

„Zwischen Augenmaß und Überfluss – welches Screening ist notwendig oder sinnvoll“

Nachlese einer Veranstaltung am 13. 4. 2013 in der Sächsischen Landesärztekammer und der Blick nach vorn

Das „Fortbildungssemester der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der SLÄK“ hatte zurückliegend zunehmend weniger Resonanz. Dies führte zu folgenden Überlegungen: Wie können wir:

- Disziplinen übergreifend
- den kollegialen Dialog fördern
- kritisch eigenes Handeln diskutieren
- und Berufstätigen und in Dienstsysteme eingebundenen Kollegen die Teilnahme ermöglichen.

Im Resultat wurde am 13.4.2013 in den Räumen der SLÄK ein Forum mit der Überschrift „Zwischen Augenmaß und Überfluss“ geplant.

Der Nutzen von Screeningprogrammen wurde hinterfragt.

Dr. med. Christoph Altmann legte ein umfassendes theoretisches Fundament mit präzisen Begriffserläuterungen vor. Mit den Worten: „Vom Ende her denken“ diskutierte er Untersuchungen und internationale Ergebnisse in der Herz-Kreislaufmedizin, so zum Beispiel die Bestim-

mung der Serum-Cholesterin-Konzentration, die Ergometrie, die Messung des Knöchel-Arm-Index, die Bestimmung der Intima-Media-Dicke oder auch die sonografische Untersuchung der Bauchaorta. Im Ergebnis sollten diese Untersuchungen nur bei einer klinischen Indikation erfolgen – nicht bei asymptomatischen Individuen.

Prof. Stefanie Klug (Leiterin des Bereiches Tumorepidemiologie am Universitäts-Krebs-Centrum Dresden) referierte zum Thema Krebsfrüherkennung.

Seit 1971 ist die Krebsfrüherkennung in Deutschland gesetzlich verankert. Der Pap-Abstrich zur Früherkennung eines Zervixkarzinoms für alle Frauen ab 20 Jahre sowie der Hämokult-Test zur Früherkennung von Darmkrebs sind Teil dieser Früherkennungsangebote.

Für die Entstehung eines Zervixkarzinoms sind Infektionen mit Humanen Papillomaviren (HPV) verantwortlich. Dabei werden 13 verschiedene HPV-Typen als krebserregend eingestuft. Mit den erhältlichen HPV-Impfstoffen wird jedoch nur gegen zwei (HPV 16 und 18) dieser 13 Hochrisiko-Typen immunisiert. Daher müssen auch HPV-geimpfte Frauen weiterhin an der Krebsfrüherkennung teilnehmen. Die HPV-Impfung wird in Deutschland für alle Mädchen im Alter von 12 bis 17 Jahren empfohlen. Seit 2004 wird als einziges organisiertes Screeningprogramm in Deutschland das Mammografie-

Screening durchgeführt. Frauen in Alter von 50 bis 69 Jahren werden gezielt über zentrale Einladestellen zu einem Termin in eine Screeningeinheit eingeladen. Gegenwärtig besteht in Deutschland nicht die Möglichkeit, eine mögliche Reduktion der Brustkrebsmortalität durch das Mammographie-Screeningprogramm zu evaluieren.

In Deutschland erkranken jährlich fast 70.000 Menschen neu an Darmkrebs. Die Kostenträger übernehmen ab dem 50. Lebensjahr die Kosten für ein Screening auf okkultes Blut im Stuhl. Ab dem 55. Lebensjahr werden die Kosten für eine Vorsorge-Koloskopie übernommen. Diese sollte bei negativem Befund einmal nach 10 Jahren wiederholt werden.

Die Wahrscheinlichkeit, bei einem Screening per Koloskopie fortgeschrittene Adenome (> 1 cm mit schwerer intraepithelialer Neoplasie) zu finden, steigt mit zunehmendem Alter. Bereits ab dem 55. Lebensjahr müssen weniger als 15 Männer und weniger als 30 Frauen untersucht werden, um bei einem Individuum fortgeschrittene Adenome zu finden. Von 2003 bis 2008 wurden mehr als 2,8 Mio. Individuen „gescreent“. Kolonkarzinome wurden bei 25893 Individuen (0,9 %) entdeckt. Diese Tumoren waren in 70 % Karzinome im Frühstadium (UICC I und II). Der Nutzen dieser Vorsorgeuntersuchung ist zweifelsfrei belegt. Die Vorsorgekoloskopie wird aber nur von weniger als drei Prozent des Personen-

kreises oberhalb des 55. Lebensjahres wahrgenommen.

Marius Milde (AOK) diskutierte Screening aus der Sicht der Kostenträger. Prinzipiell signalisierten die Kostenträger eine aufgeschlossene Haltung.

Es folgte ein Überblick über etablierte Screeningprogramme wie zum Beispiel Hautcheck ab dem 35. Lebensjahr oder Diabetes-Früherkennung ab dem 35. bis zum 65. Lebensjahr. Diese unterliegen dem gesetzlich geregelten Verantwortungsbereich „Prävention“ der Kostenträger.

Die Grundprinzipien des präoperativen Screenings und einer Risikoevaluierung erläuterte Priv.-Doz. Dr. med. Christoph Reißfelder (Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des UKD).

Eine präoperative Röntgen-Thorax-Untersuchung, wie sie über Dekaden obligat war, sollte nur noch bei einer klaren klinischen Indikation erfolgen. Sämtliche anderen präoperativen Untersuchungen sollten in Abhängigkeit vom Ausmaß des operationspezifischen Risikos und den patientenindividuellen Komorbiditäten angepasst werden. Eine Anleitung dazu geben die „Empfehlungen zur präoperativen Diagnostik vor elektiven nichtkardiologischen Eingriffen bei erwachsenen Patienten“. Um eine erste Abschätzung der Belastbarkeit des Patienten zu erreichen, kann das „metabolische Äquivalent“ verwendet werden. Ab einem Wert von < 4 sollte eine weiterführende Diagnostik eingeleitet werden. Damit sollte zum Beispiel eine Echokardiographie nur bei Eingriffen mit hohem operations- und patientenspezifischem Risiko (zum Beispiel PPPD-Operation und bekannten Komorbiditäten) durchgeführt werden. Zu den obligaten präoperativen Laboruntersuchungen sollten Blutbild, Kreatinin, Kalium, Natrium und TSH gehören.

Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Kirschner (Klinik für Orthopädie am UKD) fokussierte auf das perioperative Blutungsrisiko und nachfolgende Komplikationen wie Nachblutungen, Hämatome und Infektionen. Priorität haben vor allem die in die struktu-

rierte Anamnese eingeschlossenen Fragen nach antikoagulativ wirksamen Medikamenten (auch die Einnahme freiverkäuflicher Präparate). Bei anamnestischen Hinweisen auf erhöhte Blutungsneigung muss oder sollte eine spezielle strukturierte Blutungsanamnese erhoben werden (siehe http://www.gerinnung-igs.at/Downloads/Fragebogen_adult.pdf). Wenn sich eine klinisch manifeste Blutungsneigung erfragen lässt (was nur bei wenigen Patienten der Fall ist), müssen außer den Globaltesten Quick und PTT auch der Faktor XIII und die Parameter für ein v. Willebrand-Jürgens-Syndrom bestimmt werden. Wenn ein Patient auf eine dauerhafte Therapie mit Gerinnungshemmern eingestellt war, sollte je nach Substanz dokumentiert werden, dass die Gerinnung zu Beginn des Eingriffs normalisiert ist: bei Falthrom mit der INR, bei NMH und den neuen Substanzen mit Kenntnis der letzten Dosis und der Nierenfunktion; hier helfen keine Gerinnungswerte.

Prof. Dr. med. habil. Sebastian Schellong bewertete Screeningmethoden in Notaufnahmen. Labormarker wie Troponin, BNP und die D-Dimere sollten nur im Kontext mit korrespondierenden klinischen Symptomen angefordert werden. Troponin kann beispielsweise bei einer hypertensiven Krise erhöht sein, darüber hinaus bei Niereninsuffizienz. Durch ein unkritisches Troponin-Screening werden falsch-positive Werte generiert und es kommt zu einem unnötigen Verbrauch von Ressourcen.

Gravierende Folgen hat die unkritische Bestimmung von D-Dimeren. D-Dimere sollten nur nach einem vorgeschalteten Prätest veranlasst werden (sogenanntes Wells-Score zur Ermittlung der klinischen Vortestwahrscheinlichkeit). Dr. med. Oliver Tiebel – Labormediziner und ärztlicher Leiter am MVZ des UKD – folgte in der Diskussion diesen Ausführungen.

Von großem Interesse waren die Ausführungen von Priv.-Doz. Dr. Lutz Jatzwauk, der in Sachsen als Krankenhaushygieneexperte bekannt ist. Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts folgend, sollten selektiv Pati-

enten bei oder besser noch vor der Krankenhausaufnahme risikoadaptiert einem MRSA-Screening unterzogen werden. Das Risiko kann sich zwischen den klinischen Fachdisziplinen bzw. auch regional unterscheiden. Ein erhöhtes Risiko auf Infektion/Kolonisation mit MRSA haben vor allem Patienten mit früherem MRSA-Nachweis, Patienten mit chronischen Wunden und Ulcerationen, Blasenkatheter, PEG-Sonde, Tracheostoma sowie Dialysepatienten bzw. Verlegungen aus anderen Krankenhäusern. Ein MRSA-Screening umfasst mindestens Abstriche beider Nasenvorhöfe, des Rachens und falls vorhanden der Wunde. Zum Nachweis werden vor allem selektive Kulturmedien (Vorbefund nach 24 Stunden) empfohlen. Diese sind spezifisch ($> 90\%$) und kostengünstig. Die Notwendigkeit eines MRSA-Schnelltests (Ergebnis in zwei Stunden) kann unter Umständen gegeben sein. MRSA sind heute nicht mehr nur ein Problem des Hospitalismus. Durch Massentierhaltung sind auch tierische Lebensmittel und ihre Konsumenten kontaminiert. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass Tierärzte sowie in der Tierhaltung tätiges Personal mit MRSA kolonisiert sind. Eine Besiedlung mit MRSA führt zu einem häufigeren Auftreten von Wundinfektion, Pneumonie und Sepsis, zu einer Verlängerung der stationären Verweildauer sowie zu deutlich höheren Behandlungskosten. Die Isolierung von MRSA-Patienten im Krankenhaus ist eine bewährte Maßnahme zur Prävention der Übertragung von MRSA. Das relative Risiko der MRSA-Kolonisation bzw.-Infektion ist bei einem länger als 24 Stunden dauernden Zimmerkontakt mit einem MRSA-Patienten um das Fünffache erhöht. Wegen des Vorkommens von MRSA bei ambulanten Patienten und der heute üblichen vielfältigen sozialen Kontakte im Krankenhaus kann das Risiko einer MRSA-Übertragung nur begrenzt, nicht aber völlig verhindert werden. Vor allem eine optimale Händehygiene kann MRSA-Infektionen minimieren.

Ein neuer Fachbegriff sind sogenannte MRGN, das heißt multiresis-

tente gramnegative Bakterien, die vereinzelt sogar panresistent sind. Je nach Resistenz gegen Acylureido-Penicilline, 3./4.-Generations-Cephalosporine, Fluorchinolone und Carbapeneme spricht man von 3MRGN bzw. 4MRGN (3MRGN sind gegen drei der genannten Antibiotikagruppen resistent, 4MRGN gegen alle vier Gruppen). Ein MRGN-Screening ist nur bei Ausbrüchen (Infektionshäufungen) und Kontaktpatienten von 4MRGN empfohlen. 4MRGN sollten konsequent isoliert werden. Bei 3MRGN ist eine Isolierung nur in besonderen Risikobereichen (Intensivstationen, bestimmte Patienten hämato-onkologischer Stationen) erforderlich. Bisher als ESBL bezeichnete Enterobacteriaceae bedürfen nach gegenwärtigem Stand der Wissenschaft keiner besonderen Hygienemaßnahmen (Standardhygiene). In der Umgebung von Patienten, die mit Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) infiziert oder koloni-

siert sind, genügt ebenfalls die Standardhygiene. Ein Screening ist nur bei Ausbrüchen erforderlich. In Ambulanzen sollten Träger multiresistenter Bakterien möglichst unverzüglich aufgerufen werden. Es genügt eine Flächendesinfektion der unmittelbaren Kontaktflächen bzw. am Ende der Sprechstunde die tägliche Desinfektion. Die wirksamste Maßnahme zur Minimierung von MRE-Infektionen ist eine optimale Händehygiene.

Zusammenfassend konnten die Teilnehmer wichtige Informationen mitnehmen:

1. kein Thorax-Röntgen ohne Begründung vor Operationen,
2. Fragebogen als Screeningtest für ein erhöhtes Blutungsrisiko präoperativ als empfohlene Maßnahme,
3. anamnestische Hinweise auf Blutungsneigung – neben INR und PTT auch Faktor XIII und Parame-

- ter für ein v.-Willebrand-Jürgens-Syndrom bestimmen,
4. nur symptom- und anamnesebezogene Anordnungen von Markern wie Troponin und BNP,
5. D-Dimere nur nach Durchführung eines Prätests (Wells-Score),
6. MRSA – Screening bei Risikopatienten zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes, in Rettungsstellen bzw. Notaufnahmen mit der Konsequenz einer Isolierung,
7. etabliertes Screening für Mammakarzinom, Zervixkarzinom, Kolonkarzinom und für Hauttumore.

Wir bitten um Hinweise, in welchen Konstellationen (zeitlich, örtlich, Themengestaltung) diese Reihe künftig fortgesetzt werden soll.

Prof. Dr. med. habil. Ulrich Stölzel,
Dr. med. Julia Neidel,
Prof. Dr. med. habil. Sebastian Schellong