

EMH-Special Radiologie

Interview mit Prof. Dr. med. Marios Psychogios

**Wenn 30 Minuten 60 Millionen
Neuronen bedeuten** Seite 6





© Topvectors | Dreamstime.com

Interview mit Prof. Dr. med. Hatem Alkadhi, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Radiologie (SGR-SSR)

«Unsere Top-5-Liste ist gut angekommen»

Wie bewähren sich die Top-5-Massnahmen der Radiologie als Mittel der Kampagne *smarter medicine*, um Überversorgung zu reduzieren? Prof. Hatem Alkadhi steht Red und Antwort. Interview: Fabienne Hohl, Texterin



ZUR PERSON

Prof. Dr. med. Hatem Alkadhi

ist Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Radiologie (SGR-SSR) sowie leitender Arzt am Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Universitätsspital Zürich.

Seit Oktober 2020 ist die Top-5-Liste der radiologischen Massnahmen publiziert [1]. Welche Rückmeldungen dazu gelangen an Sie als Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Radiologie (SGR-SSR)?

Das Ziel der Top-5-Liste ist in erster Linie, alle Patientinnen und Patienten mit der richtigen Methode und nach neuestem Wissensstand zu untersuchen. Dies soll zur zeitgemässen und adäquaten Versorgung beitragen. Die Reaktionen darauf sind sehr positiv. Die Mitglieder begrüssen es, dass wir uns an der Initiative *smarter medicine* beteiligen und können sich mit den Empfehlungen gut identifizieren. Insofern darf ich sagen, dass sich unsere wiederholte und breite Kommunikation gelohnt hat und unsere Top-5-Liste offenbar gut bei den Mitgliedern der SGR-SSR angekommen ist.

Lässt sich feststellen, ob sich die «Top 5» der Radiologie bereits auswirken?

Wenn Sie nach einer datenbasierten Erfolgsmessung fragen – nein. Als Fachgesellschaft geben wir Empfehlungen ab, also keine Direktiven, zu deren Prüfung wir autorisiert wären. Sicher kann Erfolg heissen, dass weniger überflüssige Untersuchungen gemacht werden, beispielsweise das routinemässige präoperative Thoraxröntgen bei Patientinnen und Patienten

TOP-5-LISTE RADIOLOGIE

Zur Optimierung der medizinischen Bildgebung sowie zur Verbesserung der Behandlungsqualität gibt die Schweizerische Gesellschaft für Radiologie (SGR-SSR) die folgenden fünf evidenzbasierten Empfehlungen ab [1]:

1. Eine CT bei Verdacht auf Lungenembolie nur bei moderater oder hoher Vortestwahrscheinlichkeit für eine Lungenembolie durchführen.
2. Keine routinemässige native Phase bei CT-Untersuchungen des Abdomens mit i.v. Kontrastmittel durchführen.
3. Keine routinemässige Kontrastmittel-Spätphase bei CT-Untersuchungen des Abdomens mit Kontrastmittel durchführen.
4. Keine routinemässige Follow-up-Bildgebung mit CT oder MRI bei inzidentellen, nicht suspekten Adnexzysten kleiner 5 cm bei Frauen im reproduktiven Alter durchführen.
5. Die Diagnose eines «Pelvic Congestion Syndrome» nicht alleine anhand von CT- oder MRI-Bildern stellen, sondern nur wenn Patientinnen sowohl klinische als auch bildgebende Kriterien erfüllen.



Infografik

Rückenschmerzen [2]

ohne Verdacht auf eine entsprechende Problematik. Dazu könnte man durchaus eine Statistik erstellen, um eine Veränderung der Anzahl ausgeführter Untersuchungen über die Jahre aufzuzeigen. Doch für die Radiologie bedeutet Erfolg nicht primär weniger Untersuchungen. Manchmal müssen wir sogar feststellen, dass zu wenig Bildgebung gemacht wird, denn damit lassen sich immer wieder unnötige Interventionen verhindern.

Uns geht es vor allem darum, dass ein Patient so wenig Strahlung und Kontrastmittel wie möglich erhält, bzw. nur so viel wie für die Bildqualität nötig. Hier setzen Empfehlungen 2 und 3 unserer «Top 5» an, denn sie betreffen die Protokoll-Optimierung der Radiologin, des Radiologen. Sie konkretisieren evidenzbasiert zwei der vielen kritischen Fragen, die wir uns bei jedem Patienten stellen mit dem Ziel, eine Untersuchung so schonend wie möglich durchzuführen.

Also richten sich die übrigen drei Radiologie-Empfehlungen an andere ärztliche Fachgebiete?

Richtig, denn bei einer Querschnittsdisziplin wie der Radiologie macht dies grossen Sinn. In der diagnostischen Radiologie erhalten wir unsere Patientinnen und Patienten auf Zuweisung aus allen möglichen Fächern. Deshalb zielen die Empfehlungen 1, 4 und 5 unserer Liste auf die Schnittstellen zu anderen Disziplinen. Mein Part als Radiologe bei der Umsetzung dieser Empfehlungen ist es, bei den Zuweisenden nachzufragen, wenn mich eine Indikationsstellung nicht überzeugt. In der Radiologie sind wir sehr auf die Zusammenarbeit und den Dialog mit den anderen ärztlichen Disziplinen angewiesen. Insofern profitieren wir davon und freuen uns darüber, dass sich auch andere Fachgesellschaften im Rahmen von *smarter medicine* mit radiologischen Massnahmen befassen. Vor uns haben schon sechs weitere Fachgesellschaften insgesamt neun Empfehlungen zu radiologischen Untersuchungen publiziert.

In diesem Fall wird *smarter medicine* einen Grossteil der Ärzteschaft für Massnahmen gegen Überversorgung in der Radiologie sensibilisieren?

Davon bin ich überzeugt. Wenn eine Fachgesellschaft als grösste fachliche Instanz eines Landes Empfehlungen veröffentlicht, hat dies einen Effekt. Ich habe es selbst bei einem Klassiker erlebt: Bis vor wenigen Jahren bekam jeder Patient routinemässig vor der Operation ein Röntgenbild. Mittlerweile haben Studien gezeigt, dass dies bei unauffälliger Vorgeschichte

unnötig ist; die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie hat 2017 eine entsprechende Empfehlung im Rahmen der *smarter medicine*-Initiative publiziert. Am Universitätsspital Zürich zum Beispiel ist man inzwischen vom präoperativen Routine-Röntgen weggekommen.

Wie lassen sich die Anstrengungen zur Optimierung der Bildgebung, welche die Radiologie gemeinsam mit anderen medizinischen Fächern unternimmt, intensiver fördern?

Die identifizierten Massnahmen müssen früher oder später in die Weiter- und Fortbildungskataloge Einzug halten. Ferner könnte man die momentan noch separat durch verschiedene Fachgesellschaften erarbeiteten radiologischen Empfehlungen interdisziplinär vorstellen, etwa an gemeinsamen Auftritten an Jahreskongressen und durch verstärkte Kommunikation.

Wie beurteilen Sie die Infografik zur Empfehlung «Kein Röntgenbild bei Rückenschmerzen in den ersten sechs Wochen» [2] als Mittel für den Dialog mit den Patientinnen und Patienten?

Der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin entscheidet, ob ein Patient, eine Patientin bei Rückenschmerzen bildgebend weiter abgeklärt werden muss oder ob mit einer Untersuchung zugewartet werden kann. Wenn keine sofortige Bildgebung notwendig ist, kann die vorliegende Broschüre für das Patientengespräch eine sehr nützliche Unterstützung sein.

Was sind weitere Massnahmen, mit denen die SGR-SSR der Überversorgung in der Radiologie entgegenwirken will?

Die SGR-SSR beschäftigt sich schon lange und intensiv mit Qualitätsfragen, beispielsweise beim Strahlenschutz; die Teilnahme an *smarter medicine* ist unsere jüngste Initiative. Wir planen, nach der Publikation der initialen Top-5-Liste alle ein bis zwei Jahre mit weiteren Empfehlungen nachzulegen, sie über alle unsere Kanäle zu streuen und am Jahreskongress zur Sprache zu bringen. Auf diese Weise werden wir wichtige Optimierungsprozesse anstossen und Veränderungen herbeiführen.

Literatur

- 1 <https://www.smartermedicine.ch/de/top-5-listen/radiologie.html>
- 2 https://www.smartermedicine.ch/fileadmin/user_upload/Adaptationen/smartermedicine/Dokumente/Infografiken/Faltblatt_Rueckenschmerzen_DE_290420.pdf

Korrespondenz:

Prof. Dr. med.
Hatem Alkadhi
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100
8091 Zürich
hatem.alkadhi[at]usz.ch