



EBHC-Analyse 2009

**Projekt „Evaluation und Qualitätssicherung der
Vorsorgeuntersuchung Neu“
Modul „Revision des VU Neu Programms“
Endbericht Arbeitspaket 7.4.**

Impressum

Herausgeber

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH

Haideggerweg 40

8044 Graz

UID-Nr.: ATU 63975513

Tel. +43 (0) 50 / 23 50 DW 37900

Fax. +43 (0) 50 / 23 50 DW 77900

Autorinnen

Dr. Ursula Reichenpfader, MPH

Mag.^a (FH) Ines Spath-Dreyer

Graz, September 2009



Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Abkürzungen und Erläuterungen	4
1 Zusammenfassung	5
2 Einleitung	7
3 Methodik	7
4 Ergebnisse - „Fact Sheets“ zu den einzelnen Maßnahmen bzw. Inhalten der VU Neu	11
4.1 Kardiovaskuläre Risikofaktoren (Arterielle Hypertonie & Lipidstoffwechselstörungen)	11
4.2 Übergewicht/ Adipositas	16
4.3 Beratung zu körperlicher Aktivität	20
4.4 Diabetes mellitus	24
4.5 Tabak-(Nikotin-)Konsum	29
4.6 Problematischer Alkoholkonsum	32
4.7 Mammakarzinom	36
4.8 Zervixkarzinom	40
4.9 Kolorektalkarzinom	44
4.10 Prostatakarzinom	48
4.11 Parodontalerkrankungen	52
4.12 Glaukom	56
4.13 Hörminderung	60
4.14 Altersbedingte Sehschwäche	63
4.15 Hautkrebs	66

Abkürzungen und Erläuterungen

CAGE	Fragebogen zur Erfassung von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit (bestehend aus 4 Fragen: C utt down drinking, A nnoyance, G uilt, E ye Opener)
DMT2	Diabetes mellitus Typ 2
EASD	European Association for the Study of Diabetes
Gamma-GT	Gamma-Glutamyl-Transferase (Leberfunktionsparameter)
HbA1c	Hämoglobin A1c
HDL-Cholesterin	High Density Lipoprotein Cholesterin (so genanntes "gutes" Cholesterin)
HPV	Humanes Papilloma-Virus
HTA	Health Technology Assessment
IGT	gestörte Glukosetoleranz ("impaired glucose tolerance")
MEDLINE	elektronische bibliographische Datenbank der U.S. National Library of Medicine, entwickelt durch das National Center for Biotechnology Information
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
NIVEL	Netherlands Institute for Health Services Research
PAP(-Test bzw. -Abstrich)	gynäkologischer Abstrich nach Papanicolaou
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 mnnesia, K /Cut down)
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
WIZE	Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung und Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

1 Zusammenfassung

Die Auswahl der Maßnahmen bzw. Ziel-Erkrankungen in dieser Evidence Based Healthcare Analyse (EBHC-Analyse) zur Aktualitätsprüfung der Inhalte der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) orientiert sich an den in den Wissenschaftlichen Grundlagen 2005 formulierten Empfehlungen. Die gemäß der angewandten Suchmethodik verfügbare gegenwärtige Evidenz wurde systematisch aufbereitet und in Form von Kurzzusammenfassungen („Fact Sheets“) dargestellt. Die vorliegende EBHC-Analyse bezieht sich auf die aktuell bestehenden Inhalte der VU Neu, insgesamt wurden dabei 15 Fact Sheets erstellt.

Gemäß Projektauftrag ist hiermit der erste Schritt – die Analyse internationaler Screening-Empfehlungen bzw. Screening-Programme – erfüllt. Somit liegt eine Diskussionsgrundlage für den zweiten Schritt, die Überprüfung der Übertragbarkeit der Erkenntnisse auf die österreichischen Verhältnisse gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer, vor. Die wesentlichen Ergebnisse dieser Analyse und die Ausgangspunkte für weitere Diskussionen werden im Folgenden skizziert.

Die 2009 aktualisierte Analyse weist folgende Maßnahmen bzw. Ziel-Erkrankungen der VU Neu als mit qualitativ guter oder sehr guter Evidenz zumindest einer der anerkannten Screening/ Präventions-Einrichtungen belegt aus, nämlich „Hypertonie-Screening“, „Adipositas-Screening und Ernährungsberatung von adipösen Erwachsenen“, „Screening nach problematischem Alkoholkonsum“, „Screening nach Tabakkonsum und Kurzintervention zur Beendigung des Tabakkonsums“ sowie „Beratung zur körperlichen Aktivität“. Derzeit in Überarbeitung, jedoch mit gewissen Hinweisen eines möglichen Screening-Nutzens ist ein Screening auf „Hörminderung“. Zu diesen Bereichen wurden deutliche Empfehlungen oder Empfehlungen zur regelmäßigen Durchführung eines Screenings ausgesprochen.

Abweichungen von evidenzbasierten Empfehlungen, vor allem in Bezug auf die Zielgruppendefinition, bestehen bei den Maßnahmen bzw. Ziel-Erkrankungen „Screening nach Lipidstoffwechselstörungen“ und „Diabetes-Screening“. Hier werden im Gegensatz zum in der VU Neu praktizierten Vorgehen international, gemäß der vorliegenden Evidenz, Screening-Ansätze unterstützt, welche sich lediglich auf definierte Risikogruppen beschränken.

Abweichungen ergeben sich außerdem in Bezug auf die Empfehlung von Untersuchungsintervallen und Altersgrenzen (Beginn- und Ende der Screeninguntersuchung) im Zusammenhang mit Screening auf „Mammakarzinom“ und „Zervixkarzinom“.

Sowohl im Zusammenhang mit dem „Darmkrebs-Screening“ mittels Koloskopie als auch mit dem „Prostatakarzinom-Screening“ im Rahmen der VU Neu sind derzeit keine evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Informationsmaterialien verfügbar, die als Voraussetzung für eine autonome, partizipative Entscheidungsfindung der Versicherten notwendig erscheinen. Gerade im Falle des PSA-Tests sollten angesichts der möglichen mit Gesundheitsrisiken verbundenen Folgeuntersuchungen und der nach wie vor gültigen Unsicherheiten dieses Testverfahrens Materialien zur Entscheidungsunterstützung für ÄrztInnen sowie ProbandInnen verfügbar sein.

Für weitere vier Maßnahmen bzw. Ziel-Erkrankungen der VU Neu ließ sich derzeit keine ausreichende Evidenz identifizieren, um eine Empfehlung für oder gegen ein Screening bei Erwachsenen auszusprechen, nämlich bei „Hautkrebs“, „Parodontitis“, „Glaukom“ sowie „altersbedingter Sehschwäche“.

Für eine Mehrzahl der Maßnahmen bzw. Ziel-Erkrankungen der derzeit gültigen Vorsorgeuntersuchung Neu besteht daher Diskussionsbedarf. Für eine weitere Beibehaltung dieser Maßnahmen bzw. Programmbestandteile sollten daher die expliziten Gründe diskutiert und transparent gemacht werden.

2 Einleitung

Zielsetzung dieses Berichts (Evidence Based Healthcare Analyse, EBHC-Analyse) ist eine Aktualitätsprüfung des Programms der Vorsorgeuntersuchung Neu. Unter dem Konzept von „Evidence Based Healthcare“ versteht man eine auf Grundlagen der evidenzbasierten Entscheidungsfindung ausgerichtete Gesundheitsversorgung. Dabei sollen die gegenwärtig gültigen einzelnen Inhalte bzw. Interventionen/ Maßnahmen des VU Neu Programms den entsprechenden Empfehlungen auf Grundlage der best verfügbaren Sekundär-Evidenz gegenübergestellt werden. Diese Ergebnisse werden in Form von Kurzzusammenfassungen („Fact Sheets“) aufbereitet.

Die EBHC-Analyse für das Jahr 2007 bezog sich auf die bereits bestehenden Inhalte der VU Neu, insgesamt wurden dabei 14 so genannte Fact Sheets erstellt. Die Ergebnisse des Berichtes wurden im Februar 2008 dem Auftraggeber präsentiert. In der EBHC-Analyse für das Jahr 2009 wurden einerseits die Recherchen bezüglich der im vorigen Bericht behandelten aktuell bestehenden Inhalte der VU Neu aktualisiert sowie eine weitere VU-Maßnahme (Screening auf Hautkrebs) berücksichtigt.

3 Methodik

Die 14 Fact Sheets zu Maßnahmen bzw. Ziel-Erkrankungen der VU Neu (entsprechend den Kapiteln fünf bis 18 der Wissenschaftlichen Grundlagen) wurden aufgrund der recherchierten Änderungen überarbeitet und aktualisiert und ergänzend eine Kurzrecherche zu der im VU-Programm enthaltenen Maßnahme zu Hautkrebs durchgeführt. Diese Fact Sheets fassen die evidenzgestützte und aktualisierte Information in kurzen Zügen zusammen.

Die nachstehend beschriebene Methodik entspricht der Vorgehensweise bei der Erstellung der 14 Fact Sheets für den ersten EBHC-Bericht 2007 beziehungsweise erläutert die angewandte Methodik für die Aktualisierung der „alten“ sowie jene der Erstellung des neuen Fact Sheets zu Hautkrebs-Screening.

Es erfolgte eine erneute Literatursuche in der Cochrane Library sowie in der „Screening Specialist Library“. 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, u.a.) ermöglicht. Insbesondere wurden zur Recherche die Websites international anerkannter einschlägiger Screening- und Vor-

sorgeinstitutionen – derzeit nur die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) sowie das UK National Screening Committee (UK NSC) – nach den entsprechenden Empfehlungen durchsucht.

Die 1976 gegründete und vor und während der Entwicklung des Programms der VU Neu noch aktive Canadian Task Force on Preventive Health Care hatte ihre Aktivitäten in den vergangenen Jahren mangels Finanzierung eingestellt. Deshalb wurde diese anerkannte Einrichtung bei bisherigen und bei der aktuellen Recherche nicht berücksichtigt. Mit Herbst 2009 soll diese jedoch wieder mit dem gleichen Mandat ausgestattet und neu eingesetzt werden. Diese soll bei der Kanadischen Public Health Agentur (PHAC) angesiedelt werden.

Ergänzend wurde in wenigen ausgewählten Fällen nach Empfehlungen zur klinischen Praxis („Guidance“) des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) gesucht. Ebenso nur im Ausnahmefall wurden 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.

Betont werden muss an dieser Stelle, dass negative Rechercheergebnisse (keine relevanten Dokumente für Fragestellung) bei Suche in der National Health Library, Cochrane Library oder Suchoberfläche des NICE nicht gesondert vermerkt wurden.

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 November 2008 bis August 2009. Abschließend wurden jedoch auch noch jene Dokumente, welche zum Zeitpunkt der Suche in Fertigstellung waren, berücksichtigt. Hinsichtlich des Publikationsdatums entschied man sich beim neuen Fact Sheet für den Zeitraum 1. Jänner 2001 bis zum spätest möglichen Datum im Jahr 2009 (je

nach Zeitraum der Suche) und für die Aktualisierung der bestehenden Fact Sheets für den Zeitraum 1. Jänner 2007 bis zum spätest möglichen Datum 2009, um eine ausreichend überlappende Zeit zwischen den beiden Suchzeiträumen sicher zu stellen.

Die Fact Sheets folgen einer einheitlichen formalen Struktur. Im ersten Teil wird die vorliegende Evidenz auf Grundlage der mit der geschilderten Methodik durchgeführten Literaturrecherche dargestellt. Im zweiten Teil wird der Status Quo der aktuellen Programminhalte 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.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Empfehlungen der USPSTF und des UK NSC aufgrund unterschiedlicher Zielsetzungen und Abläufe sowie deren Status inhaltlich und formal unterscheiden. USPSTF als unabhängiges Expertenpanel der Primärversorgung und Prävention legt bei der Erstellung der evidenzbasierten Empfehlungen den Schwerpunkt auf eine systematische Literaturrecherche zur – möglichst direkten – Wirksamkeit der interessierenden *Verfahren*. Die Bewertung folgt dabei einem strengen formalen Methodik-Rahmenwerk. Zahlreiche Verfahren aus dem Bereich der klinischen Prävention (Screening, Pharmakotherapie sowie Beratung) werden berücksichtigt. Zielsetzung dieser Empfehlungen ist es, die einzelnen Ärzte und Ärztinnen der Primärversorgung zu unterstützen, evidenz-basierte Entscheidungen in der Versorgung zu treffen. Die Empfehlungen von USPSTF beziehen sich darauf, welche dieser klinischen präventiven Leistungen in der Primärversorgung angeboten werden sollen bzw. in Bezug auf welche Bevölkerungsgruppen (Alter, Geschlecht, Risikofaktoren) und welcher Form (Intervalle, Art der Maßnahmen).

UK NSC jedoch als politisch verantwortliche Einrichtung berät auf wissenschaftgestützter Grundlage die Regierung sowie den staatlichen Gesundheitsdienst (NHS) des Vereinigten Königreichs zu allen relevanten Aspekten der Screening-Politik. Auf Grundlage von wissenschaftlicher Evidenz, Pilotstudien sowie gesundheitsökonomischer Evaluationen, bewertet es anhand transparenter Kriterien die Evidenz von *Screening-Programmen*. Dazu werden sowohl in Bezug auf Einführung als auch Weiterführung oder Beendigung von Screening-Programmen systematische Bewertungen in Bezug auf die Gesundheitsstörung oder Erkrankung, das Testverfahren, Behandlungsoptionen sowie die Wirksamkeit und Akzeptanz von gesamten Screening-Programmen erstellt. Politische Beratungen werden dokumentiert und regelmäßig veröffentlicht.

Tabelle 1: Überarbeitete Systematik der Empfehlungsgrade von USPSTF (Mai 2008).

Grade/ Grad	Definition	Suggestions for Practice/ Anregungen für die Praxissituation
A	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is substantial.	Offer or provide this service.
	USPSTF empfiehlt diese Intervention. Die Gewissheit ist hoch, dass der gesundheitliche Netto-Nutzen erheblich ist.	Die Intervention anbieten oder durchführen.
B	The USPSTF recommends the service. There is high certainty that the net benefit is moderate or there is moderate certainty that the net benefit is moderate to substantial.	Offer or provide this service.
	USPSTF empfiehlt die Intervention. Die Gewissheit ist hoch, dass der gesundheitliche Netto-Nutzen moderat/ mäßig ist oder die Gewissheit ist mäßig, dass der Nutzen moderat/ mäßig bis erheblich ist.	Die Intervention anbieten oder durchführen.
C	The USPSTF recommends against routinely providing the service. There may be considerations that support providing the service in an individual patient. There is at least moderate certainty that the net benefit is small.	Offer or provide this service only if other considerations support the offering or providing the service in an individual patient.
	USPSTF spricht sich gegen eine routinemäßige Durchführung der Intervention aus. Unter bestimmten Umständen kann die Durchführung bei einzelnen Patienten befürwortet werden. Die Gewissheit ist mäßig, dass der gesundheitliche Netto-Nutzen klein ist.	Die Intervention nur anbieten oder durchführen wenn individuelle Umstände die Durchführung bei einem einzelnen Patienten rechtfertigen.
D	The USPSTF recommends against the service. There is moderate or high certainty that the service has no net benefit or that the harms outweigh the benefits.	Discourage the use of this service.
	USPSTF spricht sich gegen eine Empfehlung aus. Die Gewissheit ist mäßig oder hoch, dass die Intervention keinen Nutzen hat oder dass der Schaden den Nutzen überwiegt.	Von der Durchführung abraten (Etwas nicht tun).
I State- ment	The USPSTF concludes that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of the service. Evidence is lacking, of poor quality, or conflicting, and the balance of benefits and harms cannot be determined.	Read the clinical considerations section of USPSTF Recommendation Statement. If the service is offered, patients should understand the uncertainty about the balance of benefits and harms.
	USPSTF folgert, dass die derzeitige Evidenzlage unzureichend ist, um den Schaden und Nutzen der Intervention zu bewerten. Evidenz fehlt, ist von schlechter Qualität oder widersprüchlich und das Verhältnis von Schaden und Nutzen (gesundheitlicher Netto-Nutzen) kann nicht bestimmt werden.	Wenn die Intervention angeboten wird sollten Patienten die Ungewissheit bezüglich des Verhältnisses von Schaden und Nutzen verstehen können.

Quelle: Agency for Healthcare Research and Quality. (2008). *U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions*. Download vom 18. August 2009 von <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/grades.htm>

4 Ergebnisse – „Fact Sheets“ zu den einzelnen Maßnahmen bzw. Inhalten der VU Neu

4.1 Kardiovaskuläre Risikofaktoren (Arterielle Hypertonie & Lipidstoffwechselstörungen)

Hypertonie-Screening

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF:

- Deutliche Empfehlung („Grade A“) zum Screening nach arterieller Hypertonie von allen Erwachsenen (Personen ab 18 Jahren).

UK NSC:

- Screening sollte angeboten werden. Es gibt jedoch keine Stellungnahme zum Blutdruck-Screening der Gesamtbevölkerung. *[Die Ermittlung des Blutdrucks zur Bestimmung des kardiovaskulären Gesamtrisikos ist jedoch Bestandteil der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks), welche Personen von 40 bis 74 Jahren alle fünf Jahre zur Verfügung stehen sollen.]*

Die Empfehlung der USPSTF bezieht sich auf Personen ohne bekannte Hypertonie. Die USPSTF bewertet die Evidenzlage als gut, dass durch Blutdruckmessungen Erwachsene mit erhöhtem Risiko für blutdruckbedingte Herz-Kreislaufkrankungen identifiziert werden können. Die Empfehlung resultiert aus dem deutlichen Überhang des Nutzens eines solchen Screenings gegenüber eines möglichen Schadens. USPSTF empfiehlt die Ermittlung des Blutdruckes durch zwei oder mehr Messungen bei zumindest zwei 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, 2008a, S. 71-72; USPSTF, 2009a).

Laut UK NSC sollte ein Screening nach Bluthochdruck im Kontext des Programms für vaskuläres Risikomanagement (Vascular Risk Management Programmes) angeboten werden. Dieses Programm ist jedoch derzeit im Roll-out. In einer ersten Phase soll nicht die gesamte Bevölkerung adressiert werden und auf Grundlage von Praxis- bzw. Krankheitsregistern, opportunistischen Ansätzen und Selbstbewertung eine Risikoeinschätzung angeboten werden, die neben der Erfassung anderer Risikofaktoren auch die Messung des Blutdrucks, des Cholesterinspiegels und des Blutzuckers beinhalten soll (UK NSC, 2009a).

In dem im März 2008 publizierten Handbuch für vaskuläres Risikomanagement, Risikoreduktion und Risikomanagement wird die Evidenz für ein systematisches Programm zur Identifizierung und Reduktion von kardiovaskulären Erkrankungen in der Bevölkerung dargestellt. Verschiedene Optionen zur Identifikation (Selbsteinschätzung, Risikoidentifikation auf Basis von Patientenakten, bevölkerungsbasiertes Risikomanagement über Allgemeinmedizin-Praxen bzw. Gesundheitszentren, sporadische Identifikation von Risikogruppen über Testung durch Apotheken oder andere niederschwellige Einrichtungen) sind vorgesehen, müssen jedoch in verschiedenen Durchführungsmöglichkeiten erprobt und systematisch evaluiert werden. Auf Basis der Risikobestimmung soll im Zuge des Risikomanagements ein Feedback des individuellen Risikos erfolgen und ein personalisierter Plan erstellt werden (z.B. Risikoreduktion durch Raucherentwöhnung, Ernährungs- und Bewegungsberatung, Gewichtsabnahme oder Medikation). Personen mit bereits identifizierten Erkrankungen sollen in standardisierte leitliniengerechte Behandlungspfade eingegliedert werden. Erst in einer zweiten Phase soll das Programm ausgedehnt werden und unter Verwendung von Alterskriterien die gesamte Bevölkerung (über die Listen der bei den AllgemeinmedizinerInnen eingeschriebenen Personen) eingeschlossen werden (Davies et al, 2008).

Das Programm wird derzeit bis 2010 in den unterschiedlichen Strategien stufenweise eingeführt bzw. werden einzelne Ansätze unter experimentellen Bedingungen getestet. Ergebnisse sowie weitere Modellierungen werden für die zukünftige Programmgestaltung berücksichtigt werden. Der vollständige Roll-out soll 2013 abgeschlossen sein (Gray, 2006).

Im Zuge dessen wurden im April 2009 sogenannte „Vascular Checks“ („NHS Health Checks“) eingeführt, welche Personen mit erhöhtem Risiko für Herzerkrankungen, Diabetes, Nierenerkrankungen oder Schlaganfall identifizieren sollen. Alle Personen zwischen 40 und 74 Jahren, welche bisher nicht an obigen Erkrankungen leiden sollen eingeladen werden. Die Wiedereinbestellung („Recall“) nach fünf Jahren ist vorgesehen. Prozeduren zur Risikokommunikation, -management sowie dem Follow-Up wurden entwickelt. Diese „Vascular Checks“ sollen in Einrichtungen der Primärversorgung (Arztpraxen, öffentliche Apotheken) angeboten werden (Department of Health, 2008).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm („Wissenschaftliche Grundlagen“)

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:

USPSTF:

- Deutliche Empfehlung („Grade A“) für Männer ab 35; Frauen ab 45 nur wenn ein erhöhtes Risiko für KHK besteht.
- Empfehlung („Grade B“) für junge Erwachsene (Männer 20-35, Frauen 20-45) nur bei erhöhtem Risiko für KHK.
- Keine Empfehlung („Grade C“) für oder gegen Screening bei Männern zwischen 20 bis 35 und Frauen über 20 wenn kein erhöhtes Risiko für KHK besteht.
- Der bevorzugte Screening-Test stellt eine Untersuchung des Gesamtcholesterins und HDL-Cholesterins (nüchtern und nicht-nüchtern) dar.
- Ungenügender Nachweis um die zusätzliche Berücksichtigung einer Triglyzerid-Bestimmung in einem Screening nach Lipidstoffwechselstörungen zu empfehlen.

UK NSC:

- Es gibt keine Stellungnahme zum Screening der Gesamtbevölkerung auf Lipidstoffwechselstörungen. *[Die Ermittlung von Gesamt- und HDL-Cholesterin zur Bestimmung des kardiovaskulären Gesamtrisikos ist jedoch Bestandteil der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks), welche Personen von 40 bis 74 Jahren alle fünf Jahre zur Verfügung stehen sollen.]*

Vom USPSTF wird derzeit kein generelles Screening bei der gesunden Allgemeinbevölkerung empfohlen, sondern altersgruppen- und risikogruppenspezifisch differenziert. Die zuletzt überarbeiteten Empfehlungen des USPSTF empfehlen bei einem erhöhten Risiko für KHK ein Screening nach Lipidstoffwechselstörungen (Gesamtcholesterin und HDL-Cholesterin) bei Frauen ab 45 Jahren. Lediglich bei Männern ab 35 Jahren wird risikounabhängig eine Empfehlung ausgesprochen (USPSTF, 2008b; USPSTF, 2009b).

Eine vergleichsweise etwas schwächere Empfehlung erfolgt für jüngere Erwachsene (20-35 jährige Männer, 20-45-jährige Frauen), bei denen ein Screening nur bei erhöhtem kardiovaskulären Risiko (ein oder mehrere Risikofaktoren wie Rauchen, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Familienanamnese kardiovaskulärer Erkrankungen, kardiovaskuläre Vorerkrankungen, Adipositas)

empfohlen wird. Gemäß USPSTF liegt eine positive Familienanamnese für schwere 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 USPSTF 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, 2008b).

Das UK NSC verweist auf seine eigene Empfehlung an die vier Chief Medical Officers von England, Schottland, Wales & Nordirland ein Programm für vaskuläres Risikomanagement einzuführen (UK NSC, 2009a) – siehe oben unter „Hypertonie-Screening“. Weiters unterstützt das UK NSC 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 (UKNSC, 2009b).

Zusätzliche Triglyzeride-Bestimmung als Teil des Screenings

Die Evidenz eines Nutzens der zusätzlichen Verwendung einer Triglyzerid-Bestimmung für ein Routine-Screening für Dyslipidämien ist gemäß USPSTF nicht ausreichend. Daher empfiehlt, USPSTF die zusätzliche (Nüchtern-) Bestimmung der Triglyzeride nur bei manifester Lipidstoffwechselstörung oder bei erhöhtem kardiovaskulärem Risiko zur adäquaten Therapieplanung (2008b).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm („Wissenschaftliche Grundlagen“)

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

- Davies, M., Khunti, K., Chauhan, U., Stribling, B., Goyder, E., Farooqi, A., Hill, J., Hiles, S., Taub, N., Carey, M. & Bonar, M. (2008). *The Handbook for Vascular Risk Assessment, Risk Reduction and Risk Management. A report prepared for the UK National Screening Committee by University of Leicester.* Leicester.
- Department of Health. (2008). *Putting prevention first. Vascular Checks: risk assessment and management 'Next Steps'. Guidance for Primary Care Trusts.* Download vom 18. August 2009 von http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_090278.pdf
- Gray, M. (2006). *Vascular Disease Control Programme.* Download vom 15. November 2007, von <http://www.screening.nhs.uk/diabetes/home.htm>
- Sheridan, S., Pignone, M. & Donahue, K. (2003). *Screening for High-Blood Pressure: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force.*
- UK National Screening Committee (UK NSC). (2009a). *The UK NSC policy on vascular risk screening in adults over 40. UK NSC policy database.* Download vom 18. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/vascularrisk>
- UK National Screening Committee (UK NSC). (2009b). *The UK NSC policy on familial hypercholesterolaemia screening in adults. UK NSC policy database.* Download vom 18. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/familialhypercholesterolaemia-adult>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2008a). Screening for High Blood Pressure. In: U.S. Preventive Services Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force.*
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2008b). Screening for Lipid Disorders in Adults. Recommendation Statement. Download vom 20. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf08/lipid/lipidrs.htm>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009a). Screening for High Blood Pressure. Topic Page. Dezember 2007. Download vom 28. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshype.htm>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009b). Screening for Lipid Disorders in Adults. Topic Page. June 2008. Download vom 28. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspchol.htm>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen.* Graz.

4.2 Übergewicht/ Adipositas

Adipositas-Screening & Ernährungsberatung

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF:

- Empfehlung („Grade B“) für ein Adipositas-Screening.
- Empfehlung („Grade B“) für intensive Beratung in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Interventionen bei adipösen Personen.
- Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“) um eine Empfehlung für eine Beratung von moderater oder leichter Intensität in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Interventionen bei adipösen Personen auszusprechen.
- Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“) um eine Empfehlung für eine Beratung jeglicher Intensität in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Interventionen bei präadipösen Personen auszusprechen.

UK NSC:

- Es gibt aktuell keine Stellungnahme zu einem Adipositas-Screening der Gesamtbevölkerung oder zur Durchführung von Ernährungsberatung. *[Die Ermittlung des BMI sowie Ernährungsberatung sind jedoch Bestandteile der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks), welche Personen von 40 bis 74 Jahren alle fünf Jahre zur Verfügung stehen sollen.]*

Die USPSTF empfiehlt ein Adipositas-Screening und intensive Beratung in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Interventionen zur Unterstützung einer anhaltenden Gewichtsabnahme bei adipösen Personen (USPSTF, 2009).

Adipositas-Screening (Bestimmung BMI & Messen des Taillenumfangs)

Laut USPSTF ist der Body Mass Index (BMI), berechnet aus dem Körpergewicht [kg] dividiert durch das Quadrat der Körpergröße [m²], zuverlässig und valide zur Identifizierung von Personen mit erhöhtem Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko infolge von (Prä)adipositas (USPSTF, 2003, S. 1). Die Bestimmung des Body Mass Index (BMI) durch Messung der Körpergröße und des Körpergewichts ist das am häufigsten eingesetzte Screeningverfahren für Übergewicht und Adipositas. Er ist leicht zu bestimmen, sehr verlässlich und korreliert bis zu einem gewissen Alter deutlich mit dem Körperfett (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 präadipös (übergewichtig im engeren Sinne) und jene mit einem BMI über 30 sind fettleibig/adipös. Für ein Adipositas-Screening mittels Ermittlung des BMI

können laut USPSTF keine optimalen Untersuchungsintervalle festgelegt werden (USPSTF, 2008).

Wie in den Wissenschaftlichen Grundlagen dargestellt, soll die Bestimmung des Taillenumfanges 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, 2008, S.146-147).

Seitens des UK NSC gibt es aktuell keine Stellungnahme zum Adipositas-Screening oder zur Durchführung von Ernährungsberatung (UK NSC, 2009). Verwiesen sei hier auch auf das Programm zum vaskulären Risikomanagement, welches im Rahmen des Risikomanagements von kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes auch Ernährungsberatung und Gewichtsabnahme zur Risikoreduktion vorsieht (Davies et al, 2008) sowie auf das Programm der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks) bei Personen zwischen 40 und 74 Jahren, welches die BMI-Bestimmung zur Risikoeinstufung von Diabetes beinhaltet (NHS Health Check Programme, 2009).

Ernährungsberatung

Intensive Interventionen sind gemäß USPSTF definiert mit mehr als einer persönlichen Beratungssitzung (Einzel- oder Gruppenformat) pro Monat über mindestens 3 Monate hinweg. Laut USPSTF liegt ausreichend Evidenz vor, dass intensive Interventionen, welche verschiedene Behandlungsansätze (Ernährungsberatung, Bewegungsberatung zusammen mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen welche auf die Entwicklung von Fertigkeiten ausgerichtet sind sowie Motivations- und Unterstützungsstrategien verwenden) zu einer mäßigen, nachhaltigen Gewichtsabnahme (3-5 kg für 1 Jahr oder länger) bei adipösen Personen ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) führen können (USPSTF, 2003, S.1). Diese Evidenz ist aber nicht verallgemeinerbar auf präadipöse Personen. Die Evidenzlage für die Effektivität von Interventionen mit dem Ziel einer Gewichtsabnahme bei präadipösen Personen ist im Gegensatz zu jener bei Adipösen begrenzt (USPSTF, 2008, S. 148).

Eine Suche in der Cochrane Library konnte Reviews zur Wirksamkeit von Ernährungsberatung identifizieren:

Ein Review zur Wirksamkeit von Ernährungsberatung zur Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren (und Ernährungsumstellung) kam zum Schluss, dass mäßige Effekte auf eine Ernährungsumstellung (Konsum von Gemüse und Obst, Anteil an Ballaststoffen und gesättigten Fetten) sowie kardiovaskuläre Risikofaktoren erzielt werden konnten, Langzeitbeobachtungen aber fehlen. Dabei

wurden aber nicht nur Interventionen im Kontext der Gesundheitsversorgung berücksichtigt (Brunner, Thorogood, Rees & Hewitt, 2005).

Ein weiterer Review zur Fragestellung der Wirksamkeit von Ernährungsberatung als alleinige Intervention zur *risikogruppenorientierten* Prävention von Diabetes Mellitus Typ 2 folgert, dass aufgrund der vorliegenden Studien von unzureichender Qualität und Dauer keine Aussage über die geeignetste Ernährungsintervention (Art der Ernährungsumstellung, Frequenz und Art des Kontaktes) zur Prävention von Diabetes Mellitus Typ 2 getroffen werden kann. Hinweise bestehen, dass eine Reduktion der Energiezufuhr und des Zuckerkonsums und eine Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums in Kombination mit regelmäßigen Beratungskontakten mögliche Effekte auf die Senkung von diabetesassoziierten Risikofaktoren haben (Nield, Summerbell, Hooper, Whittaker & Moore, 2008).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm („Wissenschaftliche Grundlagen“)

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

- Davies, M., Khunti, K., Chauhan, U., Stribling, B., Goyder, E., Farooqi, A., Hill, J., Hiles, S., Taub, N., Carey, M. & Bonar, M. (2008). *The Handbook for Vascular Risk Assessment, Risk Reduction and Risk Management. A report prepared for the UK National Screening Committee by University of Leicester.* Leicester.
- 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.
- NHS Health Check Programme. (2009). *Putting Prevention First. NHS Health Check: Vascular Risk Assessment and Management. Best Practice Guidance.* Download vom 18. August 2009 von http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_098410.pdf
- Nield, L., Summerbell, C.D., Hooper, L., Whittaker, V., Moore, H. (2008). Dietary advice for the prevention of type 2 diabetes mellitus in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008. Issue 4.
- UK National Screening Committee (UK NSC). (2009). *Adult. UK NSC policy database.* Download vom 18. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/policies-adult>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2003). *Screening for Obesity in Adults: Recommendations and Rationale.* Download vom 20. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/obesity/obesrr.pdf>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2008). Screening for Obesity in Adults. *The Guide to Clinical Preventive Services. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force*
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009). Screening for Obesity in Adults. Topic Page. Dezember 2003. Download vom 28. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsobes.htm>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen.* Graz.

4.3 Beratung zu körperlicher Aktivität

Beratung zu regelmäßiger körperlicher Aktivität

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF:

- Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um eine Empfehlung für oder gegen Bewegungsberatung im Setting der medizinischen Primärversorgung auszusprechen.

UK NSC:

- Es gibt aktuell keine Stellungnahme zum Screening der Gesamtbevölkerung auf Bewegungsmangel oder zur Durchführung einer Bewegungsberatung. *[Screening auf Bewegungsmangel sowie Bewegungsberatung sind jedoch Bestandteile der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks), welche Personen von 40 bis 74 Jahren alle fünf Jahre zur Verfügung stehen sollen.]*

Die USPSTF bewertet die Evidenzlage als nicht ausreichend, um zu bestimmen ob Bewegungsberatung im Setting der medizinischen Primärversorgung zu einer nachhaltigen Steigerung des Bewegungsverhaltens bei erwachsenen Personen führt. Kontrollierte Studien zu Bewegungsberatung in diesem Setting wären von unterschiedlicher Qualität und zeigten uneinheitliche Ergebnisse. Nur eingeschränkt liegen Ergebnisse zu Machbarkeit sowie potentiellen Schäden vor. Deshalb war die USPSTF nicht in der Lage, eine klare Aussage zu Bewertung von Nutzen und Schäden dieser Intervention im Setting der medizinischen Primärversorgung abzugeben. Es wurden nur Wirksamkeitsstudien in diesem Setting, welche als Endpunkt das Bewegungsverhalten analysierten, berücksichtigt, nicht jedoch solche mit Auswirkungen auf Morbidität oder Mortalität chronischer Erkrankungen (deren Wirksamkeit gegeben ist). Ebenfalls unberücksichtigt blieben Studien zur Wirksamkeit von Bewegungsberatung in anderen Settings (USPSTF, 2002, S. 53, USPSTF, 2009).

Laut USPSTF trägt regelmäßige körperliche Aktivität dazu bei, der Entstehung von Herz-Kreislauf-erkrankungen, 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 ärztlichen 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, 2008, S. 151-152).

Seitens des UK NSC gibt es aktuell keine Stellungnahme zur Identifikation von Personen mit Bewegungsmangel bzw. zur Durchführung einer Bewegungsberatung (UK NSC, 2009). Verwiesen sei hier wieder auf das Programm zum vaskulären Risikomanagement, welches im Rahmen des Risikomanagements von kardiovaskulären Erkrankungen und Diabetes auch Bewegungsberatung zur Risikoreduktion vorsieht (Davies et al, 2008) sowie auf das Programm der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks) bei Personen zwischen 40 und 74 Jahren, welches den Einsatz des GPPAQ sowie im Falle nicht ausreichender Bewegung unterschiedliche Interventionen zur Steigerung des Bewegungsverhaltens beinhaltet (NHS Health Check Programme, 2009).

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 ermöglicht 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 „Screening/ Identifikation von Personen mit Bewegungsmangel“ identifizieren. Es lagen jedoch Cochrane-Reviews zur Wirksamkeit von Maßnahmen zur Steigerung des Bewegungsverhaltens vor, die im Zuge der Recherche bei den Themenfeldern „Diabetes mellitus“ bzw. „Adipositas“ identifiziert wurden. Gesicherte Evidenz für die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Steigerung des Bewegungsverhaltens („Bewegungsinterventionen“) ist bei Diabetes mellitus Typ 2 im Sinne einer verbesserten Blutzuckerkontrolle und eines reduzierten Körperfettanteiles gegeben (Thomas, Elliott & Naughton, 2006). Außerdem können Interventionen, die auf die Steigerung der körperlichen Aktivität in Kombination mit einer Diät abzielen, die Inzidenz von Diabetes Mellitus Typ 2 bei Hochrisikogruppen reduzieren (Orozco, Buchleitner, Gimenez-Perez, Roque´ i Figuls, Richter & Mauricio, 2008). Belegt sind Effekte von Interventionen zur Steigerung des Bewegungsverhaltens (in Form von „Exercise Prescriptions“, also individualisierter Schemata nach einem Assessment) ebenso bei Übergewicht/ Adipositas im Sinne einer generellen Verbesserung des Gesundheitszustandes und einer Reduktion des Körpergewichts (Shaw, Gennat, O'Rourke & Del Mar, 2006).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm („Wissenschaftliche Grundlagen“)

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. Der Einsatz (inkl. Schulung) eines standardisierten Fragebogens ist jedoch mit erhöhtem Zeitaufwand verbunden. 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 Devillé, 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

- Davies, M., Khunti, K., Chauhan, U., Stribling, B., Goyder, E., Farooqi, A., Hill, J., Hiles, S., Taub, N., Carey, M. & Bonar, M. (2008). *The Handbook for Vascular Risk Assessment, Risk Reduction and Risk Management. A report prepared for the UK National Screening Committee by University of Leicester.* Leicester.
- 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.
- National Health Service. (2006). *The General Practice Physical Activity Questionnaire (GPPAQ).*
- NHS Health Check Programme. (2009). *Putting Prevention First. NHS Health Check: Vascular Risk Assessment and Management. Best Practice Guidance.* Download vom 18. August 2009 von http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh.digitalassets/documents/digitalasset/dh_098410.pdf
- Orozco, L.J., Buchleitner, A.M., Gimenez-Perez, G., Roque´ i Figuls, M., Richter, B. & Mauricio, D. (2008). Exercise or exercise and diet for preventing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008. Issue 4.
- Thomas, D.E., Elliot, E.J., Naughton, G.A. (2006). *Exercise for type 2 diabetes mellitus.* *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007. Issue 3.
- Shaw, K., Gennat, H., O'Rourke, P. & Del Mar, C. (2006). *Exercise for overweight or obesity.* *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007. Issue 3.
- UK National Screening Committee (UK NSC). (2009). *Adult. UK NSC policy database.* Download vom 18. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/policies-adult>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force (2002). *Behavioral Counseling in Primary Care to Promote Physical Activity: Recommendations and Rationale.* Download vom 20. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/physactivity/physactrr.pdf>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2008). Behavioral Counseling in Primary Care to Promote Physical Activity. *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force*
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009). Behavioral Counseling in Primary Care to Promote Physical Activity. Topic Page. August 2002. Download vom 28. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsphys.htm>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen.* Graz.

4.4 Diabetes mellitus

Diabetes-Screening (Diabetes mellitus Typ 2)

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF (Screening mittels Blutzuckerbestimmung):

- Empfehlung („Grade B“) zum Diabetes-Screening bei asymptomatischen Personen mit einem Blutdruck, welcher bleibend erhöht ist mit mehr als 135/ 80 mmHg (behandelt oder unbehandelt).
- Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“) für eine Empfehlung zum Screening von asymptomatischen Personen mit einem Blutdruck von 135/ 80 mm Hg oder niedriger.

UK NSC:

- Ein Diabetes-Screening der Gesamtbevölkerung sollte nicht angeboten werden. *[Filter zur Frühidentifikation von Personen mit erhöhtem Diabetes-Risiko sind jedoch Bestandteile der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks), welche Personen von 40 bis 74 Jahren alle fünf Jahre zur Verfügung stehen sollen. Dabei wird nach BMI und Blutdruck gefiltert. Personen an bzw. über den Grenzwerten (BMI \geq 30 bzw. BMI \geq 27,5 oder Blutdruck \geq 140/ 90 mmHg) wird ein Blutzuckertest angeboten.]*

Vom USPSTF wird derzeit kein generelles Screening bei der gesunden Allgemeinbevölkerung empfohlen, sondern risikogruppenspezifisch differenziert. Die USPSTF empfiehlt das Screening (mittels Blutzuckerbestimmung) bei asymptomatischen Personen mit einem Blutdruck, welcher bleibend erhöht ist mit mehr als 135/ 80 mmHg, unabhängig vom Blutdruck-Behandlungsstatus. Diese Empfehlung beruht auf der Überlegung, dass für USPSTF geeignete Evidenz vorliegt, wonach bei Erwachsenen mit Bluthochdruck (mit einem Grenzwert von 135/ 80 mm Hg) und Diabetes die Blutdruckreduktion die Inzidenz kardiovaskulärer Ereignisse und Mortalität reduziert (somit ein Gesundheitsgewinn durch Frühidentifikation vor klinischer Manifestation gegeben ist). Nicht ausreichend belegt gemäß USPSTF ist der zusätzliche Nutzen einer engen Stoffwechselkontrolle hinsichtlich des Auftretens mikrovaskulärer und makrovaskulärer Endpunkte im Vergleich von Screening-diagnostiziertem Diabetes und klinischer Erstmanifestation der Erkrankung. Nach wie vor liegt keine Evidenz auf Grundlage von RCTs vor, dass systematisches Diabetes-Screening und Frühbehandlung einen direkten Nutzen im Vergleich zu einer sich erstmals klinisch manifestierenden Diabeteserkrankung aufweisen (USPSTF, 2008, S. 1-2; USPSTF, 2009).

Zur Diagnosesicherung wird gemäß USPSTF ein Wiederholen des Nüchternplasmaglukosetestes an einem anderen Tag empfohlen. USPSTF findet keine direkte Evidenz zur Festlegung eines optimalen Untersuchungsintervalls. Zur Blutzuckerbestimmung wird von der ADA die Bestimmung der Nüchternplasmaglukose empfohlen, da dies einfacher, schneller und praktischer in der Durch-

führung sowie kostengünstiger als der orale Glukosetoleranztest (OGTT) und die Bestimmung von HbA1c ist. Nicht ausreichend belegt gemäß USPSTF ist der Nutzen eines Screenings auf gestörte Nüchtern glukose oder gestörte Gukosetoleranz (USPSTF, 2008).

Seitens des UK NSC gibt es aktuell keine Stellungnahme zum Diabetes-Screening der Gesamtbevölkerung (UK NSC, 2009). Im Zusammenhang mit der Strategie für vaskuläres Risikomanagement sowie 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 eine integrierte Risiko-Management Strategie implementiert werden (Davies, 2008). Im Rahmen der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks), welche Personen von 40 bis 74 Jahren alle fünf Jahre zur Verfügung stehen sollen, werden „Filter“ zur Frühidentifikation von Personen mit erhöhtem Diabetes-Risiko zum Einsatz kommen. Auf der Grundlage der Filterung durch Grenzwerte nach den Merkmalen BMI (ethnisch spezifisch: BMI $\geq 27,5$ für Personen indischer, pakistanischer, asiatischer oder chinesischer Ethnie bzw. BMI ≥ 30 für Personen aller anderen Ethnien) oder nach dem Blutdruck (BD $\geq 140/90$ mmHg) wird eine erste Risikoeinschätzung angeboten. Personen an bzw. über einer dieser Grenzwerte wird dann ein Blutzuckertest (Nüchternplasmaglukose oder HbA1c) angeboten dem ggf. ein OGTT folgt (NHS Health Check Programme, 2009).

Aufgrund der anhaltenden Diskussionen um den Stellenwert von bevölkerungsbezogenen Screening-Programmen werden hier zusätzlich die gemeinsamen Empfehlungen der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft (ESC) und Diabetes Gesellschaft (EASD) berücksichtigt. Es wurde jedoch dazu keine systematische Literatursuche durchgeführt. Die ESC und die EASD empfehlen für die Gesamtbevölkerung als ersten Schritt eine Risikoeinschätzung mit Hilfe eines Fragebogens 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, zitiert nach 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 gescreent 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, 2008).

Ein 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 UK NSC 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 der jeweiligen Screening-Strategie zu treffen. Pragmatische Vorschläge zum Screening mittels eines Risikogruppen-Ansatzes werden formuliert (Waugh et al., 2007).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm („Wissenschaftliche Grundlagen“)

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 (FINnisch Diabetes RIsic 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, 2008). 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 Nüchtern glukose 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. Wäscher, 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

- Davies, M., Khunti, K., Chauhan, U., Stribling, B., Goyder, E., Farooqi, A., Hill, J., Hiles, S., Taub, N., Carey, M. & Bonar, M. (2008). *The Handbook for Vascular Risk Assessment, Risk Reduction and Risk Management. A report prepared for the UK National Screening Committee by University of Leicester.* Leicester.
- Lindström, J. & Tuomilehto, J. (2003). The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*, 26, 725-31.
- NHS Health Check Programme. (2009). *Putting Prevention First – NHS Health Check: Vascular Risk Assessment and Management Best Practice Guidance.* London
- 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.
- UK National Screening Committee (UK NSC). (2009). *Adult. UK NSC policy database.* Download vom 18. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/policies-adult>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2008). *Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults. Recommendation Statement.* Download vom 11. März 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf08/type2/type2rs.pdf>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009). *Screening for Type 2 Diabetes Mellitus in Adults. Topic Page.* June 2008. Download vom 28. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsdiab.htm>
- 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.

4.5 Tabak-(Nikotin-)Konsum

Rauchverhalten erheben & Rauchstopp unterstützen

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF:

- Deutliche Empfehlung („Grade A“) zum Screening nach Tabakkonsum und zur Durchführung von Maßnahmen zur Beendigung des Tabakkonsums für alle Erwachsenen (Personen ab 18 Jahren).

UK NSC:

- Es gibt aktuell keine Stellungnahme zum Screening der Gesamtbevölkerung nach Tabakkonsum. *[Die Erhebung des Rauchstatus sowie ggf. die Kurzintervention zum Rauchstopp sind Lebensstilmaßnahmen im Rahmen der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks), welche Personen von 40 bis 74 Jahren alle fünf Jahre zur Verfügung stehen sollen. Die Überweisung zu NHS-Raucherentwöhnungseinrichtungen ist vorgesehen.]*

Die 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, 2008, 125-127; USPSTF, 2009).

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 NSC gibt es aktuell keine Stellungnahme zum Screening der Gesamtbevölkerung nach Tabakkonsum (UKNSC, 2009). Die Erhebung des Rauchstatus sowie ggf. die Kurzintervention zum Rauchstopp sind Lebensstilmaßnahmen im Rahmen der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks), welche Personen von 40 bis 74 Jahren alle fünf Jahre zur Verfügung stehen sollen. Die Überweisung zu NHS-Raucherentwöhnungseinrichtungen ist vorgesehen (NHS Health Check Program, 2009).

Eine Suche in der Cochrane Library konnte Reviews zur Fragestellung der Wirksamkeit von Interventionen identifizieren: Intensivere Interventionen sind effektiver (allerdings kleiner Zusatznutzen)

als minimale, weniger intensive Interventionen¹. Kurzberatung kann die Aufhorräte im Vergleich zu nicht-unterstütztem Aufhören um 1 bis 3% erhöhen. Folgekontakte haben einen geringen Zusatznutzen die Aufhorräte weiter zu erhöhen (Stead, Bergson & Lancaster, 2008, S. 2). Die Wirksamkeit von Standardselfhilfematerialien ergänzend zur Beratung ist äußerst gering. Personalisierte Selfhilfematerialien sind wirksamer als nur allgemein gehaltene Materialien, bei insgesamt jedoch geringem absolutem Effektausmaß (Lancaster & Stead 2005, S. 2).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm („Wissenschaftliche Grundlagen“)

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).

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).

Literatur

- Lancaster, T., & Stead, L.F. (2005). *Self-help interventions for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 3.
- NHS Health Check Programme. (2009). *Putting Prevention First – NHS Health Check: Vascular Risk Assessment and Management Best Practice Guidance*. London
- 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.
- Stead, L.F., Bergson, G. & Lancaster, T. (2008). *Physician advice for smoking cessation*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 3.
- UK National Screening Committee (UK NSC). (2009). *Adult. UK NSC policy database*. Download vom 18. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/policies-adult>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2008). Counseling to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease. In: U.S. Preventive Services Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Services. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force*
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009). Counseling to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease. Topic Page. April 2009. Download vom 28. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstbac2.htm>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz.

4.6 Problematischer Alkoholkonsum

Screening nach problematischem Alkoholkonsum & Beratung / Kurzintervention

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF:

- Empfehlung („Grade B“) zum Screening (nach problematischem Alkoholkonsum) bei allen Erwachsenen und gegebenenfalls zur Kurzberatung.

UK NSC:

- Ein Screening (der Gesamtbevölkerung) nach problematischem Alkoholkonsum sollte nicht angeboten werden.

Screening nach problematischem Alkoholkonsum

Die USPSTF bewertet die Evidenzlage als gut, dass durch ein Screening im primärärztlichen Bereich Personen, deren Trinkverhalten und -mengen noch nicht die Kriterien für Alkoholabhängigkeit erfüllen aber einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko ausgesetzt sind, korrekt identifiziert werden können. Weiters liegt Evidenz dafür vor, dass Kurzberatung mit Follow-up zu einer geringen bis moderaten Reduktion des Alkoholkonsums führen kann, welche über eine Dauer von sechs bis 12 Monaten oder länger beibehalten wird. Laut USPSTF haben Interventionen eine positive Auswirkung auf die Gesundheit (vier Jahre und länger nach der Intervention), die Evidenz, dass Screening und Beratung die alkoholbedingte Morbidität reduziert ist allerdings begrenzt. Studien der Allgemeinbevölkerung belegen Effekte für die Beratung von Frauen im gebärfähigen Alter, Belege für die Effektivität einer Beratung zur Reduzierung des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft sind allerdings begrenzt. Die USPSTF schlussfolgert, dass der Nutzen einer Beratung zur Reduktion von Alkoholmissbrauch bei Erwachsenen mögliche Schäden überwiegt (USPSTF, 2004; USPSTF, 2009).

Laut USPSTF ist der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) das meist verwendete / geprüfte Screening-Instrument zur Bestimmung von alkoholassozierten Problemen im primärärztlichen Setting (USPSTF, 2008, S. 108). 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. Was Empfehlungen zum abgestuften therapeutischen Vorgehen in Abhängigkeit von definierten AUDIT-Risikopunkten

(„Risikozonen“) betrifft, ist die Evidenzlage hierzu noch nicht restlos geklärt (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).

Das UK NSC spricht keine Empfehlung für ein organisiertes, bevölkerungsorientiertes Screening-Programm aus. Eine Überarbeitung dieser Position ist für 2010/ 2011 vorgesehen. Demgemäß liegt derzeit keine unterstützende Evidenz vor, um ein systematisches Screening auf problematischen Alkoholkonsum in der Allgemeinbevölkerung oder bei Teilgruppen zu empfehlen. Bei Bestehen eines klinischen Verdachts auf exzessiven Alkoholkonsum, z.B. bei Patienten mit Lebererkrankungen, sei es angemessen die Alkoholgeschichte abzufragen. Dies wird jedoch als gute klinische Praxis und nicht als Screening verstanden (UK NSC, 2009).

Beratung / Kurzintervention

Gemäß eines systematischen Cochrane Reviews können Kurzinterventionen zu einer Reduktion des Alkoholkonsums führen. Dabei konnte auch gezeigt werden, dass verlängerte Interventionen zu keiner größeren Reduktion des Alkoholkonsums führen. Es zeigte sich jedoch auch, dass bei Frauen im Gegensatz zu Männern keine Wirksamkeit der Intervention nachgewiesen werden konnte (Kaner et al, 2008, S. 2).

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, 2008, S. 109).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm („Wissenschaftliche Grundlagen“)

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

Es besteht Kritik zur Akzeptanz des Screenings im ärztlichen Setting (Anderson et al, 2004, S.351). Diese Kritik betrifft auch die grundsätzliche Anforderung eines spezifischen Instruments als Voraussetzung der nachfolgenden Intervention (Beich et al., 2003). Die in der Literatur beschriebenen internationalen Erfahrungen sollten bei der Analyse der berichteten, jedoch bisher noch nicht systematisch untersuchten Akzeptanzprobleme zum Screening nach problematischem Alkoholkonsum herangezogen werden. Derartige Untersuchungen für die VU Neu werden frühestens bei Vorliegen der Ergebnisse der Befragungen der VU-ÄrztInnen sowie der VU-TeilnehmerInnen (beide im Herbst 2009) verfügbar sein. Wenngleich im Rahmen dieser Recherche keine umfassende systematische Bewertung des Leberfunktionsparameters Gamma-GT durchgeführt wurde, soll hier auf einschlägige Übersichtsarbeiten verwiesen werden, denen zufolge keine Evidenz zu seiner Eignung zu Screeningzwecken oder als Instrument zur Erfolgskontrolle verfügbar wäre (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., Dickinson, H.O., Beyer, F.R., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N. et al. (2008). *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008. Issue 4.
- SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2003). *The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care: A national clinical Guideline*. Edinburgh.
- UK National Screening Committee (UK NSC). (2009). *The UK NSC policy on alcohol problems screening in adults*. UK NSC policy database. Download vom 18. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/alcohol>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2004). *Screening and Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Alcohol Misuse. Recommendation Statement*. Download vom 20. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/alcohol/alcomisrs.pdf>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2008). Screening and Behavioural Counseling Interventions in Primary care to Reduce Alcohol Misuse . In: U.S. Preventive Services Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Services. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force*
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009). *Screening and Behavioural Counseling Interventions in Primary care to Reduce Alcohol Misuse* . Topic Page. April 2004. Download vom 28. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsdrin.htm>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz.

4.7 Mammakarzinom

Brustkrebs-Screening

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF:

- Empfehlung („Grade B“) zum Brustkrebs-Screening mittels Mammographie für alle Frauen ab 40 Jahren alle 1-2 Jahre, mit oder ohne manueller Brustuntersuchung.
- Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um eine Empfehlung für oder gegen die alleinige manuelle Brustuntersuchung auszusprechen.
- Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um eine Empfehlung für oder gegen eine Anleitung des Arztes zur Selbstuntersuchung der Brust sowie für oder gegen eine Selbstuntersuchung der Brust.

UK NSC:

- Ein Brustkrebs-Screening wird empfohlen.

Nationale Screening Programme werden angeboten (England und Schottland lädt Frauen zwischen 50 und 70 Jahren alle 3 Jahre ein, Nordirland Frauen zwischen 50 und 64 Jahren alle 3 Jahre).

Laut USPSTF besteht ausreichend Evidenz, dass ein Brustkrebs-Screening alle 12-33 Monate die Brustkrebsmortalität signifikant reduziert. Die Evidenz ist am stärksten bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren (jene Altersgruppe, welche hauptsächlich in Mammographie-Studien eingeschlossen wird). Für Frauen zwischen 40 und 49 Jahren ist die Evidenz, dass ein Screening die Brustkrebsmortalität reduziert schwächer und der absolute Nutzen ist geringer als bei älteren Frauen, der absolute Nutzen ist geringer aufgrund der niedrigeren Brustkrebsinzidenz bei Frauen in der fünften Lebensdekade. Viele Studien weisen auf einen Mortalitätsnutzen bei Frauen, welche sich zwischen 40 und 49 einem Screening unterziehen hin. Allerdings erschwert der verzögerte Eintritt des Nutzens bei Frauen jünger als 50 Jahren die Bewertung des inkrementellen Nutzens eines Screeningbeginns mit 40 Jahren im Vergleich zu einem Screeningbeginn mit 50 Jahren (USPSTF, 2002, S. 171; USPSTF, 2009).

Ein genaues Alter, bei welchem der mögliche Nutzen mögliche Schäden überwiegt, lässt sich evidenzbasiert nicht festlegen. 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. Weiters nimmt die Wahrscheinlichkeit eines möglichen Screening-Schadens zwischen 40 und 70 Jahren ab. Der umfassenden Information der Frauen wird ein

großer Stellenwert eingeräumt. ÄrztInnen sollen Frauen über die möglichen Nutzen (Reduktion des Risikos an einem Mammakarzinom zu sterben) und Risiken (falsch-positive Ergebnisse, unnötige Biopsien), die mit einer Mammographie einhergehen, aufklären. In klinischen Mammographie-Studien ergab sich eine Reduktion der Mortalität bei Screeningintervallen von 12-33 Monaten, wobei keine klaren Unterschiede nach spezifischen Intervallen auftraten. Ergebnisse legen nahe, dass das Brustkrebswachstum bei Frauen jünger als 50 Jahren schneller sei, die Sensitivität der Mammographie außerdem geringer sei. Deshalb werden in dieser Altersgruppe kürzere Intervalle vertreten. Einer Empfehlung der USPSTF zufolge soll das Brustkrebs-Screening zwischen dem 40. und 49. Lebensjahr alle 1-2 Jahre durchgeführt werden, es wird die Evidenz jedoch als unzureichend erachtet, um ein optimales Screeningintervall zu empfehlen. Eine Überlegenheit von 1-Jahresintervallen gegenüber 2-Jahresabständen wäre nicht belegt. Zur Empfehlung einer oberen Altersbegrenzung liegt ebenfalls keine hinreichende Evidenz vor. Lediglich zwei RCTs haben Frauen über 69 Jahren eingeschlossen, in keiner Studie wurden jedoch Frauen über 74 inkludiert. Die USPSTF folgert allerdings, dass die beschriebene Evidenz auch auf Frauen über 69 Jahre verallgemeinerbar ist (welche zudem ein höheres absolutes Brustkrebsrisiko aufweisen), außer es liegen Komorbiditäten vor, welche die Lebenserwartung beeinträchtigen. Das Screening selbst sollte laut USPSTF in Screening-Zentren mit entsprechender Zulassung und unter Einhaltung der Qualitätskriterien durchgeführt werden (USPSTF, 2008, S. 25-27).

Das UK NSC empfiehlt, Frauen im Alter von 50 bis 70 Jahren ein Mammographie-Screening anzubieten (UK NSC, 2009). Das NHS hat ein nationales Brustkrebs-Screening Programm eingerichtet. Die Einladung zum Screening erfolgt alle drei Jahre. Wenn Frauen die obere Altersgrenze erreicht haben, wird eine weitere Teilnahme am Screening den Frauen selbst überlassen (NHS, o.D.). In England und Wales werden Frauen im Alter zwischen 50 und 70 Jahren eingeladen, das Programm in England soll im Laufe der Zeit auf Frauen ab 47 (um die Einladung zu Screening mit 50 sicherzustellen) bis 73 Jahren ausgeweitet werden. In Nordirland soll das Programm ab März 2009 auf Frauen bis 70 Jahre ausgeweitet werden, eine Ausweitung auf 70 Jahre ist auch für Schottland geplant (UK NSC, 2009).

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 sowie die absolute Risikoreduktion 0,05 Prozent betragen. Das bedeutet, dass pro 2.000 gescreenter Frauen über einen Zeitraum von 10 Jahren das Leben einer Frau verlängert werden kann. Weiters wird bei zehn Frauen eine falsche Diagnose gestellt, und es werden unnötige Behandlungen durchgeführt. Die Autoren betonen, dass Screening auch zu Fehldiagnosen und Überbehandlung führen kann (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).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm („Wissenschaftliche Grundlagen“)

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 empfiehlt 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. 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.
- 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.
- NHS National Health Service. *NHS Breast Screening Programme*. Download vom 11. Oktober 2007 von <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/index.html>
- UK NSC UK National Screening Committee. (2009). *The UK NSC policy on breast cancer screening for woman over 50. UK NSC policy database*. Download vom 20. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/breastcancer>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2002). *Screening for Breast Cancer. Recommendations and Rationale*. Download vom 20. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/brcanrr.pdf>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2008). Screening for Breast Cancer. In: U.S. Preventive Services Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Services. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force*, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsbrca.htm>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009). *Screening for breast cancer*. Topic Page. November 2003. Download vom 28. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsbrca.htm>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz.

4.8 Zervixkarzinom

Zervixkarzinom-Screening

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF:

- Deutliche Empfehlung („Grade A“) zum Screening bei sexuell aktiven Frauen mit Zervix.
- Empfehlung („Grade D“) gegen ein regelmäßiges Screening bei Frauen über 65 Jahren, wenn diese zuvor adäquat gescreent wurden, unauffällige PAP-Befunde hatten und nicht einer Hochrisikogruppe angehören.
- Empfehlung („Grade D“) gegen ein Screening mittels PAP-Abstrich bei Zustand nach totaler Hysterektomie aufgrund einer gutartigen Erkrankung.
- Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um eine Empfehlung für oder gegen den Einsatz neuer Technologien auszusprechen.
- Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um eine Empfehlung für oder gegen den Einsatz von HPV Tests auszusprechen.

UK NSC:

- Ein Zervixkarzinom-Screening wird empfohlen. Nationale Screening-Programme sind eingerichtet (altersabhängige Intervalle von 3 bzw. 5 Jahren, Beginn der Einladungen ab 20 bzw. 25 Jahren, Ende der Einladungen bei 60 bzw. 64 Jahren).

Von der USPSTF wird für ein Screening risikogruppen- und altersgruppenspezifisch differenziert. Die USPSTF bewertet die Evidenzlage auf Basis mehrerer Beobachtungsstudien als gut, dass ein Zervixkarzinom-Screening mittels PAP-Abstrich die Zervixkarzinominzidenz und -mortalität reduziert. Direkte Evidenz zur optimalen unteren und oberen Altersgrenze und zum Screeningintervall liegt nur begrenzt vor. Laut USPSTF weist indirekte Evidenz darauf hin, dass der größte Nutzen durch den Beginn des Screenings drei Jahre nach Aufnahme sexueller Aktivität oder ab 21 Jahren (je nachdem welches Ereignis zuerst eintritt) und bei einem Screeningintervall von mindestens 3 Jahren erzielt werden kann. Studienmodelle deuten auf einen geringen zusätzlichen Nutzen für den Großteil der Frauen durch häufigeres Screening als alle drei Jahre hin.

Die USPSTF fand eingeschränkte Evidenz für den Nutzen eines fortgesetzten Screenings bei Frauen älter als 65 Jahre. Der Ertrag eines Screenings ist gering bei älteren Frauen, die zuvor gescreent wurden, da die Inzidenz von hochgradigen Zervixläsionen mit dem mittleren Alter abnimmt. Es liegt ausreichend Evidenz dafür vor, dass ein Screening bei Frauen älter als 65 Jahre mit einem erhöhten Risiko für potentielle Schäden (falsch-positive Ergebnisse und invasive Eingriffe) verbunden ist. Die USPSTF folgert daraus, dass der potentielle Schaden eines Screenings bei

älteren Frauen, welche in der Vergangenheit unauffällige Befunde hatten und keine anderen Risikofaktoren für Zervixkarzinom aufweisen, den Nutzen übersteigt.

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; USPSTF, 2009).

Das UK NSC empfiehlt, Frauen im Alter von 25 bis 64 Jahren ein Zervixkarzinom-Screening anzubieten (UK NSC, 2009). Die Suche in der National Health Library des UK NSC erbrachte folgende Ergebnisse: Im Screening-Programm des National Health Service (NHS) in England beginnen die Einladungen bei der Altersgruppe der 25jährigen Frauen, danach erfolgt die erneute Einladung („Recall“) alle drei Jahre bis zum Alter von 49 Jahren, sofern diese Frauen den Screeningstatus beibehalten; im Alter zwischen 50 und 64 Jahren erfolgen (Wieder-)Einladungen schließlich alle fünf Jahre (NHSCSP, 2004b, S.5).

Gemäß der Screening-Strategie des NHS soll das Screening nach dem ersten auf den 60. Geburtstag folgenden Test beendet werden, sofern die drei letzten Tests negativ waren. Frauen, welche nachhaltig nicht antworten (Nicht-Responderinnen) sollten mit ihrem 65. Geburtstag aus der Recall-Liste gestrichen werden. Wird im Call/ Recall-Register die Bezeichnung „Fehlen der Zervix“ vermerkt (bei Frauen nach totaler Hysterektomie, bei Transsexuellen (Mann zu Frau) sowie 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 nicht günstig eingestuft – daher erfolgt die erste Einladung erst mit 25 Jahren. Es wird derzeit die Evidenz für eine Verkürzung des Screening-Intervalls auf unter drei Jahre als nicht ausreichend bewertet. Die Praxis eines zweiten Abstrichs ein Jahr nach dem allerersten Abstrich würde keinen zusätzlichen Nutzen im Sinne von gewonnenen Lebensjahren erbringen. Dieses Vorgehen solle daher aufgegeben werden – vorausgesetzt der erste Abstrich war negativ und erfolgte in einem qualitätsgesicherten Programm (NHSCSP, 2004c, S.4-6). Das UK NSC 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. In Nordirland werden Frauen zwischen 20 und 65 Jahren eingeladen. 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 (UK NSC, 2009).

In der Cochrane Database of Systematic Reviews wurde lediglich eine systematische Arbeit zur Steigerung der Teilnehmerate am Zervixkarzinom-Screening gefunden.

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm („Wissenschaftliche Grundlagen“)

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 wird festgestellt, 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 UK NSC 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.

Die Empfehlungen der USPSTF beziehungsweise die in der NHL identifizierten Dokumente betreffen die im Folgenden kurz zusammengefassten Ergebnisse zu alternativen Technologien im Zusammenhang mit dem Zervixkarzinom-Screening:

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. Es ergab sich eine deutliche Reduktion inadäquater Abstriche, wobei Langzeiteffekte nicht eingeschätzt werden konnten. Außerdem ergaben sich geringe Verbesserungen in Bezug auf Sensitivität und Dauer der Befundungen (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 und sieht keine überlegene Leistungsfähigkeit der neuen Technologie (Davey et al., 2006).

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>
- 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>
- UK NSC UK National Screening Committee. (2009). *The UK NSC policy on cervical cancer screening in woman. UK NSC policy database*. Download vom 20. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/cervicalcancer>
- 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>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009). *Screening for cervical cancer*. Topic Page. January 2003. Download vom 28. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstfscerv.htm>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz.

4.9 Kolorektalkarzinom

Darmkrebs-Screening

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF:

- Deutliche Empfehlung („Grade A“) zum Darmkrebs-Screening mittels fäkalem Okkultblut-Test (FOBT), Sigmoidoskopie oder Koloskopie für alle Erwachsenen, beginnend mit 50 Jahren bis zum Alter von 75 Jahren. Risiken und Nutzen dieser Screeningmethoden variieren.
- Empfehlung („Grade C“) gegen die regelmäßige Durchführung eines Darmkrebs-Screenings bei Personen zwischen 76 und 85 Jahren. Bestimmte Überlegungen können ein Screening bei individuellen PatientInnen rechtfertigen.
- Empfehlung („Grade D“) gegen ein Darmkrebs-Screening bei Personen älter als 85 Jahre.
- Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um Schaden und Nutzen der Testverfahren von Computertomographie und fäkaler DNA-Tests zu bewerten.

UK NSC:

- Darmkrebs-Screening mittels fäkalem Okkultblut-Test (FOBT) sollte Personen (der siebenten Lebensdekade) angeboten werden, wobei ältere Personen Anspruch auf Zusendung eines Test-Sets haben. Verschiedene nationale Screening-Programme werden im Vereinigten Königreich angeboten (schrittweiser Roll-Out) (Beginn der Einladungen bei 50 bzw. 60 Jahren, Ende bei 74 bzw. 69 Jahren).

Die USPSTF folgert, dass bei einem Darmkrebs-Screening mittels fäkalem Okkultblut-Test (FOBT), Sigmoidoskopie oder Koloskopie die Gewissheit hoch ist, dass der gesundheitliche Netto-Nutzen bei Personen zwischen 50 und 75 Jahre erheblich ist. Für Personen zwischen 76 und 85 Jahren kann mit mäßiger Gewissheit geschlossen werden, dass der gesundheitliche Netto-Nutzen gering ist. Bei Personen über 85 Jahren kann mit mäßiger Gewissheit geschlossen werden, dass der Nutzen den Schaden nicht überwiegt (USPSTF, 2008, S. 3; USPSTF, 2009).

USPSTF findet überzeugende Evidenz, dass Screening mittels FOBT, Sigmoidoskopie oder Koloskopie Darmkrebs-Frühformen und Adenome entdecken kann. Die Evidenz ist überzeugend, dass durch alle drei Screening-Testmodalitäten die Darmkrebs-Mortalität bei 50 bis 75jährigen Personen gesenkt werden kann. Keine Präferenz wird von USPSTF in Bezug auf die Screening-Testmodalität ausgesprochen. Der screeningbedingte Nutzen nimmt laut USPSTF ab einem Alter von 75 Jahren ab, da er aufgrund der langen Vorverlegungszeit („lead time“) zwischen Entdeckung und Behandlung eines Kolorektalkarzinoms (KRK) bei konkurrierenden Erkrankungen in diesem Alter nicht mehr erzielt werden kann. Für die drei Screening-Strategien werden unterschiedliche

Intervalle empfohlen: jährliches Screening mittels hochempfindlichen FOBT, Sigmoidoskopie alle fünf Jahre, bzw. in Kombination mit hochempfindlichem FOBT alle 3 Jahre sowie Koloskopie alle 10 Jahre. RCTs zeigten, dass FOBT-Tests mit niedrigerer Sensitivität zwar die Darmkrebs-Mortalität reduzieren, allerdings ist der Gewinn an Lebensjahren bei Tests mit höherer Sensitivität größer. USPSTF weist auf mögliche ernstzunehmende Komplikationen im Zusammenhang mit der Koloskopie oder Sigmoidoskopie (im Vergleich zur Koloskopie in geringerem Ausmaß) hin (USPSTF, 2008).

Gemäß einer Strategie des UK NSC soll Darmkrebs-Screening mittels fäkalem Okkultblut-Test (FOBT) Personen (der siebenten Lebensdekade) angeboten werden, wobei ältere Personen Anspruch auf Zusendung eines Test-Sets haben (UK NSC, 2009).

In zwei Regionen Großbritanniens wurden Screening-Programme pilotiert, um die Effektivität des Screenings mittels FOBT unter Alltagsbedingungen zu prüfen. Der Bericht dazu bestätigt die Machbarkeit eines Bevölkerungs-Screenings mit FOBT, wobei dabei die angestrebte Teilnahmerate von 60 Prozent annähernd erreicht wird und die wesentlichen Kennzahlen (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 empfehlen daher die Aufnahme von FOBT-Screening in eine nationale Strategie zur Bekämpfung von KRK (Alexander & Weller, 2003, S.189).

Laut Programmberichten des National Health Service (NHS) ist zum Stand der einzelnen nationalen Programme folgendes zusammenfassend zu sagen: In England werden alle Personen in der siebten Lebensdekade alle zwei Jahre zum KRK-Screening mittels FOBT eingeladen (NHS BCSP). Den Personen werden Test-Sets zugesandt, welche zu Hause durchgeführt und an ein Labor geschickt werden. Bei positivem Testbefund erfolgt eine Überweisung zu einer Koloskopie bzw. erhalten die Personen die entsprechende Behandlung. Personen über 70 Jahre können diese Test-Sets anfordern. Das NHS in Wales bietet alle zwei Jahre ein Darmkrebscreening für alle Männer und Frauen, die in Wales wohnen, an. Personen zwischen 60 und 69 Jahren werden in Wales zum KRK-Screening (ebenfalls Test-Set) eingeladen (Ausweitung bis 2015 auf Personen zwischen 50 und 74 geplant). In Schottland soll das KRK-Screening Programm, welches eine Einladung aller Personen zwischen 50 und 74 Jahren alle zwei Jahre vorsieht, bis Dezember 2009 nationale Reichweite erlangen. Nordirland plant den Beginn eines Programms (Personen zwischen 60 und 69 Jahre) mit Dezember 2009 (UK NSC, 2009).

In der Cochrane Database of Systematic Reviews wurde ein Review zum KRK-Screening mit FOBT identifiziert. Demnach betrug die relative Risikoreduktion in Bezug auf die Darmkrebs-Mortalität 16 Prozent, bezogen auf alle zum Screening eingeladenen Personen. Das heißt, der FOBT ist geeignet, einen von sechs Todesfällen an KRK zu verhindern. Die relative Risikoredukti-

on 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. Mögliche Nutzen des FOBT ergeben sich einerseits durch die – mäßig ausgeprägte - Reduktion der Darmkrebs-Mortalität, die Reduktion der Darmkrebs-Inzidenz durch die Entfernung von Adenomen bei der Endoskopie nach positivem FOBT sowie durch die weniger invasive Chirurgie bei der Darmkrebs-Behandlung. Schäden durch das Screening mittels FOBT können laut Autoren entstehen in Form von psycho-sozialen Konsequenzen nach einem falsch positiven Test, die eventuell beträchtlichen Komplikationen der Koloskopie selbst, einem 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 („Wissenschaftliche Grundlagen“)

„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

Hinzuweisen ist auf die grundsätzlich parallele Verfügbarkeit von VU-Koloskopie und fäkalem Okkultblut-Test. Auch könnte innerhalb der VU Neu eine Kurzanamnese zur Risikoeinstufung für Darmkrebs eingeführt werden, wobei klare Ausschlusskriterien für eine VU-Koloskopie festgelegt werden sollten.

Es wäre außerdem wünschenswert, Anforderungen für die Art und Inhalte der Aufklärung der ProbandInnen über den Stellenwert der Vorsorge-Koloskopie zu definieren. Bisher wurden innerhalb der VU Neu keine Materialien zur Patientenaufklärung oder ähnliche Hilfsmittel entwickelt. 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*. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007*, Issue 1.
- UK NSC UK National Screening Committee. (2009). *The UK NSC policy on bowel cancer screening in adults. UK NSC policy database*. Download vom 20. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/bowelcancer>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2008). *Screening for colorectal cancer. Recommendation Statement*. Download vom 11. März 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf08/colocancer/colors.pdf>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009). *Screening for colorectal cancer*. Topic Page. March 2009. Download vom 28. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspcolo.htm>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz.

4.10 Prostatakarzinom

Prostatakarzinom-Screening (PSA-Screening)

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF:

- Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um das Verhältnis von Schaden und Nutzen eines Screenings bei Männern jünger als 75 Jahre zu bewerten.
- Empfehlung „(Grade D“) gegen ein Screening bei Männern älter als 75 Jahre.

UK NSC:

- Keine Empfehlung für ein organisiertes, bevölkerungsorientiertes Screening-Programm. Ein PSA-Test kann jedoch auf Verlangen durchgeführt werden (Männer über 50 Jahre). Information zu Risiken und Nutzen dieses Verfahrens werden im Prostatakarzinom Risiko-Management Programm („Prostate Cancer Risk Management Programme“) vermittelt.

Nach der Veröffentlichung der ersten Ergebnisse der großen europäischen Multicenter-Studie European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) sowie der US-amerikanischen Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial (PLCO) im März 2009 wird die Überarbeitung der Stellungnahme für 2010 angekündigt.

Laut USPSTF liegt derzeit keine geeignete Evidenz vor, um bei Männern jünger als 75 Jahre einen eindeutigen Gesundheitsnutzen einer Frühbehandlung von Screening-identifizierten Fällen von Prostatakarzinomen im Vergleich mit klinisch manifestierten Fällen festzustellen.

Bei Männern älter als 75 Jahre sind die Belege gemäß USPSTF ausreichend, um daraus den fehlenden zusätzlichen Nutzen durch Frühbehandlung eines durch Screening identifizierten Prostatakarzinoms abzuleiten und USPSTF spricht sich deshalb gegen die Empfehlung eines Screenings in dieser Altersgruppe aus.

Der PSA-Test weist die größere Sensitivität im Vergleich zur digital rektalen Untersuchung auf, ist jedoch selbst mit Unsicherheiten (Variabilität, Präzision der Bestimmungsverfahren, Grenzwert, etc.) behaftet. Auch ist die natürliche Erkrankungsgeschichte des Prostatakarzinoms noch nicht hinreichend verstanden. Insgesamt besteht Ungewissheit, inwieweit das Ausmaß eines möglichen Screening-Nutzens (im Sinne einer Reduktion der Morbidität und Mortalität) in einem angemessenen Verhältnis zum Screening-assoziierten Risiko (psychologische Folgen durch falsch positive Befunde, Schmerzen und Beschwerden durch unnötige Biopsien etc.) steht. Aufgrund der Unsicherheiten und des kontroversiellen Status im Zusammenhang mit dem Prostatakrebs-Screening von Männern unter 75 Jahren, sollte laut USPSTF der Arzt/ die Ärztin keinen PSA-Test

anfordern ohne zuvor mit dem Probanden sowohl mögliche als auch ungewisse Nutzen als auch die bekannten Schäden von Prostatakrebs-Screening und Behandlung zu diskutieren. Die Probanden sollten über die Evidenz-Lücken informiert und in der Abwägung der persönlichen Präferenzen unterstützt werden bevor die Entscheidung zur PSA-Testung getroffen wird (USPSTF, 2008; USPSTF, 2009).

Bis zum Vorliegen einer eindeutigen Sachlage hat das UK NSC empfohlen, vorerst kein organisiertes, bevölkerungsorientiertes Screening-Programm zu implementieren (UK NSC, 2009a). Männern über 50 Jahren 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 (Cancerbackup, 2005) und Beratungsleitfäden für ÄrztInnen (Watson, Jenkins, Bukach & Austoker, 2002; NHS Cancer Screening Programmes, 2002) entwickelt. 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).

Nach Vorliegen der ersten Ergebnisse der großen europäischen Multicenter-Studie (European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC)) sowie der Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial (PLCO) im März 2009 wurde das UK NSC aufgefordert seine Stellungnahme zu prüfen. Eine unabhängige wissenschaftliche Bewertung der Daten dieser sowie auch der zeitgleich publizierten ersten Ergebnisse der US-amerikanischen Studie (PLCO) wurden in Auftrag gegeben. Ergebnisse dieser Analyse sollen im Frühjahr 2010 fertiggestellt sein. In der Zwischenzeit sollen die bisherigen Informationsangebote (Entscheidungshilfe, Broschüren etc.) aktualisiert werden (UK NSC, 2009b).

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 (Ilic, O'Connor, Green & Wilt, 2006, S. 7-9). Die Veröffentlichung der ersten Ergebnisse der beiden oben zitierten Multicenterstudien (ERSPC und PLCO) haben jedoch nach einer ersten Interpretation nicht zu einer eindeutigen Aussage in Bezug auf das Prostatakrebs-Screening mittels PSA-Test geführt. Hierbei traten in der europäischen Screening-Studie zwar signifikante Reduktionen der Prostatakrebs-spezifischen Mortalität auf, jedoch mit beträchtlichen Anteilen von Überdiagnosen bzw. Übertherapien (Schröder et al., 2009). In der US-amerikanischen Studie traten nach Auswertung einer 7-jährigen Nachbeobachtungszeit keine Vorteile in Bezug auf die Prostatakrebs-spezifische Sterblichkeit auf, wobei die Kontamination durch selbst nachgefragte PSA-Testungen der Kontrollgruppe erheblich war, der Grenzwert möglicherweise zu hoch sowie die Nachbeobachtungszeit zu kurz gewesen wären (Andriole et al., 2009). Die Weiterentwicklung empfindlicherer Testverfahren wird gefordert. Ob sich aus den vorliegenden Ergebnissen beider Studien die Durch-

führung eines bevölkerungsweiten Screening-Programms ableiten lässt, ist jedoch gegenwärtig weiter offen.

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm („Wissenschaftliche Grundlagen“)

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 für die VU Neu orientiert sich nur teilweise an jener, derzeit noch gültigen des UK Screening Committee insofern kein Routine-Screening mittels PSA-Wert angeboten wird. Im Gegensatz zum englischen Programm wurde in Österreich bislang keine (vergleichbare) evidenz-basierte Patienteninformation zur autonomen, partizipativen Entscheidungsfindung im Sinne des Risiko-Managements 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

- Andriole, G.L., Crawford, E.D., Grubb, R.L., Buys, S.S., Chia, D., Church, T.R., Fouad, M.N., Gelmann, E.P., Kvale, P.A., Reding, D.J., Weissfeld, J.L., Yokochi, L.A., O'Brien, B., Clapp, J.D., Rathmell, J.M., Riley, T.L., Hayes, R.B., Kramer, B.S., Izmirlian, G., Miller, A.B., Pinsky, P.F., Prorok, P.C., Gohagan, J.K., Berg, C.D.; PLCO Project Team. (2009). Mortality results from a randomized prostate-cancer screening trial. *New England Journal of Medicine*, 360(13), 1310-9.
- Cancerbackup. (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 Education Counseling*, 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.
- 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 In*, 94(1), 51-6.
- NHS Cancer Screening Programmes. (2002). *Prostate Cancer Risk Management: UK information pack*.
- Schröder, F.H., Hugosson, J., Roobol, M.J., Tammela, T.L., Ciatto, S., Nelen, V., Kwiatkowski, M., Lujan, M., Lilja, H., Zappa, M., Denis, L.J., Recker, F., Berenguer, A., Määtänen, L., Bangma, C.H., Aus, G., Villers, A., Rebillard, X., van der Kwast, T., Blijenberg, B.G., Moss, S.M., de Koning, H.J., Auvinen, A.; ERSPC Investigators. (2009). Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *New England Journal of Medicine*, 360 (13), 1320-8.
- UK NSC UK National Screening Committee. (2009a). *The UK NSC policy on prostate cancer screening/PSA testing in men over the age of 50*. UK NSC policy database. Download vom 20. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/prostatecancer>
- UK NSC UK National Screening Committee. (2009b). *Prostate cancer screening review statement*. UK Screening Portal. Latest News. 24.06.2009. Download vom 21. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/news.php?id=9295>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2008). *Screening for prostate cancer. Recommendation Statement*. Download vom 11. März 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf08/prostate/prostaters.pdf>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009). *Screening for prostate cancer*. Topic Page. August 2008. Download vom 28. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspSprca.htm>
- 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 Education Counseling*, 63(3), 367-79.
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz.

4.11 Parodontalerkrankungen

Parodontitis-Screening

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF:

- Keine Empfehlung zum Parodontitis-Screening.

Die USPSTF weist „dental and periodontal disease“ als „inaktives Thema“ aus und hat diesen Bereich in ihren regelmäßigen Aktualisierungen seit 1996 nicht mehr berücksichtigt.

UK NSC:

- Es gibt aktuell keine Stellungnahme zum Parodontitis-Screening.

Ein Grund dafür, dass Themen als „inaktiv“ ausgewiesen werden ist, dass diese für die klinische Praxis nicht mehr relevant sind. Dies kann auf Änderungen von Verfahren, ein neues Verständnis der Ätiologie oder des natürlichen Krankheitsverlaufs zurückzuführen sein. Ein weiterer Grund für die Inaktivität kann sein, dass diese Themen Versorgungsleistungen umfassen, welche im primär-ärztlichen Setting nicht durchgeführt werden können oder einem Arzt/ einer Ärztin für Allgemeinmedizin nicht zuordenbar sind. Zudem werden Themen mit geringer Public Health-Relevanz oder welche aus anderen Gründen nicht in die Zuständigkeit der USPSTF fallen, als inaktiv nicht bearbeitet (USPSTF, o.D.).

Die 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, 1996, S.711). In allen darauf folgenden Ausgaben des *Guide to Clinical Preventive Services* der USPSTF (bis inklusive 2008) finden sich diese Empfehlungen nicht mehr, die USPSTF weist „dental and periodontal disease“ als inaktives Thema aus (USPSTF, 2009).

Seitens des UK NSC gibt es aktuell keine Stellungnahme zum Screening nach Parodontitis (UK NSC, 2009).

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 („Wissenschaftliche Grundlagen“)

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 (Selbstausfüllertest), weiters aus der Erfassung von Risikofaktoren durch den Untersucher (Rauchen, Diabetes, Schwangerschaft, Hygieneerschweren) 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 USPSTF noch das UK NSC empfehlen ein Screening auf Parodontalerkrankungen in der Allgemeinpraxis. Die von uns angewandte Suchmethodik liefert keine hochgradige Evidenz, um das in den Wissenschaftlichen Grundlagen der VU Neu empfohlene Vorgehen zu belegen. Die Entwicklung und Formulierung der Empfehlungen zum Parodontitis-Screening im Jahr 2005, besonders was Auswahl, Einschluss und Ausschluss der Studien betrifft, erscheint uns nicht vollständig nachvollziehbar.

Die beiden maßgeblich an der Entwicklung des Screenings nach Parodontalerkrankungen im Rahmen der VU Neu Beteiligten Luciak-Donsberger und Piribauer räumen in einem Artikel ein, dass weitere Studien benötigt werden, um unter anderem die Validität und Reliabilität des Fragebogens und der Mundhöhleninspektion zu untersuchen (Luciak-Donsberger & Piribauer, 2007).

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 zur parodontalen Grunduntersuchung (PGU) erfolgen (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.
- 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.
- UK National Screening Committee (UK NSC). (2009). *Adult. UK NSC policy database.* Download vom 18. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/policies-adult>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force (1996). *Counseling to prevent dental and periodontal disease.* In: U.S. Preventive Services Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Services. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force*
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force (2009). *Counseling for Dental and Periodontal Disease.* Topic Page. Download vom 21. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstf.htm>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force (o.D.) Inactive Topics. Download vom 21. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstftopics.htm#inactive>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen.* Graz.

4.12 Glaukom

Glaukom-Screening

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF:

- Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um eine Empfehlung für oder gegen ein Glaukom-Screening bei Erwachsenen auszusprechen.

UK NSC:

- Ein Screening-Programm sollte nicht angeboten werden.

Gemäß USPSTF ist die Identifizierung von Personen mit erhöhtem Augeninnendruck (Okuläre Hypertension, OHT) oder frühen Stadien des Primären Offenwinkelglaukoms (POWG, sogenannter Grüner Star) durch ein Screening gut belegt. Ebenfalls gut belegt ist, dass die Frühbehandlung von durch Screening identifizierten Personen mit erhöhtem Augeninnendruck das Auftreten von kleinen Defekten des Sehfelds reduziert sowie dass die Frühbehandlung von frühen, asymptomatischen Stadien des Primären Offenwinkelglaukoms das Fortschreiten der Sehfelddefekte verringern kann. Die Evidenz ist jedoch nicht ausreichend, um zu bewerten, inwieweit durch Screening identifizierte Fälle von erhöhtem Augeninnendruck oder POWG durch die damit früher einsetzende Diagnose und Behandlung in Form von geringeren Sehkrafteinbußen oder verbesserter Sehkraftbezogener Lebensqualität profitieren (USPSTF, 2005, S.1; USPSTF, 2009).

Es gibt kein Testverfahren, welches isoliert eingesetzt in der Lage ist, zwischen Personen mit und ohne POWG zu unterscheiden. 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 (Perimetrie) wird gemäß USPSTF als schwierig eingestuft, weil diese Methode eine sehr niedrige Reliabilität aufweist und daher mehrere Untersuchungen notwendig sind, um einen Schaden festzustellen. Weiters ist bei der Ophthalmoskopie und der Spaltlampenuntersuchung, welche beide zur Beurteilung von Veränderungen der Papille und Macula herangezogen werden, laut USPSTF das Ergebnis stark vom durchführenden Arzt und dessen Können abhängig (USPSTF, 2008, S. 173-175).

Das UK NSC empfiehlt derzeit kein organisiertes, bevölkerungsweites Screening-Programm (UK NSC, 2009).

Die im Oktober 2007 publizierte HTA-Studie zum Glaukom-Screening untersuchte Fragestellungen zu Risikofaktoren für Glaukom (POWG), Güte der Testverfahren, alternativen Screeningstrategien

sowie Szenarien der Implementierung eines Screening-Programms in Großbritannien. Besonders sollte dabei beurteilt werden, in welchem Ausmaß die Kriterien des UK NSC erfüllt werden. Bislang gibt es keine randomisierte Studie zum Glaukom-Screening. 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 (Burr, Mowatt, Hernández, Siddiqui MAR, Cook, Lourenco et al., 2007).

Zu dem in der VU Neu praktizierten Ansatz – der anamnestischen Identifikation von Personen mit erhöhtem Glaukomrisiko – wurde keine spezielle Analyse oder Modellierung durchgeführt. Die Festlegung von Risikogruppen soll sich an belegten Risikofaktoren orientieren und kann Alter, Familienanamnese oder Ethnizität berücksichtigen (Burr, Mowatt, Hernández, Siddiqui MAR, Cook, Lourenco et al., 2007, S. 14). Zusammenhänge wurden außerdem mit vaskulären Erkrankungen (Diabetes, niedriger und hoher Blutdruck), Vasospasmus (Raynaud'sches Syndrom, Migräne) sowie moderater und höhergradiger Myopie und hämodynamischen Störungen beobachtet (Spry & Sparrow, 2005). 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 wären jedoch erforderlich, auch solche zur systematischen Identifikation von Risikogruppen. Die Verbesserung der Identifikation von Glaukomfällen könne jedoch durch die Steigerung der Inanspruchnahme von Augenuntersuchungen verbessert werden, wobei die Qualität solcher Untersuchungen verbessert werden müsste (2007).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm („Wissenschaftliche Grundlagen“)

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 Risikofaktoren-Screening 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 Ethnie).

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 USPSTF noch das UK NSC empfehlen derzeit ein Screening erwachsener bzw. älterer ProbandInnen nach Glaukom in der Primärversorgung. Die von uns angewandte Suchmethodik liefert keinen Nachweis, aus der sich das in den Wissenschaftlichen Grundlagen der VU Neu seinerzeit empfohlene Vorgehen ableiten ließe. Die Entwicklung der Empfehlung zum Screening nach Glaukom im Jahr 2005 und die dabei verwendeten Kriterien für Suche, Einschluss und Ausschluss der Studien, erscheinen nicht vollständig nachvollziehbar.

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 offenbar kein für die Durchführung der VU in der Routineuntersuchung geeignetes Verfahren dar.

Die expliziten Gründe für die weitere Beibehaltung dieser Maßnahmen (möglicherweise Einfachheit und hohe Akzeptanz des Tests, Behandlung bei dadurch im Rahmen der VU Neu identifizierten wirksam und akzeptabel) trotz Fehlens entsprechender Evidenz aus der Sekundärliteratur sollten daher transparent gemacht 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.
- Spry, P.D & Sparrow, J.M. (2005). *An Evaluation of Open Angle Glaucoma against the NSC Criteria for Screening Viability, Effectiveness and Appropriateness*. UK National Screening Committee. Download vom 21. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/getdata.php?id=8826>
- UK NSC UK National Screening Committee. (2009). *The UK NSC policy on glaucoma screening in adults. UK NSC policy database*. Download vom 21. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/glaucoma>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2005). Screening for Glaucoma. Recommendation Statement. Download vom 21. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf05/glaucoma/glaucrs.pdf>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2008). Screening for Glaucoma. In: U.S. Preventive Services Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Services. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force*
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009). *Screening for Glaucoma*. Topic Page. March 2005. Download vom 28. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsglau.htm>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz.

4.13 Hörminderung

Screening nach eingeschränktem Hörvermögen

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF:

- Aktuell findet sich keine Empfehlung der USPSTF zum Screening nach eingeschränktem Hörvermögen. Aufgrund inzwischen neuer Evidenz wird die Stellungnahme aus dem Jahr 1996 derzeit überarbeitet.

UK NSC:

- Screening nach Hörverlust bzw. eingeschränktem Hörvermögen sollte nicht angeboten werden.

Zum Thema „Hörminderung“ wurde im Jahr 1996 eine Empfehlung seitens USPSTF ausgesprochen, 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. In Bezug auf den Flüstertest wurde darauf hingewiesen, dass unzureichende Daten über die Inter-Untersuchervariabilität vorliegen (USPSTF, 1996, S. 393-396). Diese Stellungnahme gilt jedoch seitens USPSTF als nicht mehr aktuell. Eine Aktualisierung unter Berücksichtigung der neuen Evidenzlage zum Screening nach eingeschränktem Hörvermögen wird derzeit durchgeführt und soll Anfang 2010 vorliegen (USPSTF, 2009).

Seitens des UK NSC wird die Einführung eines Screening-Programms nach Hörverlust bzw. eingeschränktem Hörvermögen derzeit nicht befürwortet. Die Schlussfolgerung der bei der letzten Begutachtung im Juli 2006 durchgeführten Analyse eines derartigen Screenings anhand der UK NSC Screening-Kriterien wurde bei der Aktualisierung im März 2009 nicht wesentlich verändert. 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 (UK NSC, 2006; UKNSC, 2009).

Ein HTA-Bericht aus dem Jahr 2007 untersucht auf Basis eines populationsbezogenen Studiendesigns in Großbritannien die Prävalenz von eingeschränktem Hörvermögen, die Verfügbarkeit von effektiven und akzeptablen Screening-Methoden und als Outcomeparameter den Gewinn an gesunden Lebensjahren. Die AutorInnen kommen zum Schluss, dass ein einfaches systematisches Screening mittels Audiometrie eine akzeptable und kosteneffektive Methode bei der Altersgruppe der 55-74 Jährigen darstellt und einen substantiellen Nutzen leisten könnte. Auf Basis dieser Ergebnisse würden nun weitere Studien zur Identifikation der Personengruppe, welche am meisten von einem solchen Screeningprogramm profitieren würde, erforderlich sein. Darüber hin-

aus müssten auch noch Prozeduren der Überweisung und andere Implementierungsmerkmale erprobt werden (Davis et al, 2007).

In einem im November 2008 veröffentlichten Bericht hat Baguley obigen HTA-Bericht einer Bewertung anhand der NSC Screening-Kriterien unterzogen. Unter Berücksichtigung der Aussagen dieses Berichts sowie der Ergebnisse inzwischen publizierter Studien folgert der Autor, dass die derzeitige Evidenz ein Screeningprogramm nach Hörminderung – kombiniert mit anamnestischen Verfahren bzw. Kurzfragebogen und audiometrischen Tests – grundsätzlich unterstütze. In England wären außerdem bereits klinische Leitlinien, Akzeptanzuntersuchungen, Kapazitätsanalysen und Protokolle mit den empfohlenen Schwellenwerten der Screening-Audiometrie verfügbar. Zur Einführung eines Programms müssen jedoch noch auf Grundlage von Modellierungen bzw. Pilot-Studien optimale Screening-Intervalle sowie die optimale Frequenz bei der Audiometrie festgelegt werden. Auf Grundlage aller vorliegenden Ergebnisse könnte die noch zu erprobende Screening-Strategie einen Kurzfragebogen (zwei Fragen) mit anschließender Audiometrie (möglicherweise 3 kHz) umfassen (Baguley, 2008).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm („Wissenschaftliche Grundlagen“)

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

Die von uns angewandte Suchmethodik liefert keinen Nachweis, aus der sich das in den Wissenschaftlichen Grundlagen der VU Neu empfohlene Vorgehen ableiten ließe. Die Entwicklung der Empfehlung zum Screening nach Hörminderung im Jahr 2005 und die dabei verwendeten Kriterien für Suche, Einschluss und Ausschluss der Studien, erscheinen nicht vollständig nachvollziehbar. Die expliziten Gründe für die weitere Beibehaltung dieser Maßnahmen (möglicherweise Einfachheit und hohe Akzeptanz des Tests, Behandlung bei dadurch im Rahmen der VU Neu identifizierten wirksam und akzeptabel) trotz Fehlens entsprechender Evidenz aus der Sekundärliteratur sollten daher transparent gemacht werden.

Seitens USPSTF ist eine aktualisierte systematische Bewertung der Evidenz, welche relevante neue Informationen berücksichtigt, derzeit in Ausarbeitung. Seitens des UK NSC wird zwar derzeit kein Screening-Programm empfohlen, gemäß einer wissenschaftlichen Bewertung anhand der UK NSC Screening-Kriterien wird ein Screening jedoch für grundsätzlich überlegenswert erachtet. Eine Überarbeitung der Stellungnahme des UK NSC soll allerdings frühestens 2011 erfolgen.

Literatur

- Baguley, D. (2008). *Evaluation of early screening for hearing disability against NSC Handbook Criteria*. Download von der Website der National Library for Health, vom 19. März 2009 http://www.nsc.nhs.uk/pdfs/Adult_Hearing_Criteria.pdf
- Davis, A., Smith, P., Ferguson, M., Stephens, D. & Gianopoulos, I. (2007). Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. *Health Technology Assessment 2007, II (42)*.
- UK NSC 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/latelife/ViewResource.aspx?resID=61155&tabID=288>
- UK NSC UK National Screening Committee. (2009). *The UK NSC policy on adult hearing loss screening*. UK NSC policy database. Download vom 21. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/hearing-adult>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (1996). Screening for Hearing Impairment. In: U.S. Preventive Services Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Services. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force*
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force (2009). Screening for Hearing Impairment in Older Adults. Topic Page. Download vom 21. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspshhear.htm>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz.

4.14 Altersbedingte Sehschwäche

Screening nach altersbedingter Sehschwäche

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF:

- Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um das Verhältnis Nutzen und Schaden eines Screenings nach Sehschwäche in Bezug auf eine Verbesserung von Outcomes bei Älteren zu bewerten.

UK NSC:

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

Zum Thema Sehbeeinträchtigung gab es im Jahr 1996 eine Empfehlung der 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 älteren Personen zu empfehlen (USPSTF, 1996, S. 379).

Im Jahr 2009 erfolgte eine Aktualisierung der Empfehlungen durch USPSTF mit der Fragestellung der Wirksamkeit eines Screenings auf Sehschwäche im Zusammenhang mit Alterssichtigkeit, Katarakten und altersbedingter Makulardegeneration (AMD) bei über 65jährigen im Setting der Primärversorgung. Gemäß der aktuellen Evidenzlage wären Verfahren zur Testung der Sehschärfe nicht geeignet, um Fälle altersbedingter Makulardegeneration zu identifizieren.

Die direkte Evidenzlage ist demgemäß nicht geeignet, um einen gesundheitlichen oder funktionellen Nutzen durch ein Screening auf Sehschwäche bei älteren Erwachsenen zu belegen. Belegt ist jedoch, dass die Frühbehandlung von Fehlsichtigkeit, Katarakten und altersbedingter Makulardegeneration die Sehschärfe verbessern bzw. dem Verlust der Sehschärfe vorbeugen kann.

Sehschärfe-Tests (wie etwa die Sehprobentafeln nach Snellen) stellen das übliche Verfahren für ein Sehschärfe-Screening in der Primärversorgung dar. Das „Erfragen des Sehvermögens“ gilt im Vergleich zu Tests oder dem Screening mittels Ophthalmoskopie als weniger genau zur Identifizierung von Personen mit Sehschwäche. Die Evidenzlage in Bezug auf andere Sehschärfe-Testverfahren (z.B. Amsler-Gitter-Sehtest) oder der Fundoskopie wird als eingeschränkt bewertet (USPSTF, 2009a; USPSTF 2009b).

Seitens UK NSC gibt es aktuell keine Stellungnahme zum Screening nach altersbedingter Sehschwäche (UK NSC, 2009).

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).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm („Wissenschaftliche Grundlagen“)

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 USPSTF noch das UK NSC empfehlen ein Screening erwachsener bzw. älterer Probanden nach altersbedingter Sehschwäche in der Primärversorgung. Die von uns angewandte Suchmethodik liefert außerdem keinen Nachweis, aus der sich das in den Wissenschaftlichen Grundlagen der VU Neu empfohlene Vorgehen ableiten ließe. Die Entwicklung der Empfehlung zum Screening nach Glaukom im Jahr 2005 und die dabei verwendeten Kriterien für Suche, Einschluss und Ausschluss der Studien, erscheinen nicht vollständig nachvollziehbar.

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 vorliegen, wurde deren Einsatz aufgrund des hohen zeitlichen Aufwandes für die Durchführung der VU offenbar als nicht hinreichend praktikabel bewertet.

Die expliziten Gründe für die weitere Beibehaltung dieser Maßnahmen (möglicherweise Einfachheit und hohe Akzeptanz des Tests, Behandlung bei dadurch im Rahmen der VU Neu identifizierten wirksam und akzeptabel) trotz Fehlens entsprechender Evidenz aus der Sekundärliteratur sollten daher transparent gemacht 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.
- UK National Screening Committee (UK NSC). (2009). *Adult. UK NSC policy database*. Download vom 18. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/policies-adult>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (1996). Screening for Visual Impairment. In: U.S. Preventive Services Task Force; *The Guide to Clinical Preventive Service. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force*
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009a). *Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults*. Topic Page. July 2009. Download vom 28. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspviseld.htm>
- USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009b). *Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults: U.S. Preventive Service Task Force Recommendation Statement*. Download vom 13. Juli 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality; <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf09/visualscr/viseldrs.pdf>
- WIZE VAEB Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2005). *Vorsorgeuntersuchung Neu. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz.

4.15 Hautkrebs

Hautkrebs-Screening

Gemäß der von uns angewandten Suchmethodik liegen folgende Stellungnahmen vor:

USPSTF:

- Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um das Verhältnis von Schaden und Nutzen einer ärztlichen Ganzkörperinspektion der Haut in der Primärversorgung oder einer Selbstinspektion der Haut zur Früherkennung eines kutanen Melanoms, Basalzellkarzinoms oder Plattenepithelkarzinoms zu bewerten.

UK NSC:

- Es gibt aktuell keine Stellungnahme zum Hautkrebs-Screening.

Es gibt gewisse Hinweise, dass die ärztliche Hautinspektion mit mäßiger Genauigkeit in der Lage ist, kutane Melanome zu identifizieren. Die aktuelle Evidenz ist nicht ausreichend, um die Selbstinspektion der Haut als Screeningverfahren für Hautkrebs zu belegen. Laut USPSTF ist die Evidenz unzureichend, um Schaden und Nutzen einer Ganzkörperinspektion durch den Arzt oder die Person selbst zur Früherkennung zu bewerten. Ungewissheit besteht vor allem aufgrund fehlender Studien hinsichtlich einer screeningbedingten Reduktion der Morbidität und Mortalität sowie hinsichtlich des Ausmaßes möglichen Schadens durch Fehldiagnosen, unnötige Biopsien oder Überbehandlung. Vor allem aufgrund methodischer Besonderheiten (niedrige Prävalenz bzw. Inzidenz von Melanom und anderen Hautkrebsformen in der Bevölkerung, daher sehr große Anzahl an StudienteilnehmerInnen erforderlich) ist nach wie vor keine direkte Evidenz aus randomisierten Screening-Studien verfügbar (USPSTF, 2009a; USPSTF 2009b).

Seitens des UK NSC gibt es aktuell keine Stellungnahme zum Hautkrebs-Screening (UK NSC, 2009).

Status Quo der Empfehlungen zum VU Neu Programm („Wissenschaftliche Grundlagen“)

Gemäß den Wissenschaftlichen Grundlagen „konnte beim Massenscreening mittels Hautinspektion selbst in Australien nicht gezeigt werden, dass damit Melanome verlässlich früher erkannt wurden als in den Vergleichsgruppen ohne Screening. Wegen dieser offenen Beweislage wird beim Melanom auch in Australien empfohlen, Risikogruppen anamnestisch zu identifizieren und die Probanden zur Selbstwahrnehmung anzuhalten. Sie sollten ihrem Arzt suspekt erscheinende, sich verändernde Stellen möglichst umgehend zeigen und sich nicht blind auf das Ergebnis des letzten Screenings verlassen. Für die Selbstinspektion konnte jedoch auch noch kein eindeutiger

Beweis der Wirksamkeit erbracht werden. Jedenfalls sollten die Ärzte die bekannten Risikofaktoren für Melanome bei der klinischen Untersuchung der Probanden bedenken. So ist beispielsweise evident, dass Menschen mit empfindlichem blassen Hauttyp ab 65 deutlich häufiger Melanome entwickeln und Personen mit mehr als 50 Muttermalen verstärkt gefährdet sind. Die Aufmerksamkeit von Arzt und Proband sollte erhöht werden, wenn eine genetische Belastung und damit ein erhöhtes Risiko für ein Melanom vorliegt. Personen, die einen Blutsverwandten ersten Grades mit malignem Melanom haben, stellen eine definitive Risikogruppe dar. Diese sollten von sehr erfahrenen Dermatologen untersucht werden“ (WIZE VAEB, 2005, S. 206).

Diskussion

Wenn die Intervention angeboten wird sollten Patienten sich der Ungewissheit bezüglich des Verhältnisses von Schaden und Nutzen bewusst sein. ÄrztInnen sollten im Zuge körperlicher Untersuchungen, die aus anderen Gründen durchgeführt werden, auch auf Hautläsionen mit malignen Merkmalen achten. Asymmetrie, unregelmäßige Begrenzung, Farbveränderungen, ein Durchmesser größer als sechs Millimeter (ABCD Kriterien) oder sich rasch verändernde Läsionen sind Charakteristika, die mit einem erhöhten Krebs-Risiko verbunden sind. Eine Biopsie von verdächtigen Läsionen ist daher angezeigt (USPSTF, 2009b, S. 2).

Literatur

UK National Screening Committee (UK NSC). (2009). *Adult. UK NSC policy database*. Download vom 18. August 2009 von <http://www.screening.nhs.uk/policies-adult>

USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009a). *Screening for Skin Cancer*. Topic Page. February 2009. Download vom 28. August 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsskca.htm>

USPSTF U.S. Preventive Services Task Force. (2009b). *Screening for skin cancer. Recommendation Statement*. Download vom 11. März 2009 von der Webseite der Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf09/skincancer/skincanrs.pdf>

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

Tabelle 2: Empfehlungen der USPSTF und des UK NSC in tabellarischer Form, Stand September 2009

2008/2009	USPSTF	UK NSC
Hypertonie-Screening	Deutliche Empfehlung („Grade A“) zum Screening nach arterieller Hypertonie von allen Erwachsenen (Personen ab 18 Jahren).	Screening sollte angeboten werden. Es gibt jedoch keine Stellungnahme zum Blutdruck-Screening der Gesamtbevölkerung. [Die Ermittlung des Blutdrucks zur Bestimmung des kardiovaskulären Gesamtrisikos ist jedoch Bestandteil der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks), welche Personen von 40 bis 74 Jahren alle fünf Jahre zur Verfügung stehen sollen.]
Screening nach Lipidstoffwechselstörungen	<p>Deutliche Empfehlung („Grade A“) für Männer ab 35; Frauen ab 45 nur wenn erhöhtes Risiko für KHK besteht.</p> <p>Empfehlung („Grade B“) für junge Erwachsene (Männer 20-35, Frauen 20-45) nur bei erhöhtem Risiko für KHK.</p> <p>Keine Empfehlung („Grade C“) für oder gegen Screening bei Männern zwischen 20 bis 35 und Frauen über 20 wenn kein erhöhtes Risiko für KHK besteht.</p> <p>Der bevorzugte Screening-Test stellt eine Untersuchung des Gesamtcholesterins und HDL-Cholesterins (nüchtern und nicht-nüchtern) dar.</p> <p>Ungenügender Nachweis um die zusätzliche Berücksichtigung einer Triglyzerid-Bestimmung in einem Screening nach Lipidstoffwechselstörungen zu empfehlen.</p>	Es gibt keine Stellungnahme zum Screening der Gesamtbevölkerung auf Lipidstoffwechselstörungen. [Die Ermittlung von Gesamt- und HDL-Cholesterin zur Bestimmung des kardiovaskulären Gesamtrisikos ist jedoch Bestandteil der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks), welche Personen von 40 bis 74 Jahren alle fünf Jahre zur Verfügung stehen sollen.]
Adipositas-Screening & Ernährungsberatung	<p>Empfehlung („Grade B“) für ein Adipositas-Screening.</p> <p>Empfehlung („Grade B“) für intensive Beratung in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Interventionen bei adipösen Personen.</p> <p>Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“) um eine Empfehlung für eine Beratung von moderater oder leichter Intensität in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Interventionen bei adipösen Personen auszusprechen.</p> <p>Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“) um eine Empfehlung für eine Beratung jeglicher Intensität in Kombination mit verhaltenstherapeutischen Interventionen bei präadipösen Personen auszusprechen.</p>	Es gibt aktuell keine Stellungnahme zu einem Adipositas-Screening der Gesamtbevölkerung oder zur Durchführung von Ernährungsberatung. [Die Ermittlung des BMI sowie Ernährungsberatung sind jedoch Bestandteile der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks), welche Personen von 40 bis 74 Jahren alle fünf Jahre zur Verfügung stehen sollen.]

<p>Beratung zu regelmäßiger körperlicher Aktivität</p>	<p>Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um eine Empfehlung für oder gegen Bewegungsberatung im Setting der medizinischen Primärversorgung auszusprechen.</p>	<p>Es gibt aktuell keine Stellungnahme zum Screening der Gesamtbevölkerung auf Bewegungsmangel oder zur Durchführung einer Bewegungsberatung. [Screening auf Bewegungsmangel sowie Bewegungsberatung sind jedoch Bestandteile der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks), welche Personen von 40 bis 74 Jahren alle fünf Jahre zur Verfügung stehen sollen.]</p>
<p>Diabetes-Screening</p>	<p>Empfehlung („Grade B“) zum Diabetes-Screening bei asymptomatischen Personen mit einem Blutdruck, welcher bleibend erhöht ist mit mehr als 135/ 80 mmHg (behandelt oder unbehandelt).</p> <p>Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“) für eine Empfehlung zum Screening von asymptomatischen Personen mit einem Blutdruck von 135/ 80 mm Hg oder niedriger.</p>	<p>Ein Diabetes-Screening der Gesamtbevölkerung sollte nicht angeboten werden. [Filter zur Frühidentifikation von Personen mit erhöhtem Diabetes-Risiko sind jedoch Bestandteile der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks), welche Personen von 40 bis 74 Jahren alle fünf Jahre zur Verfügung stehen sollen. Dabei wird nach BMI und Blutdruck gefiltert. Personen an bzw. über den Grenzwerten (BMI \geq 30 bzw. BMI \geq 27,5 oder Blutdruck \geq 140/ 90 mmHg) wird ein Blutzuckertest angeboten.]</p>
<p>Rauchverhalten erheben & Rauchstopp unterstützen</p>	<p>Deutliche Empfehlung („Grade A“) zum Screening nach Tabakkonsum und zur Durchführung von Maßnahmen zur Beendigung des Tabakkonsums für alle Erwachsenen (Personen ab 18 Jahren).</p>	<p>Es gibt aktuell keine Stellungnahme zum Screening der Gesamtbevölkerung nach Tabakkonsum. [Die Erhebung des Rauchstatus sowie ggf. die Kurzintervention zum Rauchstopp sind Lebensstilmaßnahmen im Rahmen der „NHS Health Checks“ (Vascular Checks), welche Personen von 40 bis 74 Jahren alle fünf Jahre zur Verfügung stehen sollen. Die Überweisung zu NHS-Raucherentwöhnungseinrichtungen ist vorgesehen.]</p>
<p>Screening nach problematischem Alkoholkonsum & Beratung/Kurzintervention</p>	<p>Empfehlung („Grade B“) zum Screening (nach problematischem Alkoholkonsum) bei allen Erwachsenen und gegebenenfalls zur Kurzberatung.</p>	<p>Ein Screening (der Gesamtbevölkerung) nach problematischem Alkoholkonsum sollte nicht angeboten werden.</p>
<p>Brustkrebs-Screening</p>	<p>Empfehlung („Grade B“) zum Brustkrebs-Screening mittels Mammographie für alle Frauen ab 40 Jahren alle 1-2 Jahre, mit oder ohne manueller Brustuntersuchung.</p> <p>Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um eine Empfehlung für oder gegen die alleinige manuelle Brustuntersuchung auszusprechen.</p> <p>Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um eine Empfehlung für oder gegen eine Anleitung des Arztes zur Selbstuntersuchung der Brust sowie für oder gegen eine Selbstuntersuchung der Brust.</p>	<p>Ein Brustkrebs-Screening wird empfohlen. Nationale Screening Programme werden angeboten (England und Schottland lädt Frauen zwischen 50 und 70 Jahren alle 3 Jahre ein, Nordirland Frauen zwischen 50 und 64 Jahren alle 3 Jahre).</p>

<p>Zervixkarzinom-Screening</p>	<p>Deutliche Empfehlung („Grade A“) zum Screening bei sexuell aktiven Frauen mit Zervix.</p> <p>Empfehlung („Grade D“) gegen ein regelmäßiges Screening bei Frauen über 65 Jahren, wenn diese zuvor adäquat gescreent wurden, unauffällige PAP-Befunde hatten und nicht einer Hochrisikogruppe angehören.</p> <p>Empfehlung („Grade D“) gegen ein Screening mittels PAP-Abstrich bei Zustand nach totaler Hysterektomie aufgrund einer gutartigen Erkrankung.</p> <p>Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um eine Empfehlung für oder gegen den Einsatz neuer Technologien auszusprechen.</p> <p>Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um eine Empfehlung für oder gegen den Einsatz von HPV Tests auszusprechen.</p>	<p>Ein Zervixkarzinom-Screening wird empfohlen. Nationale Screening-Programme sind eingerichtet (altersabhängige Intervalle von 3 bzw. 5 Jahren, Beginn der Einladungen ab 20 bzw. 25 Jahren, Ende der Einladungen bei 60 bzw. 64 Jahren).</p>
<p>Darmkrebs-Screening</p>	<p>Deutliche Empfehlung („Grade A“) zum Darmkrebs-Screening mittels fäkalem Okkultblut-Test (FOBT), Sigmoidoskopie oder Koloskopie für alle Erwachsenen, beginnend mit 50 Jahren bis zum Alter von 75 Jahren. Risiken und Nutzen dieser Screeningmethoden variieren.</p> <p>Empfehlung („Grade C“) gegen die regelmäßige Durchführung eines Darmkrebs-Screenings bei Personen zwischen 76 und 85 Jahren. Bestimmte Überlegungen können ein Screening bei individuellen PatientInnen rechtfertigen.</p> <p>Empfehlung („Grade D“) gegen ein Darmkrebs-Screening bei Personen älter als 85 Jahre.</p> <p>Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um Schaden und Nutzen der Testverfahren von Computertomographie und fäkaler DNA-Tests zu bewerten.</p>	<p>Darmkrebs-Screening mittels fäkalem Okkultblut-Test (FOBT) sollte Personen (der siebenten Lebensdekade) angeboten werden, wobei ältere Personen Anspruch auf Zusendung eines Test- Sets haben. Verschiedene nationale Screening-Programme werden im Vereinigten Königreich angeboten (schrittweiser Roll-Out) (Beginn der Einladungen bei 50 bzw. 60 Jahren, Ende bei 74 bzw. 69 Jahren).</p>
<p>Prostatakarzinom-Screening</p>	<p>Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um das Verhältnis von Schaden und Nutzen eines Screenings bei Männern jünger als 75 Jahre zu bewerten.</p> <p>Empfehlung („Grade D“) gegen ein Screening bei Männern älter als 75 Jahre.</p>	<p>Keine Empfehlung für ein organisiertes, bevölkerungsorientiertes Screening-Programm. Ein PSA-Test kann jedoch auf Verlangen durchgeführt werden (Männer über 50 Jahre). Information zu Risiken und Nutzen dieses Verfahrens werden im Prostatakarzinom Risiko-Management Programm („Prostate Cancer Risk Management Programme“) vermittelt. Nach der Veröffentlichung der ersten Ergebnisse der großen europäischen Multicenter-Studie European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) sowie der US-amerikanischen Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian Cancer Screening Trial (PLCO) im März 2009 wird die Überarbeitung der Stellungnahme für 2010 angekündigt.</p>

<p>Parodontitis-Screening</p>	<p>Keine Empfehlung zum Parodontitis-Screening. Die USPSTF weist „dental and periodontal disease“ als „inaktives Thema“ aus und hat diesen Bereich in ihren regelmäßigen Aktualisierungen seit 1996 nicht mehr berücksichtigt.</p>	<p>Es gibt aktuell keine Stellungnahme zum Parodontitis-Screening.</p>
<p>Glaukom-Screening</p>	<p>Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um eine Empfehlung für oder gegen ein Glaukom-Screening bei Erwachsenen auszusprechen.</p>	<p>Ein Screening-Programm sollte nicht angeboten werden.</p>
<p>Screening nach eingeschränktem Hörvermögen</p>	<p>Aktuell findet sich keine Empfehlung der USPSTF zum Screening nach eingeschränktem Hörvermögen. Aufgrund inzwischen neuer Evidenz wird die Stellungnahme aus dem Jahr 1996 derzeit überarbeitet.</p>	<p>Screening nach Hörverlust bzw. eingeschränktem Hörvermögen sollte nicht angeboten werden.</p>
<p>Screening nach altersbedingte Sehschwäche</p>	<p>Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um das Verhältnis Nutzen und Schaden eines Screenings nach Sehschwäche in Bezug auf eine Verbesserung von Outcomes bei Älteren zu bewerten.</p>	<p>Es gibt aktuell keine Stellungnahme zum Screening nach altersbedingter Sehschwäche.</p>
<p>Hautkrebs-Screening</p>	<p>Derzeit keine ausreichende Evidenz („Grade I“), um das Verhältnis von Schaden und Nutzen einer ärztlichen Ganzkörperinspektion der Haut in der Primärversorgung oder einer Selbstinspektion der Haut zur Früherkennung eines kutanen Melanoms, Basalzellkarzinoms oder Plattenepithelkarzinoms zu bewerten.</p>	<p>Es gibt aktuell keine Stellungnahme zum Hautkrebs-Screening.</p>