

Check-up – Was ist sinnvoll?¹

Hans Stalder, Marc Müller

Unter den Gesichtspunkten der EBM ist ein formeller Check-up selten, Prävention immer sinnvoll. Auch für die Prävention gibt es EBM- und ethische Kriterien. Da wir es aber trotz aller EBM und aller gutgemeinten Prävention immer mit unseren eigenen, individuellen Patienten zu tun haben, müssen wir auch deren Wünsche nach Sicherheit und Beruhigung individuell betrachten und werten. So erklärt sich die Tatsache, dass auch am Ende des Seminars noch ein beträchtlicher Teil der Seminar-TeilnehmerInnen bei Herrn Vabene ein PSA bestimmt hätte ...

Du point de vue de l'evidence-based medicine (EBM), un check-up formel est rare, mais la prévention toujours une mesure sensée. Dans le cadre de la prévention existent également une EBM et des critères éthiques. Cependant, malgré toute EBM et toute prévention bien intentionnée, nous avons toujours affaire à nos propres patients, et nous devons aussi prendre en considération et évaluer leurs vœux individuels d'être sécurisés et apaisés. Ainsi s'explique le fait qu'au terme du séminaire un bon nombre des participants aurait effectué un PSA pour Monsieur Vabene ...

Eigentlich war ein Workshop geplant, um im kleinen Kreis Sinn und Unsinn von Check-up-Untersuchungen zu diskutieren. Die riesige Zahl der eingeschriebenen Teilnehmer (>150) bewies uns zwar das Unbehagen vieler KollegInnen bei diesem häufigen Wunsch unserer PatientInnen, zwang uns aber auch, aus dem Workshop ein Seminar zu machen. Darunter hat die Interaktivität trotz reger Diskussion sicher gelitten.

Check-up? Was verstehen Sie darunter?

Das Publikum trug in einer Einstiegsrunde bereits viele der wesentlichen Fragen zusammen: Check-up als Gelegenheit, die Anamnese zu komplettieren, ein Risikoprofil des Patienten zu erstellen, verborgene Ängste der Patienten zu eruieren und vor allem auch um präventive Inhalte zu transportieren. Das Aufspüren der «Hidden agenda» unserer PatientInnen benötigt viel Fingerspitzengefühl.

Gründe für einen Check-up

«Man(n)/frau lässt sich untersuchen»?
Gravierender Vorfall in der Umgebung?
Familienanamnese?
«Stutz-Effekt»?
Risikoverhalten?
Wirklich symptomfrei? (Vorstellungen von «normal»?)

Geschichte des Check-up

Erste Reihenuntersuchungen Mitte des 19. Jahrhunderts basierten auf der Erkenntnis, dass eine Therapie der damaligen, bedrohlichen Krankheiten, wenn überhaupt, nur in der noch oligosymptomatischen Frühphase möglich war. Um 1900 versuchten erstmals Versicherungen gute von «schlechten» Risiken zu trennen. Gegen 1920 tauchten erste Grundbegriffe von Prävention auf. Ab ca. 1950 trieben steigender «Gesundheitskonsum» und zunehmende Konkurrenz zwischen Leistungserbringern den Check-up zur Blüte.

Schon 1970 resultierte aber aus einer ersten grossen wissenschaftlichen Untersuchung an 10 000 Personen in den USA und 70 000 Personen in England die Erkenntnis, dass aus systematischen Check-up-Untersuchungen kein Gesundheitsgewinn resultiert. Daher wurde seither versucht, dem Check-up eine EBM-Basis zu unterlegen und zunehmend präventive Inhalte einzubauen.

Zwei häufige Fallbeispiele

Frau Allright

Die 56jährige Frau Allright kommt zu Ihnen für einen Check-up. Sie ist gesund und hat keine Beschwerden. Das letzte Mal war sie vor 3 Jahren bei Ihnen wegen einer Sinusitis.

¹ Seminar an der 6. Fortbildungstagung des KHM in Luzern mit Prof. Dr. med. Hans Stalder, Genf, und Dr. med. Marc Müller, Grindelwald

Welche der folgenden Untersuchungen führen Sie bei einem Check-up durch?

- Cholesterin- und Zuckerbestimmung?
- Andere Untersuchungen: Na, K, Kreatinin, Transaminasen, Hb, Leukozyten, Quick, Urin, EKG, Thorax-Röntgen, Mammographie, Kolonoskopie, andere?

Herr Vabene

Der 56jährige Herr Vabene kommt zu Ihnen für einen Check-up. Er ist gesund und hat keine Beschwerden. Das letzte Mal war er vor 3 Jahren bei Ihnen wegen einer Sinusitis.

Welche der folgenden Untersuchungen führen Sie bei einem Check-up durch?

- PSA, Cholesterin- und Zuckerbestimmung?
- Andere Untersuchungen: Na, K, Kreatinin, Transaminasen, Hb, Leukozyten, Quick, Urin, EKG, Thorax-Röntgen, Kolonoskopie, andere)?

Evidenz des Check-up

Nach einer konsultativen Umfrage bei den Seminarteilnehmern erläuterte Prof. Stalder zunächst die Fragen, welche der EBM-Beurteilung von Screening-Untersuchungen zugrundeliegen.

- Ist die Krankheit häufig?
- Hat die Krankheit wichtige Folgen in bezug auf Morbidität und Mortalität?
- Hat die Krankheit eine asymptomatische Phase?
- Ist das Screening akzeptabel für den Patienten?
- Ist der Screening-Test sensibel und spezifisch?
- Ist die Behandlung während der asymptomatischen Phase effizienter als in der klinischen?
- Ist die Behandlung in der asymptomatischen Phase akzeptabel für den Patienten?
- Ist der Kosten-Nutzen-Quotient positiv?

Blutzucker, Cholesterin und PSA werden zwar häufig untersucht ...

Anhand dieser drei meistgenannten Untersuchungen in den obigen Fallbeispielen überprüfte er anschliessend die Evidenz für Blutzucker-, Cholesterin- und PSA-Bestimmungen.

Alle drei sind Marker für häufige Erkrankungen, alle drei können in unbehandeltem Zustand zu erheblicher Morbidität und Mortalität führen, alle drei Tests sind einfach und dem Patienten durchaus zumutbar.

... jedoch ...?

Wie verhält es sich mit deren Spezifität und Sensitivität?

Anhand einer Score-Card (Anhang, Abbildung 1) erläuterte Prof. Stalder, wie stark z.B. die Aussagekraft von *Cholesterinbestimmungen* von Geschlecht, Alter und zusätzlichen Risikofaktoren (Rauchen ...) abhängt. Ausserdem gilt es zu berücksichtigen, dass die Hypercholesterinämie nicht die zu behandelnde Krankheit, sondern «nur» einen erheblichen Risikofaktor für die Entstehung einer kardiovaskulären Erkrankung darstellt.

Beim *Diabetes* ist der Nutzen einer Behandlung in einer asymptomatischen Frühphase ebenfalls nur durch ihren Einfluss auf eine Reduktion des kardiovaskulären Risikos gegeben.

Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen

Alter
Geschlecht
Familienanamnese
Rauchen
Mangelnde Körperbewegung
BMI
Hypertension
Diabetes
Hyperlipidämie
Andere

Noch schwieriger wird die Beurteilung beim *PSA*: Zwar ist das Prostatakarzinom eine sehr häufige Erkrankung bei Männern in höherem Alter und die Durchführung einer Rektalpalpation und einer Blutentnahme sind nicht sehr invasiv. Beide Tests sind aber weder sensitiv (PSA ~73%), noch spezifisch (PSA ~85%, noch weniger bei älteren Männern).

Probleme mit dem Prostatakarzinom-Screening

- Viele der beim Screening entdeckten Karzinome sind gesundheitlich irrelevant.
- Oft ist das durch Screening entdeckte Karzinom nicht operierbar.
- Durch Chirurgie kann die Mortalität des Prostatakarzinoms um 50% gesenkt werden: Absolute Risikoreduktion 4,6%, die Gesamtmortalität wird nicht gesenkt.
- Interventionen (Chirurgie/Strahlentherapie) sind mit wichtigen Nebenwirkungen assoziiert: Impotenz 20–70%, Inkontinenz 15–50%.

Deshalb stellt sich hier ein zusätzliches ethisches Problem: Dürfen wir 23 Patienten wegen eines durch Screening entdeckten Prostatakarzinoms ope-

rieren, um einen zu retten, und dabei die Zahl der impotenten und inkontinenten Patienten verdoppeln?

Empfehlungen für sinnvolle Check-up-Untersuchungen

Bei Frau Allright und Herrn Vabene empfiehlt sich nur die Suche nach Erkrankungen mit hoher Morbidität und Mortalität:

- Malignome
- Herz-Kreislaufkrankungen
- Unfälle
- Depression
- (HIV)

Entsprechend sollte sich das Screening auf Untersuchungen mit hohem Evidenzgrad beschränken:

A = +++

B = +

C = ±

D = -

I: ?

Blutdruck: A
Cholesterin: A-B
Alkohol: B
Mammakarzinom: B
BMI: B
Kolonkarzinom (?): A
Depression: B
Papanicolaou: A

Check-up – die Gelegenheit für Themen der Prävention

Ausserdem sollte unbedingt die Gelegenheit benutzt werden, mit den PatientInnen präventiv wirksames Gesundheitsverhalten zu besprechen.

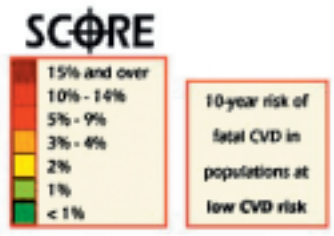
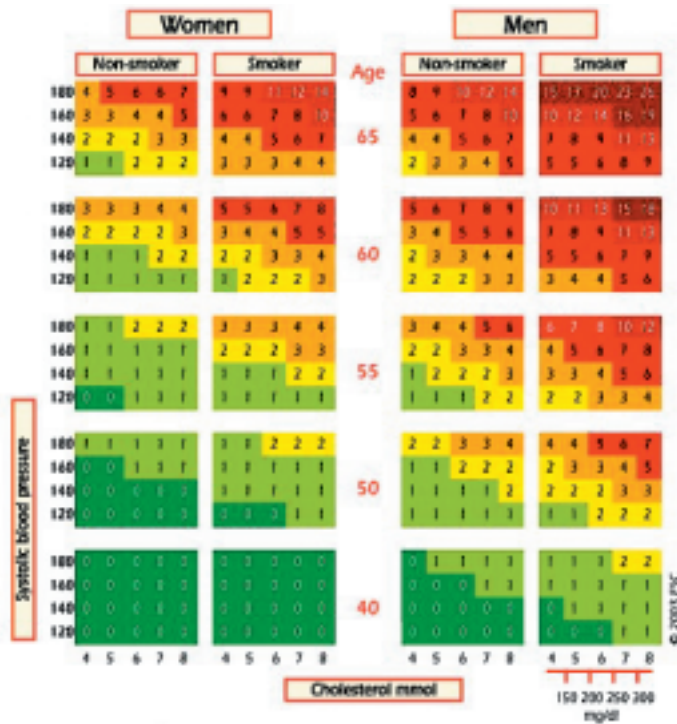
- Suchtverhalten (Tabak, Alkohol)
- Diät
- Bewegung
- Unfallprävention
- Impfungen
- Safe-Sex

Dr. med. Marc Müller
Ärztegemeinschaft Joderlicka
CH-3818 Grindelwald
marc.mueller@hin.ch

Anhang

Abbildung 1.

European SCORE low risk chart. Adapted from the Full Text of the European Guidelines on CVD Prevention. Third Joint European Societies' Task Force on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. De Backer G; Ambrosioni E; Borch-Johnsen K. et al. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2003; 10(Suppl 1):S1-S78. Reproduced with permission of the European Society of Cardiology. © 2003 ESC.



INSTRUCTIONS ON HOW TO USE THE CHART
(Figures 1 and 2)

- The low risk chart should be used in Belgium, France, Greece, Italy, Luxembourg, Spain, Switzerland and Portugal; the high risk chart should be used in all other countries of Europe.
- To estimate a person's total ten year risk of CVD death, find the table for their gender, smoking status and age. Within the table find the cell nearest to the person's systolic blood pressure (mmHg) and total cholesterol (mmol/l or mg/dl).
- The effect of lifetime exposure to risk factors can be seen by following the table upwards. This can be used when advising younger people.
- Low risk individuals should be offered advice to maintain their low risk status. Those who are at 5% risk or higher or will reach this level in middle age should be given maximal attention.
- To define a person's relative risk, compare their risk category with that of a non smoking person of the same age and gender, blood pressure < 140/90 mmHg and total cholesterol < 5 mmol/l (190 mg/dl).
- The chart can be used to give some indications of the effect of changes from one risk category to another, for example when the subject stops smoking or reduces other risk factors.

QUALIFIERS:

Note that total CVD risk may be higher than indicated in the chart:

- as the person approaches the next age category
- in asymptomatic subjects with pre-clinical evidence of atherosclerosis (e.g. CT scan, ultrasonography)
- in subjects with a strong family history of premature CVD
- in subjects with low HDL cholesterol levels, with raised triglyceride levels, with impaired glucose tolerance, and with raised levels of C-reactive protein, fibrinogen, homocysteine, apolipoprotein B or Lp(a)
- in obese and sedentary subjects