

«smarter medicine»: die «Top-5-Liste» der SGG

Trägerschaft «smarter medicine»

In Ergänzung zu anderen Medizinischen Fachgesellschaften unterstützt auch die Schweizerische Gesellschaft für Gastroenterologie (SGG) das Anliegen der Choosing-wisely-Initiative. Sie hat die Empfehlungen der amerikanischen Gastroenterologie-Gesellschaft geprüft und auch für die Schweiz für vollumfänglich anwendbar und vernünftig befunden.

Es geht dabei nicht darum, Verbote auszusprechen. Ziel ist, eine offene Diskussion zwischen Öffentlichkeit, Patienten und Ärzten zum Thema Überversorgung zu führen. Die SGG beabsichtigt durch die Publikation von Vorschlägen zum vernünftigen Umgang mit medizinischen Angeboten, unter Einbezug der Öffentlichkeit und der Patientenorganisationen, einem Informationsbedürfnis entgegenzukommen und diese Haltung breiter zu kommunizieren.

1. Für die medikamentöse Behandlung der gastroösophagealen Refluxerkrankung (GERD) sollte die säure-supprimierende Therapie (mit Protonenpumpenblockern oder Histamin-2-Rezeptorantagonisten) auf die niedrigste mögliche Dosierung eingestellt werden, die das Erreichen des therapeutischen Ziels noch gewährleistet.

Das hauptsächliche Risiko, das mit der Reduktion oder dem Absetzen der säuresupprimierenden Therapie einhergeht, ist eine Verschlechterung der Refluxsymptomatik. Die Entscheidung sowohl bezüglich Notwendigkeit als auch Dosis einer Erhaltungstherapie wird eher durch den Einfluss der Symptome auf die Lebensqualität des Patienten als durch das Ausmass der Krankheitskontrolle bestimmt.

2. Falls eine Koloskopie von hoher Qualität bei Patienten mit durchschnittlichem Karzinomrisiko keine Hinweise für eine Neoplasie ergab, sollte die nächste Screeninguntersuchung (unabhängig von der Methode) frühestens nach 10 Jahren erfolgen.

Die Screeningkoloskopie alle 10 Jahre ab einem Alter von 50 Jahren ist das empfohlene Intervall für Erwachsene ohne erhöhtes Kolonkarzinomrisiko. Publierte Studien belegen ein niedriges Risiko für ein Intervallkarzinom im Zeitraum von 10 Jahren nach Durchführung einer Screeningkoloskopie von hoher Qualität.

3. Bei Patienten, bei denen bei einer Koloskopie von hoher Qualität nur ein oder zwei kleine (<1 cm) adenomatöse Polypen ohne hochgradige Dysplasie vollständig entfernt wurden, sollte eine Verlaufskolonoskopie nicht vor 5 Jahren durchgeführt werden.

Das Intervall für eine endoskopische Verlaufsbewachung sollte auf Basis der Ergebnisse der vorangegangenen Screeningkoloskopie von hoher Qualität festgelegt werden. Evidenzbasierte (publizierte) Guidelines empfehlen bei Patienten mit ein oder zwei kleinen adenomatösen Polypen mit low grade Dysplasie ein Kontrollintervall von 5 bis 10 Jahren nach der initialen vollständigen Polypektomie. Das genaue Festlegen des Verlaufsintervalls sollte sich auf weitere klinische Kriterien wie Ergebnisse früherer Kolonoskopien, die Familienanamnese und den Wunsch des Patienten sowie das Urteil des behandelnden Arztes stützen.

Die Kampagne «smarter medicine»

Ein neu gegründeter Trägerverein verleiht der 2014 in der Schweiz lancierten Initiative «smarter medicine» Aufwind: Nebst medizinischen Fach- und Berufsorganisationen unterstützen auch Patienten- und Konsumentenorganisationen die Kampagne. Sie möchten gemeinsam die Öffentlichkeit dafür sensibilisieren, dass bei gewissen Behandlungen weniger Medizin mehr Lebensqualität für die Betroffenen bedeuten kann.

Sie knüpfen dabei an die erfolgreiche amerikanische Initiative «Choosing Wisely» an, welche zum Ziel hat, nicht nur «kluge Entscheidungen» herbeizuführen, sondern auch die offene Diskussion zwischen Ärzteschaft, den Patienten und der Öffentlichkeit zu fördern. In den nächsten Monaten werden weitere medizinische Fachgesellschaften sogenannte Top-5-Listen mit unnützen Behandlungen in ihrem Fachbereich publizieren.

Weitere Informationen zum Trägerverein und eine Übersicht über die bestehenden Top-5-Listen findet man unter www.smartermedicine.ch

4. Bei einem Patienten mit diagnostiziertem Barrett-Ösophagus, bei dem auch in der zweiten Endoskopie histologisch keine Dysplasien festgestellt wurden, sollte die nächste endoskopische Verlaufskontrolle frühestens nach 3 Jahren erfolgen.

Bei Patienten mit Barrett-Ösophagus ohne Dysplasie ist das Karzinomrisiko niedrig. Bei diesen Patienten ist es angemessen und sicher, den Ösophagus zum Ausschluss von Dysplasien nicht enger als in einem 3-Jahres-Intervall zu untersuchen.

5. Bei einem Patienten mit funktionellen Bauchschmerzen (Rom IV Kriterien) sollte eine Computertomographie des Abdomens nur dann wiederholt werden, wenn sich klinisch eine deutliche Veränderung der Beschwerden oder der Untersuchungsbefunde ergeben hat.

Es gibt ein kleines, aber messbares Karzinomrisiko nach Röntgenstrahlenexposition. Ein Abdomen-CT gehört zu den Untersuchungen mit höherer Strahlenbelastung und entspricht einer 3-jährigen Exposition mit natürlicher Strahlung. Aufgrund dieses Risikos und der hohen Kosten sollte ein Abdomen-CT nur dann erfolgen, wenn relevante Befunde, die die Patientenbehandlung verändern, zu erwarten sind.

Korrespondenz:
Trägerverein
smarter medicine
c/o SGAIM
Monbijoustrasse 43
CH-3001 Bern
smartermedicine[at]
sgaim.ch

Zur Ausarbeitung dieser Liste

Die American Gastroenterological Association (AGA) hat eine Arbeitsgruppe ins Leben gerufen, an der sich Mitglieder des Clinical Practice and Quality Management Committee (CPQMC), der Vorsitzende des Practice Management and Economics Committee (PMEC), der Chief Medical Officer der AGA Digestive Health Outcomes Registry und Mitglieder des AGA Institute Governing Board beteiligten. Das CPQMC bat die Arbeitsgruppe um Vorschläge zu den fünf Interventionen für die Top-5-Liste. Diese Vorschläge wurden durch das CPQMC geprüft und um weitere Themen ergänzt, woraus eine Liste mit sechs provisorischen Punkten entstand. Die Arbeitsgruppe arbeitete weiter daran, die Liste einzuschränken und zu präzisieren, bevor dem CPQMC und dem PMEC ein endgültiger Entwurf vorgelegt wurde. Nach letzten Anpassungen zur Vereinfachung der Sprache und Vermeidung komplizierter klinischer Terminologie wurde die finale Liste schliesslich an das AGA Institute Governing Board eingereicht und von diesem genehmigt.

Der Vorstand der SGG hat die von der American Association of Gastroenterology im April 2012 publizierte Choosing-wisely-Liste geprüft und sie auch für die Schweiz für vollumfänglich anwendbar und vernünftig befunden.

Eine ausführliche Literaturliste sowie Empfehlungen von weiteren Medizinischen Fachgesellschaften sind online abrufbar unter: www.smartermedicine.ch