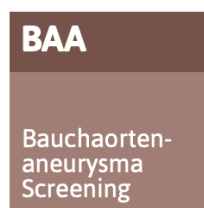


arriba

»Bauchaortenaneurysma- Screening«

Modul-Beschreibung

Die vorliegende Broschüre beschreibt Anwendungsintention und -kontext und richtet sich an die NutzerInnen des Moduls »Bauchaortenaneurysma-Screening«.



Konzeption und inhaltliche Verantwortung

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff

Prof. Dr. med. Attila Altiner

Programmversion: 3.10.2

Urheberrechtsvermerk

arriba, einschließlich der schriftlichen Materialien und der Software, ist urheberrechtlich geschützt. Zum individuellen Gebrauch in der hausärztlichen Praxis ist die Verwendung (ausdrucken) und Verwendung der Software ausdrücklich erwünscht.

Eine über den individuellen Gebrauch hinaus gehende Verwendung ist nicht gestattet. Weitergabe und Bearbeitung außerhalb der offiziellen **arriba**-Website bedarf der ausdrücklichen Genehmigung der Autoren.

Inhaltsverzeichnis

Herausforderungen	3
Beratung zu Nutzen und Schaden der Früherkennung	3
Entscheidungshilfe und Risikorechner	3
Vorgehen in der Beratung	4
Vorbereitungen	4
Informationen über das BAA-Screening	6
Überdiagnose	7
Beidseitige Bewertung der Möglichkeiten	7
Menüpunkt: Zusammenfassung	7
Hintergrund - Studienevidenz	8
Impressum	9
Literatur	10

Herausforderungen

Beratung zu Nutzen und Schaden der Früherkennung

Seit 2018 ist eine einmalige (!) Früherkennungs-Untersuchung auf ein Bauchaorten-Aneurysma (BAA) Leistung der gesetzlichen Krankenkassen und in den EBM-Katalog aufgenommen worden. Allgemeinärzte, Urologen, Internisten (mit und ohne Schwerpunkt), Chirurgen und Radiologen mit Genehmigung der KV nach der Ultraschallvereinbarung dürfen diese Ultraschall-Untersuchung durchführen.

Das arriba-Modul »BAA-Screening« unterstützt Sie in der Beratung zum BAA-Screening. Mit der EBM-Ziffer GOP 01747 ist die einmalige Beratung mit Aushändigung der Versicherteninformation unabhängig von der Durchführung der Ultraschall-Früherkennung abrechenbar. Das Beratungsgespräch kann auch ohne Sonografie-Genehmigung durch die Vertretenden der genannten Fachrichtungen erfolgen.

In der fachlichen und der allgemeinen Öffentlichkeit wird das BAA-Screening oft banalisiert: handelt es sich ja nur um eine harmlose Ultraschalluntersuchung. Das arriba- Modul »BAA-Screening« deutlich, dass diese Untersuchung höchst invasive Konsequenzen haben kann.

Zudem sind Nutzen und Schaden wie bei allen Früherkennungs-Untersuchungen im Einzelfall nicht abzusehen. An einer fiktiven Gruppe von 1000 Männern werden im Modul diese Größen quantitativ dargestellt, damit Sie mit Ihren Patienten ins Gespräch darüber kommen, wo die Prioritäten liegen sollen.

Doch schon die Thematisierung des Beratungsangebotes ist sensibel zu betrachten. Wir vertreten die Haltung, dass eine Beratung zum BAA-Screening nur durchgeführt wird, wenn die Patienten es von sich aus aktiv ansprechen.

Diejenigen Patienten, die aktiv das BAA-Screening thematisieren, erhalten mit dem BAA-Modul eine ergebnisoffene Beratung.

Entscheidungshilfe und Risikorechner

Die arriba-Darstellung basiert auf den Ergebnissen des Abschlussberichts S13-04 »Ultraschall-Screening auf Bauchaortenaneurysmen« des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (1) und den dafür ausgewerteten Studien. (2-6)

Die Entscheidungshilfe beschränkt sich auf Männer ab 65 Jahren. Die Daten beziehen sich auf einen konstanten Rahmen von 1.000 Männern in 13 Jahren (Nutzen/Schaden/Folgen). Diese ungewöhnliche zeitliche Darstellung hängt mit der zeitlichen Betrachtung der zu Grunde liegenden Studien zusammen.

Für Frauen gibt es nur wenige Daten in Bezug auf die Früherkennungsuntersuchung. Die bisherige Datenlage zeigt aktuell keinen signifikanten Einfluss einer BAA-

Früherkennung auf Gesamtmortalität, Ruptur-Häufigkeit, Notfalloperationen und elektiver Eingriffe bei Patientinnen. Es gibt aktuell keine Studie, die die BAA bedingte Mortalität als Endpunkt bei Frauen betrachtet. Aus diesem Grund gibt es auch keine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung.

Die Nutzung des BAA-Moduls bei Frauen wird daher nicht empfohlen. Bei Frauen und jüngeren Männern erhalten Sie eine entsprechende Meldung innerhalb des Moduls.

Vorgehen in der Beratung

Vorbereitungen

In der Beratung soll der klassische »arriba-Leitfaden« (siehe Tabelle 1: Kurzübersicht GesprächsleitfadenTabelle 1: Kurzübersicht Gesprächsleitfaden) als Struktur dienen. So haben Sie die Möglichkeit, die Screening-Untersuchung gemeinsam zu bewerten und das weitere Vorgehen abzusprechen.

Ziel	Folien	Inhalt
a Aufgaben gemeinsam definieren	Ausgangssituation	<ul style="list-style-type: none"> Entscheidung über das BAA-Screening Darstellung der Möglichkeiten als gleichwertige Handlungsalternativen
r Risiko subjektiv	Bauchaorta & Aneurysma	<ul style="list-style-type: none"> Vorwissen und Erfahrungen erfragen
r Risiko objektiv	Todesursachen	<ul style="list-style-type: none"> Objektive Risikokommunikation zu Todesursachen, Diagnosehäufigkeit und Sterblichkeit
i Informationen über das BAA-Screening	Kein Aneurysma-Screening Aneurysma-Screening Überdiagnose	<ul style="list-style-type: none"> Vergleichende Prognose beider Handlungsmöglichkeiten (BAA-Screening, kein BAA-Screening) Ansprechen der möglichen Folgen eines BAA-Screenings
b Beidseitige Bewertung der Möglichkeiten	Zusammenfassung Entscheidungsfindung	<ul style="list-style-type: none"> Wertneutrales Zusammenfassen der Informationen Abwägen der individuellen Präferenzen
a Absprache über weiteres Vorgehen		<ul style="list-style-type: none"> Entscheidung in Ruhe treffen

Tabelle 1: Kurzübersicht Gesprächsleitfaden

Aufgabe gemeinsam definieren

Menüpunkt: Ausgangssituation

Unter dem Punkt *Ausgangssituation* erscheint ein Flussdiagramm. Damit können Sie einen Überblick über die Untersuchung und ihre Konsequenzen geben.

Einschlusskriterien für die Beratung zu BAA:

- Männer im Alter von 65 Jahren

Ausschlusskriterien

- früher bereits stattgefundenes Screening auf Bauchaortenaneurysmen
- Männer, bei denen ein bereits bekanntes Aneurysma kontrolliert werden soll

Risiko Subjektiv

Menüpunkt: Bauchaorta und Aneurysma

Dieser Punkt dient dem Wissensabgleich zwischen Ihnen und dem Patienten. Zudem können die emotionalen Aspekte angesprochen werden.

Besprechen Sie folgende Punkte:

- Bauchschlagader
- Aneurysma
- Mögliche Komplikationen
- Bestehen Erfahrungen in der Umgebung mit Aneurysmen der Bauchschlagader? (z.B. Verwandte)
- Wie wird ein Aneurysma durch Ihren Patienten bewertet?
- Für wie gefährdet hält sich Ihr Patient?

Risiko objektiv

Menüpunkt: Todesursachen

Der nächste Schritt ist die »objektive« Risikoprognose. Auf der rechten Seite erscheint die visuelle (1.000 Punkte) Darstellung, ähnlich den Smilies der bekannten arriba-Module. Beim BAA wird allerdings innerhalb der Gruppe der Männer >65 nicht nach weiteren Risikofaktoren differenziert.

Zum Einstieg ist die Abbildung Todesursachen auf dem rechten Bildschirm. Diese Angaben beziehen sich auf je 1.000 Männer in der angegebenen Altersgruppe für die nächsten 13 Jahre.

Wir führen die anderen Todesursachen auf, um die Sterblichkeit für das BAA in den Kontext zu rücken. Viele Männer versterben »mit ihrem Aneurysma« an einer anderen Todesursache, ohne davon zu wissen.

Denken Sie bei der Besprechung daran, möglichst in »natürlichen Häufigkeiten« zu sprechen: »Stellen Sie sich 1.000 Doppelgänger im selben Alter vor. Von diesen werden in 13 Jahren sieben ein gerissenes Aneurysma erleben und sechs werden an einem Aneurysma sterben.« Vermeiden Sie möglichst Prozentangaben, da hier oft der Bezug nicht klar ist.

Informationen über das BAA-Screening

Ihre Patienten sollen nicht nur wissen, wie häufig ein BAA im Vergleich zu anderen Erkrankungen bzw. Todesursachen vorkommt, sondern auch die Konsequenzen aus der Diagnose und Behandlung eines BAA.

Menüpunkte: Kein Aneurysma-Screening, Aneurysma-Screening, Überdiagnose

Hier zeigen Sie die Entscheidungsmöglichkeiten für eine BAA-Früherkennung.

Die Darstellungen zu »kein Aneurysma-Screening« und »Aneurysma-Screening« sind identisch aufgebaut. Durch Hin- und Herwechseln zwischen den beiden kann Ihr Patient die Auswirkungen direkt vergleichen.

In den Grafiken stellen wir die Diagnose-Häufigkeit, die sofortige OP-Indikation, Aneurysma-Risse, sowie die Sterblichkeit an einem Aneurysma trotz Früherkennung auf der rechten Bildschirmseite dar. Die 1000-Männer-Darstellung ermöglicht Ihnen eine neutrale Visualisierung der Studienevidenz.

Auf den ersten Blick wirkt es nicht plausibel, dass es nur zwei OP-bedürftige Aneurysmen gibt, aber drei Todesfälle durch Ruptur und drei weitere Rupturen durch Screening und OP verhindert werden. Hier ist der Zeitfaktor zu bedenken: von den regelmäßig kontrollierten Patienten werden im Laufe der Jahre weitere operiert. Dadurch werden weitere Rupturen verhindert.

Aus didaktischen Gründen empfehlen wir zu diesem Zeitpunkt noch keinen direkten Wechsel zum Punkt *Gesamtübersicht*. Damit Interessenten den Nutzen der Früherkennungs-Untersuchung beurteilen können, sollten Sie auch über Probleme der Untersuchung (falsche Sicherheit bzw. falscher Alarm), wie auch mögliche Folgen einer auffälligen Untersuchung aufklären (psychische Belastung, Überdiagnose, Operation, Operationsfolgen). Hierfür bietet sich der Unterpunkt *Überdiagnose* an.

Überdiagnose

Überdiagnosen sind schwierig zu verstehen und darzustellen. Wir meinen damit die Feststellung einer Krankheit, die keine Beschwerden gemacht hätte, wenn sie nicht entdeckt worden wäre.

Die Männer sollten sich bei ihrer Entscheidung darüber im Klaren sein, dass dies bei etwa der Hälfte der gefundenen Aneurysmen der Fall gewesen wäre. Im Einzelfall lässt sich übrigens nie sagen, ob es sich um eine Überdiagnose handelt oder nicht! Denn im Einzelfall wissen wir ja nicht, wie sich die Krankheit, in diesem Fall Aneurysmen der Bauchaorta, dieses Patienten verhalten hätte. »Überdiagnose« ist immer eine Schlussfolgerung, die wir im Nachhinein in Bezug auf eine Gruppe von Personen (Stichprobe) ziehen. Trotzdem sollen vor einer Früherkennungs-Maßnahme unsere Patienten erfahren, wie häufig eine solche »Überdiagnose« vorkommt.

Sie hat übrigens nichts mit der Testgenauigkeit (z.B. Sensitivität, Spezifität) zu tun. Denn es handelt sich bei uns um korrekt festgestellte Aneurysmen. Die Unsicherheit bezieht sich auf deren weitere Entwicklung; sie können sich vergrößern, aber auch stagnieren und sich stabilisieren.

Hat sich ein Patient für die Ultraschall-Untersuchung entschieden, und wird ein Aneurysma festgestellt, schließen sich also die nächsten Schritte an: weitere Kontrollen (watchful waiting), oder eine Operation.

Letztere kann sowohl psychische Folgen, wie auch organische Komplikationen haben. Dazu gehören unter anderem Schlaganfälle, Lungenentzündungen oder auch Narbenbrüche.

Die postoperative 4-Jahresmortalität ist unabhängig von der gewählten Operationsmethode und liegt bei 4 von 100 Patienten. Bezogen auf die 30-Tages-Mortalität unterscheiden sich die Todesfälle zwischen offenem und endovaskulärem Vorgehen. Bei einem endovaskulären Eingriff stirbt einer von 100 Patienten und bei einer offenen Operation vier von 100 Patienten postoperativ innerhalb von 30 Tagen.

Beidseitige Bewertung der Möglichkeiten

Menüpunkt: Zusammenfassung

Mit der Zusammenfassung können Sie und Ihr Patient Bilanz ziehen. Im oberen Teil der Grafik lässt sich der Nutzen der Früherkennung ablesen (grüne Punkte): drei verhinderte Todesfälle durch ein BAA, drei verhinderte Rupturen ohne Todesfolge. Der untere Teil der Grafik macht deutlich, welcher Preis dafür gezahlt werden muss: sofortige Operation, regelmäßige Kontrolle, deren Ergebnis wiederum die Operation sein kann. Ein gewisser Anteil stellt »Überdiagnosen« und entsprechend auch »Übertherapie« dar; wir können diese im Einzelfall jedoch nicht unterscheiden – sie ergeben sich zwangsläufig mit dem Screening.

Die Zusammenfassung hilft Ihnen, die vermittelten Informationen abschließend darzustellen und zu prüfen, ob Ihr Patient alles verstanden hat.

Tipp: Geben Sie Ihrem Patienten die Informationen ausgedruckt mit und weisen Sie auch auf www.gesundheitsinfo.de hin.

Absprache über weiteres Vorgehen

Zwingen Sie Ihren Patienten nicht zu einer raschen Entscheidung. Wenn Ihr Patient unsicher ist, sollten Sie ihm die Möglichkeit geben, noch einmal darüber nachzudenken oder mit anderen darüber zu sprechen.

Hintergrund - Studienevidenz

IQWiG-Abschlussbericht Nr. 294, Auftrag S13-04 »Ultraschall-Screening auf Bauchortenaneurysmen«

Der quantitative Input, die Daten und Zahlen, entsprechen dem IQWiG-Abschlussbericht Nr. 294 S 13-04. Zur Unterstützung einer objektiven Beratung für ein BAA-Screening nutzten wir die Ergebnisse des Berichts und der darin verwendeten Studien.

Als Grundlage für die BAA-Entscheidungshilfe von arriba dient die Entscheidungshilfe von gesundheitsinformation.de (Erstellt am 31. Mai, 2017).

Impressum

Konzeption und wissenschaftliche Mitarbeit **arriba**-BAA (alphabetische Reihenfolge)

Prof. Dr. med. Attila Altiner
Christine Klötzer
Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, MHSc
Dr. med. Tanja Krones

Softwareentwicklung
Thomas Scheithauer
Visualisierung und Kommunikationsdesign
Ute Scholz

Literatur

1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG-Berichte Nr. 294; Auftrag S 13 – 04, Stand 02.04.2015: Abschlussbericht "Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen."
2. Filardo G, Powell JT, Martinez MA, Ballard DJ. Surgery for small asymptomatic abdominal aortic aneurysms. Cochrane Database Syst Rev 2015; (2): CD001835.
3. Kent KC. Clinical practice. Abdominal aortic aneurysms. N Engl J Med 2014; 371(22): 2101-2218
4. Paravastu SC, Jayarajasingam R, Cottam R, Palfreyman SJ, Michaels JA, Thomas SM. Endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. Cochrane Database Syst Rev 2014; (1): CD004178.
5. Schmitz-Rixen T, Steffen M, Grundmann RT. Versorgung des abdominellen Aortenaneurysmas (AAA) 2015. Registerbericht des DIGG der DGG. Gefäßchirurgie 24.02.2017.
6. Parkinson F, Ferguson S, Lewis P, Williams IM, Twine CP, South East Wales Vascular Network. Rupture rates of untreated large abdominal aortic aneurysms in patients unfit for elective repair. J Vasc Surg 2015; 61(6): 1606-1612.
7. Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (vaskuläre und endovaskuläre Chirurgie) (DGG). Leitlinien zum Bauchaortenaneurysma und Beckenarterienaneurysma. 2008.