



Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt“ beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

Bayerisches Ärzteblatt,
Redaktion Leserbriefe, Mühlbauerstraße 16,
81677 München, Fax 089 4147-202,
E-Mail: aezzteblatt@blaek.de

Prävention in der Gastroenterologie: Was ist gesichert – was ist Mythos?

Zum Titelthema von Dr. Vincens Weingart und Professor Dr. Hans-Dieter Allescher in Heft 5/2013, Seite 208 ff.

Mit Interesse habe ich den Artikel gelesen und die sehr eindrucksvollen hochaufgelösten Aufnahmen unter anderem der endoskopischen Kolonkarzinom-Vorstufen bewundert.

Allerdings bin ich darüber mehr als enttäuscht, dass die Leser des *Bayerischen Ärzteblattes* eine meines Erachtens doch sehr einseitige Darstellung der CT-Kolonoskopie erfahren müssen. In dem Artikel werden die Vor- und Nachteile der beiden potenziellen Verfahren der Kolondarstellung, nämlich der herkömmlichen endoskopischen Koloskopie und der virtuellen CT-Kolonografie in keiner Weise ausgewogen dargestellt. Vielmehr wird die endoskopische Koloskopie ausnahmslos positiv (obwohl auch diese zahlreiche Pitfalls, Nebenwirkungen und Einschränkungen unter Berücksichtigung der internationalen Literatur besitzt), die CT-Kolonografie ausnahmslos negativ dargestellt (Literaturangaben dazu aus den Jahren 2001 und 2003!). Eine extremere Schwarz-Weiß-Malerei ist kaum vorstellbar.

Ich denke, dass auch die Leser des *Bayerischen Ärzteblattes* und ihre dann entsprechend informierten Patienten – nicht nur in Anbetracht des seit diesem Jahr gültigen neuen Patientenrechtgesetzes – Anspruch auf eine ausgewogene Darstellung der heute zur Verfügung

stehenden und in zahlreichen aktuellen Veröffentlichungen in vielen Punkten vergleichbaren Methoden haben. Nicht zuletzt sei daran erinnert, dass

1. die CT-Kolonografie seit vielen Jahren vom National Cancer Institute (USA) als potenzielle Vorsorgeuntersuchung zugelassen ist.
2. nicht zuletzt der amtierende Präsident der USA diese als Vorsorgemethode für sich ausgewählt hat.
3. gemeinsames Ziel aller Fachrichtungen sein sollte, die geringe Beteiligung der Bevölkerung beim Kolonkarzinom-Screening zu erhöhen.
4. der Mythos der potenziellen Tumorinduktion bei den heute verfügbaren CT-Geräten eher als Totschlagargument zu werten ist.

Wir bieten seit neun Jahren die virtuelle CT-Kolonografie mit großem Erfolg an und verstehen sie als ergänzende Methode nicht primär zur Prävention, sondern insbesondere bei patienten- oder untersuchungsbedingten Limitationen der herkömmlichen Koloskopie. Dies hat auch der in unserem Krankenhaus tätige Gastroenterologe Professor Dr. Dirk Becker verstanden, sodass wir ein konstruktives Nebeneinander statt eines im Artikel meines Erachtens überbetonten Gegeneinanders pflegen.

Dr. Roland Scheck, Facharzt für Diagnostische Radiologie, 83714 Miesbach

Antwort

Vielen Dank für die positive Antwort auf unseren Artikel, insbesondere zur Qualität der endoskopischen Bilder. Bezüglich der angesprochenen Kritik können wir diese jedoch nicht nachvollziehen und sehen die Sach- und Datenlage durchaus unterschiedlich.

Das Thema lautete „Prävention in der Gastroenterologie“ und nicht beispielsweise „Alternative Untersuchungsverfahren des Kolorektums“. Es wird in dem Leserbrief völlig korrekt dargestellt, dass die virtuelle Kolonografie eine „ergänzende Methode“ bei Limitationen der Koloskopie (Verwachsungen, Tumor, Stenosen) ist.

Als primäres Untersuchungs- und Screening-Verfahren im Rahmen der Prävention ist die CT-Kolonografie derzeit in Deutschland nicht empfohlen. Die unumgängliche Strahlenbelastung ist zwar relativ gesehen gering, aber eine Tumorinduktion und dadurch verursachte Mortalität wird selbst von amerikanischen Radiologen angenommen. Diese Tumorinduktion betrifft nicht nur das Kolon, sondern auch alle anderen Organe im Abdominalbereich. Bezüglich einer aktuellen Übersicht aus der eher kon-

servativen Sicht verweisen wir auf den Übersichtsartikel von A. B. de González et al. (Am. J. Roentgenology. 169, 2011, 816–823). Dort gibt es auch eine genaue Auflistung zu den verschiedenen CT-Generationen (16 bis 64 Zeiler) und Herstellern. In dieser aktuellen Arbeit wird bei konservativer Schätzung bei fünfjährigen Untersuchungsintervallen vom 50. bis zum 80. Lebensjahr von einer strahlungsbedingten Tumorinduktion im Kolon von 150 Fällen bei 100.000 gescreenten Personen ausgegangen. Für die anderen Organsysteme (Magen, Leber, Pankreas, Prostata, Niere, Blase, etc.) wird die organspezifische Strahlenbelastung zwischen 8 und 17 Millisievert angegeben ohne dass diese in die Berechnung eingehen.

In der aktuell gültigen EU-Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen heißt es unter anderem: „... zu berücksichtigen sind dabei die Wirksamkeit, der Nutzen und die Risiken verfügbarer alternativer Verfahren, die demselben Zweck dienen, jedoch mit keiner oder einer geringeren Exposition gegenüber ionisierender Strahlung verbunden sind“ (Richtlinie 97/43 EURATOM, Artikel 3, Absatz 1). Aus dem Wortlaut dieser Richtlinie verbietet sich unserer Meinung nach sogar die CT-Untersuchung im Primär-Screening. Weder in der EU-Leitlinie zur Kolonkarzinomprävention noch in der asiatischen Leitlinie wird derzeit der Einsatz der CT-Kolonografie empfohlen (als Review siehe M. C. de Haan et al., Eur. Radiol. 22, 2012, m1495–1503).

Auch in der noch aktuellen S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)/ Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) wird die CT-Kolonografie wie folgt kommentiert: „Weder die CT-Kolonografie noch die MRT-Kolonografie können derzeit außerhalb von Studien für das Screening in der asymptomatischen Bevölkerung empfohlen werden. Empfehlungsgrad: A, Evidenzstärke: 2b, starker Konsens.“

Hintergrund: Für den Einsatz der MRT-Kolonografie existieren keine Studien (Flächen-/Feldversuche) in der asymptomatischen Bevölkerung. Nur wenige Studien befassen sich mit der Untersuchung asymptomatischer Personen mittels CT-Kolonografie. Die vorliegenden Daten zeigen für beide Untersuchungen eine niedrige Sensitivität für kleine (<10 mm) Polypen. Flache Polypen können nicht erfasst werden. Beide Methoden sind nicht standardisiert und die Angaben zur Sensitivität widersprüchlich, sodass ihr Einsatz als Screening-Methode außerhalb von Studien derzeit nicht empfohlen werden kann. Ein Einsatz bei inkompletter Koloskopie ist denkbar, hierzu gibt es keine Stu-

dien." (AWMF-Leitlinie Kolorektales Karzinom – Schmiegele et al., ZFG).

In den USA sind Gesetze und Richtlinien teilweise different, insbesondere was den Strahlenschutz betrifft. Zudem existiert eine sehr starke Lobby für den Einsatz radiologischer Verfahren. Demgegenüber sind endoskopische Untersuchungen in den USA im Vergleich zu Europa und insbesondere Deutschland extrem teuer, was die Kosten-Nutzen-Rechnung anders erscheinen lässt.

Was die zitierte Untersuchung von Präsident Barack Obama angeht, kann dies ja wohl nicht als wissenschaftliches Kriterium gewertet werden und beruht möglicherweise auf der Tatsache, dass die Sedierung eines amerikanischen Präsidenten ein Staatsakt ist, der die zwischenzeitliche Übernahme der Staatsgeschäfte durch den Vizepräsidenten erfordern würde.

Wir stimmen voll damit überein, dass die Motivation zur Vorsorge wichtig ist und alles getan werden muss, um die Beteiligung der Bevölkerung an diesen Vorsorgeuntersuchungen zu stärken.

*Dr. Vincens Weingart, Professor
Dr. Hans-Dieter Allescher, Zentrum
Innere Medizin, Klinikum Garmisch-
Partenkirchen, Auenstraße 6,
82467 Garmisch-Partenkirchen*

DAK-Gesundheit im Dialog

Zum Beitrag von Sophia Pelzer in Heft 5/2013, Seite 224 f.

Beim Durchlesen des Artikels findet man durchgehend alle derzeit gängigen Schlagwörter hinsichtlich der wirklichen und herbeigerechten Probleme unseres Gesundheitssystems. Am Ende wurden viele theoretische Lösungsansätze aufgezählt, der wirkliche Bezug zum praktischen Versorgungsalltag fehlt weiterhin. Wäre es daher nicht zielführender gewesen, sich mehr mit dem Arzt-Patienten-Verhältnis zu beschäftigen und dessen kooperativen Ansatz als Leitbild. Hierbei ist sogar von einem

Idealfall die Rede, was nichts anderes bedeutet, als dass ein Umgang zwischen Patienten und Arzt im gegenseitigen Respekt trotz suboptimaler Rahmenbedingungen und zahlreicher (Berufs-)Kritiker zum Trotz möglich ist. Es wäre durchaus die Mühe wert gewesen, näher zu betrachten, wie es Kolleginnen und Kollegen in Kliniken und Praxen schaffen, auf die ihnen anvertrauten Patienten einzugehen, deren Bedürfnisse zu erkennen und zufriedenzustellen. Stattdessen wird der sattsam bekannte Reflex mit Rufen nach noch mehr gesetzlichen Rahmenbedingungen und kostspieliger Versorgungsforschung ausgelöst. Beides ist doch zur Genüge vorhanden, aber eben in der falschen Ausführung und Interpretation. Ein fundiertes wissenschaftliches Gutachten über das ambulante Operieren liegt vor, wird aber nicht gelesen oder verstanden. Gefördert werden seit Jahren Masse statt Klasse und jede EBM/DRG-Reform hat bisher qualitäts- und patientenorientierte Leistungsträger nachhaltig bestraft und EBM/DRG-flexible Versorgungsstrukturen trotz fehlender Nachhaltigkeit begünstigt.

Regelmäßige Patientenbefragung – bei zertifizierten Praxen und Kliniken Bestandteil des Qualitätsmanagements – würden sehr schnell die deutlichen Unterschiede in unserem medizinischen Versorgungssystem aufzeigen. Qualitätsunterschiede bedeuten aber auch Unterschiede in der Honorargestaltung und Übernahme der Qualitätskosten durch die gesetzlichen Krankenkassen bzw. Kostenträger. Beides ist nicht gewünscht und schon längst sprechen Krankenkassen bei Vorlage von versorgungswissenschaftlichen Daten nicht mehr vom Patientennutzen, sondern in erster Linie darüber, welche Kosteneinsparungen für die jeweilige Kasse zu erzielen sind.

Natürlich darf bei einer Gesundheitsdebatte das Problem des ärztlichen Nachwuchsmangels nicht unerwähnt bleiben. Nur ist dieser die logische Konsequenz einer nicht mehr so erstrebenswerten Wahrnehmung des Arztberufes im Vergleich zu früheren Zeiten. Hinzu kommt, dass Medizin immer schon und immer noch in einem gewissen Maße ein karitativer Beruf ist und diese Betrachtungsweise von all-

gemeinen gesellschaftlichen Änderungen und Werteverstärkungen nicht unberührt bleibt. Nur werden solche Entwicklungen nicht von jedem Verantwortlichen sofort wahrgenommen, sondern erst Jahre oder Jahrzehnte später und sind dann allerdings nur mehr schwer korrigierbar. Wenn der Arztberuf – vor allem durch Krankenkassen und Politik – bewusst medienwirksam regelmäßig schlechtgeredet wird, dann wirkt sich dies auch negativ für potenzielle Berufsinteressenten aus. Hinzu kommt, dass ein Einser-Abitur noch lange nicht eine Eins in sozialer Kompetenz bedeutet. Gleiches gilt für die Bereitschaft, sich 30, 40 Jahre und länger täglich hochkomplexen Herausforderungen mit nur geringer Schwankungsbreite zu stellen und dies mit täglich gleich hohem Engagement. Anstatt beizeiten den Zugang zum Medizinstudium zu reformieren und das spätere Bedarfsspektrum vom hoch spezialisierten Wissenschaftler bis zum weit über die Kernarbeitszeit hinaus belastbaren Landarzt abzudecken, wird politisch vielmehr die schnelle Lösung durch das Anwerben von qualifizierten Ärzten aus anderen Ländern ver- und gesucht. Damit wird bestenfalls die Versorgungslücke dorthin verlagert. Die Situation der Pflegekräfte und der medizinischen Assistenzberufe ist identisch.

Fazit: Es war schön, dass man über Gesundheit geredet hat, während die wahren Leistungsträger zeitgleich in der Patientenversorgung tätig waren und viele der von den Referenten erhobenen Forderungen bereits erfüllen. Dieser Umstand wird leider nicht hinreichend wahrgenommen oder gar gewürdigt. Statt die nötige Wertschätzung entgegenzubringen ist es einfacher und der eigenen gesundheitspolitischen Wichtigkeit zuträglicher, ein sehr komplexes, aber funktionierendes und weltweit bewundertes Gesundheitssystem zu zerreissen, durch ständig geforderte Reformen und Umverteilungen kaputt zu sparen und somit die Legitimation für viele weitere ähnliche Gesprächsrunden zu bewahren.

*Dr. Christian Deindl, Facharzt für
Chirurgie, Facharzt für
Kinderchirurgie, 90489 Nürnberg*

