

EBHC-Analyse 2007

Modul „Revision des VU Neu Programms“

Endbericht Arbeitspaket 7.3.



Vorsorgeuntersuchung Neu



DIE SOZIALVERSICHERUNG
Ihr Partner für **GESUNDHEIT, SICHERHEIT** und **PENSION**

Impressum

Dieser Bericht wurde im Dezember 2007 vom Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung und Prävention der VAEB verfasst.

AutorInnen:

Dr.ⁱⁿ Ursula Reichenpfader, MPH (Wissenschaftliche Leitung)

Dr. Jürgen Soffried, MPH

Mag.^a (FH) Ines Spath-Dreyer

Kontakt:

Wissenschaftszentrum für
Gesundheitsförderung und Prävention der VAEB

Mag.^a (FH) Ines Spath-Dreyer

Haideggerweg 40a

8044 Graz

Tel. 0316 391101 707 bzw. 0316 330 382

FAX 0316 391101 717

e-mail ines.spath-dreyer@vaeb.at



Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	3
ABKÜRZUNGEN UND ERLÄUTERUNGEN	4
EXECUTIVE SUMMARY	6
1 EINLEITUNG	8
2 METHODIK	8
3 FACT SHEETS	11
3.1 KARDIOVASKULÄRE RISIKOFAKTOREN (ARTERIELLE HYPERTONIE & LIPIDSTOFFWECHSELSTÖRUNGEN)	11
3.2 ÜBERGEWICHT/ADIPOSITAS	15
3.3 BERATUNG ZU KÖRPERLICHER AKTIVITÄT	18
3.4 DIABETES MELLITUS	21
3.5 TABAK-(NIKOTIN-)KONSUM	25
3.6 PROBLEMATISCHER ALKOHOLKONSUM	28
3.7 MAMMAKARZINOM	32
3.8 ZERVIXKARZINOM	35
3.9 KOLOREKTALKARZINOM	40
3.10 PARODONTALERKRANKUNGEN	44
3.11 PROSTATAKARZINOM	48
3.12 GLAUKOM	51
3.13 HÖRMINDERUNG	55
3.14 ALTERSBEDINGTE SEHSCHWÄCHE	58

Abkürzungen und Erläuterungen

ACS	American Cancer Society
ADA	American Diabetes Association
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
bzw.	beziehungsweise
BMI	Body Mass Index
CAGE	Fragebogen zur Erfassung von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit (bestehend aus 4 Fragen: C utt down drinking, A nnoyance, G uilt, E ye Opener)
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
DMT2	Diabetes mellitus Typ 2
DNA	Desoxyribonukleinsäure (Speicher der Erbinformation)
EASD	European Association for the Study of Diabetes
EBHC	Evidence Based Healthcare
ESH	European Society of Hypertension
FINDRISK	FINnish Diabetes RIsk Score (Risikofragebogen)
FOBT	fäkal okkultes Blut-Test (Test auf verborgenes Blut im Stuhl)
Gamma-GT	Gamma-Glutamyl-Transferase (Leberfunktionsparameter)
GPPAQ	General Practice Physical Activity Questionnaire
HbA1c	Hämoglobin A1c – sog. „Blutglukosegedächtnis“, Blutparameter zur mittelfristigen Beurteilung der Stoffwechsellage bei Diabetes mellitus
HDL-Cholesterin	High Density Lipoprotein Cholesterin (so genanntes „gutes“ Cholesterin)
HPV	Humanes Papilloma-Virus
HTA	Health Technology Assessment
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IFG	gestörte Nüchtern glukose (“impaired fasting glucose”)
IGT	gestörte Glukosetoleranz (“impaired glucose tolerance“)
KRK	Kolorektalkarzinom (Dickdarmkrebs)
LBI HTA	Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment
LDL-Cholesterin	Low-Density Lipoprotein Cholesterin (so genanntes “schlechtes” Cholesterin)
MEDLINE	Elektronische bibliographische Datenbank der U.S. National Library of Medicine, entwickelt durch das National Center for Biotechnology Information
MSAC	Medical Services Advisory Committee (Australien)
NHL	National Health Library des UK Screening Committee

NHS	National Health Service (UK)
NHSCSP	National Health Service Cervical Screening Programme
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence (UK)
NIVEL	Netherlands Institute for Health Services Research
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖDG	Österreichischen Diabetes Gesellschaft
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGP	Österreichische Gesellschaft für Parodontologie
OGTT	oraler Glukosetoleranztest
PAP(-Test bzw. -Abstrich)	gynäkologischer Abstrich nach Papanicolaou
PGU	parodontale Grunduntersuchung
PSA	Prostata-spezifisches Antigen (Tumormarker für Prostatakarzinom)
PubMed	kostenfreie Suchoberfläche der MEDLINE-Datenbank
RCT	randomisierte kontrollierte Studie („randomized controlled trial“)
RRR	relative Risikoreduktion
TWEAK	Fragebogen zur Erfassung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit (bestehend aus 5 Fragen: T olerance, W orried about, E ye Opener, A mesia, K /Cut down)
UKNSC	UK National Screening Committee
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VU	Vorsorgeuntersuchung
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WIZE	Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung und Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

Executive Summary

Die Evidence Based Healthcare Analyse (EBHC-Analyse) dient der Aktualitätsprüfung der Inhalte der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu), welche sich an den in den Wissenschaftlichen Grundlagen 2005 formulierten Empfehlungen orientieren. Die gemäß der angewandten Suchmethodik verfügbare gegenwärtige Evidenz wurde systematisch aufbereitet und in Form von Kurzzusammenfassungen („Fact Sheets“) dargestellt. Die EBHC-Analyse für das Jahr 2007 bezieht sich allein auf die bereits bestehenden Inhalte der VU Neu, insgesamt wurden dabei 14 Fact Sheets erstellt.

Gemäß dem Projektauftrag wurde somit der erste Schritt – eine Analyse ausländischer Screening-Programme bzw. Screening-Empfehlungen auf Revisionen gegenüber dem Stand 2003 – erledigt. Damit liegt eine Diskussionsgrundlage für den zweiten Schritt – gemäß Projektauftrag die Überprüfung der Übertragbarkeit der Erkenntnisse auf die österreichischen Verhältnisse gemeinsam mit der ÖAK – vor. Die wesentlichen Ergebnisse dieser Analyse und die Ausgangspunkte für weitere Diskussion werden im Folgenden skizziert.

Die EBHC-Analyse 2007 ergibt für sechs Teile der VU Neu keinen aktuellen Diskussionsbedarf – dies gilt für die „kardiovaskulären Risikofaktoren“ (Bluthochdruck und Lipidstoffwechselstörungen) und die zwei Bereiche „Übergewicht/Adipositas & Ernährungsberatung“ sowie „Tabakkonsum“ – beziehungsweise keinen besonderen aktuellen Diskussionsbedarf – dies betrifft die Punkte „Beratung zur körperlichen Aktivität“ sowie „Mammakarzinom“ und „Zervixkarzinom“.

Ein gewisser Diskussionsbedarf ergibt sich zu den Bereichen „Kolonkarzinom“ und „Prostatakarzinom“. Hier sind im Rahmen der VU Neu noch keine evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Informationsmaterialien verfügbar, die als Voraussetzung für eine autonome, partizipative Entscheidungsfindung der Versicherten notwendig erscheinen.

Beim Screening nach Diabetes mellitus Typ 2 (DMT2) erscheint es diskussionswürdig, ob das Screening auf definierte Riskogruppen beschränkt werden sollte. Weitere mögliche Fragestellungen betreffen die Verwendung der geeignetsten Methode zur Blutzuckerbestimmung sowie die im Befundblatt verwendeten Begrifflichkeiten (hierzu liegt eine Stellungnahme der Österreichischen Diabetesgesellschaft vor).

Zum Screening nach problematischem Alkoholkonsum ist auf die bereits bekannte Diskussion rund um die Akzeptanz des Screenings im ärztlichen Setting zu verweisen, wenngleich auch dem Team der VU-EvaluatorInnen hierzu keine offizielle Stellungnahme einer österreichischen Fachgesellschaft bzw. Ergebnisse systematischer Befragungen vorliegen.

Zum Screening nach Parodontitis ergibt sich Diskussionsbedarf, da die angewandte Suchmethodik keine hochgradige Evidenz lieferte, aus der sich das in den Wissenschaftlichen Grundlagen empfohlene Vorgehen ableiten ließe und Stellungnahmen der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin bzw. der Österreichischen Gesellschaft für Parodontologie vorliegen, die beide eine Änderung des aktuellen Procedere für nötig erachten.

Vergleichbar ist die Situation für die Bereiche „Glaukom“, „Hörminderung“ sowie „altersbedingte Sehschwäche“. Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik konnten aktuell keine auf hochgradiger Evidenz basierenden Screening-Empfehlungen identifiziert werden. Die Entwicklung der entsprechenden Empfehlungen im Jahr 2005 ist zudem nicht vollständig nachvollziehbar. Daher sollten die expliziten Gründe für die weitere Beibehaltung dieser Maßnahmen diskutiert werden.

Der Fokus der EBHC-Analyse 2008 wird auf der Recherche zu „neuen Interventionen“ liegen. Darunter sind Interventionen zu verstehen, welche evidenzbasiert für ein Screening geeignet sind, jedoch bei der Festlegung der Inhalte der VU Neu im Jahr 2005 nicht berücksichtigt wurden.

1 Einleitung

Die Evidence Based Healthcare Analyse (EBHC-Analyse) dient der Aktualitätsprüfung des Programms der Vorsorgeuntersuchung Neu. Unter dem Konzept von Evidence Based Healthcare versteht man eine auf Grundlagen der evidenzbasierten Entscheidungsfindung ausgerichtete Gesundheitsversorgung. Nach einer systematischen Literaturrecherche wird dabei die best verfügbare gegenwärtige Evidenz den Inhalten des VU Neu Programms gegenübergestellt, und die Ergebnisse werden in Form von Kurzzusammenfassungen („Fact Sheets“) aufbereitet. Die EBHC-Analyse für das Jahr 2007 bezieht sich auf die bereits bestehenden Inhalte des Vorsorgeuntersuchungsprogramms.

2 Methodik

Zu 14 Teilzielen der VU Neu (entsprechend den Kapiteln fünf bis 18 der Wissenschaftlichen Grundlagen) wurden „Fact Sheets“ erstellt, welche die evidenzgestützte und aktualisierte Information in den wesentlichsten Zügen zusammen fassen. Diese Dokumente wurden gemäß einer einheitlichen und im Folgenden dargestellten Systematik erarbeitet.

Die Suchstrategie wurde so aufgebaut, dass Schlagworte jeweils entsprechend der Zielkrankheit bzw. der relevanten Intervention verknüpft wurden. Grundsätzliche Einschlusskriterien stellen bei allen Suchvorgängen das Setting der Primärversorgung bzw. die niedergelassene Praxis für Allgemeinmedizin sowie die Ausrichtung auf die gesunde Allgemeinbevölkerung dar.

Nicht zu jedem Zielfeld erfolgte eine ergänzende Suche nach Leitlinien. Dies geschah nur eingeschränkt und mit entsprechend abgewandelter Suchstrategie im Falle von an uns bzw. den Auftraggeber herangetragenen Stellungnahmen oder Fragestellungen durch österreichische Fachgesellschaften (s.u.).

Die Literatursuche wurde in der Cochrane Library sowie in der „Screening Specialist Library“ durchgeführt. Letztere ist eine elektronische Datenbank der National Library for Health des NHS in Großbritannien, welche die Suche zu Dokumenten des nationalen Screeningkomitees sowie zu Screening relevanter Sekundärliteratur (Cochrane Library, HTA-Berichte, NICE-Leitlinien, Centre for Review and Dissemination Abstracts (DARE), Clinical Evidence sowie Berichte der „NHS Economic Evaluation database“ zu ökonomischen Evaluierungen) ermöglicht.

Zusätzlich wurde auf Websites international anerkannter einschlägiger Screening- und Vorsorgeinstitutionen gesucht.

Dazu wurden die Empfehlungen der U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), eines unabhängigen Expertenpanels der Primärversorgung und Prävention, berücksichtigt. Diese Empfehlungen wurden in der im Jahr 2007 veröffentlichten Fassung einer Aktualisierung unterzogen.

Als eine weitere zentrale Einrichtung wurde auf der Website des UK National Screening Committee (UKNSC) gezielt nach Dokumenten zu Empfehlungen oder Stellungnahmen in Bezug auf Screening von Erwachsenen gesucht. Diese Einrichtung berät in Großbritannien die Regierung auf wissenschaftlicher Grundlage zur Einführung bzw. Weiterführung oder Beendigung von Screening-Programmen.

Ergänzend wurde in ausgewählten Fällen nach Empfehlungen zur klinischen Praxis („Guidance“) des Institute for Health and Clinical Excellence gesucht. Nicht für alle Zielfelder wurden jedoch Leitlinien österreichischer Fachgesellschaften, Publikationen aus Referenzlisten oder von ExpertInnen empfohlene Arbeiten miteinbezogen. Bezüglich der von österreichischen Fachgesellschaften beigebrachten Stellungnahmen bzw. Empfehlungen wurde mit den entsprechenden VertreterInnen Kontakt aufgenommen. Diese Dokumente wurden ebenfalls einer kurzen Beurteilung unterzogen und entsprechend in den betreffenden „Fact Sheets“ berücksichtigt.

Berücksichtigt wurden in erster Linie Publikationen mit systematischen Informationszusammenfassungen (Systematische Literaturübersichten, Reviews). Da auf die methodische Vorgehensweise der USPSTF und dessen Empfehlungen explizit bei der Auswahl der Zielfelder für die Programmentwicklung der VU Neu Bezug genommen wurde, stellen die aktualisierten Empfehlungen dieser Einrichtung auch den Ausgangspunkt der Kurzzusammenfassungen dar.

Nicht berücksichtigt wurden Stellungnahmen ohne wissenschaftliche Grundlage und graue Literatur (Kongressberichte, unveröffentlichte Dokumente). In einem Fall, nämlich zum Screening nach Parodontitis, wurde zusätzlich eine Kurzrecherche in MEDLINE (Suchoberfläche PubMed) durchgeführt, um eine Aussage zur Testgüte (Validität) des vorgeschlagenen Selbstausfüllertests treffen zu können.

Der Suchzeitraum für die Erstellung erstreckte sich von März bis September 2007. Abschließend wurden jedoch auch noch jene Dokumente, welche zum Zeitpunkt der Suche in Fertigstellung waren, berücksichtigt. Hinsichtlich des Publikationsdatums entschied man sich für den Zeitraum 1. Jänner 2001 bis zum spätest möglichen Datum im Jahr 2007 (je nach Zeitraum der Suche), um eine ausreichend überlappende Zeit zwischen dem Suchzeitraum des ersten Revisionschrittes (2002-2004) und dem jetzigen sicher zu stellen.

Die Fact Sheets folgen einer einheitlichen formalen Struktur. Im ersten Teil wird die vorliegende Evidenz, welche sich aus der Literaturrecherche ergab, dargestellt. Im zweiten Teil wird der Status Quo der Inhalte der VU Neu – wie in den Empfehlungen der Wissenschaftlichen Grundlagen formuliert – abgebildet. Ein abschließender, dritter Teil „Diskussion“ kommentiert – falls erforderlich – die Übertragbarkeit der Erkenntnisse aus der vorliegenden Recherche auf die besondere Situation der VU Neu.

3 Fact Sheets

3.1 Kardiovaskuläre Risikofaktoren (arterielle Hypertonie & Lipidstoffwechselstörungen)

Screening nach arterieller Hypertonie

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

- Klare Empfehlung, alle Erwachsenen (≥ 18) nach arterieller Hypertonie zu screenen.

Gemäß UKNSC:

- Ein Screening nach Bluthochdruck sollte angeboten werden.

Die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) empfiehlt die Ermittlung des Blutdruckes durch zwei oder mehr Messungen bei zumindest 2 Arztbesuchen innerhalb einer oder mehrerer Wochen, um somit der Variabilität des individuellen Blutdrucks Rechnung zu tragen. Bluthochdruck (Hypertonie) liegt laut USPSTF vor bei einem systolischen Blutdruck von ≥ 140 mm Hg und einem diastolischen Blutdruck von ≥ 90 mm Hg. Es gibt unzureichend Evidenz um ein optimales Screeningintervall für die Blutdruckbestimmung zu empfehlen. Blutdruck soll nicht als alleiniger Faktor für die Behandlung herangezogen werden, sondern es soll ein Risikoprofil für die/den TeilnehmerIn erstellt werden bei dem Nikotinkonsum, Diabetes mellitus Typ 2, Lipidstoffwechselstörungen, Alter, Geschlecht, Lebensstil und Übergewicht berücksichtigt werden. Nichtmedikamentöse Interventionen wie reduzierter Salz- und Alkoholkonsum, körperliche Aktivität, Gewichtsverlust, Stressmanagement und Einnahme von Kalium sind mit einer Senkung des Blutdruckes verbunden (USPSTF, 2006, S. 67-70).

Laut UK National Screening Committee (UKNSC) sollte ein Screening nach Bluthochdruck angeboten werden. Das UKNSC verweist in diesem Zusammenhang auf seine eigene Empfehlung an die vier Chief Medical Officers von England, Schottland, Wales & Nordirland ein Programm für vaskuläres Risikomanagement einzuführen. Nach Durchführung einer Pilotstudie mit dem Ziel eines koordinierten Vorgehens in Prävention und Management von Typ 2 Diabetes Mellitus (T2DM) und kardiovaskulären Erkrankungen (Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Herzerkrankung) soll daher eine integrierte Risiko-Management Strategie implementiert werden. Der gesamten Bevölkerung soll eine Risikoeinschätzung angeboten werden, die neben der Erfassung anderer Risikofaktoren auch die Messung des Blutdrucks, des Cholesterinspiegels und des Blutzuckers beinhalten sollte (UKNSC, 2007, S.12). Verschiedene Optionen (Selbsteinschätzung, Risikoidentifikation auf Basis von Patientenakten, bevölkerungsbasiertes Risikomanagement über Allgemeinmedizin-Praxen bzw. Gesundheitszentren, sporadische Identifikation von Risikogruppen über Testung durch Apotheken oder andere nie-

derschwellige Einrichtungen) dazu werden diskutiert bzw. angeboten. Bislang wurden noch keine näheren Durchführungsbestimmungen (Altersgrenzen, Intervalle, Testverfahren, Testparameter) festgelegt. Eine Dauer von etwa fünf Jahren bis zur vollständigen Programmeinführung wurde angenommen (Gray, 2006).

Eine Suche in der Cochrane Library of Systematic Reviews und in der National Health Library des UKNSC konnte keine relevanten Dokumente zur Fragestellung „Screening nach Bluthochdruck“ identifizieren. Vom National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) gibt es lediglich eine klinische Leitlinie zum Management von bestehendem Bluthochdruck.

Von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) liegt ein Konsensus Statment zur Früherkennung und zum Management der Hypertonie in der allgemeinmedizinischen Praxis vor (2005).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

Gemäß den Wissenschaftlichen Grundlagen „wird für Österreich auf Basis des Stands internationalen medizinischen Wissens das Screening nach erhöhtem Blutdruck bei allen Erwachsenen ab dem Beginn des 19. Lebensjahrs im Abstand von jeweils zwei Jahren empfohlen. Der Mittelwert von zwei Messungen im Sitzen sollte als Blutdruckwert für das Screening verwendet werden“ (WIZE VAEB, 2005, S. 79).

Screening nach Lipidstoffwechselstörungen

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

- Screening nach Lipidstoffwechselstörungen umfasst Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin
- Ungenügender Nachweis um ein Triglyzerid-Screening zu empfehlen
- Klare Empfehlung für Beginn des Screenings für Männer ab 35 und Frauen ab 45
- Empfehlung für junge Erwachsene (Männer 20-35, Frauen 20-45) nur bei Bestehen anderer Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen

Gemäß UKNSC:

- Screening nach Lipidstoffwechselstörungen sollte Teil eines noch zu entwickelnden Programmes für vaskuläres Risikomanagement sein

Es wird laut USPSTF empfohlen bei Männern ab 35 und bei Frauen ab 45 Jahren nach Lipidstoffwechselstörungen (Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin) zu screenen. Für jüngere Erwachsene (20-35 jährige Männer, 20-45-jährige Frauen) hingegen wird empfohlen Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin nur dann zu bestimmen, wenn ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko besteht (ein oder mehrere Risikofaktoren wie Rauchen, arterielle Hypertonie, Diabetes

mellitus, Familienanamnese kardiovaskuläre Erkrankungen, familiäre Lipidstoffwechselstörungen). Gemäß USPSTF liegt eine positive Familienanamnese für kardiovaskuläre Ereignisse dann vor, wenn bei männlichen Verwandten ersten Grades kardiovaskuläre Ereignisse vor dem 50. Lebensjahr oder bei weiblichen Verwandten vor dem 60. Lebensjahr auftraten. Es gibt keine direkte Evidenz zur Festlegung eines optimalen Untersuchungsintervalls. Empfohlen wird von der U.S. Preventive Services Task Force ein Intervall von 5 Jahren. Bei Personen mit einem noch nicht therapiebedürftigen Risikoprofil, soll in kürzeren Abständen, bei jenen mit niedrigem Risiko in größeren Abständen gescreent werden. Das Screening nach Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin muss laut USPSTF nicht nüchtern durchgeführt werden (USPSTF, 2006, S.72-73).

Das UK National Screening Committee (UKNSC) unterstützt aktuell ein Projekt, in dem die Verwandten von PatientInnen mit bestätigter familiärer Hypercholesterinämie untersucht werden, mit dem Hinweis, dass es sich bei diesem Projekt nicht um einen Screening-Piloten handelt. Weiters verweist das UKNSC auf seine eigene Empfehlung an die vier Chief Medical Officers von England, Schottland, Wales & Nordirland ein Programm für vaskuläres Risikomanagement einzuführen (UKNSC, 2007, S.12) – siehe oben unter „Screening nach Hypertonie“.

Eine Suche in der Cochrane Library of Systematic Reviews und in der National Health Library des UKNSC konnte keine relevanten Dokumente zur Fragestellung „Screening nach Cholesterin und/oder Triglyzeriden“ identifizieren. Vom National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) gibt es derzeit keine klinischen Leitlinien zu dieser Thematik.

Triglyzeride

Zum Screening nach erhöhten Triglyzeridwerten wurde im Zuge der Sonder-Revision 2006 eine Recherche durchgeführt. Das Ergebnis dieser Recherche untermauert die bereits in den Wissenschaftlichen Grundlagen dargelegte Evidenzlage. Es kann keine Empfehlung zur zusätzlichen Bestimmung des Triglyzerid-Spiegels ausgesprochen werden, da zur Bewertung des kardiovaskulären Gesamtrisikos mit keinem über die Risikotafeln hinausgehenden diagnostischen Nutzen zu rechnen ist (Piribauer, 2006). Die USPSTF empfiehlt die zusätzliche (Nüchtern-) Bestimmung der Triglyceride daher nur bei manifester Lipidstoffwechselstörung oder bei erhöhtem kardiovaskulärem Risiko zur adäquaten Therapieplanung (2006, S.71).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

Gemäß den Wissenschaftlichen Grundlagen „wird für Österreich auf Basis des Stands internationalen medizinischen Wissens das Screening nach Lipidstoffwechselstörungen empfohlen“. Es wird keine Alterseinschränkung ausgesprochen. Zur Bewertung des Gesamtrisikos (Risikotafeln) werden der Quotient von Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin herangezogen (WIZE VAEB, 2005, S. 87-92).

Literatur

- ÖGAM Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (2006). *Früherkennung und Management der Hypertonie in der allgemeinmedizinischen Praxis. Konsensus Statement unter der Ägide der ÖGAM unter Mitarbeit von Experten der Österreichischen Gesellschaft für Hypertensiologie*. Wien.
- Gray, M. (2006). *Vascular Disease Control Programme*. Download vom 15. November 2007, von <http://www.screening.nhs.uk/diabetes/home.htm>
- Piribauer, F. (2006, 19. Juni). *Triglyzeride in der VU-Neu 2006: Kurzer Zwischenbericht zu den ersten Ergebnissen*. Präsentation gehalten im Rahmen einer Besprechung der Österreichischen Ärztekammer und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherung, Wien.
- Sheridan, S., Pignone, M. & Donahue, K. (2003). *Screening for High-Blood Pressure: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Service Task Force*.
- UKNSC UK National Screening Committee (2007). *UK National Screening Committee's policy positions July 2007*. Download vom 3. September 2007 von der Webseite der NHS National Library for Health, <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=61406>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2006). Screening for High Blood Pressure. In: U.S. Preventive Service Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Service Task Force*.
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2006). Screening for Lipid Disorders in Adults. In: U.S. Preventive Service Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Service Task Force*.
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz

3.2 Übergewicht/Adipositas

Screening nach Übergewicht/Adipositas & Ernährungsberatung

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

- Empfehlung alle Erwachsenen auf Übergewicht und Adipositas zu screenen
- Empfehlung zur intensiven Ernährungsberatung und verhaltenstherapeutischen Intervention nur bei adipösen Personen
- Ungenügender Nachweis um eine Ernährungsberatung von moderater bzw. leichter Intensität oder verhaltenstherapeutische Interventionen bei übergewichtigen und adipösen Personen zu empfehlen

Gemäß UKNSC:

- Es gibt aktuell keine Stellungnahme zum Screening nach Übergewicht/Adipositas und zur Durchführung einer Ernährungsberatung.

Screening (BMI & Taillenumfang)

Die Ermittlung des Body Mass Indices (BMI) ist der am häufigsten eingesetzte Screeningtest für Übergewicht und Adipositas. Er ist leicht zu bestimmen, sehr verlässlich und korreliert stark mit dem Körperfett bis zu einem gewissen Alter (McTigue et al, 2003, S. 22).

Basierend auf dem BMI gelten für Übergewicht und Adipositas folgende Definitionen: Personen mit einem BMI zwischen 25 und 29,9 sind übergewichtig und jene mit einem BMI über 30 sind fettleibig/adipös. Für die Ermittlung des BMI können laut U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) keine optimalen Untersuchungsintervalle festgelegt werden (USPSTF, 2006, S.134-135).

Wie auch bereits in den Wissenschaftlichen Grundlagen dargestellt, soll die Bestimmung des Taillenumfangs zur Ermittlung der abdominellen Fettverteilung (zentrale Adipositas) herangezogen werden. Bei Männern besteht ab einem Taillenumfang von 102 cm, bei Frauen ab 88 cm ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko. Die Ermittlung des Taillenumfanges stellt in jedem Fall – auch ohne Vorliegen einer Adipositas – einen prognostisch relevanten Indikator dar. Bei Personen mit einem BMI über 35 kann der Taillenumfang jedoch nicht mehr als zuverlässige Messgröße herangezogen werden (USPSTF, 2006, S.134-135).

Seitens des UK National Screening Committee (UKNSC) gibt es aktuell keine Stellungnahme zum Screening nach Übergewicht/Adipositas und zur Durchführung einer Ernährungsberatung (UKNSC, 2007). In diesem Zusammenhang sei jedoch auch auf das derzeit noch in Entwicklung befindliche Programm zum vaskulären Risikomanagement verwiesen.

Ernährungsberatung

Intensive Interventionen (gemäß USPSTF definiert mit mehr als einer (Beratungs-)Sitzung pro Monat über mindestens 3 Monate hinweg) erfordern die Kombination von verschiedenen Behandlungsansätzen (Ernährungsberatung, Bewegungsberatung und verhaltenstherapeutische Beratung) (USPSTF, 2003, S. 135). In dem oben beschriebenen Ausmaß ist gemäß USPSTF bei adipösen Personen eine Wirksamkeit belegbar (USPSTF, 2006, S. 136).

Eine Suche in der Cochrane Library konnte Reviews zur Wirksamkeit von Ernährungsberatung bei übergewichtigen bzw. adipösen Personen identifizieren:

In zwei Reviews kommen die Autoren zum Schluss, dass es bei übergewichtigen Personen aufgrund mangelnder qualitativ guter Studien keinen Beweis dafür gibt, dass ein Gewichtsverlust mit einer Senkung des Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos einhergeht. Gesichert ist, dass schon ein geringer Gewichtsverlust zu einer Verbesserung der Gesundheit und der kardiovaskulären Risikofaktoren führen kann (Blutdruck, Gesamt- und LDL-Cholesterin) (Vlassov, 2001, S.2; Brunner, Thorogood, Rees & Hewitt, 2005, S.2).

Eine Suche in der National Health Library des UK Screening Committee konnte keine relevanten Dokumente (Systematische Reviews) zur Fragestellung „Screening nach Übergewicht und Adipositas & Ernährungsberatung“ identifizieren. Vom National Institute for Clinical Excellence (NICE) gibt es eine Klinische Leitlinie zur Identifikation und zum Management von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen und Kindern.

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

Gemäß den Wissenschaftlichen Grundlagen „wird das Screening nach Übergewicht / Adipositas auf Basis des Stands internationalen medizinischen Wissens für alle Erwachsenen befürwortet. Eine Altersbeschränkung nach oben besteht nicht“ (WIZE VAEB, 2005, S. 45).

Literatur

- McTigue, K., Harris, R., Hemphill, M.B., Bunton, A.J., Lux, L.J., Sutton, S. & N. Lohr. K.N. (2003). *Screening and Interventions for Overweight and Obesity in Adults*. Prepared for the Agency for Healthcare Research and Quality - U.S. Department of Health and Human Services. (Systematic Evidence Review Number 21).
- Brunner, E.J., Thorogood, M., Rees, K. & Hewitt, G. (2005). *Dietary advice for reducing cardiovascular risk*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 3. Download vom 20. August 2007 von http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD002128/pdf_fs.html
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2006). *Obesity: Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children*. Quick reference guide.
- UKNSC UK National Screening Committee. (2007). *UK National Screening Committee's policy positions July 2007*. Download vom 3. September 2007 von <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=61406>
- USPSTF U.S. Preventive Service Task Force. (2006). Screening for Obesity in Adults. *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Service Task Force*
- Vlassov, V.V. (2001). *Weight reduction for reducing mortality in obesity and overweight*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 3. (Protocol). Download vom 20. August 2007 von http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003203/pdf_fs.html
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz

3.3 Beratung zu körperlicher Aktivität

Beratung zu regelmäßiger körperlicher Aktivität

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

- Ungenügender Nachweis um eine Bewegungsberatung im Setting der ärztlichen Primärversorgung zu empfehlen.

Gemäß UKNSC:

- Es gibt aktuell keine Stellungnahme zur Identifikation von Personen mit Bewegungsmangel und zur Durchführung einer Bewegungsberatung.

Laut U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) trägt regelmäßige körperliche Aktivität dazu bei, der Entstehung von Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas und Osteoporose vorzubeugen. Ob routinemäßige Beratung im Setting der ärztlichen Primärversorgung tatsächlich zu einer Steigerung der körperlichen Aktivität bei erwachsenen Patientinnen führt, ist allerdings unklar. Eindeutige Nachweise für die Wirksamkeit von Bewegungsberatung im Setting der ärztlichen Primärversorgung fehlen bislang aufgrund Mangels an qualitativ hochwertigen Studien. Grundsätzlich scheinen Interventionen aus einer Kombination von strukturiertem ärztlichem Ratschlag und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen am erfolgversprechendsten zu sein. Derartige Interventionen beinhalten das Setzen eines Zieles, schriftliche Handlungsanleitungen, individuell abgestimmte Trainingspläne und mehrere Folgekontakte. Eine Kooperation mit regionalen Sportvereinen und Programmen kann die Effektivität von Bewegungsberatung im Setting der ärztlichen Primärversorgung erhöhen (USPSTF, 2006, S. 139-140).

Seitens des UK National Screening Committee (UKNSC) gibt es aktuell keine Stellungnahme zur Identifikation von Personen mit Bewegungsmangel bzw. zur Durchführung einer Bewegungsberatung (UKNSC, 2007).

Identifikation von Personen mit Bewegungsmangel

In den wissenschaftlichen Grundlagen wird darauf hingewiesen, dass „derzeit noch kein praktikables und ausreichend verlässliches Screeningverfahren existiert, um das Ausmaß der durchschnittlichen körperlichen Aktivität im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung zu ermitteln“. Es wurde jedoch in der Zwischenzeit vom englischen Gesundheitsministerium ein Fragebogen entwickelt (The General Practice Physical Activity Questionnaire – GPPAQ), der dabei helfen soll, inaktive Personen (zwischen 16-74 Jahre) im Rahmen einer Routineuntersuchung zu identifizieren. Dieser Fragebogen wurde auf Basis des EPIC-Norfolk Physical Activity Questionnaire adaptiert und wird in England in Allgemeinmedizinischen Praxen eingesetzt. Der GPPAQ er-

möglichst in kurzer Zeit eine Aussage über die körperliche Aktivität und damit über den Beratungsbedarf zur Steigerung der körperlichen Aktivität. (NHS, 2006).

Eine Suche in der Cochrane Library und der National Health Library konnte keine Reviews zur Fragestellung „Identifikation von Personen mit Bewegungsmangel“ identifizieren. Es lagen jedoch zwei Cochrane-Reviews zur Wirksamkeit von Bewegungsberatung vor, die bereits im Zuge der Recherche bei den Inhalten Diabetes mellitus bzw. Adipositas ermittelt wurden. Gesicherte Evidenz für die Wirksamkeit von Bewegungsberatung ist bei Diabetes mellitus Typ 2 im Sinne einer verbesserten Blutzuckerkontrolle und eines reduzierten Körperfettanteiles (Thomas, Elliott & Naughton, 2006) und bei Übergewicht/Adipositas im Sinne einer generellen Verbesserung des Gesundheitszustandes und einer Reduktion des Körpergewichts (Shaw, Gennat, O'Rourke & Del Mar, 2006) gegeben.

Vom National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) gibt es eine klinische Leitlinie zur Steigerung der körperlichen Aktivität, in welcher auch Interventionen im primärärztlichen Setting berücksichtigt wurden.

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

Gemäß den Wissenschaftlichen Grundlagen „wird auf Basis des Stands internationalen medizinischen Wissens für Österreich empfohlen, Frauen und Männer in einem Beratungsgespräch zu ermutigen, regelmäßig körperliche Bewegung in den täglichen Ablauf des Alltags einzubauen. Zwischen dem 19. und 39. Lebensjahr soll diese Beratung alle sechs Jahre stattfinden, ab dem Alter von 40 alle vier Jahre. Eine Altersbeschränkung besteht nicht“ (WIZE VAEB, 2005, S.101).

Diskussion

Mit dem Instrument des General Practice Physical Activity Questionnaire (GPPAQ) liegt ein validierter in einem vergleichbaren Setting eingesetzter Fragebogen zur Identifikation gesundheitsrelevanten Bewegungsmangels vor. Vor einer Aufnahme des GPPAQ ins Programm der VU Neu wäre jedoch eine Machbarkeitsstudie erforderlich. Eine derartige wissenschaftliche Aufwertung des Vorgehens bei der Identifikation von Bewegungsmangel erscheint allerdings nur dann sinnvoll, wenn daran möglichst evidenzbasierte Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität anschließen. Nachgewiesene Wirksamkeit liegt bislang jedoch nur für aufwendigere Maßnahmen vor. Wie Deville, van der Bij & Groenewegen (2004, S. 11) bereits festgestellt haben, adressiert die VU Neu viele verschiedene Gesundheitsprobleme und Erkrankungen gleichzeitig. Obwohl für manche dieser Zielfelder einschlägige, validierte Instrumente entwickelt wurden, stellt deren Verwendung aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes kein für die Durchführung der VU in der Routineuntersuchung geeignetes Verfahren dar. Dennoch könnte anhand eines Pilotversuchs der Einsatz dieses Instruments getestet werden.

Literatur

- Deville, W., van der Bij, S. & Groenewegen, P. (2004). *Periodic health examination by Austrian general practitioners: developing Patient Information Forms and Health Summary Sheets*. Technical Report. Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL). Utrecht.
- National Health Service. (2006). *The General Practice Physical Activity Questionnaire (GPPAQ)*.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2006). *Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling*. Public Health Intervention Guidance no. 2.
- Thomas, D.E., Elliot, E.J., Naughton, G.A. (2006). *Exercise for type 2 diabetes mellitus*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 3. Download vom 20. August 2007 von http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD002968/pdf_fs.html
- Shaw, K., Gennat, H., O'Rourke, P. & Del Mar, C. (2006). *Exercise for overweight or obesity*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 3. Download vom 20. August 2007 von http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD003817/pdf_fs.html
- UKNSC UK National Screening Committee. (2007). *UK National Screening Committee's policy positions July 2007*. Download vom 3. September 2007 von <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=61406>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2006). Behavioral Counseling in Primary Care to Promote Physical Activity. *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Service Task Force*
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz

3.4 Diabetes mellitus

Screening nach Diabetes mellitus Typ 2

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

Screening mittels Blutzuckerbestimmung:

- Ungenügender Nachweis um ein Screening nach Diabetes mellitus Typ 2, gestörter Glukosetoleranz (IGT) oder gestörter Nüchternglukose (IFG) bei asymptomatischen Personen zu empfehlen
- Risikogruppen-Screening wird empfohlen bei Erwachsenen mit Hypertonie oder Lipidstoffwechselstörungen

Gemäß UKNSC:

- Risikogruppen-Screening nach Diabetes mellitus Typ 2 soll Teil eines Programms für vaskuläres Risiko- Management werden

Laut U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) besteht nicht ausreichend Evidenz, um ein Screening (mittels Blutzuckerbestimmung) nach Diabetes mellitus Typ 2 (DMT2), gestörter Glukosetoleranz (IGT) oder gestörter Nüchternglukose (IFG) bei asymptomatischen Personen zu empfehlen. Als Risikogruppen-Screening wird für Erwachsene mit Hypertonie oder Lipidstoffwechselstörungen ein DMT2-Screening mittels Bestimmung der Nüchternplasmaglukose empfohlen. Die USPSTF findet keine direkte Evidenz zur Festlegung eines optimalen Untersuchungsintervalls. Von der American Diabetes Association (ADA) wird hingegen auf Basis von Experteneinschätzung ein Intervall von drei Jahren empfohlen. Bei Personen mit hohem Risiko soll in kürzeren Abständen gescreent werden. Zur Blutzuckerbestimmung wird von der ADA die Bestimmung der Nüchternplasmaglukose empfohlen, da dies einfacher, schneller und praktischer in der Durchführung sowie kostengünstiger als der orale Glukosetoleranztest (OGTT) und die Bestimmung von HbA1c ist. Zur Diagnosesicherung wird gemäß USPSTF ein Wiederholen des Nüchternplasmaglukosetests an einem anderen Tag empfohlen (USPSTF, 2006, S. 144-146).

Das UK National Screening Committee (UKNSC) verweist im Zusammenhang mit Screening nach Diabetes auf seine eigene Empfehlung an die vier Chief Medical Officers von England, Schottland, Wales & Nordirland ein Programm für vaskuläres Risikomanagement einzuführen. Nach Durchführung einer Pilotstudie mit dem Ziel eines koordinierten Vorgehens in Prävention und Management von Typ 2 Diabetes Mellitus (T2DM) und kardiovaskulären Erkrankungen (Schlaganfall, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Herzerkrankung) soll daher eine integrierte Risiko-Management Strategie implementiert werden. Der gesamten Bevölkerung soll eine Risikoeinschätzung angeboten werden, die neben der Erfassung anderer Risikofaktoren auch

die Messung des Blutzuckers, des Blutdrucks und des Cholesterinspiegels beinhalten sollte (UKNSC, 2007, S.12).

Aufgrund der anhaltenden Diskussionen um den Stellenwert von bevölkerungsbezogenen Screening-Programmen wurden aus Aktualitätsgründen die zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Fact Sheets publizierten gemeinsamen Empfehlungen der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft (ESC) und Diabetes Gesellschaft (EASD) hier berücksichtigt. Es wurde jedoch dazu keine systematische Literatursuche durchgeführt. Die ESC und die EASD empfehlen hingegen für die Gesamtbevölkerung als ersten Schritt eine Risikoeinschätzung mit Hilfe eines Fragebogens vorzunehmen und erst in einem zweiten Schritt eine Blutzuckerbestimmung mittels OGTT bei Personen mit erhöhtem Risiko (entspricht einer Punktzahl über einem festgelegten Schwellenwert) durchzuführen (Ryden et al., 2007, S. 92; Lindström & Tuomilehto in Ryden, 2007, S. 93).

Der Begriff „gestörte Nüchtern glukose“ (impaired fasting glucose; IFG) wird von der WHO und wurde bis 2003 auch von der ADA für Werte im Bereich von 110 – 125 mg/ dl verwendet. Die ADA hat 2003 für die Definition der IFG den unteren Grenzwert auf 100 mg/ dl herabgesetzt. Zu einer verzerrungsfreien Schätzung des Risikos zur Entwicklung eines DMT2 bedarf es jedoch einer randomisierten kontrollierten Studie. Unabhängig davon, ob Probanden auf DMT2 gescannt werden oder nicht sollten sie auf jeden Fall dazu angehalten werden Bewegung zu machen, sich gesund zu ernähren und ihr Gewicht zu halten. Für ProbandInnen mit IFG bzw. IGT sollten intensive Lebensstilmodifikationsprogramme in Erwägung gezogen werden, da Studien gezeigt haben, dass diese Programme die Inzidenz von Diabetes signifikant reduzieren können (USPSTF, 2006, S. 146f).

Ein kürzlich publizierter HTA-Bericht zum T2DM-Screening diskutiert auf Basis eines Literatur-Reviews und einer ökonomischen Modellierung Optionen des Screenings in Großbritannien. Zwölf der 22 Kriterien des UKNSC werden erfüllt, nicht jedoch jenes des Vorliegens des direkten Wirksamkeitsnachweises durch einen RCT zum T2DM-Screening. Mehrere Screening-Optionen werden gegenüber gestellt und es wird darauf verwiesen, dass nach wie vor die Evidenz zum Festsetzen eines spezifischen Intervalls ungenügend ist. Die Auswahl der Screening-Tests ist in Abhängigkeit zur jeweiligen Screening-Strategie zu treffen. Pragmatische Vorschläge zum Screening mittels eines Risikogruppen-Ansatzes werden formuliert (Vaugh et al., 2007).

Von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) liegt ein Konsensus Statment zu Früherkennung und Management des Diabetes mellitus (DM) Typ 2 in der allgemeinmedizinischen Praxis vor (2005).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

Wie in den Wissenschaftlichen Grundlagen ausgeführt, „wird für Österreich auf Basis des Stands internationalen medizinischen Wissens das Screening nach Diabetes mellitus Typ 2 ab dem 19. Lebensjahr wie folgt befürwortet: Das Screening umfasst die Feststellung eines Diabetesrisikos ab dem 19. Lebensjahr, bei Personen über 55 und bei Personen zwischen 19 und 55 mit erhöhtem Diabetesrisiko die Blutzuckerbestimmung aus kapillärem Blut aus der Fingerkuppe oder Blut aus einer Vene (First-stage-Screeningtest)“. Wie bereits in den Wissenschaftlichen Grundlagen festgehalten, weichen die aktuellen Bestimmungen für das Screening in Österreich im Rahmen der VU Neu zu den internationalen Empfehlungen ab, indem auf Wunsch der Österreichischen Ärztekammer die empfohlene Blutzuckeruntersuchung für alle Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr zum Diabetes mellitus Typ 2–Screening empfohlen wird (WIZE VAEB, 2005, S. 71).

Diskussion

Überlegenswert erscheint anstelle der Blutzuckerbestimmung einen validierten Risikofragebogen einzusetzen. Eine Adaptierung des FINDRISK (FINnish Diabetes Risk Score) als Instrument zur Identifikation von Personen mit erhöhtem Risiko für DMT2 (Lindström & Tuomilehto, 2003) im Rahmen der VU Neu wäre grundsätzlich möglich und müsste entsprechend in österreichischen Praxen getestet bzw. für die Bevölkerung kalibriert werden. Erhoben werden müsste die Akzeptanz und Praktikabilität, insbesondere ob die Fragen dieses Instrumentes in den Anamnesebogen integriert werden können.

Die Verwendung von kapillärem Vollblut als eine empfohlene Methode zur Blutzuckerbestimmung ist in der diagnostischen Aussagekraft der Plasmaglukose unterlegen. Die ADA empfiehlt daher als gültige Methode die Bestimmung der Plasmaglukose (USPSTF, 2006, 146). Auch die gemeinsamen Empfehlungen von ESC und EASD geben zur Standardisierung der Glukosebestimmung der Plasmaglukose den Vorrang gegenüber anderen Verfahren bzw. legen Umrechnungsfaktoren nahe (Ryden et al., 2007, S. 91).

Von Seiten der Österreichischen Diabetes Gesellschaft (ÖDG) wurde darauf hingewiesen, dass der im Befundblatt verwendete Begriff „unauffällig“ für Werte der Kategorien „<126 nüchtern“ bzw. „<200 nicht nüchtern“ keinen anerkannten Definitionen entspricht, da in diesen Fällen bereits eine gestörte Nüchternglukose bzw. Glukosetoleranzstörung vorliegen könne. Diskussionswürdig erscheint die aus Sicht der Fachgesellschaft für diesen Fall zulässige Klassifikation „nicht diabetisch“. Schließlich wurde noch von der ÖDG angeregt, für das Screening im Rahmen der VU Neu für „spezielle Risikopopulationen den OGTT als second stage Test aufzunehmen“ (Dr. Th. C. Wascher, ÖDG, Brief vom 16.3. 2007). Eine Aufbereitung von Entscheidungsgrundlagen für die weiterführende Diagnostik bei Verdachtsfällen geht jedoch über die im Rahmen des Projekts vorgesehene Aktualitätsprüfung zu den einzelnen Zielfeldern hinaus.

Literatur

- Lindström, J. & Tuomilehto, J. (2003). The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*, 26, 725-31.
- ÖGAM Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin. (2005). *Früherkennung und Management des Diabetes mellitus (DM) Typ 2 in der allgemeinmedizinischen Praxis. Konsensus Meeting und Statement unter der Ägide der ÖGAM in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Diabetes Gesellschaft, der Österreichischen Diabetiker Vereinigung und dem Verein Altern mit Zukunft*. Wien.
- Ryden, L., Standl, E., Bartnik, M., Van den Berghe, G., Betteridge, J., de Boer, M-J., Cosentino, F., Jönsson, B., Laakso, M., Malmberg, K., Priori, S., Östergren, J., Tuomilehto, J. & Thrainsdottir, I. (2007). Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *European Heart Journal*, 28, 8-136.
- UKNSC UK National Screening Committee (2006). *Evaluation of type 2 diabetes mellitus screening against the NSC handbook criteria*.
- UKNSC UK National Screening Committee (2007). *UK National Screening Committee's policy positions July 2007*. Download vom 3. September 2007 von der Webseite der NHS National Library for Health, <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=61406>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2006). Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults. In: U.S. Preventive Service Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Service Task Force*
- Waugh N, Scotland G, McNamee P, Gillett M, Brennan A, Goyder E, et al. Screening for type 2 diabetes: literature review and economic modelling. *Health Technol Assess* 2007;11(17).
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz

3.5 Tabak-(Nikotin-)Konsum

Rauchverhalten erheben & Rauchstopp unterstützen

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

- Klare Empfehlung, die Rauchgewohnheiten bei allen Erwachsenen zu erheben und eine kurze Raucherberatung durchzuführen.

Gemäß UKNSC:

- Es gibt aktuell keine Stellungnahme zur Erhebung des Rauchverhaltens und zur Durchführung einer Raucherberatung.

Die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) empfiehlt, die Rauchgewohnheiten bei allen Erwachsenen zu erheben und eine Kurzberatung anzubieten. Diese Kurzintervention beinhaltet das Erfassen des Raucherstatus, eine kurze Beratung (drei Minuten oder weniger) und/oder Pharmakotherapie. Bei der Beratung selbst können die „fünf E´s“ zur Entwöhnung als Hilfe dienen: Erfragen, Erfassen, Erklären, Erreichen und Einrichten. Laut USPSTF ist belegt, dass derartige Interventionen die Abstinenzraten erhöhen können und dass ein Zusammenhang zwischen den Abstinenzraten und der Intensität der Intervention gegeben ist (USPSTF, 2006, 120-122).

Auch laut National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) liegt Evidenz erster Stufe für die Effektivität des ärztlichen Ratschlages, als Kurzintervention, zur Raucherentwöhnung vor (NICE 2006, S. 22).

Seitens des UK National Screening Committee (UKNSC) gibt es aktuell keine Stellungnahme zur Erhebung des Rauchverhaltens und zur Durchführung einer Raucherberatung (UKNSC, 2007). Verwiesen werden kann auch hier auf das im Entwicklungsstadium befindliche Programm zu vaskulärem Risikomangement.

Eine Suche in der Cochrane Library konnte Reviews zur Fragestellung der Wirksamkeit von Interventionen identifizieren: Intensivere Interventionen sind effektiver als minimale, weniger intensive Interventionen¹. Eine unzureichende Evidenzlage besteht hinsichtlich der Frage, ob Hilfsmittel oder Folgekontakte die Aufhörerate weiter erhöhen können (Lancaster & Stead, 2004, S. 2). Die Wirksamkeit von Standardselfhilfematerialien ergänzend zur Beratung ist äußerst

¹ Es existieren verschiedene nicht deckungsgleiche Bezeichnungen für Kurzintervention, Kurzberatung, minimal advice etc. Laut der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) umfasst eine Kurzintervention das Erfragen und die Dokumentation des Rauchstatus und das Erheben der Bereitschaft damit aufzuhören (2007, S. 12).

gering. Personalisierte Selbsthilfematerialien sind wirksamer als nur allgemein gehaltene Materialien, bei insgesamt jedoch geringem absolutem Effektausmaß (Lancaster & Stead 2005, S. 2).

In der National Health Library des UKNSC konnten keine Reviews zur Thematik gefunden werden.

Zur Durchführung von Raucherentwöhnung in der allgemeinmedizinischen Praxis wurde zuletzt 2007 ein Konsensusstatement von der Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin in Zusammenarbeit mit dem Nikotininstitut Wien formuliert und ein praktikabler Leitfaden für eine Kurzintervention entwickelt (ÖGAM, 2007, S.2).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

Gemäß den Wissenschaftlichen Grundlagen wird "die Feststellung der Rauchgewohnheiten durch den niedergelassenen Arzt mit anschließender kurzer Aufhörberatung auf Basis des Standes des internationalen medizinischen Wissens (im Rahmen des neuen Vorsorge-Früherkennungsprogrammes) für Österreich befürwortet. Das Screening schließt alle Erwachsenen bis 75 Jahre ein. Bis zum 40. Lebensjahr erfolgt die Erhebung des Rauchverhaltens im Abstand von drei und zwischen 40 und 75 Jahren im Abstand von zwei Jahren". (WIZE VAEB, 2005, S. 34).

Literatur

- Lancaster, T., & Stead, L.F. (2005). *Self-help interventions for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 3. Download vom 20. August 2007 von http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD001118/pdf_fs.html
- Lancaster, T. & Stead, L.F. (2004). *Physician advice for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 3. Download vom 20. August 2007 von http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD000165/pdf_fs.html
- NICE National Institute for Health and Clinical Excellence. (2006). *Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings*.
- ÖGAM Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin. (2007). Raucherentwöhnung in der allgemeinmedizinischen Praxis. 2. erweiterte Auflage. *Internationale Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 8, 1-13.
- UKNSC UK National Screening Committee. (2007). *UK National Screening Committee's policy positions July 2007*. Download vom 3. September 2007 von <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=61406>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2006). Counseling to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease. In: U.S. Preventive Service Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Service Task Force*
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz

3.6 Problematischer Alkoholkonsum

Screening nach problematischem Alkoholkonsum & Beratung / Kurzintervention

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

- Klare Empfehlung bei allen Erwachsenen den Alkoholkonsum zu erheben und gegebenenfalls eine Kurzberatung durchzuführen.

Gemäß UKNSC:

- Screening nach Alkoholproblemen sollte nicht angeboten werden

Screening nach problematischem Alkoholkonsum

Laut U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) ist der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) das meist verwendete / geprüfte Screening-Instrument zur Bestimmung von alkoholassoziierten Problemen im primärärztlichen Setting (USPSTF, 2006, S. 106). Darüber hinaus sind jedoch weitere Verfahren bzw. Instrumente im Einsatz. Es existieren Verfahren die auf die Identifizierung von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch ausgerichtet sind, wie z.B. der CAGE-Fragebogen und der Michigan Alcoholism Screening Test. Andere Verfahren streben zusätzlich die Identifikation von Risikokonsum an wie z.B. der AUDIT und der TWEAK-Fragebogen (Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie und Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2004). Für alle Screening-Instrumente können sowohl Vor- als auch kleine Nachteile gefunden werden. Zum AUDIT sei zu sagen, dass die Empfehlungen zum abgestuften therapeutischen Vorgehen, wo in Abhängigkeit von definierten AUDIT-Risikopunkten („Risikozone(n)“) entsprechende Maßnahmen zugeordnet werden, derzeit noch nicht durch Daten restlos erhärtet werden können (G. Bischof, Universität Lübeck, E-mail, 13. März 2007). Weiters wird der Umfang des AUDIT mit zehn Items als eine mögliche Hürde für die Anwendung in der Praxis gesehen (Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie und Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2004).

Seitens des UK National Screening Committee (UKNSC) sollte Screening nach Alkoholproblemen nicht angeboten werden. Eine Überarbeitung dieser Position ist für 2009/ 2010 vorgesehen (UKNSC, 2007, S. 9).

Beratung / Kurzintervention

In der Cochrane Library konnte ein Review zur Wirksamkeit von Raucherberatung gefunden werden. Laut Autoren führen Kurzinterventionen zu einer Reduktion des Alkoholkonsums. Dabei konnte jedoch auch gezeigt werden, dass verlängerte Interventionen zu keiner größeren Reduktion des Alkoholkonsums führen. Weiters zeigte sich auch, dass bei Frauen im Gegen-

satz zu Männern keine Wirksamkeit der Intervention nachgewiesen werden konnte (Kaner et al., 2007, S. 1).

Eine Suche in der National Health Library des UK Screening Committee konnte einen relevanten Review zur Fragestellung „Screening auf problematischen Alkoholkonsum und Beratung“ identifizieren (SIGN, 2003, siehe unten). Vom National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) gibt es derzeit keine Klinische Leitlinie zur dieser Thematik.

Zahlreiche nicht deckungsgleiche Bezeichnungen für Strategien der Kurzintervention sind verfügbar. Die in der Literatur beschriebenen Interventionen unterscheiden sich dabei in erheblichem Ausmaß hinsichtlich Dauer, Kontext sowie der Techniken. Nichts desto trotz können jedoch die folgenden Elemente erfolgreicher Kurzinterventionen, welche all diesen Interventionen gemeinsam sind, identifiziert werden: Techniken der Rückmeldung, Stärkung der Eigenverantwortung, das Angebot verschiedener Behandlungsmöglichkeiten sowie das Vermitteln von Empathie und Zuversicht (Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie und Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, 2004; SIGN, 2003).

Wie auch bereits in den Wissenschaftlichen Grundlagen dargestellt, können die „fünf E´s“ der Beratung und Entwöhnung als Hilfe dienen: Erfragen, Erfassen, Erklären, Erreichen und Einrichten. Effektive Interventionen erfordern laut USPSTF ein erstes Beratungsgespräch von ungefähr 15 Minuten Dauer und beinhalten Strategien wie das Erteilen von Feedback, Ratschlägen und das gemeinsame Setzen eines Zieles. Oft sind weitere Folgekontakte erforderlich (USPSTF, 2006, S. 107).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

Wie in den Wissenschaftlichen Grundlagen dargestellt wird das Screening nach problematischem Alkoholkonsum für die VU Neu bei allen erwachsenen Personen befürwortet. Weiters wird empfohlen eine Wiederholungserhebung bei asymptomatischen Personen zwischen dem 19. und 40. Lebensjahr im Abstand von drei Jahren und bei asymptomatischen Personen ab dem 40. Lebensjahr im Abstand von zwei Jahren durchzuführen (WIZE VAEB, 2005, S. 57).

Diskussion

An dieser Stelle sei auch auf die bestehende Kritik zur Akzeptanz des Screenings im ärztlichen Setting hingewiesen (Anderson et al, 2004, S.351). Darüber hinaus wurde auch die grundsätzliche Anforderung eines spezifischen Instruments für die nachfolgende Intervention angezweifelt (Beich et al., 2003). Diese in der Literatur beschriebenen internationalen Erfahrungen sollten bei der Analyse der berichteten, jedoch noch nicht systematisch untersuchten Akzeptanzprobleme zum Screening nach problematischem Alkoholkonsum herangezogen werden. Wenngleich im Rahmen dieser Recherche keine umfassende systematische Bewertung des Leberfunktionspa-

rameters Gamma-GT durchgeführt wurde, sollte an dieser Stelle auch darauf verwiesen werden, dass keine Evidenz zu seiner Eignung zu Screeningzwecken oder als Instrument zur Erfolgskontrolle verfügbar ist (Kaner et al, 2007, S. 15).

Literatur

- Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Funk, M., Heather, N., Wensing, M., Grol, R., Gual, A. & Pas, L.; WHO Brief Intervention Study Group. (2004). Attitudes and managing alcohol problems in general practice: an interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. *Alcohol & Alcoholism*; 39(4), 351-356.
- Beich, A., Thorsen, T. & Rollnick, S. (2003). Screening in brief intervention trials targeting excessive drinkers in general practice: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 327, 536-540.
- Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). (2004). Leitlinien der Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Riskanter schädlicher und abhängiger Alkoholkonsum: Screening, Diagnostik, Kurzintervention. *Sucht*, 50(2), 102-112.
- Kaner, E.F.S., Beyer, F., Dickinson, H.O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C. et al. (2007). *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 3. Download vom 20. August 2007 http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD004148/pdf_fs.html
- SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2003). *The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care: A national clinical Guideline*. Edinburgh.
- UKNSC UK National Screening Committee. (2007). *UK National Screening Committee's policy positions July 2007*. Download vom 3. September 2007 von <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=61406>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2006). Screening and Behavioural Counseling Interventions in Primary care to Reduce Alcohol Misuse . In: U.S. Preventive Service Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Service Task Force*
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz

3.7 Mammakarzinom

Screening nach Mammakarzinom

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

- Empfehlung alle Frauen ab 40 alle 1-2 Jahre mittels Mammographie mit oder ohne zusätzlicher ärztlicher Brustuntersuchung nach Mammakarzinom zu screenen;
- Ungenügender Nachweis um ein Screening nach Mammakarzinom mittels ärztlicher Brustuntersuchung allein zu empfehlen;
- Ungenügender Nachweis um die Anleitung zur Selbstuntersuchung der Brust und deren Durchführung zu empfehlen.

Gemäß UKNSC:

- Mammographie-Screening soll Frauen zwischen 50 und 70 Jahren angeboten werden.

Die Festmachung des präzisen Alters, in dem die Vorteile einer Mammographie die damit verbundenen Risiken rechtfertigen, ergibt sich aus einem subjektiven Urteil. Frauen mit erhöhtem Risiko (z.B. mit einer positiven Familienanamnese, vorangegangenen Biopsien mit atypischen Hyperplasien oder der Geburt des ersten Kindes nach dem 30. Lebensjahr) profitieren in einem größeren Ausmaß von regelmäßigen Screenings als Frauen mit niedrigem Risiko. Der umfassenden Information der Frauen wird ein großer Stellenwert eingeräumt. ÄrztInnen sollen Frauen über die möglichen Chancen (Reduktion des Risikos an einem Mammakarzinom zu sterben) und Risiken (falsch-positive Ergebnisse, unnötige Biopsien), die mit einer Mammographie einhergehen, aufklären. Laut U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) wird das Screening nach Mammakarzinom ab dem 40. Lebensjahr alle 1-2 Jahre empfohlen, da die Evidenz unzureichend ist um ein jährliches Screeningintervall zu empfehlen. Für das Beenden des Screenings wird kein Zeitpunkt empfohlen. Das Screening selbst soll laut USPSTF in Screening - Zentren mit entsprechender Zulassung und unter Einhaltung der Qualitätskriterien durchgeführt werden (USPSTF, 2006, S.23-25).

Das UK National Screening Committee (UKNSC) empfiehlt, Frauen im Alter von 50 bis 70 Jahren ein Mammographie-Screening anzubieten (UKNSC, 2007, S.12). Im Brustkrebs-Screening-Programm des National Health Service (NHS) erfolgt die Einladung zum Screening alle drei Jahre. Wenn Frauen die obere Altersgrenze erreicht haben, wird eine weitere Teilnahme am Screening den Frauen selbst überlassen (NHS, o.D.).

Vom National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) liegen keine Leitlinien zum Screening nach Mammakarzinom vor, allerdings soll bis Jänner 2009 eine Leitlinie zur Diagno-

se und zum Management von frühen und fortgeschrittenen Mammakarzinomerkrankungen fertig gestellt sein.

Eine Suche in der Cochrane Library of Systematic Reviews brachte folgende Ergebnisse: Ein Review zur Wirksamkeit von Mammographie-Screening stellt fest, dass die relative Risikoreduktion 15 Prozent und die absolute Risikoreduktion 0,05 Prozent beträgt. Das heißt mit anderen Worten, dass pro 2.000 gescreenter Frauen über einen Zeitraum von 10 Jahren das Leben einer Frau verlängert werden kann. Weiters wird zehn Frauen eine falsche Diagnose gestellt, und es werden unnötige Behandlungen durchgeführt. Die Autoren kommen zum Schluss, dass nicht außer Acht gelassen werden darf, dass Screening auch zu Fehldiagnosen und Überbehandlung führt (Gøtzsche & Nielsen, 2006, S. 1). Die Selbstuntersuchung der Brust alleine kann nicht empfohlen werden, da kein Effekt auf die Brustkrebssterblichkeit nachgewiesen werden konnte (Kösters & Gøtzsche, 2003, S. 1 bzw. auch USPSTF, 2006, S. 25).

Eine Suche in der National Health Library des UKNSC führte zu den Richtlinien der American Cancer Society (ACS). Die ACS empfiehlt die ärztliche Untersuchung der Brust bei Frauen zwischen dem 20 und 39. Lebensjahr in Abständen von 3 Jahren und ab dem 40. Lebensjahr jährlich eine Mammographie und die ärztliche Untersuchung der Brust. Es wird keine obere Altersgrenze für das Screening seitens der Gesellschaft festgelegt, die Entscheidung darüber soll individuell getroffen werden (Smith, Cokkinides & Eyre, 2006, S. 12-13).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

Gemäß den Wissenschaftlichen Grundlagen wird das systematische Screening nach Brustkrebs für Österreich auf Basis des Standes des internationalen medizinischen Wissens für alle Frauen zwischen 40 und 70 mittels Mammographie alle 2 Jahre empfohlen (WIZE VAEB, 2005, S. 135).

Diskussion

Gemäß den von uns berücksichtigten und geprüften Empfehlungen wurden Abweichungen hinsichtlich der unteren und oberen Altersgrenze des Screenings festgestellt: die USPSTF und die American Cancer Society empfehlen den Beginn des Screenings mit 40 Jahren, laut UK Screening Committee wird das Screening erst ab dem 50. Lebensjahr als empfehlenswert bewertet. Die obere Altersgrenze wird vom UK Screening Committee mit 70 Jahren festgelegt, die anderen Fachgesellschaften sprechen diesbezüglich keine Empfehlung aus bzw. legen sich auf keine Altersgrenze fest. Im VU Neu Programm ist die untere Altersgrenze für das Mammographie-Screening mit 40 Jahren und die obere mit 70 Jahren festgelegt.

Literatur

Gøtzsche, P.C. & Nielsen, M. (2006). *Screening for breast cancer with mammography*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 3. Download vom 20. August 2007 von http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001877/pdf_fs.html

Kösters, J.P., Gøtzsche, P.C. (2003). *Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 3. Download vom 20. August 2007 von http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD003373/pdf_fs.html

NHS National Health Service. *NHS Breast Screening Programme*. Download vom 11. Oktober 2007 von <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/index.html>

Smith, R. A., Cokkinides, V. & Eyre, H.J. (2006). American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, *A Cancer Journal for Clinicians*, 56, 11-25.

UKNSC UK National Screening Committee. (2007). *UK National Screening Committee's policy positions July 2007*. Download vom 3. September 2007 von <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=61406>

USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2006). Screening for Breast Cancer . In: U.S. Preventive Service Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Service Task Force*

WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz

3.8 Zervixkarzinom

Screening nach Zervixkarzinom

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

- Strenge Empfehlung für Screening nach Zervixkarzinom bei Frauen, die sexuell aktiv sind und eine Zervix haben. Es wird empfohlen drei Jahre nach Aufnahme sexueller Aktivität bzw. mit 21 Jahren (je nachdem welches Kriterium zuerst eintritt) mit dem Screening zu beginnen und es zumindest alle drei Jahre zu wiederholen.
- Empfehlung gegen routinemäßiges Screening bei Frauen über 65 Jahren, wenn diese zuvor adäquat gescreent wurden, unauffällige PAP-Befunde hatten und nicht einer Hochrisikogruppe angehören.
- Empfehlung gegen routinemäßigen PAP-Abstrich bei Zustand nach totaler Hysterektomie aufgrund einer gutartigen Erkrankung.
- Unzureichende Evidenz, um eine Empfehlung für oder gegen den Einsatz neuer Technologien (zB Dünnschichtzytologie, automatisierte Analysesysteme) auszusprechen.
- Unzureichende Evidenz, um eine Empfehlung für oder gegen den Einsatz von HPV-Tests als primäre Screening-Maßnahme auszusprechen

Gemäß UKNSC:

- Empfehlung, Frauen im Alter von 25 bis 64 Jahren zum Zervixkarzinom-Screening einzuladen.

Die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) findet keine direkte Evidenz, dass ein jährlich durchgeführtes Screening bessere Outcomes erzielt als Screening in einem Drei-Jahres-Intervall. Studienmodelle deuten auf einen geringen zusätzlichen Nutzen für den Großteil der Frauen durch häufigeres Screening als alle drei Jahre. Der Großteil von Zervixkarzinomen in den USA wird bei Frauen diagnostiziert, die noch nie oder die innerhalb der letzten fünf Jahre nicht an einem Screening teilgenommen haben. Zusätzlich treten Erkrankungsfälle besonders dann auf, wenn einem auffälligen PAP-Test nicht die entsprechenden Maßnahmen folgen. Die USPSTF sieht daher vor allem die Notwendigkeit, jene Frauen zu identifizieren und zu screenen, die bisher nicht am Screening teilgenommen haben bzw. inadäquat gescreent wurden (USPSTF, 2003, S.1-5).

Das UK National Screening Committee (UKNSC) empfiehlt, Frauen im Alter von 25 bis 64 Jahren zum Zervixkarzinom-Screening einzuladen (UKNSC, 2007, S.10).

Eine Suche in der National Health Library des UKNSC erbrachte folgende Ergebnisse: Im Screening-Programm des National Health Service (NHS) in England erfolgt der Call bei 25jährigen Frauen, danach ein Recall alle drei Jahre bis zum Alter von 49 Jahren und im Alter zwischen 50 und 64 Jahren dann alle fünf Jahre (NHSCSP, 2004b, S.5). Das Screening soll

beendet werden nach dem ersten auf den 60. Geburtstag folgenden Test, wenn die drei letzten Tests negativ waren. Konsequente Nicht-Responderinnen sollen mit ihrem 65. Geburtstag von der Recall-Liste genommen werden. Wenn Frauen eine Strahlentherapie wegen Zervixkarzinom erhalten haben, sollen sie ebenfalls vom Recall ausgenommen werden. Wird im Call/Recall-Register der Marker „Absenz einer Zervix“ gesetzt (bei Frauen nach totaler Hysterektomie, bei Mann zu Frau Transsexuellen, bei angeborenem Fehlen einer Zervix), werden die Frauen ebenfalls von Call/Recall ausgenommen (NHSCSP, 2004a, S.4). Die Nutzen/Schaden-Relation des Zervixkarzinom-Screenings in einem nationalen Programm mit Call und Recall wird für Frauen unter 25 Jahren als negativ eingestuft – daher erfolgt der Call mit 25 Jahren. Es wird keine ausreichende Evidenz gesehen, um das Screening-Intervall auf unter drei Jahre zu verkürzen. Die Praxis eines zweiten Abstrichs ein Jahr nach dem allerersten Abstrich habe keinen zusätzlichen Nutzen im Sinne von gewonnenen Lebensjahren gebracht. Diese Praxis solle daher aufgegeben werden – vorausgesetzt der erste Abstrich war negativ und erfolgte in einem qualitätsgesicherten Programm (NHSCSP, 2004c, S.4-6).

Das UKNSC berichtet für Wales, dass Frauen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren alle drei Jahre zum Zervixkarzinom-Screening eingeladen werden. In Schottland werden Frauen ebenfalls alle drei Jahre zum Zervixkarzinom-Screening eingeladen, allerdings im Alter zwischen 20 und 60 Jahren. Die Scottish Breast and Cervical Cancer Advisory Group beschloss 2005, diese Altersgrenzen und Intervalle beizubehalten und seine Empfehlungen zu aktualisieren, wenn im Jahr 2010 robustere Daten verfügbar sein werden (UKNSC, 2007, S.10).

In der Cochrane Database of Systematic Reviews wurde eine Arbeit zur Steigerung der Teilnehmerate am Zervixkarzinom-Screening gefunden. Evidenzprüfungen zur Wirksamkeit von Einlade- oder Wiedereinbestellungsmaßnahmen gehen jedoch über die im Rahmen dieser Aktualitätsprüfung bearbeiteten Fragestellungen hinaus.

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

Wie in den Wissenschaftlichen Grundlagen ausgeführt, wird für Österreich auf Basis des Standes des internationalen Wissens für alle Frauen zwischen 19 und 69 Jahren das systematische Screening nach Zervixkarzinom mit dem Screeningtest nach Papanicolaou empfohlen. Als geeignetes Routine-Intervall gelten drei Jahre, wenn zuvor mindestens zwei bis maximal drei initiale Abstriche in einem Ein-Jahres-Abstand unauffällige Befunde erbracht haben (WIZE VAEB, 2005, S.116).

Diskussion

Hinsichtlich der Altersgrenzen für Zervixkarzinom-Screening kann festgestellt werden, dass es keine einheitlichen Empfehlungen bzw. Praktiken gibt und die in den Wissenschaftlichen Grundlagen für Österreich empfohlenen Altersgrenzen im Bereich der recherchierten internationalen Beispiele liegen. Es fällt jedoch auf, dass weder USPSTF noch UKNSC ein Screening-Intervall

von unter drei Jahren empfehlen, auch nicht zu Beginn des Screenings. Hier besteht eine Diskrepanz zwischen den recherchierten internationalen Beispielen und der empfohlenen Vorgangsweise in den Wissenschaftlichen Grundlagen der VU Neu, wo zu Beginn zwei bis maximal drei PAP-Abstriche im Ein-Jahres-Abstand empfohlen werden. Zu diskutieren wäre, ein Beenden des Screenings nach totaler Hysterektomie bei gutartiger Erkrankung in die Empfehlungen aufzunehmen.

Die Empfehlungen der USPSTF beziehungsweise die in der National Health Library gefundenen Reviews und Guidelines sprechen auch folgende Aspekte des Zervixkarzinom-Screenings an:

Dünnschichtzytologie

Hinsichtlich der Bedeutung der Dünnschichtzytologie für Zervixkarzinom-Screening scheint derzeit keine eindeutige Aussage möglich. Klar formuliert wird jedoch von vielen Autoren der Wunsch nach mehr Studien von hoher Qualität, um diese Frage beantworten zu können. Die USPSTF sieht keine ausreichende Evidenz, um den Einsatz von Dünnschichtzytologie empfehlen zu können (USPSTF, 2003, S.2). Das NHS Screening-Programm für Zervixkarzinom hat nach einer Empfehlung des NICE im Oktober 2003 mit dem Umstieg auf Dünnschichtzytologie begonnen, wofür ein Zeitraum von fünf Jahren veranschlagt wurde (NHSCSP, 2004c, S.8). Für Großbritannien wird die Dünnschichtzytologie als kosteneffektive Alternative zum konventionellen PAP-Test gesehen (Karnon et al., 2004). Ein aktuellerer Systematischer Review wiederum findet keine Evidenz, dass Dünnschichtzytologie den Anteil unbrauchbarer Abstriche reduziert oder mehr hochgradige Läsionen erkennt als der konventionelle PAP-Test, sieht keine überlegene Leistungsfähigkeit der neuen Technologie (Davey et al., 2006).

Automatisierung

Computergestützte automatisierte Analysesysteme werden derzeit nicht für den Einsatz bei Zervixkarzinom-Screening empfohlen (USPSTF, 2003, S.2; MSAC, 2003b, S.32; Willis, Barton, Pearmain, Bryan & Hyde, 2005).

HPV-Tests

HPV-Tests werden derzeit nicht als Alternative zur Zytologie im primären Screening gesehen (USPSTF, 2003, S.2; MSAC, 2003c, S.47). Während die USPSTF HPV-Tests auch nicht als rentable Ergänzung zur Zytologie im primären Screening beurteilt (USPSTF, 2003, S.5), sieht die American Cancer Society (ACS) HPV-DNA-Tests in Kombination mit Zytologie (konventionell oder Dünnschichtzytologie) bei Frauen ab 30 Jahren als Alternative, wenn das Screening dann nur alle drei Jahre wiederholt wird, während ACS für Screening mit Zytologie allein auch ein Intervall von nur zwei Jahren als sinnvoll erachtet (Smith, Cokkinides & Eyre, 2006, S.14).

Diese Recherche-Ergebnisse bestätigen die in den Wissenschaftlichen Grundlagen der VU Neu eingenommenen Positionen zu eben jenen Aspekten des Zervixkarzinom-Screenings.

Literatur

- Davey, E., Barrat, A., Irwig, L., Chan, S.F., Macaskill, P., Mannes, P., et al. (2006). Effect of study design and quality on unsatisfactory rates, cytology classifications, and accuracy in liquid-based versus conventional cervical cytology: a systematic review. *Lancet*, 367(9505):122-32. Abstract Download vom 30. August 2007 von PubMed.
- Karnon, J., Peters, J., Platt, J., Chilcott, J., McGoogan, E. & Brewer, N. (2004). *Liquid-based cytology in cervical screening: an updated rapid and systematic review and economic analysis*. Download am 22. August 2007 von der Webseite des NCCHTA National Coordinating Centre for Health Technology Assessment, <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/execsumm/summ820.htm>
- MSAC Medical Services Advisory Committee (2003b). *Computer-assisted image analysis for cervical screening. MSAC reference 12c*. Download vom 20. August 2007 von der Webseite des Medical Services Advisory Committee, [http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/ref12c-1/\\$FILE/msacref12c.pdf](http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/ref12c-1/$FILE/msacref12c.pdf)
- MSAC Medical Services Advisory Committee (2003c). *Human papillomavirus testing for cervical screening. MSAC reference 12d*. Download vom 20. August 2007 von der Webseite des Medical Services Advisory Committee, [http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/ref12d-1/\\$FILE/msacref12d.pdf](http://www.msac.gov.au/internet/msac/publishing.nsf/Content/ref12d-1/$FILE/msacref12d.pdf)
- NHSCSP NHS Cancer Screening Programmes (2004a). *Ceasing women from the NHS cervical screening programme. NHSCSP Good Practice Guide No 1*. Download vom 21. August 2007 von der Webseite des NHS Cancer Screening Programmes, <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/nhscsp-gpg1.pdf>
- NHSCSP NHS Cancer Screening Programmes (2004b). *Cervical screening call and recall. Guide to administrative good practice. NHSCSP Publication No 18*. Download vom 21. August 2007 von der Webseite des NHS Cancer Screening Programmes, <http://www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/publications/nhscsp18.pdf>
- NHSCSP NHS Cancer Screening Programmes (2004c). *Colposcopy and programme management. Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme. NHSCSP Publication No 20*. Download vom 21. August 2007 von der Webseite des NHS Cancer Screening Programmes, <http://cancerscreening.org.uk/cervical/publications/nhscsp20.pdf>
- Smith, R.A., Cokkinides, V. & Eyre, H.J. (2006). American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer. [elektronische Ausgabe]. *CA Cancer J Clin*, 56:11-25. Download am 3. September 2007, von <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/56/1/11>
- UKNSC UK National Screening Committee (2007). *UK National Screening Committee's policy positions July 2007*. Download vom 3. September 2007 von der Webseite der NHS National Library for Health, <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=61406>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2003). *Screening for cervical cancer. Recommendations and rationale*. Download vom 16. August 2007 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/cervcan/cervcanrr.pdf>
- Willis, B.H., Barton, P., Pearmain, P., Bryan, S. & Hyde, C. (2005). *Cervical screening programmes: can automation help? Evidence from systematic reviews, an economic analysis and a simulation modelling exercise applied to the UK*. Download vom 20. August 2007 von der Webseite des NHS Health Technology Assessment Programms, <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon913.pdf>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz

3.9 Kolorektalkarzinom

Screening nach Kolorektalkarzinom

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

- eindringliche Empfehlung mit einem Screening nach Kolorektalkarzinom bei Frauen und Männern mit normalem Risiko ab einem Alter von 50 Jahren zu beginnen.

Gemäß UKNSC:

- Empfehlung Frauen und Männern ab 50 Jahren Screening mittels Tests auf okkultes Blut im Stuhl (FOBT) anzubieten.

Die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) findet gute Evidenz, dass der periodisch durchgeführte fäkal okkulte Blut-Test (FOBT) die Mortalität an Kolorektalkarzinom (KRK) senkt. Der FOBT mit jährlicher Untersuchungsfrequenz senkt dabei die Mortalitätsrate stärker als der FOBT alle zwei Jahre, führt aber zu mehr falsch positiven Resultaten. Die USPSTF findet ausreichende Evidenz, dass Sigmoidoskopie – allein oder in Kombination mit FOBT – die Mortalität senkt (üblicherweise empfohlenes Intervall: fünf Jahre). Die USPSTF findet keine direkte Evidenz, dass Koloskopie-Screening (üblicherweise empfohlenes Intervall: zehn Jahre) die Mortalität an KRK reduziert. Direkte Evidenz für das geeignete Screening-Intervall liegt dabei für den FOBT vor, nicht jedoch für Sigmoido- bzw. Koloskopie. Betreffend Koloskopie-Screening ist es für die USPSTF unklar, ob die erhöhte Treffsicherheit der Koloskopie verglichen mit alternativen Screening-Methoden (zB die Identifikation von Läsionen, die durch FOBT und Sigmoidoskopie unentdeckt blieben) die zusätzlichen Komplikationen, Unannehmlichkeiten und Kosten aufwiegt. Die USPSTF stellt fest, dass aufgrund unzureichender Daten nicht entschieden werden kann welche Screening-Strategie die beste ist – sowohl hinsichtlich der Nutzen/Schaden-Relation als auch hinsichtlich der Kosteneffizienz (USPSTF, 2002, S.145).

Das UK National Screening Committee (UKNSC) empfiehlt, Frauen und Männern ab 50 Jahren KRK-Screening mittels FOBT anzubieten (UKNSC, 2007, S.11).

Eine Suche in der National Health Library des UKNSC brachte folgende Ergebnisse: Ein kanadischer Systematischer Review kommt zu dem Ergebnis, dass die Evidenz den Einsatz von jährlichem oder zweijährlichem FOBT bzw. von flexibler Sigmoidoskopie für das Screening von symptomlosen Individuen mit normalem Risiko ab einem Alter von 50 Jahren unterstützt. Ob beide Maßnahmen zusammen eingesetzt werden sollen oder nur je eine, bleibt ebenso unklar wie die Evidenz hinsichtlich des Einsatzes der Koloskopie für primäres Screening (McLeod & Canadian Task Force on Preventive Health Care, 2001).

In zwei Regionen Großbritanniens wurde ein Screening-Pilot durchgeführt, um die Effektivität des Screenings mittels FOBT außerhalb einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) zu

prüfen. Der Evaluations-Report zu diesem Piloten bestätigt die Machbarkeit eines Bevölkerungs-Screenings mit FOBT und berichtet, dass die angestrebte Teilnahmerate von 60 Prozent annähernd erreicht wird und die wesentlichen Marker (Anteil der positiven Testergebnisse, Rate der entdeckten KRK, positiver Vorhersagewert etc.) nicht substantiell von jenen abweichen, die im Rahmen eines in Nottingham durchgeführten RCT ermittelt wurden. Die Autoren schließen daraus, dass ein nationales Screening-Programm mit FOBT in der Lage sein sollte, jene Reduktion in KRK-Mortalität zu erzielen wie auch im Rahmen eines RCT und empfehlen daher die Aufnahme von FOBT-Screening in eine nationale Strategie zur Bekämpfung von KRK (Alexander & Weller, 2003, S.189).

Das UKNSC berichtet, dass das National Health Service (NHS) in England im Juli 2006 ein KRK-Screening-Programm begonnen hat, das Frauen und Männern zwischen 60 und 69 Jahren FOBT anbietet und bis Ende 2009 nationalen Umfang erreichen soll. Ab 2010 soll das Programm auf Personen bis 75 Jahre ausgedehnt werden. Das NHS in Wales wird Ende 2008 mit einem KRK-Screening-Programm beginnen, das in der Vollausbaustufe Personen zwischen 50 und 74 Jahren zum FOBT einladen wird. Das NHS Schottland hat im Juni 2007 mit seinem Screening-Programm begonnen, das bis Ende 2009 nationale Reichweite erlangen soll und Personen zwischen 50 und 74 Jahren einlädt. Nordirland plant den Beginn eines Programms für 2009 (UKNSC, 2007, S.11).

In der Cochrane Database of Systematic Reviews wurde folgende aktuelle Arbeit aus 2007 gefunden: Ein Review zum KRK-Screening mit FOBT kommt zum Ergebnis, dass das relative Risiko an KRK zu sterben um 16 Prozent reduziert wird, bezogen auf alle zum Screening eingeladenen Personen. Das heißt, der FOBT ist geeignet, einen von sechs Todesfällen an KRK zu verhindern. Die Relative Risikoreduktion steigert sich auf 25 Prozent, bezogen auf jene Personen, die tatsächlich zum Screening erschienen (RRR adjusted for attendance). Allerdings zeigte sich in der Gesamtmortalität kein signifikanter Unterschied zwischen der Screening- und der Kontrollgruppe. Die TeilnehmerInnen der in den Review eingeschlossenen Studien waren zwischen 45 und 75 Jahre alt. Als Nutzen des FOBT sehen die Autoren eine mäßige Reduktion der KRK-Mortalität, eine mögliche Reduktion der KRK-Inzidenz durch die Entfernung von Adenomen bei der Endoskopie nach positivem FOBT sowie potenziell eine weniger invasive Chirurgie bei der Behandlung von KRK. Schaden durch das Screening mit FOBT kann laut Autoren entstehen in Form von psycho-sozialen Konsequenzen nach einem falsch positiven Test, die eventuell signifikanten Komplikationen der Koloskopie selbst, einen falsch negativen Test sowie durch unnötige Untersuchungen und Behandlungen (Hewitson, Glasziou, Irwig, Towler & Watson, 2007, S.5).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

„Die Screeningmaßnahme zum Kolorektalkarzinom wird auf Basis des Standes des internationalen medizinischen Wissens im Rahmen des neuen Vorsorge-Früherkennungsprogrammes für

Österreich empfohlen. Das Screening schließt alle Erwachsenen ab 50 Jahren ein und umfasst die jährliche Durchführung eines okkulten Bluttests. Weiters dient als Ergänzung eine Sigmoidoskopie im Abstand von jeweils fünf Jahren. International wird alternativ dazu eine Koloskopie jeweils alle zehn Jahre befürwortet.

Anmerkung: Im Rahmen der beschlossenen österreichischen Vorsorgeuntersuchung Neu wurde die Sigmoidoskopie aus dem Programm ausgeschlossen“ (WIZE VAEB, 2005, S.124).

Diskussion

Angesichts der nach wie vor unklaren Evidenzlage bezüglich Koloskopie als der primären Screening-Modalität und der aktuellen Situation, dass Frauen und Männern ab 50 diese Option im Rahmen der VU angeboten wird, scheint es notwendig die Aufklärung der PatientInnen über den Stellenwert der Koloskopie beim Screening zu diskutieren. Am VU-Befundblatt kann „*ärztliche Beratung/Aufklärung über Koloskopie durchgeführt*“ durch Ankreuzen dokumentiert werden. Wie bzw. mit welchen Hilfsmitteln erfolgt diese Aufklärung? Eine Standardisierung und damit Qualitätssicherung der Aufklärung im Sinne einer evidenzbasierten Patienteninformation erscheint als Voraussetzung für eine autonome, partizipative Entscheidungsfindung der Versicherten notwendig.

Literatur

- Alexander, F. & Weller, D. (2003). *Evaluation of the UK Colorectal Cancer Screening Pilot. Final Report*. Download vom 14. September 2007 von der Webseite des NHS Cancer Screening Programmes, <http://www.cancerscreening.nhs.uk/bowel/finalreport.pdf>
- Hewitson, P., Glasziou, P., Irwig, L., Towler, B. & Watson, E. (2007). *Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult*. Download vom 10. September 2007 von der Webseite der Cochrane Database of Systematic Reviews, http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001216/pdf_fs.html
- McLeod, R.S. & Canadian Task Force on Preventive Health Care (2001). Screening strategies for colorectal cancer: a systematic review of the evidence. *Can J Gastroenterol.*, 15(10):647-60. Abstract Download vom 11. September 2007 von PubMed.
- UKNSC UK National Screening Committee (2007). *UK National Screening Committee's policy positions November 2007*. Download vom 30. November 2007 von der Webseite der NHS National Library for Health, <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=61406>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2002). *Screening for colorectal cancer. Recommendations and rationale*. Download vom 7. September 2007 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/colorectal/colorr.pdf>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz

3.10 Parodontalerkrankungen

Screening nach Parodontitis

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

- keine Empfehlung zum Screening nach Parodontitis

Die USPSTF weist „dental and periodontal disease“ als inaktives Thema aus und hat dieses in Ihren Empfehlungen seit 1996 nicht mehr berücksichtigt. Dies wird begründet mit fehlender Evidenz für den Nutzen eines Screenings nach Parodontitis in der allgemeinen Primärversorgung

Gemäß UKNSC:

- Es gibt aktuell keine Stellungnahme zum Screening nach Parodontitis.

Die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) empfahl 1996, PatientInnen zu beraten regelmäßig eine professionelle Zahnpflege aufzusuchen, und wies gleichzeitig darauf hin, dass die Wirksamkeit der Maßnahme unter Routinebedingungen („effectiveness“) nicht evaluiert war. Weiters wurden tägliches Zähneputzen mit einer fluoridhaltigen Zahnpasta sowie tägliche Reinigung der Zahnzwischenräume empfohlen – mit Hinweis darauf, dass die Wirksamkeit dieser Beratung unter Alltagsbedingungen nicht hinreichend evaluiert war (USPSTF, 1996a, S.711). In allen darauf folgenden Ausgaben des *Guide to Clinical Preventive Services* der USPSTF (bis inklusive 2006) finden sich diese Empfehlungen nicht mehr, die USPSTF weist „dental and periodontal disease“ als inaktives Thema aus (USPSTF, 1996b).

Seitens des UK National Screening Committee (UKNSC) gibt es aktuell keine Stellungnahme zum Screening nach Parodontitis (UKNSC, 2007).

Eine Suche in der National Health Library des UK Screening Committee konnte keine relevanten Dokumente zur Fragestellung identifizieren. Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) führt lediglich eine klinische Leitlinie zu den Intervallen zwischen dentalen Routineuntersuchungen durch Fachpersonal an (vgl. NICE, 2004).

In der Cochrane Database of Systematic Reviews konnte zur Fragestellung des Screenings nach Parodontitis in der Allgemeinpraxis keine relevante Literatur gefunden werden.

Zusätzliche Recherche über PubMed:

Aufgrund dieser besonderen Situation wurde zusätzlich in der Datenbank MEDLINE über die Suchoberfläche PubMed nach Literatur gesucht, die eine Aussage zur Testgüte (Validität) des vorgeschlagenen Selbstausfüllertests erlaubt. Es konnten ein Systematischer Review und sechs Primärarbeiten zur Validität von selbst berichteter Parodontitis identifiziert werden. Der

Systematische Review berichtet, dass manche Fragen zwar zufriedenstellende valide Ergebnisse erbrachten, die Ergebnisse aber stark zwischen Studien variieren, je nach befragtem Bevölkerungskollektiv und je nach Fragestellung. Für keine Fragestellung konnte eine Superiorität und ausreichende Qualifikation festgestellt werden, die einen alleinigen Einsatz in der Allgemeinbevölkerung rechtfertigen würde. Die Autoren schließen, dass eventuell die Kombination mehrerer valider Fragen und die Erfassung von demographischen Faktoren und von Risikofaktoren wie Rauchen zur Entwicklung eines geeigneten Instrumentariums führen könnten (Blicher, Joshipura & Eke, 2005, S.889). Die sechs Primärarbeiten zeigen ein ähnliches Bild: Drei Arbeiten sehen selbst berichtete Parodontitis als ausreichend valide, um zumindest Potenzial für ein geeignetes Erhebungsinstrument darin zu erkennen (Joshipura, Douglass, Garcia, Valachovic & Willett 1996; Joshipura, Pitiphat & Douglass 2002; Pinelli & de Castro Monteiro Loffredo 2007). Drei Arbeiten kommen zu dem Schluss, dass die Validität unzureichend ist (Gilbert & Nuttall 1999; Pitiphat, Garcia, Douglass & Joshipura 2002; Dietrich et al. 2005). Aufgrund dieses Ergebnisses kann keine abschließende Aussage zur Validität des Instruments getroffen werden.

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

In den Wissenschaftlichen Grundlagen zur VU Neu „wird für Österreich die Screening-Präventionsmaßnahme für Parodontalerkrankung durch den niedergelassenen Arzt auf Basis des Standes des internationalen medizinischen Wissens empfohlen. Das Screening schließt alle Erwachsene ab dem 19. Lebensjahr ein.“ Es wird ein mehrstufiges Vorgehen empfohlen: Dieses setzt sich zusammen aus einer Risikoabschätzung durch schriftliche Befragung (Selbstaussfüllertest), weiters aus der Erfassung von Risikofaktoren durch den Untersucher (Rauchen, Diabetes, Schwangerschaft, Hygieneerschwerbis) sowie aus einer Mundhöhleninspektion. Auf Basis der mit diesen drei Verfahren erhobenen Befunde und anamnestischen Daten sollen die ProbandInnen in drei Parodontitis-Risikoklassen eingeteilt und die empfohlenen Maßnahmen entsprechend dieser Risikoklassen gesetzt werden (WIZE VAEB, 2005, S.107).

Diskussion

Weder die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) noch das UK National Screening Committee (UKNSC) empfehlen ein Screening erwachsener ProbandInnen auf Parodontalerkrankungen in der Allgemeinpraxis. Die von uns angewandte Suchmethodik liefert keine hochgradige Evidenz, aus der sich das in den Wissenschaftlichen Grundlagen der VU Neu empfohlene Procedere ableiten ließe. Erwähnt werden soll jedoch, dass die Entwicklung der Empfehlungen zum Screening nach Parodontitis im Jahr 2005, besonders was Auswahl, Einschluss und Ausschluss der Studien betrifft, nicht vollständig nachvollziehbar ist.

Die beiden maßgeblich an der Entwicklung des Screenings nach Parodontalerkrankungen im Rahmen der VU Neu Beteiligten Luciak-Donsberger & Piribauer räumen in einem aktuellen

Artikel ein, dass weitere Studien benötigt werden, um unter anderem die Validität und Reliabilität des Fragebogenteils und der Mundhöhleninspektion zu untersuchen (Luciak-Donsberger & Piribauer, 2007).

Zusammenfassend entsteht somit der Eindruck, dass bei der Zusammenstellung der VU Neu trotz Fehlens entsprechend hochgradiger Evidenz aus der Sekundärliteratur das Screening auf Parodontalerkrankungen in einer eigens dafür neu entworfenen Form aufgenommen wurde, weil dem Nutzen der Identifikation von Risikogruppen bzw. PatientInnen im Rahmen der VU Neu ein höherer Stellenwert eingeräumt wurde.

Stellungnahmen von Fachgesellschaften:

Die Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM) möchte das derzeit empfohlene mehrstufige Vorgehen durch eine allgemeine Empfehlung zum regelmäßigen Zahnarztbesuch ersetzen (Franz Schramm & Erwin Rebhandl, ÖGAM, Stellungnahme und Verbesserungsvorschläge zur neuen Vorsorgeuntersuchung, 2006).

Die Österreichische Gesellschaft für Parodontologie (ÖGP) vertritt die Meinung, dass die Untersuchung der Mundhöhle, der Zähne und des Zahnfleisches ausschließlich einem Zahnarzt obliegen soll und empfiehlt, lediglich fünf Fragen an die PatientInnen zu stellen. Sollte eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, so soll automatisch eine Überweisung zum Zahnarzt erfolgen zur parodontalen Grunduntersuchung (PGU) (Wolfgang Müller, ÖGP-Präsident, Brief an Obersten Sanitätsrat – Kommission Zahnmedizin/Prophylaxe, 4.Juni, 2007).

Literatur

- Blicher, B., Joshipura, K. & Eke, P. (2005). Validation of self-reported periodontal disease: a systematic review. [elektronische Ausgabe]. *J Dent Res*;84(10):881-90. Download vom 6. August 2007, von <http://jdr.iadrjournals.org/cgi/reprint/84/10/881>
- Dietrich, T., Stosch, U., Dietrich, D., Schamberger, D., Bernimoulin, J.P. & Joshipura, K. (2005). The accuracy of individual self-reported items to determine periodontal disease history. *Eur J Oral Sci.* 113(2):219-21. Abstract Download vom 6. August 2007 von PubMed.
- Gilbert, A.D. & Nuttall, N.M. (1999). Self-reporting of periodontal health status. *Br Dent J.* 186(5):241-4. Abstract Download vom 6. August 2007 von PubMed.
- Joshipura, K.J., Douglass, C.W., Garcia, R.I., Valachovic, R. & Willett, W.C. (1996). Validity of a self-reported periodontal disease measure. *J Public Health Dent.* 56(4):205-12. Abstract Download vom 6. August 2007 von PubMed.
- Joshipura, K.J., Pitiphat, W. & Douglass, C.W. (2002). Validation of self-reported periodontal measures among health professionals. *J Public Health Dent.* 62(2):115-21. Abstract Download vom 6. August 2007 von PubMed.
- Luciak-Donsberger, C. & Piribauer, F. (2007). Evidence-based rationale supports a national periodontal disease screening program. *J Evid Based Dent Pract.*;7(2):51-9. Abstract Download vom 6. August 2007 von PubMed. Manuskript des Artikels beim WIZE vorliegend. Laut Autorin Luciak-Donsberger (mail vom 24.8.2007) stimmt Manuskript mit publiziertem Artikel inhaltlich überein.
- NICE National Institute for Health and Clinical Excellence (2004). *Dental recall: recall interval between routine dental examinations. Clinical Guideline 19.* Download vom 6. August 2007 von der Webseite des National Institute for Health and Clinical Excellence, <http://guidance.nice.org.uk/CG19/niceguidance/pdf/English>
- Pinelli, C. & de Castro Monteiro Loffredo, L. (2007). Reproducibility and validity of self-perceived oral health conditions. *Clin Oral Investig.* 2007 Jul4 (Epub ahead of print.) Abstract Download vom 6. August 2007 von PubMed.
- Pitiphat, W., Garcia, R.I., Douglass, C.W. & Joshipura, K.J. (2002). Validation of self-reported oral health measures. *J Public Health Dent.* 62(2):122-8. Abstract Download vom 6. August 2007 von PubMed.
- UKNSC UK National Screening Committee (2007). *UK National Screening Committee's policy positions July 2007.* Download vom 3. September 2007 von der Webseite der NHS National Library for Health, <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=61406>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force (1996a). *Counseling to prevent dental and periodontal disease.* Download vom 6. August 2007 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/2ndcps/dental.pdf>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force (1996b). *Counseling for dental and periodontal disease.* Download vom 6. August 2007 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstf.htm>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen.* Graz

3.11 Prostatakarzinom

Screening nach Prostatakarzinom (PSA-Screening)

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

- Derzeit ungenügender Nachweis, um eine Empfehlung für oder gegen ein Prostatakarzinom-Screening mittels PSA-Bestimmung oder digitaler rektaler Untersuchung auszusprechen.

Gemäß UKNSC:

- Empfehlung vorerst kein organisiertes, bevölkerungsorientiertes Screening-Programm zu implementieren.

Laut U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) besteht derzeit nicht ausreichend Evidenz, um ein Prostatakarzinom-Screening zu empfehlen. Es gibt Hinweise, dass sowohl die PSA-Bestimmung als auch die digitale rektale Untersuchung geeignet sind, Frühformen des Prostatakarzinoms zu identifizieren. Insgesamt besteht jedoch Ungewissheit, inwieweit das Ausmaß eines möglichen Screening-Nutzens (im Sinne einer Reduktion der Morbidität und Mortalität) in einem angemessenen Verhältnis zum Screening-assoziierten Risiko (durch falsch positive Befunde, unnötige Biopsien etc.) steht (USPSTF, 2006, S.43).

Bis zum Vorliegen einer eindeutigen Sachlage hat das UK National Screening Committee (UKNSC) empfohlen, vorerst kein organisiertes, bevölkerungsorientiertes Screening-Programm zu implementieren (UKNSC, 2006). Aufgrund der erheblichen Nachfrage zum PSA-Test und steigenden PSA-Testungen von asymptomatischen Männern wurde darauf in England unter Auflage definierter Qualitätserfordernisse ein Prostatakrebs-Risikomanagement Programm zur informierten Entscheidungsunterstützung initiiert. Männern über 50 Jahre ist der PSA-Test zu ermöglichen, sofern gewährleistet ist, dass der Patient eine gut informierte Entscheidung treffen kann. In diesem Zusammenhang wurden Informationsmaterialien für Patienten (Cancerbacup, 2005) und Beratungsleitfäden für ÄrztInnen (Watson, Jenkins, Bukach & Austoker, 2002; NHS Cancer Screening Programmes, 2002) entwickelt. Zur Inanspruchnahme des PSA-Tests von asymptomatischen Männern werden in England jedoch keine Routinedaten erhoben. Zu Fragen der Testhäufigkeit in England (Melia et al., 2004) sowie zu Nützlichkeit der Informationsmaterialien (Evans et al., 2005) und die Auswirkung auf die Entscheidungsfindung der Männer wurden Studien durchgeführt (Watson et al., 2006).

Auch eine Systematische Übersichtsarbeit (Systematic Review) der Cochrane Collaboration zum Prostatakarzinom-Screening hat die bislang vorliegende Evidenz als nicht ausreichend bewertet, um sich für oder gegen den Einsatz von Routine- bzw. opportunistischem Screening auszusprechen und (Ilic, O'Connor, Green S & Wilt, 2006, S. 7-9). Erste aussagekräftige Er-

gebnisse der beiden laufenden großen randomisierten Multi-Center Studien (RCTs) zum Prostatakrebs-Screening sind frühestens 2010 zu erwarten. Erst dann wird es möglich sein, Fragen zur Auswirkung des Screenings auf die Zielkrankheit und Lebensqualität zu beurteilen und damit eine wissenschaftlich fundierte Aussage bezüglich der Umsetzung eines solchen Screenings in der Versorgung zulassen.

Eine im Frühjahr 2006 durchgeführte Literaturanalyse zum PSA-Screening wurde im Rahmen dieses Projekts durchgeführt, in welche sämtliche Primärstudien zu den oben zitierten RCTs sowie klinische Leitlinien und internationale Empfehlungen aufgearbeitet wurden, kam ebenfalls zu dem Schluss, dass die Effektivität des PSA-Screenings zum aktuellen Zeitpunkt unbewiesen sei (Reichenpfader, 2006).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

Wie in den Wissenschaftlichen Grundlagen ausgeführt, wird „das systematische Routinescreening zur Früherkennung von Prostatakrebs mittels digitaler rektaler Untersuchung und/oder mittels Tumormarkern im Serum (dem prostataspezifischen Antigen) [wird] für Österreich auf Basis des Standes des internationalen medizinischen Wissens derzeit nicht empfohlen“ (WIZE, 2005, S. 148). Ebendort heißt es weiters „Patienten bzw. Klienten haben ein Recht, wissenschaftliche Ergebnisse so dargestellt zu bekommen, dass sie eine informierte Entscheidung treffen können. Diese Ergebnisse müssen unter gleichwertiger Betonung des möglichen Nutzens und des fehlenden Nutzens bzw. möglichen Schadens vermittelt werden“ (S.159).

Diskussion

Die empfohlene Vorgangsweise orientiert sich insofern an der des UK Screening Committee, als keine Routine Bestimmung des PSA-Werts durch zu führen ist. Im Gegensatz zum englischen Programm wurde in Österreich bislang keine (vergleichbare) evidenz-basierte Patienteninformation zur autonomen, partizipativen Entscheidungsfindung entwickelt. Die in den Wissenschaftlichen Grundlagen dargestellte Grafik zur Visualisierung des möglichen Screening-assoziierten Nutzens bzw. Risikos lehnt sich eng an die Materialien des UK Screening Committee an, ist jedoch sicher nicht ausreichend. Patientenbefragungen sollten daher deren Erfahrungen zu diesem Bereich innerhalb der VU Neu näher beleuchten, um eine Einschätzung zu Art und Ablauf einer Beratung zu ermöglichen.

Literatur

- Cancerbacup. (2005). *Understanding the PSA test*. Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes.
- Evans R, Edwards A, Brett J et. al. (2005). Reduction in uptake of PSA tests following decision aids: systematic review of current aids and their evaluations. *Patient Educ Couns*. Jul;58(1):13-26.
- Ilic D, O'Connor D, Green S & Wilt T. (2006). Screening for prostate cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.:CD004720.
- Melia J, Moss S, Johns L. & Contributors in the participating laboratories. (2004). Rates of prostate-specific antigen testing in general practice in England and Wales in asymptomatic and symptomatic patients: a cross-sectional study. *BJU Int*. Jul;94(1):51-6.
- NHS Cancer Screening Programmes. (2002). *Prostate Cancer Risk Management: UK information pack*.
- Reichenpfader, U. (2006). *Aktualisierte Evidenzprüfung zum PSA-Screening im Rahmen der „Vorsorgeuntersuchung NEU“*. [Projektbericht im Rahmen des Projekts „Evaluierung und Qualitätssicherung der VU Neu“], Juni 2006.
- UKNSC UK National Screening Committee (2006). *National Screening Committee policy - prostate cancer screening*. Download vom 6. September 2007, von <http://www.library.nhs.uk/screening/viewResource.aspx?resID=61153>
- USPSTF U.S. Preventive Service Task Force. (2006). Screening for Prostate Cancer. In: U.S. Preventive Service Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Service Task Force*.
- Watson E, Jenkins L, Bukach C & Austoker, J. (2002). *The PSA test and prostate cancer: information for primary care*. Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes.
- Watson E, Hewitson P, Brett J, Bukach C, Evans R, Edwards A. et al. (2006). Informed decision making and prostate specific antigen (PSA) testing for prostate cancer: a randomised controlled trial exploring the impact of a brief patient decision aid on men's knowledge, attitudes and intention to be tested. *Patient Educ Couns*. Nov;63(3):367-79.
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz

3.12 Glaukom

Screening nach Glaukom

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

- Derzeit unzureichende Evidenz um ein Glaukom- Screening zu empfehlen.

Gemäß UKNSC:

- Screening nach Glaukom sollte nicht angeboten werden

Laut U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) ist für die Diagnose eines Offenwinkelglaukoms mehr als ein Screeningtest erforderlich. Der Einsatz der Tonometrie als Test ist aufgrund der Überbewertung des Risikofaktors „erhöhter Augeninnendruck“ von geringem Nutzen und wird nicht empfohlen. Die Untersuchung des Gesichtsfeldes wird gemäß USPSTF als schwierig eingestuft, weil diese Methode eine sehr niedrige Reliabilität aufweist und mehrere Untersuchungen notwendig sind um einen Schaden festzustellen. Weiters ist bei der Ophthalmoskopie und der Spaltlampenuntersuchung, welche beide zur Ermittlung von Sehnervscheibenveränderungen herangezogen werden, laut USPSTF das Ergebnis stark vom durchführenden Arzt und dessen Können abhängig (USPSTF, 2006, S. 167-169).

Gemäß dem UK National Screening Committee sollte ein Screening nach Glaukom nicht angeboten werden. Diese Stellungnahme soll nach der Berücksichtigung des HTA-Berichts (Burr et al, 2007; siehe unten) zu diesem Thema überarbeitet werden (UKNSC, 2007, S.12).

In der Cochrane Database of Systematic Reviews Committee konnte zur konkreten Fragestellung des Screenings nach Glaukom mittels Fragebogen in der Allgemeinpraxis keine Literatur gefunden werden.

Im Oktober 2007 erschien ein HTA-Review zum Glaukom-Screening, welcher sich Fragestellungen zu Risikofaktoren für Glaukom (Primäres Offenwinkelglaukom), Güte der Testverfahren, alternativen Screeningstrategien und Szenarien der Implementierung in Großbritannien widmet. Besonders sollte beurteilt werden, in welchem Ausmaß die Kriterien des UKNSC erfüllt werden. Dazu wurden neben einer umfangreichen Literatur-Analyse auch Expertenbefragungen und ökonomische Modellierungen durchgeführt. Alter, Ethnizität, positive Familienanamnese, Vorliegen von Diabetes Mellitus und Myopie (nicht näher definiert) werden als Risikofaktoren bestätigt. Eine wesentliche Zielsetzung des Berichtes war die Identifikation derjenigen Screening-Strategie mit der höchsten Ausbeute (in Form von einer erfolgreichen Therapieeinleitung), lediglich instrumentelle Screening-Verfahren wurden berücksichtigt. Zu der mit der VU Neu vergleichbaren Zielsetzung – der Identifikation der Personen mit erhöhtem Glaukomrisiko – wurde

keine spezielle Analyse oder Modellierung durchgeführt. Die Festlegung dieser Risikogruppen soll sich an belegten Risikofaktoren orientieren und kann Alter, Familienanamnese oder auch Ethnizität berücksichtigen (Burr JM, Mowatt G, Hernández R, Siddiqui MAR, Cook J, Lourenco T, *et al.*, 2007, S. 14). Burr und Ko-AutorInnen schließen aufgrund von Modellierungen, dass ein Glaukom-Screening für die Allgemeinbevölkerung – nicht zuletzt aufgrund der niedrigen Prävalenz – nicht kosteneffektiv sei. Machbarkeitsstudien zur Identifikation der effizientesten Screening-Strategien sind jedoch erforderlich, auch solche zur systematischen Identifikation von Risikogruppen (2007, S. 153).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

Gemäß den Wissenschaftlichen Grundlagen wird „das Screening nach einem erhöhten Glaukomrisiko in der Allgemeinmedizin für Österreich auf Basis des Stands des internationalen medizinischen Wissens für alle Erwachsene mittels Risikogruppen-Identifizierung empfohlen“. Das derzeit empfohlene Screening nach Risikofaktoren zielt darauf ab, Personen zu identifizieren,

- in deren Verwandtschaft ersten Grades (Eltern, Kinder, Geschwister) ein Glaukom bekannt ist,
- die an einer hochgradigen Myopie leiden (ab -5D)
- die 65 Jahre oder älter sind bzw. die 40 Jahre und älter sind (Bevölkerung afrikanischer Abstammung).

Wird ein Risikofaktor identifiziert und die betreffende Person hatte innerhalb der letzten 24 Monate keine augenärztliche Untersuchung auf Glaukom, erfolgt eine Zuweisung zum Augenfacharzt (WIZE VAEB, 2005, S. 170).

Diskussion

Weder die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) noch das UK National Screening Committee (UKNSC) empfehlen ein Screening erwachsener bzw. älterer ProbandInnen nach Glaukom in der Allgemeinpraxis. Die von uns angewandte Suchmethodik liefert keine hochgradige Evidenz, aus der sich das in den Wissenschaftlichen Grundlagen der VU Neu empfohlene Vorgehen ableiten ließe. Erwähnenswert ist jedoch, dass die Entwicklung der Empfehlung zum Screening nach Glaukom im Jahr 2005, besonders was Auswahl, Einschluss und Ausschluss der Studien betrifft, nicht vollständig nachvollziehbar ist.

Offenbar waren für die Auswahl der Interventionen zur Risikoerhebung zu bestimmten Zielkrankheiten (Hörminderung, Glaukom, Sehschwäche, Parodontose-Risiko) vor allem Machbarkeitskriterien ausschlaggebend. Wie bereits in Devillé, van der Bij & Groenewegen (2004, S. 11) festgestellt, adressiert die VU Neu viele verschiedene Gesundheitsprobleme und Erkrankungen gleichzeitig. Obwohl für manche dieser Zielfelder einschlägige, validierte Instrumente entwickelt wurden, stellt deren Verwendung aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes kein für die Durchführung der VU in der Routineuntersuchung geeignetes Verfahren dar.

Die expliziten Gründe für die weitere Beibehaltung dieser Maßnahmen trotz Fehlens entsprechend hochgradiger Evidenz aus der Sekundärliteratur (z.B. Einfachheit und hohe Akzeptanz des Tests, Behandlung bei dadurch im Rahmen der VU Neu Identifizierten wirksam und akzeptabel) sollten daher diskutiert werden.

Literatur

- Burr, J.M., Mowatt, G., Hernández, R., Siddiqui, MAR., Cook, J., Lourenco, T. *et al.* (2007). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of screening for open angle glaucoma: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 11(41).
- Devillé, W., van der Bij, S. & Groenewegen, P. (2004). *Periodic health examination by Austrian general practitioners: developing Patient Information Forms and Health Summary Sheets*. Technical Report. Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL). Utrecht.
- UKNSC UK National Screening Committee. (2007). *UK National Screening Committee's policy positions July 2007*. Download vom 3. September 2007 von <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=61406>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2006). Screening for Glaucoma. In: U.S. Preventive Service Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Service Task Force*
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz

3.13 Hörminderung

Screening nach eingeschränktem Hörvermögen

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

- Aktuell findet sich keine Empfehlung der USPSTF zum Screening nach eingeschränktem Hörvermögen, eine Aktualisierung ist gerade in Überarbeitung.

Gemäß UKNSC:

- Es gibt aktuell keine Stellungnahme, welche die Einführung eines Screening nach Hörverlust bzw. eingeschränktem Hörvermögen befürwortet.

Zum Thema „Hörminderung“ gab es im Jahr 1996 eine Empfehlung seitens der U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), in der man das Screening nach Hörminderung bei älteren Personen mittels Fragen nach dem Hörstatus, Beratung hinsichtlich Hörbehilfe und Überweisung zum Facharzt, wenn erforderlich, empfahl. Es bestand zudem unzureichend Evidenz um ein Screening mittels Audiometrie zu empfehlen, und in Bezug auf den Flüstertest wurde darauf hingewiesen, dass unzureichende Daten über die Inter-Untersuchervariabilität vorliegen (USPSTF, 1999, S. 393-396). Aktuell findet sich keine Empfehlung der USPSTF zum Screening nach eingeschränktem Hörvermögen. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass eine Aktualisierung in Überarbeitung ist.

Seitens des UK National Screening Committee (UKNSC) gibt es aktuell keine Stellungnahme, welche eine Einführung zum Screening nach Hörverlust bzw. eingeschränktem Hörvermögen befürwortet (UKNSC, 2007). Eine bei der letzten Begutachtung im Juli 2006 angekündigte Überarbeitung mit der Beurteilung dieses Screenings in Bezug auf die UKNSC Kriterien und eine etwaige Neubewertung liegen bislang nicht vor. Die dazu im Rahmen einer randomisierten Studie berücksichtigte Screening-Variante ist jedoch als 2-stufiges Verfahren nicht direkt vergleichbar mit der im Zusammenhang mit der VU Neu angewandten Methode (UKNSC, 2006).

In der Cochrane Database of Systematic Reviews und der National Health Library des UKNSC konnte zur konkreten Fragestellung des Screenings nach Hörminderung bei Erwachsenen (bzw. Älteren) in der Allgemeinpraxis keine relevante Literatur gefunden werden.

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

Gemäß den Wissenschaftlichen Grundlagen „wird auf Basis des internationalen medizinischen Wissens das Screening nach eingeschränktem Hörvermögen für Österreich wie folgt befürwortet: Die Screeningmaßnahme besteht aus der Frage nach dem Hörverlust und der Durchführung des Flüstertests“ (WIZE VAEB, 2005, S. 175).

Diskussion

Weder die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) noch das UK National Screening Committee (UKNSC) empfehlen ein Screening erwachsener bzw. älterer ProbandInnen auf Hörminderung in der Allgemeinpraxis. Die von uns angewandte Suchmethodik liefert keine hochgradige Evidenz, aus der sich das in den Wissenschaftlichen Grundlagen der VU Neu empfohlene Vorgehen ableiten ließe. Erwähnenswert ist jedoch, dass die Entwicklung der Empfehlung zum Screening nach Hörminderung im Jahr 2005, besonders was Auswahl, Einschluss und Ausschluss der Studien betrifft, nicht vollständig nachvollziehbar ist.

Offenbar waren für die Auswahl der Interventionen zur Risikoerhebung zu bestimmten Zielkrankheiten (Hörminderung, Glaukom, Sehschwäche, Parodontose-Risiko) vor allem Machbarkeitskriterien ausschlaggebend. Wie bereits in Devillé, van der Bij & Groenewegen (2004, S. 11) festgestellt, adressiert die VU Neu viele verschiedene Gesundheitsprobleme und Erkrankungen gleichzeitig. Obwohl für manche dieser Zielfelder einschlägige, validierte Instrumente entwickelt wurden, stellt deren Verwendung aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes kein für die Durchführung der VU in der Routineuntersuchung geeignetes Verfahren dar.

Die expliziten Gründe für die weitere Beibehaltung dieser Maßnahmen trotz Fehlens entsprechend hochgradiger Evidenz aus der Sekundärliteratur (z.B. Einfachheit und hohe Akzeptanz des Tests, Behandlung bei dadurch im Rahmen der VU Neu identifizierten wirksam und akzeptabel) sollten daher diskutiert werden.

Literatur

- Devillé, W., van der Bij, S. & Groenewegen, P. (2004). *Periodic health examination by Austrian general practitioners: developing Patient Information Forms and Health Summary Sheets*. Technical Report. Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL). Utrecht.
- UKNSC UK National Screening Committee. (2006). *UK National Screening Committee policy – screening in old age*. Download vom 19. Dezember 2007 von <http://www.library.nhs.uk/laterlife/ViewResource.aspx?resID=61155&tabID=288>
- UKNSC UK National Screening Committee. (2007). *UK National Screening Committee's policy positions July 2007*. Download vom 3. September 2007 von <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=61406>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (1996). Screening for Hearing Impairment. In: U.S. Preventive Service Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Service Task Force*
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz

3.14 Altersbedingte Sehschwäche

Screening nach altersbedingter Sehschwäche

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

Gemäß USPSTF:

- Aktuell findet sich keine Empfehlung der USPSTF zum Screening nach altersbedingter Sehschwäche, eine Aktualisierung ist gerade in Arbeit.

Gemäß UKNSC:

- Es gibt aktuell keine Stellungnahme zum Screening nach altersbedingter Sehschwäche.

Zum Thema Sehbeeinträchtigung gab es im Jahr 1996 eine Empfehlung der U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF), in der das Screening nach Sehschwäche bei älteren Personen mittels der Snellen-Sehtafel empfohlen wurde. Die Methode „Erfragen des Sehvermögens“ wurde laut USPSTF als hilfreich eingestuft, allerdings waren die Sensitivitäts- und Spezifitätswerte verglichen mit der direkten Messung der Sehschärfe sehr gering und es wurde keine Empfehlung ausgesprochen. Es gab unzureichend Evidenz um ein Screening mittels Ophthalmoskopie bei asymptomatischen Personen zu empfehlen (USPSTF, 1996, S. 379). Aktuell findet sich keine Empfehlung der USPSTF zum Screening nach Sehbeeinträchtigung. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass eine Aktualisierung in Arbeit und die Stellungnahme aus dem Jahr 1996 nicht mehr aktuell ist.

Seitens des UK National Screening Committee (UKNSC) gibt es aktuell keine Stellungnahme zum Screening nach altersbedingter Sehschwäche (UKNSC, 2007).

In der Cochrane Database of Systematic Reviews und der National Health Library des UK Screening Committee konnte zur konkreten Fragestellung des Screenings nach Sehbeeinträchtigungen mittels Fragebogen bei Erwachsenen (bzw. Älteren) in der Allgemeinpraxis keine Literatur gefunden werden. Es wurde lediglich ein Cochrane Review gefunden, der die Auswirkungen eines regionalen Massenscreenings nach Sehbeeinträchtigungen auf die Sehfunktion untersuchte. Die Autoren kamen zum Schluss, dass ungenügend Evidenz besteht um ein bevölkerungsbezogenes Screening zu empfehlen, da keine Verbesserung der Sehfunktion nachgewiesen werden konnte (Smeeth & Illiffe, 2006, S. 1). Es sei hier allerdings angemerkt, dass dieses Ergebnis auf das Nichtvorliegen eines klaren Behandlungsplanes bzw. das Nichtbefolgen (Compliance) dessen zurückzuführen sein könnte. Vom National Institute for Clinical Excellence (NICE) liegen keine Leitlinien zur altersbedingten Sehschwäche vor.

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm

Gemäß den Wissenschaftlichen Grundlagen „wird auf Basis des internationalen medizinischen Wissens das Screening nach altersbedingter Sehschwäche für Österreich empfohlen. Die derzeit implementierte Screeningmaßnahme besteht aus der Frage nach einer Verschlechterung des Sehvermögens und der Frage, ob eine Prüfung des Sehvermögens in den vorangegangenen zwei Jahren erfolgte“ (WIZE VAEB, 2005, S. 175).

Diskussion

Weder die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) noch das UK National Screening Committee (UKNSC) empfehlen ein Screening erwachsener bzw. älterer Probanden nach altersbedingter Sehschwäche in der Allgemeinpraxis. Die von uns angewandte Suchmethodik liefert keine hochgradige Evidenz, aus der sich das in den Wissenschaftlichen Grundlagen der VU Neu empfohlene Vorgehen ableiten ließe. Erwähnenswert ist jedoch, dass die Entwicklung der Empfehlung zum Screening nach altersbedingter Sehschwäche im Jahr 2005, besonders was Auswahl, Einschluss und Ausschluss der Studien betrifft, nicht vollständig nachvollziehbar ist.

Offenbar waren für die Auswahl der Interventionen zur Risikoerhebung zu bestimmten Zielkrankheiten (Hörminderung, Glaukom, Sehschwäche, Parodontose-Risiko) vor allem Machbarkeitskriterien ausschlaggebend. Wie bereits in Devillé, van der Bij & Groenewegen (2004, S. 11) festgestellt, adressiert die VU Neu viele verschiedene Gesundheitsprobleme und Erkrankungen gleichzeitig. Obwohl für manche dieser Zielfelder einschlägige, validierte Instrumente entwickelt wurden, stellt deren Verwendung aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes kein für die Durchführung der VU in der Routineuntersuchung geeignetes Verfahren dar.

Die expliziten Gründe für die weitere Beibehaltung dieser Maßnahmen trotz Fehlens entsprechend hochgradiger Evidenz aus der Sekundärliteratur (z.B. Einfachheit und hohe Akzeptanz des Tests, Behandlung bei dadurch im Rahmen der VU Neu Identifizierten wirksam und akzeptabel) sollten daher diskutiert werden.

Literatur

- Deville, W., van der Bij, S. & Groenewegen, P. (2004). *Periodic health examination by Austrian general practitioners: developing Patient Information Forms and Health Summary Sheets*. Technical Report. Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL). Utrecht.
- Smeeth, L. & Iliffe, S. (2006). *Community screening for visual impairment in the elderly*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 3. Download vom 20. August 2007 von http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD001054/pdf_fs.html
- UKNSC UK National Screening Committee. (2007). *UK National Screening Committee's policy positions July 2007*. Download vom 3. September 2007 von <http://www.library.nhs.uk/SpecialistLibrarySearch/Download.aspx?resID=61406>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (1996). Screening for Visual Impairment. In: U.S. Preventive Service Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Service Task Force*
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz