

# Leserbrief

## «Less is more» – auch beim Reizdarmsyndrom?

Leserbrief zu Rodondi N: Less is more. Schweiz Med Forum. 2013;13(10):196. / Schaub N, Schaub N: Reizdarmsyndrom. Schweiz Med Forum. 2012;12(25):505–13.

Im Zusammenhang mit zwei aktuellen Artikeln zum Thema «Less is more» (Editorial N. Rodondi, Schweiz Med Forum. 2013;13(10):196 und St. Neuner, Primary-Care. 2013;13(4):70–1) habe ich die interessante Arbeit zum Reizdarmsyndrom (Schweiz Med Forum. 2012; 12[25]) nochmals hervorgehoben. Für mich als (pens.) Hausarzt ist die Aussage «Eine abdominelle Bildgebung (Ultraschall, Computertomogramm usw.) bzw. Endoskopie werden bei einer typischen RDS-Anamnese nicht empfohlen» wichtig und interessant. Bei einer Überweisung zum Gastroenterologen wird diese Empfehlung kaum befolgt. Dennoch hätte ich jeweils gerne den Support des Facharztes gehabt, der den PatientInnen glaubwürdig bestätigt hätte, dass weitere (teure) Abklärungen bei klarer RDS-Anamnese nicht notwendig seien. Im Artikel ist auch erwähnt, dass man unter diesem Vorwand kassenpflichtig eine Kolonkarzinomvorsorge durchführen kann. Sind die SGGSSG-Vorsorge-Empfehlungen seit 2007 resp. die Kassenzulässigkeit der Kolonoskopie nicht mehr aktualisiert worden?

### Korrespondenz:

Dr. med. Rudolf Ott  
 Facharzt für Allg. Innere Medizin FMH  
 Betriebsarzt SGARM  
 Medizinischer Gutachter SIM  
 Mühleweg 49  
 CH-4105 Biel-Benken  
[healthandwork\\_dr.r.ott\[at\]hin.ch](mailto:healthandwork_dr.r.ott[at]hin.ch)

### Replik

Wir danken für den Kommentar von Kollege R. Ott. Er wirft Licht auf die vielschichtigen Beziehungsebenen zwischen Patienten, Zuweisern und Spezialisten und stellt die Frage nach dem angemessenen Handeln bei Patienten mit Reizdarmsyndrom (RDS). Alle drei Partner haben das Bedürfnis nach diagnostischer Sicherheit, nach einer der individuellen Situation gerecht werden den Abklärung/Behandlung und nach Kostengerechtigkeit. Ein möglichst von allen geteiltes Krankheitskonzept ist hierfür eine wesentliche Voraussetzung.

Wir haben in unserer Arbeit versucht darzustellen, dass die Diagnose RDS nicht im Sinne einer Ausschlussdiagnose gestellt werden soll, sondern aufgrund von validierten, weitgehend anamnestischen (Rom-III-)Kriterien

[1, 2]. Die Rom-III-Kriterien sind zwar spezifisch, aber nicht sehr sensitiv, so dass häufig eine diagnostische Unsicherheit bleibt. Zur Abgrenzung von häufigen Differentialdiagnosen sind eine begrenzte Anzahl von Laborwerten und das Calprotectin im Stuhl eine wertvolle Entscheidungshilfe für oder gegen eine endoskopische Abklärung. Zudem sind klar definierte Warnsymptome weitere Gründe für eine Endoskopie.

Das Warnsymptom «Alter >50 Jahre» als Empfehlung zur Kolonoskopie dürfte wohl am ehesten Anlass zur Diskussion geben. Es kann der Eindruck entstehen, das RDS werde zur Durchführung einer Vorsorgekolonoskopie quasi instrumentalisiert. Wenn bei einem Patienten mit Beschwerden, die beim RDS naturgemäss dem Kolon zugeordnet werden können, der Vorsorgeaspekt altersabhängig mit auf die Waage zugunsten der Kolonoskopie gelegt und dies dem Patienten auch klar kommuniziert wird, kann dem wohl nichts entgegengehalten werden. Damit sind wir mitten in der Diskussion über die in der Schweiz geltenden Vorstellungen über die Vorsorge des kolorektalen Karzinoms. Diese wurde ja in den vergangenen zwei Jahren im SMF und in der SAEZ eingehend geführt und kann hier nicht aufgegriffen werden [3–5]. Es gibt in der Tat seit 2007 keine neuen Vorsorgeempfehlungen für das kolorektale Karzinom. Das ist wohl auch durch das Warten auf das vom BAG den Eidgenössischen Räten 9/2009 vorgelegte Präventionsgesetz mitbedingt [6], welches leider am 27.9.2012 das notwendig gewordene Differenzbereinigungsverfahren zwischen National- und Ständerat nicht überlebt hat und an den Absender BAG zurückgeschickt werden musste – nachlesen lohnt sich! Letztlich geht es vor allem um die Finanzierung der Vorsorgemassnahmen. Hier sieht das Eidgenössische Parlament, zumindest zurzeit, die Zuständigkeit bei den Kantonen und nicht bei den Kassen.

Nochmals sei darauf hingewiesen, dass die Betreuung von Patienten mit RDS besonders auf Vertrauen beruht. Befürchtungen und Ängste seitens des Patienten können nicht mit technischen Leistungen aus der Welt geschafft werden. Das Gespräch benötigt Zeit und Engagement auf allen Behandlungsebenen – jenseits von vergütungstechnischen Anreizen. Dies gelingt am besten im Rahmen von motivierten Netzwerken, in denen sich Zuweiser und Spezialist gut kennen.

*Dr. med. Niklaus Schaub*

### Korrespondenz:

[Niklaus.schaub\[at\]ksbh.ch](mailto:Niklaus.schaub[at]ksbh.ch)

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden sich unter:  
[www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).