

Vorsorgeuntersuchung und Früherkennung



Dr. Herbert Bachler

Präsident Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin (TGAM), Präsidiumsmitglied der ÖGAM

Die kostenlose Vorsorgeuntersuchung wurde 1974 eingeführt und 2005 sehr differenziert als „Vorsorgeuntersuchung neu“ überarbeitet. Die Umsetzung war jedoch nicht nur evidenzbasiert.

Primäres Ziel eines Screenings ist die Senkung der Mortalität und die Verbesserung der Morbidität sowie die Verbesserung der Lebensqualität. Unsere derzeitige Lebenserwartung ist bisher unerreicht: Mit 79 Jahren bei Männern und 84 Jahren bei Frauen liegt Österreich aber nicht im Spitzenfeld. Länder wie die Schweiz liegen deutlich besser, Deutschland etwa gleichauf mit Österreich (26. Stelle im Ländervergleich)¹.

Damit die Überlebensrate angehoben und man medizinisch aktiv werden kann, ist es unabdingbar, die Todesursachen zu kennen. 2017 starben 83.270 Österreicher, so die Statistik Austria 2018.² Den größten Anteil an Todesfällen verursacht das Herz-Kreislauf-System, gefolgt von Neu-

bildungen (24 %), Atmungsorgane (6 %) und Verletzungen (5 %). Damit wird bereits deutlich, dass jegliche Intervention, die das Herz-Kreislauf-Risiko senkt, den höchsten Einfluss auf die Sterblichkeit hat. Somit ist beispielsweise Rauchen der am besten beeinflussbare Risikofaktor, und jeder Euro, der in die Prävention – vor allem bei Jugendlichen – investiert wird, hat einen hohen präventiven Effekt.

Damit ein Screening jedoch effektiv funktionieren kann, muss einerseits eine ausreichende Bedrohung, Prävalenz und Beeinflussbarkeit des Risikofaktors vorhanden und somit die Verhinderung klinischer Ereignisse möglich sein, andererseits muss die Screeninguntersuchung einfach durchzuführen und kosteneffektiv und die Treffsicherheit (hoher prädiktiver Wert, hohe Sensitivität und Spezifität) gegeben sein.

Wir lesen in medizinischen Fachzeitschriften sehr regelmäßig, dass frühzeitig bestimmte Risiken detektiert werden können (zum Beispiel Neurofilamente bei Alzheimer-Demenz). Dies ist für das Verständnis der Erkrankung wissenschaftlich höchst interessant, ein generelles Screening bleibt jedoch so lange ohne Relevanz für die Primärversorgung, solange keine validen Daten über adäquate Therapien zu den gescreenten Krankheiten vorliegen. Hier ist die Gefahr für einen „lead-time bias“ gegeben: Menschen leben länger mit einer Erkrankung, ohne von der frühen Diagnose zu profitieren, der ausgelöste Stress oder eine inadäquate Therapie führen unter

Umständen sogar zu einem Nachteil. Weitere mögliche Verzerrungen im Umfeld der Vorsorgeuntersuchung beziehen sich auf den „length-time bias“ (aggressive Erkrankungen werden vom Screening verpasst), den „healthy screenee bias“ (am Screening-Programm Teilnehmende leben gesünder) – und vor allem den „overdiagnosis bias“ (Detektion von klinisch stummen Erkrankungen mit guter Prognose führen zu Verschlechterung der Lebensqualität, ohne die Sterblichkeit zu senken). Das Problem der Überdiagnosen haben wir vor allem bei der Suche nach Neubildungen und deren Vorstufen. Das Screening auf Neubildungen/Vorstufen war jedoch nicht Gegenstand der „VU2020“.

Quartärprävention ist mittlerweile ein wichtiger Bereich für qualitätsvolle hausärztliche Betreuung, insbesondere in einem Gesundheitssystem, in dem die medizinische Dienstleistung vielfach zu einem einträglichen Geschäftsfeld wurde.

Unabhängig von den einzelnen zu untersuchenden Faktoren geht es aber bei einer Vorsorgeuntersuchung vor allem auch um die Gesamtschau der Lebenssituation des Probanden und die Möglichkeit des Hausarztes beziehungsweise Vorsorgearztes, abseits der Zeitdynamik einer Kassenpraxis gut Zeit zu haben für seine Patienten. ■

¹ <https://www.laenderdaten.info/lebenserwartung.php>

² http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html

Neuaufgabe ÖGAM-Gesundheitsfragebogen Ressourcen und Risikofaktoren erkennen



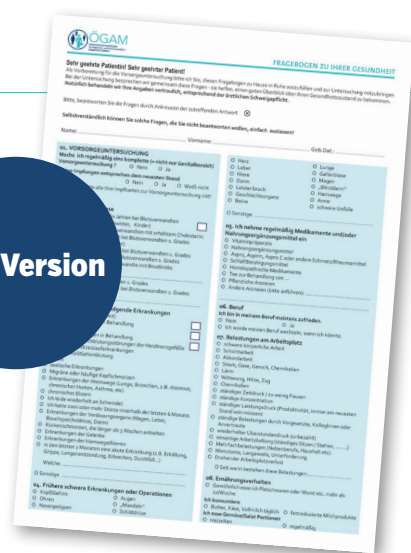
Dr. Barbara Degn
ÖGAM-Redaktionsteam

Als österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin sehen wir die Gesundheitsförderung und Prävention als eine der Kernaufgaben der Allgemeinmedizin, da wir den Patienten in seinem unmittelbaren biopsychosozialen Umfeld und Kontext betreuen. Gesundheitsförderung ist als integrativer Teil unserer ärztlichen Tätigkeit zu sehen. Über die gelebte Anamnese und die oftmals langjährige Arzt-Patienten-Beziehung sowie die umfassende chronologische Dokumentation der gesundheitlichen Probleme unserer Patienten haben wir oft viele Informationen zu unseren Patienten.

Dennoch bedarf es auch eines strukturierten Zugangs und einer effizienten Primärprävention, um abwendbare und beeinflussbare Risikofaktoren zu erkennen und rechtzeitig zu intervenieren. Die Vorsorgeuntersuchung ist ein wertvolles und durch das solidarische Gesundheitssystem breit verfügbares Instrument dafür. Im Ordinationsalltag liegt der Fokus häufig auf Beschwerden und Erkrankungen. Das Gespräch über Risikofaktoren, individuelle Belastungen und gesunde Lebensführung kann dabei leicht zu kurz kommen. Die Vorsorgeuntersuchung ist ein geeigneter Moment für derartige Gespräche.

Die ÖGAM hat seit Jahren einen bewährten Gesundheitsfragebogen, der eine strukturierte Anamnese ermöglichen und als Testwerkzeug dienen kann, um die Effizienz damit einhergehender Untersuchungen und Maßnahmen (zum Beispiel Vorsorgeuntersuchung) zu steigern und rasch zu einem Gespräch über vorhandene, positive Ressourcen mit dem Patienten selbst zu kommen.

Es ist uns daher eine Freude, nunmehr unmittelbar zu der veröffentlichten „Empfehlungen Vorsorgeuntersuchung 2020“ vom österreichischen Hauptverband eine neu überarbeitete Auflage des ÖGAM-Gesundheitsfragebogens unseren Mitgliedern und interessierten Kollegen zur Verfügung stellen zu können. Großer Dank gebührt hier Dr. Franz Burghuber für sein mittlerweile jahrelanges Engagement zur Aktualisierung und Erneuerung des Fragebogens.



Neue Version

BESTELLADRESSE

ÖGAM Sekretariat, c/o Wiener Medizinische Akademie,
Alser Straße 4, 1090 Wien, Tel.: 01/405 13 83-17, office@oegam.at

PDF ZUM DOWNLOADEN AUF DER WEBSITE: www.oegam.at/service



Empfehlungen Vorsorgeuntersuchung 2020

Um der Bevölkerung ein qualitativ hochwertiges Vorsorge-Programm zu bieten, ist es wichtig, die Inhalte des Vorsorge-Programms transparent, kritisch und evidenzbasiert zu durchleuchten und in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren.

Es erfolgte daher einerseits eine Erhebung zu den Erwartungen an die Vorsorgeuntersuchung – drei Fokusgruppen mit Vertretern der Bevölkerung aus Wien, Graz und Innsbruck diskutierten über die Erwartungen und Möglichkeiten der Vorsorgeuntersuchung.¹ Von 2017 bis 2019 wurden die einzelnen Untersuchungen der Vorsorgeuntersuchung 2005 und neue, potenziell relevante Beratungen/Untersuchungen nach dem GRADE-Ansatz (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) beurteilt. In einem strukturierten Prozess wurden im weiteren Verlauf von einem Expertengremium evidenzbasierte Empfehlungen dazu erarbeitet, welche Untersuchungen/Beratungen Teil der Vorsorgeuntersuchung sein sollten. Das Gremium bestand aus Mitgliedern der medizinischen Universitäten, der ÖGAM, der ÖGPH (Österreichische Gesellschaft für Public Health), der GÖG (Gesundheit Österreich GmbH) sowie Hauptverband und Fonds Gesundes Österreich. Es formulierte insgesamt 26 Empfehlungen zu 20 Zielerkrankungen oder Risikofaktoren und empfahl erstmals Screenings auf osteoporotisches Frakturrisiko, abdominales Aortenaneurysma und chronische Nierenerkrankungen. Screenings zur Identifizierung von Patienten mit erhöhtem Risiko für ein Glaukom, asymptomatische Bakteriurie und Eisen-/Vitamin B₁₂ Mangel-Anämie sollen zukünftig nicht mehr Teil der Vorsorgeuntersuchung sein.

Adaptierte Maßnahmen

Altersbedingte Sehschwäche

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

[Schwach, sehr niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens]

Diabetes Typ 2

Erwachsene mit erhöhtem Risiko (ab moderatem Risiko nach FINDRISK) sollen alle 3 Jahre mittels Nüchtern-Glukose-Test oder HbA_{1c} auf Typ-2-Diabetes gescreent werden.

[Schwach, moderate Qualität der Evidenz, starker Konsens]

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

[Schwach, moderate Qualität der Evidenz, starker Konsens]

Gesundheitsgefährdender Alkoholkonsum

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

[Stark, niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens]

Ein Screening mittels Gamma-GT soll nicht durchgeführt werden.

[Stark, sehr niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens]

Hautkrebs

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

[Schwach, moderate Qualität der Evidenz, Konsens]

Hörminderung/Hörverlust

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

[Schwach, moderate Qualität der Evidenz, starker Konsens]

Hypertonie

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

[Stark, hohe Qualität der Evidenz, starker Konsens]

Körperliche Aktivität

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

[Stark, moderate Qualität der Evidenz, mehrheitliche Zustimmung]

Lipidstoffwechselstörungen

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

[Stark, moderate Qualität der Evidenz, starker Konsens]

Nikotin-/Tabakkonsum

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

[Stark, hohe Qualität der Evidenz, starker Konsens]

Parodontalerkrankungen

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

[Schwach, niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens]

Übergewicht/Adipositas

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

[Schwach, moderate Qualität der Evidenz, starker Konsens]

Gestrichene Empfehlungen

Asymptomatische Bakteriurie

Erwachsene sollen nicht auf asymptomatische Bakteriurie gescreent werden.

[Stark, niedrige Qualität der Evidenz, Konsens]

Eisen-/Vitamin B₁₂ Mangel-Anämie

Nichtschwängere Frauen sollen nicht auf Anämie gescreent werden.

[Schwach, sehr niedrige Qualität der Evidenz, mehrheitliche Zustimmung]

Glaukom

Erwachsene sollen nicht auf Offenwinkelglaukom gescreent werden.

[Schwach, sehr niedrige Qualität der Evidenz, Konsens]

Neue Empfehlungen

Abdominales Aortenaneurysma (AAA)

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

[Schwach, moderate Qualität der Evidenz, starker Konsens]

Frauen sollen nicht auf AAA gescreent werden.

[Schwach, moderate Qualität der Evidenz, starker Konsens]

Chronische Nierenerkrankungen

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

[Schwach, niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens]

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

[Stark, niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens]

Osteoporotisches Frakturrisiko

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

[Schwach, niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens]

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

[Schwach, niedrige Qualität der Evidenz, starker Konsens]

1 <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.673515&version=1549356577>

Zusammengefasst von: Dr. Herbert Bachler

Präsident Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin (TGAM),
Präsidiumsmitglied der ÖGAM, Trainer und Lehrpraxisleiter der
Universitären Lehrpraxis MUI und der ÖGAM/ÖÄK

Die evidenzbasierten Empfehlungen wurden von Ass.-Prof. Dr. Isolde Sommer zusammengefasst und sind auf der Website des Hauptverbandes abrufbar: www.hauptverband.at/vu

