

Zuverlässige Evidenz.
Informierte Entscheidungen.
Bessere Gesundheit.

Evidenzbasierte Empfehlungen

Ass.-Prof. Isolde Sommer, MPH, PhD

30.01.2018

Department für Evidenzbasierte Medizin und
Klinische Epidemiologie
Donau-Universität Krems

20 Themen

Online 2017

Abdominales
Aorten-
Aneurysma
(AAA)
Diabetes Typ 2
Hautkrebs
Hypertonie
Nikotin-
/Tabakkonsum

Online 2018

Asymptomatische
Bakteriurie
Eisenmangel-
/Perniziöse Anämie
Glaukom
Hörminderung/
Hörverlust
Körperliche Aktivität

Klausur 2018

Altersbedingte Sehschwäche
Hepatitis C
Chronische
Nierenerkrankungen
Depression
Gesundheitsgefährdender
Alkoholkonsum
Lipidstoffwechselstörungen
Osteoporotisches Frakturrisiko
Parodontalerkrankung
Übergewicht/Adipositas
Vitamin D Mangel

Adaptierte Empfehlungen



Altersbedingte Sehschwäche

*Erwachsene ab 65 Jahre sollen mittels Frage nach Sehverschlechterung alle 2 Jahre auf altersbedingte Sehschwäche gescreent werden. **Optional kann das Screening, zusätzlich zur Frage nach Sehverschlechterung, mittels Sehtafeln erfolgen.** Nach positivem Screeningergebnis soll eine weiterführende Abklärung durch die Vorsorgeärztin/den Vorsorgearzt oder gegebenenfalls bei der Fachärztin/beim Facharzt erfolgen.*

(Schwach, sehr niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Wirksame Behandlungsmöglichkeiten bei niedrigen Nebenwirkungen, Sehtafeln und Frage nach Sehverlust geringe Testgüte

UK, CA keine Empfehlung, USA I-Statement (unklare Evidenz für Empfehlung)

Diabetes Typ 2

Erwachsene mit erhöhtem Risiko (ab moderatem Risiko nach FINDRISK) sollen alle 3 Jahre mittels Nüchtern-Glukose-Test oder HbA1C auf Typ 2 Diabetes gescreent werden.

(Schwach, moderate Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Erwachsene ohne erhöhtes Risiko sollen nicht auf Typ 2 Diabetes gescreent werden.

(Schwach, moderate Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Evidenz: Personen mit einem erhöhten Risiko profitieren von intensiven Lebensstilinterventionen. Moderates Risiko nach FINDRISK - Wahrscheinlichkeit von 16 % in den nächsten zehn Jahren zu erkranken.

CA, USA dafür, UK dagegen

Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum

*Alle Erwachsenen sollen **bei jeder Vorsorgeuntersuchung** mittels **AUDIT-C** auf gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum gescreent werden. Gegebenenfalls soll eine Beratung mittels „5 Es“ (Erfragen, Erfassen, Erwirken, Erreichen, Einrichten) erfolgen.*

(Stark, niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Ein Screening mittels Gamma-GT soll nicht durchgeführt werden.

(Stark, sehr niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Trotz niedriger Evidenzlage wichtig auf Thema hinzuweisen, AUDIT-C statt AUDIT weil ähnliche Testgüte, Gamma-GT niedrige Sensitivität, erzeugt Verunsicherung, CA keine Empfehlung, UK dagegen, USA dafür

Hautkrebs

Alle Erwachsenen sollen einmalig eine Beratung zur Prävention von Hautkrebs erhalten.

(Schwach, moderate Qualität der Evidenz, Konsens)

Beratungsmaßnahmen in der allgemeinmedizinischen Praxis führen zu einem verbesserten Sonnenschutzverhalten, 2 von 3 Quelleitlinien sprechen sich dafür aus

USA (<24 Jahre), CA dafür, UK keine Empfehlung

Hörminderung/Hörverlust

*Erwachsene ab 65 Jahre sollen mittels **Frage nach Hörverlust** alle 2 Jahre auf altersbedingte Hörminderung gescreent werden.*

(Schwach, moderate Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Frage nach Hörverlust ausreichende Testgüte, Flüstertest zu aufwändig und nicht standardisiert, gute Behandlungsmöglichkeiten

UK, CA keine Empfehlung, USA I-Statement (unklare Evidenz für Empfehlung)

Hypertonie

Alle Erwachsenen sollen mittels Blutdruckmessung auf Hypertonie gescreent werden. Das Intervall soll individuell mit den teilnehmenden Personen abgestimmt werden.

(Stark, hohe Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Nutzen gut belegt, 2 von 3 Quelleitlinien dafür, keine belastbare Evidenz fürs Intervall

USA, CA dafür, UK dagegen, empfiehlt Disease Managment Programme

Körperliche Aktivität

*Alle Erwachsenen sollen **bei jeder Vorsorgeuntersuchung** eine Beratung zu körperlicher Aktivität mittels „5 Es“ erhalten.*

(Stark, moderate Qualität der Evidenz, mehrheitliche Zustimmung)

Beratung führt zu Steigerung der körperlichen Aktivität, in Kombination mit Ernährung Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren

UK, CA keine Empfehlung, USA empfiehlt Beratung basierend auf Entscheidung der ÄrztInnen (good clinical practice)

Lipidstoffwechselstörungen

Alle Erwachsenen sollen mittels Serumlipidbestimmung (Gesamtcholesterin, Triglyzeride, LDL, HDL) alle 5 Jahre auf Lipidstoffwechselstörungen gescreent werden. Bei Personen mit erhöhtem Risiko sollte das Screeningintervall differenziert und individuell abgestimmt durch die Vorsorgeärztin/den Vorsorgearzt festgelegt werden.

(Stark, moderate Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Wesentlicher Risikofaktor für CVD, gut behandelbar, Vorteil gesamtes Lipid-Profil gegenüber einzelner Parameter, Triglyzeride für Diagnose metabolisches Syndrom

Bewertungstool CVD Risiko: **ARRIBA**

Hypercholesterinämien: CA keine Empfehlung, UK dagegen, USA dafür

Hypertriglyzeridämien: CA, UK, USA keine Empfehlung

Nikotin-/Tabakkonsum

*Bei allen Erwachsenen sollen **bei jeder Vorsorgeuntersuchung** eine Erhebung des Rauchstatus und gegebenenfalls eine Beratung mittels „5 Es“ erfolgen.*

(Stark, hohe Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Nutzen gut belegt, Verhaltensinterventionen erhöhen Anteil derer, die aufhören.

UK, CA keine Empfehlung, USA dafür

Parodontalerkrankungen

*Erwachsene von 18 bis 39 Jahren (ab 40 Jahren) sollen **mittels gezielter Frage** alle 3 Jahre (alle 2 Jahre) auf Parodontalerkrankungen gescreent werden. Nach positivem Screeningergebnis soll eine weiterführende Abklärung durch den Vorsorgearzt/der Vorsorgeärztin oder gegebenenfalls beim Facharzt/bei der Fachärztin erfolgen.*

(Schwach, niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Sensibilisierung, kein Mehrwert mehrerer Fragen, Mundhöhleninspektion soll Teil der Stuserhebung werden

USA, UK, CA keine Empfehlung

Übergewicht/Adipositas

*Alle Erwachsenen sollen als **Teil der physikalischen Stuserhebung** (gute klinische Praxis) mittels BMI und/oder Taillenumfang auf Übergewicht/Adipositas gescreent werden. Erwachsene, die einen BMI von 25 kg/m² mit Komorbiditäten bzw. einen BMI von über 30 kg/m² aufweisen, sollen **jährlich** eine Lebensstilberatung entsprechend den „5 Es“ erhalten.*

(Schwach, moderate Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Anamnese Frage zu subj. Leistungsfähigkeit, in Ö zu wenige Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten, schwach weil kein Mehrkomponenten-Programm, DEGAM-Praxisempfehlungen

UK keine Empfehlung, USA, CA Screening als good clinical practice, BMI >30 (USA) bzw. BMI 25-40 (CA)

Gestrichene Empfehlungen



Asymptomatische Bakteriurie

Gestrichen

Erwachsene sollen nicht auf asymptomatische Bakteriurie gescreent werden.

(Stark, niedrige Qualität der Evidenz, Konsens)

Ungenauere Testgüte des Harnstreifentests, kein Vorteil antibiotischer Behandlungen

UK, CA keine Empfehlung, USA dagegen (wird derzeit überarbeitet)

Eisen-/Vitamin B 12-Mangelanämie

Nicht-schwangere Frauen sollen nicht auf Anämie gescreent werden.

(Schwach, sehr niedrige Qualität der Evidenz, mehrheitliche Zustimmung)

Keine Evidenz zu Screening, wenige Studien zur Testgüte von rotem Blutbild und Wirksamkeit von Supplementen

USA, UK, CA keine Empfehlung

Glaukom

Erwachsene sollen nicht auf Offenwinkelglaukom gescreent werden.

(Schwach, sehr niedrige Qualität der Evidenz, Konsens)

Keine verlässlichen Screeningmethoden.

CA keine Empfehlung, UK dagegen, USA I-Statement (unklare Evidenz für Empfehlung)

Neue Empfehlungen



Abdominales Aorten-Aneurysma

Männer zwischen 65 und 75 Jahren sollen einmalig mittels abdominaler Sonographie auf AAA gescreent werden.

(Schwach, moderate Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Frauen sollen nicht auf AAA gescreent werden.

(Schwach, moderate Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Todesrisiko 75-90%, Screening reduziert Mortalität, bei Männern 2 von 3 evidenzbasierten Quelleitlinien dafür (USA, UK), bei Frauen 2 von 3 evidenzbasierten Quelleitlinien gegen Screening (USA, UK), CA gibt keine Empfehlung ab

Chronische Nierenerkrankungen

Erwachsene ab 40 Jahre, bei denen mindestens ein Risikofaktor (arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas [BMI > 30], oder terminale Niereninsuffizienz in der Familie) vorliegt, sollen mittels Albumin/Kreatinin Quotient aus dem Spontanharn und S-Kreatinin/eGFR aus dem Blut alle 2 Jahre auf chronische Nierenerkrankungen gescreent werden.

(Schwach, niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Erwachsene ohne erhöhtes Risiko für chronische Nierenerkrankungen sollen nicht gescreent werden.

(Stark, niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens)

CK lange asymptomatisch, eGFR und ACR genau Testgüte, gute Behandlungsmöglichkeiten um terminales Nierenversagen vorzubeugen, UK, CA, USA keine Empfehlung

Osteoporotisches Frakturrisiko

Bei Erwachsenen ab 50 Jahren soll mittels FRAX Risikorechners alle 10 Jahre das Frakturrisiko bestimmt werden. Personen mit einem 20% oder höherem Risiko innerhalb der nächsten 10 Jahre eine Osteoporose-typische Fraktur erleiden, soll eine weitere Abklärung durch DXA empfohlen werden. Zusätzlich soll eine Beratung zur Vermeidung des Sturzrisikos durchgeführt werden.

(Schwach, niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Bei Erwachsenen unter 50 Jahre soll das osteoporotische Frakturrisiko nicht bestimmt werden.

(Schwach, niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Bereits viele BMD Messungen, auch Männer betroffen, Beratung zu Sturzprävention, UK dagegen, CA, USA dafür – Frauen ab 65 J. mit BMD, jüngere postmenopausale Frauen mit Risk Assessment Tool/spezifischen Kriterien

Nicht berücksichtigte Empfehlungen



Depression

**Nicht
berücksichtigt**

Erwachsene sollen nicht auf Depression gescreent werden.

(Schwach, niedrige Qualität der Evidenz, Konsens)

Relevantes Thema, PHQ-9 trotz genauer Testgüte nicht praktikabel (zu lang), zu wenige Therapieangebote bei leichter Depression, Befürchtung Screening führt zu vermehrter Verschreibung von Antidepressiva, Aufnahme von Frage nach Wohlbefinden und Konfliktbereichen in Anamnesebogen

USA dafür, UK, CA dagegen

Hepatitis C

**Nicht
berücksichtigt**

Erwachsene unabhängig von einem vorhandenen erhöhten Risiko sollen nicht auf Hepatitis C gescreent werden.

(Schwach, niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Prävalenz mit 0.03% sehr niedrig, Identifizierung von Risikogruppen sollte klinischen Setting erfolgen

UK, CA keine Empfehlung, USA für Screening von Risikogruppen

Vitamin-D-Mangel

**Nicht
berücksichtigt**

Erwachsene sollen nicht auf Vitamin-D-Mangel gescreent werden.

(Stark, niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens)

Evidenz zur Rolle von Vitamin D bei Entstehung von Krankheiten unklar, Schwankungsbreite der Messmethoden, keine primärpräventive Effekte auf Osteoporose, Frakturen, Diabetes oder Herzerkrankungen, Empfehlung Risikogruppen ohne Bestimmung zu supplementieren

UK, CA keine Empfehlung, USA I-Statement (unklare Evidenz für Empfehlung)

Zusammenfassung

- Zukünftige VU: Screening- und Beratungsmaßnahmen zu 14 Zielerkrankungen bzw. Risikofaktoren (ohne Karzinom)
- Schwerpunkt:
 - Risikofaktorenidentifizierung
 - Beratungsmaßnahmen

Vielen Dank!