

Impact of a colonoscopic screening examination for colorectal cancer on later utilization of distal GI endoscopies, GI Endoscopy 2006

Kommentatoren: Prof. Dr. W. Hohenberger, Chirurgische Klinik, Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen

Kommentar: 19.01.2007

Nach dem erwiesen ist, dass Vorsorgeuntersuchungen durch Koloskopie sowohl die Inzidenz von und die Sterblichkeit an kolorektalen Karzinomen senken, wird auch in Deutschland von den Krankenkassen ab dem 55. Lebensjahr die Koloskopie zu Vorsorgezwecken finanziert, von den Fachgesellschaften allerdings bereits ab dem 50. Lebensjahr gefordert.

Je nach Interessenshintergrund werden in diesem Zusammenhang immer einmal wieder Angstsznarien aufgebaut: dass nämlich Wartelisten zur Koloskopie beständen, Ressourcen nicht ausreichten, das Entgelt nicht ausreiche u.s.w.

Neu ist die von Kollegen aus Oslo untersuchte These, dass zwar ausreichend Ressourcen für die Vorsorgekoloskopien vorhanden seien, aber durch die sich hieraus ergebende Konsequenzen zu nachfolgende Kontrollkoloskopien aufgrund primär erhobener Befunde die übrigen, quasi herkömmlichen Indikationen für Darmspiegelungen wegen nun bedingter Ressourcenknappheit nicht mehr angemessen bedient werden könnten.

In dieser norwegischen Studie zeigte sich, dass in einer vergleichbaren Population im Falle konsequenter Umsetzung von Leitlinien 3,6 mal mehr Koloskopien durchgeführt werden müssen, als wenn man diese Untersuchungsverfahren gezielt wohl aufgrund einer symptomgeleiteten Indikation einsetzt. Die Autoren schließen hieraus, dass quasi die „usual care“-Koloskopien zurückgehen müssten. Allerdings finde ich in dieser Arbeit dafür keinen eindeutigen Beleg, denn, um dieses Argument zu untermauern, hätte man eine zweite Erhebungsperiode gebraucht, in der nämlich vorausgehend, in einer vergleichbaren Population die Anzahl der „usual care“-Koloskopien erfasst worden wären.

Unterstellt, dass dies in der gegebenen Region tatsächlich so gewesen wäre, können diese Daten jedoch nicht auf andere Gesundheitssysteme übertragen werden. Es ist bekannt, dass beispielsweise in England auch lange Wartelisten für Koloskopien bestanden, die es so in Deutschland nie gegeben hat. Aus diesem Grunde wurden dort beispielsweise so genannte „bleeding-clinics“ eingerichtet, also Polikliniken, denen Patienten im Falle von Symptomen vorstellig werden konnten, damit sie die wohl mancherorts mehrere Monate betragende Wartezeit umgehen konnten. Des Weiteren war dies auch der Grund, dass man in Großbritannien auch Krankenschwestern oder eventuell auch anderes nicht ärztliches Personal für Koloskopien ausbildete.

Derartige Situationen hat es in Deutschland bis jetzt nicht gegeben. Zudem geht auch diese Studie etwas an der Realität vorbei, dass sich nämlich (leider!) sicher nur ein Bruchteil der relevanten Bevölkerung zu Vorsorgekoloskopien einfindet. Zudem muss man wissen, dass in Norwegen ein absolut verstaatlichtes Gesundheitswesen praktiziert wird (wie es übrigens von den gesundheitspolitischen Vertretern der SPD als Vorbild angestrebt wird) das nach anderen Regeln funktioniert, als wir es in Deutschland zumindest derzeit noch kennen.

Letztlich sollte uns also die Erkenntnis aus dieser Studie weder zu Besorgnissen Anlass geben, noch lassen sich für uns hieraus irgendwelche Argumente in welche Zielrichtung auch immer gewinnen.