resp. lokalen Akteuren öffentlicher und privater Hand. Grundlage für diese Vernetzung ist eine Grundhaltung, welche Kooperation und Partizipation der verschiedenen Partner ermöglicht. Sowohl die lokale Vernetzung wie auch die Ermöglichung von partizipativen Prozessen ist bisher in den Programmen sowohl auf der Ebene

der Konzeptarbeit wie auch in der Umsetzung zu wenig realisiert worden. Die Gründe für diesen Mangel konnten im Rahmen dieser Studie nicht analysiert werden.

### 6.3 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

In der Konzeptualisierung der vier Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme ist das Anliegen erkennbar, wichtige Elemente des „New Public Health“ einzubeziehen (z.B. Berücksichtigung von gesellschaftlichen und politischen Aspekten der Problemstellung, interdisziplinäre und intersektorale Sichtweise, Integration von verhältnisbezogenen Strategien, Sensibilität für Probleme der Chancengleichheit). Seltener oder gar nicht vorhanden sind hingegen Ansätze wie Empowerment oder die Partizipation von nationalen und lokalen Partnern.

Da die Strategiepläne der Programme eher eine Art Universum von sinnvollen Strategien und Massnahmen als einen konkreten Plan darstellen, ist es wichtig, Entscheidungen nach zweckmässigen und rationalen Kriterien zur Priorisierung von einzelnen Massnahmen zu treffen. Diese Entscheidungsprozesse wurden bisher zu wenig transparent gemacht, was einerseits eine Reflexion über die Angemessenheit der zugrundeliegenden Kriterien erschwert und andererseits gegen aussen das Bild von zufälligen Prozessen vermitteln kann. Grundsätzlich wurden in der Konzeptphase der Programme eine fundierte Wissensbasis bezüglich der Entstehung von Krebserkrankungen sowie dem klinischen Interventionswissen erarbeitet. Zu knapp oder gar nicht integriert wurde hingegen der bestehende Kenntnisstand bezüglich Interventionswissen in den Zielbereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung / Screening, vor allem was den Bereich Verhaltensmodifikation angeht.

Bezüglich der Steuerung der Programme zeigt sich, dass neben den expliziten Zielsetzungen der Krebsbekämpfungsprogramme auch implizite Zielsetzungen bestehen (z.B. Identität- und Rollenveränderung der SKL, ökonomische und marketingbezogene Zielsetzungen), welche die Steuerung der Programme beeinflussen. Diese impliziten Zielsetzungen sollten transparent gemacht werden, damit allfällige Widersprüche zu den programmbezogenen Zielen erkannt und diskutiert werden können.

Es zeigt sich allgemein ein grosses Manko bezüglich der Dokumentation und Selbstevaluation der Programme. Die bisher erarbeiteten und verwendeten Planungsinstrumente sind nicht standardisiert für alle vier Programme und beziehen sich mit wenigen Ausnahmen immer nur auf die Zukunft. Der bisherige Verlauf der Umsetzung wird nicht dokumentiert und beurteilt. Im Rahmen der Globalevaluation wurde deshalb ein Raster entworfen und mit der Programmleitung diskutiert, welche eine systematische und standardisierte Dokumentation der Umsetzung der Programme erlauben soll.

Die Programme haben bisher in sehr unterschiedlichem Ausmass externe Evaluationsaufträge vergeben. Diese sind in aller Regel stark auf die Wahrnehmung, Akzeptanz und Optimierung von einzelnen Projektaktivitäten konzentriert. Bisher wurden Fragestellungen bezüglich der Zielsetzungen auf der Ebene der Programme zu wenig einbezogen. Dann gibt es Hinweise, dass die Ergebnisse der Evaluationsstudien teilweise zu wenig genutzt werden und weitere zentrale Datenquellen zur Konzeptualisierung der Programme zu wenig bekannt sind (auch dann wenn es sich um Studien handelt, welche im Auftrag der SKL erstellt wurden).

Sowohl die Durchführung der „State of the Art“-Tagung wie auch die Publikation der Monographien stellen wichtige Schritte in Bezug auf die Erreichung eines ganzheitlichen Blickwinkels auf die Krebsproblematik dar. Die Entstehung einer interdisziplinären Denk- und Arbeitskultur

scheint sowohl in den Fachkommissionen wie auch im Umfeld der Programme schwierig zu erreichen und bisher noch nicht optimal gelöst zu sein. Insbesondere eine stärkere Integration des Fachwissens aus den Gesundheitswissenschaften oder Public-Health-Wissenschaften scheint empfehlenswert. Dann sollte auch eine stärkere Vernetzung mit nationalen und lokalen Partnerorganisationen vorangetrieben werden.

## 7 LITERATURLISTE

Abelin, T. (1997). *Primärprävention des Lungenkrebses*. In Weber, W., Rajower, I. und Kleihues, P. (Eds.). *Nationales Krebs- Bekämpfungsprogramm Lungenkrebs. Fakten und Handlungsbedarf*. Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Krebsliga. Bern. 1997. (S. 22-25).

Arbeitsgruppe Brustkrebsbekämpfung (1997). *Aktionsplan. Für ein Programm zur Verbesserung der Überlebenszeit und Lebensqualität von Brustkrebspatientinnen*. Schweizerische Krebsliga und Bundesamt für Gesundheit, Bern, 1. Februar 1997.

Arbeitsgruppe Darmkrebsbekämpfung (1999). *Nationales Programm zur Darmkrebsbekämpfung. Strategieplan. 2.Fassung*. Schweizerische Krebsliga und Bundesamt für Gesundheit, Bern, 2. September 1999.

Arbeitsgruppe Hauttumoren (1998). *Nationales Programm zur Hautkrebsbekämpfung. Strategieplan*. Schweizerische Krebsliga und Bundesamt für Gesundheit, Bern, 1. August 1998.

Arbeitsgruppe Hauttumoren. (1998). *Kampagne "beSONNEn geniessen". Schlussbericht 1998*. Schweizerische Krebsliga, Bern, 28.September.1998.

Arbeitsgruppe Hauttumoren. (1999). *Schlussbericht 1999 der Präventionskampagne Hau(p)tsache Sonnenschutz der Schweizerischen Krebsliga*. Schweizerische Krebsliga, Bern, 1.September.1999.

Arbeitsgruppe Lungenkrebsbekämpfung. (1998). *Programme national de lutte contre le cancer. Strategie de lutte contre le cancer du poumon 1999-2002. Un Programme pour la prévention et le diminution de la mortalité du cancer du poumon et pour l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs proches*. Schweizerische Krebsliga und Bundesamt für Gesundheit, Bern, 17.September.1998.

Bopp, M. und Schüler, G. (1997). *Deskriptive Epidemiologie: Fakten und Trends*. In Weber, W., Rajower, I. und Kleihues, P. (Eds.) (1997). *Nationales Krebs- Bekämpfungsprogramm Lungenkrebs. Fakten und Handlungsbedarf*. Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Krebsliga. Bern. 1997. (S. 3-9).

Burg, G. (Hrsg.) (1998). *Nationales Krebs- Bekämpfungsprogramm Hautkrebs: das maligne Melanom. Fakten und Handlungsbedarf*. Bern: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Krebsliga.

cR Kommunikation (1999). *Konzept zur Motivations- und Informationskampagne „no smoking“ MILESTONE*. (Unv. Konzeptpapier zu Hd. SKL, 27.5.1999)

Denz, M. (1998). *Psychosoziale Aspekte des malignen Melanoms*. In Burg, G. (Hrsg.) (1998). *Nationales Krebs- Bekämpfungsprogramm Hautkrebs: das maligne Melanom. Fakten und Handlungsbedarf*. Bern: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Krebsliga. (S. 58-62).

Harvard Report on Cancer Prevention. (1996). *Volume 1: Causes of Human Cancer*. Cancer Causes and Control. Vol. 7, Supplement 1, November 1996.

Harvard Report on Cancer Prevention. (1997). *Volume 2: Prevention of Human Cancer*. Cancer, Causes and Control. Vol. 8 Supplement 1. November 1997

Harvard Report on Cancer Prevention. (1999). *Volume 3: prevention of colon cancer in the United States*. Cancer, Causes and Control. Vol. 3 Juni 10.

Hornung, R. (1986). *Krebs: Wissen, Einstellungen und präventives Verhalten der Bevölkerung: psychosoziale Determinanten der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen; das Rauchen und seine psychische Bewältigung*. Bern: Huber.

Johnson, E. Y. and Lookingbill, D. P. (1984). Sunscreen use and sun exposure. *Archives of Dermatology*, 120, 727-731.

Keesling, B. and Friedmann, H. S. (1987). Psychological factors in sunbathing and sunscreen use. *Health Psychology*, 6, 477-493.

Keller, B. (1999). *Zusammenstellung Frage- und Befundbogen der Schweizerischen Krebsliga*. Dokument Datum: 28.Juli.1999.

Krebs, H. und LINK. (1996). *Vorstudie für eine nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms. Ergebnisse der Ärztebefragung. Schriftliche Befragung der im Kanton St. Gallen praktizierenden Ärzte. (Feb./März 1996)*. Dokument Datum: 1.August.1996.

Krebs, H. und LINK. (1996). *Vorstudie für eine nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms. Ergebnisse der Publikumsbefragung. Repräsentativbefragung in der 40- bis 74jährigen Bevölkerung der deutschen und welschen Schweiz*. Zürich. Dokument Datum: 1.August.1996.

Krebs, H. und LINK. (1996). *Vorstudie für eine nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms. Synthesebericht. Synthese der Ergebnisse aus Publikumsbefragung und Ärztebefragung. Vorstudie für eine nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms. Ergebnisse der Publikumsbefragung. Repräsentativbefragung in der 40- bis 74jährigen Bevölkerung der deutschen und welschen Schweiz*. Dokument Datum: 1.September.1996.

Krebs, H. und LINK. (1998). *Sonnenexposition und Sonnenschutz 1998. Akzeptanz einer Sonnencreme der schweizerischen Krebsliga. Ergebnisse telefonischer Repräsentativbefragungen in der 15- bis 64jährigen Bevölkerung bzw. bei Käuferinnen von Sonnenschutzmitteln*. Dokument Datum: 1.November.1998.

Krebs, H. und LINK. (1999). *Krebsvorsorge. Repräsentative Bevölkerungssurvey zur Beschreibung von Einstellungen und Verhalten bezüglich Krebsvorsorge, Vorsorgewissen 1988-1997, Grundhaltungen und Informationsbedürfnisse, Brustkrebsvorsorge*. Dokument Datum: 1.Mai.1999.

Krebs, H. und LINK. (1999). *Beachtung und Akzeptanz des TV Spots "Kreativer Sonnenschutz" 1999. Ergebnisse einer telefonischen Repräsentativbefragung in der 15- bis 65jährigen Bevölkerung*. Dokument Datum: 1.Juli.1999.

Krebs, H. (1999). *TV Spot "Kreativer Schutz": Erfolgskontrolle 1999*.  
Dokument Datum: 1.Juli.1999.

Krebs, H. *Sonnenschutz 1999: Displays in Badeanstalten (UV Index). Ergebnisse einer Befragung von Besucher/innen in 9 Badeanstalten der Deutsch- und Westschweiz*.  
Dokument Datum: 1.Oktober.1999.

Krebs, H. (1999). *Sonnenschutz: Kindergartenaktion 1999. Ergebnisse der Kindergartenbefragung in der Deutsch- und Westschweiz*.  
Dokument Datum: 1.Oktober.1999.

Krebs, H. (1999). *Infowoche Haut und Sonne (17. bis 22. Mai 1999). Auswertung der Animatorenprotokolle. Die Informationswoche aus der Sicht der SKL-Animatoren, Strukturanalyse des vor Ort erreichten Publikums*.  
Dokument Datum: 1.August.1999.

Lee, G., Massa, M. C., Welykyj, S., Choo, J., and Greaney, V. (1991). Yield from total skin examination and effectiveness of skin cancer awareness program. *Cancer*, 67, 202-205.

LINK. (1999). *Namentest für eine Kampagne zur Rauchentwöhnung bei wichtigen Lebensereignissen*.  
Dokument Datum: 1.Juni.1999.

LINK. (1998). *Brustkrebs. Ein qualitatives Marktforschungsprojekt. Bericht*.  
Dokument Datum: 31.März.1998.

Prochaska, J. O. und Di Clemente, C. C. (1986). *Toward a comprehensive model of change*. In Miller, W. E. und Heather, N. (Eds.). *Treating addictive behaviors. process of change*. 3-27. Plenum Press. NY.

Rajower, I., Sasco, A. J. und Kleihues, P. (Hrsg.) (1996). *Nationales Krebs- Bekämpfungsprogramm Brustkrebs. Fakten und Handlungsbedarf*. Bern: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Krebsliga.

Schüler, G. und Levi, F. (1996). *Krebserkrankungen*. In Gutzwiller, F., Jeanneret, O., Abelin, T., Ackermann-Liebrich, U., Paccaud, F. und Rougemont, A. (Eds) (1996). *Sozial- und Präventivmedizin Public Health*. Seite: 299-311. Verlag Hans Huber. Bern. 1996.

Somaini, B. (1998). *Dachkonzept: Krebsbekämpfung*.  
Dokument Datum: 25.November.1998.

Tomeo, C. A., Colditz, G. A., Willett, W. C., Giovannucci, E., Platz, E., Rockhill, B., Dart, H. und Hunter, D. J. (1999). *Prevention of colon cancer in the United States*. (1999). *Cancer-Causes-Control*. Seite: 167-180. Harvard Report on Cancer Prevention. 1999.

Weber, W., Rajower, I. und Kleihues, P. (Hrsg.) (1997). *Nationales Krebs- Bekämpfungsprogramm Lungenkrebs. Fakten und Handlungsbedarf*. Bern: Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Krebsliga.

World Health Organisation. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, Canada: WHO:  
Dokument Datum: 17.November.1986.

World Health Organisation. (1995). *National cancer control Programmes. Policies and managerial guidelines*. Genf: WHO.

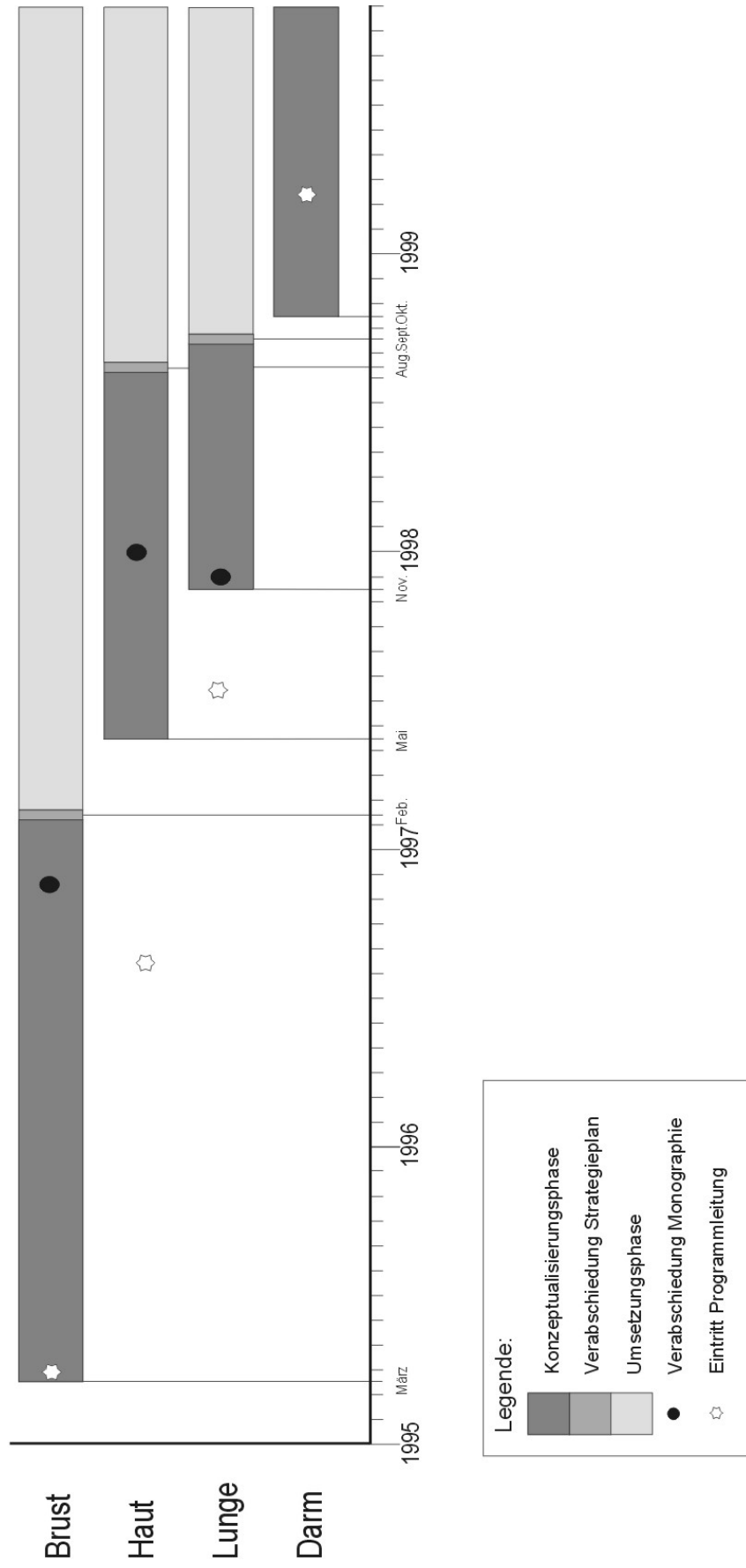
World Health Organisation. (1999). *Gesundheit21: Das Rahmenkonzept "Gesundheit für alle" für die europäische Region der WHO*. Kopenhagen: WHO.

## 8 ANHANG



## 8.1 CHRONOLOGISCHE ÜBERSICHT DER VIER NATIONALEN KREBSBEKÄMPFUNGSPROGRAMME

Chronologische Übersicht der vier nationalen Krebsbekämpfungsprogramme



## 8.2 LISTE DER INTERVIEWS, WELCHE IM RAHMEN DER STUDIE 3 DER EVALUATION DER NATIONALEN KREBSBEKÄMPFUNGS-PROGRAMME DURCHGEFÜHRT WURDEN

Programm	Bereich / Funktion	Name	Institution
Generell	Evaluation	Hans Krebs	Evaluationen der vier nationalen Programme
Darm	Programm-Leitung	Lukas Zemp	Programmleiter Darmkrebs
	Primärprävention	Jürg Lüthy	Bundesamt für Gesundheit
	Nachsorge	Ulrich Seefeld	FMH f. Innere Medizin . Spez. Magen- und Darmkrankheiten
Brust	Programm-Leitung	Brigitte Baschung	Programmleiterin Brustkrebs
	Stiftungs-Leiter	Rolf Gisler	Leiter der Stiftung zur Früherkennung von Krebs
	Selbsthilfe	Susanne Gaillard	Schweiz. Verein "Leben wie zuvor"
	Therapie	Elisabeth Garzoli	Radiologie Universitätsspital Zürich
	Prävention / MPH	Karin Faisst	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich
Haut	Programm-Leitung	Ruth Barbezat	Programmleiterin Hautkrebs
	Prävention	Dominique Bressoud	Bundesamt für Gesundheit
	Früherfassung	Peter H. Bloch	Dermatologie und Venerologie FMH
	Therapie	Reinhard Dummer	Universitätsspital Zürich Dermatologische Klinik
Lunge <sup>a</sup>	Programm-Leitung	Sirikit Bhagwanani	Programmleiterin Lungenkrebs
	Prävention	Daniel Brenner	Bundesamt für Gesundheit
		Verena El Fehri	Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention
		Theodor Abelin	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern

<sup>a</sup> Leider kam das vorgesehene Interview mit dem Leiter der Fachkommission Prof. Alberto nicht zustande, so dass die Zusammenstellung der Interviewpartner der ehemaligen Fachkommission zwar wichtige Partnerorganisationen erfasst, aber in bezug auf die Fachdisziplin einseitig ausfällt.

### 8.3 GEPLANTE REALISIERUNG VON ZIELEN IN DEN BEREICHEN: GESUNDHEITSFÖRDERUNG & PRÄVENTION, SEKUNDÄRPRÄVENTION, THERAPIE UND NACHSORGE DURCH DAS PROGRAMM BRUSTKREBS

PH Bereich	Zielebene	Zielsetzung	Kriterium
Gesundheitsförderung & Prävention	Verhalten	Förderung der körperlichen Aktivität	
	Wissen	Veränderung der Ernährung (Viel Obst und Gemüse, weniger Fett und Kalorien) Beibehaltung des Körpergewichts im frühen Erwachsenenalter bzw. Verminderung des Übergewichts.	Bis Ende 2001 wissen 50% der 15- bis 25 jährigen und 60 % aller 25-69 jährigen Frauen, welche Gewohnheiten ihre Gesundheit fördern oder gefährden können. Sie sind ausserdem in der Lage, 3 persönliche Strategien zu nennen, womit Sie ihre Gesundheit erhalten oder verbessern können.
	Wissen	Körpergefühl und Kenntnis der Brust. Wann stellen sich Veränderungen ein? Wann ist ein Arztbesuch notwendig?  Besseres Erreichen von sozioökonomisch tieferen Schichten der Gesellschaft, um auch da das Gesundheitsbewusstsein zu steigern.	
	Wissen	Bedeutung des Stillens soll auch im Zusammenhang mit Brustkrebs bekannt gemacht werden.	
	Wissen & Verhalten	Bei Frauen mit erhöhten familiären Risiko und bereits erkrankten Frauen sind Ernährungsempfehlungen und der Verzicht auf das Rauchen zur Verbesserung ihrer Lebenschancen zentral.	
	Verhalten	Einschränkung des Alkoholkonsums und Verzicht auf das Rauchen	
	Wissen & Versorgungsstruktur	Einstellung zur Vorbeugung verbessern und Zugang zur sekundären Prävention (Screening) für Frauen aus sozioökonomisch tieferen Schichten erleichtern.	
	Wissen & Verhalten	Bei Frauen ab 50 regelmässige Mammographie.	Ende 2001 60% der 50- bis 69jährigen Frauen kennen den Wert des Mammographiescreenings.
Diagnose	Verhalten	1. Qualität der radiologischen Diagnostik Auditing- oder Vergleichssystem, das den Vergleich der eigenen Ergebnisse des Ärzten mit Ergebnissen von Kollegen zulässt. Probeumbesetzung dieses Systems Evaluation und Verbesserung des Vergleichssystems	Ab Ende 1998 wird die Qualitätssicherung gemäss den Richtlinien der Schweizer Radiologie in der Praxis umgesetzt.
	Verhalten	2. Qualität der pathologischen Diagnostik Erarbeitung von Umsetzungsmechanismen der Qualitätsempfehlungen	Umsetzung der Qualitätsrichtlinien für Brustkrebsdiagnose der Schweizer Pathologen sobald die Veröffentlichungen vorliegen.

PH Bereich	Zielebene	Zielsetzung	Kriterium
	Wissen	3. Verbesserte Kenntnisse über den diagnostischen Prozess Entwurf eines Infoblattes über die Abläufe der Diagnose und Informationsquellen Einführung des Infoblattes in Spitäler und Praxen Orientierung der Ärzte und des Pflegepersonals über die Anwendung der Information.	Ab Ende 1998 wissen alle betroffenen Frauen, von wem und wann sie welche Information bezüglich ihrer Diagnose erhalten können.
Behandlung	Verhalten	Die Behandlung des Mammakarzinoms wird im Rahmen einer kurz- und langfristigen Qualitätskontrolle begleitet.	
	Verhalten	Individuelle, unkontrollierte Behandlungsmethoden werden verhindert.	
	Verhalten	Die Teilnahme an kontrollierten, klinischen Studien wird gefördert	Teilnehmerquote soll in den nächsten fünf Jahren bis 10% aller betroffener Frauen betragen.
	Verhalten	Bei der Behandlung des Mammakarzinoms ist das interdisziplinäre Gespräch die Regel	
	Struktur	Schaffung einer Arbeitsgruppe, die jährlich die Standardbehandlung des Mammakarzinoms überarbeitet und für die Verbreitung von Neuerungen sorgt.	
	Verhalten	Nennenswerte Abweichungen von der Standardabweichung sollten sich auf kontrollierte klinische Studien beschränken.	
	PR	Intensive Öffentlichkeitsarbeit, damit alle Personen die Prinzipien der Behandlungsrichtlinien kennen.	
Nachsorge	Versorgungsstruktur, professionelle Ausbildung & Versorgungs-politik	1. Informations- und Beratungsangebot Jede Brustkrebspatientin erhält schriftliche und mündliche Information über die Krankheit, Behandlungsmethoden und psychosozialen Unterstützungsangebote in der betreffenden Region	Ab Ende 1998
		Jede Brustkrebspatientin hat im Rahmen der Regelversorgung die Möglichkeit, in ihrer Region professionelle psychologische Unterstützung zu erhalten.	Ab 2000
		Die Unterstützung durch gleicherweise Betroffene wird in das Betreuungsangebot integriert.	Ende 1998
		Beratungs- und Unterstützungsangebot für Angehörige von Brustkrebspatientinnen.	Ab 2000
	Versorgungsstruktur & Versorgungs-politik	2. Institutionelle Voraussetzungen und Infrastruktur Die Dienstleistungen der regionalen Krebsligen werden durch das Angebot von spezifischer Einzel- und Gruppenberatung ausgebaut. Die Ausbildung von Professionellen wird im Bereich Psychoonkologie und	Ende 1997 und Ende 1998 Ab 2000

PH Bereich	Zielebene	Zielsetzung	Kriterium
		<p>der Palliativmedizin in der ganzen Schweiz gefördert. Die Zusammenarbeit zwischen den Selbsthilfeorganisationen und den regionalen Krebsligen ist geklärt und nötigenfalls eine Änderung des Leistungsangebotes vorgenommen. In allen Regionen der Schweiz existieren Selbsthilfegruppen für brustoperierte Frauen</p>	
	Versorgungsstruktur & Versorgungspolitik	<p>3. Versicherungsleistungen Brustkrebspatientinnen haben Anrecht auf psychosoziale Unterstützung und prophylaktische Lymphdrainage. Medikamente werden von der Krankenkasse übernommen. Hilfe von den Familienmitgliedern wird von der Krankenkasse entschädigt. Bei den Zusatzversicherung wird ein Schutz vor Kündigung für Frauen mit Brustkrebs eingeführt. IV und AHV übernehmen alle zwei Jahre den vollen Betrag der Kosten für Hilfsmittel (z.B. Brustprothesen)</p>	Ab 2000
	Versorgungsstruktur & Versorgungspolitik	<p>4. Berufliche und finanzielle Situation Ausdehnung des Kündigungsschutzes für Frauen mit Brustkrebs bis mindestens zum Abschluss der Initialbehandlung. Verbesserung der Lohnsfortzahlung durch a) Förderung des Abschlusses von Gesamtarbeitsverträgen und b) Revision des ORS Einführung einer obligatorischen Taggeldversicherung für Nichterwerbstätige zur Deckung der Kosten für eine Ersatzbetreuungsperson.</p>	

## 8.4 EVALUATIONSTUDIEN

### 8.4.1 Programm Brustkrebs

8.4.1.1 Einstellung zum Thema Brustkrebs: Ein qualitatives Marktforschungsprojekt.  
Bericht 31. März 1998, Bern.

Dieses qualitative Marktforschungsprojekt wurde vom 3.2.1998 bis 12.2.1998 für die schweizerische Krebsliga (Programm Brustkrebs) durch das Institut LINK durchgeführt.

- **Zielsetzungen der Untersuchung waren, dass die Ergebnisse aus der Befragung:**

- Als Basis für eine optimale Gestaltung der Kommunikation mit verschiedenen Frauengruppen dienen.
- Die emotionalen Bild- und Ideenwelten der Frauen zum Thema Brustkrebs aufzeigen.

Es wurden 5 Gruppen von je etwa 17 bis 20 Frauen gebildet, welche unter Anleitung einer, in qualitativ-psychologischer Marktforschung speziell ausgebildeten Psychologin, unterschiedliche Themenkreise in einer Gruppendiskussionen von jeweils etwa 2 ½ Stunden diskutierten.

- **Insgesamt wurden 89 Frauen aus der Deutsch- und Westschweiz in folgende 5 Gruppen aufgeteilt:**

- Gruppe 1: Frauen im Alter von 20-30 Jahren. Grundschulausbildung/einfache Berufsausbildung (17 Teilnehmerinnen)
- Gruppe 2: Frauen im Alter von 20-30 Jahren. Höhere Ausbildung / mind.50% sind berufstätig. (17 Teilnehmerinnen)
- Gruppe 3: Frauen im Alter von 31-50 Jahren. Grundschulausbildung/einfache Berufsausbildung. (18 Teilnehmerinnen)
- Gruppe 4: Frauen im Alter von 31-50 Jahren. Höhere Ausbildung / mind.50% sind berufstätig. (17 Teilnehmerinnen)
- Gruppe 5: 51-70 jährige Frauen (20 Teilnehmerinnen).

- **Mit den Frauen wurden folgende Themenkreise diskutiert:**

- Spontanes Assoziationsumfeld zum Thema „Gesundheit“
- Ängste und Befürchtungen in Verbindung mit der Gesundheit
- Gesundheitsvorsorge
- Informationsverhalten bezüglich des Themas „Gesundheit“
- Gefühls- und Bilderwelten rund ums Thema „Brustkrebs“
- Spontane Bekanntheit und Beurteilung möglicher Vorsorgemassnahmen bezüglich „Brustkrebs“
- Informationsverhalten bezüglich des Themas „Brustkrebs“
- Persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema „Brustkrebs“
- Diagnose Brustkrebs: die Rolle des Arztes und der Familie
- Prävention: optimale Kommunikationsmassnahmen in Zukunft.

- **Relevante Resultate**

Frauen mit höherer Schulbildung sind kritischer eingestellt gegenüber dem Mammographie-Screening.

- **Einstellung zur Gesundheitsvorsorge generell:**

Gesundheitsvorsorge wird von den befragten Frauen mit positiven beladenen Werten und Verhaltensweisen assoziiert: Wohlbefinden, Ausgewogenheit, Fitness, Erholung, Liebe, gute Beziehungen und ähnliches.

- **Einstellung zu Brustkrebs:**

Brustkrebs als Thema löst bei den Befragten Angstgefühle aus. Dabei sind drei Dimensionen erkennbar:

1. Angst vor dem Verlust der körperlichen Integrität (Verstümmelung, Schmerzen, Verlust der Weiblichkeit und Attraktivität, z.B. auch Chemotherapie und Haarausfall)
2. Angst vor seelischen Beeinträchtigungen durch Depressionen, Verlust des Selbstwerts als Frau und als ganzer Mensch
3. Angst vor Vereinsamung und sozialen Konflikten und Beeinträchtigungen (keine Familie haben können, Verlust des Partners, Ablehnung durch soz. Umfeld und Gesellschaft, Arbeitsplatzverlust)

- **Wahrgenommene Ursachen von Brustkrebs:**

(Brust-)Krebs wird von vielen Frauen als psychosomatisch verursacht wahrgenommen und deshalb als Krankheit verdrängt.

- **Informationsquellen zum Thema Brustkrebs:**

In erster Linie HausärztInnen oder GynäkologInnen (scheinen aber zu wenig ausführlich und nur auf Nachfrage der Patientin hin zu informieren).

Ebenfalls wichtig sind die allgemeinen Medien wie Fernsehen, Frauenzeitschriften und Gesundheitszeitschriften und Radiosendungen.

Weniger wahrgenommen wurden Informationen durch Gesundheitsämter, Krebsliga oder Krankenkassen. Broschüren der Krebsliga sind wenig bekannt.

Ältere Frauen (ab 45 etwa Jahren) interessieren sich mehr für das Thema Brustkrebs.

- **Wissen über Prävention von Brustkrebs**

Die befragten Frauen sind der Meinung, dass man keine spezifischen Präventionsmöglichkeiten hat. „Es gibt kein Kondom gegen Brustkrebs“. Erwähnt wird von einigen, dass ein gesunder Lebensstil (wenig Rauchen und Trinken) auch gegen Brustkrebs hilft. Teilweise wird auch darauf hingewiesen, dass man sich möglichst nicht mit dem Thema beschäftigen sollte, sonst könnte man alleine dadurch krank werden („nicht daran denken“, „positiv denken“, „ich bekomme es nicht“ und „Gottvertrauen haben“).

- **Wissen über Früherkennung von Brustkrebs**

Generell ist das Wissen über die Möglichkeiten zur Früherkennung eher gering (vom Hörensagen her kennen).

Die jüngeren Frauen geben an, dass sie zuwenig genau wissen wie sie sich selbst untersuchen können. Sie sind ebenfalls der Meinung, dass regelmässige Mammographien erst ab 50 sinnvoll sind. Die meisten Frauen haben kein Vertrauen in die Selbstuntersuchung, da nur ÄrztInnen kompetent sind dazu.

### **Empfehlungen durch die Autorenschaft:**

- **Das Thema Brustkrebs löst starke Ängste aus. Deshalb sollten die Interventionen zur Vorsorge eingebettet sein in den allgemeinen Kontext der Gesundheitsförderung und der alltäglichen Gesundheitsvorsorge. Sie sollten positive Assoziationen auslösen. Interventionen zur Verbesserung der Früherkennung sollten mittels geeigneter Infor-**

**mationsvermittlung und Kommunikation die Ängste der Frauen abschwächen und aufzeigen, dass durch ein natürliches Körperbewusstsein die Folgen des Brustkrebs in den Griff zu bekommen sind.**



## 8.4.2 Programm Hautkrebs

### 8.4.2.1 Auswertung der Animatorenprotokolle

Nach Abschluss der Informationswoche „Haut und Sonne“, welche im Namen der schweizerischen Krebsliga (Programm: Hautkrebs) vom 17. Mai bis 22. Mai 1999 durchgeführt wurde erhielt Herr Krebs von den

- **SKL Animatoren zwei Erhebungsbogen**
- 1. Zählbogen: Jeder Kontakt wurde von den Animatoren protokolliert, indem Geschlecht, Alter und Hauttyp der kontaktierten Person erhoben wurden und die Person zusätzlich gefragt wurde, wie sie auf die Aktion aufmerksam wurde.
- 2. Protokolle: Die Animatoren protokollierten nach jedem Einsatztag anhand eines strukturierten Fragebogens ihre Beobachtungen und Eindrücke vor Ort.
- **Patienten**
- 3. Fragebogen zur Hauttypbestimmung und Erfassung des Risikoprofils
- **Ärzte**
- 4. Befundbogen der von den Dermatologen vor Ort aufgefüllt wurde.

Anhand von Fragebogen 1, 3 und 4 konnten so aussagen zu einer Strukturanalyse des vor Ort erreichten Publikums gemacht werden. Es wurden rund 3000 Personenkontakte protokolliert, 2679 Personen füllten den Fragebogen zur Hauttypbestimmung aus, zu den Dermatologen wurden 524 Personen zugelassen.

- **Strukturanalyse über:**
  - Geschlecht
  - Alter
  - Hauttyp
  - Wie wurden die Personen auf die Aktion aufmerksam?

Aus den 38 von den Animatoren ausgefüllten Protokollen (Fragebogen 2) konnten Informationen bezüglich:

- **Interessen und Informationsbedürfnisse**
  - Wie gut waren die kontaktierten Personen im allgemeinen über ihren Hauttyp und die damit verbundenen Risiken informiert?
  - Wie gross war das Interesse an zusätzlichen Informationen?
  - Sind sich die Personen des Hauttyps 1+2 ihrer erhöhten Risiken bewusst?
  - Wie gross war das Interesse des Publikums an verschiedenen Kontakten und Materialien (Werden aufgezählt)?
  - Wie oft haben Sie mit PassantInnen über folgende Themen /Probleme gesprochen (werden aufgezählt)?
  - Über welche Arten des Sonnenschutzes wurde gesprochen?
  - Wofür haben sich die PassantInnen am meisten interessiert? Welche Fragen wurden am häufigsten gestellt?
  - Wurden auch Fragen gestellt, die sich auf die Krebsliga, das BAG, die SGDV oder Roche/Bepantol bezogen?
  - Konnten Sie die Ihnen von PassantInnen gestellten Fragen problemlos beantworten?
- **Akzeptanz beim Publikum**
  - Wieviel Aufmerksamkeit für die Aktion konnte vor Ort geweckt werden?

- Haben sich Probleme ergeben bei der Auswahl von Personen für die hautärztliche Beratung im Bus?
- Wie ist die Aktion beim Publikum ganz allgemein angekommen?
- Was haben die kontaktierten Personen am positivsten beurteilt?
- Was haben die kontaktierten Personen eher negativ beurteilt?
- **Vorbereitung der AnimatorInnen und Organisation vor Ort**
  - Wie wurden Sie persönlich auf den Einsatz vorbereitet?
  - Beurteilung von Zusammenarbeit
- **Was man aus der Sicht der AnimatoInnen verbessern könnte**
  - Anregungen zur Verbesserung

- **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate**

- Interessen und Informationsbedürfnisse

Die meisten Personen, die sich an der Aktion beteiligten kamen zufällig an dem Truck vorbei. Ein grosser Teil des Publikums kam jedoch auch aufgrund der Informationen, die durch Medien und Plakate kommuniziert wurden. Das grösste Interesse schien der Gratis-Besuch beim Dermatologen zu wecken. Nach Aussagen des Publikums wollten die meisten dem Arzt ein Pigmentmal zeigen und erwarteten eine generelle Hautuntersuchung. Die Bestimmung des Hauttyps und der entsprechenden Sonnenschutzmassnahmen war eher von zweitrangigem Interesse, jedoch kamen Gespräche mit Animatoren und die Verteilung von Informationsmaterial allgemein gut an. Konkrete Fragen zu den Sponsoren dieser Aktion wurden weniger gestellt, da sich die Themenkreise primär um bestehende Hautveränderungen und empfohlenen Sonnenschutzmassnahmen handelten.

- **Akzeptanz beim Publikum**

Die Akzeptanz der Aktion beim Publikum war sehr hoch. Plakate und Medien kommunizierten die Kampagne mit dem Slogan „Testen sie Ihre Haut“ was dazu führte, dass die Anwesenden eine Gratiskonsultation bei einem Dermatologen erwarteten. Das „Testen“ bezog sich jedoch nur auf die Bestimmung des Hauttyps und nicht notwendigerweise auch auf eine Konsultation beim Arzt. Es ergaben sich bei der Auswahl der Personen, die zu dem Dermatologen vorgelassen wurden öfters Probleme, die Enttäuschungen und harsche Kritik auslösten. (Es wurden nur rund 19.55% der Anwesenden zu dem Dermatologen vorgelassen). Auch zu lange Wartezeiten gaben oft Anlass zu Kritik.

- **Vorbereitung der Animatoren und Organisation vor Ort**

Ein Teil der Animatoren fühlte sich zu Beginn der Woche nicht sehr gut auf ihren Einsatz vorbereitet. Auch die Organisation vor Ort wurde zu Beginn der Aktion als nicht so gut empfunden, dies hat sich dann verbessert. Die Zusammenarbeit in den Animatorenteam wurde als sehr gut bezeichnet. Ein Kontakt zu den Ärzten in inneren des Trucks bestand so gut wie gar nicht.

- **Verbesserungsvorschläge**

Fast alle der Animatoren genannten Verbesserungsvorschläge behandelten das Thema: die Unzufriedenheit des Publikums möglichst zu beheben (längerer Aufenthalt vor Ort, mehr Dermatologen, keine falschen Erwartungen durch Werbung erzeugen etc.)

#### 8.4.2.2 Ergebnisse einer Befragung von BesucherInnen in 9 Badeanstalten der Deutsch- und Westschweiz

Im Rahmen der Kampagne „Sonnenschutz 1999: Displays in Badeanstalten (UV Index)“ der schweizerischen Krebsliga (Programm Hautkrebs) führte Herr Krebs mit Hilfe eines vollstrukturierten Fragebogens in 9 der insgesamt 17 von der Aktion betroffenen Badeanstalten in der Deutsch- und Westschweiz eine Befragung durch. Insgesamt 281 Personen im Alter

zwischen 16 und 50 Jahren wurden befragt um die Beachtung und Akzeptanz der Displays zu erkunden. Die nicht repräsentative Umfrage, welche von Juli bis August 1999 durchgeführt wurde deckt folgende Bereiche ab:

- **Die Beachtung des Displays**
  - Haben Sie auf der Anzeigetafel mit der roten Leuchtschrift heute schon etwas gelesen? Was?
- **Die Akzeptanz des Angebots**
  - Wie beurteilen Sie das Angebot, in der Badi mit einer Anzeigetafel auf die Stärke der ultravioletten Strahlung und auf Sonnenschutzempfehlungen aufmerksam zu machen?
  - Auf der Anzeigetafel wird u.a. der aktuelle UV-Index gezeigt. Die Prognose gibt an, wie stark die heute zu erwartende UV-Strahlung ist. Wie sehr interessiert Sie diese Information?
- **Die Akzeptanz von Zusatzinformationen auf der Anzeigetafel**
  - Angenommen auf der Tafel würden noch weitere Informationen angezeigt. Was würde Sie wie sehr interessieren (Optionen werden vorgelesen)?

- **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate**

Etwa die Hälfte der befragten BesucherInnen der Badeanstalt, die sich im Blickfeld des Displays aufhielten, hatten die Anzeigetafel beachtet und etwas darauf gelesen. Kritisiert wurde die Unleserlichkeit der Information, (rote Leuchtschrift ist nicht leserlich bei Sonneneinstrahlung, zu schnell oder nicht drehendes Display) und Unverständlichkeit (eine Sprache in zweisprachigen Kantonen).

Der UV Index und die Empfehlung eine Sonnencreme mit einem adäquaten LSF zu verwenden wurde von den Badibesuchern am häufigsten erinnert. Unklar ist jedoch, was ein UV Index bedeutet. Ein Teil der Infoblöcke wurde durch die Besitzer der Badeanstalten unterdrückt und durch eigene Informationen ersetzt. Bei den Besucherin sind Produktwerbungen auf dem Display eher unerwünscht und werden als störend empfunden, da die Werbung die eigentliche Sonnenschutzbotschaft ersetzt oder verdrängt.

Verbesserungsbedarf besteht bezüglich der technischen Defekte, der Kommunikation mit Badeanstaltsbesitzern und es besteht der Vorschlag den UV Index via der Sendung „Meteo“ auf SFDRS einem breiteren Publikum näher zu bringen.

#### 8.4.2.3 Evaluationsstudie zur Beachtung und Akzeptanz des TV Spots: „Kreativer Schutz“ 1999

Im Auftrag der schweizerischen Krebsliga (Programm: Hautkrebs) wurde im Rahmen einer TV Kampagne der Spot: „Kreativer Schutz“ von 17. Mai 99 bis Ende August 99 auf 8 TV Stationen ausgestrahlt. Die vorliegende telefonische Repräsentativbefragung, die im Zeitraum von 5. bis 7. Juli 99 an 695 Personen im Alter von 15 bis 65 Jahren in der Deutsch- und Westschweiz durch Herrn Krebs und das Institut LINK durchgeführt wurde sollte Aufschluss über folgende Punkte geben:

- Beachtung und Akzeptanz des neuen Spots
- Wahrnehmung der SKL
- Wahrnehmung der Sponsoren

Konkret wurden daher folgende Fragen gestellt:

Betrifft: Beachtung und Akzeptanz des neuen Spots

- **Beachtung der Werbespots zum Thema Sonnenschutz**
  - Haben Sie in den letzten 2 Monaten einen oder mehrere verschiedene Werbespots zum Thema „Sonnenschutz“ gesehen?
- **Beachtung der Sonnenschutz-Spots der Krebsliga**
  - Können Sie sich an einen der drei Spots erinnern? (Kurze Beschreibungen der Spots: Baywatch (1997), Kreativer Sonnenschutz I (1998) und Kreativer Sonnenschutz II (1999) werden gegeben).
- **Bewertung der TV Spots „Kreativer Sonnenschutz I+II“**
  - Wie hat Ihnen dieser Fernsehspot zum Thema Sonnenschutz gefallen?
  - Der Spot soll darauf aufmerksam machen, dass man sich vor der Sonne schützt. Macht der Spot das Ihrer Meinung nach?

Betrifft: Wahrnehmung der SKL und Sponsoren

- **Wahrgenommene und vermutete Absender des TV Spots**
  - Wissen Sie noch, welche Organisation oder Produkte mit diesem Werbespot für Sonnenschutz geworben haben?
  - (Einige Produkte und Organisationen werden vorgelesen) Welche Organisationen und Produkte wurden in dem Spot namentlich erwähnt?

- **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate**

62% der 15- bis 65jährigen Bevölkerung konnten sich daran erinnern, einen oder mehrere Werbespots zum Thema Sonnenschutz gesehen zu haben. Allgemein wurde, unabhängig von Sprachregion, Geschlecht und Alterskohorte der Spot aus dem Jahr 1999 von mehr Leuten gesehen als der Spot des Vorjahrs.

Bei der Kernzielgruppe fand der Spot „Baywatch97“ die grösste Beachtung (59%), gefolgt von „Kreativer Schutz 99“ (56%) und „kreativer Schutz 98“ (42%). In den anderen Zielgruppen lag, bezüglich der Beachtung, der TV Spot „Kreativer Schutz 99“ vor allen anderen Spots. Der Spot „Baywatch97“ schien primär deutschschweizer Männer in Alter zwischen 15-19 Jahren, die einen Grundschulabschluss besaßen und in der Stadt wohnten zu erreichen. „Kreativer Sonnenschutz 99“ sprach ebenfalls hauptsächlich deutschschweizer Personen, die in der Stadt leben an. Männer wie auch Frauen in jeder Alterskohorte (ausser 15-bis29 jährige) und mit höherem Ausbildungsstand als Grundschule wurden durch diesen Spot besser erreicht. Der Spot „Kreativer Sonnenschutz99“ schien eher den Geschmack jüngerer Alterskohorten getroffen zu haben. Mit zunehmendem Alter sinkt das Lob für diesen Spot. Auf die Frage, ob der Spot auch sein Ziel erreicht habe (auf Sonnenschutz zu achten) beurteilten eine Mehrheit (62%) der Befragten (unabhängig von Alter oder Geschlecht) den präventiven Nutzen als sehr gut bis gut.

Die Organisationen oder Produkte, die mit diesem Werbespot geworben haben wurden durch den Spot „Kreativer Schutz 99“ etwa gleich stark wahrgenommen, wie durch den Spot „Baywatch97“ und besser als durch den Spot „Kreativer Schutz 98“.

#### 8.4.2.4 Zusammenstellung Frage- und Befundbogen der schweizerischen Krebsliga

In der schweizerischen Krebsliga existierten sowohl ein Fragebogen, der von 2679 Hautkrebspatienten (1680 Frauen; 999 Männer) ausgefüllt worden war, wie auch ein Befundbogen, der von 524 Hautkrebspatienten (310 Frauen; 214 Männer) ausgefüllt worden war. Über den Zeitpunkt, wann diese beiden Fragebogen ausgefüllt wurden liegen keine Angaben vor. Herr Keller korrelierte in dieser Zusammenstellung der Frage und Befundbogen, die in dem Fragebogen bzw. dem Befundbogen erhobenen Angaben der Patienten miteinander. Dies vermutlich mit dem Ziel einer besseren Vergleichbarkeit der beiden Bogen.

Hier eine Übersicht der Korrelationen/Vergleiche:

- **Fragebogen**

1. Patientenübersicht: Alter, Geschlecht, Hauttyp Anzahl Personen
2. Geschlecht vs. Risikopunkte
3. Alter vs. Veränderung der Pigmentmale
4. Geschlecht vs. Risikopunkte
5. Alter vs. Risikopunkte
6. Hauttyp vs. Veränderung der Pigmentmale
7. Bestrahlungsgewohnheiten vs. Veränderung der Pigmentmale
8. Familienanamnese vs. Veränderung der Pigmentmale
9. Anzahl der Pigmentmale vs. Veränderung der Pigmentmale
10. Starke Sonnenbrände als Kind vs. Veränderung der Pigmentmale
11. Einzelnes Risikoprofil vs. Veränderung der Pigmentmale
12. kumulatives Risikoprofil vs. Veränderung der Pigmentmale

- **Befundbogen**

- Patientenübersicht: Alter, Geschlecht, Befund, abgegebene Empfehlungen
- Hautbefund vs. Geschlecht
- Hautbefund vs. Alter

- **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate**

Da uns zu dieser Zusammenstellung nur die Resultate in Form von Rohdaten vorliegen ist es sehr schwierig Schlussfolgerungen oder gar Interpretationen aus der Datenlage zu ziehen.

Eine ausführlichere Dokumentation dieser Zusammenstellung könnte wertvolle Hinweise zu den relevanten Zielgruppen, die besonders gefährdet sind und folglich vermehrt durch Schutzkampagnen erreicht werden sollten, liefern.

#### Fragebogen

Bei der Patientenübersicht fällt auf, dass unabhängig von der Alterskohorte und Geschlecht der Person primär Personen des Hauttyps 3 erfasst wurden.

Risikopunkte wurden unabhängig von dem Geschlecht der Person verteilt.

Das grösste Risiko (bez. Risikopunkte) hatten 30-49jährige Personen.

Männer im Alter zwischen 30 bis 64 Jahren und Hauttyp 2 oder 3 zeigten häufiger eine Veränderung der Pigmentmale.

Das Risiko eine Veränderung der Pigmentmale festzustellen stieg bei regelmässig starker Sonnenexposition (gegenüber seltener Sonnenexposition) um + 7%.

Eine positive Familienanamnese steigert das Risiko einer Veränderung der Pigmentmale um 14%.

Bei mehr als 50 Pigmentmalen steigt das Risiko der Veränderung der Male um 18%

Häufiger Sonnenbrand als Kind steigert das Risiko veränderte Pigmentmale zu haben um bis zu 15%.

Allgemein gilt: je mehr Risikopunkte, desto mehr Risiko zu veränderten Pigmentmalen.

#### Befundbogen

Die Patientenübersicht zeigt, dass vermehrt ältere (Kohorte 30+) Frauen (59%) als Bevölkerung in den Befundbogen eingingen.

Der erhobene Befund war zu 27.9% eine seborrhoische Keratose.

Zu 51% war der Befund harmlos.

Unabhängig von Geschlecht und Alterskohorte trat NZN bei den untersuchten Personen am häufigsten auf.

#### 8.4.2.5 Ergebnisse der Kindergartenbefragung in der Deutsch- und Westschweiz

Im Rahmen der „Sonnenschutz: Kindergarten-Aktion 1999 der schweizerischen Krebsliga (Programm Hautkrebs) erhielten rund 2500 Kindergärten im Frühjahr 1999 Materialien zum Thema Sonnenschutz. Die Resonanz und Akzeptanz wurden anhand einer schriftlichen Befragung (2536 verschickte Fragebogen der SKL und Herrn Krebs) erhoben. Aus den 190 zurückgesendeten Bogen aus Kindergärten aus der Deutsch- und Westschweiz konnten folgende Ergebnisse gewonnen werden:

- **Bekanntheit und Nutzung des Angebots**
  - Wie sind Sie auf das Angebot aufmerksam geworden?
  - Weshalb haben Sie das Kinderbuch/die Sonnenschutz- Ideensammlung bestellt?
- **Beurteilung der Materialien**
  - Wie gefällt Ihnen das Kinderbuch „Neues vom Land im Sonnenbrand“?
  - Wie gefällt Ihnen die Sonnenschutz-Ideensammlung?
  - Was halten Sie von den jeweiligen Ideen zu den einzelnen Erzählteilen?
- **Anwendungen der Spiel- und Bastelideen**
  - Haben Sie eine oder mehrere dieser Spiel- und Bastelideen im Kindergarten ausprobiert? Welche?
- **„Heisses“ Bild mit Wasserfarben oder Kreide gemalt**
  - Haben Sie im Kindergarten ein „heisses“ Bild in den Farben rot, orange und gelb gemalt?
  - Welche wasserlöslichen Kreiden verwenden Sie normalerweise im Kindergarten?
- **Die Informationsbroschüre „Hau(p)tsache Sonnenschutz“**
  - Wie beurteilen Sie die Informationsbroschüre?
- **Sonnenschutz im Kindergarten**
  - Achten Sie darauf, dass die Kinder beim Spielen im Freien, auf Spaziergängen und Ausflügen, in der Badi usw. gegen die Sonne geschützt sind?
- **Spontane Bemerkungen und Anregungen zum Angebot**

- **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate**

Der Grossteil der Kindergärtnerinnen wurde durch ein Schreiben der Schweizerischen Krebsliga auf das Angebot aufmerksam. Die gratis angebotenen Spielesammlung und das Kinderbuch wurden aus unterschiedlichen Motiven heraus bestellt. Fast immer wurde die Sammlung bestellt, weil das Thema „Sonnenschutz für Kinder“ als für wichtig befunden wurde. Auch gefiel die Idee im Kindergarten ein Gesundheitsthema zu behandeln und die Tatsache, dass das Material kostenlos war.

Die Ideensammlung und das Kinderbuch kamen im allgemeinen gut an. Bezüglich des Kinderbuches gab es vermehrt kritische Anmerkungen, da das Buch nicht kindgerecht, zu anspruchsvoll und kompliziert, zu klein (kann nicht in der ganzen Klasse gezeigt werden) und nicht der Realitätsnähe der hiesigen Kinder entspreche (die Geschichte spielt am Meer). Etwas unklar bleibt in der Darstellung der Daten inwieweit die Eltern der Kinder in das Geschehen integriert wurden. Der Ideensammlung waren keine Broschüren an die Eltern beigelegt. Viele Kindergärtnerinnen hatten sich in dieser Hinsicht geäußert, da sie eine Broschüre für die Kinder wünschten, die sie den Eltern nach Hause bringen könnten.

#### 8.4.2.6 Längsschnittstudie oder: Die Evaluationen von „Sonnenexposition und Sonnenschutz 1998. Akzeptanz einer Sonnencreme der Krebsliga“ und dem Bericht „Sonnenexposition und Sonnenschutz 1999.“

Autoren: Herrn Krebs und Institut LINK

Die Längsschnittstudie setzt sich aus den beiden Evaluationen: „Sonnenexposition und Sonnenschutz 1998. Akzeptanz einer Sonnencreme der Krebsliga“ und dem Bericht

„Sonnenexposition und Sonnenschutz 1999.“ zusammen. Teilweise werden auch Daten aus den Jahren 1991 und 1995 erwähnt, die sich dem Bericht 1999 entnehmen lassen.

In dieser Längsschnittstudie werden nicht wiederholt gestellte Fragen (Fragen bezüglich der Akzeptanz der Sonnencreme der schweizerischen Krebsliga, UV Textilien etc.) am Ende der vergleichbaren Fragen behandelt.

Mittels computergestütztem Telefoninterview (Befragung mit Hilfe eines strukturierten Fragebogens) wurden vom 31. 8. - 3. 9. 1998 und vom 30.08.1999 - 4.9.1999

Repräsentativbefragungen, an 770 (resp. 924 im Jahr 1999) Zielpersonen, im Alter zwischen 15 bis 64 Jahren, in der Deutsch- und Westschweiz durchgeführt.

- **Sonnenexposition: Häufigkeit und Ort der Sonnenexposition**

Die Sonnenexposition war im Sommer 1998 grösser als in den Jahren 1997 und 1995. Primär betraf die vermehrte Sonnenexposition Männer, junge Leute und Menschen mit dunklerem Hauttyp. Jüngere Leute im Alter zwischen 15-29 Jahre setzen sich der Sonne vermehrt in den Ferien und der Badeanstalt aus, wogegen ältere Leute (50 -64 Jahre) eher im häuslichen Bereich (Garten, Terrasse) und bei Freizeitaktivitäten (Wandern) mit der Sonne in Kontakt kamen. An diesem Bild änderte sich auch 1999 nichts, nur, dass die Angaben des häufigen Aussetzen der Sonne in (fast) allen Bereichen zwischen 1%-11% im Vergleich zum Vorjahr zurückgingen. Dieser positive Rückgang des risikoreichen Verhaltens konnte jedoch nicht ausschliesslich auf den Erfolg des Sonnenschutzprogrammes attribuiert werden, da die Sonnenexposition, trotz eines Sommers mit anhaltenden Schlechtwetterperioden beinahe gleich hoch war, wie in den anderen Jahren (ausser 1998).

- **Sonnenbrände: Schweregrad und Ort der Exposition**

In allen erhobenen Jahren hatten primär jüngere Leute zwischen 15-29 Jahren und Menschen des helleren Hauttyps Sonnenbrände. Auch im Jahr 1999 änderte sich an diesem Bild nichts. In der am stärksten betroffenen Alterskohorte nahm die Anzahl der Total Sonnenbrände ab (1997: 42%, 1998: 40%, 1999: 33%) jedoch erhöhte sich die Anzahl der schweren Sonnenbrände um 3% (1997: 7% und 1998 10%). Ein ähnliches Bild der Abnahme/Stabilität der Total Sonnenbrände, bei gleichzeitigem Anstieg starker Sonnenbrände liess sich in allen erhobenen Kategorien beobachten. Im Jahr 1999 wurde der Schweregrad des Sonnenbrandes nicht mehr mit dem Mass „starker/leichter Sonnenbrand“ sondern mittels „schmerzhafter/nicht schmerzhafter Hautrötung“, erhoben. Die Daten von 1999 waren also folglich nicht vergleichbar mit den Werten früherer Jahre. Starker Sonnenbrand und schmerzhaftes Hautrötung zeigten ein prozentual ähnliches Wertverhältnis zu jeweils leichter Sonnenbrand und nicht schmerzende Hautrötung. Primär zogen sich die befragten Personen in allen Jahren die Sonnenbrände in den Ferien und der Badeanstalt zu. Neu war im Vergleich zu 1998, dass eine grössere Exposition an der Sonne auf Balkonen/Terrassen und im Garten beobachtet werden konnte.

- **Sonnenschutzempfehlungen. Welche werden befolgt? Wie ist der Schutzverhalten?**

- Beachtung von Informationen und Absender zum Thema**

Der Trend weist eindeutig auf eine Verbesserung des Sonnenschutzverhaltens hin. Zwischen 50% bis 75 % aller Personen, die in den Jahren 1997-1999 befragt wurden, gaben an sich meistens vor der Sonne zu schützen. Meist bestanden diese Schutzmassnahmen aus dem Aufsuchen von Schatten am Mittag, dem Tragen einer Sonnenbrille und dem Eincremen mit einer Sonnencreme mit genügend hohem LSV. Nicht so beliebt (40%-60% aller „Meistensantworten“ 1999) schien das Tragen von Kopfbedeckungen und Kleidern.

Zu der Beachtung der Informationen zum Sonnenschutz zeigte sich, dass, verglichen mit 1995, alle befragten Personen (unabhängig von Altersgruppe, Geschlecht und Schulbildung) in Jahr

1998 den Informationen zum Thema Sonnenschutz weniger Beachtung geschenkt hatten, im Jahr 1999 ging diese Zahl noch weiter zurück (obwohl sie sich angeblich immer besser mit den Jahren schützten). 1995 wurde die Präsenz von Sonnenschutzinformationen in den Medien Zeitung/Zeitschriften und Radio deutlich besser wahrgenommen als in späteren Jahren. So lässt sich auch erklären, dass im Jahr 1995 nur 13% der befragten Personen nichts zum Thema Sonnenschutz gesehen hatten 1998 war diese Zahl bereits auf 22% (1997: 24%) und 1999: 23% angestiegen. Etwas mehr beachtet als im Vorjahr wurden 1998 Informationen via Fernsehen, Radio, Broschüren, Schule/Kindergarten/soziales Umfeld, Apotheken und Drogerien. Kaum beachtet (ca. 1% aller Meldungen) wurden Informationen in/auf Plakaten, Arztpraxen, Strandaktionen und Badeanstalten. Im Jahr 1999 ging diese Zahl jedoch (teilweise auf den Stand von 1997) zurück.

Als Absender der Kampagnen wurden 1998 primär Sponsoren der Kampagnen, Ärzte, das BAG und die schweizerische Krebsliga vermutet. Das explizit die schweizerische Krebsliga die Urheberin dieser Kampagnen war wurde nur unzureichend (18% der Nennungen) erkannt. Im Jahr 1999 erhielt die Krebsliga immerhin 19% der Nennungen, dafür wurden aber alle andern „Urheber“ schlechter erinnert (entsprechend etwa dem Stand 1997).

#### • **Selbstuntersuchung der Haut**

Leider war es nicht möglich die beiden Evaluationen 1998 und 1999 miteinander zu vergleichen, da unterschiedliche Frageformulierung in den verschiedenen Jahren verwendet wurden. Da im Jahr 1999 eine Kampagne zur Frühererfassung „Testen Sie ihre Haut“ von der Gruppe Hautkrebs lanciert wurde ist die „nicht Vergleichbarkeit der Daten“ besonders bedauerlich, da keine Rückschlüsse auf den Erfolg der Kampagne gezogen werden können.

Frage 1995/1998: Beobachten Sie von Zeit zu Zeit ihre Haut am ganzen Körper und schauen Sie, ob Sie Haut- und Pigmentveränderungen z.B. bei einem Muttermal, feststellen können?

Frage 1999: Pigmentmale sind braune Hautflecken, z.B. Leberflecken oder Muttermale.

Beobachten Sie von Zeit zu Zeit ganz systematisch Ihre Haut am ganzen Körper und Schauen Sie, ob Sie Haut- und Pigmentveränderungen, z.B. bei einem Muttermal, feststellen können?

Wenn ja, Anschlussfrage, „Wie oft machen Sie das?“

Zu den Resultaten lässt sich sagen, dass 1998 72% der Befragten ihre Haut untersuchten, was eine Steigerung der Hautuntersuchungen um 6% gegenüber der Befragung von 1995 ausmachte. 1998 gaben 40% der Personen an, dass sie gerne einen Check beim Hautspezialisten machen lassen würden, dies selbst dann wenn sie dafür einen Unkostenbeitrag von 50.-Fr. zu bezahlen hätten (65% der „Ja“-Antworten).

1999 gaben 50% der Befragten an ihre Haut mind. alle 3-6 Monate systematisch zu untersuchen. Von diesen 50% nahmen 38% die Hilfe eines Spiegels und/oder einer anderen Person in Anspruch, um auch an „unzugänglicheren Stellen“ des Körpers (Nacken, Rücken, Gesäss und Beine) ihre Haut zu untersuchen.

#### • **Spezifische Fragen**

1998: Sonnenschutz-Index vom Meteo-Schweiz: Bekanntheit und Nachfrage

Bei 35% der befragten Personen war der Sonnenschutzindex- Dienst von Meteo-Schweiz bekannt. Jedoch hatten nur 3% diesen Service schon benutzt.. Das Angebot war primär (> 20%) durch Fernsehen, Zeitungen und Teletex bekannt. Obwohl der angebotenen Service kaum genutzt wurde fanden es 77% der befragten Personen sehr-ziemlich sinnvoll in jeder Badeanstalt eine Information über den momentanen UV Index zu erhalten.



- **Teilstudie II: Die Käuferschaft von Sonnenschutzmitteln, Häufig benutzte Sonnencremen, Wie gut Schützen Sonnencremen Vor Sonnenbrand und Hautkrebs? Akzeptanz einer Krebsligasonnencreme:**

Insgesamt kauften 73% der befragten Personen hin und wieder Sonnencreme ein. Die typische Sonnencremekonsumentin war, Deutschschweizerin, weiblich, zwischen 30-49 Jahre alt und kaufte Nivea-Sonnencreme in Drogerien, Apotheken oder beim Grossverteiler (Migros, Coop). In bezug auf die Zufriedenheit mit dem gekauften Produkt überzeugte vor allem das Produkt „Daylong“. Die Zufriedenheit mit dem Produkt schien sich in erster Linie durch die Verhinderung von Sonnenbränden bei Verwendung desselben definiert zu sein. Der direkten Hautkrebsprophylaxe wurde als Qualitätskriterium zur Verwendung des Produktes kaum Rechnung getragen. Wurden die befragten Personen konkret auf Hautkrebs angesprochen zeigte sich, dass die meisten Personen (69%) Sonnencremen als nur „genügend bis schlecht“ in Bezug auf Hautkrebsprophylaxe beurteilen. Eine eigene Sonnencreme der schweizerischen Krebsliga wurde von dem Grossteil der befragten Personen begrüsst, wobei aber auch zu erwähnen war, dass von diesem Produkt vor allem die Eigenschaft erwartet würde, vor Hautkrebs zu schützen (90%). Neben Kriterien wie Schutz vor Hautkrebs, Sonnenbrandvermeidung, keine allergieauslösenden Stoffen in der Creme, Wasserfestigkeit, Pflege der Haut und Beständigkeit, schienen gut 50% der befragten Personen der Auffassung zu sein durch den Gebrauch einer Sonnencreme die Bräunung zu begünstigen. 32% der Befragten gaben an, die Sonnencreme bestimmt, 56% die Sonnencreme wahrscheinlich zu kaufen sobald sie auf dem Markt sei. Die Wahrscheinlichkeit die Creme zu kaufen schien in erster Linie mit den zugesprochenen Eigenschaften (Schutz vor Hautkrebs) zu korrelieren. Die Frage blieb aber offen, ob das Produkt auch dann noch häufiger gekauft werden würde, wenn der Irrtum aufgeklärt würde und das Produkt der Krebsliga nicht als „Medikament“ verstanden wird.

- **1999: Sommertextilien und UV-Schutz**

Auf die Frage, ob sie beim Kauf von leichter Sommerfreizeitkleidung auf die Durchlässigkeit für UV Strahlen achten würden antworteten 72 % der befragten Personen in dem Interview 1999, dass sie überhaupt nicht auf diesen Umstand achten würden. Nur 3% achteten sehr, 8% ziemlich und 17% eher weniger auf den Schutz vor UV Strahlen durch Kleider. Am ehesten achteten sich Personen in der Alterskohorte 50 -64 Jahre (19% „sehr“/ „ziemlich“ Antworten), am wenigsten beachtete die Alterskohorte der 15-29jährigen (5% „sehr“/ „ziemlich“ Antworten) den möglichen Schutz durch Textilien.

#### 8.4.2.7 Sonnenexposition und Sonnenschutz 1998. Akzeptanz einer Sonnencreme der Krebsliga.

Diese von Herrn Krebs und dem Institut LINK durchgeführte Studie zur Abklärung der Frage nach der Akzeptanz einer Sonnencreme der Krebsliga wurde von der schweizerischen Krebsliga (Programm Hautkrebs) in Auftrag gegeben.

Die Evaluationsstudie gliedert sich in zwei Teile, wobei die Erhebungsmethode stets gleich blieb (computergestütztes Telefoninterview in dem ein strukturierter Fragebogen ausgefüllt wurde):

**Teil 1:** Vom 31. 8. -3. 9. 1998 wurden 770 Zielpersonen im Alter zwischen 15- 64 Jahre aus der Deutsch- und Westschweiz befragt nach:

- **Häufigkeit der Sonnenexposition**
  - Wie oft haben Sie sich diesen Sommer der Sonne ausgesetzt?
- **Ort und Anlass der Sonnenexposition**
  - Wo haben Sie sich der Sonne ausgesetzt?

- **Sonnenbrand**
  - Haben Sie diesen Sommer schon ein- oder mehrmals einen Sonnenbrand gehabt? Wenn ja: einen starken/mittleren/schwachen Sonnenbrand?
- **Welche Sonnenschutzempfehlungen werden befolgt?**
  - (Ein paar Möglichkeiten des Sonnenschutzes werden vorgelesen) Befragte Person sagt wie oft sie diesen Sonnenschutz anwendet.
    - Über Mittag und am frühen Nachmittag im Schatten bleiben
    - Kopfbedeckung
    - Bekleidung
    - Sonnenbrille
    - Eincremen
    - Genügend hoher LSF verwenden
- **Mehr Sonnenschutz als in früheren Jahren**
  - Haben Sie sich diesen Sommer eher mehr oder weniger vor der Sonne geschützt als in früheren Jahren?
- **Beachtung von Informationen zum Sonnenschutz**
  - Haben Sie diesen Sommer irgend etwas über Sonnenschutz gehört, gelesen oder gesehen?
  - Wo überall haben Sie etwas über Sonnenschutz gehört, gelesen oder gesehen?
- **Wahrgenommene oder vermutete Absender der Sonnenkampagne**
  - Wer hat sich in den Medien und/oder an anderen Orten über den Sonnenschutz informiert? Wer alles - glauben Sie - steht hinter dieser Sonnenschutzkampagne?
- **Sonnenschutzindex von Meteo Schweiz: Bekanntheit und Nachfrage**
  - Haben Sie von diesem Service schon etwas gehört, gelesen oder gesehen? Wenn ja: Haben Sie diesen Service schon einmal benutzt und sich über die aktuelle UV Prognose informiert?
  - Wo haben Sie etwas davon gehört. Gelesen oder gesehen?
- **Selbstbeobachtung der Haut und ärztliche Untersuchungen**
  - Beobachten Sie von Zeit zu Zeit ihre Haut am ganzen Körper und schauen Sie, ob Sie Haut- und Pigmentveränderungen z.B. bei einem Muttermal, feststellen können?
  - Würden Sie gern einen Check bei einem Hautspezialisten machen lassen?
  - Wären Sie auch bereit für einen Check 50 Franken zu bezahlen?

**Teil 2:** Vom 7. 9. -12. 9. 1998. wurden 683 KäuferInnen von Sonnenschutzmitteln befragt nach:

- **Die Käuferschaft von Sonnenschutzmitteln**
  - Kaufen Sie, wenn auch nur selten, für sich oder andere Personen Sonnenschutzmittel ein?
  - Wo bzw. in welchen Geschäften kaufen Sie in der Regel Sonnenschutzmittel ein?
- **Häufig benutzte Sonnencremen**
  - Was benützen Sie selber für ein Sonnenschutzmittel, was für eine Marke?
  - Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem bisherigen Sonnenschutzmittel?
- **Wie gut schützen Sonnencremen vor Sonnenbrand und Hautkrebs?**
  - Wie gut, glauben Sie schützen übliche Sonnencremen vor Sonnenbrand?
  - Wie gut, glauben Sie schützen übliche Sonnencremen vor Hautkrebs?
- **Akzeptanz einer Krebsliga Sonnencreme**
  - Angenommen die schweizerische Krebsliga würde eine eigene Sonnencreme anbieten. Wie gut fänden Sie das?
  - Was erwarten Sie von einer Sonnencreme, welche die Krebsliga anbieten würde?
  - Wo möchten Sie diese Sonnencreme der Krebsliga kaufen können?
  - Wie praktisch fänden Sie es die Sonnencreme via Telefon oder Karte zu bestellen und per Post zu erhalten?

- **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate - Teilstudie 1**

Die Sonnenexposition war im Sommer 1998 grösser als in den Jahren 1997 und 1995. Primär betraf die vermehrte Sonnenexposition Männer, junge Leute und Menschen mit dunklerem Hauttyp. Jüngere Leute im Alter zwischen 15-29 Jahre setzen sich der Sonne vermehrt in den Ferien und der Badeanstalt aus, wogegen ältere Leute (50 -46 Jahre) eher im häuslichen Bereich (Garten, Terrasse) und bei Freizeitaktivitäten (Wandern) mit der Sonne in Kontakt kamen. Sonnenbrände im Jahr 1998 hatten primär jüngere Leute im „Badi-Alder“ zwischen 15-29 Jahren und Menschen des helleren Hauttyps. Die von Dermatologen und der Krebsliga empfohlenen Schutzmassnahmen wurden nur teilweise befolgt. Meist schienen vor allem Frauen und Menschen mit hellhäutigem Hauttyp die Anweisungen zu kennen und zu befolgen. Über die Hälfte der befragten Personen (unabhängig ihres Hauttyps) antworteten mit „meistens“ auf Schutzmassnahmen wie: Sonnencreme, genügend hoher LSV, Sonnenbrille und Aufsuchen von Schatten am Mittag. Interessant ist, dass sich die Personen, die sich besonders häufig der Sonne aussetzen, eher schlechter schützten als der Bevölkerungsdurchschnitt (nur Sonnencreme). Allgemein schien sich etwa die Hälfte aller befragten Personen im Sommer 1998 eher mehr gegen die Sonne geschützt zu haben als im Vorjahr.

Zu der Beachtung der Informationen zum Sonnenschutz zeigte sich, dass, verglichen mit 1995, alle befragten Personen (unabhängig von Altersgruppe, Geschlecht und Schulbildung) in Jahr 1998 den Informationen zum Thema Sonnenschutz weniger Beachtung geschenkt hatten. 1995 wurde die Präsenz von Sonnenschutzinformationen in den Medien Zeitung/Zeitschriften und Radio deutlich besser wahrgenommen als in späteren Jahren. So lässt sich auch erklären, dass im Jahr 1995 nur 13% der befragten Personen nichts zum Thema Sonnenschutz gesehen hatten. In bezug auf das Jahr 1998 war die Rate derjenigen Personen, die nichts zum Thema Sonnenschutz gesehen hatten bei 22% (1997: 24%). Etwas mehr beachtet als im Vorjahr wurden 1998 Informationen via Fernsehen, Radio, Broschüren, Schule/Kindergarten/soziales Umfeld, Apotheken und Drogerien. Kaum beachtet (ca. 1% aller Meldungen) wurden Informationen in/auf Plakaten, Arztpraxen, Strandaktionen und Badeanstalten. Auffallend scheint, dass gerade diejenigen Personen der Zielgruppe 15-29 Jahre, also Personen, welche sich häufig an Stränden und Badis der Sonne exponieren, nicht erreicht werden konnten.

Als Absender der Kampagnen wurden primär Sponsoren der Kampagnen, Ärzte, das BAG und die schweizerische Krebsliga vermutet. Das explizit die schweizerische Krebsliga die Urheberin dieser Kampagnen war wurde nur unzureichend (18% der Nennungen) erkannt.

Bei 35% der befragten Personen war der Sonnenschutzindex- Dienst von Meteo-Schweiz bekannt. Jedoch hatten nur 3% diesen Service schon benutzt.. Das Angebot war primär (> 20%) durch Fernsehen, Zeitungen und Teletex bekannt. Obwohl der angebotenen Service kaum genutzt wurde fanden es 77% der befragten Personen sehr-ziemlich sinnvoll in jeder Badeanstalt eine Information über den momentanen UV Index zu erhalten.

Mehr (verglichen mit 1995) befragte Personen gaben 1998 an ihre Haut von Zeit zu Zeit zu untersuchen. 40 % der Personen gaben an, dass sie gerne einen Check beim Hautspezialisten machen lassen würden, dies selbst dann wenn sie dafür einen Unkostenbeitrag von 50.-Fr. zu bezahlen hätten (65% der „Ja“-Antworten).

- **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate - Teilstudie**

Insgesamt kauften 73% der befragten Personen hin und wieder Sonnencreme ein. Die typische Sonnencremekonsumentin ist, Deutschschweizerin, weiblich, zwischen 30-49 Jahre alt und kauft Nivea-Sonnencreme in Drogerien, Apotheken oder beim Grossverteiler (Migros, Coop). In bezug auf die Zufriedenheit mit dem gekauften Produkt überzeugte vor allem das Produkt „Daylong“. Die Zufriedenheit mit dem Produkt schien sich in erster Linie durch die Verhinderung von Sonnenbränden bei Verwendung desselben definiert zu sein. Der direkten

Hautkrebsprophylaxe wird als Qualitätskriterium zur Verwendung des Produktes kaum Rechnung getragen. Wurden die befragten Personen konkret auf Hautkrebs angesprochen zeigte sich, dass die meisten Personen (69%) Sonnencremen als nur „genügend bis schlecht“ in Bezug auf Hautkrebsprophylaxe beurteilen. Eine eigene Sonnencreme der schweizerischen Krebsliga wurde von dem Grossteil der befragten Personen begrüsst, wobei aber auch zu erwähnen ist, dass von diesem Produkt vor allem die Eigenschaft erwartet würde, vor Hautkrebs zu schützen (90%). Neben Kriterien wie Schutz vor Hautkrebs, Sonnenbrandvermeidung, keine allergieauslösenden Stoffen in der Creme, Wasserfestigkeit, Pflege der Haut und Beständigkeit, schienen gut 50% der befragten Personen der Auffassung zu sein durch den Gebrauch einer Sonnencreme die Bräunung zu begünstigen. 32% der Befragten gaben an, die Sonnencreme bestimmt, 56% die Sonnencreme wahrscheinlich zu kaufen sobald sie auf dem Markt sei. Die Wahrscheinlichkeit die Creme zu kaufen scheint in erster Linie mit den zugesprochenen Eigenschaften (Schutz vor Hautkrebs) zu korrelieren. Die Frage bleibt offen, ob das Produkt auch dann noch häufiger gekauft werden würde, wenn der Irrtum aufgeklärt wurde und das Produkt der Krebsliga nicht als „Medikament“ verstanden wird.

#### 8.4.2.8 Schlussbericht 1998 der Kampagne „beSONNEN geniessen“ der schweizerischen Krebsliga (Programm: Hautkrebs)

In dem Bericht wird die Kampagne „beSONNEN geniessen“ 1998 beschrieben, welche sich aus folgenden acht Bausteinen zusammensetzt:

1. TV Spot
2. Badi
3. UV-Messung
4. Textilien
5. Kindergarten
6. Public education
7. Professional education
8. Informationsmaterial

Ziel der Bausteine ist die Aufklärung über Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit übermässiger UV Bestrahlung und die Vermittlung der wichtigsten Sonnenschutzregeln. Die Zielgruppe die mit dem Bausteinen erreicht werden soll sind Schulkinder, Jugendliche, Familien, Bevölkerung, Kinder im Vorschulalter und paramedizinische Fachleute. Es folgt ein Zeitplan der Realisierung der einzelnen Bausteine.

Im weiteren Verlauf des Berichtes wird jeder Baustein auf etwa ½ Seiten beschrieben und ein Abschnitt „Aufsteller/Ablöcher“ fasst die bisherigen Realisationen des Bausteins zusammen „Fazit/Ausblicke“ beschliesst den einzelnen Baustein.

Nach den Bausteinen folgen die Kapitel:

- **Personenaufwand:** Arbeitstage, Stellenprozente, Anzahl an Animateuren und Summe der Einsätze wird genannt.
- **Finanzen:** Total finanzielle Kosten der Kampagnen wie auch Anteil der Sponsorenprozente.
- **Evaluation:** Es wird auf die Evaluation: „Evaluationsstudie zur Beachtung und Akzeptanz des TV Spots: „Kreativer Schutz“ 1999“ von Herrn Krebs und dem Institut LINK verwiesen. Zusätzlich wird eine telefonische Befragung des Institut LINK bei

**Personen im Alter von 15-64 Jahren zum Thema: „Persönliches Sonnenschutzverhalten“ erwähnt.**

Ausblicke und erste Konzeptideen für das Jahr 1999 beschliessen den Bericht.

8.4.2.9 Schlussbericht 1999 der Präventionskampagne „Hau(p)tsache Sonnenschutz“ der schweizerischen Krebsliga (Programm: Hautkrebs)

In dem Bericht wird die Präventionskampagne „Hau(p)tsache Sonnenschutz“ 1999 beschrieben, welche sich aus folgenden neun Bausteinen zusammensetzt:

1. Informationswoche „Haut und Sonne, testen Sie Ihre Haut“
2. TV Spot
3. Informationsmaterial
4. Kindergarten
5. Badi
6. Cream Attack
7. UV Messungen
8. Textilien
9. Professional Education

Ziel der Bausteine ist die Senkung der Hautkrebserkrankungen und -sterblichkeit sowie die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Aus diesem Grund wird Aufklärung über Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit übermässiger UV Bestrahlung und die Vermittlung der wichtigsten Sonnenschutzregeln betrieben.

Die Zielgruppe die mit dem Bausteinen erreicht werden soll sind Risikogruppen wie Kinder, Jugendliche, Menschen mit Hauttyp I + II, ärztliche und paramedizinische Berufsgruppen wie auch Gesundheitsbehörden.

Es folgt ein Zeitplan der Realisierung der einzelnen Bausteine.

Im weiteren Verlauf des Berichtes wird jeder Baustein auf etwa ½ Seiten beschrieben und ein Abschnitt „Bewertung“ fasst die bisherigen Realisationen des Bausteins zusammen „Fazit/Ausblicke“ beschliesst den einzelnen Baustein.

Nach den Bausteinen folgen die Kapitel:

- **Personenaufwand: Arbeitstage, Stellenprozent, Anzahl an Animatoren und Summe der Einsätze wird genannt.**
- **Finanzen: Total finanzielle Kosten der Kampagnen wie auch Anteil der Sponsorenprozent.**
- **Evaluation: Es wird auf ein Umfrageergebnis zur „Sonnenexposition und Sonnenschutz 1999“ des Institutes LINK verwiesen. Themen dieser telefonischen Umfrage waren:**
  - Sonnenexposition und Sonnenbrand
  - Sonnenschutzgewohnheiten
  - Wahrnehmung der Sonnenschutzaktivitäten 1999
  - Selbstuntersuchung der Haut
- **Ausblicke und erste Konzeptideen auf den Gebieten**
  - Primärprävention
  - Sekundärprävention
  - Therapiewerden genannt.

- **Eine Auswertung der Printmedien Kampagne 1999 und mehrere Zeitungsartikel zu den einzelnen Bausteinen beschliessen den Bericht.**

8.4.2.10 TV Spot: „Kreativer Schutz“: Erfolgskontrolle 1999

Vom 17 Mai bis Ende August wurde im Rahmen der Kampagne: „Hau(p)tsache Sonnenschutz“ insgesamt 1018 mal der TV Spot „Kreativer Schutz“ über 8 TV Stationen gesendet.

Zielgruppe der Kampagne waren alle 15-49 Jahre alten TV SeherInnen.

Nach Abschluss der Kampagne wurde von der Publisuisse AG aufgrund das Telekontrolldaten eine Erfolgskontrolle durchgeführt. Diese Erfolgskontrolle gibt Aufschluss über:

- **Nettoreichweiten**
  - Wie viele der in TV Haushaltenden lebenden Personen der Zielgruppe konnten erreicht werden?
- **Kontaktsummen und Kontaktklassen**
  - Wie oft wurde der Spot von der Zielgruppe gesehen? (In Abhängigkeit der Sprachregionen)
- **Werbedruck**
  - Wie viel Beachtung fand der Spot bei der Zielgruppe? (Anm.: Der Begriff „Werbedruck“ ist unklar)
- **Preis-Leistungsverhältnis**
  - Errechnet anhand der erfolgten Schaltungen pro Sender und Zielgruppe.

- **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate**

Mit dem Spot konnten rund 81% der 15- bis 49jährigen Personen in einem Haushalt mit TV Gerät erreicht werden. In Zahlen ausgedrückt sind das fast 17 Mio. Kontakte. In der Kernzielgruppe der 15- bis 29jährigen wurden eine Nettoreichweite von 78% und 6.9 Mio. Kontakten erzielt. Der Spot wurde in der Regel mehrmals gesehen: am häufigsten in der Deutschschweiz, wo rund 50% der 15- bis 29jährigen den Spot mindestens 4mal gesehen haben. In der französischen Schweiz haben den Spot 25% und im Tessin 30% mindestens 4mal gesehen.

- In der Deutschschweiz erzielte der Spot dank der Belegung der Schweizer Werbefenster ausländischer Privatstationen und den zahlreichen Gratisschaltungen auf diesen Sendern (z.B. SAT. 1) bessere Nettoreichweiten und einen höheren Werbedruck als in den andern beiden Sprachregionen. Der Werbedruck (vermutlich bezeichnet dieser Ausdruck eine Art „Preis-Leistungsverhältnis“ war rund 40% höher als im Vorjahr, obwohl das Ausstrahlungsbudget nur um knapp 10 % erhöht wurde.

### 8.4.3 Programm Lungenkrebs

#### 8.4.3.1 Namentest für eine Kampagne zur Raucherentwöhnung bei wichtigen Lebensereignissen

Herr Krebs und Institut LINK erarbeiteten bis 27.5.99 einen Fragebogen, der von Ende Mai 1999 bis Anfang Juni 1999 mit der Hilfe von insgesamt 80 Raucherinnen und Rauchern im Alter zwischen 25 und 40 Jahren aus Lausanne und Luzern in einem face-to-face Interview ausgefüllt wurde. Es sollte getestet werden, ob eine geplante Kampagne zur Raucherentwöhnung bei wichtigen Lebensereignissen (wie Heirat, Geburt, Wohnungswechsel, Autokauf, Ferienreise, Jahrtausendwechsel) den Titel „Milestone“, „Etap“ oder „Highlight“ tragen soll. Die Auswertung der Befragung ergab qualitativ zu interpretierende Ergebnisse, die auf ein vorhandenes Meinungsspektrum und mögliche Problemfelder aufmerksam machen sollte.

Folgende Fragen wurden den Versuchspersonen gestellt:

1. Interviewer zeigt auf einem Zettel das Wort MILESTONE und fragt die Person, was ihr spontan dazu einfällt.
  2. Wie würde man dieses Wort aussprechen?
  3. Wie gut glauben Sie passt der Name „Milestone für eine Kampagne mit dem Thema Raucherentwöhnung bei wichtigen Lebensereignissen (die wichtigen Lebensereignisse werden näher definiert)?
  4. Warum passt der Name nicht für eine solche Kampagne?
- Fragen 3 und 4 werden für ETAP und HIGHLIGHT wiederholt.

Die Resultate kurz zusammengefasst für detailliertere Angaben siehe Bericht):

- MILESTONE: Milestone löst neben positiven Assoziationen (werden vor allem von den deutschsprachigen Interviewten genannt) auch unerwünschte Assoziationen zu Zigarettenmarken (wie „Winston“; v.a. bei Personen, welche Milestone falsch aussprechen), zu „stone“ (getrübter Bewusstseins-Zustand, „weggetreten“, „abgehoben“ im Zusammenhang mit Drogenkonsum) und „Minestrone“ aus. Gegen diesen Namen spricht nach Ansicht der Befragten (neben den oben genannten Assoziationen), dass der Zusammenhang mit der Raucherentwöhnung in dem Wort MILESTONE nicht gegeben sei, was den Namen wenig aussagekräftig erscheinen lässt.
- ETAP: erreicht in beiden Sprachgebieten eine mittlere Akzeptanz. Der Sinn des Begriffs wird teilweise nicht verstanden. Etap wird ausserdem als ein vorübergehender Zeitabschnitt betrachtet und weniger als ein rauchfreier Neubeginn.
- HIGHLIGHT: Auch Highlight wird von einigen Personen mit Zigaretten in Verbindung gebracht („light“-Marken) und hat nach Einschätzung der Befragten wenig Hinweischarakter auf die Kampagne selbst. Insgesamt wird es aber am Besten eingeschätzt. „Steht mit insgesamt 42 Befragten, die den Namen als sehr gut oder gut zur Kampagne passend einstufen, vor ETAP (37) und MILESTONE (20) an erster Stelle“ (Link, 1999, Seite 3).

#### 8.4.4 Programm Darmkrebs

8.4.4.1 Vorstudie für eine nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms: Ergebnisse der Ärztebefragung. Schriftliche Befragung der im Kanton St. Gallen praktizierenden Ärzte (Februar/März 1996)<sup>b</sup>

Projektleitung: Hans Krebs, Zürich

Durchführung: LINK, Luzern

Im Rahmen der Vorstudie für eine nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms wurde neben einer Publikumsbefragung auch eine Befragung der Ärzteschaft der frei praktizierenden Ärzte auf dem Gebiet der allgemein Medizin, innere Medizin, Gynäkologie und Chirurgie im Kanton St. Gallen durchgeführt. Im Kanton St. Gallen plante das Gesundheitsdepartement unter Leitung des Kantonsarztes Prof. Dr. Van der Linde eine Kampagne zur Darmkrebsvorsorge, welche als Pilotstudie für das nationale SKL-Programm dienen kann. Herr Krebs und das Institut LINK führten die Entwicklung, den Versand und die Auswertung der anonymen Fragebogen durch.

- **Stichprobe**

Mitte Januar 1996 wurden 408 Ärzte bezüglich dieses Pilotprojektes schriftlich um ihre Meinung gebeten. Ziel des Fragebogens war es, die Akzeptanz des Projektes in der Ärzteschaft in Erfahrung zu bringen. Die Rücklaufquote von 53% (N=215) bewegt sich im üblichen Rahmen. Es wurde leider nicht überprüft, ob die Komposition der Antwortenden bezüglich Fachgebiet, Geschlecht und Alter etwa mit der Grundgesamtheit übereinstimmt. Es kann deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass die Stichprobe repräsentativ ist

- **Themen**

Folgende Themengebiete wurden erhoben:

1. Bewertung von Zielsetzungen einer Informationskampagne zur Darmkrebsvorsorge bezüglich Primärprävention, Sensibilisierung der Bevölkerung für bestimmte Symptome, Sensibilisierung asymptomatischer Personen ab 50 Jahren, Sensibilisierung von Risikogruppen.
2. Kenntnisstand bezüglich Früherkennungssymptome
3. Durch die Ärzte empfohlene Vorsorgemassnahmen bei asymptomatischen Personen ab 50 Jahren und bei Risikogruppen
4. Effektiv geleistete Vorsorgemassnahmen in der ärztlichen Praxis bei asymptomatischen Personen ab 50 Jahren und bei Risikogruppen
5. Geschätztes Verhältnis von Aufwand und Nutzen bei Vorsorgeleistungen (Fragestellungen zu diesem Thema bleiben unklar! Sind im Text nicht beschrieben)
6. Wahrgenommene Akzeptanz der Darmkrebsvorsorge bei asymptomatischen Personen
7. Notwendigkeit des Einbezugs der Angehörigen von Risikopatienten
8. Beurteilung einer Informationskampagne zur Darmkrebsvorsorge und Früherkennung (positive und negative Effekte, geeignete Informationskanäle Bereitschaft der Ärzte sich an der Kampagne zu beteiligen).

---

<sup>b</sup> Neben dem ausführlichen Bericht existiert auch eine Kurzfassung der Ergebnisse (Krebs: Synthesebericht, September 1996)



- **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate**

1. Zielsetzung Primärprävention (faserreiche und fettarme Ernährung, körperliche Aktivität und Vermeidung von Übergewicht) wird von den Ärzten hoch bewertet und unterstützt (etwas weniger durch Gastroenterologen). Die befragten Ärzte bevorzugen eine Strategie, welche diese präventiven Massnahmen als Teil eines generellen gesundheitsförderlichen Lebensstils propagiert vor der Strategie dies spezifisch im Zusammenhang mit Darmkrebs-Vorsorge zu propagieren.
  2. Die Zielsetzung der Sensibilisierung der Bevölkerung für Früherkennungssymptome wird ebenfalls grundsätzlich als sinnvoll erachtet. Die Gastroenterologen haben einen etwas besseren Kenntnisstand über mögliche Früherkennungssymptome als die anderen Allgemein- und Fachärzte.
  3. Bezüglich der Beurteilung der Notwendigkeit von verschiedenen Vorsorgemassnahmen und diagnostischen Massnahmen bei asymptomatischen Personen ab 50 Jahren bestehen beträchtliche Unterschiede zwischen den Gastroenterologen und den anderen Ärzten.
  4. Insgesamt halten die meisten befragten Ärzte die Zielsetzung asymptotische Personen ab 50 Jahren für Vorsorgeuntersuchungen zu gewinnen für wenig bedeutsam oder sinnvoll<sup>c</sup>. Begründet wird dies u.a. durch ein schlechtes Kosten-Nutzen-Verhältnis, Verunsicherung von PatientInnen und geringer Akzeptanz beim Klientel. Die Sensibilisierung von Risikogruppen wird hingegen klar befürwortet.
  5. Als positive Effekte einer Informationskampagne durch die SKL werden eine Verbesserung der Prävention und der Früherkennung des Darmkrebses sowie eine Erleichterung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient erwartet. Als mögliche negative Effekte werden wahrgenommen: Verunsicherung, Verängstigung der Bevölkerung, überflüssige Arztbesuche, Verteuerung des Gesundheitswesens sowie Wecken von zu grossen Hoffnungen bezüglich Darmkrebsprophylaxe.
  6. Die meisten Ärzte sind bereit, sich an einer Informationskampagne zu beteiligen, wobei sie konkret vor allem die Leistungen erbringen wollen, die sie bisher schon angeboten haben. Zusätzlich möchten sie gerne eine Informationsbroschüre zum Thema abgeben oder im Wartezimmer auflegen.
  7. Die Akzeptanz von asymptomatischen PatientInnen für das Thema Vorsorge und Früherkennung von Darmkrebs ist nach Wahrnehmung der Ärzte eher gering, Sie ist vor allem bei PatientInnen mit gastro-intestinalen Beschwerden gegeben.
- 8.4.4.2 Vorstudie für eine nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms: Ergebnisse der Publikumsbefragung. Repräsentativbefragung in der 40- bis 74jährigen Bevölkerung der deutschen und welschen Schweiz (November / Dezember 1995).

Projektleitung: Hans Krebs, Zürich

Durchführung: LINK, Luzern

Im Auftrag der schweizerischen Krebsliga (Programm Darmkrebs) wurde eine Publikumsbefragung zum Thema „Früherfassung des kolorektalen Karzinoms“ bei Herrn Krebs in Auftrag gegeben. Diese Befragung stand im Vorfeld einer geplanten Informations- und

---

<sup>c</sup> Beratung, Stuhl-Okkultblut-Tests und rektal-digitale Untersuchung werden als sinnvoll erachtet, Darmspiegelungen hingegen nicht.

Aufklärungskampagne und sollte wesentliche Erkenntnisse über 1.) das in der Bevölkerung vorhandene Wissen zur Primär- und Sekundärprävention, 2.) die Bereitschaft zu adäquatem Vorsorgeverhalten und 3.) die Nutzung und Glaubwürdigkeit verschiedener Informationskanäle erbringen um letztlich die Ausgestaltung der Kampagne zu optimieren und um den Nutzen und die Akzeptanz der Kampagne besser abschätzen zu können.

In Zusammenarbeit mit dem Institut LINK wurde ein telefonisches Interview mit zusätzlichem schriftlichen Fragebogen an einer repräsentativen Stichprobe von 1180 Personen (Telefoninterview) durchgeführt. Von 932 der zuerst telefonisch befragten Personen erhielten die Interviewer den ausgefüllten Fragebogen zurück, der, im Gegensatz zu den eher allgemeinen Wissens-, Verhaltens- und Einstellungsfragen, die im Rahmen der telefonischen Befragung gestellt wurden, eher Fragen mit persönlichem und vertraulichem Charakter enthielt.

#### • **Stichprobe**

Bei der Stichprobe handelte es sich um Frauen und Männer im Alter zwischen 40 und 74 Jahre aus der Deutsch- und Westschweiz, die im random Verfahren ausgewählt wurden. Die Stichprobe aus der Romandie wurde überproportional vergrößert, um genügend grosse Fallzahlen zu erhalten. Die Daten wurden zur Analyse entsprechend gewichtet. Zur Auswertung der Daten wurde die Menge der ausgewählten Personen der Stichprobe in drei, für die Prävention relevante Altersgruppen: (40-49;50-59; 60-74 Jahre) aufgeteilt. Die Befragung wurde im zeitlichen Rahmen vom 25. Oktober bis 15. Dezember 1995 realisiert.

#### • **Themen**

Folgende Themengebiete wurden in der telefonischen Befragung erhoben:

1. In der Bevölkerung vorhandenes Wissen zur Primär- und Sekundärprävention: Bekanntheit von Krebsvorsorgeuntersuchungen in der Bevölkerung, aktive Erinnerung von Krebsvorsorgeuntersuchungen, Einschätzung der Möglichkeiten und Sinnhaftigkeit von Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von unterschiedlichen Krebsarten.
2. Bereitschaft zu adäquatem Vorsorgeverhalten: Beachtung von risikomindernden Lebensgewohnheiten (Ernährung, Fitness, Rauchen, Übergewicht: Selbst- und Fremdbeurteilung). Berechnung eines Risikoindex für die Befragten.
3. Kenntnisse (passives Erinnern) von Risikofaktoren, Früherkennungssymptome sowie Beschwerden von Darmkrebs
4. Nutzung und Glaubwürdigkeit verschiedener Informationskanäle: Selbsteinschätzung des aktuellen Infostandes  
Interesse an Information zur Darmkrebsvorsorge  
Hausarzt als Ansprechpartner

Fragen mit persönlichem und vertraulichem Charakter, die vor allem die Arzt-Patient-Beziehung betrafen, wurden mittels schriftlichem Fragebogen erhoben.

1. Gespräche beim Arzt über Krebsvorsorge
2. Vom Arzt durchgeführte Krebsuntersuchungen (allgemein und kolorektales Karzinom; Abfrage der verschiedenen Untersuchungsmöglichkeiten)
3. Akzeptanz von Darmkrebsvorsorge-Untersuchungen: Akzeptanz von Untersuchungen ohne Symptome / Beschwerden, perzipierter Nutzen, Ängste und Kommunikationsbarrieren,

4. Darmbeschwerden bei befragter Person und deren Familie sowie potentielle Reaktionen auf Symptome sowie Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe
5. Geeignete Informationskanäle für eine Aufklärungskampagne

• **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate**

1. Auf die offene Frage, welche Krebsvorsorgeuntersuchungen es gibt, nannten nur 9% der Befragten die Darmkrebsvoruntersuchung. Am Besten bekannt ist die Brustuntersuchung, welche 50% erwähnten. Die anderen Krebsarten, welche genannt wurden sind: Gebärmutterhalskrebs (42%), Lungenkrebs (13%), Prostatakrebs (13%) und Hautkrebs (7%).
2. Die befragte Bevölkerung weiss auf Nachfrage (passives Wissen) recht gut Bescheid über die wichtigsten Risikofaktoren für Darmkrebs. Das aktive Wissen wurde leider nicht erfragt.
3. Möglichkeit und Sinnhaftigkeit zur Früherkennung werden beim Darmkrebs geringer eingeschätzt als bei den anderen Krebsarten (auch geringer als beim Lungenkrebs).
4. Das aktive Wissen um Früherkennungssymptome ist beschränkt auf zwei Symptome von insgesamt fünf Symptomen, welche von Gastroenterologen genannt werden. Auf Nachfrage hin wird noch ein weiteres Symptom als bedeutsam eingeschätzt. Die übrigen zwei sind weder aktiv noch passiv im Wissen verankert. Mit diesem vorhandenen resp. fehlenden Wissen ist auch die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe verbunden.
5. Frauen haben diesbezüglich ein besseres Wissen und nehmen diese Symptome generell ernster.
6. Personen, welche Verwandte ersten Grades mit Darmkrebserkrankung haben, nehmen sich als Risikopersonen wahr und verhalten sich bewusster (Offenheit für Thema, aktive Informationssuche, Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe).
7. Die Akzeptanz von verschiedenen Vorsorgeuntersuchungen variiert recht stark. Auf Empfehlung des Arztes wären drei Viertel einverstanden mit einem Okkultblut-Test, die Hälfte mit einer rektal-digitalen Untersuchung, aber nur noch ein Viertel mit einer Darmspiegelung.
8. Generell wird die Darmkrebsvorsorge als wichtig eingeschätzt, eine persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema und ein Gespräch mit dem Arzt wird aber durch Verdrängungsmechanismen und Kommunikationsprobleme be- oder verhindert. Dieses Problem scheint bei Angehörigen tieferer Schichten noch verstärkt zu sein.
9. Fast die Hälfte der Befragten äussert Angst in Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung bezüglich erwarteter Schmerzen, Beschwerden bei der Untersuchung, einer schlechten Diagnose und der damit verbundenen Konsequenzen (Operationen, künstlicher Darmausgang).
10. Nur ein Drittel der Bevölkerung fühlt sich zum Thema Darmkrebsvorsorge genügend informiert. Je schlechter der Wissensstand zum Thema Darmkrebsvorsorge, um so weniger Interesse wird geäussert. Informationen wünscht man sich in erster Linie von HausärztInnen (unterstützt durch eine schriftliche Information), der Krebsliga und spezialisierten Medien.

#### 8.4.4.3 Synthesebericht

Dieser von Herrn Krebs verfasste Bericht stellt eine Synthese der Ergebnisse aus der Publikumsbefragung und Ärztebefragung im Rahmen der „Vorstudie für eine nationale Kampagne zur Früherfassung des kolorektalen Karzinoms“ im Auftrag der schweizerischen Krebsliga (Programm: Darmkrebs) dar.



## 2 Beschreibung des Bausteins

- 2.1 Bezeichnung des Bausteins: .....
- 2.2 Zielsetzungen des Bausteins:.....  
.....  
.....
- 2.3 Zielgruppe(n): .....
- 2.4 Kriterium der Erreichung des Bausteins: .....
- 2.5 geplanter Termin zur Erreichung des Bausteins:.....
- 2.6 geplante Vorgehensweise zur Erreichung des Bausteins: .....
- 2.7 Geschätzter Einsatz von Ressourcen (bezüglich Baustein):
  - 2.71 Einsatz personeller Ressourcen durch Programmleitung:..... Anz. Arbeitstage
  - 2.72 Zusätzlicher Aufwand für allg. Dienste SKL:..... Anz. Arbeitstage
  - 2.73 Finanzielles Budget für Baustein: ..... in Franken

## 3 Stand der Umsetzung des Bausteins

- 3.1 Massnahme ist:

abgeschlossen	läuft noch	noch nicht begonnen	auf Verzichtspan
↓	↓	↓	↓
wann:	voraus- sichtlich bis:	Beginn geplant ab:	weiter 2.3
.....	.....	.....	
- 3.2 Falls der gesetzte Termin nicht eingehalten wurde, bitte kurz begründen: .....
- 3.3 Begründung für Verzicht auf Massnahme: .....

## 4 Beurteilung der Umsetzung des Bausteins (falls bereits begonnen)



5.1 zeitlicher Aufwand durch Programmleitung: .....Anz. Arbeitstage

5.2 zeitlicher Aufwand für allg. Dienste SKL: .....Anz. Arbeitstage

5.3 Effektives finanzielles Budget für Massnahme: .....in Franken

5.4 Haben Sie damit Ihr geplantes Ressourcenbudget:      unter-      etwa ein-      über-  
   schritten      gehalten      schritten

5.51 Wie schätzen Sie subjektiv das Verhältnis von Aufwand und Nutzen, respektive die Effizienz bei der Realisierung dieses Bausteins?

Effizienz ist.....                      sehr hoch      eher hoch      neutral      eher tief      sehr tief

5.52 Kommentar dazu: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....